

DEN EVIGA KLYFTAN (SOM FÅ VILL VETA AV)

ANDERS CARLANDER OCH KLARA PERSSON

Sammanfattning

Hälsan i Sverige är generellt sett god men tidigare forskning visar att högre socioekonomisk status är förknippat med bättre hälsa. Mot bakgrund av globala och lokala ambitioner om att minska hälsoklyftor undersöks i detta kapitel hur dessa skillnader har utvecklats över tid. Resultaten visar en både tydlig men framför allt stabil gradient där högre socioekonomisk status är förknippad med bättre hälsa. Hälsoklyftan varken ökar eller minskar, med andra ord. Samtidigt är sjukvård en av de viktigaste samhällsfrågorna för respondenterna i den nationella SOM-undersökningen. Vi avslutar därför med att diskutera hur ansvarsfördelning och politiska prioriteringar påverkar möjligheterna att minska ojämlik hälsa inför valet till Riksdagen 2026. Slutsatsen är att hälsoklyftan är stabil och svår att förändra politiskt.

Hälsan i Sverige är generellt sett god, medellivslängden ökar, dödligheten för de vanligaste dödsorsakerna minskar och de flesta skattar sin egen hälsa som god. Vid en närmre granskning framkommer dock skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2026). Socioekonomiska ojämlikheter i hälsa är en av de mest väldokumenterade och samtidigt mest svårhanterliga utmaningarna inom folkhälsa och socialmedicin. Trots ambitiöst formulerade folkhälsomål och betydande investeringar och satsningar – inklusive teknologisk utveckling – i hälso- och sjukvårdssystemet kvarstår tydliga skillnader mellan socioekonomiska grupper. Högre utbildning och högre inkomst har konsekvent förknippats med bättre hälsa – alldeles oavsett hur vi än mäter hälsoutfallen (Bor m.fl., 2017; Chetty m.fl., 2016; Lewer m.fl., 2020).

Världshälsoorganisationen WHO, tillsammans med nestorn inom epidemiologi och folkhälsa Michael Marmot, antog 2008 en global målsättning om att ”sluta hälsoklyftorna inom en generation” (Marmot m.fl., 2008). Denna ambition har i mångt och mycket utgjort ett slags ramverk för flertalet nationella folkhälso-politiska ramverk, inklusive i Sverige. Den Löfvéniska regeringens proposition *En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälso-politisk* prop. 2017/18:249 (Regeringen, 2018) betonar att de påverkbara hälsoklyftorna ska minska inom en generation. Ett särskilt fokus ligger på att skapa jämlika livsvillkor och möjligheter till god hälsa genom hela livsloppet.

Parallellt med studier av hur hälsan utvecklas i olika grupper kan det även konstateras att den socioekonomiska statusen också har en egen utveckling. Globalt

har trenden i det närmaste varit en utveckling som gått mot en alltmer ökande ekonomisk ojämlikhet (Piketty & Saez, 2014). Den svenska kontexten indikerar att vi gått från att vara ett land präglad av relativt låg grad av ekonomisk ojämlikhet till det motsatta, på relativt kort tid, och i högre utsträckning jämfört med våra nordiska grannländer (Therborn, 2020). Det kan emellertid tilläggas att i ett längre perspektiv så är det inga rekord vi observerar gällande ekonomisk ojämlikhet, tvärtom. Sett till perioden från cirka 1300-talet efter Kristus och framåt så toppade den ekonomiska ojämlikheten omkring sekelskiftet 1900 och har därefter dalat kraftigt (Alfani, 2025). Den senaste offentliga statistiken från Statistiska centralbyrån (2026) visar dock att den ekonomiska ojämlikheten på nytt ökar i Sverige, vilket till stor del kan kopplas till kapitalinkomster snarare än löneutveckling.

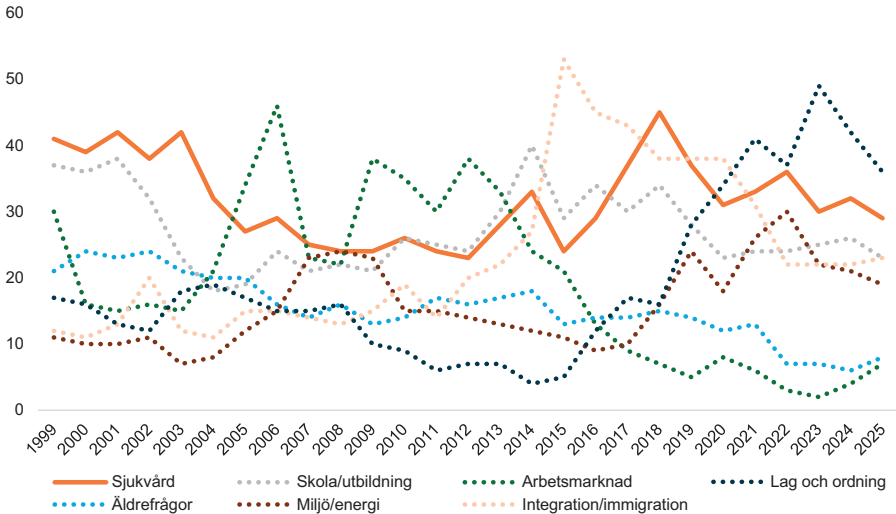
Det är ett väl belagt fenomen att länder eller regioner som präglas av hög ekonomisk ojämlikhet också är förknippade med sämre folkhälsa (Wilkinson & Pickett, 2006; Pickett & Wilkinson, 2015). Det här sambandet är emellertid en smula omdebatterat, åtminstone i termer av kausalitet och hur starka samband som är vettiga att prata om (Lorgelly & Lindley, 2008). Samtidigt har senare studier rapporterat att socioekonomiska villkor under barndomen kan få konsekvenser senare i livet (Odgers & Adler, 2018), men man har också antagit ett slags livsloppsperspektiv där forskning visat att förändringar i socioekonomisk status under livet kan påverka hälsan (Cundiff m.fl., 2017).

Mot denna bakgrund är det angeläget att fortsatt analysera hur hälsoklyftan utvecklas över tid i ett föränderligt land som Sverige. Val till riksdagen, region och kommun står dessutom på agendan 2026, och sjukvård lyfts som en av de viktigaste frågorna för respondenterna i den nationella SOM-undersökningen. Detta gör att eventuella politiska ambitioner i relation till hälsoklyftan bör få ett större fokus. De svenska förhållandena analyserades för några år sedan av Carlander m.fl. (2023) där resultaten visade att hälsoklyftan är stabil. Det här kapitlet tar avstamp i de nationella folkhälsomålen (Regeringen, 2018) och vi ställer oss frågan hur det ligger till med de svenska hälsoklyftorna främst i relation till socioekonomiska skillnader. Vi ställer oss också frågan kring sakfrågeägarskap – vem har egentligen ansvaret för folkhälsan och finns det en politisk bäring eller ens möjlighet att adressera problemet?

En viktig fråga

SOM-institutet har sedan 1987 frågat respondenterna i den nationella SOM-undersökningen vilken eller vilka frågor eller samhällsproblem som är viktigast i Sverige idag. Respondenterna får i fritext skriva max 3 frågor/problem som sedan kodas efter kategori. Resultaten visar att sjukvård har varit bland de topp tre mest omnämnda kategorierna under nära nog samtliga år (figur 1). Det var den enskilt viktigaste frågan kring millennieskiftet och 2018 var den på nytt på plats nummer ett för att därefter se sig akterseglad av spörsmål som rör integration och immigration och därefter lag och ordning de senaste fyra åren.

Figur 1 Medborgarnas viktigaste frågor och samhällsproblem, 1999–2025 (procent)



Kommentar: Frågan löd *Vilken eller vilka frågor eller samhällsproblem tycker du är viktigast i Sverige idag?* Frågan besvarades med fritextsvar och kodades därefter in i kategorier. Figuren visar de kategorier som någon gång under perioden varit bland de tre mest omnämnda. Antal svarande varierar mellan 3 503 (år 1999) och 7 655 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

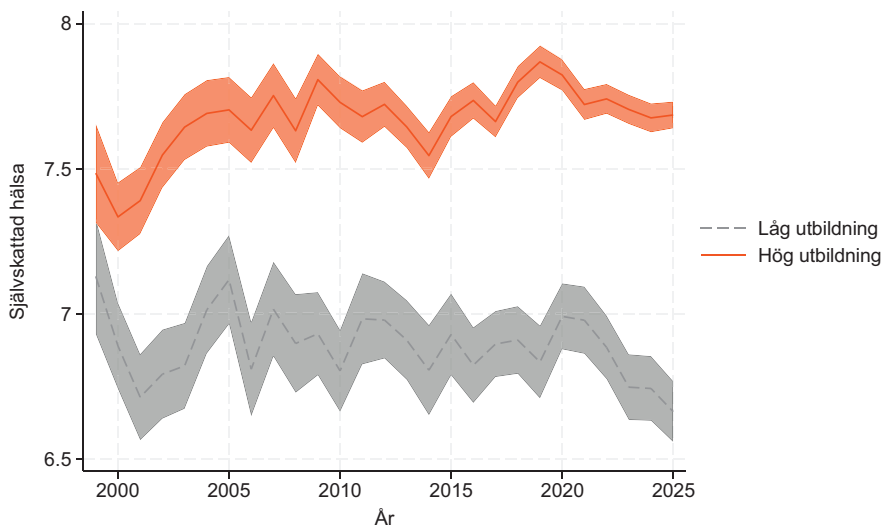
Hälsoklyftan kopplat till utbildningsnivå

Vi börjar med att undersöka hur den ”rena” hälsoklyftan har utvecklats de senaste åren uttryckt som självskattad hälsa i relation till utbildningsnivå. Med ”ren” menar vi i detta avseende hur medelvärdet på en enkätfråga i den nationella SOM-undersökningen faller ut varje år. Frågan mäts med hjälp av en elvgradig skala och är lite negativt skev, vilket motsägelsefullt nog innebär att hälsan är positiv – alltså att de flesta skattar sin hälsa relativt högt. Men kan en enkel enkätfråga verkligen mäta hälsa på samma sätt som blodprover mm medger? Inte riktigt, men självskattad hälsa har konsekvent visat sig vara en god indikator för mortalitet och hälsostatus (Falconer & Quesnel-Vallee, 2017; Franks m.fl., 2003).

För skattningen av utbildningsnivå används en enkätfråga om respondenternas utbildning. Vi använder den fördefinierade utbildningsstratifieringen som forskare på SOM-institutet har skapat för att få en jämförbarhet mellan år (hög, medel, låg, se kommentar i figur 2 nedan). I figur 2 redovisas dock bara en jämförelse mellan de med låg respektive hög utbildning. Resultaten visar tydligt att det sedan millennieskiftet finns en tydlig och stabil separation där högre utbildningsnivå också innebär bättre hälsa (figur 2). Värt att notera är att skillnaden är så pass

stor och så pass säker att den inte kan bero på slumpen. Det är också viktigt att ta med sig att svarsskalan för frågan om hälsa är relativt lång – hela 11 steg – och att vi medvetet har zoomat in på en del av svarsskalan för att följa de små variationer som finns (se y-axeln i figur 2). Vi kan också observera att spridningen eller graden av osäkerhet blir lite mindre för varje år vilket är en spegling av att SOM-undersökningen skickas ut till allt fler medborgare, och resultaten bygger helt enkelt på fler antal svar.

Figur 2 *Självskattad hälsa uppdelat på utbildningsnivå över tid, 1999–2025 (medelvärde, konfidensintervall)*



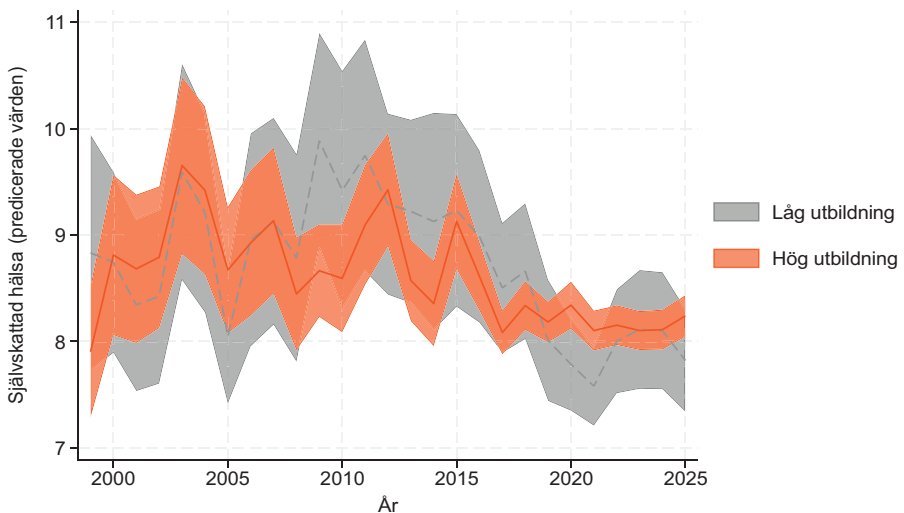
Kommentar: Frågan löd *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Svarskalan var 11-gradig och gick mellan 0 *Mycket dåligt* och 10 *Mycket gott*. Innan 2002 var ändpunkterna på skalan formulerade som "Mitt sämsta tänkbara tillstånd" respektive "Mitt bästa tänkbara tillstånd". Utbildningsnivå utgör en kombinerad variabel med de ordinala grupperna *Låg* (max grundskola eller motsvarande), *Medel* (allt över grundskola men ej högskola/universitet), *Hög* (studier/examen från högskola/universitet). De skuggade områdena markerar 95-procentigt konfidensintervall. Beräkningen baseras på de som besvarat delfrågan. Antal svarande varierar mellan 1 749 (år 1999) och 15 338 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

Vi vet att hälsa har flera olika orsaker, bestämningsfaktorer eller determinanter som det heter på socialmedicinska. Det vill säga, utbildning men också kön, ålder och hushållsinkomst kan oberoende av varandra påverka hur hälsan utvecklas under livets gång. Därför undersöker vi hälsoklyftan i lite mer detalj i figur 3 nedan där hänsyn är tagen till eventuell påverkan från just kön, ålder och hushållsinkomst. Mönstret indikerar för det första att klyftan minskar tänkvärt när vi tar bort eventuell

påverkan från kön, ålder och inkomst. För det andra kan vi också observera att den statistiska variationen ökar vilket innebär att osäkerheten är större jämfört med den rena figuren ovan. Men vi ser samtidigt, i likhet med figur 2, att spridningen minskar över tid vilket är en spegling av att vi ställer frågorna till fler personer för varje år. En annan kritisk observation är att vi kan skönja en negativ trend, där den självrapporterade hälsan trendar marginellt nedåt de senaste 10 åren för båda utbildningsgrupperna. Vi tar således med oss att utbildning på ytan ser ut att påverka hälsan mycket mer än när vi tar flera potentiella orsaker i beaktning.

Figur 3 *Självskattad hälsa uppdelat på utbildningsnivå över tid, 1999–2025 (predicerat medelvärde, konfidensintervall)*



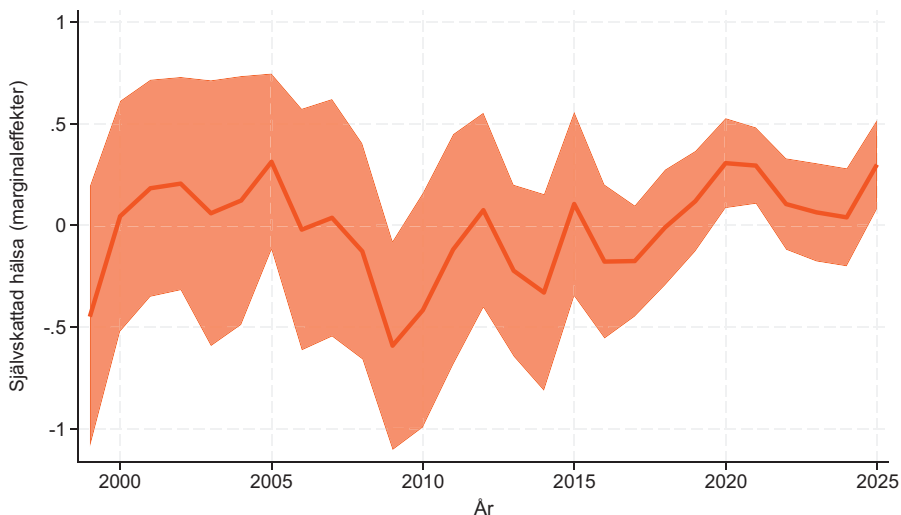
Kommentar: Frågan löd *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Svarskalan var 11-gradig och gick mellan 0 *Mycket dåligt* och 10 *Mycket gott*. Utbildningsnivå utgör en kombinerad variabel med de ordinala grupperna *Låg* (max grundskola eller motsvarande), *Medel* (allt över grundskola men ej högskola/universitet), *Hög* (studier/examen från högskola/universitet). Beräkningen baseras på de som besvarat delfrågan. Modellen är justerad där eventuella effekter av kön, ålder och hushållsinkomst hölls konstant. De skuggade områdena markerar 95-procentigt konfidensintervall. Antal svarande varierar mellan 1 749 (år 1999) och 15 338 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

Till sist, ökar eller minskar betydelsen av utbildning för hälsan över åren? Det är inte en helt orimlig fråga beaktat vårt resonemang om den ökade ekonomiska ojämlikheten i Sverige. För att undersöka det skapar vi ytterligare en figur som visar hur sambandet mellan utbildning och hälsa utvecklas över tid – baserat på en modell där utbildning interagerar med år. Vi observerar en relativt platt kurva som ligger nära noll (figur 4). Det här indikerar i allt väsentligt att sambandet

mellan utbildningsnivå och självskattad hälsa vare sig ökar eller minskar över tid, det är snarare ganska stabilt hur stor skillnaden är mellan hög- och lågutbildade när det kommer till hälsa i enkätform.

Figur 4 Effekter av utbildningsnivå på självskattad hälsa över tid, 1999–2025 (genomsnittliga marginaleffekter, konfidensintervall)



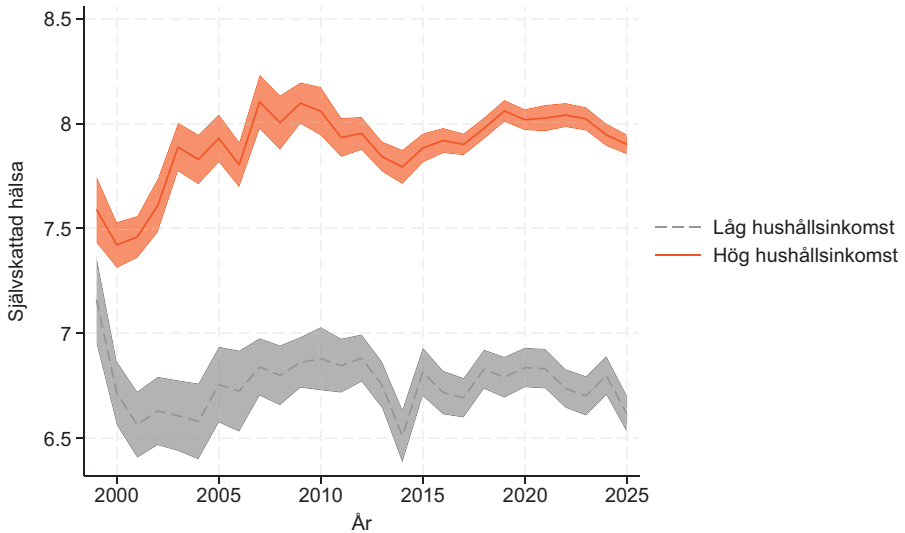
Kommentar: Frågan löd *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Svarskalan var 11-gradig och gick mellan 0 *Mycket dåligt* och 10 *Mycket gott*. Utbildningsnivå utgör en kombinerad variabel med de ordinala grupperna *Låg* (max grundskola eller motsvarande), *Medel* (allt över grundskola men ej högskola/universitet), *Hög* (studier/examen från högskola/universitet). Beräkningen baseras på de som besvarat delfrågan. Modellen är justerad där eventuella effekter av kön, ålder och hushållsinkomst hölls konstant. Det skuggade området markerar 95-procentigt konfidensintervall. Antal svarande varierar mellan 1 749 (år 1999) och 15 338 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

Hälsoklyftan kopplat till hushållsinkomst

Byter vi spår och fokuserar på hushållsinkomst kan det konstateras att en liknande klyfta uppstår i figur 5 nedan. Högre hushållsinkomst är associerat med högre självskattad hälsa och skillnaden mellan inkomstgrupperna är relativt stabil över tid, vilket innebär att hälsoklyftan varken minskar eller ökar. Uttryckt i rena tal så är det också tydligt att det är större medelvärdesskillnad mellan inkomstgrupperna vilket skulle tala för att hushållsinkomst måhända ger en tydligare indikation på hur socioekonomisk status präglar ojämlika hälsoutfall.

Figur 5 Självskattad hälsa uppdelat på hushållsinkomst över tid, 1999–2025 (medelvärde, konfidensintervall)

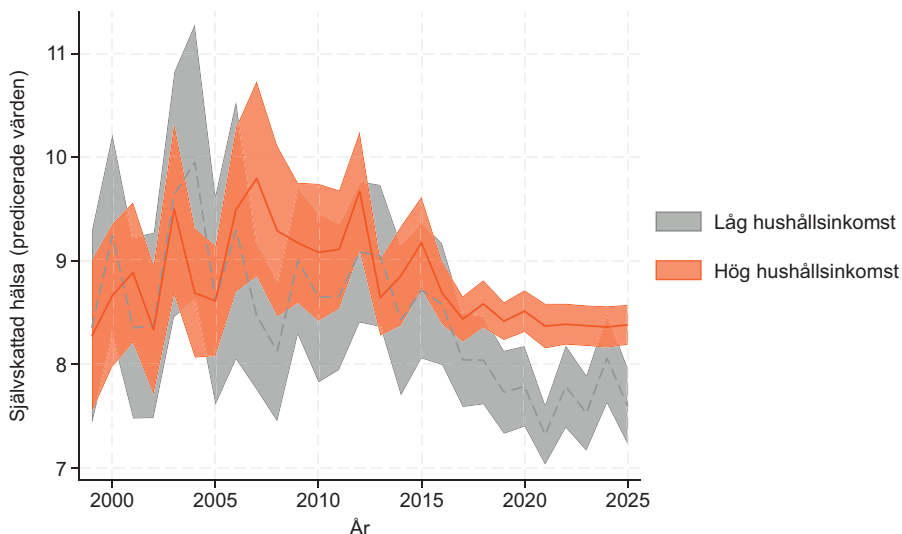


Kommentar: Frågan löd *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Svarskalan var 11-gradig och gick mellan 0 *Mycket dåligt* och 10 *Mycket gott*. Inkomstvariabeln har harmoniserats till tre kategorier (låg, medel, hög) över tid. Indelningen varierar mellan år beroende på förändringar i de ursprungliga svarsalternativen och med hänsyn till hur SCB har rapporterat inkomst kategorier. För 1999–2007 definieras låg inkomst som 0–200 000 kr, medel som 201 000–500 000 kr och hög som över 500 000 kr (koder 1–2, 3–5 respektive 6–8). För 2008–2010 definieras låg som 0–300 000 kr, medel som 301 000–600 000 kr och hög som över 600 000 kr (koder 1–3, 4–6 respektive 7–9). Från 2011 definieras låg som 0–300 000 kr, medel som 301 000–600 000 kr och hög som över 600 000 kr (koder 1–3, 4–6 respektive 7–12). De skuggade områdena markerar 95-procentigt konfidensintervall. Beräkningen baseras på de som besvarat delfrågan. Antal svarande varierar mellan 1 749 (år 1999) och 15 338 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

Om ni kommer ihåg den kombinerade, justerade modellen ovan där vi beaktade eventuell påverkan från kön, ålder och hushållsinkomst? Nu gör vi på samma vis men byter ut hushållsinkomst mot utbildningsnivå. I figur 6 nedan observerar vi – likt figur 3 – en spretighet som breder ut sig bland linjerna i den justerade modellen jämfört med den enkla ovan. En skillnad jämfört med figuren över utbildningsnivå är emellertid att det kvarstår en tydligare separation mellan grupperna, där gruppen med hög hushållsinkomst är signifikant åtskild från gruppen med låg hushållsinkomst. Samma marginellt negativa trend uppenbarar sig även här under de senaste 10 åren bakåt i tiden.

Figur 6 Självskattad hälsa uppdelat på hushållsinkomst över tid, 1999–2025 (predicerat medelvärde, konfidensintervall)

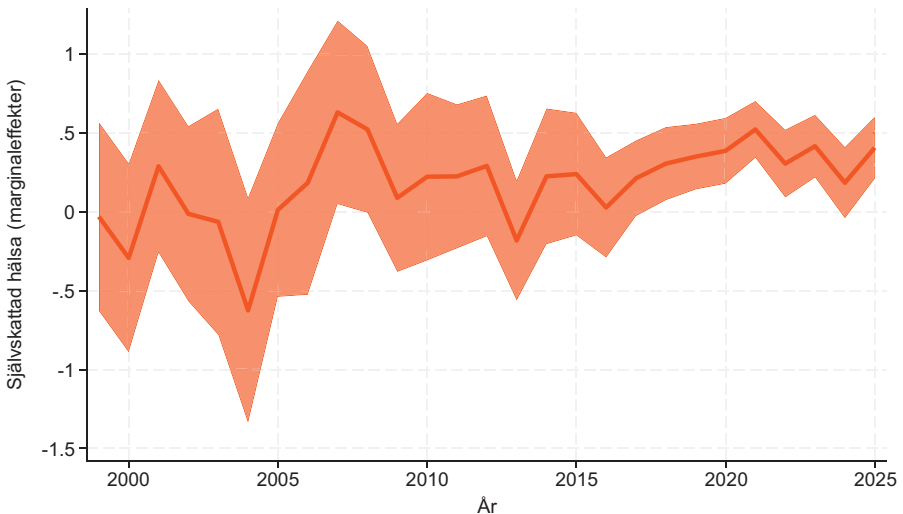


Kommentar: Frågan löd *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Svarskalan var 11-gradig och gick mellan 0 *Mycket dåligt* och 10 *Mycket gott*. Inkomstvariabeln har harmoniserats till tre kategorier (låg, medel, hög) över tid. Indelningen varierar mellan år beroende på förändringar i de ursprungliga svarsalternativen och med hänsyn till hur SCB har rapporterat inkomstkategorier. För 1999–2007 definieras låg inkomst som 0–200 000 kr, medel som 201 000–500 000 kr och hög som över 500 000 kr (koder 1–2, 3–5 respektive 6–8). För 2008–2010 definieras låg som 0–300 000 kr, medel som 301 000–600 000 kr och hög som över 600 000 kr (koder 1–3, 4–6 respektive 7–9). Från 2011 definieras låg som 0–300 000 kr, medel som 301 000–600 000 kr och hög som över 600 000 kr (koder 1–3, 4–6 respektive 7–12). Beräkningen baseras på de som besvarat delfrågan. Modellen är justerad där eventuella effekter av kön, ålder och utbildning hölls konstant. De skuggade områdena markerar 95-procentigt konfidensintervall. Antal svarande varierar mellan 1 749 (år 1999) och 15 338 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

För att undersöka om hushållsinkomstens påverkan på hälsa förändras över tid visar vi, likt tidigare, hur inkomst interagerar med år för att på så vis avgöra om betydelsen är stabil. Den relativt plana kurvan nära noll indikerar att den relativa betydelsen av inkomst för hälsa inte har förändrats nämnvärt. Vi ser däremot att variationen, eller spretigheten, minskar över tid vilket är en reflektion av att fler personer ingår i varje års undersökning. Sammantaget är både klyftan och det årliga bidraget av inkomst på hälsa relativt stabilt.

Figur 7 Effekter av hushållsinkomst på självskattad hälsa över tid, 1999–2025 (genomsnittliga marginaleffekter, konfidensintervall)



Kommentar: Frågan löd *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Svarskalan var 11-gradig och gick mellan 0 *Mycket dåligt* och 10 *Mycket gott*. Inkomstvariabeln har harmoniserats till tre kategorier (låg, medel, hög) över tid. Indelningen varierar mellan år beroende på förändringar i de ursprungliga svarsalternativen och med hänsyn till hur SCB har rapporterat inkomst kategorier. För 1999–2007 definieras låg inkomst som 0–200 000 kr, medel som 201 000–500 000 kr och hög som över 500 000 kr (koder 1–2, 3–5 respektive 6–8). För 2008–2010 definieras låg som 0–300 000 kr, medel som 301 000–600 000 kr och hög som över 600 000 kr (koder 1–3, 4–6 respektive 7–9). Från 2011 definieras låg som 0–300 000 kr, medel som 301 000–600 000 kr och hög som över 600 000 kr (koder 1–3, 4–6 respektive 7–12). Beräkningen baseras på de som besvarat delfrågan. Modellen är justerad där eventuella effekter av kön, ålder och utbildning hölls konstant. Det skuggade området markerar 95-procentigt konfidensintervall. Antal svarande varierar mellan 1 749 (år 1999) och 15 338 (år 2025).

Källa: Den nationella SOM-undersökningen 1999–2025.

Passningen är bra men alla sitter på avbytarbänk

Det här kapitlet visar med stor tydlighet att hälsoklyftan – med några olika sätt att analysera det på – är ganska stabil. Det är bra att hälsan i mångt och mycket är god, de flesta sätter en hög siffra i enkäten. Det är också bra att klyftan inte ökar. Det är *inte* bra såtillvida att det indikerar en påtaglig gradient av ojämlik hälsa i Sverige idag. Det är heller inte bra i relation till de nationella folkhälsomålen. Eller faller utvärderingen måhända på vad som kan betraktas som ”påverkbara” (citattecken med tanke på det nationella folkhälsomålet, vi vet ärligt talat inte vilka klyftor som betraktades som påverkbara och ej vid tiden för formuleringen) hälsoklyftor? Våra resultat speglas av Folkhälsomyndighetens årliga sammanställ-

ning över folkhälsans utveckling i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2026). Beroende på vilket specifikt utfall vi läser om ser det lite olika ut. Det är sant att medellivslängden har ökat det senaste decenniet i Sverige och att många har slutat röka. Lägg därtill att interventioner och insatser ständigt utvecklas – vi får bättre piller och maskiner. Men faktum kvarstår att hälsoklyftan består. Den ojämlika hälsan är stabil när vi pratar subjektiv hälsa (ett annat ord för självskattad hälsa vilket är föremål för detta kapitel). Men den ojämlika hälsan ökar relativt när vi pratar om mer objektiva utfall som förtida död.

Hur ska då denna hälsoklyfta minska? Vi börjar med den ekonomiska ojämlikheten. Grovt förenklat, om frågan, eller lösningen på problemet med ojämlik hälsa kopplat till socioekonomi, handlar om att minska de ekonomiska skillnaderna i samhället? Ja, en indikation från opinionen får vi från den nationella SOM-undersökningen 2025 där inställningen till det politiska förslaget om att minska inkomstskillnaderna i samhället får starkt stöd. Nära 65 procent anser att det är ett ganska eller mycket bra förslag, en femtedel är osäkra och lite drygt var tionde tycker att det är ett ganska eller mycket dåligt förslag. Folket tycker med andra ord att det är en bra idé att minska ekonomisk ojämlikhet. De senaste siffrorna från Sveriges officiella statistik indikerar att det går så där – den ekonomiska ojämlikheten ökar i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2026).

Vi fortsätter med huvudmannaskapet och det operativa ansvaret för sjukvården. Sverige präglas av ett fragmenterat ansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Vi säger inte nödvändigtvis att folkhälsan är korrelerad med styrningen av vårdsektorn men det kan ge en indikation på ansvarsfördelningen och hur problemet framställs i olika sammanhang. Strukturellt och operativt rör det sig om 21 regioner med självbestämmande, som alla utgör en parlamentarisk nivå jämte nationell och kommunal nivå i svensk författning och demokrati över hur landet styrs. Bo Rothstein (2024) har framhävt att det saknas både intresse och kunskap för regional politik – från svenska folket, från forskningshåll men också till stor del från andra parlamentariska nivåer. Därtill finns mystiska intresseorganisationer som SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, av privat ursprung med oklara syften som de facto styr mycket av sjukvården (Carlander m.fl., 2025). Det vi försöker säga här är att frågan om sjukvården, men också om folkhälsans tillstånd i Sverige, måhända riskerar hamna mellan flera olika stolar. Det vill säga, det finns en risk att den nationella politiken inte har något större mandat i frågan om hälsa eller sjukvård mer än att tillsätta en och annan utredning och kartläggning.

Med koppling till ansvarsfrågan avslutar vi med att resonera kring valfrågan. Som tidigare konstaterat är hälso- och sjukvård en av de viktigaste samhällsfrågorna hos svenska folket och har varit så sedan 90-talet, men hur mycket utrymme får frågan i politiken? Under valrörelsen 2018 gjordes en innehållsanalys av partiernas valmanifest (Hellström & Lindahl, 2018). Sjukvård visade sig vara den mest förekommande sakfrågan i valmanifestet för tre av riksdagspartierna; Kristdemokraterna Socialdemokraterna och Sverigedemokraterna. Sjukvård utgjorde 31 procent av

Kristdemokraternas valmanifest, 14 procent av Socialdemokraternas valmanifest och 12 procent av Sverigedemokraternas valmanifest (med integration/invandring på delad förstaplats i Sverigedemokraternas valmanifest). Här ska för ordningens skull nämnas att även äldreomsorg räknades in i kategorin sjukvård.

I Valforskningsprogrammets valundersökning i samband med valet 2018 gjorde dessutom respondenterna bedömningen att just Kristdemokraterna och Socialdemokraterna (samt även Vänsterpartiet) hade välfärd och sjukvård som mest framträdande fråga. En samstämmighet verkar därmed finnas mellan partiernas valmanifest och vad väljarna uppfattat att partierna lagt vikt vid. Å andra sidan var sjukvård/välfärd den i särklass viktigaste frågan för majoriteten av partiernas väljare (Vänsterpartiet, Socialdemokraterna, Centerpartiet, Moderaterna och Kristdemokraternas väljare uppgav att sjukvård och välfärd var den viktigaste frågan i valet). För övriga partier var sjukvård/välfärd det andra viktigaste sakfrågeområdet (Jönsson & Theorin, 2022). Utifrån att det är en så pass viktig fråga för väljarna, oavsett partisympati, kan det därmed i sammanhanget anses vara relativt lite vikt som läggs på frågan i partiernas valmanifest och frågan är om det överhuvudtaget kommer spela en avgörande roll i valrörelsen 2026.

En obekväm klyfta

Det verkar som att alla är överens om att vi har ett problem. Innan vi rekapitulerar det här kapitlets redogörelser av svenskens självskattade hälsokapital är det viktigt att lyfta en och annan kommentar bortom detta kapitelns conceptualisering. Empiriskt har det visat sig att självskattad hälsa i den årliga SOM-undersökningen kan förklaras med hjälp av saker som kön, ålder, utbildning, inkomst men även subjektiv social klass i relativt låg utsträckning. Krasst kan knappt en tiondel av utfallet attribueras till socioekonomiska skillnader (Carlander m.fl., 2023). Hur många olika helt andra saker som påverkar hälsan i slutändan är bortom detta lilla kapitel givetvis. Men saker som gener, i vilken miljö man växer upp, vilka livsstilsval man gör påverkar sannolikt mer än ren och skär lön. Man kan också resonera utifrån att allt hänger ihop. En sämre uppsättning gener skapar sämre förutsättningar för goda livsvillkor och detta kan förstärkas eller försvagas med levnadsstandard. Ibland hörs också brandfacklor som ”eget ansvar” i debatten men det bortser ofta från saker som att exempelvis socker faktiskt är ganska beroendeframkallande. Det finns också ett regulatoriskt ansvar från beslutsfattare att t ex reglera substanser som påverkar hälsan negativt. Kortfattat kan vi konstatera att socioekonomisk status är en egenskap som vi kan använda för att gruppera människor eller svar i en enkätundersökning men det är mycket möjligt att förklaringskraften i de här grupperna i relation till hälsa ligger under den socioekonomiska ytan.

Vi har visat att beroende på var du befinner dig på den hierarkiskt orienterade socioekonomiska stegen kommer din hälsa förknippas med lite bättre eller sämre hälsa. Men – och det här är tre stora men. Om vi tror att hälsan hade blivit mer

jämlikt fördelad med en högre grad av ekonomisk jämlikhet i befolkningen så måste en politik som fokuserar på ekonomisk omfördelning till, eller åtminstone måste vi i sådana fall utvärdera vilka effekter högre ekonomiskt välstånd har på hälsan. Är det bättre mat? Vetskapen om att det finns en möjlighet att betala sig ur olika typer av problem? Eller är det insikten om att man relativt sett har det bättre eller sämre än medborgare runtomkring. Alla dessa förklaringsmodeller är egna, breda forskningsområden. Även ifall det faller ut som ett relativt positivt politiskt förslag att minska inkomstskillnaderna i samhället så är måhända de konkreta lösningarna förknippade med mindre partier och ingripande omfördelningsåtgärder. Om vi tror att styrningen av vården påverkar ansvarsfördelning och därmed också symboliskt ägande även av folkhälsofrågan, så är det möjligen fragmenteringen kring de 21 regionerna som är en del av problematiken. Alla har ansvar. Därmed har heller ingen ansvar. Dessutom är det regionalpolitiskt självmord att vilja ställa om mot ett statligt huvudmannaskap då det skulle innebära en avveckling av regionernas största ansvarsområde (SKR, 2025). Cirka 90 procent av regionernas budget handlar om den operativa sjukvården, resten är saker som regional utveckling och parlamentariska sammankomster. Det är inte helt självklart att regionerna skulle upplösas om huvudmannaskapet och ansvaret för hälso- och sjukvården förflyttas till staten, men ganska sannolikt (se Rothstein, 2024, för en uttömmande redovisning av scenariot). Om vi tror att valet kommer präglas av hälsa och sjukvård så hänvisar vi delvis till vårt första men av tre. Det är svårt att se hur något enskilt partis politik ensamt skulle kunna påverka folkhälsan i positiv riktning. Det kräver sannolikt ett större omtag, större än enskilda val, allianser och politiskt käbbel. Vår slutsats är att problemen med ojämlika hälsovillkor är både globala och stabila där eventuella lösningar lyser med sin frånvaro.

Referenser

- Alfani, G. (2025). Inequality in history: A long-run view. *Journal of Economic Surveys*, 39, 546–566. <https://doi.org/10.1111/joes.12616>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30571-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30571-8)
- Carlander, A., Olofsson Bagge, R., & Lindqvist Bagge, A.-S. (2023). The ever gap: The relationship between self-rated health and socio-economic inequalities in Sweden between 1999 and 2021. *Social Sciences & Humanities Open*, 8, 100746. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100746>
- Carlander, A., Bergquist, J., & Bringselius, L. (2025). Vem kör egentligen? Opinionsen kring SKR och styrningen av svensk sjukvård. I B. Rönnerstrand, A. Carlander, P. Öhberg, & A. Bergström (Red.), *I rörelse* (s. 407–422). SOM-institutet vid Göteborgs universitet.

- Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Bergeron, A., & Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA*, *315*(16), 1750–1766. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226>
- Cundiff, J. M., Boylan, J. M., Pardini, D. A., & Matthews, K. A. (2017). Moving up matters: Socioeconomic mobility prospectively predicts better physical health. *Health Psychology*, *36*(6), 609–617. <https://doi.org/10.1037/hea0000473>
- Falconer, J., & Quesnel-Vallee, A. (2017). Pathway from poor self-rated health to mortality: Explanatory power of disease diagnosis. *Social Science & Medicine*, *190*, 227–236. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.008>
- Folkhälsomyndigheten. (2026). *Folkhälsan i Sverige 2026: Ojämlighet i hälsan och dess förutsättningar – utveckling över tid*. Folkhälsomyndigheten.
- Franks, P., Gold, M. R., & Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*, *56*(12), 2505–2514. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00281-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00281-2) (Social Science & Medicine)
- Hellström, J., & Lindahl, J. (2018). *Vilka frågor betonar partierna i sina valmanifest?*. <https://maktochpolitik.wordpress.com/2018/09/21/vilka-fragorbetonar-partierna-i-sina-valmanifest/>
- Jönsson, E., & Theorin, N. (2022). Väljarnas uppfattningar om partiernas profilfrågor 2010–2018. *Valforskningsprogrammets rapportserie*, *3*.
- 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. *The Lancet Public Health*, *5*(1), e33–e41. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30219-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30219-1)
- Lorgelly, P. K., & Lindley, J. (2008). What is the relationship between income inequality and health? Evidence from the BHPS. *Health Econ*, *17*(2), 249–265. <https://doi.org/10.1002/hec.1254>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation. *The Lancet*, *372*(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Ogden, C. L., & Adler, N. E. (2018). Challenges for low-income children. *Child Development Perspectives*, *12*(2), 128–133. <https://doi.org/10.1111/cdep.12273>
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health. *Social Science & Medicine*, *128*, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Piketty, T., & Saez, E. (2014). Inequality in the long run. *Science*, *344*(6186), 838–843. <https://doi.org/10.1126/science.1251936>
- Regeringen. (2018). *En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (Prop. 2017/18:249). Socialdepartementet.
- Rothstein, B. (2024). *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande* (Rapport S2023:04). Statens offentliga utredningar. <https://www.sou.gov.se/contentassets/d3e88740f5fd49d9985f7080ac7b8b0d/rapport-till-vardansvarskommitten-rothstein-v2.pdf>

- SKR. (2025). *Regionen i siffror 2025*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Statistiska centralbyrån. (2026). *Högre ekonomisk standard – men inkomstskillnaderna ökar*. <https://www.scb.se/pressmeddelande/hogre-ekonomisk-standard--men-inkomstskillnaderna-okar/>
- Therborn, G. (2020). Sweden's turn to economic inequality, 1982–2019. *Structural Change and Economic Dynamics*, 52, 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.strueco.2019.10.005>
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768–1784. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>