

Rapport

Datum 2014-12-11

Diarienummer FHK 73:2014

Västra Götalandsregionen

Folkhälsokommitténs sekretariat

Handläggare: Göran Henriksson

Telefon: 0709 948543

E-post: goran.henriksson@vgregion.se

Förslag till ett mätsystem för att följa ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland

Version 1.0

Maria Gäbel

Göran Henriksson

Eva Mattsson-Elofson

Annika Nilsson-Green

Anna Svensson

Innehåll

Sammanfattning	4
1 Inledning	5
2 Förslaget	5
2.1 Variabler:	5
2.2 Mått på graden av ojämlikhet	6
2.3 Presentationen av resultaten	6
3 Bakgrund	7
3.1 Varför ett mätsystem?	7
3.2 Arbetsprocessen	8
4 Baslinjemätningen – Västra Götaland 2007 – 2012	9
4.1 Resultaten i en översikt	10
4.2 Förtida dödsfall	12
4.2.1 Data	12
4.2.2 Resultat	12
4.3 Självskattad hälsa	15
4.3.1 Data	15
4.3.2 Resultat	15
4.4 Självskattad psykisk hälsa	17
4.4.1 Data	17
4.4.2 Resultat	17
4.5 Barn i hushåll med små ekonomiska resurser	20
4.6 Långvarig arbetslöshet	21
4.6.1 Data	21
4.6.2 Resultat	21
4.7 Äldre med små ekonomiska resurser	23
4.7.1 Data	23
4.7.2 Resultat	23
4.8 Sammanfattning av resultaten	25
5 Diskussion	27
5.1 Om valet av socioekonomisk indelning – varför just utbildning?	27
5.2 Om valet av indikatorer – varför just dessa?	28
5.2.1 Om förtida dödlighet	28
5.2.2 Om självskattad hälsa	28
5.2.3 Om självskattad psykisk hälsa	28
5.2.4 Barn i hushåll med små ekonomiska resurser	29

5.2.5	Långvarig arbetslöshet.....	29
5.2.6	Äldre med små ekonomiska resurser.....	29
5.3	Om valet av mått – varför just dessa?	30
5.4	Dilemman – ställningstaganden	30
5.4.1	Bör man mäta skillnader mellan individer eller skillnader mellan grupper?	31
5.4.2	Bör man mäta skillnader mellan geografiska områden eller mellan socioekonomiska grupper?	35
6	Slutsatser och förslag på genomförande	39

Sammanfattning

- Förslaget till mätsystem för att följa ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland bygger på sex indikatorer (Förtida dödsfall (<75 års ålder), Självskattad hälsa, Självskattad psykisk hälsa, Barn i hushåll med små ekonomiska resurser, Långvarig arbetslöshet, Äldre med små ekonomiska resurser).
- Dessa indikatorer redovisas som skillnaderna mellan tre olika utbildningsgrupper (som markör för social position).
- Resultaten redovisas dels som den relativa skillnaden mellan gruppen med kort respektive lång utbildning, dels som absolut skillnad.
- ”Baslinjemätningen” (avsnitt 4) redovisar utfallet för Västra Götaland under perioden 2007-2012.
- Ambitionen är att mätsystemet ska redovisa situationen dels på regional nivå, dels på lokal nivå. Vilken nivå som är den optimala lokala nivån behöver utredas i särskild ordning. Oklarheten sammanhänger med att mätningar av ojämlikheter på lokal nivå stöter på svårigheter på grund av att antalet observationer minskar samt att valet av geografisk nivå bör avgöras också av en bedömning av socioekonomisk sammansättning i det geografiska området.
- Mätsystemet bör implementeras i två steg. I **det första steget** implementeras mätsystemet med fem indikatorer (förtida dödsfall, självskattad hälsa, självskattad psykisk hälsa, långvarig arbetslöshet och äldre med små ekonomiska resurser) för perioden 2007 - 2012 genom att konstruera en webbsida på vilken mätsystemet kan göras publikt. Detta steg bör kunna genomföras fram till april 2015. I **det andra steget** kompletteras indikatorerna samt justeras mätsystemet gentemot andra regioner och kommuner som håller på med att utveckla liknande mätsystem. I detta steg beslutas även hur den lokala nivån ska kunna representeras på ett optimalt sätt. Dessa delar implementeras till en uppdaterad version 2.0. Den uppgraderade versionen av mätsystemet bör kunna färdigställas till september 2015.

1 Inledning

I denna rapport redovisas ett förslag till mätsystem för att följa ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. Inledningsvis redovisas i korthet mätsystemet, de sex indikatorerna och valet av mått på ojämlikhet, samt en kort beskrivning av hur indikatorerna är tänkta att redovisas.

Därefter följer en bakgrund till arbetet, varför ett mätsystem behövs och en beskrivning av arbetsprocessen.

Sedan redovisas den kartläggning av ojämlikhet i hälsa som arbetsgruppen genomfört med hjälp av indikatorerna för perioden 2007-2012.

Avslutningsvis diskuteras mer i detalj valet av de sex indikatorerna och av mått på ojämlikhet, dess fördelar och nackdelar. Här diskuteras även några av de svårigheter och dilemman som möter när man vill mäta ojämlikheter i geografiska områden. Diskussionen avslutas med förslag på hur mätsystemet konkret ska implementeras.

2 Förslaget

Ett litet antal (6 st.) indikatorer sammanställs med hjälp av enkla mått på skillnader mellan 3 utbildningsgrupper:

1. Kort utbildning (< 3-årigt gymnasium)
2. Medellång utbildning (< 3-årigt universitet/högskola)
3. Lång utbildning (3-årigt eller längre utbildning på universitets/högskolenivå)

Utbildning används här som en markör för social position. Det är alltså inte nödvändigtvis utbildningslängden som sådan som bestämmer hälsoutfallet. Snarare är det så att utbildningslängd har ett samband med individens livsvillkor i stort, t.ex. inkomst, boende och arbetsliv. Andra alternativ till markörer för social position är inkomstgrupper och yrkesklassificeringar. Inkomst är dock mer variabel över tid och tillgången till inkomstdata släpar efter ca 2 år. Yrkesklassificeringar och andra mått på socioekonomisk status är mer svårtillgängliga. Mer om bakgrunden till valet av utbildningslängd redovisas under avsnitt 5.1.

2.1 Variabler:

1. Förtida dödsfall (<75 års ålder)
2. Självskattad hälsa
3. Självskattad psykisk hälsa
4. Barn i hushåll med små ekonomiska resurser (relativa mått, EU-standarden)
5. Långvarig arbetslöshet (> 6 mån)
6. Äldre med små ekonomiska resurser (relativa mått; 60% av medianinkomsten i riket)

Tanken med valet av indikatorerna är att de ska vara etablerade som mått på hälsa på befolkningsnivå (indikatorerna 1-3) eller vara faktorer med kända samband med hälsa i befolkningen (indikatorerna 4-6). Data till indikatorerna ska vara lätt tillgängliga och de ska vara relativt få för att göra mätsystemet hanterbart. Mer om valet av indikatorer redovisas under avsnitt 5.2.

2.2 Mått på graden av ojämlikhet

Bland valet av tillgängliga metoder bygger förslaget på att genomgående använda enkla mått. Tidigare genomgång¹ visar att de mer komplicerade måtten visserligen kan ge en något mer nyanserad bild, t.ex. att mellanliggande utbildningsgrupp(er) inkluderas i analyserna), men de komplicerade måtten är samtidigt betydligt svårare att kommunicera.

Därför bör mätsystemet bygga på enkla mått (t.ex. kvoten mellan förtida dödlighet i gruppen med kortast utbildning och gruppen med längst) och redovisas såväl med absoluta skillnader (t.ex. uttryckt som att skillnaden i dödlighet mellan gruppen med kort och längst utbildning är XX döda per 100 000 inv.) och relativa skillnader (t.ex. uttryckt som att dödligheten i gruppen med kortast utbildning är X gånger högre än i gruppen med längst).

Bakgrunden till valet av mått på ojämlikhet i hälsa redovisas under avsnitt 5.3.

2.3 Presentationen av resultaten

Presentationen av indikatorerna bör vara webbaserad. De bör redovisas på regional nivå dels på en mer lokal nivå. ; dels övergripande regional nivå, dels på kommunnivå (i den mån det är möjligt pga. små tal och dålig precision¹).

Resultaten presenteras dels som tvärsnitt för senaste tillgängliga data för de sex variablerna, dels som tidsserier (åtminstone på regional nivå).

Utformningen av webb-presentationen kräver viss programmering och kan genomföras under våren 2015 under förutsättning att regionstyrelsen beslutar så.

¹ Se arbetsaterialet till mätsystemsoppdraget på folkhälsokommitténs hemsida www.vgregion.se/jamlikhalsavast

3 Bakgrund

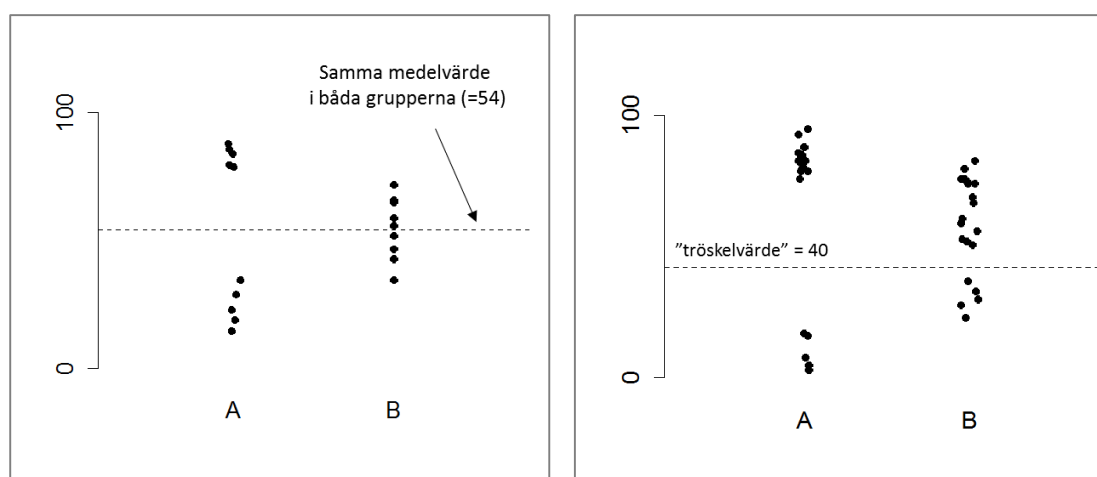
Sedan WHO:s kommission för de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa publicerade sin slutrapport 2008, har ett stort antal kommissioner genomfört liknande översikter på flera håll runtom i Europa. I flertalet av dessa rapporter betonas vikten av att kunna följa ojämlikhet i hälsa över tid inom ett visst område. Att erkänna ett problem och förvissa sig om omfattningen av det är en viktig utgångspunkt för handling².

I budget 2014 gav regionfullmäktige folkhälsokommittén i uppdrag ”att utarbeta ett system för att följa utvecklingen av ojämlik hälsa i Västra Götaland” samt genomföra en mätning av situationen i Västra Götaland.

3.1 Varför ett mätsystem?

“No data, no problem. No problem, no action.” Sir Michael Marmot

Om man tänker sig att implementera åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa behövs ett sätt att mäta i vad mån åtgärderna har effekt, dvs. om ojämlikheten minskar eller inte. Det är vanligt att följa hälsoutvecklingen genom att mäta det genomsnittliga hälsoläget i befolkningen, t.ex. andelen i befolkningen med god eller dålig självskattad hälsa. Men det ger inte vägledning för att bedöma *skillnaderna* i självskattad hälsa i befolkningen, se Figur 1.



Figur 1 Spridningen i förhållande till medelvärde (till vänster) och ”tröskelvärde” (till höger).

Man kan också fundera över i vad mån vissa ”tröskelvärden” kan sägas vara ett mått på ojämlikhet i hälsa. Ett exempel kan vara Rädda Barnens ”barnfattigdomsindex”. Det anger hur stor andel av barnfamiljer som lever med små ekonomiska resurser. Men det säger egentligen inget om hur barnfattigdom är fördelat mellan olika grupper av barnfamiljer.

Två olika grupper kan ha samma medelvärde men helt olika fördelningar inom respektive grupp (figur 1 till vänster). Men även ”tröskelvärden”, t.ex. att andelen under en viss inkomstnivå definieras som fattiga, ger egentligen inte någon bild av fördelningen inom respektive grupp. I figur 1 till höger kan y-axeln beteckna inkomstnivå och inkomster under 40 betecknar fattigdomsgräns. I både grupp A och B är andelen fattiga 25 % men fördelningen av inkomster är helt olika i de båda grupperna. Ojämlikheten är större i A än i B.

² CSDH (2008). 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, World Health Organization.

För att kunna mäta ojämlikhet i hälsa behövs därför någon form av mått på ”avståndet” mellan olika grupper i befolkningen. Det innebär att man behöver *jämföra* hälsoutfall i olika befolkningsgrupper. Det är detta som regionfullmäktiges uppdrag handlar om – folkhälsokommittén ska ta fram ett system för att mäta ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland.

Vi behöver inte börja från ingenting. Ojämlikhet i hälsa har varit ett forskningsområde sedan flera decennier och den vetenskapliga litteraturen omfattar idag ganska många hyllmeter.

Åtminstone sedan början av 1990-talet har olika förslag på hur systematiska mätningar av ojämlikhet i hälsa bör utformas. I litteraturen har valet av variabler, olika sätt att sammanställa och analysera data diskuterats. Det finns ingen konsensus om hur en *ideal* modell skulle kunna se ut och det kan väl heller inte förväntas med tanke på att en modell måste anpassas till det sammanhang där den är tänkt att fungera.

Däremot finns det ett stort mått av överlappning mellan olika system; vissa variabler och vissa sätt att beräkna graden av ojämlikhet tenderar att återkomma i olika rapporter. Arbetsgruppen har gjort en sammanställning av några centrala artiklar och rapporter som ett led i arbetet med att ta fram mätsystemet. Denna översikt finns på folkhälsokommitténs hemsida³.

3.2 Arbetsprocessen

En arbetsgrupp formerades på folkhälsokommitténs sekretariat för att genomföra uppdraget. På basis av översikten utarbetades ett preliminärt förslag på mätsystem, vilka variabler och vilka metoder som vore lämpligast att använda. Förslaget utgjorde arbetsmaterial till ett seminarium på vilket deltog dels regionens egen statistikarbetsgrupp (tillika referensgrupp för arbetsgruppen) och representanter för Malmö stad, Östgötakommissionen, SKL, Göteborgs stad, GR och Healthy Cities.

Resultatet och slutsatserna från seminariet gav underlag till att genomföra en första baslinjemätning. Mätningen gick ut på att pröva både enkla och mer sofistikerade mått på ojämlikhet i hälsa applicerade på skarpa data från Västra Götaland.

Mätningen gick ut på att jämföra hälsa i tre befolkningsgrupper indelade olika socioekonomiska kategorier, såsom inkomst, utbildningslängd och yrkestillhörighet. Mätningen omfattade drygt 80 analyser. Resultatet av denna mätning sändes på informell ”remiss” till referensgruppen och till övriga seminariedeltagare. Rapporten lades också ut på sekretariatets hemsida där vi bjöd in envar att komma med synpunkter³.

Därefter gjordes en reviderad mätning baserad på de synpunkter och slutsatser som dragits efter den första mätningen. Resultatet av denna mätning redovisas nedan i avsnitt 4.

³ Se folkhälsokommitténs hemsida www.vgregion.se/jamlikhalsavast

4 Baslinjemätningen – Västra Götaland 2007 – 2012

Syftet med denna ”baslinje”-mätning är att vara utgångspunkt för kommande mätningar. Mätningen baseras på data från Västdatabasen för åren 2007 – 2012 och från Hälsa på lika villkor från undersökningarna 2007 och 2011 i vilka regionen deltog med större tilläggsurval.

De indikatorer som använts i mätningen anges i Tabell 1.

Tabell 1 Indikatorer som ingår i förslaget till mätsystem för att följa ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland och dess källor.

Indikator	Källa
Förtida dödsfall (<75 års ålder);	Data från Västdatabasen 2007-12
Självskattad hälsa	Data från Hälsa på lika villkor 2007 och 2011
Självskattad psykisk hälsa	Data från Hälsa på lika villkor 2007 och 2011
Andelen barn som växer upp i ekonomiskt utsatta hushåll	Data från Västdatabasen 2007-12
Långvarig arbetslöshet	Data från Västdatabasen 2007-12
Andelen äldre med små ekonomiska resurser	Data från Västdatabasen 2007-12

Som mått på socioekonomisk grupp har utbildningslängd använts. Data har sammanställts med hjälp av enkla mått på ojämlikhet för att vara lätta att kommunicera och förstå. De mått som använts är dels relativa (kvoten mellan gruppen med kort respektive lång utbildning) och absoluta (skillnaden mellan gruppen med kort respektive lång utbildning).

Resultaten redovisas både i tabellform och med diagram för att ge en visuell bild av utvecklingen. De redovisas på regionnivå men inte på kommunnivå. Redovisningen för kommunerna bör tolkas med stor försiktighet beroende på att skattningarna i dessa områden baseras på få observationer, vilket ger slumpmässiga resultat stort utrymme. Det gäller i synnerhet resultaten för självskattad hälsa respektive psykisk ohälsa. Dessutom finns det skäl att fundera över om kommunen är den optimala nivån för att sammanställa data på ojämlikhet i hälsa. Man kan istället överväga andra geografiska avgränsningar, t.ex. lokala arbetsmarknader eller delregionala indelningar. Detta diskuteras i mer detalj nedan i rapporten (se avsnitt 5.4.2.2).

4.1 Resultaten i en översikt

I nedanstående tabell redovisas utfallen av ojämlikhetsmätningarna för de tre hälsorelaterade variablerna förtida dödsfall, självskattad hälsa och självskattad psykisk hälsa samt för långvarig arbetslöshet och andelen äldre med små ekonomiska resurser.

Utfallen anges dels som relativa skillnader, dels som absoluta. Med relativ skillnad menas kvoten mellan gruppen med kort utbildning jämfört med gruppen med lång utbildning. Med absolut skillnad menas differensen mellan gruppen med kort utbildning och gruppen med lång.

Tabell 2 Sammanfattande tabell över utfallen av ojämlikhetsmätningarna för de valda indikatorerna 2007-2012. Utfallen redovisas som relativa mått (kvoten mellan kort och lång utbildning) och absoluta mått (differensen mellan kort och lång utbildning).

Indikator	Definition		2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Män</i>								
Dödlighet före 75 års ålder	Antal dödsfall per 100 000 inv. 25-74 år	relativt	1,9	2,1	2,1	2,0	1,8	2,0
		absolut	289,5	291,9	300,4	272,5	257,7	288,4
Självskattad hälsa	Andel (%) med dålig eller mycket dålig hälsa 25-74 år	relativt	1,9				2,4	
		absolut	3,5				3,4	
Självskattad psykisk hälsa	Andel (%) med dålig eller mycket dålig hälsa 25-74 år	relativt	1,1				1,1	
		absolut	0,8				0,7	
Långvarig arbetslöshet	Andel (%) i arbetslöshet längre än 6 månader 25-64 år	relativt	1,4	1,5	1,8	1,9	2	2,2
		absolut	0,8	0,9	2,2	2,2	2,2	2,4
Äldre med små ekonomiska resurser	Andel (%) 55-74 år med inkomst < 60% av medianinkomsten	relativt	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
		absolut	5,9	6,4	6	6,1	6,5	6,8

Indikator	Definition		2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Kvinnor</i>								
Dödlighet före 75 års ålder	Antal dödsfall per 100 000 inv. 25-74 år	relativt	1,9	1,9	1,7	2,1	2,0	1,9
		absolut	185,2	180,9	159,9	203,4	191,4	191,7
Självskattad hälsa	Andel (%) med dålig eller mycket dålig hälsa 25-74 år	relativt	2,3				2,7	
		absolut	5,7				5,2	
Självskattad psykisk hälsa	Andel (%) med dålig eller mycket dålig hälsa 25-74 år	relativt	1,1				1,1	
		absolut	1,2				2	
Långvarig arbetslöshet	Andel (%) i arbetslöshet längre än 6 månader 25-64 år	relativt	1,9	2	1,9	2,1	2,3	2,5
		absolut	1,4	1,3	1,7	2,3	2,4	2,4
Äldre med små ekonomiska resurser	Andel (%) 55-74 år med inkomst < 60% av medianinkomsten	relativt	4	3,9	3,6	3,6	3,6	3,5
		absolut	22,9	23	21,1	21,5	22,7	22,2

4.2 Förtida dödsfall

Det finns en väl dokumenterad skillnad i dödlighet mellan socioekonomiska grupper⁴. Skillnaderna är mer markanta för yngre åldersgrupper. I anglosaxisk litteratur benämns detta ofta *premature mortality*, dvs. förtida dödlighet. Som med andra koncept kan förtida dödsfall definieras på olika sätt⁵. I denna sammanställning avses dödlighet för män och kvinnor före 75 års ålder, uttryckt som antalet per 100 000.

4.2.1 Data

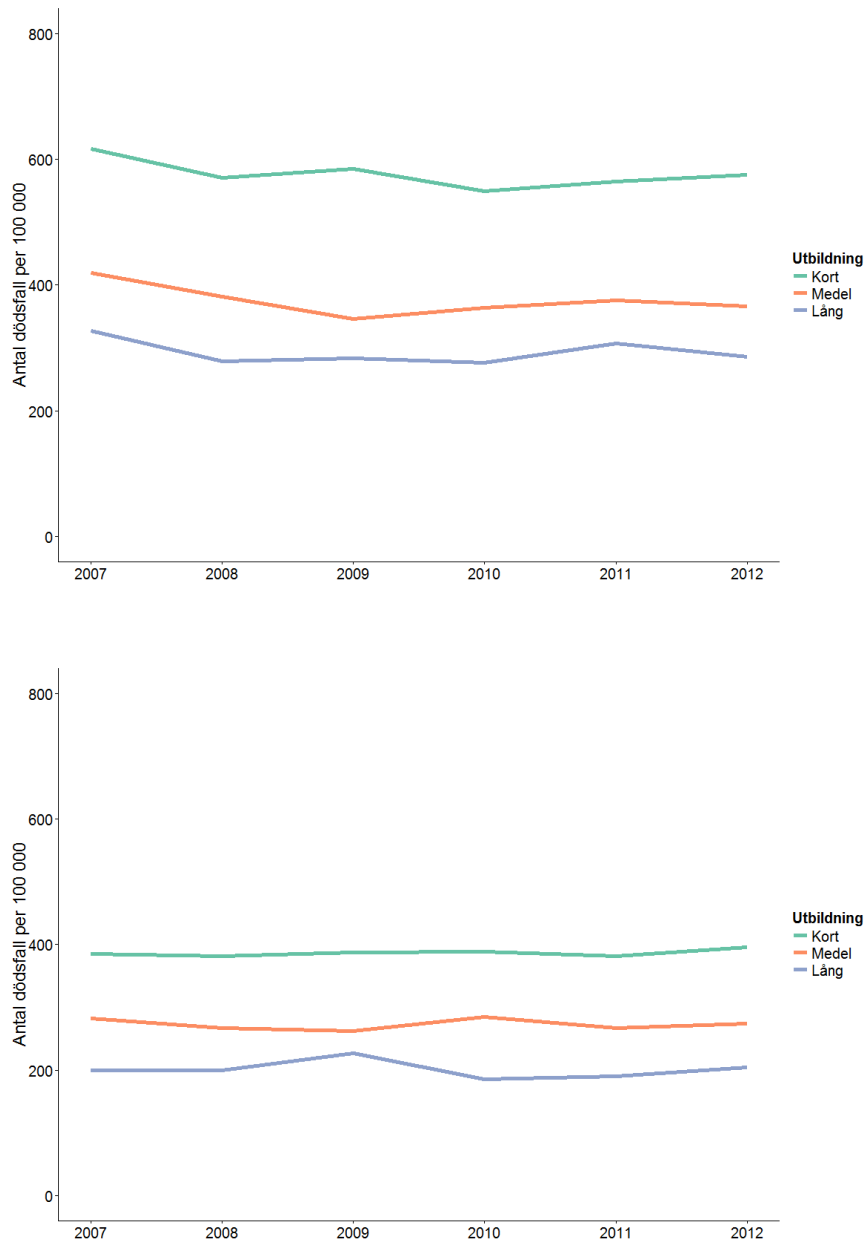
Data hämtas från VDB beträffande befolkningen uppdelad på hemkommun, kön, 5-årsklasser, utbildningsgrupper (kort, medellång respektive lång utbildning) samt antal avlidna under 2013 och totalpopulation 2012. Eftersom det finns en samvariation mellan ålder, utbildning och dödlighet har data åldersstandardiserats till befolkningen i Västra Götaland 2000, dvs. i den standardiserade dödligheten är effekten av ålder borta. Åldersintervallet är 25-74 år, under antagandet att flertalet vid 25 års ålder är klar med sin utbildning.

4.2.2 Resultat

Dödligheten är omkring 1,5 ggr högre bland män än bland kvinnor. Däremot är de relativa skillnaderna mellan utbildningsgrupperna ungefär desamma bland män som bland kvinnor. För männen med kort utbildning är dödligheten omkring 600 per 100 000 män, för män med lång utbildning är den kring 300 per 100 000 män. För kvinnorna är dödligheten bland dem med kort utbildning omkring 400 per 100 000 och bland dem med lång utbildning omkring 200 per 100 000 kvinnor. Dödligheten bland dem med kort utbildning är alltså ungefär dubbelt så hög som för dem med lång utbildning. Dödligheten för dem med medellång utbildning är ungefär 400 per 100 000 män och 300 per 100 000 kvinnor.

⁴ Det finns en rik och växande flora av kunskapsöversikter som belyser ojämlikhet i hälsa. Förutom alla de sammanställningar som gjorts i kölvattnet efter WHO:s kommission om de sociala bestämningsfaktorerna både internationellt och inom landet (t.ex. Malmökommissionen och Östgöta-kommissionen) så har ohälsorelaterade skillnader även redovisats i mer allmänna sammanställningar av hälsorelaterad statistik, se t.ex. *Folkhälsan i Sverige 2013* (<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013/>).

⁵ http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/01/02/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-5-en



Figur 2 Dödlighet före 75 års ålder bland män (överst) och kvinnor (under) i Västra Götaland 2007-2012.

Dödligheten är relativt konstant under perioden 2007-12, betydligt högre för män än för kvinnor. Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna är stora och visar inga tecken på att minska under de sex åren. Dödligheten bland dem med kort utbildning är knappt 2 gånger så hög som för dem med längst utbildning såväl för män som för kvinnor. Däremot skiljer sig de absoluta skillnaderna för män och kvinnor (**Tabell 3**). För männen är det omkring 280 fler dödsfall per 100 000 bland män med kort utbildning jämfört med dem med lång. För kvinnor är motsvarande skillnad knappt 200 fler dödsfall per 100 000.

Tabell 3 Förtida dödlighet i Västra Götaland 2007-2012, fördelat på utbildningslängd och kön. Relativa och absoluta mått på ojämlikhet i utfall mellan utbildningsgrupperna. Ålderstandardiserade tal.

Män	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kort	616,1	570,3	584,2	549,1	564,3	574,7
Medellång	419,2	382,0	346,4	363,1	376,0	366,2
Lång	326,5	278,5	283,8	276,6	306,6	286,3
Relativt	1,89	2,05	2,06	1,99	1,84	2,01
Absolut	289,5	291,9	300,4	272,5	257,7	288,4
Kvinnor	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kort	384,8	380,9	387,1	388,7	381,7	396,2
Medellång	282,0	266,4	262,5	284,0	266,8	273,8
Lång	199,5	200,0	227,2	185,3	190,3	204,4
Relativt	1,93	1,90	1,70	2,10	2,01	1,94
Absolut	185,2	180,9	159,9	203,4	191,4	191,7

Sammanfattningsvis är dödligheten före 75 års ålder ungefär 2 gånger så hög bland dem med kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning, oavsett kön. Däremot är de absoluta nivåerna lägre bland kvinnor. Såväl de relativa skillnaderna som de absoluta är väsentligen oförändrade under perioden 2007 – 2012.

4.3 Självskattad hälsa

Västra Götalandsregionen genomförde 2007 och 2011 en större enkätundersökning i samarbete med bl.a. dåvarande Statens Folkhälsoinstitut. I denna undersökning ingick bl.a. en fråga om hur man uppfattade sitt hälsotillstånd. Svartalternativen var ”mycket dåligt”, ”dåligt”, ”någorlunda”, ”bra”, ”mycket bra”.

Undersökningen genomfördes som ett urval bland samtliga boende i Västra Götaland som var mellan 16 och 84 år. Svartfrekvensen var 51 procent men varierade mellan kön, ålder och socioekonomiska grupper.

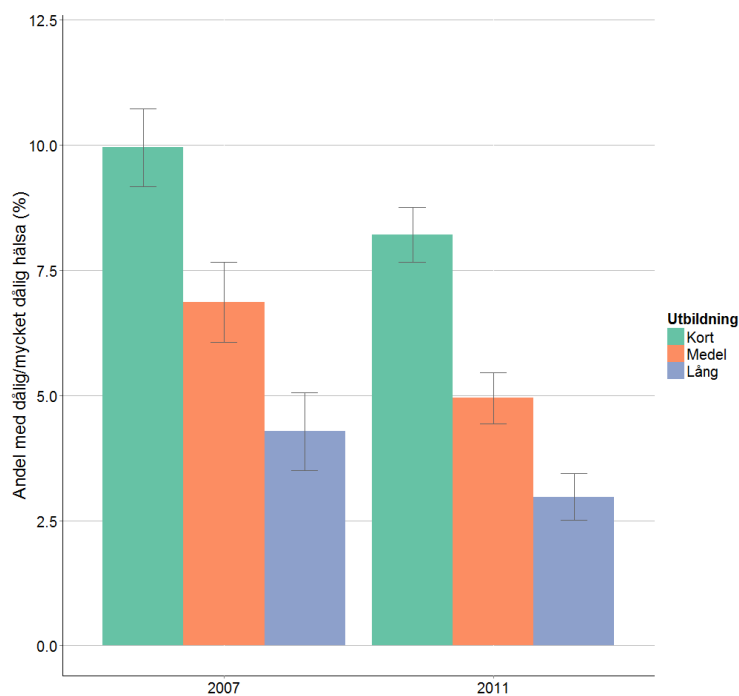
Uppgifter om bl.a. utbildningslängd registerpåfördes rådata via SCB:s försorg. Dessa uppgifter har därför kunnat användas som indelningsgrund i nedanstående beräkningar.

4.3.1 Data

Data över utbildningslängd och uppgift om självskattad hälsa från HLV 2007 och 2011 användes. De tre utbildningsgrupperna kategoriserades så att de med högst 2-årig gymnasieutbildning bildade ”kort utbildning”, de med högst 2-årig högskoleutbildning utgjorde ”medellång utbildning” och de med minst 3-årig högskoleutbildning utgjorde ”lång utbildning”. Fördelningen av antalet svarande individer per kön och utbildningsgrupp redovisas i Tabell 4 nedan.

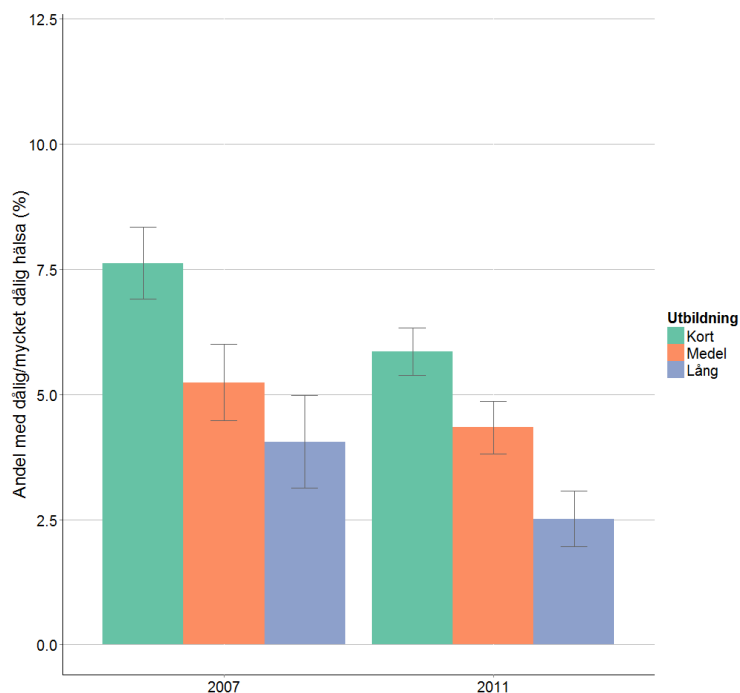
4.3.2 Resultat

I nedanstående diagram redovisas andelar av män och kvinnor som rapporterat dålig eller mycket dålig hälsa. För såväl män och kvinnor finns skillnader mellan de tre utbildningsgrupperna så att de med kort utbildning har störst andel med självskattad dålig hälsa och de med lång utbildning har lägst (Figur 3 och Figur 4).



Figur 3 Andelar av kvinnor med dålig eller mycket dålig hälsa enligt HLV 2007 och 2011, fördelat på utbildningslängd. Åldersstandardiserade data.

I diagrammen framgår även att det från 2007 till 2011 skett en viss minskning av andelarna med dålig hälsa i samtliga utbildningsgrupper. **Fel! Hittar inte referenskälla.**



Figur 4 Andelar av män med dålig eller mycket dålig hälsa enligt HLV 2007 och 2011, fördelat på utbildningslängd. Åldersstandardiserade data.

Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna är mindre för män än för kvinnor, både när det gäller de relativa som de absoluta skillnaderna (Tabell 4).

Tabell 4 Andelen av de som besvarat HLV 2007 och 2011 som rapporterat sin egen hälsa som dålig eller mycket dålig, fördelat per utbildningsgrupp och kön. Antal svar respektive år. Relativa och absoluta skillnader mellan kort och låg utbildning. Åldersstandardiserade data.

	Kvinnor				Män			
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Utbildningslängd	Andel dålig hälsa	Andel dålig hälsa	Antal svar	Antal svar	Andel dålig hälsa	Andel dålig hälsa	Antal svar	Antal svar
Kort	10	8,2	5785	9749	7,6	5,9	5247	9441
Medellång	6,9	4,9	3778	6872	5,2	4,3	3257	5856
Lång	4,3	3	2640	5167	4,1	2,5	1727	3121
Relativ skillnad	2,3	2,7			1,9	2,4		
Absolut skillnad	5,7	5,2			3,5	3,4		

Här bör man notera att den relativa skillnaden från 2007 till 2011 har *ökat* medan den absoluta skillnaden *minskat*! Det beror förstås på att andelarna minskat i samtliga utbildningsgrupper vilket medför att kvoten mellan dem med kort respektive lång utbildning, dvs. den relativa skillnaden, ökar.

4.4 Självskattad psykisk hälsa

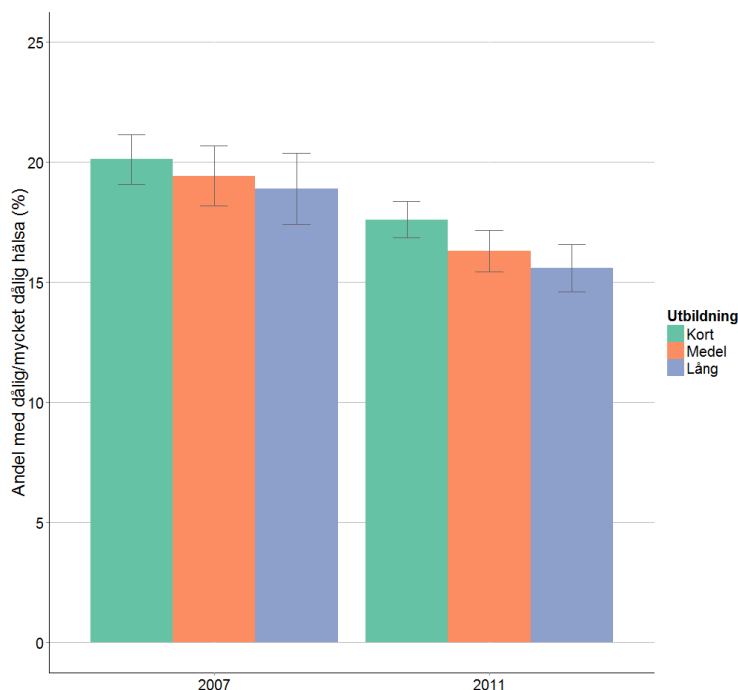
I enkätundersökningarna 2007 och 2011 ingick frågebatteriet General Health Questionnaire 12 (GHQ12). GHQ12 används för att skatta förekomsten av nedsatt självskattad psykisk hälsa. Frågebatteriet innehåller tolv frågor som analyseras så att om 3 eller fler av frågorna besvaras på ett visst sätt bedöms den svarande ha rapporterat nedsatt psykisk hälsa.

4.4.1 Data

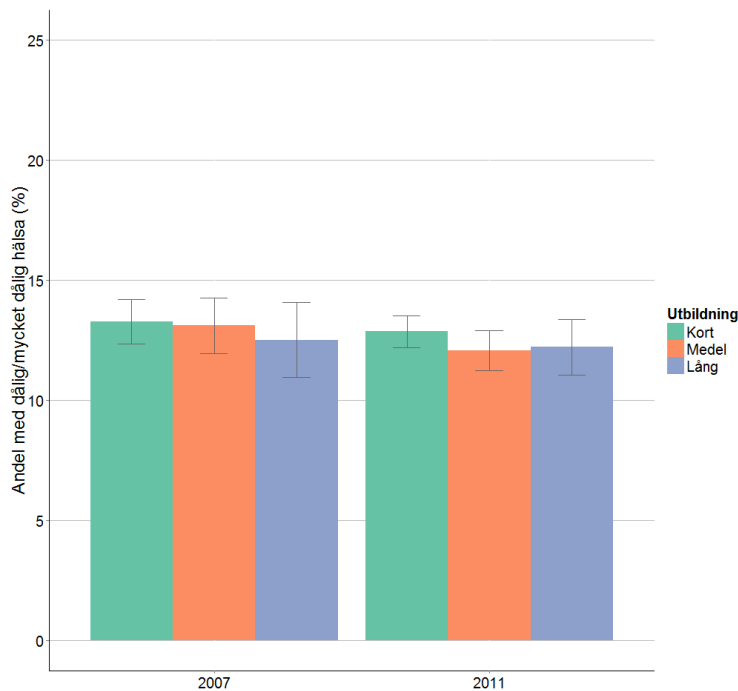
Data över utbildningslängd och uppgift om självskattad hälsa från HLV 2007 och 2011 användes. De tre utbildningsgrupperna kategoriserades så att de med högst 2-årig gymnasieutbildning bildade ”kort utbildning”, de med högst 2-årig högskoleutbildning utgjorde ”medellång utbildning” och de med minst 3-årig högskoleutbildning utgjorde ”lång utbildning”.

4.4.2 Resultat

I nedanstående diagram redovisas andelar av män och kvinnor som rapporterat nedsatt psykisk hälsa. För såväl män och kvinnor finns skillnader mellan de tre utbildningsgrupperna så att de med kort utbildning har störst andel med självskattad nedsatt psykisk hälsa och de med lång utbildning har lägst (**Figur 5** och **Figur 6**). Skillnaderna är emellertid mycket små och särskilt för männen är de inte statistiskt säkra skillnader.



Figur 5 Andelar av kvinnor med nedsatt psykisk hälsa enligt HLV 2007 och 2011, fördelat på utbildningslängd. Åldersstandardiserade data.



Figur 6 Andelar av män med nedsatt psykisk hälsa enligt HLV 2007 och 2011, fördelat på utbildningslängd. Åldersstandardiserade data.

I **Tabell 5** framgår att både de relativa skillnaderna och de absoluta är små. För männen finns inte någon statistiskt säker skillnad mellan utbildningsgrupperna.

Tabell 5 Andelen av kvinnor som besvarat HLV 2007 och 2011 som rapporterat sin egen hälsa som dålig eller mycket dålig, fördelat per utbildningsgrupper och kön. Antal svar respektive år. Relativa och absoluta skillnader mellan kort och låg utbildning. Åldersstandardiserade data.

Utbildningslängd	Kvinnor			
	2007 Andel med nedsatt psykisk hälsa	2011 Andel med nedsatt psykisk hälsa	2007 Antal svar	2011 Antal svar
Kort	20,1	17,6	5820	9879
Medellång	19,4	16,3	3817	6940
Lång	18,9	15,6	2662	5209
relativ skillnad	1,1	1,1		
absolut skillnad	1,2	2,0		

Tabell 6 Andelen av män som besvarat HLV 2007 och 2011 som rapporterat sin egen hälsa som dålig eller mycket dålig, fördelat per utbildningsgrupper och kön. Antal svar respektive år. Relativa och absoluta skillnader mellan kort och låg utbildning. Åldersstandardiserade data.

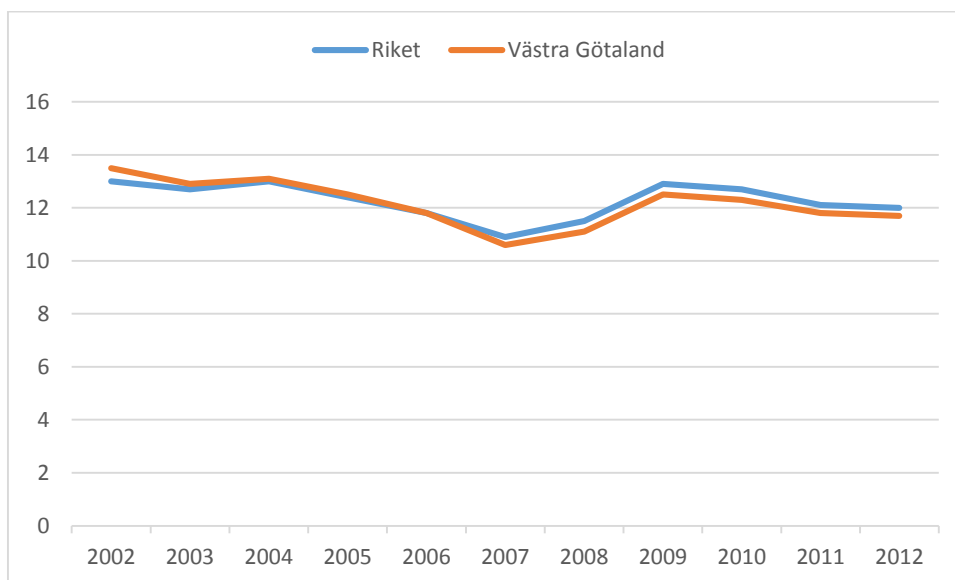
Utbildningslängd	Män			
	2007 Andel med nedsatt psykisk hälsa	2011 Andel med nedsatt psykisk hälsa	2007 Antal svar	2011 Antal svar
Kort	13,3	12,9	5261	9524
Medellång	13,1	12,1	3272	5902
Lång	12,5	12,2	1732	3138
relativ skillnad	1,1	1,1		
absolut skillnad	0,8	0,7		

För kvinnor har det skett en minskning av andelen med nedsatt psykisk hälsa från 2007 till 2011 i samtliga utbildningsgrupper, vilket medför att den relativa skillnaden är oförändrad medan skillnaden mätt i absoluta termer är något större 2011. För männen är förhållandena väsentligen oförändrade mellan utbildningsgrupperna 2007 och 2011.

4.5 Barn i hushåll med små ekonomiska resurser

Nedanstående beräkning av andelen barn 0-17 år som lever i hushåll med små ekonomiska resurser bygger på Rädda Barnens rapporter om barnfattigdom i Sverige. Data är hämtade från Folkhälsomyndighetens databas för åren 2002 – 2012. Dessa data är inte uppdelade efter föräldrarnas socioekonomiska position och det går därför ännu inte att beräkna graden av ojämlikhet mellan utbildningsgrupper. Arbete pågår tillsammans med SCB för att med hjälp av Väst-databasen kunna göra sådana beräkningar för perioden 2007-2012. Detta arbete kommer emellertid inte att kunna slutföras förrän i slutet av januari 2015.

Inte desto mindre är indikatorn viktig. Tillgången på ekonomiska resurser har stor betydelse för barns uppväxtvillkor och möjligheter att delta i olika sociala sammanhang vilket har betydelse både för barnens hälsa här och nu och deras framtida hälsotillstånd. Därför finns det anledning att ändå återge utvecklingen i Västra Götaland tillsammans med utvecklingen i riket (Figur 7).



Figur 7 Andelen barn 0-17 år som lever i hushåll med små ekonomiska resurser 2002-2012.. Data från Folkhälsomyndigheten.

Andelen barn som lever i hushåll med små ekonomiska resurser sjönk från ca 13 procent i början av 2000-talet till 2007 då andelen var drygt 10 procent. Därefter steg andelen på nytt till ca 12 procent 2009 och låg kvar på den nivån fram till 2012.

4.6 Långvarig arbetslöshet

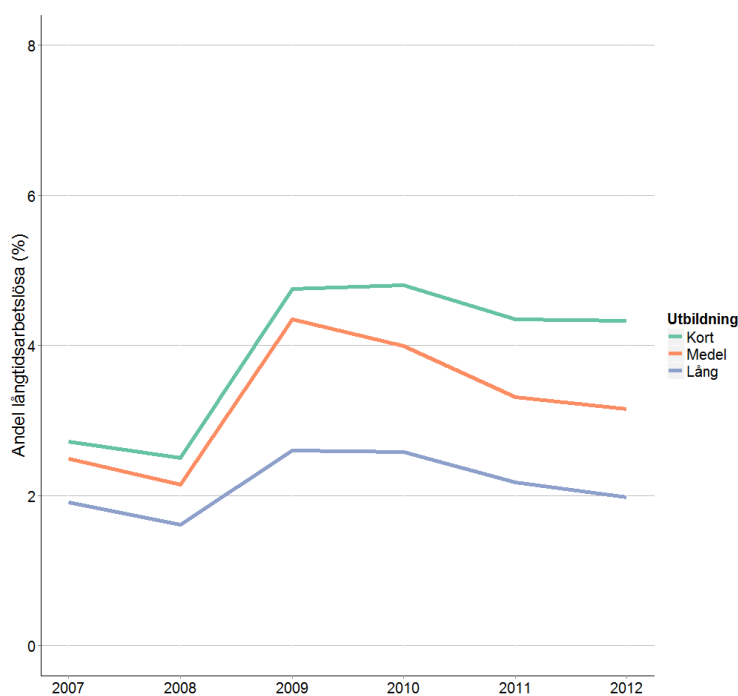
Sambandet mellan hälsa och arbetslöshet är starkt. Det finns flera mekanismer bakom arbetslöshetens hälsoeffekter. Arbetslöshet är förknippad med inkomstbortfall vilket kringskar möjligheter att ha kontroll över sitt vardagsliv. Men arbetslösheten leder även till en ökad social isolering och kan väcka skuld och skamkänslor vilket i sin tur påverkar hälsotillståndet negativt.

4.6.1 Data

I denna sammanställning används data från Västdatabasen över långvarig arbetslöshet bland män och kvinnor 25 – 64 år, vilket här definieras som arbetslöshet som varat längre än sex månader.

4.6.2 Resultat

För både män och kvinnor dubblerades andelen långtidsarbetslösa under perioden 2008 – 2009. Ökningen var kraftigast för dem med kort och medellång utbildning men för gruppen med medellång utbildning sjönk långtidsarbetslösheten successivt fram till 2012 medan den för gruppen med kort utbildning fortsatte vara på en högre nivå, drygt 4 procent. För gruppen med lång utbildning pendlar andelen kring 2 procent för båda könen (Figur 8 och Figur 9).



Figur 8 Långvarig arbetslöshet 2007-2012. Män 25-64 år.



Figur 9 Långvarig arbetslöshet 2007-2012. Kvinnor 25-64 år.

I Tabell 7 redovisas de relativa och absoluta skillnaderna mellan gruppen med kort respektive lång utbildning, tillsammans med de observerade andelarna för de tre utbildningsgrupperna för åren 2007-2012.

Tabell 7 Långvarig arbetslöshet 2007-2012, fördelat på kön och utbildningslängd. Relativ och absolut skillnad mellan kort och lång utbildning.

Män						
Utbildningsnivå	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andel med långvarig arbetslöshet						
Kort	2,7	2,5	4,8	4,8	4,3	4,3
Medellång	2,5	2,1	4,3	4,0	3,3	3,2
Lång	1,9	1,6	2,6	2,6	2,2	2,0
Antal i befolkningen 25-64 år						
Kort	237 395	234 605	231 777	228 815	226 160	223 526
Medellång	150 123	153 931	158 204	162 757	167 119	170 889
Lång	84 384	86 886	89 440	91 999	94 795	97 046
relativ skillnad	1,4	1,5	1,8	1,9	2,0	2,2
absolut skillnad	0,8	0,9	2,2	2,2	2,2	2,4

Kvinnor						
Utbildningsnivå	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andel med långvarig arbetslöshet						
Kort	2,9	2,6	3,7	4,4	4,2	4,0
Medellång	2,6	2,3	3,7	3,9	3,5	3,2
Lång	1,5	1,3	2,0	2,1	1,8	1,6
Antal i befolkningen 25-64 år						
Kort	216 137	211 377	206 871	202 578	198 643	194 478
Medellång	142 783	145 650	149 137	152 931	156 384	159 664
Lång	105 473	110 473	114 997	119 426	124 383	129 164
relativ skillnad	1,9	2,0	1,9	2,1	2,3	2,5
absolut skillnad	1,4	1,3	1,7	2,3	2,4	2,4

Det framgår att såväl de relativa som absoluta skillnaderna ökar markant efter 2008 och kvarstår på en relativt hög nivå. Det beror på att arbetslösheten i gruppen med kort utbildning inte minskar nämnvärt medan arbetslösheten bland dem med lång utbildning pendlar kring 2 procent under observationsperioden.

4.7 Äldre med små ekonomiska resurser

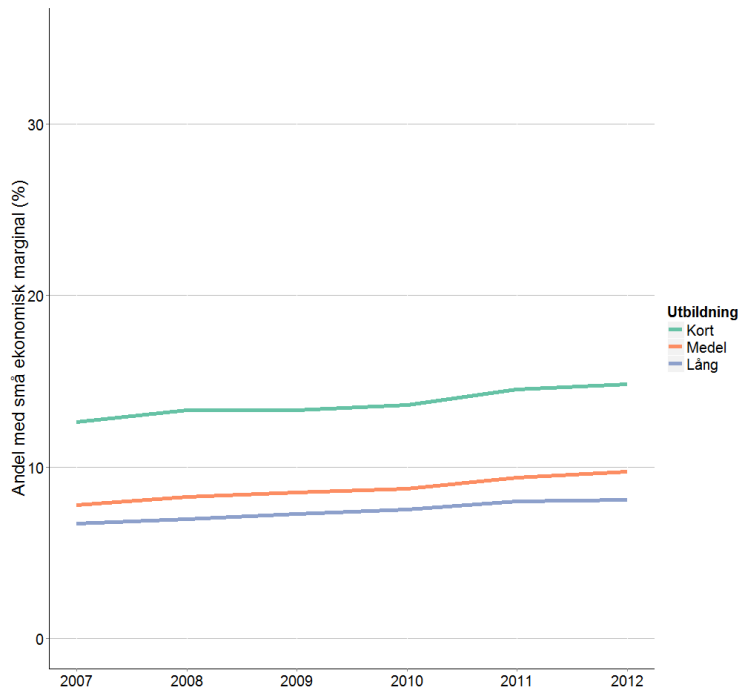
Små ekonomiska resurser har flera konsekvenser bland äldre. Den egna hälsan, boendet, det sociala umgänget kan påverkas negativt om individen inte har tillräcklig ekonomi för att kunna delta i t.ex. resor eller aktiviteter tillsammans med andra.

4.7.1 Data

Data till indikatorn har hämtats från Väst-databasen för åren 2007-2012. Individer 55 – 74 år ingår i sammanställningen. Det hade varit önskvärt att inkludera även äldre men personer 75 år och uppåt ingår inte i utbildningsregistret. Gränsen för små ekonomiska resurser är satt till 60 procent av medianinkomsten för respektive år. Data har fördelats efter utbildningslängd, kort, medellång och lång. Det ska noteras att drygt 60 procent av män och knappt 70 procent av kvinnorna faller i kategorin kort utbildning.

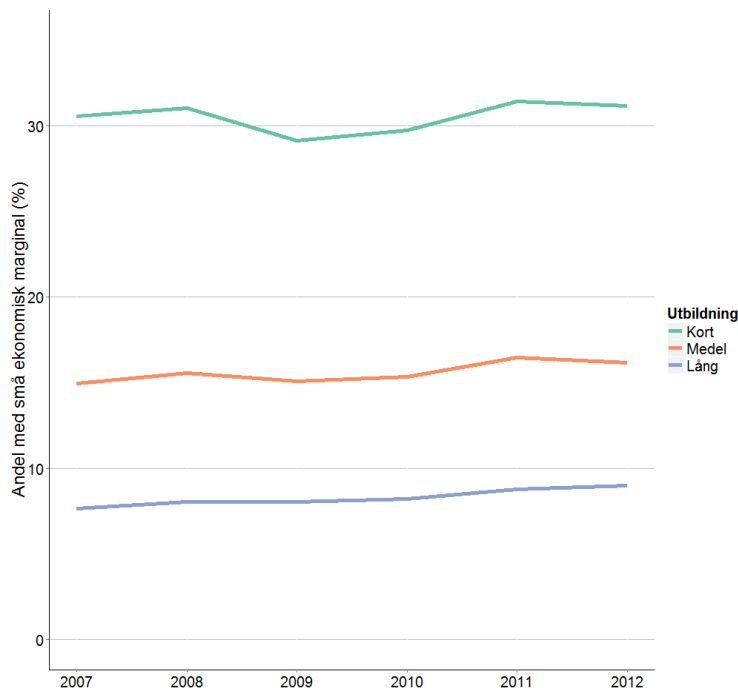
4.7.2 Resultat

Det föreligger under observationsperioden en långsam ökning av andelen med små ekonomiska resurser (Figur 10 och Figur 11).



Figur 10 Andelen äldre män med små ekonomiska resurser 2007-2012 uppdelat efter utbildningslängd.

Skillnaden mellan utbildningsgrupperna är påtaglig för männen och väsentligen konstant under perioden.



Figur 11 Andelen äldre kvinnor med små ekonomiska resurser 2007-2012 uppdelat efter utbildningslängd.

Skillnaden mellan utbildningsgrupperna för kvinnor är anmärkningsvärd. Andelen i gruppen med kort utbildning jämfört med kvinnor med medellång utbildning är omkring dubbelt så stor och mellan kort och lång utbildning är andelen omkring 3 ggr så stor! Nästan var tredje kvinna med kort utbildning har enligt denna definition små ekonomiska resurser.

Tabell 8 Andelen äldre män och kvinnor med små ekonomiska resurser efter utbildningslängd 2007-2012 tillsammans med antal i befolkningen. Relativa och absoluta skillnader för motsvarande period.

Män						
Utbildningsnivå	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andel med små ekonomiska resurser						
Kort	12,6	13,3	13,3	13,6	14,5	14,8
Medellång	7,8	8,3	8,5	8,7	9,4	9,7
Lång	6,7	7,0	7,3	7,5	8,0	8,1
Antal i befolkningen 55-74år						
Kort	98 768	99 767	100 574	101 149	102 147	102 825
Medellång	40 443	41 604	42 673	43 604	44 463	45 245
Lång	22 843	23 765	24 702	25 608	26 685	27 588
relativ skillnad	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
absolut skillnad	5,9	6,4	6,0	6,1	6,5	6,8
Kvinnor						
Utbildningsnivå	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andel med små ekonomiska resurser						
Kort	30,6	31,0	29,1	29,7	31,4	31,2
Medellång	15,0	15,6	15,1	15,3	16,5	16,2
Lång	7,6	8,0	8,1	8,2	8,8	9,0
Antal i befolkningen 55-74år						
Kort	110 513	110 177	109 311	108 625	108 070	107 204
Medellång	30 155	31 967	33 878	35 770	37 573	39 460
Lång	24 244	25 582	26 775	28 134	29 506	30 974
relativ skillnad	4,0	3,9	3,6	3,6	3,6	3,5
absolut skillnad	22,9	23,0	21,1	21,5	22,7	22,2

För män är den relativa skillnaden i andelen med små ekonomiska resurser 2 gånger så stor i gruppen med kort utbildning. Den absoluta skillnaden ökar från knappt 6 procentenheter till knappt 7 procentenheter från 2007 till 2012. Motsvarande relativa skillnad för kvinnor minskar något från att 2007 ha varit 4 gånger så stor andel med små ekonomiska resurser bland kvinnor med kort utbildning jämfört med lång utbildning, till 3,5 gånger så stor andel år 2012. Den absoluta skillnaden är väsentligen oförändrad.

4.8 Sammanfattning av resultaten

Här redovisas graden av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland genom att jämföra utfallet av tre indikatorer på hälsa och tre indikatorer på faktorer som visats ha betydelse för

hälsoutvecklingen mellan tre utbildningsgrupper. Oavsett vilket av hälsoindikatorerna man använder finns det tydliga skillnader mellan utbildningsgrupperna. Beträffande dödlighet är skillnaderna väsentligen oförändrade och nivåerna stabila för perioden 2007-2012. Andelen med dålig eller mycket dålig hälsa minskade något från 2007 till 2012 men skillnaderna mellan utbildningsgrupperna kvarstod.

I denna mätning användes tre s.k. bestämningsfaktorer för hälsa, små ekonomiska resurser i barnfamiljer, långvarig arbetslöshet och små ekonomiska resurser bland äldre. Data till att beskriva hur stor andel av barn som lever i hushåll med små ekonomiska resurser saknas i stor utsträckning då det gäller att kategorisera föräldrarna efter utbildningslängd (eller annat mått på socioekonomisk position). Istället redovisas utvecklingen i Västra Götaland så som den sammanställts i Rädda Barnens årsrapport 2013.

5 Diskussion

5.1 Om valet av socioekonomisk indelning – varför just utbildning?

I höginkomstländer som Sverige spelar utbildning en viktig roll för den sociala skiktningen i samhället. Utbildningen har stor betydelse för såväl barnets sociala position som den vuxnes. Utbildningsnivån är viktig för individens möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden och forma ett självständigt liv. Därigenom är utbildningsnivån en fundamental bestämningssfaktor för hälsa⁶.

Inkomst används ofta som en alternativ indikator på social position i studier av ojämlikhet i hälsa eftersom olika inkomstnivåer också avspeglar en social skiktning i samhället. Möjliga nackdelar med inkomst som en indikator i det här sammanhanget är att inkomsten är mer variabel över tid än utbildning. Det tycks också finnas en oklarhet beträffande validiteten i de allra lägsta inkomstgrupperna där t.ex. självskattad hälsa ofta är bättre än i de något högre inkomstskikten. Därutöver blir inkomstdata tillgängliga först efter två år vilket kan vara en tredje nackdel.

Ett tredje alternativ att operationalisera social position är att använda sig av social klass, som t.ex. socioekonomiskt index (SEI). Detta har emellertid inte varit görligt då Västdatabasen inte innehåller någon sammanfattande eller övergripande klassificering motsvarande SEI.

En nackdel med den valda utbildningsindelningen är att individer 75 år och äldre inte ingår i utbildningsregistret vilket medför att mätsystemet avspeglar indikatorerna för befolkningen 25-74 år i Västra Götaland.

Med detta sagt bör det framhållas att dessa tre sätt att indikera social position visserligen ger en bild av social skiktning i regionen men att de samtidigt representerar olika dimensioner av social skiktning – de är alltså inte helt utbytbara⁷. Medan social klass kan sägas representera en basal struktur i samhället kan utbildning ses som ett centralt sätt att nå en viss position i denna struktur och inkomst kan sägas vara ett uttryck för den ”belöning” eller ”erkänsla” som är förknippad med denna position.

Det är viktigt att understryka att valet av utbildning som ett sätt att operationalisera social skiktning inte innebär att det är utbildningslängden *i sig* som är central för hälsan. Snarare ska man se utbildning som ett sätt att beskriva individens totala livsvillkor⁸. Människor med lång utbildning tenderar att hamna i sociala sammanhang som kännetecknas av bra ekonomiska resurser, bra bostad, gynnsam psykosocial situation och därmed gynnsamma förutsättningar att utveckla en god hälsa. Men därmed inte sagt att en lång utbildning leder till bättre hälsa! Hälsoutvecklingen beror på så många olika faktorer vilket leder till komplexa och svårutredda orsakskedjor – biologiska, genetiska, miljömässiga, levnadsvanor och socioekonomiska faktorer.

⁶ Lundberg, O., M. Å. Yngwe, M. K. Stjärne, L. Björk and J. Fritzell (2008). The Nordic experience : welfare states and public health (NEWS). Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska institutet; s34.

⁷ Geyer, S., O. Hemstrom, R. Peter and D. Vagero (2006). "Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice." J Epidemiol Community Health **60**(9): 804-810.

⁸ Rostila, M. and S. Toivanen (2012). Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm, Liber.

5.2 Om valet av indikatorer – varför just dessa?

Förslaget innehåller tre hälso-variabler och tre bestämningsfaktorer för hälsa. De tre hälsovariablerna är etablerade och vanligt förekommande både i Sverige och internationellt.

5.2.1 Om förtida dödlighet

Det kan tyckas märkligt att välja dödlighet som en indikator på hälsa. Det är förstas en rimlig invändning – dödlighet ska snarare ses som en indikator på ”förlorad hälsoutveckling”. I dagens samhälle där flertalet lever till relativt hög ålder kan det finnas skäl att överväga andra indikatorer på hälsa (eller ohälsa) som t.ex. sjuklighet, funktionsgrad, välbefinnande.

Men dödlighet är fortfarande en relevant indikator i detta sammanhang. Den återger det sammantagna inflytandet av olika exponeringar och risker som ackumulerats under hela livet och som kan hota - eller skydda – hälsan hos individen. Dessutom är det en av de mest robusta och pålitliga indikatorerna som också finns tillhands i de allra flesta höginkomstländer.

5.2.2 Om självskattad hälsa

Självskattad hälsa används ofta i olika survey-undersökningar där den svarande får ange det svarsalternativ hen uppfattar bäst motsvara sin hälsa. Den konstruktion som används i Hälsa på lika villkor är vanligt förekommande och har sedan mitten av 1990-talet använts i ULF-undersökningarna och i flera av landstingens hälsoenkäter. Den används även inom EU:s kartläggningar⁹. I denna sammanställning har svaren använts för att belysa hur stor andel i de olika utbildningsgrupperna som har dålig eller mycket dålig hälsa.

Västra Götalandsregionen genomför f.n. undersökningen vart fjärde år i hela regionen. Den första större undersökningen genomfördes 2007, därefter 2011 och kommer att genomföras nästa gång 2015.

En svaghet med denna typ av undersökningar är att svarsfrekvensen tenderar att sjunka över tid. För närvarande ligger den genomsnittliga svarsfrekvensen kring 50 procent. Svarsfrekvensen är emellertid ännu lägre bland yngre, bland vissa grupper med utländsk härkomst och bland grupper med kortare utbildning eller låg inkomst. Bortfalsproblematiken blir naturligtvis extra bekymmersam då man vill veta hur stora skillnader som finns i *hela* befolkningen.

5.2.3 Om självskattad psykisk hälsa

Även denna indikator används i Hälsa på lika villkor. Den baseras på frågeinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ) som avser att mäta psykisk hälsa (eller mer precist, psykiskt välbefinnande). Instrumentet består av 12 delfrågor som mäter psykiska reaktioner på påfrestningar. Av svaren på frågorna beräknas en summavariabel vilken därmed kan anta ett värde mellan 0-12. Ett värde på 3 eller mer innebär ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Instrumentet används i flera surveyundersökningar, t.ex. CDUST-länen, Stockholms län och i region Skåne. Denna indikator lider av samma svaghet som självskattad hälsa, nämligen att svarsfrekvensen är låg.

⁹ Se <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

5.2.4 Barn i hushåll med små ekonomiska resurser

Barns uppväxtvillkor har stor betydelse såväl för deras hälsotillstånd under barndomen som för deras framtida hälsa. Föräldrarnas ekonomiska situation har stor betydelse för barnens och föräldrarnas möjligheter att påverka sina livsvillkor och att delta i det sociala livet.

Arbetsgruppen strävade efter att använda samma definition av små ekonomiska resurser som EU/Eurostat, dvs. det relativa måttet på små ekonomiska resurser. Det definieras som en hushållsinkomst per konsumtionsenhet på 60 procent av den nationella medianinkomsten eller därunder¹⁰.

Ett alternativt sätt att mäta andelen barn i hushåll med små ekonomiska resurser är det som används av Rädda Barnen¹¹. Det kan karakteriseras som ett absolut mått eftersom det är uppbyggt av två komponenter: huruvida hushållet har en ”låg ekonomisk standard” och/eller om hushållet uppbär försörjningsstöd.

Arbetsgruppen fann att det inte var möjligt att på ett enkelt sätt räkna fram vare sig relativa eller absoluta mått på denna indikator. Det kräver ytterligare stöd från SCB och har därför inte hunnit bli klart fram till folkhälsokommitténs sammanträde 5 december. Istället redovisas i denna version utfallet från Rädda Barnens årsrapporter som täcker perioden 2002-2011.

5.2.5 Långvarig arbetslöshet

Arbetslöshet påverkar oftast livsvillkoren negativt både genom inkomstbortfall och genom en tendens att den sociala samvaron med arbetskamrater begränsas. Det gäller i synnerhet om arbetslösheten blir långvarig. En ofta använd tidsgräns är sex månaders arbetslöshet och det är denna gräns som använts i mätningen.

Här är det viktigt att skilja på den arbetslöshetsstatistik som produceras av SCB och den som tas fram av Arbetsförmedlingen. Den senare bygger på antalet inskrivna vid Arbetsförmedlingen medan SCB baserar sin statistik på Arbetskraftsundersökningarna (AKU) som är en urvalsundersökning. Valet av källa kan därför ge upphov till olika arbetslöshetstal¹². I mätsystemet används Arbetsförmedlingens datalager för att framställa statistik över arbetslöshetstid i Västdatabasen. Denna statistik är alltså inte direkt jämförbar med AKU, vilket ligger till grund för det officiella arbetslöshetstalet.

5.2.6 Äldre med små ekonomiska resurser

Tillgången på ekonomiska resurser påverkar äldres möjligheter att delta i samhällslivet. Äldres ekonomi har i mer eller mindre stor utsträckning att göra med individens yrkesverksamma liv och inkomster under livsresan. Ekonomin påverkas också av om personen är ensamstående eller inte.

I mätsystemet har förvärvsinkomst använts i vilket ingår förutom eventuell inkomst av tjänst eller näringsverksamhet, också inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan.

¹⁰ Se <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>

¹¹ Salonen, Tapio (2013). *Barnfattigdom i Sverige: årsrapport 2013*. Stockholm: Rädda barnen

¹² Se <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Arbetslos--inte-samma-sak-hos-SCB-och-Arbetsformedlingen/> för en redovisning av dessa skillnader.

5.3 Om valet av mått – varför just dessa?

Det finns en rad mer eller mindre sofistikerade mått på graden av ojämlikhet i hälsa eller i fördelningen av s.k. bestämningsfaktorer för hälsa¹³. Det finns inget allmänt vedertaget sätt att redovisa ojämlikhet i hälsa utan rekommendationerna varierar starkt. En ofta förekommande rekommendation är dock att redovisa såväl absoluta som relativa mått och att använda mer komplicerade mått om målgruppen kan förväntas vara förtrogna med statistiska resonemang. De mer komplexa måtten kan ge en mer nyanserad bild av ojämlikhet i hälsa än vad de enklare måtten förmår. Arbetsgruppen delar dessa slutsatser men noterar även att de komplexa måtten visserligen kan nyansera mätningen men är samtidigt betydligt svårare att kommunicera och svårare att förstå när det gäller deras uppbyggnad och vad det är de egentligen mäter. Därför bygger detta förslag på enbart enkla mått – de ger en tillräckligt god bild av graden av ojämlikhet i hälsa samtidigt som de är lätta att förstå och därmed att kommunicera. De mått som används här bygger på en jämförelse av utfall mellan ytterlighetsgrupperna – gruppen med kort utbildning och gruppen med lång utbildning. Det bedöms väsentligt att använda både relativa och absoluta mått. Men det behövs också ett sätt att relatera till absoluta nivåer för utfallen i de tre utbildningsgrupperna.

Flera forskare har uppmärksammat betydelsen av vilken sorts indikator man väljer – relativ eller absolut. Ur ett policy-perspektiv kan det vara mer informativt att använda absoluta mått eftersom det säger något om omfattningen av t.ex. ett hälsoproblem¹⁴. Därutöver kan man också överväga att använda absoluta mått på hälsa/ohälsa i den minst gynnade gruppen, i detta fall gruppen med kort utbildning, oavsett hur samma utfall ter sig i de övriga grupperna. En sådan andel är ju egentligen inte ett mått på ojämlikhet eftersom det enbart mäter andelen i *en* grupp, men som Lundberg m.fl.¹⁵ argumenterar kan en sådan indikator säga något om i vad mån en viss policy påverkar hälsan i den minst gynnade gruppen. Relativa och absoluta mått på ojämlikhet kan ju minska om ohälsa i den mest privilegierade gruppen minskar. Om man istället mäter utfallet i den minst privilegierade gruppen kan det ge en bättre bild av om utvecklingen är positiv eller inte.

Därför bedömde arbetsgruppen att indikatorerna skulle redovisas i stor utsträckning grafiskt men också i tabellform, som återger alla tre utbildningsgruppernas nivåer, tillsammans med både relativa och absoluta *enkla* mått på jämlikhet i hälsa.

5.4 Dilemman – ställningstaganden

Detta avsnitt tar upp några specifika problem med att mäta ojämlikhet i hälsa och där det inte finns något avgjort rätt eller fel¹⁶. Det gäller frågan om mätningen ska belysa skillnader i hälsa mellan individer i en viss befolkning eller skillnader mellan grupper av individer; det gäller frågan om vilken geografisk nivå som är den optimala för att belysa ojämlikhet i hälsa; det gäller problemet med att hantera data som innehåller få observationer och därmed ökad osäkerhet i de beräkningar som görs.

¹³ För en orientering om några av de centrala metoderna och diskussionen kring dessa se arbetsmaterial på folkhälsokommitténs hemsida www.vgregion.se/jamlikhalsavast.

¹⁴ Lundberg, O. (2003) ”Ojämlikhet i hälsa: Definitioner, mått, mekanismer och policyimplikationer”. [Inequalities in health: Definitions, measures, mechanisms and policy implications]. *Socialmedicinsk tidskrift*, 80:200-208.

¹⁵ Lundberg, O., M. Åberg Yngwe, M. Kölegård Stjärne, L. Björk and J. Fritzell (2008). *The Nordic experience : welfare states and public health (NEWS)*. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska institutet.; s 55-56.

¹⁶ Avsnittet innehåller sammanfattningar av tre delrapporter vilka finns i sin helhet på folkhälsokommitténs websida.

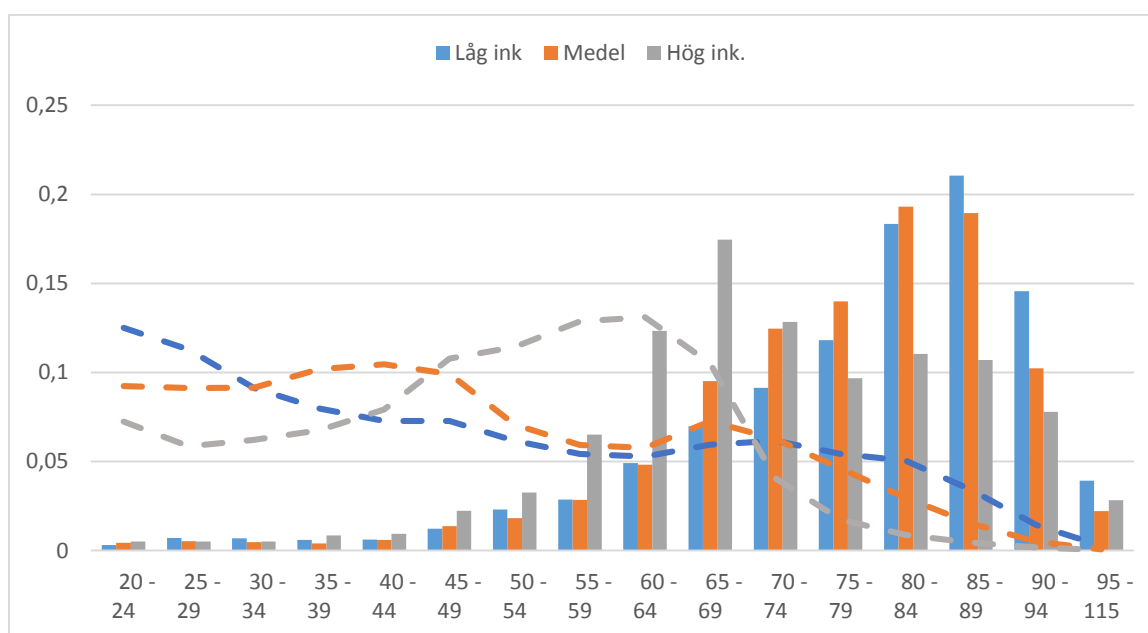
5.4.1 Bör man mäta skillnader mellan individer eller skillnader mellan grupper?

Skillnaderna i hälsa mellan individerna i en befolkning beror på många olika saker. Det kan vara genetiska och biologiska faktorer, skillnader i levnadsvanor, olika grad av exponering för miljöfaktorer och – inte minst – skillnader betingade av olika livsvillkor beroende på individens socioekonomiska situation. Är det då klokt att som i detta förslag på mätsystem använda socioekonomiska grupper som grund för en mätning av ojämlikhet i hälsa?

Nedanstående beräkning ska illustrera vilka slutsatser man kan dra beroende på om man väljer att mäta skillnader mellan individer eller mellan grupper av individer. I beräkningen användes data över åldersspecifik dödlighet som ett mått på hälsotillståndet i Västra Götaland. Med hjälp av dessa data beräknades dels skillnader mellan individer i Västra Götaland, dels mellan individer grupperade efter inkomstnivå, som ett mått på socioekonomisk position.

Data över inträffade dödsfall efter 20 års ålder och befolkningsstorlek samt inkomstuppgifter 2012 hämtades från Väst-databasen. Befolkningsuppgifterna indelades i 5-års åldersintervall. Inkomstuppgifterna användes till att gruppera befolkningen i tre inkomstgrupper: den femtedelen med lägst inkomst, den femtedelen med högst inkomst och de tre femtedelar med inkomster däremellan¹⁷.

Ett sätt att visa hur dödsfallen (som ett paradoxalt mått på hälsotillståndet) bland individerna fördelas i en befolkning är att använda sig av antalet dödsfall relaterat till befolkningsstorlek i en viss *ålderskategori*. På så sätt påvisas skillnader i ”risk att avlida” mellan individer i en given befolkning. I Figur 12 redovisas hur dödstaten fördelar sig på de tre inkomstgrupperna (eftersom vi är intresserade av att jämföra *fördelningens* utseende har antalet dödsfall per åldersgrupp omräknats till andelen dödsfall i varje inkomstgrupp av det totala antalet dödsfall).



Figur 12 Fördelningen av dödsfall i åldersgrupper 20 år och äldre samt per inkomstgrupp. Staplarna markerar andelen dödsfall i varje 5-årsintervall av det totala antalet dödsfall i vardera av de tre

¹⁷ För en mer detaljerad redovisning se folkhälsokommitténs hemsida www.vgregion.se/jamlikhalsavast

inkomstgrupperna. De streckade linjerna uttrycker motsvarande andel av den totala befolkningen per inkomstgrupp.

Fördelningen är starkt förskjuten åt de äldre åldersgrupperna men vi ser att det finns en stor variation över åldersgrupperna, egentligen från 20 års ålder men ökar markant från ca 40 år till drygt 100. Flertalet dör i högre åldrar men variationen är stor i varje socioekonomisk grupp.

Diagrammet antyder alltså att den *variation* som förklaras av skillnaderna mellan inkomstgrupperna är liten jämfört med skillnaderna mellan åldersgrupperna.

Ett sätt att beskriva variationen i befolkningen numeriskt är att uttrycka dödlighet som en matematisk funktion. Här används en statistisk modell i tre steg: först beräknades den genomsnittliga dödligheten i hela befolkningen samt variationen kring medelvärdet; sedan lades ålder till som en förklarande variabel och andelen av den totala variationen som förklaras av ålder beräknades; till sist adderades de tre inkomstklasserna till modellen för att beräkna hur stor andel av den totala variationen som förklaras av inkomst. Resultatet redovisas i Tabell 9.

Tabell 9 Variation (deviance) och "förklarad variation" för förtida dödsfall i VG i befolkningen 20 – 74 år, relaterad till ålder och inkomstgrupper; riskkvoter för inkomstgrupper

	deviance ¹	"förklarad" variation	Relativ risk
Total variation	19857		
Kvarvarande variation Ålder	664	96,7%	
Hög inkomst			1 (ref.grupp)
Medelhög inkomst			1,3
Låg inkomst			2,2
Kvarvarande variation Ålder + inkomst	334	98,3%	

¹ Eftersom en generaliserad linjär modell (Poisson) använts uttrycks variationen som deviance vilket är ett mått på hur mycket de observerade värdena avviker från den statistiska modellen.

Då ålder introduceras i modellen minskar variationen från 19857 till 664. Ålder förklarar alltså 96,7% av den totala variationen! När inkomst inkluderas minskar variationen till 334. Den del av variationen som förklaras av inkomst är skillnaden mellan 664 och 334, dvs. 330, vilket utgör endast 1,6% av den totala variationen!

Hur stor är skillnaderna *mellan grupperna*? Man kan använda sig av olika beräkningsätt. Det är vanligt att jämföra antal döda relaterat till befolkningsstorleken per inkomstgrupp och beskriva skillnaderna mellan grupperna antingen i absoluta skillnader i procentenheter eller som en kvot mellan dem med lägst respektive högst inkomst, analogt med förslaget till mätsystemet.

Man kan även använda sig av samma statistiska modell som ovan och erhålla den relativa risken mellan de tre inkomstgrupperna direkt ifrån beräkningen. I tabellen ovan framgår att dödligheten, när man kontrollerar för ålder, är 2,2 ggr högre i låginkomstgruppen jämfört med höginkomstgruppen och 1,3 ggr högre i medelinkomstgruppen jämfört med höginkomstgruppen.

Ett annat vanligt sätt att redovisa skillnader i dödlighet är *föväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder*. Med hjälp av ovanstående data beräknades livslängdstabeller för vardera av de tre inkomstgrupperna samt för hela befolkningen. Resultatet redovisas i Tabell 10.

Tabell 10 Förväntad återstående livslängd vid 30 års ålder för hela befolkningen och för grupper med låg, mellan respektive hög inkomst, baserat på befolkningsdata från Västra Götaland 2012.

	Förväntad återstående livslängd >30års ålder
Hela befolkningen	51,0
Låg inkomst	45,8
Medelhög inkomst	52,1
Hög inkomst	53,6

Den förväntade medellivslängden är 51,0 år i hela befolkningen. Tar vi hänsyn till inkomstgrupperna finner vi att skillnaden mellan gruppen med högst och lägst inkomstnivåer är 7,8 år.

Vilka slutsatser kan man dra från denna jämförelse? Ett argument för att mäta skillnader i hälsa *mellan individer* är att sociala faktorer bidrar endast i marginell omfattning till den totala variationen i hälsa. Om man beräknar hur stor del av skillnaderna som betingas av variation mellan de socioekonomiska grupperna och den del som betingas av variation mellan individerna i en befolkning kommer vi att se att den socioekonomiska variationen är liten. Det är också förhållandet beträffande andra faktorer som t.ex. rökning, levnadsvanor eller andra specifika riskfaktorer. Detta illustreras i Tabell 9 för dödligheten i den vuxna delen av befolkningen i Västra Götaland där den del av variationen som förklaras av inkomstnivå är endast 1,6% av den totala variationen samtidigt som det är 2,2 ggr större risk för en individ i den lägsta inkomstgruppen att avlida jämfört med en individ i den högsta inkomstgruppen.

Så om frågan gäller hur stor är skillnaden mellan individer i en viss befolkning så är detta ett korrekt sätt att analysera data på¹⁸. Påståendet kan emellertid ses som svaret på frågan ”hur stor är skillnaden i hälsa mellan individerna i Sverige?”. För den som är intresserad av att minska sådana skillnader i hälsa *som är påverkbara* genom politiska beslut och samhällseliga insatser kan en mätning av ojämlikhet mellan individer visserligen vara korrekt men det är så att säga rätt svar på fel fråga.

Argumentet att inkomstnivån spelar en liten roll för variationen av dödlighet är en variant på det triviala påståendet att de flesta individer dör i hög ålder. Men samtidigt måste det finnas något som förklarar varför risken att dö under en given tidsperiod är större för dem med lägra inkomst än för dem med högre.

En för praktiska ändamål mer relevant frågeställning är därför att fråga hur stora skillnaderna i hälsa är mellan socioekonomiska grupper i samhället. Även om inkomstgrupperna svarar för en liten del av den totala variationen har de med lägre inkomst högre risk att dö.

I Tabell 10 framgår att skillnaderna i förväntad återstående medellivslängd från 30 års ålder mellan den lägsta inkomstgruppen är 45,8 år och i den högsta 53,6år, en skillnad på 7,8 år. Är detta en stor skillnad? Sir Michael Marmot har gjort en beräkning baserad på ett material från den s.k. Whitehall-undersökningen vilken i en första omgång följer dödligheten bland tjänstemän i det brittiska

¹⁸ Shkolnikov, V. M., E. M. Andreev, D. A. Jdanov, D. Jasilionis, O. Kravdal, D. Vagero and T. Valkonen (2012). "Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971-2000." *J Epidemiol Community Health* **66**(4): 372-378.

regeringskansliet¹⁹. Han fann att den förväntade återstående medellivslängden vid 45 års ålder för dem som senare dog av andra orsaker än hjärtinfarkt (koronar hjärtsjukdom) var 37,4 år och bland dem som senare dog överhuvudtaget (alltså inklusive hjärtinfarkt) var 33,4 år. Marmot drog slutsatsen att om man lyckas förebygga dödsfall orsakade av hjärtinfarkt bland tjänstemän helt och hållet, skulle den förväntade medellivslängden vid 45 års ålder öka med 4 år!

Med andra ord, om det var möjligt att identifiera de mekanismer och faktorer som ligger bakom den nästan 8-åriga skillnaden i dödlighet mellan högst och lägst inkomst skulle effekten på den förväntade medellivslängden efter 45 års ålder vara nästan dubbelt så stor som om vi lyckas helt utrota dödligheten i hjärtinfarkt!

Inom socialepidemiologin understryks ofta att orsakerna bakom individuella fall (av t.ex. hjärtsjukdom) kan vara helt andra än orsakerna bakom att en viss andel av en given befolkning drabbas under en viss tidsperiod²⁰ (den s.k. incidensen av t.ex. hjärtinfarkt). Därför kan det, om syftet med att mäta ojämlikhet i hälsa i befolkningen är att minska denna ojämlikhet, vara fel analysnivå att mäta skillnader mellan individer. Givet att vi ännu vet ganska lite om vilka mekanismer som ligger bakom att enskild individ drabbas är det enligt arbetsgruppens mening en bättre folkhälsostrategi att besvara frågan om varför skillnaden i förväntad medellivslängd är drygt 7 år mellan gruppen med lägst inkomst och gruppen med högst och fråga sig vilka de kloka politiska besluten och insatserna bör vara för att minska den skillnaden.

5.4.2 Bör man mäta skillnader mellan geografiska områden eller mellan socioekonomiska grupper?

Undersökningar av hälsotillståndet väcker ofta stort intresse. I synnerhet är rapporter som baseras på lokala förhållanden inte sällan uppseendeväckande genom att utfallen oftare blir mer uttalade än om man redovisar genomsnittsvärden på t.ex. nämnd-nivå eller delregionala nivåer.

Det är också rimligt att sträva efter att beskriva hälsorelaterade förhållanden på lokal nivå eftersom folkhälsoarbete ofta handlar om insatser i lokalsamhället. Man brukar tala om att "lokala data skapar lokalt engagemang".

Det finns emellertid ett antal fallgropar att beakta vid analyser av data från små områden.

- Det medför att skattningar av olika hälsoutfall görs med relativt litet statistiskt underlag. I sådana fall är det viktigt att redovisa graden av osäkerhet i dessa skattningar.
- Avgränsningen av det geografiska området påverkar resultatet av analysen.
- I den mån man är intresserad av att mäta graden av ojämlikhet inom en stad kan det vara missledande att jämföra små områden inom staden med varandra – den geografiska ojämlikheten kan maskera ojämlikheter mellan t.ex. socioekonomiska grupper i staden.

5.4.2.1 Litet dataunderlag – osäkra skattningar

Det är inte svårt att förstå att ett mindre antal observationer ger sämre underlag för att dra slutsatser än om man har tillgång till många observationer. Men finns det någon gräns där osäkerheten blir alltför stor för att en beräkning ska vara meningsfull? Det är en relevant

¹⁹ Marmot, M. (2004). Social Causes of Social Inequalities in Health. Public health, ethics, and equity. S. Anand, F. Peter and A. Sen. Oxford ; New York, Oxford University Press: s 43.

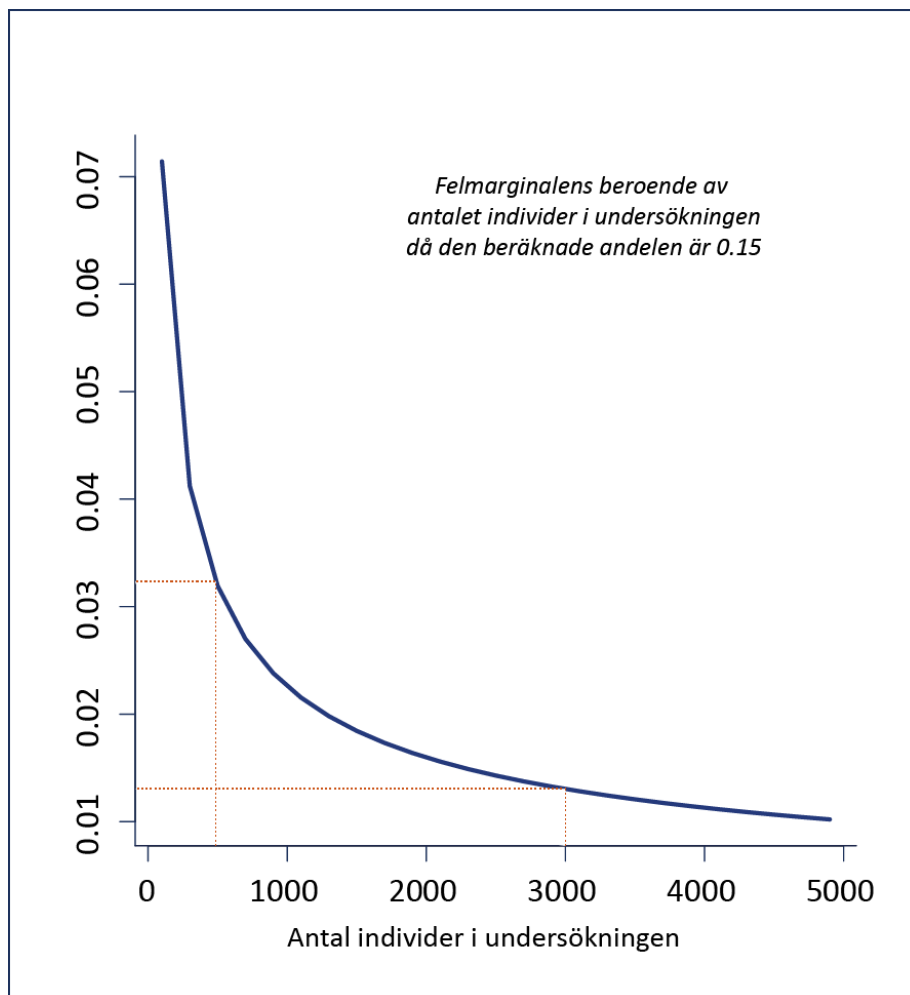
²⁰ Rose, G. (1985). "Sick individuals and sick populations." Int J Epidemiol 14(1): 32-38.

fråga eftersom flera av regionens kommuner liksom stadsdelarna i de större städerna har en relativt liten befolkning.

Låt ett exempel illustrera detta problem. Enligt många undersökningar är andelen unga kvinnor, t.ex. 16-29 år, som rapporterar nedsatt psykisk hälsa omkring 15 procent. Om en kommunledning vill minska denna andel är man förstas intresserad av att veta hur stor andelen är i den egna kommunen och man vill säkert också veta om andelen minskar eller ökar till nästa gång man mäter psykisk hälsa. Det medför att precisionen i mätningen behöver vara tillräckligt hög för att kunna påvisa en eventuell förändring

Nedanstående diagram beskriver hur stor undersökningsgruppen måste vara för att nå en viss nivå av säkerhet.

Om den uppmätta andelen är 15 procent och antalet deltagande är 20 000 innebär det att osäkerheten är +/- 0,5 procentenheter, dvs. det sanna värdet ligger mellan 14,5 och 15,5 procent. Det medför att en påvisbar förändring måste vara större än ca 1 procentenhet vid nästa undersökningstillfälle för att man med god säkerhet ska kunna dra slutsatsen att det faktiskt skett en förändring. Vid färre svarande växer osäkerheten.



Figur 13 Diagram över hur konfidensintervallet följer antalet svarande om den mätta andelen är 15%.

I diagrammet framgår att osäkerhetsintervallet ökar snabbt med sjunkande antal svarande. Med 5000 svar och en skattad andel på 15% är osäkerhetsintervallet från 14 procent till 16 procent, vid 3000 svar från 13,7 till 16,3 procent och vid 500 svar från 11,8 till 18,2 procent. Med tanke på att hälften av regionens kommuner har mindre än 13 000 invånare,

flera omkring 4 000 - 5 000, och att man gärna vill dela upp befolkningen i kvinnor och män samt 2-3 ålderskategorier, kommer antalet individer i varje undergrupp att snabbt minska. I exemplet med unga kvinnor, t.ex. 16-24 år, är det inte ovanligt att denna grupp utgör några hundra individer. Är man då intresserad av att följa utvecklingen av psykisk hälsa i denna grupp från ett mättillfälle till ett annat måste därmed förändringen vara minst 4-5 procentenheter för att det ska vara möjligt att urskilja förändringen. Då ska man minnas att den ökning av psykisk ohälsa som noterats särskilt bland unga kvinnor sedan slutet av 1990-talet ökade med i genomsnitt 1 procentenhet per år fram till ungefär 2005 då trenden föreföll att plana ut något. Den förändringen uppfattades som dramatisk men i ovanstående exempel skulle det ta 4-5 år att urskilja en sådan ”dramatisk” förändring.

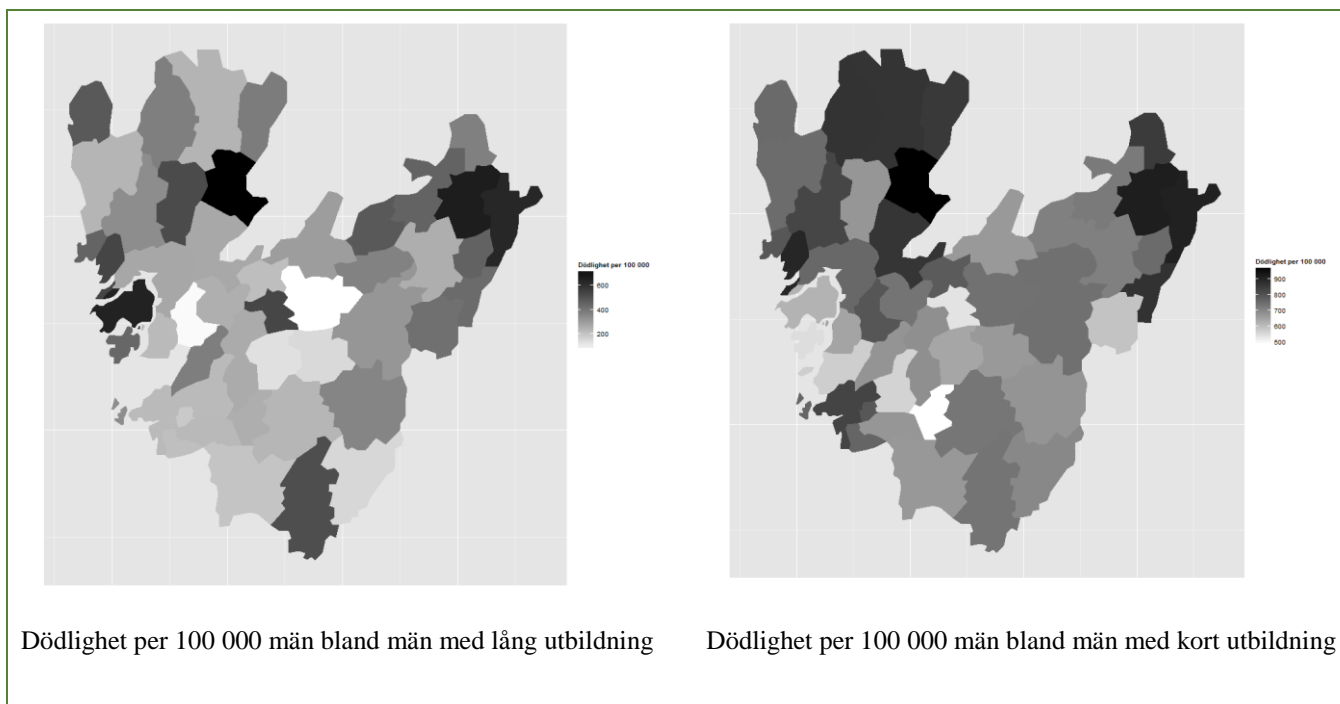
5.4.2.2 Avgränsningen av det geografiska området påverkar utfallet – ”the Modifiable Area Unit Problem”

När man mäter hälsa i ett geografiskt område påverkas utfallet naturligtvis av sammansättningen av befolkningen i området men också av hur området är avgränsat.

Eftersom hälsa och ohälsa inte nödvändigtvis respekterar administrativa gränser som t.ex. kommuner, finns det ett drag av godtycklighet i att välja just kommunen som en lämplig geografisk nivå att sammanställa data på. Ett (starkt) argument är förstås att kommunen är en politiskt relativt autonom entitet som också har ett ansvar för väsentliga välfärdsinstitutioner och därmed har stor betydelse för människors hälsa.

Men det finns andra faktorer som kommunen inte har omedelbart inflytande över, som t.ex. arbetsmiljöer, och som också påverkar människors hälsa. Sammanställningar av hälsorelaterad statistik sammanställs ofta baserat på orten där man bor, den s.k. nattbefolkningen. Men det kanske vore minst lika viktigt att sammanställa hälsorelaterad statistik baserad på dagbefolkningen, där människor vistas under dagtid. Detta görs redan på t.ex. regionutvecklingssekretariatets analysenhet, men sällan när det gäller hälsotillstånd. Kanske en mer relevant analytisk nivå då det gäller ojämlikhet i hälsa skulle vara lokala arbetsmarknader?

Denna avgränsningsproblematik gör sig gällande också i större skala. De 49 kommunerna i regionen skiljer sig åt inte bara till befolkningsstorlek utan även beträffande socioekonomisk sammansättning. Det gör att det kan ifrågasättas om det överhuvudtaget är meningsfullt att mäta *ojämlikheter* på kommunnivå, i synnerhet i de mindre kommunerna som oftare är mer homogena socioekonomiskt. Ojämlikheten i t.ex. dödlighet kan mycket väl vara låg fastän dödligheten är hög i en homogen befolkning. Arbetsgruppen har beräknat dödligheten före 75 års ålder i samtliga kommuner och för de tre utbildningsgrupperna. Ojämlikheten i dödlighet är störst i Göteborgs stad och i de större kommunerna och tenderar (som förväntat) att vara lägre i de mindre kommunerna. Samtidigt tenderar dödligheten i gruppen med kort utbildning att vara betydligt högre dels i Göteborg (inte oväntat) men även i kommunerna i Dalsland och östra Skaraborg, med an dödligheten i gruppen med lång utbildning uppvisar ett mer oregelbundet mönster, se Figur 14.



Figur 14 Variationen i dödlighet före 75 års ålder för män med lång respektive kort utbildning, fördelat på kommun.

Därför är möjligen rena ojämlikhetsmått mindre lämpliga för att indikera ojämlikhet i hälsa på kommunnivå eller lokal nivå i ett regionalt mätsystem. Ett alternativt mått kan vara antalet dödsfall före 75 års ålder i den minst gynnade gruppen (i det här fallet gruppen med kort utbildning). Det är visserligen inte ett mått på *ojämlikhet* men mot bakgrund av att strategier för att motverka ojämlikhet i hälsa bör baseras på att det är hälsotillståndet i de minst gynnade grupperna som ska främjas är det ändå meningsfullt att följa utvecklingen i dessa grupper²¹.

Ovanstående frågor är dåligt utredda men kan ha stor betydelse när man ska följa utvecklingen över tid. Det pågår ett samarbete mellan folkhälsokommitténs sekretariat och statistikkontoret i Trollhättans stad som syftar till att identifiera en lämplig nivå för att mäta ojämlikhet i hälsa på. Det arbetet kommer att slutföras under februari 2015.

²¹ Lundberg, O., M. Åberg Yngwe, M. Kölegård Stjärne, L. Björk and J. Fritzell (2008). The Nordic experience : welfare states and public health (NEWS). Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska institutet.; s 55-56.

6 Slutsatser och förslag på genomförande

Förslaget till mätsystem med de sex föreslagna indikatorerna och sammanställda med hjälp av enkla mått på ojämlikhet i hälsa tillsammans med de absoluta värdena för de tre utbildningsgrupperna kan sägas vara en fullgod version 1.0 av ett regionalt mätsystem för att följa utvecklingen av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland.

Det bör emellertid finnas en öppenhet för att justera mätsystemet utifrån hur andra regioner beslutar kring sina motsvarande mätsystem som nu är under utveckling, t.ex. i Malmö stad och i region Östsm.

Indikatorn Barn i hushåll med små ekonomiska resurser bör färdigställas

En kvarhängande fråga är i vad mån det blir meningsfullt att mäta ojämlikhet på kommun-nivå. Det behöver utredas och diskuteras ytterligare.

Arbetsgruppen föreslår därför att mätsystemet införs i två steg.

I det första steget implementeras mätsystemet med fem indikatorer (förtida dödsfall, självskattad hälsa, självskattad psykisk hälsa, långvarig arbetslöshet och äldre med små ekonomiska resurser) för perioden 2007 - 2012 genom att konstruera en webbsida på vilken mätsystemet kan göras publikt. Detta steg bör kunna genomföras fram till april 2015.

Det andra steget omfattar dels att färdigställa indikatorn Barn i hushåll med små ekonomiska resurser, dels en avstämning gentemot andra regioner och kommuner som håller på med att utveckla liknande mätsystem, dels att klargöra och besluta om hur den lokala nivån ska kunna representeras på ett optimalt sätt och implementera också dessa delar till en uppdaterad version 2.0. Den uppgraderade versionen av mätsystemet bör kunna färdigställas till september 2015.