



EKONOMI  
HÖGSKOLAN  
Lunds universitet

Kandidatuppsats 10 p  
Nationalekonomiska institutionen  
Hösten 2005

## Utbildningens betydelse för individens produktion av hälsa

Författare: Maria Kronogård

Handledare: Carl Hampus Lyttkens

## Abstract

Olika socioekonomiska faktorer som utbildning, inkomst, ålder, familjestatus och kön har betydelse för individens hälsa och hur individen själv producerar i sin hälsa. Hälsa både efterfrågas och produceras av individen, för att kunna göra detta efterfrågas varor och tjänster på marknaden som ingår i individens nyttofunktion. För att kunna köpa varorna krävs att en del av tiden fördelas till marknadsarbete och en del till hushållsproduktion. Inom ramen för hushållsproduktion produceras hälsan. Effektiviteten i produktionen av hälsa påverkas bland annat av hur mycket utbildning individen har. Mer utbildning innebär att avkastningen från givna insatser blir större, fler antal friska dagar, jämfört med om individen hade haft mindre utbildning. Syftet är att presentera den teoretiska och ekonomiska forskningen kring hälsans bestämningsfaktorer. Rapporten ”Hälsförhållanden i Skåne – Folkhälsoenkät Skåne 2004” från Region Skåne används för att diskutera hur olika yrkeskategorier producerar hälsa samt om det finns skillnader i ohälsa mellan individer som antas ha fler års utbildning jämfört med individer med färre års utbildning.

Nyckelord: Produktion av hälsa, Utbildning, Socioekonomiska faktorer, Individen, Region Skåne

# Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Syfte och frågeställning.....	5
1.2 Metod och Material .....	5-6
1.3 Disposition .....	6
2 Teori – Grossmans modell.....	7
2.1 Utbildning och hälsa .....	7-9
2.2 Produktion av friska dagar .....	9-10
2.3 Avvägning mellan hälsa och annan hushållsproduktion.....	10-11
2.4 Investering och avkastning – utbildningens betydelse.....	11-13
2.5 Utveckling av Grossmans modell .....	13-15
2.6 Hur hänger allt samman .....	15-17
3 Hälsförhållanden i Skåne – vad visar diagrammen?.....	18
3.1 Bakgrund .....	18-19
3.2 Ökad nytta från ohälsosam konsumtion och minskat hälsokapital.....	19-20
3.2.1 Daglig rökning .....	20-21
3.2.2 Någonsin rökt hasch.....	21
3.2.3 Riskkonsumtion av alkohol.....	22-23
3.2.4 Låg fysisk aktivitet på fritiden .....	23-24
3.2.5 Fetma.....	24
3.2.6 Sammanfattning .....	25
3.3 Faktorer som kan tyda på ohälsa .....	25-26
3.3.1 Dålig självskattad hälsa .....	26
3.3.2 Dålig psykisk hälsa.....	26
3.3.3 Mer än 30 dagars sjukfrånvaro det senaste året .....	26
3.3.4 Långvarig sjukdom.....	27
3.3.5 Sammanfattning av faktorer som kan tyda på ohälsa.....	27
3.4 Översiktstabeller .....	27-29
4 Folkhälsan i Sverige och andra länder.....	30
4.1 Sverige.....	30-32
4.2 Studier från andra länder .....	32-33
5 Avslutning .....	34
5.1 Diskussion .....	34
5.1.1 Ökad nytta från ohälsosam konsumtion och minskat hälsokapital i framtiden år 2004.....	35
5.1.2 Faktorer som kan tyda på ohälsa år 2004.....	36
5.2 Slutsats.....	36-38
Bilaga 1 Diagram över ohälsosam konsumtion.....	39-42
Bilaga 2 Diagram över faktorer som kan tyda på ohälsa.....	43-46
Källförteckning.....	47-49

# 1 Inledning

---

*I denna del presenteras bakgrunden till uppsatsen, syfte, frågeställning, metod och material*

---

Inkomst, utbildning, yrke, kön, ålder och civilstånd är socioekonomiska faktorer som har betydelse för individens hälsa. Inkomsten avgör hur mycket pengar individen kan avvara på till exempel fritidsintressen och boende. Utbildning bestämmer yrkeskategori. Yrkeskategori avgör inkomst och arbetsmiljö som i sin tur påverkar hälsan. Hälsan avgör hur mycket individen kan arbeta och därmed även inkomsten. De olika socioekonomiska faktorerna har inverkan på varandra och har i sin tur effekt på hälsan. Det kan vara svårt att veta exakt hur varje enskild faktor utövar inflytande på hälsan och hur de samspelar med varandra, eftersom varje individ har olika förutsättningar. Utbildningsnivå anses ha positiv inverkan på hur individen investerar i sin hälsa. Denna uppsats tar upp hur de socioekonomiska faktorerna inverkar på hälsan och hur individer med olika utbildningsnivåer producerar hälsa.

Hälsa är flerdimensionerat och utgår från individen vilket gör det komplext. För en individ kan den främsta orsaken till ohälsa vara en otillfredsställande arbetsmiljö. För en annan kan avsaknad av arbete eller sysselsättning medan det för den tredje kan vara ålder och genetiska faktor eller en kombination av ovanstående. En svårighet är att finna ett orsakssamband mellan de olika socioekonomiska faktorerna i individens omgivning, men även då detta blir klarlagt så är det svårt att veta vad som är den verksamma processen bakom händelsekedjan som påverkar hälsan.

En högre utbildning leder oftast till ett mer kvalificerat arbete med bättre arbetsförhållanden och högre lön vilket i sin tur ger bättre utgångspunkt för att kunna påverka hälsan. Utbildning leder också till större kunskaper både inom ett specifikt område men också på ett mer generellt plan, samt en förmåga att lättare ta till sig ny information. En individ med utbildning har en bättre löneutveckling vilket ger större resurser att satsa på olika hälsofrämjande aktiviteter, så som god kosthållning och utövande av fysisk aktivitet. Vilket arbete man har är till stor del relaterat till utbildning. Michael Grossmans modell från början av 1970-talet förklarar sambandet mellan utbildning och hälsa och individens produktion av hälsa.

Grossman (1972) menar att utbildning är en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa. Utbildade människor är mer effektiva producenter av hälsa, utifrån den tid och de pengar som de avsätter är avkastningen relativt sett större jämfört med individer med lägre utbildning. Allt sedan Grossmans modell lanserades har många forskare utvecklat och gjort tillägg i hans modell. Här används två tillägg, vilka presenteras i teoridelen, som gör Grossmans modell mer användbar för syftet med denna uppsats.

Under 2004 genomförde Region Skåne, under namnet Skånsk Livskraft, en omfattande enkätundersökning av den skånska befolkningens hälsa. Syftet med undersökningen var att få en uppfattning om befolkningens hälsa, vårdkontakter samt levnads- och miljöförhållanden. Resultatet från enkätundersökningen kom ut i en rapport, ”Hälsoförhållanden i Skåne – Folkhälsoenkät Skåne 2004”, i mitten av juni 2005. Valda delar av rapporten används som underlag för uppsatsen. Rapporten är indelad efter yrkeskategorier. Dessa används som en generell sortering för utbildningsnivå. I rapporten kan man se vissa skillnader mellan olika yrkeskategoriers hälsa och produktion av hälsa samt skillnader mellan män och kvinnor (Rosvall et al 2005, s. 9).

## 1.1 Syfte och frågeställning

Syftet är att presentera den teoretiska och ekonomiska forskningen kring hälsans bestämningsfaktorer med Grossmans teori som grundval. Utifrån valda delar av resultatet i rapporten ”Hälsoförhållanden i Skåne – Folkhälsoenkät Skåne 2004” diskuteras hur olika yrkeskategorier producerar hälsa samt om det finns skillnader i ohälsa mellan individer som antas ha fler års utbildning jämfört med individer med färre års utbildning. Frågeställningen för denna uppsats blir därför:

*Producerar individer med mer utbildning hälsa mer effektivt?*

## 1.2 Metod och material

Här används specifika delar av rapporten ”Hälsoförhållanden i Skåne – Folkhälsoenkät Skåne 2004” som är intressanta inom ramen för denna studie. Men också för att jag själv ville lära mig mer om folkhälsan i Skåne. I denna uppsats görs en forskningsöversikt där dels undersökningar gjorda i Sverige används men också utomlands för att kunna jämföra Sverige

med andra industrialiserade länder. Valet av Grossman som teoretiskbakgrund föll sig naturligt eftersom hans modell är den mest välkända för hur individen investerar i sin hälsa.

### 1.3 Disposition

Uppsatsen börjar med att förklara de grundläggande dragen av Grossmans teori. I slutet av teoridelen görs en utveckling av Grossmans teori. Därefter kommer en redovisning av resultaten från digrammen som följs av en summering av undersökningar av folkhälsan i Sverige och andra länder. Till sist kommer avslutning med diskussion och slutsats där resultaten från enkätundersökningen kopplas till Grossmans teori och de tillägg som presenterats i teoridelen.

## 2 Teori – Grossmans modell

---

*Teoridelen förklarar de grundläggande dragen av Grossmans teori, det vill säga sambandet mellan socioekonomiska faktorer och hälsa och varför utbildade personer producerar hälsa mer effektivt. I slutet finns tillägg i Grossmans modell som är intressanta för denna studie.*

---

### 2.1 Utbildning och hälsa

I enlighet med sedvanlig efterfrågeteori så kan varje konsument utifrån sina preferenser rangordna olika alternativ på marknaden. Konsumenten antas välja den kombination av varor och tjänster som maximerar nyttan givet budgetrestriktionen, i detta fall inkomsten. Denna modell förklarar efterfrågan på de flesta varor men för efterfrågan på hälsa skiljer det sig något (Grossman 1999, s. 1). Hälsa både efterfrågas och produceras av individen. Michael Grossman lanserade sin teori “The demand for health: A theoretical and empirical investigation” 1972, nästan 30 år senare, 1999, kom “The human capital model of the demand for health”. Den senare används som utgångspunkt i denna uppsats.

Humankapitalteori är en av grundpelarna i Grossmans modell. Enligt humankapitalteori innebär en ökning av kunskapsmängden hos individen att individen ökar sin produktivitet på marknaden och i hushållsproduktionen. En investering i utbildning innebär således inte enbart mer kunskap utan också ökad effektivitet i produktion vilket genererar till exempel mer inkomst. Varje individ har en viss mängd humankapital. Hälsokapitalet ingår som en del av humankapitalet. Grossmans modell förklarar efterfrågan på hälsokapital. Det finns en central förbindelse mellan hushållsproduktion och investeringar som individen gör i sitt humankapital. Konsumenten investerar i sitt humankapital och producerar investeringarna genom till exempel olika former av utbildning. I individens nyttofunktion ingår varor som kan köpas på marknaden. Varorna används i hushållsproduktionen och hälsan produceras i sin tur inom ramen för hushållsproduktionen. Individens tid fördelas mellan marknadsarbete och hushållsproduktion. Hälsan är avgörande för att individen överhuvudtaget ska kunna delta både i marknadsarbete som genererar en inkomst och hushållsproduktion som bland annat ger

individens hälsa. Mängden kunskap påverkar produktiviteten i hälsoproduktionen och marknadsarbetet (Grossman 2000, s. 350). Hälsa produceras inom hushållet som en del av hushållsproduktionen. Hushållsproduktion innebär till exempel att individen lagar mat, joggar i skogen eller städar huset. Tiden som allokeras till hushållets produktion genererar ”varor” som konsumeras inom hushållet och ger individerna nytta. Hälsa efterfrågas av konsumenten av två anledningar. Dels som en konsumtionsvara där hälsa ingår i individens nyttofunktion. Dels som en investeringsvara, där hälsa bestämmer den totala mängd tid som kan användas till marknadsarbete och hushållsproduktion. En ökning av hälsokapitalet minskar tiden som individen är sjuk och ökar tiden för marknadsarbete och hushållsproduktion (Grossman 2000, s. 350 Grossman 1999, s. 3).

Olika mått på hälsa som ofta används är dödlighet, sjuklighet, handikapp och självuppskattad hälsa (Fuchs 2004, s.653-654). Grossman (2000) definierar hälsa i form av ett långt liv och dagar fria från sjukdom under ett givet år. Forskning tyder på en positiv korrelation mellan utbildning och hälsa. Denna observation är gällande oavsett om hälsa mäts utifrån dödlighet, sjuklighet eller självuppskattad hälsa. Den positiva korrelationen mellan hälsa och utbildning kan förklaras på tre olika sätt. Den första förklaringen utgår från att det finns ett orsakssamband mellan utbildning och hälsa, som går från en ökning i utbildning till en ökning av hälsan. Den andra har som utgångspunkt att personer med bättre hälsa utbildar sig mer. Den tredje hävdar att det inte finns något direkt samband mellan utbildning och hälsa utan att det istället är andra variabler som social och psykisk förmåga samt föräldrarnas karakteristiska som är avgörande för individens utbildning och hälsa (Grossman 2000, s.396). Sambandet där mer utbildning leder till bättre hälsa innebär att utbildade personer producerar hälsa på ett mer effektivt sätt, som för det första medför att effektiv produktion ger en större avkastning från givna valda insatser. För det andra att utbildade personer fördelar insatserna för att producera hälsa på ett bättre sätt av den orsaken att utbildning innebär bättre vetenskap om vilka insatser som gynnar hälsan. Ytterligare en möjlighet är att utbildning leder till en förändring i preferenser på ett sätt som är mer fördelaktigt för hälsan. Det kan dock vara svårt att särskilja förändringar i preferenser från antagandet om bättre fördelning av insatserna då information om hälsoriskerna för en viss vara funnits tillgängliga en längre tid. Förbindelsen där bättre hälsa leder till mer utbildning kan bero på att studenter med bättre hälsa ökar sitt humankapital i större omfattning än studenter med sämre hälsa. Den tredje förklaringen är i första hand relevant då det finns en stor oförklarlig variation i hälsa efter att man kontrollerat för utbildning och andra bestämningsfaktorer. Denna tolkning är alltså främst tillämplig då

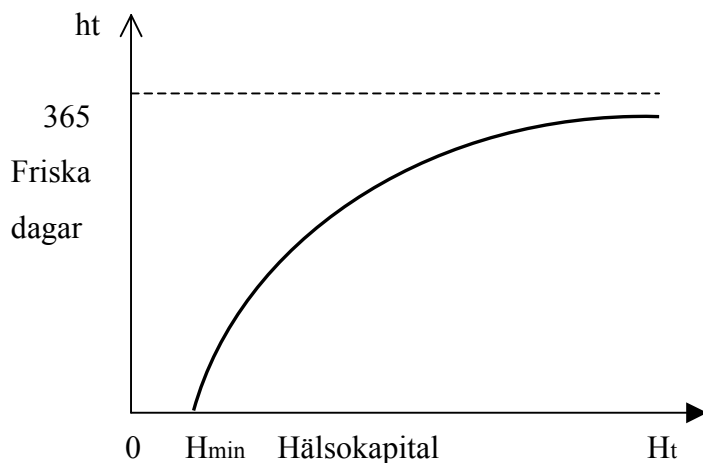


oförklarade faktorer som påverkar hälsan sätts i samband med utbildning (Grossman 2000, s.395-397). Effekten av utbildning på hälsan finns när individen blir en mer effektiv producent av hälsa. Detta sker genom att individen producerar hälsa utifrån givna insatser på ett sådant sätt att avkastningen blir så stor som möjligt eller genom att utbildning ökar kunskaperna om vad som är och inte är gynnsamt för hälsan och därmed allokerar resurserna på det mest effektiva sättet utifrån det.

## 2.2 Produktion av friska dagar

Individen gör val som spänner över flera tidsperioder eller ett helt liv. Hälsa kan ses som en produktionsprocess där varan som produceras är antal friska dagar. I figur 1 beskrivs relationen mellan hälsokapital och antal friska dagar. Den horisontella axeln visar hälsokapitalet för en given period. Det krävs en minimal mängd hälsa i hälsokapitalet. Till vänster om  $H_{min}$  anses individen vara död. Desto mer hälsokapital individen har desto fler friska dagar genereras. Individen ärver en grundläggande mängd hälsa. Hälsan minskar med åldern, särskilt efter att en viss ålder uppnåtts. Hälsan kan ökas genom att individen gör olika investeringar. Investeringar i hälsa sker genom hushållsproduktion där insatserna som väljs kan vara sjukvård, kosthållning, motion, rökning och alkoholkonsumtion, vilket ger en avkastning i form av en viss nivå av hälsa. Ett antagande är att individen själv ”väljer” sin livslängd. Produktionsfunktionen för hälsa påverkas av effektiviteten eller produktiviteten hos individen som i sin tur beror på olika personliga egenskaper. Definitionen på effektivitet är den mängd hälsa som individen erhåller från en given mängd insatser. Det är i detta sammanhang som antal års utbildning har en avgörande betydelse för utfallet på hälsan (Grossman 2000, s. 350-351).

Figur 1 Hälsokapital och antal friska dagar



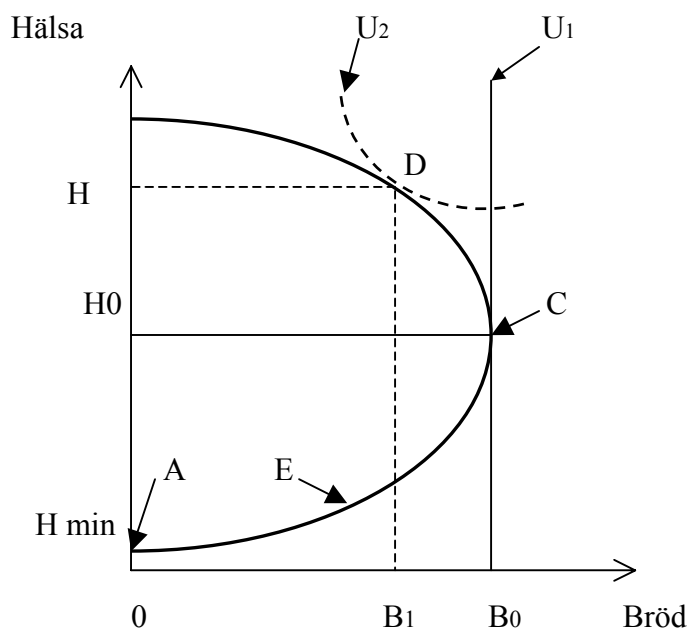
Källa: Grossman 2000, s.36

Den mest grundläggande lagen inom nationalekonomi handlar om den neråtlutande efterfrågekurvan. Mängden hälsa som efterfrågas borde därför vara negativt korrelerad med dess skuggpris. Skuggpriset på hälsa beror inte enbart på priset på sjukvård utan även på många andra faktorer. Förändringar i priset på dessa faktorer ändrar den optimala mängden hälsa och efterfrågan på insatsvaror för att producera hälsa ändras. Grossman visar att skuggpriset på hälsa tilltar med ökande ålder om deprecieringstakten på hälsokapitalet ökar över livscykeln och minskar med mer utbildning under förutsättning att utbildade personer producerar hälsa mer effektivt. (Grossman 2000, s. 351)

## 2.3 Avvägning mellan hälsa och annan hushållsproduktion

I individens nyttofunktion ingår hälsa som en del av hushållsproduktionen. I figur 2 förklaras avvägningen mellan hälsa och annan hushållsproduktion. Ökad hälsa innebär större möjligheter för individen att även ägna sig åt annan hushållsproduktion, vid en förflyttning från punkt A till C innebär en förbättring av hälsan att mängden hushållsproduktion ökar. Genom att flytta sig längs produktionsmöjlighetskurvan, så fördelar individen sin tid mellan fritid och köp av varor på marknaden. En förflyttning från E till C innebär att mer tid gjorts tillgänglig för hushållsproduktion. (Folland, et al 2004, s. 130)

Figur 2. Fördelning av resurser mellan hälsa och bröd



Källa: Folland et al 2004, s 130

I punkten C antas att individen endast har nytta av hälsa som en investeringsvara för att genom marknadsarbete kunna generera en inkomst. Indifferenskurvan är här en vertikal linje som innebär att individen inte är villig att byta en enhet hushållsproduktion mot en enhet hälsa. Nyttan maximeras genom så mycket hushållsproduktion som möjligt. Antag nu att individens nyttofunktion inkluderar hälsa i ett vidare perspektiv än för att kunna generera en inkomst. Detta innebär en förflyttning från punkt C till D, där indifferenskurvan lutar neråt. I punkten D bedömer individen värdet av hälsan både som en konsumtionsvara och som en investering i produktionskapaciteten. Hälsa som en konsumtionsvara innebär att individen har nytta av att vara frisk och investering i produktionskapaciteten innebär att en frisk individ är mer produktiv vilket genererar mer inkomst (Folland et al, 2004, s. 130).

## 2.4 Investering och avkastning – utbildningens betydelse?

Kapital är en av produktionsfaktorerna som används för att producera en vara. Kostnaden för kapitalet, räntan, är en resurs som skulle kunna ha använts till att investera i något annat. Investeringen som görs i kapitalet förväntas ge en viss avkastning. En investering är lönsam om avkastningen minus deprecieringen ( $\delta$ ) överstiger kostnaden för kapitalet, räntan. Depreciering innebär att effekten av en investering avtar i en viss takt<sup>1</sup>. Den första kapitalinvesteringen som ett företag gör innebär en stor marginell skillnad. Allt eftersom fler investeringar görs blir den marginella skillnaden i avkastningen från kapitalet mindre och företaget investerar bara i kapitalet så länge som avkastningen minus deprecieringen överstiger kostnaden för kapitalet. Om detta resonemang översätts till en situation där kapitalinvesteringen istället handlar om investering i hälsan så blir avkastningen friska dagar som kan användas till marknadsarbete och hushållsproduktion. Utbildning antas öka individens effektivitet i produktion av hälsa som ingår i hushållsproduktionen (Folland et al, 2004, s 131-135).

Marginal intäkten (friska dagar) dividerat kostnaden för investeringen ger kapitalets marginella avkastningskvot (MEI). MEI kurvan anger den marginella avkastningen från det kapital som en individ med lite utbildning satsat. På samma sätt anger MEI' den marginella avkastningen från det kapital som samma individ fast med mer utbildning satsat. I figur 3 syns

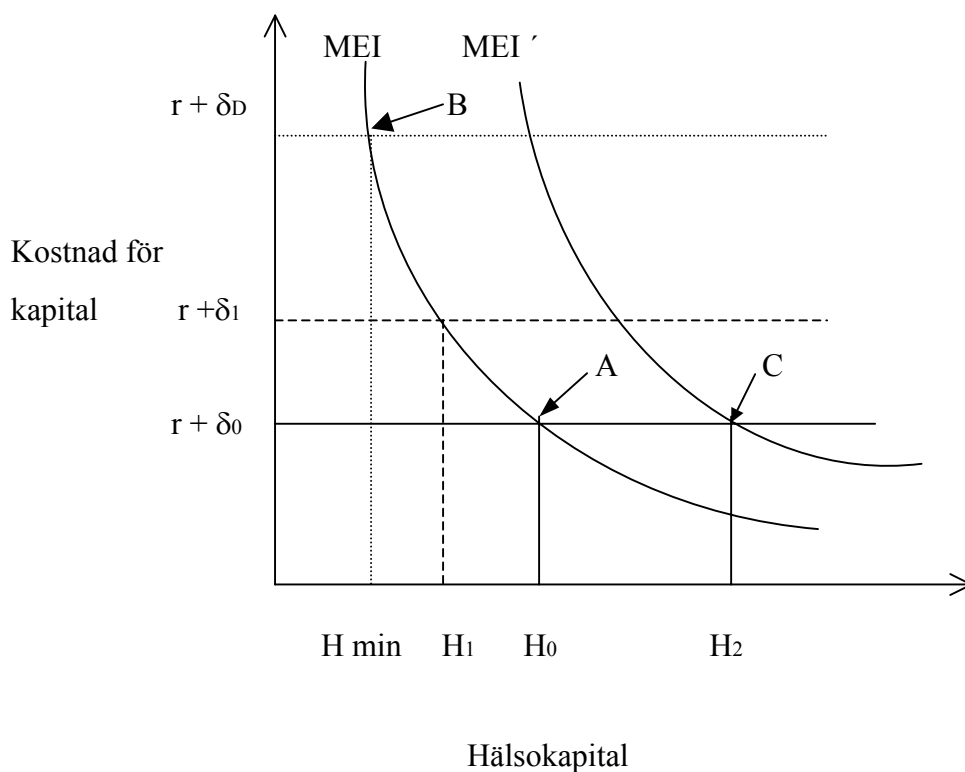
---

<sup>1</sup> Ett exempel kan vara att om en individ tränar regelbundet på Gerdahallen under ett halvår får detta en positiv effekt på konditionen. Om individen slutar träna minskar konditionen i en viss takt och effekten av träningen under det specifika halvåret avtar ju längre tid som går.

att  $MEI'$  kurvan ligger längre ut till höger jämfört med  $MEI$ . För samma mängd investerat kapital får alltså individen med mer utbildning en större avkastning på marginalen. Utbildning innebär alltså att den marginella avkastningen från en investering som individen gör ökar. Individer med mer utbildning kan därför investera en given mängd i sin hälsa och få en högre avkastning i form av fler friska dagar. En individ med lite utbildning befinner sig i punkten A och  $H_0$ . Ökar samma individ sin mängd utbildning skiftar  $MEI$  kurvan utåt till  $MEI'$ . Individen befinner sig nu vid punkten C och  $H_2$ . Här får individen en större mängd hälsokapital till samma kostnad som tidigare (Folland et al, 2004, s 131-135).

Deprecieringstakten tilltar med ökande ålder. Ökande depreciertingstakt innebär att individen måste göra större investeringar för att behålla samma hälsa. En äldre individ måste alltså göra större och dyrare investeringar än en yngre individ för en given mängd hälsa vilket medför att den optimala mängden hälsokapital minskar med åldern. I figuren innebär detta att depreciertings takten ökar från  $\delta_0$  till  $\delta_1$  och slutligen till  $\delta_D$  som sammanfaller med  $H_{min}$ , punkten B i figuren, individen har den lägsta möjliga nivån av hälsa till en relativt hög kostnad (Folland et al 2004, s.131-135).

Figur 3 Marginal Efficiency of Investment



Källa: Folland et al 2004, s. 132

Om individen hade haft mer utbildning hade han/hon haft en större mängd hälsa även vid den högsta kostnaden för kapitalet (Folland et al 2004: 134).

Hälsan påverkas av ett stort spektrum av faktorer så som boendemiljö, uppväxt, inkomst, kön, ålder, arv, tillgänglig sjukvård och så vidare. Grossman gör ett antagande om att individen själv ”väljer” sin livslängd vilket kan uppfattas kontroversiellt. Dels för att människor har olika förutsättningar, det vill säga vi föds med en viss uppsättning gener, dels för att tillgängligheten på sjukvård varierar mycket mellan olika samhällen.

## 2.5 Utveckling av Grossmans modell

Grossmans modell utgör en bra grund för att förklara efterfrågan på hälsa. Allt sedan Grossmans modell presenterades i början 1970-talet har många forskare gjort tillägg i modellen eftersom de menar att visa faktorer som påverkar hälsan borde uppmärksammas mer eller läggas till i modellen. Två sådana tillägg som är intressanta i detta sammanhang är nyttan av nuvarande konsumtion i förhållande till förväntad onyttan det kan ge i framtiden samt att individen oftast ingår i ett hushåll som består av en eller flera personer som påverkar varandras produktion av hälsa.

I modellen för produktion av hälsa är också konsumtion av varor som inte är relaterade till sjukvård viktig. Dessa varor är en del av individens hälsoinvesteringar och ingår in individens nyttofunktion, därför används också individens tid och inkomst till dessa varor. En del av dessa varor påverkar hälsan. Två sådana exempel är rökning och alkoholkonsumtion vilket kan höja nyttan för individen tillfälligt men samtidigt antas öka antalet sjuka dagar senare i livet. Tvärt om kan nyttig mat och motion minska nyttan tillfälligt men öka nyttan senare genom fler friska dagar senare i livet. I Grossmanmodellen krävs att den marginella kostnaden för investeringen måste vara lika med nuvärdet på den marginella avkastningen. Istället borde den marginella nyttan från ohälsosam konsumtion vara lika med nuvärdet på den förväntade förlusten av framtida nytta. Investeringarna i hälsan i en given period beror inte bara på investeringar i form av sjukvård och tid för sjukvård utan även på individens val över hur tiden fördelas mellan olika sorters konsumtion som inte omfattas av sjukvård. Hushållskonsumtion kan antingen ha en positiv eller negativ effekt på hälsokapitalet eftersom hälsa produceras inom ramen för hushållsproduktion. På samma sätt kan tiden som används

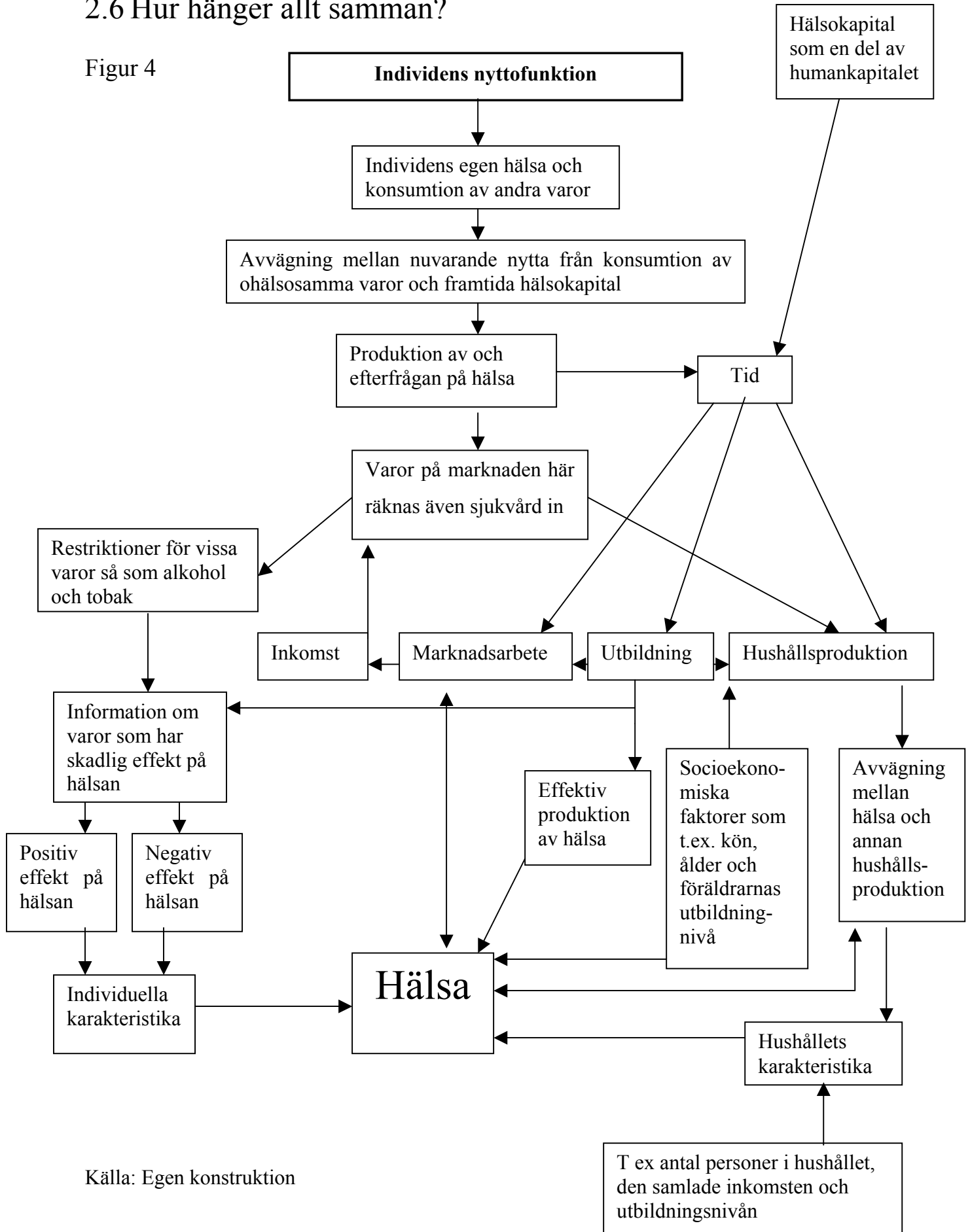
till marknadsarbete ha positiv eller negativ effekt på hälsan i form av till exempel arbetsskador (Leibowitz 2004, s. 663-671).

Grossman utgår från att individen producerar sin egen hälsa genom att använda sin tid och varor på marknaden. Många individer ingår i ett hushåll med två eller fler personer. Grossmanmodell kan endast användas för att analysera vuxna individers hälsa och inte barns efterfrågan på hälsa och utnyttjande av sjukvård. Forskning tyder på att händelser redan i fosterstadiet och tidiga barndomen kan ha ett samband med dödlighet och sjukdomar i vuxen ålder. Detta samband förklaras både genom ärvda gener och socioekonomiska faktorer som påverkar genom hela livet. I Grossmans modell producerar varje familjemedlem sin egen hälsa. Jacobson (1998) menar att individerna i familjen är delaktiga i varandras hälsoproduktion. Detta gäller också för inkomst och förmögenhet inom familjen. Utifrån familjeperspektivet så påverkas effektiviteten i individens hälsoproduktion inte bara av den egna utbildningsnivån utan även av de andra familjemedlemmarnas utbildningsnivå. Inom familjen kommer inte hälsokapitalet att fördelas så jämt som möjligt mellan familjemedlemmarna utan familjen kommer istället att fördela investeringarna i hälsokapitalet så att den marginella avkastningen är lika med den marginella kostnaden för investeringen i hälsokapitalet (Jacobson 1998, s 611-637). Inom familjen kan det finnas olika preferenser för hur de samlade resurserna ska fördelas mellan familjemedlemmarna. Denna konflikt kan finnas mellan föräldrarna men inte mellan föräldrar och barn. I denna modell antas föräldrarna ha en viss förhandlingsstyrka vilket påverkar investeringarna i barnens hälsa eftersom beslut som rör barnens hälsa fattas tillsammans. Föräldrarnas förhandlingsstyrka inom familjen påverkas bland annat av risken för att bli arbetslös och omfattningen av det skyddsnät som individen har om detta inträffar, vilket i sin tur inverkar på investeringarna i hälsan. (Bolin et al 2001, s. 349- 362)

Dessa tillägg till Grossmans modell är viktiga för diskussionen kring resultaten i enkätundersökningen. Främst antagandet om att den marginella nyttan från ohälsosam konsumtion borde vara lika med nuvärdet på den förväntade förlusten av framtida nytta. Samt antagandet om att individen oftast ingår i en familj där familjemedlemmarna påverkar varandras hälsa och att nuvarande hälsa hos en individ delvis kan vara påverkad av föräldrarnas investeringar i individens tidiga barndom. Detta antagande talar mot Grossmans antagande om att individen själv väljer sin nivå av hälsa.

## 2.6 Hur hänger allt samman?

Figur 4



Figuren är till för att knyta samman Grossmans resonemang och tilläggen om individens hälsa med hur individen själv, som en del i samhället, kan påverka sin hälsa genom olika kanaler. Samt med samhällets förmåga att styra individen till ett visst beteende genom restriktioner och information. Figuren ska ge läsaren en förståelse för hur många olika faktorer det är som både enskilt och tillsammans påverkar hälsan. Figuren är inte en bildlig förklaring av en nyttofunktion eller någon ekonomisk formel utan är till för att ge en vidare förståelse hur de olika faktorerna som påverkar hälsan samspelar och påverkar varandra.

Individens nyttofunktion är utgångspunkten för hela tankekedjan. Jag utgår från att individen har ett initialt humankapital där hälsokapitalet är så pass stort att individen kan fördela sin tid på det sätt som gynnar nyttofunktionen. I nyttofunktionen ingår bland annat att individen vill vara frisk. Därför producerar och efterfrågar individen hälsa. Individens hälsa är inte bestående över tiden. Genom investeringar i hälsan kan individen påverka sitt hälsokapital. Individen gör också en avvägning mellan, nyttan från nuvarande konsumtion av ohälsosamma varor och det hälsokapital individen kan förväntas ha i framtiden. Produktion av och efterfrågan på hälsa sker genom att individen köper varor och tjänster på marknaden. För att kunna köpa varor och tjänster krävs ett kapital som genereras genom att individen fördelar sin tid mellan marknadsarbete, utbildning och hushållsproduktion. Marknadsarbetet ger en inkomst som gör det möjligt för individen att köpa varor som används inom ramen för hushållsproduktionen där hälsan produceras. Marknadsarbetet påverkar individens hälsa, till exempel kan ett arbete med mycket stress ha en negativ effekt på hälsan. Till hushållsproduktion räknas aktiviteter som att laga mat, jogga i skogen, måla huset, umgås med vänner osv. En del av hushållsproduktionen har direkt eller indirekt effekt på individens hälsa. Beroende på nyttofunktionen gör individen en avvägning i hushållsproduktionen. Hushållsproduktionen påverkas också av hushållets karakteristika, så som den samlade inkomsten och utbildningsnivån samt antal personer i familjen och så vidare. Utbildning antas öka effektiviteten i produktionen av hälsa. Utbildning påverkar också vilken sorts marknadsarbete och därmed inkomst som individen har. Ytterligare en effekt av utbildning är att individen också tar till sig ny information snabbare, vilket kan påverka investeringarna som individen gör i sin hälsa. Socioekonomiska faktorer som kön, ålder och föräldrars utbildning påverkar både hälsan och individens val av utbildning. Varorna som köps på marknaden kan både ha positiv och negativ effekt på hälsan. För vissa varor har därför samhället infört restriktioner för att minimera användningen av dessa varor. Individuella



karaktistiska så som ärvda gener har naturligtvis också effekt på hälsan och de investeringar som individen gör i sin hälsa. Återvänd gärna till figuren igen i samband med avslutningen.

## 3 Hälsförhållanden i Skåne – vad visar diagrammen?

---

*Diagrammen ger en fingervisning om i vilken riktning utvecklingen i hälsoinvesteringar går. Här tas först och främst förändringar mellan år 2000 och 2004 upp samt karakteristika för de olika grupperna. Diagrammen finns i bilaga 1 och 2.*

---

### 3.1 Bakgrund

Rapporten är indelad dels efter kön men också efter olika yrkesgrupper. Dessa är: högre tjänstemän, mellan tjänstemän, lägre tjänstemän, facklärd arbetare och icke facklärd arbetare. I uppsatsen görs ett antagande om att högre tjänstemän generellt sett har mer utbildning än mellan tjänstemän, lägre tjänstemän och så vidare. Detta antagande innebär en förenkling eftersom det naturligtvis kan vara så att en person som har ett arbete som klassificeras som lägre tjänsteman kan ha fler års utbildning än någon som arbetar som högre tjänsteman. Jag anser dock att man på ett generellt plan kan utgå från att högre tjänstemän har fler års utbildning än lägre tjänstemän. Samtidigt kan denna förenkling höja vissa frågetecken om hur exakt man kan tolka resultaten. Utbildningsnivå som ett mått på socioekonomisk status är användbart av två anledningar. För det första kan utbildningsnivå mätas för alla individer men däremot har inte alla individer ett arbete eller en registrerad och beskattningsbar inkomst. Denna skillnad har i synnerhet varit betydelsefull för kvinnor samt för individer över 65 år när det gäller yrke. För det andra så fastställs utbildningsnivån relativt tidigt i livet och påverkas inte av försämrad hälsa senare i livet. Däremot kan försämrad hälsa senare i livet ha stor inverkan på både yrke och inkomst (Elo 1996, s. 47). En negativ faktor med att använda utbildning som mått är att den formella utbildningen avslutas relativt tidigt i livet och därför behöver inte en individs utbildningsnivå motsvara nuvarande socioekonomiska status (Huisman 2005, s. 497a).

I enkäten finns även kategorierna egna företagare, studenter, arbetslösa, och förtidspensionärer. Denna uppsats begränsas till de utbildningsgrupper som nämnts ovan, eftersom det är svårare att göra antagandet om utbildningsnivå då både studenter som inte är

färdigutbildade och egna företagare som kanske inte har någon formell eftergymnasial utbildning finns med. Rapporten är uppdelad i olika områden två av dessa är; ”Hälsa och läkemedel” och ”Levnadsvanor och livsstil”. Utifrån kapitlet ”Levnadsvanor och livsstil” belyses konsumtion av varor som ger individen tillfällig ökad nytta men också ett eventuellt minskat hälsokapital senare i livet, det vill säga investeringar som har en negativ effekt på hälsan i ett längre perspektiv. De är: daglig rökning, någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol, låg fysisk aktivitet på fritiden samt fetma. Dessa faktorer är allmänt välkända för allmänheten att de har en negativ inverkan på hälsan. Utifrån kapitlet ”Hälsa och läkemedel” åskådliggörs faktorer som kan tyda på att individen lider av ohälsa. De är: dålig självskattad hälsa, dålig psykisk hälsa (GHQ 12), långvarig sjukdom samt mer än 30 dagars sjukfrånvaro det senaste året.

Utifrån enkätundersökningen har faktorer valts ut som har en negativ inverkan på hälsan samtidigt som det ger individen en positiv nytta, samt faktorer som kan tyda på ohälsa. Dessa är indelade över yrkeskategorier och kön. I uppsatsen görs inga värderingar kring huruvida vissa av ovanstående faktorer utgör en större eller mindre hälsorisk jämfört med de andra. Både resultaten från år 2000 och år 2004 mäts i procent. Totalt besvarade 27 963 personer frågeformuläret. Totalt hade 47 621 personer tillfrågats. Svarefrekvensen var 58,7%. En del grupper inom befolkningen deltar i större utsträckning i undersökningar jämfört med andra grupper. Detta innebär att det blir ett selektivt urval bland dem som svarar. Svarefrekvensen är högre bland äldre jämfört med bland yngre individer samt bland kvinnor jämfört med män. I rapporten ”Hälsoförhållanden i Skåne Folkhälsoenkät Skåne 2004” så är de svarande männen i större utsträckning än kvinnorna, högre tjänstemän och icke facklärda arbetare. Kvinnor är i större utsträckning mellan tjänstemän och lägre tjänstemän jämfört med männen. Svaren i resultatredovisningen är viktade så att varje grupp motsvarar gruppens andel av den totala befolkningen i Skåne (Rosvall et al 2005, s. 16).

## 3.2 Ökad nytta från ohälsosam konsumtion och minskat hälsokapital i framtiden

Att producera hälsa på ett effektivt sätt innebär att individen allokerar de valda insatserna på ett sådant sätt att avkastningen maximeras, avkastningen ges i form av en bra hälsa och så få sjuka dagar som möjligt. Varje individ har en nyttofunktion, i denna ingår hälsa och

konsumtion av andra varor. Att röka dagligen, att någonsin ha rökt hasch, att riskkonsumera alkohol, att ha låg fysisk aktivitet på fritiden samt att lida av fetma kan generellt tolkas som något som ökar nyttan tillfälligt för individen men samtidigt minskar hälsokapitalet på sikt. Att individen använder sin tid och sina resurser till den sortens varor i sin produktion av hälsa kan då tolkas som en mindre effektiv produktion av hälsan. Om man antar att individen får nytta av att vara frisk så har de valda insatserna för att producera hälsa inte använts på ett optimalt sätt om stor mängd av individens resurser används till ohälsosam konsumtion. Denna konsumtion kan ha en negativ effekt på hälsan och därmed öka antalet sjuka dagar och generera onytta för individen.

För daglig rökning anges inte något specifikt värde för antal cigaretter per dag. I denna kategori ryms alltså både de som röker en cigarett per dag till de individer som röker ett paket per dag. Någonsin rökt hasch är en relativt vid definition som kan innefatta både de som provade en gång för 20 år sedan och de som rökte 3 gånger den senaste månaden. Men som genomgående för studien så är det främst den generella förändringen inom grupperna som visas. Mer specifika förändringar kräver givetvis mer detaljerade undersökningar. Det behöver dock inte vara mindre intressant med en generell trend för en samlad grupp. Däremot får man vara mer försiktig i vilka tolkningar man kan göra från resultatet. Riskkonsumtion av alkohol anses utifrån folkhälsoenkäten förekomma då en individ är berusad 2-3 gånger per månad eller oftare. Samt utifrån de frågor som ställdes rörande alkoholkonsumtion där olika svar gav olika poäng där maximal poäng var 12, mellan 8 och 12 poäng ansågs innebära riskkonsumtion av alkohol för män och 6 till 12 poäng för kvinnor. Låg fysisk aktivitet på fritiden anges utifrån enkätundersökningen vara en helt stillasittande fritid. En individ lider av fetma om Body Mass Index (BMI) är 30 eller högre. BMI tas fram genom att dividera vikten i kg med kroppslängden i meter i kvadrat (Rosvall et al 2005, s 20-42).

### 3.2.1 Daglig rökning

För samtliga utbildningsgrupper och för både män och kvinnor har andelen som röker dagligen minskat. Störst minskning finns bland kvinnliga lägre tjänstemän. Enligt folkhälsoinstitutet är tobak en av de främsta källorna till olikhet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper i Sverige. Utifrån enkätundersökningen Hälsförhållanden i Skåne kan det avläsas att år 2004 är daglig rökning vanligast bland facklärd och icke facklärd arbetare där lite mer än 25 procent av kvinnorna röker dagligen och bland männen för de båda grupperna cirka 20 procent. En jämförelse med både kvinnliga och manliga högre tjänstemän

ser vi att cirka 10 procent av kvinnorna och cirka 8 procent av männen röker dagligen. Trots att det generellt finns en positiv utveckling med färre andelar som röker dagligen så består skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper. Även på nationell nivå består skillnaderna i rökning mellan olika grupper med olika utbildningsnivåer, bland arbetare var år 2002 frekvensen som rökte dubbelt så stor jämfört med frekvensen hos mellan och högre tjänstemän detta gällde för både män och kvinnor (FHI, *Minskat bruk av tobak* 2004, s. 2- 5).

År 2001 beräknades ca 7000 personer dö till följd av rökning. I andra tal innebär detta 90 000 förlorade levnadsår eller 12 000 förlorade arbetsår. Samma år förtidspensionerades 1200 personer på grund av skador som de erhållit från tobaksrökningen. I beräkningar har det uppskattats att de som röker har i medeltal 8 dagars mer sjukskrivning per år som kan relateras direkt till rökningen jämfört med dem som aldrig har rökt (Bolin och Lindgren 2004, s7). Bolin och Lindgren (2004) tar även upp att kostnader som kan relateras till rökning så som förlorad livskvalitet, bränder och passiv rökning är svåra att beräkna men givetvis innebär kostnader ändå. I den industrialiserade världen är rökning den främsta enskilda källan till för tidiga dödsfall. Enligt WHO kan cirka 5 miljoner för tidiga dödsfall per år hänföras till rökning. Cirka 50 procent av dödsfallen drabbar personer i åldern 35-69 år där de flesta är män, vilka i genomsnitt förlorar 22 år av sitt liv (FHI, *Minskat bruk av tobak* 2004, s. 2- 12).

Rökning är sedan en längre tid känt för att ha negativa effekter på hälsan. Att hänföra de tydliga skillnaderna i andelar rökande personer mellan yrkeskategorier till antagandet om att de som är mer utbildade tar till sig information snabbare kan därför vara något problematiskt. Däremot kan det finnas skillnader i kunskap om i vilken omfattning hälsan tar skada av tobaksrökning och vilka konsekvenser det kan ge. Många är nog medvetna om att rökning och lungcancer har ett nära samband, men att rökare i genomsnitt har 8 dagars mer sjukskrivning per år är antagligen få medvetna om. En förklaring kan vara att större kunskap på ett generellt plan bland individer med mer utbildning bidrar till kunskap om hur de producerar hälsa på det mest effektiva sättet. Ytterligare en förklaring kan finnas i att det finns en skillnad i preferenser mellan individer med olika utbildningsnivåer. För en del individer kan onyttan av sämre hälsa vara mindre än den tillfälliga nyttan de får av att röka, om detta kan hänföras till mindre kunskaper om rökningens negativa effekt på hälsan är svårt att säga.

### 3.2.2 Någonsin rökt hasch

Utifrån diagrammen syns en tydlig generell trend som gäller för samtliga yrkeskategorier både för män och kvinnor där procentantalet som någonsin rökt hasch ökat. Den största ökningen på 9 procent finns bland manliga mellan tjänstemän, följt av icke facklärd arbetare, på 8,5 procent samt högre tjänstemän, på 8 procent. Bland kvinnorna finns den största ökningen på 6,5 procent bland högre tjänstemän. Andelen som någonsin rökt hasch är större i Skåne för både män och kvinnor jämfört med hela Sverige (Rosvall et al 2005, s. 38). Det är svårt att fastställa några trender som kan relateras till skillnader i utbildningsnivå eftersom det skett en nästan lika stor ökning bland både mellan tjänstemän, högre tjänstemän som bland icke facklärd arbetare för männen. Ökning är intressant men eftersom begreppet ”någonsin provat hasch” är väldigt brett finner jag det svårt att problematisera detta i större utsträckning. Det kan dock mycket väl tyda på en allmän attityd förändring som inte är direkt knuten till utbildningsnivå eftersom det skett en ökning för samtliga grupper. Skånes närhet till Christiania kan också ha en viss betydelse. Att högre tjänstemän har den största andelen kan bero på prisbilden och större social säkerhet som ger utrymme för ett sådant beteende, utan att säga att det skulle finnas en högre acceptans.

### 3.2.3 Riskkonsumtion av alkohol

Utifrån diagrammen kan man se en tydlig skillnad för riskkonsumtion av alkohol mellan år 2000 och år 2004 för både män och kvinnor. För samtliga kvinnor i de olika grupperna har andelen som har en riskkonsumtion av alkohol ökat. Den största ökningen finns bland kvinnliga icke facklärd arbetare, från 3 procent år 2000 till 12 procent år 2004 samt bland högre tjänstemän från 4 procent år 2000 till 8 procent år 2004. Bland männen har i alla grupper riskkonsumtionen av alkohol minskat, men fortfarande är det en betydligt större andel av männen som har en riskkonsumtion av alkohol jämfört med kvinnorna. Generellt är andelen med riskkonsumtion av alkohol större ju färre års utbildning yrkeskategorin antas ha. Riskkonsumtion av alkohol kan både ses som en negativ investering i hälsan men också som en faktor för till exempel dålig psykisk hälsa som i sin tur kan bero på andra orsaker. Kvinnliga icke facklärd arbetare har till exempel den högsta andelen riskkonsumenter av alkohol och samtidigt den största andelen med dålig psykisk hälsa och dålig självskattad hälsa. Skillnaden mellan olika yrkeskategorierna kan inte rimligtvis bero på okunskap om alkoholens effekter, däremot kan det finnas en stor okunskap bland samtliga yrkeskategorier om vilken mängd alkohol som innebär riskkonsumtion och vilken effekt det har på hälsan.

Precis som för rökning och hasch så är den tillfälliga nyttan från konsumtionen av alkohol större än eventuell hälsorisk i framtiden. Men för en del individer överväger också nyttan av en riskkonsumtion av alkohol den framtida onyttan i form av minskat hälsokapital. För att förstå anledningen till detta krävs att fler aspekter belyses i sammanhanget. En sådan aspekt kan vara att riskkonsumtion av alkohol också kan vara en faktor för psykisk ohälsa som i sin tur beror på t ex stressig arbetsmiljö, social och ekonomisk otrygghet och så vidare.

I Sverige hade år 2000 19 procent av männen och 5 procent av kvinnorna riskkonsumtion av alkohol, fram till år 2004 hade dessa siffror minskat till 16 procent för männen och ökat till 9 procent av kvinnorna (Rosvall et al 2005, s. 42). Ungefär 3 procent av sin disponibla inkomsten lägger den svenska befolkningen per år på alkohol. Denna andel av inkomsten har legat relativt stabilt sedan 1995 därför anser man från Statens folkhälsoinstitut att priset har en betydande roll för den kvantitet alkohol som folk köper. I takt med att den disponibla inkomsten ökar så ökar också inköp av alkohol. En skattesänkning och därmed lägre pris på alkohol skulle öka försäljningen, speciellt i de regioner som ligger långt från gränshandel (FHI Alkoholstatistik 2003). Världshälsoorganisationen kom 1996 ut med en rapport där man kom fram till att 1,5 procent av alla dödsfall i världen kunde hänföras till alkohol samt att alkohol svarade för 2,1 procent av alla för tidiga dödsfall. I en justering av rapporten kom man fram till att alkohol svarade för 3,5 procent av alla dödsfall totalt sett i världen (Andréasson Allebeck 2005, s. 13). I Sverige förorsakas 3000-5000 dödsfall varje år av alkohol (Regeringens proposition 2000, s 13-14). I Skåne kan antagligen en betydande del av ökningen av andelen riskkonsumenter från år 2000 till år 2004 realteras till sänkningen av spritskatten i Danmark samt lagändringarna för privat införsel av alkohol till Sverige från annat EU-land. En minskning av priset verkar därför ha en effekt på konsumtionen av alkohol. En allmän förändring i attityden mot alkoholkonsumtion kan också vara en bidragande faktor.

### 3.2.4 Låg fysisk aktivitet på fritiden

Bland samtliga grupper för både män och kvinnor har andelen som har låg fysisk aktivitet på fritiden minskat, förutom bland facklärda arbetare där det skett en liten ökning för både män, 1 procent, och kvinnor, 0,5 procent. År 2004 återfinns den grupp som har högst andel, 19 procent, med låg fysisk aktivitet på fritiden bland manliga facklärda arbetare och icke facklärda arbetare. Bland kvinnor finns den största andelen, 15,5 procent, också bland icke

facklärd arbetare. Skillnaderna som finns mellan de olika yrkeskategorierna både år 2000 och år 2004 skulle kunna förklaras av att tjänstemän generellt genom mer utbildning och högre lön har större möjlighet att aktivera sig fysiskt på fritiden genom fler tillgängliga alternativ. Den generella minskningen, förutom bland facklärd arbetare, tolkas som att medvetenheten och möjligheterna till utövande av fysisk aktivitet har ökat bland samtliga grupper. Denna utveckling behöver kanske stärkas för att minska andelen bland facklärd arbetare som har låg fysisk aktivitet på fritiden.

### 3.2.5 Fetma

Fetman har minskat med 0,5 procent bland kvinnliga tjänstemän men i samtliga andra grupper har fetman ökat förutom bland manliga mellan tjänstemän, där 8,5 procent består från år 2000 till 2004. Den största ökningen, på 5,5 procent, finns bland kvinnliga facklärd arbetare. Mer än tre gånger så stor andel av kvinnliga facklärd och icke facklärd arbetare lider av fetma jämfört med högre tjänstemän. Bland männen är skillnaderna inte lika tydliga. 7,5 procent av högre tjänstemän och facklärd arbetare lider av fetma samtidigt som 13,5 procent av lägre tjänstemän och icke facklärd arbetare lider av fetma år 2004. Fetman är mer omfattande bland de yrkeskategorier som har färre års utbildning med undantaget för manliga facklärd arbetare. I den Nationella folkhälsoenkäten finns resultat som visar att andelen som lider av fetma är större bland grupper i befolkningen med kort utbildning i jämförelse med grupper med fler års utbildning. Inkomst har också betydelse för förekomsten av fetma, bland kvinnor är frekvensen för fetma fyra gånger så hög bland kvinnor med låg inkomst jämfört med hög inkomst. Skillnaderna består för lägre konsumtion av frukt och grönsaker samt högre konsumtion av varor med hög sockerhalt bland kvinnliga arbetare jämfört med högre kvinnliga tjänstemän. De socioekonomiska skillnader som finns för fetma verkar i störst utsträckning vara förenat med konsumtion av onyttig mat snarare än avsaknad av motion (Livsmedelsverket seminarium 2004-10-22). Fetma kan både vara en faktor för negativa investeringar i hälsan och för ohälsa som i sin tur kan bero på andra orsaker i individens omgivning. Skillnaderna mellan yrkeskategorierna kan bero på okunskap om i hur stor utsträckning kosten och vilken sorts kost som har negativ effekt på hälsan. Ett exempel är att många livsmedel innehåller höga halter av socker och fett, vilket kanske inte alltid är uppenbart. Lika så kan brist på pengar vara en faktor för sämre kosthållning, då den nyttiga maten inte alltid är den billigaste.



### 3.2.6 Sammanfattning av ökad nytta och minskat hälsokapital

Det är svårt att generellt dra några slutsatser som är gällande för en hel yrkeskategori eftersom varje kategori utmärker sig inom något område antingen genom en ökning/minskning från år 2000 till år 2004 eller genom att ha en hög andel i jämförelse med de andra yrkeskategorierna. Det beror också på hur stor betydelse man anser att de olika varorna har på individens framtida hälsokapital. Daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol och fetma är kanske de faktorer som bör ges lite större tyngd än någonsin rökt hasch och låg fysisk aktivitet på fritiden. Någonsin rökt hasch är en väldigt bred definition och låg fysisk aktivitet på fritiden behöver inte vara en negativ investering i hälsan om individen har ett mycket fysiskt krävande arbete. För de tre kategorier som nämndes tidigare har kvinnliga facklärdade och icke facklärdade arbetare störst andelar som konsumerar dessa varor. Bland männen läggs även lägre tjänstemän till denna grupp eftersom riskkonsumtionen av alkohol och fetman är lika hög där som bland icke facklärdade arbetare.

## 3.3 Faktorer som kan tyda på ohälsa

Dålig självskattad hälsa, dålig psykisk hälsa, sjukfrånvaro och långvarig sjukdom är faktorer som var för sig och i kombination med varandra kan tyda på ohälsa. Dålig självskattad hälsa innebar i undersökningen att de tillfrågade fick göra en uppskattning av hur de kände sig fysiskt och psykisk, där 1 motsvarade ”Mycket dåligt, kunde inte må sämre” och 7 motsvarade ”Mycket bra, kunde inte må bättre”. De som svarade 1-3 ansågs ha dålig självskattad hälsa. Dålig psykisk hälsa utgår från ”General Health Questionnaire” som består av frågor i 12 olika kategorier, de som svarat att de hade besvär inom 3 av 12 kategorier anses ha dålig psykisk hälsa. Långvarig sjukdom innebär att individen befinner sig i ett hälsoskick som ger påtagliga obehag under en period som är längre än sex månader (Rosvall et al 2005, s 20-24, 41). Faktorer som kan tyda på ohälsa har tagits med för att ge ett perspektiv på konsumtionen av varorna i föregående avsnitt som anses ge individen en tillfällig nytta men samtidigt en förväntad framtida onytta i form av mindre hälsokapital. Grossman menar att mer utbildade individer producerar hälsa mer effektivt genom att givna insatser genererar större avkastning. Rimligtvis borde det vara så att individer med mer utbildning generellt sett också är friskare om de producerar hälsa mer effektivt, vilket innebär större avkastning från givna insatser. Från föregående avsnitt har det visat sig att det inte entydigt är så. Produktion av hälsa och faktisk hälsa/ohälsa kan förväntas ha något sorts samband. Om man utgår från Grossmans teori så borde mindre utbildade personer som inte producerar hälsa lika effektivt

och inte får lika stor avkastning från givna insatser inte vara lika friska som mer utbildade personer. I följande avsnitt undersöks i vilken omfattning samma grupper som i föregående avsnitt lider av ohälsa.

### 3.3.1 Dålig självskattad hälsa

Självskattad hälsa utgår från att individen gör en egen uppskattning av sin hälsa. Detta sätt att mäta hälsa ger en väldigt bra förutsägelse om individens hälsa efter 7-10 år. Självskattad hälsa utgör därför en viktig informationskälla till hur framtida hälsoproblem kan se ut och vilka grupper i samhället detta gäller. Utifrån diagrammen kan man utläsa att för samtliga yrkeskategorier, både män och kvinnor, så har andelen som har en dålig självskattad hälsa ökat från år 2000 till år 2004. Totalt i Sverige hade år 2004 13 procent av männen och 17 procent av kvinnorna en dålig självskattad hälsa. Den största andelen finns bland kvinnliga icke facklärd arbetare där 16 procent har dålig självskattad hälsa. Sämst självskattad hälsa har kvinnliga icke facklärd arbetare med en andel på 16 procent i jämförelse med kvinnliga högre tjänstemän som har en andel på 10,5 procent år 2004.

### 3.3.2 Dålig psykisk hälsa

Dålig psykisk hälsa har minskat i samtliga yrkeskategorier bland både män och kvinnor, förutom bland manliga icke facklärd arbetare där andelen ökat från 11 procent till 12,5 procent. Trots en minskning så återfinns år 2004 den största andelen på 21 procent med dålig psykisk hälsa bland kvinnliga icke facklärd arbetare. I jämförelse var andelen år 2004 16,5 procent bland kvinnliga högre tjänstemän. Statens folkhälsoinstitut uppmärksammade nyligen i en rapport att den psykiska ohälsan bland yngre kvinnor tycks öka.

### 3.3.3 Mer än 30 dagars sjukfrånvaro det senaste året

Sjukfrånvaro som totalt överstiger 30 dagar det senaste året har minskat bland både män och kvinnor för samtliga yrkeskategorier. Den största minskningen har skett bland kvinnliga icke facklärd arbetare från 17 procent år 2000 till 5,5 procent 2004, vilket är relativt stor minskning. Förklaringen till denna minskning kan dels finnas i att befolkningen blivit friskare och åter börjat arbeta och del i det skett en åtstramning för möjligheterna att bli sjukskriven. Ytterligare en möjlig förklaring kan vara att de som tidigare varit långtidssjukskrivna istället blivit förtidspensionerade (Rosvall et al 2004, s 24). Skillnaderna mellan yrkeskategorierna har minskat från år 2000 till år 2004.

### 3.3.4 Långvarig sjukdom

Långvarig sjukdom har precis som sjukfrånvaro minskat för alla kategorier för både män och kvinnor. Den största minskningen på 8 procent finns bland kvinnliga facklärda arbetare. Bland kvinnor är skillnaderna relativt små, alla yrkeskategorier har år 2004 en andel på ca 20 procent som har haft långvarig sjukdom. Bland männen är skillnaderna lite större, 17 procent av högre tjänstemän och facklärda arbetare medan lägre tjänstemän år 2004 hade en andel på 24 procent. Lägre tjänstemän är alltså den yrkeskategori som sammantaget har störst andel individer med långvarig sjukdom. Den minsta andelen återfinns bland högre tjänstemän. När det gäller långvarig sjukdom är det lite lättare att se ett mönster men det är trots allt inte bland icke facklärda arbetare som den största andelen med långvarig sjukdom finns utan bland lägre tjänstemän.

### 3.3.5 Sammanfattning av faktorer som kan tyda på ohälsa

Sammantaget kan man se utifrån diagrammen att förändringarna mellan år 2000 och 2004 kan tyckas vara något motstridiga. Å ena sidan så har andelen som har dålig självuppskattad hälsa och fetma ökat, å andra sidan har andelarna med dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom och mer än 30 dagars sjukfrånvaro det senaste året ökat från år 2000 till år 2004. En fråga som dyker upp är vad är det som gör att individen själv uppskattar sin hälsa sämre men samtidigt verkar vara friskare i form av mindre sjukfrånvaro. För kvinnliga högre tjänstemän så syns utifrån samtliga diagram en negativ utveckling för någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol och dålig självskattad hälsa. Positiv utveckling har dock skett för daglig rökning, stillasittande fritid, dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom och sjukfrånvaro.

## 3.4 Översiktstabeller

Sammanfattning i tabeller över utvecklingen av andelarna som konsumerar varor som ger tillfällig ökad nytta och samtidigt ett minskat hälsokapital i framtiden och faktorer för ohälsa från år 2000 till år 2004. Positiv utveckling innebär att andelen som till exempel röker dagligen har minskat från år 2000 till år 2004. Negativ utveckling innebär att till exempel andelen som har en riskkonsumtion av alkohol har ökat från år 2000 till 2004.

Kvinnor	Positiv utveckling	Negativ utveckling
<u>Högre tjänstemän</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden, fetma	Någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol
.....	.....	.....
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro,	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Mellan tjänstemän</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden	Någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol, fetma
.....	.....	.....
Faktorer för ohälsa	Långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Lägre tjänstemän</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden	Någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol, fetma
.....	.....	.....
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. Sjukfrånvaro	
<u>Facklärd arbetare</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning	Någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol, låg fysisk aktivitet på fritiden, fetma
.....	.....	.....
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. Sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Icke facklärd arbetare</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden	Någonsin rökt hasch, riskkonsumtion av alkohol, fetma
.....	.....	.....
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa

Män	Positiv utveckling	Negativ utveckling
<u>Högre tjänstemän</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden, riskkonsumtion av alkohol	Någonsin rökt hasch, fetma
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Mellan tjänstemän</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden, riskkonsumtion av alkohol	Någonsin rökt hasch
Faktorer för ohälsa	långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Lägre tjänstemän</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden, riskkonsumtion av alkohol	Någonsin rökt hasch, fetma
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Facklärd arbetare</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol	Låg fysisk aktivitet på fritiden, någonsin rökt hasch, fetma
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa
<u>Icke facklärd arbetare</u>		
Nytta och hälsokapital	Daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden, riskkonsumtion av alkohol	Någonsin rökt hasch, fetma
Faktorer för ohälsa	Dålig psykisk hälsa, långvarig sjukdom, <30 d. sjukfrånvaro	Dålig självuppskattad hälsa

## 4 Folkhälsan i Sverige och andra länder

---

*I denna del behandlas hälsa och socioekonomiska faktorer i ett vidare perspektiv i Sverige samt undersökningar från andra länder*

---

### 4.1 Sverige

Yrke, utbildning och inkomst är faktorer som avgör en individs socioekonomiska status. Detta begrepp används för att förutsäga sjuklighet och dödlighet. Individens socioekonomiska status är mångfacetterad och inkluderar många variabler som har växelverkan på varandra. (Winkleby 1992, s. 816). Det finns en koppling mellan ökade ekonomiska skillnader i ett samhälle och ogynnsam utveckling av folkhälsan. Vad som är de exakta orsakerna till detta är inte helt klarlagt. I Sverige utgår det folkhälsopolitiska arbetet från hälsans bestämningsfaktorer. Detta innebär att många politiska och ekonomiska beslut får direkt och indirekt betydelse för utvecklingen av folkhälsan. Utbildning kan vara ett sådant. Många av de bestämningsfaktorer som påverkar hälsan finns utanför sjukvårdens och det medicinska områdets ramar men inom påverkan från samhället. Utbildning, arbetslöshet, boendemiljö, social trygghet och alkoholvanor har större inverkan på hälsan än de insatser som sjukvården gör (Ågren 2003, s.6).

I skriften ”En ny Folkhälsopolitik” (2002) betonar man att yrkesverksamheten har stor betydelse för hälsan. Utbildning styr i stor utsträckning vilket yrke en individ har. Yrke är en av grunderna till skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. I arbetaryrken är både dödligheten och ohälsan större än bland tjänstemän i högre positioner. Det finns tydliga samband mellan hälsa och arbetsmiljö, där höga krav och liten möjlighet att påverka sitt arbete orsakar stress och ökad ohälsa. Sämst hälsa finns bland de personer som inte är arbetsverksamma (Ågren 2002, s.11). Utbildning påverkar yrke som i sin tur påverkar individens inkomst. Individens eller hushållets ekonomi påverkar individens investeringar i sin hälsa. Fattigdom och dålig hälsa är nära sammankopplade. Regionala och geografiska skillnader i hälsa beror antagligen till stor del på ekonomiska faktorer. I Sverige har rika kommuner mindre ohälsa och högre medellivslängd jämfört med mindre välmående kommuner (Ågren 2003, s.8).

Det finns en positiv korrelation mellan avslutad utbildning och hälsa i vuxen ålder, men de extra års utbildning som dessa personer har är antagligen inte den enda orsaken till bättre hälsa. En del ekonomer menar att ungdomar som vet att de ska utbilda sig och därmed också ha en relativt hög lön i framtiden är mer medvetna om sin hälsa redan som tonåringar för att kunna dra nytta av den förväntade höga inkomsten under en längre tid. Ur ett teoretiskt perspektiv kan det också vara så att de tonåringar som vet att de kommer att ha en hög lön i framtiden bryr sig mindre om sin hälsa eftersom de kommer att ha de finansiella medel som krävs för att få korrekt vård. (Fuchs 2004: 657)

Statens folkhälsoinstitut genomförde nyligen enkätundersökningar i Sverige som visade på skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor beroende på vilken utbildningsnivå man har. Generellt har högutbildade bättre matvanor än lågutbildade. Lågutbildade hade en lägre konsumtion av frukt och grönsaker. Störst är skillnaden mellan män med högskole- eller universitetsutbildning jämfört med de som endast har folkskole- eller grundskoleutbildning. De utbildade männen använde mindre smörgåsfett och drack mindre läsk samtidigt som de åt mer grönsaker, ris och juice. Bland kvinnor var skillnaderna i matvanor inte lika stora, dock fanns det en skillnad för konsumtion av alkohol, där högutbildade kvinnor konsumerade mer alkohol än lågutbildade. Rökning är också kopplat till sämre matvanor hos både män och kvinnor. I en studie i Sverige och Finland gjordes en jämförelse mellan hälsa och familjestatus och arbete för kvinnor. Kvinnor som levde ensamma och var utan anställning var de som hade sämst hälsa jämfört med andra grupper. Bäst hälsa fanns bland kvinnor som var gifta och hade barn och arbete. Att leva tillsammans med någon verkade i undersökningen vara en av de viktig faktor för god hälsa. Förklaringen till detta kan finnas i att det innebär större ekonomisk och social trygghet jämfört med att leva ensam (Roos et al 2005, s 2443-2451).

Utifrån diagrammen syns skillnader mellan män och kvinnor som inte direkt kan förklaras av skillnader i utbildningsnivå. Ett sådant exempel är riskkonsumtion av alkohol där det skett en ökning av andelen för alla kvinnor och en minskning för alla män. Riskkonsumtion av alkohol har här definierats som en negativ investering i hälsan men kan också vara en faktor för till exempel psykisk ohälsa. Andelarna med dålig självskattad hälsa är större i alla yrkeskategorier för kvinnor jämfört med män. Kvinnor har högre andel med dålig självskattad hälsa jämfört med män i respektive yrkeskategori. Kön är precis som utbildning en bestämningsfaktor för hälsa. Förhållandet mellan kön och hälsa måste kopplas samman med hur makt och ekonomiska resurser är uppdelade. Kvinnor drabbas i större utsträckning av

ohälsa jämfört med män vilket har koppling till förhållanden i samhället. Ett sådant exempel är arbetsmarknaden där kvinnor är i majoritet i arbeten som präglas av hög belastning och lite inflytande. Kvinnor dubbelarbetar i större utsträckning än män. Skillnader i makt och möjligheter till att påverka bidrar till att kvinnor har sämre tillgång till lämpliga faciliteter för vård och rehabilitering. Bland de grupper som har dålig ekonomi och utsätts för hälsofaror på grund av detta är kvinnor överrepresenterade (Ågren 2003, s.19).

Undersökningar i Sverige gjorda över tre tidsperioder från början av 1980-talet till mitten/slutet av 1990-talet visar att hälsan för yngre individer har försämrats över tiden. Försämringen av hälsan beror huvudsak på problem med depressioner/ängslan och smärta/obehag. Bland yngre kvinnor syns den största försämringen av hälsoproblem med depression och ängslan. Att yngre kvinnor mår allt sämre visar sig också i andra undersökningar gjorda i Sverige i mitten av 1990-talet och början av 2000-talet (Burström et al 2003, s 649-650).

## 4.2 Studier från andra länder

I en studie där jämförelser görs mellan USA, Finland, Norge, Italien, Ungern, Tjeckien och Estland i orsaksspecifik dödlighet i förhållande till utbildningsnivå kunde man se att i alla länder var dödligheten som lägst bland kvinnor med hög utbildning och som högst bland män med låg utbildning. Män med hög utbildning hade alltid högre dödlighet än kvinnor med låg utbildning. Skillnader i dödlighet var större bland män än bland kvinnor. I de flesta länder hade kvinnor med låg utbildning högre dödlighet i bland annat hjärtkärl sjukdomar än kvinnor med hög utbildning (Mackenbach et al, 1999, s. 1801-1802). Från undersökningar gjorda i USA har man sett att dödlighet i vuxen ålder har ett tydligt samband med utbildningsnivå och generellt har individer med universitetsexamen lägre dödlighet än de med gymnasieutbildning. Samtidigt har också de som inte avslutat gymnasiet högre dödlighet än de som avslutade gymnasiet. För dessa två grupper är skillnaden som störst för män i arbetsför ålder. I USA och andra industrialiserade länder är skillnaderna i dödlighet i förhållande till utbildning likartade (Fuchs 2004, s. 653-657).

Bland gymnasieelever finns det stora skillnader i vilken grad de använder tobak och alkohol samt andra beteenden som kan klassificeras som ohälsosamma. Rökning och alkohol har en tendens att vara negativt korrelerat med både avslutad utbildning och framtida hälsa. (Fuchs



2004, s. 657) I undersökningar gjorda i USA har man kommit fram till att hälsobeteende i vuxen ålder, så som rökning och utövande av motion är mer relaterat till utbildningsnivå än inkomst eller yrke, utbildningsnivå speglas också av familjeförhållanden, bostadsort och individuella karaktärsdrag. Undersökningen visade också att utbildningsnivå är nära relaterat till dödlighet i vuxen ålder för alla grupper hade de som avslutat universitet eller högskola lägre mortalitet än de som endast avslutat gymnasiet. I USA har man även kommit fram till att dödligheten bland äldre personer inte påverkas i samma utsträckning av utbildning som bland yngre. Utbildningsnivå påverkas också av otillfredsställande omgivning under uppväxten vilket har inverkan både på hälsan och på utbildningsnivå i vuxen ålder (Elo et al, 1996, s. 47-53).

I Nederländerna har undersökningar gjorts för att uppskatta hur befolkningens hälsa och utnyttjande av sjukvård kommer att utvecklas fram till år 2020. Den åldrande befolkningen förväntas få sämre hälsa och utnyttja sjukvården i större utsträckning. Denna utveckling motverkas dock av befolkningens ökade utbildningsnivå och därmed högre förväntat hälsokapital. Trots att det mellan olika grupper kan ske både en ökning och minskning av utbildningsnivån så kommer samma effekt ändå att bestå. Utbildning är därför en viktig faktor att ha med i beräkningen inför framtida planering av sjukvården (Joung et al 2000, s 955-963).

I USA har man sett betydande skillnader i mortalitet mellan olika utbildningsnivåer. Skillnaderna är lite större för män än för kvinnor i arbetsför ålder. Olikheterna består men minskar i omfattning när man även kontrollerar för inkomst, bostadsområde och hushållssammansättning och individuella faktorer. Den största minskningen på 54 procent syns bland män i arbetsför ålder, i denna grupp har utbildningsnivå den största effekten på hushållets inkomst. I framtiden förväntar man sig i USA att mortaliteten bland äldre människor kommer att minska ju större andel av befolkningen med utbildning som blir äldre. I USA är den proportionella minskningen i mortalitet i för varje ytterligare års utbildning för åldersgruppen 35-54 år likartad för den i ett flertal länder i Europa. Skillnaden mellan USA och Europa är att utbildningens effekt är ungefär lika stor på män och kvinnor i USA medan i Europa är effekten större bland män än bland kvinnor (Elo et al 1996, s.53-56).

# 5 Avslutning

---

*I den avslutande delen finns diskussion kring diagrammen som kopplas till teoridelen och samhällets roll i utvecklingen av folkhälsan. Till sist presenteras slutsatsen.*

---

## 5.1 Diskussion<sup>2</sup>

Grossmans modell för hur individen efterfrågar och investerar i sin hälsa ger en bra grundläggande förklaringsmodell. Vissa tillägg och en del utveckling av modellen har gjorts av andra forskare. De tillägg som jag valde att uppmärksamma var antagandet om att den marginella nyttan från ohälsosam konsumtion borde vara lika med nuvärdet på en förväntade förlusten av framtida nytta, att individen oftast ingår i en familj där familjemedlemmarna påverkar varandras hälsa och att nuvarande hälsa hos en individ delvis kan vara påverkad av föräldrarnas investeringar under fosterstadiet och den tidiga barndomen vilket individen själv inte kan påverka. Frågeställningen för denna uppsats var:

*Producerar individer med mer utbildning hälsa mer effektivt?*

Utifrån diagrammen syns att det skett en negativ utveckling för andelen kvinnor som riskkonsumerar alkohol, som lider av fetma och som någonsin rökt hasch samtidigt som det har skett en positiv utveckling där andelarna med dålig psykisk hälsa, sjukfrånvaro och långvarig sjukdom minskat. För män har andelarna som någonsin rökt hasch och som lider av fetma ökat. Andelarna med dålig psykisk hälsa, sjukfrånvaro och långvarig sjukdom har minskat. För både män och kvinnor i samtliga yrkeskategorier har andelen med dålig självskattad hälsa ökat. Folkhälsoinstitutet presenterade den 5 oktober 2005 en folkhälsopolitisk rapport som tyder på att ohälsan i samhället är som störst bland kvinnor och invandrare. Enligt statens folkhälsoinstitut är den psykiska ohälsan är som störst bland unga människor, ursprunget till denna utveckling ligger i ojämlika livsvillkor som i sin tur beror på långtidsarbetslöshet, diskriminering och lite inflytande.

---

<sup>2</sup> Återvänd gärna till avsnitt 2.6 för att ta hjälp av figuren

### 5.1.1 Ökad nytta från ohälsosam konsumtion och minskat hälsokapital i framtiden år 2004

Kvinnor: Tydligaste skillnaden finns för daglig rökning där andelen bland icke facklärd arbetare är dubbelt så stor som bland högre tjänstemän. Därefter kommer skillnaderna för fetma där andelen är dubbelt så stor bland facklärd och icke facklärd arbetare jämfört med högre och mellan tjänstemän. För låg fysisk aktivitet på fritiden och riskkonsumtion av alkohol är skillnaderna mindre mellan yrkeskategorierna. Högre tjänstemän har den högsta andelen som någonsin rökt hasch och icke facklärd arbetare den minsta andelen.

Män: Bland icke facklärd arbetare är andelen som röker dagligen och lider av fetma dubbelt så stor jämfört med bland högre tjänstemän. Liknande mönster gäller för låg fysisk aktivitet på fritiden. Skillnaden mellan yrkeskategorierna är mindre för riskkonsumtion av alkohol. Precis som bland kvinnorna har högre tjänstemän den största andelen som någonsin rökt hasch.

Sammanfattningsvis finns det skillnader mellan yrkeskategorierna när det gäller andelarna som konsumerar varor som ger ökad nytta och minskat hälsokapital. Det går dock inte entydigt att påstå att de yrkeskategorier som antas ha högre utbildning investerar på ett sådant sätt att de i framtiden skulle ha så få sjuka dagar som möjligt. Om man endast ser till skillnaderna mellan yrkeskategorierna kan till exempel högre tjänstemän antas investera i sin hälsa mer utifrån ett perspektiv där den marginella nyttan från ohälsosam konsumtion är lika med nuvarande värdet på den förväntade framtida förlusten jämfört med icke facklärd arbetare. Särskilt om man endast utgår från daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol och fetma. Utifrån förändringarna från år 2000 till år 2004 blir dock detta antagande svårare att vidmakthålla eftersom det skett en tydlig ökning av varor som generar nytta och samtidigt minskat hälsokapital bland till exempel högre kvinnliga tjänstemän. Man kan nog säga att generellt gör de individer som antas ha fler års utbildning mer effektiva investeringar i sin hälsa genom att de har färre andelar som konsumerar varor som på sikt har en negativ effekt på hälsokapitalet.

Dock verkar det som om att det skett en generell förändring som inte är beroende av yrkeskategori utan av kön. Detta gäller alltså riskkonsumtionen av alkohol som ökat för kvinnor i samtliga grupper och minskat för män i samtliga grupper.

### 5.1.2 Faktorer som kan tyda på ohälsa år 2004

Kvinnor: Sammantaget verkar icke facklärd arbetare vara den yrkeskategori med mest ohälsa. Denna kategori har högst andel i alla faktorer som kan tyda på ohälsa förutom för långvarig sjukdom. Samtliga yrkeskategorier har en andel på cirka 20 procent som har långvarig sjukdom. Sjukfrånvaron är från 2,5 bland högre tjänstemän till 6 procent bland facklärd arbetare. För dålig psykisk hälsa ligger samtliga yrkeskategorier strax över 15 procent förutom icke facklärd arbetare där andelen är 21 procent. Den dåliga självskattade hälsan har ökat för samtliga grupper.

Män: Bland män går det inte att skilja ut en enskild yrkeskategori som verkar ha mest ohälsa. Lägre tjänstemän har störst andel med dålig självskattad hälsa. Högre och mellan tjänstemän samt facklärd arbetare har högst andel med dålig psykisk hälsa. Den högst andelen med mer än 30 dagars sjukfrånvaro det senaste året är 3 respektive 3,5 procent bland lägre tjänstemän och facklärd arbetare.

Investeringarna i hälsa borde också rimligtvis ha ett utfall på hälsan. Det borde rimligtvis vara så att de med färre års utbildning också har sämre hälsa. Utifrån diagrammen syns att för kvinnor under 2004 så var andelarna för alla faktorer för ohälsa högre bland mellan tjänstemän, lägre tjänstemän och så vidare jämfört med högre tjänstemän. Generellt kan det tolkas som att ju fler års utbildning eller desto högre position inom arbetslivet desto lägre andelar med ohälsa. För män är skillnaderna mellan grupperna mindre markanta än för kvinnor. De största skillnaderna finns för långvarig sjukdom och fetma. För samtliga grupper både, män och kvinnor, har det skett en ökning av den dåliga självuppskattade hälsan. Att den dåliga självuppskattade hälsan ökat kan tyda på en allmän trend inom samhället som påverkar alla, om än i olika omfattning.

## 5.2 Slutsats

Denna uppsats utgår från Grossmans modell där individer med mer utbildning antas producera hälsa mer effektivt. Optimal investering i hälsan innebär att individen utifrån givna insatser får största möjliga avkastning. Om en individ investerar i sin hälsa borde detta ske utifrån antagandet om att utnyttja de befintliga resurserna maximalt för att få största möjliga avkastning. Denna förmodan vilar i sin tur på ett antagande om att god hälsa ingår i nyttofunktionen och maximerar nyttan för individen. Dock kan det ju vara så att i individens nyttofunktion ingår även andra aktiviteter som också genererar en positiv nytta men som har

negativ inverkan på hälsan antingen direkt eller indirekt på längre sikt. I Grossmans modell krävs att den marginella kostnaden för investeringen måste vara lika med nuvärdet på den marginella avkastningen. Istället borde den marginella nyttan från ohälsosam konsumtion vara lika med nuvärdet på en förväntade förlusten av framtida nytta. Att hälsokapitalet minskar i framtiden på grund av nuvarande konsumtion räknas inte in som något som genererar en onyttia för individen i Grossmans modell. En eventuell ökad ohälsa har konsekvenser för individen och hushållet som individen ingår i, i form av sjukfrånvaro från arbete och därmed förlorad inkomst. Konsekvensen från inkomstbortfallet varierar beroende på individens och hushållets inkomst. Som hittills fastslagit så verkar det främst som om individer med färre års utbildning, facklärd och ickefacklärd arbetare, gör minst effektiva investeringar i sin hälsa och samtidigt har mest ohälsa jämfört med de andra yrkeskategorierna. Dessa yrkeskategorier kan antas ha lägre inkomst än de med fler års utbildning. Vad är det då som väger tyngst för individen, nyttan från konsumtionen eller nyttan från att vara frisk i framtiden? Har detta något samband med hur mycket utbildning individen har? Eventuellt kan det vara så att individer med mer utbildning är mer framtidsorienterade. Utbildning innebär oftast att individen har en bra löneutveckling. Att vara sjuk i framtiden då lönen är högre än i nuläget innebär större onyttia jämfört med nyttan från konsumtionen av till exempel alkohol och tobak i nuläget.

Resultaten i diagrammen kan tyckas vara något motsägelsefulla. I vissa fall är den procentuella ökningen från år 2000 till 2004 större bland till exempel högre tjänstemän men andelen bland facklärd arbetare är fortfarande större. Detta skulle kunna tyda på en harmonisering av skillnader i investeringar i hälsa mellan grupper i samhället med olika utbildningsnivå. Skillnaderna mellan yrkeskategorierna ger en viss bekräftelse till Grossmans teori och tilläggen som nämnts tidigare. Vissa förändringar som till exempel andelarna som någonsin rökt hasch och som har dålig självuppskattad hälsa har ökat för alla. Här kan man tänka sig att vissa förändringar i samhället påverkar alla. Graden av påverkan kan dock ha ett samband med yrkeskategori, antal års utbildning eller graden av framtidsorientering som kanske är större för individer med mer utbildning.

Jag tror att man måste gå utanför Grossmans modell för att hitta förklaringen till skillnader i hur olika individer investerar i sin hälsa. De tillägg som gjorts är ett steg i denna riktning. Faktorer i det omgivande samhället måste också inkluderas eftersom det kan påverka individen till att förändra sitt beteende och då särskilt vissa grupper där förändringen är

markant och går i negativ riktning. Ett sådant exempel är varför kvinnor i alla yrkeskategorier har ökad andel riskkonsumtion av alkohol? Här räcker inte Grossmans teori som förklaring utan istället bör man titta på kvinnor och hur deras hälsobeteende påverkas av olika faktorer och strukturer i samhället. Ökad jämlikhet mellan män och kvinnor kan innebära att kvinnor anammar mäns vanor som inneburit att män druckit mer alkohol än kvinnor samtidigt anammar män kvinnors vanor som innebär ett större ansvarstagande inom hushållet som inte möjliggör den konsumtionen av alkohol. Alkohol kan som tidigare nämnts också vara en faktor för dålig psykisk hälsa. I en rapport från folkhälsoinstitutet uppmärksammades att en allt större andel av yngre kvinnor lider av psykisk ohälsa. De ökande andelarna av riskkonsumtion kan vara en del av den ökade psykiska ohälsan bland kvinnor. Hushållets sammansättning kan också ha betydelse för vilka möjligheter individen har att investera i sin hälsa. Det kan finnas skillnader mellan mäns och kvinnors möjligheter att investera i sin hälsa inom det gemensamma hushållet, vilket i sin tur kan ha negativ inverkan på kvinnors hälsoinvesteringar. Kanske är kvinnor mer utsatta på sin arbetsplats vilket resulterar i mer psykisk ohälsa och ökad alkoholkonsumtion. Frågorna kring ökningen av andelen riskkonsumerande kvinnor är många och tåls att undersöka närmare.

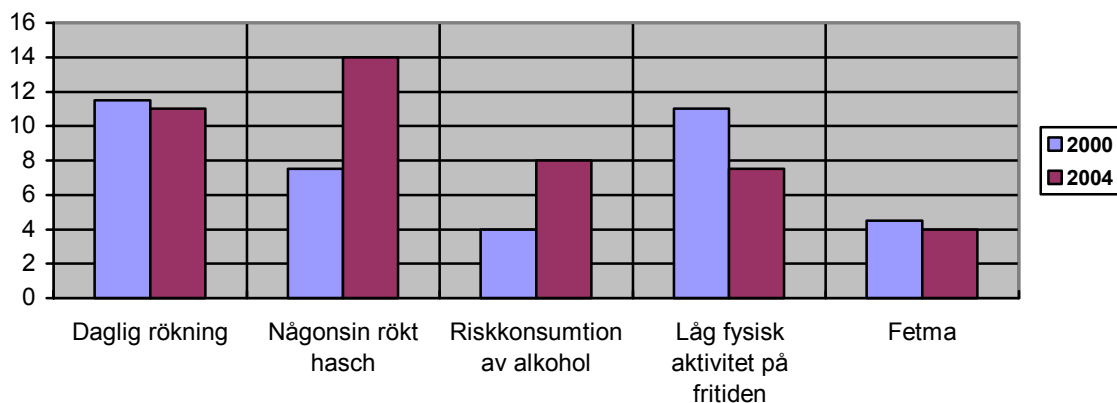
Samhället och ekonomin påverkas också av individens investeringar i sin hälsa och ohälsa i form av sjukfrånvaro, förlorad arbetstid, utnyttjande av sjukvård och förlorad skatteintäkt. Om utbildning påverkar investeringar i hälsa och därmed också i viss grad ohälsan så borde den samhällsekonomiska vinsten från en mer välutbildad befolkning vara betydande. Utbildning i kombination med andra åtgärder som står utanför ramen av sjukvård borde få större prioritering för att uppnå en mer jämlik folkhälsa. Dock tror jag inte att en satsning på utbildning blir någon mirakelkur som tar bort ohälsan i samhället. Sysselsättning och individens möjligheter att påverka sitt liv är också viktiga faktorer. Jag tror att känsla av maktlöshet inför strukturen i samhället i stor utsträckning kan bidra till att individen inte är lika villig till att engagera sig i sin egen utveckling och det som sker runtomkring individen. Detta är stora frågor som inte har något enkelt svar. Lösningarna finns både inom folkhälsopolitik, arbetsmarknadspolitik, demokratiutveckling, sjukvårdspolitik och så vidare. Jag hoppas att min uppsats inspirerar läsarna till intressanta ämnen att skriva eller debattera om.

# Bilaga 1

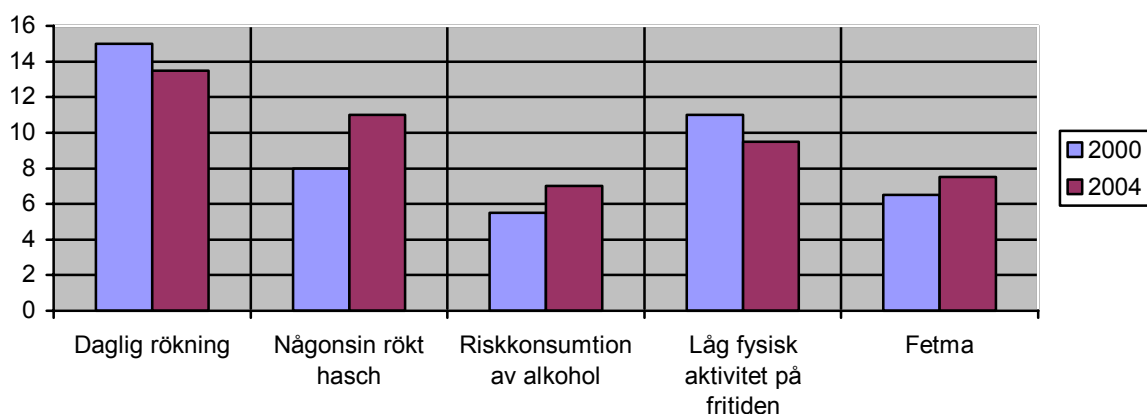
## Diagram över ohälsosam konsumtion

### Kvinnor

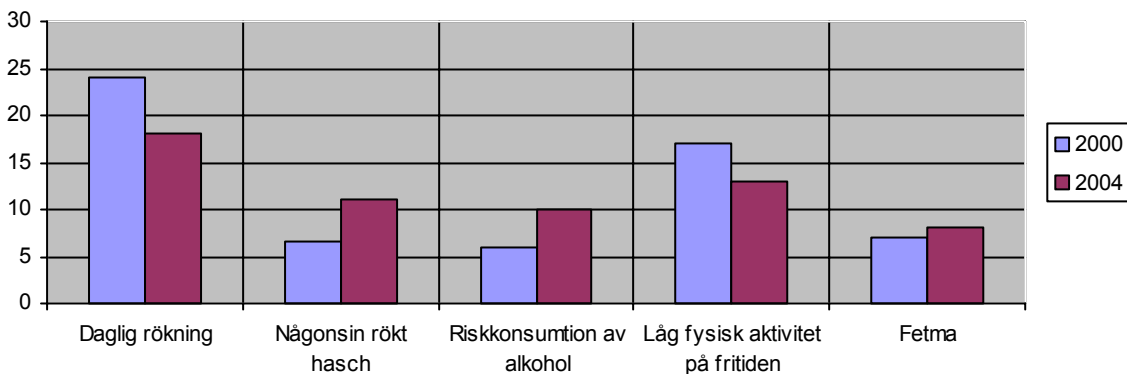
#### Högre tjänstemän



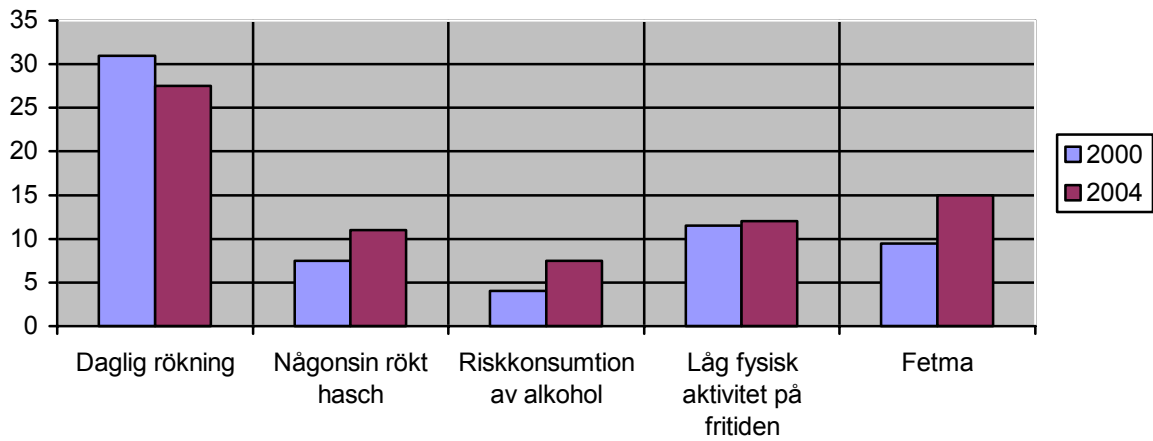
#### Mellan tjänstemän



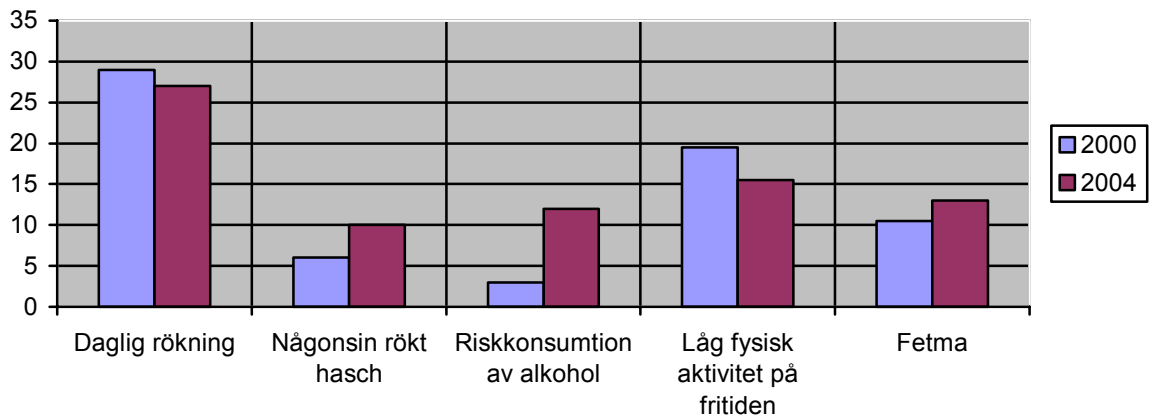
#### Lägre Tjänstemän



## Facklärdade arbetare

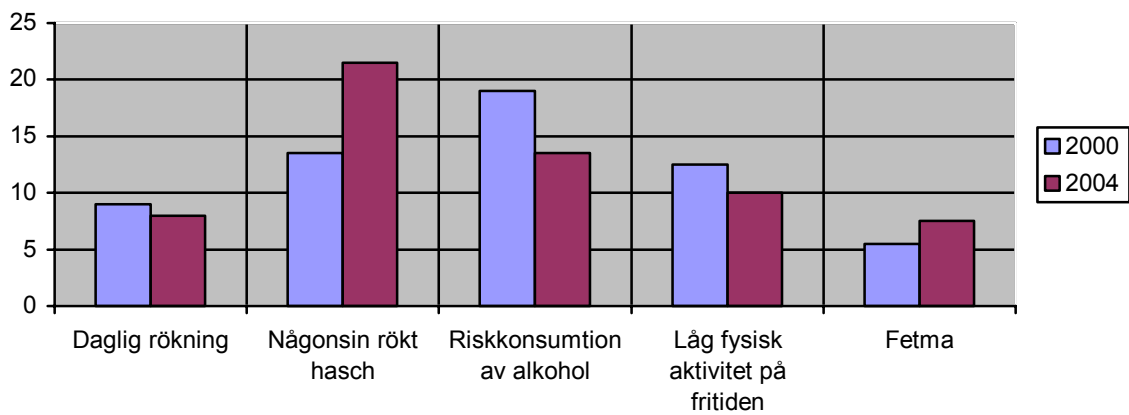


## Icke facklärdade arbetare



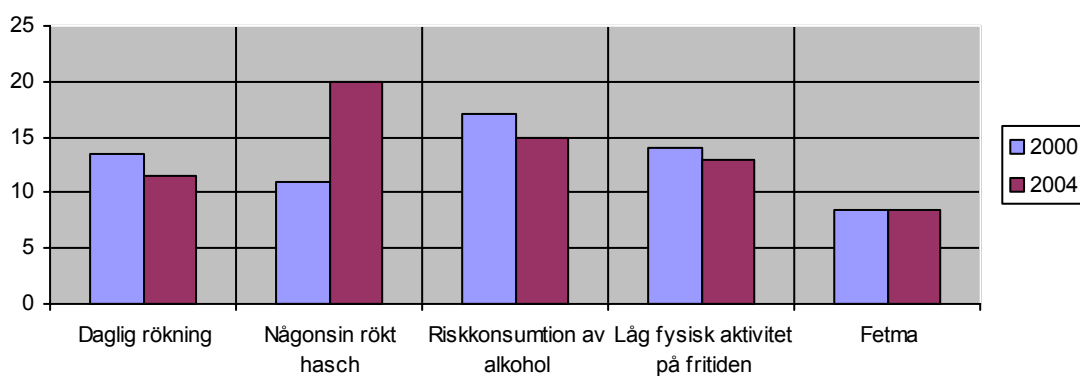
## Män

### Högre tjänstemän

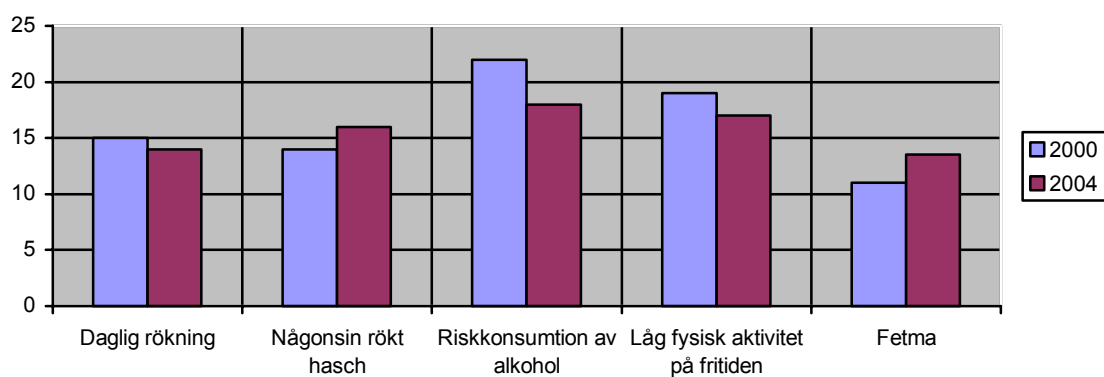




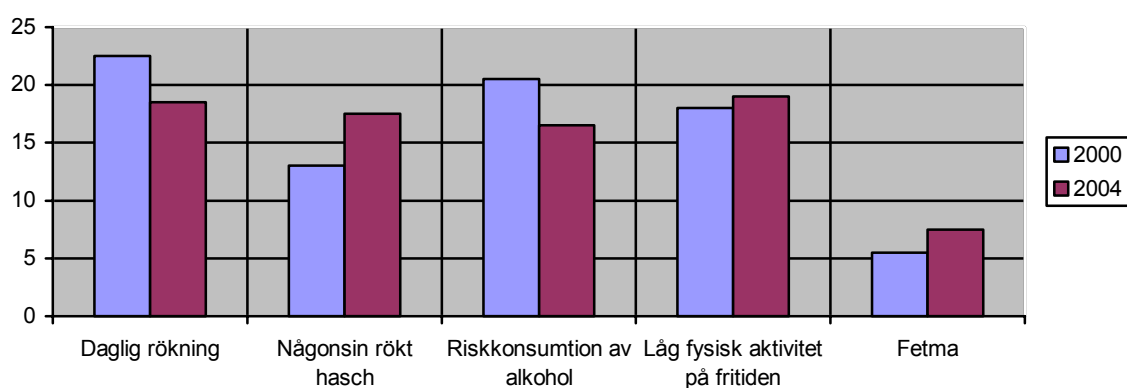
### Mellan tjänstemän



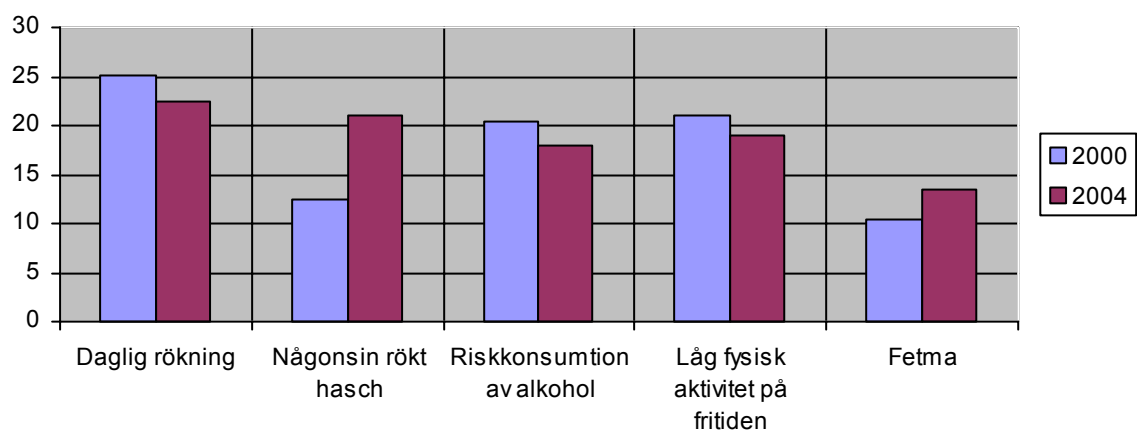
### Lägre tjänstemän



### Facklärda arbetare



## Icke facklärd arbetare



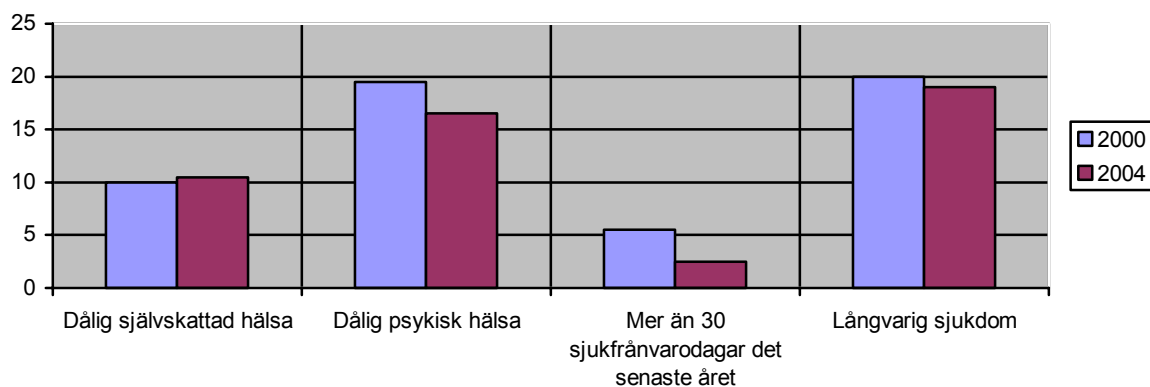
Källa: Hälsförhållanden i Skåne Folkhälsoenkät Skåne 2004, s. 31-46

# Bilaga 2

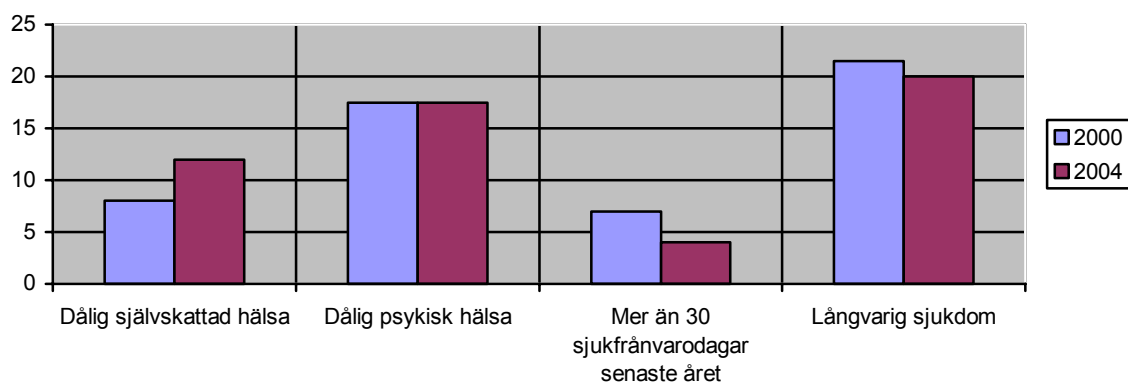
## Digram över faktorer som kan tyda på ohälsa

### Kvinnor

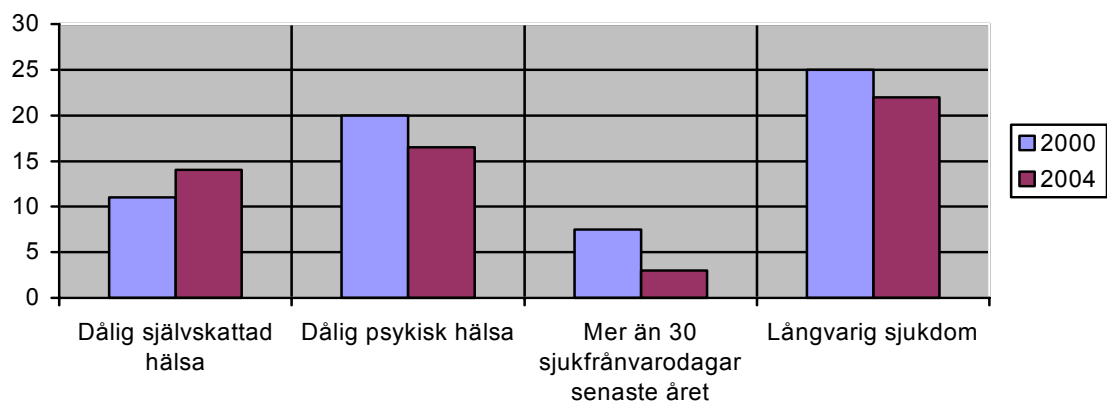
#### Högre tjänstemän



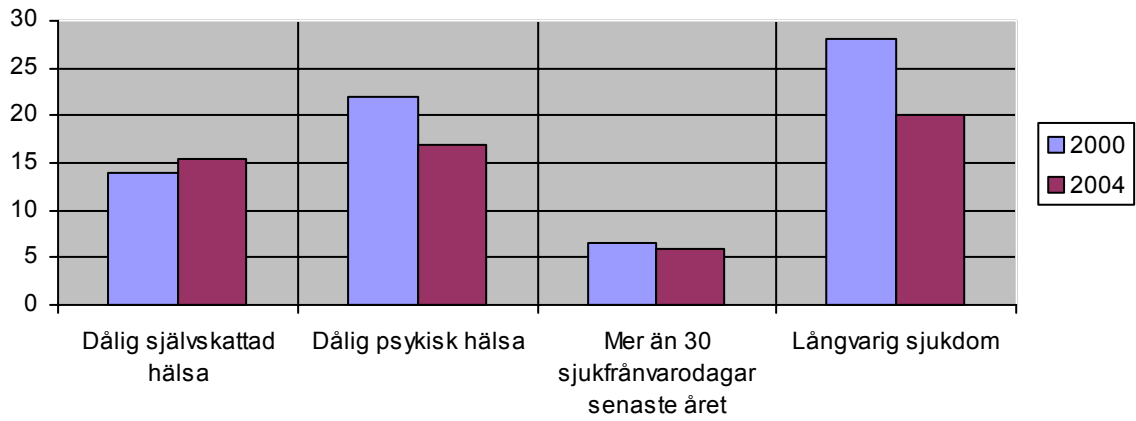
#### Mellan tjänstemän



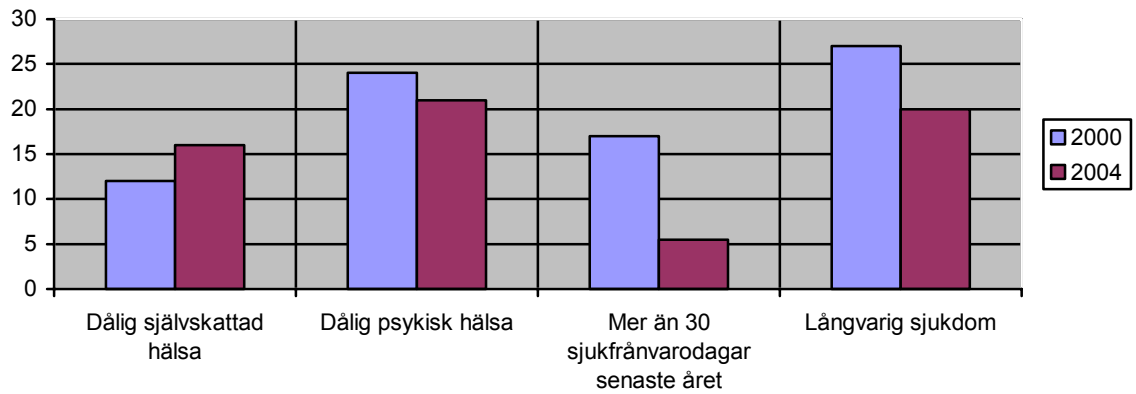
#### Lägre tjänstemän



## Facklärd arbetare

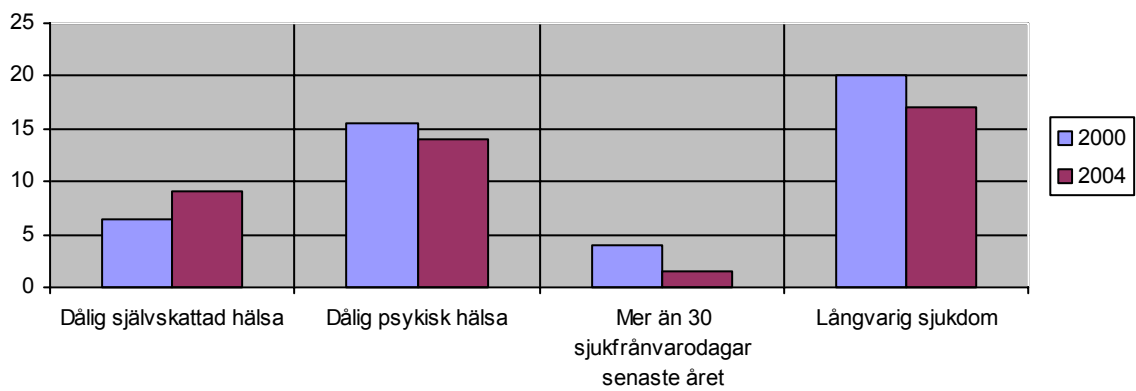


## Icke facklärd arbetare

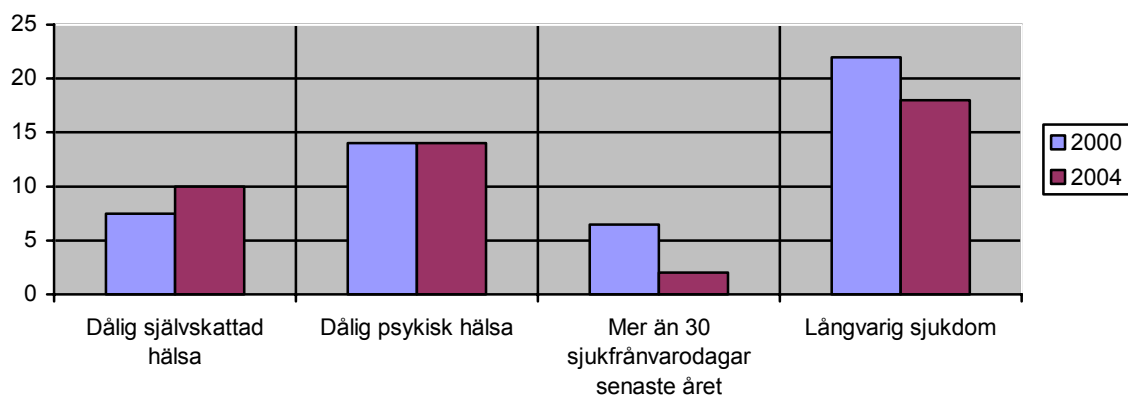


## Män

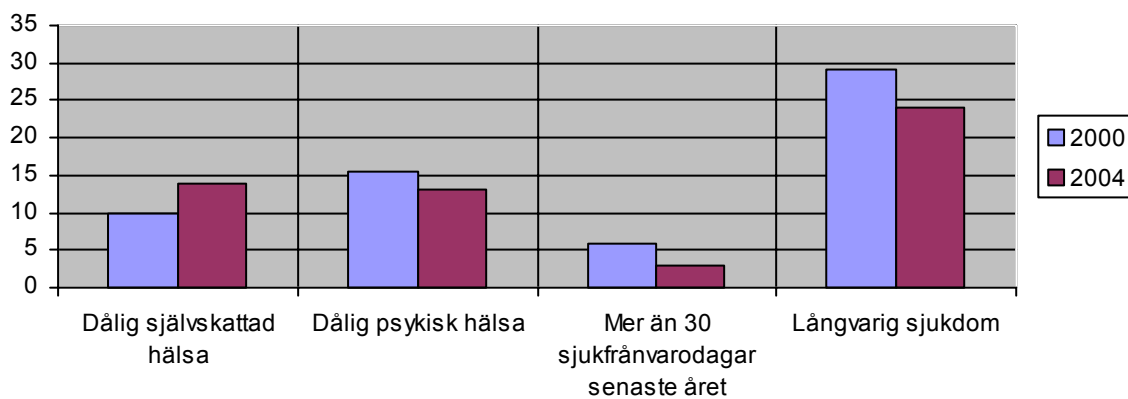
### Högre tjänstemän



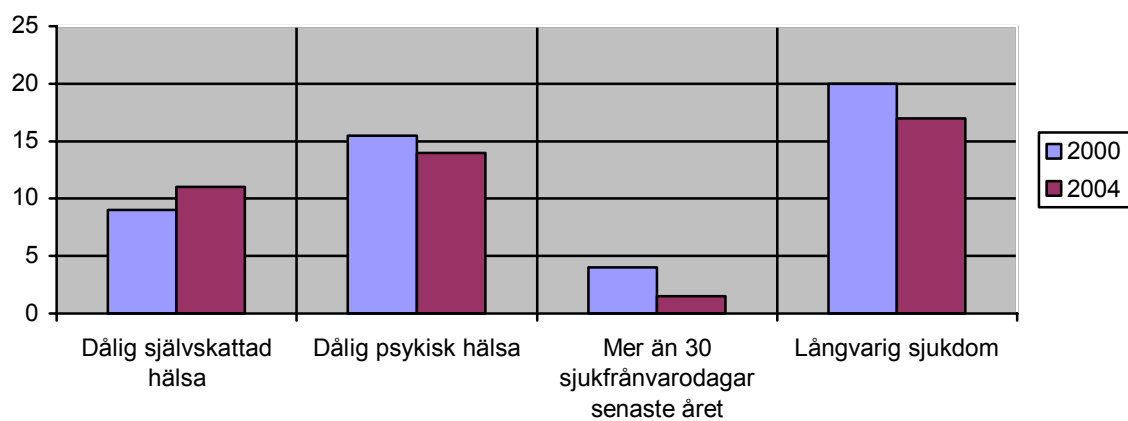
### Mellan tjänstemän



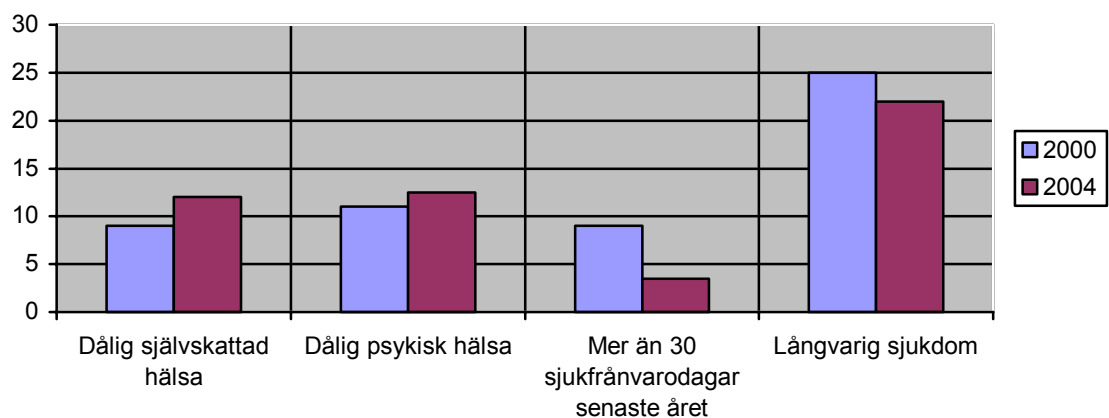
### Lägre tjänstemän



### Facklärda arbetare



## Icke facklärd arbetare



Källa: Hälsförhållanden i Skåne Folkhälsoenkät Skåne 2004, s. 19-24

## Källförteckning

Andréasson, Sven & Allebeck, Peter (2005) ”Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa”. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm

Bolin, Kristian. Jacobson, Lena. Lindgren, Björn. (2001) “ The family as the health producer – when spouses are Nash-bargainers”. *Journal of Health Economics*, 2001, Vol. 20, s 349-362.

Bolin, Kristian & Lindgren, Björn (2004) “Rökning – produktionsbortfall och sjukvårdskostnader”. Statens Folkhälsoinstitut. Rapport nr R 2004:3.

Burström, Kristina. Johannesson, Magnus. Diderichsen, Finn (2003) „The value of the change in health in Sweden 1980/81 to 1996/97“. *Health Economics*, Vol. 12, s. 637-654.

Elo, T. Irma & Preston, H. Samuel (1996) “Educational differentials in mortality: United States, 1979-85”. *Social Science and Medicine*, 1996, Vol. 42, No. 1, s. 47-57.

Folland, Sherman Godman, C. Allen och Stano Miron, (2004 4:e uppl.) ”The Economics of Health and Health Care” Prentice-Hall, Upper Saddle River, New Jersey

Fuchs, R. Victor (2004) “Reflections on the socio-economic correlates of health”. *Journal of Health Economics*, 2004, Vol. 23, s. 653-661.

Grossman, Michael (1999) “The Human capital model of the demand for health” National Bureau of Economic Research, INC, Working paper series. Cambridge.

Grossman, Michael (2000) “The human capital model” I *Handbook of Health Economics*, 2000, Vol 1, s 348-405.

Huisman, Martijn. Kunst, E. Anton. Bopp, Matthias. et al.(2005) “ Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European Populations”. *Lancet*, 2005 Vol. 365, s 493-500.

Jacobson, Lena (1998) “ The family as producer of health - an extended grossman model”. *Journal of Health Economics*, 2000, Vol. 19, s 611-637.

Joung, I.M.A. Kunst, A.E. Van Imhoff, E. Mackenbasch, J.P. (2000) “ Education, aging, and health: to what extent can the rise in educational level relieve the future health burden associated with population aging in the Netherlands?” *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000, Vol. 53, s 955-963.

Leibowitz, A.. Arleen (2004) “ The demand for health and health concerns after 30 years”. *Journal of Health Economics*, 2004, Vol. 23, s. 663-671.

Livsmedelsverket. Seminarium den 22 oktober, 2004. ”Socioekonomiska faktorer som påverkar matvanor och fysisk aktivitet och vilka åtgärder kan förbättra situationen?”

Mackenbach, P., Johan. Kunst, E., Anton. Groenhof, Feikje. Et al (1999) “Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: An international study” *American Journal of Public health*, 1999, Vol. 89 No. 12, s 1800-1806.

Regeringens proposition 2000/01:20 ”Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador”. Stockholm 12 oktober 2000.

Roos, Eva. Burström, Bo. Saastamoinen, Peppiina. Lahelma, Eero (2005) “A comparative study of the patterning of women’s health by family status and employment status in Finland and Sweden” *Social Science & Medicine*, Vol. 60 2443-2451.

Rosvall, Maria. Ali Khan, Farhad. Nilsson, Mathias. Östergren, Per-Olof. (2005) ”Hälsförhållanden i Skåne Folkhälsoenkät Skåne 2004”. Socialmedicinska enheten, Region Skåne, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Statens Folkhälsoinstitut (2004) Del av folkhälsomål 11 ”Minskat bruk av tobak – var står vi idag?”. Stockholm.



Statens folkhälsoinstitut (2003) Alkoholstatistik 2003

Winkleby, A., Marilyn. Jatulis, E. Darius. et al (1992) "Socioeconomic Status and Health: How education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease". *American Journal of public Health*, Vol. 82, No 6, s. 816-820.

Ågren, Gunnar (2002) "En ny folkhälsopolitik" . Statens Folkhälsoinstitut. Rapport 2002:33.

Ågren, Gunnar (2003 2:a upplagan) "Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan". Statens folkhälsoinstitut.