



Uppdatering till Den orättvisa hälsan

Tyvärr förekommer tryckfel i tredje upplagan. Vi beklagar detta. I denna pdf finns korrigerade sidor.

Förord tredje upplagan

För 35 år sedan, 1989, publicerade jag tillsammans med Olle Lundberg en ofta citerad artikel om klasskillnader i dödlighet i Sverige och Storbritannien. År 1991 kom Finn Diderichsens antologi *Klass och ohälsa* ut. I Sverige var forskningsfältet då glest befolkat och de obesvarade frågorna många. Men en förändring låg i luften. Situationen är följaktligen helt annorlunda i dag. Tredje upplagan av *Den orättvisa hälsan*, förtjänstfullt redigerad av Mikael Rostila och Susanna Toivanen, visar på ett forskningsfält med imponerande bredd och mognad. Jag ger några personliga kommentarer kring bokens tema baserade på fyra decenniers egna erfarenheter.

9

Rättvisa

Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. Är ojämlikheten i hälsa orättvis? Det är ett underförstått antagande bakom bokens titel. Ojämlikheten är ju inte självvald, snarare påtvingad av ogynnsamma omständigheter. Om den, med rimliga åtgärder, kan påverkas bör den därför anses som oetisk, som i strid med olika rättvisepprinciper. Hälsa kan alltså mycket väl diskuteras utifrån ett rättviseperspektiv.

Tidiga teorier om rättvisa och hälsa fokuserade i hög grad på den ojämlika tillgången till sjukvård (Rawls, 1971; Daniels 1985). Man tänkte nog att människors hälsa i grunden var relativt opåverkad av den sociala ordningen. I John Rawls klassiska text uppfattades hälsa som "*a natural primary good*", som resultatet av naturens lotteri. Rawls menade därför att rättvisepprinciper inte var tillämpliga på hälsan som sådan. Sjukvård däremot kunde fördelas mer eller mindre rättvist. Ett försök till kritik av Rawls och Daniels finns i Vägerö (1995). En modern rättviseteori har formulerats av Sridhar Venkatapuram i hans banbrytande verk *Health justice* (2011). Venkatapuram bygger på insikter från den omfattande nya forskningen om ojämlikhet i hälsa. I fokus står de sociala bestämningsfaktorerna för god hälsa.

Samhället är skiktat enligt flera dimensioner och våra hälsorisker varierar ofta med dessa skiktningssdimensioner. Vår sociala och etniska bakgrund

påverkar alltså risken att drabbas av vanliga folksjukdomar och hur länge vi lever. Teorier om rättvis hälsa måste därför utgå från att människor har lika rätt att tillgodogöra sig goda förutsättningar för hälsa. Vad som är goda förutsättningar för hälsa belyses allsidigt i Rostilas och Toivanens antologi. Det handlar om de villkor under vilka vi föds, växer upp, arbetar, lever och åldras.

Kunskap om ojämlik hälsa

Ojämligheten i hälsa har dokumenterats under långt mer än hundra år. Edwin Chadwick konstaterade år 1840 att *"an Englishman's expectation of life varies directly with his social class"* (citerad i Pelling 1978). I Sverige var Einar Rietz en föregångsman, tyvärr bortglömd i dag. Han påvisade i sin avhandling (1930) stora skillnader i dödlighet bland spädbarn och barn i Sverige baserade på inkomst. Hans studie förtjänar att replikeras i dagens Sverige. Vi vill gärna tro att välfärdsstat och modern sjukvård har avskaffat sådana uppenbara orättvisor som de Rietz påvisade.

För den moderna forskningen om ojämlikhet i hälsa blev den så kallade *Black report* (1980) en inspiration. Rapporten redovisade stora klasskillnader i hälsa och dödlighet i den brittiska befolkningen. Den var kontroversiell, framför allt på grund av sina tolkningar av orsaker till ojämlik hälsa. Rapporten var också alltför optimistisk om utvecklingen i Sverige. Men den fick ett enormt genomslag genom sin omfattande dokumentation av ojämlikheter. Den inspirerade under ett par decennier till en snabb tillväxt av forskningsområdet *"ojämlikhet i hälsa"*. Det var en internationell utveckling, där Sverige kom att spela en betydande roll. I Europa genomfördes under 1990-talet ett antal forskningssamarbeten koordinerade av Johan Mackenbach i Rotterdam; Sverige drogs tidigt in i dessa. En av de viktigaste frågorna i sammanhanget handlade om hur välfärdsstaten och dess institutioner har påverkat folkhälsan och dess fördelning. Där kom utvecklingen i de skandinaviska länderna att diskuteras särskilt. Den frågan är fortfarande öppen.

WHO

Forskningen om ojämlik hälsa har skett parallellt med en avgörande utveckling inom Världshälsoorganisationen. *World Health Assembly 1984* antog målsättningen om *"hälsa för alla år 2000"*. Det var framför allt resultatet av tryck från fattiga länder inom WHO, men insikter från den akademiska forskningen kring ojämlik hälsa bidrog också. Vägen till *"hälsa för alla"* skulle gå genom att angripa ojämlikheten i hälsa. WHO Europa satte upp

specifika kvantitativa mål: en 25-procentig reduktion av hälsoskillnader mellan grupper inom länder såväl som mellan länder före år 2000. Medlemsländerna förväntades bedriva löpande övervakning av utvecklingen. WHO:s stolta målsättningar kom dock på skam. Det blev tydligt att skillnaderna i hälsa mellan och inom länder ökade i stället för att minska. WHO befarade att man höll på att tappa greppet och initiativet gällande global hälsa. Andra aktörer klev fram med globala lösningar, till exempel Världsbanken, UNDP och Gates Foundation.

WHO:s dåvarande chef, dr Lee Jong-Wook, ville bryta dödläget. Han lät år 2005 tillsätta *"Commission on Social Determinants of Health"*, med tung representation från politik, forskning och civilsamhälle. Kommissionen, som leddes av sir Michael Marmot, gavs ett öppet mandat. Ett radikalt ny-tänkande växte fram inom kommissionen, delvis i motsättning till WHO:s traditionella arbetssätt och prioriteringar. När kommissionen möttes i Genève 2007 blev detta tydligt. Ricardo Lagos, tidigare president i Chile och medlem av kommissionen, och Margaret Chan, ny chef för WHO, debatterade vad som var viktigast i WHO:s globala strategi: sociala reformer eller primärvård? WHO:s traditionella strategi för global hälsa fokuserade på utbyggd primärvård, i linje med den så kallade Alma Ata-deklarationen från 1978. Primärvård är förvisso viktigt, men kommissionens rekommendationer kom att gå betydligt längre. De förutsatte omfattande politiska reformer: *"improve daily living conditions"* och *"tackle the unequal distribution of money, power and resources"*, skrev man (2008). Endast så kunde hälsoklyftorna slutas inom en generation.

WHO kom under arbetet att svänga helt. Man ställde sig bakom kommissionens rekommendationer. I oktober 2011 initierade WHO en *World Conference on Social Determinants of Health*. 187 länder enade sig kring *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. I stort sett samtliga länder i världen hade därmed i ord ställt sig bakom målsättningen att reducera ojämlikheten i hälsa, globalt, regionalt och nationellt – en enastående framgång. Den hade knappast varit möjlig utan den omfattande forskningen de föregående 30 åren. Och det innebar en uppfordran till fortsatt forskning kring ojämlik hälsa.

CHESS

Sverige oroades tidigt av utvecklingen mot ojämlik hälsa. Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) fick år 1998 i uppdrag att ta fram ett strategiskt handlingsprogram för forskning. Universiteten inbjöds att komma med förslag. Det resulterade år 2000 i inrättandet av CHES, *Center for Health Equity*

Studies, ett långsiktigt samarbete mellan Stockholms universitet och Karolinska institutet som fortfarande pågår år 2025. I SU:s och KI:s gemensamma ansökan till SFR framhölls att man ville förena medicinsk, sociologisk och psykologisk kompetens i ett brett program för forskning om ojämlik hälsa i Sverige. Perspektivet på forskningen var processer på olika nivåer och under olika faser under livet: orsaker till ojämlik hälsa skulle belysas från cell till samhälle och från vaggan till graven. Välfärdsstatens möjligheter att reducera ojämlikheten skulle belysas. Det perspektivet syns fortfarande i denna antologi. De flesta bidragen till antologin kommer från personer som ingår eller har ingått i miljön kring CHES.

CHES etablerade sig snabbt som en plattform för nationellt och internationellt forskningssamarbete och som en plantskola för nya forskare. Dess föreståndare har alla varit aktiva forskare; en förutsättning för dess framgång, menar jag.

Att rätta till en orättvisa

Antologin avslutas med ett kapitel med titeln ”Vägar mot en rättvis hälsa”. Det är logiskt – och uppfordrande. I Sverige har de sociala skillnaderna i livslängd ökat oavbrutet sedan 1970, under fem årtionden. Det ser likadant ut i våra grannländer, trots modern medicin, välfärdsstat och retoriska bekännelser till jämlik hälsa.

Jag har varit medlem av fyra olika kommissioner för jämlik hälsa: WHO:s globala kommission och WHO Europas regionala, liksom Sveriges nationella och den lokala Malmö-kommissionen. Vi har grävt djupt i orsakerna till ojämlikheten i hälsa och lutat oss tungt mot forskningen inom området. Samtliga kommissioner har formulerat genomtänkta rekommendationer till det politiska systemet: globalt, regionalt, nationellt eller lokalt. Det finns dessutom stora likheter mellan de olika kommissionernas rekommendationer, till exempel betonar alla vikten av att skapa jämlika förhållanden under barndomen. Men trots den omfattande forskningen och kommissionernas kloka förslag får vi inte bukt med problemet med växande hälsoklyftor. För sök att mobilisera det politiska systemet har bara varit delvis framgångsrika.

I Sverige tog Malmös kommunalråd, Katrin Stjernfeldt Jammeh, initiativ till Malmö-kommissionen, som kom att ledas av Sven Olof Isacson. Hon var inspirerad av den globala WHO-kommissionen. Malmö-kommissionens rapport överlämnades år 2013. Erfarenheterna från Malmö spelade därefter en viktig roll för att få till stånd en svensk kommission. Stefan Löfven meddelade i sin regeringsdeklaration år 2014 att regeringen ville ”sluta hälsoklyftorna inom en generation” och att en svensk kommission för jämlik

hälsa skulle tillsättas. Den kom till stånd år 2015 och leddes av Olle Lundberg. Dess *”förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa”* (SOU 2017:47) var innehållsrikt och genomtänkt. Riksdagen ställde sig bakom målsättningen att sluta hälsoklyftorna inom en generation och Folkhälsomyndigheten har därefter formulerat relevanta målområden. Men i budgetpropositionen år 2022 kunde den nya regeringen lakoniskt konstatera att *”Sverige med dagens takt inte kommer att uppnå det folkhälsopolitiska målet”*. I det dokument som den nya riksdagsmajoriteten lutar sig mot, Tidöavtalet, saknas också relevanta åtgärder för att reducera ojämlikheten i hälsa.

Omfattande forskning har alltså gett oss en god bild av problemet. Kommissioner och expertgrupper på alla nivåer har lämnat rekommendationer. Det politiska systemet förmår dock inte att kraftsamla och prioritera. Hälsopolitiken handlar i stället oftast om sjukvårdens organisering och finansiering. Jämlikhetspolitiken, å andra sidan, handlar mest om ekonomisk jämlikhet. Jag hoppas att *”Den orättvisa hälsan”* uppmärksammas också av de folkvalda i kommuner, regioner och riksdag.

Denny Vågerö

Professor emeritus vid SU, föreståndare för CHESS 2000–2008

REFERENSER

- DHSS (1980). *Black report: Inequalities in health: report of a research working group*. London: Department of Health and Social Services.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Daniels, N. (1985). *Just health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Diderichsen, F. (red.) (1991). *Klass och ohälsa. En antologi om orsaker till den ojämlika hälsan*. Stockholm: Tiden.
- Pelling, M (1978). *Cholera, fever and English medicine 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press.
- Proposition 2022/23:1 Utgiftsområde 9*, s. 96. (Budgetpropositionen)
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge: The Belknap Press.
- Rietz, E. (1930). *Sterblichkeit und Todesursachen in den Kinderjahren, eine sozial-hygienische Untersuchung in den vier grössten Städten Schwedens*. Diss. Uppsala: Almqvist & Wiksell. (Acta Paediatrica, vol. 9, Suppl 3.)
- WHO (2011). *Rio political declaration on social determinants of health*. Hämtad 11 april 2025 från www.who.int.
- Kommissionen för jämlik hälsa (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. SOU 2017:47. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health justice: an argument from the capabilities approach*. Cambridge: Polity.
- WHO (1985). *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Hämtad 11 april 2025 från iris.who.int.
- Vågerö, D. (1995). Health inequalities as policy issues ~ reflections on ethics, policy and public health. *Sociol Health Illn*, 17:1-19.
- Vågerö, D. & Lundberg, O. (1989). Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet*, 2:35-6.

Förord andra upplagan

Människors hälsa är intimt förknippad med deras livsvillkor och möjligheter. Under hela livet, från vaggan till graven, påverkas vår hälsa av en lång rad olika sociala och ekonomiska förhållanden, vilka samtidigt är ojämnt fördelade mellan olika sociala grupper i befolkningen. Ojämlighet i livsvillkor och möjligheter mellan människor i olika sociala grupper – under det tidiga livet, i kunskap och kompetenser, i arbete och arbetsmiljö, i inkomster, boende, levnadsvanor och möjligheter till kontroll över det egna livet – bidrar till att skapa ojämlikhet i hälsa. Dessa olika slags livsvillkor samverkar med varandra och med hälsa i dynamiska samspel under hela livet, där de som har lite mer möjligheter och lite bättre villkor också har större chanser att skapa och få det ännu lite bättre. Därmed skapas och upprätthålls skillnader i livsvillkor, möjligheter och hälsa mellan olika samhällsskikt, också i välmående och relativt jämlika samhällen som Sverige.

Ojämlighet i hälsa har gradvis kommit att bli en alltmer uppmärksammas fråga, inom forskning men inte minst som ett samhällsproblem. Den brittiska *Black Report* från 1980 utgör startskottet på denna utveckling, som i Sverige tog fart under 1990-talet. När det gäller åtgärder fick vi den första renodlade folkhälsopolitiska propositionen i början av 1990-talet (prop. 1990/91:175 *Om vissa folkhälsofrågor*), ett Folkhälsoinstitut inrättades 1 januari 1992, och en parlamentarisk kommitté tillsattes för att utreda nationella mål för folkhälsan. Dess arbete avslutades i oktober 2000 då slutbetänkandet *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* (SOU 2000:91) överlämnades till regeringen. På basis av deras förslag tillkom det folkhälsopolitiska ramverket, med ett övergripande mål om ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”, samt 11 målområden vilka speglar olika bestämningsfaktorer. Även inom forskningspolitiken uppmärksammades den ojämlika ohälsan under 1990-talet, och i den forskningspolitiska propositionen för åren 1997–1999 (prop. 1996/97:5) konstaterades att ”analyser av orsaker till sociala och könsrelaterade skillnader i hälsa kräver en tvärvetenskaplig

ansats och tvärvetenskapliga forskningsmiljöer”. Därför uppdrogs till Socialvetenskapliga forskningsrådet att utarbeta ett nationellt forskningsprogram för forskning om ojämlikhet i hälsa, och detta arbete ledde bland annat fram till inrättandet av CHESS (Centrum för forskning om ojämlikhet i hälsa) samt andra satsningar på forskning om ojämlikhet i hälsa från år 2000 och några år därefter.

Men utvecklingen har accelererat tydligt under de senaste tio åren. WHO:s globala *Commission on Social Determinants of Health*, ledd av sir Michael Marmot, lade 2008 fram sin slutrapport *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Denna rapport markerar inledningen på ett förnyat arbete kring åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa. I England tillsattes en kommission som levererade en mer detaljerad analys av hur den globala kommissionens rekommendationer kan översättas till en nationell kontext (*Fair society – Healthy lives. The Marmot Review*. Institute for Health Equity, 2010), och sir Michael Marmots team ledde därefter även ett arbete för hela WHO:s Europaregion (*Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. WHO, 2013), vilket blev ett viktigt underlag för det policyramverk som WHO:s Europaregion senare antog – *Hälsa 2020*.

Också i Sverige har dessa internationella initiativ utgjort en inspirationskälla, men då främst på lokal och regional nivå. Malmö stad satte upp en Kommission för ett socialt hållbart Malmö som lade fram sina förslag 2013, Östgöta-kommissionen för folkhälsa presenterade förslag 2014, Sveriges Kommuner och Landsting initierade en Samling för social hållbarhet, Göteborgs stad inledde arbete under temat Jämlikt Göteborg, Region Örebro har haft en kommission, och listan kan göras mycket längre. Från stora regioner (som Västra Götaland) till enskilda mindre kommuner (som Karlskoga och Degerfors) har social hållbarhet och jämlik hälsa varit centrala teman i ett utvecklingsarbete som utgår från tanken att sociala skillnader i centrala livsvillkor resulterar i sociala skillnader i hälsa, och att dessa skillnader bör motverkas.

När Stefan Löfvens regering tillträdde 2014 satte man upp målet att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Man tillsatte därför också Kommissionen för jämlik hälsa 2015, vilken jag hade förmånen att leda. Vi publicerade tre betänkanden. Det första behandlar hur ojämlikhet i hälsa uppkommer och vilka områden insatser bör inriktas på (*Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens fortsatta arbete*, SOU 2016:55). Det andra är inriktat på hur den tvärspektoriella arbetsprocessen kan förbättras (*För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folk-*

hälsopolitiska ramverket, SOU 2017:4), medan slutbetänkandet är inriktat på dessa processers innehåll, dvs. vilken inriktning arbetet för att åstadkomma en mer jämlik hälsa bör ha och vilka mer konkreta åtgärder som behövs (*Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*, SOU 2017:47).

Kommissionen tryckte på betydelsen av ett långsiktigt och löpande arbete, inriktat på livsvillkor i vid mening, för att stärka individers egna resurser men även för att stärka det allmännas möjligheter att bistå då individers egna resurser inte räcker till. Centralt i detta är behovet av mer *likvärdighet*, det vill säga olika insatser för olika behov för att uppnå mer likvärdiga resultat inom exempelvis förskola, skola och hälso- och sjukvård.

En viktig och kanske helt avgörande del i ett sådant pågående arbete är en levande diskussion om den ojämlika hälsans utveckling och drivkrafter. De centrala samhällsutmaningar som den ojämlika hälsan representerar behöver ständigt uppdateras och diskuteras brett i samhället. Detta förutsätter i sin tur ett pågående arbete med data, analys och presentation av hur trender utvecklas och hur sambanden ser ut, men också att denna forskning når ut till såväl studenter och som en bredare allmänhet och kan bidra till kunskap och diskussion om livsvillkor, jämlikhet och hälsa.

Denna bok, vilken på ett sammanhållet sätt behandlar hur ojämlikhet i hälsa kommer till uttryck i Sverige och hur olika slags livsvillkor och omständigheter bidrar till ojämlikheter i hälsa, har därför en viktig roll att fylla som kunskapsunderlag och utgångspunkt för pågående diskussioner. Den ojämlika hälsan är en utmaning för hela samhället, och jag hoppas därför att denna bok kan bidra till att ytterligare öka medvetenhet om problemen och stimulera olika samhällsaktörer att se sin roll bidra med lösningar. Om hälsoklyftorna ska kunna slutas inom en generation måste arbetet påbörjas nu.

Olle Lundberg

Professor, ordförande för Kommissionen för jämlik hälsa 2015–2017

Förord första upplagan

När den brittiska *Black Report* publicerades 1980 ifrågasattes tron på att ett väl utbyggt, lättillgängligt sjukvårdssystem kunde garantera minskade sociala hälsoklyftor bland befolkningen. Rapporten visade nämligen att även om hälsan förbättrats generellt så fanns det betydliga skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper, och dessa skillnader tenderade att öka över tid. Men tron på den nordiska välfärdsstatens möjligheter att minska sociala skillnader i hälsa med hjälp av god ekonomisk tillväxt, full sysselsättning och små inkomstskillnader var fortfarande stark.

I Norden togs frågan genast upp av Göran Dahlgren i den så kallade *HS-90-utredningen* (SOU 1984:39) och av Lennart Köhler vid Nordiska hälsovårdshögskolan, som anordnade internationella konferenser i denna fråga redan 1982. Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 1987* redovisade att de sociala skillnaderna i dödlighet i den svenska befolkningen hade ökat sedan början av 1970-talet. Många undrade vad orsakerna till denna utveckling var och vad man skulle kunna göra åt den.

I ett hälsoprojekt startat av LO 1987 ville man med upplysning och engagemang på arbetsplatserna komma till rätta med dessa klasskillnader i hälsa inom det svenska samhället. I en artikel i tidskriften *Lancet* 1989 rapporterade sociologerna Denny Vågerö och Olle Lundberg sina jämförelser mellan Storbritannien och Sverige, vilka gav stöd till hypotesen att en svensk välfärdspolitik trots allt var bättre än den brittiska när det gällde att minska social ojämlikhet i dödlighet. Senare publicerades Lundbergs avhandling (1990) och Tiden-Folksam gav ut antologin *Klass och ohälsa* (Diderichsen m.fl., 1991) om vad man då visste om orsakerna till social ojämlikhet i hälsa – och det var inte så mycket.

Ingen av dessa publikationer pekade, klokt nog, direkt på vad man kunde tänkas göra för att minska social ojämlikhet i hälsa. Även om det fanns ett visst politiskt intresse i den dåvarande hälso- och sjukvårdsberedningen, med statsministern som ordförande, hände det inte mycket. Däremot startade en lång period av intensiv forskning inom området, som i Sverige finan-

sierades av det som i dag heter Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Centre for Health Equity Studies (CHESS) bildades år 2000 som ett led i denna satsning. Också den parlamentariska Nationella folkhälsokommittén 1997–2000 lade i sina betänkanden *Hälsa på lika villkor* (SOU 2000:91) stor vikt vid frågan, men kommitténs åtgärdsförslag var mera av generell karaktär än specifikt fokuserade på jämlikhetsfrågan.

På den globala scenen, med Världsbankens rapport *Investing in Health* (1993), lades ett mycket starkt fokus på hälsopolitikens roll för ekonomisk utveckling, inte minst bland världens fattiga befolkningar. Då det också visade sig att det fanns mycket stora sociala klyftor i hälsa inom låg- och medelinkomstländerna initierade en grupp forskare med Tim Evans (senare vice generaldirektör i WHO) i spetsen ett arbete för att stödja låginkomstländer med att kunna analysera den ojämlika hälsan i sina respektive länder – *The Global Health Equity Initiative* (1996–2001). Några år senare fortsatte detta arbete i stor skala i WHO:s Commission on Social Determinants of Health (2005–2008) som leddes av den engelske epidemiologen Michael Marmot. Nu, 30 år efter *Black Report*, är man tack vare en omfattande forskning, inte minst i Skandinavien, Storbritannien och USA, mycket bättre rustad och har en mer detaljerad förståelse för orsakerna till social ojämlikhet i hälsa och sannolikt effektiva åtgärder. Samtidigt har dock de sociala skillnaderna i dödlighet fördubblats, bland annat i de nordiska länderna.

WHO beslutade 2009 att uppmana sina medlemsländer att göra nationella analyser av frågan och att peka på relevanta insatser för att minska ojämlikhet i hälsa. Storbritannien var, återigen med Michael Marmot i spetsen, först klar med en nationell rapport 2010 (*Fair Society, Healthy Lives*) och 2011 kom Danmark med sin (*Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*). Samtidigt har Malmö stad tillsatt Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö med uppdrag att minska sociala skillnader i hälsa bland Malmöborna. Sverige saknar fortfarande en parlamentarisk kommission för jämlikhet när det gäller hälsa, men har nu i stället fått denna mycket fina bok, som jag anser ger ett utomordentligt grundligt och vetenskapligt väl underbyggt underlag för frågans fortsatta vetenskapliga och politiska uppmärksamhet.

Finn Diderichsen

Professor, med. dr, Köpenhamns universitet

REFERENSER

- Diderichsen, F. (red.). *Klass och ohälsa: En antologi om orsaker till den ojämlika ohälsan*. Stockholm: Tiden, 1991.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C. *Ullighed i Sundhed - årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (red.). *Challenging inequities in health: From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Lundberg, O. *Den ojämlika ohälsan: Om klass-och könsskillnader i sjuklighet*. Stockholm: Institutet för social forskning, 1990.
- Marmot, M. *Fair Society, Healthy Lives: A strategic review of health inequalities in England Post-2010*. The Marmot Review, BPR Publishers, 2010.
- Nationella folkhälsokommittén. *Hälsa på lika villkor (SOU 2000:91)*. Stockholm: Fritzes, 2000.
- Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1987*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987.
- SOU 1984:39. *Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)*. Stockholm: Liber/Allmänna förlag, 1984.
- Townsend, P. & Davidson, N. *Inequalities in health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin books, 1982.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO, 2008.
- World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*. New York: Oxford University Press, 1993.
- Vågerö, D. & Lundberg, O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet*. 1989;334:35-36.