

# Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa

MARGARETA KRISTENSON



# Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa

*Margareta Kristenson*

*Underlagsrapport nr 7 till  
Kommissionen för jämlik hälsa  
S 2015:02*

[www.kommissionjamlikhalsa.se](http://www.kommissionjamlikhalsa.se)

*Stockholm 2017*



# Förord

Kommissionen för jämlik hälsa har två huvudsakliga uppdrag, att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar men även att arbeta på ett utåtriktat och inkluderande sätt och bidra till samhällsdebatten. Denna serie med rapporter tjänar båda dessa syften genom att presentera kunskapsunderlag och överväganden som Kommissionen kan basera sitt arbete på, men samtidigt även bjuda in till bred diskussion kring Kommissionens olika frågeställningar om hur hälsoklyftorna ska kunna minskas. Analyser, slutsatser, rekommendationer och förslag i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av Kommissionen.

Skillnader i hälsa mellan grupper med olika socioekonomisk status återkommer oavsett om man mäter i termer av utbildningsnivå, inkomststorlek eller yrkesstatus. Skillnaderna återfinns för nästan alla sjukdomar och hälsoproblem, dvs. för insjuknande och död i alla våra stora folksjukdomar liksom för självsattad hälsa. Skillnaderna följer vad som brukar kallas en gradient – ju lägre socioekonomisk status desto sämre hälsa.

I denna rapport diskuterar författaren hur skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper kan härledas till orsaker om generell sårbarhet såsom stress och psykosociala faktorer. Syftet med rapporten är att analysera betydelsen av psykosociala faktorer för socioekonomiska skillnader i hälsa, och utifrån denna analys föreslå möjliga insatser för att minska ojämlikheten i hälsa.

Rapporten är skriven av Margareta Kristenson, professor och överläkare i socialmedicin vid Linköpings universitet och Region Östergötland samt ledamot i Kommissionen.

Stockholm i juni 2017

Olle Lundberg  
Ordförande i Kommissionen för jämlik hälsa



# Innehåll

Ojämlig hälsa i välfärdslandet Sverige .....	7
En biopsykosocial förklaringsmodell .....	8
Psykosocial arbetsmiljö .....	9
Social omgivning .....	10
Stress.....	12
Psykologiska resurser .....	13
Psykologiska riskfaktorer.....	15
Psykobiologiska mekanismer .....	18
Kontext och individ – socialt kapital .....	20
Hur kan man påverka psykosociala faktorer.....	22
Förslag till insatser för att minska skillnader i hälsa.....	24
Referenser.....	27





# Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa

## Ojämlig hälsa i välfärdslandet Sverige

Hälsan förbättras för de flesta i vårt land men inte för alla. Den förväntade livslängden ökar hos både män och kvinnor men ökningen är störst bland de med högst utbildning, mindre hos de med medellång utbildning och lägst bland de med låg utbildningsnivå. Den skiljer i dag 6 år mellan den med högst och lägst utbildning och skillnaderna ökar. Att även Sverige, som är ett av de länder som har bäst utvecklat välfärdssystem i världen, har påtagliga och ökande sociala skillnader i hälsa har förvånat flera internationella forskare (Mackenbach 2012).

Skillnader i hälsa, mellan grupper med olika socioekonomisk status (SES), har flera intressanta karakteristika som kan vägleda vad gäller dess orsaker. De återkommer oavsett om man mäter SES i termer av utbildningens längd, inkomstens storlek eller yrkets status. Vi återfinner skillnader för nästan alla sjukdomar och hälsoproblem, dvs. för insjuknande och död i alla våra stora folksjukdomar liksom för självsattad hälsa och skillnaderna följer en gradient, längs hela det sociala spektret dvs. ju lägre SES ju sämre hälsa (Folkhälsomyndigheten 2016). Tillsammans talar detta för att SES-skillnader i hälsa har orsaker som leder till en ökad generell sårbarhet (Najman 1980, Marmot *et al.* 1984, Kristenson *et al.* 2004).

Det är väl känt att ogynnsamma levnadsvanor såsom rökning och låg fysisk aktivitet är vanligare i låg social klass, och att dessa är viktiga riskfaktorer för våra stora folksjukdomar. Levnadsvanor kan emellertid enbart förklara en del av observerade skillnader mellan SES-grupper (Stringhini *et al.* 2011). En alternativ förklaring är stress och psykosociala faktorer (Baum *et al.* 1999, Kristenson *et al.* 2004, Marmot 2004, Marmot och Wilkinson 2006, Matthews *et al.* 2010, Mackenbach 2012). Syftet med denna rapport är att analysera betydelsen av psykosociala faktorer för socioekonomiska skillnader i hälsa och utifrån denna analys föreslå möjliga insatser för att minska dessa.

Människan är en social varelse och vi är beroende av våra medmänniskor. Betydelsen av mellanmänniskliga relationer har beskrivits i skönlitteraturen sedan många år. En av dem som illustrerat detta särskilt väl är Hjalmar Söderberg som i romanen *Doktor Glas* (1905) beskriver individens behov av gemenskap och hur förlust av social prestige kan övergå i aggressivitet och fientlighet. Detta är ämnen som i forskningen studeras under begreppet psykosociala faktorer.

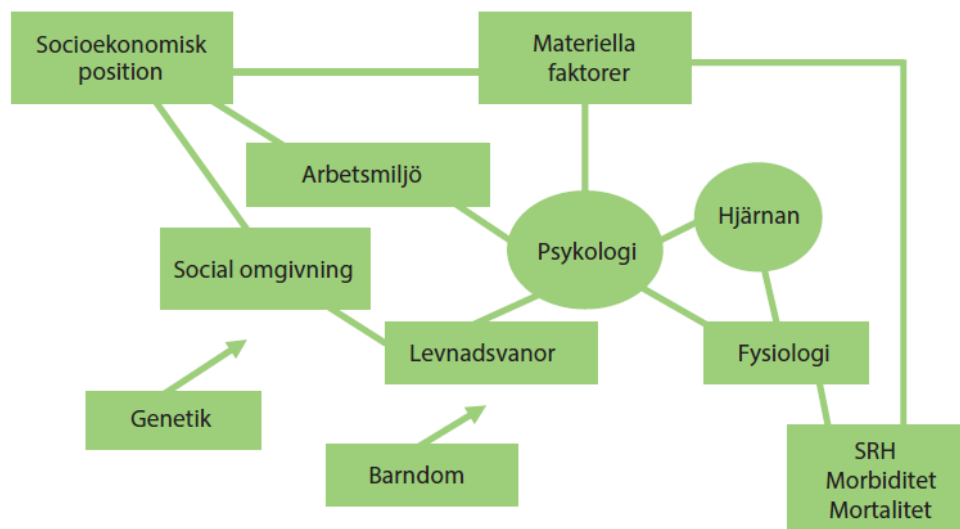
*Man vill bli älskad, i brist därpå beundrad,  
i brist därpå fruktad, i brist därpå avskydd och föraktad.  
Man vill ingiva människorna någon slags känsla.  
Själens ryser för tomrummet och vill kontakt till vad pris som helst.*

## En biopsykosocial förklaringsmodell

Den biopsykosociala modellen (figur 1) är värdefull när vi vill gå djupare i vår analys av om och hur psykosociala faktorer kan bidra till en jämlik hälsa. Den är utvecklad av den brittiske epidemiologen Sir Michael Marmot för att analysera hur sambanden mellan SES och hälsa kan härledas till orsaker som finns på olika, hierarkiska, nivåer (Marmot och Wilkinson 2006). Dessa innefattar materiella faktorer, arbetsmiljö, social omgivning, levnadsvanor, psykologiska faktorer, hjärnan samt fysiologiska mekanismer för sjukdomsutveckling.

Genetik och barndom beskrivs i egna domäner som ligger under modellen. Genetiken, eftersom den avgör vår specifika sårbarhet, dvs. vad vi insjuknar i, och barndomen utifrån dess grundläggande betydelse för individens hälsa som vuxen.

Figur 1 Den biopsykosociala modellen för analys av samband mellan socioekonomisk situation, psykosociala faktorer och hälsa (SRH; självskattad hälsa), sjuklighet eller dödlighet



Källa: Marmot et al. 2006.

Den biopsykosociala modellen beskriver, särskilt, hur psykosociala faktorer, via effekter på fysiologiska mekanismer, kan bidra till att förklara socioekonomiska skillnader i sjukdom och död. Psykosociala faktorer avser individen i relation till sitt sociala sammanhang. De kan delas i individens psykosociala omgivning, som innefattar stressorer och skyddande faktorer i arbetet och den sociala omgivningen, samt individens egna psykologiska resurser och riskfaktorer.

## Psykosocial arbetsmiljö

Den del av individens psykosociala omgivning som är mest studerad är vår arbetsmiljö och en av de mest kända modellerna kallas "Krav-Kontroll modellen" (Eller *et al.* 2009, Theorell *et al.* 2015). Den lär oss att balansen mellan krav och kontroll i arbetslivet är viktigare än kraven i sig. En bristande balans mellan krav och kontroll kallas "spänt arbete" (Job-strain).

I kontrollbegreppet ingår två delar: "Decision Latitude" avser beslutsnivå dvs. i vad mån man kan bestämma vad som ska göras och hur det ska ske. Den andra delen kallas "Intellectual discretion" och handlar om i vad mån arbetet är omväxlande, om det kräver påhittighet och om det finns möjligheter att utvecklas och lära nytt. Den andra av de etablerade modellerna i detta område kallas "Effort-Reward modellen" (Siegrist och Li 2016). Den beskriver också en balans, denna gång mellan ansträngningen och den belöning man får eller uppfattar. Belöningen kan vara i form av lön men också erkänsla, prestige och utvecklingsmöjligheter i arbetet. Till Effort-Reward modellens externa del finns därtill en intern dimension kallad "Overcommitment". Den senare beskriver betydelsen av individens egna krav på sin prestation som ibland kan vara större än de yttre kraven. Särskilt utmanande blir situationen när höga inre krav att lösa problem kombineras med en arbetssituation där detta visar sig svårt eller omöjligt (Siegrist och Li 2016). Båda modellerna har visats beskriva viktiga bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom som är oberoende riskfaktorer för en rad olika hälsotillstånd, särskilt hjärt-kärlsjukdom, muskuloskeletal besvär och psykisk ohälsa (Theorell *et al.* 2015, Eller *et al.* 2009, Siegrist och Li 2016).

Tillsammans beskriver resultat från denna forskning att vi människor vill utvecklas, utmanas och lära nytt, men också att detta måste ske i balans med de resurser vi har där och då.

Även forskning kring effekter av "livshändelser" där man studerat traumatiska händelser såsom krig, katastrofer, förlust av anhörig, arbetslöshet eller allvarlig konflikt beskriver att det inte är den enskilda situationen som är avgörande för individens reaktion vid en stressfylld situation, utan hur individen möter densamma och i vad mån det finns skyddande resurser hos eller kring individen (Ditzen och Heinrich 2014, Skogbrott *et al.* 2017). Denna form av skyddande resurser i den sociala omgivningen kallas socialt stöd.

Forskningen har sedan många år visat att socialt stöd och gemenskap är viktiga förutsättningar för god hälsa, både psykiskt och fysiskt (Berkman och Syme 1979, Berkman *et al.* 2000). Både i och utanför arbetslivet är tillgången till socialt stöd en central resurs som hjälper oss att klara svåra situationer. Man har t.ex. visat att en bristande balans mellan krav och kontroll i arbetet till stor del kan kompenseras av om man har tillgång till socialt stöd av sin chef eller från sina medarbetare (Theorell *et al.*, 2015 Eller *et al.* 2009). Detta stöd kan vara praktiskt, dvs. att man avlastas eller får hjälp att lösa uppgifter, men kan också vara emotionellt i form av tröst och erkänsla; "mina arbetskamrater har förståelse för om jag har en dålig dag".

I analyser av orsakerna till socioekonomiska skillnader i hälsa återkommer tydliga mönster där en ogynnsam balans, i båda dessa modeller, konsekvent är vanligare i grupper som har en lägre SES. Låg SES är således, utöver att vara förenad med högre risk att utsättas för en skadlig arbetsmiljö med kemiska eller fysiska exponeringar samt risk för olycksfall och skador i arbetslivet, därtill förenad med en högre risk för en ogynnsam psykosocial arbetsmiljö (Albin *et al.* 2017).

## Social omgivning

Individens tillgång till social gemenskap brukar beskrivas med två begrepp som illustrerar två olika perspektiv av sociala resurser: socialt nätverk och socialt stöd.

*Sociala nätverk och social integration* är strukturella begrepp som beskriver individens relationer till sin sociala omgivning, dvs. kontakt med familj, vänner, grannar, arbetskamrater och samhälle i olika dimensioner (Berkman och Syme.1979, Berkman *et al.* 2000). Ett socialt nätverk kan ha olika karakteristik utifrån antalet nätverksmedlemmar, i vilken grad medlemmarna har något gemensamt eller typen av gruppstruktur de tillhör (såsom arbetskamrat, granne osv.) (idem). Karakteristiken på de sociala banden kan också innefatta frekvensen av kontakter och graden av det ömsesidiga utbytet i relationen. Det sociala nätverket är viktigt genom sin förmåga att ge både praktisk och materiell hjälp vid behov men också för känsla av samhörighet och gemenskap och för att skapa identitet och självkänsla. *Social integration* beskriver nivån av det individuella deltagandet i samhället och i umgängeskretsar och avser hur integrerad man är i sitt sociala sammanhang. Ett mått som ofta används kallas Availability of Social Integration (AVSI). Det beskriver kvantiteten av det sociala nätverket och ger oss en fingervisning om individens tillgång till dessa resurser (Undén och Orth-Gomer 1989).

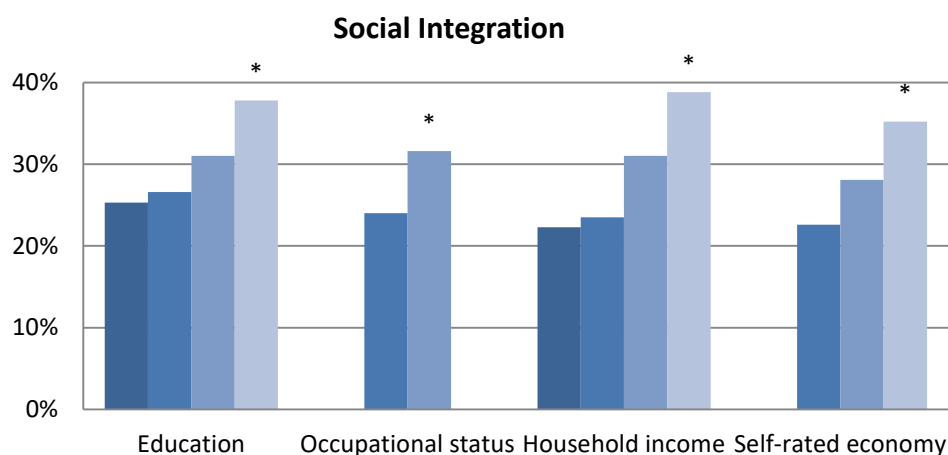
*Socialt stöd* i bemärkelsen *emotionellt stöd* är en mera kvalitativ komponent som avser i vilken omfattning man har tillgång till någon som man kan tala med om svåra saker, någon att hålla om, tröstas av eller vara ledsen eller glad tillsammans med. Här gäller frågan ”någon” dvs. det kan räcka med en enda person. Olika definitioner av socialt stöd förekommer, som i olika grad innefattar både ett givande och ett tagande, och begreppet socialt stöd innefattar också i olika grad instrumentellt stöd. Socialt stöd är således ett funktionellt begrepp som beskriver kvaliteten på individens sociala relationer, dvs. möjligheten att vid behov av hjälp kunna erhålla socialt stöd i form av emotionellt engagemang (Berkman *et al.* 2000). Ett av de vanligaste måtten kallas AVAT, Availability of attachment, och beskriver tillgång till denna resurs (Undén och Orth-Gomer 1989).

*Social isolering* är ett koncept som har motsatt innebörd till de ovan nämnda begreppen dvs. en brist på social integration och en emotionell isolering med brist på intimitet och stöd.

Tillgång till både socialt stöd och socialt nätverk är, generellt sett, lägre i grupper med lägre SES (Kristenson *et al.* 2004, Weyers 2008, Matthews *et al.* 2010, Thomas *et al.* 2017).

Figur 2 nedan illustrerar att dessa skillnader återkommer oavsett val av SES-mått; dvs. oavsett om vi mäter SES i form av utbildningsnivå, yrkesstatus, hushållets disponibla inkomst eller självskattad ekonomi är tunna sociala nätverk vanligare vid lägre SES och på samma sätt som för hälsoutvecklingen följer dessa skillnader en social gradient, dvs. tunna sociala nätverk blir gradvis vanligare för varje SES-nivå.

**Figur 2** Andel med låga skalpoäng av socialt nätverk i förhållande till utbildningsnivå, yrkesstatus (tjänstemän vs arbetare), disponibel hushållsinkomst (kvartiler) och självskattad inkomst (god, medel, dålig). Ljusare staplare anger lägre SES



Källa: LSH-studien, Östergötland.

Det finns ett omfattande empiriskt stöd för betydelsen av socialt nätverk och socialt stöd för utveckling av hälsa och sjukdom och att dessa effekter är oberoende av t.ex. levnadsvanor. Tillgång till social integration och socialt (emotionellt) stöd skyddar mot sjukdom, medan få sociala kontakter (social isolering) ökar individens risk för sjukdom. Detta är särskilt tydligt för insjuknande och död i hjärtinfarkt, men har också visats för en rad andra hälsoutfall, särskilt mental ohälsa och självskattad hälsa (Berkman och Syme.1979, Berkman *et al.* 2000). Särskilt tycks emotionellt stöd i form av uppskattning ("esteem support") ha en positiv effekt på hälsan. Detta beror sannolikt på att det stärker mottagarens självkänsla och ökar individens copingförmåga (idem).

Tillgång till dessa resurser har också visats kunna delvis förklara sociala skillnader i hälsa. Det visas bl.a. i en holländsk studie från 2010 där sociala relationer, i form av social integrering och emotionellt stöd kunde förklara en betydande del av SES-skillnader i självskattad hälsa, hos både kvinnor och män. Effekten var störst (35 procent) när SES mättes i form av inkomstskillnader men var också tydlig för hälsoskillnader mellan grupper med olika yrke eller utbildning (Vonneilich *et al.* 2012). Betydelsen av dessa faktorer blir särskilt tydlig vid kombination av arbetssituation och civilstånd, och en arbetslös, frånskild man med tunna sociala nätverk har en särskilt hög risk för sjukdom och ohälsa.

## Stress

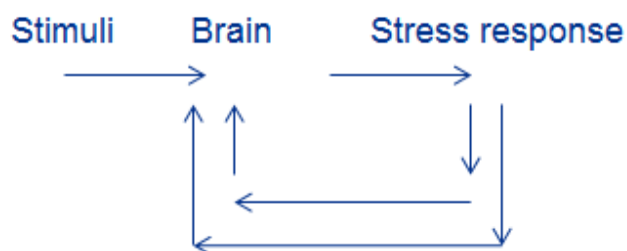
Nästa steg i modellen är psykologiska faktorer. Ordet stress används ibland i olika bemärkelser och det är viktigt att hålla isär om man avser stressorn, dvs. det vi exponeras för, individens upplevelse av stress eller kroppens psykobiologiska reaktion på stressen.

CATS-teorin (Cognitive Activating Theory of Stress) beskriver hur och varför samma stressor (stimulus) kan ge helt olika effekter hos olika individer, men också hos samma individ vid olika tillfällen (Ursin och Eriksen 2004). Orsaken är att vår upplevelse av ett stimulus "filtreras" av hjärnan, och denna bearbetning och tolkning av ett intryck påverkar vår reaktion som är beroende av våra tidigare erfarenheter av denna situation. Detta gäller såväl stressorn i sig, "stimulus expectancy" som hur vi tidigare har klarat av att möta den, "outcome expectancy" (se figur 3).

Figur 3 Illustration av hur vår upplevelse av stimuli eller stressorer påverkas av tidigare erfarenheter  
a) av hur vi uppfattar stressorn b) hur vi uppfattar vår förmåga att möta den

## CATS

### The Cognitive Activation Theory of Stress



Filters a) Stimulus expectancy  
b) Outcome expectancy

I de fall som vi har klarat detta bra får vi en känsla av tilltro till vår förmåga – det som på engelska kallas "coping" (copingförmåga). Stressorn blir då en spännande utmaning som vi lyckats hantera och denna erfarenhet stärker vår tilltro till vår förmåga att nästa gång möta en liknande situation. Om vi har misslyckats upplever vi oro och stress. Det kan också leda till en känsla av hjälplöshet om jag inte kan se något sammanhang mellan det jag gör och det som händer. Vid upprepade misslyckanden uppstår onda cirklar och vid en förlust av tilltro till den egna förmågan uppstår en känsla av hopplöshet. (Ursin och Eriksen H. 2004).

## Psykologiska resurser

Tidigare forskning har framför allt fokuserat på stressexponering och riskfaktorer. De senaste decennierna har det kommit mycket kunskap om betydelsen av individens egna skyddande psykologiska resurser, både för självskattad hälsa men även som oberoende skyddsfaktorer mot sjukdom och död. En central faktor är individens tilltro till sin förmåga att klara olika situationer. CATS-teorin ger oss en modell för hur denna copingförmåga kan utvecklas. Dess definition av *copingförmåga* är: ”En positiv förväntan att man kommer att klara utmaningar som är baserad på tidigare erfarenheter”.<sup>1</sup>

Individens upplevelse och värdering av en händelse är således beroende av individens upplevda möjligheter att hantera sin situation och präglas av erfarenheter av hur han/hon har klarat tidigare situationer. Beroende på livssituation och olika sociala sammanhang kan onda och goda cirklar utvecklas. Ett av de vanligaste måtten för copingförmåga kallas Mastery (Pearlin och Schooler 1978). God copingförmåga karaktäriseras i detta av utsagan ”Jag brukar klara de situationer jag ger mig in i”. En närliggande psykologisk resurs är ”*Self-Esteem*”. Medan copingförmåga innebär upplevelse av förmåga att hantera olika situationer innebär self-esteem (som snarast bör översättas med självkänsla) individens värdering av sig själv i relation till andra. ”Jag är en värdefull person, i alla fall lika värdefull som andra människor” (Pearlin och Schooler 1978). Detta begrepp ligger nära begreppet *Self-compassion*, att vara förlåtande mot sina egna fel och svagheter. Begreppet *Self-Efficacy* har stora likheter med coping men är mera situationsspecifikt, dvs. ”Jag är duktig på att hoppa höjd”.

*Känsla av kontroll* är en psykologisk resurs som beskriver individens upplevelse av att man brukar uppleva att man har kontroll över sin situation. Detta är ett mycket ofta använt instrument som innefattar två delar, dels kontroll över situationer i livet, men också kontroll över sin egen hälsa (Lundberg *et al.* 2007). *Locus of control* avser i vad mån man uppfattar att man själv kan påverka sin livssituation eller att den styrs av någon annan. Externt Locus of control innebär att man uppfattar att detta styrs av ödet, politiken eller chefen medan intern Locus of control innebär att man uppfattar att man själv kan påverka sin livssituation.

Kontrollbegreppet används ibland analogt med coping och studier från arbetslivet utifrån modellen krav-kontroll illustrerar de negativa effekterna av dold coping, dvs. om man inte öppet kan diskutera upplevda svårigheter (Theorell *et al.* 2005).

En psykologisk resurs med en egen historia är *Känsla av Sammanhang* (KASAM). Begreppet utvecklades av sociologen Aaron Antonovsky baserat på en studie av israeliska kvinnors psykiska hälsa under klimakteriet (Antonovsky 1993). Antonovsky fann att kvinnor som hade erfarenhet av koncentrationsläger som unga hade sämre psykisk hälsa än de som inte hade sådana erfarenheter. Det intressanta var att i gruppen kvinnor med erfarenhet från koncentrationsläger var det omkring en tredjedel som hade en god psykisk hälsa. De mådde bra, hade ingen ångest eller depression och hade god nattsömn. Han startade därför studier för att försöka förstå vad som förklarade denna förmåga att må bra, trots svåra livsvillkor. Grundat på dessa studier utvecklade Antonovsky en teoribildning om begreppet ”Salutogenes”, det som skapar hälsa, och betydelsen av känsla av sammanhang (KASAM) som beskriver individens samlade resurser och förmåga att kunna uppleva att livet är meningsfullt, hanterbart och begripligt och som möjliggör att människor också i de mest utsatta situationer kan må bra och uppleva en god hälsa. Hans forskning har stimulerat många att, i nästa steg, se hur man kan stödja och stärka dessa salutogena resurser.

En särskild form av psykologisk resurs är *Tillit* till andra, och den avser ”Människans upplevelse av att andras godhet, ärlighet och skicklighet går att lita på” (Barefoot *et al.* 1998,

---

<sup>1</sup> Begreppet coping (mastery) har inget bra svenskt namn; på norska använder man ordet ”mestringsevne”.

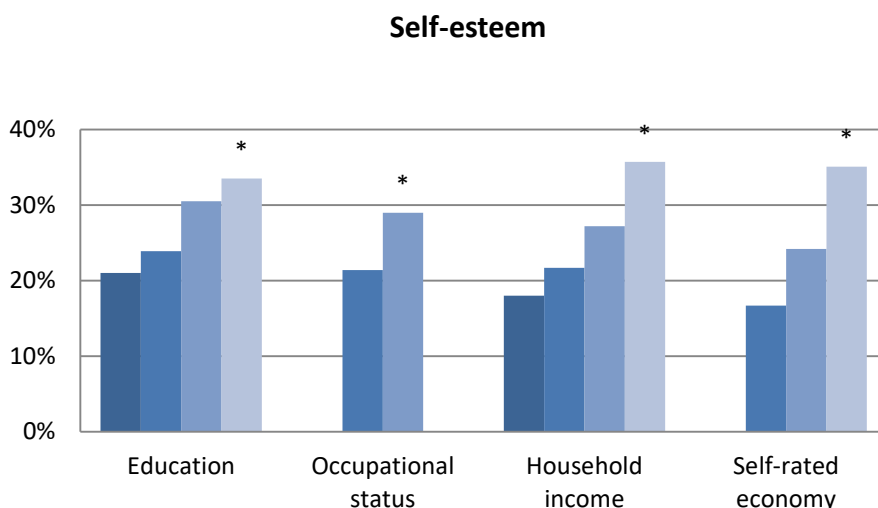
Fugelli 2006). Tillit delas ofta i två delar, dels *social tillit*, som avser i vad mån man har tillit till samhällets välfärdssystem eller andra institutioner, samt *personlig tillit*, som är kopplad till individer, till människor med namn och ansikten (Fugelli 2006). I frågeformulär är den vanliga frågan om tillit formulerad: ”Tycker du att man, i allmänhet, kan lita på andra människor” (Rotter 1967). Denna globala fråga om tillit används också ofta för att värdera omfattning av social sammanhållning i lokalsamhället (socialt kapital, se s. 19) (Enfield 2013).

Upprepade besvikelser med förlust av tillit till andra leder till cynism, fientlighet och social isolering. Det var just detta Hjalmar Söderberg illustrerade i den välkända strofen ur *Doktor Glas* som citeras på sidan 1.

Tillgång till psykologiska resurser har tydliga samband med en god självskattad hälsa men de har också betydelse för utveckling av kroppslig sjukdom och förtida död. Prospektiva studier har visat att Self-Esteem, copingförmåga (Mastery) och KASAM är oberoende skyddsfaktorer mot död, oavsett dödsorsak, samt för insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom, både stroke och hjärtinfarkt och att denna effekt är oberoende av andra riskfaktorer såsom rökning och blodtrycksnivåer (Stamatakis *et al.* 2004, Surtees *et al.* 2010, Lundgren *et al.* 2015). Effekten på insjuknande och död i hjärtinfarkt har därtill visats vara oberoende av ”negativ affekt” dvs. är inte en funktion av avsaknad av depression eller nedstämdhet (Lundgren *et al.* 2015).

Även vad gäller psykologiska resurser återkommer tydliga skillnader mellan SES-grupper och de återkommer även här oavsett SES-mått (Twenge och Campbell 2002, Kristenson *et al.* 2004, Matthews *et al.* 2010, Thomas *et al.* 2017). I figur 4 illustreras att andelen som rapporterar låg självkänsla konsekvent är lägre i grupper med låg SES oavsett om måttet är utbildning, yrke, hushållsinkomst eller självskattad ekonomi. En review avseende i vad mån psykosociala faktorer kan förklara socioekonomiska skillnader i hälsa och sjukdom sammanfattar att evidens för detta är högt och stigande, särskilt vad gäller betydelsen av skyddande psykologiska resurser (Matthews *et al.* 2010). En aktuell studie visar att känsla av kontroll förklarar stor del av utbildningsskillnader i hälsa hos både män och kvinnor och att detta gäller i både Japan och USA (Kan *et al.* 2014).

**Figur 4** Andel med låg skalpoäng av Self-Esteem i förhållande till utbildning, yrkesstatus (tjänstemän, arbetare), disponibel hushållsinkomst (kvartiler) och självskattad ekonomi



Källa: LSH-studien, Östergötland.



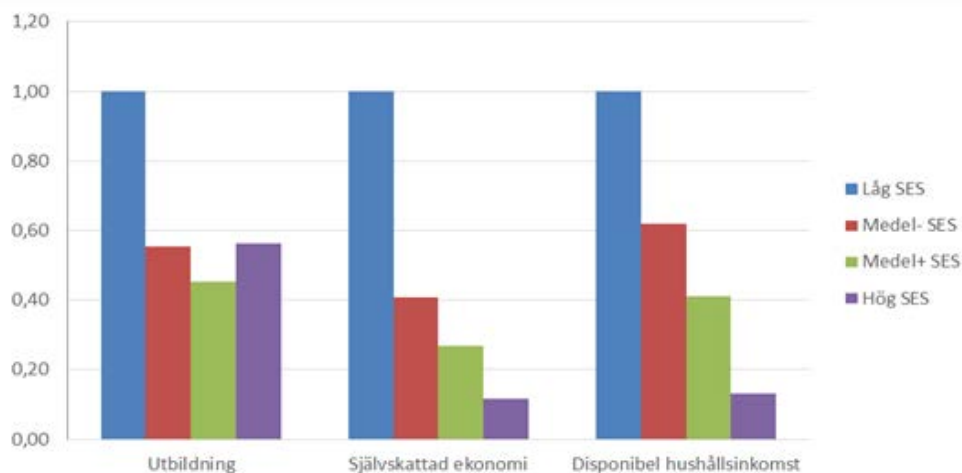
## Psykologiska riskfaktorer

Om man inte kan hantera situationen upplever man oro och stress och, så småningom, en känsla av hjälplöshet eller hopplöshet. Upprepade erfarenheter av bristande copingförmåga kan leda till negativa spiraler som, om den upprepas, kan bli det man kallar "inlärld hjälplöshet" (Seligman 1972) ("Det är ingen ide att jag försöker, det kommer ändå inte att gå bra"). Begreppet inlärld hjälplöshet avser den onda cirkel som uppkommer vid upprepade misslyckanden; självförtroendet sjunker och samtidigt med det minskar förmågan att fokusera och kraftsamla, och man misslyckas igen, just som man kunde ana. Nästa steg i utvecklingen är känsla av uppgivenhet och utmattning (Vital Exhaustion), depressivitet och hopplöshet (Ursin och Eriksen 2004). Cynism är en personlighetskaraktäristik som beskriver en förlust av tilltro till andra människors godhet och välvilja, bristande tillit och respekt för andra människor. Dess delkomponenter är fientlighet och aggressivitet och cynism är därtill ofta kopplat till tunna sociala nätverk (Barefoot *et al.* 1991).

Även vad gäller psykologiska riskfaktorer återfinns vi tydliga SES-skillnader (Kristenson *et al.* 2004, Matthews *et al.* 2010). Se exempel nedan för hopplöshet som också visar att detta samband inte ser likadant ut för alla SES-mått. Sambandet är dikotomt för mått på utbildning, dvs. den som har grundskola som högsta utbildning rapporterar mera hopplöshet, därutöver ses inga skillnader utifrån utbildningsnivå. Däremot ser man att upplevd hopplöshet följer en gradient för mått på inkomst, både vad gäller självskattad ekonomi och disponibel inkomst.

**Figur 5** Relativa nivåer av skalpoäng på fråga om upplevd hopplöshet i förhållande till utbildningsnivå, självskattad ekonomi och hushållets disponibla inkomst

Referensgrupp lägsta socioekonomiska nivån.



Källa: LSH-studien, Östergötland.

De psykologiska riskfaktorerna vital exhaustion (utmattning), depressivitet samt hopplöshet karaktäriseras alla av kronisk stress. De har, utöver tydliga samband med självskattad hälsa, också visats vara riskfaktorer för sjukdom och död, särskilt hjärtinfarkt. Detta gäller både i studier av friska populationer och effekter på återinsjuknande. Studier har således visat att depressivitet, vital exhaustion, hopplöshet samt cynism, i ett dos-responssamband ökar risken för sjukdom och död och att dessa effekter är oberoende av riskfaktorer såsom rökning, högt blodtryck m.fl. (Barefoot *et al.* 1991, Rosengren A. *et al.* 2004, Skodova Z. *et al.* 2008, Everson S.A. *et al.* 1996, Pikhart H. 2015).

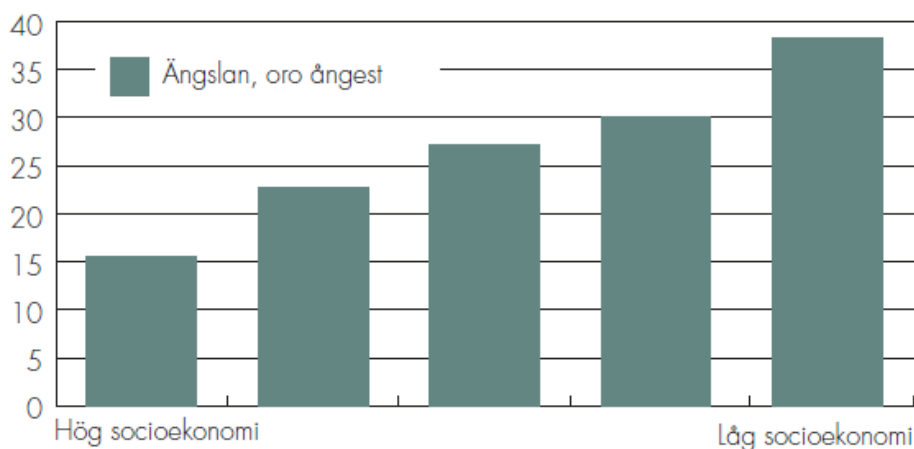
Vissa av dessa samband skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Man har t.ex. visat att vital exhaustion predikterar hjärtinfarkt oberoende av depression och ångest hos män, men inte hos kvinnor (Lindeberg *et al.* 2012). Kvinnor har som grupp oftast större tillgång till emotionellt socialt stöd, medan det finns små könsskillnader i tillgång till socialt nätverk. Kvinnor rapporterar därtill, som grupp, mera job strain, lägre decision latitude, mastery och self-esteem, men mer depressivitet och vital exhaustion medan män anger högre nivåer av cynism (Sjögren & Kristenson, 2006). Cynism har visats förklara del av SES-skillnader i hälsa bland män, men inte bland kvinnor (Nabi 2006).

Skillnader i psykosocial situation mellan män och kvinnor kan delvis, men inte helt, förklaras av skillnader i SES (Sjögren & Kristenson, 2006). Kvinnor med låg socioekonomisk status i form av grundskola som högsta utbildning, dvs. den grupp som i dag har den sämsta hälsoutvecklingen (Folkhälsomyndigheten 2016), har en särskilt utsatt psykosocial situation i dessa avseenden.

Socioekonomisk situation, särskilt inkomst och ekonomisk standard, har stor betydelse för psykosociala faktorer, och för hälsan, i alla åldrar. En rad livsförloppsstudier illustrerar betydelsen av socioekonomiska förhållanden och psykosociala faktorer i barndomen för god hälsa i vuxenlivet. För barnens hälsa ser man tydliga effekter utifrån vårdnadshavarens SES där särskilt ensamstående småbarnsföräldrar med små ekonomiska resurser är en utsatt grupp. De första åren i livet utgör en särskilt kritisk tidsperiod som i samspelet mellan biologi, genetik och miljö påverkar hälsa och motståndskraft. Barnets fysiska och psykosociala livssituation påverkar därför barnets hälsoutveckling vad gäller kognitiv förmåga samt fysisk och psykisk hälsa, både under barndomen och i vuxenlivet. Detta gäller alla hälsoutfall dvs. tidig död, hjärtsjukdom, psykisk ohälsa, självskattad hälsa och riskbeteende (Maggi *et al.* 2010, Braveman och Barclay 2009, Janicki-Deverts *et al.* 2010, Chen och Miller 2013).

Äldre har, som grupp, särskilt hög risk för social isolering. En aktuell review beskriver dels den höga förekomsten av social isolering hos äldre men presenterar också omfattande evidens som beskriver att social isolering är en mycket stor riskfaktor för både psykisk och somatisk ohälsa bland äldre (Nicholson 2012). Även hos äldre är upplevelsen av ångslan, oro och ångest förenad med låg SES. Exemplet nedan visar att andelen som anger ångslan, oro och ångest är högre hos de som bor i områden med låg socioekonomisk situation, och att den ökar gradvis vid lägre socioekonomi (Östsam, 2014).

**Figur 6** Andel bland dem som är över 65 år som anger ångslan, oro och ångest utifrån socioekonomisk situation



Källa HLV 2013.

Sambanden mellan SES och hälsoutfall varierar därtill, beroende på SES-mått. Psykologiska resurser har visats vara mer betydelsefulla för SES-skillnader beroende på utbildning medan sociala resurser, t.ex. socialt stöd var mer betydelsefulla för SES-skillnader i hälsa beroende på inkomstnivå, särskilt bland äldre (Shöllhen 2011). I en annan studie, av en äldre population, visade man att psykologiska resurser i form av Mastery och upplevd kontroll medierade samband mellan låg SES och depressivitet/uppgivenhet och därtill kunde förklara SES skillnader i fysisk svaghet ("Frailty") (Mooney *et al.* 2016).

Flyktingar har nästan alltid levt med stor stress innan de flyr och själva flykten är ofta omgärdad av hot och umbäranden där många familjer splittras under långa perioder. När man kommer till Sverige väntar en tid av ovisshet under bland annat asylprocessen. Detta kan leda till psykisk ohälsa såsom depression, ångest och posttraumatisk stress. Även efter asylprocessen, under introduktionen och efter, finns det stressorer och hälsorisker, t.ex. svårigheter att få boende, jobb liksom svårigheter till familjeåterförening. Många, inte minst barn, har sett sin grundläggande trygghet (familj, föräldrar, släktingar, sociala nätverk, hus och hem) slås i spillror, bevittnat våld och svåra övergrepp mot viktiga närstående eller utsatts själv och detta riskerar att allvarligt skada tillit och framtidshopp, och genom detta en försämrad hälsa (Lie 2003, Betancourt 2008).

Migrationsforskning visar att den person som får arbete och försörjning, och genom detta ett socialt sammanhang och återupprättad självbild, har ökade förutsättningar för rehabilitering, återhämtning och en god hälsa (Dahlstedt *et al.* 2016). En enkätstudie genomförd via MILSA, en stödplattform för migration och hälsa, visar emellertid att var femte nyanländ har hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande. Detta innebär en risk för ond cirkel där ohälsa förhindrar etablering och jobb vilket ökar risk för ohälsa (Länsstyrelsen, Skåne).

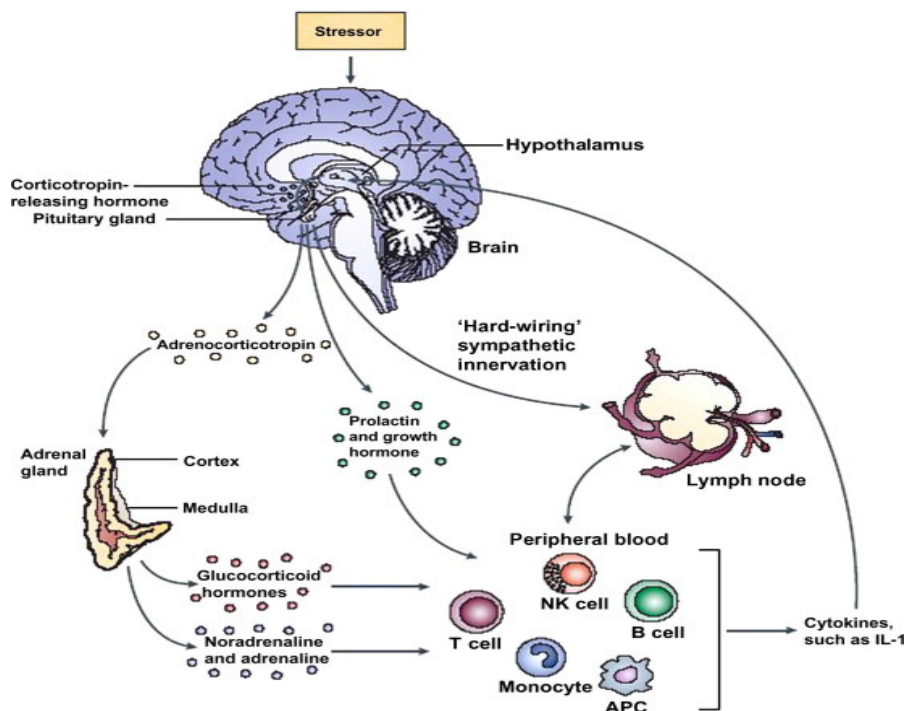
Sammanfattningsvis finner vi att låg SES, i form av utbildningsnivå, yrke eller inkomstnivå, är förenat med högre exponering för en ogynnsam psykosocial arbetsmiljö och lägre tillgång till skyddande psykosociala resurser, såväl socialt nätverk och stöd som tillgång till psykologiska resurser, såsom tilltro till egen förmåga och tillit till andra samt mer hopplöshet och depressivitet och genom detta en ökad sårbarhet för sjukdom (Stephoe & Marmot 2003, Kristenson *et al.* 2004, Matthews K. 2010, Chen och Miller 2013).

## Psykobiologiska mekanismer

I forskningen kring hur olika mekanismer kan förklara effekter av ogynnsamma livsvillkor och stress på sjukdom och ohälsa diskuteras i huvudsak två vägar, den indirekta och den direkta vägen (McEwen 2000). Den "indirekta vägen" innebär att stress, uppgivenhet och oro leder till mer ogynnsamma levnadsvanor och att detta i sin tur påverkar fysiologiska mekanismer som via högt blodtryck, förändrade blodfettssnivåer etc. leder till sjukdom och död. Den "direkta" effekten handlar om hur stress och psykosociala faktorer, i sig, påverkar biologiska mekanismer.

Vi vet idag att tankar och känslor påverkar kroppens centrala skyddssystem. Under de senaste 30 åren har det skett en mycket omfattande utveckling av forskningen som kan beskriva hur våra upplevelser och känslor påverkar, och påverkas av, våra centrala stressystem och genom detta hälsa och sjukdom. De centrala stressystems huvuddelar är HPA-axeln (Hypophysis, Pituitary, Adrenal) som via hypofysen förbinder hjärnans signaler med binjurebarkens insöndring av kortisol; det autonoma systemet med adrenalin och noradrenalin som bland annat reglerar blodtryck och pulshastighet samt immunsystemet. Dessa system är nära sammankopplade och vid en förändrad aktivitet i HPA-axeln påverkas immunförsvaret, framför allt de vita blodkropparnas aktivitet i form av utsöndring av olika aktiva ämnen, enzymer och signalsubstanser, s.k. cytokiner (McEwen 2000, Chen och Miller 2013).

Figur 7 Illustration av kroppens centrala skyddssystem; HPA-axel, det autonoma stressystemet samt immunsystemet



Stressforskningen har illustrerat betydelsen av att skilja på effekter av akut och kronisk stress (McEwen 2000). När individen ställs inför stora krav på anpassning leder detta till akut stress som innebär en reaktion på en utmaning. Denna alarmreaktion är i grunden konstruktiv och en förutsättning för vår överlevnad.

Kroppens stresssystem är vårt "överlevnadssystem" som har som sin uppgift att rusta oss och mobilisera resurser, svårigheter och utmaningar, bland annat genom att frigöra energi så att vi klarar fysiska och psykiska ansträngningar. Kortisol är ett av kroppens centrala stresshormon och dess funktion är avgörande för att övriga system ska fungera väl, bland andra sockermetabolismen och immunsystemet. Emellertid kan stress bli skadlig om belastningen är för stor, för långdragen eller om individen inte får chans till återhämtning. För att fungera måste systemet kunna slappna av och återhämta sig och denna dynamiska förmåga saknas vid den kroniska stress som är vanligare bland grupper med låg SES (Kristenson *et al.* 2004). I dessa fall utvecklas störningar av fysiologiska funktioner vilket kan bidra till en sjukdomsprocess. En välfungerande HPA-system är dynamiskt, dvs. har förmåga att reagera vid utmaningar men också att minska sin aktivitet vid vila och återhämtning (allostas). En bristande dynamisk förmåga anses vara en markör för ökad sårbarhet för sjukdom (McEwen 2000), och låg kortisol-variabilitet i form av dygnsvariation eller svar på laboratoriestress är relaterat till ökad risk för insjuknande och död i hjärtinfarkt (Kumari 2011) och till låg SES (Kristenson *et al.* 2011). En bristande dynamik i HPA-systemet är också förenat med en låggradig inflammation.

Ett av de mest studerade cytokinerna, Interleukin 6 (IL-6), är en markör för den låggradiga inflammation som i dag har visat sig ha koppling till de flesta av våra kroniska sjukdomar, särskilt till utvecklingen av hjärt-kärlsjukdomar men också muskuloskeletal sjukdomar (Hansson 2005, Ridker *et al.* 2000). En annan markör, kallad matrixmetalloprotein-9 (MMP-9), som också är kopplad till låggradig inflammation, påverkar bindvävsomvandling och läkning. Nivåer av MMP-9 är förhöjda hos hjärtpatienter, särskilt i sköra åderförkalkningsplack, och detta kan kopplas till återförkalkningsplackens sårbarhet (Shah 2003). Plasmanivåer av MMP-9 kan, på samma sätt som IL-6-nivåer, prediktera återinsjuknande i hjärtinfarkt men också nyinsjuknande hos friska individer (Garvin *et al.* 2015). Denna låggradiga inflammation, som kan mätas via nivåer i blodet av immunologiska markörer och som är kopplad till ökad risk för en rad sjukdomar, är vanligare vid låg SES (Fraga *et al.* 2015).

Dessa biologiska mekanismer kan också kopplas till psykosociala faktorer, där en ogynnlig psykosocial karakteristik är förenad med en mindre dynamisk HPA axel samt förhöjda nivåer av markörer för inflammation. Mer specifikt finner vi att psykologiska resurser, t.ex. socialt stöd och coping, samvarierar med ett mera dynamiskt kortisol svar vid stress, både vid laboratoriestress och i vardagslivet i form av en brantare dygnskurva av kortisol (Sjögren *et al.* 2006, Kristenson M. *et al.* 2011). Man finner samtidigt det omvända mönstret för de psykologiska riskfaktorerna vital exhaustion, depression och hopplöshet. Psykologiska resurser, t.ex. KASAM, samvarierar även med ett lägre vilovärde av kortisol, dvs. är förenat med en större förmåga att slappna av (Kristenson M. *et al.* 2011). En aktuell studie visar dels, att låg upplevd kontroll var förenat med större SES-skillnader i hälsa, men också att en flack dygnskurva av kortisol medierade sambandet mellan låg SES och sjukdom enbart hos de med låg kontroll, inte hos dem med hög kontroll (Zilioni. *et al.* 2017). Vi finner även att immunologiska markörer, särskilt IL-6 och MMP-9, samvarierar med psykologiska faktorer, så att skyddande faktorer såsom coping, och self-esteem, samvarierar med lägre nivåer av dessa markörer med det omvända för riskfaktorer såsom hopplöshet, depressivitet och utmattning (Marteinsdottir *et al.* 2015). Hopplöshet tycks ha en självständig effekt; och sambanden mellan hopplöshet och både kortisol-nivåer och IL-6 har visats vara oberoende av depressivitet ("Hopelessness the active ingredient") (Mitchell *et al.* 2013).

Dessa mekanismer utgör biologiska länkar som kan bidra till att förklara den ökade sjukdomsrisk vid låg socioekonomisk status (Steptoe och Marmot 2003, Kristenson *et al.* 2004, Matthews, 2010, Chen och Miller 2013). En förändrad funktion i dessa grundläggande överlevnadsmechanismer anses därför vara en central faktor i den ökade generella sårbarhet som man finner hos den som lever i en utsatt livssituation.

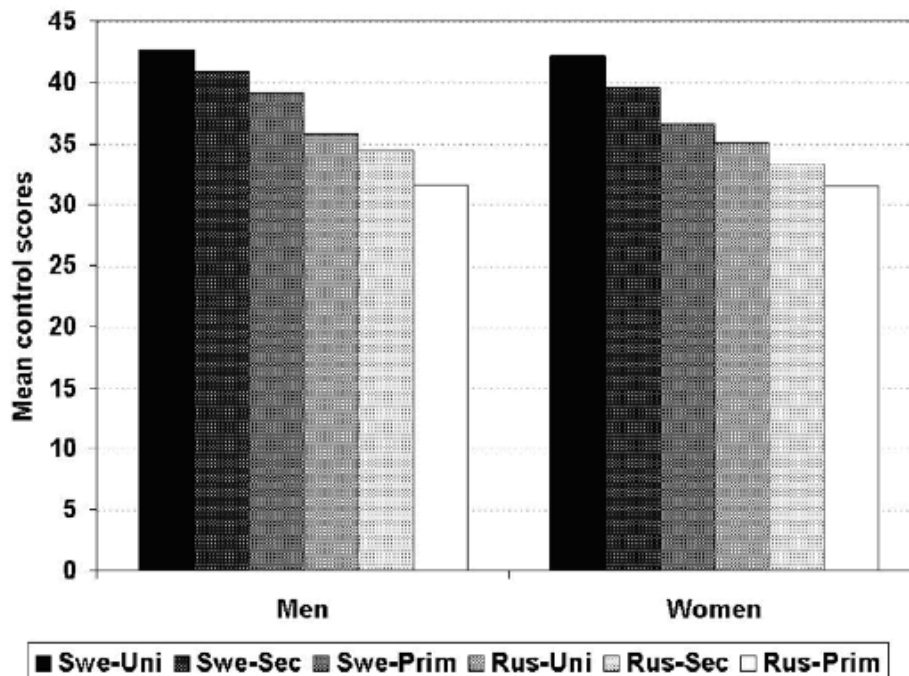
## Kontext och individ – socialt kapital

Vi finner således att låg individuell SES med utsatta livsvillkor såsom bristande tillgång till materiella och psykosociala resurser och med låg möjlighet att påverka sin situation riskerar att fånga människor i en ond cirkel av bristande tillit och upplevd hopplöshet. Samtidigt finner vi emellertid också att psykosociala faktorer är ojämnt fördelade mellan geografiska områden som har olika socioekonomisk karaktär. Detta visar hur strukturella förhållanden samverkar med psykosociala faktorer genom dess inverkan på människors livsvillkor.

I en studie som jämförde medelålders män i Litauen och Sverige, två länder som skiljer sig kraftigt i socioekonomisk struktur liksom i förväntad livslängd, rapporterade de litauiska männen högre job-strain, lägre social integration, coping och self-esteem och mer vital exhaustion jämfört med de svenska männen. Samma skillnader återkom vid jämförelse inom länderna där män med låg SES uppvisade samma psykosociala karakteristik som de litauiska männen (Kristenson *et al.* 2001).

Motsvarande parallell av skillnader, mellan och inom, länder illustreras nedan med data från en jämförande studie mellan Sverige och Ryssland, som på samma sätt skiljer i socioekonomisk struktur liksom i förväntad livslängd. Figuren illustrerar en social gradient i upplevd kontroll såväl mellan länderna som inom länderna mellan grupper med olika utbildningsnivå (figur 8). Lågst nivåer av kontroll rapporterar ryska män och kvinnor som har lägst utbildningsnivå (Lundberg J. *et al.* 2007).

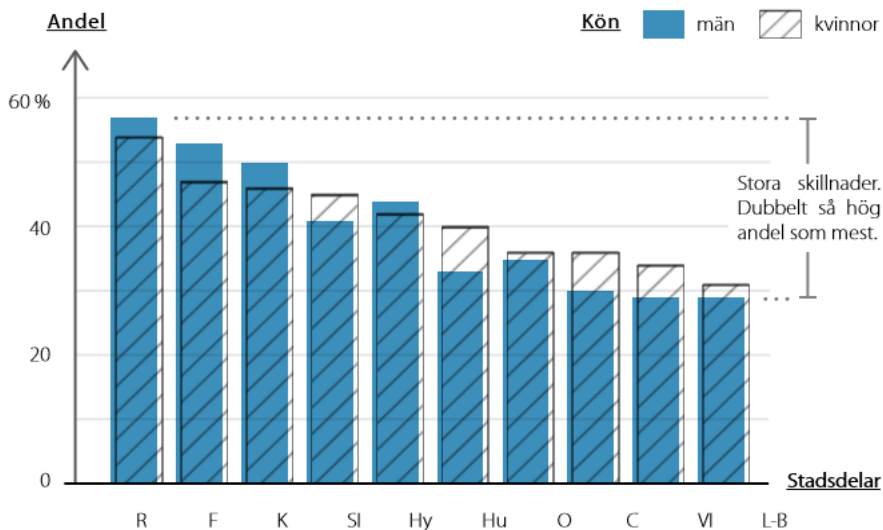
Figur 8 Skalpoäng av upplevd kontroll hos män och kvinnor i Sverige (mörka staplar) och Ryssland (ljusa staplar) efter utbildningsnivå (hög, medel, låg)



Källa: Lundberg *et al.* 2007

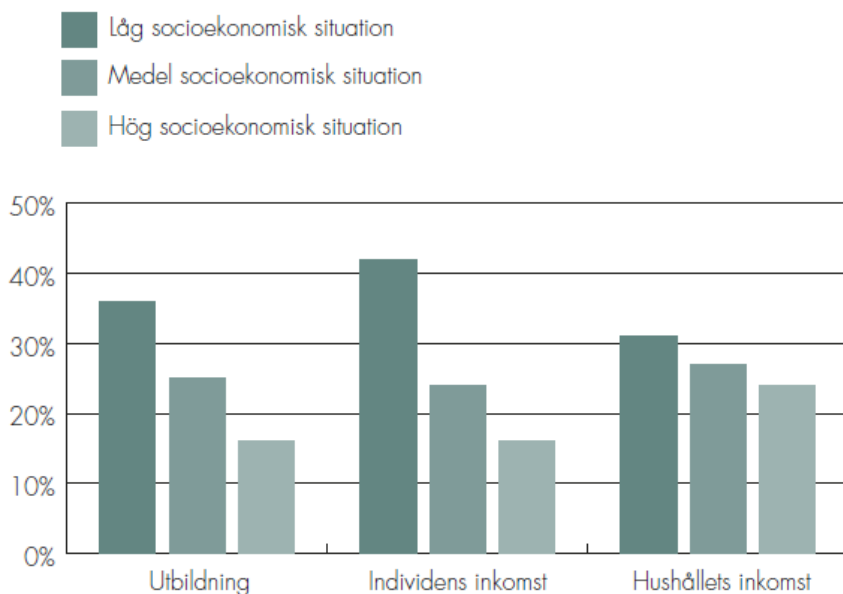
På samma sätt återfinns skillnader inom vårt land både mellan geografiska områden med olika socioekonomisk karaktär och mellan grupper med olika SES. Exemplet nedan illustrerar i figur 9 skillnader i rapporterad tillit mellan bostadsområden i Malmö (Malmö stad 2013), där områden med lägst socioekonomisk situation uppvisar lägst nivåer av tillit. Men skalpoäng av tillit skiljer på samma gradvisa, sätt mellan grupper av individer med olika SES och detta återkommer oavsett om SES-måttet är utbildning, inkomst eller hushållsinkomst, figur 10 (Östsam 2014).

**Figur 9 Skalpoäng av tillit utifrån område (stadsdelar) i Malmö**



Källa: Malmökommissionen 2013.

**Figur 10 Skalpoäng av tillit utifrån individdata avseende utbildning, inkomst och hushållsinkomst**



Källa: HLV-data 2013.

## Socialt kapital

Begreppet socialt kapital beskriver hur förutsättningar för tillit och social gemenskap kan utvecklas i samhället. Olika former av socialt kapital har olika innehåll och verkan. Sammanbindande (*bonding*) socialt kapital omfattar ofta familj, grannar, släkt och nära vänner med täta band och gemensamma värderingar. Detta kapital är oftast stödjande men kan också verka uteslutande och segregering. Därför gynnas samhället när det också finns ett livaktigt s.k. överbryggande (*bridging*) socialt kapital. Med detta menas att människor med olika värderingar möts över sociala gränser, till exempel i en sångkör eller i en idrottsförening. Banden är inte lika starka i detta sammanhang men skapar känslor av gemenskap med ”de andra”. Den tredje formen, sammanlänkande (*linking*) socialt kapital, skapas av krafter som aktivt försöker att förena olika sociala och kulturella arenor. Den utgår från medborgarskap, demokrati och människors lika värde och betonar den resursstarkes moraliska skyldighet att aktivt bistå den med svagare resurser. Aktörerna är såväl offentliga institutioner som formella och informella ideella krafter (Putnam 2000, Enfield *et al.* 2013). Forskning om de nordiska välfärdsstaterna stöder hypotesen att folkhälsan gynnas när det länkande sociala kapitalet är starkt (Uphoff *et al.* 2013, Eriksson 2011).

## Hur kan man påverka psykosociala faktorer?

Utöver effekter av absoluta inkomstskillnader (absolut fattigdom) kan även relativa inkomstskillnader (relativ fattigdom) påverka hälsan. I en stor studie från USA visades tydliga effekter av relativ fattigdom på upplevd hälsa, utöver effekt av absolut fattigdom (Subramanyam 2009). En möjlig förklaring till detta är ”sociala jämförelser” där stora inkomstskillnader påverkar individens självkänsla och leder till upplevelse av skam och förlust av tillit till samhället. En studie från Sverige visar också tydliga hälsoeffekter av relativ fattigdom men i lägre grad och bara hos män. Bland dem med lägst inkomst hade den absoluta inkomsten störst betydelse för hälsan (Åberg *et al.* 2003).

I en analys av data från 33 länder fann man att kombinationen av stora inkomstskillnader och lågt socialt kapital var förenat med större hälsoskillnader och att dessa till viss del medierades via tillit. Studiens slutsats är att kombinationen av stora inkomstskillnader och lågt socialt kapital kan innebära att samhället inte har förmåga att skapa den form av socialt stöd och gemenskap som är nödvändig för hälsan (Elgar 2010).

En studie från Chicago fann att nivåer av hopplöshet kunde relateras till boendeområdets socioekonomiska karakteristik i form av andel fattiga, arbetslösa, skolavhopp och sjukdomsförekomst. Sambanden kvarstod efter kontroll för depression. Studien drar slutsatsen att insatser på strukturell nivå kan vara avgörande för människors hopp och framtidstro

*Changing opportunity structures in a neighborhood may play a key role in reducing individuals' feelings of hopelessness (Mair et al. 2012).*

Slutsatsen stärks av en brittisk interventionsstudie som visade att när man höjde lönerna i en grupp låglönearbetare till miniminivå förbättrades den psykiska hälsan med nedgång i depression av samma storleksordning som vid antidepressiv behandling (Reeves 2016).

Men, psykosociala faktorer, särskilt psykosociala resurser, har också stor betydelse för hälsan hos människor som lever i områden med svåra livsvillkor.

I ett engelskt låginkomstområde hade 30 procent av mödrarna till förskolebarn depression. Viktigaste förklaringar var områdets inkomstnivå och andel ekonomiskt bidragsberoende, men grad av depression samvarierade därtill med tillgången till socialt stöd (Mulvaney och Kendrick



2005). I en kanadensisk studie hade socialt stöd samband med lägre depression hos kvinnor, men inte hos män, med starkast effekt hos arbetslösa och de med lägst inkomst (Mair C. *et al.* 2010). I en äldre amerikansk låginkomstpopulation hade grannskapets estetiska utformning, socialt nätverk/stöd och socialt kapital samt upplevd säkerhet och trygghet i området, samband med lägre stress hos både män och kvinnor (Henderson H. *et al.* 2016). Socialt nätverk/stöd och socialt kapital hade också samband med lägre stress i en afro-amerikansk population (Flórez *et al.* 2016). I en brittisk studie var nivåerna av depressivitet lägre hos sjukpensionärer, arbetslösa, och de med ekonomiska problem, som levde i områden med högt socialt kapital (Erdem *et al.* 2016).

Två studier visar betydelse av socialt kapital för ungdomars hälsa: Hos ungdomar i Belgien fann man att den sociala gradienten i hälsa var flackare i samhällen med starkare socialt kapital (De Clerque 2012). En studie från Canada visar att socioekonomiska skillnader i ungdomars hälsa (klass 6 och 10) varierade med grannskapets nivå av socialt kapital i termer av tillit, gemenskap och sammanhållning och höga nivåer av socialt kapital eliminerade eller minskade socioekonomiska skillnader i hälsa, både vad gäller psykologiska och somatiska symptom samt skador och slagsmål (Elgar *et al.* 2010). Därtill har interventioner som ökar fysisk aktivitet visats ha god effekt på ungdomars självkänsla (Liu *et al.* 2015).

En aktuell review av befolkningsstudier som jämför betydelsen av materiella och psykosociala faktorer för SES-skillnader i självskattad hälsa visar att materiella faktorer har den starkaste oberoende effekten. En stor del av denna effekt medieras av psykosociala faktorer som också har en egen, oberoende, effekt på självskattad hälsa (Moor *et al.* 2017).

Strukturella och psykosociala faktorer samverkar således; ekonomisk trygghet är en grundförutsättning för hälsa och välbefinnande men psykosociala faktorer både sociala faktorer såsom socialt kapital och socialt stöd och psykologiska faktorer, såsom möjlighet att påverka sin tillvaro, är också viktiga. Men dessa skyddande psykosociala resurser kan successivt utarmas vid lång exponering för en utsatt livssituation (Baum 1999, Steptoe och Marmot 2003, Marmot 2004, Matthews *et al.* 2010, Kristenson *et al.* 2004, Chen och Miller 2013, Whitehead 2016).

I olika policydokument har bland andra WHO beskrivit centrala faktorer för att förbättra individers och grupper hälsa.

*Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. [...] [A]n individual or group must be able to [...] change or cope with the environment. [...] (WHO 1986).*

Begreppet *hälsofrämjande* definieras således av WHO som den process som möjliggör för individer, grupper eller samhällen att öka kontrollen över förutsättningarna för att förbättra sin hälsa. Detta kan ske genom att skapa *miljöer* och samhällen som karaktäriseras av klara strukturer och samhällsarenor där människor ser sig själva som aktiva, deltagande subjekt. Genom detta vill man ge individen möjlighet att definiera sina inre och yttre resurser, använda och återanvända dem för att förverkliga sina ambitioner, tillfredsställa sina behov och uppfatta meningsfullhet (idem). Denna definition ligger nära det aktuella forskningen påvisar om betydelsen av psykosociala faktorer och illustrerar också begreppet empowerment, att ge egenmakt. På motsvarande sätt definierar Socialstyrelsen att *hälsofrämjande åtgärder avser att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga* (Socialstyrelsen, termbank). Som exempel på *gruppriktade hälsofrämjande åtgärder* anges föräldrastöd på barnavårdscentralen eller aktiviteter för ungdomar som syftar till att stärka deras självkänsla medan

*exempel på strukturinriktade hälsofrämjande åtgärder är att utveckla de samhällsarenor där människor lever till att bli hälsofrämjande miljöer.*

*Arenaperspektivet är ett sätt att tillvarata livsmiljön så att den ger individer förutsättningar att leva och utvecklas utifrån sin potential. Detta kräver delaktighet och innefattar sociala aspekter, hur normer, vanor och sociala resurser återverkar på hälsan. Arenaperspektivet inkluderar även demokratiskt deltagande i beslut samt att ansvar och beslut decentraliseras till de miljöer – arenor – där människor lever, verkar och dör. Sådana arenor kan vara skolan, arbetsplatsen och bostadsområdet men också hälso- och sjukvården. Arenorna innehåller flera samverkande dimensioner: fysiska, sociala, psykologiska, andliga, ekonomiska och politiska. Den hälsofrämjande samhällsarenan karakteriseras av strukturella insatser för att minska exponering för olika riskfaktorer men särskilt att skapa möjligheter att påverka sin situation.*

*Green et al. (2000) beskriver att ett hälsofrämjande arbete med ett arenaperspektiv (settings approach) utgår från ett gräsrotsperspektiv (bottom-up) där delaktighet och empowerment är nödvändiga inslag. Ett arenabaserat hälsofrämjande arbete (settings based approach), har i stället oftast inslag av ett ovanifrånperspektiv (top-down), där interventioner genomförs riktat till befolkningen. Författarna menar att hälsofrämjande arbete förutsätter delaktighet och empowerment. Empowerment, av individer och samhällen, är på samma sätt grundläggande för att minska skillnader i hälsa (Marmot, 2010).*

*För att minska skillnader i hälsa är det därför viktigt att skapa livsvillkor som ger alla en reell möjlighet att påverka sin tillvaro, en ekonomisk grundtrygghet, och möjligheten att utvecklas och leva i sociala sammanhang där man kan känna tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro.*

## **Förslag till insatser för att minska skillnader i hälsa**

1. Verka för en samhällsdialog om människosyn och för att samhällets grundläggande värderingar verkligen innefattar alla människors lika värde.
2. Verka för en utvidgad demokrati för delaktighet och inflytande över beslut som berör människors vardagsliv så att de kan påverka sin situation.
3. Utveckla välfärdssystemets ersättningsnivåer för att säkra ekonomisk grundtrygghet också för de mest utsatta.
4. Utveckla handlingsplaner och identifiera insatser på nationell, regional och lokal nivå, som motverkar fattigdom med särskilt fokus på barn och gamla.
5. Vidareutveckla kompetens inom välfärdssystem och skola om hur bemötande och förhållningssätt kan påverka tilltro, tillit, hopp och framtidstro och genom detta kan bidra till jämlik hälsa.
6. Utveckla och stärk bemötandet i välfärdssystemets alla delar från MVC, skola, försäkringskassa och arbetsförmedling till sjuk- och äldreomsorg och omsorg.
7. Stärk förutsättningar för MVC och BVC att stödja föräldraskap och tidigt initiera stödjande insatser i familjer med sviktande psykosocial situation och stärk dess insatser för särskilt utsatta familjer.
8. Utveckla Familjecentralernas verksamhet och använd stimulansmedel för att utvärdera deras förmåga till samverkan för att främja jämlik hälsa genom att nå utsatta grupper.

9. Påminn om och skapa förutsättningar för skolan att uppfylla sin kompensande funktion och bli en jämlik skola för alla.
10. Understöd satsningar på demokrati och tolerans och stärk skolors kunskapsbaserade satsningar mot diskriminering och mobbning.
11. Utveckla skolans förmåga att möta och tillvarata olika barns förmåga och styrka, både teoretisk och praktisk talang, att tidigt identifiera barn som förlorar tilltro till sin förmåga och att tidigt ge stöd till elever som riskerar att inte uppfylla läromålen.
12. Utforma uppdrag och avtal för alla skolor, oavsett driftsform och huvudman, med tydliga krav vad gäller dess fysiska och psykosociala inre och yttre miljö, innefattande tillgänglig skolgård som man kan nå varje rast.
13. Stärk elevhälsan och dess hälsofrämjande och preventiva uppdrag: Stärk dess resurser och ställ krav på att skolan har en skolsköterska som är närvarande varje dag samt adekvat tillgång till psykosocial kompetens såsom kurator och psykolog.
14. Stärk skolans uppdrag och möjlighet att stimulera barnens fysiska aktivitet med det dubbla målet att stärka deras fysiska förmåga och självkänsla.
15. Öka medvetenhet hos beslutsfattare om boendemiljöns och boendeområdets betydelse för jämlikhet i trygghet, tillit och hälsa och skapa strukturer för hälsokonsekvensanalyser vid beslut om ny- eller ombyggnad.
16. Motverka boendesegregation (t.ex. geografisk, ålder, ekonomi, etnicitet) och stigmatisering av bostadsområden.
17. Erbjud, i samverkan med andra aktörer, fritidsaktiviteter för olika åldrar och behov tillgängliga för alla oberoende av funktionsförmåga eller ekonomiska förutsättningar.
18. Stimulera insatser som stärker social gemenskap och socialt kapital i lokalsamhället genom samverkan med civilsamhälle och medborgare och stöd lokala initiativ.
19. Stärk meningsfullhet för individer i utsatt social situation genom att tillvarata civilsamhället som en resurs i samhället.
20. Arbeta utifrån ett långsiktigt socialt investeringsperspektiv, särskilt vid tidiga insatser för ungdomar som har bristande tillit till andra och tilltro till sin egen förmåga.
21. Stimulera framväxt av arbetsintegrerade sociala företag för att skapa arbete, tillit och framtidstro för dem som förlorat detta.
22. Motverka utbytbarhet och utslagning från arbetsmarknaden genom anpassning av arbetsuppgifter och aktiv rehabilitering för alla yrkeskategorier.
23. Skapa äldreboenden som är ekonomiskt möjliga för den som har behov av detta utifrån social isolering och behov av gemenskap.
24. Skapa en synergieffekt genom att med detta (punkt 23) samtidigt frigöra bostäder till ungdomar som i dag saknar möjlighet till egen bostad.



# Referenser

- Albin, M., Gustavsson, P., Katarina Kjellberg, K. och Töres Theorell (2017). *Underlagsrapport om arbetsmiljö och jämlik hälsa*. Nationella kommissionen för jämlik hälsa.
- Antonovsky, A. (1993). *The structure and properties of the sense of coherence scale*. Soc Sci Med; 36:725–733.
- Barefoot, J.C., Peterson, B.L., Dahlstrom, W.G. et al. (1991). *Hostility patterns and health implications: correlates of Cook-Medley Hostility Scale scores in a national survey*. Health Psychol; 10:18–24.
- Barefoot, J.C., Maynard, K.E., Beckham, J.C., Brummett, B.H., Hooker, K. och Siegler, I.C. (1998). *Trust, health, and longevity*. J Behav Med; 21: 517–526.
- Baum, A., Garofalo, J.P., Yalim, A.M. (1999). *Socioeconomic status and chronic stress*. Does stress account for SES effects on health? Ann N Y Acad Sci; 896:131–44.
- Berkman, L.F. och Syme, S.L. (1979). *Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am J Epidemiol.; 109, 186–204.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. och Seeman, T.E. (2000). *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. Soc Sci Med; 51(6), 843–857.
- Betancourt, T.S. och Khan, K.T. (2008). *The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience*. Int Rev Psychiatry. 20(3): 317–28.
- Braveman, P. och Barclay, C. (2009). *Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective*. Pediatrics; 124(3): 163–75.
- Chen, E. och Miller, G.E. (2013). *Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors*. Ann Rev Clin Psychol.; 9: 723-49.
- Dahlstedt, M., Hertzberg, F., Urban, S. och Åhlund, A. (2007). *Utbildning, arbete, medborgarskap: strategier för social inkludering i den mångkulturella staden*. Umeå: Boréa.
- Ditzen, B. och Heinrich, M. (2014). *Psychobiology of social support: The social dimension of stress buffering*. Restorative Neurology and Neuroscience 32 (2014) 149–162.
- De Clercq, B., Vyncke, V., Hublet, A., Elgar, F.J., Ravens-Sieber, U., Currie, C., Hooge, M., Lenen, A. och Maes, L. (2012). *Social capital and social inequality in adolescents' health in 601 Flemish communities: A multilevel analysis*. Soc Sci Med; 72(2) 202–210.
- Enfield, R. och Nathaniel, K.C., (2013). *Social capital: Its constructs and survey development*. On New directions for youth development No 138. Wiley periodicals Inc.
- Eller, N.H., Netterstrøm, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T.S., Nielsen, F., Steptoe, A. och Theorell T. (2009). *Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review*. Cardiol Rev. Mar–Apr; 17(2): 83–97.
- Elgar, F.J. (2010). *Income inequality trust and population health in 33 countries*. Am J Public Health 11(11) 2 311–2 315.

- Elgar, F.J., Trites, S.J., och Boyce, W. (2010). *Social capital reduces socio-economic differences in child health: evidence from the Canadian Health Behaviour in School-Aged Children study*. Can J Public Health. 2010 Nov–Dec; 101 Suppl 3:S23–7.
- Eriksson, M. (2011). *Social capital and health-implications for health promotion*. Glob Health Action. 8(4).
- Erdem, Ö., Van Lenthe F.J., Prins R.G., Voorham t.A.J.J. och Burdorf, A. (2016). *Socio-economic inequalities in psychological distress among urban adults. e moderating role of neighborhood social cohesion*. Plos One, June 9, 11(6).
- Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Pukkalam E., Tuomilehto, J., et al. (1996). *Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer*. Psychosom Med.; 58(2): 113–21.
- Fraga, S., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., Waeber, G., Guessous, I., Paccaud, F., Barros, H. och Stringhini S. (2015). *Associations of socioeconomic status with inflammatory makers: a two cohort comparison*. Preventive medicine 7;12–19.
- Flórez, K.R., Ghosh-Dastidar, M.B., Beckman, R., de la Haye, K., Duru, O.K., Abraído-Lanza, A.F. och Dubowitz. T., (2016). *The Power of Place: Social Network Characteristics, Perceived Neighborhood Features, and Psychological Distress Among African Americans in the Historic Hill District in Pittsburgh, Pennsylvania*. Am J Community Psychol. Sep; 58 (1–2):60–8.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*.
- Fugelli, P. *Tillit är medicinens grundämne*. (2006). Läkartidningen nr 24–25, volym 103.
- Garvin, P., Jonasson, L., Nilsson, L., Falk, M., och Kristenson M. (2015). *Plasma Matrix Metalloproteinase-9 Levels Predict First-Time Coronary Heart Disease: An 8-Year Follow-Up of a Community-Based Middle Aged Population*. PLoS One. Sep 21;10(9).
- Green, L. W., Poland, B. D. och Rootman, I. (2000). *The settings approach to health promotion*. In B. D. Poland, B.D., Green, L.W. och Rootman I. (Eds.), *Settings for health promotion: Linking theory to practice*. Thousand Oaks: Sage.
- Hansson, G. (2005). *Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease*. N Engl J Med. Jul 28; 352:1 685–95.
- Henderson, H., Child, S., Moore, S., Moore, J.B. och Kaczynski, A.T. (2016). *The Influence of Neighborhood Aesthetics, Safety, and Social Cohesion on Perceived Stress in Disadvantaged Communities*. Am J Community Psychol. Sep; 58(1–2):80–8.
- Janicki-Deverts, D., Chen, E. och Matthews K.A. (2010). *Childhood socioeconomic status and adult health*. Ann N Y Acad Sci. 2010; 1186: 37–55.
- Kan, C., Kawakami, N., Karasawa, M., Love, G.D., Coe, C.L., Miyamoto, M., et al. (2014). *Psychological resources as mediators of the association between social class and health: comparative findings from Japan and the USA*. Int J Behav Med. 21:53–65.
- Kristenson M., Kucinskiene, Z., Bergdahl, B., och Orth-Gomér, K., (2001). *Risk factors for ischemic heart disease in different socioeconomic groups of Lithuania and Sweden: the Livicordia study*. Scand j Public Health 29, 140–150.
- Kristenson, M., Eriksen, H.R. Sluiter, J.K., Starke, D. och Ursin, H. (2004). *Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health*. Soc Sci Med;. 2004; 58:1 511–22.
- Kristenson, M., Garvin, P. och Lundberg, U. (2011). *Saliva cortisol measurements in health and disease*. Open access: Bentham Publisher. E-book.

- Kumari, M., Shipley, M., Stafford, M. och Kivimaki, M. (2011). *Association of diurnal patterns in salivary cortisol with all-cause and cardiovascular mortality: findings from the Whitehall II study*. *J Clin Endocrinol Metab.*; 96(5):1 478–85.
- Lindeberg, S.I., Rosvall, M. och Östergren, P.O. (2012). *Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women*. *J Psychosom Res.* Jan; 72(1):17–21.
- Lie, B. (2003). *The triple burden of trauma, uprooting and settlement. A non-clinical study health and psychosocial functioning of refugees in Norway*. Psychosocial Centre of Refugees. University of Oslo, Unipub.
- Liu, M., Wu, L. och Ming, Q. (2015). *How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis*. *PLoS ONE* 10(8).
- Lundberg, J., Bobak M., Malyutina, S., Kristenson, M. och Pikhart H. (2007). *Adverse health effects of low levels of perceived control in Swedish and Russian community samples*. *BMC Public Health.* Nov 2; 7:314.
- Lundgren, O., Garvin, P., Jonasson, L., Andersson, G. och Kristenson M. (2015). *Psychological Resources are Associated with Reduced Incidence of Coronary Heart Disease. An 8-Year Follow-up of a Community-Based Swedish Sample*. *Int J Behav Med.*, 22:77–84.
- Länsstyrelsen Skåne: [www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap](http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap)
- McEwen, B.S. (2000). *The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance*. *Brain Res.*; 886 (1–2):172.
- Mackenbach, JP. (2012). *The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox*. *Soc Sci Med.* Elsevier; 75(4):761–9. 8/57.
- Maggi, S., Irwin, L.J., Siddiqi, A. och Hertzman, C. (2010). *The social determinants of early child development: an overview*. *J Paediatr Child Health.*; 46(11): 627–35.
- Mair, C., Diez Roux, A.V. och Morenoff, J.D. (2010). *Neighborhood stressors and social support as predictors of depressive symptoms in the Chicago Community Adult Health Study*. *Health Place.* Sep; 16(5):811–9.
- Mair, C., Kaplan, G.K. och Everson-Rose, S.A. (2012). *Are there hopeless neighborhoods? An exploration of environmental associations between individual-level feelings of hopelessness and neighborhood characteristics*. *Health Place.* Mar; 18(2): 434–439.
- Malmö stad. *Malmöns väg mot en hållbar framtid*. (2013). Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommissionen för ett hållbart Malmö.
- Marmot, M., Shipley, M. och Rose, G. (1984). *Inequalities in death-specific explanations of a general pattern?* *Lancet* 5:1 003–1 006.
- Marmot, M., (2004). *Status Syndrome: How Your Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Bloomsbury, London.
- Marmot, M. och Wilkinson, R.G., eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 2<sup>nd</sup> ed.
- Marmot, M., (2010). *Marmot Review Final Report: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. Department of Health, London.
- Marteinsdottir, M., Ernerudh, J., Jonasson, L., Kristenson, M. och Garvin, P., (2016). *Psychological Resources Are Independently Associated with Markers of Inflammation in a*

- Middle-Aged Community Sample*. International Journal of Behavioral Medicine Oct; 23(5):611–20.
- Matthews, K.A. Gallo, L.C. och Taylor, S.E. (2010). *Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future*. Ann N Y Acad Sci. 1186:146–73.
- Mitchell, A.M., Pössel, P., Sjögren, E. och Kristenson M. (2013). *Hopelessness the “active ingredient”?* Associations of hopelessness and depressive symptoms with interleukin-6. Int J Psychiatry Med.; 46(1):109–17.
- Mooney, C., Elliot, A.J., Kathryn, Z. och Douthit, K.Z.D., (2016). *Perceived Control Mediates Effects of Socioeconomic Status and Chronic Stress on Physical Frailty: Findings From the Health and Retirement Study*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.
- Moor, I., Spallek, J. och Richte, M. (2017). *Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors*. J Epidemiol Community Health.
- Mulvaney, C. och Kendrick, D. (2005). *Depressive symptoms in mothers of preschool children – effects of deprivation, social support, stress and neighbourhood social capital*. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 40(3) 202–8.
- Nabi, H., Kivimäki, M., Marmot, M.G., Ferrie, J., Zins, M., Ducimetière, P., Consoli, S.M. och Singh-Manoux, A. (2008). *Does personality explain social inequalities in mortality?* The French GAZEL cohort study. Int J Epidemiol. Jun; 37(3):591–602.
- Najman, J.M. (1980). *Theories of disease causation and the concept of general susceptibility; a review*. Soc Sci Med; 14 A:231–237.
- Nicholson, N.R. (2012). *A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults*. J Prim Prev. Jun; 33(2–3):137–52.
- Pearlin, L. och Schooler, C. (1978). *The Structure of Coping*. Journal of Health and Social Behavior. 19(1), 2–21.
- Pikhart, H. och Pikhartova, J. (2015). *The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases*. Health Evidence Network synthesis report.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Reeves, A., McKee, M., Mackenbach, J., Whitehead M, och Stuckler D. (2016). *Introduction of a National Minimum Wage Reduced Depressive Symptoms in Low-Wage Workers: A Quasi-Natural Experiment in the UK*. Health Econ. Apr 4.
- Ridker, P.M., et al. (2000). *Plasma Concentration of Interleukin-6 and the Risk of Future Myocardial Infarction Among Apparently Healthy Men*. Circulation. 2000; 101(15):1 767–72.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., et al. (2004). *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet; 364(9438):953–62.
- Rotter, J.B. (1967). *A new scale for the measurement of interpersonal trust*. J Pers; 35: 651–559.
- Shah, P.K. (2003) *Mechanisms of plaque vulnerability and rupture*. J Am Coll Cardiol; 41:S15–22.
- Schöllhen, I., Huxhold, O., Schutz, B. och Tesch-Römer, C. (2011). *Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status*. Health Psychology, 30(3), 326–335.



- Seligman, M., (1972). *Learned helplessness*, Annual Review of Medicine. Vol. 23:407–412.
- Shah, P.K., (2003). *Mechanisms for plaque vulnerability and rupture*. J Am Coll Cardiol. Feb 19; 41(4 Suppl S):15S–22S.
- Siegrist, J. och Li, J. (2016). *Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model*. Int J Environ Res Public Health. Apr 19; 13(4):432.
- Sjögren, E. och Kristenson, M. (2006). *Can gender differences in psychosocial factors be explained by socioeconomic status?* Scand J Public Health 34(1):59–68.
- Sjögren E., Leanderson, P. och Kristenson, M. *Diurnal saliva cortisol levels and relations to psychosocial factors in a population sample of middle-aged Swedish men and women*. Int J Behav Med. 2006; 13(3):193–200.
- Skodova, Z., et al. (2008). *Socioeconomic differences in psychosocial factors contributing to coronary heart disease: review*. J Clin Psychol Med Settings. 15(3):20413.
- Skogbrott Birkeland, M., Birkeland Nielsen, M., Bang Hansehn, M. Stein Knardah, S. och Trond Heira ( 2017). *Like a bridge over troubled water? A longitudinal study of general social support, colleague support, and leader support as recovery factors after a traumatic event*. European Journal of Psychotraumatology, Volume 8, 2017 – Issue 1.
- Socialstyrelsens, Termbank. <http://termbank. Socialstyrelsen.se/>
- Stamatakis, K.A., Lynch, J., Everson, S.A., Raghunathan, T., Salonen, J.T. och Kaplan, G.A. (2004). *Self-esteem and mortality: prospective evidence from a population-based study*. Ann Epidemiol.; 14(1):58–65.
- Steptoe, A. och Marmot, M. (2003). *Burden of psychosocial adversity and vulnerability in middle age: associations with biobehavioral risk factors and quality of life*. Psychosom Med. Nov–Dec; 65(6):1 029–37.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimäki, M., Marmot, M., Sabia, S. och Singh-Manoux, A. (2011) *Health behaviours, socioeconomic status and mortality: further analyses of the British Whitehall II and French GASZEL prospective cohorts*. PLoS Med. Feb 8(2).
- Subramanyam, M., Kawachi, I., Berkman, L. och Subramanian, S.V. (2009.). *Relative deprivation in income and self-rated health in the United States*. Soc Sci Med. Aug; 69(3):327–34.
- Surtees, P.G., Wainwright, N.W., Luben, R.; Wareham, N.J.; Bingham, S.A. och Khaw, K.T *Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk*. (2010). Health Psychology, Vol 29(4), Jul, 412–420.
- Söderberg, Hjalmar (1905). *Doktor Glas*: roman. Stockholm: Bonnier.
- Theorell, T., Westerlund, H., Alfredsson, L., och Oxenstierna, G. (2005). *Coping with critical life events and lack of control – the exertion of control*. Psychoneuroendocrinology. Nov; 30(10):1 027–32. Review.
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., et al. (2015). *A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms*. BMC Public Health. Aug.
- Thomas K, Festin K., Ekberg J. och Kristenson M. (in press). *Choice of measures matters: A Study of relationships between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged population*. Plus One.
- Twenge, J.M. och Campbell, W.K. (2002). *Self-esteem and socioeconomic status: a meta-analytic review*. Pers Soc Psychol Rev; 6:59–71.

- Undén, A.L. och Orth-Gomer, K. (1989). *Development of a social support instrument for use in population surveys*. Soc Sci Med; 29:1 387–1 392.
- Uphoff, E.P., Pickett, K.E., Cabieses, B., Small, N., et al. (2013). *A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities*. Int J Equity Health. 2013; 12: 54.
- Ursin, H. och Eriksen, H.R., (2004). *The cognitive activation theory of stress*. Psychoneuroendocrinology. Jun; 29 (5):567–92. Review.
- Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E.M., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K.H., et al. (2008). *Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study*. Int J Equity Health; 7:13.
- Vonneilich, N., Jöckel, K-H., Erbel, R., Klein, J., et al. (2012). *The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health – results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study*. BMC Public Health; 12:285.
- Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A. och White, M. (2016). *How could differences in ‘control over destiny’ lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment*. Health Place. May; 39:51–61.
- World Health Organisation, editor (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- Zilioli, S., Imami, L. och Slatcher, R.B. (2017). *Socioeconomic status, perceived control, diurnal cortisol, and physical symptoms: A moderated mediation model*. Psychoneuroendocrinology. Jan; 75:36–43.
- Åberg Yngwe, M., Fritzell, J., Lundberg, O., Diderichsen, F. och Burström B., (2003). *Exploring relative deprivation: is social comparison a mechanism in the relation between income and health?* Soc Sci Med. Oct; 57(8):1 463–73.
- Östsam. (2014). *Östgötakommisionen för folkhälsa: slutrapport*. Regionförbundet Östsam.





---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

[www.kommissionjamlikhalsa.se](http://www.kommissionjamlikhalsa.se)