

# ARBETSLIV, SOCIOEKONOMI OCH HÄLSA

PER EISELE

## Sammanfattning

Kapitlet analyserar den svenska befolkningens självs kattade hälsotillstånd utifrån en standarduppsättning av socio-ekonomiska faktorer. Resultaten jämförs systematiskt med människors upplevda känslor inför sitt jobb och sin fritid samt mängden motion. Resultaten från SOM-undersökningen 2016 visar att människor med tidsbegränsad anställning skattar sitt allmänna hälsotillstånd som betydligt lägre än vad fast anställda och egenföretagare gör. Arbetslösa skattar sitt hälsotillstånd som sämre och motionerar mindre än både förvärvsarbetande, studenter och ålderspensionärer. Personer som saknar gymnasieutbildning skattar sitt allmänna hälsotillstånd som lägre än övriga. Resultaten stämmer väl överens med tidigare forskning.

*”Dagens arbetsplats är en kall, fientlig och krävande miljö, såväl ekonomiskt som psykologiskt. Människor är känslomässigt, fysiskt och andligt utmattade. Dagliga krav från arbetet, familjen och allting däremellan urholkar deras energi och entusiasm” (Maslach & Leiter 1999:11).*

Även om långt ifrån alla skulle hålla med om ovanstående påstående så finns det gott om indikationer på att arbetsklimatet har blivit sämre de senaste decennierna, med ökad stress och minskad trivsel som följd (se till exempel Sparks, Faragher & Cooper, 2001). Dagens arbetsliv kännetecknas alltmer av stillasittande. Samtidigt innebär många människors sätt att spendera fritiden med ett ökat TV-tittande och datorsurfande också minskad fysisk aktivitet (se till exempel Oravec, 2011).

Förvärvsarbete har varit en central aspekt av mänsklig erfarenhet genom hela civilisationens utveckling (se till exempel, Applebaum, 1992). Avsaknaden av anställning har kopplats till skadliga konsekvenser för både enskilda individer och hela samhällen sedan åtminstone början av den industriella revolutionen (Feather, 1990). Freuds beskrivning av en frisk person lär ha varit ”...en person som har förmågan att arbeta och älska”.

Arbete är både en orsak till psykisk och fysisk ohälsa och en potentiell hälsoresurs som både kan skydda oss från stress och hjälpa till med vår återhämtning från psykisk ohälsa (Kelloway & Day, 2005). Vi vet en hel del om hur arbetsmiljö, arbetsuppgifter och andra aspekter av arbetssituationer påverkar hälsa och välbefinnande. Däremot vet vi fortfarande relativt lite om sambandet mellan olika yrkesgrupper (oavsett god eller dålig arbetsmiljö) och hälsa.

Arbetsförhållanden är en av de sociala förutsättningar som har kopplats till skillnader i hälsa. Med sociala förutsättningar för hälsa menas andra faktorer än medicinska diagnoser och inkluderar hälsorelaterade kunskaper, levnadsvillkor (t.ex. socio-ekonomi), optimism och hoppfullhet, och konkreta beteenden (t ex rökning) men också sociala omständigheter som är förknippade med kultur, etnicitet och geografisk placering. Bharmal, Derose, Felician och Weden (2015) lyfter fram faktorer som grannskap, utbildningsnivå, inkomst och etnicitet. Livsstil och social status har alltså en tydlig koppling till hälsa, inte minst social ojämlikhet förknippad med klass, immigration, social status, kön, sexuell läggning och handikapp (Øversveen, Rydland, Bamba & Eikemo, 2017).

I det här kapitlet analyseras hur människors självupplevda hälsotillstånd och fysiska aktivitet skiljer sig åt mellan olika grupper på arbetsmarknaden och i olika socio-ekonomiska grupper. Skattar människor med vissa typer av arbete sin hälsa som bättre eller sämre jämfört med dem med andra arbetstyper? Är vissa typer av arbeten mer eller mindre kopplade till skattad grad av fysisk aktivitet? Data är hämtade från den nationella SOM-undersökningen 2016.

Bland de socio-ekonomiska faktorer som med stor sannolikhet kommer att uppvisa ett samband med självskattad hälsa finns utbildningsnivå och inkomst. Vi vet från tidigare forskning att utbildningsnivå är associerad med en rad olika hälsoaspekter, från förekomst av sjukdomar till livskvalité (se till exempel Regidor, Barrio, de la Fuente, Domingo, Rodriguez & Alonso, 1999). Det finns en sedan tidigare bekräftad relation mellan hushållens inkomster, nivån av fysisk aktivitet och hälsa. Troligen beror detta på att låginkomsttagare har färre – eller upplever sig ha färre – valmöjligheter. Det kan vara direkta orsaker som att inte ha råd med gymkort eller mer indirekta orsaker som antas bero på ekonomisk stress. Det verkar finnas ett samband mellan ekonomisk stress och självskattad hälsa som varken minskar eller ökar trots indikationer på att ekonomisk stress i sig blir vanligare (Fritzell & Burström, 2006).

Denna rapport bygger på analyser med självskattad hälsa som central beroende variabel. Den fråga som ställs är ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”.<sup>1</sup> Svarsskalan har gått från 0 (”Mycket dåligt”) till 10 (”Mycket gott”). I tillägg analyseras tre andra hälsorelaterade faktorer: De två första handlar om hur människor känner inför sitt jobb respektive sin fritid: ”Om du tänker på *ditt jobb* de senaste dagarna, hur skulle du säga att du känt dig?” och ”Om du tänker på *din fritid* de senaste dagarna, hur skulle du säga at du känt dig?”. I båda fallen har respondenterna fått lämna svar utifrån en elvgradig skala, med ”Mycket illa till mods” (0) och ”Mycket väl till mods” (10) som yttervärden.<sup>2</sup> Dessa självskattningar finns med i första hand för att jämföra med resultat kring självskattad hälsa. Eftersom självskattning av hälsa är kopplad till konkreta företeelser som t ex huvudvärk och dylikt är det av intresse att jämföra med variabler som är formulerade utifrån sinnesstämning. Den tredje jämförelsepunkten gäller självskattning av motionsva-

nor. Orsaken är den tydliga koppling som visats i tidigare forskning mellan fysisk aktivitet och hälsa. Frågeformuleringen lyder ”Hur ofta har du motionerat/tränat de senaste 12 månaderna?” (för fler detaljer hänvisas till tabellkommentarer).

## Hälsobegreppet

Hälsa kan ses utifrån ett biologiskt/medicinsk perspektiv eller ett beteendevetenskapligt/samhällsvetenskapligt perspektiv. Det medicinska perspektivet betraktar hälsa som avsaknad av sjukdom. Det beteendevetenskapliga perspektivet betraktar hälsa som varsebliven förmåga och kapacitet. Sjukdomsbegreppet är alltså fortfarande rådande inom medicin och folkhälsovetenskap medan en mer holistisk användning av begreppet hälsa kännetecknar de flesta andra discipliner som är intresserade av hälsa och hälsofrämjande.

*”Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom eller defekt”, (WHO, 2011)*

Denna nyare och mer holistiska användning av hälsobegreppet har alltså anammats av Världshälsoorganisationen (WHO). Utifrån detta perspektiv har hälsa att göra med fysiska, personliga och sociala resurser.

Hälsofrämjande är en process som ökar människors möjligheter till kontroll över sitt hälsotillstånd. Insatser inom hälsopromotion försöker ofta främja miljöer som erbjuder alternativ för att integrera fysisk aktivitet i det dagliga livet (se till exempel Powell, Slater & Chaloupka, 2004). Medan livskvalitet är typiskt kopplad till yttre orsaker är hälsa förknippad med inre orsaker som manifesteras i stämningar eller förnimmelser.

## Hälsa i olika grupper på arbetsmarknaden

Den första frågeställningen gäller om det finns skillnader mellan olika förvärvsgrupper när det gäller självskattad hälsa. I tabell 1 redovisas genomsnittet för självskattad hälsa i olika grupper på arbetsmarknaden. Resultaten visar att respondenter med sjukersättning, pensionärer och arbetslösa uppvisar lägre självskattat hälsotillstånd än övriga grupper. Inga statistiskt säkerställda skillnader finns mellan andra grupper. Våra andra indikatorer visar på liknande samband. Arbetslösa motionerar mindre än förvärvsarbetande men också mindre än ålderspensionärer. Sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa är väl belagt sedan tidigare men bekräftas av data från SOM-undersökningen 2016. Detta negativa samband mellan arbetslöshet och hälsa går åt båda hållen. Bristande hälsa gör det svårare att få jobb. Arbetslöshet kan öka risken för ohälsosamma levnadsvanor. En av anledningarna till detta är ökad tristess och oro (se till exempel Feather, 1990).

**Tabell 1** *Självskattat hälsotillstånd, upplevd känsla inför jobb och fritid samt motionsvanor i olika grupper på arbetsmarknaden, 2016 (medeltal)*

	Hälsotillstånd 0-10	Känsla inför egna jobbet 0-10	Känsla inför egna fritiden 0-10	Motions- vanor 1-7	Antal svar
Förvärvsarbetande	7,73	6,94	7,49	5,76	816 – 4 074
I arbetsmarknadsåtgärd	7,19	(7,58)	(6,60)	5,15	20 – 102
Arbetslös	6,36	(6,00)	(6,59)	5,02	27 – 201
Ålderspensionär	7,19	6,46	7,60	5,48	427 – 2 780
Sjuk-/aktivitetsersättning	4,69	(7,50)	(6,45)	4,88	34 – 212
Studerande	7,70	5,83	6,97	5,99	102 – 688
Annat	7,58	(7,11)	(7,21)	5,39	32 – 151
Totalt	7,45	6,92	7,43	5,64	1 458 – 8 989

**Kommentar:** Frågan om hälsotillstånd har haft följande formulering: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Svarsskalan var elvgradig med yttervärdena "Mycket dåligt" (0) och "Mycket bra" (10). Känslan inför egna jobbet/fritiden bygger på följande frågor: Om du tänker på *din fritid/ditt jobb* de senaste dagarna, hur skulle du säga att du känt dig? Svarsskalan hade i båda fallen yttervärdena "Mycket illa till mods" (0) respektive "Mycket väl till mods" (10). Frågan om motionsvanor löd: Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna gjort följande? Motionerat/tränat. Svarsskalan var sjugradig med yttervärdena "Ingen gång" och "Flera gånger i veckan". Frågan gällande förvärvsgrupper var formulerad: Vilken av de här grupperna tillhör du för närvarande? Svartalternativen var "Förvärvsarbetande (även sjukskriven och föräldraledig)", "Har arbete i arbetsmarknadspolitiska åtgärder/genomgår arbetsmarknadsutbildning", "Arbetslös", "Ålderspensionär/avtalspensionär", "Har sjuk-/aktivitetsersättning", "Studerande" och "Annat". Resultat i parentes bygger på svarstal under 50 personer.

**Källa:** Den nationella SOM-undersökningen 2016.

## Hälsa efter anställningstyp och yrkesgrupp

Det är väl belagt att osäkra anställningsformer är kopplade till såväl attityder till arbete som t ex arbetstillfredsställelse som olika arbetsprestationer (Liang, Lam, Ashford & Lee, 2015). Däremot är det mer osäkert om det finns några skillnader mellan yrkesgrupper när det gäller självskattad hälsa.

Respondenter med tidsbegränsad anställning bedömer sitt hälsotillstånd som lägre än både fast anställda och egenföretagare samt känner sig sämre till mods när de tänker på jobbet (se tabell 2). Det här är ett resultat som stämmer väl överens med arbetspsykologisk forskning (se t.ex. Probst & Brubaker, 2001). Självkontroll behövs för att kunna hålla impulser i schack. Forskning har visat att människor utan anställningstrygghet måste anstränga sig mer för att undvika frestelser som kortsiktigt gör livet mer umbärligt, d.v.s. droger av olika slag. Det ligger nära till hands att föreställa sig att annat hälsorelaterat beteende också påverkas av bristande anställningstrygghet (Glavin & Young, 2017) Denna studie är begränsad till en jämförelse mellan tidsbegränsad anställning och tillsvidareanställning.

**Tabell 2 Självskattat hälsotillstånd, upplevd känsla inför jobb och fritid samt motionsvanor i grupper med olika anställningstyp och yrkesgruppsstillhörighet, 2016 (medeltal)**

	Hälsotillstånd 0-10	Känsla inför egna jobbet 0-10	Känsla inför egna fritiden 0-10	Motions- vanor 1-7	Antal svar
<i>Anställningstyp</i>					
Tillsvidare	7,39	6,85	7,51	5,66	1 144 – 2 414
Tidsbegränsad	6,91	6,67	6,94	5,48	144 – 274
Egen företagare	7,41	7,78	7,40	5,14	141 – 293
<i>Yrkesgrupp</i>					
Tjänsteman	7,62	7,63	6,88	5,91	664 – 4 088
Arbetare	7,16	7,22	6,74	5,39	566 – 3 364
Övriga	7,42	7,40	6,88	5,51	136 – 874

**Kommentar:** Frågornas formulering var: Vilken av de här yrkesgrupperna hör/hörde du till? Är din tjänst en tillsvidareanställning eller tidsbegränsad anställning? Följande kategorier fanns med bland yrkesgrupper: Tjänsteman; Tjänsteman med arbetsledande funktion; Tjänsteman med företags-/verksamhetsledande funktion; Arbetare; Arbetare med arbetsledande funktion; Företagare: ingen anställd; Företagare: 1–9 anställda; Företagare: 10 eller fler anställda; Jordbrukare: ingen anställd; Jordbrukare: en eller flera anställda. För övriga frågor formulering, se tabell 1.

**Källa:** Den nationella SOM-undersökningen 2016.

## Utbildningsnivå och inkomstnivå

En vedertagen syn på relationen mellan hälsa och inkomst är att om inkomsten är så låg att den associeras med avsaknad av resurser för att tillfredsställa grundläggande behov har det förödande konsekvenser för hälsa och välbefinnande. Om däremot inkomsten är tillräcklig finns ingen direkt koppling till ytterligare förbättrad hälsa eller välbefinnande om inkomsten ökar (se till exempel Gravelle & Sutton, 2009). I en större Gallup-undersökning gjord i ett flertal länder fann man dock bara delvis stöd för detta perspektiv (Deaton, 2008).

I den nationella SOM-undersökningen finns belägg för att de som tjänar mindre än 15 000 kronor i månaden motionerar mindre och bedömer sitt hälsotillstånd som lägre än övriga grupper. Från och med en månadsinkomst på 25 000 kr finns ingen skillnad jämfört med grupper med högre inkomst (tabell 3). Även om denna ohälsoeffekt bara är statistiskt säkerställd vid väldigt låga inkomster så passar dessa samband med socioekonomiska faktorer och hälsa in med tidigare forskning. Denna länk mellan inkomst och ohälsa kan bero på en rad olika faktorer. Den låga inkomsten kan leda till minskade resurser. Resurser som pengar, kunskap, makt och prestige kan användas för att reducera risker (Link & Phelan, 1995). Kulturella faktorer hänger ihop med visst hälsorelaterat beteende. Exempelvis befinner sig låginkomsttagare som grupp ofta i en kultur som röker mer. Enligt den nationella folkhälsoenkäten från Folkhälsomyndigheten (2016) finns det ett direkt positivt samband mellan

utbildningsnivå och hälsa. I samma rapport konstateras också att skillnaderna mellan utbildningsgrupperna ökar. Enligt Folkhälsomyndigheten (2016) har lågutbildade blivit en mer utsatt grupp på arbetsmarknaden. Det finns både direkta och indirekta effekter av den låga inkomsten på hälsa. Ekonomisk stress verkar påverka hälsan negativt mest via känslan av ojämlikhet och en bristande tro på att kunna förbättra sin livssituation (Kendall, Nguyen & Ong, 2017). Ojämlikhet skapar i sig självt negativa känslor som i sin tur förknippas med ohälsosamt beteende som tröstätande eller rökning. Det finns forskning som visar på att en kombination av alla dessa tre samverkar för att bidra till ohälsa hos låginkomsttagare (Blane 1999).

Respondenter som ej fullgjort grundskolan eller med endast grundskoleutbildning bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som sämre än respondenter med gymnasieutbildning eller högre. Däremot finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan utbildningsnivåer från gymnasium upp till forskarutbildning.

**Tabell 3 Självs kattat hälsotillstånd, upplevd känsla inför jobb och fritid samt motionsvanor i grupper med olika utbildningsnivå och inkomst, 2016 (medeltal)**

	Hälsotillstånd 0-10	Känsla inför egna jobbet 0-10	Känsla inför egna fritiden 0-10	Motionsvanor 1-7	Antal svar
<i>Utbildningsnivå</i>					
Ingen grundskola	5,72	(6,90)	(6,64)	4,29	21 – 86
Grundskola	6,91	7,09	7,06	5,01	213 – 1 300
Gymnasium	7,28	7,10	7,43	5,56	474 – 2763
Eftergymnasial utbildning	7,42	7,01	7,73	5,46	186 – 1 217
Högskola/universitet	7,91	7,71	7,37	5,93	632 – 3 972
<i>Månadsinkomst</i>					
Mindre än 15 000 kr	6,78	-	-	5,47	396 – 405
15 000 – 25 000 kr	7,42	-	-	5,53	340 – 346
25 000 – 35 000 kr	7,97	-	-	6,01	404 – 406
Mer än 35 000 kr	7,99	-	-	6,20	341 – 347

**Kommentar:** Frågans formulering gällande utbildning var: Vilken skolutbildning har du? Om du ännu inte avslutat din utbildning, markera den du genomgår för närvarande. De valbara kategorierna var: Ej fullgjort grundskola (eller motsvarande obligatorisk skola); Grundskola (eller motsvarande obligatorisk skola); Studier vid gymnasium, folkhögskola (eller motsvarande); Examen från gymnasium, folkhögskola (eller motsvarande); Eftergymnasial utbildning, ej högskola/universitet; Studier vid högskola/universitet; Examen från högskola/universitet; Studier vid/examen från forskarutbildning. Frågans formulering gällande inkomst var: Ungefär hur stor, normalt sett, är din egen månadsinkomst före skatt? Svarsalternativen till denna fråga var: Mindre än 10 000 kronor; 10 000 – 14 999 kronor; 15 000 – 19 999 kronor; 20 000 – 24 999 kronor; 25 000 – 29 999 kronor; 30 000 – 34 999 kronor; 35 000 – 39 999 kronor; 40 000 – 44 999 kronor; 45 000 – 49 999 kronor; 50 000 – 54 999 kronor; 55 000 – 59 999 kronor; Mer än 60 000 kronor. För övriga frågors formulering, se tabell 1. Resultat i parentes bygger på svarstal under 50 personer.

**Källa:** Den nationella SOM-undersökningen 2016.

## Civilstånd och hälsotillstånd

Tidigare har man haft uppfattningen att i kulturer med socialt stigma gällande att vara ogift skulle det finnas en större skillnad mellan gifta och ogifta när det gäller välbefinnande än i kulturer med stor acceptans för att vara singel. Likheterna mellan resultat avseende dessa skillnader bland många olika kulturer tyder på att det är den emotionella intimiteten som bidrar till välbefinnande snarare än faktorer som t ex ekonomisk trygghet. Det är faktiskt så att forskning visar att skillnaden mellan sammanboende och ensamboende till och med är något större i västerländska samhällen där det är socialt accepterat att vara skild eller singel än i samhällen med en starkare äktenskapsnorm (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000).

I tabell 4 redovisas skattningarna av våra fyra indikatorer efter civilstånd. Resultaten visar att bland respondenter i SOM-undersökningen skattar ensamstående sitt hälsotillstånd samt känslor kring jobb och fritid som lägre än vad respondenter med partner gör. Det är ett resultat som stämmer väl överens med tidigare forskning. Den mest troliga förklaringen ligger i en rad skyddande processer som till exempel känslomässigt stöd, självutlämning och partners responsivitet (Slatcher & Schaub, 2017). Det vill säga intim kommunikation i motsats till kommunikation som kännetecknas av främlingskap och anonymitet.

**Tabell 4** *Självskattat hälsotillstånd, upplevd känsla inför jobb och fritid samt motionsvanor i grupper med olika civilstånd, 2016 (medeltal)*

	Hälsotillstånd 0-10	Känsla inför egna jobbet 0-10	Känsla inför egna fritiden 0-10	Motionsvanor 1-7	Antal svar
Ensamstående	7,20	6,55	7,19	5,63	360 – 2 314
Sambo	7,09	6,84	7,37	5,67	299 – 1 905
Gift/partner	7,54	7,11	7,58	5,66	800 – 4 656
Änka/änkling	6,94	7,10	6,95	5,22	67 – 408

**Kommentar:** Frågan om civilstånd hade följande formulering: Vilket är ditt civilstånd? Svartalternativen framgår av tabellen. För övriga frågor formulering, se tabell 1.

**Källa:** Den nationella SOM-undersökningen 2016.

## Sammanfattning och slutsatser

I den nationella SOM-undersökningen för 2016 kan en rad statistiskt säkerställda resultat fastställas gällande hälsa. Människor med tidsbegränsad anställning skattar sitt allmänna hälsotillstånd betydligt lägre än fast anställda och egenföretagare. Arbetslösa skattar sitt hälsotillstånd som lägre och motionerar också i lägre utsträckning än både förvärvsarbetande, studenter och ålderspensionärer. Respondenter utan gymnasieutbildning skattar sitt allmänna hälsotillstånd som lägre än övriga. Samma

grupp känner sig sämre till mods rörande jobb och fritid och motionerar mindre. Bland övriga resultat gällande hälsotillstånd bör nämnas att arbetare uppvisar lägre värden än tjänstemän och kommunalanställda lägre värden än landstingsanställda.

Huvudresultaten från analyserna i det här kapitlet ligger tydligt i linje med tidigare forskning. Människor med tidsbegränsad anställning skattar sitt allmänna hälsotillstånd som betydligt lägre än fast anställda och egenföretagare. Arbetslösa skattar sitt hälsotillstånd som sämre och motionerar mindre än både förvärvsarbetande, studenter och ålderspensionärer. Respondenter utan gymnasieutbildning skattar sitt allmänna hälsotillstånd som lägre än de med gymnasieutbildning eller högre.

Fortfarande är alltså osäkra arbetsförhållanden och arbetslöshet tydligt kopplat till låg självskattad hälsa. Om detta gäller även för större populationer bör det få konsekvenser gällande specifika förslag på politisk nivå och åtgärder på samhällsnivå. Utan att ta ställning för någon partipolitisk inriktning är det rimligt att föreslå en bättre koordination mellan arbetsmarknadsåtgärder och institutioner som folkhälsomyndigheten.

## Noter

- <sup>1</sup> Det bör nämnas gällande huvudfrågan i denna studie att vi inte vet om respondenterna har tänkt mest på hälsa eller mest på livskvalitet när de besvarade frågan om hälsotillstånd. I andra studier har det dock visat sig att försöksdeltagare tänker mer på inre orsaker än yttre orsaker när de besvarar frågor om sitt hälsotillstånd (Eisele, 2017).
- <sup>2</sup> De båda sistnämnda frågorna har ställts i samverkan med Filip Fors och Bengt Brülde. Se även Fors och Brüldes kapitel i den här boken.

## Referenser

- Applebaum, H. (1992). *The concept of work: Ancient, medieval and modern*. Albany, NY: SUNY Press.
- Bharmal, N., Derose, K. P., Felician, M., & Weden, M. M. (2015). Understanding the Upstream Social Determinants of Health. Working Paper
- Blane, D. (1999). The life course, the social gradient, and health. *Social determinants of health*, 2, 54-77.
- Deaton, A. (2008). Income, health, and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *The journal of economic perspectives*, 22(2), 53-72.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of cross-cultural psychology*, 31(4), 419-436.
- Eisele, P. (2017). The relationship between mental health and physical health in a non-clinical sample. Submitted to International Journal of Clinical and Health Psychology.



- Feather, N. T. (1990). *The psychological impact of unemployment*. New York: Springer-Verlag.
- Folkhälsomyndigheten. 2016a. *Fakta om Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor?*. [Online: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistikuppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/fakta-om-nationellafolkhalsoenkaten-2015.pdf> ], (Hämtat 2017-05-01).
- Folkhälsomyndigheten. 2016b. *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*. [Online: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Syfteoch-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten/> ], (Hämtat 2017-05-01).
- Fritzell, S., & Burström, B. (2006). Economic strain and self-rated health among lone and couple mothers in Sweden during the 1990s compared to the 1980s. *Health Policy*, 79(2), 253-264.
- Glavin, P., & Young, M. (2017). Insecure People in Insecure Places: The Influence of Regional Unemployment on Workers' Reactions to the Threat of Job Loss. *Journal of Health and Social Behavior*, 0022146517696148.
- Gravelle, H., & Sutton, M. (2009). Income, relative income, and self-reported health in Britain 1979–2000. *Health Economics*, 18(2), 125-145.
- Kelloway, E. K., & Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: what we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(4), 223.
- Kendall, G., Nguyen, H. T., & Ong, R. (2017). *The impact of differentiated access to income and wealth on health and wellbeing outcomes: a longitudinal Australian study* (No. WP1701). Bankwest Curtin Economics Centre (BCEC), Curtin Business School.
- Lauer, E. E., Jackson, A. W., Martin, S. B., & Morrow Jr, J. R. (2017). Meeting USDHHS Physical Activity Guidelines and Health Outcomes. *International Journal of Exercise Science*, 10(1), 12.
- Liang, J., Lam, C.F., Ashford, S.J. & Lee, C. (2015). Job Insecurity and Organizational Citizenship Behavior: Exploring Curvilinear and Moderated Relationships, *Journal of Applied Psychology*, 100, 499-510.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, 80-94.
- Oravec, J. A. (2001). Online recreation and play in organizational life: The internet as virtual contested terrain. In *Our virtual world: The transformation of work, play and life via technology* (pp. 124-140). IGI Global.
- Powell, L. M., Slater, S., & Chaloupka, F. J. (2004). The relationship between community physical activity settings and race, ethnicity and socioeconomic status. *Evidence-Based Preventive Medicine*, 1(2), 135-44.
- Probst, T. M., & Brubaker, T. L. (2001). The effects of job insecurity on employee safety outcomes: cross-sectional and longitudinal explorations. *Journal of occupational health psychology*, 6(2), 139.

- Regidor, E., Barrio, G., de la Fuente, L., Domingo, A., Rodriguez, C., & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *Journal of epidemiology and community health*, 53(2), 75-82.
- Slatcher, R. B., & Schoebi, D. (2017). Protective processes underlying the links between marital quality and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 148-152.
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of occupational and organizational psychology*, 74(4), 489-509.
- Øversveen, E., Rydland, H. T., Bambra, C., & Eikemo, T. A. (2017). Rethinking the relationship between socio-economic status and health: Making the case for sociological theory in health inequality research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494816686711.orld Health Organization . International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001