

# Unga mäns hälsa i de nordiska länderna

---



Nordens  
välfärdscenter

## Unga mäns hälsa i de nordiska länderna

Utgiven av  
Nordens välfärdscenter  
© 2018

Projektledare: Helena Lohmann

Författare: Sven Bremberg

Ansvarig utgivare: Eva Franzén

ISBN: 978-91-88213-36-5

Nordens välfärdscenter  
Box 1073, SE-101 39 Stockholm  
Besöksadress: Drottninggatan 30  
Tel: +46 8 545 536 00  
info@nordicwelfare.org

Nordens välfärdscenter  
c/o Folkhälsan  
Topeliusgatan 20  
FI-00250 Helsingfors  
Tel: +358 20 741 08 80  
info@nordicwelfare.org

Du kan ladda ner rapporten på [nordicwelfare.org/publikationer](http://nordicwelfare.org/publikationer)

# Innehåll

Abstract .....	4
Young men's health in the Nordic countries.....	4
Introduktion .....	5
I. Utveckling av hälsa över tid.....	5
II. Sociala skillnader .....	7
III. Skillnad mellan män och kvinnor .....	8
IV. Förklaringar till utvecklingen .....	13
Slutord .....	17
Referenser.....	18

# Abstract

## Young men's health in the Nordic countries

During the last decades young men's health in the Nordic countries has only improved slightly. The main causes of the lack of health improvement in young men have been increase of drug use disorders, increase of neck and back pain, increase of suicides and increase of injuries due to interpersonal violence. All these problems are more common in socially disadvantaged groups. The lack of improvements in young men's health is consistent with the increase of social health inequalities that has been demonstrated in the last decades in the Nordic countries, an increase that is most apparent in young men. The cause of increased social inequalities has not been settled. Yet, it is probably connected with changes in the labour market. Due to international completion, the demand of low skilled workers has decreased in high-income countries while the demand for highly skilled individuals has increased. Thus, in 2012, according to OECD, Sweden and Finland were the two European high-income countries with the lowest fraction of jobs with no or low skills requirements. Both countries are highly dependent on export of technologically advanced products and services which in turn affects labour market demands. This development affects all age groups but especially young people that have not yet entered the labour market. As a result, obtaining a regular job has become more difficult which is reflected in a prolonged period between the end of schooling and the start of regular employment. Statistics Sweden assesses the age when 75 percent of the population can support themselves by means of employment. This age has, in men, increased from 21 years of age in 1990 to 26 years of age in 2010. The prolonged period cannot be explained by extended education but instead reflects young people's problems to get regular employment. Health in low educated young men has probably been affected by this development.

# Introduktion

Sedan lång tid har hälsan i de nordiska länderna förbättras. Bland unga har dock förbättringarna varit långsammare än i andra åldersgrupper och unga män har varit särskilt utsatta. Denna text behandlar fyra frågor som ansluter till denna utveckling. Först beskrivs hälsoutvecklingen bland unga män, sedan utvecklingen av sociala skillnader bland unga, följt av en diskussion om några tänkbara förklaringar till att hälsan är sämre bland män än bland kvinnor. Texten avslutas med ett avsnitt som diskuterar förklaringar till varför hälsan bland unga utvecklats sämre än hälsan i andra åldersgrupper.

## I. Utveckling av hälsa över tid

De mest pålitliga uppgifterna om hälsa gäller dess motsats, dödlighet. Under perioden 1990–2010 sjunker dödligheten i åldern 15–24 år i de nordiska länderna, i Danmark, Finland, Norge och Sverige årligen med respektive 1,9, 1,5, 1,0 och 0,9 procent [1]. Inom OECD som helhet har dödligheten årligen sjunkit med 2,0 procent. Minskningen av dödlighet i denna åldersgrupp i de nordiska länderna har således varit långsammare än inom OECD som helhet.

Minskningen av dödlighet i de nordiska länderna i åldern 15–24 år har också varit långsammare än i alla andra åldersgrupper. Exempelvis sjunker dödligheten under perioden 1990–2010 i åldern 55–74 år i de nordiska länderna årligen i Danmark, Finland, Norge och Sverige med respektive 2,3, 2,1, 2,5 och 2,1 procent [1]. Utvecklingen i åldern 55–74 år har varit gynnsammare i de nordiska länderna jämfört med OECD som helhet där minskningen under perioden varit 2,0 procent. Liknande gäller för alla andra åldersgrupper (uppgifterna redovisas ej här). Undantaget utgörs av åldern 15–24 år.

De uppgifter som presenteras ovan gäller trenden för båda könen. I de aktuella åldrarna finns en markant överdödlighet bland män. Under perioden 2010–2014 var dödligheten bland män jämfört med kvinnor i åldern 20–24 år i Danmark, Finland, Norge och Sverige 2,1, 2,8, 2,8 och 2,7 gånger högre [2]. Från ett hälsoperspektiv är det därför motiverat att fokusera på män i den aktuella åldersgruppen.

För att förstå vad denna utveckling kan tänkas bero på är det lämpligt att analysera utvecklingen av olika hälsoproblem. Dödlighet är ett trubbigt mått eftersom många hälsoproblem medför att individen har nedsatt funktion utan att

detta leder till död. Ett samlat mått på funktionsnedsättning och dödlighet är Disability Adjusted Life Years Lost (DALY), dvs. funktionsnedsatta förlorade levnadsår. WHO utvecklade måttet under 1990-talet och presenterar regelbundet nya beräkningar av DALY för alla medlemsländer [3].

De främsta orsakerna till förlorade funktionsnedsatta levnadsår (DALY) i de nordiska länderna för män i åldern 15–29 år åren 2000 och 2015 framgår av Tabell 1. Under tidsperioden har den samlande sjukdomsördan för män sjunkit i alla länder utom i Sverige där sjukdomsördan varit i stort sett oförändrad. Den mest påtagliga förändringen är minskning av olycksfallsskador som orsak till förlorade funktionsnedsatta levnadsår. En halvering har skett under dessa 15 år.

**Tabell 1.** De främsta orsakerna till funktionsnedsatta förlorade levnadsår uttryckt som DALY/1000 i Danmark, Finland, Norge och Sverige för män i ålder 15–29 år åren 2000 och 2015. Hälsoproblem som ökat minst 10 procent under perioden är markerade med fet stil och asterisk.

Hälsoproblem	Danmark		Finland		Norge		Sverige	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015
Depression	7,3	7,0	8,7	9,0	6,8	6,8	7,0	7,2
Drogproblem	10,6	10,1	10,9	<b>14,6*</b>	18,5	14,6	7,2	<b>11,5*</b>
Smärtor i rygg och nacke	7,2	6,4	6,2	6,5	7,4	6,8	5,8	<b>7,0*</b>
Olycksfallsskador	29,1	9,4	22,7	14,6	31,2	12,6	20,7	11,4
Självtillfogade skador	9,3	5,0	25,8	18,1	19,3	9,2	10,8	<b>13,2*</b>
Våld mellan personer	0,9	<b>2,0*</b>	3,1	1,8	1,1	0,4	2,0	<b>3,9*</b>
Övriga orsaker	53,8	46,6	60,6	56,4	54,4	49,6	54,6	53,4
Totalt	118,2	86,5	138,0	121	138,7	100	108,3	107,6

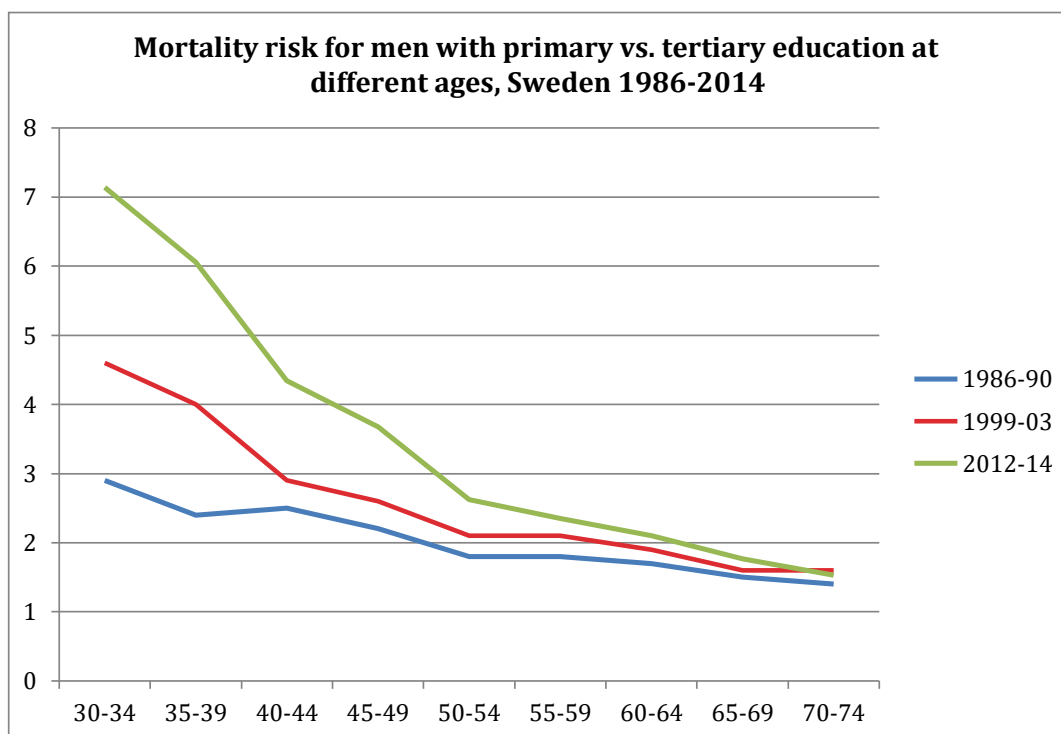
Några av de vanligaste problemen ökar under perioden: drogproblem, smärtor i rygg och nacke, självtillfogade skador samt våld mellan personer. Ökningarna är mest påtagliga i Sverige. Dessa fyra problem har tydliga sociala orsaker. För att

klargöra situationen är det därför lämpligt att analysera utvecklingen av sociala skillnader i hälsa under de senaste decennierna.

## II. Sociala skillnader

I Finland, Norge och Sverige, har bland män i åldern 35–79 år de relativa skillnaderna i dödlighet efter utbildningsnivå ökat under perioden 1990–2009 [4]. Uppgifter från Sverige tyder både på att skillnaderna är mer uttalade i 30-årsåldern jämfört med andra åldersgrupper och på att ökningen av skillnader efter utbildningsnivå under period 1986–2014 varit mer uttalad i ålder 30–34 år jämfört med åldrarna däröver, se figur 1. Data kring utvecklingen i övriga nordiska länder har inte varit tillgänglig, men mönstret är sannolikt liknande.

Den negativa utvecklingen av sociala skillnader i dödlighet förefaller således främst gälla relativt unga. För åldrarna därunder publiceras ingen jämförbar statistik. Skälet är att individer i 20-årsåldern ofta utbildar sig och att utbildningsnivån därför är svår att fastställa såvida man inte utgår från betyg i grundskolan eller föräldrarnas utbildningsnivå.



**Figur 1.** Dödlighet för män med enbart grundskoleutbildning jämfört med män med högskoleutbildning i Sverige under perioden 1986–2014 [5].

De hälsoproblem i åldern 15–29 år (se Tabell 1) som ökat under perioden 2000–2015 förefaller alla vara förknippade med individernas sociala villkor. Stöd för denna uppfattning ger studier av samband mellan social position och de fyra hälsoproblem som har ökat.

I de aktuella åldrarna kan prestationer i den obligatoriska skolan tjäna som indikator på individens sociala position. I en svensk studie framgår att risken för drogproblem i åldern 16–35 år är 5,9 gånger högre bland den sjättedel av eleverna som hade de sämsta skolprestationerna i årskurs 9 jämfört med övriga elever [6].

En internationell studie av 15 åringar visar att värk i olika delar av kroppen är vanligare i socialt mindre gynnade grupper [7].

En svensk studie visar på samband mellan låga skolprestationer och risken för självmord i åldern 15–34 år. Risken var 4,6 gånger högre bland den sjättedel av de unga männen som hade de sämsta skolprestationerna i årskurs 9 jämfört med de ungdomar som hade goda prestationer [8].

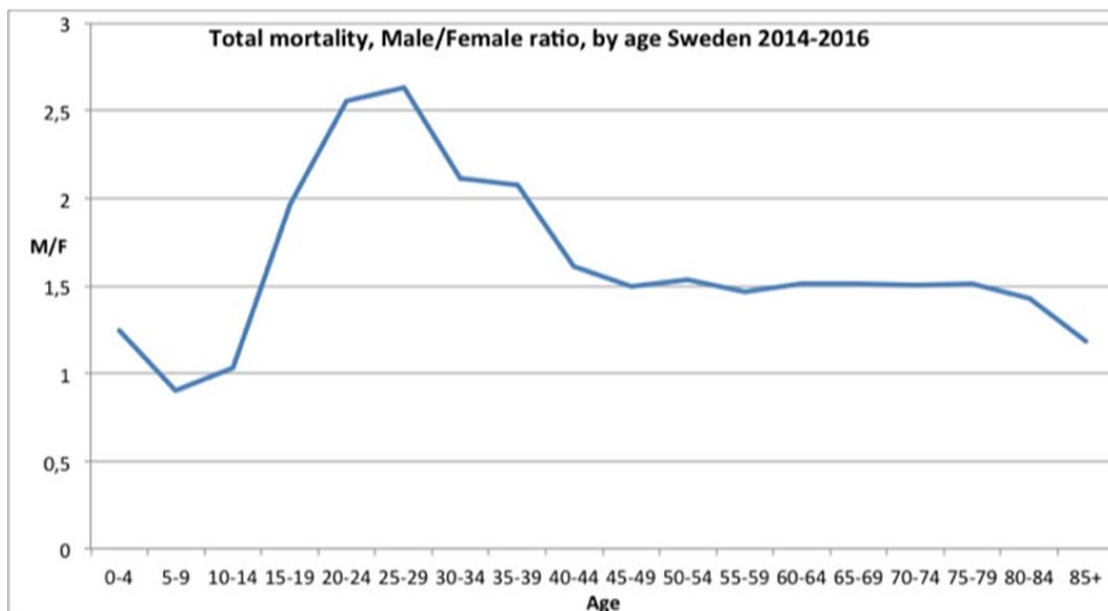
I en finsk studie relateras risken för skador på grund av våld mellan personer som leder till sjukhusvård eller död i åldern 15–30 år till individens utbildningsnivå [9]. Författarna fann att bland män med enbart grundskola var risken för sådana skador 3,4 gånger högre jämfört med män med gymnasieexamen.

Utvecklingen av de sociala skillnaderna i dödlighet och ökningen av de socialt betingade formerna av hälsoproblem avspeglar rimligen samma tendens. De levnadsvillkor som påverkar hälsan förefaller under de senaste decennierna att relativt ha försämrats för grupper av socialt mindre gynnade män. Tänkbara förklaringar till denna utveckling diskuteras i avsnitt IV. Först är det dock befogat att diskuteras varför hälsan bland unga män är sämre än hälsan bland unga kvinnor.

### III. Skillnad mellan män och kvinnor

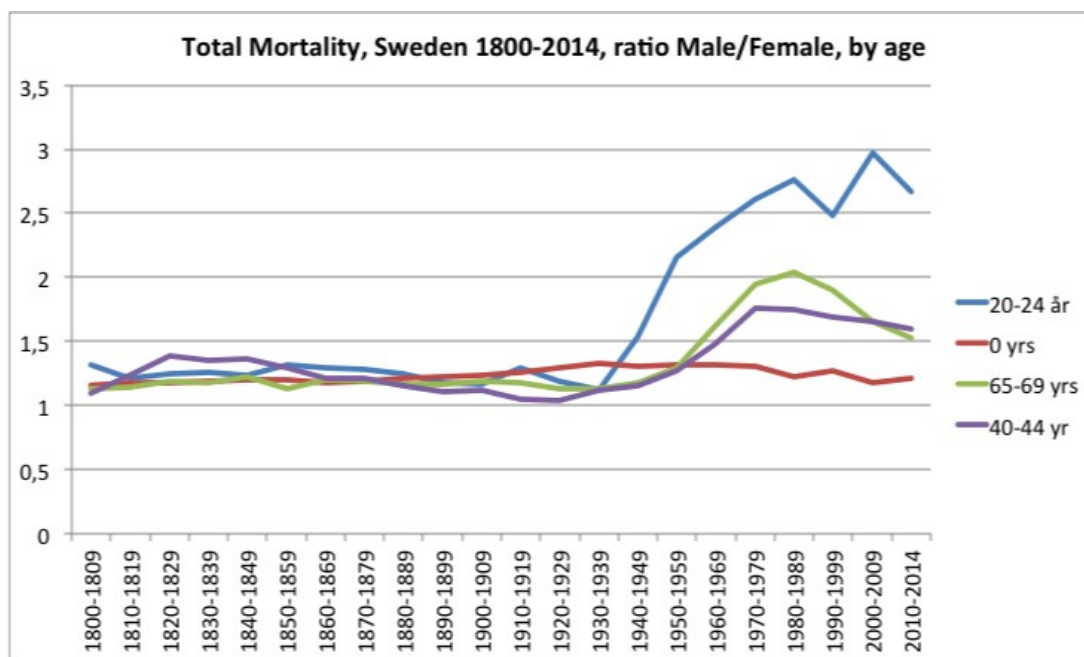
I alla åldrar är dödligheten bland män högre än bland kvinnor. Även under graviditeten är dödligheten högre för manliga foster [10]. Överdödligheten bland män i Sverige är som högst i åldern 20–29 år, se figur 2.





**Figur 2.** Dödlighet bland män jämfört med dödlighet bland kvinnor i olika åldrar i Sverige 2014-2016 [11].

Överdödlighet bland unga män blev framträdande först under 1940-talet, se Figur 3. Under 1930-talet och tidigare var infektionssjukdomar en viktig dödsorsak som drabbade könen i liknande omfattning. När infektionssjukdomar med dödlig utgång blir ovanligare kommer istället olycksfallsskador och självtillfogade skador att bli dominerande dödsorsaker. Dessa dödsorsaker är vanligare bland män.



**Figur 3.** Kvoten för total dödlighet bland män jämfört med kvinnor i Sverige 1800–2014 i olika åldrar. Källa: [12]

Överdödligheten för män jämfört med kvinnor i ålder 20–24 år under perioden 2010–2014 ligger i ungefär samma storleksordning i de nordiska länderna, i Danmark, Finland, Norge och Sverige med 2,1, 2,9, 2,8 och 2,7 gånger högre dödlighet [2].

En avgörande fråga är varför dödligheten är högre bland män än bland kvinnor. Det finns två huvudförklaringar, biologiska och sociala. Dessa förklaringar utesluter inte varandra men kan ha olika betydelse i skilda åldrar. Totalt föds fler pojkar än flickor men redan under fostertiden avlider fler manliga foster jämfört med kvinnliga. Om kvinnan utsätts för påfrestningar under graviditeten, ökar den manliga överdödligheten [10]. Dessa förhållanden bör rimligen ha biologisk grund. Det förefaller således som manliga foster är mer känsliga för påfrestningar. Det är möjligt att en liknande biologiskt betingad känslighet också gäller i andra åldrar.

Den markanta överdödligheten för unga män kan dock knappast förklaras av biologiskt betingad känslighet eftersom den framträder först under 1940-talet. Detta talar för att den främsta förklaringen istället är social. För att förklara skillnaden är det möjligt att anlägga ett evolutionärt perspektiv. Från ett evolutionärt perspektiv är de två överordnade drivkrafterna för individen att överleva och

att reproducera sig. Överlevnad är knappast problematisk under åren närmast efter könsmognaden eftersom individen då är som fysiskt starkast och därför väl kan hävda sina fysiska behov.

Det andra evolutionära behovet är att reproducera sig. För en kvinna är den faktor som främst begränsar hennes förmåga att få avkomma de resurser hon förfogar över. Tillgången till män är inte den kritiska faktorn. För en man är däremot tillgång till kvinnor väsentlig. För mannen är det därför betydelsefullt att kunna hävda sig i den sociala hierarkin. Ett förhållande som talar för detta är att fler män än kvinnor är barnlösa. I Sverige år 2009 var 12 procent av kvinnorna vid 45 års ålder barnlösa medan motsvarande andel män som var barnlösa vid 55 års ålder var 22 procent [13]. Även i moderna europeiska samhällen är risken för barnlöshet större bland män med låga inkomster jämfört med män med höga inkomster [14].

Att placera sig väl i den sociala hierarkin är således särskilt viktigt för unga män. Unga män har en mindre given social position jämfört med män som är äldre. Det innebär att de kan vara mer villiga att ta risker för att kunna hävda sig. Detta gäller särskilt för unga män med ett socialt sämre utgångsläge. Detta avspeglas bl.a. i betydligt högre risker för skador bland unga män jämfört med unga kvinnor. Exempelvis visar en norsk studie av vägtrafikolyckor bland unga i åldern 16–20 år på en 3,6 gånger högre dödlighet för unga män med föräldrar med enbart grundskoleutbildning jämfört med män med föräldrar som har universitetsutbildning [15]. Motsvarande skillnad för unga kvinnor var obetydliga med endast 1,1 gånger högre risk.

Det är således möjligt att den påtagliga överdödligheten bland unga män jämfört med unga kvinnor kan vara betingad av tävlan mellan unga män om social position. De som lyckas mindre väl i denna tävlan löper ökade risker för död på grund av droger, självtillfogade skador och våld mellan personer. Det kan också leda till spänningstillstånd som yttrar sig som värk i nacke och rygg.

Ett ytterligare stöd för uppfattningen att tävlan mellan män kan vara som intensivast i åldern 18–22 år ger en sammanställning om självförtroende i olika åldrar [16]. Sammanställningen omfattar 89 olika amerikanska studier och visar att under levnadsloppet är självförtroendet som lägst i åldern 18–22 år, se Figur 4. Det innebär att både män och kvinnor i dessa åldrar är osäkrare på hur väl de kan hävda sig mot individer som är äldre och har mer erfarenhet. Åldersfördelningen är liknande som för förekomst av symptom som ångslan och ångest, som enligt SCB:s undersökning om levnadsförhållande år 2016 i Sverige, var mest förekommande i åldern 16–24 år.

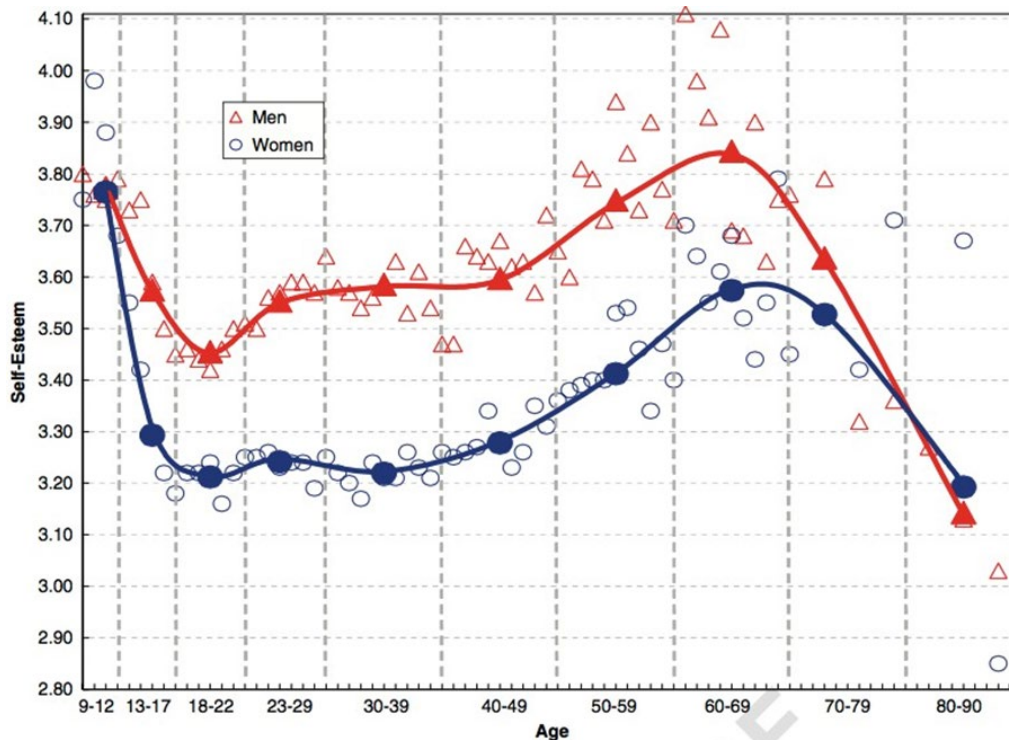


Fig. 1. Mean level of self-esteem for males and females across the lifespan (Robins et al., 2002). Also plotted are year-by-year means, separately for males (open triangles) and females (open circles).

**Figur 4.** Självförtroende efter ålder. Källa: [16].

Överdödligheten bland män jämfört med kvinnor varierar mellan olika länder. FN tar årligen fram ett index på mänsklig utveckling, Human Development Index (HDI), i olika länder. HDI bygger på en sammanvägning av förväntad livslängd, utbildningsnivå och bruttonationalprodukt (BNP) per capita [2]. Av de 25 länder som har högst HDI låg i fallande ordning Norge, Australien, Schweiz, Tyskland och Danmark i toppen och de länder med lägst HDI i denna grupp var Spanien, Tjeckien och Grekland. I gruppen varierar överdödligheten bland män, jämfört med kvinnor i ålder 20–24 år, mellan Danmark 2,1 och Irland 3,6.

Genom att jämföra olika karaktäristika för dessa länder med överdödlighet för män jämfört med kvinnor i åldern 20–24 år är det möjligt att hitta tänkbara förklaringar. Därför har enkla korrelationer studerats mellan å ena sidan överdödligheten för män jämfört med kvinnor och å andra sidan några indikatorer, se tabell 2.

**Tabell 2.** Bivariata samband (korrelationskoefficienter) mellan å ena sidan kvoten för dödlighet för män jämfört med kvinnor i åldern 20–24 år åren 2010-2014 enligt Human Mortality Database i 25 olika länder med högt HDI och å andra sidan olika indikatorer för dessa länder (Norge, Australien, Schweiz, Tyskland, Danmark, Nederländerna, Irland, Island, Kanada, Förenta staterna, Nya Zeeland, Sverige, Storbritannien, Japan, Israel, Luxemburg, Frankrike, Belgien, Finland, Österrike, Slovenien, Italien, Spanien, Tjeckien samt Grekland).

<i>Indikatorer</i>	<i>Korrelationskoefficient</i>	<i>Sannolikhet (p)</i>
FNs Gender Inequality Index 2015 [2]	$r=0,24$	$p>0.05$
FNs Human development Index, HDI (rang) år 2015 [2]	$r=0,47$	$p=0,02$
BNP per capita år 2000 [17]	$r=0,12$	$p>0,05$
Ginikoefficient 2005 [18]	$r=0,12$	$p>0.05$
Transparency index år 2000 [19]	$r=0,56$	$p=0,004$

Endast två indikatorer visar på statistiskt säkerställda samband med kvoten för dödlighet för män jämfört med kvinnor i åldern 20–24 år: FNs HDI samt måttet Transparency index. Sambandet med HDI tyder på att i väl utvecklade länder är överdödligheten för män lägre. Det fanns inga statistiskt säkerställda samband med BNP per capita eller med ginikoefficienten, vilket är ett mått på ojämlikheten av fördelning av inkomster.

Det starkaste sambandet finns med Transparency index som är ett mått på avsaknad av korruption. Till stor del är det samma länder som har högt HDI och högt Transparency index.

Således är dödligheten för unga män betydligt högre än dödligheten för unga kvinnor. Det är möjligt att tävlan för att nå en social position är mer uttalad för män än för kvinnor och att detta medför ett ökat risktagande och medföljande högre dödlighet. Överrisken för män förefaller vara mindre uttalad i länder med högt HDI dvs i länder med höga inkomster, hög utbildningsnivå och hög medellivslängd vilket också är länder med låg korruption.

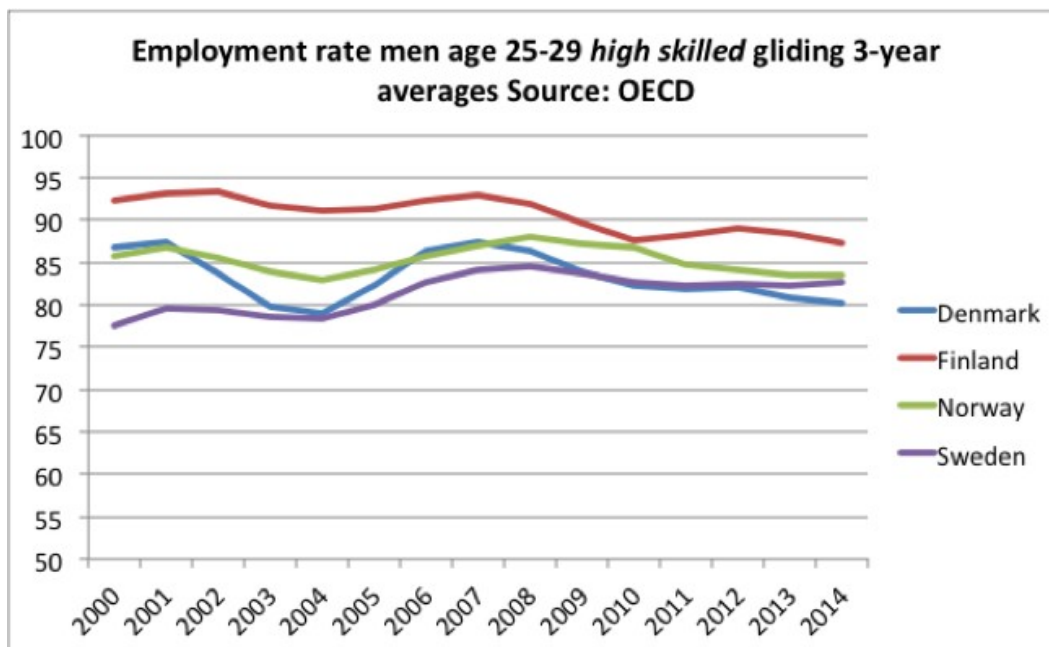
## IV. Förklaringar till utvecklingen

En av de mest använda sätten att beskriva sociala positioner är den modell som utvecklats av Erikson och Goldtorpe [20]. Den utgår från den stratifiering av yrken som finns i ett modernt samhälle. Yrkespositionen bestäms i sin tur och till

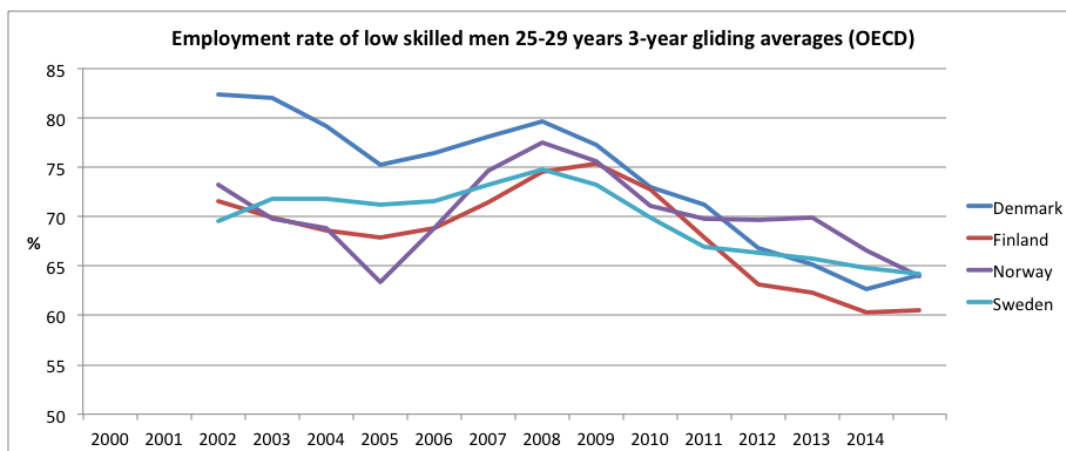
stor del av utbildningsnivå [21]. Således i ett hypotetiskt samhälle, där alla individer har samma yrke, finns inga sociala skillnader betingade av yrke. Från detta följer att om skillnaden mellan olika yrken ökar, exempelvis med avseende på de inkomster de genererar, leder detta också till ökade sociala skillnader.

Detta innebär att i ett samhälle där de mest kvalificerade yrkesnivåerna expanderar på de mindre kvalificerade nivåernas bekostnad, kan detta förväntas leda till ökade sociala skillnader. Så förefaller ha varit fallet i Sverige sedan 1990. Adermon och Gustavsson har analyserat utvecklingen av antal anställda i olika inkomstgrupper under perioden 1975–2005 [22]. De delade upp de anställda i fem grupper (kvintiler) efter inkomst. Under perioden 1975–1990 ökade antalet anställda i samtliga fem kvintiler och mest i den lägsta inkomstkuintilen. Under perioden 1990–2005 är mönstret ett helt annat. Antalet anställda i den högsta kvintilen ökar medan samtliga övriga kvintiler minskar. Det är troligt att liknande utveckling också har skett i övriga nordiska länder.

OECD presenterar uppgifter om andelen anställda efter utbildningsnivå under perioden 2000–2014 [23]. Utvecklingen för män i de nordiska länderna i åldern 25–29 år med 3-årig högskoleutbildning presenteras i Figur 5. Som framgår ligger andelen relativt stabilt med omkring 85 procent anställda. Utvecklingen bland lågutbildade män 25–29 år är dock annorlunda, se figur 6. I början av perioden är omkring 75 procent anställda för att i slutet år 2014 sjunkit till 65 procent. Skillnaderna mellan de nordiska länderna minskar påtagligt under perioden. Det förefaller således som en polarisering av arbetsmarknaden sker under perioden 2000–2014 med hög andel med 3-årig högskoleutbildning som är anställda medan andelen anställda som enbart har grundskoleutbildning sjunker. Minskningen av andelen lågutbildade unga som är anställda gäller för flertalet länder inom OECD. Den är högre i länder med hög generell arbetslöshet som Spanien. Vid sidan av dessa länder har dock utvecklingen varit särskilt ogynnsam i Sverige, Finland och Danmark.



**Figur 5.** Andel män i de nordiska länderna i åldern 25–29 år med 3-årig högskoleutbildning som varit anställda under perioden 2000–2014. Glidande treårs-medelvärden. Källa: OECD [23].



**Figur 6.** Andel män i de nordiska länderna i åldern 25–29 år med enbart grundskoleutbildning som varit anställda under perioden 2000–2014. Glidande treårs-medelvärden. Källa: OECD [23].

I de nordiska länderna har inkomstskillnaderna ökat under de senaste decennierna. Unga förefaller ha påverkats mer än andra åldersgrupper. Enligt Statistiska centralbyrån i Sverige ökade andelen unga i åldern 18-24 år, som lever med

låg inkomststandard, dvs nivåer under socialbidragsnormen, från 15 procent 1986/87 till 44 procent år 2004, då denna undersökningsserie slutar [24]. Ökningen har varit större i åldern 18–24 år jämfört med alla andra åldrar. En grupp som tidigare haft hög andel med låg inkomststandard är äldre 65–74 år. Under den aktuella tidsperioden sjunker i denna åldersgrupp andelen med låg inkomststandard från 15 procent till 5 procent.

Utveckling av arbetslivet kan hänga samman med att ekonomierna i de nordiska länderna till stor del är exportberoende. Produktionen och därigenom arbetstillfällena påverkas därför av internationell konkurrens. Eftersom lönerna i ett globalt perspektiv är relativt höga medför detta krav på en hög produktivitet. Den globala konkurrensen har under de senaste decennierna tilltagit, inte minst därför att stora ekonomier som den kinesiska har kommit att svara för en ökande andel av all varuproduktion. För att kunna konkurrera behöver därför nordiska företag kunna producera varor och tjänster med högt teknologiskt innehåll.

Denna utveckling har påtagliga konsekvenser för unga vuxna. Statistiska centralbyrån (SCB) i Sverige definierar en så kallad etableringsålder som är den ålder vid vilken minst 75 procent av befolkningen i en viss årskull förvärvsarbetar så de kan försörja sig själva [25]. År 1990 var etableringsåldern 21 år för män och 20 år för kvinnor. Tjugo år senare, år 2010, har denna ålder förskjutits till 26 år för män och 28 år för kvinnor. Förändringen kan endast till en liten del förklaras av förlängd utbildning. Enligt SCB:s utbildningsregister var den genomsnittliga (median) utbildningsnivån vid 27 års ålder år 1990 2-årigt gymnasium [26]. År 2010 hade denna genomsnittliga (median) utbildningsnivå stigit, men endast med ett år, till i genomsnitt 3-årigt gymnasium. Den förlängda tiden mellan skolans slut och de ungas etablering som vuxna med arbete och egen försörjning kan således inte främst förklaras av att tiden för utbildning blivit längre.

Liknande utveckling föreligger i andra höginkomstländer. En amerikansk psykolog, Jeffrey Arnett, pekade redan år 2000 på att det är befogat att tala om en ny åldersperiod, framväxande vuxenhet (emerging adulthood) [27]. Perioden avser åldrarna 19–29 år då de unga har lämnat gymnasiet men ännu inte är etablerade i vuxna roller. Detta medför en stor frihet eftersom många inte har krav på att kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete och de flesta ännu inte bildat familj. När de yttre strukturerna är otydligare lämnar det utrymme både för identitetssökande och självfokusering. För en del utgör denna frihet en stor tillgång medan den för andra kan skapa ångest, oro och nedstämdhet.



# Slutord

Den socialt betingade ojämlikheten i hälsa har tilltagit under de senaste decennierna. Denna utveckling har särskilt drabbat unga män i form av ökad förekomst av drogbetingad sjuklighet och död, värk i nacke och rygg, självmord och skador betingade av våld. Utvecklingen har sannolikt en grund i ökade krav för inträde på arbetsmarknaden, vilket i sin tur hänger samman med ökad global konkurrens.

# Referenser

1. Bremberg. Mortality rates in OECD converged during the period 1990-2010. *Scand J Public Health*. 2017;45(4):436-43.
2. United Nations. Human Development Report: Gender Inequality Index 2016. Available from: <http://hdr.undp.org/en/data>.
3. World Health Organisation. Disease burden estimates, WHO Member states 2015 2015. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html).
4. Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ*. 2016;353:i1732.
5. Statistics Sweden. Life expectancy and mortality in different social groups. 2016.
6. Gauffin K, Vinnerljung B, Fridell M, Hesse M, Hjern A. Childhood socio - economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*. 2013;108(8):1441-9.
7. Inchley J, Currie C, et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children study. International report from the 2013/14 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
8. Björkenstam C, Weitoft GR, Hjern A, Nordström P, Hallqvist J, Ljung R. School grades, parental education and suicide - a national register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(11):993-8.
9. Aaltonen M, Martikainen P, Moustgaard H, Peltonen R, Remes H. Childhood family income and violent victimization during youth and young adulthood: trends in hospital care during 1988-2007 in Finland. *Journal of interpersonal violence*. 2016;31(13):2338-59.
10. Zilko CE. Economic contraction and birth outcomes: an integrative review. *Hum Reprod Update*. 2010;16(4):445-58.
11. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker 2019. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.
12. Shkolnikov V, Barbieri M, Wilmoth J. The Human Mortality Database 2017. Available from: <http://www.mortality.org>.
13. Statistics Sweden. Barn eller inte? Stockholm: Statistics Sweden; 2009.
14. Barthold JA, Myrskylä M, Jones OR. Childlessness drives the sex difference in the association between income and reproductive success of modern Europeans. *Evolution and Human Behavior*. 2012;33(6):628-38.

15. Kristensen P, Kristiansen T, Rehn M, Gravseth HM, Bjerkedal T. Social inequalities in road traffic deaths at age 16–20 years among all 611 654 Norwegians born between 1967 and 1976: a multilevel analysis. *Injury prevention*. 2011;ip. 2011.031682.
16. Robins RW, Trzesniewski KH. Self-esteem development across the lifespan. *Current directions in psychological science*. 2005;14(3):158-62.
17. OECD. OECD. Statsextracts 2016. Available from: <http://stats.oecd.org>.
18. World Bank. World Development Indicators: Distribution of income or consumption 2015. Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/2.9>.
19. Transparency International. Corruption perception index 2000. Available from: [http://www.transparency.org/research/cpi/cpi\\_2000/o/](http://www.transparency.org/research/cpi/cpi_2000/o/).
20. Erikson R, Goldtorpe J. The constant flux. A study of class mobility in industrial societies. Oxford: Clarendon Press; 1992.
21. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Helmer U, Lundberg O, Mielck A, et al. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme. *International Journal of Epidemiology*. 1998;27(2):222-30.
22. Adermon A, Gustavsson M. Job Polarization and Task - Biased Technological Change: Evidence from Sweden, 1975–2005. *Scand J Economics*. 2015;117(3):878-917.
23. OECD. OECD.Stat 2018. Available from: <https://stats.oecd.org>.
24. Statistiska centralbyrån. Undersökningar av levnadsförhållanden - ULF 2018. Available from: <http://www.scb.se>.
25. Statistiska Centralbyrån. Sysselsättningen 2030 – kan dagens försörjningsbörda bibehållas? Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2012.
26. Statistics Sweden. Educational attainment of the population 2016. Available from: <http://www.statistikdatabasen.scb.se>.
27. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*. 2000;55(5):469.

---

**Nordens välfärdscenter**  
Box 1073, SE-101 39 Stockholm  
Besöksadress: Drottninggatan 30  
Tel: +46 8 545 536 00  
[info@nordicwelfare.org](mailto:info@nordicwelfare.org)

**Nordens välfärdscenter**  
c/o Folkhälsan  
Topeliusgatan 20  
FI-00250 Helsingfors  
Tel: +358 20 741 08 80  
[info@nordicwelfare.org](mailto:info@nordicwelfare.org)