

Den ojämlika dödligheten

Hjärtdödlighet och samhällsutveckling i två städer

Björn Grip



Linköping Studies in Arts and Science No. 703
Filosofiska fakulteten
Linköping 2016

Linköping Studies in Arts and Science No. 703

Vid filosofiska fakulteten vid Linköpings universitet bedrivs forskning och ges forskarutbildning med utgångspunkt från breda problemområden. Forskningen är organiserad i mångvetenskapliga forskningsmiljöer och forskarutbildningen huvudsakligen i forskarskolor. Gemensamt ger de ut serien Linköping Studies in Arts and Science. Denna avhandling kommer från tema Kultur och samhälle – tema Q vid Institutionen för studier av samhällsutveckling och kultur.

Distribueras av:
Institutionen för studier av samhällsutveckling och kultur
Linköpings universitet
581 83 Linköping

Björn Grip
Den ojämlika dödligheten
Hjärt dödlighet och samhällsutveckling i två städer

Upplaga 1:1
ISBN 978-91-7685-652-9
ISSN 0282-9800

©Björn Grip
Institutionen för studier av samhällsutveckling och kultur 2016

Omslagsbild: ©Janne Bergström
Layout: Eva Lindblad

Förord	5
Summary	7
Inledning	11
Bakgrund	14
Varför hjärt-kärlödlighet?	14
Folkhemmet byggs – 1950- och 1960-talen	15
Vinden vänder – 1970- och 1980-talen	15
Globalisering och nya vindar – 1990- och 2000-talen	16
Tvillingstäder	17
Syfte och frågeställningar	21
Studiens sammanhang	22
Samhällsutvecklingens betydelse för hälsan	22
Den ojämlika dödligheten	23
Ohälsosamma miljöer	26
Olika livsstilar och livsvillkor	27
Olika livsstigar	29
Hjärtsjuklighet i stadsdelar	30
Vårdcentralernas betydelse	31
Ekonomisk tillväxt och hälsa	32
Material och metoder	35
Delstudierna i avhandlingen	42
Artikel I: Perspectives on the Rise and Fall ...	42
Licentiatuppsatsen: Samhällsförändring ...	43
Artikel II: Coronary heart disease mortality ...	48
Slutdiskussion	49
Sammanfattning	56
Noter	58
Referenser	
Bilagor	
Artikel I:	
<i>Perspectives on the Rise and Fall of Swedish Cardiac Epidemics</i>	75
Artikel II:	
<i>Coronary heart disease mortality in a segregated society</i>	105
Licentiatuppsatsen:	
<i>Samhällsförändring och det ömtåliga hjärtat</i>	
(separat tryck; finns även tillgänglig i fulltext	
< http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-91719 >)	

Förord

Det finns ett samband mellan det faktum att jag påbörjade doktorandstudier och mitt tidigare engagemang som landstingspolitiker under 18 år på 1990- och 2000-talet. Funderingar och diskussioner kring folkhälsa och de allt större skillnaderna i befolkningen när det gäller hälsa, blev tidigt ett centralt intresse för mig och mitt parti. Vi hade ju också en mentor när det gällde dessa frågor som hette Gunnar Ågren, sedermera generaldirektör i Folkhälsoinstitutet. Hans kunskaper och engagemang, som han frikostigt delade med sig av, var smittande och en god grund för jämlikhetsargument i den politiska debatten.

I min roll som landstingsråd mötte jag också en av mina blivande handledare, Hans Nilsson, som besökte mig första gången för att göra en intervju till sin monografi om Landstinget i Östergötland. Sedermera återkom han för att, tillsammans med Tomas Faresjö, presentera och lansera projektet ”Twincities” för den dåvarande politiska landstingsledningen. Vi var positiva minns jag, och sannolikt hade stödet från landstinget till denna forskning varit ett helt annat om den dåvarande majoriteten hade suttit kvar även efter 2006 års val. Så blev inte fallet, men en bieffekt av denna uppvaktning var att Hans uppmuntrade mig att ansöka om att få börja doktorera. Han erbjöd sig också att bli min handledare.

Sagt och gjort, jag ansökte våren 2007 och blev antagen tillsammans med tre doktorandkollegor, i mitt fall dock först till licentiatstudier. Det har hunnit gå åtskilliga månvarv sedan dess och mycket svett och tankemöda har gått åt, liksom att jag hunnit göra bekantskap med flera nya doktorander. Genom hela denna läroproces har jag dock haft förmånen att ha Roger Qvarsell och Hans Nilsson som mina handledare, Roger som huvudhandledare under den första halvleken fram till licentiatexamen och Hans i den rollen under det fortsatta arbetet fram till färdig avhandling och disputation. Jag har skämtsamt sagt att det sjunde decenniet i min levnadsbana var jag beredd att använda för doktorandstudier på halvtid. Så blev också fallet och det har varit roliga och spännande år, där jag lärt mig massor. Stödet från mina kunniga och tålmodiga handledare har varit ovärderligt.

Utöver mina handledare är jag stort tack skyldig till ytterligare ett antal personer. Framför allt vill jag tacka John Carstensen, som osjälviskt delat med sig av sina statistiska och andra kunskaper, samt Elisabet Nicolic, som bidrog med att hjälpa mig hantera källmaterialet från SCB. Även Marie C Nelson, som sett till att mina engelska texter blivit presentabla och dessutom bidragit med sin kunskapsbank inom ämnet medicinshistoria, vill jag särskilt tacka.

Ett tack går också till mina kamrater på institutionen, inte minst doktorandseminariet på tema Q som jag också fått uppleva genomgå en generationsväxling. Även institutionens högre seminarium i historia har välvilligt och intresserat upptagit mig i sin krets.

Också till mina kamrater och vänner vill jag tacka, Britt-Marie Danestig, Beate Scherl-Palm, Herman Schmid och Jonas Sjölander som över tid och med skiftande intensitet läst och haft synpunkter på mina texter.

Slutligen ett stort tack till min livskamrat, Marja, som förutom att vara en ständig samtalspartner också bistått mig i intervjuarbetet i en av undersökningarna och dessutom orkat med att vara uppmuntrande på den slingriga livsstig som forskningsstudier kan innebära.

Summary

In this doctoral thesis coronary heart diseases (CHD) mortality has been studied in two Swedish cities that were on the road towards a post-industrial society, the "twin cities" Norrköping and Linköping. Special attention has been paid to the analysis of the changes in mortality that took place between 1950 and 2010 and to the way in which contemporary history can be a part of the explanation of the changing differences.

Mortality in CHD diseases in the age group 50–74 years was considerably greater in Norrköping than in the neighboring city during the investigated period with the exception of the 1970s. The figures were well above the national average in Norrköping. The relative proportion of women dying prematurely was especially obvious during the 1950s and 1960s, while male mortality was remarkably large during the 1990s and 2000s. The premature mortality in Linköping was significantly below the national average figures with the exception of the period 2002–2006, when the figures for women rose to be at the same level as national average. The differences are hardly surprising when the economic and social history of these urban areas is considered.

It was, however, unexpected that the differences between the cities were lowest in the 1970s, the decade after the closing down of the dominant industry in the blue collar city, the textile branch. It was also surprising that mortality in Linköping, especially for men, continued to rise during this decade, while figures in Norrköping began to decline.

It is reasonable to assume that there was a time lag between the years when ill health arose and death occurred. In that perspective it is not unreasonable to think that the shutdown of the unhealthy, low paid and significantly female textile industry in Norrköping during the 1960s led to improved living conditions, not the least for women, and led to positive consequences in the form of lower premature death rates in the 1970s. During that same decade in Linköping stress and concerns for jobs eventually had consequences in the form of a continued increase in premature male mortality. The increase in mortality was broken about a decade later in Linköping, and the differences between

the cities in premature mortality figures had almost disappeared during the 1970s.

During the last two decades of the twentieth century, Norrköping experienced protracted and increasingly difficult problems with unemployment as well as social and economic vulnerability. This had consequences in the form of a slower decline in CHD mortality in the 1990s and the 2000s in comparison to the neighbouring city. The rapid structural transformation of working life in Linköping entailed expansion and in-migration of new categories of well-educated people, which probably contributed to a fall in premature death figures. Regardless of whether women or men are considered, differences between the cities in premature death rose to the disadvantage of Norrköping. During the period 2001–2006 excess mortality in the age group 50–74 years was 45 percent of the women and 56 percent of the men.

Patient interviews have been conducted and thus contributed with greater knowledge concerning the impact of working conditions on heart diseases and also different possibilities for support and rehabilitation, depending on position and status in working life. The less control employees had over their work situation, the more frustration, stress and heart disease. In addition there were fewer opportunities for rehabilitation. The interviews illustrate the relationships between working conditions, stress and health in a concrete way. Thus with background information about working conditions in the two cities, it is possible to indirectly confirm connections between various kinds of working life and the prevailing health differences.

A study of eight neighborhoods in these two cities has been conducted within the framework of the dissertation. This study has shown that there were considerable differences in CHD mortality among the neighborhoods and that differences have been relatively larger during the 2000s than during the years around 1980. Premature death shows a clear socio-economic pattern. Neighborhoods where the population has had relatively inferior social and economic conditions, also exhibit a slower decline of CHD mortality compared with more wealthy areas. Within Linköping the differences in mortality between the investigated neighborhoods were larger during the 2000s than in corresponding areas in Norrköping. This was in contrast to the years 1976–1985 when the conditions were the reverse. The study also shows

that segregation in the Linköping neighborhoods, the white collar city, has gone further than in the corresponding parts of Norrköping, the blue collar city.

The population structure of the neighborhoods has changed considerably. Some areas have been gentrified, with a rather fast decline in the death rate as a consequence, while others have been proletarianized and have had a relatively slower decline in the death rate. Increased segregation thus led to larger differences in CHD mortality in comparison between the neighborhoods.

Inledning

Ojämlighet kränker människans värdighet och hämmar hennes utvecklingsmöjligheter. Den antar många former och har många effekter: för tidig död, ohälsa, förnedring, underkuvande, diskriminering, utestängning från kunskap och det övergripande samhällslivet, fattigdom, maktlöshet, stress, otrygghet, ångest, låg självbild och självtillit, uteblivna möjligheter och livschanser. Ojämlighet handlar alltså inte bara om plånbokens storlek. Det rör sig om en förmåga att fungera som människor, vår hälsa, självaktning, självkänsla och våra praktiska möjligheter att handla och delta i den värld som vi är födda till.¹

Citatet ovan är hämtat från Göran Therborns bok *Ojämlighet dödar* och ger en illustration till varför ojämlikhet är ett relevant begrepp när det gäller studiet av hälsa, ohälsa och död. Jag har valt att använda detta begrepp i mina undersökningar av hjärt-dödlighet, men i en lokal kontext.

Betydelsen av jämlikhet och riskerna med ojämlikhet för hälsan poängterades bland annat i David Ricardos, Karl Marx' och Rudolf Virchows analyser på 1800-talet. Sambandet fick ett nytt uppsving i slutet av 1960-talet. En av dem som i en filosofisk diskussion uppmärksammade ojämlikhetens samband med hälsa var John Rawls.² Under samma decennium fanns det i Sverige socialmedicinskt inriktad forskning, till exempel Skå-doktorn Gustav Jonsson och hans forskarkollega, Anna-Lena Kälvesten, liksom makarna Gunnar och Maj-Britt Inghe, som var banbrytande när det gäller att beskriva sambanden mellan ojämlikhet och hälsoskillnader i Sverige.³ En mera heltäckande och flerdimensionell diskussion om sambanden mellan samhällsutveckling, fördelningspolitik och hälsa väcktes av ekonomen Amartya Sen på 1990-talet.⁴ Han lanserade begreppet *capabilities*, det vill säga vilka skilda förutsättningar det finns för människor i olika samhällen och klasser, att utveckla sina förmågor. Amartya Sen har också varit tongivande när det gäller att utveckla och kon-

kretisera välfärds måttet, The Human Development Index, som bland annat används av FN och WHO för att årligen bedöma välfärdsutvecklingen i världens länder.⁵ I detta sammansatta index ingår sådant som förväntad livslängd, utbildning och genomsnittlig inkomst. Detta mått anses numera ha större relevans för att bedöma välfärd än sådant som till exempel bruttonationalproduktens ökningstakt, ett mått som ofta har fått dominera den ekonomisk-politiska debatten.⁶

En bredare empirisk genomgång av sambanden mellan ojämlika socio-ekonomiska förhållanden och hälsoskillnader, har från och med de sista decennierna av 1900-talet drivits av brittiska och holländska forskare, som Michael Marmot, Richard Wilkinson, Kate Pickett och John Mackenbach, med flera.⁷ I Sverige har epidemiologer som till exempel Göran Dahlgren, Margaret Whitehead samt Finn Diderichsen, liksom sociologerna Denny Vågerö och Olle Lundberg, under samma tid försökt att lyfta fram dessa viktiga samband.⁸

Sverige är i ett internationellt perspektiv ett jämlikt land. Det är dock uppenbart att klyftorna här såväl som i andra länder har fördjupats sedan tidigt 1980-tal. Inkomstskillnaderna, mätt som ginikoefficient,⁹ bland olika länder inom OECD har ökat påtagligt under de senaste trettio åren.¹⁰ Inte minst gäller detta Sverige, där ginikoefficienten ökade från 0,22 år 1981 till 0,31 år 2007.¹¹

För att undersöka sambanden mellan en förändrad samhällsutveckling och folkhälsan, har jag valt att analysera befolkningens hjärtdödlighet i två svenska städer, grannstäderna Linköping och Norrköping, och samtidigt städernas sociala och ekonomiska utveckling. Tvillingstäder kan man kalla dessa närbelägna städer i så måtto att det finns många yttre likheter och likvärdiga förutsättningar, som befolkningens mängd, omgivning, klimat, samma sjukvårdshuvudman med mera. Däremot skiljer sig städerna åt när det gäller olika indikatorer för folkhälsa som förväntad livslängd, sjukskrivningsmönster, upplevd hälsa och livsstilsfaktorer.¹²

I denna avhandling har hjärtdödligheten stått i centrum och studerats under den senare hälften av 1900-talet och det första decenniet av 2000-talet. Det handlar således både om den tidsperiod då välfärdssamhället byggdes upp och jämlikhet var ett centralt politiskt mål; och om tiden när sedan globaliseringen blivit allt mer påtaglig, ekonomi och politik lagts om för att stimulera

tillväxt och export i en allt mer globaliserad värld och samhällsvärderingarna förändrats i en riktning där individens egenansvar alltmer betonas på bekostnad av solidaritet och gemensamt samhällsansvar. Mina studier handlar alltså om vilka konsekvenser för hjärthälsan som dessa bägge perioder med olika samhällelig inriktning får i en lokal kontext.

Mitt avhandlingsarbete började som en licentiatuppsats och har varit en process där perspektiv och intresseinriktning delvis har förändrats över tid. Licentiatuppsatsen belyser olikheterna i hjärtdödlighet och analyserar skillnaderna i de bägge städernas utveckling. Denna sjukdomsgrupp inom den medicinska forskningen har sedan länge förknippats med människors arbetsvillkor, som enligt många forskare är avgörande för människors vitala, existentiella och resursmässiga livssituation.¹³

När sedan beslutet togs, att jag skulle genomföra en doktorsavhandling, fanns det skäl att skriva en artikel med ett längre tidsperspektiv än jag tidigare planerat. Detta för att fånga hjärt-kärlsjukdomarnas epidemiska förlopp och relatera dessa till välfärdssamhällets utveckling. Det innebar att den första artikeln i föreliggande avhandling kom att behandla perioden från 1900-talets början fram till 2000-talets början. Frågeställningen berör vad som hänt med folkhälsan i två städer när dessa gått in i ett postindustriellt stadium.¹⁴ Fundamentalt var att studera på vilket sätt som historiska skillnader mellan städerna dröjde sig kvar och fick konsekvenser för hjärthälsan även under senare tid. Det stod efterhand klart att skillnaderna i hjärtsjuklighet och hjärtdödlighet var stora även inom respektive stad. Därför analyserar artikeln även *sjukligheten i hjärt-kärlsjukdomar* i fyra stadsdelar i respektive stad (med påtagligt olika socioekonomisk och bebyggelsemässig karaktär). I den sista artikeln i avhandlingen valde jag att specifikt analysera *hjärt-kärldödligheten*, också den på stadsdelsnivå.

Bakgrund

Varför hjärt-kärlödlighet?

Jag har valt att huvudsakligen analysera skillnader i *hjärt-kärlödlighet* eftersom det är den sjukdomsgrupp som leder till flest dödsfall i världen.¹⁵ Det är också en sjukdomsgrupp som är relaterad till människors arbetsvillkor och arbetsförhållanden som i stor utsträckning bestämmer människors livsförutsättningar.¹⁶ Man skulle också mera genomgående kunnat analysera *hjärt-sjuklighet*, men dödsattesterna får anses säkrare för mina syften än de diagnoser som sätts i en stressad läkarvardag, där skillnader och traditioner mellan olika kliniker och vårdcentraler leder till olika bedömningar och redovisningar i patientjournalerna, vilket i sin tur kan leda till felkällor i statistiken.¹⁷ Med en högre aggregeringsnivå skulle detta ändå möjligen kunna avhjälpas, men då är statistiken inte tillgänglig i det historiska perspektiv som den här avhandlingen omfattar. Den aggregerade statistiken över inträffade hjärtdiagnoser från Socialstyrelsen finns inte tillgänglig längre tillbaka än från 1987.¹⁸

Det är framför allt i den industrialiserade världen som hjärt-kärlsjuklighet dominerar. Men det finns stora regionala skillnader. Hjärtinfarkter, som är den diagnos som leder till flest dödsfall inom sjukdomsgruppen, är betydligt vanligare i norra Europa än i södra Europa. I östra Europa är dödligheten i infarkter ännu högre och ökade kraftigt efter Sovjetunionens sammanbrott, särskilt bland män.¹⁹ Fortfarande är medellivslängden lägre i dessa länder än före sovjetimperiets fall.²⁰ Mellan de nordiska länderna är skillnaderna små, med ett undantag. Finland har en betydligt högre hjärt-kärlödlighet än övriga nordiska länder.²¹

Historiskt har infektionssjukdomarna varit det allvarligaste hotet mot hälsan. Efterhand som levnadsvillkoren förbättrats har andra dödsorsaker blivit dominerande, som hjärt-kärl- och cancersjukdomar. Vi har gått från ett samhälle där sjukdomar och död orsakades av fattigdom till ett samhälle där livsstilsrelaterade sjukdomar har blivit de vanligaste orsakerna till för tidig död.²² Samtidigt bör det noteras att dessa sjukdomar är åldersrelaterade och genomsnittligt uppträder allt senare i livet i takt med att folkhälsa och medicinska framsteg har förbättrats.

Även om hjärtdödligheten har minskat kraftigt under de senaste årtiondena, är det fortfarande den vanligaste dödsorsaken. Mer än en tredjedel av alla dödsfall i Sverige orsakas av hjärt-kärlsjukdomar och det finns ett tydligt samband mellan dödlighet och var och hur man lever.²³

Efter denna motivering till varför hjärtdödlighet varit mitt fokus i avhandlingen är det dags att ge en kortfattad beskrivning av den samtidshistoriska utvecklingen i Sverige och en beskrivning av städerna som är föremål för min undersökning.

Folkhemmet byggs – 1950- och 1960-talen

Perioden efter kriget fram till våra dagar var en föränderlig tid. Sverige har av många forskare beskrivits som en nation som utvecklat en unik välfärdsmodell under 1900-talet, en tredje väg, mellan kapitalism och socialism.²⁴ En utveckling med ideologiska rötter i den tyska socialistiska reformism, där Eduard Bernstein blev portalfigur och där socialdemokratiska ideologer som Nils Karleby och Ernst Wigforss var de främsta svenska uttolkarna, men där även den fackliga rörelsen och dess ekonomer spelade en viktig roll.²⁵ Denna modell innebar att man försökte driva en politik både för ekonomisk tillväxt och fördelningspolitik med utjämnande reformer och jämlika möjligheter som mål.

Med utgångspunkt i 1930-talets historiska kompromisser (kohandeln med bondeförbundet efter valet 1932 och Saltsjöbadsöverenskommelsen 1938) skapade arbetarrörelsen förutsättningar för en unikt hög tillväxt och förverkligandet av välfärdsreformer som på allvar kunde inledas efter andra världskriget. Återuppbyggnaden av Europa efter andra världskriget gav Sverige, med sin intakta produktionsapparat, konkurrensfördelar för en växande exportindustri. Ett par decennier av hög tillväxt och skördetid fick den svenska befolkningen uppleva. Men det fanns revor i välfärden, vilket bland annat Låginkomstutredningens rapporter visade.²⁶

Vinden vänder – 1970- och 1980-talen

Den samarbetsinriktade politiska och ekonomiska utvecklingen bröts i slutet av 1960-talet. Förändringen kan illustreras med den talande titeln på del två av Kjell Östbergs biografi över Olof

Palme, *När vinden vände*. Östberg daterar vändningens början till år 1969 och den stora gruvstrejken i Malmfälten.²⁷ Misstroende och skepsis, inte enbart mot arbetsgivare, utan även mot ledningarna i fackföreningsrörelse och socialdemokrati bredde ut sig. Detta ägde rum i en period av ”stagflation” – det vill säga kombinationen av stagnerande tillväxt, ökande arbetslöshet och samtidigt en allt högre inflation. Den keynesianska kartbilden för den ekonomiska politiken stämde inte längre. Till detta kom oljekrisen 1973–1974 och missnöje ute på arbetsplatserna när det gällde arbetsmiljö och uteblivna reallöneökningar, ett missnöje som ofta tog sig uttryck i vilda strejker. Den socialdemokratiska regeringen försökte möta detta med reformer inom arbetslivets område som skulle öka arbetarnas och fackföreningarnas inflytande på arbetsplatserna.²⁸

Skeendena ledde till att den politiska kartan ritades om under 1970-talet. Radikaliseringen av den fackliga rörelsen medförde inte ett ökat inflytande för den politiska vänstern i riksdagen, tvärtom. Centerpartiet lyckades dra till sig allt fler sympatisörer, och blev efterhand som kärnkraftsfrågan alltmer dominerade den politiska dagordningen, det näst största partiet i riksdagen. 1973 års val resulterade i den så kallade jämviktsriksdagen, och de därpå följande valen ledde till borgerlig majoritet. Någon omläggning av den ekonomiska politiken hade de borgerliga regeringarna inte något program för. I stort sett fortsatte man den socialdemokratiska stödpolitiken till såväl enskilda industriföretag som hela branscher i kris.²⁹

Globalisering och nya vindar – 1990- och 2000-talen

Ekonomhistorikern Jenny Andersson hävdar att det var när socialdemokraterna återtog makten 1982, som uppbrottet från den traditionella socialdemokratiska reformpolitiken kom till stånd. Enligt henne var det först med socialdemokratins återkomst som det blev en brytning med den rådande välfärdsmodellen.³

Nu ersattes traditionell keynesiansk utbudspolitik av en mera monetaristiskt inriktad politik och ett stopp för fortsatta reformer. Statliga insatser begränsades och underbalansering av budgetar dömdes ut som osunda. Därmed blev nedskärningar för att minska budgetunderskottet nödvändiga. Att skapa möjligheter

till ett ökat investeringsutrymme för exportindustrin blev den dominerande inriktningen av politiken.³¹ Under de senaste decennierna när globalisering av finansmarknaderna och övernationella organisationer som Europeiska Unionen fått ökad makt, har den politiska strategin för välfärd förändrats. Det har gällt sådant som en ny syn på konkurrens, med möjligheter till upphandling av välfärdstjänster inom vård, skola och omsorg. Vidare ökade privata försäkringslösningar inom hälso- och äldreomsorgssektorn, liksom skattesubventionering av tjänster inom dessa sektorer.³²

Om man sammanfattar de analyserade perioderna kan man beskriva samhällsutvecklingen från 1950-talet och fram till 2010 på följande sätt, och det är denna periodisering jag använder i min avhandling:

- 1950- och 1960-tal: Hög tillväxt, låg arbetslöshet, reformpolitisk skördetid.
- 1970- och 1980-tal: Politisk oro och polarisering, ekonomisk stagflation, ökande arbetslöshet.
- 1990- och 2000-tal: Globalisering, den socialdemokratiska välfärdsmodellen omförhandlas, arbetslösheten når europeisk nivå.

Tvillingstäder

Norrköping och Linköping, som är de platser där hjärtdödligheten har analyserats i detta avhandlingsarbete, kan beskrivas som tvillingstäder. Begreppet *tvillingstäder* har i epidemiologiska studier använts på olika håll i världen för att göra komparativa studier mellan befolkningar som i vissa avseenden liknar varandra medan andra förhållanden skiljer sig åt markant. Detta jämförande perspektiv stämmer väl in också på mina studier och "mina" grannstäder, med ungefärligen lika stora befolkningar, men med påtagligt olika karaktär och historia. Liknande studier har som nämnts tidigare genomförts bland annat i Skottland och Kanada, men även i Stockholmsregionen.³³

Norrköping har en lång industritradition, där textilföretagen länge dominerade. Stagnationen inleddes efter krigsslutet och under 1950- och 1960-talen försvann successivt det ena företaget i branschen efter det andra. Stadens ansträngningar att hitta ersättningsindustrier gav ett blandat resultat. Utflyttning-

en av statliga verk till staden under 1970-talet lyckades delvis, men gav få nya jobb för Norrköpingsbor. Nya låglöneindustrier etablerades men försvann efter några decennier. Det definitiva dråpslaget kom 1997, då telekomföretaget Ericsson avvecklade sin fabrik. Då hade staden genomlevt ett par decennier av negativ befolkningstillväxt och en besvärande krisstämpel. Det är först med beslutet om att göra Linköpings universitet till ett tvåcampusuniversitet, med en förhållandevis stor andel verksamhet i Norrköping, som staden började skifta karaktär.³⁴

Linköping var länge en relativt liten residens- och stiftsstad, befolkningsmässigt klart mindre än grannen. Staden var även en betydande garnisonsstad fram till 1990-talet.³⁵ Försvarsindustrin och särskilt etableringen av flygindustrin efter kriget har också satt sin prägel på Linköping.³⁶ Denna teknikintensiva verksamhet gav även motiv för att etablera en teknisk högskola på 1960-talet. Efterhand växte detta ut till ett universitet med flera fakulteter.³⁷

Befolkningstillväxten i Linköping var kraftig under hela efterkrigstiden liksom tiden därefter, i motsats till ett stagnerande Norrköping. Man växte om grannstaden 1991 och har när detta skrivs, vid årsskiftet 2015/2016, 153 000 invånare.³⁸ Norrköpings befolkningstillväxt har tagit fart igen efter millennieskiftet och befolkningen uppgår nu till 137 000 personer.³⁹

Omvandlingen av arbetsmarknad och näringsliv i Linköping gick mycket snabbt, detta i motsats till i grannstaden. Till en del berodde detta på förutsättningarna när strukturomvandlingen av industrisamhället tog fart. Medan Linköping hade ett diversifierat näringsliv, med en stor tjänstesektor och en starkare tradition som utbildningsstad, fanns det i Norrköping en kultur och identitet som industri- och arbetarstad, vilket också innebar att den formella utbildningsnivån var förhållandevis låg. Föreställningen att så snabbt som möjligt tjäna egna pengar, att inte sätta sig i skuld var en del av denna kultur. Rädslan för att lämna sin klass, att utbilda sig bort från släkt och vänner, var också stark.⁴⁰

Arbetslösheten var under flera decennier ett betydligt större problem i Norrköping. Till en början sökte kommunledning och den lokala arbetsförmedlingen ersättningsindustrier till de nedlagda textilarbetsplatserna, vilket också inledningsvis skapade nya jobb. Samtidigt fördröjdes den nödvändiga omvandlingen av arbetsmarknaden.⁴¹ Norrköpings invånare har också haft och

har fortfarande lägre medelinkomst och lägre utbildningsnivå än Linköpings. Att arbetslösheten har plågat Norrköping syns till exempel på skillnader i socialbidragskostnader.⁴²

Ekonomiskt, socialt och kulturellt finns fortfarande stora skillnader mellan städerna. I Norrköping har man av tradition ett bredare förenings- och kulturliv än i Linköping. Det finns skäl att anta att detta positiva sociala kapital har haft positiva hälsoeffekter, men inte tillräckligt för att väga upp effekterna av skillnaderna socialt och ekonomiskt till Norrköpings nackdel.⁴³

Invandring, först arbetskraftsinvandring och senare flyktingar, började tidigt i Norrköping, medan Linköping först under 1990-talet har haft betydande inflyttning av människor med annan etnicitet.⁴⁴ Också när det gäller migrationsrörelser till och från de bägge städerna har det funnits stora skillnader. Norrköping har haft en mera stationär befolkning. Viljan att söka sig till andra orter har varit betydligt lägre här än i grannstaden.

Bortsett från arbetskrafts- och flyktinginvandring har inflyttningen varit påtagligt mindre. Det är först med universitetets etablering av Campus Norrköping i slutet av 1990-talet som det blivit ett reellt tillskott av unga människor som sökt sig till staden.⁴⁵ Linköping, å andra sidan, har under hela efterkrigstiden haft läroanstalter för högre utbildning, bland annat olika lärarutbildningar, som attraherat unga människor att flytta till staden. Migrationen mellan städerna har också varit begränsad. Istället för att flytta har pendlingen ökat kraftigt i synnerhet under 2000-talet.⁴⁶ Internationella undersökningar visar att migranter inom ett land har en bättre hälsosituation än de som lever sitt liv på samma ställe hela livet.⁴⁷ Det finns därför skäl att anta att städernas olika immigrations- och migrationsmönster har gynnat hälsosituationen i Linköping.

I jämförelsen mellan städerna finns det anledning att uppmärksamma dragkampen mellan dem. Kampen om storsjukhuset var en sådan, en maktkamp som länge har präglat förhållandet mellan städerna och som kan ha haft betydelse för skillnaderna i hälsa och för tidig död. Norrköping stod som en av fyra storstäder i Sverige utanför landstinget fram till 1967 och ansvarade vid den här tiden själva för sjukvården. Att staden stod utanför landstingets organisation var en viktig faktor när frågan om lokalisering av regionsjukhuset avgjordes till Linköpings fördel.⁴⁸

Rivaliteten handlade annars i grunden om vilken stad som

skulle bli det regionala centret i länet och har också berört sådant som flygplatslokalisering och andra infrastrukturfrågor. Dragkampen om att vara regioncentrum är en fråga som ännu idag, när detta skrivs, inte är helt avgjord.⁴⁹ Även universitetets etablering i Linköping präglades av denna rivalitet.⁵⁰ Trots Norrköpings överlägsna befolkningsstorlek när dessa frågor avgjordes, var det Linköpings geografiska läge och kvalificerade teknologiska industrier, som avgjorde maktkampen till den sistnämnda stadens fördel när det gällde såväl regionsjukhuset som universitetet.⁵¹ Har då kampen om sjukhusvård och universitet haft betydelse för hälsosituationen i allmänhet och hjärthälsan i synnerhet i de bägge städerna? Frågan är svår att svara på, skriver jag i en av mina undersökningar i denna avhandling. Det finns dock rapporter som visar att överlevnaden i hjärtinfarkt är bättre vid universitetssjukhusen än vid de mindre och medelstora akutsjukhusen.⁵² Efterhand har visserligen alltmer av hjärtsjukvården remitterats till Universitetssjukhuset, men frågan kvarstår huruvida denna är mera tillgänglig för Linköpingspatienter än för patienter från övriga delar av länet.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med mina studier är att analysera vad som hänt med hjärtdödligheten på vägen från ett högindustriellt till ett postindustriellt samhälle, det vill säga ett samhälle där andelen direkt sysselsatta inom industriell tillverkning i Sverige minskat kraftigt.⁵³ Med detta perspektiv som utgångspunkt är *ett av mina* syften att studera skillnader i hjärtdödlighet i tvillingstäderna Norrköping och Linköping, och hur dessa skillnader förändrades över tid, perioden från 1952 till 2010. Periodiseringen är delvis praktiskt motiverad. Den moderna dödsorsaksstatistiken började dokumenteras på Medicinalstyrelsen 1952, och 2010 var ett lämpligt slutår eftersom mitt avhandlingsarbete påbörjades 2012. Men även med tanke på samhällsutvecklingen är perioden intressant. *Det andra syftet* är att jämföra dödlighetens utveckling med samtidshistorien i de bägge städerna. *Det tredje syftet* är att bidra till att förklara och förstå orsakerna till ohälsoskillnaderna. Finns det händelser och företeelser i samtidshistorien som kan förklara skillnaderna i dödlighet och ohälsa mellan städerna och deras olika stadsdelar? Uttryckt mera konkret formulerades frågorna enligt nedanstående uppställning:

- Hur såg hjärtsjukdomarnas epidemiska förlopp ut i de bägge städerna? Finns det plausibla förklaringar till dessa förändringar? (*Artikel 1*)
- Vilka ekonomiska och politiska skeenden kan ha haft betydelse för skillnaderna i hjärtdödlighet mellan de bägge städerna? (*Licentiatuppsatsen*)
- Hur såg sambanden mellan socio-ekonomi och hjärtdödlighet ut på stadsdelnivå och hur har dessa samband förändrats över tid? (*Artikel 2*).

Studiens sammanhang

Samhällsutvecklingens betydelse för hälsan

Den engelske socialmedicinaren Thomas McKeown är en av de forskare som tidigt påpekade vikten av att uppmärksamma människors livsvillkor och livsmiljöer. Därigenom finns bättre möjligheter att förstå och ha möjlighet att begränsa ohälsa och undvika för tidig död, argumenterade han. Han hävdade också att samhällets satsningar på sjukvård delvis varit en felinvestering. Betydligt viktigare för en positiv hälsoutveckling är att göra medvetna satsningar på sociala reformer, menade han. Det gällde sådant som bättre boendestandard, sanitära förhållanden som gav förutsättningar för en god hygien, spädbarnsvård och mödravård som gavs av en kvalificerad yrkesgrupp, barnmorskor, samt grundläggande utbildning för breda befolkningsgrupper. Detta är betydligt viktigare faktorer för en positiv hälsoutveckling än en alltmer subspecialiserad sjukvård, var hans slutsats.⁵⁴

McKeowns argumentation tog sin utgångspunkt i industri-samhällets framväxt och de åtgärder som efterhand vidtogs i form av mödra- och barnavård, sanitetsförbättringar, vaccin och utbildning som gav resultat i form av minskad dödlighet. De dominerande sjukdomarna i Sverige och Västeuropa, fram till mitten av 1900-talet, kunde karaktäriseras som fattigdoms-sjukdomar. Dessa lyckades man kraftigt begränsa och, i de fall de ändå uppträdde, behandla med penicillin. Det gällde sådana sjukdomar som exempelvis tuberkulos, kolera, difteri och lunginflammation. Det är dock inte samma ohälsorsaker i dagens samhälle, och det är därför inte självklart samma lösningar på problemet. Men, som epidemiologisk utgångspunkt är ändå McKeowns teser viktiga och perspektiven stimulerande.

Edgar Borgenhammar, professor emeritus och tidigare rektor vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, har benämnt efterkrigstidens dominerande sjukdomspanorama för välbefinnads-sjukdomar. Bland dessa har hjärt- och kärlsjukdomarna allt sedan mitten av 1900-talet varit den största diagnosgruppen. Begreppet "tillitsohälsa", används för att beskriva det tredje skedet i folkhälsans utveckling. Denna har utvecklats kraftigt sedan 1990-talet. Borgenhammar beskriver den som "psyko-

emotio-socio-somatisk” ohälsa.⁵⁵ Det finns emellertid också samband mellan dessa stressrelaterade psyko-sociala sjukdomar och hjärt-kärlsjuklighet, även om Borgenhammar i detta sammanhang inte specifikt tar upp den frågan. Det är påtagligt att socio-ekonomiska förhållanden har betydelse såväl när det gäller stress, som psykosociala sjukdomar och hjärt-kärlsjuklighet. Borgenhammar uttrycker inte sjukdomsbilden i klasstermer, men det är ändå tydligt att det är sådana förhållanden och samband som han åskådliggör.

Michael Marmots banbrytande White Hall-studier bör också nämnas i detta sammanhang. Dessa visade hur hierarkier och rang bland brittiska statstjänstemän fått konsekvenser när det gäller livslängd och dödlighet. Ju högre upp i hierarkin man befinner sig desto längre lever man. Marmot betonar *status*begreppet betydelse och har ett socialt perspektiv när hälsa och risk för förtida död analyseras, medan Borgenhammar har ett närmast socialpsykologiskt perspektiv. De olika perspektiven, ekonomiska, sociala och psykologiska, har på senare tid forskningsmässigt blivit allt viktigare att penetrera för att förstå sambanden med den ojämlika folkhälsan.⁵⁶

Den ojämlika dödligheten

Vissa mönster är påtagliga när man analyserar dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar. Dödligheten har minskat kraftigt och därmed har medellivslängden ökat under den studerade tidsperioden. Samtidigt har ojämlikheter utvecklats och förändrats. Exempelvis har skillnaderna i medellivslängd mellan män och kvinnor förändrats över tid. Den största skillnaden, cirka sex år, fanns under slutet av 1970-talet.⁵⁷ Detta får sin förklaring när man närmare undersöker vad som hände med dödligheten inom gruppen män respektive kvinnor.

Ett inte särskilt uppmärksammat fenomen under de så kallade rekordåren var att ökningen av medellivslängden bland män stagnerade.⁵⁸ Detta förklaras av ökade skillnader mellan olika klasser under dessa årtionden. Mellan manliga arbetare och tjänstemän i yrkesaktiva åldrar, ökade avståndet kraftigt från 1950-talet fram till 1970-talets slut. Sverige var, tillsammans med Norge, det OECD-land där skillnaderna i medellivslängd ökade mest.⁵⁹ Bland stora grupper industriarbetare sjönk till och

med medellivslängden under dessa år.⁶⁰

På samma sätt ökade skillnaderna i medellivslängd mellan kvinnor från olika klasser i åldern 60–74 år under åren runt millennieskiftet 2000. Detta anses bero på tidig rökdebut samt ökad arbetsbelastning i vissa kvinnoyrken – sjukvårdsbiträden, barnsköterskor, undersköterskor, men också inom handelns yrken samt städbranschen. Detta fick som konsekvens att skillnaderna i medellivslängd mellan könen återigen minskade. Kvinnors medellivslängd har därmed ökat långsammare än männens från 1990-talet och särskilt inom arbetarklassen har medellivslängden stagnerat.⁶¹

Minskad rökning och sjunkande blodfettsnivåer anges som de huvudsakliga anledningarna till att hjärtinfarktdödligheten sjunkit med omkring två tredjedelar mellan åren 1987 och 2014.⁶² Åderförkalkning är det vanligaste förstadiet till hjärt- och kärlsjukdomar. Bukfetma, höga blodfetter, högt blodtryck och högt blodsocker ökar risken för åderförkalkning. Genom att behandla dessa riskmarkörer, med livsstilsåtgärder och läkemedel, kan man förhindra att kärlen skadas. Ändrade matvanor, ökad fysisk aktivitet och att avstå från rökning kan också minska riskerna betydligt.⁶³ Hjärt- och kärlsjukdomar går således numera i mycket hög grad att förebygga.

Samtidigt redovisas en annan faktor som ökar risken för ohälsa, nämligen stress. Begreppet har blivit en sammanfattande benämning för många olika företeelser.⁶⁴ Inom arbetslivet har man konstaterat att såväl alltför mycket arbete som alltför lite kan framkalla stress. Negativ stress och bristande återhämtning efter ansträngning och pressande förhållanden ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar.⁶⁵ Folkhälsoinstitutet har konstaterat i sina rapporter att risken att drabbas av dessa sjukdomar skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper. Lågutbildade löper dubbelt så stor risk att drabbas som högutbildade, och för män är risken att drabbas av hjärtinfarkt tre gånger så stor som för kvinnor.⁶⁶ Vissa invandrargrupper har också en förhöjd risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar.⁶⁷ Detta kan också bero på att gruppen invandrare sedan 1990-talet har förändrats, och att flyktinggrupper, som ofta upplevt extrem press och haft traumatiska upplevelser, numera utgör den dominerande invandrargruppen.⁶⁸

Folkhälsorapporterna redovisar stigande dödstal i hjärtsjukdom från 1952 fram till slutet av 1970-talet, men kommenterar

knappast detta särskilt utförligt. Man har inte heller förklaringar till sambanden mellan det faktum att lägre utbildade har haft en mera ohälsosam och riskfylld livsstil och att detta avspeglas i skillnader i dödlighet mellan lågutbildade och högutbildade.⁶⁹ Män och kvinnor i samma sociala skikt avlider i allt större utsträckning av samma sjukdomar. Riskfyllda levnadsvanor bland män har blivit förhållandevis mindre vanligt, något som satts i samband med en ökad jämställdhet mellan könen.⁷⁰

En annan fråga som inte får något svar i statens folkhälsorapporter är varför hjärtsjukdomar och hjärtdödlighet ökade bland män under de första tre decennierna efter kriget. På 1950-talet diskuterades frågan av bland andra läkaren och riksdagsledamoten Gunnar Biörck, som såg den försämrade hjärthälsan som utslag av jäkt och vällevnad.⁷¹ Professor Edgar Borgenhammar är i sin bok *Att vårda liv* inne på liknande resonemang om vällevnadssjukdomar som dominerande dödlighetsmönster under den senare hälften av 1900-talet. Dessa hade dock en omvänd föreställning beträffande samband mellan klass och dödlighet, i den mån som man överhuvudtaget resonerar i klasstermer. Det var således snarare företagsledare och högre tjänstemän än arbetare, som förmodades bli drabbade av ökande jäkt och vällevnad.

Den så kallade Norsjöundersökningen i Västerbotten på 1980-talet har fördjupat resonemangen beträffande klass och ohälsa, genom att beskriva sambanden mellan förändrade arbetsvillkor och den höga frekvensen av hjärtdödlighet i skogskommunerna i Västerbotten. I dessa studier hade kostvanorna den stora betydelsen för ökad ohälsa. Kostvanorna hade grundlagts under generationer av ett hårt skogsarbetarliv. Kosten förändrades inte nämnvärt när mekaniseringen av arbetslivet gjorde arbetet mindre fysiskt ansträngande. Konsekvensen blev då att särskilt männen i ökad utsträckning blev överviktiga och feta. I förlängningen ledde detta till en ökad frekvens av hjärtsjukdom och därmed också ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar.⁷²

I sin sista rapport inom ramen för Socialstyrelsens utgivning, gav Folkhälsoinstitutet tydligare beskrivningar än i de tidigare rapporterna av orsaker och konsekvenser för hälsan av besvärliga socioekonomiska förhållanden.⁷³ Rapporten ger inblickar i hur myndigheten uppfattade sambanden. Man beskriver hur olika sjukdomar och hälsotillstånd påverkades av människors sociala och ekonomiska utsatthet. Det nämns till exempel att diabetes –

som ofta leder till hjärt-kärlsjukdomar – var mer utbredd bland lågutbildade. Överlevnad i bröstcancer var lägre bland kvinnor med kortare utbildning. Svår värk och dåligt allmänt hälsotillstånd var betydligt vanligare bland arbetare än tjänstemän. Det var vanligare bland lågutbildade att äldre inte fick professionell vård utan vårdades av anhöriga. Tandhälsan var betydligt sämre hos socioekonomiskt svaga grupper och våld och skador drabbade oftare barn i familjer med låga inkomster.⁷⁴

Ohälsosamma miljöer

En annan viktig utgångspunkt, som återkommit i den folkhälso-politiska diskussionen, är frågan om vad som är viktigast för människors hälsa – socioekonomiska villkor eller miljöfaktorer i bred bemärkelse. Idag är sannolikt de flesta folkhälsoforskare överens om att båda faktorerna har betydelse. Det som har konstaterats, såväl i Sverige som internationellt är att dödlighet och förväntad livslängd skiljer sig åt mellan olika samhällen, även när den socio-ekonomiska situationen hålls konstant. Som exempel kan nämnas att manliga arbetare i Sundbyberg lever cirka två år kortare tid än sina kollegor i Solna som har samma ekonomiska och sociala villkor. Samma tendens gäller för tjänstemän. Undersökningarna är gjorda i början av 2000-talet.⁷⁵

Något som diskuterats bland hälsoforskare som viktiga faktorer för en hälsomässigt bra miljö för breda befolkningsgrupper är sådant som; säkra och utvecklande arbeten, goda sanitära förhållanden och rymliga boendetrymmen, tillgång till bra livsmedel i närmiljön, närhet till trygga och bra skolmiljöer, närhet till välfungerande primärvård, utformningen av trafikmiljön inklusive bra och billig kollektivtrafik.⁷⁶

I Skottland, har forskare kunnat visa att skillnaderna i dödlighet, mellan människor i Glasgow och Edinburgh på 1990-talet och sannolikt alltjämt, varit ännu större än i Sverige, när socioekonomiska faktorer hållits konstant. De Glasgowförankrade forskarna Sally MacIntyre och Anne Ellaway har lyft fram de rent fysiska och samhälleliga miljöerna, som infrastruktur, skolor, vårdinrättningar, tillgång till affärer, men också närhet till naturområden. Detta påvisas som hälsopåverkande faktorer. Olika villkor i dessa avseenden har medfört en ojämlik hälsosituation i de bägge städernas befolkningar till Glasgows nackdel. MacIn-

tyre och Ellaway kallar dessa faktorer för *kontextuella* (till skillnad från *kompositionella*, det vill säga sociala och ekonomiska villkor).⁷⁷ Många av dessa kontextuella faktorer kan påverkas av samhällsplanering och således av politiska beslut, inte minst på kommunal nivå.⁷⁸

Det har alltså visat sig i internationell forskning att skillnaderna i hälsa mellan olika regioner och städer är betydande, även när socioekonomiska faktorer hålls konstant. Bankdirektörer och universitetsprofessorer lever således kortare tid och är sjukare om de till äventyrs skulle bo på en fattigare plats än sina kollegor som bor på en rikare ort med bättre tillgång till hälsofrämjande miljöer. Komparativa studier tydliggör även stora skillnader mellan människor när det gäller hjärtsjukdom och hjärtödlig-het inte enbart utifrån olika socio-ekonomiska villkor utan även mellan miljöer i olika städer och stadsdelar.⁷⁹

Olika livsstilar och livsvillkor

Om vi bortser från ärftliga faktorer finns det två principiella grundhållningar när det gäller skillnader i hälsa och för tidig död mellan olika grupper av människor; dels sättet att leva, livsstilsfaktorer, som rökning, matvanor och motion; dels materiella betingelser och grundläggande livsvillkor, som människors försörjning och ekonomiska förhållanden. Den salomoniska slutsatsen är att det sannolikt finns förklaringsvärden i bägge påståendena. Väljer man enbart det förstnämnda alternativet som förklaringsmodell blir det huvudsakliga ansvaret för ohälsa ett ansvar för den enskilda människan. Individen har sig själv att skylla. Om man istället väljer det andra synsättet, hamnar man lätt i defaistiska förhållningssätt och ställningstaganden som att hälsa och för tidig död inte går att påverka. Dessa båda alternativa synsätt är emellertid inte varandras motsatser.

I den moderna folkhälsovetenskapen försöker man istället åskådliggöra sambanden mellan olika socioekonomiska faktorer betydelse för hälsan, genom begreppet livsstigar (*pathways*), samtidigt som det tydliggörs vilket handlingsutrymme och vilka aktörer som finns på olika nivåer. Detta är ett sätt att komma förbi de föga fruktbara motsättningarna mellan förklaringar som utgår från människors *livsstilar* och därmed egenansvar, och mera strukturella svårpåverkbara förhållanden – *livsvillkor*.⁸⁰

Göran Dahlgren och Margaret Whitehead är två forskare som ägnat tid åt att utveckla en modell för att förstå sambanden mellan olika ohälsosfaktorer.⁸¹ De beskriver interaktionen mellan de olika bestämningsskikten när det gäller hälsa; individuella livsstilar är inbäddade i sociala normsystem och nätverk, som är styrda av livs- och arbetsvillkor, vilka i sin tur är relaterade till bredare socioekonomiska, politiska och kulturella sammanhang. Detta betyder, att det finns begränsningar när det gäller vilken livsstil man kan utveckla som enskild individ, begränsningar som är släkt-, köns- och klassrelaterade, men som också är knutna till sammanhang som avgörs av var och när man levat, det vill säga vilken geografisk plats och historisk tid man levt och verkat under.⁸²

En epidemiologisk analys av hälsan innefattar alltså bestämningsfaktorer som har med vanor eller livsstil (downstream contributors) att göra, likaväl som livsvillkor (upstream contributors). Dessa faktorer är ofta sammanlänkade och samverkande. Som ett exempel kan nämnas det konsekventa bekämpandet av tobak och rökning i flera europeiska länder under senare tid. Det har innefattat såväl politiska beslut (upstream), restriktioner kring försäljning och marknadsföring, kraftig beskattning och därmed högre pris, likaväl som individinriktad hälsoutbildning och rökavvänjningsprogram (downstream).

Människors hälsosituation bestäms av individuella, likaväl som mera generella ekonomiska och politiska, villkor. Avgörande begrepp och sammanhang, konstruerade av den tidigare nämnde ekonomen och filosofen Amartya Sen, för möjligheter till en god hälsoutveckling är individernas förmågor (capabilities) att påverka sina liv, samt vilket handlingsutrymme den enskilda människan har för detta.⁸³ Det handlar om makt och delaktighet när det gäller att påverka sin egen och andras situation. Sens resonemang liknar det som arbetslivsforskare som Töres Theorell, Robert Karasek, Johannes Siegrist och andra har använt som utgångspunkt för en teoretisk modell när man undersökt människors olika villkor i arbetslivet.⁸⁴

Sens resonemang skiljer sig från arbetslivsforskarna därigenom att han främst diskuterar begränsningar för människors handlingsutrymme som finns förborgat i de samhällsliga strukturerna, inte enbart i arbetslivet. Det kan gälla sådant som uppfattningen att marknadsekonomin inriktning på ekonomisk

tillväxt är ett samhälleligt mål i sig. Det kan handla om synen på fattigdom och ojämlikhet, som begränsande faktorer för dem som drabbas. Inte minst arbetslösheten angriper Sen som slöseri med människors förmågor. Och han betonar att arbetslöshet inte enbart handlar om brist på pengar;

... arbetslösheten är inte rätt och slätt en brist på inkomster som kan gottgöras genom statliga transfereringar ... den är också en källa till vittgående negativa effekter på individernas frihet, initiativförmåga och färdigheter. Till arbetslöshetens mångfaldiga effekter hör att den bidrar till vissa grupper ”sociala exkludering”, och den leder till förlust av självförtroende, fysisk och psykisk hälsa.⁸⁵

Dahlgren och Whitehead bygger sin analys och argumentation på Sens resonemang. Men de markerar också vikten av att göra skillnad mellan bestämningsfaktorer för hela befolkningen och för olika socioekonomiska grupper. Så kan till exempel ensidigt fysiskt arbete vara en ohälsfaktor för okvalificerade arbetare, men knappast för högre tjänstemän eller för befolkningen i sin helhet, argumenterar forskarduon.⁸⁶

Olika livsstigar

Det intressanta med Dahlgrens och Whiteheads fortsatta analys är uppspaltningen och konkretiseringen av vilka bestämningsfaktorer som är avgörande och hur dessa ser ut i olika socioekonomiska befolkningsgrupper. Klasstillhörigheten leder således på flera olika sätt till ojämlika möjligheter i livet. Begreppet *pathways* (*livsstigar*) är det redskap som använts för att åskådliggöra samband mellan riskfaktorer för hälsa, och människors olika handlingsutrymmen och möjlighet till stöd från olika aktörer. Dahlgren och Whiteheads begrepp tydliggör flera olika samband där sociala och ekonomiska förhållanden har avgörande betydelse, och som sammantaget påverkar möjligheterna att hantera sjukdom och ohälsa.

- Olika handlingsutrymme: ju mindre sociala och ekonomiska resurser en person förfogar över, desto mer begränsade är möjligheterna att hantera hälsorisker.

- Olika utsatthet: exponeringen för ohälsa blir större ju mindre socialt stöd och mindre ekonomiska resurser man har. Den som är utan pengar och kontakter tvingas oftare utsätta sig för hälsofarliga risker och miljöer.
 - Olika konsekvenser: likvärdig exponering för ohälsa får olika effekter beroende på socioekonomi. Hälsokonsekvenserna slår hårdare gentemot dem som har sämre socialt stöd och mindre ekonomiska resurser, eftersom man mera sällan och ofta alltför sent får kontakt med vård och behandling.
 - Olika livslånga effekter: barns skilda sociala och ekonomiska förutsättningar får livslånga effekter på möjligheterna till hälsa. Barn som har ett svagt socialt stöd och otrygga ekonomiska uppväxtförhållanden får ett sämre utgångsläge och därmed en ökad risk när det gäller sjukdom och för tidig död senare i livet.
 - Olika påfrestningar vid sjukdom: sjukdom får olika sociala och ekonomiska konsekvenser beroende på skillnader när det gäller socioekonomiska förhållanden. Sjukdom utgör påfrestningar på ekonomi och sociala nätverk i större utsträckning hos personer där resurserna redan från början är begränsade.
- Resonemanget om livsstigar (*pathways*) beskriver alltså mekanismerna för hur olika socioekonomiska förhållanden leder antingen till hälsa och ett långt liv för de mera välbeställda, eller ohälsa och för tidig död för fattiga människor. Möjligheterna till egen kontroll och handlingsutrymme samt tillgång till socialt stöd är centralt.

Ovanstående samband exemplifierar således socioekonomiska villkors betydelse för hälsa. Forskning i Skottland, Kanada och Sverige har också visat, att det finns påtagliga skillnader i dödlighet mellan regioner och städer även när socioekonomiska förhållanden är likvärdiga. De människor, som bor i miljöer som generellt är mera påvra, har en sämre hälsa och kortare livslängd även om deras sociala och ekonomiska villkor är likvärdiga. Miljöfaktorer har således också självständig betydelse.⁸⁷

Hjärtsjuklighet i stadsdelar

I en avhandling vid Stockholm universitet i början av 2000-talet visades att människor som bor i miljömässigt mindre gynnade förstäder och stadsdelar i Stockholmsregionen är mera sårbara för och drabbas hårdare vid hjärtinfarkt. Dessa kontextuella

skillnader var tydliga när människor med samma klasstillhörighet jämfördes.⁸⁸ De komparativa studier av jämförbara städer som gjorts av forskarna i Skottland och Kanada visar att människor, oberoende av klasstillhörighet, drabbas hårdare av sjukdomar och har en sämre upplevd hälsa i Glasgow än i Hamilton, Ontario, Kanada. Detta anses beror på att de nationella kontextuella förhållandena är till fördel för befolkningen i Hamilton.⁸⁹ Men även de jämförande studier som gjorts i Skottland mellan Edinburgh och Glasgow visar på påtagliga miljöskillnader, och då till nackdel för den sistnämnda staden.⁹⁰

Senare studier har visat att *stadsdelars* socio-ekonomiska position och infrastruktur har betydelse för hälsan. Såväl ett högt socialt och kulturellt kapital som förekomst av en god social infrastruktur i ett område påverkar hälsan positivt, likaväl som ett lågt socialt kapital i ett område och en bristande social service är negativ för individens hälsa oavsett klass.⁹¹ Vad som är avgörande, ett områdes socioekonomiska status eller den sociala infrastrukturen, och hur mycket som respektive faktor påverkar individens sociala och ekonomiska förutsättningar finns det ännu inga entydiga resultat kring.

Vårdcentralernas betydelse

I en rapport som jag skrev i anslutning till denna avhandling undersöktes vårdcentralernas betydelse för hjärtsjukligheten. Denna kontrollerade även tillförlitligheten hos sjuklighetsdiagnoserna och därmed deras värde som källa (omfattar tiden fram till det fria vårdvalet då den geografiska bestämningen upphörde för många patienter).⁹² Utgångspunkten i studien, som byggde på intervjuer främst med läkare på de i undersökningen förekommande vårdcentralerna, relaterades till den dokumenterade sjukligheten i hjärt-kärlsjukdomar hos patienterna knutna till respektive vårdcentral. Det visade sig att diagnoserna inte följde det förväntade mönstret – sjuklighet följde inte en socioekonomisk gradient, särskilt inte i Norrköping. Såväl hjärt-kärl-diagnoser som högt blodtryck var högst i den förhållandevis välmående förorten, medan miljonprogramsområdet låg betydligt lägre, särskilt när det gällde diagnosen högt blodtryck.

Läkarnas samstämmiga uppfattning var att arbetsvillkor och arbetsprioriteringar hos enskilda läkare, liksom olika traditioner

på vårdcentralerna, spelade en stor roll för dokumentationen av diagnoser. Det förekommer såväl under- som överrapportering, enligt informanterna. Det ansågs även ha stor betydelse i vilken utsträckning som läkartjänsterna var besatta av tillsvidareanställd personal, eller om en vårdcentral tvingades förlita sig på tillfälliga så kallade hyrläkare.⁹³ Det fanns också ett dokumenterat samband mellan förekomst av hyrläkare och antalet diagnoser. Ju mer beroende en vårdcentral var av hyrläkare desto färre diagnoser sattes på denna.⁹⁴

Studien antyder att dokumentationen inte gav en korrekt bild av det faktiska sjukdomsläget. Det visade sig också att de undersökta vårdcentralerna i Linköping hade fler sjukdomsdiagnoser än vårdcentralerna i Norrköping. En slutsats som kunde dras av detta, var att uppföljning och dokumentation av riskpatienter, till exempel patienter med diabetes och högt blodtryck, fungerade bättre vid de flesta vårdcentralerna i Linköping. En möjlig förklaring kan vara att det funnits och finns en bättre läkarförsörjning. Därmed kunde fler hjärtsjukdomar upptäckas och dessa blev också bättre dokumenterade. Även den specifika diagnosen hjärtinfarkt utgjorde en större andel i Linköping än i grannstaden. Det kan alltså vara så att det funnits fler dokumenterade hjärtinfarkter i Linköpings olika stadsdelar, samtidigt som betydligt fler hjärtinfarktpatienter dog i Norrköping utan att dessa tidigare dokumenterats.

Studien visade också att arbetsförhållandena på vårdcentralerna är viktiga för vårdens kvalitet. Besvärliga arbetsvillkor på vårdcentralen – bristande läkarbemanning på fasta tjänster, osäker och otydlig arbetsledning och brister i vårdens styrning – kunde ge betydande försämringar i vården, inte minst för kroniskt sjuka. Detta gällde oavsett vilken socioekonomisk status bostadsområdena hade där vårdcentralen var belägen. I motsats till dödlighetsstatistik, blev det tydligt att statistik över sjukdomar är en bräcklig källa för att bedöma den faktiska ohälsan i ett område.

Ekonomisk tillväxt och hälsa

Det har under mer än ett halvt sekel pågått en viktig diskussion bland socialhistoriker beträffande tillväxtens betydelse för hälso-utvecklingen. Framför allt har frågan diskuterats med utgångs-

punkt från industrialiseringen under 1800-talet, i första hand med England/Wales som utgångspunkt. Det var Walt W Rostow som på 1960-talet fick genomslag för sitt resonemang om den demografiska förändringen – med först kraftigt minskande dödlighetstal och efterhand också sjunkande födelsetal – detta som en följd av den markerade tillväxtökningen och som ett resultat av industrialiseringen av västvärlden.⁹⁵ Thomas McKeown fullföljde resonemanget och bekräftade Rostows teser, när han på 1970-talet, i polemik mot den medicinska och epidemiologiska vetenskapen, markerade just tillväxtens betydelse för sjunkande mortalitet. Detta har varit viktiga hörnstenar i hela debatten om utvecklingsländernas möjligheter till ökad standard och välfärd.⁹⁶

Emellertid har Rostow och McKeown ifrågasatts på senare tid, senast av Angus Deaton, ekonomipristagare till Nobels minne 2015.⁹⁷ Deaton hävdar i sin internationella forskningsöversikt över utvecklingen på 1900-talet, att tillväxtens betydelse är överskattad och att det centrala är hur fördelningspolitiken fungerar och är utformad. Institutionella förhållanden har stor betydelse för en förbättrad och mer jämlik hälsa. Ett samhälle som kan bygga bort bostadsbrist, skapa förutsättningar för goda sanitära förhållanden och säkerställa tillgång till rent vatten för alla, har också skapat förutsättningar för en rimligt likvärdig hälsa. Han argumenterar även för att kunskap om samband mellan livsvillkor och hälsa, framför allt som folkupplysning, är centralt för en god folkhälsa.⁹⁸

Deatons forskning stämmer väl överens med vad som tidigare visats för utvecklingen bland annat i Sverige under 1800-talet. Linköpingshistorikerna Jan Sundin och Sam Willner har studerat sambanden mellan tillväxt och hälsa under den tidsperiod då inflyttningen till städerna växte relativt sett mest, i Sverige under perioden 1820–1860, i England några decennier tidigare. De kraftiga migrationsrörelserna gav en annorlunda bild av sambanden mellan tillväxt och livslängd. Dödligheten ökade med den ekonomiska tillväxten – framför allt bland medelålders män, ofta ensamstående och med svårigheter när det gällde stadigvarande arbete och försörjning.⁹⁹

I ett internationellt jämförandeperspektiv är det idag fler människor som slipper svält, fler människor som är läskunniga och medellivslängden har ökat i allt fler länder. Inom och mellan

nationer, regioner och städer däremot, verkar det se annorlunda ut. De senaste tre decennierna tycks utvecklingen gå mot ökad segregering, större miljömässiga skillnader och därmed också betydande olikheter när det gäller hälsa och dödlighet mellan olika geografiska områden.¹⁰⁰

Material och metoder

Det här avsnittet beskriver material och metoder, perspektiv och tillvägagångssätt i de studier som genomförts och ingår i avhandlingen. Eftersom ett par av studierna publiceras som artiklar där formatet är begränsat kan det finnas skäl att vara något mera utförlig beträffande metod och källor i detta avsnitt.

När det gäller insamlandet av data finns det i princip tre olika sätt att göra detta på: 1) att intervjua och fråga människor, 2) att observera människor, och 3) att observera fysiska spår och resultat av människors handlingar och aktiviteter.¹⁰¹ Jag har använt den första och tredje metoden, även om mina källor bortsett från intervjuerna knappast är primärkällor utan framför allt bearbetat material. Möjligen skulle detta material hellre kunna hänföras till en ytterligare (fjärde) kategori av källor.

Med utgångspunkt från särskilt dödlighet men även vid några tillfällen sjuklighet, hjärtinfarkt och andra hjärt- och kärlsjukdomar, har jag beskrivit och analyserat utvecklingen i städerna Norrköping och Linköping från 1950-talet fram till det första decenniet av 2000-talet. Dessa bägge städer representerar två socialt och historiskt olika samhällen samtidigt som andra faktorer, som städernas storlek och befolkningens sammansättning är likartade. Metod och analys kan liknas vid ett experiment där den population som undersöks ställs mot en kontrollgrupp. Komparationen lyfter fram skillnaderna. Städerna har alltså valts därför att de i vissa hänseenden liknar varandra samtidigt som de är varandras motpoler. Detta angreppssätt gjorde det möjligt att tydliggöra de faktiska olikheter som finns mellan städerna när det gäller de historiska och sociala förhållandena. Skillnaderna i dödlighet och dess samband med städernas olika sociala sammansättning kan också generaliseras och jämföras med andra tvillingstäder, som till exempel Sundbyberg och Solna i Stockholmsområdet eller Glasgow och Edinburgh i Skottland.¹⁰²

Analysen av dödligheten bygger som nämnts främst på statistik från Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och den avsåg åldrarna 50–74 år. Skälet till att detta åldersspann valdes är att mortaliteten då kan sägas ha inträffat ”för tidigt”.¹⁰³ I epidemiologiska sammanhang pratar man om ”förlorade år” när döden in-

träffar före 75 års ålder. Den dödlighet jag har analyserat är alltså inte ”normal” i europeiska välfärdssamhällen och inte resultat av de ofta multifaktoriella orsaker som är det vanliga förhållandet när människor avlider av åldersskäl.¹⁰⁴ Den framtagna statistiken åskådliggör förändringar i för tidig död, redovisad som åldersstandardiserad dödlighet decennium för decennium under den undersökta perioden. Jag valde att huvudsakligen redovisa decennier som tidsenhet. Dödstalen i kortare tidsperioder hade blivit för små och därmed skulle det finnas risk för ett osäkert utfall.

Kvaliteten på dödsorsaksstatistiken kan ändå variera beroende på hur dödsorsaken fastställts och hur noggrant läkaren rapporterat diagnoserna till Socialstyrelsen. Det bör noteras att trender över tid inte enbart påverkas av förändringar i dödsorsaksmönstret utan också av omständigheter som nya diagnosmetoder och ändrade sjukdomsbegrepp, förändringar i klassifikationssystemet och andra ändringar i den statistiska bearbetningen.¹⁰⁵ Exempelvis förändras kodningen av hjärt- och kärldödlighet över tid, vilket innebär att diagnoserna inte blir helt identiska.

Min beskrivning av de båda städerna tar sin utgångspunkt i befolkningsutvecklingen och den sociala och ekonomiska utvecklingen. Städerna har olika ekonomiska, sociala och kulturella karaktärer. I ljuset av deras socialhistoriska utveckling kan de kategoriseras som arbetarstad respektive tjänstemannastad, även om skillnaderna över tid utjämnats. Dödlighetsstatistiken har analyserats mot bakgrund av den ekonomisk-historiska utvecklingen. Fortfarande finns det tydligt skilda kulturer som emanerar från städernas olika historiska identitet. Särskilt intresse har ägnats arbetslivets förändringar i de båda städerna. Villkoren avseende arbetsliv och försörjning ville jag jämföra med hjärtsjuklighet och hjärtdödlighet bland människor i olika sociala kategorier.¹⁰⁶

Jag har även använt intervjuer i licentiatuppsatsen. Dessa har haft lite olika karaktär; patientintervjuerna har haft formen av semistrukturerade intervjuer med utgångspunkt från ett frågeschema som använts i de omfattande Slosh-studierna vid Karolinska Institutet för att undersöka och analysera samband mellan arbetslivets villkor och stress.¹⁰⁷ Syftet med patientintervjuerna var dels att undersöka samband mellan arbetsvillkor och hjärt-kärlsjukdomar, dels att få en uppfattning om hur drabbande en hjärtinfarkt kan vara bland olika kategorier patienter, men också

vilket stöd man fick vid rehabilitering och eventuell återgång i arbetslivet.

Intervjuerna med olika inflytelserika aktörer inom politik, administration och medicin under den undersökta tidsperioden, var mer av kvalitativ karaktär, med mindre förutbestämda frågor och var dessutom tidsmässigt mera omfattande. Här handlar intervjuerna framför allt om att få bilder och beskrivningar av städernas utveckling och informanternas svar på frågan i vilken utsträckning som städernas utveckling kan ha haft olika konsekvenser ur hälsosynpunkt, beroende av i vilken stad man lever och verkar.

I de två artiklar som också ingår i avhandlingen, analyseras skillnaderna mellan stadsdelar inom städerna. Att det finns stora hälsoskillnader mellan olika bostadsområden i större städer är välkänt och segregationen har dessutom ökat påtagligt under 1990- och 2000-talen. När det gäller hjärt-kärl dödlighetens geografiska olikheter är vår kunskap dock liten. Dödligheten är trots allt så låg att slumpen spelar roll när dödsfall i de olika hjärt-kärl-diagnoserna analyseras utifrån ett geografiskt perspektiv. Därför valde vi i den första artikeln att fokusera på den rapporterade sjukligheten i de aktuella diagnoserna.¹⁰⁸ Ett klassiskt problem för hälsoforskare är att relatera de olika begreppen sjuklighet och dödlighet till varandra. Registrerad dödlighet är definitiv, även om diagnostiken i dödsattesterna kan vara problematisk. Registrerad sjuklighet däremot kan snedvridas av sådana komponenter som underrapportering eller dess motsats. Sedan är det också så att sjuklighetsciffrorna påverkas av tillgången till vård. Föreliggande delstudie jämför sjukligheten, såsom den rapporterats, vid de vårdcentraler som forskargruppen har samarbetat med.¹⁰⁹

Inom Landstinget i Östergötland finns sedan 1999 ett särskilt dataregister, det så kallade vårddatalagret, som omfattar alla besök i primär- och sjukhusvård inom landstinget. Detta gör det möjligt att studera diagnoser och vårdutnyttjande på individnivå. Vårddatalagret innehåller uppgifter om diagnoser, vårdbesök och förskrivna läkemedel. Tidsperioden 2005–2009 valdes därför att datas validitet var god just då. En femårsperiod bedömdes tillräckligt lång för att slumpen inte ska spela spratt. De flesta av vårddatalagrets svagheter hade åtgärdats år 2005. År 2009 fick bli slutår. Efter detta år kan inte jämförelser längre göras mellan vårdcentralerna på samma sätt som tidigare. Det fria vårdvalet

löste upp det geografiska sambandet mellan vårdcentral och ett specifikt omland.

Sjuklighetsanalyser lider som nämnts av svagheter. I den andra artikeln kring stadsdelarna valde jag därför återigen att analysera dödsorsaksstatistiken. Detta trots att det var ett relativt litet statistiskt underlag som också minskade i takt med den dramatiskt minskande dödligheten. Detta kompenseras emellertid av att tidsperioderna gjordes längre i slutanalysen.

Befolkningen i åldersgruppen som avlidit i hjärt-kärlsjukdom identifierades genom SAMS-systemet med avseende på geografiskt område, kön och åldersgrupper.¹¹⁰ Den totala befolkningen i respektive område sammanställdes i slutet av åren 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2010. Dödligheten kalkylerades per vårdcentralsområde, kön och åldersgrupp, genom att beräkna förhållandet mellan antalet döda i hjärt-kärl dödlighet under varje femårsperiod och antalet personår för befolkningen i den aktuella åldersgruppen med utgångspunkt från situationen i slutet av var och en av de ovan nämnda femårsperioderna. För att neutralisera extrema värden grupperades som nämnts de sju femårsperioderna i tre perioder, 1976–1985, 1986–2000, 2001–2010.

Socioekonomiska data för befolkningen i de olika vårdcentralsområdena togs sedan fram med hjälp av statistik från SCB:s olika databaser. Åren 1980, 1993 och 2005 användes i analyserna som ett genomsnitt av förhållandena under de respektive tidsperioderna.

Analysmetoden som sedan använts i de olika delstudierna kan beskrivas som komparation i tid och rum i ett historiskt perspektiv. Med utgångspunkt från diagnosgruppen hjärtsjukdomar har jag beskrivit och analyserat samhällsutvecklingen i Linköping och Norrköping under perioden från 1952 till 2010. Dessa jämförelser gör det möjligt att identifiera skillnader och likheter samt att underlätta och finna orsaker till de fenomen som studeras.¹¹¹

Jämförelser över tid gör beskrivningen tydligare och lyfter fram det speciella med en särskild tidsperiod. Om enbart nutidsförhållanden studeras, riskerar man att missa det som är särpräglat med en viss tid därför att man saknar det historiska perspektivet. Den beskrivning av utvecklingen i städerna som gjorts i mina studier, baseras på en komparativ analys samt reflektioner över statistiken när det gäller dödlighet i hjärtsjukdo-

mar under den valda tidsperioden.¹¹²

Sättet att beskriva materiella, sociala och kulturella skillnader mellan människor har skiftat över tid. Den gängse benämningen för sociala skillnader har varit *klass*. Detta är emellertid ingen okontroversiell term. Efter Berlinmurens fall och industrisamhällets nedmontering/omvandling har begreppet till och med dödförklarats av vissa forskare. Ändå existerar skillnaderna och de har påtagliga konsekvenser alltifrån materiella betingelser och maktförhållanden till status och relationer.¹¹³ Lundahistorikern Ulrika Holgersson menar att klass är något som konstrueras, som vi ”gör” med våra kroppar och vårt språk. Samtidigt kan klasskillnaderna på ytan framstå som mer diffusa än för hundra år sedan, skriver hon, med hänvisning till hur konsumtionstrender och identiteter färgar av sig på bredare folklager. Hon menar emellertid att dessa trender är ytfenomen som inte ska överbetonas och hävdar i stället att klassförhållandena skapar de sammanhang som människor lever i och organiserar hela det fysiska rummet.¹¹⁴

Ojämlighet är det begrepp jag använder i analysen av mitt material. Begreppet är fruktbart eftersom det så tydligt är knutet till makt eller vanmakt. Inom hälsoforskningen används begreppet *empowerment* som ett nyckelbegrepp för att påverka möjligheterna till en god hälsa. Begreppet uttrycker graden av makt att påverka sitt eget (och andras) liv. Ju större makt och därmed självkänsla, desto större är också förutsättningarna för att leva ett långt och friskt liv. Ju mindre makt, desto större blir vanmakten, som i sin tur medverkar till ohälsa och för tidig död.¹¹⁵ Ett ojämnt samhälle leder således till stora skillnader i avgörande avseenden, inklusive hälsa och möjligheterna att leva ett långt och meningsfullt liv.

Ojämlighet uppträder när resurser fördelas ojämnt, vanligen genom att alstra specifika mönster utifrån socialt definierade kategorier av personer. Inkomst och välstånd är ofta analyserat som centrala kategorier av social ojämlikhet. Även andra resurser är ojämnt fördelade och kan påverka människors olika status. Värderingar och normer i ett samhälle för hur fördelning av resurser sker kan också påverka fördelning av rättigheter och förmåner, tillgång till offentliga tjänster som utbildning, rättsliga system, adekvat boende, lånemöjligheter med mera.¹¹⁶ I många samhällen och stater hävdas att resurser och välfärd fördelas utifrån me-

riter. Forskning visar emellertid att detta inte stämmer, tvärtom. Resurser och välbstånd fördelas utifrån olika sociala kategorier, som ofta också är förstärkta av etniska olikheter och genuskillnader. Korruption är också vanligt förekommande.¹¹⁷

De brittiska forskarna Richard G Wilkinson och Kate Pickett har konstaterat att länder med en hög grad av ojämlikhet har höga siffror när det gäller hälso- och sociala problem (fetma, psykisk ohälsa, tonårsfödslar, internering i fängelse, droger etc.) och låga siffror när det gäller social välfärd (förväntad livslängd, utbildningsresultat, tillit, kvinnors rättigheter, social rörlighet). Genom att använda statistik från 23 välfärdsstater och 50 stater i USA fann de att sociala och hälsoproblem var låga i länder som Japan och Finland och delstater som Utah och New Hampshire. Länder som Storbritannien och USA i sin helhet och delstater som Mississippi och Louisisana däremot, med stora inkomstskillnader har också stora hälsoproblem.¹¹⁸

Under senare år har forskarna också konstaterat en stark korrelation mellan hälsosituationen i ”utvecklade” länder och graden av inkomstskillnader i respektive land. Man skapade ett ”Health and Social Problems-index” bestående av nio faktorer och fann att hälsoproblem och sociala problem var vanligare i länder med större inkomstskillnader.¹¹⁹ Andra studier har bekräftat detta förhållande, bland annat UNICEF:s index ”Child Well-being in Rich Countries”, som analyserat 40 indikatorer i 22 länder visar positiva samband mellan barns välbefinnande och en högre grad av jämlikhet, däremot inte med inkomst per capita.¹²⁰

Pickett och Wilkinson hävdar att ojämlikhet och social stratifiering leder till högre nivåer när det gäller psykosocial stress och statusångest vilket i sin tur kan leda till depressioner, drogberoende, utanförskap, uppfostringsproblem och stressrelaterade sjukdomar.¹²¹

Göran Therborn, som citerades i inledningskapitlet, har konkretiserat livsförutsättningarna beroende på klasstillhörighet när han går igenom olika typer av ojämlikhet – *vital ojämlikhet*, i form av olika risk för förtida död, *existentiell ojämlikhet*, eller begränsande perspektiv, till exempel möjlighet till olika tidshorisonter, olika valmöjligheter och olika tilltro till den egna förmågan vid planering av sina liv, och slutligen *resursmässig ojämlikhet* i form av olika inkomst, utbildning och inflytande.¹²² Även om det finns en växelverkan mellan de olika formerna av

ojämlikhet är det knappast fel att hävda att stor resursmässig ojämlikhet leder till avgörande skillnader att använda begåvning och förmågor, vilket i sin tur leder till olika möjligheter att leva ett hälsofrämjande liv.¹²³ Therborn fortsätter sitt resonemang om ojämlikhet genom att beskriva fyra olika mekanismer som han bedömer kan förklara alla typer av ojämlikhet: *ffärmande, exkludering, hierarkisering och exploatering*. Dessa har sin motsvarighet när det gäller att främja jämlikhet, nämligen *närmande, inkludering, avhierarkisering* samt *omfördelning och upprättelse*.¹²⁴ För mitt avhandlingsarbete har denna strukturering av ojämlikhetsbegreppet bidragit till att förstå hur ökade klyftor i samhället leder till ökade klasskillnader i livsförutsättningar och för tidig död primärt i hjärtsjukdomar.

Delstudierna i avhandlingen

Artikel I:

Perspectives on the Rise and Fall of Swedish Cardiac Epidemics

I denna studie görs en översiktlig genomgång av hjärtdödlighetens utveckling i Sverige, dess toppar och dalar, liksom en mera detaljerad genomgång av hjärtsjuklighet och hjärtdödlighet i tvillingstäderna Norrköping och Linköping i ett hundraårigt historiskt perspektiv från 1911 till 2010. Studien liknar hjärtdödligheten vid en epidemi och fokuserar särskilt på den period då denna var som mest omfattande och när den avtog i styrka, alltså från 1950-talet fram till våra dagar. Hjärtdödligheten är fortfarande den största gruppen i dödsorsaksstatistiken men nedgången har varit dramatisk från 1980-talet. Studien åskådliggör också att skillnaderna mellan de båda städerna när det gäller hjärtdödlighet i hela populationen är till Norrköpings nackdel bortsett från de tre första decennierna av 1900-talet. Förklaringen till detta är att under dessa decennier dog människor i Norrköping i större utsträckning av infektionssjukdomar som då var den dominerande dödsorsaken. Analysen görs fram till 2010, vilket är det senaste året då detaljerad sjukdomsstatistik på stadsdelnivå har varit möjlig att ta fram.¹²⁵

I artikeln ingår också en preliminär undersökning av sjukdomsdiagnoser på stadsdelnivå för åren 2005–2009. Den visade att sambanden mellan ohälsa i hjärtsjukdomar och socioekonomi behöver revideras och fördjupas. Skillnaderna i hjärtsjukdomar hade ett delvis annat mönster än det som man hade kunnat förvänta med tanke på befolkningens socioekonomiska förhållanden i stadsdelarna. Det blev uppenbart att ytterligare forskning på stadsdelnivå krävdes och att stadsdelarnas miljö och struktur i sig själv kan ha haft betydelse för sjukdomsmönstren. En utgångspunkt för detta var att undersöka hur en viktig institution som vårdcentraler i de olika stadsdelarna fungerar, en studie som gjordes utanför avhandlingsarbetet.¹²⁶

Licentiatuppsatsen:

Samhällsförändring och det ömtåliga hjärtat

Uppsatsen består av tre undersökningar:

- Två städer i dödens spegel – dödsorsaksstatistik (kapitel 7)
- Avtryck på hälsan – intervjuer med hjärtpatienter (kapitel 8)
- Städernas utveckling i ljuset av dödligheten – aktörers reflektioner (kapitel 9).

I kapitel sju, *Två städer i dödens spegel – dödsorsaksstatistik*, har jag redovisat dödsorsaksstatistiken, särskilt hjärtdödligheten, och hur dödligheten har förändrats under perioden från 1952 till 2006, särskilt för de människor som dött i förtid. Här har den gruppen definierats som bestående av personer som avlidit före 75 års ålder. Min beskrivning av städernas sociala och ekonomiska förändringar tar alltså sin utgångspunkt i dödlighetsstatistik, särskilt då gällande hjärt- och kärlsjukdomar. Med denna spegling av samhället, har städernas samtidshistoria analyserats. Särskild vikt har lagts vid att beskriva arbetslivets förändringar.

Statistiken åskådliggör hur den generella dödligheten i Norrköping och Linköping för åldersgruppen 50–74 år har utvecklats under efterkrigstiden. Skillnaderna till Norrköpings nackdel var stora under hela perioden. Överdödligheten var störst på 1960-talet, 37 procent, och minst under 1970-talet, 15 procent.

När det gäller hjärt- och kärlsjukdomar för samma åldersgrupp är tendensen densamma fast ännu tydligare. Skillnaderna mellan städerna till Norrköpings nackdel var som störst under 1960-talet. Under 1970-talet hade skillnaderna utjämnats. Norrköpings hjärtdödlighetskurva bröts under detta decennium, medan kurvan fortsatte att stiga i Linköping.¹²⁷ Från och med 1980-talet sjönk sedan dödligheten snabbare i Linköping och mortaliteten blev därmed betydligt lägre under 1990- och 2000-talen.

Om man bryter ner statistiken på kön i åldersgruppen 50–74 år, finner man att det är bland kvinnorna som överdödligheten i Norrköping i förhållande till Linköping är som störst under 1950- och 1960-talen, medan männen har den största överdödligheten under de första åren på 2000-talet.¹²⁸

Man kan på goda grunder anta att skillnaderna i dödlighet under 1950- och 1960-talen avspeglar det av ekonomiskt tvång nödvändiga kvinnoarbetet i en industri med dålig arbetsmiljö i Norrköping. På samma sätt kan man anta att de ökade skillna-

derna i hjärtdödlighet bland männen i de båda städerna under 2000-talet kan ha med krisåren på 1990-talet och sämre arbetsvillkor och utslagning från arbetsmarknaden i Norrköping att göra.¹²⁹

I kapitel åtta, *Avtryck på hälsan – intervjuer med hjärtpatienter* redovisas patientintervjuer gjorda utifrån ett strukturerat frågeschema kring krav–kontroll–stöd i arbetslivet. Frågorna har inte följts slaviskt. De har således mera haft formen av stöd i semistrukturerade samtal om informanternas upplevelser av samband mellan arbete, livsstil och hjärtsjukdom. Genom att analysera intervjuerna med hjälp av en krav–kontroll–stödmmodell finns det en möjlighet att fördjupa perspektiven och de olika villkoren utifrån klass-, köns- och etnicitetsperspektiv.¹³⁰ Modellen fokuserar på hur arbetsvillkoren påverkar medarbetarnas livsstil och hälsa. Kraven relaterar till faktorer som tidspress, mental press och ansvar. Den egna kontrollen över arbetet har två komponenter: Beslutsbefogenheter från överordnade och möjligheter att ta initiativ med utgångspunkt i den egna yrkeskompetensen. Risken för negativ stress uppkommer enligt teorin vid höga krav, och små möjligheter till egen kontroll. Det sociala stödet, det vill säga familj, nära vänner, men också arbetskamrater och arbetsledning har betydelse. Ett gott socialt stöd och nätverk kan kompensera och minska riskerna för negativ stress.¹³¹

Studiens syfte var att undersöka om det finns socioekonomiska samband mellan hjärtsjukdomar och olika upplevda orsaker till sjukdomen och om det finns skillnad mellan städerna i detta avseende. Särskild vikt har lagts vid att klarlägga på vilket sätt som upplevd negativ stress i arbetslivet förekommer och hur detta sätts i samband med hjärtproblem.

Mina utgångspunkter och teoretiska perspektiv knyter an till klassteorier som företräds av den amerikanske sociologen Eric Olin Wright, och i Sverige av bland andra Göran Ahrne. Hos dessa sociologer betonas ett maktperspektiv som tar hänsyn till såväl traditionella socioekonomiska kriterier som inkomst och utbildning men framför allt makt och status som ges individen beroende på position i arbets- och yrkesliv.¹³²

Även Barbara Skeggs etnografiska studier kring självuppfattning, identitet och självrespekt har påverkat mina perspektiv. Enligt hennes resonemang är människors självuppfattning beroende av omgivningens uppfattning och värderingar.¹³³ Inte

minst gäller det överordnade och myndigheter, och deras sätt att betrakta och värdera den enskilde. Men andras förhållningssätt skapar också känslor av skam respektive stolthet, beroende på om omgivningens bedömning är negativ eller positiv. Detta i sin tur leder till olika psykiska möjligheter att hantera sin hälsosituation.¹³⁴

Handlingsutrymmet att påverka sitt eget och andras liv, inklusive möjligheter till ett hälsosamt liv är alltså beroende av makt och självkänsla i samhälls- och, inte minst, arbetslivet.

Rent konkret har jag använt Töres Theorells teoribildning, modell och intervjufrågor vid intervjuerna med hjärtpatienter. Hans teori bygger på att det finns samband mellan människors handlingsutrymme på jobbet, vilken belöning och stöd man får å den ena sidan, och stress och hjärt-kärlsjukdomar å den andra. Ju större handlingsutrymme och stöd desto bättre möjlighet att undvika negativ stress och allvarlig sjukdom.¹³⁵

Informanterna har sorterats i tre socioekonomiska kategorier utifrån tre variabler: inkomst, yrke och utbildning, där jag vägt samman dessa. En yrkesposition som chef, som uppgett en inkomst över 50 000 kronor i månaden samt akademisk utbildning minst tre år har inneburit att man placerats i kategori I. De som arbetat i traditionella LO-yrken, haft en lön under 25 000 kronor per månad och en icke gymnasial utbildning har placerats i kategori III. Övriga har placerats i kategori II.¹³⁶ Jag har också försökt bedöma hur mina 51 informanternas handlingsutrymme har varit, med hänsyn till ägande/företagande, arbetsledning och professionell kompetens. Detta i enlighet med E O Wrights begrepp *authority* respektive *skill*.¹³⁷ Vidare har jag analyserat intervjuerna utifrån könsskillnader samt etnicitet. Kvinnorna har varit 20 till antalet och männen 31. Sju informanter har haft utländsk härkomst.

Motivet för att genomföra den här intervjustudien har varit att undersöka hur olika personer upplever sin sjukdom. Deras berättelser ger konkretion till statistiska fakta och kan också ge ledtrådar till hur informanterna betraktar sambanden mellan arbetsliv och ohälsa liksom när det gäller livsvillkor utanför jobbet, till exempel familjesituationen. Denna semistrukturerade studie ger en fördjupad beskrivning av sambanden främst mellan skilda arbetsliv, arbetsvillkor och hjärtsjukdomar, men har knappast något förklaringsvärde i sig när det gäller skillnader i ohälsa och

död mellan städerna. Det finns emellertid flera undersökningar som visar på samband mellan stressjukdomar och dålig balans mellan krav, kontroll och stöd i arbetslivet.¹³⁸

Kompletterande kunskap om skillnader i städernas arbetsliv och socioekonomiska struktur kan således tillsammans med intervjuerna indirekt ge förklaringar till, och fördjupade insikter om, skillnaderna i dödlighet mellan städerna.

Patientintervjuerna visade att informanterna från kategori I upplevde att alltför höga krav var en viktig anledning till att hjärtproblemen hade uppstått. Beträffande informanterna i kategorierna II och framför allt III var det i stället upplevelsen av bristande handlingsutrymme i kombination med höga krav som varit en utlösande faktor till sjukdomen. Även när det gällde rehabilitering och stöd var de upplevda skillnaderna stora. Medan kategori I ansåg sig ha fått ett gott stöd av arbetsgivare och kollegor är detta betydligt sämre i kategorierna II och i synnerhet III. När det gäller kvinnor tyder intervjuerna på att livsvillkoren i sin helhet spelat en större roll för uppkomsten av negativ stress och hjärtohälsa, än arbetsvillkoren specifikt. Även för invandrare med flyktningbakgrund har specifika händelser, ofta traumatiska, satt avtryck som upplevs som (bakgrunds)orsaker till hjärtohälsa.

I kapitlet *Aktörsintervjuerna* har viktiga samhällsaktörers bedömning av den undersökta tidsperioden från 1950-talet till och med det första decenniet av 2000-talet studerats. Kapitlet bygger på ett antal kvalitativa intervjuer med aktörer av olika kategorier – ledande politiker inom kommun och landstingsvärlden, tjänstemän i nyckelpositioner inom kommun, arbetsförmedling och näringsliv samt erfarna läkare i chefspositioner – alla verksamma i länet under olika men betydande delar av den studerade perioden. Ambitionen med dessa intervjuer har varit att komplettera den bild av städernas historia som jag fått fram via litteratur, statistik och patientintervjuer.

De grupper som har intervjuats är följande:

- fyra kommun- och landstingspolitiker i ledande positioner,
- tre tjänstemän i nyckelposition inom kommun, arbetsförmedling och näringsliv,
- sex erfarna läkare, ofta anlitate för utredningsuppdrag eller expertroller.

Av de fyra sjukhusläkarna har samtliga haft klinikchefsuppdrag

och en av dessa har dessutom under en period varit chefsläkare. De båda distriktsläkarna har bägge varit vårdcentralschefer och pionjärer när primärvården byggdes upp på 1980-talet. Informanterna har valts med utgångspunkt från att de verkat i Östergötland under en lång period av den senare delen av 1900-talet, och därmed kunde antas överblicka en stor del av den tidsperiod som jag studerat.

Syftet med intervjuerna var att få personerna att reflektera över vad som hänt och beslutats under den studerade perioden. Utgångspunkt för reflektionerna har varit den ojämlika hälsosituationen mellan de bägge städerna. Informanterna har samtliga uppfattningen att det är och alltid har varit stora skillnader mellan städerna när det gäller socioekonomi, villkor på arbetsmarknaden och utbildningsnivå, och att detta har betydelse för skillnaderna också när det gäller hjärtsjukdomar och hjärtdödlighet.

Det har, som vi tidigare konstaterat, också funnits ett konkurrensförhållande mellan städerna, en dragkamp om strategiska resurser som medfört en förskjutning av makt och resurser från Norrköping till Linköping. Flera av informanterna ansåg det troligt att detta fått konsekvenser för skillnaderna i hälsa mellan städerna.

Det usla bostadsbeståndet i Norrköping långt in i modern tid nämns av flera informanter som en viktig anledning till skillnaderna i hälsa.

Invandringen var påtagligt olika – Norrköping hade tidigt en betydligt större invandring än grannstaden. Flera av informanterna gjorde även bedömningen att många invandrare inneburit risk för ökad ohälsa i Norrköping åtminstone fram till millennieskiftet.

Att röka är vanligare inom vissa arbetaryrken, till exempel vård-, städ- och inom tempoarbeten i industrin. Det finns en större andel människor ur dessa kategorier i Norrköping, vilket skulle kunna bidra till att förklara ohälsoskillnaderna mellan städerna, detta enligt mina informanternas samfälliga bedömningar.

Norrköping var kommunalekonomiskt fattigare, vilket framhölls som en möjlig orsak till hälsoskillnaderna av flera informanter. Skatteunderlaget i staden har varit sämre än i grannstaden samtidigt som det funnits större sociala behov.

Frågan om vårdens betydelse för hälsoutvecklingen är omtvistad bland informanterna. Det är påtagligt att läkarna läg-

ger större vikt vid detta än andra informanter. Dragkampen om sjukvården upplevdes emellertid av de flesta informanterna vara till nackdel för hälsoutvecklingen i Norrköping. Att staden stod utanför landstinget ända fram till 1967, nämndes också som en negativ hälsfaktor.

Artikel II:

*Coronary heart disease mortality in a segregated society.
Deaths among persons age 50–74 in a blue collar city and a
white collar city, 1976–2010*

Även i denna studie definierades en *för tidig död i en åtgärdbar sjukdom* om döden inträffade före 75 års ålder.¹³⁹ Hjärtdödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, i de utvalda stadsdelarna, dokumenterades under tre olika tidsperioder, åren 1976–1985, 1986–2000 samt 2001–2010.¹⁴⁰ Vidare har stadsdelarnas befolkning i denna befolkningsgrupp, beskrivits i socioekonomiska termer vid tre olika tidpunkter, som ligger mitt i respektive period: 1980, 1993 och 2005.¹⁴¹ Beskrivningen av respektive stadsdelsbefolkning har gjorts med avseende på medelinkomst, median- och kvartilinkomster, andelen ensamhushåll, invandring dels utanför Norden, dels utanför Europa samt nyinvandring. Även utbildningsnivå och sysselsättningsandel har varit variabler som tagits fram och analyserats.¹⁴² Korrelationen mellan hjärtdödlighet och de olika socioekonomiska variablerna har sedan konstruerats i så kallade "plotdiagram".¹⁴³

Studien visar att det fanns betydande skillnader i hjärtdödlighet mellan stadsdelarna och att dessa har blivit större under 2000-talet än vad de varit åren runt 1980. För tidig död följde ett tydligt socioekonomiskt mönster. Stadsdelar där befolkningen hade relativt sett sämre sociala och ekonomiska villkor hade också en långsammare minskning av hjärtdödligheten än mera välbärgade stadsdelar. Skillnaderna i dödlighet mellan stadsdelarna var under 2000-talet större i Linköping, i motsats till under perioden 1976–1985 då skillnaden var större i Norrköping. Befolkningssammansättningen i stadsdelarna har också förändrats över tid. Vissa stadsdelar har gentrifierats, företrädesvis genom inflyttning av etablerade akademiker, med en förhållandevis lägre dödlighet som följd, medan andra etnifierats och proletariseras och då har dödligheten minskat långsammare relativt de öv-

riga stadsdelarna. Ökad segregation har således medfört större skillnader mellan stadsdelar när det gäller hjärtdödlighet.

Slutdiskussion

Norrköping och Linköping valdes som studieobjekt eftersom de representerar klassmässigt olika typer av städer. Invånarna i de här städerna har genom historien haft växlande förutsättningar att klara sig igenom den ännu pågående hjärt-kärlepidemin. Även förhållandena inom arbetsliv, utbildningsnivå och samhällskultur har skilt sig åt. När man studerar städernas förhållande till hjärt-kärlödlighet är det egentligen ett perspektiv på ojämlikhetens betydelse för dödligheten vi studerar. Annorlunda uttryckt: Städerna, och deras stadsdelar har i studierna fungerat som enheter för att beskriva ojämlikhet i hjärt-kärlödlighet.

Varför ökade hjärtdödligheten fram till 1970-talet i Sverige och städerna som är föremål för den här avhandlingen? 1950- och 1960-talen var ju trots allt årtionden då den ekonomiska tillväxten var hög och välfärdssamhället byggdes upp. Jag har i mitt avhandlingsarbete försökt beskriva hur hjärtsjukdomar kan ses som en långdragen epidemi som blev allt mer omfattande under de första årtiondena efter kriget, för att därefter stagnera och dramatiskt minska under de tre decennierna därefter. En viktig förklaring som haft betydelse är konsumtionssamhällets vällevnad: rökning, alltmer osunda matvanor och brist på fysisk aktivitet. När fysiskt krävande arbeten efterhand blev mindre vanliga, anpassades inte matvanorna till detta. Följden blev övervikt och fetma som ju är riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar, vilket den refererade Norsjöundersökningen övertygande åskådliggjort.¹⁴⁴ Även stora förändringar i arbetslivet, från en tid med hårt slit till monotoni och stillasittande för allt större befolkningsgrupper kan haft betydelse. Detta har skett på två sätt.

- Dels medförde ökad kontroll av arbetstiden ett mindre handlingsutrymme för allt fler löntagare vilket ledde till att fler upplevde negativ stress.
- Dels anpassades inte matvanor och kaloriintag till den minskande fysiska aktiviteten i arbets- och vardagslivet.

Trots försämrade konjunkturen på 1970-talet, stagnerade hjärtdödligheten och sjönk efterhand kraftigt. Även om de ekono-

miska konjunkturerna förändrades och reformtakten avtagit hade människor i allmänhet fått det bättre. De medicinska och medicinsk-tekniska vetenskaperna hade gjort stora framsteg som fick genomslag på bred front med början på 1980-talet, och människor som drabbats av hjärtsjukdomar kunde, jämfört med tidigare, i högre utsträckning få hjälp att återkomma till ett förhållandevis normalt liv, inte minst tack vare allt mera utvecklade rehabiliteringsprogram. Ännu viktigare för en sjunkande hjärtdödlichkeit bedöms det förebyggande arbetet ha varit, framför allt när det gäller att bryta ohälsosamma rökvanor. Även människors kostvanor har förändrats och anpassats till ett förändrat arbets- och vardagsliv. Vikten av att motionera har också fått genomslag. Skillnaderna när det gäller dessa livsstilsfaktorer skiljer sig dock kraftigt åt mellan olika sociala klasser. Ovanstående är väl kända förhållanden även om de skenbart motsägelsefulla sambanden mellan den ekonomiska utvecklingen och hälsoutvecklingen sällan lyfts fram.

Resultaten i min licentiatuppsats visade att hjärtdödligheten i både Linköping och Norrköping ökade under 1950- och 1960-talen, samtidigt som den generella dödligheten minskade. Skillnaderna mellan städernas befolkningar i den studerade åldersgruppen var som störst under 1960-talet. Tydligast var skillnaderna mellan kvinnorna. Sannolikt kan detta till stor del hänföras till skillnader i arbetslivet. Strukturrationalisering och nedskärningar av textilindustrin i Norrköping under decennierna före 1970 ledde till sämre arbetsvillkor och ökande arbetslöshet. Arbetsuppgifterna längst ned i hierarkin blev allt mer specialiserade och med färre arbetsmoment, jobben blev hårdare styrda och möjligheterna till egen kontroll över arbetssituationen minskade. Textilindustrins Norrköping skördade betydligt fler förtida döda än grannstaden. Det var också vanligare att gifta kvinnor arbetade heltid av ekonomiska skäl i Norrköping. Kvinnors deltagande i arbetslivet var påtagligt högre än i Linköping i en tid då hemmafruidealet var norm. Den öppna arbetslösheten har varit och är betydligt högre i Norrköping än i Linköping.

På 1970-talet ägde en påtaglig förändring rum mellan städerna när det gällde hjärtinfarktsdödlichkeit. I Norrköping bröts den uppåtstigande trenden, medan hjärtdödligheten fortsatte uppåt i Linköping. Utjämnningen mellan städerna var påtaglig. Även den generella dödligheten utjämnades. En jämlikhetspräglad statlig

politik, med omfördelande regionalpolitik och progressiva skatteskalor kan åtminstone delvis vara en förklaring till de minskande skillnaderna i dödlighet. Konkret handlade det bland annat om utflyttning av statliga verk, men än mer om expansionen av offentliga tjänster.

Hjärtdödlighetens utjämning mellan städerna kan kanske också förklaras av den specifika situationen i vardera staden. Situationen i Linköping var svår i början av 1970-talet, staden hade en påtaglig nedgång då. Flygindustrin, strategiskt viktig för sysselsättningen i staden, hotades. Statliga beställningar av nya plan till försvaret var ifrågasatt i den politiska debatten. Samtidigt hade gamla industriföretag och branscher försvunnit och därmed många arbetstillfällen. Stadens ekonomi var ansträngd och den stora kommunreformen 1970/1971, med inkorporering av de närliggande landsbygdskommunerna, var inte konsoliderad. Situationen var allmänt påfrestande och oron för framtiden var påtaglig.

I grannstaden Norrköping hade textilindustrin definitivt gått i graven. Med utfasningen av denna försvann tempoarbetena med de lägsta lönerna. Många arbetare över 55 år gick i pension i förtid. Samtidigt fanns det nya arbetstillfällen, exempelvis inom telecom-industrin och massproduktionen av kylskåp och mikro-vågsugnar, som gav möjlighet till anställning även för utbildad arbetskraft. Det satsades framgångsrikt på arbetsmarknadsutbildning och andra arbetsmarknadsåtgärder för att göra arbetslösa textilarbetare anställningsbara. Många äldre arbetare inom textilbranschen, särskilt kvinnor, förtidspensionerades. Samarbeta kom till stånd mellan arbetsförmedling, fackliga organisationer och kommun för att kompetensutveckla och anpassa de "friställda" textilarbetarna till andra arbeten. Sammanfattningsvis gjordes det kraftfulla åtgärder som sannolikt förbättrade hälsosituationen i Norrköping under 1970-talet jämfört med grannstaden, åtminstone i ett kortsiktigt perspektiv. Det gjorde Norrköping till ett mönsterexempel enligt de aktuella teoretiska modellerna kring krishantering och arbetsmarknadspolitik.

När hjärtdödligheten började sjunka var sannolikt en av de viktigaste anledningarna ett framgångsrikt förebyggande arbete bland annat när det gällde att begränsa rökningen. Rökningssvorna har dock varit mer eller mindre utbredd bland olika sociala kategorier människor och har dröjt sig kvar längre inom

vissa yrkesgrupper och arbetsplatser när rökningen minskade generellt inom samhället i övrigt på 1990-talet.¹⁴⁵ Dödligheten i hjärtinfarkter minskade kraftigt i båda städerna under 1980-talet och trenden har fortsatt in i det nya millenniet. Men, skillnaderna mellan städerna avseende hjärtdödlighet började återigen öka. 1980- och 1990-talen är de årtionden då Linköping stärkte sin roll som det dominerande ekonomiska och politiska centrat i länet. Man klarade därmed 1990-talets recession förhållandevis väl tack vare sin ställning som regioncentrum och universitetsstad. Transformeringsen från industrisamhälle till ett service- och kunskapssamhälle genomfördes här förhållandevis snabbt och smidigt.

Samtidigt hade Norrköping hamnat i en situation som skulle kunna kallas en social utmattningsdepression under de sista decennierna av 1900-talet. Detta innebar också att skatteunderlag och därmed stadens ekonomi stagnerade. Många stora arbetsgivare minskade sin produktion med arbetslöshet som följd, en utveckling som pågick i flera decennier. Slutpunkten kom när telecomföretaget Ericsson stängde sin fabrik 1997. Konsekvenserna var till och med allvarligare än när textilbranschen gick i graven på 1960-talet. Det hade dessutom blivit allt svårare att hitta arbete. Den förhållandevis låga utbildningsnivån, och bristen på matchande kompetens till befintliga jobb, gjorde situationen än värre. Därigenom blev den ekonomiska situationen för många hushåll besvärande. Långtidsarbetslöshet påverkade därmed betydligt fler personer än i Linköping. Ett ökat antal människor blev beroende av socialbidrag eller andra försörjningsstöd.

Arbetslivet i Norrköping har länge präglats av ökad negativ stress. Människor med lägre utbildning, mindre inkomst och underordnad ställning i arbetslivet har svårare att sluta röka, åter mindre hälsosamt och upplever en högre negativ stress i sitt arbetsliv. Även långtidsarbetslöshet drabbar de här grupperna oftare och med svårare konsekvenser i form av större andel hjärtdödlighet i tidigare åldrar.¹⁴⁶ En enkät där människor har fått skatta sin hälsa visar att befolkningen i Norrköping har haft en betydligt lägre självskattad hälsa än i grannstaden. Detta förhållande gäller även när socioekonomiska faktorer och livsstilar har beaktats.¹⁴⁷

För att göra tydligt sambanden mellan ohälsoriskerna och människors möjligheter att påverka sin situation och möjlighe-

ter att få stöd i sin omgivning, har begreppet *pathways* använts. Enligt teorin kring begreppet *pathways*, beror skillnaderna i hälsa och förtidig död av människors position i arbetslivet, och den makt respektive maktlöshet som blir följderna av detta. När modellen och begreppet används på de bägge städerna kan man konstatera, att fler människor i Norrköping har haft mindre möjlighet att påverka sina liv och använda sina förmågor (*capabilities*) än vad som varit fallet i grannstaden.

Min forskning har visat på tydliga samband mellan mera utsatta socioekonomiska förhållanden och högre dödlighet. Undersökningarna visar också, när fokus riktas mot några utvalda stadsdelar i både Linköping och Norrköping, att *segregeringen* tycks ha gått längre i den förhållandevis mer välmående staden Linköping under 2000-talets första decennium. Skillnaderna i hjärt-kärl dödlighet mellan stadsdelar inom respektive stad förändrades påtagligt från senare hälften av 1970-talet till det tidiga 2000-talet. Innerstäderna, särskilt i Linköping har gentrifierats, med snabbt sjunkande hjärtdödlighet som följd. Miljonprogramområdena har proletariserats och etnifierats vilket fått till följd att dödligheten har bromsats upp betydligt långsammare i dessa områden.

Ojämligheten i hjärtdödlighet i arbetarstaden och tjänstemannastaden syns än tydligare *inom* respektive stad efterhand som segregeringen har blivit allt mera påtaglig och gjort de sociala, ekonomiska och kulturella skillnaderna mellan stadsdelarna allt större.

Perioden 1976–1985 var skillnaderna mellan stadsdelarna större inom Norrköpings stad jämfört med i Linköping. Under 2000-talet var förhållandet det omvända, det vill säga Linköpings stadsdelar uppvisade större skillnader. Särskilt tydligt är detta när det gäller den kvinnliga populationen och dessa är väl korrelerade med skillnader i socioekonomiska förhållanden, där inkomst- och utbildningsskillnader är större i Linköping. Studiet av stadsdelarna har således visat att skillnaderna i hjärtdödlighet inom städerna mellan olika stadsdelar är större än mellan städerna. Det finns ett par faktorer som har särskild betydelse för denna utveckling.

- *Formell utbildning och legitimationskrav
cementerar klasshierarkierna*

Utbildning som klassmarkör tillmäts allt större betydelse och

används allt oftare som den avgörande faktorn för klasstillhörighet. Bland annat Michael Marmots undersökningar har fått stort genomslag för detta synsätt. Formell utbildning har i allt större utsträckning varit viktig för meriteringen på arbetsmarknaden. Avsaknad av gymnasial utbildning anses idag vara ett allvarligt handikapp när man söker sig in på arbetsmarknaden och därmed till en egen försörjning.

Arbetsgivarna har också, framför allt under 1990-talet och därefter, alltmer tagit hänsyn till den formella utbildningens betydelse vid anställningar. Möjligheterna att skaffa ett jobb och att göra karriär, styrs av den formella utbildningsnivån. Än svårare är det när det gäller utbildningar från andra länder och utbildningssystem. Det är inte orimligt att hävda att utbildningssystemet och kraven på formell utbildning har cementerat klassklyftorna. Detta i motsats till de första två decennierna efter kriget då utbildning sågs som den stora möjligheten att göra en klassresa. Genom ökad segregering riskerar klassklyftorna också att gå i arv från generation till generation.

- *Ojämligheten har etnifierats*

Lediga bostäder fanns framför allt i miljonprogramområdena under 1970- och 1980-talen, vilket har medfört att invandrare och flyktingar blivit anvisade till dessa områden. När nya flyktingströmmar anlant efter kriget på Balkan och Mellersta Östern, blev det naturligt att söka sig till de områden där det varit lättast att skaffa sig en bostad och där man kunde känna sig välkommen. Den ökade boendesegregationen har därmed även etnifierats. Segregeringen har möjligen också förstärkts av utbildningssystemets utformning som gjort det svårare för lägre utbildade att få arbete och göra karriär. Möjligheterna att använda sin förmåga (*capability*) har således minskat till följd av otillräcklig eller ”fel” formell utbildning, förstärkt av etnisk och kulturell tillhörighet. Framför allt verkar det som att ojämlikhetsmekanismerna uttryckta i begreppen *fjärmande* och *exkludering* har resulterat i de ökade klyftorna.

Frågan om det är stadsdelarnas miljö och utformning eller människornas ekonomiska och sociala situation som har störst betydelse har inte närmare undersökts i mitt material. Jag har emellertid synliggjort att vårdcentralernas och primärvårdens närvaro och kvalitet i stadsdelarna har påtaglig betydelse för hälsan.¹⁴⁸ Detta är en miljöfaktor av flera som kan påverka område-

nas socioekonomiska gradient när det gäller ohälsa och förtida död. Det finns samtidigt anledning att påminna om att undersökningarna beträffande stadsdelar i denna avhandling gäller fyra vårdcentralsområden i respektive stad. Det krävs mera heltäckande studier på stadsdelsnivå av sambanden mellan socioekonomiska förhållanden, miljö och ohälsa för att säkerställa graden av segregering inom respektive stad.

Den allmänna debatten uppmärksammar idag den ojämlika hälsan i Sverige. Denna har påtagligt ökat sedan 1990-talet. Sålunda tycks sambanden stämma mellan ekonomisk och social ojämlikhet å ena sidan och ojämlik hälsa å den andra. Under 1970-talet då jämlikhet och fördelningspolitisk utjämning var den högsta politiska ambitionen medförde detta också mindre skillnader i dödlighet.

Förtida hjärtdödlighet var emellertid, och är alltjämt, högre i industri- och arbetarstaden Norrköping än i grannstaden. Befolkningen i Norrköping har fortfarande genomsnittligt lägre löner och utbildningsbakgrund. Arbetslösheten har bitit sig fast på en högre nivå, och fler människor är beroende av samhällsstöd. Lika viktigt som ovanstående är vanor och livsstil som dröjt sig kvar när staden förändrats. Rökning är fortfarande mera vanligt förekommande i Norrköping och färre människor uppger sig motionera och sjukskrivningstalen är högre än i grannstaden.

De samband mellan bristande handlingsutrymme i arbetsliv och sämre hälsa som dokumenterats i de tidigare refererade SLOSH-undersökningarna har bekräftats i mina patientintervjuer. Tillhörighet till lägre socialgrupp och därmed en större utsatthet och begränsning i arbetslivet gäller fler människor och är oftare förekommande i Norrköping. De klassteorier som knyter an till maktförhållandena i arbetslivet, och som bland andra E O Wright har utvecklat, bekräftas.

Sammanfattning

I den här avhandlingen har skillnaderna i hjärt-kärlödlighet studerats i två svenska städer på vägen mot ett postindustriellt samhälle, tvillingstäderna Norrköping och Linköping. Särskild vikt har lagts vid att studera hur dessa skillnader förändrades över tid (från omkring 1950 till 2010) och hur samtidshistoria och effekter på städer och befolkning kan vara delförklaringar till förändringarna.

Dödligheten i hjärt-kärlsjukdom har i åldersgruppen 50–74 år varit betydligt högre i Norrköping än i grannstaden under den undersökta tidsperioden (med undantag för 1970-talet då skillnaderna var påtagligt mindre). Siffrorna för Norrköping låg kraftigt över riksgenomsnittet. Med kunskap om städernas sociala och ekonomiska historia är skillnaderna inte överraskande. Linköpings dödlighet för åldersgruppen låg i allmänhet oavsett kön under riksgenomsnittet, undantaget är kvinnor under åren 2002–2006, då siffrorna nådde det nationella genomsnittet. Den relativa andelen kvinnor som dog i förtid i Norrköping var särskilt påtaglig under 1950- och 1960-talen, medan dödligheten för män i samma stad låg anmärkningsvärt högt under 1990- och 2000-talen.

Det är oväntat att skillnaderna mellan städerna var som lägst under 1970-talet, årtiondet efter det att arbetarstadens dominerande industri, textilbranschen, hade utplånats. Det var också överraskande att dödligheten, särskilt för män fortsatte att öka i Linköping under detta årtionde samtidigt som siffrorna vände nedåt i grannstaden.

Det är rimligt att tänka sig att det finns en tidsförskjutning mellan den tid då ohälsan så att säga uppstod och döden inträffade. I det perspektivet är det inte orimligt att avvecklingen av den ohälsosamma och påtagligt kvinnliga textilindustrin i Norrköping under 1960-talet ledde till förbättrade levnadsförhållanden, inte minst för kvinnorna i Norrköping och att detta fick positiva konsekvenser i form av lägre antal för tidigt avlidna under 1970-talet. I Linköping kan stress och oro för jobben under samma årtionde haft konsekvenser i form av fortsatt ökning av för tidigt avlidna män. Ökningen av dödligheten bröts ungefär ett

decennium senare i Linköping.

Under de två sista decennierna av 1900-talet genomgick Norrköping en utdragen och allt tyngre problematik med arbetslöshet, social och ekonomisk utsatthet. Denna fick konsekvenser i form av en långsammare nedgång av hjärtdödligheten under 1990- och 2000-talen jämfört med i grannstaden. Den snabba strukturuomvandlingen i Linköping medförde expansion och en påtaglig inflyttning av nya kategorier välutbildade människor, vilket också sannolikt bidrog till att dödssiffrorna sjönk allt snabbare. Oavsett om det gäller kvinnor eller män ökade skillnaden mellan städerna i ”för tidig död” till Norrköpings nackdel. Under det tidiga 2000-talet var överdödligheten i åldersgruppen 50–74 år, 45 procent för kvinnor och 56 procent för män.

Patientintervjuer har bidragit med en ökad insikt när det gäller arbetsvillkorens betydelse för uppkomsten av hjärtsjukdom och även vilka möjligheter till rehabilitering och stöd man har beroende på ställning och position i arbetslivet. Ju mindre kontroll över sin arbetsituation desto större var frustration och stress. Intervjuerna åskådliggör sambanden mellan arbetsvillkor, stress och hjärtohälsa på ett konkret sätt. Tillsammans med bakgrundsfakta kring arbetsvillkor i städerna går det att indirekt få konfirmerat sambanden mellan olika arbetsliv i städerna och de ohälsoskillnader som råder.

En studie kring åtta stadsdelar har också gjorts inom ramen för avhandlingen. Denna har visat att det fanns betydande skillnader i hjärtdödlighet mellan stadsdelarna och att dessa har blivit relativt sett större under 2000-talet än vad de var åren runt 1980. För tidig död följer ett tydligt socioekonomiskt mönster. Stadsdelar där befolkningen har haft förhållandevis sämre sociala och ekonomiska villkor har även en långsammare minskning av hjärtdödligheten än i mera välbärgade stadsdelar. Skillnaderna i dödlighet mellan de undersökta stadsdelarna var under 2000-talet större i Linköping, än i Norrköping, i motsats till under perioden 1976–1985 då förhållandena var de omvända. Studien visade också att segregeringen mellan de undersökta stadsdelarna i Linköping, tjänstemannastaden, har gått längre än i de undersökta stadsdelarna i arbetarstaden Norrköping. Befolkningssammansättningen i stadsdelarna har förändrats betydligt. Vissa stadsdelar har gentrifierats med en förhållandevis snabb minskning av dödligheten som följd, medan andra etnifierats och proletarise-

rats och då har dödligheten minskat långsammare relativt de övriga stadsdelarna. Ökad segregering har således medfört större skillnader mellan stadsdelarna när det gäller hjärtdödlighet.

Noter

- 1 Therborn G, *Ojämlighet dödar*, s 15, Lund, 2016.
- 2 Follesdal, A, *Philosophy of Justice*, s 311-328, Springer, Netherlands, 2015; Audard C, *John Rawls*, Stocksfield, UK, 2007; Hansson S-O, *Idéer om rättvisa*, Stockholm, 1993; Rawls J A, *Theory of Justice*, Cambridge MA: Harvard University Press, 1971.
- 3 Jonsson G, Kälvesten A-L, *222 Stockholmspojkar: en socialpsykologisk undersökning av pojkar i skolåldern*, Stockholm, 1976; Inghe G, *Mental illness among paupers*, Stockholm, 1958; Inghe G, *Fattiga i folkhemmet. En studie av långvarigt understödda i Stockholm*, Stockholm 1960; Inghe G, Inghe M-B, *Den ofärdiga välfärden*, Stockholm, 1968.
- 4 Sen A, *Inequality Reexamined*, Cambridge, 1992; Sen A, *Utveckling som frihet*, Uddevalla, 2002; Hansson S-O, 1993.
- 5 *Human Development Report 2015: Work for Human Development*, UNDP, WHO, Technical notes.
- 6 Yakut E, Gunduz M, Demirci A, Comparison of classification success of Human Development Index by using ordered logistic regression analysis and artificial neural network methods, *Journal of Applied Quantitative Methods*, Fall, 2015, Vol. 10 Issue 3, pp15-34.
- 7 Marmot M, *Statussyndromet*, Stockholm, 2006; Wilkinson R, Pickett K, *The Spirit Level*, London, 2009; Wilkinson R, *The Impact of Inequality*, London, 2005; Mackenbach J et al, Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, *New England Journal of Medicine* 358:2468-81, 2008; Mackenbach J et al, Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe, *The Lancet* 349:1655-9, 1997.
- 8 Dahlgren D, Whitehead M, *Policies and strategies to promote equity in health*, 1992, WHO, Copenhagen; Diderichsen F, *Hälsan går att påverka*, Stockholm, 2002; Vägerö D, Lundberg O, From description to explanation. Socioeconomic mortality differences among adults in Sweden in Lopez Alan D, Caselli G, Valkonen T (eds), *Adult Mortality in Developed Countries*, Oxford: Clarendon Press, 1995.
- 9 Ginikoefficienten, uppkallat efter den italienske statistikern Corrado Gini, är ett spridningsmått som används bl.a. när det gäller ekonomiska förhållanden och som täcker hela befolkningen. Det används i Sverige, men också för jämförelser mellan länder. Ginikoefficienten kan teoretiskt variera mellan 0 och 1. Om alla individer har samma inkomst förekommer ingen inkomstspridning. Då är Ginikoefficienten lika med 0. Ju mera inkomsterna varierar mellan olika individer, desto större är spridningen. Om alla inkomster skulle gå till en enda individ är inkomstspridningen

- maximal och Ginikoefficienten är lika med 1. Se t ex Heggeman H, Jansson K, *Att mäta inkomstfördelning*, <www.scb.se/statistik/publikationer/BE08012004K04TI07A055T0404.pdf>
- 10 Roine J, Thomas Pikettys *Kapitalet i det tjugoförsta århundradet*, s 5-34, 79-92, Stockholm, 2014;
Vågerö D, Ökade skillnader i hälsa i världen – ojämlikheten globaliseras, kapitel 7 i Rostila M, Toivanen S (red), *Den orättvisa hälsan*, Stockholm, 2012. När inkomstspridningen diskuteras bör det påpekas att här handlar det om bruttoinkomster. Valfärdsinrättningarna och skattesystemen har fortfarande en omfördelnde effekt.
 - 11 SCB *Välfärd*, nr 1 2007, s 10-11, <www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0801_2007K01_TI_00_A05ST0701.pdf>;
SCB *Inkomstrappport 2014*, s 12, diagram 17, <www.scb.se/statistik/HE0110/_dokument/inkomstrappport2014.pdf>
 - 12 Wennerholm C, Grip B, Johansson A, Nilsson H, Honkasalo M-L, Faresjö T, Cardiovascular disease occurrence in two close but different social environments, *International Journal of Health Geographics* 2011, 10:5.
 - 13 Det finns en lång teoretisk diskussion om vad som konstituerar människors villkor som åtminstone går tillbaka till 1800-talet, där de sociologiska pionjärerna Karl Marx och Max Weber har uppfattats som motpoler. Medan Marx betonade klassbegreppet och människans ställning i produktionsprocessen som avgörande för människors villkor, hävdade Weber statusbegreppets betydelse, det vill säga hur människan uppfattas "in the eyes of others". På senare tid har många försökt att tona ner motsättningarna och skapa synteser mellan synsätten. Se t ex tidskriften *Fronesis*´ nummer om klass, *Fronesis* nr 40-41, 2012.
 - 14 Begreppet *postindustriellt stadium* är visserligen kontroversiellt. Här avses det faktum att andelen industrisysselsatta i Sverige och andra väst-europeiska länder kraftigt minskat från 1980-talet bland annat till följd av globaliseringen. Även teknikutvecklingen har gjort att det är oklart vad som är manuellt industriarbete och tjänstearbete. Lars Magnusson diskuterar frågan på ett förtjänstfullt sätt i slutkapitlet av *En svensk ekonomisk historia*, Stockholm 2010.
 - 15 Sjukdomsgruppen står för mer än 30 % av dödsfallen i världen enligt WHO (World Health Organization), *Cardiovascular Diseases*, 2007; <www.who.int/theatlasofheartdiseaseandstroke/chapter14>;
Grip B, Nilsson H, Perspectives on the Rise and Fall of Swedish Cardiac Epidemics – the Cases of Linköping and Norrköping, *Scandinavian Journal of History*, 2016;1.
 - 16 Karasek R, Theorell T, *Healthy Work. Stress, productivity and reconstruction of working life*, New York, 1990,
Therborn G, 2016, kap 1, sid 31.
 - 17 Denna avhandlingens artikel 1 och dess analys av stadsdelarna, utgår från registrerade hjärt-kärldiagnoser i vårddatalagret som dåvarande Landstinget i Östergötland har byggt upp.
<www.socialstyrelsen.se/statistik/hjartinfarkter>.
 - 19 Weidner G, Kopp M, Kristenson M, *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*, Amsterdam 2002;
Mackay J, Mensah G, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, World Health Organization, Geneva, 2004.

- 20 Bobak M, Kristenson M, Pikhart H, Marmot M, Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data, *BMJ (British Medical Journal)*, October 2004, Vol. 329 Issue: 7469 p767.
- 21 *Folkhälsorapport 2009*, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Stockholm, 2010, kapitel 1, Folkhälsan i översikt.
- 22 Borgenhammar E, *Att vårda liv; Organisation, etik, kvalitet*, Stockholm, 1993. Med för tidig död avses här död som inträffar före 75 års ålder. För en diskussion om begreppet, se även Westerling R, Internationella jämförelser av åtgärdbar dödlighet, *Socialmedicinsk tidskrift* 2010: 5/6.
- 23 *Dödsorsaker 2014*, Socialstyrelsen, 2015.
- 24 Esping-Andersen G, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, 1990;
Magnusson L, Välfärdsidéerna. Sweden – the middle way, kapitel i *Nationalencyklopedin, Sverige 1900-talet*, Uppsala, 2001, s 118-123;
Magnusson L, *Sveriges ekonomiska historia*, kap 12-14, Stockholm, 2010;
Wiklund M, *I det modernas landskap*, s 11-13, s 377-424, Stockholm, 2006;
Lapidus J, *Social Democracy and the Swedish welfare model*, Göteborg, 2015.
- 25 Elvander, N, *Den svenska modellen: löneförhandlingar och inkomstpolitik 1982-1986*, Stockholm, 1988;
Wigforss E, *Minnen del 2*, Lund, 1951;
Karleby N, *Socialismen inför verkligheten: studier över socialdemokratisk åskådning och nutidspolitik*, Stockholm, 1976.
- 26 Holmberg P, *Välstånd med slagsida*, Låginkomstutredningens första delbetänkande i sammandrag, Stockholm, 1970;
Johansson S, *Den vuxna befolkningens hälsotillstånd*, utkast till kapitel 3 i betänkande om svenska folkets levnadsförhållanden, att avgivas av Låginkomstutredningen, Stockholm, 1970;
Svenska folkets inkomster, betänkande del 1, SOU 1970:34;
Leion A, *Inkomstfördelningen i Sverige, en sammanfattning av Låginkomstutredningens första delbetänkande*, Stockholm, 1970;
Inghe G, Inghe M-B, 1968.
- 27 Östberg, K, *När vinden vände, Olof Palme 1969–1986*, s 31-37, Stockholm, 2009.
- 28 Östberg K, s 37-43, 2009;
Östberg K, Andersson J (red), *Sveriges historia 1965–2012*, s 211-235, Stockholm, 2013.
- 29 Östberg K, Andersson J (red), s 296-306, 2013.
- 30 Andersson J, Mireille L, *Between growth and security: Swedish Social Democracy from a Strong Society to a Third Way*, Manchester, 2006.
- 31 Östberg K, Andersson J (red), s 307-321, s 353-356, 2013;
Wiklund M, 2006; Elvander N, 1988;
Giddens A, *The third way: The renewal of Social Democracy*, Cambridge, 1998;
Feldt K-O, *Alla dessa dagar*, Stockholm, 1991;
Carlsson I, *Så tänkte jag*, Stockholm, 2003.
- 32 Lapidus, J, 2015.
- 33 Wilson K, Eyles J, Elleaway A, Macintyre S, Macdonald L, Health status and health behaviors in neighborhoods: A comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada, *Health and Place*, 2010 16(2): 331-338;

- Kölegård Stjärne M A et al, 2002,
 Kölegård Stjärne M A, *matter of context: social inequalities of myocardial infarction*, Stockholm 2005.
- 34 Qvarsell R, *Linköpings universitet i Norrköping* (jubileumsskrift till 10-årsjubileum), Linköping, 2008;
 Cederborg A-C, Linnér B, Qvarsell R, *Campus Norrköping, en studie i universitetspolitik*, Centrum för kommunstrategiska studier, Linköping, 2005.
- 35 Nilsson H (red), *Linköpings historia, 1900-talet*, Kapitlet Befolkning och försörjning (Nilsson H), Linköping, 1999.
- 36 Ibid., Kapitlet Perspektiv på Linköping (Hellström S, Swartling S).
- 37 Ibid.
- 38 <[www.Linkoping.se/kommun- och politik/kommunfakta/statistik/kortfakta om Linköping 2015](http://www.Linkoping.se/kommun-och-politik/kommunfakta/statistik/kortfakta-om-Linkoping-2015)>.
- 39 <www.Norrkoping.se/organisation/statistik/befolkning>
- 40 Horgby B, *Egensinne och skötsamhet: Arbetarkulturen i Norrköping 1830-1940*, Stockholm 1993;
 Nilsson H (red), *Norrköpings Historia 1900-talet*, Linköping, 2000, Kapitlet Identitet och vardagsliv (Horgby B), Kapitlet Staden vid Strömmen (Horgby B, Nilsson H).
- 41 Nilsson H (red), 2000, Kapitlet Arbete och arbetsmarknad (Peterson G).
- 42 Wennerholm C, Grip B, Johansson A, Nilsson H, Honkasalo M-L, Faresjö T, Cardiovascular disease occurrence in two close but different social environments, *International Journal of Health Geographics* 2011, 10:5;
 Johansson H, *I det sociala medborgarskapets skugga, rätten till socialbidrag under 1980- och 1990-talen*, Lund, 2001.
- 43 Nilsson H, *Linköpings Historia 1900-talet*, Linköping, 2000, (Horgby B), (Horgby B, Nilsson H).
- 44 *Statistisk årsbok för Norrköping*, åren 1950-1994, respektive *Linköping* åren 1950-2010; <www.Norrkoping.se/organisation/statistik/befolkning>; <[www.Linkoping.se/kommun- och politik/kommunfakta/statistik-databas/statistik om Linköpings kommun](http://www.Linkoping.se/kommun-och-politik/kommunfakta/statistik-databas/statistik-om-Linköpings-kommun)>.
- 45 <www.Norrkoping.se/organisation/statistik/befolkning>, kommunjämförelse 1968-2014.
- 46 <www.Norrkoping.se/organisation/statistik/befolkning>; <[www.Linkoping.se/kommun- och politik/kommunfakta/statistik](http://www.Linkoping.se/kommun-och-politik/kommunfakta/statistik)>; <www.regionostergotland.se/rapporter> Hur går det för Östergötland? uppföljningsrapport 2015
- 47 Gerritsen A, Bocquier P, White, M, Mbacke C, Alam N et al. Health and demographic surveillance systems: contributing to an understanding of the dynamics in migration and health, *Global health action*, 6: 1-6, 2013.
- 48 Carlbom T, *Högskolelokaliseringen i Sverige 1950-65*, s 52-53, Uppsala, 1970; Hellström S, Knuthammar C, *Landsting i förändring - Östergötlands läns landsting 1960-75*, s 169-190, Linköping 1980;
 Nilsson H (red), *Landstinget i Östergötland 1975-2002*, s 72- 73, Linköping, 2003.
- 49 Hellström S, Knuthammar C, s 170-79, 1980.
- 50 Carlbom T, s 52-53, 1970.
- 51 Hellström S, Knuthammar C, 1980; Carlbom T, 1970.
- 52 Köster M, Jörgensen U, Spetz C-L, Rutberg H, Standardiserad sjukhusdödlighet som kvalitetsmått i hälso- och sjukvård, *Läkartidningen* nr 19, s 1391-7, 2008.

- 53 Begreppet postindustriellt samhälle är kontroversiellt, se till exempel Lars Magnusson, som definierar utvecklingen under sent 1900-tal som ”den tredje industriella revolutionen”, se Magnusson L, *Sveriges ekonomiska historia*, s 441-451, Stockholm, 2010. Det är dock ovedersägligt att andelen sysselsatta inom industriell tillverkning har sjunkit kraftigt sedan mitten av 1970-talet. Samtidigt har datorisering och automation suddat ut gränsen mellan tillverkningsarbete och tjänster, samt mellan arbetare och tjänstemän inom industrin.
- 54 McKeown T, *The Origins of Human Disease*, Oxford, 1988.
- 55 Borgenhammar E, 1993.
- 56 Rostila M, Toivonen S (red), *Den orättvisa hälsan: Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*, Stockholm, 2012;
Wilkinson R, Pickett K, *The spirit level; why equality is better for everyone*, London, 2009;
Lundberg J, *Social status – a state of mind?* Linköpings universitet, 2008;
Marmot M, 2006.
- 57 <<http://www.statistikdatabasen.scb.se/befolkning/döda>>
- 58 För något olika perspektiv på ”Rekordåren” står Schön L, *En modern svensk ekonomisk historia: tillväxt och omvandling under två sekel*. s 367-374, Stockholm, 2007; och Hägg G, *Välfärdsåren: svensk historia 1945–1986*. Stockholm, 2005.
- 59 *Folkhälsorapport 2009*, kap 1, Folkhälsan i översikt, s 38.
- 60 Vägerö D, Lundberg O, 1995.
- 61 *Folkhälsorapport 2009*, kapitel 1 Folkhälsan i översikt;
Theorell T, *I spåren av 90-talet*, Stockholm, 2007.
- 62 *Dödsorsaker 2014*, Socialstyrelsen, Stockholm, 2015, Sammanfattningen.
- 63 *Folkhälsorapport 2005*, Sammanfattning; *Folkhälsorapport 2009*, kapitel 7, Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, kapitel 8, Matvanor och fysisk aktivitet och kapitel 10, Tobaksvanor och tobaksrelaterade besvär.
- 64 Währborg P, *Stress och den nya ohälsan*, kapitel 3, s 43-63, Stockholm, 2009.
- 65 Theorell T, Working conditions and health, Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 2000;
Karasek R, Theorell T, The demand-Control-Support Model and CVD,
Senall P L, Belkic K, Landsbergis P, Baker D (eds), *The workplace and Cardiovascular Disease. Occupational medicine* 13:1 pp 78-81, Philadelphia, 2000;
Karasek R, Theorell T, *Healthy Work: Stress, productivity and reconstruction of working life*, New York, 1990;
Theorell T, *Hjärta i arbete*, Arbetarskyddsstyrelsen, 1987.
- 66 *Folkhälsorapport 2009*, kapitel 1 Folkhälsan översikt.
- 67 *Folkhälsorapport 2009*, kapitel 1.
- 68 SCB *Välfärd*, nr 1 2007, sid 3-5, <www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0801_2007K01_TI_00_A05ST0701.pdf>; gäller framför allt flyktinggrupper efter Balkankrigen på 1990-talet samt i samband med USA:s invasion i Irak 2003. Kriget i Syrien har emellertid medfört att flyktingströmmarna nått nya rekordhöjder 2014–2015. Intressant dock att över tid under perioden 2000–2015 är det återinvandrade svenskar som utgör den största gruppen, cirka 12 procent av den totala invandringen. Se <www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Kriget-i-Syrien-medförde-rekordstor-invandring>.

- 69 *Folkhälsorapport 2005*, kapitel 3 Folkhälsans utveckling och fördelning; *Folkhälsorapport 2009*, kapitel 1; Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F, Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin World Health Organization*, 2005 feb; 83 (2):92–9.12.
- 70 Danielsson M. Jämställdhet och mäns medellivslängd. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*. 2002(2– 3):19–44.
- 71 Biörck G, Jäkt och hjärtsjukdom, *Näringsliv och samhälle*, Stockholm, 1953; Biörck G, Studier över hjärt-kärlsjukdomars samhällliga betydelse i Sverige, *Socialmedicinsk tidskrift*, Stockholm, 1950.
- 72 Weinehall L, *Norsjö-projektet: En svensk modell för lokalt folkhälsoarbete, bearbetad sammanställning av fem avhandlingar och en masteruppsats*, Umeå, 1999.
- 73 *Folkhälsorapport 2009*. Statens folkhälsoinstitut var fram till 2014 en statlig expertmyndighet inom Socialstyrelsen. Regeringens omorganisation av myndighetsstrukturen gjorde att Folkhälsoinstitutet visserligen blev en självständig myndighet men med begränsade uppgifter. Några Folkhälso-rapporter med det tidigare helhetsperspektivet har inte publicerats efter 2009.
- 74 *Folkhälsorapport 2009*, Sammanfattning.
- 75 Kölegård Stjärne M, 2005.
- 76 Diderichsen F, 2002.
- 77 MacIntyre S, Ellaway A, Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment, Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, 2000.
- 78 MacIntyre S, Ellaway A, 2000.
- 79 Pickett K, Pearl M, Multilevel analysis of neighbourhood socio-economic context and health outcomes, a critical review, *Journal of Epidemiological Community Health*, 2001, 55:111-122.
- 80 Diderichsen F (red), *Klass och ohälsa: en antologi om orsaker till den ojämlika hälsan*, Stockholm, 1991; Evans T (ed), *Challenging inequities in health from ethics to action*, Oxford, 2001.
- 81 Författarna har bland annat arbetat för WHO när det gäller att utveckla hälsostراتيجier. Göran Dahlgren har ett tidigare förflutet som medicinalråd på socialstyrelsen, som departementsråd på socialdepartementet, forskare på Folkhälsoinstitutet och folkhälsostateg i Stockholms läns landsting. Margret Whitehead har utöver sitt engagemang på WHO, en professur vid medicinska fakulteten i Liverpool.
- 82 Dahlgren G, Whitehead M, *Policies and strategies to promote equity in health*. WHO, Copenhagen, 1992.
- 83 Sen A, *Utveckling som frihet*, Uddevalla, 2002.
- 84 Therborn G, 2016, kap 1, särskilt sid 31 samt kap 8, särskilt sid 132-133.
- 85 Sen A, 2002, s 36.
- 86 Dahlgren G, Whitehead M, 2008, s 24.
- 87 Ellaway A, MacIntyre S, You are where you live, *Mental Health Today*; Nov 2004, p33-35; MacIntyre S, Ellaway A, Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment, in Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, 2000;

- Kölegård Stjärne M, Diedrichsen F, Reuterwall C, Hallqvist J, Socioeconomic context in area of living and risk of myocardial infarction; results of the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP), *Journal of Epidemiological Community Health*, 2002, 56: 29-35;
- Kölegård Stjärne M, Ponce de Leon A, Hallqvist J, Contextual effects of fragmentation and material deprivation on risk of myocardial infarctions – results of the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP), *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33:732-74.
- 88 Kölegård Stjärne M, Stockholm, 2005.
- 89 Wilson K, Eyles J, Ellaway A, MacIntyre S, MacDonald L, 2010.
- 90 MacIntyre S, Ellaway A, Cummins S, Place effects on health, how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science Medicine*, 2002; 55:125-139.
- 91 Schüle S A, Bolte G, Interactive and independent associations between the socioeconomic and objective built environment on the neighborhood level and individual health: a systematic review of multilevel studies. *PLOS One* 2015, april 7, 10 (4):e0123456, doi: 10.1371/journal.pone.0123456. eCollection 2015.
- 92 Grip B, *Vårdcentralen och det ömtåliga hjärtat*, CKS Rapport 2015:4, Linköping, 2015.
- 93 Grip B, 2015.
- 94 Aldstedt K et. al, *Uppföljningsrapport, Ersättningssystemet inom primärvården i Östergötland*, Linköping, 2015.
- 95 Supple B, Revisiting Rostow, *Economic History Review*, 1984, Vol. 37 Issue 1, pp 107-114;
Rostow W W, *The stages of Economic Growth - A Non-Communist Manifesto*, Cambridge University Press, New York, 1960.
- 96 McKeown T, *The role of medicine: dream, mirage or Nemesis?* Oxford, 1979.
- 97 Deaton A, *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 2013. För en beskrivning av svenska förhållanden se Chopra M, Sundin J, Willner S, *Hygiea Internationalis*, Volume 4, no 1, Linköping, 2004, särskilt Sundin J, Willner S, Health and Vulnerable Men.
- 98 Weil D N, Review of Angus Deaton´s ‘The Great Escape: Health, Wealth and the Origins of Inequality’, *Journal of Economic Literature*, 2015, issue 6, s 1221-43.
- 99 Sundin J, Willner S, *Social change and Health in Sweden, 250 years of politics and practice*, Folkhälsoinstitutet, Stockholm, 2007.
- 100 Therborn G, *The killing fields of Inequality*, Cambridge, 2013, kap 7;
Rosling H, Världshälsan behöver en ny karta, *Läkartidningen*, ISSN: 0023-7205, 2004; Vol. 101 (3), s 198-201.
- 101 Esaiasson P et al. *Metodpraktikan*, Stockholm, 2012.
- 102 Kölegård Stjärne M, Didrichsen F, Reuterwall C, Hallqvist J; 2002;
MacIntyre S, Ellaway A, Cummins S, 2002;
MacIntyre S, Ellaway A, in Berkman L, Kawachi I (eds), 2000. För en principiell diskussion om komparation som metod se Vallgård S, *Folkesundhed som politik – Danmark och Sverige fra 1930 til idag*, Aarhus, 2003;
Vallgård S, Sammenlignende undersøgelse, kapitel 6, Koch L, Vallgård S, *Forskningsmetoder i folkesundvidenskab*, Köpenhamn, 2003.

- 103 Jag har valt dödsfall före 75 år som "för tidiga", även om man kan hävda att "för tidig död" är allt under medellivslängd, det vill säga idag (2009) för kvinnor drygt 83 år och för män något över 79 år. Å andra sidan var medellivslängden i början av 1950-talet 73 respektive 71 år. Tre fjärdedelar av dödsfallen i Sverige inträffar efter 75 års ålder, se *Dödsorsaker 2010*.
- 104 Socialstyrelsen, *Dödsorsaker 2009*, Stockholm 2010, sammanfattningen.
- 105 *Dödsorsaker 2009*, s 7-8.
- 106 En inspirationskälla när det gäller val av analysmetod har varit Linköpingshistorikerna Jan Sundin och Sam Willner. Se t ex Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J, Moberg H (red), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, FHI rapport nr R2005:8, 2004; samt Chopra M, Sundin J, Willner S (eds), tidskriften *Hygiea internationalis* volume 4, no 1, 2004, särskilt Sundin J, Willner S, Health and Vulnerable Men.
- 107 Frågeschemat är utformat utifrån SLOSH-studierna, som genomförts vid Karolinska Institutet under 1990-talet med uppföljningar under 2000-talet. Studierna är baserade på Töres Theorells och Robert Karaseks modeller för hur krav, kontroll och socialt stöd i arbetslivet är utformat och vilken betydelse detta har för risken för stressjukdomar. Se vidare i metodavsnittet av min licentiatuppsats.
- 108 Grip B, Nilsson H, 2016.
- 109 Lkpg 1: Valla, Lkpg 2: Ljungsbros, Lkpg 3: Ekholmen, Lkpg 4: Skäggetorp; Nkpg 1: Sandbyhov, Nkpg 2: Åby, Nkpg 3: Såpkullen, Nkpg 4: Hageby.
- 110 SAMS står för Small Areas for Market Statistics, och är en indelning som bygger på kommunernas delområden (NYKO) i de större kommunerna och på valdistrikt i de mindre. Antalet SAMS-områden är cirka 9 200. SAMS-atlasen är visningstjänster med visualisering av statistik om befolkningen efter ålder och kön samt totalbefolkning. Som bakgrundskarta finns Google Maps. Befolkningsstatistiken har aktualitet 2011-12-31. Postnummerindelningen har aktualitet 2011-04 och antal områden är cirka 9 500.
- 111 Vallgård S, Sammenlignende undersökelse, kapitel 6 i Koch L & Vallgård S, *Forskningsmetoder i folkesunds-videnskab*, Köpenhamn, 2003.
- 112 *Folkhälsorapport 2005*, Socialstyrelsen, Stockholm, 2006, Arbetsliv, arbetsmiljö och ohälsa, s 335-356.
- 113 Holgersson U, *Klass – Feministiska och kulturanalytiska perspektiv*, s 11, Lund 2011.
- 114 Holgersson, U, s 14-15, 2011.
- 115 Härenstam A, Lundberg U, Lindblad E, Starrin B, *I vanmaktens spår. Om sociala villkor, utsatthet och ohälsa*, Umeå, 1999.
- 116 Semau S *Social Inequality in a Global Age, (4th edition)* Thousand Oaks, CA: Sage, 2013.
- 117 Rugaber C, Boak J, Wealth gap: A guide to what it is and why it matters, *AP News*, January 27, 2014.
- 118 Wilkinson, R; Pickett K, *Jämlikhetsanden, Därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*, Stockholm, 2010, del II, s 57-177.
- 119 Wilkinson R, Pickett K, s 10-56, 2010.
- 120 Ortiz, I, Matthew C, *Global Inequality: Beyond the Bottom Billion – A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries*, United Nations Children's Fund (UNICEF), New York, 2011.
- 121 Wilkinson R, Pickett K, s 59-82, 2010.
- 122 Therborn G, kapitel 6, 2016.

- 123 Therborn G, tabell 3, s 63, 2016.
- 124 Therborn G, s 64-76, 2016.
- 125 Vi valde vårdcentralsområden som utgångspunkt för våra studier på stadsdelsnivå. År 2009 infördes det fria valet av vårdcentral för medborgarna. Därmed upphörde också vårddatas koppling till geografiska områden. Se artikel I, Perspectives on the Rise and Fall of Swedish Cardiac Epidemics, *Scandinavian Journal of History*, no 1, 2016.
- 126 Grip B, 2015. Undersökningen refereras kortfattat i denna avhandlingstext under avsnittet *Vårdcentralernas betydelse*.
- 127 Ursprungligen fann jag av dödsorsaksstatistiken, vilket framgår av licentiatuppsatsen (se fig 3, s 93), att Linköpings hjärtinfarktdödlighet till och med var något högre än i grannstaden under detta decennium. Detta har jag senare fått korrigerat. Storkommunreformen 1971/72 medförde att talen i nämnaren (befolkningen i åldersgruppen 50–74 år i de respektive kommunerna) förändrades påtagligt, vilket jag inte uppmärksammade förrän efter uppsatsens publicering. En betydande utjämning i dödligheten inom åldersgruppen skedde dock under årtiondet.
- 128 Se Licentiatuppsatsen s 94, tabell 4a och 4b.
- 129 Se Licentiatuppsatsen, kap 9, Städernas utveckling i ljuset av dödligheten – aktörers reflektioner.
- 130 Modellen är utvecklad av Karasek R och Theorell T, 1990. Modellen har efterhand utvecklats och inkluderar numera även begreppet *stöd*. Se även Toivanen S, *Work-Related Inequalities in Health*, s 21, figur 9, Stockholms universitet. 2007
- 131 Toivanen S, s 21, 2007.
- 132 Wright E O (ed) *Approaches to class analysis*, Cambridge, 2005; Ahrne G m fl. *Det sociala landskapet. En sociologisk beskrivning av Sverige från 1950-talet till början av 2000-talet*, Göteborg, 2008.
- 133 Skeggs B, Åter till frågan om respektabilitet, *Fronesis* 40-41, 2013.
- 134 Härenstam A, Lindbladh E, Lundberg U, Starrin B (red), 1999.
- 135 Sambanden har konstaterats i de så kallade SLOSH-studierna (Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health) Stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet under ledning av Töres Theorell, se <www.stressforskning.su.se>.
- 136 Inkomstnivån bygger på informanternas egna bedömningar av inkomstnivån vid intervjutillfällena (2009/10).
- 137 Wright E O, 1997, även Wright E O (red), 2005; Wright E O, *Understanding class*, London, 2015.
- 138 Gilbert-Ouimet M, Trudel X, Brisson C, Milot A, Vézina M, Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand–control–support and effort–reward imbalance models, *Scand J Work Environ Health* 2014;40(2):109-132; Mika Kivimäki et al, Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data, *Lancet* 2012; 380: 1491–97; Alfredsson L, Hammar N, Fransson E, et al. Job strain and major risk factors for coronary heart disease among employed males and females in a Swedish study on work, lipids and fibrinogen. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28: 238–48; Steptoe A, Kivimäki M, Stress and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol* 2012; 9: 360–70;

- Peters R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P (red), Obalans mellan ansträngning och belöning i arbetet och riskindikatorer för hjärt- och kärlsjukdom: observationer baserade på data från WOLF-studien: *Psykosocial belastning och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom; minisymposium i WOLF-projektet 8 februari 2001*, s 31-38.
- 139 För en diskussion av begreppen för tidig död och åtgärdbar sjukdom se Westerling R, Internationella jämförelser av åtgärdbar dödlighet, *Socialmedicinsk tidskrift* 2010: 5/6, s 370-376; Rahmqvist M, *Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för produktionsbortfall; resultat från ULF-studien 1996 och 2005*, Linköping 2007; samt SOU 2010:102 *Masssuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet*, Stockholm, 2010.
- 140 Se figurerna 1, 2, 3a och 3b i artikel II, Grip B, *Coronary heart disease in a segregated society*, 2016.
- 141 Materialet har beställts från SCB. Följande statistiska källor har utgjort underlag: Folk- och Bostadsräkningarna under 1980, 1985 samt 1990, Utdrag ur: Befolkningsregistret över totalbefolkningen (RTB), Arbetskraftsundersökningarna (AKU) samt registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS), Registerbaserad hushållsstatistik, Utbildningsregistret, UREG, Inkomst- och taxeringsregister, Register över ohälsa samt Geografidatabasen (GDB).
- 142 Siffrorna framgår av tabell 1 i artikel II.
- 143 Av utrymmeskäl redovisades endast två plotdiagram i artikel II – IHD/andel med eftergymnasial utbildning och IHD/andel utomnordisk invandring. Se figur 4 och 5.
- 144 Weinehall L, *Norsjöprojektet*, 1999.
- 145 Jarvis M, Wardle J, Social patterning of individual behaviour; the case of cigarette smoking, Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, s 240-255, Oxford University Press, 2000.
- 146 Härenstam A, Lindbladh E, Lundberg U, Starrin B (red), 1999; Theorell T, Working conditions and health, Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 2000.
- 147 Nilsson H, Faresjö T, *Stor skillnad – om ojämlig hälsa i Linköping och Norrköping*, CKS Rapport 2012:3, Linköping.
- 148 Grip B, 2015.

Referenser

Tryckta källor

- Aldstedt K et al, *Uppföljningsrapport, Ersättningsystemet inom primärvården i Östergötland*, Linköping, 2015
- Dödsorsaker 2009*, Socialstyrelsen, Stockholm 2010
- Dödsorsaker 2010*, Socialstyrelsen, Stockholm, 2011
- Dödsorsaker 2014*, Socialstyrelsen, Stockholm, 2015
- Folkhälsorapport 2005*, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Stockholm, 2006
- Folkhälsorapport 2009*, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Stockholm, 2010
- Human Development Report 2015: Work for Human Development*, UNDP, WHO, bilaga: Technical notes
- SOU 2010:102 *Masssuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet*, Stockholm, 2010

SOU 1970:34; *Svenska folkets inkomster*, betänkande del 1
Statistisk årsbok för Linköping, åren 1950–2010
Statistisk årsbok för Norrköping, åren 1950–1994

Internet

<[www.linkoping.se/kommun- och politik/kommunfakta/statistik/kortfakta om Linköping 2015](http://www.linkoping.se/kommun-och-politik/kommunfakta/statistik/kortfakta-om-linkoping)>
<[www.Linkoping.se/kommun- och politik/kommunfakta/statistikdatabas/statistik om Linköpings kommun](http://www.Linkoping.se/kommun-och-politik/kommunfakta/statistikdatabas/statistik-om-linköpings-kommun)>
<www.Norrkoping.se/organisation/statistik/befolkning>
<www.Norrkoping.se/organisation/statistik/befolkning>, kommunjämförelse 1968–2014
<www.regionostergotland.se/rapporter>
<www.statistikdatabasen.scb.se/>, Välj tabell Befolkning: Befolkningsförändringar: Döda
<www.scb.se/statistik/publikationer/BE08012004K04TI07A055T0404.pdf>, (Heggeman H, Jansson K, *Att mäta inkomstfördelning*)
<www.scb.se/statistik/publikationer/BE0801_2007K01_TI_00_A05ST0701.pdf>, SCB *Välfärd*, nr 1 2007
<www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Kriget-i-Syrien-medforde-rekordstor-invandring>_(publicerad: 2015-04-07 Nr 2015:106)
<www.scb.se/Statistik/HE/HE0110/_dokument/Inkomstrapport-2014.pdf>
<www.Socialstyrelsen.se/statistik/hjartinfarkter.pdf>, publiceringsår: 2012, Artikelnummer: 2012-12-21, ISBN: 978-91-7555-005-3)
<www.who.un/cardiocardiovascular-diseases.pdf>
<www.who.un/theatlasofheartdiseaseandstroke/chapter14>, (ISBN-13, 9789241562768)

Litteratur

Ahrne G et al, *Det sociala landskapet. En sociologisk beskrivning av Sverige från 1950-talet till början av 2000-talet*, Göteborg, 2008
Alfredsson L, Hammar N, Fransson E, et al, Job strain and major risk factors for coronary heart disease among employed males and females in a Swedish study on work, lipids and fibrinogen, *Scand J Work Environ Health*, 2002
Andersson J, Mireille L, *Between growth and security. Swedish Social Democracy from a Strong Society to a Third Way*, Manchester, 2006
Audard C, *John Rawls*, Stocksfield, UK, 2007
Biörck G, Jäkt och hjärtsjukdom, *Näringsliv och samhälle*, Stockholm, 1953
Biörck G, Studier över hjärtkärlsjukdomars samhällsliga betydelse i Sverige, *Socialmedicinsk tidskrift*, Stockholm, 1950
Bobak M, Kristenson M, Pikhart H, Marmot M, Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data, *BMJ (British Medical Journal)*; October 2004, Vol. 329 Issue: 7469 p767
Borgenhammar E, *Att vårda liv. Organisation, etik, kvalitet*, Stockholm, 1993
Carlbom T, *Högskolelokaliseringen i Sverige 1950-65*, Uppsala, 1970
Carlsson I, *Så tänkte jag*, Stockholm, 2003

- Cederborg A-C, Linnér B, Qvarsell R, *Campus Norrköping. En studie i universitetspolitik*, Centrum för kommunstrategiska studier, Linköping, 2005
- Danielsson M. Jämställdhet och mäns medellivslängd. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2002(2-3):19-44
- Dahlgren D & Whitehead M, *Policies and strategies to promote equity in health*, WHO, Copenhagen, 1992
- Dahlgren G, Whitehead M, *European strategies for tackling social inequalities in health, leveling up part 2*, WHO, Copenhagen 2008
- Deaton, Angus, *The great escape. Health, wealth, and the origins of inequality*, Princeton, NJ, 2013
- Diderichsen F, *Hälsan går att påverka*, Karolinska Institutet, Stockholm, 2002
- Diderichsen F (red), *Klass och ohälsa. En antologi om orsaker till den ojämlika hälsan*, Stockholm, 1991
- Ellaway A, MacIntyre S, You are where you live, *Mental Health Today*; Nov 2004
- Elvander N, *Den svenska modellen. Löneförhandlingar och inkomstpolic* 1982-1986, Stockholm, 1988
- Esaiasson P et al, *Metodpraktikan*, Stockholm, 2012
- Esping-Andersen G, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, 1990
- Evans T (ed), *Challenging inequities in health from ethics to action*, Oxford, 2001
- Faresjö T, Rahmqvist M, Educational level is a crucial factor for good perceived health in the local community, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010, 38:605-610
- Feldt K-O, *Alla dessa dagar*, Stockholm, 1991
- Follesdal A, *Philosophy of Justice*, Netherlands, 2015
- Fronesis* nr 40-41, 2012
- Gerritsen A, Bocquier P, White M, Mbacke C, Alam, N et al, Health and demographic surveillance systems. Contributing to an understanding of the dynamics in migration and health. *Global health action*, 6: 1-6, 2013
- Giddens A, *The third way. The renewal of Social Democracy*, Cambridge, 1998
- Gilbert-Ouimet M, Trudel X, Brisson C, Milot A, Vézina M, Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure. Systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models, *Scand J Work Environ Health* 2014;40(2):109-132
- Grip B, *Samhällsförändring och det ömtåliga hjärtat. En analys av samhälle, ohälsa och hjärtdödlighet i Linköping och Norrköping från 1950-tal till 2000-tal*, Licentiatuppsats, Linköping, 2012
- Grip B, *Vårdcentralen och det ömtåliga hjärtat*, CKS Rapport 2015:4, Linköping, 2015
- Grip B, Coronary heart disease mortality in a segregated society, artikeln är insänd och under revidering
- Grip B, Nilsson H, Perspectives on the Rise and Fall of Swedish Cardiac Epidemics – the Cases of Linköping and Norrköping, *Scandinavian Journal of History*, 2016;1, Stockholm 2016
- Hansson S-O, *Idéer om rättvisa*, Stockholm, 1993
- Hellström S, Knuthammar C, *Landsting i förändring. Östergötlands läns landsting 1960-75*, Linköping 1980
- Holgersson U, *Klass. Feministiska och kulturanalytiska perspektiv*, Lund 2011
- Holmberg P, *Välstånd med slagsida*, Låginkomstutredningens första delbetänkande i sammandrag, Stockholm, 1970

- Hägg G, *Välfärdsåren. Svensk historia 1945–1986*. Stockholm, 2005
- Härenstam A, Lundberg U, Lindblad E, Starrin B (red), *I vanmaktens spår. Om sociala villkor, utsatthet och ohälsa*, Umeå, 1999
- Inghe G, *Mental illness among paupers*, Stockholm 1958
- Inghe G, *Fattiga i folkhemmet. En studie av långvarigt understödda i Stockholm*, Stockholm 1960
- Inghe G, Inghe M-B, *Den ofärdiga välfärden*, Stockholm, 1968
- Jarvis M, Wardle J, Social patterning of individual behaviours; the case of cigarette smoking, in Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 2000
- Johansson H, *I det sociala medborgarskapets skugga, rätten till socialbidrag under 1980- och 1990-talen*, Lund 2001
- Johansson S, *Den vuxna befolkningens hälsotillstånd*, utkast till kapitel 3 i betänkande om svenska folkets levnadsförhållanden, att avgivas av Låginkomstutredningen, Stockholm, 1970
- Jonsson G, Kälvesten A-L, *222 Stockholmspojkar. En socialpsykologisk undersökning av pojkar i skolåldern*, Stockholm, 1976, (tredje upplagan)
- Karasek R, Theorell T, *Healthy Work. Stress, productivity and reconstruction of working life*, New York, 1990
- Karasek R, Theorell T, 'The Demand-Control-Support Model and CVD', in Senall PL, Belkic K, Landsbergis P, Baker D (eds), *The workplace and Cardiovascular Disease. Occupational medicine* 13:1 pp 78-81, Philadelphia, 2000
- Karleby N, *Socialismen inför verkligheten. Studier över socialdemokratisk åskådning och nutidspolitik*, Stockholm, 1976 (1:a uppl 1926)
- Kivimäki M et al, Job strain as a risk factor for coronary heart disease. A collaborative meta-analysis of individual participant data, *Lancet* 2012; 380: 1491-97
- Koch L, Vallgård S, *Forskningsmetoder i folkesundsvidenskab*, Köpenhamn, 2003
- Kölegård Stjärne M, *A matter of context. Social inequalities of myocardial infarction*, Stockholm, 2005
- Kölegård Stjärne M, Diedrichsen F, Reuterwall C, Hallqvist J, Socioeconomic context in area of living and risk of myocardial infarction; results of the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP), *Journal of Epidemiological Community Health*, 2002, 56: 29-35
- Kölegård Stjärne M, Ponce de Leon A, Hallqvist J, Contextual effects of fragmentation and material deprivation on risk of myocardial infarctions. Results of the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP), *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33:732-74
- Köster M, Jörgensen U, Spetz C-L, Rutberg H, Standardiserad sjukhusdödlighet som kvalitetsmått i hälso- och sjukvård, *Läkartidningen*, 2008, nr 19
- Lapidus J, *Social Democracy and the Swedish welfare model*, Göteborg, 2015
- Leion A, *Inkomstfördelningen i Sverige, en sammanfattning av Låginkomstutredningens första delbetänkande*, Stockholm, 1970
- Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin World Health Organization*, 2005 feb; 83 (2):92-9. 12
- Lundberg J, *Social status. A state of mind?* Linköpings Universitet, 2008;
- McKeown T, *The Origins of Human Disease*, Oxford, 1988

- McKeown T, *The role of medicine. Dream, mirage or Nemesis?* Oxford, 1979
- Mackay J, Mensah G, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, World Health Organisation (WHO), Geneva, 2004;
- Mackenbach J et al, Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, *New England Journal of Medicine* 358:2468-81, 2008
- Mackenbach J, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe, *The Lancet* 349:1655-9, 1997
- MacIntyre S, Ellaway A, Ecological Approaches. Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment, Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, 2000
- MacIntyre S, Ellaway A, Cummins S, Place effects on health, how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science Medicine*, 2002; 55:125-139
- Magnusson L, *Sveriges ekonomiska historia*, Stockholm 2010
- Magnusson L, Välfärdsidéerna. Sweden – the middle way, kapitel i *Nationalen-cyklopedin, Sverige 1900-talet*, Uppsala, 2001
- Marmot M, *Statussyndromet*, svensk översättning, Stockholm, 2006
- Nilsson H (red), *Linköpings historia, 1900-talet*, Linköping, 1999
- Nilsson H (red), *Norrköpings historia 1900-talet*, Linköping, 2000
- Nilsson H (red), *Landstinget i Östergötland 1975–2002*, Linköping, 2003
- Nilsson H, Faresjö T, *Stor skillnad. Om ojämlik hälsa i Linköping och Norrköping*, CKS Rapport 2012:3, Linköping
- Ortiz, I, Matthew C, *Global Inequality. Beyond the Bottom Billion – A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries*, United Nations Children's Fund (UNICEF), New York, 2011
- Peters R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P (red), Obalans mellan ansträngning och belöning i arbetet och riskindikatorer för hjärt- och kärlsjukdom: observationer baserade på data från WOLF-studien: *Psykosocial belastning och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom; minisymposium i WOLF-projektet 8 februari 2001*
- Pickett K, Pearl M, Multilevel analysis of neighbourhood socio-economic context and health outcomes. A critical review, *Journal of Epidemiological Community Health*, 2001, 55:111-122
- Qvaresell R, *Linköpings universitet i Norrköping* (jubileumsskrift till 10-årsjubileum), Linköping, 2008
- Rahmqvist M, *Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för produktionsbortfall. Resultat från ULF-studien 1996 och 2005*, Linköping, 2007
- Rawls J, *A Theory of Justice*, Cambridge MA: Harvard University Press, 1971
- Roine J, *Thomas Pikettys Kapitalet i det tjugoförsta århundradet*, Stockholm, 2014
- Rosling H, Världshälsan behöver en ny karta, *Läkartidningen*, ISSN: 0023-7205, 2004; Vol. 101 (3), sid 198-201
- Rostila M, Toivonen S (red) *Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*, Stockholm, 2012
- Rostow W W, *The stages of Economic Growth. A Non-Communist Manifesto*, Cambridge University Press, New York, 1960
- Rugaber C, Boak J, Wealth gap. A guide to what it is and why it matters, *AP News*, January 27, 2014
- Scarpa S, The impact of income inequality on economic residential segregation. The case of Malmö, 1991–2010, *Urban Studies*, Vol. 52 (5), pp 906 – 922,

2015

- Schön L, *En modern svensk ekonomisk historia. Tillväxt och omvandling under två sekel*. Stockholm, 2007
- Schüle SA, Bolte G, Interactive and independent associations between the socioeconomic and objective built environment on the neighbourhood level and individual health. A systematic review of multilevel studies, *PLOS One*, 2015, april 7, 10 (4):e0123456, doi: 10.1371/journal.pone.0123456. eCollection 2015
- Semau S, *Social Inequality in a Global Age*, (4th edition) Thousand Oaks, CA:Sage, 2013
- Sen A, *Inequality Reexamined*, Cambridge, 1992
- Sen A, *Utveckling som frihet*, svensk översättning, Uddevalla, 2002
- Skeggs B, Åter till frågan om respektabilitet, *Fronesis* 40-41, 2013
- Steptoe A, Kivimäki M, Stress and cardiovascular disease, *Nat Rev Cardiol* 2012; 9: 360-70
- Sundin J, Willner S, *Social change and Health in Sweden. 250 years of politics and practice*, Folkhälsoinstitutet (FHI), Stockholm, 2007
- Sundin J, Willner S, Health and Vulnerable Men, s 175-203, Chopra M, Sundin J, Willner S, *Hygiea Internationalis*, Volume 4, no 1, Linköping, 2004
- Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J, Moberg H (red), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, FHI rapport nr R2005:8, 2004
- Supple B, Revisiting Rostow, *Economic History Review*, Vol. 37 Issue 1, pp 107-114, 1984
- Theorell T, *Hjärta i arbete*, Arbetarskyddsstyrelsen, 1987
- Theorell T, Working conditions and health, Berkman L, Kawachi I (eds), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 2000
- Therborn G, *The killing fields of Inequality*, Cambridge, 2013
- Therborn G, *Ojämlighet dödar*, Lund, 2016
- Toivanen S, *Work-Related Inequalities in Health*, Stockholms Universitet, 2007
- Vallgård S, *Folkesundhed som politik. Danmark och Sverige fra 1930 til idag*, Aarhus, 2003
- Vågerö D, Ökade skillnader i hälsa i världen. Ojämligheten globaliseras, kapitel 7, Rostila Mikael & Toivanen Susanna (red), *Den orättvisa hälsan*, Stockholm, 2012
- Vågerö D, Lundberg O, From description to explanation. Socioeconomic mortality differences among adults in Sweden in Lopez Alan D, Caselli Graziella, Valkonen Tapani (eds); *Adult Mortality in Developed Countries*, Oxford: Clarendon Press, 1995
- Weidner G, Kopp M, Kristenson M, *Heart Disease. Environment, Stress and Gender*, Amsterdam 2002
- Weil D N, A Review of Angus Deaton's The Great Escape. Health, Wealth and the Origins of Inequality, *Journal of Economic Literature* 2015, 53 (1), pp. 102-114
- Weinehall L, *Norsjö-projektet. En svensk modell för lokalt folkhälsoarbete, bearbetad sammanställning av fem avhandlingar och en masteruppsats*, Umeå, 1999
- Wennerholm C, Grip B, Johansson A, Nilsson H, Honkasalo M-L, Faresjö T, Cardiovascular disease occurrence in two close but different social environments, *International Journal of Health Geographics* 2011, 10:5
- Westerling R, Internationella jämförelser av åtgärdbar dödlighet, *Socialmedi-*

cinsk tidskrift 2010: 5/6

- Westerling R, *Åtgärdbar dödlighet – som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen. En undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989–2003*, Statens Folkhälsoinstitut 2008:3, Stockholm, 2008
- Wigforss E, *Minnen del 2*, Lund, 1951
- Wiklund M, *I det modernas landskap*, Stockholm, 2006
- Wilkinson R, *The Impact of Inequality*, London, 2005
- Wilkinson R, Pickett K, *The spirit level. Why equality is better for everyone*, London, 2009
- Wilkinson, R, Pickett K, *Jämlikhetsanden. Därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*, Stockholm, 2010
- Wilson K, Eyles J, Ellaway A, Macintyre S, Macdonald L, Health status and health behaviors in neighborhoods. A comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada, *Health and Place*, 2010 16(2):331-338
- Wright E O, *Class Counts*, Cambridge, 1997
- Wright E O, *Approaches to class analysis*, Cambridge, 2005
- Wright E O, *Understanding class*, London, 2015
- Währborg P, *Stress och den nya ohälsan*, Stockholm, 2009
- Yakut E, Gunduz M, Demirci A, Comparison of classification success of Human Development Index by using ordered logistic regression analysis and artificial neural network methods, *Journal of Applied Quantitative Methods*. Fall, 2015, Vol. 10 Issue 3, pp15-34
- Östberg, K, *När vinden vände, Olof Palme 1969–1986*, Stockholm, 2009
- Östberg K, Andersson J (red), *Sveriges historia. 1965–2012*, Stockholm, 2013

Papers

The articles associated with this thesis have been removed for copyright reasons. For more details about these see:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-132388>