

ETTOR OCH NOLLOR I VÅRDEN

ANDERS CARLANDER

Det har väl inte undgått någon att digitala vårdalternativ ökar på bred front i Sverige. Men vem är egentligen den typiske vårdpatienten och har alla samma möjligheter till digital vård? Det är ett dystert men välkänt fenomen att ojämlik hälsa är påtaglig på många håll i västvärlden. Ofta redan utsatta grupper riskerar att drabbas av olika hälsoproblem och förtida död. Det här kapitlet visar att nyttjande av digital vård verkar ha ökat från hösten 2019 till våren 2020, mitt under coronapandemins kanske mest alarmerande fas, i Västra Götaland. Resultaten visar vidare att digital vårdkonsumtion är associerat med kvinnor i större omfattning, yngre ålder, högre inkomst samt en något lägre självskattad hälsa. Kapitlet diskuterar avslutningsvis hur digital ojämlikhet eventuellt påverkar risken för en ojämlik digital vård.

Vården har blivit digital! Eller rättare sagt, en del av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige sker genom ”digital distanskontakt”, där patient och hälso- och sjukvårdspersonal rumsligt är åtskilda men kommunicerar via en digital plattform (Vårdgivarguiden, 2020). Men hur vanligt är det med digital vårdkonsumtion? Enligt en färsk rapport ökar användningen av digitala vårdtjänster snabbt – i synnerhet under våren som också präglats av coronapandemins intåg (SKR, 2020a). De första månaderna under 2020 har konsumtionen av regionernas egna digitala vårdtjänster nästan tiodubblats och den totala ökningen mellan 2018 och 2019 såg en ökning med cirka 91 procent. Det bör också tilläggas att patientavgifterna i hälso- och sjukvården varierar något mellan regioner precis som avgifter för digital vård (SKR, 2020b), men i huvudsak rör det sig om liknande kostnader för vanlig vård som digital vård. Så långt verkar många vilja lovsjunga digitaliseringen i vården. Men har alla samma möjligheter när det kommer till att nyttja digital vård? Finns det vissa patientgrupper som är mer eller mindre benägna att söka sig till en digital doktor?

Tidigare forskning har visat att det finns skillnader i hälsa mellan socioekonomiska grupper. Richard Wilkinson publicerade en banbrytande artikel 1992 som visade att högre ekonomisk ojämlikhet var relaterat till högre mortalitet (kortare livslängd) i befolkningen (Wilkinson, 1992). Ojämlikhet i hälsa kopplat till socioekonomisk status fortsätter alltså att växa i västvärlden (Bor, Cohen & Galea, 2017) där upp till en tredjedel av total risk för förtida död kan attribueras till socioekonomisk ojämlikhet (Lewer m.fl., 2020).

Mortalitet från registerdata är en viktig indikator för hälsa men självskattad hälsa, där människor själva bedömer sitt allmänna hälsotillstånd på en skala, är också en mycket viktig och välanvänd parameter (se t.ex. Folkhälsomyndigheten¹). Självskattad hälsa har i flertalet studier visat sig vara starkt sammankopplat med hälsa och mortalitet (Falconer & Quesnel-Vallee, 2017; Franks, Gold & Fiscella, 2003), och många tidigare studier visar att ojämlikhet i självskattad hälsa också kan relateras till socioekonomiska skillnader (Kondo m.fl., 2009).

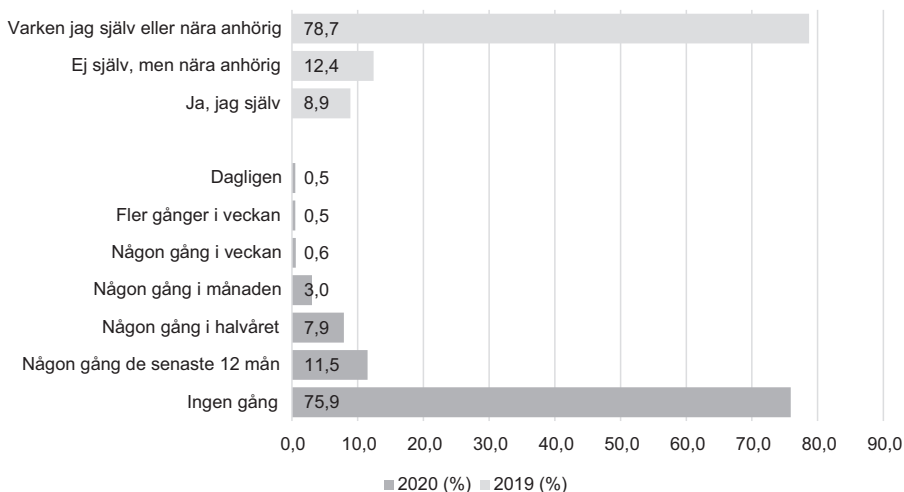
Sverige är förstås inget undantag när det gäller ojämlik hälsa i relation till socioekonomisk ojämlikhet. *Jämlikhetskommissionen* för ökad ekonomisk jämlikhet har under hösten 2020 överlämnat sitt betänkande till regeringen, där hälsa och sjukvård är ett av områdena som studerats. Kommissionen konstaterar att den generella hälsan i Sverige förvisso är god men att det likväl finns markanta skillnader mellan grupper; kvinnor lever längre men har högre sjukskrivningstal. Hög utbildning och hög inkomst är generellt korrelerat med bättre hälsa, vårdutnyttjandet är lägre för individer med lägre utbildning samt för de som är utrikes födda (SOU 2020:46). Det finns även regionala skillnader inom Sverige när det kommer till hälsa (mortalitet) och vårdutnyttjande, där vårdbehov tillsammans med vårdutbud och socioekonomiska faktorer förklarar en del av vårdutnyttjandet inom primärvård, men det finns likväl många andra okända förklaringar till de regionala skillnaderna över tid (Johansson, Jakobsson & Svensson, 2018).

Digitala vårdalternativ har ofta porträtterats i litteraturen som en lösning på ojämlik hälsa (Latulippe, Hamel & Giroux, 2017). Då digitala vårdalternativ är på frammarsch är det därför intressant att studera vad som eventuellt kännetecknar en typisk digital vårdkonsument. Det här kapitlet kommer belysa vilka grupper som är mer benägna att konsumera digital vård utifrån ett socioekonomiskt perspektiv (kön, ålder, utbildning samt inkomst). Statistiskt kommer analysmodellen även att innehålla en skala som mäter självskattad hälsa samt ett mått på grad av internetanvändning. Självskattad hälsa kan förstås vara sammankopplat med vårdutnyttjande, men det är oklart huruvida digital vårdkonsumtion påverkas och i sådana fall varför. Det är heller inte helt orimligt att individer som i högre grad använder internet också föredrar att konsumera digital vård om möjlighet ges. Oavsett bakomliggande orsaker är både hälsa och internetvana två viktiga kontrollvariabler i modellen. Kapitlet innehåller vidare frågor om uppfattningen av digitala vårdcentraler samt en jämförelse över tid där den digitala vårdkonsumtionen under hösten 2019, det vill säga strax innan coronapandemin, jämförs med digital vårdkonsumtion under pandemins kanske mest intensiva fas hittills; under försommaren 2020. Empiriskt utgår kapitlet från frågor som ställdes vid den västsvenska SOM-undersökningen 2019 samt den extrainsatta nationella SOM-undersökningen om coronaviruset 2020.

Ökning av digital vårdkonsumtion i Västsverige

Enligt den västsvenska SOM-undersökningen 2019 var det endast cirka 9 procent av de svarande som uppgav att de hade nyttjat en digital vårdtjänst under de senaste 12 månaderna. Det kan jämföras med den nationella SOM-undersökningen om coronaviruset 2020 och delsvaren från Västra Götaland där cirka 22 procent, ungefär sex månader senare, anger att de har konsumerat någon typ av digital vård. Frågorna är inte helt identiska vilket gör att en direkt jämförelse mellan procentsatserna ska tolkas med viss försiktighet men perioden omfattar de senaste 12 månaderna för båda frågorna och vi kan åtminstone utröna vilka som har svarat 'ja' eller motsvarande på respektive fråga (Figur 1).

Figur 1 Nyttjande av digital vårdcentral, 2019 och 2020 (procent)



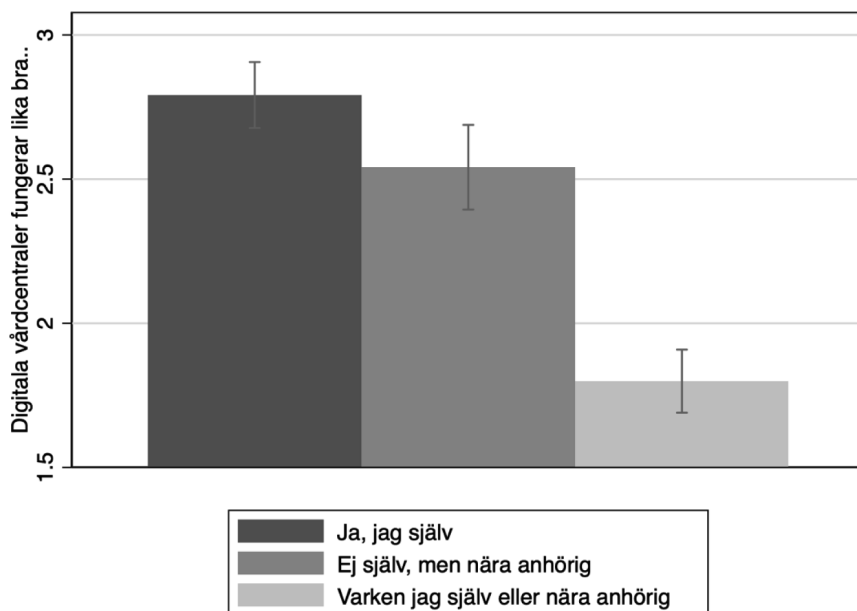
Kommentar: Frågan (2019) lyder 'Har du eller någon nära anhörig under de senaste 12 månaderna nyttjat någon av de former av service som anges nedan: Digital vårdcentral (ex. KRY, Min Doktor)'. Frågan har besvarats med hjälp av en tregradig skala, där svarsalternativen framgår av figuren. Frågan (2020) lyder 'Hur ofta har du gjort följande på internet: Använd digital sjukvårdstjänst (t.ex. Kry Min Doktor)'. Frågan har besvarats med hjälp av en sjugradig skala, där svarsalternativen framgår av figuren. Antal inkluderade svar i respektive analys var 2 684 (2019), samt 2 250 (2020).

Källa: Den västsvenska SOM-undersökningen 2019 samt SOM-undersökningen om coronaviruset 2020.

Men vad tycker då de individer som har provat en digital vårdcentral någon gång under de senaste 12 månaderna? I den västsvenska SOM-undersökningen 2019 inkluderades även en fråga som belyser huruvida digitala vårdcentraler fungerar lika bra som vanliga vårdcentraler. Av svaren att döma är det många som har inte har

en uppfattning, vilket matchas ganska väl av att det totalt sett var relativt få som svarade att de nyttjat en digital vårdcentral för egen eller närståendes del (figur 1). Notera också att frågan är formulerad uttryckligen i termer av "lika bra", alltså inte bra eller bättre. Svaren indikerar generellt att individer som antingen själva eller har nära anhörig som nyttjat digital vård någon gång de senaste 12 månaderna är mer positiva (figur 2). Det vill säga, fler instämmer i påståendet att digitala vårdcentraler är lika bra som vanliga vårdcentraler. Men tolkningen av medelvärdet gör gällande att omdömet verkar ligga någonstans mellan att det är ett delvis riktigt och ett delvis felaktigt påstående. Digitala vårdcentraler verkar alltså sakna något för att bedömas vara "lika bra" som vanliga vårdcentraler. Skillnaderna mellan de tre grupperna – har inte nyttjat, har nyttjat själv respektive anhörig har nyttjat – är statistiskt signifikanta ($p < .05$).

Figur 2 Uppfattning om digitala vårdcentraler i relation till nyttjande, 2019 (medelvärde)



Kommentar: Frågan lyder 'Vilken är din uppfattning om samhällsservicen på internet: Digitala vårdcentraler fungerar lika bra som vanliga vårdcentraler'. Frågan har besvarats med hjälp av en femgradig skala som har kodats om enligt följande 1 = Helt felaktigt, 2 = Delvis felaktigt, 3 = Delvis riktigt, 4 = Helt riktigt. 5 = ingen uppfattning (kodats som bortfall). Den andra frågan lyder 'Har du eller någon nära anhörig under de senaste 12 månaderna nyttjat någon av de former av service som anges nedan: Digital vårdcentral (ex. KRY, Min Doktor)'. Frågan har besvarats med hjälp av en tregradig skala, där svarsalternativen framgår av figurens x-axel.

Källa: Den västsvenska SOM-undersökningen 2019.

Vem är den digitala patienten?

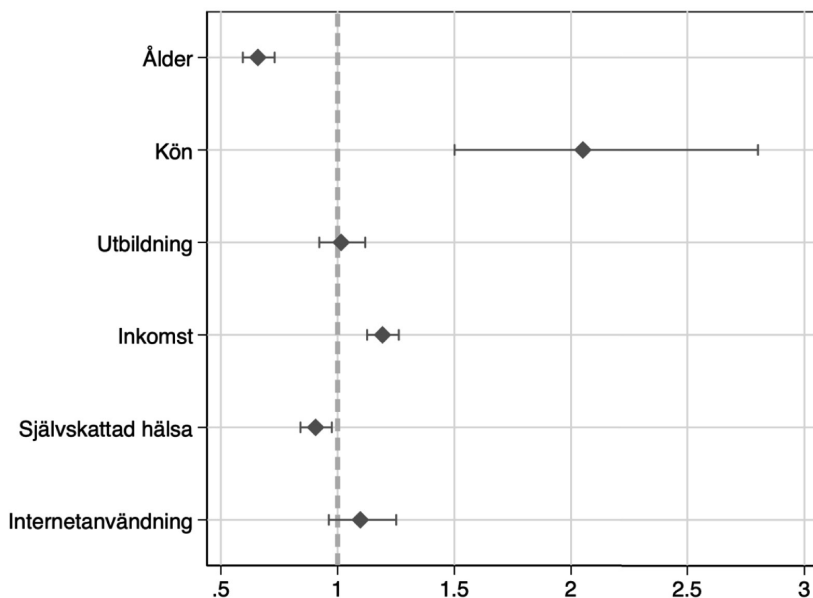
När det kommer till att analysera gruppen digitala vårdkonsumenter utifrån socioekonomisk status, självskattad hälsa samt grad av internetanvändning har för enkelhetens skull frågan om huruvida digital vårdcentral nyttjats gjorts om till en binär skala med två möjliga utfall. De individer som uttryckligen har svarat ”Ja, jag själv” kommer utgöra gruppen digital vårdkonsument medan övriga två svarsalternativ (”Ej själv, men nära anhörig” samt ”Varken jag själv eller nära anhörig”) motsvarar jämförelsegruppen. Vi väljer att testa vår modell med logistisk regression, vilket kan ge oss svar på varje enskild frågas någorlunda unika relation till frågan om huruvida digital vårdcentral har nyttjats eller ej, under samtidig beaktning av övriga bakgrundsfrågor. Modellen som testas här är alltså relationen mellan att ha nyttjat en digital vårdcentral och bakgrundsfaktorerna ålder, kön, utbildning, inkomst, självskattad hälsa samt internetanvändning.

Det första vi bör beakta är att modellen nedan (figur 3) förklarar omkring 10% av variansen i fråga om nyttjande av digital vårdcentral ($Pseudo R^2 = 0,10$). Det innebär att variationen i huruvida en digital vårdcentral har nyttjats till större delen kan förklaras med *andra* faktorer som är okända i vår modell, vilket också är rimligt. För det andra, det är inte alla bakgrundsfaktorer som verkar spela så stor roll när det kommer till att förklara nyttjande av digital vårdcentral. I figur 3 nedan presenteras samtliga bakgrundsfaktorer relation till nyttjande av digital vårdcentral. Värden som är nära 1, det vill säga nära den streckade linjen i figuren, har en svag association till hur benägen individen är att vända sig till en digital vårdcentral. Värden som är större än 1 visar på ett positivt samband i skalans riktning (sannolikheten ökar) medan värden som är mindre tyder på ett negativt samband (sannolikheten minskar). Resultaten i figur 3 indikerar att det finns ett samband mellan att ha nyttjat digital vård och uppge kvinnligt kön i undersökningen. Vidare kan vi utläsa att det finns ett samband mellan inkomst och vårdutnyttjande såtillvida att en högre inkomst är förknippat med en högre sannolikhet. Resultaten visar också att det finns ett negativt samband mellan ålder och att ha nyttjat digital vård, vilket kan tolkas som att det är vanligare för yngre att nyttja digital vårdcentral. Det verkar också finnas en svag koppling till självskattad hälsa såtillvida att sannolikheten för att nyttja digital vård ökar när den självskattade hälsan är lägre. Utbildningsnivå samt internetanvändning uppvisar däremot ingen signifikant association till nyttjande av digital vård.

Men vad innebär de här resultaten i procent då? Jo, det innebär att cirka 10 procent av kvinnorna hade nyttjat en digital vårdtjänst vilket kan jämföras med männen där endast 6 procent hade gjort det. När det kommer till ålder är skillnaden ännu större där ungefär 14 procent av 16–49 åringarna uppger sig ha använt en digital vårdtjänst medan 5 procent av 50–64 åringarna och 2 procent av 65–85-åringarna uppgav det samma. Procentsatserna för inkomst visar att det var cirka 12 procent av de som tjänar mer än 35 000 kronor i månaden som hade nyttjat digital vård

jämfört med 5 procent för de som tjänar mindre än 15 000 kronor i månaden. Resultaten indikerar tentativt att den digitala vårdkonsumenten i högre utsträckning kan sägas vara en yngre kvinna med högre inkomst.

Figur 3 *Nyttjande av digital vårdcentral i relation till bakgrundsfaktorer (oddskvot)*



Kommentar: Frågan lyder 'Har du eller någon nära anhörig under de senaste 12 månaderna nyttjat någon av de former av service som anges nedan: Digital vårdcentral (ex. KRY, Min Doktor)'. Frågan har besvarats med hjälp av en tregradig skala, där svarsalternativen kodats om till 0 = Nej, 1 = Ja. Ålder motsvarar en 8-gradig skala som sträcker sig från 1 = 16-19 år till 8 = 80-85 år. Kön motsvarar 0 = man, 1 = kvinna. Utbildning har åtta skalsteg från 1 = Ej fullgjort grundskola till 8 = Studier vid/examen från forskarutbildning. Egen månadslig inkomst sträcker sig från 1 = mindre än 10 000 kronor till 12 = Mer än 60 000 kronor. Självskattad hälsa utgörs av en 11-gradig skala från 0 = Mycket dåligt till 10 = Mycket gott. Internetanvändning utgör ett medelvärde baserat på de båda frågorna "Hur många timmar per dag är du i genomsnitt aktiv på internet: 1) På fritiden/i skolan eller motsvarande, 2) På fritiden" som besvarades med en 7-gradig skala från 1 = 0-2 timmar till 7 = Fler än 12 timmar. Analysen baseras på 2 508 svar.

Källa: Den västsvenska SOM-undersökningen 2019.

Ojämlig hälsa är lika med ojämlik digitalisering?

Det här kapitlet har belyst digital vård i Västra Götaland och tar avstamp i att utifrån ett perspektiv om jämlik hälsa undersöka vilka grupper som är mer benägna att konsumera digital vård ur ett socioekonomiskt perspektiv (kön, ålder, utbildning

samt inkomst), samt baserat på självskattad hälsa och graden av internetanvändning. Kapitlets huvudsakliga resultat indikerar att digital vårdkonsumtion ökar och att den typiska digitala vårdkonsumenten är – väldigt generaliserat – en yngre kvinna med god inkomst och en något lägre självskattad hälsa. Det här övergripande resultatet bör emellertid tolkas med försiktighet då det är en relativt liten grupp som vid tiden för datainsamlingen hade nyttjat någon form av digital vård.

Resultaten stämmer likväl till stora delar överens med tidigare forskningsöversikter och utredningar när det kommer till att belysa risker för ojämlig hälsa inom ramen för digital vård. Utöver de traditionella sårbarhetsfaktorerna för ojämlig hälsa så som kön, utbildning och inkomst (Bor m.fl., 2017), visar en litteraturöversikt att kvinnor tenderar att använda digital vård i högre utsträckning samt att viktiga riskfaktorer för en digital ojämlig hälsa är lägre inkomst (då det påverkar betalningsmöjlighet samt betalningsvilja att investera i bredband, digitala enheter m.m.), läskunnighet, internetåtkomst samt digital kunskap (Latulippe m.fl., 2017). Dessa tidigare resultat verkar stämma in även på Sverige, då det i den västsvenska SOM-undersökningen 2019 inkluderades en fråga om hur man upplever att internet fungerar hemma hos sig. Svaren från den frågan visar att 53 personer ($\approx 2\%$) uppger att de inte har internet hemma medan en absolut majoritet av svaren anser att internet fungerar mycket bra ($\approx 53\%$) eller ganska bra ($\approx 39\%$). Svaren korrelerar svagt men signifikant med inkomst [$r(2506) = .14, p < .001$], vilket innebär att högre rapporterad inkomst är relaterat till bättre upplevt internet. Antalet internetanvändare i Sverige ligger alltså på en relativt hög och stabil nivå jämfört med många andra länder på omkring 94%.² I den västsvenska SOM-undersökningen 2019 angav cirka 92 % att de hade använt internet någon gång under de senaste 12 månaderna. Tillgången verkar därmed vara av mindre problem.

Andra argument i debatten om digitalisering och ökad digital ojämlighet har varit att vissa grupper riskerar att ”hamna efter” om inte tillgång till digital hårdvara (t.ex. ”modermodem” [sic] eller surfplattor) kan säkras på bred front. Många av oss minns Hem-PC-reformen med glädje då det i allt väsentligt innebar en mycket dyr speldator till en mycket låg självkostnad. När Statskontoret (2005:14) utvärderade reformen konstaterades det att det förvisso hade sålts ganska många datorer men att de digitala klyftorna till stora delar kvarstod, då tillgång till dator och internet i hemmet inte är tillräckligt för att dessa används eller på vilket sätt. Den slutsatsen förvånar nog ingen och applicerar sannolikt lika bra nu som då.

Med andra ord, en implikation av ovanstående tendenser kan därmed vara att om tillgängligheten på vård ökar i form av digitala vårdtjänster kan riskfaktorer för digital ojämlighet, så att säga, ”spilla över” och samverka för att påverka vilka risker som finns för en ökad ojämlig hälsa. Det är inte osannolikt att ojämlig hälsa kommer att analyseras lika frekvent utifrån socioekonomisk bakgrund som digital ojämlighet. Detta tema är Jämlikhetskommissionen också inne på, att ökad digitalisering inom sjukvården, exempelvis i gigantiska datamängder och artificiell intelligens (AI) skulle kunna vara jämlikhetsskapande, men konklusionen blir likväl

att det är en teoretisk möjlighet, då ”andra erfarenheter av ny teknologi är att de som har mer resurser och kunskaper har bättre möjligheter att dra nytta av den nya potentialen” (SOU 2020:46, s. 981).

En annan mer optimistisk aspekt av möjligheterna med digitala vårdalternativ är förstås att det under rätt förutsättningar kan finnas ekonomiska storskalighetsfördelar. Ett specifikt område där digital vård tycks fungera väl är olika typer av internetbaserad samtalsterapi, alltså i princip en internetbaserad psykolog, där det finns stark evidens som talar för att det för många åkommor kan vara i princip lika bra som ”vanlig” terapi. Utvecklingen går dessutom framåt när det gäller mer eller mindre autonoma, virtuella samtalsterapeuter och psykologer. Lite förenklat kan sägas att de uppenbara fördelarna är att tillgängligheten har potential att öka, priserna blir lägre samt att sjukvårdsapparaten kan avlastas genom att många patienter med ”lättare” mental ohälsa får tidigare hjälp (se t.ex. McDonald, Eccles, Fallahkhaier & Critchley, 2020). Det här är förvisso också en någorlunda teoretisk exercis som inte alltid applicerar i verkligheten och det kanske applicerar på en liten del av alla patientfall. Men alla åtgärder som gör att 1:1-förhållandet mellan vårdgivare och vårdtagare kan reduceras är värda att undersöka och vidareutveckla.

I resultaten ovan gällande den generella uppfattningen om huruvida digital vård fungerar lika bra som en vanlig vårdcentral verkar det som att det finns en viss skevhet i människors övertygelse. De minst positiva är också de som rapporterat att de inte har nyttjat någon digital vårdtjänst. Omvänt är det de som har nyttjat digital vårdtjänst som är väsentligen mer positiva. Vad beror detta på? Är det den ”J-formade” skevheten i att du bara hör anekdoter och upplevelser från de mest positiva eller negativa? Är det ett imageproblem eller uttryck för en stark preferens eller förväntan kring hur ett vårdmöte ska se ut? Frågan måste lyftas om vad det är som gör att den digitala vårdcentralen inte bedöms lika bra – givet ungefär samma kostnadsbild och förhoppningsvis utfall. Kom ihåg från figur 2 att resultaten antydde att en digital vårdcentral inte är lika bra, då exakt lika bra hade gett ett högre medelvärde. Det här är föremål för framtida forskning om digitala vårdalternativ ska kunna konkurrera med det vanliga vårdutbudet på en växande digital vårdmarknad. Vi kan endast spekulera i vilka aspekter som bedöms vara sämre vid ett digitalt möte med en vårdgivare men sannolikt är det också en generationsfråga och en process som förmodligen kommer vara ständigt i rörelse. Låt oss därför tillsätta en kommission för digital vård kring detta!

Noter

¹ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/sjalvskattat-allmant-halso-tillstand/>

² <https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS>

Referenser

- Bor, J., Cohen, G. H. & Galea, S. (2017). Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *The Lancet*, 389(10077), 1475–1490. doi:10.1016/s0140-6736(17)30571-8
- Falconer, J. & Quesnel-Vallée, A. (2017). Pathway from poor self-rated health to mortality: Explanatory power of disease diagnosis. *Social Science & Medicine*, 190, 227–236. doi:10.1016/j.socscimed.2017.08.008
- Franks, P., Gold, M. R. & Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*, 56(12), 2505–2514. doi:10.1016/S0277-9536(02)00281-2
- Johansson, N., Jakobsson, N. & Svensson, M. (2018). Regional variation in health care utilization in Sweden - the importance of demand-side factors. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 403. doi:10.1186/s12913-018-3210-y
- Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., van Dam, R. M., Subramanian, S. V. & Yamagata, Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*, 339, b4471. doi:10.1136/bmj.b4471
- Latulippe, K., Hamel, C. & Giroux, D. (2017). Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies. *J Med Internet Res*, 19(4), e136. doi:10.2196/jmir.6731
- Lewer, D., Jayatunga, W., Aldridge, R. W., Edge, C., Marmot, M., Story, A. & Hayward, A. (2020). Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *The Lancet Public Health*, 5(1), e33–e41. doi:10.1016/s2468-2667(19)30219-1
- McDonald, A., Eccles, J. A., Fallahkhair, S. & Critchley, H. D. (2020). Online psychotherapy: Trailblazing digital healthcare. *BJPsych Bulletin* 44(2), 60–66. doi: 10.1192/bjb.2019.66
- SKR. (2020a). *Snabb ökning av digitala vårdtjänster*. Sveriges Kommuner och Regioner, Stockholm. Hämtad 2020-09-23 från: <https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/snabbokningavdigitalavardtjanster.33078.html>
- SKR. (2020b). *Patientavgifter i hälso- och sjukvården 2020*. Sveriges Kommuner och Regioner, Stockholm. Hämtad 2020-09-23 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.14668.html>
- SOU 2020:46. *En gemensam angelägenhet*. Hämtad 2020-09-23 från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/08/sou-202046/>
- Statskontoret 2005:14. *Lånedatorsystemet: Gratis för arbetsgivare – dyrt för stat och kommun*. Statskontoret, Stockholm. Hämtad 2020-09-23 från: <http://www.statskontoret.se/globalassets/publikationer/2005/200514.pdf>
- Vårdgivarguiden. (2020). *Digitala vårdtjänster inriktade till patienter*. Vårdgivarguiden, Region Stockholm. Hämtad 2020-09-23 från: <https://vardgivarguiden.se/it-stod/digitala-wardtjanster/>
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304(6820), 165–168. doi:10.1136/bmj.304.6820.165

