



2014

Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg



Göteborgs
Stad

Innehåll

Förord	5	DEL 3 MÖJLIGA VÄGAR FRAMÅT	137
Inledning	6	Det går att påverka skillnaderna	138
Social hållbarhet ett arbete för oss alla	8		
Från politiskt beslut till rapport	9	DEL 4 VAD RAPPORTEN VISAR	175
Metod, tillvägagångssätt och avgränsningar	11	Hela staden för social hållbarhet	176
		För att komma vidare...	178
DEL 1 KUNSKAPSUNDERLAG	18	Litteraturförteckning	181
Social hållbarhet som drivkraft för ökat välbefinnande	19	Bilaga 1: Statistiska kommentarer	187
Förutsättningar för en god och jämlik hälsa	20	Bilaga 2: Fördjupning av demografiska aspekter	191
Samhällets resurser kan användas till annat	27	Bilaga 3: Befolkningsutveckling och flyttmönster i Göteborg	194
Samhällskostnader för sociala skillnader	29	Bilaga 4: Geografiska områden	198
Hälsa som lönsamt investeringsområde	30	Bilaga 5: Hälsan bland några utsatta grupper	202
Arbetet för att minska skillnaderna i hälsa	33	Bilaga 6: Arbetets organisering	204
		Bilaga 7: Hur förslagen togs fram	205
DEL 2 SKILLNADER I LIVSVILLKOR OCH HÄLSA I GÖTEBORG	41	Bilaga 8: Mer om skillnaderna	211
Skillnader är naturligt i ett samhälle	42		
Skillnader i hälsa mellan grupper	42		
Barns och ungdomars uppväxtvillkor	47	Det finns fler diagram och korta beskrivningar att ta del av i särtrycket: Mer om skillnader. Finns att ladda ner från www.socialhallbarhet.se/helastaden	
Tidiga insatser för goda livschanser och god hälsa	47		
Utbildning	49		
Ekonomiska förutsättningar under uppväxten	59		
Sociala relationer, trygghet och delaktighet	73		
Hälsa och levnadsvanor	77		
Boende, närmiljö och stödjande miljöer	82		
Vuxnas livsvillkor	89		
Utbildning	89		
Ekonomiska förutsättningar	91		
Delaktighet, sammanhållning och trygghet	102		
Arbetsliv	111		
Det sociala trygghetssystemet	117		
Hälsa och levnadsvanor	120		
Boende, närmiljö och stödjande miljöer	130		

I samband med att kommunfullmäktige antog 2013 års budgetmål fick Social resursnämnd i uppdrag att vara processägare för stadens arbete med två mål. Målen har särskild inriktning på social hållbarhet och att minska skillnader i livsvillkor och hälsa. Inom ramen för processägarskapet togs en strategi fram där en kartläggning av skillnaderna i hälsa pekades ut som ett uppdrag. Denna rapport är resultatet av det uppdraget.

Göteborgs Stad

Ledningsgruppen för Hela staden social hållbar, bestående av stadsdelsdirektörerna Hans Erngren, Claes Johansson, Torleif Larsson, Maria Lejerstedt, Ulla-Carin Olsson, Katarina Othelius, Ylva Runnström, Birgitta Roos, Christer Samuelsson, Thomas Segenstedt och direktören för Social resursförvaltning Michael Ivarson.

Skribent: Åsa Lundquist, utvecklingsledare, Social resursförvaltning

Redaktionsgrupp: Lena Kulin, Margareta Forsberg, Lars Lilled, Peter Molin och Johan Bergsten, alla vid Social resursförvaltning.

Till arbetet kopplades även en referensgrupp med uppdrag att komma med synpunkter och reflektioner men som på inget sätt tar ansvar för rapportens innehåll. Referensgruppen bestod av Hans Abrahamsson, Henry Ascher, Talieh Ashjari, Ulla Björnberg, Annette Borg, Göran Henriksson, Gunnel Hensing, Senad Meldo, Ingrid Pramling Samuelsson, Elisabeth Rahmberg och Torun Österberg.

Arbetsgrupp: Stadens tio utvecklingsledare i folkhälsofrågor Karin Alsén, Siv Andersson, Allan Dale, Charlotta Green, Ann-Marie Halvorsson, Madeleine Högenberg, Katrin Olausson, Gun Stigelius, Lisbeth Söderlund och Nina Åkeson.



Förord

Denna rapport är ett led i stadens arbete för social hållbarhet. Utgångspunkten är de prioriterade målen i kommunfullmäktiges budget som handlar om att minska skillnader i hälsa, utjämna livschanser och förebygga sociala problem. Syftet med rapporten är att ge en samlad bild av livsvillkoren och hälsan i staden, och den ska fungera som ett stöd för att staden ska kunna rikta insatserna dit de bäst behövs. En uppföljning av rapporten kommer att ske vart tredje år för att mäta om arbetet med att utjämna skillnader haft effekt.

Göteborg står i likhet med vår omvärld inför stora utmaningar. Det genomsnittliga hälsoläget och livsvillkoren i Göteborg har generellt blivit bättre. Det är en positiv utveckling. Samtidigt står det klart att skillnader i hälsa och livsvillkor mellan olika befolkningsgrupper ökat. Ytterst uttrycker det sig i påtagliga skillnader i medellivslängd. För kvinnor skiljer det 7,5 år och för män 9,1 år när olika områden jämförs i Göteborg.

Om vi ska kunna minska dessa skillnader behöver vi utgå från ett livscykel- och helhetsperspektiv där barns och ungas uppväxtvillkor är en viktig utgångspunkt. Av såväl etiska som samhällsekonomiska skäl är det viktigt att förstärka förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Vi står inför stora utmaningar och är ödmjuka inför dessa. Arbetet för ett socialt hållbart Göteborg kräver långsiktighet och uthållighet, men samtidigt är det ett arbete som måste pågå här och nu. Att minska klyftorna och förebygga att en sämre start förs vidare mellan generationer är avgörande för stadens framtid. Skillnaderna i livsvillkor och hälsa mellan göteborgare ska minska. Alla vinner på en mer jämlik stad. Denna rapport kommer att vara ett stöd i det arbetet.

Ledningsgruppen för Hela staden social hållbar

Hans Erngren, stadsdelsdirektör för Askim-Frölunda-Högsbo

Michael Ivarson, direktör för Social resursförvaltning

Claes Johansson (tf), stadsdelsdirektör för Angered

Torleif Larsson, stadsdelsdirektör för Västra Hisingen

Maria Lejerstedt, stadsdelsdirektör för Västra Göteborg

Ulla-Carin Olsson, stadsdelsdirektör för Östra Göteborg

Katarina Othelius, stadsdelsdirektör för Örgryte-Härlanda

Birgitta Roos, stadsdelsdirektör för Centrum

Ylva Runnström, stadsdelsdirektör för Norra Hisingen

Christer Samuelsson, stadsdelsdirektör för Lundby

Thomas Segenstedt, stadsdelsdirektör för Majorna Linné

Inledning

Denna rapport om skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg är inspirerad av Världshälsoorganisationens (WHO) rapport *Closing the Gap in a Generation* och av den engelska motsvarigheten *Fair Society, Healthy Lives*. Men även Malmös arbete med *Malmös väg mot en hållbar framtid* har inspirerat. I de båda rapporterna beskrivs sambanden mellan en befolknings hälsa och de grundläggande ekonomiska och sociala villkoren, och de visar att nyckelfaktorn bakom ohälsa i en befolkning är den sociala ojämlikheten. I den här rapporten samlas statistik som belyser skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Den beskriver också hur stora dessa skillnader är mellan olika grupper av göteborgare och mellan olika delar av staden. Här följer en översikt över rapporens fyra delar.

1

DEL 1 – KUNSKAPSUNDERLAG: Avsnittets syfte är att underlätta förståelsen av rapportens övriga delar. Bland annat sätts skillnader i hälsa in i ett sammanhang, och samhällseffekter och vinster som följer av minskade skillnader pekats ut. Avsnittet berör också hur ett effektivt arbete för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa ser ut, vilka komponenter det innehåller och vilka perspektiv som är viktiga för att nå framgång.

2

DEL 2 – KARTLÄGGNING AV SKILLNADER I GÖTEBORG: I detta avsnitt beskrivs skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg med hjälp av enkät- och registerdata. Avsikten är att ge läsaren en förståelse för skillnaderna i staden utifrån en bred uppsättning indikatorer. Avsnittet visar att det finns betydande skillnader, både mellan grupper av göteborgare och mellan delar av staden. Skillnaderna framträder på ett tydligt sätt för varje område som studeras. På många områden har skillnaderna ökat över tid. På andra områden är skillnaderna oförändrade. Det framkommer också att problematiken med stora skillnader inte är förbehållen vissa delar av staden utan finns inom alla stadsdelar.

3

DEL 3 – MÖJLIGA VÄGAR FRAMÅT: I del tre presenteras en sammanställning av andra aktörers förslag och rekommendationer som formulerats med avsikt att främja ett socialt hållbart samhälle. Gemensamt för dessa aktörer är bland annat att de använder WHO:s rapport *Closing the Gap in a Generation* som en viktig källa till inspiration. Tanken är att förslagen på möjliga vägar framåt ska utgöra ett underlag för diskussioner om stadens framtida arbete.

4

DEL 4 – VAD RAPPORTEN VISAR OCH FRAMTIDA FRÅGOR: Rapportens fjärde del erbjuder läsaren några slutliga kommentarer om vad beskrivningen av stadens skillnader i livsvillkor och hälsa betyder och vägen framåt. I avsnittet om framtida frågor identifieras ett antal utvecklingsområden och angelägna fördjupningsfrågor som kan vara viktiga för staden att ta med sig i det långsiktiga arbete som väntar.

VI VILL TACKA de personer som på olika vis bidragit till rapporten.

Utän inbördes ordning tackar vi referensgruppen som bestod av: *Hans Abrahamsson*, docent i Freds- och utvecklingsforskning, Göteborgs universitet, Institutionen för globala studier. *Henry Ascher*, professor i folkhälsovetenskap och läkare samt grundare av Rosengrenska stiftelsen, Göteborgs universitet, Institutionen för samhällsmedicin och folkhälsa. *Talieh Ashjari*, enhetschef vid Länsstyrelsen i Västra Götaland. *Elisabeth Beijer*, planeringsledare, Göteborgsregionens kommunalförbund – GR. *Ulla Björnberg*, professor emerita i sociologi, Göteborgs universitet, Institutionen för sociologi. *Annette Borg*, planeringsledare vid Göteborgs Stads stadsledningskontor. Anette har i sin tur även samordnat stadsledningskontorets synpunkter som framkommit via elva kollegor. *Göran Henriksson*, Samhällsmedicinsk rådgivare, Folkhälsokommitténs sekretariat, Västra Götalandsregionen. Ett särskilt tack till Görans kommentarer kring avsnittet Samhällskostnader för sociala skillnader. *Gunnel Hensing*, professor i socialmedicin, Göteborgs universitet, Institutionen för samhällsmedicin och folkhälsa. Ett särskilt tack för Gunnels bidrag till avsnittet om Hälsolitteracitet. *Senad Meldo*, Samordnare av brottsförebyggande, Polisen, Polisenhet Nordost. *Ingrid Pramling Samuelsson*, professor i pedagogik, Göteborgs universitet, Institutionen för pedagogik, kommunikation och lärande. *Elisabeth Rahmberg*, folkhälsochef, Folkhälsokommitténs sekretariat, Västra Götalandsregionen. *Torun Österberg*, universitetslektor inom socialpolitik, Göteborgs universitet. Ett särskilt tack till Torun för hennes värdefulla kommentarer gällande avsnittet om ekonomiska förutsättningar.

Vi vill också tacka *Barbara Rubinstein* från hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli vid Västra Götalandsregionen och *Fredrik Karlsson* vid Göteborgs Stads enhet för statistik- och samhällsanalys som har bidragit med det statistiska underlaget och dess granskning. Fredrik har även bidragit med analysstöd och text till bilaga 3: Befolkningsutveckling och flyttmönster i Göteborg. *Ulla Kungur* vid Social resursförvaltning som bidragit med material från staden droganeundersökning. *Allan Dale*, utvecklingsledare i folkhälsa i SDF Askim-Frölunda-Högsbo har också granskat de statistiska uppgifterna.

Vi vill även tacka Stadens tio utvecklingsledare i folkhälsofrågor: *Gun Stigelius*, *Karin Alsén*, *Nina Åkeson*, *Madeleine Högenberg*, *Ann-Marie Halvorsson*, *Charlotta Green*, *Allan Dale*, *Katrin Olausson*, *Siv Andersson* och *Lisbeth Söderlund* som bland annat har bidragit till arbetet på ett värdefullt sätt. Särskilt tack till *Charlotta Green*, utvecklingsledare i folkhälsa på SDF Östra Göteborg, eftersom grunden för avsnittet om hälsolitteracitet har sprungit ur hennes text. Till samma text har även värdefulla kommentarer kommit från *Lena Mårtensson*, docent och leg. arbetsterapeut vid Göteborgs universitet och *Josefin Wängdahl*, doktorand och folkhälsovetare vid Uppsala universitet. Vi vill även tacka *Ellen Wolff*, hälsoekonom vid Folkhälsomyndigheten, för kommentarer på de delar av rapporten som handlar om ekonomiska förutsättningar.

Samtliga har bidragit med värdefull kunskap till rapporten. Ansvaret för den slutliga utformningen ligger dock helt på Social resursförvaltning.

Social hållbarhet ett arbete för oss alla

I Göteborgs Stads reglemente för stadsdelarna står att den långsiktiga effekten av stadsdelarnas arbete ska bidra till utvecklingen av ett hållbart samhälle. Den sociala dimensionen i hållbarhetsbegreppet ska särskilt beaktas [1, 2 §]. Liknande skrivningar kring ett hållbart samhälle och fokus på den sociala dimensionen återfinns även i Social resursnämnds reglemente [2, 2 §]. Enligt stadsdelarnas reglemente ska stadsdelarna verka främjande och förebyggande för en lokal positiv samhällsutveckling, vilket på sikt ska bidra till ett mer demokratiskt och hållbart Göteborg. Det står också att olikheter i medborgarnas grundförutsättningar kräver ett ständigt utvecklingsarbete mot diskriminering, för att säkerställa jämställd och likvärdig service och tjänster för invånarna [1, 4 §].

Begreppen hållbarhet och den sociala dimensionen ingår även i stadens rådande budgethandling [3]. Där framhålls att eftersom staden ska bli mer jämlik och hållbar styrs Göteborg utifrån de tre hållbarhetsdimensionerna: den sociala, den ekologiska och den ekonomiska. Det framhålls också att de är ömsesidigt beroende av varandra [3]. Sammantaget innebär detta att Göteborgs Stads alla verksamheter, från stadsdelar, resurs- och fackförvaltningar till bolag, är berörda och ansvariga för arbetet för ett hållbart Göteborg. I budgeten framhålls även att ”minskade sociala och ekonomiska klyftor främjar folkhälsan och bidrar till ett långsiktigt hållbart samhälle” [3, s. 15].

I 2013 års budget antog Göteborgs kommunfullmäktige två mål, vilket innebar ett förstärkt fokus på social hållbarhet. I både 2014 års budget och i stadens nu rådande budget kvarstår dessa mål, även om formuleringarna har justerats något varje år.

År 2015 lyder målen [3]:

1. Öka förutsättningarna till goda livschanser och därmed utjämna dagens skillnader.
2. Göteborgarnas hälsa ska förbättras och skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper ska minska

Stadens reglemente och rådande budget sätter arbetet med hållbarhet och den sociala dimensionen på agendan. Dessa perspektiv och målsättningar omnämns även i den svenska regeringsformen [4], samt i flera portalparagrafer i svensk lagstiftning. Bland annat står det i socialtjänstlagen att ”samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet ... och inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers resurser” [5, 1 kap, 1 §]. Vidare står det i plan- och bygglagens portalparagraf att ”... främja en samhällsutveckling med jämlika och goda sociala levnadsförhållanden och en god och långsiktigt hållbar livsmiljö för människorna i dagens samhälle och för kommande generationer” [6, 1 kap, 1 §]. Även miljöbalken [7], hälso- och sjukvårdslagen [8], skollagen [9], högskolelagen [10], diskrimineringslagen [11] omnämner arbetet med hållbar utveckling och områden som lika möjligheter, lika värde, lika villkor och jämlikhet samt jämställdhet. Även på EU-nivå behandlas frågan, bland annat genom att Lissabonfördraget pekar på människans okränkbara

rättigheter och obestridbara rättigheter som frihet, demokrati och jämlikhet [12]. Slutligen har hela världssamfundet enats kring frågor som rör hållbarhet och mänskliga rättigheter, där till exempel hälsan lyfts fram som en mänsklig rättighet [13].

De mänskliga rättigheterna, barnkonventionen, rättigheter för personer med funktionsnedsättning och konventioner för kvinnors rättigheter lyfts även i stadens budget upp som centrala för Göteborg som ska vara en stad för alla och som är öppen för världen. Detta är grunden för stadens arbete för att alla göteborgare ska få goda möjligheter att utveckla sina liv [3]. I kommunfullmäktiges budget står det även att ”arbetet med mänskliga rättigheter och jämställdhet är en förutsättning för en socialt hållbar stad” [3, s. 10].

Ovan angivna utgångspunkter förstärker det delade ansvar som Göteborgs Stad har för arbetet med social hållbarhet, för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa samt för att utjämna livschanser.

Från politiskt beslut till rapport

I samband med att kommunfullmäktige antog 2013 års budgetmål fick Social resursnämnd uppdraget att vara processägare för stadens arbete med två mål som har särskild inriktning mot social hållbarhet och att minska skillnader i livsvillkor och hälsa. Processägare har att stödja övriga aktörer i staden i arbetet med att nå de angivna budgetmålen. Arbetet kom att sammanfalla med stadsdelarnas arbete kring frågor som rör stadens segregation, integration och social hållbarhet. Som en konsekvens beslutades att samtliga stadsdelsdirektörer skulle utgöra ledningsgrupp för processägarskapet. Ledningsgruppen leds av direktören för Social resursförvaltning. Parallellt beslutades att den politiska styrgruppen som just börjat arbeta skulle utvidgas till att omfatta samtliga tio stadsdelars politiska presidier. Inom Social resursförvaltning skapades en intern organisation med en arbetsgrupp för processägarskapet. Denna breda uppslutning från både politiker och chefstjänstemän har lett till ett tydligt fokus i staden på frågan om social hållbarhet.

Social resursförvaltning fick i uppdrag av den politiska styrgruppen att ta fram ett förslag kring processägarskapets inriktning. Inom ramen för det uppdraget utarbetades en strategi som antogs av styrgruppen under våren 2013. Läs mer om arbetets organisering på s. 204.

En del av strategin är att stödja utvecklingen av kunskapsbaserade aktiviteter i staden utifrån fyra strategiska områden:

- Ge varje barn en god start i livet
- Ge barn fortsatt goda förutsättningar genom skolåren
- Skapa förutsättningar för arbete
- Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Dessa områden utgår främst från rekommendationer som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har antagit inom ramen för sitt arbete med *Gör jämlikt – gör skillnad* [14], men ligger också i linje med WHO:s rapport

Tidslinje för arbetet

- **Hösten 2012:**
Budgetmål för 2013 beslutas
- **Våren 2013:**
Social resursnämnd tilldelas processägarskap för två mål om minskade skillnader i livsvillkor och hälsa.

Social resursförvaltning får uppdraget att ta fram en strategi för processägarskapet.
- **Våren 2013:**
Politiska styrgruppen antar strategin, inklusive två uppdrag angående kartläggning av skillnader i hälsa och livsvillkor:
1. Delrapport
2. Huvudrapport
- **Hösten 2013:**
Ledningsgrupp, arbetsgrupp och utredare för kartläggningsarbete är på plats
- **Våren 2014:**
Delapport publiceras
- **Vintern 2014/2015:**
Huvudrapport publiceras (den här rapporten)

Closing the Gap in a Generation [15] och den engelska rapporten: *Fair Society, Healthy Lives* [16] som även kallas för Marmot-rapporten.

Till detta ska också läggas ett femte område som handlar om att skapa strukturella och organisatoriska förutsättningar. Fokusområdena återspeglas i rapportens avgränsningar och har satt agendan för åtgärdsförslagen i del tre.

En annan del av strategin var att göra en kartläggning – nulägesbild – av skillnaderna i livsvillkor och hälsa i Göteborg. En kartläggning som enligt ledningsgruppen bör genomföras regelbundet, till exempel vart tredje år, vilket gör det möjligt att följa utvecklingen av skillnaderna i staden.

Kartläggningen är alltså ett resultat av ovan nämnda styrande dokument, beslut och strategi. Efter önskemål från styrgruppen delades arbetet med kartläggningen upp i två delar. En första del presenterades våren 2014. Den delen har nu utvecklats och fördjupats med hjälp av en bredare uppsättning indikatorer till att bli en huvudrapport över skillnader i Göteborg.

Rapportens syfte

Syftet med kartläggningen är att ge en samlad beskrivning av skillnaderna i livsvillkor och hälsa mellan olika grupper i staden och mellan olika geografiska delar av Göteborg.

Syftet är även att presentera en sammanställning av förslag till åtgärder, framarbetade av nationella och internationella aktörer, för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa inom ramen för Göteborgs fyra fokusområden.

Vad rapporten vill tillföra stadens arbete

Kunskapen om skillnader i staden finns redan hos olika offentliga och privata aktörer och en sammanställning som denna kan därför tyckas ha relativt lite att tillföra. Stadens skillnader i livsvillkor och hälsa har dock inte tidigare sammanställts på ett samlat sätt i en rapport med en sådan bredd av indikatorer som nu. Förhoppningen är därför att kartläggningen ska bidra till att öka förutsättningarna för att skapa en gemensam bild av staden och dess olika förutsättningar. Förut har skillnaderna i Göteborg inte tydligt kopplats samman med aktuell kunskap om vad olika sociala, ekonomiska och hälsorelaterade förhållanden innebär för ett samhälle och för hälsan hos en befolkning. Inte heller har en sådan översikt kombinerats med en sammanställning av andra aktörers förslag på hur skillnader kan minskas. En avsikt med rapporten är därför att erbjuda staden en gemensam nuläges- och kunskapsbild att samlas kring. Förhoppningen är slutligen att rapporten ska utgöra ytterligare ett verktyg i stadens arbete för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa.

Men behöver verkligen statistiken sammanställas? Vet vi inte tillräckligt redan? En viktig källa till inspiration för denna huvudrapport är rekommendationer från internationella aktörer, däribland WHO, och ett flertal svenska aktörer som anger att det behövs system för att mäta, synliggöra och följa upp hur skillnader i hälsa utvecklas över tid. Att sammanställa kunskap och statistik om skillnader på detta sätt anses vara en nödvändighet för

att skillnader i livsvillkor och hälsa ska kunna förstås och erkännas som ett samhällsproblem [16].

WHO-kommissionens ordförande och sedermera ordförande för Englands egen kommission, Sir Michael Marmot, myntade de orden ”inga data, inga problem och inga åtgärder” [16]. Det han säger är att skillnaderna måste mätas, sammanställas och analyseras för att veta vilka åtgärder som behövs vidtas för att minska skillnaderna. Även SKL [14] och Malmökommissionen [17] har betonat vikten av att kartlägga och skapa medvetenhet om skillnaderna och följa utvecklingen. De senare menar att ”det absolut första steget i ett framgångsrikt arbete för en jämlikare hälsa är att utveckla adekvata mätinstrument” [17, s. 55]. Med anledning av detta anser både styrgruppen och ledningsgruppen för stadens arbete att det första steget för att kunna minska skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg, är att fördjupa kunskapen om dessa skillnader.

Metod, tillvägagångssätt och avgränsningar

Här följer en beskrivning av metod, tillvägagångssätt och avgränsningar som har varit viktiga i arbetet med rapportens olika delar.

Metod för Del 1. Kunskapsunderlag

Rapportens första del innehåller en översiktlig introduktion till det kunskapsfält som rapporten vilar på. Här introduceras även teoretiska resonemang och begrepp som är av central betydelse för rapportens övriga delar. Underlaget består huvudsakligen av samhällsvetenskaplig och folkhälsovetenskaplig forskning, rapporter från svenska myndigheter samt svenska och internationella kommissioner och organisationer. Sammanställningen är inte systematisk utan syftar till att exemplifiera forskning och kunskap av relevans för det aktuella området.

Metod för Del 2. Kartläggning av skillnaderna i hälsa i Göteborg

Kartläggningen utförs genom att befintligt statistiskt material sammanställs och redovisas så att skillnaderna mellan grupper av göteborgare och delar av Göteborg synliggörs.

Det statistiska underlaget

Statistiken som används i rapporten för att visa skillnader i livsvillkor och hälsa är framför allt register- och enkätdata. Registerdata är hämtade från nationella register via Statistiska centralbyrån (SCB) och bearbetade av stadsledningskontorets enhet för samhällsanalys och statistik. Övrig statistik har huvudsakligen hämtats från den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika*

Socioekonomisk indelning

Socioekonomisk indelning är en beskrivning av en individs eller grupps position i samhällets hierarki. Nivåerna i hierarkin är desamma som olika grad av social status.

Denna indelning sker utifrån individens eller gruppens position på arbetsmarknaden (hur långt ifrån eller nära marknaden en person befinner sig) med hänsyn till utbildningsnivå (låg, mellan eller hög), yrkestillhörighet (arbetare eller tjänsteman) samt inkomstnivå (hög, medel, låg).

villkor (HLV)¹. Resultaten från enkätundersökningen är i sin tur bearbetade och levererade av Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsnämnders kansli. Även stadens olika interna uppföljningssystem och egna enkäter har legat till grund för delar av det statistiska underlaget, till exempel stadens drogvaneundersökning och fritidsvaneundersökning. I övrigt har också olika verksamheter och nyckelpersoner² kontaktats för att försöka få fram mer verksamhetsnära uppgifter.

Inom vissa fält är det dock svårt att få fram statistik av god kvalitet, eller också saknas lokala uppgifter. I dessa fall har utgångspunkten istället tagits i rapporter eller forskning grundad på nationell kunskap och nationella förhållanden. Resonemanget bygger på antagandet att förhållanden som är klarlagda på nationell nivå sannolikt även gäller för göteborgarna. Detta resonemang tillämpas dock enbart inom områden där kunskapsläget är så tydligt och väl belagt att det möjliggör en generalisering.

Tanken är att den statistik som presenteras i denna rapport ska ge en bild av skillnaderna mellan olika grupper och geografiska delar av Göteborg. Uppgifterna måste också vara möjliga att följa över tid för att synliggöra trender, för att på så sätt kunna utläsa om skillnaderna ökar eller minskar i staden.

Statistiken i rapporten ska användas för att

- visa skillnader mellan grupper av göteborgare
- visa skillnader mellan geografiska delar av Göteborg
- visa hur stora skillnaderna är
- följa trender och utvecklingen.

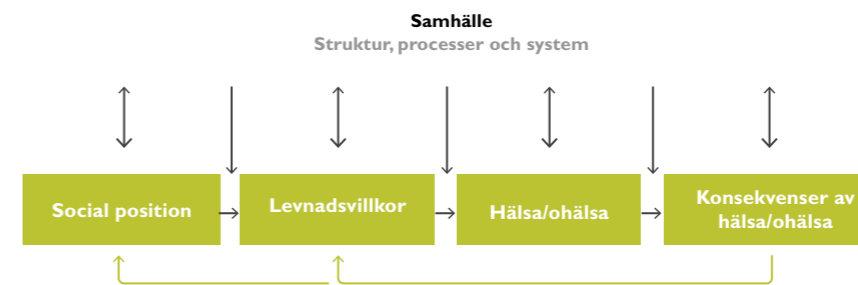
Skillnaderna redovisas mellan grupper av göteborgare och delar av Göteborg

Ett syfte med rapporten är att beskriva skillnader i livsvillkor och hälsa mellan olika grupper av göteborgare. Eftersom skillnader i hälsa och livsvillkor har en stark koppling till socioekonomiska faktorer presenteras statistiken i rapporten utifrån den socioekonomiska markören *utbildningsnivå*. Statistiken kommer i viss mån också att vara uppdelad efter kön och ålder.

Utifrån de budgetmål (se s. 8) som ligger till grund för rapporten, ska även skillnader i hälsa mellan delar av Göteborg analyseras. Detta sker genom att förhållanden inom olika geografiska områden i det här fallet främst mellanområden, men även i viss mån primärområden, beskrivs och jämförs med varandra (figur 1). När skillnader mellan delar av Göteborg beskrivs ligger fokus främst på att beskriva hur stora skillnaderna är mellan de områden som har det högsta respektive lägsta värdet.

¹ Hälsa på lika villkor är en urvalsundersökning som görs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SCB. För det tilläggsurval som Göteborgs Stad beställer för att kunna bryta ner uppgifterna på stadsdelsnivå samarbetar staden och Västra Götalandsregionen med ovan nämnda myndigheter.

² Stadsdelarnas utvecklingsledare för folkhälsa, stadsutveckling, mänskliga rättigheter och kvalitet har kontaktats för att bistå i identifieringen av viktiga indikatorer som är centrala för att belysa skillnader i livsvillkor och hälsa. De har även blivit ombudda att tipsa om statistiska eller andra systematiska underlag eller verksamhetsuppgifter som finns att tillgå i staden och som beskriver skillnader i livsvillkor och hälsa. Även verksamhetsplanerare inom individ- och familjeomsorgen, utbildning samt kultur och fritid har kontaktats. Idrotts- och föreningsförvaltningen, Park och naturförvaltningen samt Stadsbyggnadskontoret har även de blivit kontaktade för att kunna bistå med uppgifter. Utöver detta har även tjänstemän på Stadsledningskontoret bidragit med underlag.



Figur 2. Modell som visar referensramen för denna rapport. Återgiven från rapporten *Malmö väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa* [17].

Avgränsningar

Den mest övergripande avgränsningen för rapporten är skillnaden mellan hälsa och folkhälsa. Hälsan gäller individen medan folkhälsan berör befolkningens eller samhällets samlade hälsa. Hälsa är en resurs för individen medan folkhälsa är ett mål för samhället. Folkhälsa innefattar inte bara summan av individernas hälsa utan även mönster, trender och utveckling av befolkningens hälsa och hur jämlikt fördelad hälsan är mellan olika grupper i befolkningen. I denna rapport ligger fokus på folkhälsa – inte på hälsa.

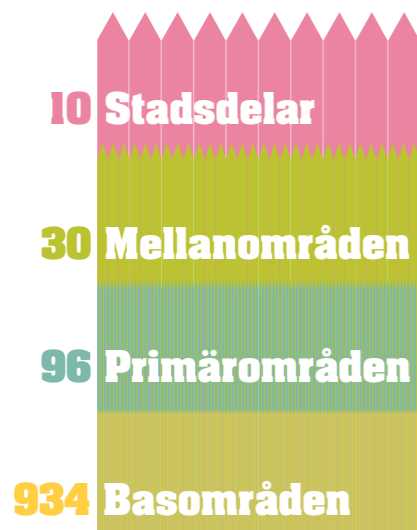
Rapporten tar därför sin utgångspunkt på samhälls- och befolkningsnivå, eftersom det enligt den samlade kunskapen är på den nivå som skillnader i livsvillkor och hälsa mest effektivt åtgärdas. Det är också en av anledningarna till att andra nationella, och flera av de internationella rapporter som banat väg för kunskapsfältet skillnader i livsvillkor, också utgår från denna nivå.

Vidare har ramen för rapporten satts med hjälp av den modell som Malmökommissionen [17] använde sig av (se figur 2). Denna ram tar ett tydligt avstamp i att det finns en ömsesidig påverkan mellan samhällets strukturer, social position (läs mer om social position på s. 24) och risken för ohälsa. Det finns en tydlighet i forskningslitteraturen som illustreras i figur 2, nämligen att den sociala positionen, som är starkt förknippad med livsvillkoren, är det som har störst påverkan på ojämlikhet i hälsa. Men sambandet är även omvänt. Ohälsa påverkar även individens sociala position [17, 18]. Men eftersom dessa delar i stor utsträckning också är påverkbara och kan mildras genom samhällsbeslut utgör de rapportens referensram. Därmed inte sagt att individen är en passiv aktör eller någon som ska lämnas utanför arbetet med att minska skillnaderna. Det är snarare så att individen i allra högsta grad ska betraktas som en medspelare som ska bidra till att sätta agendan för arbetet.

Eftersom området social hållbarhet, livsvillkor och hälsa är mycket brett och spänner över flera kunskapsfält kan beskrivningen bli svårhanterbar om det inte avgränsas. Här följer en översikt av rapportens övriga avgränsningar.

Avgränsningar i indikatorer

Tanken bakom valet av indikatorer i denna rapport är att de ska spegla många aspekter av de skillnader som finns i staden vad gäller livsvillkor och



Figur 1. Illustration över Göteborgs Stads geografiska och administrativa indelning. Läs mer på s. 198–201 där även kartor över stadens geografiska indelningar finns.

För att redovisa skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg används indikatorer inom följande områden:

Barns och ungdomars uppväxtvillkor

- Utbildning
- Ekonomiska förutsättningar under uppväxten
- Sociala relationer, trygghet och delaktighet
- Hälsa och levnadsvanor
- Boende, närmiljö och stödjande miljöer

Vuxnas livsvillkor

- Utbildning
- Ekonomiska förutsättningar
- Delaktighet, sammanhållning och trygghet
- Arbetsliv
- Det sociala trygghetssystemet
- Hälsa och levnadsvanor
- Boende, närmiljö och stödjande miljöer

hälsa, samt ge en översiktlig bild av hur skillnaderna ter sig bland olika grupper och delar av staden. Indikatorerna är endast ett urval av tillgänglig statistik som kan beskriva området. De är framtagna genom att indikatorer i liknande rapporter har studerats och jämförts med varandra. Även stadens uppföljningssystem och dess mått har studerats, liksom SKL:s arbete med att utveckla nationella indikatorer för hållbar utveckling samt Västra Götalandsregionens arbete med att ta fram regionala indikatorer för jämlik hälsa. Tanken är att valet av indikatorer för denna rapport ska ligga så nära som möjligt dessa aktörers sätt att beskriva området. Det finns fler diagram och korta beskrivningar att ta del av i särtrycket: *Mer om skillnader*. Finns att ladda ner från www.socialhallbarhet.se/helastaden.

Avgränsningar i grupper

En avgränsning av grupper var nödvändig att göra vid analys av statistiken. I rapporten redovisas statistiken företrädesvis uppdelad på utbildningsnivå och kön. Det beror på att utbildningsnivå är en tydlig indikator för socioekonomisk position, och socioekonomisk status är i sin tur starkt förknippad med olika livsvillkor och hälsoutfall.

Det finns självklart fler grupper att belysa. Exempel på sådana grupper är till exempel personer med utländsk bakgrund, personer med HBTQ-identitet och personer med funktionsnedsättning. Inte minst hade det varit intressant att analysera skillnader i hälsa utifrån ett intersektionellt perspektiv³. Ett sådant perspektiv handlar om att väga in ett flertal kategorier och förhållanden i analysen, eftersom en analys som enbart synliggör en kategori, till exempel kön, osynliggör betydelsen av andra kategorier och förhållanden såsom klass, etnicitet, funktionalitet, sexualitet, könsidentitet och så vidare. I denna rapport har det emellertid varit nödvändigt att utgå från befintlig statistik och denna är som regel uppbyggd utifrån en kategori i taget. Vidare är det svårt att genomföra en intersektionell analys av skillnader på stadsdels- och mellanområdesnivå, eftersom det statistiska underlaget i många fall blir för litet för detta.

I det framtida arbetet med att beskriva skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg kan det finnas anledning att särskilt belysa grupper som inte synliggörs i denna rapport.

Det mesta i denna rapport handlar om grupp- eller befolkningsnivå. Det betyder att de analyser som görs endast är generella och aktuella för dessa två nivåer. De behöver därmed inte gälla på individnivå. Det betyder bland annat att de socioekonomiska skillnader som studeras och kommenteras i denna rapport inte automatiskt kan översättas till att gälla alla individer med till exempel en viss utbildningsnivå. Vad den generella bilden förmedlar är dock att det är högre sannolikhet att en individ med en viss socioekonomisk status också har de livsvillkor och den hälsa som ofta är förknippade med den gruppen.

³ Intersektionalitet är ett analytiskt perspektiv som vill uppmärksamma hur relationer av överordning och underordning skapas och upprätthålls i samspel mellan etnicitet, funktionshinder, klass, kön, religion och sexualitet. Läs mer i fotnot 13, s. 31.

Avgränsningar i ålder

Trots att stadens befolkningsansvar⁴ har legat till grund för beskrivningen av skillnader i livsvillkor och hälsa har inte hela befolkningen kunnat belysas i rapporten. Fokus har lagts på barn (0–17 år, och företrädesvis de yngre barnen) och vuxna i förvärsaktiv ålder (30–64 år). Denna avgränsning berör dock endast del 2 i rapporten medan del 3 inkluderar hela befolkningen oavsett ålder.

Anledningen till avgränsningen i ålder grundas i de internationella, nationella och regionala kunskapsunderlag som ligger till grund för denna rapport. Där rekommenderas att fokus främst bör läggas på barn och deras föräldrar eller vuxna i allmänhet. Enligt dagens kunskapsbild ses nämligen de mest effektiva åtgärderna för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa i dessa två grupper. Men självklart berörs även andra åldersgrupper av skillnader i livsvillkor och hälsa, och det är viktigt att stärka förutsättningarna för ett gott liv och hälsa för alla. Ett exempel på att hälsan berör alla och påverkas under hela livet är att grunden för ett hälsosamt åldrande läggs i barndomen. Därför är det viktigt med ett livscykelperspektiv i arbetet med att stärka hälsan.

Trots ambitionen att särskilt belysa barns uppväxtvillkor i denna rapport så är det i mångt och mycket föräldrarnas situation som är utgångspunkten i beskrivningen av barns hälsa. Det finns två skäl till detta: dels att det i många stycken saknas tillgänglig aktuell statistik över barns livsvillkor och hälsa i Göteborg, dels att de uppgifter som är tillgängliga ofta brottas med metodologiska problem och brister i kvalitet. Det finns självklart nationell statistik på området, även om den också är begränsad, men den går inte alltid att bryta ner under kommunnivå. Det gör att den blir ointressant för Göteborg, eftersom skillnaderna i staden då inte blir synliga. Samma statistikbrister gäller även för till exempel unga vuxna och äldre.

Med anledning av detta ses det som ett viktigt utvecklingsarbete för staden att säkra tillgången till statistik av god kvalitet för att mäta skillnader i livsvillkor och hälsa.

Avgränsningar i geografiska områden

Fokus i rapporten ligger på att belysa skillnader i hälsa utifrån så kallade mellanområden. Mellanområden har valts för att enkelt och åskådligt kunna redovisa hur skillnaderna ser ut mellan geografiska delar av staden. Genom att utgå från de 30 mellanområdena säkras kvaliteten i hälsostatistiken. Skillnaderna i hälsa blir också synliga på denna nivå. Viss statistik, som de ekonomiska förutsättningarna, redovisas dock på primärområdesnivå.

När stadens områden studeras är det viktigt att ha med sig att livet eller hälsan i ett område inte enbart beror på vilka som bor där och deras vanor,

⁴ Stadsdelsnämnderna har i enlighet med Göteborgs Stads reglemente befolkningsansvaret för göteborgarna. Det betyder att "... på den kommunala demokratins grund tillhandahålla göteborgarna de tjänster som lagstiftaren och fullmäktige bestämt. ... Stadsdelsnämnderna har det yttersta ansvaret för befolkningen i respektive stadsdel. ... Nämndernas arbete ska bygga på en kompetens om lokala frågor med beaktande av ett hela-staden-perspektiv. Långsiktigt ska effekten av nämndernas arbete bidra till utvecklingen av ett hållbart samhälle. Den sociala dimensionen i hållbarhetsbegreppet ska särskilt beaktas. Detta ställer krav på nämndernas förmåga till kommunikation med medborgarna och samverkan med andra organisationer; såväl inom som utom staden [1, s. 2 §].

beteenden, styrkor och svagheter. Påverkar gör också olika samhällssystem, strukturer i samhället och den fysiska och sociala miljön i närområdet.

Metod för Del 3. Möjliga vägar framåt – förslag till åtgärder

I denna rapport presenteras sammantaget 30 förslag för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa, samt ett större antal exempel på hur de kan genomföras. Tanken är att förslagen ska ligga till grund för diskussioner om stadens framtida arbete. Förslagen vilar på forskning och beprövad erfarenhet som sammanställts i följande fem rapporter:

- *Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa* [14], en rapport antagen av Sveriges Kommuner och Landsting år 2013.
- *Samling för social hållbarhet: Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland* [19], en handlingsplan antagen av Västra Götalandsregionens regionfullmäktige år 2013.
- *Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa* [17], Malmökommissionens slutrapport, avrapporterades till Malmö stad år 2013. Kommunstyrelsen antog 2014 ett tjänsteutlåtande angående det fortsatta arbetet med kommissionens förslag.
- *Fair Society, Healthy Lives – Marmot-rapporten: Indikatorer för att bedöma resultatförbättringar avseende genomförandet av rekommendationerna i rapporten* [20], ett särtryck som samlar samtliga indikatorer som presenterades i rapporten Fair Society – Healthy Lives [16], som skrevs av en kommission på uppdrag av den brittiska regeringen.
- *Östgöta-kommissionen för folkhälsa – preliminära rekommendationer* [21], ett arbetsmaterial från Östgöta-kommissionen som arbetar på uppdrag av Regionförbundet Östsam.

Även Rädda barnens rapport *På Dagordningen: Reportage om lokala insatser mot barnfattigdom* [22] har använts i mindre utsträckning.

Arbetsprocessen som ledde fram till de 30 förslagen genomfördes av en intern arbetsgrupp på Social resursförvaltning och kan beskrivas i följande steg:

- Sammanställning av ca 300 förslag som presenteras i ovanstående rapporter.
- Grovsortering av förslagen.
- Sammanslagning av dubletter och förslag som liknande varandra.
- Tematisering av förslagen utifrån vilket problem de syftar till att lösa.
- Sortering av kvarvarande, tematiserade förslag utifrån Göteborgs Stads fyra fokusområden inklusive det femte området (se s. 9).

Som ett led i processen har även en översiktlig genomgång gjorts av de av stadens befintliga styrdokument som har bäring på att minska skillnader i livsvillkor och hälsa. Översikten visar att det redan i dag finns många

styrande dokument som ligger i linje med ett sådant arbete. Några exempel på sådana dokument är:

- Folkhälsoprogram
- Kulturprogram
- Grönstrategi
- Trafikstrategi
- Miljöpolicy
- Miljöprogram 2013
- Strategi och plan mot hemlöshet
- Program för trygghetsfrämjande och brottsförebyggande arbete
- Program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning

Ytterligare styrande dokument i Göteborgs Stad kan behöva beaktas i det kommande arbetet.

Begränsningar i arbetet med att sammanställa förslagen

Uppdraget har varit att sammanställa förslag som ligger inom ramen för Göteborgs Stads valda fokusområden. Det har inte ingått i uppdraget att kartlägga hur staden i redan i dag arbetar för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa, eller att anpassa förslagen efter lokala behov, pågående insatser eller processer i staden. Förslagen kan därför komma att nämna insatser som redan pågår i en eller flera verksamheter.



Avsnittet innehåller följande rubriker:

- Social hållbarhet som drivkraft för ökat välbefinnande
- Förutsättningar för en god och jämlik hälsa
- Social position och socioekonomisk status
- Samhällets resurser kan användas till annat
- Samhällskostnader för sociala skillnader
- Hälsa som lönsamt investeringsområde
- Arbetet för att minska skillnaderna i hälsa

KUNSKAPSUNDERLAG

I denna del av rapporten konstateras att minskade skillnader i livsvillkor spelar en betydande roll i arbetet med att skapa ett hållbart samhälle. Hälsa är både ett mål och ett medel för hållbar utveckling.

Mindre skillnader ger bättre hälsa för alla

Hälsan påverkas av livsvillkoren, livsmiljöerna och levnadsvanorna. Ett hälsofrämjande arbete syftar till att påverka de faktorer som bidrar till en positiv och jämlik hälsoutveckling för befolkningen. Den samlade kunskapen säger oss att de ekonomiska förutsättningarna också har stor påverkan. Ju högre inkomst en individ har, desto bättre är hälsan. Men forskningen visar att även inkomstspridningen har betydelse. I samhällen med små inkomstskillnader har befolkningen överlag bättre hälsa än i samhällen med stora inkomstskillnader. Även om biologiska och genetiska faktorer spelar in i hur hälsan utvecklas för en individ, så är det ändå de samhälleliga faktorerna som påverkar mest.

Rätten till hälsa är en mänsklig rättighet. Genom den samlade kunskapsbilden vet vi vad som orsakar ojämlik hälsa. Därmed vore det orättfärdigt att inte agera för att åtgärda brister som orsakar ojämlik hälsa.

Samhällets gemensamma resurser kan användas till annat

I denna del redogörs även för hållningen att arbetet för social hållbarhet och för att minska skillnader i hälsa och orättvisa livsvillkor är ett sätt att hushålla med samhällets gemensamma resurser. Hälsan uppmärksammas allt mer som ett medel för ekonomisk utveckling. Effektiva åtgärder som främjar folkhälsan kan därför få avgörande betydelse både för individen och för hela samhället. Alla tjänar på minskade skillnader oavsett inkomst och position i samhället. Detta beror delvis på att samhällets gemensamma resurser kan användas till annat än att åtgärda negativa effekter av stora skillnader i livsvillkor.

Mindre skillnader gynnar alla, oavsett position i samhället

I denna del av rapporten konstateras också att ett samhälle där de ojämlika skillnaderna är små leder till ökad social sammanhållning, trygghet och delaktighet bland invånarna. Detta gynnar alla - oavsett socioekonomisk position. Samtidigt ska vi inte glömma bort att förbättrad hälsa är en vinst i sig och har ett egenvärde, oavsett om det leder till positiva samhällsekonomiska konsekvenser eller inte.

Social hållbarhet som drivkraft för ökat välbefinnande

Åtskilliga försök att ta fram en enhetlig definition för begreppet hållbar utveckling har gjorts på lokal, nationell och global nivå. En hållbar utveckling kräver en helhetssyn, och hållbarhet är en process för att stärka samhällsutvecklingen. Oavsett definition är de flesta överens om att begreppet tar sin utgångspunkt i en social, ekologisk och ekonomisk dimension och att hitta balansen mellan dessa är det centrala i arbetet. Den ursprungliga definitionen av begreppet hållbar utveckling, och den som fått största acceptans och spridning, kommer från Brundtlandkommissionen⁵ från 1987: *"En hållbar utveckling är en utveckling som tillfredställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov"* [23, s. 16]. Senare förtydliganden har gjorts och ett av dem understryker att det viktiga är att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en god miljö och hälsa, ekonomisk och social välfärd och rättvisa [24].

Den sociala dimensionen tar i sin tur fasta på de sociala aspekterna i hållbarhetsdiskussionen och på de viktiga byggstenarna hälsa, social välfärd och rättvisa – som historiskt sett ofta hamnat i skuggan av den ekonomiska dimensionen.

Men även för begreppet social hållbarhet saknas en vedertagen definition. En anledning till detta kan vara att begreppet snarare ska ses som ett perspektiv eller ett orienterande begrepp som anger en riktning mot en möjlig framtid. Det leder till att begreppets innehåll och betydelse förändras i takt med att samhällen, normer och värderingar förändras. Kanske kan den sociala dimensionen definieras som det liv och det samhälle som inte lever på bekostnad av eller urholkar någon av andra två dimensionerna. Det betyder i så fall att social hållbarhet undviker miljöbelastning och stora tärande samhällsomkostnader. Vidare tycks begreppet vila på två ben. Det ena är att skapa välfärd så att människor kan ha det bra, leva gott, känna glädje, tillhörighet och mening med tillvaron, och där fördelningen av olika varor, tjänster och resurser samt framtidsutsikterna är någorlunda rättvis. Det andra benet kan sammanfattas i samhällets samlade förmåga att hantera och lösa problem samt uppmärksamma olika intressen så att helheten blir bättre, inte sämre. Denna förmåga inkluderar begrepp som kompromissvilja, öppenhet och ett samhälle som aktivt tar tag i sina problem snarare än blundar för dem [25].

Hälsan i centrum för hållbarhet

I rapporter som *Nationell strategi för Sverige* konstateras att Sverige behöver sätta den sociala hållbarheten i centrum för att få välbefinnandet att växa och att fokus behöver skifta från tillväxt till välbefinnande [26]. Befolkningens hälsa är av stor betydelse för samhällets möjligheter till utveckling och har därför kommit att bli allt mer central i diskussionen om samhällets ekonomiska och sociala utveckling [27]. I WHO:s rapport *Closing the Gap in a Generation* betonas behovet av att fokusera på folkhälsoarbetet för att minska

⁵ I dagligt tal kallas World Commission on Environment and Development för Brundtlandkommissionen.

Minskade skillnader i hälsa är inte bara ett mål, utan också ett medel i arbetet med hållbar utveckling [14].

dagens växande klyftor [15]. Det går inte att uppnå hållbarhet om hälsan är ojämnt fördelad i ett samhälle [17]. Det finns en allt större enighet kring uppfattningen att om ett land vill stärka sin ekonomi, arbetskraft och sammanhållning, invånarnas känsla av trygghet och delaktighet samt minska segregationen bör fokus läggas på folkhälsoarbetet [14, 28, 16]. I arbetet med hållbar utveckling ses därför minskade skillnader i hälsa både som ett mål, men också som ett medel i arbetet [14]. WHO poängterar till exempel att samhällets framgång kan mätas med graden av folkhälsa och hur den är fördelad i befolkningen [15]. Hälsan kan betraktas både som en förutsättning för, och ett resultat av, ett samhälles utveckling och välmående [27]. Det gör att många internationella och nationella forskare och offentliga aktörer nu betonar befolkningens hälsa – och särskilt den jämlika hälsan – som ett mått på social hållbarhet [15].

Definitionen av ojämlikhet i hälsa innebär orättfärdiga skillnader som kan undvikas. Det finns inga biologiska eller psykologiska orsaker bakom dem. Snarare beror de på orättvisa skillnader i de förutsättningar vi har när vi föds, lever, arbetar och åldras. [175]

Förutsättningar för en god och jämlik hälsa

En god folkhälsa, det vill säga summan av alla individers hälsa, handlar inte bara om att hälsan⁶ bör vara så bra som möjligt, den bör också vara jämnt fördelad [28]. En jämlik fördelning av hälsa innebär inte att alla har samma hälsotillstånd. Det innebär snarare att alla, oavsett ekonomiska förhållanden och socioekonomisk status, ska ha samma möjligheter att uppnå en god hälsa [29]. Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av både individuella och strukturella faktorer. Arbetet med att främja befolkningens hälsa syftar därför till att påverka de faktorer och förhållanden som bidrar till en positiv och jämlik hälsoutveckling för befolkningen [28].

Kunskapen från dagens samlade forskning på området menar att hur hälsan fördelas i en befolkning beror på fördelningen av inkomster, varor och tjänster samt makt. Forskningsläget säger vidare att hälsoskillnaderna uppstår till följd av hur tillgången på till exempel hälsovård, skolor och utbildning, men även arbetsförhållanden, fritid och bostäder, är fördelad i samhället [30]. Eftersom Sverige är ett välfärdsland kretsar inte diskussionen kring frågor om man får äta sig mätt, har ett boende eller får gå i skolan eller inte. Här handlar det snarare om vilken kvalitet det är på maten, boendet och skolan och hur kvaliteten fördelas mellan olika grupper i samhället.

Med anledning av detta bör hälsa inte främst ses som en individuell angelägenhet utan snarare som en gemensam samhällsangelägenhet [29].

Faktorer som bidrar till hälsa eller ohälsa

Det finns både individuella och strukturella faktorer som antingen kan skapa eller förhindra ohälsa [29, 17].

⁶ Läs mer om skillnaden mellan hälsa och folkhälsa på s. 13.

Individuella faktorer

De individuella faktorerna är de som individen själv styr över genom sina val, attityder och beteenden när det gäller levnadsvanor, till exempel mat- och motionsvanor samt konsumtion av till exempel alkohol och tobak. Hälsan påverkas också av närheten, antalet och tryggheten i våra sociala relationer till familj och vänner och av hur våra nätverk ser ut [28].

Vidare finns det forskning som visar att förutsättningarna under uppväxten i stor utsträckning påverkar våra levnadsvanor och sociala relationer livet ut. Det finns också forskning som påvisar den betydelse som de strukturella faktorerna och samhällets normer har för befolkningens levnadsvanor och sociala deltagande [29, 31, 32].

Läs mer i faktarutan på sid 23

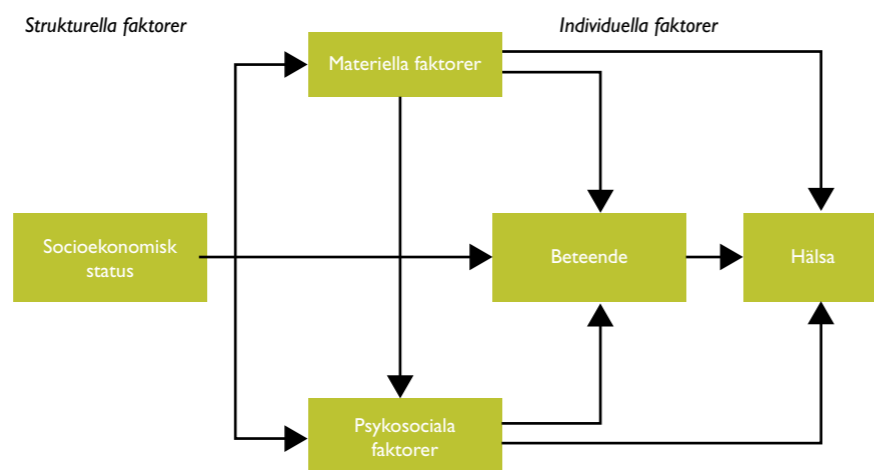
Strukturella faktorer

De strukturella faktorerna består i sin tur av våra livsvillkor (till exempel utbildning, delaktighet och sysselsättning) och livsmiljöer (den fysiska och sociala miljön). Här spelar till exempel skolsystem, boende- och arbetsförhållanden, arbetsmarknad, sjukvårdssystemets utformning, socialförsäkringssystem, tillgång till sociala nätverk, kulturutnyttjande samt inkomst- och skattepolitik avgörande roller [29, 17]. De samhälleliga strukturerna eller institutionerna kan antingen stödja eller försvåra människors möjlighet att uppnå en god hälsa och livskvalitet [30]. Dessa strukturella faktorer fördelas ofta ojämnt i en befolkning och det förklarar varför det finns systematiska skillnader i hälsa mellan delar av samhället och grupper i befolkningen [29, 17].

Läs mer i faktarutan på sid 23

Strukturella och individuella faktorer bidrar tillsammans till skillnader i hälsa

Figur 3 visar hur både strukturella och individuella faktorer skapar hälsa eller ohälsa och att båda delarna måste ingå i ett hälsofrämjande arbete. Samtidigt visar illustrationen att om fokus enbart läggs vid de individuella faktorerna, det vill säga levnadsvanor, attityder och beteenden, missar man de strukturella faktorer som ”verkar innan” eller i stor utsträckning formar människors förutsättningar. I en europeisk forskningsöversikt har det lyfts fram att hälften av alla skillnader i hälsa uppskattningsvis kan förklaras av faktorerna i figur 3, vilket ger en bild av den potential som finns i ett arbete att minska den ojämlika hälsan [33] (övrigt som påverkar är t.ex. ålder). I figuren illustreras också hur risken för ohälsa löper från socioekonomisk status (se s. 22) genom olika faktorer som på olika sätt kan stärka eller minska risken för ohälsa. Figuren säger dock ingenting om vad som i sin tur påverkar den socioekonomiska statusen.



Figur 3. Illustration av faktorer som verkar mellan socioekonomisk status och risk för ohälsa. Illustrationen går från strukturella till individuella faktorer innan ett visst hälsoutfall uppstår. Illustrationen säger dock ingenting om är vad som i sin tur påverkar den socioekonomiska statusen. Återgivet från rapporten *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union* [33].

Hälsans bestämningsfaktorer

De strukturella faktorerna, vardagslivets villkor, bildar tillsammans det som internationellt omnämns som de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, det vill säga de faktorer som kan påverkas av samhället och som orsakar ohälsa [30].

I Sverige har vi sedan 1991 fokuserat på hälsans bestämningsfaktorer⁷, det vill säga de faktorer i samhället och människors levnadsförhållanden som bidrar till hälsa men i begreppet har även levnadsvanorna inkluderats [28, 34]. Det upplägget, tillsammans med hur Sverige har arbetat med välfärd och utjämningsystem, lyfts numera fram bland annat av WHO [15] som ett effektivt sätt att minska skillnaderna i hälsa ett samhälle. Upplägget ligger också i linje med både WHO:s globala rapport [15] och den brittiska ”Marmotrapporten” [16].

Det råder numera en allt större samstämmighet om att hälsa framför allt påverkas av sociala bestämningsfaktorer, och därför är en fråga för hela samhället [15]. Det är också ett välkänt faktum att hälsans bestämningsfaktorer skär genom alla samhällsområden och därmed också politikområden. För att befolkningen ska få en bättre hälsa krävs därför åtgärder på alla nivåer och i alla samhällssektorer och miljöer [30, 28, 34].

Läs mer i faktarutan på sid 23

7 Att utgå från hälsans bestämningsfaktorer [37], ett begrepp som utvecklades 1991, medför att huvuddelen av folkhälsoarbetet läggs på samhällets alla delar. Detta synsätt tillskriver hälsan fler dimensioner än livsstil, och innebär att en god hälsa handlar om såväl delaktighet som jämlikhet och social trygghet. Hälsans bestämningsfaktorer innebär att alla de aspekter av samhället som påverkar hälsan lyfts fram. De kan delas in i sociala och ekonomiska faktorer; faktorer som rör den fysiska miljön och slutligen faktorer som rör livsstil. Alla dessa faktorer påverkas, genom ett komplicerat samspel, av vår omgivning och våra samhälleliga strukturer, men även av individen själv.

FAKTARUTA

Hälsans bestämningsfaktorer och grunden för svensk folkhälsopolitik

I figur 4 beskrivs relationen mellan människan, närmiljön och samhällskulturen, det vill säga de faktorer som påverkar hälsan. Utgångspunkten för hälsans bestämningsfaktorer är alltså inte sjukdomar eller hälsoproblem.

I modellens undre halvcirkel, under strecket, finns det som hittills främst har setts som opåverkbara – biologiska faktorer⁸ som individen själv bär på. Samtidigt är det i dag möjligt att genom medicinsk behandling byta kön, något som inte tidigare varit möjligt.

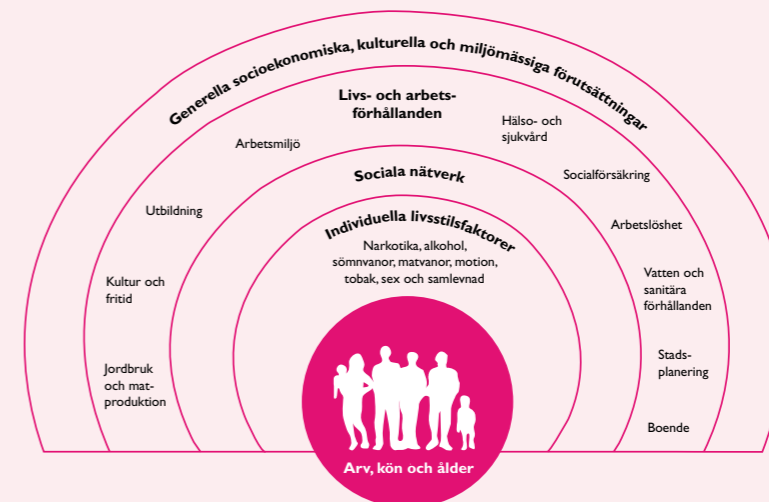
Modellens övre del (över strecket) är indelad i fyra nivåer.

- Nivå 1: Övergripande samhällsekonomiska strategier men även kultur och miljö.
- Nivå 2: Livsvillkoren och livsmiljöerna, till exempel utbildning, sysselsättning, ekonomiska villkor och tillgång till hälso- och sjukvård. Den fysiska och psykosociala miljö där vi bor, arbetar, studerar, leker och tillbringar vår fritid ingår också.
- Nivå 3: Levnadsvanorna, det vill säga matvanor, rökning och alkoholkonsumtion med mera.
- Nivå 4: Sociala nätverk och relationer till familj och vänner, men även socialt stöd.

Alla dessa faktorer och hur de fördelas i befolkningen går att påverka genom olika samhällsbeslut. Dessutom spelar besluten en roll för vilka stödjande miljöer som samhället väljer att skapa för att stötta individen när det gäller att göra hälsosamma val och att leva det liv som de själv värderar högt.

Den svenska folkhälsopolitiken baseras på denna modell och syftar med sina elva målområden till att främja en god och jämlik hälsa för hela befolkningen [35, 36].

Modellen omfattar alltså å ena sidan levnadsförhållanden – som bestäms av samhällets normer samt ekonomiska och kulturella förhållanden – och å andra sidan levnadsvanorna som individen bestämmer själv. Samtidigt har det visat sig att levnadsförhållanden som utbildningsnivå, yrke och boendemiljö samt samhällets lagar, stödjande miljöer och normer i stor utsträckning påverkar livsstil och levnadsvanor. Livsstilen är således inte enbart ett resultat av en individs egna val utan ett resultat av individens samtid och samhälle.



Figur 4. Hälsans bestämningsfaktorer. Bearbetad illustration efter Dahlgrens och Whiteheads original, 1991 [37].

8 Ny forskning talar för att även de faktorer som betraktas som opåverkbara till en del kan påverkas. Inom epigenetiken, som är ett alldeles nytt och hett forskningsområde, undersöks vilka av våra gener som är påslagna och vilka som är avslagna. Detta mönster verkar utformas under fosterstadiet eller tidigt i livet och ärvs delvis till nästa generation. Sannolikt har det med vår anpassning till den miljö där vi befinner oss att göra och är viktigt för artens överlevnad. Detta ger ytterligare underlag till att det är viktigt att skapa hälsofrämjande livsvillkor under fosterstadiet och tidigt i livet, och att genetiken kan påverkas åtminstone till en del.

Gårdagen påverkar dagens skillnader i hälsa

I början av 1970-talet hade Sverige en internationellt och historiskt sett mycket liten spridning av inkomster, utbildningsresultat, sociala och hälsomässiga skillnader. Därefter har skillnaderna ökat. Samtidigt har inkomstspridningen och boendesegregationen ökat, och utbildningssystemet ger inte längre samma utbildning till alla, utan stora variationer mellan skolor och kommuner har vuxit fram. Klyftan mellan de som har hög respektive låg socioekonomisk status har kort sagt ökat [38].

För att bedöma om dagens skillnader påverkas av eller kan ses som ett resultat av gårdagens samhälle samt livsvillkor och levnadsvanor måste även ett historiskt samhällsperspektiv antas. Ett tydligt exempel på detta är att dagens överdödlighet för vissa grupper har att göra med en rökdebut för 30 år sedan och därefter ett livslångt beroende. Likadant är det med sjuklighet och dödlighet som är alkoholrelaterad.

Exemplet med rökning kan spåras tillbaka till de första larmrapporterna om sambandet mellan tobaksrökning och en rad olika sjukdomar och förtida död. Massiva kampanjer mot rökning inleddes världen över och bidrog till att rökningen minskade, särskilt bland de med högre social position i samhället, längre utbildning och högre inkomst. I arbetet med att förebygga ohälsosamma levnadsvanor har Sverige varit framgångsrikt. Samtidigt har det individorienterade arbetssättet som nämnts ovan främst påverkat dem med högst inkomst och haft lägre effekt på dem med låg inkomst. Resultatet är en ökad ojämlikhet när det gäller hälsans fördelning i befolkningen. I dag röker till exempel mer än dubbelt så många av de med låg socioekonomisk status jämfört med de med hög position. Anledningen till detta är att det är lättare att sluta röka om de individuella resurserna som kunskap, pengar och socialt stöttande miljöer är högre. Det betyder att gårdagens vanor och samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser påverkar dagens utfall i hälsa. Hälsans fördelning i befolkningen beror också till viss del på hur man förr valde att arbeta mot ohälsan.

Det finns även forskningsresultat som menar att förra generationens livsvillkor och levnadsvanor påverkar även nästnästa generationers hälsa [29], vilket bidrar till att både ett livscykelperspektiv och en generationsöverskridande ansats bör antas [29].

Social position och socioekonomisk status

I WHO-rapporten *Closing the Gap in a Generation*, framgår tydligt att hälsa och sjukdom är socialt betingade i alla länder och i alla samhällen oavsett den generella inkomstnivån [15]. Forskningen på området pekar tydligt på att den ställning vi har i samhällsstrukturen, den sociala positionen, består av en kombination av vår tillgång på till exempel utbildning, inkomst, bostad och vilket arbete man har [17]. På statistisk nivå finns det ett samband som innebär att ju lägre social position en person har, desto sämre är hälsan och desto kortare blir livet. Det betyder att de som har en låg social position i ett samhälle har en sämre hälsoutveckling och högre utsatthet för ohälsa men också att ohälsan får ekonomiska och sociala konsekvenser [29, 39, 16, 18, 15, 17]. Ett samhälle med stora sociala skillnader är också ett samhälle med stora skillnader i hälsa mellan olika grupper [39, 16].

Sociala skillnader mellan grupper kan mätas med olika mått på social position – genom en socioekonomisk indelning som ger en socioekonomisk status [28]. De vanligaste indikatorerna för socioekonomisk status är utbildning, inkomst och indelning efter yrkeskategorier. Trots att dessa förhållanden är starkt sammankopplade med fördelningen av hälsa i en befolkning är de inte helt och absolut avgörande – det går att ha en god hälsa eller få en hög position eller status utan lång utbildning eller inkomst [29]. Skillnaderna i social position mellan grupper förklarar till stor del skillnader i hälsa mellan samma grupper [28]. Andra betydelsefylla faktorer är till exempel ålder, men den faktorn inte är påverkbar och därmed inte intressant att uppehålla sig vid i ett arbete som syftar till att minska skillnader i livsvillkor och hälsa.

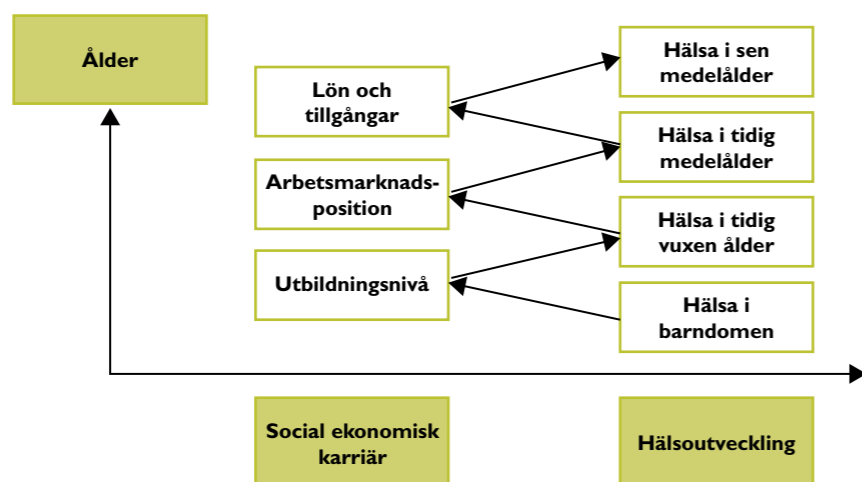
En central faktor bakom de sociala skillnaderna i hälsa handlar om individens autonomi – hur mycket kontroll man har över sitt liv. Olika socioekonomiska grupper har olika tillgång till resurser som antingen främjar eller hindrar hälsoutvecklingen. Oavsett hur man ser på teorierna och forskningsresultaten kring sociala bestämningsfaktorer, ojämlik hälsa och strukturella eller individuella faktorer effekt på hälsoutvecklingen, så visar den samlade kunskapen på området att ojämlikt fördelade resurser i samhället har stor betydelse för hälsan och hälsans sociala fördelning i samhället. Sammanfattat handlar detta om huruvida vi har makt, kontroll och resurser i våra liv och hur dessa fördelas i samhället mellan grupper och områden [39, 16, 17].

De socioekonomiska måtten – utbildning och inkomst samt deras betydelse för hälsan

Utbildning skapar möjligheter och ökar förutsättningarna för ett gott liv [29]. Det rustar oss också med en mängd olika resurser som värdesätts i vårt samhälle och som kan förväntas ge bättre hälsa [40]. Ofta antas utbildning även leda till ökad kunskap om hälsosam livsstil, gör det lättare att tillägna sig ny kunskap, samt att orientera sig i samhället och inom hälso- och sjukvårdssystemet [29]. En utbildning ger dessutom möjligheter på arbetsmarknaden och lägger i sin förlängning grunden för en inkomst [40].

Inkomsten samvarierar också med en mängd faktorer som har betydelse för det individuella väståndet. Inkomsten påverkar hälsan genom de materiella resurser den medför, samt genom samvariation med arbetsvillkor, boendevillkor, hälsa, sociala relationer och så vidare. Att inkomst är så avgörande har att göra med att pengar enkelt går att omvandla till andra eftersträvarvärda levnadsvillkor. Pengar skapar valmöjligheter och ger ökad trygghet och kontroll över livet, vilket gör att det blir lättare att bestämma var och hur man vill bo och underlättar konsumtion som i sin tur är en viktig statusmarkör eller betydelsefull för hälsan [29].

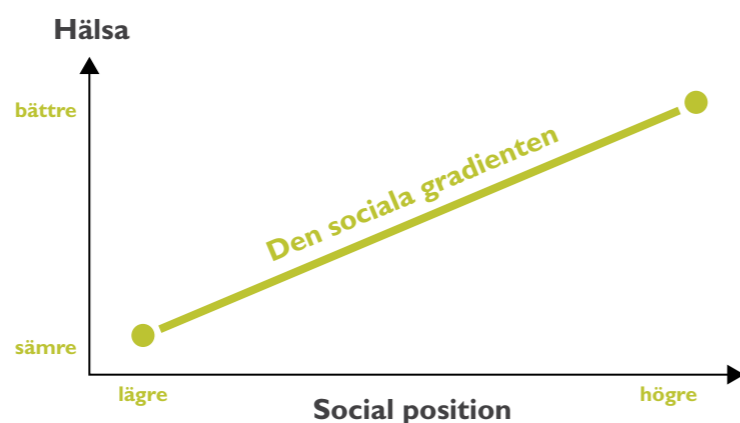
I figur 5 illustreras hur socioekonomiska skillnader på grupp- och samhällsnivå kan kopplas samman med individnivån. Figuren visar att hela livsperspektivet måste beaktas för att förstå interaktionen mellan hur sociala och ekonomiska ”karriärer” ständigt utvecklas under livet och hur de är sammanlänkade med hälsan [33].



Figur 5. En modell som visar på relationen mellan utbildning, arbete samt inkomst och hälsa. Återgiven från rapporten *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union* [33].

Ju högre position, desto bättre hälsa – den sociala hälsogradienten

Som redan har konstaterats påverkas hälsan i hög grad av individens sociala position – som ofta mäts genom inkomst och utbildningsnivå. Personer med hög inkomst har till exempel i oftare god hälsa än personer med låg inkomst [41]. Hälsan förbättras nämligen gradvis med stigande inkomst, oavsett vilken position eller socioekonomisk grupp vi tillhör. Detta samband är tydligt och brukar kallas för den sociala hälsogradienten [40, 39, 42]. Sambandets styrka mellan en individs ekonomiska resurser och individens hälsa avtar dock för varje ytterligare intjänad krona, eftersom varje ny krona förbättrar hälsan allt mindre [43, 40]. Men en högre ekonomisk standard är fortfarande bättre för hälsan, efter att de basala behoven av mat, kläder och husrum är uppfyllda [40].



Figur 6. Den sociala gradienten – ju högre social position, desto bättre hälsa. Återgiven från rapporten *Malmös väg mot en hållbar framtid – hälsa, välfärd och rättvisa* [17].

Den sociala gradienten kan inte enbart beskrivas med inkomst. Samma koppling finns också för bland annat förmögenhet och hälsa, social position och hälsa samt utbildning och hälsa [41]. Inkomsten är dock det vanligaste

sättet att beskriva gradienten. Hälsogradienten kan antingen beskrivas som i figur 6 eller genom en förenklad metafor – en trappa. Varje trappsteg är en viss social position i samhället som vi uppnår genom till exempel en viss inkomst och utbildningsnivå. Varje steg påverkar även vår hälsa kraftigt. Ju högre upp i trappan, desto bättre social position och hälsa. Men vi kan inte öka våra förutsättningar för god hälsa genom att ”för evigt” gå allt högre upp i trappan. På de översta trappstegen förbättras nämligen inte hälsan lika mycket som ”längre ner i trappan”.

Ett arbete som syftar till att minska skillnaderna i livsvillkor och hälsa innebär att betydelsen av den sociala positionens och livsvilkorens inverkan på hälsan mildras – eller att effekten av trappstegen dämpas.

Samhällets resurser kan användas till annat

Som redan konstaterats är hälsa både en mänsklig rättighet och en viktig drivkraft för social och ekonomisk utveckling. En god hälsa har primärt ett värde för den enskilde individen, men också för samhället. För individens del är en god hälsa en förutsättning för att klara av vardagen och leva ett gott liv. För samhällets del innebär en befolkning vid god hälsa att fler individer kan delta i aktiviteter som gynnar hela samhället, så som utbildning, produktion eller arbete inom vård och omsorg [27]. Om hälsoläget är gott i en befolkning kan fler arbeta, vilket leder till att produktiviteten ökar och att investeringar i utbildning ger större i utbyte. Effektiva åtgärder som främjar folkhälsan kan därför få avgörande betydelse både för individen och för hela samhällsutvecklingen. Hälsan uppmärksammas därför allt mer som ett medel för ekonomisk utveckling [44, 40] och för att det finns ett ömsesidigt samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt [28]. Detta har bidragit till att institutioner som Internationella valutafonden, Världsbanken, OECD, EU och Världsekonometiskt forum i Davos nu lyfter betydelsen av ojämlikhet och uttrycker en oro över stora klyftor i samhället. De menar att ojämlikhet är vår generations stora utmaning, något som skadar ekonomin, och att hälsa är en grundläggande faktor för att skapa ekonomisk tillväxt [45, 46, 47, 48, 49, 28, 50]. Samtidigt är hälsa i första hand en mänsklig rättighet och folkhälsoarbetets primära uppgift är alltså inte att spara pengar eller öka tillväxten, därför kan lönsamheten inte i första hand beskrivas med ekonomiska termer. Istället bör diskussionen snarare kretsa kring de positiva effekterna av minskad sjuklighet, sårbarhet och mindre lidande samt alla människors rätt till en god hälsa.

Trots det är det hälsoekonomiska perspektivet inte oväsentligt även om det inte alltid diskuteras som jämbördiga fakta vid sidan om andra ekonomiska aspekter. Det är emellertid ett perspektiv som kan öka förståelsen för relevansen och nödvändigheten i att minska skillnader i hälsa.

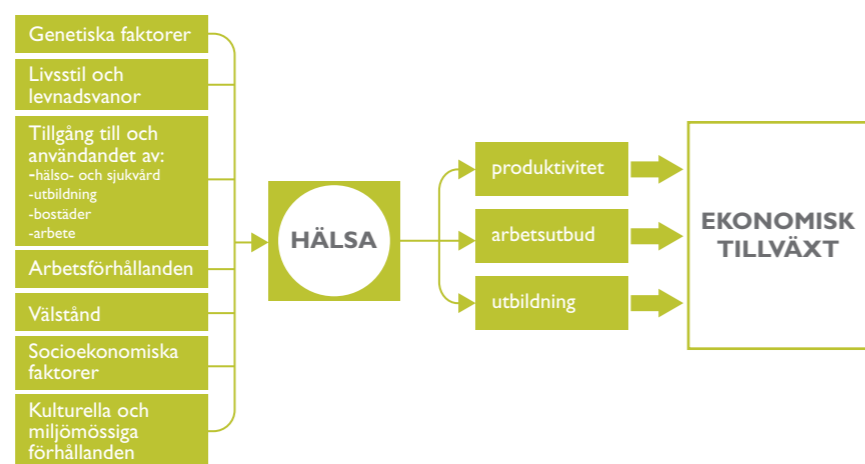
Forskningslitteraturen visar att alla tjänar på minskade skillnader i ett samhälle [39]. Detta beror främst på att om mindre del av samhällets resurser går till att bekämpa effekterna av skillnaderna, då kan pengarna användas till annat som att investera i skola, vård och omsorg. Sådana investeringar drar alla nytta av. Detta kan även skapa utrymme för skattelättnader. Vidare

”Mycket talar för att ett samhälle tjänar på att försöka optimera hälsan i sin befolkning eftersom förebyggande av ohälsa kostar betydligt mindre än att ta hand om konsekvenserna när de väl har uppstått. Detta är detsamma som att säga att det finns mycket goda skäl att investera i förebyggande insatser för att öka hälsan i en befolkning” [17, s. 50].

är ett samhälle utan stora sociala slitningar ett tryggare samhälle med större sammanhållning och den tryggheten, tilliten och samhörigheten tar alla del av, oavsett social position. Arbetet med social hållbarhet och att minska skillnader i livsvillkor och hälsa bör således ses som ett sätt att hushålla med samhällets gemensamma resurser.

Enligt EU:s forskningsöversikt om hälsans effekter på ekonomin i höginkomstländer, och med särskild betoning på EU-länderna, konstateras att det finns starka ekonomiska skäl att investera i hälsa om Europa ska kunna behålla sin globala konkurrensförmåga. Rapportens författare drog slutsatsen att beslutsfattare som är intresserade av att förbättra den ekonomiska tillväxten bör uppmärksamma hälsa som ett angeläget investeringsområde [50].

Figur 7 illustrerar och sammanfattar ovanstående resonemang. Till vänster i figuren finns de delar som bidrar till hälsa. Hälsan bidrar i sin tur till att personer har bättre förutsättningar att tillgodogöra sig en utbildning; möjligheterna på arbetsmarknaden ökar, vilket leder till bättre och tryggare inkomster som i sin tur skapar förutsättningar för både konsumtion och sparande. Konsumtionen och sparandet kan i sin tur underlätta ett hälsosamt liv, och ge ökad kontroll och makt över livet. På samhällsnivå innebär detta att hälsan bidrar till fler utbildningsår och högre kompetens, ökat arbetsdeltagande, fler produktiva år och högre produktivitet i näringslivet, ökat sparande och konsumtion och dessutom minskar kostnaderna för vård, service och transfereringar. Hälsan bidrar på så sätt till tillväxt. Tillväxten skapar i sin tur förutsättningar för investeringar i de faktorer som nämns först i detta stycke och en cirkulär koppling mellan hälsa och tillväxt blir på så sätt synlig [33, 40].



Figur 7. Hälsans betydelse för ekonomisk tillväxt. Hämtat från Folkhälsomyndigheten [40] som har återgivit modellen från rapporten *The contribution of health to the economy in the European Union* [50].

Förutom kopplingen mellan hälsa och tillväxt presenteras en lista (se figur 8) över de positiva värden som den samlade kunskapsbilden i forskningslitteraturen kring minskade skillnader i hälsa i dag erbjuder oss. De värdena kan bli resultatet av ett arbete som syftar till att minska skillnaderna mellan delar av Göteborg och mellan grupper av göteborgare. Utifrån listan är det svårt att se folkhälsa som något endimensionellt eller som en företeelse som man kan bortse ifrån när det handlar om samhällsutvecklingen. Hälsan bör där- emot betraktas som en drivkraft för utveckling, på samma sätt som utbildning och infrastruktur, särskilt om hållbar utveckling [49] är målbilden.

Samhällskostnader för sociala skillnader

Eftersom ojämlikhet i hälsa är påverkbart anser många aktörer att kostnader som uppstår som en följd av ojämlik hälsa skulle kunna betraktas som ”onödiga kostnader” [51]. Det har gjorts ett antal olika beräkningar för att med hjälp av ekonomiska termer förstå vad omfattande sociala skillnader kostar samhället. Det är, metodologiskt sett, inte lätt att genomföra dessa beräkningar, och samtliga tillvägagångssätt har sina begränsningar. Olika uträkningar fångar även olika delar av problemet, vilket gör det svårare att skapa sig en helhetsuppfattning. Gemensamt för samtliga nedanstående exempel är dock att kostnaderna är stora, vilket också illustrerar problemets proportioner.

Samhällets kostnader för ohälsa

Den samlade svenska ohälsobördan⁹ kostar enligt Malmökommissionen [17] landet ungefär 823 miljarder kronor per år (enligt uträkning från 2008) eller runt 90 000 kronor per invånare för sjukvård, läkemedel och produktionsbortfall till följd av sjukdom eller förtida död före 65 års ålder. Samma år var bruttonationalprodukten, BNP, 3 157 miljarder kronor, vilket betyder att kostnaderna för ohälsobördan motsvarade ungefär 25 procent av BNP [17].

Samhällets kostnader för ojämlik hälsa

Vid uträkningar av vad ojämlikheten kostar samhället jämförs den faktiska sjukligheten i befolkningen med den sjuklighet som skulle varit fallet om alla hade haft samma hälsa som de friskaste har, till exempel de med högst utbildning. Skillnaden mellan den faktiska och hypotetiska sjukligheten blir sedan det som uppskattas som kostnaden för de sociala skillnaderna i hälsa [52].

Om de ojämlika skillnaderna i hälsa hade kunnat undvikas i Sverige hade omkring en fjärdedel eller en femtedel av landets ohälsobörda försvunnit, vilket skulle motsvara ett värde på 5–6 procent av bruttonationalprodukten eller cirka 200 miljarder per år. Det visar att ojämlikhet i fråga om hälsa är ett stort samhällsekonomiskt problem [17], även om kostnaderna i detta fall inte tar hänsyn till bland annat de kommunala kostnaderna eller övriga kostnader, utebliven nytta eller lidande som samhället i stort kan drabbas av. Kostnaden för funktionsnedsättning finns inte heller med.

Västra Götalandsregionens beräkningar har visat att ojämlikheten ger upphov till omkring 1 600 dödsfall i förtid i regionen under ett år. Det motsvarar drygt 27 000 förlorade levnadsår, ett produktionsbortfall motsvarande 2,2 miljarder kronor, samt en förlust i hälsa motsvarande 13,9 miljarder kronor [51]. Beräkningarna och resultatens proportioner liknar andra likvärdiga internationella studier. Dessutom visar Västra Götalandsregionens beräkningar att ungefär var fjärde krona av *sjukvårdens resurser* används för att *bota och rehabilitera* sjukdomar och skador som orsakats av eller uppstått till

⁹ Den samlade ohälsobördan är ett sammansatt mått på nedsatt livskvalitet på grund av sjukdom och förtida dödsfall.

Vinster med minskade skillnader i hälsa:

- Höjd livskvalitet
- Ökad jämlikhet
- Ökad tillit mellan människor och till samhällsinstitutionerna
- Lättare för människor att uppnå sin fulla potential
- Ökade förutsättningar för social rörlighet
- Ökad framtidstro och känsla av tillhörighet
- Minskad social oro, otrygghet och kriminalitet
- Minskat utanförskap
- Större öppenhet i samhället
- Ett mer sammanhållet samhälle
- Det sociala kontraktet upprätthålls och kan beskrivas som sättet vi förhåller oss till samhället. Här åsyftas principen – att du ställer upp för samhället och samhället ställer upp för dig.
- Minskad polarisering och segregation
- Samhällets resurser kan användas till annat än att bekämpa effekterna av skillnaderna
- Samhällsekonomiskt lönsamt
- Humankapitalet ökar
- Ökade förutsättningar för tillväxt och utveckling
- Ökad produktivitet
- Fler kan arbeta
- Investeringar i utbildning ger större utbyte eller avkastning
- Ökad ekonomisk tillväxt

Figur 8. Sammanställning av vinster med minskade skillnader i hälsa [165, 29, 15, 39, 14, 48, 16, 40, 17].

följd av ojämlika villkor. I det övriga trygghetssystemet¹⁰ kan detta motsvara var femte krona [51]. En stor del av sjukvårdens kostnader uppstår även på grund av ålder – ju äldre vi blir desto sjukare blir vi – men eftersom denna faktor inte går att påverka från samhällets sida anses den inte heller relevant. Att beräkningarna handlar om den ojämlika hälsan har att göra med att den är politiskt påverkbar.

Totalt motsvarar den ojämlika hälsan för hela Västra Götalandsregionen en förlust på miljardbelopp eller knappt 0,5 procent av bruttoregionalprodukten. För att kunna förstå storleken på detta belopp kan det ställas i relation till den svenska tillväxten, som av regeringen (i mars 2012) beräknades till 1,5 procent.

I Västra Götalandsregionen landar kostnaden för den ojämlika hälsan¹¹ på uppskattningsvis 10 000 kronor per år och regioninvånare [51]. Ur ett Göteborgsperspektiv skulle det kunna motsvara 5 miljarder kronor, om man översätter regionens kostnader för ohälsa till att gälla för Göteborgs invånare (10 000 kronor x stadens 500 000 invånare).

Samhällets kostnader måste tolkas och användas med försiktighet

Det finns en kritik mot att basera beräkningen av ojämlik hälsa på uträkningar som den här ovanför. En del anser att de är godtyckliga och utopiska då det inte är rimligt att tro att alla kan uppnå samma hälsa som de friskaste har. Bristen på forskning på orsakssamband försvårar också tolkningen och användningen av kostnadsberäkningar. Det finns alltså en viss kritik mot bland annat Västra Götalandsregionens uträkning [52]. Samtidigt baseras många kalkyler i vårt samhälle, inom vitt skilda ämnesområden, på antaganden och uppskattningar – det ligger i själva kalkylens natur. Jämförelser måste dock göras med försiktighet och med förståelse för vad det är som jämförs, och vad som ligger till grund för dessa uppskattade kostnader [52]. Det finns också en risk att resultaten missuppfattas och att resurser riktas till områden där kostnaderna eller problemen är som störst. Kunskapen kring samhällets kostnader måste alltid kombineras med kunskap om kostnads-effektiva åtgärder [52].

Hälsa som lönsamt investeringsområde

Ett sätt att spara på stadens framtida resurser, både humana och ekonomiska, är att arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Ett förebyggande och hälsofrämjande arbete innebär dock en viss investeringspuckel (se figur 9) innan de mer långsiktiga vinsterna i förbättrad folkhälsa och därmed minskade utgifter och vårdbehov blir synliga. Därför diskuteras satsningar i hälsofrämjande arbete allt mer som investeringar istället för att ses som kostnader, och det är hälsa och välfärd som står i centrum istället för tillväxten i ekonomin.

¹⁰ I det svenska trygghetssystemet ingår arbetslöshets-, sjuk- och föreningsförsäkring samt sjuklön. Socialförsäkringen ger ekonomiskt skydd för familjer och barn, för personer med funktionsnedsättning samt vid sjukdom, arbetsskada och ålderdom.

¹¹ I beräkningen för ohälsa ingår enbart mätten självskattad hälsa, antal dödsfall före 75 års ålder och förlorade levnadsår beräknades för befolkningen 25–74 år under ett år (2007) i Västra Götaland.

För att knyta an till tidigare avsnitt om hållbarhet behöver både de sociala och ekologiska aspekterna vägas samman med de ekonomiska aspekterna och få likvärdig tyngd i samhällsutvecklingen. Det räcker inte med enbart ekonomiska investeringar, utan investeringar måste ske inom alla de tre dimensionerna av hållbar utveckling. Sociala investeringar innebär helt enkelt att större satsningar på välfärden ska betraktas som investeringar istället för kostnader. Framtida utdelning av satsningar inom till exempel skola, vård och omsorg ska synliggöras och skrivas av under en lång period och inte förväntas betala sig med motsvarande intäkter [17] inom en kort tid. Det vill säga på samma sätt som investeringar i den fysiska miljön.

Sociala investeringar kan också betraktas som ett verktyg för att få till stånd långvariga satsningar som går utöver enstaka budgetår eller berör flera aktörers budgetar, vilket ger bättre förutsättningar för att åstadkomma minskade skillnader i hälsa [14]. Eftersom arbetet med att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är långsiktigt kan andra krav behöva ställas på nuvarande styr- och ledningssystem [17].

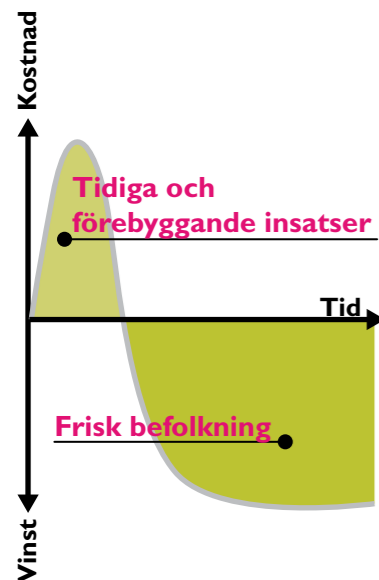
Med anledning av detta har Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö rekommenderat Malmö stad att etablera en social investeringspolitik. Staden har därefter beslutat att utreda hur sociala investeringar kan integreras i Malmö stads budget 2015. Enligt kommissionen är det svårt att avgöra hur stor en sådan fond bör vara. Ett tänkbart upplägg är att se till kostnader, trots de metodologiska bristerna med sådana uträkningar, som ojämlikheten i hälsa bidrar till och lägga detta som ett tak för en resursförstärkning. Det skulle för Malmö innebära ungefär 3–7 miljarder kronor [17]. Om motsvarande beräkning skulle göras i Göteborg skulle resursförstärkningen ligga på ungefär 5 miljarder kronor¹².

Tidiga insatser mest lönsamma

Ett viktigt investeringsområde är barns tidiga utveckling. Små förebyggande insatser tidigt i ett barns liv kan ge stor effekt och ses därmed som samhälls-ekonomiskt lönsamma. Den typen av insatser är de mest kraftfulla investeringar ett samhälle kan göra, med vinster som mångfaldigt överstiger den ursprungliga insatsen [29]. Senare insatser bland äldre barn och ungdomar ger inte samma goda resultat och bör därför inte betraktas som lika kostnads-effektiva. Men det betyder inte att sådana insatser kan uteslutas, utan de behövs fortfarande som ett komplement till de tidiga insatserna [29]. Här ska också understrykas att oavsett lönsamhet och kostnadseffektivitet är det viktigt att erbjuda och skapa goda uppväxtvillkor för alla barn – just för att de är barn. Insatser till äldre barn och ungdomar kan också ge som resultat att dessa klarar ett kommande föräldraskap bättre och därmed kan ett negativt ”socialt arv” brytas.

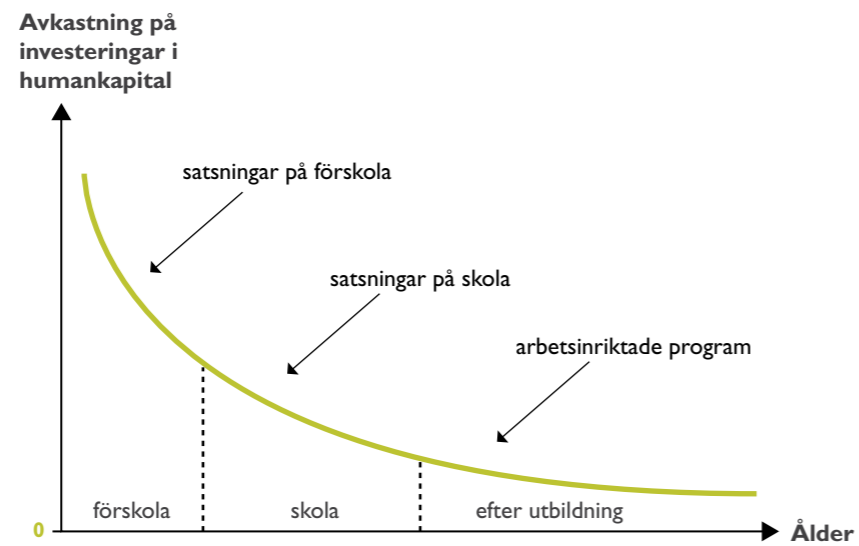
Insatser tidigt i barns liv, som främjar deras kognitiva förmågor, kan med tiden förklara socioekonomisk framgång och positiv utveckling senare i livet. De tidiga insatserna, menar forskare, ger effekter under hela det fortsatta livet och en ackumuleringsprocess kan på så sätt skapas. Figur 10 illustrerar hur välfärdssamhällets investeringar bör prioriteras, enligt amerikanska

¹² Uträkningen är baserad på Västra Götalandsregionens beräkningar av vad skillnader i hälsa kostar regionen per år. Malmö stad översatte detta till sin befolkning och i uppgiften ovan har samma sak gjorts för Göteborgs stad.



Figur 9. Kostnadspuckel och vinster på hälsoinvesteringar i ett långsiktigt perspektiv. Återgiven från rapporten *Folkhälsopolitisk rapport 2010* [28, s. 144].

forskare inom det ekonomiska fältet, för att stärka denna ackumuleringsprocess. Detta skulle ge bäst effekt på barns utveckling, höja produktionsförmågan i samhället och slutligen vara samhällsekonomiskt lönsamt [29].



Figur 10. Beräkning av avkastningen på investering i humankapital för barn från resursfattiga förhållanden i ett livsperspektiv. Optimal investeringsfördelning för att uppnå stor samhällseffekt och vinster för enskilda individer.

Hämtat från Malmökommissionen [17] som har återgivit modellen från artikeln *Interpreting the evidence on life cycle skills formation* [53].

Arbetet för att minska skillnaderna i hälsa

För att lyckas i arbetet måste olika nivåer, aktörer och arenor i Göteborgssamhället samarbeta och det tillsammans med göteborgarna själva för att även skapa delaktighet och medskapande. Arbetet kräver tvärsektoriell och tvärprofessionell samverkan, vilket ställer krav på organisationers styr- och ledningsarbete samt hur mandat och beslutsrätt fördelas. Det ställer också krav på att strukturella förutsättningar för sådant arbete skapas.

För arbetet behövs även ett normkritiskt förhållningssätt¹³. Arbetet måste också vara förenligt med jämställdhetsperspektivet, barnperspektivet och perspektiv som omfattar de sju diskrimineringsgrunderna¹⁴. Även ett intersektionellt perspektiv (se s. 14 och 43) bör ingå för att kunna förstå hur ojämlikhet uppstår i ett samhälle. Ett arbete för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa, enligt dagens kunskapsbas, går inte att bedriva utan att dessa förhållningssätt och perspektiv är tydliga utgångspunkter.

Här nedanför presenteras kortfattat olika aspekter av eller möjliga komponenter i ett arbete för att minska skillnader i hälsa.

Samverkande och strategiska insatser kan ge stor effekt

I arbetet med att utjämna skillnader i hälsa pekar forskningen på att enskilda insatser kan ha begränsad effekt. Den totala effekten av alla insatser tillsammans kan dock ge större inverkan på folkhälsan, och verka utjämnande på skillnader i hälsa. Att insatser dessutom erbjuds under hela livsloppet, och särskilt under de faser då betydelsen av skillnaderna blir som störst (barn- och vuxenlivet 0–13 år och vuxenlivet 30–64 år), är viktigt eftersom dessa insatser kan

¹³ Ett normkritiskt perspektiv innebär att tydliggöra och ifrågasätta normer som påverkar personers möjligheter att leva som de önskar. Att tillhöra en norm, något som anses vanligt och inte brukar ifrågasättas, innebär fördelar. Ofta blir fördelarna synliga först om någon bryter mot normen. En vit heterosexuell man utan funktionsnedsättning har till exempel lättare att göra sin röst hörd än en homosexuell kvinna med icke-svensk bakgrund. Ju färre normer en person passar in i, desto mer begränsat blir handlingsutrymmet. Det handlar till exempel om att synliggöra hur normer bidrar till att människor som inte passar in diskrimineras, trakasseras, känner sig osynliga och har känslor av utanförskap och att skapa förståelse kring hur ojämlikhet och diskriminering fungerar. Normkritik är på så sätt ett arbetssätt för att förebygga ojämställdhet och andra orättvisor. Normkritiken är framför allt knuten till diskrimineringslagens sju diskrimineringsgrunder (se fotnot 14).

Olika normer hänger också ihop med varandra. Det räcker inte bara med att titta på hur villkoren ser ut för olika grupper. Människors situation skiljer sig även åt inom olika grupper. Det är till exempel skillnad på vilka föreställningar det finns om en vit man som kan gå och om en vit man som är rullstolsburen. Normkritik handlar därför också om hur olika normer samverkar. När samverkan mellan olika normer studeras eller granskas kallas det för ett intersektionellt perspektiv (se s. 14 och 43 eller fotnot 3). I ett normkritiskt arbete är det viktigt att titta på och diskutera de normer och strukturer som finns inom den egna verksamheten. Väger vissa människors ord tyngre än andras? Vem eller vilka sätter reglerna för vad som gäller? Vad anses vara rätt och fel, normalt och onormalt? Är det så att människor blir kränkta och/eller särbehandlade i den verksamhet som man själv verkar inom? Det handlar också om bli medveten om att de som bryter mot normer kan uppleva att de ställs till svars i vissa frågor; behöver försvara sin trosuppfattning eller sina livsval, eller oroa sig för att andra ska reagera negativt på dem. Eller bli medveten och kritiskt granska om alla kan ta sig fram på offentliga platser; med kollektivtrafiken, eller förstår offentlig information.

¹⁴ De sju diskrimineringsgrunderna enligt 1 kap. 1 § i diskrimineringslagen är: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder.

Ojämlikhet i hälsa är systematiska skillnader i hälsa som kan undvikas med rimliga insatser [15].

ackumuleras [29]. Forskning har även visat att ”ju tidigare i orsakskedjan en insats kan sättas in, desto fler människor kan omfattas och effekten blir större” [35, s. 22]. Ett litet problem som drabbar många kan också behöva prioriteras framför stora problem som drabbar få i befolkningen (se exempel på den preventiva paradoxen s. 37). Ur ett folkhälsoperspektiv är detta angreppssätt det mest effektiva om hälsan ska bli både god och jämlikt fördelad i en befolkning.

Hälsofrämjande miljöer och arenor

Arbetsättet kring hälsofrämjande miljöer och arenor utvecklades utifrån kunskapen att hälsa är beroende av de villkor som finns i det omgivande samhällets strukturer och livsmiljöer, men också utifrån de cirkulära kopplingarna mellan lokalsamhället, miljön, ekonomin och hälsan. Basen för arbetsättet är att folkhälsoarbetet kräver en bred ansats där många aktörer måste samverka. Det finns även en stark deltagarstyrning och ett fokus på att stärka människors kapacitet och egna handlande (*empowerment*) för att stärka lokalsamhället [54].

Begreppet hälsofrämjande arenor, som fick sitt praktiska genombrott på WHO:s världskonferens 1991, flyttar fokus från individuella faktorer, riskfaktorer och sjukdomstänkande till stödjande miljöer för befolkningens livsvillkor. Betoningen kom att ligga på att skapa förutsättningar för människor att göra hälsosamma val. Stödjande miljöer för hälsa kom att bli en av nyckelstrategierna för ett hälsofrämjande arbete och knöt för första gången hållbarhetsarbetet från Brundtlandrapporten¹⁵ till folkhälsoarbetet [54].

Hälsofrämjande miljöer och arenor betraktas numera ofta som den byggda fysiska miljön men omfattar även sociala aspekter. Det betyder att den miljö eller det lokalsamhälle där vi föds, leker, lär, bor, arbetar och åldras och där vi utövar vår demokratiska makt också innefattas. Även de arenor och samhällsinstitutioner som finns för dessa olika livsfaser ingår, till exempel förskola, skola, fritidsgårdar, kulturskolor, ungdomsmottagningar eller vårdcentraler, samt spontana mötesplatser och hela det offentliga kultur- och föreningslivet. Tanken är att systematiskt stärka hälsofrämjande faktorer i de miljöer där människor lever. Arbetet innehåller därmed både fysiska, sociala, andliga, ekonomiska och politiska dimensioner. Den mest kända tillämpningen av detta arbetsätt och perspektiv i Sverige är kanske arbetet med hälsofrämjande skolor och hälsofrämjande hälso- och sjukvård [54, 55].

Från arbetet med att skapa arenor som kan stödja människor till hälsosamma val och skapa förutsättningar för människors egen kapacitet och handlande är steget inte långt till begreppet hälsolitteracitet, som även det handlar om att stärka den egna förmågan eller en organisations förmåga att främja det hälsosamma valet.

¹⁵ Världskommissionen för miljö och utveckling tillsattes på uppdrag av FN och producerade rapporten ”*Vår gemensamma framtid*”. I dagligt tal kallad för Brundtlandrapporten, och som satte hållbarhetsfrågan på agendan.

Förmågan att förstå sig på hälsa

En positiv och jämlik hälsoutveckling i befolkningen förutsätter att alla ges likvärdiga förutsättningar att ta del av de åtgärder för att utjämna skillnader som staden initierar och erbjuder.

Begreppet hälsolitteracitet introducerades internationellt på 1970-talet och kunskapsfältet har vuxit avsevärt sedan 2005. Sammanfattat kan sägas att god hälsolitteracitet är kunskap, motivation och kompetens att inhämta, förstå, bedöma och använda information som rör hälsan och ohälsan [56]. Begreppet berör befolkningens förmåga att möta och hantera de höga och komplexa krav som ställs för att kunna leva ett hälsosamt liv och förstå hälsofrågor. Att ha god hälsolitteracitet innebär att en person kan sätta in sin egen och familjens hälsa i den rådande samhällskontexten, veta vilka faktorer som påverkar hälsan och hur de kan bemötas. En god förmåga skapar också förutsättningar att ta ansvar för sin egen och familjens hälsa, det vill säga en hög tilltro till den egna förmågan (*empowerment*) [57].

Alla människor kan under livet påverkas av bristande hälsolitteracitet beroende på vilken information som ges eller i vilket sammanhang den ges. Detta betyder att begränsad hälsolitteracitet kan visa sig som svårigheter att förstå hälsorekommendationer och att utebli från planerade insatser. Det kan innebära problem med att förstå symtom och andra tecken på ohälsa, hitta adekvat stöd vid ohälsa och att orientera sig i välfärdssystemet.¹⁶ Det kan också handla om att det blir svårt att förstå innehållet i till exempel matförpackningar, bipacksedlar, medicinska recept eller leda till underutnyttjande av hälsofrämjande aktiviteter [58]. Men det kan också innebära en oförmåga att förstå komplexa hälsosamband, som att fysisk aktivitet kan bidra till att minska psykisk ohälsa eller den enklare kopplingen mellan fysisk aktivitet och bra kondition. På så sätt har hälsolitteraciteten en stor betydelse även för det hälsofrämjande och förebyggande arbete som till exempel kommunen bedriver [59]. Internationell forskning har visat att nästan hälften av befolkningen i ett flertal europeiska länder har begränsad hälsolitteracitet [58]. Svensk forskning på området är begränsad, men mindre studier pekar på en liknande bild även i Sverige [60, 61, 62, 63].

Det finns tecken, främst genom amerikanska studier, på att låg hälsolitteracitet är vanligare bland dem med låg socioekonomisk status och social position [58, 57]. Översättning av resultaten till svenska förhållanden bör ske med viss försiktighet och hittintills finns allt för få svenska studier. Men oavsett vilken betydelse som åläggs hälsolitteraciteten och kopplingen till hälsa och socioekonomisk status är det tydligt att den tycks ha en inverkan.

Förutom det vanligt förekommande individperspektivet på hälsolitteracitet kan även ett organisatoriskt eller strukturellt perspektiv antas. Ett sådant perspektiv skulle kunna omfatta hälsolitteracitet hos myndigheter eller delar av myndigheter som inte har hälsa/folkhälsa som sin huvuduppgift. Hur stor är deras förmåga att inhämta, förstå och använda information om hälsa? Detta perspektiv flyttar fokus från individens förmåga till ”samhällets” förmåga att tänka på hälsa på ett förebyggande och hälsofrämjande sätt. För Göteborgs Stad skulle det kunna innebära att undersöka om olika sektorer, fackförvaltningar och bolag kan tillräckligt mycket om hälsa för att

¹⁶ Som att hitta rätt mellan olika myndigheter och kommunala instanser; eller att veta vilken aktör som ansvarar för olika frågor som föräldraledighet, barnomsorg, arbetslöshetsersättning, eller vilka olika hälsotillstånd som kräver akutsjukvård eller primärvård etc.

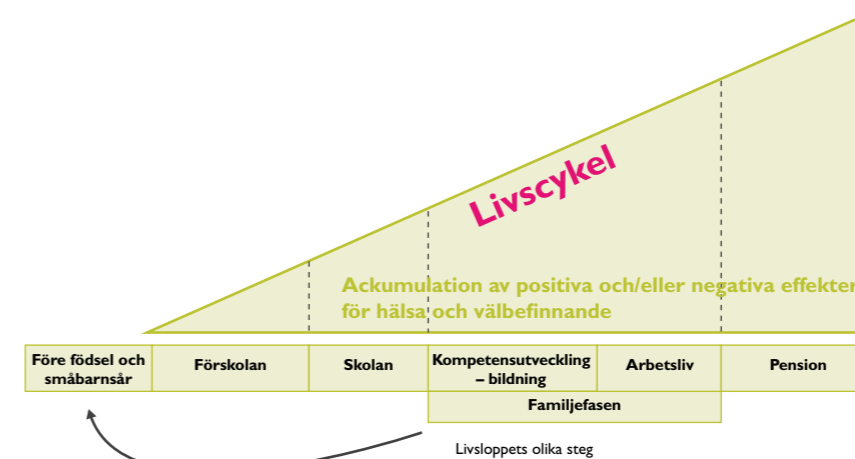
kunna planlägga och genomföra sina uppdrag så att det främjar folkhälsan. Eller om de har tillräckliga kunskaper för att möta befolkningens frågor och förklara de hälsosamband som finns mellan deras verksamheter och befolkningens livsvillkor och hälsa. Finns det tillräcklig kompetens för att ur ett folkhälsoperspektiv argumentera för eller underbygga sina beslut [59]?

Främjandet av både en individuell och en strukturell hälsolitteracitet kan alltså betraktas som en strategi för att öka människors kontroll över sina liv och sin hälsa, samt för att öka deras förmåga att söka information och ta ett eget ansvar för sin hälsa [57]. Det kan också vara en strategi för att rusta myndigheter för att bemöta olika grad av hälsolitteracitet eller själva bli mer hälsolitterata för att på så sätt öka förståelsen i samhället för hälsans komplexitet och betydelse.

Kunskap och förståelse för konsekvenserna av en begränsad hälsolitteracitet för människor och samhällen med stora skillnader i hälsolitteracitet har direkt betydelse för att minska ojämlikheten i hälsa. Avslutningsvis kan nämnas att EU-kommissionen [64] lyfte i sin hälsostrategi 2007 fram betydelsen av att studera och kartlägga hur hälsolitteraciteten ser ut samt att prioritera åtgärder för att öka hälsolitteraciteten.

En liten insats kan ge stor effekt över tid

I figur 11 illustreras vad forskningsresultat tydligt pekar på: behovet av att arbeta förebyggande och med tidiga insatser eftersom de positiva och negativa effekterna under ett liv ackumuleras och bidrar antingen till ett gott liv med god hälsa och gott välbefinnande eller det motsatta. Med det menas att små riskfaktorer och en sämre uppväxt i barndomen tenderar att växa sig starkare under livet – de negativa effekterna samlas på hög och leder till högre risk för ohälsa ju äldre man blir. Med tidiga insatser som kan stötta de positiva effekterna kan mycket vinnas på lång sikt. Om inget görs eller om de negativa effekterna snarare förstärks under livet kan resultatet bli stora skillnader och negativa effekter bland till exempel de äldre i befolkningen [16]. I figuren illustreras helt enkelt det som även konstateras i nationella kunskapskartläggningar [65] – att hälsan i ålderdomen är resultatet av hela det föregående livet. Illustrationen visar också att förhållandena som råder under den familjebyggande livsfasen i sin tur påverkar nästa generations hälsa och livsförlopp. Därför är det viktigt att ha ett livscykelperspektiv i ett förebyggande och hälsofrämjande arbete.



Figur 11. Faserna i en livscykel och ackumulering av positiva och negativa effekter av hälsa och välbefinnande. Återgiven från rapporten *Fair Society, Healthy Lives* [16, s. 42].

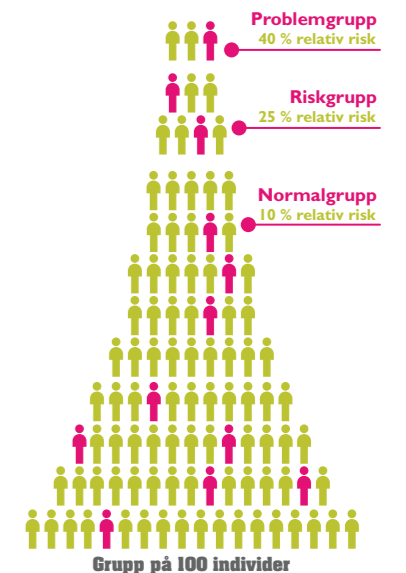
Det har även visat sig att det kan vara svårt att på ett tidigt stadium förutsäga vilka individer som kommer att få olika typer av framtida problem. Därför finns det vinster med att vända sig till alla. En fördel med att vända sig till alla är dessutom att ingen behöver känna sig utpekad. Forskningen inom det förebyggande området menar att en liten insats till många kan ha större förebyggande effekt än stora insatser till få. Samtidigt måste till exempel barn med akuta och stora svårigheter få individuell hjälp med det samma [66].

Figur 12 har sin utgångspunkt i den samlade forskningen på området och illustrerar att det är svårt att i förväg veta vilka i en befolkning som kommer att få problem i framtiden. Exemplet bygger på 100 individer ur en normalpopulation. Av de 100 individerna kan man räkna ut, med hjälp av den relativa risken, att 9 från normalgruppen uppskattningsvis kommer att utveckla en allvarlig problematik ($90 \times 10\% = 9$), 2 från riskgruppen ($7 \times 25\% = 1,75$) och 1 ur problemgruppen ($3 \times 40\% = 1,2$). Av de 12 som utvecklar ett normbrytande beteende kommer således majoriteten, 9, från normalgruppen [66].

Detta visar att generella insatser som utformats för att passa alla når fler av dem som i framtiden kan utveckla ett problembeteende, jämfört med riktade insatser som syftar till att nå en riskgrupp eller behandlande stöd som vänder sig till en identifierad problemgrupp. På så sätt kan det generella stödet vara mer kostnadseffektivt eftersom framtida utgifter kan undvikas [66]. Samtidigt kan det, som med alla satsningar, finnas en viss investeringspuckel i början.

Detta fenomen, att en liten insats till många har större preventiv effekt än stora insatser till få, har även kallats för den preventiva paradoxen [66]. Lärdomen från detta exempel är att det går att nå fler av dem som i framtiden kommer utveckla olika former av problem eller riskbeteenden om de tidiga insatserna riktas till alla.

Ett argument för att satsa på tidiga insatser i tidig ålder är också kunskapen om att ett litet problem, eller små riskfaktorer, över tid kan utvecklas till en



Figur 12. Den preventiva paradoxen visar att det är i normalgruppen som de flesta med problem finns medan de som har de allvarligaste och mest svåra problemen att åtgärda finns i problemgruppen. Insatser som riktas till alla i normalgruppen når därför fler av dem som i framtiden kommer utveckla olika problem än om insatser bara riktas mot problemgruppen [66].

stor och komplex problembild med utslagningseffekter från det etablerade samhället [66]. I tabell 1 illustreras hur problem kan växa under livsloppet.

	Småbarnsår	Tidiga skolår	Ungdomsår	Vuxen ålder
Beteendeproblem		Låg skolmotivation	Kriminalitet	Svagt socialt nätverk
Familjeproblem		Dåliga skolprestationer	Alkohol- och drogmisbruk	Kriminalitet
		Familjeproblem	Dåliga skolresultat	Alkohol- och drogmisbruk
		Dåliga kamratrelationer	Dåliga kamratrelationer	Kort utbildning
			Skolk	Arbetslöshet
			Tidig sexuell debut	Dålig ekonomi
				Äktenskapsproblem
				Skilsmässa
				Psyisk ohälsa
				Tidig död

Tabell 1. Exempel på sammankopplade problembeteenden över tid. Återgiven från rapporten *En grund för att växa: Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn* [66].

Samtidigt kan arbetet inte bara bedrivas genom ett universellt stöd utan även det selektiva och indikerade stödet behövs [66]. Konsten är att veta när en viss typ av stöd är mest lämpligt och hur de olika nivåerna bäst kompletterar varandra. Därefter gäller det att välja metoder som är effektiva för respektive nivå. Här nedanför följer en beskrivning av olika arbetssätt.

Arbeta för att nå alla, några och endast några få göteborgare

Det finns olika vägar att gå för att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa i en befolkning. Forskningslitteraturen pekar ut tre olika strategier som effektiva i arbetet med att minska skillnaderna i hälsa:



Figur 13. Illustration över de olika arbetssätten och insatsnivåerna i ett förebyggande arbete.

Den första insatsen går även att förfinas. I forskningslitteraturen kallas det för *proportionell universalism* och går ut på att mer utsatta grupper eller områden i större utsträckning nås av ett universellt förebyggande arbete som står i

proportion till graden av utsatthet. Det betyder att åtgärderna anpassas och ges i större dos där behoven är som störst.

Utifrån dessa tre arbetssätt bör Göteborgs Stad bygga sina olika insatser för att förbättra folkhälsan och för att minska skillnaderna inom och mellan grupper och områden. Inget av de tre arbetssätten kan ensamt minska skillnader i hälsa och livsvillkor utan en kombination av insatser behövs. Därför bör arbetet gå ut på att både nå alla i befolkningen med universella insatser, men i kombination med selektiva insatser för att även nå några samt indikerade insatser för att nå det fåtal individer som behöver ett specialiststöd.

Här nedanför presenteras de tre kompletterande arbetssätten mer ingående.

Att vända sig till alla – universella insatser

Universella insatser, som ibland också kallas för generella insatser, syftar till att förbättra hälsan i hela befolkningen. De är allmänna och riktar sig till hela befolkningen. Hänsyn tas inte till skillnader mellan hög- och lågriskgrupper utan syftet är att främja alla individer oavsett graden av risk. Huvudfokus ligger på att främja det positiva och öka förutsättningarna för god utveckling, snarare än att fokusera på riskerna [67]. Exempel på breda samhällsliga generella insatser är barnbidrag, kulturskola, förskola, föräldrastöd med mera. Dessa insatser kan ses som sådana som sätts in innan ett problem har uppstått och vänder sig till alla. Nästa led blir de riktade och slutligen de indikerade insatserna (se s. 40).

Ur ett ekonomiskt perspektiv är de universella insatserna ofta mindre kostnadskrävande än till exempel de selektiva. Samtidigt satsas genom de universella insatserna ekonomiska medel även på dem som kanske aldrig hade fått framtida problem. Forskningslitteraturen menar ändå att de universella insatserna är mer kostnadseffektiva eftersom ju tidigare insatser sätts in, desto större är sannolikheten att problem inte uppstår eller inte blir så stora som annars hade kunnat bli fallet.

- Exempel: Stödet riktar till alla i en viss grupp, till exempel alla föräldrar eller alla barn, inte bara dem som är utsatta för en risk.

Att vända sig till alla men dosera efter behov – *proportionell universalism*

Dagens kunskapsammansättningar hävdar att universella insatser med fördel kan utformas så att de särskilt anpassas och lockar dem som är i störst behov. Det vill säga att åtgärderna ska vara universella, men anpassas och ges i större doser till dem eller de områden som i något avseende har större behov. Detta kallas för *proportionell universalism* [15] och ses som en utveckling av universella insatser.

Ett exempel på detta är föräldrastöd, en universell insats som är till för alla föräldrar, men särskilda föräldrastödsinsatser kan erbjudas till exempel på dagtid. På detta sätt görs insatsen mer lättillgänglig för dem som är daglediga, en grupp som kan vara i behov av extra stöd. På så sätt kan skillnader i hälsa mellan grupper minska genom att hälsan bland de mest utsatta grupperna förbättras snabbare än bland övriga grupper. Ett annat exempel kan vara när en ny reform ska implementeras. Om hela reformen genomförs på

Tre kompletterande arbetssätt:

Forskningslitteraturen pekar ut tre olika strategier som effektiva i arbetet med att minska skillnaderna i hälsa:

1. Universella insatser
2. Selektiva insatser
3. Indikerade insatser.

En utveckling av de universella och generella insatserna är det som kallas för *proportionell universalism*. Det innebär att universella insatser riktar i större omfattning till grupper eller områden som i något avseende är mer utsatta än omgivningen.

Figur 14. Tre strategier för att effektivt minska skillnader [16].

Läs mer om preventionsarbetet i Social resursförvaltnings rapport om tidiga förebyggande och rehabiliterande insatser [67].

en och samma gång kan kostnaden bli för stor eller arbetet för omfattande för att maktas med. Att istället börja i liten skala genom att först genomföra förändringen i till exempel ett av stadens eller stadsdelens mellanområden (se s. 200) som anses ha högst behov och därmed mest behövande kan vara att verka enligt proportionell universalism. Efter en lyckad implementering går arbetet vidare till att även omfatta andra områden som inte är lika utsatta. Samma exempel går även att använda på olika målgrupper, till exempel barn till ensamstående mödrar.

Med detta arbetssätt ökar förutsättningarna för att med universella insatser – som inte pekar ut eller stigmatiserar – nå de grupper i samhället som även är särskilt utsatta (se s. 43), till exempel personer med funktionsnedsättning, utländsk bakgrund, svenska minoritetsgrupper eller personer med HBTQ-identitet.

Att vända sig till några – selektiva insatser

Selektiva insatser, som ibland också kallas för riktade insatser, vänder sig till grupper i en befolkning eller population som exponeras för en eller flera riskfaktorer. Insatserna handlar om att förhindra en negativ utveckling så att problem inte uppstår. Syftet är att förändra risk- och skyddsfaktorer och problembeteenden [67].

Definitionen av dessa insatser är att de sätts in för att förbättra hälsan hos de svagaste grupperna i samhället. Det ska ske genom att utveckla de sociala förhållandena och livschanserna samt genom att förbättra hälsobeteenden.

- Stödet kan rikta sig till en riskgrupp, till exempel de som har barn med beteendeproblem eller till barn som skolkar.

Att vända sig till få – indikerade insatser

Indikerade insatser riktas till individer i riskzon som har en allvarlig och identifierad problematik. De individer som är målgrupp för dessa insatser har ofta redan kontakt med till exempel socialtjänsten eller rättsväsendet [67]. Indikerade insatser är viktiga för de individer som har behov av dem och de kan också ses som förebyggande för fördjupning eller spridning av problematiken.

- Stödet är tänkt för personer med ett identifierat och stort problem. Det finns ofta ett behov av individuella råd och stödsamtal eller behandling.

SKILLNADER I LIVSVILLKOR OCH HÄLSA I GÖTEBORG

I denna del av rapporten beskrivs skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg med betoning på skillnader mellan olika utbildningsgrupper och mellan stadens olika geografiska mellanområden. Först beskrivs barns och ungdomars uppväxtvillkor och sedan vuxnas livsvillkor.

Det är naturligt med skillnader i ett samhälle. Att skillnader förekommer är inte ett problem i sig. Men när skillnaderna blir för stora och när livsvillkoren blir strukturellt ojämnt fördelade ökar risken för hälsoproblem i hela befolkningen. Även den sociala sammanhållningen och tryggheten blir sämre i ett sådant samhälle.

Skillnaderna är stora mellan olika grupper av göteborgare

I denna del av rapporten visas också att det finns skillnader mellan grupper av göteborgare. De med högre utbildningsnivå har generellt bättre hälsa och möjlighet att leva det liv de önskar, jämfört med dem som har kortare utbildning. Ett annat exempel är att barn till föräldrar med lång utbildning i högre utsträckning är behöriga till gymnasiet än barn till föräldrar med kort utbildning.

Detta visar att göteborgarnas livsvillkor och hälsostatus är beroende av deras socioekonomiska status, inte var i staden de bor. Men eftersom staden också är socioekonomiskt segregerad förstärks skillnaderna när olika geografiska områden studeras. För att ytterligare komplicera bilden tillkommer även områdeseffekter och effekter av samhällsstrukturerna. Det betyder bland annat att den socioekonomiska statusen i det område har där vi växer upp, lever och bor också påverkar oss och våra livschanser.

Skillnaderna i livsvillkor är stora i Göteborg

Skillnaderna är också stora när olika geografiska områden jämförs med varandra. Här nedanför konstateras till exempel att det är stora skillnader i medellivslängd mellan olika delar av Göteborg. För män skiljer det som mest 9,1 år mellan stadens mellanområden. Motsvarande siffra för kvinnor är 7,5 år. En annan skillnad är att det skiljer i andel barn som lever i familjer med långvarigt försörjningsstöd. Statistiken visar att skillnaderna i barns uppväxtvillkor är tydliga och syns redan tidigt i barnens liv.

Se fler diagram och korta beskrivningar i särtrycket: Mer om skillnader.
Läs mer om detta i bilaga 8, s. 211.

Del 2

Del 2 innehåller följande två avsnitt:

- Barn och ungdomars uppväxtvillkor
- Vuxnas livsvillkor

Skillnader är naturligt i ett samhälle

Att det finns skillnader i till exempel inkomst, utbildningsresultat och hälsa i ett samhälle är i sig inte anmärkningsvärt utan helt naturligt. Men när skillnaderna mellan till exempel grupper i befolkningen blir för stora kan situationen lätt bli destruktiv, eftersom den sociala oron kan öka och den sociala hållbarheten kan försvagas i samhällen med stora skillnader. Hela befolkningen står då som förlorare.

Den vanligaste kombinationen av välfärdsproblem i Sverige är ekonomiska problem, ohälsa, arbetslöshet eller trångboddhet. Ungefär var fjärde svensk uppger sig ha två eller fler av dessa problem [68].

Både SCB:s och Folkhälsomyndighetens statistik över skillnader i hälsa och livsvillkor visar att Göteborg över tid blivit alltmer segregerat. Den bilden förmedlas också i Göteborgs Stads budget för 2014 [69], och för årets budget [3], liksom i rapporter som till exempel *Fattiga och Rika* [70]. Sistnämnda rapport poängterar att staden är segregerad ur såväl ekonomisk som etnisk synvinkel.

Skillnaderna i Göteborg är, som på så många andra ställen, strukturellt fördelade och avgörs av de sociala bestämningsfaktorerna. Mycket tyder också på att skillnaderna i Göteborg, på samma sätt som kunnat konstateras på internationell och nationell nivå, ärvs från generation till generation.

Här presenteras skillnader i livsvillkor och hälsa utifrån rapportens valda indikatorer (se s. 14). Statistiken kommer, där så är möjligt, att kommenteras utifrån utbildningsnivå, geografisk indelning, kön och ålder.

Skillnader i hälsa mellan grupper

I Sverige har hälsan över tid blivit bättre när olika medelvärden studeras. Men om skillnader mellan olika grupper studeras visar det sig att dessa snarare har ökat. Det tydligaste exemplet på detta är växande skillnader i medellivslängd sett till olika grupper.

Skillnaderna i livsvillkor och hälsa tar sig olika starka uttryck inom olika grupper i befolkningen. Oftast talas det om ansamling av riskfaktorer och ohälsa bland vissa grupper, som därigenom ofta benämns som särskilt utsatta. Här följer en översiktlig beskrivning av hälsan inom olika grupper (mer går att läsa på s. 202).

Att det går att påverka skillnader i hälsa är i dag väl belagd. Hur hälsan utvecklas beror till stor del på individens sociala och ekonomiska förutsättningar, kön, etniska tillhörighet, religionstillhörighet, sexuella läggning eller könsöverskridande identitet och uttryck, ålder och om någon funktionsnedsättning föreligger [14]. Olika kombinationer av dessa faktorer påverkar i olika sammanhang hälsan i positiv eller negativ riktning. Detta kan i många fall skapa en dubbel eller flerdubbel utsatthet och ökad risk för ohälsa.

Ofta kategoriseras människor utifrån en kategori i taget och på så sätt osynliggörs de som ingår i flera kategorier samtidigt. Ur ett intersektionellt perspektiv är kategorierna förenade med olika position i samhället, samt maktrelationer och olika grad av förtryck. De olika kategorierna kan inte förstås eller analyseras som isolerade företeelser utan interagerar snarare med varandra. Ett intersektionellt perspektiv öppnar för möjligheten att se mellan olika kategorier, hur kategorierna påverkar varandra och synliggöra de människor som ingår i flera av kategorierna samtidigt. Utan detta synsätt är det svårt att förklara hur ojämlikhet uppstår [71] eller beskriva skillnader i livsvillkor mellan grupper.

Det finns olika gränsdragningar eller sätt att definiera vilka grupper som kan anses vara särskilt utsatta för ojämlika skillnader i livsvillkor och hälsa. Återkommande i forskningslitteraturen och i kunskapssammanställningar på området definieras bland annat följande grupper som särskilt utsatta¹⁷ [41, 28]:

- Personer med låg socioekonomisk position
- Personer som är arbetslösa
- Personer med kort utbildning
- Personer med långvarigt försörjningsstöd
- Personer som är långtidssjukskrivna
- Personer med funktionsnedsättning
- Personer som är födda utomlands eller med utländsk bakgrund
- Personer som tillhör de svenska minoriteterna
- Personer med HBTQ-identitet
- Ensamstående föräldrar med barn
 - särskilt ensamstående kvinnor med barn
- Föräldrar med kort utbildning
- Föräldrar med utländsk bakgrund
- Barn som kommit till Sverige efter skolstartsåldern

För att kunna påverka skillnaderna är det viktigt att grupperna synliggörs. Men detta kan få stigmatiserande effekter. Det är nämligen en känslig balans mellan att inte osynliggöra viktiga skillnader och att samtidigt inte påtvinga en underordning – genom att beteckna en grupp som utsatt. Men utan vetskapen om hur ohälsa och ojämlika livsvillkor fördelas i en befolkning kan inte heller de mest effektiva åtgärderna användas eller riktas dit de mest behövs. Det går då inte heller att se om skillnaderna ökar eller minskar för dessa grupper.

För att motverka stigmatisering eller ett *uppifrån-och-ned-perspektiv* ska utgångspunkten i arbetet för att minska skillnader vara: delaktighet, inflytande och medskapande av både problemformulering och dess åtgärder. Grunden för detta ligger i begreppet *empowerment* det vill säga insatserna ska syfta till att stärka tron på individens egna förmåga till handlande.

¹⁷ Det är dessa grupper som åsyftas när begreppet utsatta grupper används i denna rapport.

Skillnader mellan kvinnor och män

Utöver att skillnader i livsvillkor och hälsa följer den socioekonomiska fördelningen i samhället, vilket kommer bli tydligt när statistiken här nedanför presenteras, finns det även skillnader mellan män och kvinnor. Utifrån detta bör även analyser av sociala skillnader i livsvillkor och hälsa innehålla ett könsperspektiv.

Den mest betydande skillnaden mellan kvinnor och män är skillnaden i medellivslängd. Kvinnor lever längre än män, men samtidigt är det fler kvinnor än män som säger sig ha dålig hälsa [28]. Utifrån detta kan en del vilja dra slutsatsen att hälsoskillnaderna mellan kvinnor och män enbart uppstår till följd av biologiska förutsättningar och förklaringar, men så enkelt är det inte [29]. I Sverige har till exempel kvinnor en lägre förvärvsinkomst än män, och ensamstående eller ensamstående kvinnor med barn har lägre disponibel inkomst än män i samma situation. Detta bidrar till att kvinnor är mer utsatta än män. Det kan i sin tur kopplas till olika hälsoutfall för kvinnor respektive män, till exempel högre förekomst av psykisk ohälsa bland kvinnor [72].

Samtidigt kan det på grund av att det finns en vana att särredovisa statistik om kvinnor och män ibland finnas en tendens att överskatta skillnaderna i hälsa mellan könen. Detta kan bero på att skillnaderna är större på individnivå än på samhällsnivå och därför upplevs som viktiga att uppmärksamma även när fokus inte är på individer. Men när mäns medelvärden jämförs med kvinnors medelvärden finns inte alltid tydliga skillnader. Därmed kan könsuppdelad statistik, som medelvärden, ibland vara ointressant när det är skillnader på befolkningsnivå som beskrivs. Då kan skillnaderna till exempel vara större mellan olika sociala klasser än mellan könen, i alla fall i samhällen som är relativt jämställda ur ett genusperspektiv [29].

Det är också på grupp- och samhällsnivå som de strukturella ojämlikheterna kan åtgärdas mest effektivt och flera forskare menar därför att könsskillnaderna inte är det mest centrala att analysera eller beakta. De forskare som står för denna uppfattning anser vidare att det endast är i undantagsfall som sociala skillnader i hälsa uppstår på helt olika sätt för kvinnor och män [29].

Det finns andra forskare som däremot menar att de strukturella bestämningsfaktorerna för hälsa är *mer* betydelsefulla för kvinnor än för män när det kommer till självskattad hälsa. De framhäver vikten av könsspecifika analyser [73] och lägger sålunda tyngdpunkten på att olika sociala villkor är förknippade med viss social status, vilket ger olika effekter beroende på kön. Ett tydligt exempel på detta är att olika yrken kan ha olika arbetsvillkor (läs mer på s. 112). Med detta menas till exempel att kvinnor och män med arbetaryrken har olika villkor, som påverkar deras hälsa olika, trots att de tillhör samma socioekonomiska grupp [73]. Detta stärker slutligen tesen att könsuppdelade analyser av hälsan är berättigade, om än svåra att utföra, och att sådana analyser snarare tränger djupare in i problematiken med sociala skillnader i livsvillkor och hälsa än vad enbart ett socioekonomiskt perspektiv gör.

Vad forskarna dock verkar vara överens om är svårigheten att studera socioekonomiska skillnader och skillnader utifrån de sociala bestämningsfaktorerna och vilken inverkan de har på kvinnor respektive män. Detta beror på att kvinnor och män påverkas olika av de samhälleliga strukturerna,

normerna och förväntningarna [73], men också att sådana studier ställer högre krav på det statistiska underlaget och analysen.

Rapportens statistiska underlag har vissa begränsningar. Därför går det inte att, ur ett könsperspektiv, göra fullödiga analyser av socioekonomiska och sociala skillnader i livsvillkor och hälsa. På sikt bör Göteborgs Stad verka för att möjliggöra en sådan uppföljning.

Läs mer på sid 187



SKILLNADER I LIVSVILLKOR OCH HÄLSA I GÖTEBORG

Avsnitt: Barns och ungdomars uppväxtvillkor

Del 2

Avsnittet innehåller följande rubriker:

- Utbildning
- Ekonomiska förutsättningar under uppväxten
- Sociala relationer, trygghet och delaktighet
- Hälsa och levnadsvanor
- Boende, närmiljö och stödjande miljöer

I detta avsnitt, om barns uppväxtvillkor, presenteras hur stadens skillnader ser ut för barn. I Göteborg har barn och unga förhållandevis goda uppväxtvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor. Samtidigt visar statistiken att det finns de barn som har sämre uppväxtvillkor och sämre hälsa än andra barn i staden. I Göteborg finns det till exempel stora skillnader mellan barnfamiljernas ekonomiska standard och om de har kontantmarginal eller upplever ekonomisk stress.

Skillnaderna i livsvillkor och hälsa syns tidigt i barns uppväxt

Förutom egenvärdet i att barn har en bra hälsa är en god uppväxt även en investering för framtiden ur såväl ett individperspektiv som ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv. I avsnittet framgår att skillnaderna i barns uppväxtvillkor är tydliga och syns redan tidigt i barnens liv.

Skillnaderna mellan grupper och delar av staden

Det skiljer i tandhälsa, levnadsvanor och inställning till sitt bostadsområde mellan olika socioekonomiska grupper och mellan stadens olika geografiska delar. Socioekonomiska skillnader gör även avtryck i barns fritid, till exempel vad gäller andelen barn i Göteborgs olika stadsdelar som är aktiva i en klubb, förening eller särskild grupp på sin fritid.

Föräldrars utbildningsnivå påverkar barnen

En tydlig koppling syns mellan föräldrarnas utbildningsnivå och barnens betyg, hälsa och uppväxtvillkor. Statistiken synliggör också att på skolor där majoriteten av eleverna har föräldrar med kort utbildning uppger barnen att de trivs sämre, skolkar mer, att lärarna har låga krav på eleverna samt att de egna föräldrarna ger lite stöd eller uppmuntran. På skolor där en majoritet av eleverna har föräldrar med lång utbildning ger barnen mer positiva svar på samma frågor.

Se fler diagram och korta beskrivningar i särtrycket: Mer om skillnader. Läs mer om detta i bilaga 8, s. 211.

Barns och ungdomars uppväxtvillkor

Barndomen är inte en transportsträcka till vuxenlivet. Barndomen och barns hälsa har ett eget värde som ska värnas. Detta fastslås också i FN:s konvention om barns rättigheter: att barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa och goda uppväxtvillkor [41].

Den framtida folkhälsoutvecklingen i Göteborg är också beroende av att barn och unga tillförsäkras en god hälsa, goda levnadsvanor och bra levnadsförhållanden. Därför blir också tidiga insatser tidigt i barns liv ett naturligt arbetssätt [19, 15, 16, 14].

Ett nedsatt hälsotillstånd under barndomen inverkar på hela den framtida hälsan och får betydelse för hur livet kan utvecklas. Hälsorisker till och med så tidigt som i fosterlivet kan ge effekter på hälsan under lång tid framöver [41, 29]. Även om det är föräldrarna som är barnens främsta resurser, och det är de som bär det omedelbara ansvaret för sina barns hälsa och livsvillkor, bör samhället skapa goda förutsättningar för föräldrarna¹⁸ att utöva ett gott föräldraskap. Samhället kan bidra med stöd om så behövs [74].

Precis som för vuxna (se avsnittet om vuxna på ss. 88) är livsvillkoren och hälsan för barn ojämnt fördelade [74]. Inte minst visar Göteborgs Stads barnhälsoindex på de skilda uppväxtvillkor som barn i olika stadsdelar har [75]. Redan tidigt under uppväxten är skillnaderna påtagliga. Barn till föräldrar med kort utbildning, lägre ekonomisk standard och sämre arbetsförhållanden, samt barn till ensamstående föräldrar, har sämre hälsa än barn till föräldrar med lång utbildning, hög ekonomisk standard, goda arbetsförhållanden och sammanboende föräldrar [74, 29, 41]. Detta visar att socioekonomi är sammankopplat med barns hälsa. Forskningsresultat visar också att de socioekonomiska förhållandena under uppväxten har effekter på hälsan senare i livet och det oberoende av den sociala positionen som barnen får som vuxna. På så sätt blir barndomens sociala position en markör för hälsan senare i livet [76].

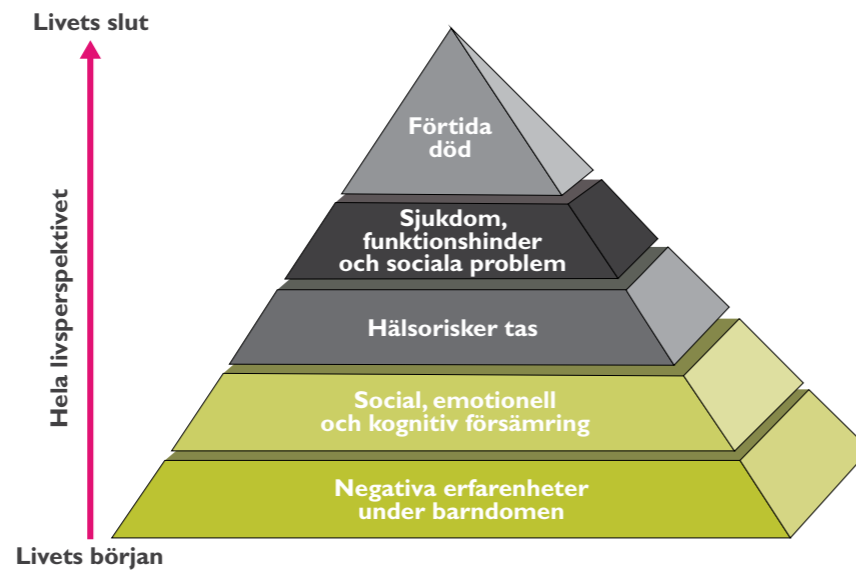
Samtidigt rankas Sverige bland de tio bästa länderna i världen för barn att växa upp i. De indikatorer som studerats för att komma fram till detta är: materiellt välstånd, boendestandard, utbildning och skolsituation, hälsa och säkerhet samt riskbeteenden [77].

Tidiga insatser för goda livschanser och god hälsa

The Adverse Childhood Experiences Study [31] är en stor studie som genomförts i USA kring kopplingen mellan barndomens villkor och hälsa eller välbefinnande senare i livet, och den visar att vissa negativa livserfarenheter (försummelse, dysfunktionella hem, förtryck, psykisk/fysisk misshandel,

¹⁸ Genomgående i rapporten används begreppet föräldrar, och i detta inkluderas även andra vårdnadshavare. Andra vuxna i barns närhet kan också utgöra en viktig resurs för barnen. Ur ett barnperspektiv är det viktigare att se till vem som utgör stöd och anknytningsmöjligheter för barnen än att fokusera på definitionen av föräldrar och vårdnadshavare.

känslomässiga och/eller sexuella övergrepp) under barndomen är tydliga riskfaktorer för ohälsa, dålig livskvalitet och förtida död (se figur 15).



Figur 15. Pyramiden visar att livserfarenheter under uppväxten utgör riskfaktorer för ohälsa, förtida död och försämrade livskvalitet och kan bidra till olika negativa sociala konsekvenser. Figuren visar också att alla händelser under livet är sammanlänkade och påverkar varandra, vilket gör att ett livsperspektiv måste antas för att förstå hur händelser i barndomen påverkar levnadsvanorna senare i livet. Återgiven från *The Adverse Childhood Experiences Study* [31].

Forskarna har funnit att ju fler svåra negativa upplevelser och missförhållanden under barndomen, desto fler hälsoproblem och sociala problem senare i livet. De har sett kopplingen till både missbruk och riskkonsumtion av alkohol, missbruk av olagliga droger, tidig rökdebut, rökning, KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom), ischemisk hjärtsjukdom, leversjukdom, depression, sämre livskvalitet, risk för våld i nära relationer, självmordsförsök, tidig sexualdebut, tonårsgraviditet, fler sexuella partners och sexuell smittsamma sjukdomar, oplanerade graviditeter och fosterdöd. Slutsatsen de drar är att det har stor betydelse för barnens framtida hälsa och livs att de utsätts för så få negativa upplevelser och missförhållanden under uppväxten som möjligt [31].

Trots att det kan skilja en del mellan amerikanska och svenska barns förutsättningar och uppväxtvillkor är dessa forskningsresultat intressanta även i en svensk kontext. Resultaten förstärks också av annan forskning som pekar på att positiva eller negativa erfarenheter och vanor inverkar på hälsan och utvecklingen och att en sådan påverkan förstärks vid varaktig och återkommande exponering [29]. Det betyder att arbetet med att skapa goda uppväxtvillkor och tidiga insatser i ung ålder är viktigt för att förebygga ohälsa och sociala problem senare i livet. Det har till och med konstaterats att tiden mellan födseln och upp till åtta års ålder är den absolut viktigaste perioden i en människas liv och utveckling [31].

De skillnader och förhållanden som beskrivs ovan är påverkbara och många av de negativa effekterna kan med dagens kunskap mildras eller förhindras. Förutom den uppenbara vinsten för enskilda barn som kan uppnås via ett hälsofrämjande arbete är det även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv intressant med tidiga insatser under uppväxten.

Läs mer på sid 28 och 34

Utbildning

Utbildning är inte bara intressant eftersom det skapar förutsättningar för goda livsvillkor genom hela livet, utan också på grund av den starka kopplingen till hälsa. En hög utbildningsnivå kan fungera som en skyddsfaktor som motverkar framtida ohälsa, men mekanismerna bakom detta är många och interagerar med varandra. Vad som är orsak och verkan är därför svårt att säga [41].

Vilken bild förmedlar då dagens kunskap? I den sammanställning av forskningsläget som Folkhälsomyndigheten utgår ifrån framhålls att risken att drabbas av sjukdomar och död är högre för barn till mödrar med kort utbildning jämfört med barn till mödrar med lång utbildning. Risken är också högre för till exempel narkotikamissbruk, självmordsförsök, trafikolyckor, alkoholförgiftning, allergisk astma och karies [74, 29]. Forskare i Malmö har även funnit att barn till mammor med kortare utbildning exponerades mer för högre hälsorisker och hade färre främjande faktorer, mindre socialt stöd och högre vårdkonsumtion än barn till kvinnor med lång utbildning [78].

Dessutom fungerar föräldrarnas utbildning som en tydlig förutsägelse för nästa generations skolprestationer. Ju högre utbildningsnivå föräldrarna har, desto större sannolikhet att deras barn kommer att lyckas i skolan [41]. Men skolresultaten kan också kopplas till barnens egen hälsa. Det finns ett relativt brett stöd i forskningslitteraturen för att den psykiska hälsan inverkar på skolprestationerna, samtidigt som skolprestationerna också påverkar den psykiska hälsan [79]. Forskningen visar även att barn med ofullständiga betyg från skolan har kraftigt förhöjda risker för framtida bidragsberoende, psykosociala problem som kriminalitet och missbruk samt självmordsförsök [74].

Läs mer på sid 89

Förskolan – en grund för ett hälsosamt liv och goda skolresultat

Ofta hamnar skolan i fokus när det gäller barns lärande och uppväxt. Dagens forskning [42] lyfter dock allt mer fram förskolans roll och betydelse. Det har till exempel visat sig att extra anslag till skolan för att minska skillnader i barnens skolprestationer blir ännu mer effektiva om de föregåtts av investeringar i en bra start i livet. En sådan start kan till exempel bestå av en effektiv barnomsorg och förskola med hög kvalitet, som har som mål att förbereda barnen inför skolan [42].

Förutom att förskolan främjar den kognitiva utvecklingen hos barn och deras språkliga färdigheter, och därmed ses som en kompensatorisk insats, fungerar den också som ett socialt stöd för familjerna. Förskolan främjar nämligen familjens deltagande i samhälls- och arbetslivet samt underlättar för dem att orientera sig bland välfärdstjänster och myndigheter. Förskolan kan därför bidra i att bryta utanförskap och öka delaktigheten för socioekonomiskt utsatta grupper [80]. Förskolan har fått en alltmer central roll som hälsofrämjande arena för både barn och vuxna. Det är en verksamhet som lägger grunden för goda uppväxtvillkor.

Forskning har även visat att barn som gått i förskolan i allmänhet klarar sig bättre i skolan [80]. Förskolan har positiva och varaktiga effekter på barnens

lärande och utveckling, vilket skapar förutsättningar för ett bättre hälsotillstånd på både kort och lång sikt. Förskolan har dessutom en utjämnande effekt på socioekonomiska skillnader, eftersom barn från resurssvaga familjer drar mer nytta av att vistas i förskolan [81]. Barn och unga som lever med små socioekonomiska resurser löper också större risk att lämna grundskolan utan godkända betyg. Även här kan förskolan spela in genom att öka barnens förutsättningar att genomföra grundskolan [17].

Tidiga insatser i förskolan är dessutom lönsamt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv [17]. Beräkningar visar att ett samhälles investeringar i förskolan kan ge upp till sju gånger pengarna tillbaka [81]. Till exempel har arbetet med ett särskilt erbjudande om förskola till barn i riskzonen visats sig bidra till minskad kriminalitet och droganvändning samt ökad anställningsbarhet och social anpassning till samhället. Förskolebarn har även färre beteendeproblem jämfört med andra barn, och detta består genom den fortsatta skolgången [81]. Att erbjuda stadens barn en hälsofrämjande och likvärdig förskola med hög kvalitet är därför sannolikt ett effektivt sätt att minska skillnader i hälsa.

Deltagandet i förskolan speglar socioekonomisk status

I dag går nästan alla barn i förskola eller deltar i någon annan form av verksamhet. Erfarenheter från till exempel Norge visar att det ofta är nyanlända, arbetslösa och de mest resursfattiga föräldrarna som i minst utsträckning efterfrågar förskoleplats [81].

I en undersökning av landets femton mest ekonomiskt och socialt utsatta stadsdelar¹⁹ framkom att det finns praktiska och ekonomiska hinder för många föräldrar att placera sina barn i förskolan. I dessa stadsdelar är det också vanligare att föräldrar som själva mår dåligt eller saknar egen inkomst inte har sina barn i förskolan utan stannar hemma med barnen. Det är även vanligare med omotiverad frånvaro och oregelbunden närvaro i dessa områden. Det finns tecken på att denna form av närvaro missgynnar barnens utveckling och kan bli ett mönster ända upp i skolåldern [80]. Förutom att ha vetskap om hur många barn som är inskrivna i förskolan, är det även viktigt att veta hur graden av närvaro respektive frånvaro ser ut, för att kunna göra socioekonomiska analyser. Dock saknas i dag i Göteborg en god uppföljning och systematik för detta.

Vad statistiken däremot visar är att antalet barn som är inskrivna i förskolan i Göteborg har ökat över tid. Det är något fler barn i 0–3 år som är inskrivna i Göteborg jämfört med Stockholm och Malmö [82]. I diagram 1 framgår att det skiljer i andel inskrivna barn mellan de olika stadsdelarna i staden. Det är 15 procentenheters skillnad mellan Västra Hisingen, där 75 procent av 1–5-åringarna är inskrivna i förskolan, och Majorna-Linné där 90 procent av barnen är inskrivna. När 2–3-åringarna som har heltidsplats i förskolan studeras är det Östra Göteborg (59 %) som har stadens lägsta andel barn i förskolan och Askim-Frölunda-Högsbo som har den högsta (76 %) [83]. Utöver detta tillkommer barn med deltidsplats, vilket omfattar barn till föräldrar som är arbetslösa eller föräldralediga.

19 I Göteborgs Stad ingår Norra Biskopsgården, Hjällbo, Bergsjön och Gårdsten i regeringens urbana utvecklingsprogram.

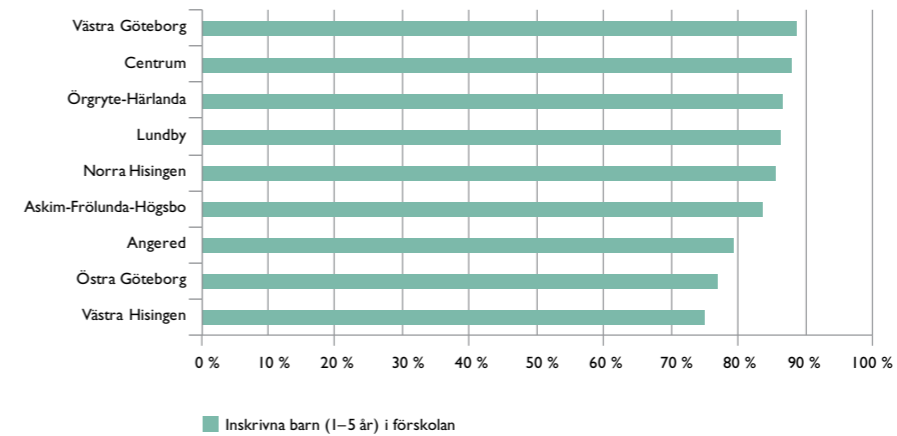


Diagram 1. Andel (%) inskrivna barn (1–5 år) i den kommunala eller enskilda förskolan, uppdelat efter stadsdel per 15 oktober 2013 [83].

Skolan

Det finns en mängd studier som tydligt visar att socioekonomiska faktorer inverkar på både hälsan och utbildningen. Det finns en stark koppling mellan barnens skolprestationer och de sociala och fysiska samt ekonomiska miljöer som barn lever i. Kopplingen gäller även ungas utbildningskarriär, alltså vilken utbildningsnivå som unga uppnår, samt barnens hälsa och sociala rörlighet. Att sambandet mellan social position och hälsa kvarstår under hela livet är också tydligt i kunskapssammanställningarna på området. Det finns även allt tydligare stöd för att dessa samband är orsakssamband som verkar genom socioekonomiska faktorer [79].

Likvärdighet och skolsegregation i den svenska grundskolan

Elevernas socioekonomiska bakgrund (mätt utifrån föräldrarnas utbildningsnivå) har fortfarande stor inverkan på elevernas betyg. Skolsegregationen som grundar sig på elevernas socioekonomiska bakgrund har inte ökat nämnvärt i Sverige mellan 1998 och 2011. Skolsegregationen är störst i landets tre storstäder, men har minskat marginellt över tid [84].

Däremot har skolsegregation som grundar sig på svensk²⁰ och utländsk²¹ bakgrund ökat i alla typer av kommuner, bortsett från små kommuner²². Den högsta nivån på skolsegregation har uppmätts i Stockholm, Göteborg och Malmö. Här har nivån stigit från ungefär 27 till 32 procent. Ökningstakten är dock högst i de större städerna, där nivån stigit från strax under 10 till 15 procent. Utvecklingen innebär att elevsammansättningen på de enskilda skolorna har blivit något mer homogen med avseende på elevernas bakgrund [84].

Att ha utländsk bakgrund har en negativ påverkan på skolresultaten, men denna effekt har minskat över tid. Bland utlandsfödda elever har däremot

20 Med svensk bakgrund avses elever som är födda i Sverige med en eller två föräldrar födda i Sverige.

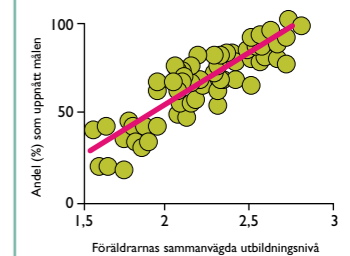
21 Utländsk bakgrund innebär att eleven är född i Sverige och att båda föräldrarna är födda utomlands. Utländsfödd innebär att eleven är född utomlands oavsett var föräldrarna är födda.

22 Vid analysen delas kommuner in i följande grupper: storstäder (Göteborg, Stockholm, Malmö), större städer, förortskommuner; kommuner med mer än 25 000 invånare samt övriga kommuner (inklusive kommuner med färre än 25 000 invånare, det vill säga små kommuner).

Socioekonomisk analys av barns hälsa:

Eftersom socioekonomi har betydelse för hälsan är det angeläget att studera skillnader i livsvillkor och hälsa utifrån barns olika socioekonomiska förhållanden. Dessa förhållanden bestäms i hög grad av föräldrarnas socioekonomi där utbildningsnivå är ett vedertaget mått. Därför har Göteborgs Stads elev- och skolstatistik, som bland annat beskriver barnens hälsa och skolresultat, analyserats i förhållande till föräldrarnas utbildningsnivå*.

För att undersöka om föräldrars utbildningsnivå samvarierar med andel elever som når målen i skolan togs nedanstående diagram fram. Diagrammet visar att det i Göteborg finns en tydlig samvariation mellan föräldrars utbildningsnivå och barnens resultat i skolan (oavsett huvudman).



Med detta som utgångspunkt har stadens skolor delats in i fyra skolgrupper. Grupp 1 består av skolor där eleverna till stor del har föräldrar med kort utbildning, vilket tolkas som låg socioekonomisk status. Grupp 4 består av skolor där elever till stor del har föräldrar med lång utbildning, vilket tolkas som hög socioekonomisk status.

Dessa skolgrupper används i rapporten som ett sätt att visa på socioekonomiska skillnader mellan barn i Göteborg.

- Grupp 1: 14 skolor med totalt 850 elever
39 % av eleverna har nått målen
172 i meritvärde** för eleverna
- Grupp 2: 17 skolor med totalt 1019 elever
67 % av eleverna har nått målen
205 i meritvärde för eleverna
- Grupp 3: 18 skolor med totalt 1096 elever
74 % av eleverna har nått målen
217 i meritvärde för eleverna
- Grupp 4: 21 skolor med totalt 1408 elever
89 % av eleverna har nått målen
239 i meritvärde för eleverna

Samtidigt ska det påpekas att den socioekonomiska indelningen av skolor är ett ganska trubbigt instrument för att göra en socioekonomisk analys av barn. Variationen och den sociala gradienten hade antagligen framträtt tydligare om eleverna hade kunnat grupperas direkt efter föräldrarnas socioekonomi istället för att indelningen skapas efter skolan.

*Föräldrarnas sammanvägda utbildningsnivå är hämtat från Skolverkets SALSA-databas [93].

**Meritvärde är det sammanvägda värdet av elevens 16 eller 17 bästa högstadietbetyg.

Skolsegregation och likvärdighet i korthet:

Samhället avspeglas i skolan:

- Skolsegregationen beror till stor del på boendesegregationen

Skolsegregationen har ökat:

- Elevsammansättningen på skolorna har blivit allt mer homogen, vilket bidragit till ökade skillnader i skolresultat mellan skolor

Skillnader i skolresultat har ökat:

- Skillnader i skolresultat har ökat mellan skolor
- Olika andel studiemotiverade elever på olika skolor antas bidra till skillnader i skolresultat mellan skolor

Betydelse av socioekonomisk och utländsk bakgrund för skolresultat:

- Elevers socioekonomiska bakgrund har fortsatt stor betydelse
- Skillnader mellan elever med svensk och utländsk bakgrund har minskat
- Skillnaderna mellan elever med svensk bakgrund och utlandsfödda elever har ökat

Likvärdigheten har minskat:

- Skolornas elevsammansättning påverkar elevernas resultat mer än tidigare

Figur 16. Kortfattat om den svenska skolsegregationen och likvärdigheten [84, 173].

effekten ökat kraftigt under senare år. Enligt Skolverket beror det sannolikt på att elevernas genomsnittliga ålder då de kommer till Sverige har stigit. Utlandsfödda elever som kommit till Sverige före skolstart presterar på samma nivå som elever med utländsk bakgrund [84].

Då Skolverket studerar skolresultat ser de att de relativa skillnaderna har ökat mellan skolor (oavsett huvudman) mellan 1998 och 2011. Skillnaden mellan skolornas genomsnittliga meritvärde har mer än fördubblats. Skolverket betonar att endast en del av de ökade skillnaderna i skolresultat mellan skolor beror på ökad skolsegregation utifrån skolornas elevsammansättning. Samtidigt har skillnaderna mellan elever inom skolor minskat, vilket innebär att eleverna i samma skola i dag uppnår mer lika skolresultat än tidigare. Skolverket beskriver utvecklingen som en tilltagande ”sortering” av elever utifrån studieresultat. Fortfarande är dock skillnaderna större inom skolor än mellan skolor [84].

En möjlig förklaring till att skillnaderna i skolresultat har ökat kan istället vara en form av ”dold” skolsegregation som handlar om att elever som väljer andra skolor än de som ligger närmast hemmet är mer motiverade och mer högpresterande i förhållande till genomsnittet bland elever med samma socioekonomiska och utländska bakgrund. Enligt Skolverket gynnas studiemotiverade elever – oavsett socioekonomisk bakgrund eller svensk/utländsk bakgrund – av att gå i en skola med en hög andel elever med välutbildade föräldrar. Skolverkets studie visar också att den positiva effekten av att gå i en skola med en större andel elever med välutbildade föräldrar ökade betydligt mellan 1998 och 2011, vilket innebär att valet av skola har fått större betydelse för elevens förväntade skolresultat [84].

På grundval av att skillnaderna har ökat kraftigt vad gäller grundskolornas genomsnittliga betygsresultat och att elevsammansättningen på en skola fått större betydelse för elevernas förväntade resultat gör Skolverket bedömningen att likvärdigheten i den svenska skolan har försämrats under 1998–2011. Skolverket menar också att de valfrihetsreformer som genomfördes i början av 1990-talet sannolikt bidragit till en försämrad likvärdighet [84].

En forskargrupp som analyserat effekter av det fria skolvalet finner att demografiska faktorer i ett bostadsområde har en stark påverkan på föräldrars/ barns val av skolor. Genom att undersöka barnens resväg till skolan fann forskarna att barn till högutbildade föräldrar, svensk bakgrund och god ekonomi oftare går i skolor som ligger längre bort. Barn som växer upp i socialt utsatta familjer och i invandrade familjer går däremot oftare i närliggande skolor. Studien visar också att föräldrarnas benägenhet att utnyttja skolvalet påverkas mer av befolkningsammansättningen i deras bostadsområde än av klasstillhörighet. I bostadsområden där en stor andel barn har föräldrar med lång utbildning går de flesta barn i en närliggande skola, vilket även gäller bostadsområden där en stor andel barn tillhör en synlig minoritet. Barn som inte tillhör en synlig minoritet²³ och som bor i områden med en hög andel barn som tillhör en synlig minoritet väljer däremot oftare en skola längre bort. Samma mönster har identifierats för bostadsområden där en stor andel familjer erhåller försörjningsstöd. Här är det vanligt bland barn i familjer som *inte* mottar försörjningsstöd att välja en skola längre bort. Enligt forskarna visar studien att skolvalet huvudsakligen utnyttjas av privilegierade grupper som ett sätt att undvika mindre privilegierade grupper [85].

²³ Författarens eget begrepp i artikeln *Den svenska skolans geografi* [85].

Behörighet till gymnasiet

Även om meritvärdet²⁴ i genomsnitt blivit allt högre i Sverige under de senaste decennierna är det allt fler elever som saknar betyg i vissa ämnen och därigenom behörighet till gymnasiet. Det gör att redan vid 16 års ålder är valmöjligheterna i livet och framtidsutsikterna begränsade för dessa elever. Saknar en elev gymnasiebehörighet kan det innebära en påtaglig risk för problem att etablera sig på arbetsmarknaden och att delta i samhället som vuxen [86].

Skolverket har funnit fyra faktorer som tillsammans påverkar elevernas skolresultat negativt [87]:

- Ökad segregation
- Decentralisering av skolsystemet
- Ökad differentiering inom undervisningen
- Ökad individualisering av elevernas arbete – t.ex. att arbeta på egen hand

Ofta undersöks andelen elever med slutbetyg från grundskolan, men här läggs fokus på gymnasiebehörighet. Det beror på att en högre utbildningsnivå är tydligt förknippad med bättre hälsa och bättre livsvillkor. Ur perspektivet att minska skillnader i hälsa och livsvillkor och förbättra göteborgarnas livschanser ses därför gymnasiebehörighet i detta fall som ett mer adekvat mått.

Våren 2013 skilde det 38 procentenheter (diagram 2) mellan det mellan-område i Göteborg som hade högst respektive lägst andel elever med behörighet²⁵ att söka till gymnasiets yrkesförberedande program. Skillnaden var 34 procentenheter bland flickor och 44 bland pojkar, vilket stämmer väl överens med den nationella statistiken och kunskapen inom skolan, det vill säga att fler flickor än pojkar är behöriga och även att flickorna har högre betyg [41]. Det är följaktligen nästan hälften av barnen i dessa mellan-områden (se diagram 2) som inte uppnår gymnasiebehörighet. Ur både ett individ- och ett samhällsperspektiv är detta en stor förlust som får effekter för hela Göteborgssamhällets utformning och tillväxt och förmågan att skapa en sammanhållen stad.

Situationen kan sammanfattningsvis beskrivas som att klyftorna mellan elevgrupper ökar när det gäller behörighet till gymnasiet, vilket medför både ett individuellt utanförskap och en problematik som sannolikt medför stora framtida samhällskostnader. Samtidigt som en fullständig skolgång, även med endast genomsnittliga betyg, ger ett starkt skydd mot utanförskap och ohälsa oavsett elevens bakgrund [86].

²⁴ Meritvärde är det sammanvägda värdet av elevens 16 eller 17 bästa högstadiesbetyg.

²⁵ Fram till och med 2010 krävdes godkänt betyg i svenska eller svenska som andraspråk, engelska och matematik för att vara behörig till gymnasiet. Från 2011 krävs godkänt betyg i svenska, engelska, matematik och ytterligare minst fem ämnen för att bli antagen till ett yrkesförberedande program eller i minst nio ämnen för att bli antagen till ett högskoleförberedande program.

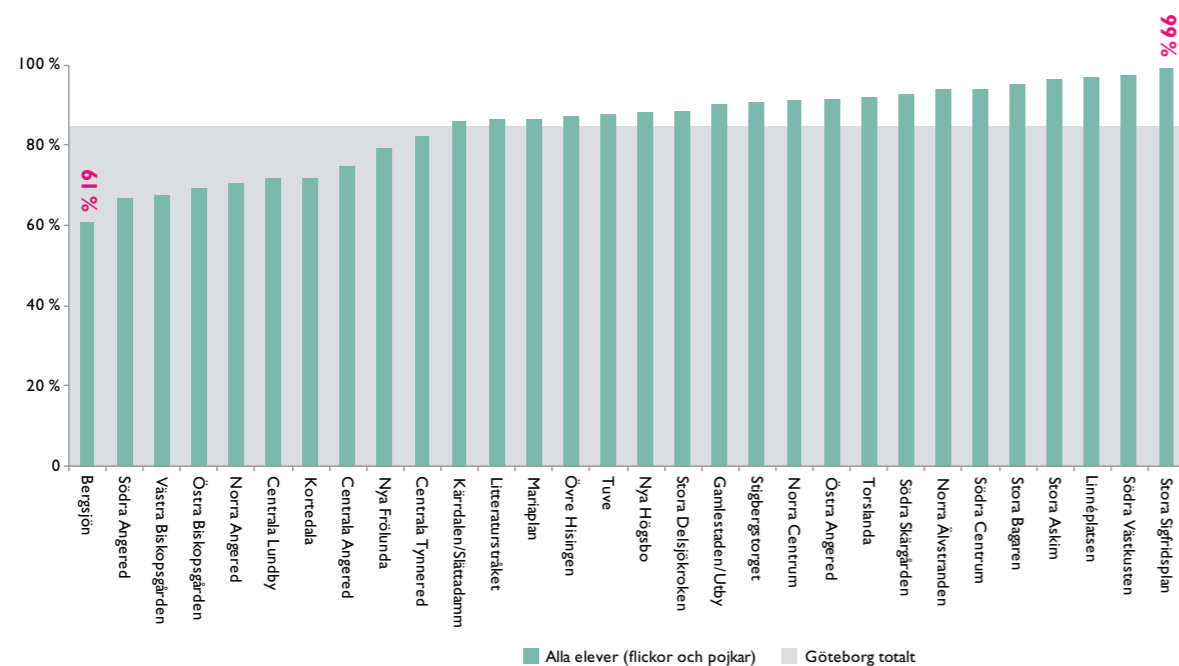


Diagram 2. Andel (%) behöriga elever till yrkesförberedande gymnasieprogram (vt 2013) utifrån mellanområdet som eleverna bor i [88].

I Bergsjön har 66 procent av flickorna och 56 procent av pojkarna gymnasiebehörighet. Detta motsvarar de lägsta värdena i staden (se diagram 3). Högst andel behöriga flickor (100 %) finns i Kärrdalen/Slättdamm och Norra Älvstranden medan endast 71 respektive 82 procent av pojkarna i samma områden²⁶ är behöriga. I Kärrdalen/Slättdamm uppmäts också den största skillnaden mellan könen, då det skiljer 29 procentenheter mellan andelen behöriga flickor respektive pojkar, följt av Norra Älvstranden där skillnaden uppgår till 18 procentenheter. Den högsta andelen behöriga pojkar finns i Linnéplatsen och Stora Sigfridsplan (båda 100 %). Här är istället andelen behöriga flickor något lägre (93 respektive 98 %). Skillnader till pojkarnas fördel uppgår som högst till 7 procentenheter, detta i mellanområdena Linnéplatsen, Mariaplan och Stigbergstorget.

Intressant att notera är också att det är större skillnader mellan andel flickor och pojkar, till flickornas fördel, som uppnår behörighet till yrkesförberedande gymnasieprogram i de områden som totalt sett har en lägre andel behöriga elever än i skolor med en hög gymnasiebehörighet (se diagram 3). I områden med hög andel behöriga elever är också skillnaderna mellan pojkar och flickor mindre, även om det genomgående är till flickornas fördel.

²⁶ Den observante läsaren ser att i diagram 2 är det högsta värdet 99 procent och i diagram 3 är det 100 procent trots att båda diagrammen rör samma statistik, det vill säga gymnasiebehörighet efter boendeområde för vårterminen 2013. Skillnaden beror på att alla flickor som bor i mellanområdet Kärrdalen/Slättdamm och Norra Älvstranden är behöriga medan lägre andel av pojkarna i samma områden är behöriga (71 % respektive 82 %). Det innebär att den totala behörigheten för dessa områden, oavsett kön som redovisas i diagram 2, aldrig kan bli 100 procent. I diagram 3 redovisas flickor för sig och pojkar för sig och därmed kan 100 procent behörighet uppnås i det diagrammet.

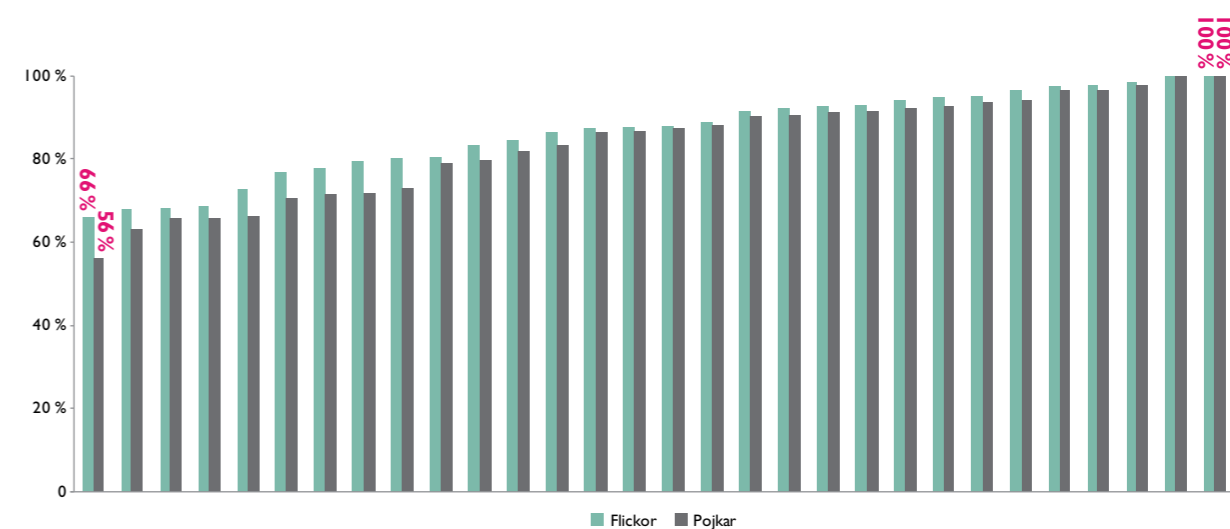


Diagram 3. Andel (%) behöriga elever, uppdelat på kön, till yrkesförberedande gymnasieprogram³¹ (vt 2013) utifrån mellanområdet som eleverna bor i [88].

Här är stadsdelarna rangordnade efter behörighet för respektive kön. Det betyder att det inte behöver vara samma placering på stadsdelarna för flickor som för pojkar, och därför står inte namnen på stadsdelarna i diagrammet.

Föräldrars utbildningsnivå och barns behörighet

Skolverket har funnit att i och med att undervisningen har blivit mer och mer individualiserad har också elevens stöd från hemmet blivit allt viktigare. Det har bidragit till att de socioekonomiska och kulturella faktorerna i familjen fått en allt större inverkan på barnens skolprestationer. Myndigheten menar också att skolan samtidigt blivit sämre på att erbjuda en likvärdig skola och på att kompensera för elevernas sociala bakgrund. Samtidigt upplever dock allt fler elever i den svenska skolan ökad trivsel och större engagemang i skolarbetet [89, 90, 91].

I Göteborgs Stad finns det tydliga skillnader mellan olika elevgrupper och deras behörighet till gymnasiet (se diagram 4). Det är endast 49 procent av eleverna till föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå som är behöriga till gymnasiet. Motsvarande uppgift är 93 procent bland eleverna till föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå. Det skiljer således 44 procentenheter mellan elever till lågutbildade respektive högutbildade föräldrar. Det betyder att det är ungefär hälften av alla elever som har föräldrar med enbart förgymnasial utbildningsnivå som är behöriga till gymnasiet. Detta ligger helt i linje med vad den nationella statistiken visar och vad forskningslitteraturen på området hävdar, nämligen att föräldrarnas utbildningsnivå är starkt förknippad med deras barns möjligheter att lyckas i skolan. Det finns indikationer på att betydelsen av elevernas socioekonomiska bakgrund dessutom har ökat på senare år [84].

Utländsfödda elever, elever med utländsk bakgrund och behörighet

I den nationella statistiken syns ingen skillnad mellan elevens gymnasiebehörighet beroende på om de är födda i Sverige eller utomlands om man jämför samma socioekonomiska grupper med varandra och kontrollerar

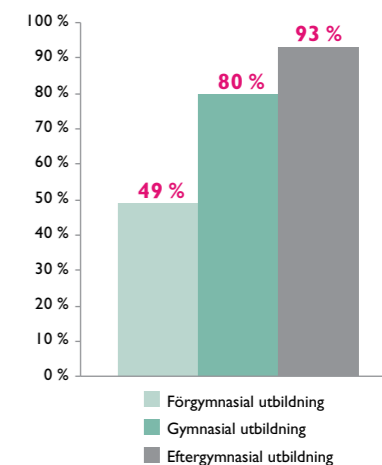


Diagram 4. Andel (%) elever i åk 9 med behörighet till yrkesförberedande gymnasieprogram uppdelat efter föräldrarnas utbildningsnivå (läsåret 2012/2013) [92].

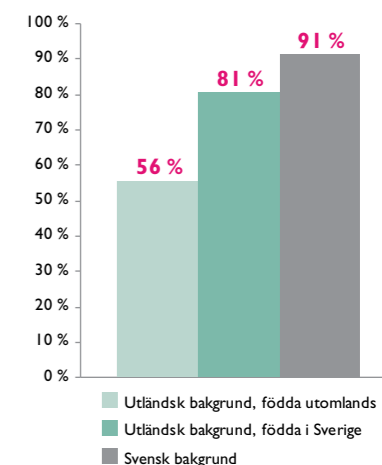


Diagram 5. Andel (%) elever i åk 9 med behörighet till yrkesförberedande gymnasieprogram uppdelat efter bakgrund (läsåret 2012/2013) [92].

för elever som kommit till Sverige efter skolstartsåldern (se nedanstående text) [41]. Analyseras elevernas bakgrund, oavsett socioekonomi, (diagram 5) framgår det dock att andelen elever med gymnasiebehörighet är högre bland elever med svensk bakgrund jämfört med elever som är födda utanför Sverige. Skillnaden uppgår till 35 procentenheter. Skillnaden uppgår till 25 procentenheter när elever som är födda i Sverige och som har minst en utlandsfödd förälder jämförs med elever som är födda utomlands och med båda sina föräldrar födda utomlands [92]. Intressant är att skillnaderna är större mellan olika elevgrupper när föräldrarnas utbildningsnivå studeras, än om man jämför elever födda i Sverige eller utomlands (jämför diagram 5 och diagram 4). Detta stärker tesen att de socioekonomiska faktorerna kan vara av större betydelse än elevernas födelseland. Ofta sammanfaller dock ofta utländsk bakgrund med låg socioekonomisk status. För de elever som har kommit till Sverige efter skolstartsåldern är däremot skillnaderna i gymnasiebehörighet tydliga [41].

I 46 procent (33 av 70) av stadens skolor (både kommunala och friskolor som har niondeklassare) finns det inga nyinvandrade elever, det vill säga som kommit till Sverige för första gången under de senaste fyra åren. I 38 procent (27 av 70) av skolorna är det mellan 1 och 9 procent och i 5 skolor är det mellan 16 och 27 procent av eleverna som kommit till landet för första gången under de senaste fyra åren. Högst andel är det i Gårdstensskolan med 27 procent [93]. Detta påverkar givetvis både skolan, förutsättningarna för lärandet och den pedagogiska utformningen, men framför allt har det betydelse för andelen som kommer att gå ut årskurs nio med gymnasiebehörighet.

När barn som kommit till Sverige efter skolstart följs upp i gymnasieskolan visar den nationella statistiken att dessa barn tenderar att prestera än sämre än vad de gjorde i grundskolan. Skillnaderna ökar mellan dessa elever och alla andra elever. Det har också visat sig att barn som invandrat efter nio års ålder har svårare att ta sig in på arbetsmarknaden när de blivit unga vuxna [29].

Slutbetyg från gymnasieskolan

Som framgått här ovanför blir det en stor klyfta mellan barn som saknar behörighet till gymnasiet och dem som har behörighet. Men även inom gruppen som påbörjar gymnasiestudier bildas ojämlika förutsättningar för det fortsatta livet. Det blir en skillnad mellan dem som fullföljer gymnasiet och får slutbetyg med behörighet att studera vid högskola och dem som hoppar av gymnasiet. Det kan även uppstå en skillnad mellan elever beroende på vilket program de väljer.

Av alla ungdomar i Sverige som erhållit ett slutbetyg med behörighet till högskolan var 75 procent antingen etablerade på arbetsmarknaden eller studerade vid högskolan fem år efter att de lämnat gymnasieskolan. Motsvarande för dem som hoppat av gymnasiet var bara 28 procent [94].

Enligt Skolverkets jämförelse över tid av gymnasieelever som går i skolor i Göteborg (oavsett var de är folkbokförda) framgår att skillnaderna har ökat mellan olika nationella program oavsett huvudman, när det kommer till

andel elever som är behöriga till högskolan²⁷ (diagram 6). Statistiken visar en skillnad som över tid har ökat mellan de studieförberedande programmen och de yrkesförberedande [92].

Lägst andel behöriga elever har Hotell- och restaurangprogrammet (50 %), följt av Fordonsprogrammet (53 %) och Barn- och fritidsprogrammet (63 %). Högst andel med behörighet till högskola eller universitet har Naturvetenskapsprogrammet (98 %) och Teknikprogrammet (96 %) tätt följt av Estetiska programmet (95 %) och Samhällsvetenskapsprogrammet (94 %). Det skiljer alltså 48 procentenheter i andel behöriga elever mellan de nationella programmen 2013. Motsvarande uppgifter för 2004 var på 41 procentenheter [92].

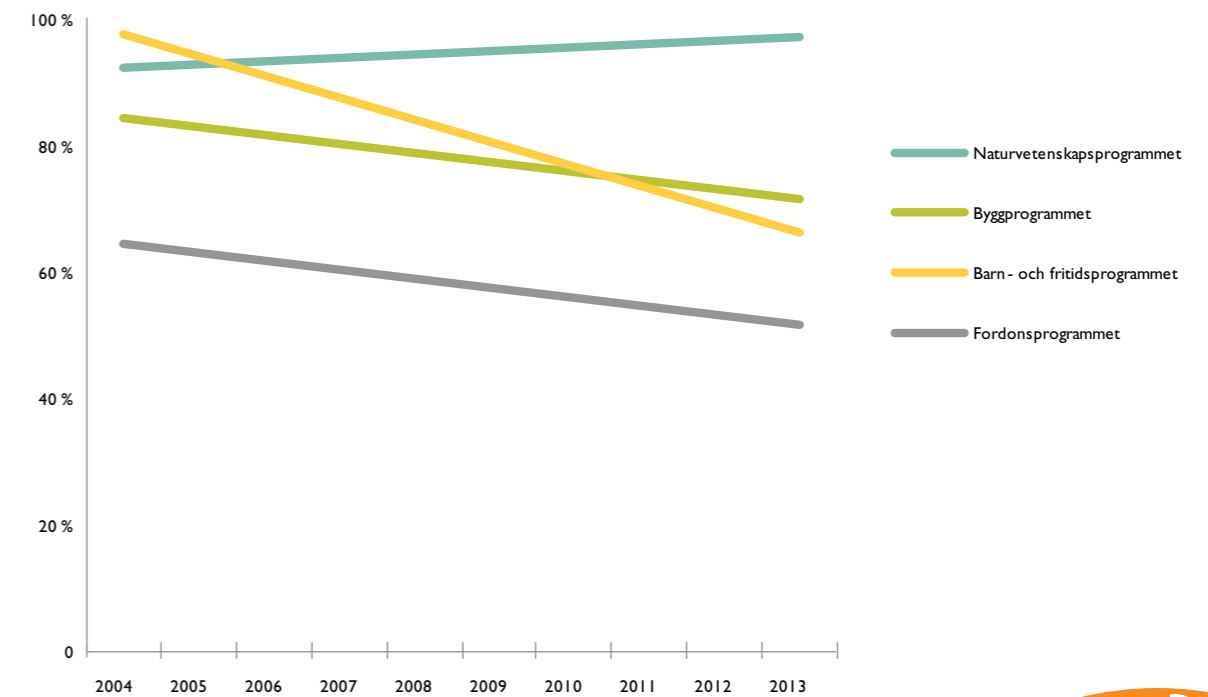


Diagram 6. Andel (%) gymnasieelever som går i skolor i Göteborg, oavsett huvudman, med högskolebehörighet av de som fick slutbetyg, uppdelat efter nationella gymnasieprogram (2004–2013) [92]. Observera att olika behörighetskriterier gällde före respektive efter 2011, se fotnot 27.



²⁷ Grundläggande behörighet till högskola eller universitet innebär för elever som gått ut gymnasiet före 2010 att lägsta betyget "Godkänt" krävdes på minst 90 procent av gymnasiepoängen. För elever som gått ut gymnasiet 2010 eller senare krävs betyg "Godkänt" i minst 2 250 gymnasiepoäng och lägsta betyg "Godkänt" i kärnkämnäskurserna Svenska A och B, eller Svenska som andraspråk A och B, Engelska A och Matematik A.

De tio vanligaste anledningarna till skolavhopp

1. Mobbning, socialt utanförskap
2. Brist på pedagogiskt stöd i skolan
3. Vuxna som inte bryr sig
4. Dåligt bemötande i skolan
5. Bristfälligt pedagogiskt stöd i skolan efter en långvarig frånvaro (på grund av sjukdom eller missbruk)
6. Behov av mer praktik och mindre teori
7. Stökig skolmiljö
8. Fel programval
9. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som inte upptäcks under utbildningen
10. Dåliga hemförhållanden

Figur 17. De tio vanligaste orsakerna till skolavhopp [95].

Avhopp från gymnasiestudier

Den viktigaste faktorn för ungas framtida möjligheter är utbildning. Ju tidigare en utbildning avbryts desto sämre är framtidsutsikterna [68]. Omkring 30 procent av eleverna som är folkbokförda i Göteborg slutförde inte sin gymnasieutbildning inom fyra år. Ungdomsstyrelsen har genomfört en nationell studie där nära 400 ungdomar fick svara på frågor om varför de valde att hoppa av sina gymnasiestudier. Studien visar att psykisk ohälsa är vanlig i målgruppen och att mobbning är den vanligaste anledningen till avhopp. I figur 17 presenteras en lista över de tio vanligaste anledningarna till skolavhopp. I undersökningen tillfrågades ungdomarna även om vad som hade kunnat förhindra att de hoppade av skolan [95]. Svaren handlar huvudsakligen om:

- Lärare och andra vuxna som bryr sig och inte blundar för problem
- Tillräckligt pedagogiskt stöd
- Mindre klasser och grupper
- Individuell och anpassad studieplan
- Mer praktik och mindre teori
- Flexibla tider och scheman

Många ungdomar upplever att de har blivit svikna av vuxenvärlden. De berättar till exempel att de började skola i grundskolan och att vuxna i deras omgivning inte följde upp detta. Ungdomarna nämner också att de haft bristande social kontakt med jämnåriga och problematiska hemförhållanden [95].

Främja lärandet och hälsan

Det finns flera arenor i samhället som kan bidra till att främja hälsan och lärandet, till exempel föreningslivet, bibliotek och fritidsgårdar med mera. Här kommer dock fokus att läggas vid skolan som en hälsofrämjande arena.

Skolan har förutom sitt kunskapsmål och sitt uppdrag att bilda den kommande generationen även en viktig allmän roll att spela såsom en av samhällets mest grundläggande institutioner. En arena där alla barn möts oavsett socioekonomi och bakgrund och där mycket av det som senare formar livet utifrån hälsa och framtida valmöjligheter skapas. Skolan är därför en viktig hälsofrämjande arena. Ett förebyggande och hälsofrämjande arbete bland skolelever kan också minska avhoppet och bidra till att fler elever fullföljer sina studier [17]. Generella insatser riktade mot skolan når dock inte barnen som går i fristående skolor eller i skola i en annan kommun, vilket gäller ungefär hälften av alla barnen i staden.

Ett annat område är fysisk aktivitet och rörelse. De är viktiga delar för att eleverna ska klara målen i skolan samt för att förebygga ohälsa. Elevernas inlärning och hälsa kan främjas om de uppmuntras att vara fysiskt aktiva på skoltid. Särskilt positiv inverkan har detta för de elever som har en stillasittande livsstil. Effekterna kan ses både på kort och på lång sikt, som förbättrad koncentration, minskad nedstämdhet, viktstabilitet samt förbättrat skelett och kondition [96]. Forskningsresultaten visar också att både minnet och klassrumsbeteendet förbättras av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet

stärker även självkänslan hos barn, vilket i sin tur kan förebygga psykologiska och beteendemässiga problem. Det samlade kunskapsläget visar också att även om mer av skoltiden läggs på fysisk aktivitet, på bekostnad av de övriga ämnenas undervisningstid, minskar inte elevernas prestationer i de andra ämnena utan ökar snarare [79]. Förutom det schemalagda ämnet *Idrott och hälsa* har både skolidrott som ligger utanför läroplanen och kortare fysiska aktiviteter (5–20 minuter) och stretchövningar i klassrummet positiva effekter på den kognitiva förmågan, attityder och skolbeteende samt skolprestation [79]. Detta stärker bilden av att skolan, förutom sina undervisningstimmar, kan göra mycket för att främja lärandet genom att vara en arena för hälsofrämjande insatser.

Fritidshemmen är också en arena, som kompletterar utbildningen i skolan och som har en pedagogisk potential som många gånger är outnyttjad. Om denna potential används bör fritidshemmen kunna erbjuda stimulerande och kreativa aktiviteter för att främja barnens lärande och sociala förmågor. Detta skulle kunna gynna barn som av olika anledningar har mindre goda förutsättningar för lärande [17].

Ekonomiska förutsättningar under uppväxten

Barnkonventionen lyfter fram barns rätt till ”den levnadsstandard som krävs för fysisk, psykisk, andlig, moralisk och social utveckling” [97, s. 27]. Konventionen säger vidare att ”barn inte får diskrimineras på grund av sin egen eller föräldrarnas ... sociala ursprung, egendom ... börd eller ställning i övrigt” [97, s. 2]. Mot den bakgrunden redogörs nedan för den inverkan som de ekonomiska förutsättningarna har på barns hälsa och för deras framtidsmöjligheter.

Ekonomisk utsatthet påverkar barns hälsa och framtid negativt

De hälsorisker som barn utsätts för under uppväxten bestäms i stor utsträckning av familjens sociala position [98]. Barn som växer upp i en ekonomiskt utsatt situation har oftare litet handlingsutrymme, svårt att få vänner, saknar oftare en nära vän i sin skolklass, är oftare mobbade, har oftare lägre social position, känner oftare skam och oro, har sämre självkänsla och lägre livskvalitet än andra barn. Eftersom familjen har små ekonomiska marginaler upplever barnen också att de inte kan hålla samma konsumtionsnivå som sina kamrater. Största skillnaden låg i andelen som har eget rum, inte i materiella ting som tillgång till eller modell på mobil och dator. Fler måste dela rum och antalet personer per rum är i genomsnitt högre [99]. Man flyttar även hemifrån tidigt och löper ökad risk att bli gravid som tonåring [68]. Fler känner sig också otrygga i sitt område, både på dagen och på kvällen. Ekonomiskt utsatta barn bor oftare i områden med mer vandalisering, och känner sig oftare otrygga på vägen till skolan [99].

Fler barn i familjer med låg ekonomisk standard upplever eller uttrycker ilska, nedstämdhet, nervositet och psykosomatiska symtom som huvudvärk, magont och sömnproblem [74, 29]. Högre andel av dessa barn hoppar

över frukost eller lunch, och röker oftare än andra barn [99]. Barn i svåra ekonomiska, men även sociala, omständigheter har en ökad sårbarhet för sociala problem och psykisk ohälsa. En sådan uppväxt leder till att dessa barn, på gruppnivå, har sämre hälsa och välbefinnande, samt löper större risk att drabbas av hälsoproblem och sjukdom, skador och förtidig död, både under barndomen och i vuxenlivet [74, 100, 14]. Hos de barn i Sverige, som lever under de allra svåraste sociala omständigheterna, är dödlighet och fysisk ohälsa 30 procent vanligare, psykisk ohälsa 80 procent vanligare, utåtagerande psykiska problem 120 procent vanligare (dvs. mer än dubbelt så vanligt), sen kognitiv utveckling 170 procent vanligare, självförvällande skador 180 procent vanligare (dvs. nästan tre gånger så vanligt) än hos de barn som är mest socialt gynnade. Sammantaget var olika problem 50 procent vanligare hos de socialt minst gynnade barnen jämfört med de mest gynnade [100].

De ekonomiska förutsättningarna under uppväxten inverkar även på barnens utbildning, betyg och behörighet till gymnasiet. De får ofta en lägre utbildningsnivå än barn som inte växt upp under ekonomiskt utsatta förhållanden, och riskerar oftare att hamna i kriminalitet. Deras framtida möjligheter på arbetsmarknaden, inkomster och möjligheter på bostadsmarknaden påverkas också. Risken är högre att de själva får ekonomiska problem och behöver försörjningsstöd som vuxna och de blir i lägre utsträckning höginkomsttagare [68, 47, 17].

Barns hälsa och livschanser i framtiden påverkas alltså redan i unga år av en uppväxt tyngd av ekonomisk utsatthet [99]. Forskningen visar också att barn födda under lågkonjunkturer löper högre risk att hamna i missbruk och brottsligt beteende. Det betyder att både familjens ekonomiska förutsättningar och konjunkturläget i landet som helhet får långtidseffekter som kan ha inverkan på barns psykiska utveckling och på sikt kan leda till beteendeproblem [101]. Exakt hur orsakssambanden ser ut mellan fattigdom och barns välfärd, hälsa och sociala liv behöver studeras vidare. Samtidigt finns det, som framgått, en tydlig koppling mellan dessa fenomen.

Ekonomisk utsatthet påverkar hälsan, oavsett längd

Ekonomisk utsatthet är starkt förknippat med den allmänna konjunkturen – i goda tider är det färre som är ekonomiskt utsatta och dessutom under kortare tid. Enligt Socialstyrelsen blir fler kvar i fattigdom om den inleds under en lågkonjunktur. Studier har även visat att det är vanligt med återinträde i fattigdom, alltså att om man en gång varit fattig löper man högre risk att bli det igen. Av dem som lämnade fattigdom 1992 hade 50 procent återinträtt sju år senare. Av dem som lämnade fattigdom 1998 återinträdde 30 procent inom sju år [68].

Gruppen fattiga består till största del av de som är långvarigt fattiga, det vill säga de som varit fattiga i fem år eller mer. I gruppen ingår också de temporärt fattiga, det vill säga de som lämnar den ekonomiskt utsatta situationen snabbt. Hälften upphör att vara fattiga redan efter ett år [68]. Längre tid av ekonomisk utsatthet leder till högre grad av social uteslutning. I Sverige utgörs 40 procent av de långvarigt fattiga av barnfamiljer, men andelen barn som var långvarigt utsatta hade minskat 2010 jämfört med i början av 2000-talet [99].

Oavsett om en period av ekonomisk utsatthet i barndomen är kort eller lång inverkar den på barnens framtida liv [102] och möjligheter som vuxna [47]. Forskning på området visar till exempel att även perioder av kortvarig ekonomisk utsatthet i barndomen samvarierar med sociala problem i medelåldern [102]. Forskningsresultaten om mer långvarig ekonomisk utsatthet visar att det blir svårare att delta i samhällsgemenskapen, självkänslan blir lägre och företagsamheten sjunker [68]. En förbättring av de utsatta barnfamiljernas ekonomi skulle sannolikt få en positiv inverkan på barnens välfärd och hälsa, nu och i framtiden [99].

Barns ekonomiska utsatthet både ökar och minskar

Sedan 1991 har den absoluta fattigdomen i Sverige minskat till följd av ökade realinkomster. Överlag har inkomsterna ökat för barnhushållen, men utvecklingen är inte jämt fördelad i befolkningen och således inte heller mellan landets barnfamiljer. Det är framför allt för de barnfamiljer som redan 1991 hade höga inkomster som inkomsterna har ökat. Ökningstakten har för dem också varit snabbare jämfört med andra barnfamiljer. Det betyder att samtidigt som den absoluta fattigdomen har minskat har den relativa fattigdomen ökat i Sverige på grund av de ökande inkomstskillnaderna. Särskilt påtagligt är detta för ensamstående föräldrar. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, barnombudsmannen och Rädda Barnen menar att andelen ekonomiskt utsatta barn har ökat i Sverige sedan 1990-talets början. Försäkringskassan bedömer att 2012 var 14 procent av barnhushållen relativt fattiga medan 12 procent levde i absolut fattigdom [41, 68, 99, 102, 103, 104].

Den ekonomiska utsatthetens ökningstakt bland barnfamiljer kan tolkas olika, till exempel om det är hela perioden från början av 90-talet som studeras eller endast de senaste årens statistik. Skillnaderna i barnfattigdom blir tydligare om hela perioden studeras, eftersom de mer långsiktiga trenderna då blir synliga. Om enskilda år eller endast några få år studeras kan ekonomiska kriser med hög arbetslöshet, regeländringar i bidragsnivåer eller ändrade sätt att beräkna situationen i hög grad påverka utfallet från ett år till ett annat. Även mer långtgående trender kan missas om endast några få år studeras.

Socialstyrelsen menar i sin underlagsrapport, *Ekonomisk utsatthet och välfärd bland barn och deras familjer 1968–2010* [99], att antalet ekonomiskt utsatta barn varierar kraftigt mellan olika sätt att mäta barnfattigdom på. En mycket hög andel barn i Sverige kan anses fattiga enligt *någon* av alla de definitioner som används, men många av barnen som anses fattiga enligt en definition är inte fattiga enligt en annan [99]. Oavsett hur många barn det gäller påpekar OECD att varje enskilds barns utsatthet ska anses vara ett problem [47].

Den svenska barnfattigdomen i ett internationellt perspektiv

Internationella källor, exempelvis OECD [47], anser att barnfattigdom inte är ett stort problem i Sverige jämfört med i andra länder [47]. En anledning till detta är det svenska välfärdssystemet som med sin omfördelningseffekt

genom olika sociala transfereringar (barnbidrag, ekonomiskt bistånd och bostadsbidrag men även den offentligt subventionerade barnomsorgen, skolan och sjukvården) bidrar till en utjämning av ekonomiska resurser. Det gör att Sverige tillsammans med de nordiska grannarna blir bland OECD:s mest jämlika länder. Systemet bidrar alltså till att lindra de negativa konsekvenserna av ekonomisk utsatthet [68, 47], men skillnaderna i barns ekonomiska utsatthet kan inom landet ändå ses som påtagliga även om de i internationell jämförelse inte är lika markanta.

Även om Sverige är ett av de länder i världen som traditionellt har små inkomstklyftor var ökningen i inkomstskillnader mellan 1991 och 2010 bland de högre inom OECD [47]. När man beskriver situationen i Sverige kan man alltså välja att lyfta fram de små skillnader som framträder i en internationell jämförelse eller lägga fokus på att skillnaderna ökar snabbare i Sverige än i många andra länder.

Även om synen varierar på barns ekonomiska utsatthet verkar dock alla som mäter, följer och beskriver barns ekonomiska situation vara överens om frågans allvar och att andelen barn som växer upp under ekonomiskt utsatta förhållanden i Sverige måste minska [99, 102, 103, 104].

En komplex fråga kräver en komplex beskrivning

Ett flertal olika fattigdomsmått används vid studier av barnfattigdom. Olika indikatorer ger olika bilder och har olika för- och nackdelar. I denna rapport tillämpas ett flertal mått i syfte att belysa frågan så allsidigt som möjligt. Dessa mått är:

- Låg inkomststandard, s. 63.
- Låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd, s. 64.
- Långvarigt ekonomiskt bistånd, s. 65.
- Låg ekonomisk standard - 60 procent under medianinkomsten, s. 67.
- Låg materiell standard, s. 69.
- Avsaknad av kontantmarginal, s. 69.
- Ekonomisk stress, s. 70.

I tabell 2 här nedanför presenteras en översikt över dessa indikatorer, vad de mäter och skillnaderna i utfall dem emellan.

Enligt Socialstyrelsen [99] bör olika mått användas, även om det kan göra att resultaten blir mindre entydiga [68]. Skillnaderna är heller inte alltid särskilt stora mellan de olika måtten. Det framgår av Socialstyrelsens rapport *Social rapport 2010* [68] 2007, där gränsvärdena för relativ fattigdom, absolut fattigdom och ekonomiskt bistånd låg mycket nära varandra. Det skilde till exempel endast 2 680 kronor mellan gränsen för relativ fattigdom (60 % av medianinkomsten i riket) och gränsen för absolut fattigdom (låg inkomststandard i Göteborg) för sammanboende föräldrar med ett barn på tre år. Skillnaden var i kronor i princip densamma för en ensamstående förälder med ett barn på tre år [68].

Läs mer på sid 92

Indikator		Andel barn i Sverige	Andel barn i Göteborg	
Inkomst	Låg inkomststandard	Absolut fattigdom	7 % (2010)	Uppgift saknas
	Låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd) (Rädda Barnens mått)	Absolut fattigdom	12 % (2011)	18 % (2011)
	Ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd)	Absolut fattigdom	7 % (2011)	6 % (2012)
	Låg ekonomisk standard - 60 % under medianinkomsten	Relativ fattigdom	17 % (2010)	19 % (2011)
Materiell deprivation	Låg materiell standard	Låg konsumtionsnivå	4 % (2010)	Uppgift saknas
Ekonomisk deprivation	Avsaknad av kontantmarginal	Låg konsumtionsnivå	12 % (2010)	21 % * (2010-2014)**
	Ekonomisk stress (kris eller oro)	Låg konsumtionsnivå	16 % (2010)	20 % * (2010-2014)**

Tabell 2. Översiktsbild av mått som nedanför beskriver den ekonomiska utsattheten bland barnhushåll. De svenska storstäderna har ofta en högre barnfattigdom än övriga kommuner.

* Observera olika datakällor som ligger till grund för uppgifterna. Nationella uppgifter har följande källor: [99, 105], medan uppgifterna för Göteborg har följande källor: [103, 105, 106].

** Det är även olika år eller tidsserier som ligger till grund för uppgifterna för riket respektive Göteborg.

Absolut fattigdom bland barnfamiljer

Med definitionen absolut fattigdom menas att det finns en nedre konstant gräns som skiljer fattiga från icke fattiga. Att leva under gränsen betyder ett liv med avsevärt sämre kvalitativa förhållanden än för övriga i befolkningen [102]. Det absoluta fattigdomsmåttet är vanligt i den tidiga fattigdomsforskningen och utgår antingen från en fattigdomsgräns, som ofta baseras på 1985 års socialbidragsnorm, eller inkomststandard [68].

Eftersom den absoluta fattigdomen är kopplad till reallöneutvecklingen ökade andelen absolut fattiga under 1990-talets lågkonjunktur, men minskade därefter igen och mer än halverades mellan 1996 och 2007. Den absoluta fattigdomen har således i ett längre tidsperspektiv minskat i Sverige och färre är nu fattiga i absoluta termer. För dem som fortfarande är fattiga kan detta emellertid medföra att situationen upplevs som ännu värre, eftersom det är färre som delar deras situation och att de därmed blir ännu mer marginaliserade, relativt sett [68].

Låg inkomststandard

Låg inkomststandard är ett välanvänt mått på fattigdom. I detta avsnitt baseras måttet på barnhushållets disponibla inkomst²⁸. Disponibla inkomster under en viss miniminivå²⁹ räknas alltså som fattigdom.

²⁸ Hushållets disponibla inkomst är summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster, inklusive bidrag, minus skatt.

²⁹ Miniminivån baseras i detta fall på den riksnormsnivå som utgjorde rätten till ekonomiskt bistånd mellan 1985–1995 (uppskriven utifrån årlig basbeloppsförändring). Detta betyder att gränsen mellan de med låg och icke låg inkomst dras vid 1985 års riksnormsnivå. Låg konsumtionsnivå blir på detta sätt ett tröskelvärde där alla över tröskeln ses som icke fattiga och de som hamnar under bedöms som fattiga. Olika kartläggningar sätter detta tröskelvärde utifrån olika riksnormer, men 1985 års norm är en av de vanligare. Barnombudsmannen använder däremot 2010 års norm. 2010 års norm utesluter dock en del basala poster som ingick i 1985 års norm.

Absolut fattigdom beskrivs i detta avsnitt utifrån barnhushåll med:

- ▶ Låg inkomststandard
- ▶ Låg inkomststandard och försörjningsstöd
- ▶ Försörjningsstöd

Exempel:

För en familj som består av två vuxna med två barn, 3 och 10 år, innebär en låg inkomststandard en disponibel inkomst under 19 800 kronor per månad, enligt 2011 års nivåer.

För en ensamstående förälder med ett barn på 7 år är motsvarande gräns 12 900 kronor.

En hög inkomststandard innebär att inkomsterna skulle täcka de nödvändigaste utgifterna för ytterligare ett lika stort hushåll.

En genomsnittlig barnfamilj har inkomster som nästan skulle kunna försörja en lika stor familj till [105].

Enligt SCB har de svenska barnfamiljerna i genomsnitt fått en högre inkomststandard under 2000-talet och andelen med låg inkomststandard har minskat sedan 1997 [107]. Den svenska statistiken visar att 7 procent av barnen lever i en familj med låg inkomststandard, det vill säga i en mycket utsatt ekonomisk situation [99].

Barn i familjer med låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd

Enligt Rädda Barnens sätt att mäta den absoluta fattigdomen³⁰ levde 12 procent av alla barn (0–17 år) i Sverige i ekonomiskt utsatta hushåll år 2011. Det motsvarar ungefär 230 000 barn. I Göteborg samma år var andelen 18 procent. Under perioden 1991–1997 ökade barnfattigdomen i Göteborg från 20 till 32 procent för att därefter minska till 2011 års nivå [103].

De svenska storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö har betydligt högre andel barn i ekonomisk utsatthet än övriga svenska kommuner. Landets största skillnader finns mellan dessa städers stadsdelar. I Göteborg hade, enligt den tidigare stadsdelsindelningen, Torslanda år 2011 lägst barnfattigdom (1,5 %) och Bergsjön hade den högsta (56 %) (se bilaga 8, s. 211). Under perioden 1991–2011 har skillnaderna i Göteborg, enligt Rädda Barnens mätning utifrån den tidigare stadsdelsindelningen, ökat [103].

I samband med lågkonjunkturen i mitten på nittio-talet ökade andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll kraftigt både i Göteborg och i samtliga dåvarande stadsdelar. Antalmässigt var ökningen störst i de stadsdelar som redan innan krisen hade en hög andel ekonomiskt utsatta barnhushåll. Dessa stadsdelar återhämtar sig också betydligt långsammare, vilket tydligt illustreras i diagram 7. Diagrammet nedan visar ett tydligt mönster: de stadsdelar som hade en hög andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll innan nittiotalskrisen har fortfarande inte återgått till 1991 års nivåer (orange linjer – negativ utveckling), medan stadsdelarna med en lägre andel inte bara har återhämtat sig utan i de flesta fall har en betydligt lägre andel i dag (blå linjer – positiv utveckling). Tynnered bryter mönstret då andelen där har ökat något trots en relativt låg nivå innan krisen.

30 Andelen ekonomiskt utsatta hushåll mäts i detta fall med en kombination av de två mått som nämnts ovan – låg inkomststandard och familjer med försörjningsstöd. De barn som ingår i båda grupperna har dragits ifrån för att inte överlappningar eller dubletter ska finnas med i statistiken. Läs mer om Rädda Barnens definition och sätt att redovisa barnfattigdom i deras årsrapport från 2013, Barnfattigdom i Sverige [103].

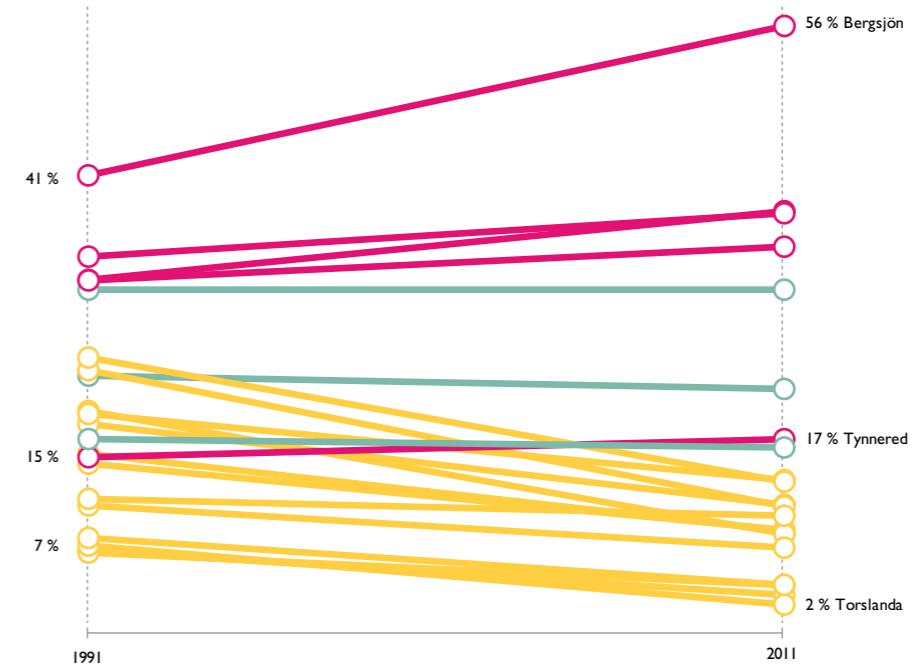


Diagram 7. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll år 1991 och 2011 enligt då gällande stadsdelsindelning [103].

Varje linje motsvarar en stadsdel och dess utveckling, det vill säga diagrammet visar inte vilka stadsdelar som ligger högt eller lågt utan om utvecklingen har varit positiv eller negativ mellan 1991 och 2011. Linjer i rosa visar på en ökad andel – negativ utveckling, linjer i orange på en minskad andel – positiv utveckling. Linjer i turkost visar ingen förändring över tid.

Läs mer om Rädda Barnens definition av ekonomiskt utsatta barnhushåll i rapporten *Fattigdom i Sverige* [103].

En fråga är om nedgången i barnfattigdom i vissa av de gamla stadsdelarna kan tänkas påverkas av att vissa fattiga barnfamiljer inte har råd att bo kvar och flyttar till andra områden i staden med lägre hyror. Om så skulle vara fallet kan det ses som en del av en gentrifieringsprocess som därmed leder till en ökande ekonomisk segregation i staden. Detta är frågor som behöver studeras vidare för att säkra slutsatser ska kunna dras.

Långvarigt ekonomiskt bistånd

Långvarigt ekonomiskt bistånd är ett annat sätt att mäta den absoluta fattigdomen. Även måttet ekonomiskt bistånd följer realinkomsterna. Fördelen med denna indikator är att de som erhåller bistånd genomgår socialtjänstens inkomstprövning (förutom inkomst tas eventuell förmögenhet och andra ekonomiska resurser med i bedömningen). Det innebär att långvarigt ekonomiskt bistånd är en indikator som med större säkerhet kan antas spegla en ekonomiskt utsatt situation, jämfört med indikatorer som mäter fattigdom endast utifrån inkomst. Ett problem med att använda långvarigt ekonomiskt bistånd som indikator på barnfattigdom är dock att den mäter just bistånd, vilket i sin tur styrs av politiska beslut. Om beslut tas att det ska ställas högre krav för att erhålla bistånd minskar barnfattigdomen automatiskt, eftersom färre då erhåller bidrag. Det är då alltså ingen reell förbättring som ligger till grund. Ett annat problem är att alla som är i behov av stöd kanske inte söker, eftersom de kan se det som stigmatiserande eller skamligt att behöva leva på bidrag. Medan en del inte ens vet om att de skulle kunna ha

rätt till bistånd och därför inte söker. Det innebär att detta mått sannolikt underskattar antalet fattiga [68, 99]. Måttet är även starkt förknippat med förändringar i arbetsinkomster för de grupper som har svag arbetsmarknadsanknytning, eftersom de inte har kvalificerat sig till ersättning från andra trygghetssystem. Måttet kommer därför även att spegla arbetslösheten bland dessa grupper [99].

Andelen hushåll med ekonomiskt bistånd har sedan 1991 utvecklats på samma sätt som den låga inkomststandarden (som nämns här ovanför). Andelen med bistånd sjönk i Sverige från 9 procent 1996 till dryga 4 procent 2007 [68].

Skillnaderna mellan olika delar av Göteborg är stora när det gäller andel barn som lever i hushåll som erhåller långvarigt ekonomiskt bistånd. I den ena änden av diagram 8 finns mellanområden där nästan inga familjer får bistånd (andelen är så låg att den inte redovisas av sekretesskäl) och i den andra änden finns mellanområden som har en hög andel som erhåller bistånd [105]. Diagrammet visar också en tydligt polariserad bild av stadens områden.

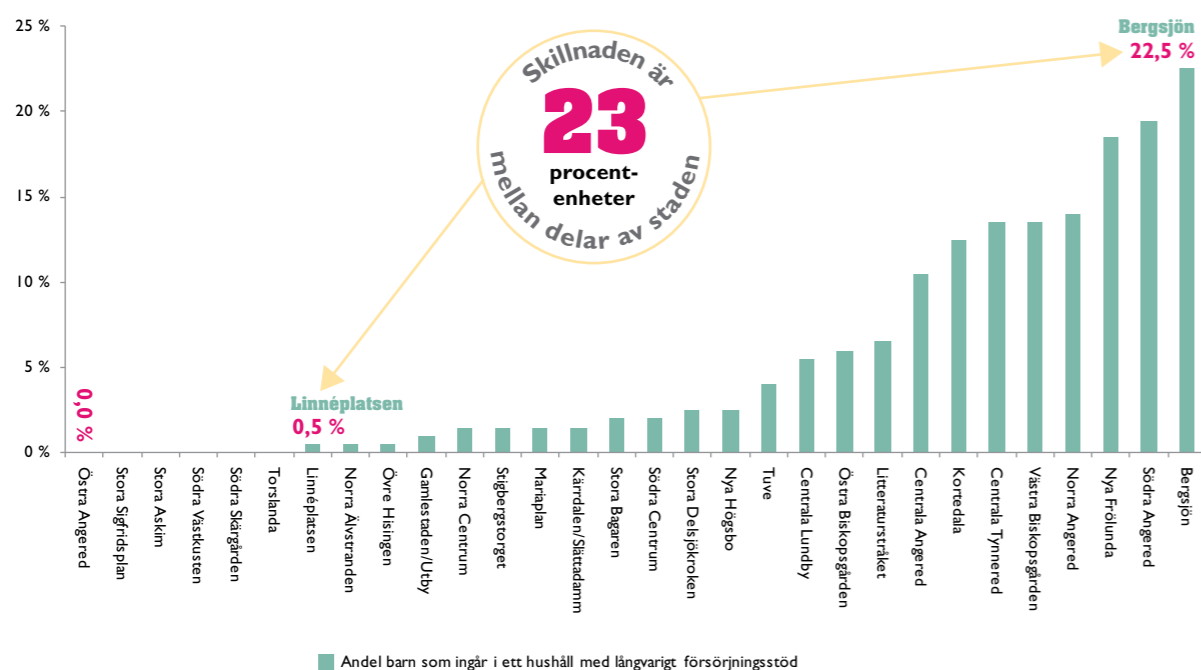


Diagram 8. Andel (%) barn som ingår i ett hushåll med långvarigt (> 10 månader) ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd) uppdelat efter mellanområden, 2012 [105]. Uppgifterna är avrundade till närmaste halva procent. Mellanområden med värden under 0,5 procent har av sekretesskäl fått värde 0 procent i diagrammet.

Relativ fattigdom bland barnfamiljer

Relativ fattigdom är ett vanligare mått i den mer moderna fattigdomsforskningen, där även en kritik mot måttet absolut fattigdom vuxit fram [68]. Utgångspunkten för de relativa måtten är att ekonomisk utsatthet är beroende av levnadsnivån i det omgivande samhället. Det betyder att en person med ofrivilligt låg inkomst inte kan leva ett liv som betraktas som normalt eller enligt det samtida samhällets normer och traditioner. Levnads-

nivån jämförs i detta fall med alla andra i samma samhälle, vilket betyder att fattigdomsnivån inte ses som konstant över tid och rum. Istället kopplas fattigdom till sociala faktorer, vilket innebär att det är fullt möjligt att ha de fysiska behoven tillfredsställda (mat, kläder, boende etc.) men samtidigt ändå leva i en ekonomiskt utsatt situation [102]. Detta får sociala konsekvenser av olika slag och forskning visar bland annat att när barn växer upp under väsentligt sämre ekonomiska förhållanden än den närmaste omgivningen påverkar detta deras relationer till kamrater och jämnåriga negativt, och det innebär också påfrestningar i relation till föräldrarna [108]. Med det relativa måttet kan nivåerna ändras från år till år. På så sätt går det inflation i hur mycket pengar som behövs för att kunna leva på samma nivå som anses som normalt och i takt med sina medmänniskor [68].

Det är alltså andra förhållanden som gör att en person i dagens svenska välfärdsstat ses som fattig jämfört med för hundra år sedan. Det är också skillnad i vad som klassas som relativt fattig i Sverige jämfört med i olika utvecklingsländer.

Låg ekonomisk standard – 60 procent under medianinkomsten

Ett sätt att mäta de relativa skillnaderna är att använda låg ekonomisk standard per konsumtionsenhet. Det är ett mått som är vanligt både nationellt och internationellt. Inom EU³¹ används måttet för att belysa risken för fattigdom. Med detta mått finns det inte någon på förhand given del av befolkningen som är fattig utan andelen beror på inkomstspridningen. Den relativa fattigdomen ökar nämligen om inkomstspridningen ökar. I Sverige har spridningen ökat sedan 1991 och därför ökade andelen relativt fattiga (mätt med låg inkomststandard) från 5 procent år 1994 till 12 procent 2007 [68].

Allt fler föräldrar och barn i Sverige lever i hushåll³² med låg ekonomisk standard [41]. Det betyder att de har en disponibel inkomst³³ som ligger under 60 procent av medianinkomsten för alla hushåll. År 2011 motsvarade 60 procent av medianinkomsten i Göteborg 111 392 kronor. Nedan presenteras siffror över hur stor andel av alla barnfamiljer i Göteborg som samma år levde under denna nivå.

I Göteborg har 19 procent av barnhushållen en disponibel inkomst som ligger under 60 procent av medianinkomsten för alla hushåll i Göteborg. I diagram 9 presenteras andelen ekonomiskt utsatta barnhushåll i Göteborg uppdelat efter primärområden. Det skiljer 58 procentenheter mellan det primärområde som har lägst andel barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard och det som har hög ekonomisk standard [105]. Majoriteten

Relativ fattigdom beskrivs i detta avsnitt utifrån barnhushåll med:

- Låg ekonomisk standard (60 % under medianinkomsten)

³¹ Ett sätt att beskriva de ekonomiska förutsättningar som barn växer upp under är att titta på andelen barnhushåll med en disponibel inkomst under 60 procent av medianinkomsten. Detta mått motsvarar EU:s fattigdomsdefinition. I denna rapport är EU:s definition omsatt till Göteborgs medianinkomst, det vill säga att alla som lever på en inkomst under 60 procent av stadens medianinkomst definieras som ekonomiskt utsatta.

³² För att klassas som ett sambohushåll krävs att två ogifta vuxna som bor tillsammans har minst ett gemensamt barn. Annars klassas de som två separata hushåll. Det betyder att många hushåll klassas som ensamhushåll när de egentligen är sambohushåll, vilket i statistiken betyder att hushållstypen överskattas. Enligt den nya lägenhetsstatistiken överskattas antalet ensamhushåll med knappt 90 000 i Göteborg, antalet barnfamiljer med 4 000 och antalet hushåll med ensamstående föräldrar med drygt 7 000.

³³ Statistiken är baserad på hur många personer i hushållet som ska leva på inkomsten, en så kallad konsumtionsenhet.

av barnen, det vill säga mer än hälften, är fattiga i primärområdena Gårdstensberget, Västra Bergsjön, Hammarkullen, Norra Biskopsgården och allra högst är andelen i Östra Bergsjön. Det är 30 gånger högre andel barn i Östra Bergsjön jämfört med barn i Björlanda som lever i ekonomisk utsatthet. Skillnaderna i ekonomiska villkor för barn är därmed stora i Göteborg och kan, utifrån det samlade kunskapsläget, antas påverka barns uppväxt och framtida liv.

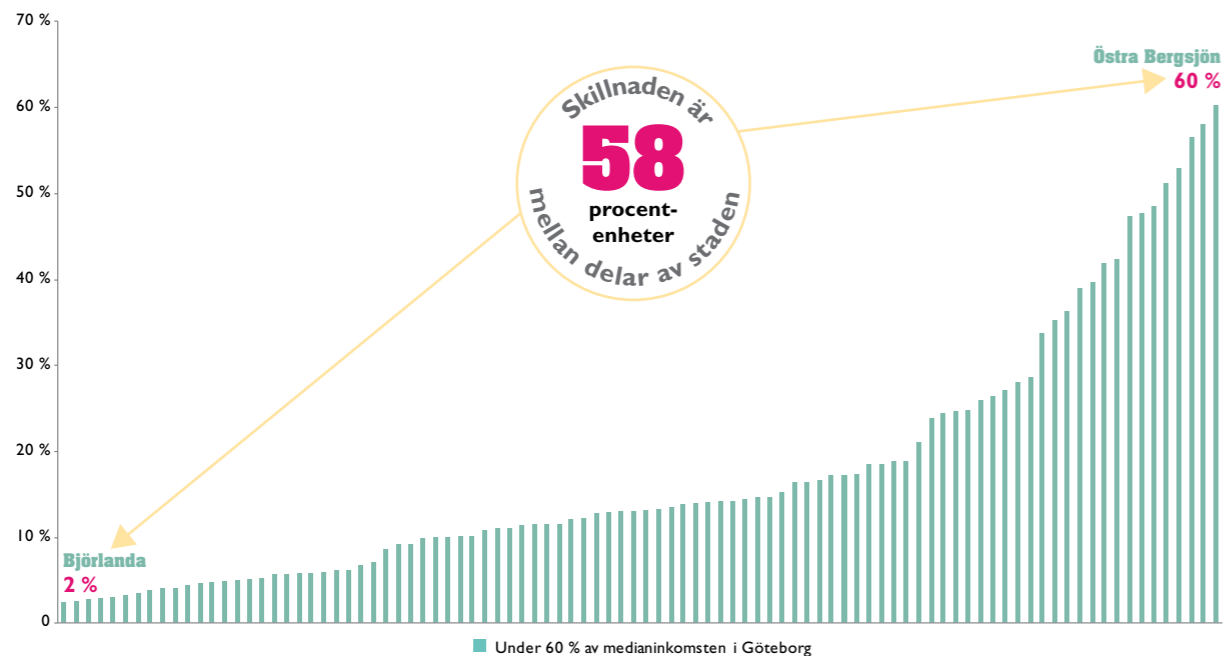


Diagram 9. Andel (%) barnhushåll med disponibel inkomst per konsumtionsenhet³⁴ under 60 procent av medianinkomsten³⁵ (per konsumtionsenhet) för samtliga hushåll i Göteborg, uppdelat efter primärområde 2011 [105].
Vissa primärområden är även borttagna på grund av för få observationer, till exempel Högsbo och Arendal, eftersom det då inte går att dra några slutsatser utifrån ett så litet material.

I Östra Bergsjön är andelen **30 gånger** högre jämfört med Björlanda

Figur 18. Skillnad i andel ekonomiskt utsatta barnhushåll för primärområdet med högsta respektive lägsta värde [105].

Materiell eller ekonomisk deprivation

Förutom absolut och relativ fattigdom kan ekonomisk utsatthet även mätas genom att de barn som saknar de mest grundläggande nödvändigheterna studeras. Detta kallas ofta materiell eller ekonomisk deprivation och kan mätas med hjälp av mått på låg materiell standard, avsaknad av kontantmarginal och ekonomisk stress.

Det finns de som är kritiska till båda måtten, absolut fattigdom och relativ fattigdom, eftersom de menar att fattigdom inte enbart handlar om inkomst som förutsättningen för en acceptabel levnadsstandard. De menar i stället att fattigdom bör mätas direkt genom ekonomisk deprivation. Det vill säga om människor kan delta i det sociala livet, om de har kläder och mat, drägliga bostadsförhållanden eller om de har en låg konsumtion [68].

³⁴ Konsumtionsenhet innebär att man tar hänsyn till hushållets storlek (hur många som ska leva på inkomsten). Utan den blir variationen i den disponibla inkomsten mycket svårtolkad.

³⁵ Se fotnot 48, s. 97.

Låg materiell standard

Enligt den EU-statistik från 2009 som Socialstyrelsen presenterar är det få barn i Sverige (1,3 %) som saknar de allra mest grundläggande nödvändigheterna. Det var exempelvis bara 0,1 procent av svenska barn (0–17 år) som inte hade råd att äta tre måltider per dag, 0,6 procent som inte kunde följa med på skolutflykter och 1,1 procent som saknade två par skor i rätt storlek varav minst ett par var vädertåliga. Den låga andelen barn som saknar grundläggande materiella nödvändigheter behöver inte direkt avspegla familjernas materiella eller ekonomiska deprivation. De flesta föräldrar försöker så långt som möjligt se till att utsattheten inte ska drabba barnen [99].

Avsaknad av kontantmarginal

Ytterligare ett mått på ekonomisk utsatthet är avsaknad av kontantmarginal.³⁶ Måttet är välanvänt och enligt vissa det mått som bäst lämpar sig att ensamt beskriva ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer [99]. Måttet, avsaknad av kontantmarginal, är ett direkt mått på ekonomisk utsatthet, eftersom det mäter en persons totala ekonomiska situation där även besparingar och förmögenhet tas i beaktande. Detta mått förändras över tid ungefär på samma sätt och i samma takt som andelen biståndstagare [68].

I Sverige blev ungefär 20–25 procent av barnen till föräldrar som saknade kontantmarginal ofta tvungna att avstå från aktiviteter på grund av ekonomiska skäl under perioden 2002–2011. Siffran var endast 10 procent bland barnen till föräldrar som inte hade ekonomiska problem [99].

I Göteborg saknar 36 procent av de vuxna (30–64 år) med kort utbildning, som har barn som bor hemma, kontantmarginal (diagram 10). Bland dem med lång utbildning är motsvarande siffra 10 procent. Det betyder att det är mer än 3 gånger så hög andel som saknar kontantmarginal bland barnfamiljer med kort utbildningsnivå jämfört med dem med lång utbildningsnivå. Om man istället för utbildningslängd utgår ifrån kön ser man att det är fler kvinnor mellan 30–64 år med hemmavarande barn som saknar kontantmarginal (28 %) än män med hemmavarande barn (18 %). Samtidigt har andelen minskat mer bland kvinnor än bland män mellan 2004 och 2014 [106].

³⁶ Det betyder att en person inte kan skaffa fram en viss summa pengar till en oförutsedd händelse inom en vecka. Summan kan variera mellan olika undersökningar, men brukar ofta röra sig om 8 000–15 000 kronor.

Materiell och ekonomisk deprivation beskrivs i detta avsnitt utifrån barnhushåll med:

- ▶ Låg materiell standard
- ▶ Avsaknad av kontantmarginal
- ▶ Ekonomisk stress (oro och kris)

Skillnaden är
3,6 gånger i Göteborg



Figur 19. Skillnad mellan vuxna (30–64 år) som saknar kontantmarginal och som har barn (0–18 år) som bor hemma (2006–2014) [106].



Diagram 10. Andel (%) vuxna (30–64 år) som saknar kontantmarginal och som har barn (0–18 år) som bor hemma (2006–2014) [106].

En geografisk jämförelse visar vidare att för perioden 2006–2014 är det 56 procentenheters³⁷ skillnad mellan Norra Angered (61 %) och Stora Sigfridsplan (5 %) när det kommer till andel vuxna med barn som bor hemma och som saknar kontantmarginal. Det är alltså 12,2 gånger högre andel som saknar kontantmarginal i Norra Angered jämfört med i Stora Sigfridsplan. Stadens största skillnader inom en stadsdel står Angered för, där skillnaden är 51 procentenheter mellan stadsdelens olika mellanråden. Näst störst är skillnaderna inom Askim-Frölunda-Högsbo (47 procentenheter) [106].

Läs mer på sid 98

Ekonomisk stress

Upplevd ekonomisk stress innefattar upplevelsen av ekonomisk kris och oro³⁸. Orsakerna till ekonomisk stress kan vara flera – den kan till exempel bero på bristande resurser eller på överkonsumtion. Oavsett orsak kan följderna för barn bli lika allvarliga [99].

Samma mönster som vid andel vuxna med barn i Göteborg som saknar kontantmarginal återfinns när andelen som upplever ekonomisk stress studeras. Det är nästan dubbelt så hög andel av de vuxna (30–64 år) med barn (0–18 år) som upplever ekonomisk stress i Göteborg om man har kort utbildning jämfört med lång utbildning. Det skiljer 6 procentenheter mellan de båda grupperna. I gruppen vuxna med kort utbildning var det 13 procent som under perioden 2006–2014 upplevde ekonomisk stress jämfört med 7 procent i gruppen med lång utbildning [106].

Om samma uppgifter analyseras utifrån geografisk indelning blir skillnaderna ännu större. I Norra Angered upplever 43 procent av de vuxna mellan 30 och 64 år med hemmavarande barn ekonomisk stress. I mellanområdet Kärrdalen/Slättadamm upplever lägst andel, 9 procent, samma sak. Det ger en skillnad

³⁷ I vissa mellanråden är det dock ganska få svarande, vilket gör att statistiken ska läsas med viss försiktighet.

³⁸ Ekonomisk kris är att man någon gång under de senaste 12 månaderna haft problem med att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera. Ekonomisk oro är att man ofta eller ibland är orolig för den egna eller familjens ekonomi för det kommande året.

på 34 procentenheter mellan stadens olika mellanråden. Det betyder att det är 4,8 gånger högre andel av de vuxna med barn som bor hemma som upplever ekonomisk stress i Norra Angered jämfört med mellanområdet Kärrdalen/Slättadamm [106].

Barn som är särskilt utsatta ekonomiskt

Studeras den ekonomiska utsattheten i förhållande till olika grupper av barn kan ytterligare skillnader urskiljas. Det är främst barn till ensamstående föräldrar, barn till föräldrar med låg utbildningsnivå, barn i arbetarhushåll, barn med flera syskon och barn med utländsk bakgrund som har generellt lägre levnadsstandard. Statistiken visar att även kortare vistelsetid i Sverige är kopplat till ökad risk för ekonomisk utsatthet [103, 104]. Samtliga dessa grupper har också halkat efter eftersom de inte tagit del av det ökade välståndet i Sverige [103], vilket förstärker bilden av att skillnaderna i uppväxtvillkor i samhället ökar [41]. Enligt rapporten från Rädda Barnens lokalförening i Göteborg har Sverige vid upprepade tillfällen fått internationell kritik på grund av de stora skillnaderna mellan olika kommuner och mellan olika stadsdelar när det gäller ekonomiskt utsatta barnhushåll [109].

Bakom den ekonomiska utsatthet som drabbar barnhushåll finns ofta arbetslöshet och ohälsa hos föräldrarna [103]. Förutom detta kombineras ofta den ekonomiskt utsatta situationen för dessa barn med fler problembilder som svåra hemförhållanden, vräkningshot, familjehemsplacering med mera [99]. Barnombudsmannen påpekar också att olika åldersgrupper drabbas olika hårt av ekonomisk utsatthet. Både den absoluta och den relativa fattigdomen visar att det är de yngsta barnen mellan 0 och 5 år som är mest ekonomiskt utsatta. De yngre barnen berörs också oftare av vräkning medan de äldre barnen oftare bor i familjer som får långvarigt ekonomiskt bistånd [104].

En annan utsatt grupp är barn med funktionsnedsättning. Det är vanligare att dessa barn bor med endast en förälder jämfört med barn utan funktionsnedsättning och att deras föräldrar är mer ekonomiskt utsatta. Graden av ekonomisk utsatthet, ekonomisk stress och bristande kontantmarginal varierar beroende på hur svår funktionsnedsättning och vilken typ av nedsättning barnet har [41].

Nedan presenteras diagram som exemplifierar hur skillnader mellan olika barngrupper utvecklas över tid beroende på om det är relativ eller absolut fattigdom som studeras. I diagram 11–18 speglas presentationen ovan, det vill säga att de relativa skillnaderna (till vänster i nedan uppställning) har ökat över tid medan de absoluta skillnaderna (till höger) har minskat. Ett undantag är dock att skillnaden i absolut fattigdom mellan barn till föräldrar med kort utbildning jämfört med barn till föräldrar med lång utbildning har ökat (diagram 18). Det beror främst på att barn till föräldrar med kort utbildning återigen ligger på samma nivå som 1998 medan övriga barns situation har förbättrats i absoluta termer.

Sammantaget visar diagrammen att när statistiken bryts ner på olika barngrupper synliggörs skillnaderna inom barnpopulationen. De som var mest utsatta 1992 respektive 1998 har behållit sin sämre position i förhållande till övriga barn oavsett relativa eller absoluta mått.

Diagram i denna kolumn visar på skillnader i relativ fattigdom mellan olika barngrupper – mätt med låg ekonomisk standard (tidslinjen börjar 1992) [110]:

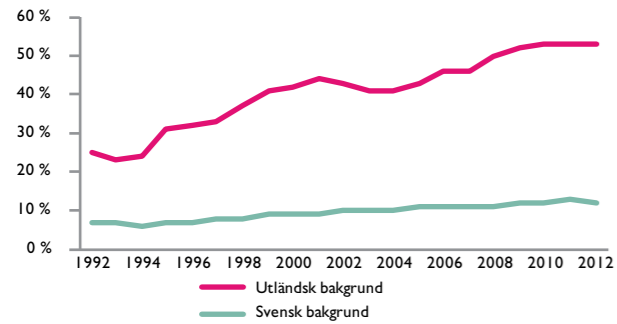


Diagram 11. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg ekonomisk standard, i Göteborg, uppdelat efter bakgrund [110].

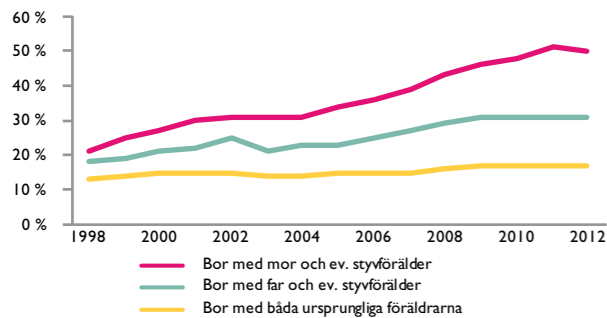


Diagram 13. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg ekonomisk standard, hushåll i Göteborg, uppdelat efter bakgrund [110].

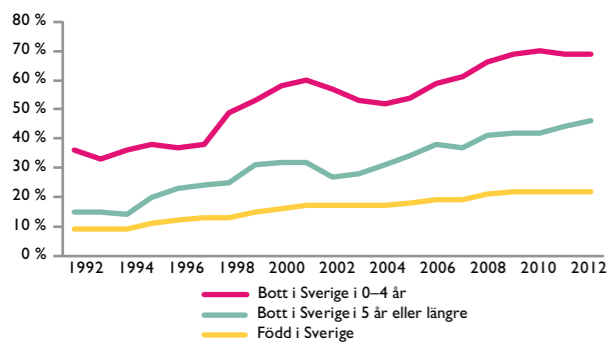


Diagram 15. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg ekonomisk standard, i Göteborg, uppdelat efter vistelsetid i Sverige [110].

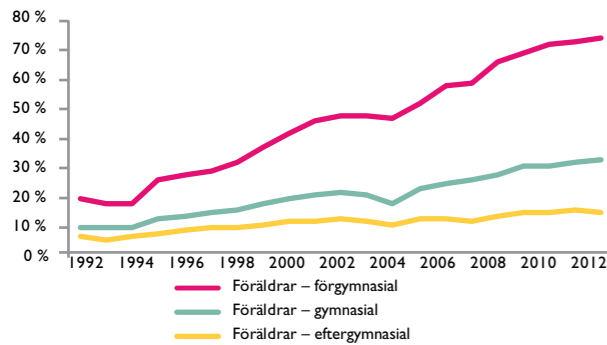


Diagram 17. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg ekonomisk standard, i Göteborg, uppdelat efter föräldrarnas utbildningsnivå [110].

Diagram i denna kolumn visar på skillnader i absolut fattigdom mellan olika barngrupper – mätt med låg inkomststandard (tidslinjen börjar 1998) [110]:

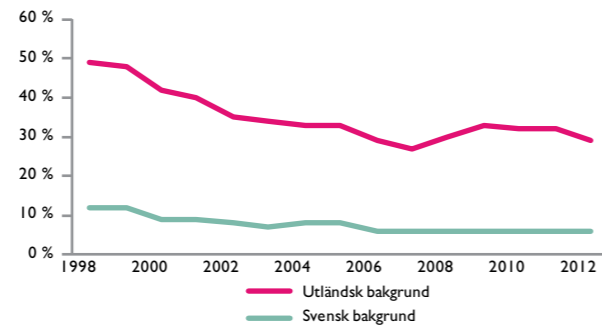


Diagram 12. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg inkomststandard, i Göteborg, uppdelat efter bakgrund [110].

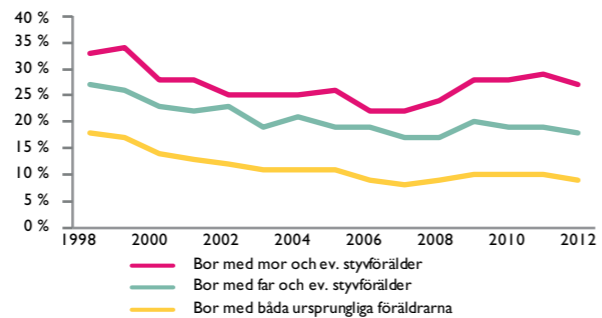


Diagram 14. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg inkomststandard, hushåll i Göteborg, uppdelat efter bakgrund [110].

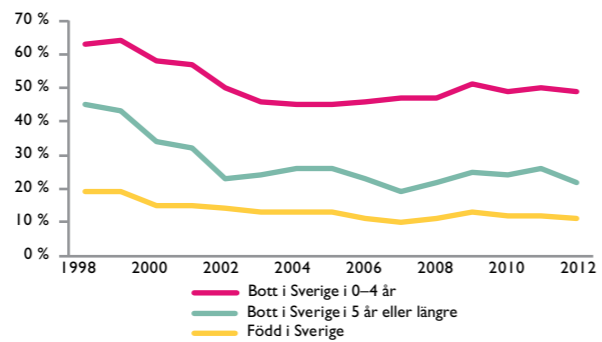


Diagram 16. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg inkomststandard, i Göteborg, uppdelat efter vistelsetid i Sverige [110].

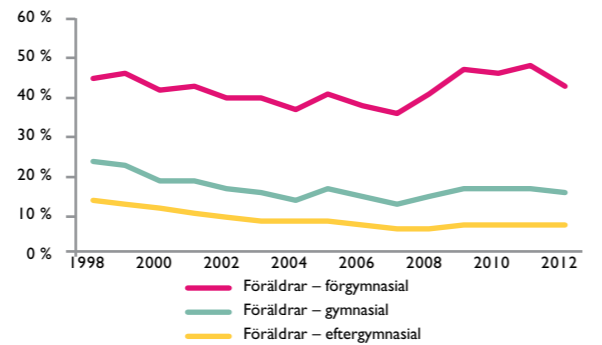


Diagram 18. Andel (%) barn i ekonomiskt utsatta hushåll, mätt med låg inkomststandard, i Göteborg, uppdelat efter föräldrarnas utbildningsnivå [110].

Sociala relationer, trygghet och delaktighet

De sociala relationerna, tryggheten, inflytandet, tilliten och delaktigheten kan alla sammankopplas med en god hälsa och välbefinnande. Dessa faktorer kan stärkas både inom arenorna skola och fritid men även i boendemiljön och i hemmiljön [111]. En god hälsa påverkas i stor utsträckning av olika faktorer under uppväxten, där till exempel goda relationer mellan barn och vuxna minskar risken för många hälsoproblem [41].

När barns sociala stöd och hälsofrämjande faktorer sammanfattas (se diagram 19) framgår att vissa av livsvillkoren är olika för olika grupper av barn i Göteborg. Det är högre andel elever i skolgrupp fyra, hög socioekonomisk status, som anser att lärarna ställer mer krav i skolan, att de får mer uppmuntran från föräldrarna och att det är lättare att tala med föräldrarna än skolgrupp ett, låg socioekonomisk status. Eleverna i skolgrupp fyra skolkar dock något mer än skolgrupp ett. Av statistiken framgår inga direkta skillnader mellan de båda skolgrupperna vad gäller trivsel i skolan och hur nöjda barnen är med förhållandet i familjen. I skolgrupp ett anser en högre andel av eleverna att det är lätt att prata med lärare jämfört med eleverna i grupp fyra [112].

Sammantaget är det relativt små skillnader mellan skolgrupp ett och fyra när skolan som arena studeras och stora slutsatser ska därför inte dras av materialet. En tanke är dock att trots de socioekonomiska skillnaderna lyckas föräldrar, skolan och samhället som helhet relativt väl med att kompensera för dessa ojämlikheter. Samtidigt hade bilden antagligen blivit mycket mer tydlig och skillnaderna mer säkra om eleverna istället för skolorna hade grupperats efter socioekonomisk status. Överlag kan dock sägas att det kan vara av vikt för skolorna att skapa en större medvetenhet om föräldrarnas socioekonomiska status, både för att skolan ska kunna utföra sitt kompensatoriska uppdrag bättre och för att samhället som helhet ska kunna verka hälsofrämjande och erbjuda stödjande miljöer.



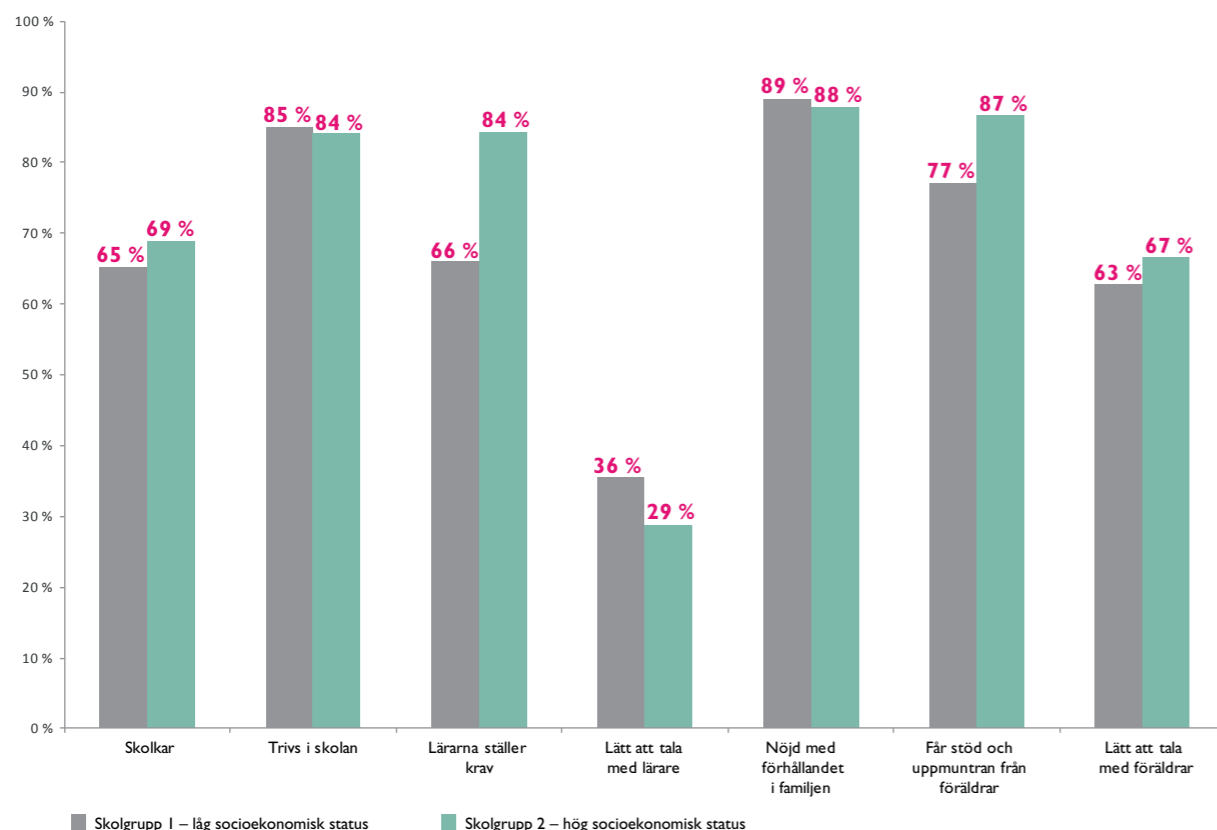


Diagram 19. Andel (%) elever i år 9 som växer upp med hälsofrämjande faktorer och stöd, uppdelat på skolor (oavsett huvudman) där en stor andel av elevernas föräldrar har låg socioekonomisk status (skolgrupp 1) respektive hög socioekonomisk status (skolgrupp 4) (2013) [112]. Läs om analysen i faktaruta på s. 51.

Relation mellan barn och föräldrar samt andra vuxna

När barn själva tillfrågas om vad som är viktigast för att de ska må bra svarar de att ha föräldrar som engagerar sig, bryr sig om och lyssnar på sina barn. Goda relationer mellan barn och föräldrar ses därför som en stark skyddsfaktor för ohälsa och social problematik [41].

I diagram 19 framgår att i Göteborg är barnen vanligtvis nöjda med sitt förhållande till sin familj och nästan inga socioekonomiska skillnader kan utläsas ur den studerade statistiken. Detta eftersom det inte tycks finnas några skillnader mellan barnen i skolgrupp 1–4. När däremot barnen svarar på frågan om de upplever att de får stöd och uppmuntran från sina föräldrar framträder vissa skillnader mellan grupperna. Stödet och uppmuntran är lägre bland eleverna i skolgrupp ett (låg socioekonomisk status) jämfört med elever i skolgrupp fyra (hög socioekonomisk status). Det skiljer nästan tio procentenheter mellan de båda grupperna [112].

När barnen svarar på frågan om de anser det vara lätt eller svårt att prata med sina föräldrar (diagram 19) är skillnaderna små mellan de olika skolgrupperna, även om elever i skolgruppen med hög socioekonomisk status kan ses ha något enklare att tala med sina föräldrar. De tycker även det är lättare att tala med andra vuxna. Eleverna i skolgruppen med låg socioekonomisk status tycks däremot uppleva det lättare att tala med lärare jämfört med eleverna i skolgrupp ett [112].

Fritidsliv

Förutom att fritidslivet är viktigt för barn som en arena för socialisering och integrering, och som kan verka hälsofrämjande, kan det också ses som en arena som kan stärka det sociala kapitalet.

Majoriteten av alla barn i Göteborg är föreningsaktiva och nöjda med sitt fritidsliv, enligt stadens undersökning av barns och ungas fritidsvanor³⁹. Däremot finns det skillnader mellan delar av staden och mellan olika grupper av barn. Till exempel påverkar svensk eller utländsk bakgrund hur nöjda barnen är. En annan faktor som spelar in är hur engagerade föräldrarna är i sina barns fritidsaktiviteter. Det är totalt 60 procent av alla barn i Göteborg som uppger att deras föräldrar brukar följa med dem, alltid eller ibland, på deras fritidsaktiviteter. Det är fler föräldrar till barn som är födda i Sverige än till barn med utländsk bakgrund som följer med på barnens fritidsaktiviteter (se diagram 20) [113].

I Göteborg är 65 procent av barnen medlem i en klubb, förening eller särskild grupp på sin fritid (se diagram 21). Vanligaste är medlemskap i en idrottsklubb eller något som är kopplat till kultur (musik, teater, dans eller liknande). Störst andel barn som är medlemmar finns i Västra Göteborg och Örgryte-Härlanda där 74 procent av barnen är aktiva. Lägst andel finns i Angered (49 %) och i Östra Göteborg (59 %). Det ger en skillnad mellan de olika stadsdelarna på som mest 25 procentenheter. Det är fler som är medlemmar i någon klubb, förening eller särskild grupp bland barn med svensk bakgrund jämfört med barn som har utländsk bakgrund eller är födda utomland [113].

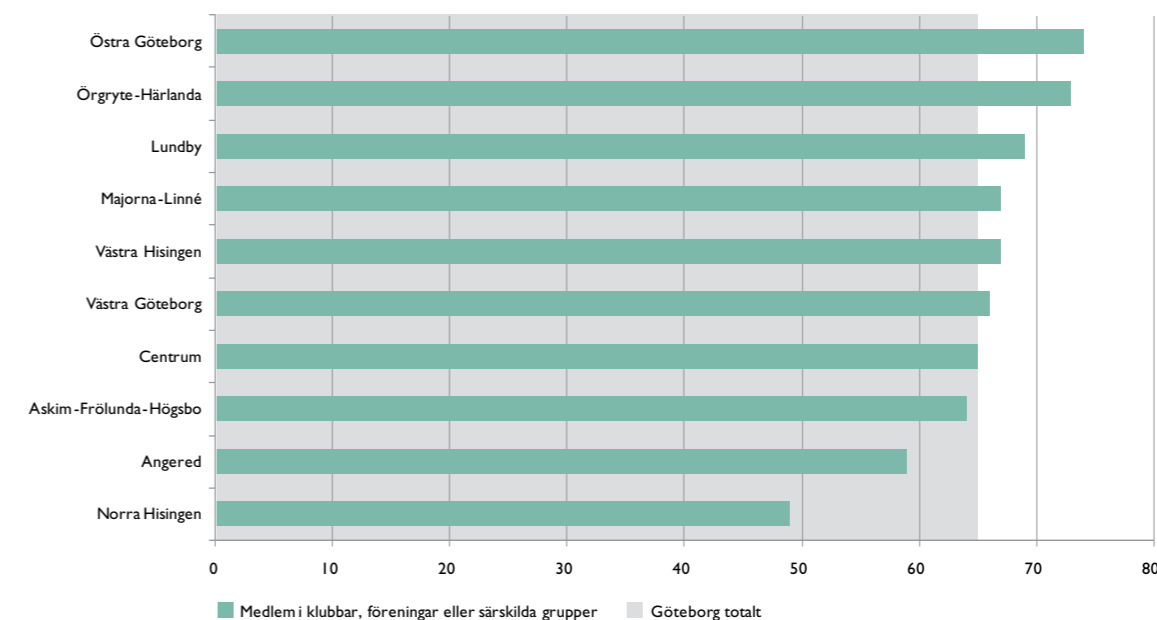


Diagram 21. Andel (%) barn som har uppgett att de är medlemmar i en eller flera klubbar, föreningar eller särskilda grupper på sin fritid, uppdelat efter stadsdelsnivå (2014) [113].

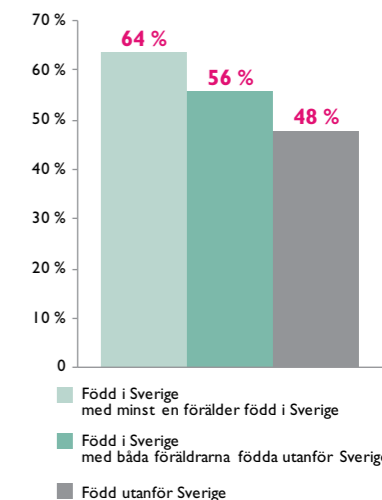


Diagram 20. Andel (%) barn som uppger att deras föräldrar eller annan vuxen följer med på deras fritidsaktiviteter (2014) [113].

³⁹ Göteborgs Stads fritidsundersökning genomförs som webbenkät för alla elever i årskurs 2, 5 och i gymnasieskolans år 2. Svarsfrekvensen är 52 procent, med en variation mellan 81 procent och 52 procent mellan olika stadsdelar.

Majoriteten barn är nöjda till mycket nöjda med sin fritid (se diagram 22). Barnen i Västra Göteborg (86 %) är mest nöjda i staden och barnen i Angered (73 %) är minst nöjda. Det ger en skillnad mellan stadsdelarna på 12 procentenheter. Pojkar (85 %) är mer nöjda än flickor (78 %), yngre är mer nöjda än äldre barn och barn födda i Sverige är mer nöjda med sin fritid än utrikesfödda barn. Faktorer som bidrar till barnens nöjdhet är att de har en ledare för aktiviteten som lyssnar på dem, att de träffar kompisar på sin fritid, att föräldrarna brukar följa med på fritidsaktiviteten, att barnen gör något på sin fritid och att de inte har slutat med någon aktivitet under året [113].

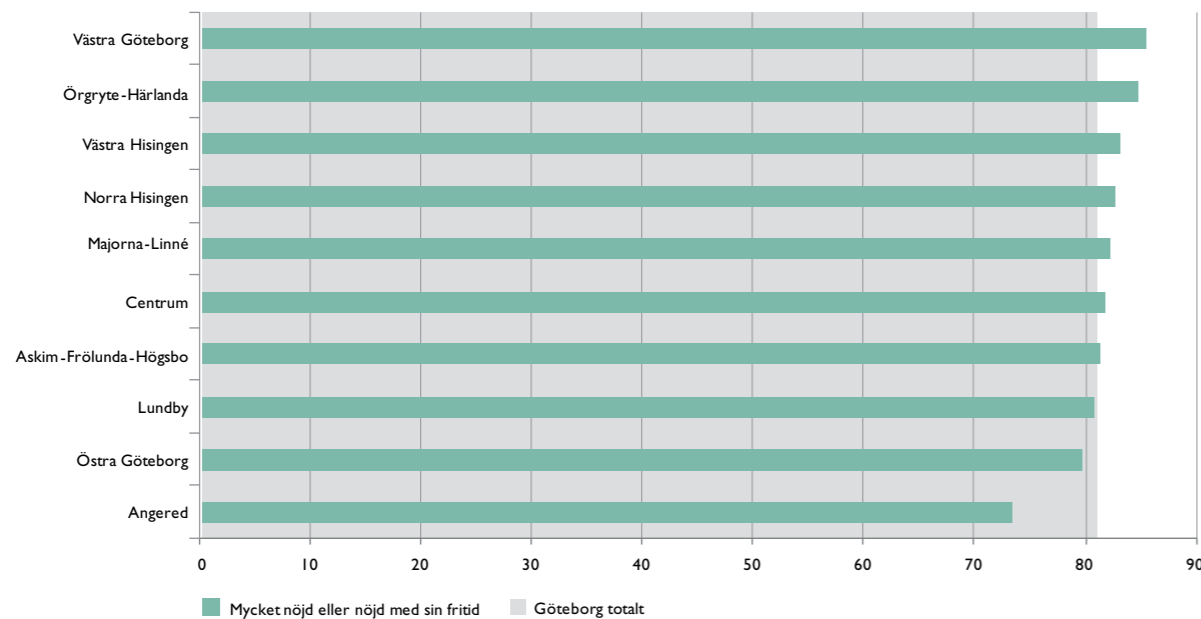


Diagram 22. Andel (%) barn som är mycket nöjda eller nöjda med sin fritid, uppdelat efter stadsdel (2014) [113].

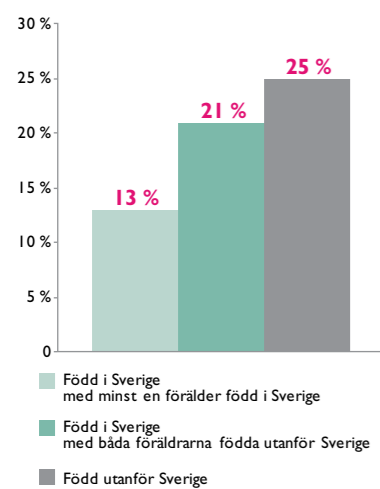


Diagram 23. Andel (%) barn som uppger att de avstått från fritidsaktivitet på grund av otrygghet till och från aktiviteten, uppdelat efter bakgrund (2014) [113].

De allra flesta barnen i Göteborg upplever att vägen till deras fritidsaktivitet är trygg och att de därför aldrig har låtit bli att delta på grund av otrygghet. Det är emellertid något vanligare att barn låtit bli att delta i fritidsaktiviteter på grund av otrygghet på vägen till aktiviteten i Angered jämfört med övriga stadsdelar och minst vanligt är det i Örgryte-Härlanda. En annan skillnad i Göteborg är när elevernas bakgrund studeras (diagram 23). 25 procent av eleverna som är födda utanför Sverige uppger att de ibland, ofta eller alltid avstår från fritidsaktiviteter som en följd av otrygghet. Detta ska ställas mot barnen som är födda i Sverige med minst en förälder som också är född i landet där endast 13 procent av barnen avstår ibland, ofta eller alltid på grund av otrygghet. Det är således nästan dubbelt så hög andel som upplever otrygghet och därmed avstår från en fritidsaktivitet bland dem med utländsk bakgrund än svensk [113].

Sammantaget kan sägas att den socioekonomiskt segregerade staden blir synlig även när barns fritid studeras. Större andel av barnen i Angered och Östra Göteborg uppger att de saknar något där de bor för att kunna göra vad de vill på sin fritid, lägre andel är med i någon klubb, förening eller grupp på sin fritid, högre andel avstår från fritidsaktiviteter på grund av otrygghet och tränar inte utanför idrotten i skolan. Det är även lägre andel i dessa stadsdelar som själva önskar att bli ledare inom idrotts- och fritidslivet [113]. I stadens andra stadsdelar är situationen ofta den motsatta.

Delaktighet och inflytande

Upplevelser av att sakna möjlighet att påverka sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort kan leda till känslor av utanförskap och maktlöshet, vilket i sin tur inverkar negativt på hälsan [17]. Delaktighet och inflytande är svårt att mäta och ofta saknas statistiska uppgifter inom detta område. Situationen i Göteborg utgör inget undantag. Här nedanför används endast barns inflytande i skolan som indikator och det får betraktas som ett utvecklingsområde om fler aspekter av delaktighet och inflytande ska belysas i framtiden.

Det finns kopplingar mellan barns och ungas inflytande, delaktighet och hälsa. En forskningsöversikt visar att om barn mellan 4 och 12 år har ett faktiskt inflytande i frågor som gäller dem själva gynnas hälsan [41]. För dem som inte upplever att de kan påverka sina livsvillkor och samhällsutvecklingen i stort, kan en känsla av utanförskap och hopplöshet uppstå, vilket i sin tur påverkar hälsan negativt. Barns möjlighet till delaktighet och inflytande kan stärkas genom aktiva åtgärder i skolan och i samhället. Ett aktivt arbete mot diskriminering är också viktigt för att värna alla barns möjlighet till delaktighet och inflytande [17].

I Göteborg upplever barnen enligt elevenkäten 2014 (åk 8) en högre grad av delaktighet och inflytande i skolorna i Askim-Frölunda-Högsbo och lägre grad i Majorna-Linné. Generellt upplever pojkarna något högre grad av delaktighet än flickorna, även om skillnaden är liten. Totalt sett upplever 64 procent av eleverna i Göteborg att de helt och hållet eller ganska bra kan påverka *hur* de arbetar i skolan. Vid frågan om eleverna kan påverka vad de ska arbeta med anser 55 procent att de kan påverka detta helt och hållet eller ganska bra [114].

Samtidigt är det viktigt att klargöra i vilken mån och i vilka sammanhang barns delaktighet och inflytande är gynnsamt för utvecklingen av barns hälsa. Barn är inte alltid mogna att överblicka konsekvenserna av sina beslut och därför behöver inte frågan om delaktighet och inflytande få hälsofrämjande effekter [41]. Det finns även de som talat om att när barns delaktighet har ökat i skolan har samtidigt barnens betyg försämrats.

Läs mer på sid 104

Hälsa och levnadsvanor

Barns hälsa kan ses som en indikator på ett lands välstånd. Deras hälsa är inte bara ett mål i sig här och nu utan också en förutsättning för deras framtida liv. Att förebygga barns ohälsa och främja deras hälsa har avgörande betydelse för deras framgång senare i livet [77].

Här nedanför kommer därför ett urval av intressanta indikatorer, nedsatt psykiskt välbefinnande, tandhälsa, fysisk aktivitet, tobak och alkoholfrågor, som speglar barns hälsa och levnadsvanor att belysas.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

I begreppet nedsatt psykiskt välbefinnande ingår till exempel att känna sig nedstämd, nervös, ha svårt att somna och att ha huvudvärk. På nationell

nivå tycks ökningen av psykisk ohälsa bland 15-åringarna ha avstannat och i vissa fall till och med minskat. Samma mönster ses även bland de äldre ungdomarna eller bland unga vuxna (16–24 år), främst för symptomen ångslan, oro eller ångest [41]. Dessa symptom är dessutom särskilt vanligt förekommande bland ungdomar som använder cannabis. Sambandet går troligen i båda riktningar, det vill säga man använder cannabis för att man mår dåligt och man mår dåligt för att man använder cannabis [115]. Den positiva utveckling som nu kan skönjas, att allt färre rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande, föregicks dock av en tredubbling av psykiska besvär under den senaste femtonårsperioden. Det går också att tala om en polarisering, eftersom fler nu rapporterar om bra självupplevd psykisk hälsa och minskat självskadebeteende, samtidigt som fler vårdas i psykiatrisk slutenvård för ångest och depressioner [41].

Inom begreppet psykisk ohälsa finns stress som en betydande faktor. Forskningen har visat att det finns främst tre källor till stress hos barn [79]:

- Faktorer som handlar om framgång och misslyckanden i skolan
- Kamratrelationer och relationer inom familjen
- Faktorer som handlar om sociala frågor som miljö, fattigdom och arbetslöshet

Särskilt central verkar punkt ett vara för barns psykiska hälsa. Skolprestationer påverkar den psykiska hälsan och den psykiska hälsan påverkar skolprestationerna. Det finns koppling mellan tidiga skolmisslyckanden och psykisk ohälsa, och det finns forskningsresultat som påvisar att barn med små resurser är mer sårbara för de negativa effekterna av skolmisslyckanden. Samtidigt är skolframgång istället en grundläggande faktor för välbefinnande och ökad självkänsla hos flickor, vilket kan bidra till ökad psykisk ohälsa när skolframgångarna uteblir eller inte kommer i den takt som önskas. Skolan har alltså stor betydelse för barns psykiska hälsa [79].

Tandhälsa

Tandhälsa är en indikator som är betydelsefull när barns allmänna hälsotillstånd ska studeras [17]. Karies i barndomen kan associeras till en lång rad negativa tillstånd som långsam tillväxt, försämrad livskvalitet och olika kroniska medicinska tillstånd som hjärt- och kärlsjukdomar senare i livet. Socialstyrelsen lyfter fram att det finns samvariation mellan barns och föräldrars tandhälsa, och att karies kan vara upp till dubbelt så vanligt bland barn och unga vars föräldrar har dålig tandhälsa. Det framgår också att barn från resurstarka områden har bättre tandhälsa än barn från resurssvaga områden, vilket syns i diagram 24. Särskilt stor är risken för karies om barnens föräldrar har invandrat från länder utanför Norden och Västeuropa, om familjen får ekonomiskt bistånd och om föräldrarna har högst grundskoleutbildning eller själva har dålig tandhälsa. Särskilt moderns utbildningsnivå och eget nyttjande av tandvården påverkar barnens risk att drabbas av karies. Det finns en socioekonomisk koppling till att besöka tandvården. Barnen från resurstarka områden kommer i högre utsträckning till tandvården än barnen från resurssvaga områden [116].

Västra Götalandsregionens statistik från tandvården (diagram 24) visar på

stora skillnader i barns tandhälsa inom Göteborg. Statistiken från 2010–2013 visar att 74 procent av sexåringarna är kariesfria i Göteborg. När statistiken bryts ner på mellanområden framgår att nästan alla sexåringar är kariesfria i Torslanda, Stora Askim och Södra Västkusten. Andelen kariesfria sexåringar är dubbelt så stor i dessa mellanområden jämfört med mellanområdet Bergsjön, som har sämst tandhälsa bland sexåringarna i staden. Här är endast 39 procent av barnen kariesfria. Detta innebär en skillnad på 50 procentenheter mellan stadens mellanområden [117]. Det är anmärkningsvärt med så stora skillnader med tanke på att tandvården är fri för alla barn och ungdomar.

Skillnaden kan förklaras av dåliga kostvanor med högt intag av socker, som generellt är högre i socioekonomiskt svaga områden [34]. En annan delvis bidragande faktor kan vara en låg nyttjandegrad av den fria barntandvården i områden med låg socioekonomi. Det senare konstateras i Socialstyrelsens nationella rapporter [116] på området och deras slutsatser kan även tänkas gälla för situationen i Göteborg.

När uppgifter från 2006–2009 jämförs med 2010–2013 (diagram 105) har det skett en förbättring med 10 procentenheter vad gäller andelen kariesfria 6-åringar i Göteborg. Störst förbättring kan ses i mellanområdet Stora Bagaren på 21 procentenheter och minst förbättring ses i Östra Biskopsgården (2 %), Linnéplatsen och Södra Skärgården (båda på 3 %) [117].

I Södra Skärgården är andelen **2 gånger** högre jämfört med Södra Angered



Figur 20. Skillnad i andel kariesfria 6-åringar för mellanområdet med högsta respektive lägsta värde [117].

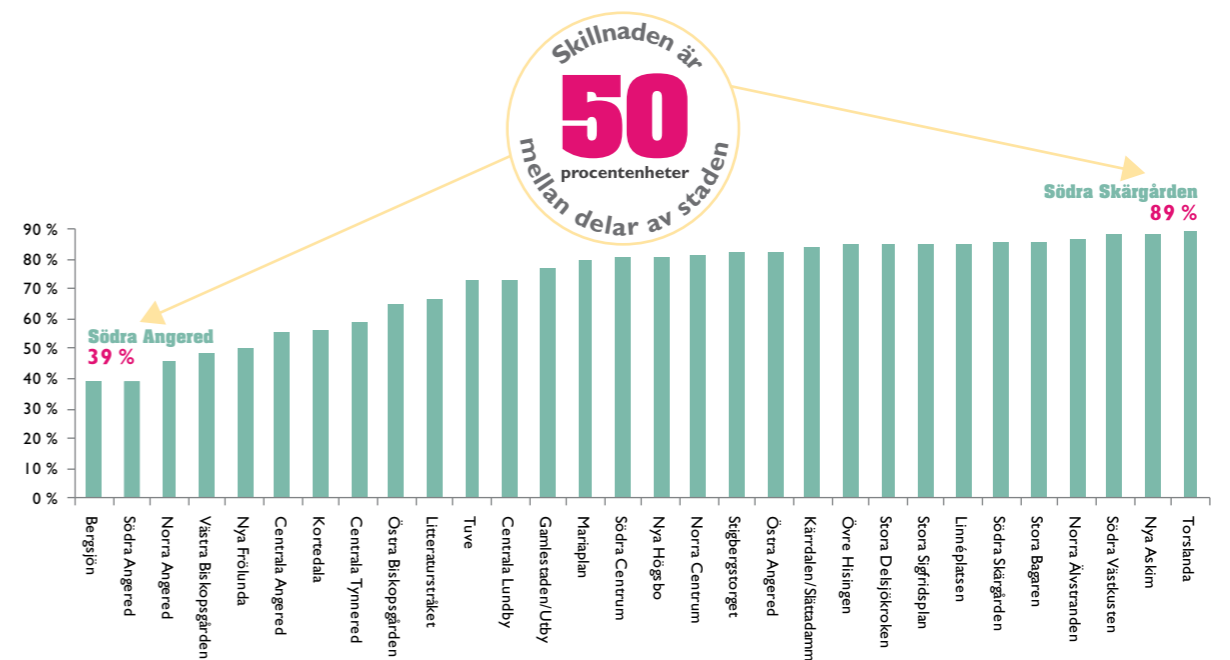


Diagram 24. Andel (%) kariesfria sexåringar uppdelat efter mellanområde (2010–2013) [117].

Levnadsvanor

Levnadsvanor under uppväxten har stor inverkan på det kommande livets beteenden, attityder, hälsa och livskvalitet. Barns levnadsvanor speglar familjens vanor som i sin tur är förknippade med familjens socioekonomiska situation. I familjer med lägre socioekonomisk position är förekomsten av

ohälsosamma levnadsvanor högre än i familjer med högre socioekonomisk position. Därför anses socioekonomiska faktorer vara en starkt bidragande till olika levnadsvanor. Ett aktivt hälsofrämjande arbete bör därför för att vara effektivt inriktas på att minska skillnader i livsvillkor.

Här nedanför har enbart fysisk aktivitet, alkohol och tobak valts ut för att ge en bild av barns levnadsvanor. Faktorer som till exempel kost, narkotika och spel eller sexualvanor belyses inte.

Stillasittande fritid och fysisk aktivitet

Barns fysiska och psykiska hälsa förbättras om de ges möjlighet till rörelse, lek och idrott [17]. WHO rekommenderar att barn mellan 5 och 17 år är fysiskt aktiva på en måttlig till högintensiv nivå minst 60 minuter per dag [41].

I Göteborg tränar majoriteten av barnen idrott två till tre gånger i veckan utöver idrotten i skolan. I genomsnitt är det 13 procent av alla barn i Göteborg som aldrig tränar utanför skoltiden. I Angered (17 %), Östra Göteborg (17 %) och Lundby (16 %) är det högst andel barn som aldrig tränar utanför skolidrotten jämfört med övriga stadsdelar. Av de som däremot tränar utanför skolan gör majoriteten av barnen det tillsammans med sina föräldrar eller någon annan vuxen. Det är fler barn som tränar med sina föräldrar av de som har utländsk bakgrund jämfört med utlandsfödda barn med utlandsfödda föräldrar. Fritidsvaneundersökningen visar också att de yngre barnen (åk 2 och 5) oftare tränar 1–3 gånger i veckan och de äldre oftare tränar 4–7 gånger i veckan [113].

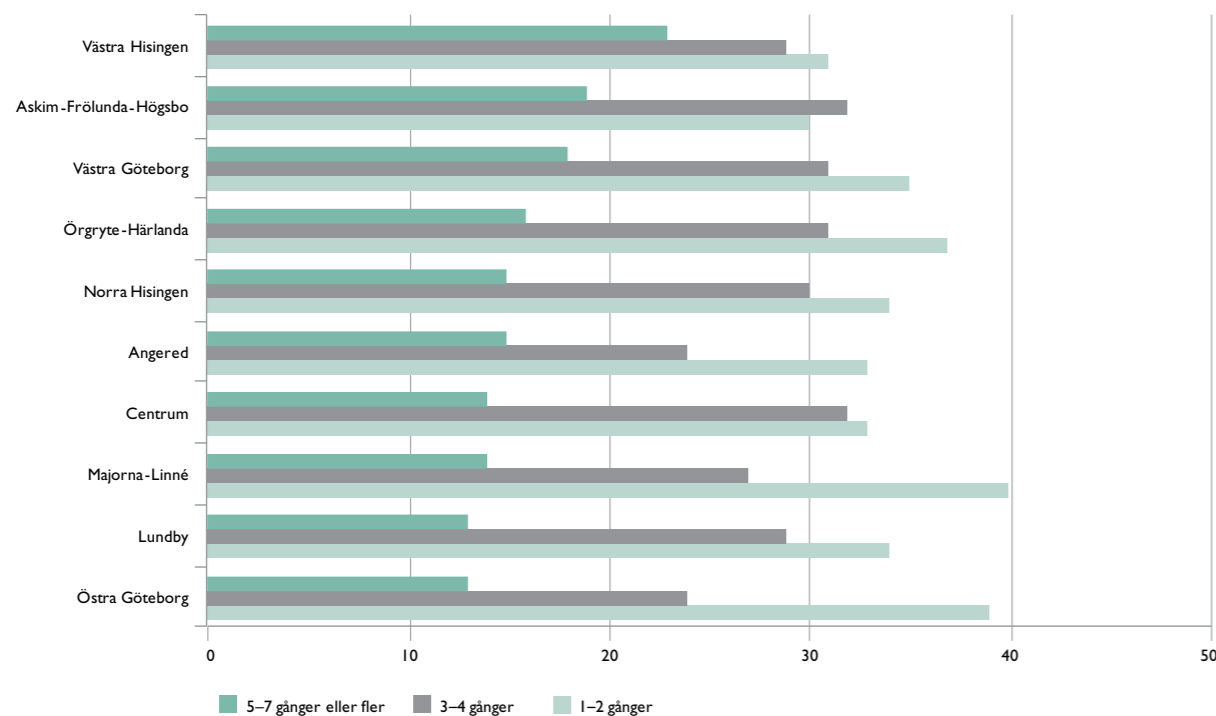


Diagram 25. Andel (%) barn (i åk 2, 5, 8 och år 2 i gymnasiet) som tränar idrott utöver idrotten i skolan, uppdelat efter stadsdel (2014) [113].

En annan faktor som redan nämnts ovan och som påverkar hur ofta barnen tränar är om de ibland även tränar med sina föräldrar eller någon annan vuxen. I undersökningen av barns och ungas fritidsvanor i Göteborg framgår att aktiviteter tillsammans med föräldrarna främjar rörelse och upplevs som en faktor som för barnen själva är av central betydelse för hur nöjda de är med sin fritid. Kontakten mellan barn och föräldrar stärks också, vilket i sig är av betydelse för barnens uppväxt och hälsa i allmänhet. I staden är det 42 procent av barnen, oavsett kön, som ibland tränar med sina föräldrar eller någon annan vuxen. I Angered är det minst andel barn (37 %) som tränar med sina föräldrar, vilket är lägst i staden. Högst andel är det i Örgryte-Härlanda (47 %), vilket ger en skillnad på tio procentenheter mellan stadsdelarna [113]. Lär mer på s. 75 och 85.

Alkohol och tobak

En tidig alkoholdebut, hög alkoholkonsumtion och alkoholens koppling till flera andra riskbeteenden bidrar till en mängd negativa psykologiska, sociala och fysiska hälsokonsekvenser. Dessa hälsoeffekter kan ha betydelse för hälsan även upp i vuxen ålder. Enligt forskningen är det fyra gånger högre risk för dem som börjar dricka alkohol vid 14 års ålder att bli alkoholberoende jämfört med dem som börjar dricka vid 20 års ålder, och för varje år som debuten förskjuts upp i åldern minskar risken för beroende med 14 procent [41].

Precis som för alkohol är rökning förenat med ett 60-tal olika sjukdomstillstånd, och dessutom dör varannan rökare i förtid till följd av sin rökning. De flesta (80 %) som börjar röka gör detta före 18 års ålder. Att bli rökare i tidig ålder går fortare och det krävs färre cigaretter för att etablera ett nikotinberoende. För den unge rökaren ökar dessutom risken för minskad lungfunktion, minskad fysisk kondition, ökade astmatiska besvär, hosta och väsande andning. Även snusning är förenat med negativ inverkan på hälsan med ökad risk för bland annat dödlig hjärtinfarkt och stroke [41]. Dock tas inte snus upp i denna rapport.

I Göteborgs Stads droganeundersökning framgår att skolgrupperna med elever (åk 9) i skolgrupp fyra, hög socioekonomisk status, använder mer tobak, alkohol och narkotika än i skolgrupp ett med låg socioekonomisk status [112]. En tänkbar förklaring till detta kan vara att eleverna i de socioekonomiskt starkare skolgrupperna eventuellt har mer fickpengar och detta är en faktor som ses bidra till ökad användning. Det kan också tänkas att det även finns en högre tillgänglighet till alkohol i deras hem, och god tillgänglighet är generellt förknippat med högre användning. Även skolans förebyggande arbete och föreningslivets ställning i frågan spelar givetvis in, förutom föräldrarnas roll som förebilder och gränssättare.

Vad statistiken visar är att skolor med elever från mer socioekonomiskt starka områden behöver prioritera ett tobaks-, alkohol- och narkotikaförebyggande arbete, eftersom dessa elever använder mer än elever som kommer från mer socioekonomiskt svaga områden.

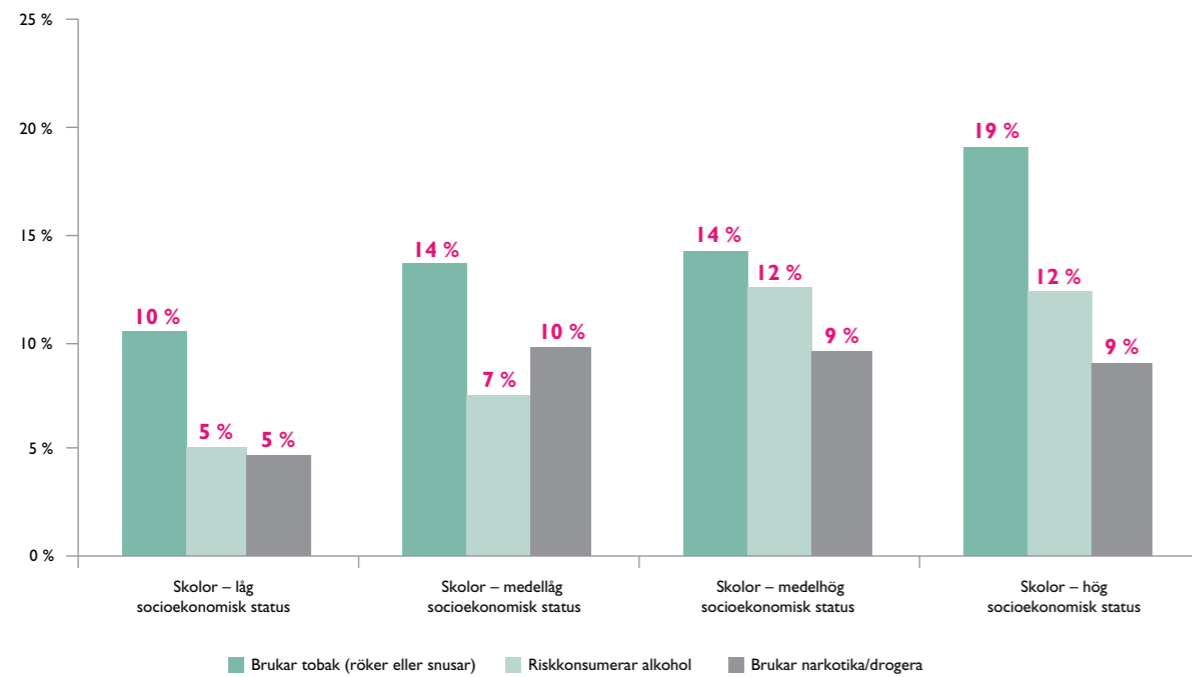


Diagram 26. Andel (%) elever i år 9 som snusar eller röker, riskkonsumerar alkohol eller använder narkotika, uppdelat på skolor (oavsett huvudman) där en stor andel av elevernas föräldrar har låg, medellåg, medelhög respektive hög socioekonomisk status (skolgrupp 1–4) (2013) [112]. Läs om analysen i faktaruta på s. 51 .

Boende, närmiljö och stödjande miljöer

Det finns en koppling mellan barnets nära omgivning, samhällsutvecklingen och hur barn mår [41]. Även hur staden, bostadsområden och olika platser är utformade har effekt på hälsan och välbefinnandet [118]. Det finns relativt begränsad svensk forskning på kopplingen mellan barns hälsa och egenskaper på områdesnivå, till exempel bostadsområdet och grannskapet. Vad som är klarlagt är dock att barn som växer upp i socioekonomiskt utsatta områden löper ökad risk för ohälsa oavsett barnens individuella egenskaper. Det har också konstaterats att bostadsområdets socioekonomiska status, sociala kapital eller kollektiva styrka⁴⁰ har inverkan på barns hälsa. Det handlar bland annat om tillgången till föräldrastöd, informella sociala nätverk, synen på barnuppfostran och uppfattningen om riskerna i området samt tillgången på resurser, till exempel lekplatser och förskolor [74].

Även miljöer som gör att barn inte känner sig trygga, sedda eller hörda kan få negativa effekter på deras välbefinnande. Forskningen tyder på att det finns en interaktion mellan individuella egenskaper, områdesegenskaper och effekten på hälsan. Det finns dock också tecken på att viss ohälsa skulle kunna vägas upp av skyddande faktorer i den sociala miljön där barn växer upp. Barn som växer upp i resursvaga miljöer, men som ofta vistas i resursstarka miljöer som präglas av hög kollektiv styrka, sammanhållning och tillit, kan komma att påverkas positivt [74]. Det understryker vikten av hälsofrämjande arenor och miljöer, och visar att hela bostadsområden och grannskap kan påverka. Det visar också att frågor om socialt kapital

⁴⁰ Samhällets förmåga att agera tillsammans för att uppnå gemensamma mål.

och närmiljö interagerar. Miljöerna och arenorna kan antingen främja eller motverka en god och trygg uppväxt.

Trots att den internationella forskningen menar att områdeseffekterna inte alltid är särskilt stora kan satsningar i närmiljön i socioekonomiskt utsatta områden leda till förbättrad hälsa bland barn [74]. Detta understryker vikten av att arbeta med närmiljö och stadsplanering i det hälsofrämjande arbetet.

Här presenteras olika sociala och fysiska aspekter på hälsofrämjande miljöer, närmiljö och boende samt deras koppling till goda livsvillkor och hälsa.

Trivsel i området

Förutom områdets betydelse för hälsan och uppväxten utgör boendet ett basalt behov i människors liv [40].

Barn i Göteborg som går i skolor med låg socioekonomisk status (skolgrupp ett i diagram 27) vill i större utsträckning flytta från sitt område så fort som möjligt jämfört med barn i skolgrupper med högre socioekonomisk status (skolgrupp fyra). Det skiljer 10 procentenheter mellan de båda grupperna. I diagram 27 är det tydligt att önskan att flytta ifrån sitt område ökar ju lägre den socioekonomisk status den skolan har som man går i.



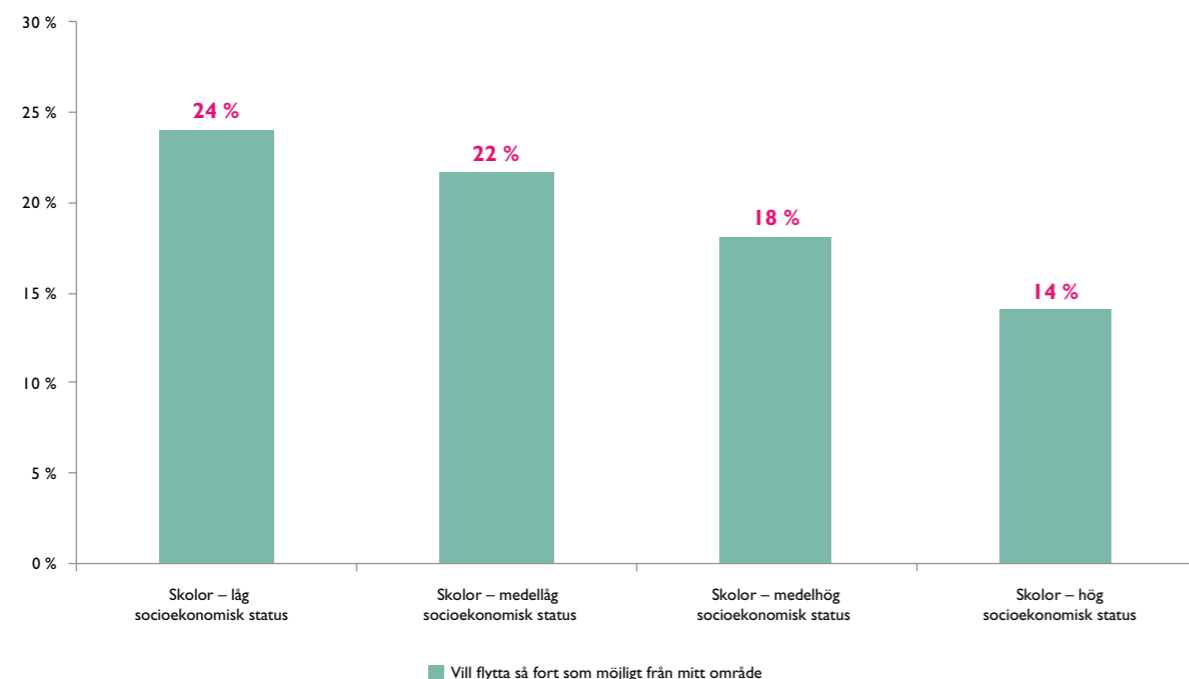


Diagram 27. Andel (%) barn (åk 9) som vill flytta ifrån sitt område så fort de kan, uppdelat på skolor (oavsett huvudman) där en stor andel av elevernas föräldrar har låg, medellåg, medelhög respektive hög socioekonomisk status (skolgrupp 1–4) (2013) [112].
Läs om analysen i faktaruta på s. 51.

Trångboddhet och vräkningar

Utan ett bra boende är det svårt att klara av andra delar i livet, till exempel utbildning och arbete. Det råder bostadsbrist i landet och det är svårt för vissa grupper att etablera sig på bostadsmarknaden. Särskilt ensamstående med barn har svårt att få en bra egen bostad [40].

Trångboddhet är en annan faktor som påverkar barns uppväxt. Tidigare har det konstaterats (s. 59) att trångboddhet är vanligt förekommande bland ekonomiskt utsatta barnfamiljer. Detta påverkar bland annat barnens förutsättningar till lugn studiemiljö. Det kan göra att dessa barn är mer beroende av offentliga uppehållsrum, miljöer och platser för studier och lugn och ro än de barn som växer upp i en resursstark familj.

Ytterligare en faktor som avspeglas i barns hälsa är att bli vräkt från sin bostad. Det innebär också att en grundläggande trygghet tas bort från barnen. Det saknas djupare kunskap om vilka långsiktiga effekter en vräkning kan ha när det gäller barns utveckling. I en svensk studie beskriver barn som upplevt en vräkning stor otrygghet, skam, känslor av utanförskap och att inte höra till, de känner bitterhet mot det svenska samhället och får en mörk framtidssyn [119]. Papperslösa barn är en annan utsatt grupp som behöver uppmärksammas. De bor ofta trångt, måste ofta flytta och bor under dåliga förhållanden, som familjerna dessutom måste betala dyrt för.

Den överlägset vanligaste orsaken till vräkning är hyresskulder. Den genomsnittliga hyresskulden i Sverige uppgår till 16 000 kronor, men i fyra fall av tio initieras vräkningsprocessen för hyresskulder på mindre än 10 000 kronor. Den slutliga hyresskulden kan dock vara betydligt högre när vräkningen verkställs [119].

I Sverige finns inget förbud mot vräkningar av barn, men enligt barnkonventionen har barn rätt till ett tryggt boende [119]. År 2013 vräktes 504 barn i riket, varav 8 i Göteborgs kommun. Dessutom berördes 1 876 barn av ansökning om vräkning utan att avhysningen verkställdes, varav 40 barn i Göteborg. Privata hyresvärdar står för hälften av alla vräkningar som verkställs, medan allmännyttiga/kommunala bostadsbolag står för 46 procent [120].

Antalet barn som i praktiken behöver lämna sitt hem är betydligt fler än vad som framgår av ovan nämnda statistik. Det beror på att det som i dagligt tal kallas för vräkning i själva verket utgör det sista steget i en process. Processen inleds med att hyresvärdens säger upp avtalet med en hyresgäst (informellt påtvingad avflyttning) och vräkning genomförs endast då hyresgästen inte flyttar efter hyresvärdens besked eller efter att Hyresnämnden eller Kronofogden blivit inkopplad (formellt påtvingad avflyttning). Antalet påtvingade avflyttningar är betydligt fler än antalet vräkningar. I dagsläget förs ingen statistik över hur många barn som varje år berörs av informellt och formellt påtvingade avflyttningar [119].

Skolan som hälsofrämjande arena

Skolan är en av de mest centrala arenorna för barn och unga eftersom alla, oavsett socioekonomisk status och bakgrund, vistas största delen av sin uppväxt där. Skolan blir därigenom också en viktig arena för hela samhället. Som nämnts ovan har både förskolan och fritidsgården, tillsammans med skolan, en unik möjlighet att som hälsofrämjande arenor kompensera för sämre livsvillkor och levnadsvanor både ur ett inlärningsfrämjande och ur ett mer samhällsekonomiskt perspektiv. Det senare eftersom skolframgång ökar välbefinnande och utveckling för enskilda individer.

Ett verktyg för hälsofrämjande insatser i skolan är skolgården. WHO menar bland annat att skolgården ständigt ska stärkas i sin kapacitet som hälsosam miljö [121]. Barn tillbringar stor del av sin vakna tid på förskolor eller skolor. Välutformade förskole- och skolgårdar kan ge många positiva effekter på barns hälsa och välbefinnande. Forskare har funnit att god utomhusmiljö och lång utomhusvistelse bidrar till att förbättra barns motorik, inlärning, skolmognad, sociala kompetens, koncentration och fantasirikedom. Även sjukfrånvaro och stress kan minska genom goda miljöer kring förskola och skola. Skolgårdarna kan också gynna den sociala interaktionen, den mentala hälsan och förbättra skolresultaten [122, 123]. Studier har visat att ju mer tid barnen tillbringar på gårdarna, desto bättre blir prestationerna i de teoretiska ämnena, till exempel matematik, och läsförståelsen förbättras [124]. Även barnens energiförbrukning ökar, vilket är positivt när fysisk inaktivitet blir allt vanligare [122].

Närhet till grönområden och områden för rekreation och spontanlek

Enligt forskning på SLU Alnarp finns det tydliga kopplingar mellan det gröna i bebyggelsen och ett gott socialt klimat och en aktiv livsstil. Deras resultat visar att barn som har tillgång till gröna miljöer som är varierande och rymliga är mer fysiskt aktiva och har bättre koncentrationsförmåga.

Även ytor som möjliggör spontanlek och spontan fysisk aktivitet har betydelse för hälsan [74]. Forskare har även kopplat samman barns till synes minskade naturumgänge med ett försämrat hälsoläge [125].

Särskilt viktiga är park- och naturområden för att barn och ungdomar ska ha möjlighet att interagera med sina jämnåriga och utvecklas socialt [126, 127]. Områdena är även viktiga för att barn och ungdomar ska få nya vänner från olika delar av samhället och olika socioekonomiska grupper – vilket anses viktigt för att skapa ett socialt inkluderande klimat i samhället [126]. Dessa miljöer har också en inverkan på skillnader i hälsa genom att det finns en starkare samvariation mellan natur och hälsa för de som mår sämst och har lägst socioekonomi. Samtidigt värderar barn från mer utsatta områden inte naturen och grönområden lika högt som barn från mer resursstarka områden. En orsak till detta är att dessa barn är mer upptagna av sociala problem och utmaningar för familjen och upplever inte en den trygghet som krävs för att intressera sig för den fysiska omgivningen [74].

Vidare är även närhet till och tillgång till grönområden, lekplatser/parker och platser för spontanlek samt till anläggningar för rekreation synnerligen betydelsefullt för barns förutsättningar för lek, fysisk aktivitet och utveckling [128]. Den samlade kunskapsbilden visar tydligt att närheten är oerhört viktig, särskilt för barn, för användningsfrekvensen och längden på vistelsen samt för den fysiska aktivitetsgraden. Om det finns hinder som beror på närhet, användbarhet och tillgänglighet begränsas användningen och därigenom minskar de hälsofrämjande effekterna [129, 122, 130]. Men även tillgången på attraktiva miljöer har en betydande roll för hur ofta och länge barn ägnar sig åt till exempel utomhuslek [74, 130]. Samtidigt har Boverket konstaterat att ytor som lämpar sig för barns lek försvinner i takt med att städer förtätas, vilket minskar möjligheten att tillgodose barns behov av fria ytor. Forskning har även visat att platser såsom skolgårdar, förskolegårdar, bostadsnära utemiljöer, skolvägar och andra rörelsestråk i närmiljön blir allt viktigare för barns fysiska aktivitet, lek, samspel, lärande samt motoriska och psykosociala utveckling [131].

I Göteborg finns ingen övergripande samlad kvantitativ information eller mått på barns närhet, tillgänglighet samt möjlighet att använda grönområden, områden för spontanlek och rekreation eller lekplatser. Stadens Grönstrategi [132] lyfter fram frågan och nämner riktvärden för avstånd till och kvaliteter på parker och naturområden, och genom stadens bristanalyskartor finns möjligheten att studera frågan. Men för att frågan ska bli synlig och central i arbetet med att skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer behöver riktlinjerna implementeras och följas upp. Även befintliga analyser behöver också göras mer kända och information systematiseras så att det går att studera eventuella skillnader i barns uppväxtvillkor.

Vad vi i dag kan se, genom Göteborgs fritidsundersökning, är att 22 procent av alla barn besöker en lekplats, actionpark, skatepark eller parkourplats en eller flera gånger per vecka. Nästan lika stor andel flickor (21 %) som pojkar (23 %) besöker dessa platser en eller flera gånger per vecka. En större andel barn med utländsk bakgrund besöker dessa platser jämfört med inrikesfödda barn med svenskfödda föräldrar [113].

Det går också att utläsa att 45 procent av barnen i Göteborg vistas i naturen en gång eller mer per vecka. I Västra Göteborg och i Örgryte-Härlanda är

andel barn som anger detta högre jämfört med övriga stadsdelar. Det är även en större andel av de inrikesfödda barnen som vistas i naturen jämfört med barn som antingen själva är födda utomlands eller vars båda föräldrar är det [113].

Båda dessa exempel på situationen i Göteborg kan tänkas spegla dels barnfamiljernas socioekonomiska position, dels tillgången eller närheten till natur men också hur stadens resurser för att rusta eller rusta upp olika områden är fördelade.

Kopplingen mellan socioekonomi och vistelse i grönområden och natur har sin grund i att socioekonomiskt starka familjer har de resurser som krävs för att ta sig till attraktiva naturområden. De har kläder och utrustning som lämpar sig för utomhusvistelse och i högre grad tillgång till fritidshus och bil, vilket sammantaget främjar ett mer aktivt liv utomhus. Socioekonomiskt starka barnfamiljer kan också tänkas bo i områden som har större tillgång till naturområden som både är attraktiva och trygga, och därmed blir det enklare att vistas i naturen [129, 130].

SKILLNADER I LIVSVILLKOR OCH HÄLSA I GÖTEBORG

Avsnitt 2: Vuxnas livsvillkor

Del 2

Avsnittet innehåller:

- Utbildning
- Ekonomiska förutsättningar
- Delaktighet, sammanhållning och trygghet
- Arbetsliv
- Det sociala trygghetssystemet
- Hälsa och levnadsvanor
- Boende, närmiljö och stödjande miljöer

I detta avsnitt presenteras skillnader i livsvillkor och hälsa för den vuxna befolkningen i yrkesverksam ålder i Göteborg. Stadens skillnader i livsvillkor och hälsa kan tydligt kopplas till den socioekonomiska positionen. Även stadens klara segregering mellan delar av staden och grupper av göteborgare kan spåras i alla avsnitt nedan.

Dessa kopplingar visas genom att utbildningsnivån, de ekonomiska förutsättningarna, sociala relationer, trygghet och tillit presenteras utifrån olika grupper av göteborgare och delar av staden. Kopplingen mellan socioekonomi och segregation syns tydligt när hälsoindikatorerna betraktas och avslutningsvis även när boendeförhållande och närmiljön studeras.

I diagram 28 sammanfattas kopplingen mellan socioekonomisk status och olika indikatorer för livsvillkor. Hög socioekonomisk status (i detta fall medelinkomst) i mellanområdet ger goda livsvillkor och hälsa medan låg socioekonomisk status i mellanområdet ger sämre förutsättningar för befolkningen. Detta visar att socioekonomin, i detta fall mätt med hjälp av medelinkomst, följer skillnaderna i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Samma mönster återkommer löpande i rapporten.



Diagram 28. Samvariation mellan positiva indikatorer (lång eftergymnasial utbildning, valdeltagande, förvärvsfrekvens, god hälsa) och negativa indikatorer (förgymnasial utbildning, lågt socialt kapital, arbetslöshet, nedsatt psykiskt välbefinnande) vid en jämförelse med medelinkomst.

Se fler diagram och korta beskrivningar i särtrycket: Mer om skillnader. Läs mer om detta i bilaga 8, s. 211.

Vuxnas livsvillkor

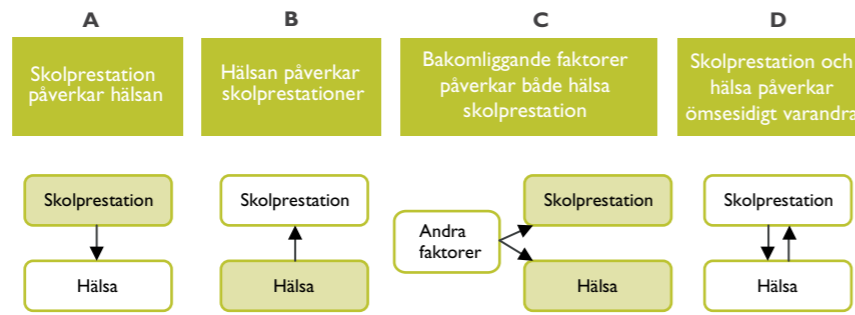
Hälsan ser olika ut mellan grupper i en befolkning och delar av en stad. Fördelningen är ojämlik eftersom vissa grupper och områden har bättre hälsa än andra. Ibland kan det finnas naturliga förklaringar till detta. Ett område med en äldre befolkning har till exempel sannolikt sämre hälsa än ett område med en yngre. I andra fall finns inga sådana förklaringar utan skillnaderna är i högre grad en följd av ojämlika livsvillkor.

Folkhälsomyndigheten [133] beskriver att hälsa har olika dimensioner där en del är den kroppsliga hälsan, vilken beskrivs som att vara frisk eller sjuk. Den andra delen är den mer upplevda hälsan som beskrivs som att må bra eller inte. Den sista delen inbegriper till exempel upplevelsen av att känna livsglädje, ha framtidstro, ha förmåga att hantera vardagens krav, ha ett arbete, känna sig trygg och delaktig samt ha goda relationer till sina medmänniskor. Här följer ett avsnitt som särskilt fokuserar på vuxnas livsvillkor.

Utbildning

Det finns ett starkt samband mellan hälsa och utbildningsnivå. Ett exempel är att utbildningsnivån är starkt förknippad med medellivslängden då längre utbildning innebär högre medellivslängd [41]. Men utbildningsnivån hos föräldrarna ses också som en bakomliggande faktor till barnens medellivslängd. Barn till föräldrar med lång utbildning kommer sannolikt leva längre än barn till föräldrar med kort utbildning [41].

Sambandet mellan hälsa och utbildning är både direkt och indirekt. Högre utbildning ger färre hälsorisker i arbetslivet, ökade möjligheter till bättre jobb, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. En högre utbildning minskar dessutom de fysiska och psykiska riskerna för ohälsa längre fram i livet. Lågutbildade drabbas i högre utsträckning av ohälsa, till exempel i form av värk från rygg, nacke och leder, samt röker mer, är mindre fysiskt aktiva och har oftare sämre kostvanor. De besväras även oftare av ångslan, oro och ångest. Mekanismerna bakom detta är att en högre utbildning rustar människor att tillgodogöra sig information, omsätta den till handling och enklare göra hälsosamma val. Samtidigt finns det i högre utsträckning ett ekonomiskt utrymme att upprätthålla dessa vanor. Sambandet mellan hälsa och utbildning är således dubbelriktat eftersom högre utbildning ger bättre hälsa, och bra hälsa ger förutsättningar att tillägna sig högre utbildning. Däremot är det oklart vad som är orsak och verkan, vilket illustreras i figur 21 och de alternativa förklaringarna A–D. Klart är dock att utbildning ger individen ett antal samhälleliga fördelar som kan förväntas ge bättre hälsa [40].



Figur 21. Möjliga relationer mellan hälsa och skolprestationer. Återgiven från rapporten Kunskap om hälsa och lärande: En översikt av ett forskningsfält under utveckling [79, s. 18].

I Stora Sigfridsplan är andelen 4 gånger högre jämfört med Norra Angered



Figur 22. Skillnad i andel vuxna (25-64 år) med eftergymnasial utbildningsnivå (>3 år) för mellanområdet med högsta respektive lägsta värde [105].

I Göteborg, precis som i landet i övrigt, har utbildningsnivån för dem mellan 25 och 64 år stigit över tid. Detta samtidigt som andelen i befolkningen med hög utbildningsnivå varierar kraftigt mellan stadens mellanområden (diagram 29). Andelen vuxna med en eftergymnasial utbildning (minst tre år eller längre) är drygt 4 gånger högre i mellanområdet Stora Sigfridsplan (51 %) än i Norra Angered (12 %). Skillnaden mellan dessa områden uppgår till 39 procentenheter [105]. Det förekommer även stora skillnader i utbildningsnivå sett till mellanområden inom stadsdelar. I Askim-Frölunda-Högsbo skiljer det 27 procentenheter mellan stadsdelens mellanområden, medan det endast skiljer 7 procentenheter mellan stadsdelen Centrums mellanområden.

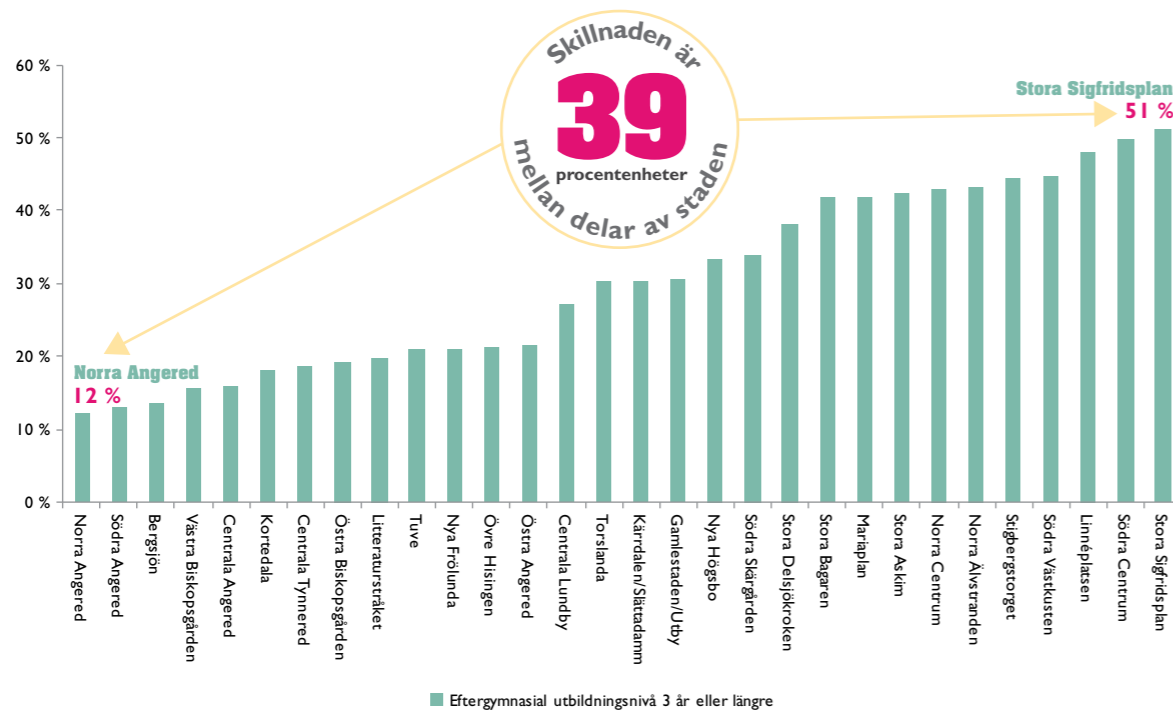


Diagram 29. Andel (%) med en eftergymnasial utbildningsnivå om tre år eller längre (25-64 år), uppdelat efter mellanområde (2012) [105].

När utvecklingen studeras över tid (diagram 30⁴¹) förefaller skillnaderna mellan områdena ha minskat sedan 1992. Särskilt positivt är att i de primärområden⁴² som hade lägst andel med eftergymnasial utbildningsnivå 1992 ökade andelen med eftergymnasial utbildning markant fram till 2012. Skillnaderna är dock fortfarande stora i staden. För att Göteborg ska bli mer socialt hållbart bör utbildningsklyftan överbryggas.

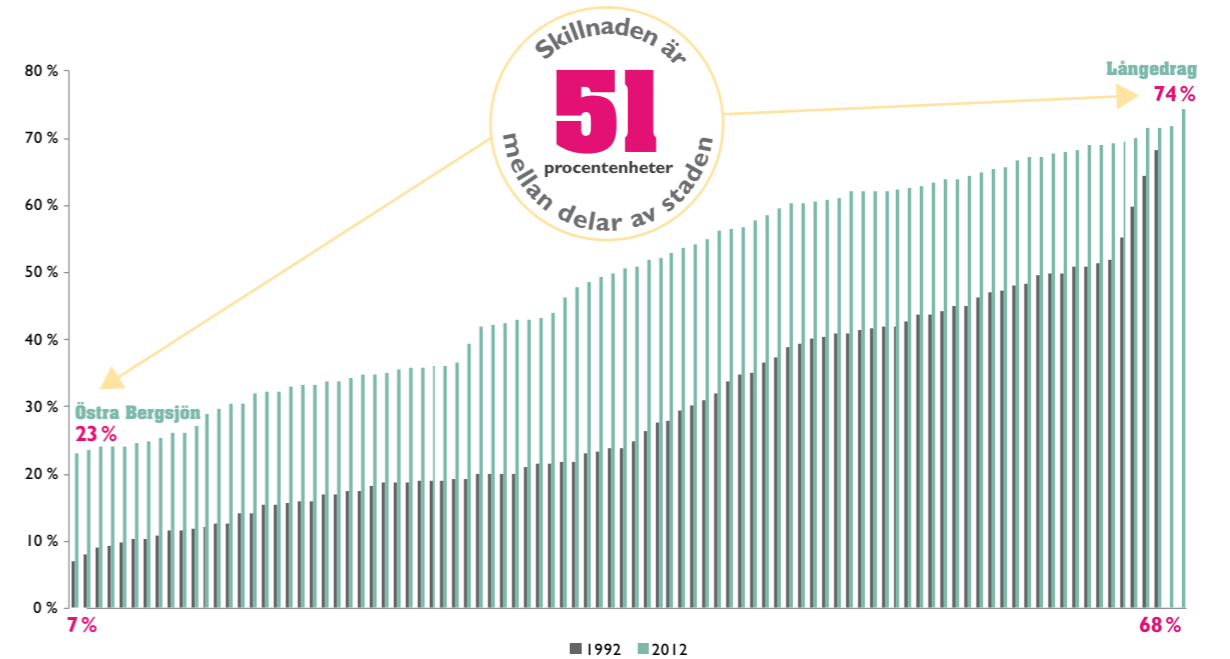


Diagram 30. Jämförelse mellan 1992 och 2012 gällande andel (%) vuxna (25-64 år) med eftergymnasial utbildningsnivå, på en termin eller längre, uppdelat efter primärområden (2012) [105]. Observera olika antal primärområden för 1992 (94) och 2012 (96), vilket leder till en förskjutning åt höger i diagrammet för 2012. Vissa primärområden är även borttagna på grund av för få observationer, till exempel Högsbo och Arendal, eftersom det inte går att dra några slutsatser utifrån ett så litet material.

Ekonomiska förutsättningar

De ekonomiska resurserna är för individen både ett mått på social position och en tydlig bestämningsfaktor för hälsan eftersom löpande inkomster och ekonomiska tillgångar är centralt för hälsan [134].

Ekonomiska resurser fungerar också som en övergripande bestämningsfaktor för alla andra faktorer som påverkar hälsan eftersom de andra faktorerna i sin tur påverkas av de ekonomiska förhållanden vi lever under [134]. Det är väl kartlagt att det finns en tydlig koppling mellan låg inkomst och dålig hälsa för både individer, grupper och länder [15, 16, 17]. Det beror på att människor med högre inkomst har mer resurser för att kunna påverka sina liv och sin hälsa. Det ger dem möjligheter att kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor och levnadsvanor. Att studera de ekonomiska levnadsförhållandena ger därför en snabb och tydlig bild av livsvillkoren som helhet och av hälsoskillnaderna i befolkningen.

I Långedrag är andelen 3 gånger högre än i Östra Bergsjön



Figur 23. Skillnad i andel vuxna (25-64 år) med eftergymnasial utbildningsnivå (>1 termin) 2012 mellan primärområdet med högsta respektive lägsta värdet [105].

Förutom att ekonomiska resurser kan kopplas samman med hälsa har forskningen också visat att ekonomiska resurser eller utbildning även är en indikator på social position [40]. Tidigare i rapporten har det konstaterats att den sociala positionen har en kraftig inverkan på hälsan (se s. 24). Den sociala gradienten är inte enbart ett resultat av människors absoluta levnadsvillkor utan också ett resultat av de relativa villkoren. Det vill säga var i samhällets sociala hierarki en person befinner sig påverkar hälsan. På befolkningsnivå har därför en negativ koppling mellan stor inkomstspridning och god hälsa kunnat observeras [40]. Med anledning av detta är det både intressant att studera de ekonomiska resurserna i form av inkomst men också i form av inkomstspridning. Det vill säga både absoluta och relativa mått är intressanta eftersom de påverkar hälsan, folkhälsan och samhällets sammanhållning.

Inkomstskillnader

Förutom inkomstnivån har även inkomstspridningen betydelse för hälso-utvecklingen i ett samhälle [39]. Ju större inkomstspridning, desto sämre är allas hälsa oberoende av inkomst. Psykisk och fysisk hälsa, kriminalitet, användandet av droger, skolprestationer, fetma och tonårsgraviditeter påverkas inte av hur rikt ett samhälle är, utan av hur jämlikt det är [39, 40, 42, 135]. Skillnader i inkomstspridning har samtidigt genom forskning påvisats ha en negativ inverkan på samhällets sammanhållning och befolkningens hälsa [39]. Sammantaget betyder detta att det inte bara är människors absoluta livsvillkor som påverkar hälsan. Även de relativa villkoren har betydelse. Med de relativa villkoren menas vilken social position vi har i samhället eller var vi befinner oss längs den sociala gradienten i förhållande till alla andra påverkar oss och vår hälsa [42, 135, 40, 39]. Utifrån detta ses inkomstskillnader som en markör på ojämlikhet och en ojämlik fördelning av varor och tjänster i ett samhälle eller land [136].

OECD menar att ekonomisk tillväxt är av vikt för individers välbefinnande. Men hur denna tillväxt sker, vilka inkomstgrupper som till exempel drar mest nytta av tillväxten, har betydelse för hur inkomstskillnaderna utvecklas [47]. Inkomstspridningen har i sin tur betydelse för hälsoutvecklingen och för hur skillnaderna i hälsa i befolkningen utvecklas. Ju större inkomstspridning, desto sämre är hälsan för alla oberoende av inkomst [40]. Internationella sammanställningar och forskning på området har visat att länder med små skillnader i inkomst också har mindre skillnader i hälsa, men också att hälsan där generellt är bättre än i länder med stor inkomstspridning [39]. Samtidigt visar vissa forskningsresultat att vad som kan uppfattas som rimliga inkomstskillnader kan vara något positivt, medan oskäligen, strukturella och framför allt stora inkomstskillnader kan leda till social nedbrytning och sämre hälsa i samhället [135].

Inkomstspridningen både ökar och minskar

Hur inkomstspridningen mäts, under vilken tidsperiod och var olika gränsvärden sätts påverkar vilka slutsatser som dras av statistiken. Den allmänna bilden tycks dock vara att inkomstspridningen har ökat i Sverige sedan 1990. Det är en bild som framhålls bland annat i 2010 års ekonomiska

vårproposition och av SCB samt Folkhälsomyndigheten [40, 137, 138, 139]. Synen på om ökningstakten är liten eller stor tycks dock vara delad. Många menar emellertid att om man ser till hela perioden från början av 1990-talet har det skett en långsam ökning av hushållens disponibla inkomster [137, 40].

Resultatet av den ökade inkomstspridningen är ett ökat relativt avstånd mellan de högsta och lägsta inkomsterna. Under den första delen av perioden, från början av 1990-talet fram till 2010, berodde den ökade spridningen på ökade inkomster för dem i de högsta inkomstskikten och under periodens andra hälft var orsaken en minskning av de lägsta inkomsterna. Det vill säga att en ökad lönespridning var en orsak. I slutet av perioden tillkom att skatterna blev mindre inkomstutjämnande och att kapitalvinster andelen av inkomsterna ökade [137]. Den ekonomiska segregationen kan därför ses öka i långsam takt [40]. Finanskrisen 2008 gav däremot en tillfällig minskning eftersom den särskilt inverkad negativt för dem med högst respektive lägst inkomster. De med högst inkomster förlorade främst i kapitalvinster och de med lägst inkomster förlorade i arbetsinkomst. Dock återhämtar sig personer i de övre skikten av inkomstfördelningen ofta snabbare än de i de lägre skikten [137, 40].

I Göteborg ger inkomstspridningen mätt med sammanräknad förvärvsinkomst⁴³ mellan den tiondel som har högst inkomst jämfört med den tiondel som har lägst en skillnad på 403 000 kronor⁴⁴. Den sammanräknade förvärvsinkomsten för den tiondel som tjänade mest var 438 655 kronor och för den tiondel som tjänade minst 36 005 kronor [105].

Enligt SCB:s statistik var de svenska inkomstskillnaderna som allra högst 2007 sedan SCB började mäta 1975 [139, 140, 40]. Detta tillsammans med den tillfälliga minskningen 2008 gör att om en kortare tidsperiod studeras kan andra slutsatser dras till skillnad mot om hela perioden från början av 1990-talet studeras.

Om ett internationellt perspektiv läggs till kan även i detta fall slutsatserna bli olika. Sverige är enligt OECD ett av de länder i världen som traditionellt har små inkomstklyftor men där ökningstakten mellan 1991 och 2010 när det gäller skillnader i disponibel inkomst är bland de högre inom OECD [47]. Här kan man alltså välja att fokusera på att det i Sverige är små skillnader i jämförelse med många andra länder eller lägga fokus på att de svenska skillnaderna ökar snabbare än i många andra länder. I en analys av situationen bör hänsyn tas till båda dessa perspektiv. I Sverige finns en lång tradition av utjämnande transfereringar mellan olika befolkningsgrupper. Höginkomsttagare betalar en större andel till det gemensamma transfereringssystemet och låginkomsttagare är i större utsträckning mottagare av sådana transfereringar. Till det internationella perspektivet ska därför tilläggas att de studier som jämför ekonomisk utsatthet, såväl med som utan offentliga transfereringar, visar att Sverige skulle ligga på en relativt hög fattighetsnivå utan det svenska transfereringssystemet. År 2007 hade inkomstfattigdomen hamnat på 28 procent vilket är över genomsnittet för

43 Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från försäkringskassan.

44 Utträket baseras på de som är 20 år eller äldre och som varit folkbokförda i Sverige både 2012-01-01 och 2012-12-31.

EU-15 och EU-27⁴⁵. Medan situationen i Sverige blir en helt annan efter transfereringarna då inkomstfattigdomen låg på 11 procent [141].

Studier som enbart undersöker huruvida inkomsterna ökar eller inte visar att under 2000-talet ökade inkomsterna över lag i Sverige. Samtidigt har inkomtskillnaderna ökat, då höginkomsttagarna ökade sina inkomster mer än de med låga inkomster [40, 46].

Diskussionen om de svenska inkomtskillnader bör inte handla om skillnaderna existerar eller inte utan snarare vad de bidrar till. Även om många menar att stora inkomtskillnader kan kopplas till sämre hälsa, mer kriminalitet och sämre utbildning menar andra att Sverige fortfarande är ett jämlikt samhälle jämfört med många andra länder och att större skillnader till och med kan vara en drivkraft i samhället och för individer [26]. Sverige placerar sig till exempel fortfarande högt på de flesta internationella rankingar för välstånd, hälsa, trygghet, demokrati, förtroende för det politiska systemet, utbildning och individuell frihet [26]. Samtidigt konstaterar OECD att även om Sverige startade på en nivå med små skillnader menar de att den kraftiga förändringen till det sämre är oroväckande [142].

Inkomtskillnaderna ökar oberoende av gränsdragning

Det finns olika sätt att beskriva inkomstökning och inkomstspridning. Skillnaden beror på hur inkomstspridningen mäts, under vilken tidsperiod och var olika gränsvärden sätts. Inkomstspridning mäts genom att gränsvärden definieras för vad som utgör låg- och höginkomsttagare och att dessa grupper jämförs med varandra. En vanlig gränsdragning är att definiera de 10 procent som tjänar minst som låginkomsttagare och de 10 procent som tjänar mest som höginkomsttagare. I andra fall väljer man att göra samma gränsdragning, men sätta gränsvärdet vid 30 procent. Beroende på gränsdragning blir bilden av inkomstspridningen och utvecklingen olika.

För hela perioden (1991-2012) verkar det som att alla svenskar fått det ekonomiskt bättre, oavsett indelning (10 eller 30 procent). Dock har de som har det allra sämst inte fått en lika god utveckling som övriga i befolkningen. Inkomtskillnaderna ökade därigenom mellan 1991 och 2012 oavsett om gränsen drogs vid 10 eller 30 procent. Skillnaderna är däremot inte lika tydliga om gränsen dras vid 30 som vid 10 procent. Även OECD anser att det är problematiskt att inkomtskillnader mäts på olika sätt och att det försvårar den allmänna debatten om skillnaderna ökar eller minskar. Organisationen menar dock att oavsett gränsdragning kvarstår dock faktum att över tid har skillnaderna inom OECD-länderna ökat, om än lite men fortfarande signifikant och märkbart för respektive land [47].

45 EU-15 hänvisar till EU:s medlemsländer fram till 2003. EU-27 refererar till medlemsländer fram till 2007.

Medelinkomst

I detta avsnitt beskrivs inkomtskillnaderna med hjälp av medelinkomst⁴⁶ som i sin tur är en sammanräkning av förvärvsinkomst. Ofta mäts dock skillnader i en befolknings ekonomiska levnadsförhållanden med disponibel inkomst⁴⁷ men utifrån rådande statistiska förutsättningar har istället förvärvsinkomst valts som indikator (se s. 188). Detta bidrar till att medelinkomst som baseras på förvärvsinkomst mer avspeglar situationen på arbetsmarknaden än vad disponibel inkomst hade gjort. Medelinkomsten visar också hur situationen ser ut i Göteborg om det sociala skyddsnetet i form av transfereringar som arbetslöshetsersättning, bostadsbidrag och ekonomiskt bistånd räknas bort. Viktigt att ha i åtanke att valet av mått påverkar resultaten.

Generellt har människor med låga inkomster sämre hälsa och sambandet är både komplext och dubbelriktat. Om alla faktorer som påverkar hälsan läggs i en lång kedja av händelser då hamnar inkomst i slutet av den kedjan. Inkomsten speglar nämligen effekten av den sociala positionen under uppväxten men också utbildning och yrkesposition (läs mer på s. 112). Eftersom kopplingen mellan hälsa och inkomst går åt båda hållen kan även ett sämre hälsotillstånd leda till sämre ekonomiska förhållanden. Sammanfattat gör låga inkomster individen mer utsatt för och sårbar för hälsorisker [136].

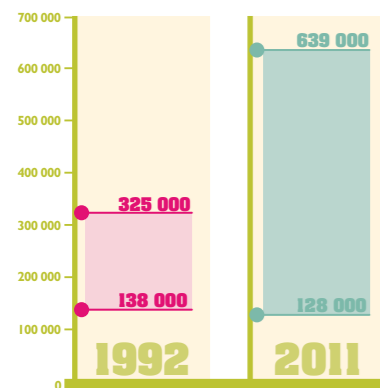
Av diagram 31 framgår att skillnaderna i inkomst (före sociala transfereringar) har ökat kraftigt i Göteborg sedan 1992. Det framgår också att samtidigt som medelinkomsten ökat i de flesta primärområdena, har den faktiskt minskat i de områden där den ligger allra lägst [105]. En orsak till detta ligger i den ökade arbetslösheten som ger lägre inkomster. Samtidigt bidrar det svenska skyddsnetet med socialförsäkringar till att den ekonomiska situationen som människor faktiskt lever under inte har försämrats i samma utsträckning som utvecklingen av medelinkomst baserad på förvärvsinkomst visar. Av diagram 31 framgår att skillnaderna i medelinkomst har ökat över tid. Orsakerna till detta bör utredas vidare.

Antagandet att skillnaderna i inkomst har betydelse för Göteborg grundas i den internationella forskningen på området. Den visar att ett samhälle med ökande inkomtskillnader också är ett samhälle med stora sociala skillnader och stora skillnader i livsvillkor [39, 15, 16].

Medelinkomsten baserad på förvärvsinkomst i primärområdet med högst inkomster har ökat med 314 000 kronor mellan 1992 och 2011 (före sociala transfereringar). I primärområdena med lägst medelinkomster har medelinkomsten däremot minskat med 10 000 kronor under perioden. Skillnaderna i medelinkomst kan sammanfattas genom att konstatera att 1992 var medelinkomsten i Hjällbo 43 procent av medelinkomsten i

46 I medelinkomst ingår sammanräknad förvärvsinkomst som består av löneinkomst, inkomst av näringsverksamhet och skattepliktiga transfereringar. Det sistnämnda är sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning, föräldrapenning, pension och a-kassa – det vill säga sådana transfereringar, som beror på en arbetsinkomst. Sammanräknad förvärvsinkomst redovisas brutto och i allmänhet för hela befolkningen, det vill säga även de personer som har 0 kronor i inkomst (nollinkomsttagare) ingår. Däremot ingår inte obeskattade transfereringar, exempelvis barnbidrag och försörjningsstöd.

47 Disponibel inkomst är de inkomster som återstår när skatter och avgifter är betalda, det vill säga hur mycket en person har kvar att konsumera eller spara. Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga inkomster plus transfereringar minus slutlig skatt. Disponibel inkomst är alltså vad ett hushåll har kvar efter att skatter har dragits från förvärvsinkomst och eventuella bistånd har mottagits. Det betyder att förvärvsinkomsten utgör en del av den disponibla inkomsten.



Figur 24. Skillnad i medelinkomst mellan 1992–2011 för primärområdet med högsta respektive lägsta värde [105].

Långedrag. År 2011 var motsvarande siffra 20 procent. Mellan dessa år hade även området som hade stadens lägsta medelinkomst bytts från Hjällbo till Östra Bergsjön. Det betyder att 1992 var skillnaden mer än dubbelt så stor i primärområdet med högst medelinkomst jämfört med primärområdet som hade lägst. Nästan 20 år senare var skillnaden lite mer än 5 gånger så stor [105]. Samtidigt är det inte nödvändigtvis samma människor som befolkade dessa primärområden 1992 som 2011. Dock tycks vissa strukturella mönster kvarstå över tid, det vill säga att samma primärområden ligger lågt och betydligt lägre än staden i övrigt medan andra områden ligger högt.

Inkomstskillnaderna visar också att i vissa delar av staden hade vissa individer eller familjer kunnat försörja flera andra göteborgare med sin förvärvsinkomst. Det motsatta finns i andra delar av staden där det inte ens går att försörja sig själv på sin inkomst utan att samhällets utjämningsystem, i form av till exempel bostadsbidrag och försörjningsstöd, måste sättas in som komplement. Det ska också sägas att utan den svenska välfärdens utjämningsystem hade skillnaderna i Göteborg varit ännu större och fått ännu större konsekvenser. Det är ett utvecklingsområde att framöver också kunna göra beskrivningar utifrån måttet disponibel inkomst, då detta skulle ge en mer fördjupad bild över de ekonomiska villkor människor i staden lever under. Då kan eventuellt även hushåll jämföras med varandra (till skillnad från dagens jämförelse mellan primärområden) på ett sätt som i dag inte är görbart ur ett statistiskt perspektiv. Avslutningsvis ska det tilläggas att förutom att inkomstklyftorna (diagram 31) över tid har ökat har utbildningsklyftorna (diagram 30, s. 91) samtidigt minskat i Göteborg.

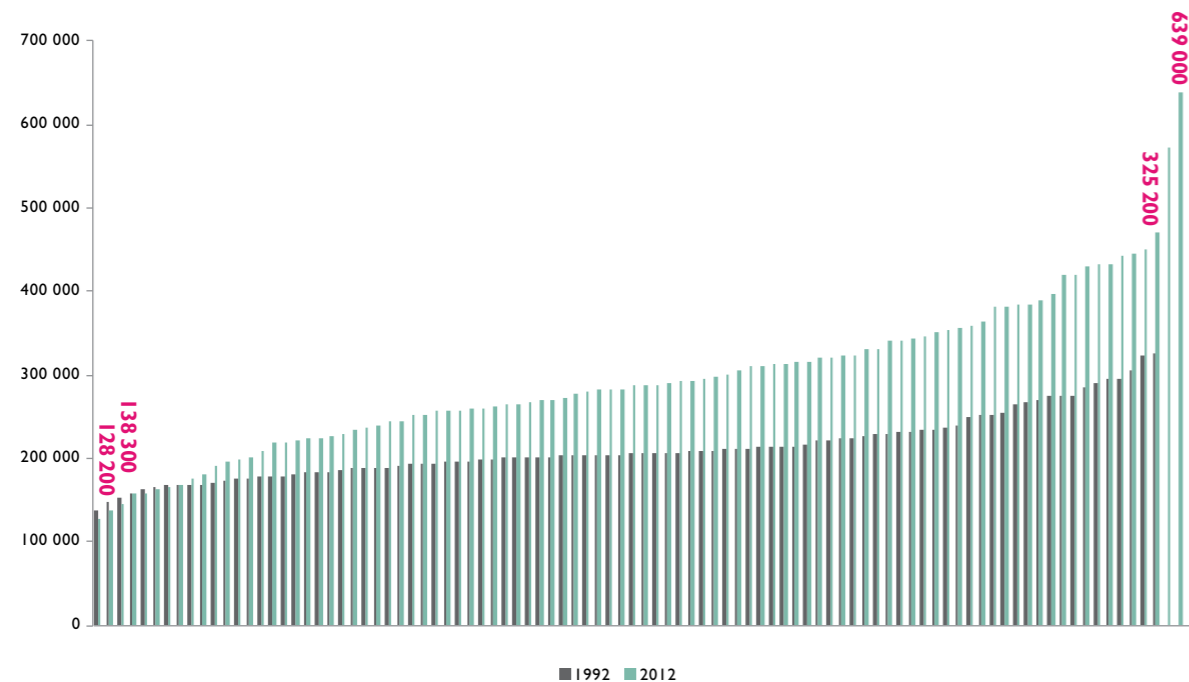


Diagram 31. Jämförelse över tid i medelinkomsten oavsett kön (25–64 år), uppdelat efter primärområden och enligt 2011 års penningvärde [105]. Observera olika antal primärområden för år 1992 (94) och år 2011 (96), vilket ger år 2011 en förskjutning åt höger i diagrammet. Vissa primärområden är även borttagna på grund av för få observationer, till exempel Högsbo och Arendal, eftersom det då inte går att dra några slutsatser utifrån ett så litet material.

När inkomstklyftor diskuteras måste även faktorer som flyttmönster och omsättningstakt i områden inkluderas i en analys. Detta gäller för alla sammanhang där geografiska områden studeras över tid. Ett antal frågor aktualiseras: Är det de som tjänar mer eller mindre i ett område som flyttar och vart flyttar de i så fall? Flyttar de inom området eller till andra socioekonomiskt likvärdiga områden? Har flyttmönstren och omsättningstakten förändrats sedan 1991 eller är de relativt konstanta? Om omsättningstakten och flyttmönster hade haft så stor påverkan att det hade kunnat ifrågasätta tillförlitligheten i de växande inkomstklyftorna, hade vi då inte sett en mer blandad stad än vad som är fallet i dag?

Hela förklaringen till stora skillnader i inkomst mellan områden kan knappast tillskrivas flyttmönster, men det är en faktor som behöver studeras vidare. En tendens kan dock urskiljas och den tyder på att det sker en omflyttning mellan stadsdelarna i nordost och på Hisingen och en annan mellan de mer centrala stadsdelarna. Det skulle kunna tolkas som att trots omflyttningar bibehålls stadens ekonomiska segregation. Kunskapen kring dessa mönster är ett utvecklingsområde för staden.

Medianinkomst

För att även synliggöra de ekonomiska förhållanden utan påverkan av ett fåtal individer som har väldigt höga respektive låga förvärvsinkomster redovisas här även medianinkomsten⁴⁸. Även medianinkomsten baseras på förvärvsinkomst, vilket betyder att de sociala transfereringarna inte är medtagna och att en tydlig koppling finns till arbetsmarknaden och arbetslösheten i befolkningen.

Skillnaderna i staden är inte lika påtagliga när medianinkomsten undersöks, även om de fortfarande är markanta. I Långedrag påträffas den högsta medianinkomsten i staden på 425 000 kronor (jämfört med 639 000 kronor i medelinkomst). Den lägsta medianinkomsten är 103 000 kronor (jämfört med 128 000 kronor i medelinkomst) och återfinns i Östra Bergsjön. Skillnaden i medianinkomst mellan Östra Bergsjön och Långedrag är alltså 322 000 kronor. Denna skillnad går också att beskrivas som att medianinkomsten i Östra Bergsjön är 24 procent av medianinkomsten i Långedrag. Precis som för medelinkomsten är även medianinkomsten i Göteborg som lägst i Östra Bergsjön [105].

Vid jämförelse över tid syns även att skillnaderna i medianinkomst (se bilaga 8, s. 211) mellan stadens primärområden har ökat sedan 2007. Medianinkomsterna har ökat mer i de områden som redan hade höga inkomster. Däremot har medianinkomsten blivit lägre i de områden som redan 2007 var mest ekonomiskt utsatta i staden. År 2007 var skillnaden 276 705 kronor mellan Östra Bergsjön och Långedrag, som representerar stadens två ytterligheter. 2011 hade skillnaden ökat och uppgick nu till 322 655 kronor [105].

⁴⁸ Medianinkomst är den lön som ligger i mitten om alla löner radas upp i en lång lista. Det betyder att det är lika många som tjänar mer respektive mindre än medianinkomsten. Medianen kan i vissa fall ge en bättre bild av vad som är "normalt" än vad ett medelvärde kan, speciellt om man har ett fåtal mätvärden som kraftigt avviker från de andra.

Som medelinkomsten i diagram 31 visar kan en likvärdig förändring över tid, med ökade skillnader, därmed även ses när medianinkomsten studeras. Sammantaget bekräftar medianinkomsten statistiken för medelinkomst, det vill säga att det finns stora ekonomiska skillnader i Göteborg oavsett vilket mått på inkomstskillnader som används.

Inkomstskillnader mellan kvinnor och män

Inkomstskillnader finns inte bara mellan låg- och höginkomsttagare och mellan olika delar av staden utan också mellan könen. Skillnaden i medelinkomst 2011 bland kvinnor i Göteborg, mellan det primärområde som hade den högsta respektive lägsta medelinkomsten, var 251 700 kronor. Det är kvinnorna i Långedrag som tjänar mest och kvinnorna i Östra Bergsjön som tjänar minst. Vid en jämförelse av männens medelinkomster uppgår skillnaden till anmärkningsvärda 580 100 kronor. Det är samma områden som för kvinnorna som utgör ytterligheterna. Skillnaden i medelinkomst för män i Göteborg kan också beskrivas genom att männens medelinkomst i Östra Bergsjön är 19 procent av männens inkomst i Långedrag. Motsvarande uppgifter för kvinnorna är 29 procent [105].

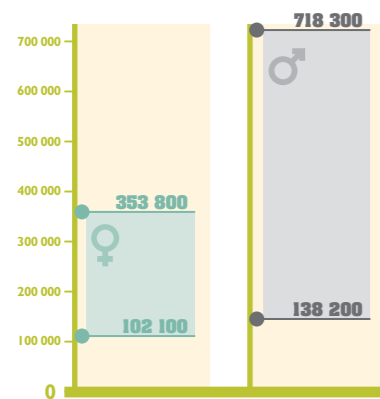
Ett enklare sätt att jämföra mäns och kvinnors inkomster är att se till kvinnornas inkomster i förhållande till männens. Störst skillnad är det i primärområdet Hovås, där kvinnornas medelinkomst är 47 procent av männens inkomst. Minst är skillnaden i Stigberget, där kvinnorna har 87 procent av männens medelinkomst [105]. En högre procentsats betyder i detta fall mer jämställda inkomster.

Kontantmarginal

Ytterligare ett sätt att beskriva de ekonomiska förhållandena i Göteborg är att använda kontantmarginal som mått. Forskningen visar att brist på kontantmarginal⁴⁹ har betydelse både för hälsan och för individens och familjens möjligheter att kontrollera och medvetet styra sina liv [40].

Det finns en tydlig koppling mellan utbildningsnivå och att sakna kontantmarginal (diagram 33). Det är 3 gånger högre andel som i Göteborg saknar ett ekonomiskt utrymme för oförutsedda utgifter bland de som har kort utbildning än bland de med lång utbildning. Det skiljer nästan 22 procentenheter mellan de båda grupperna. Skillnaderna är också mer eller mindre bestående över tid (diagram 33) [106]. Eftersom inkomst och utbildningsnivå hänger samman är det föga förvånande att de med kort utbildning i högre grad saknar kontantmarginal. Intressant här är i stället hur stora skillnaderna är.

I Göteborg saknar 33 procent av alla vuxna med kort utbildning kontantmarginal. Inom ramen för stadens arbete med att minska skillnader i livsvillkor och hälsa, vore det intressant att undersöka vad detta får för konsekvenser för staden som helhet.



Skillnaden mellan delar av staden är 251 700 kronor för kvinnor och 580 100 kronor för män.

Figur 25. Skillnad i kvinnors respektive mäns (20 år +) medelinkomster mellan primärområdet med högsta och lägsta medelinkomsten 2011 [105].

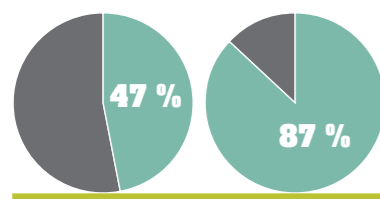


Diagram 32. Kvinnornas medelinkomst av männens medelinkomst i mellanområdet med störst skillnader (till vänster) och minst skillnader (till höger) mellan könen (2011) [105].

⁴⁹ Kontantmarginal är möjligheten att inom en vecka skaffa fram 14 000-15 000 kronor till en oförutsedd utgift. Summan har varierat över tid i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på Lika Villkor.

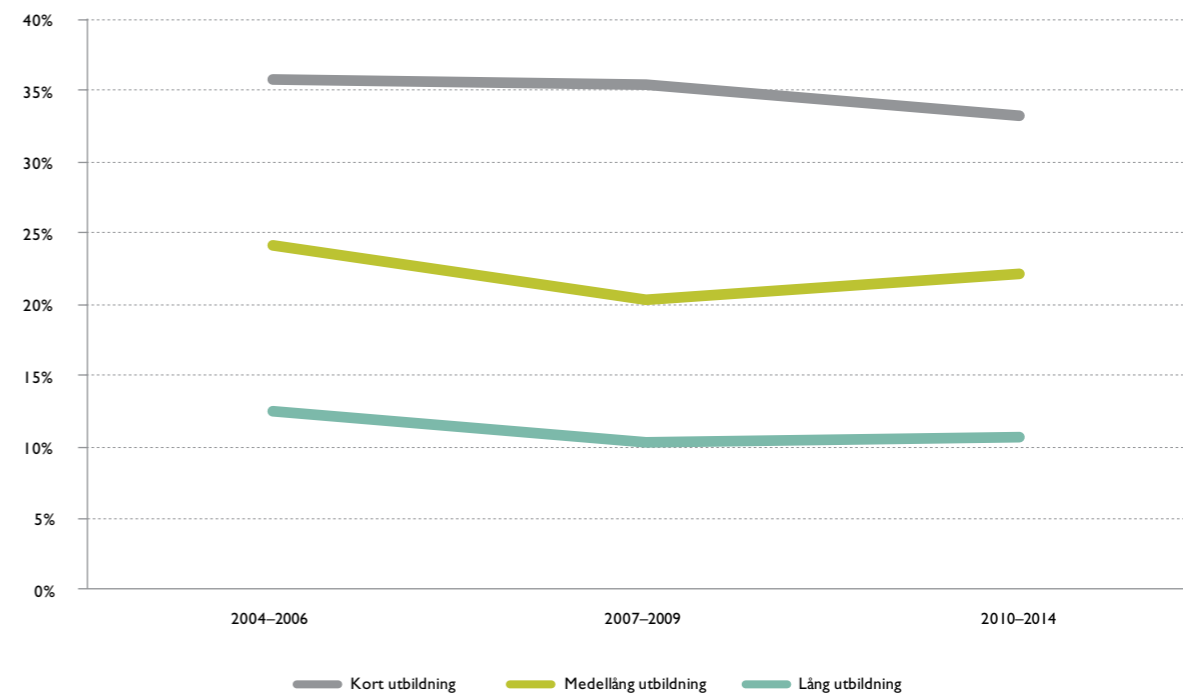


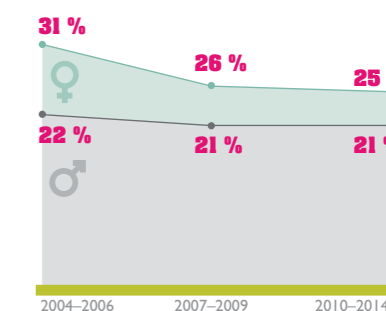
Diagram 33. Jämförelse över tid av andel (%) vuxna (30–64 år) som saknar kontantmarginal, uppdelat efter utbildningsnivå (2004–2014) [106].

Sedan 2004 har skillnaderna mellan kvinnor och män minskat vad gäller andel som saknar kontantmarginal (figur 27). I början av perioden (2004–2006) hade 22 procent av männen i Göteborg ingen kontantmarginal, medan motsvarande andel för kvinnor var 31 procent. Åren 2010–2014 var andelen 21 respektive 25 procent. Det kvarstår alltså fortfarande skillnader mellan könen men skillnaderna har minskat [106].

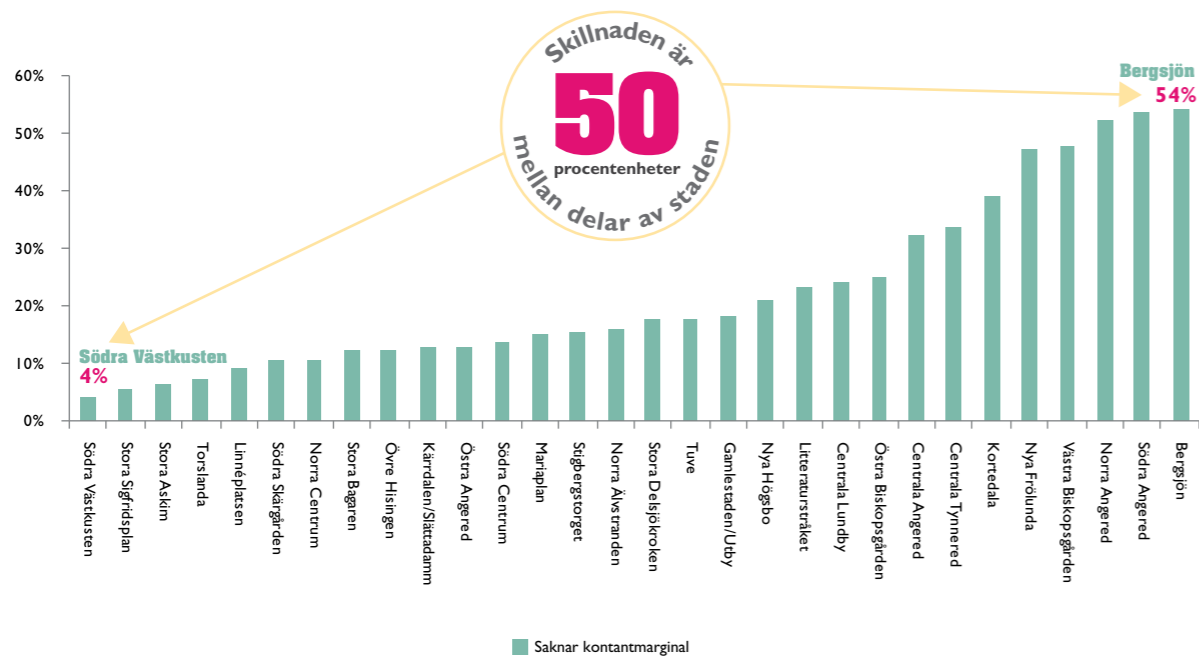
Även när den geografiska nivån studeras är skillnaderna påfallande. Statistiken för 2006–2014 visar att det är 13,5 gånger högre andel som saknar kontantmarginal i mellanområdet Bergsjön än i Södra Västkusten (diagram 34). Det är 54 procent av den vuxna befolkningen i Bergsjön som saknar kontantmarginal jämfört med 4 procent i Södra Västkustens mellanområde. Det ger en skillnad på 50 procentenheter mellan delar av Göteborgs Stad [106].



Figur 26. Skillnad mellan de (30–64 år) som saknar kontantmarginal för de med låg respektive hög utbildningsnivå (2010–2014) [106].



Figur 27. Andel (%) kvinnor respektive män (18–84 år) som saknar kontantmarginal [106].



■ Saknar kontantmarginal

Diagram 34. Andel (%) av befolkningen (30–64 år) som saknar kontantmarginal, uppdelat efter mellanområde [106].

I Bergsjön är andelen 13,5 gånger högre jämfört med Södra Västkusten

Figur 28. Skillnad i andel vuxna (30–64 år) mellan mellanområdet med högsta respektive lägsta andelen som saknar kontantmarginal [106].

För att se hur skillnaderna har utvecklats över tid studeras befolkningen (30–64 år) på stadsdelsnivå. Skillnader i andel som saknar kontantmarginal har sedan 2004 ökat i Göteborg. I diagram 35 syns tydliga ekonomiska skillnader inom staden. Det är ett betydande avstånd i diagrammet mellan stadsdelarna Angered och Östra Göteborg jämfört med stadens övriga stadsdelar. Hälften av stadens stadsdelar har legat relativt still i utvecklingen sedan 2004 medan andra hälften av stadens delar har sett en positiv utveckling med en mindre andel av befolkningen som saknar kontantmarginal nu jämfört med 2004. Särskilt tydlig är denna förbättring i stadsdelen Västra Hisingen som gått från 31 till 25 procent, följt av Lundby och Centrum där andel som saknar kontantmarginal har minskat med 8 procentenheter [106].

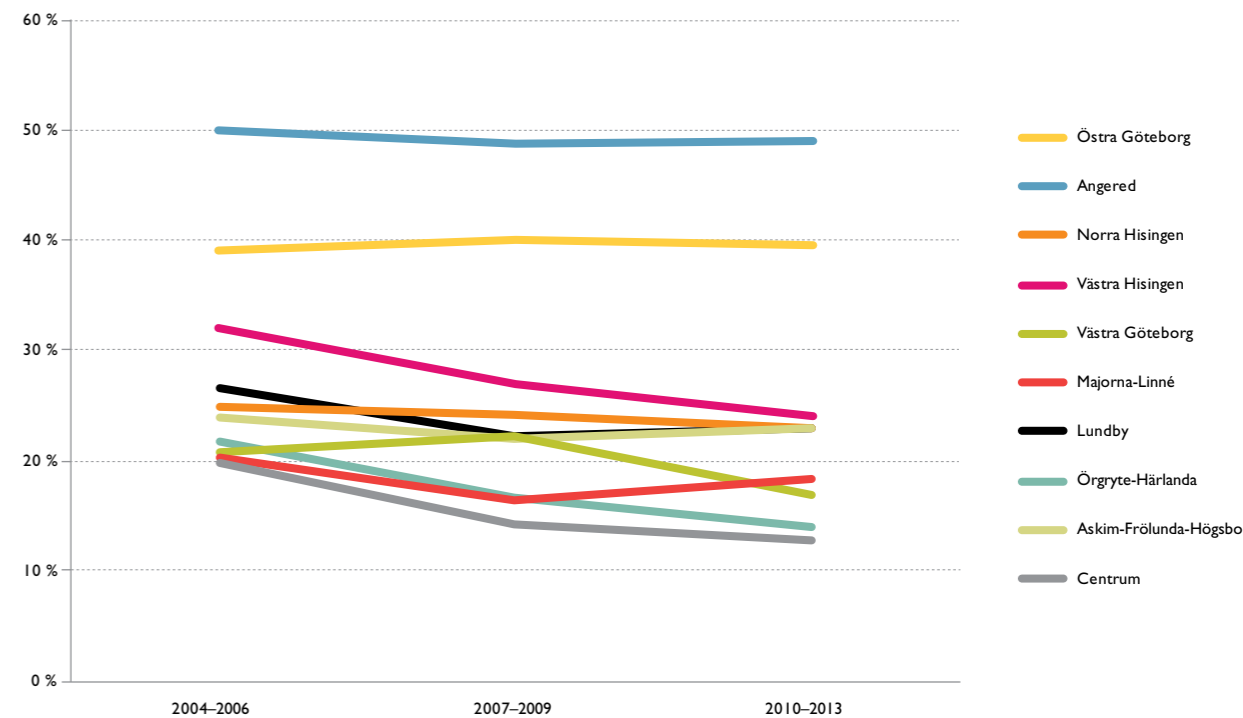


Diagram 35. Andel (%) av befolkningen (16–84 år) som saknar kontantmarginal, det vill säga förmåga att på en vecka kunna skaffa fram 15 000 kronor till en oförutsedd händelse (2004–2014) [106].

Koppling mellan ekonomi och socialt stöd, tillit och socialt aktivt liv

Ett annat mått på de ekonomiska villkoren är ekonomisk stress, vilket betyder att det vid ett eller flera tillfällen under det gångna året har funnits problem med löpande utgifter för exempelvis mat och hyra och räkningar med mera. En sådan situation ger känslan av bristande kontroll över sitt liv och möjligheterna att välja det hälsosamma försvåras. Forskningen är tydlig på området att personer med låg socioekonomisk position utsätts för fler ogynnsamma och stressande sammanhang än övriga befolkningen [28].

Ett sätt att visa på kopplingen mellan ekonomi och hälsa är att studera några centrala aspekter för hälsan och hur vanligt det är att också uppleva ekonomisk stress (diagram 36). Diagrammet visar att av dem som har låg tillit till andra människor, saknar emotionellt stöd, saknar praktiskt stöd från sin omgivning och upplever otrygghet samt är socialt isolerade är det en hög andel som vid ett eller ett flertal tillfällen under året också haft problem med de löpande utgifterna för mat, hyra och räkningar. Statistiken visar också att 40 procent av göteborgarna mellan 30 och 64 år som har ett nedsatt psykiskt välbefinnande också har problem med de löpande utgifterna. För de vuxna som däremot upplever att de kan lita på andra (15 %), har emotionellt stöd (18 %), har praktiskt stöd (14 %) eller är trygga (17 %) har lägre andel haft problem vid ett eller flertal tillfällen med de löpande utgifterna under det senaste året jämfört med dem som redovisas i (diagram 36) [106].

I Göteborg har 40 procent av förtids-/sjukpensionärer, 46 procent av de i arbetsmarknadsåtgärder, 48 procent av de arbetslösa och 49 procent av de långtidssjukskrivna mellan 30 och 64 år upplevt ekonomisk stress vid ett

eller ett flertal tillfällen under det senaste året. Majoriteten har däremot inte upplevt denna stress [106].

Utifrån detta kan antas att hälsosituationen är sämre för dessa grupper jämfört med resten av befolkningen.

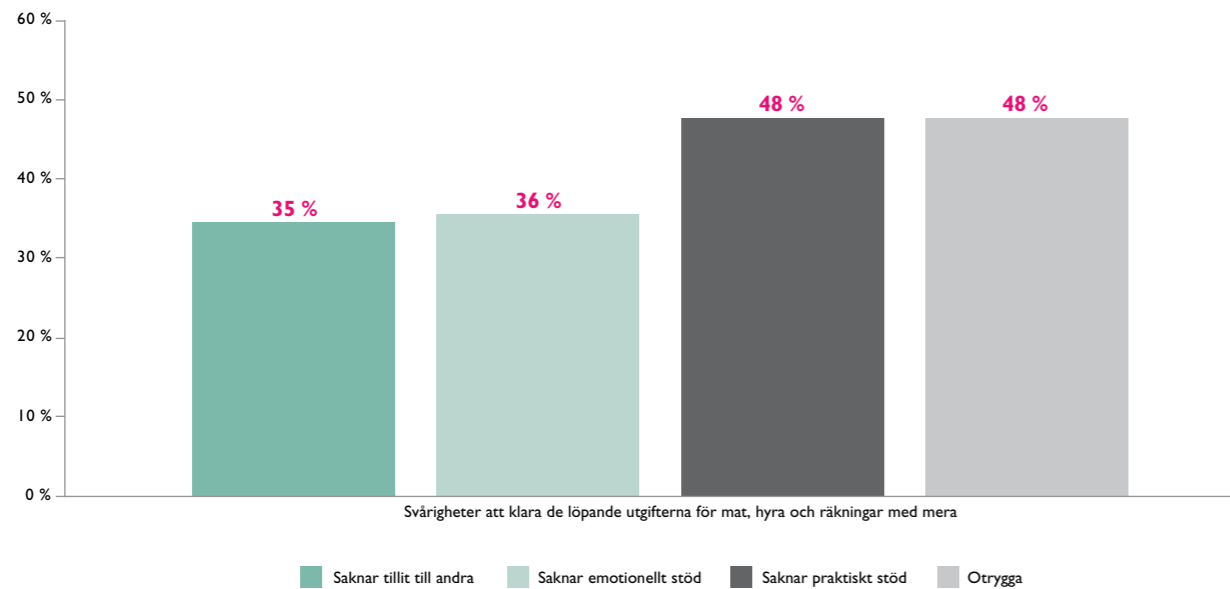


Diagram 36. Andel (%) vuxna (30-64 år) som själva rapporterar att de saknar tillit till andra, saknar emotionellt stöd, är socialt isolerade, saknar praktiskt stöd och upplever otrygghet och som också har svårigheter med de löpande utgifterna (mat, hyra och räkningar etc.) vid ett eller flertal gånger under det senaste året (2004-2014) [106].

Delaktighet, sammanhållning och trygghet

Sociala relationer har hälsofrämjande effekter som bland annat uppkommer genom olika former av sociala nätverk, socialt stöd, socialt deltagande, tillit, integrering och socialt kapital [143, 144]. Delaktighet och inflytande är också centralt i människors förutsättningar för en god hälsa [41].

Med anledning av detta presenteras här uppgifter om delaktighet och inflytande samt socialt deltagande, socialt stöd och slutligen även tillit och trygghet.

Delaktighet och inflytande

Delaktighet och inflytande är centralt i människors förutsättningar för en god hälsa. Delaktighet och inflytande påverkas av tillgången till arbete och sysselsättning, utbildning, föreningsliv, kultur och sociala nätverk. Socioekonomisk status, kön, etniskt ursprung, religion, funktionshinder, ålder och sexuell läggning är i sin tur faktorer som kan förknippas med ojämlika förutsättningar för delaktighet och inflytande [41].

Grunden till en persons eller befolknings grad av delaktighet återfinns i ett antal resurser. De med många resurser har lättare att vara delaktiga i olika processer än de som har färre resurser. Resurserna kan vara allt från att ha tillgång till informationsteknologi och transporter men även personliga

resurser som möjlighet, kunskap, självförtroende och tid för att kunna vara delaktig. Utöver detta finns också sociala resurser som nära och trygga relationer, ett socialt nätverk och ett socialt deltagande. Dessa resurser är ofta ojämnt fördelade i befolkningen. Förutom att de påverkar graden av delaktighet inverkar de också på den självskattade och uppmätta hälsan, då de med minst resurser har den sämsta hälsan [111].

Valdeltagande

Valdeltagandet bedöms som ett bra mått på människors makt, delaktighet och inflytande. På nationell nivå visar statistiken att unga har ett lägre valdeltagande än äldre, men sedan 2006 har förstagångsväljarnas valdeltagande ökat. Vidare har kvinnor ett högre valdeltagande än män, och det är fler högt utbildade än lågutbildade som röstar. Valdeltagandet följer således socioekonomisk status, vilket gör att skillnader i valdeltagande mellan olika områden inte bara beror på kön, ålder eller födelseland. Det finns också kopplingar mellan ett högt valdeltagande och en hög självskattad hälsa [111].

För Göteborgs olika mellanområden var skillnaden i 2010 års valdeltagande 35 procentenheter (se diagram 37) mellan området med högst respektive lägst valdeltagande. En låg andel av den röstberättigade befolkningen i Norra Angered, Bergsjön och Södra Angered deltog i 2010 års kommunval. Högst var valdeltagandet i mellanområdena Södra Västkusten, Stora Askim och Torslanda [106]. Att vissa grupper inte röstar påverkar givetvis det politiska landskapet. När stora samhällsgrupper inte gör sin röst hörd får också frågor som ligger dem nära inte samma genomslag i den politiska debatten.

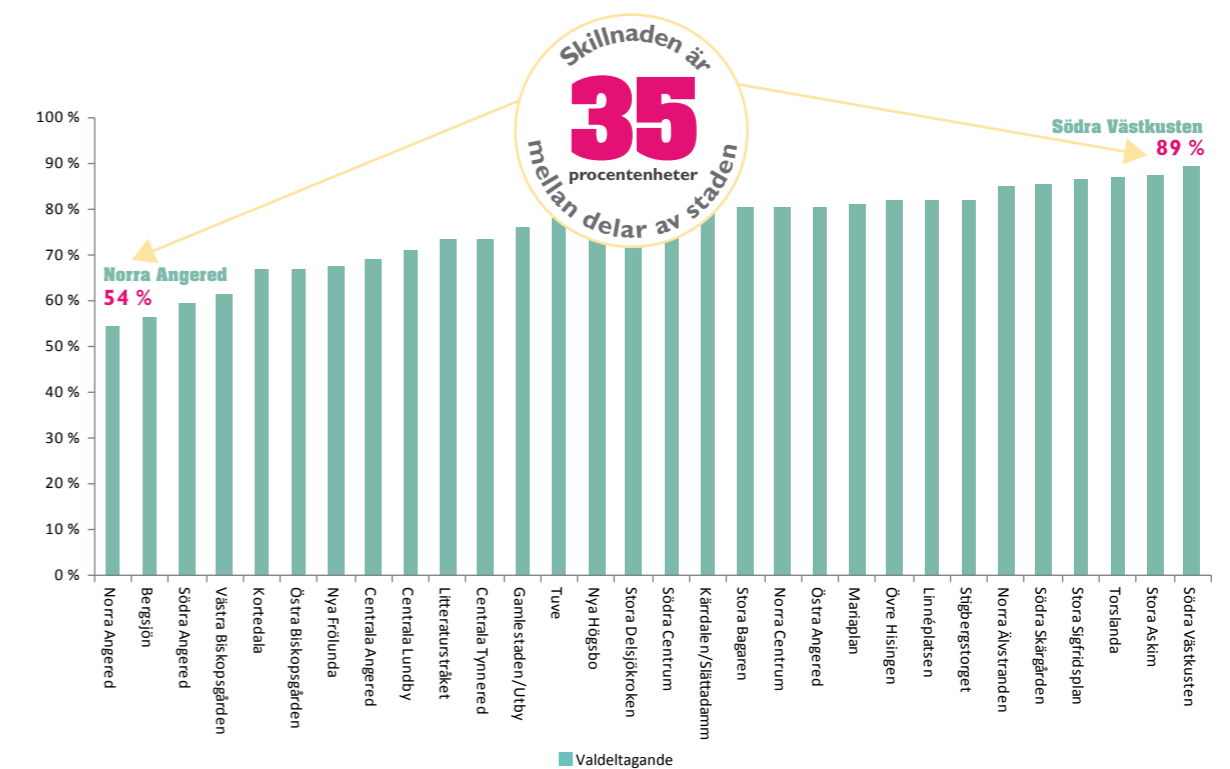


Diagram 37. Valdeltagande (%) i kommunalvalet 2010, uppdelat efter mellanområde [145].

Social sammanhållning

Den sociala sammanhållningen i ett samhälle, ofta kallat det sociala kittet eller sociala kapitalet, påverkar i stor grad hälsoutvecklingen och den självrapporterade hälsan i befolkningen [17]. Det sociala kapitalet kan sammanfattas som de sociala nätverken mellan människor i ett samhälle och består av summan av sociala relationer, normer, tillit och sociala strukturer som finns mellan människor och grupper i samhället [146]. Det finns två traditioner inom forskningen om socialt kapital. Den ena traditionen utgår från att det sociala kapitalet är en resurs hos individen och ser mer till vilket stöd nätverk kan erbjuda var och en. Den andra traditionen fokuserar mer på det samhälleliga sociala kapitalet där nätverk, delaktighet i samhället och tillit skapar en social sammanhållning [147].

Alla former av socialt kapital är viktiga att ta hänsyn till när social hållbarhet diskuteras. Detta grundas i de forskningsresultat som påvisar att den sociala sammanhållningen överlag är starkare i mer jämlika samhällen [17].

Ofta studeras socialt deltagande/isolering, emotionellt och praktiskt stöd och tillit för att få en bild av det sociala kapitalet. Därför presenteras här nedanför alla dessa faktorer.

Socialt deltagande, emotionellt och praktiskt stöd

Det sociala deltagandet har betydelse för hälsan. Det beror bland annat på att det har en indirekt påverkan på levnadsvanorna. Personer som är mer socialt deltagande har nämligen oftare mer hälsosamma levnadsvanor än de som är socialt isolerade. Men det finns även en mer direkt koppling. Välintegrerade personer med starka band till familj och omgivning lever längre, har en bättre hälsa och återhämtar sig fortare efter sjukdom än socialt isolerade personer. Det finns till och med studier som visar att social isolering är lika negativt för hälsan som tobaksbruk eller skadligt alkoholbruk. Forskning har också visat att människor som har få sociala relationer eller lågt socialt stöd löper betydligt högre risk att dö i förtid [32, 111]. Kopplingen mellan hälsa och socialt deltagande tros vara dubbelriktad. Det är svårt att vara deltagande om hälsan är dålig och om det sociala deltagandet är lågt påverkas hälsan negativt. Men det finns även en koppling, som också anses vara dubbelriktad, mellan människans autonomi – kontroll över sitt liv – och socialt deltagande och slutligen till hälsa. Både kontroll över livet, möjligheten till socialt deltagande är nödvändiga för hälsan [42].

Det sociala och kulturella deltagandet är grundläggande för hälsan och en förutsättning för att människor ska kunna förstå samhället och känna tillhörighet. Ett centralt begrepp i detta är KASAM, det vill säga känsla av sammanhang och meningsfullhet [111]. Begreppet betyder att en person upplever tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar. Ju högre KASAM en person har desto större är chansen att personen håller sig frisk och mår bra. KASAM är därigenom en förutsättning för att bibehålla en psykisk hälsa och god livskvalitet [133].

Socialt deltagande mäts i denna kartläggning genom sin motsats – social isolering. En aspekt av social isolering är fysisk isolering, det vill säga att ha få kontakter med andra. Fysisk isolering kan även beskrivas som bristande

social integration. En annan aspekt av social isolering är emotionell isolering, det vill säga känslan att vara isolerad och ensam. Den emotionella isoleringen hänger samman med upplevelsen av att sakna någon att anförtra sig åt eller dela sina känslor med, samt att inte ha så bra förhållanden till andra människor som man hade önskat [148].

Det finns tydliga kopplingar mellan socialt och kulturellt deltagande, socialt och praktiskt stöd och socioekonomisk tillhörighet [28]. Bristande socialt stöd är även sammankopplat med sämre självskattad hälsa [147]. Forskning har visat att i många länder, däribland Sverige, är social isolering, färre sociala nätverk och mindre socialt stöd mer vanligt bland grupper med lägre socioekonomisk status än bland grupper med högre socioekonomisk status [148]. I Sverige är emotionellt och praktiskt stöd mindre vanligt förekommande bland utlandsfödda kvinnor (utanför Europa), män med arbetaryrken och män med kort utbildning samt arbetslösa och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning [111].

I Göteborg bedöms 18 procent av de med kort utbildning vara socialt isolerade jämfört med endast 2 procent av de med lång utbildning (diagram 39). Det betyder att det är 9 gånger högre andel som anses vara socialt isolerade bland de med kort utbildning jämfört med de som har lång, det vill säga en skillnad på 16 procentenheter mellan grupperna. Den sociala gradienten är i detta avseende tydlig. Den sociala isoleringen har ökat med 6 procentenheter mellan 2004 till 2014 för de som har kort utbildning medan den är oförändrad för de som har lång utbildning (diagram 38). Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna har därmed ökat över tid. Den sociala isoleringen ökar även med åldern. Ingen skillnad kan ses mellan könen [106].

Det skiljer 7 procentenheter mellan de med kort utbildning (17 %) jämfört med de med lång utbildning (10 %) när det kommer till att sakna emotionellt stöd. Det är fler män jämfört med kvinnor som saknar detta stöd. Det är dubbelt så hög andel av de med kort utbildning (12 %) än de med lång utbildning (6 %) som säger sig sakna praktiskt stöd. För det praktiska stödet syns knappt några skillnader mellan könen [106].

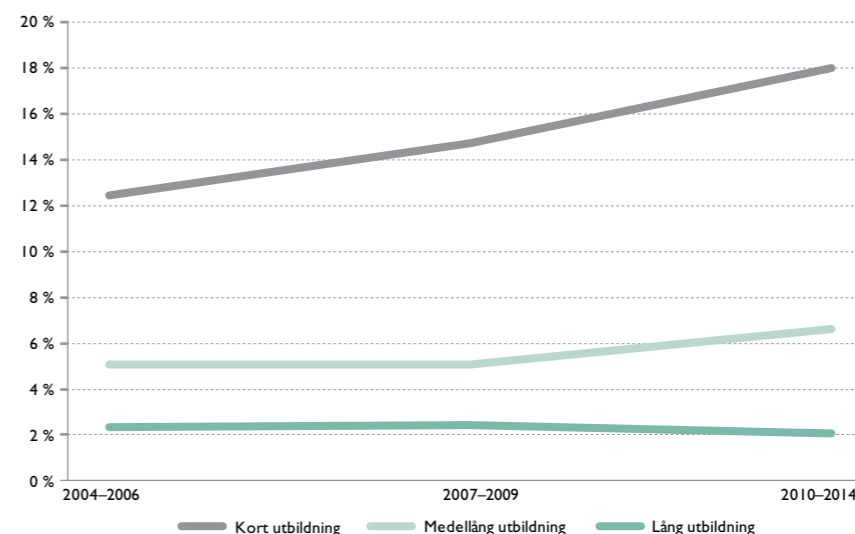


Diagram 38. Förändring över tid av andel (%) vuxna (30–64 år) som bedöms vara socialt isolerade uppdelat efter utbildningsnivå [106].

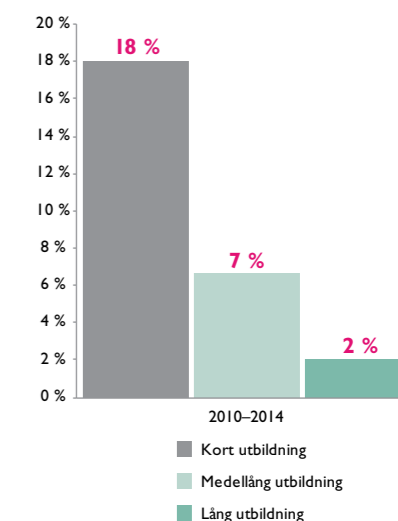


Diagram 39. Andel (%) vuxna (30–64 år) som bedöms vara socialt isolerade uppdelat efter utbildningsnivå [106].

Det skiljer 50 procentenheter mellan stadens mellanområden när det kommer till social isolering (diagram 40). I Bergsjön är det 54 procent av de vuxna som bedöms vara socialt isolerade jämfört med 4 procent i Södra Västkusten. Det betyder att det är 13,5 gånger högre andel som antas vara socialt isolerade i Bergsjön jämfört med Södra Västkusten. Inom stadsdelarna finns också stora skillnader. Inom Angered skiljer det 20 procentenheter mellan de olika mellanområdena, följt av Östra Göteborg där det skiljer 18 procentenheter mellan områdena. Minst skillnader uppmäts inom Centrum där det endast skiljer 1 procentenhet mellan stadsdelens två mellanområden [106].

Andel av befolkningen som saknar emotionellt stöd är högst i mellanområdet Södra Angered (29 %) och lägst i Södra Västkusten (5 %), vilket ger en skillnad på 24 procentenheter. För det praktiska stödet skiljer det 19 procentenheter mellan mellanområdena i staden. I Bergsjön upplever 21 procent av de vuxna en avsaknad av praktiskt stöd, vilket kan jämföras med 2 procent i Södra Västkusten [106].

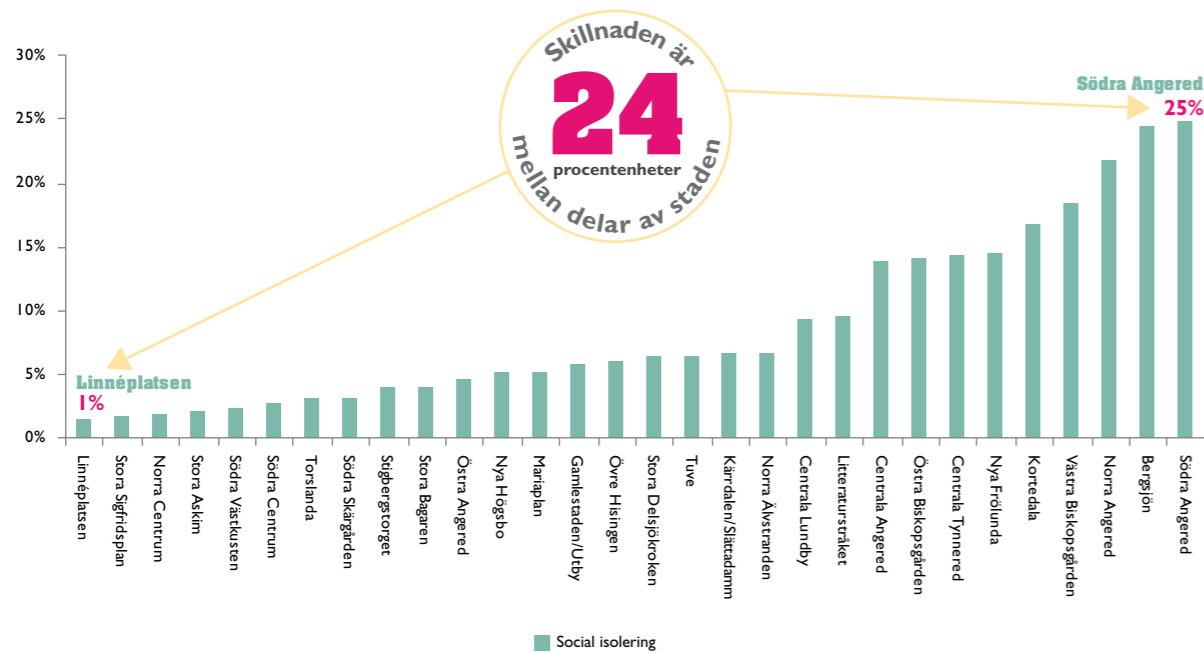


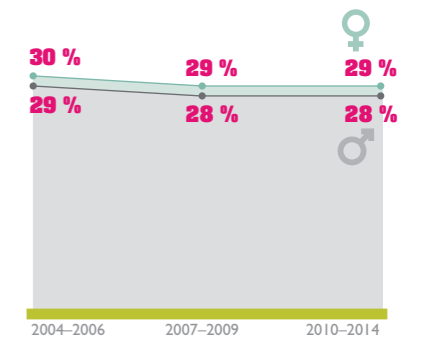
Diagram 40. Andel (%) vuxna (30–64 år) som upplever social isolering uppdelat efter mellanområde [106].

Tillit till andra människor

Tillit till andra människor har en positiv effekt på hälsan på så sätt att de som upplever tillit till andra ofta är mindre stressade och mer benägna att delta i sociala nätverk och aktiviteter [41]. Det finns även en koppling mellan tillit, social delaktighet och psykisk hälsa. Låg grad av social delaktighet i kombination med låg tillit till andra människor visade sig ha en högre risk för psykisk ohälsa jämfört med de som har hög social delaktighet och hög tillit. Men även personer som har hög social delaktighet men låg tillit löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa. Slutsatsen forskarna drog var att i detta fall var tillit den viktigaste faktorn för psykisk ohälsa [147].

I en rapport om den svenska tilliten konstateras att den är hög och har sin grund i det starka svenska sociala kontraktet⁵⁰. I internationell jämförelse dras paralleller mellan de länder som har hög tillit också ofta har hög jämlikhet och liten inkomstspridning. Men även om tilliten i internationell jämförelse är hög i Sverige finns det samtidigt betydande skillnader i det mellanmänniska förtroendet inom landet. Den generella tilliten är fortsatt hög medan tilliten till grannar och medmänniskor i grannskapet har sjunkit. Särskilt tydligt är detta i svenska kommuner med stor segregation och stora inkomstspridningar [149].

Sedan 2004 har andelen vuxna (30–64 år) som i Göteborg upplever låg tillit till andra människor legat oförändrad på 28 procent. Över tid kan inte heller någon förändring ses vad gäller vuxna med kort respektive lång utbildning. Däremot har andelen som upplever låg tillit ökat något för de med medellång utbildning. Samtidigt är det lite mer än dubbelt så vanligt med låg grad av tillit bland de med kort utbildning (36 %) jämfört med de med lång utbildning (17 %), det vill säga en skillnad på 19 procentenheter [106].



Figur 29. Andel (%) kvinnor och män (18–84 år) som upplever låg tillit till andra människor [106].

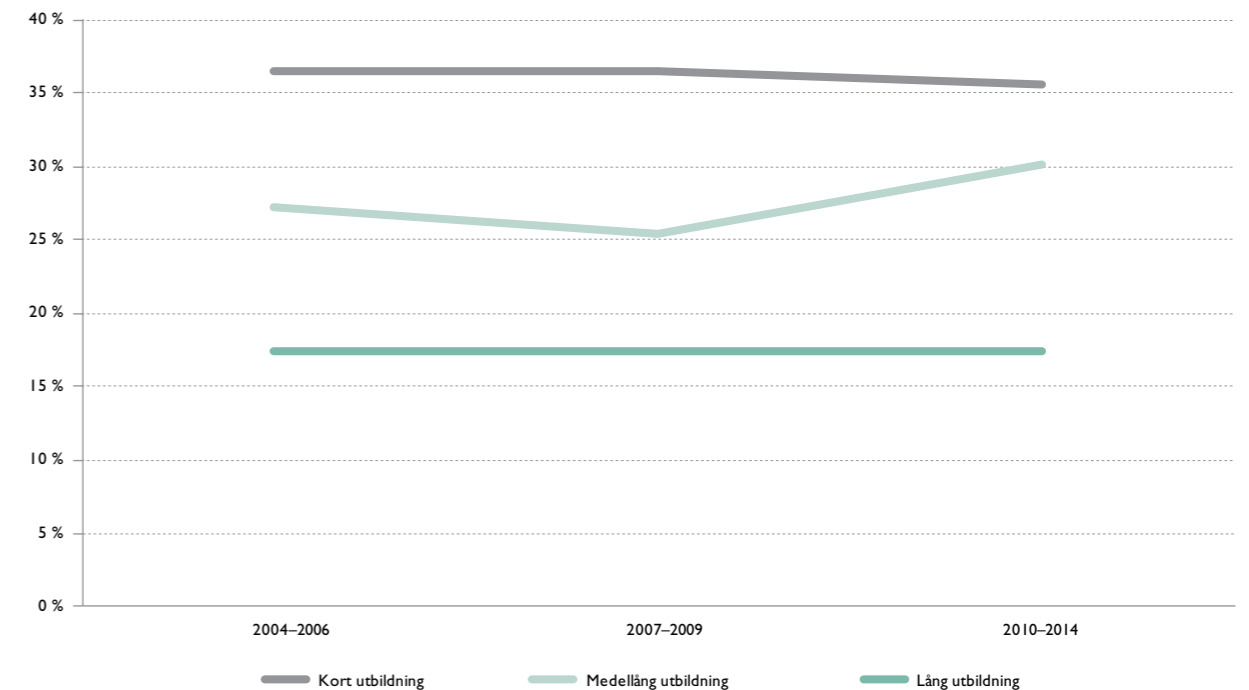


Diagram 41. Andel (%) vuxna (30–64 år) som upplever låg tillit till andra människor, 2004–2014 [106].

I Göteborg är det ungefär 30 procent som upplever låg tillit till andra människor bland såväl kvinnor som män (se figur 29). När ålder studeras framkommer att fler yngre än äldre upplever låg tillit [106].

I Norra Angered (51 %) är andelen som upplever låg tillit till andra människor nästan 5 gånger högre än i Södra Västkusten (11 %). Skillnaden mellan stadens mellanområden uppgår därmed till 40 procentenheter. Störst skillnad i tillit inom enskilda stadsdelar uppmäts i Västra Hisingen och Askim-Frölunda-Högstbo där det skiljer 29 respektive 27 procentenheter mellan olika mellanområden [106].

⁵⁰ Det sociala kontraktet kan beskrivas som sättet vi förhåller oss till samhället. Här åsyftas principen att du ställer upp för samhället och samhället ställer upp för dig.

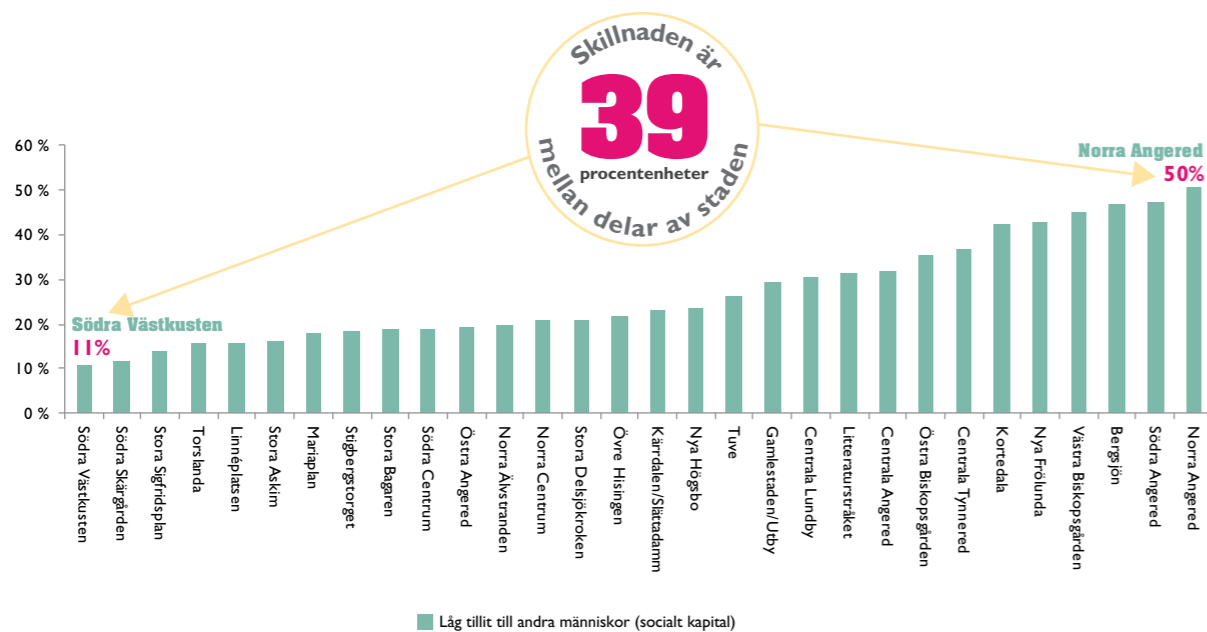


Diagram 42. Andel (%) vuxna (30–64 år) som upplever låg tillit till andra människor, uppdelat efter mellanområde (2006–2014) [106].

Skilnaden mellan stadsdelarna som har stadens högsta respektive lägsta andel vuxna som känner låg tillit var 30 procentenheter år 2004 och 27 procentenheter år 2014. I detta avseende har alltså skillnaden mellan stadsdelarna minskat något över tid.

När skillnaderna mellan 2004 och 2014 studeras för respektive stadsdel framkommer följande: Andelen av befolkningen som känner låg tillit minskade i Angered, Majorna-Linné, Västra Göteborg och Lundby, medan en mer marginell minskning kan ses i ytterligare tre stadsdelar. I Askim-Frölunda-Högsbo är tilliten oförändrad. Däremot har andelen som känner låg tillit ökat i Norra Hisingen och Örgryte-Härlanda. Störst är ökningen i Örgryte-Härlanda där den uppgår till 6 procentenheter.

Utöver förändringar över tid kan även den sociala gradienten utläsas i statistiken. Det beror på att andelen vuxna som känner låg tillit till andra människor är större i stadsdelar där befolkningen har en lägre socioekonomisk status än i stadsdelar med högre socioekonomisk status [106].

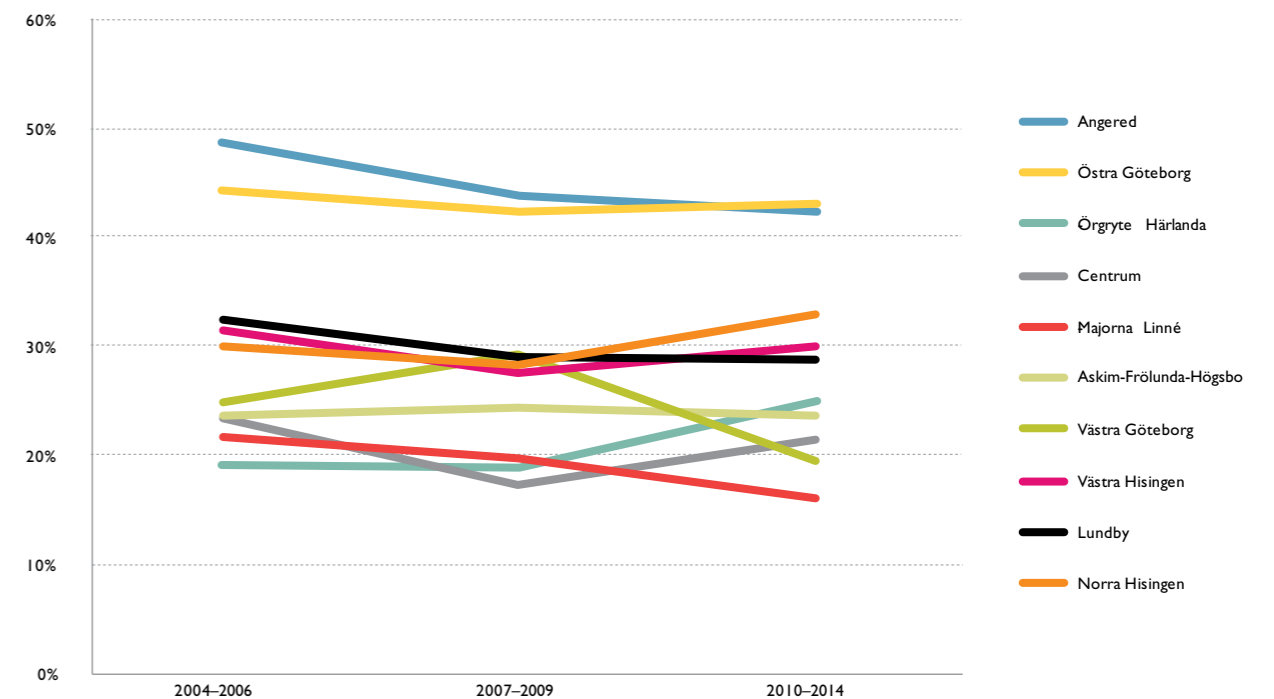


Diagram 43. Andel (%) av befolkningen (30–64 år) som tycker att de i allmänhet kan lita på de flesta människor (2004–2014) [106].

Sammantaget visar detta stycke om social sammanhållning att skillnaderna är relativt stora mellan stadens områden och mellan olika utbildningsgrupper i Göteborg. Den sociala gradienten syns genomgående i både socialt deltagande/isolering, emotionellt och praktiskt stöd samt i frågor om tillit.

När befolkningen saknar socialt deltagande, emotionellt och praktiskt stöd och känner bristande tillit till varandra finns en stark grogrund för social oro, vilket i sig minskar bland annat tilliten ytterligare. En negativ spiral kan då bli ett faktum. Något att begrunda är hur det är att växa upp i ett område där majoriteten inte känner tillit och där det sociala kapitalet är svagt? Vilken bild av samhället får man genom detta, och vilka framtidsutsikter tycker man sig se?

Trygghet

Känslan av trygghet är central för människors välbefinnande [40]. Forskning har visat på en koppling mellan goda levnadsvanor och mindre rädsla, och att känslan av trygghet hör samman med självskattad psykisk och fysisk hälsa [106]. Otrygghet kan ha sitt ursprung i till exempel oro att utsättas för en trafikolycka eller andra olyckor (t.ex. att ramla vid promenad), men även rädslan att utsättas för våld och bli bestulen eller utsättas för andra brott påverkar. Den faktiska tryggheten i ett område är inte nödvändigtvis sammankopplad med den upplevda tryggheten. Ändå påverkar den upplevda tryggheten människors agerande [40]. Ett exempel på detta är att män upplever sig mer trygga utomhus än kvinnor samtidigt som det är fler män som utsätts för brott utomhus. Den faktiska otryggheten är alltså större för män än för kvinnor.

Överlag tyder den nationella trenden på att allt fler känner sig otrygga i sin

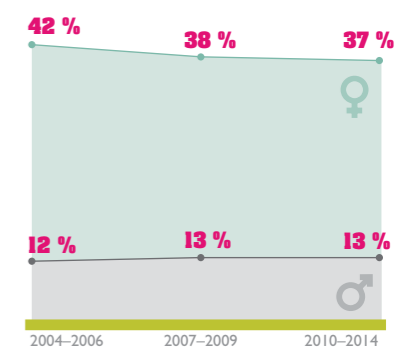


Diagram 44. Andelen (%) män och kvinnor (18–84 år) med upplevd otrygghet (2004–2014) [106].

närmiljö, och fler kvinnor än män känner sig otrygga. Det finns också en koppling mellan socioekonomisk tillhörighet och otrygghet, eftersom lågutbildade, lägre tjänstemän och utrikes födda känner sig mest otrygga. Men även personer med funktionsnedsättning, ensamstående och de som bor i flerfamiljshus är mer otrygga än andra grupper [40]. Äldre är också mer otrygga än yngre [106]. Vidare känner sig fler ensamboende otrygga, oavsett kön och födelseland, än samboende [144].

Otryggheten har inte förändrats i Göteborg mellan 2004 och 2014. I dagsläget upplever 23 procent av de mellan 30 och 64 år otrygghet. När otryggheten delas upp efter utbildningsnivå (diagram 46) kan en svag minskning skönjas både inom respektive utbildningsgrupp men också mellan grupperna. Samtidigt är skillnaden mellan utbildningsgrupperna fortfarande påtaglig. Skillnaden i upplevd otrygghet är i dag 10 procentenheter mellan de med lång utbildning (18 %) och de med kort utbildning (28 %), se diagram 45.

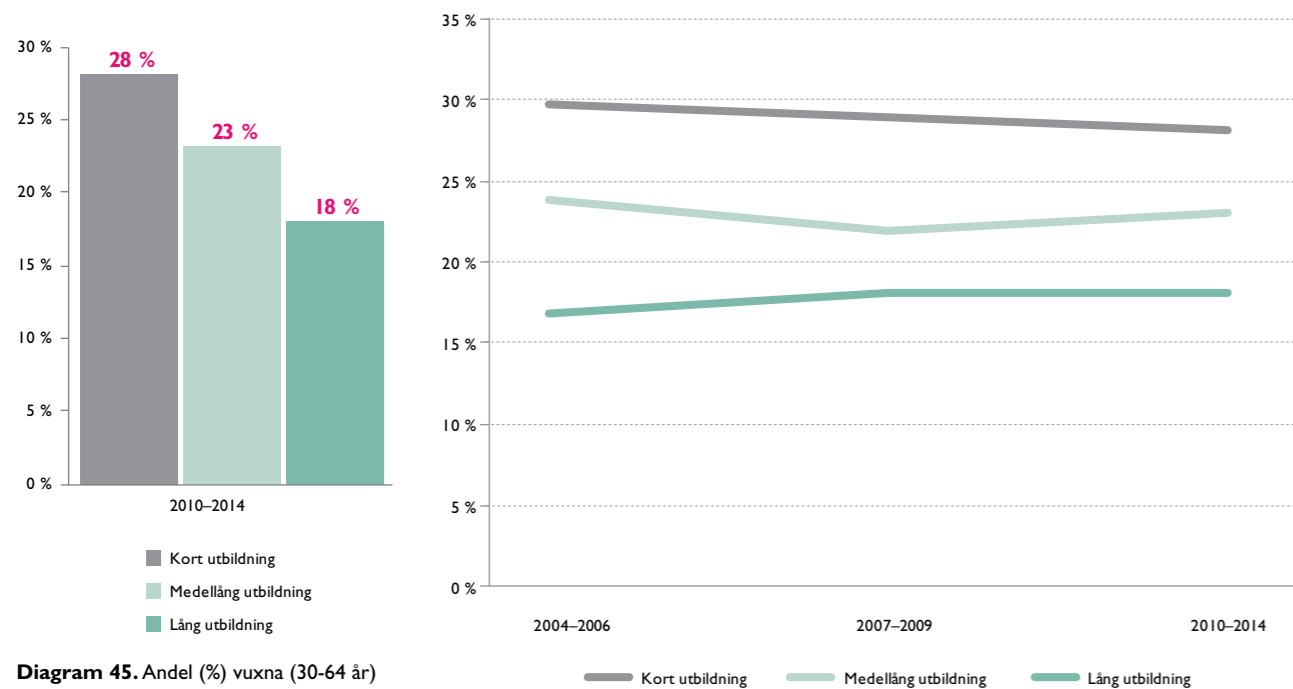


Diagram 45. Andel (%) vuxna (30-64 år) som upplever otrygghet, uppdelat efter utbildningsnivå 2010-2014 [106].

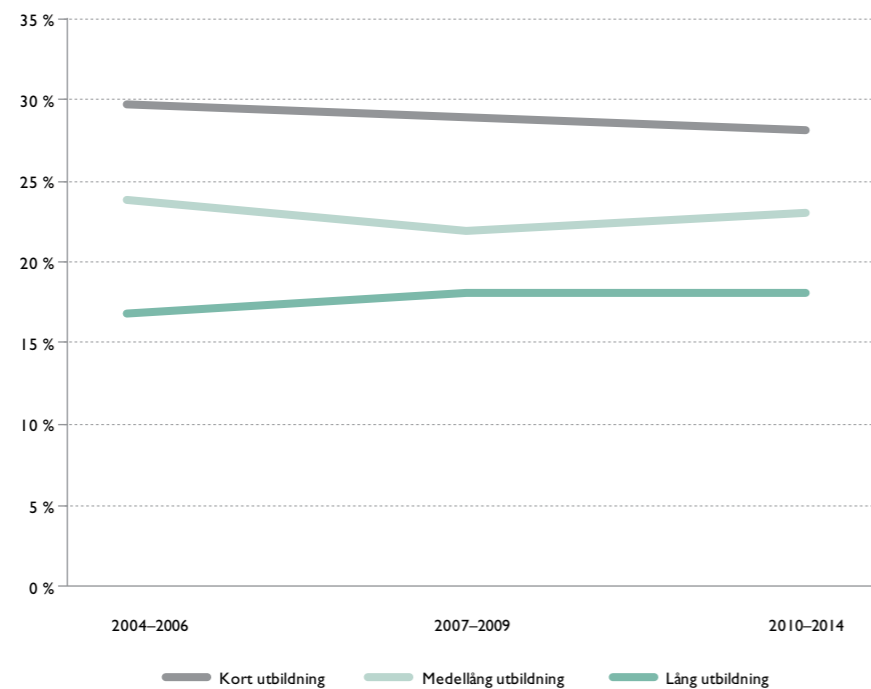


Diagram 46. Andel (%) vuxna (30-64 år) som upplever otrygghet uppdelat efter utbildningsnivå och år [106].

Störst minskning mellan 2004 och 2014 i andel som upplever otrygghet kan ses bland de yngre seniorerna (65-74 år). I denna grupp uppmäts en nedgång med 8 procentenheter. Andelen otrygga kvinnor (diagram 44) har minskat med 5 procentenheter under samma period medan nästan ingen förändring uppmäts i otrygghet för män. I dag upplever 37 procent av kvinnorna otrygghet och 13 procent av männen [106]. Den upplevda tryggheten är en av de indikatorer i rapporten som uppvisar tydliga skillnader mellan könen.

När i stället otrygghet⁵¹ analyseras i förhållande till var människor bor (diagram 47) är andelen som upplever otrygghet 3,1 gånger högre i mellanom-

51 Otrygghet mäts i den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på Lika Villkor (HLV) genom frågan om man avstått från att gå ut ensam av rädsla för överfall etc. [106].

rådena Nya Frölunda och Västra Biskopsgården (båda 37 %) jämfört med Södra Skärgården (12 %). Det motsvarar en skillnad på 25 procentenheter. Skillnaderna är som störst inom stadsdelen Västra Göteborg, där det skiljer 20 procentenheter mellan de tre mellanområdena [106]. Statistiken tyder också på att de områden som har lägst andel vuxna som upplever otrygghet är också de områden som har en högre socioekonomi och där känslan av att själv kunna påverka sitt liv kan tänkas vara starkare (se diagram 47). Vid en analys av otrygghet ska även befolkningens åldersammansättning tas i beaktande. Områden som har en hög andel äldre kan exempelvis antas ha högre andel som upplever otrygghet än områden med låg andel äldre. I detta fall är det dock endast åldern 30-64 år som analyseras och ålder borde därmed inte påverka utfallet nämnvärt.

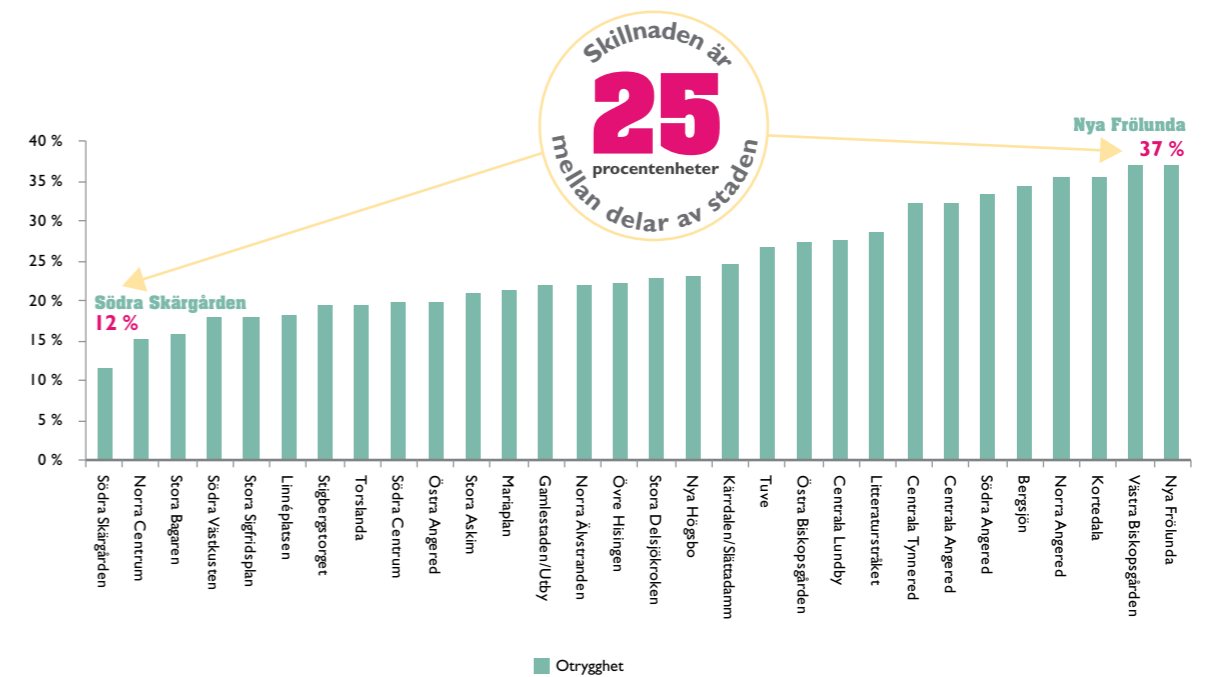


Diagram 47. Andel (%) vuxna (30-64 år) som 2006-2014 upplevde otrygghet, uppdelat efter mellanområde [106].

Arbetsliv

Sysselsättning och arbete är av stor betydelse för hälsan. Goda arbetsförhållanden kan stärka individens ekonomi, sociala status, personliga utveckling, sociala relationer och självförtroende. Det kan även skydda mot fysiska och psykosociala risker. Samtidigt har arbetslöshet en stark negativ koppling till ohälsa. Även tidsbegränsade anställningar kan sammankopplas med sämre hälsa. Vidare är det tydligt att hur stora individens ekonomiska tillgångar är, hur yrkeslivet och graden av löpande inkomster har sett ut i stor utsträckning påverkar hälsan under hela livet [40].

Precis som i samhället i övrigt har forskning visat att olika positioner, i detta fall yrkesposition, ger olika förutsättningar för hälsa. Olika positioner på arbetsmarknaden är förknippade med olika arbetsförhållanden. Individer som har en hög arbets- eller yrkesposition har bättre arbetsmiljövillkor med färre risker och mindre skadlig belastning eller monotona arbetsställningar,

bättre och tryggare anställningsvillkor och mer kontroll över sin arbetssituation och belönas ofta mer för sina prestationer än de som har låg position. Alla dessa faktorer påverkar tillsammans hälsan. Men även när hänsyn tas till exempelvis skillnader i arbetsmiljö mellan olika yrkesgrupper kvarstår skillnader i hälsa mellan olika positioner. Detta brukar förklaras av betydelsen av positionen i sig och att olika positioner på arbetsmarknaden ger olika tillgång till status, makt och resurser. Det vill säga att precis som tidigare har konstaterats i rapporten påverkar den sociala positionen hälsan [29].

Känt är också att sambandet mellan hälsoutfall och arbetsmarknadsposition är dubbelriktat. Personer med sämre hälsa kan ha svårt att både ta sig in på arbetsmarknaden, eller hålla sig kvar, samtidigt som en lägre arbetsmarknadsposition och osäkra arbetsförhållanden samt osäkra ekonomiska villkor kan medföra ohälsa [40, 29].

När arbetslivet studeras på nationell nivå framkommer ett flertal kopplingar mellan olika arbetsförhållanden och låg socioekonomisk status samt hälsa. Att leva med en oro för eller med ett reellt uppsägningshot, uppleva bristande anställningstrygghet eller höga krav men liten kontroll över sitt arbete är mer vanligt förekommande bland dem med en sämre socioekonomisk position. Dessa faktorer hänger även samman med olika hälsoutfall och självupplevd hälsa [150]. Samvariationen mellan arbetsrelaterad ohälsa och låg socioekonomisk status beror även på att det bland personer med låg socioekonomisk status är vanligare med så kallade högstressarbeten. Det vill säga arbeten med höga krav i arbetet, lågt inflytande och bristande socialt stöd, vilket påverkar hälsoutvecklingen negativt [40, 150].

Personer med lägre utbildningsnivå, de som har arbetaryrken och personer med sämre ekonomiska förutsättningar samt utrikes födda anger också att de känner mindre arbetstrivsel och större oro över att förlora jobbet [150], vilket även det är förknippat med sämre hälsa.

Könsskillnader och arbetsliv

Det finns många livsvillkor som är olika för män och kvinnor även om de tillhör samma socioekonomiska grupp. Exempelvis skiljer de sig för olika arbetaryrken där traditionellt kvinnliga yrken (barnskötare, undersköterska och vårdbiträde) har mer tidsbegränsade anställningar, lägre inkomster och högre psykisk ansträngning än traditionellt manliga yrken (lastbils- och långtradarchaufför, byggnadsarbetare eller verktygsmaskinoperatör). Enligt teorin om social klass borde både män och kvinnor med arbetaryrken ha samma livsvillkor och hälsa men här framträder en könsskillnad som påverkar hälsoutfallet mer än vad social klass gör [29]. Som exempel kan nämnas att fler kvinnor än män anger att de lider av arbetsorsakad ohälsa. Samtidigt rapporterar fler män än kvinnor om arbetsplatsolyckor [40]. Ohälsotalet⁵² är också högre för kvinnor än för män. Det visar på vikten av att beskriva skillnader i livsvillkor utifrån både sociala bestämningsfaktorer och kön i ett arbete som syftar till att minska skillnader i livsvillkor och hälsa mellan grupper.

52 Ohälsotal är Försäkringskassans mått på den totala sjukfrånvaron som ersätts från sjukförsäkringen. Måttet visar antalet ersatta dagar per invånare med sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Det betyder att ohälsotal inte är ett mått som beskriver hälsan i befolkningen utan endast ger en bild av antalet sjukskrivna bland de som är i arbete. Ohälsotalet är därför inget bra mått eftersom det endast mäter hälsan i ett visst segment av befolkningen.

Förvärvsfrekvens

Möjligheten att kunna försörja sig genom förvärvsarbete är en mänsklig rättighet [13] men trots detta finns det många människor i Göteborg som inte har ett förvärvsarbete. Förvärvsfrekvensen⁵³ varierar kraftigt i staden (se diagram 48). Mindre än hälften av den arbetsföra befolkningen i mellanområdena Bergsjön (45 %) och Södra Angered (49 %) arbetar jämfört med nästan samtliga i Torslanda (91 %). Det ger en skillnad på 45 procentenheter mellan stadens mellanområden. Samma skillnad kan också uttryckas som att andelen förvärvsaktiva vuxna är dubbelt så hög i Torslanda jämfört med Bergsjön. Det är störst skillnader inom stadsdelen Angered där det skiljer 38 procentenheter mellan stadsdelens fyra mellanområden [105].

Sådana skillnader sätter givetvis spår, både i samhället och för den enskilde. Förutom de uppenbara samhällsekonomiska effekterna som följer av att en majoritet av den vuxna befolkningen i vissa delar av staden saknar arbete, påverkas även den enskildes grad av delaktighet i samhället. Det beror på att arbetsplatsen och arbetslivet utgör en central arena för samhälleligt deltagande. Att stå utan arbete kan även ha en negativ inverkan på den enskildes känsla av tillhörighet och av att vara behövd. Dessa faktorer är centrala för en god hälsa.

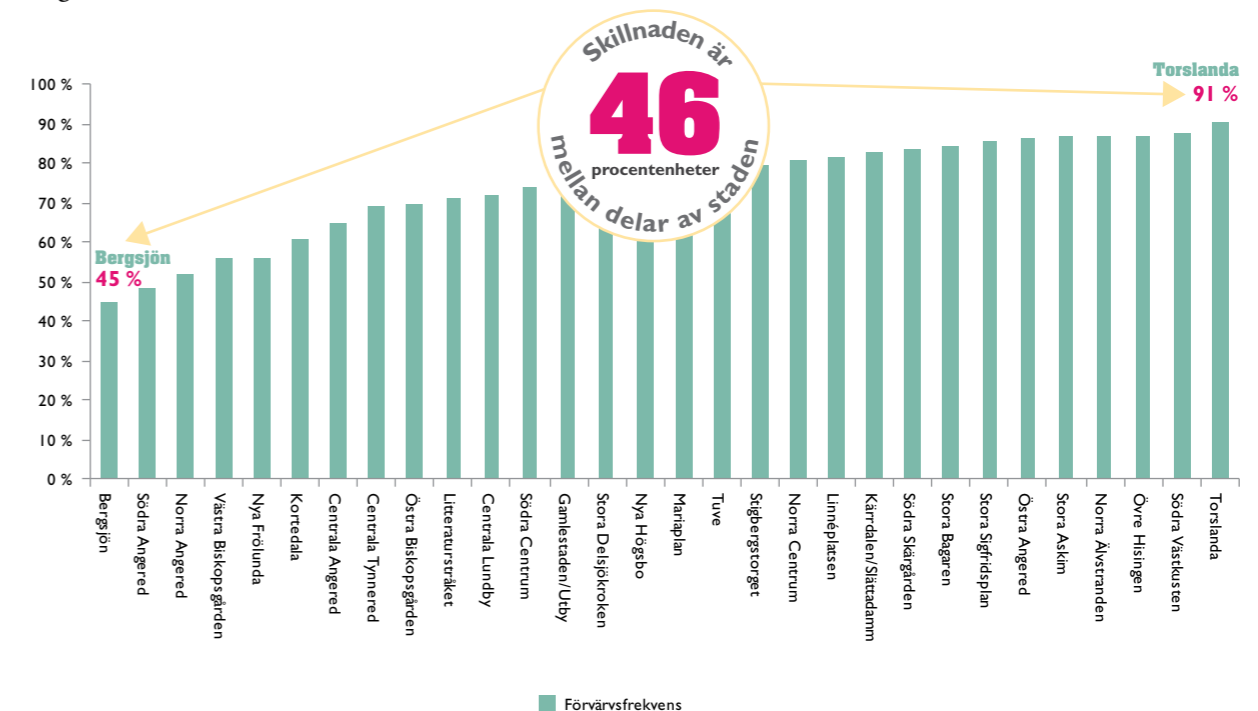


Diagram 48. Förvärvsfrekvens (%) (25–64 år) uppdelat efter mellanområde, 2011 [105].

53 I begreppet förvärvsfrekvens ingår alla som bedöms ha utfört i genomsnitt en timmes arbete per vecka under november månad för respektive år. Även de som varit tillfälligt frånvarande under mätperioden, till exempel på grund av sjukdom, ingår. Förvärvsfrekvensen motsvarar därmed andelen förvärvsarbetande i befolkningen i en viss grupp, i en viss ålder eller för ett visst kön.

Bakgrund och förvärvsfrekvens

Konjunktursvängningar återspeglas i förvärvsfrekvensen, vilket märks tydligare bland utrikes födda än inrikes födda. Av den nationella statistiken framgår att 90-talets lågkonjunktur medförde en ökad arbetslöshet som drabbade utrikes födda i högre grad och mer långvarigt än inrikes födda. Detta bidrog till att skillnaderna i förvärvsfrekvens mellan inrikes födda och utrikes födda ökade i Sverige [151]. Även finanskrisen som startade 2008 påverkade sysselsättningsgraden. I båda fall var det främst män som förlorade sina jobb eftersom kriserna företrädesvis påverkade sysselsättningen i tillverkningsindustrin. Det kan också konstateras att grupperna med svagast anknytning till arbetsmarknaden drabbas hårdast av lågkonjunkturer [151].

I Göteborg förvärvsarbetade år 2012 totalt 84 procent av de inrikes födda och 60 procent av de utrikes födda invånarna i åldrarna 25–64 år [105]. Egenföretagande är samtidigt mer vanligt förekommande bland förvärvsarbetande utrikes födda än bland inrikes födda. Det finns dock stora variationer mellan olika födelseregioner [151].

Enligt den nationella statistiken är det betydligt fler män än kvinnor som förvärvsarbetar bland utrikes födda. Det går dock inte att uttala sig om hur gruppernas grad av anknytning till arbetsmarknaden och integration på arbetsmarknaden ser ut enbart genom att jämföra utrikes födda med inrikes födda, eftersom detta i stor utsträckning påverkas av den enskildes vistelsetid i landet [151].

Därför har det i diagram 49 tagits hänsyn till vistelsetiden. Diagrammet visar att förvärvsfrekvensen i Göteborg för utrikes födda ökar med antal år i Sverige. Eftersom förvärvsfrekvens vanligtvis också varierar med åldern har därför endast åldrarna 35 och 55 år valts ut. Diagrammet visar att för 35-åringarna som invandrade till Sverige 2012 (0 år i landet och till vänster i diagrammet) var förvärvsfrekvensen 35 procent. Samma år var förvärvsfrekvensen 95 procent för inrikesfödda. För de som är 55 år var motsvarande siffra 32 respektive 93 procent.

Det brukar talas om att det tar 8–10 år för att integreras i det svenska samhället. För utrikes födda 35-åringar respektive 35-åringar som varit i Sverige i 10 år har förvärvsfrekvensen ökat till 78 procent respektive 65 procent. Skillnaderna har efter tio år således minskat mellan utrikes födda och inrikes födda. Här tas dock ingen hänsyn till utbildningsnivå eller arbetsförmåga utan fokus ligger enbart vid hur många som förvärvsarbetar eller inte. Diagrammet kan på så sätt tolkas som ett mått på integration på den svenska arbetsmarknaden. Efter 35 år i landet har skillnaden minskat och det skiljer enbart 7 procentenheter mellan utrikes födda och inrikes födda 35-åringar och 12 procentenheters skillnad för 35-åringarna. Efter 55 år i Sverige har skillnaden även för 35-åringarna minskat till endast 8 procentenheter (till höger i diagrammet).

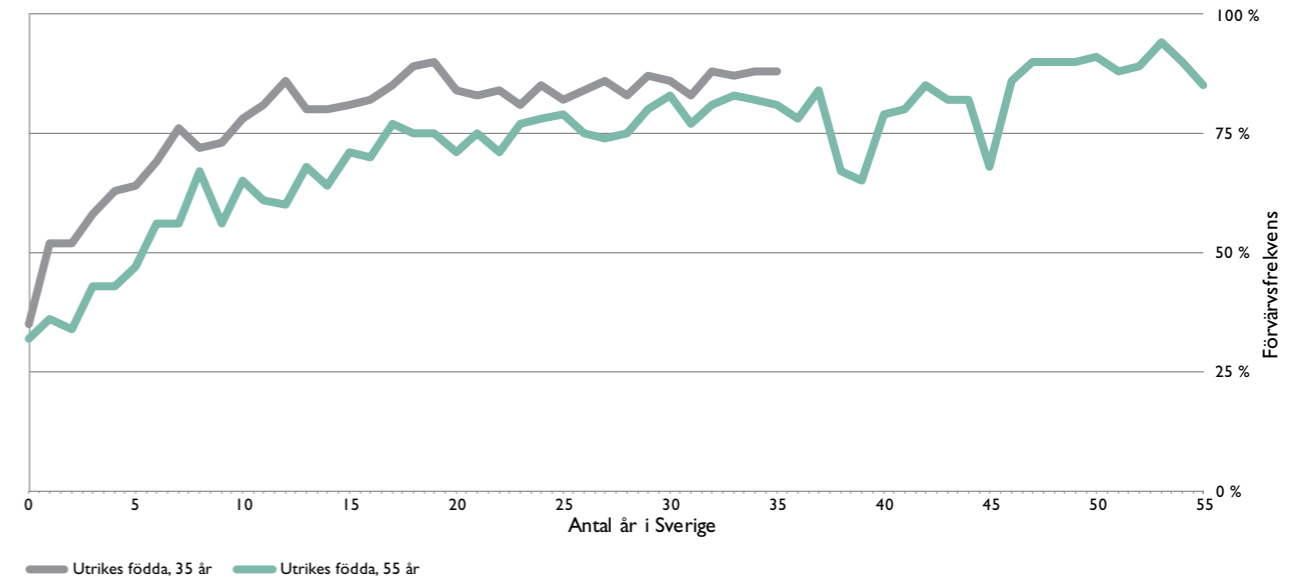


Diagram 49. Förvärvsfrekvens i Göteborg 2012 för utrikes födda 35- och 55-åringar efter antal år i Sverige [105].

Överqualificerad för jobbet

Förutom att förvärvsfrekvensen skiljer sig åt mellan inrikes och utrikes födda personer finns även skillnader vad gäller sannolikheten att den enskilde har ett yrke som överensstämmer med inriktning på utbildning eller utbildningsnivå. Det har visat sig i ett flertal studier att utrikes födda personer har svårare än inrikes födda att få ett jobb som matchar deras utbildning och därför oftare har ett arbete som de är överqualificerade för [151]. Det skulle vara intressant att närmare studera hur situationen ser ut i Göteborg för att bättre förstå processer som har att göra med stadens arbetsmarknad och integration.

Förankring på arbetsmarknaden och arbetslöshet

Även förankringen på arbetsmarknaden är central för hälsan. Det beror bland annat på att arbetslöshet påverkar hälsan negativt [29, 40]. Personer med svag förankring på arbetsmarknaden har generellt sett sämre hälsa än de med stark förankring [17]. Arbetslöshet medför även en ökad risk för förtidig död, självmord, hjärt- och kärlsjukdomar och psykisk ohälsa samt orsakar viss ökning av somatisk ohälsa och missbruk av alkohol och droger [17].

I Sverige är arbetslösheten högre bland utrikes födda, lågutbildade, funktionsnedsatta och ungdomar [40]. En högre arbetslöshet bland utrikes födda kan vara en bidragande förklaring till att hälsan generellt är sämre bland utrikes födda än bland personer födda i Sverige [29].

Arbetslöshet påverkar inte enbart den arbetsföra delen av befolkningen utan även barnen påverkas. Även så lite som en procents arbetslöshetsökning i regionen där barn växer upp kan påverka deras framtida beteenden i tonåren och detta oavsett familjens ekonomiska situation. Forskarna har dock inte kunnat ta hänsyn till andra bidragande orsaker som föräldrarnas historik

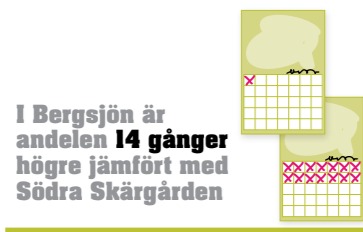
av eventuellt missbruk. Detta till trots är studien intressant då den visar att ekonomiska förhållanden och framtidshopp under uppväxten verkar ha betydelse för hälsan och beteenden längre fram i livet [101].

Samtidigt kan det vara mer skadligt för hälsan att ha ett arbete med dåliga arbetsförhållanden än att vara arbetslös. Att ha ett arbete som är osäkert, stressigt, dåligt betalt och som innebär låg grad av inflytande och utan stöd kan exempelvis påverka den psykiska hälsan mer negativt än vad arbetslöshet kan göra [29].

Långtidsarbetslöshet

Dagens forskning visar att ju längre en person är arbetslös, desto fler och tydligare blir de negativa effekterna på hälsan [17]. I Sverige är långtidsarbetslöshet vanligast förekommande i åldersgruppen 55–64 år och särskilt vanligt bland kvinnor med funktionsnedsättning [40]. Studier har även visat på en koppling mellan vuxnas långtidsarbetslöshet genom att barn som växt upp med långtidsarbetslösa föräldrar i större utsträckning är arbetslösa och lider av olika psykiska problem som unga vuxna och som vuxna än andra personer [77].

I Göteborg är andelen långtidsarbetslösa⁵⁴ lägst i mellanområdena Södra Skärgården, Torslanda, Norra Älvstranden och Södra Västkusten. Högst andelen långtidsarbetslösa mellan 25–64 år uppmäts i mellanområdena Bergsjön och Södra Angered. Det innebär att andelen långtidsarbetslösa vuxna är 14 gånger högre i Bergsjön än i Södra Skärgården. Det motsvarar en skillnad på 6 procentenheter (se diagram 50) [105].



Figur 30. Skillnad i andel långtidsarbetslösa vuxna (25–64 år) mellan mellanområdet med högsta respektive lägsta värdet [105].

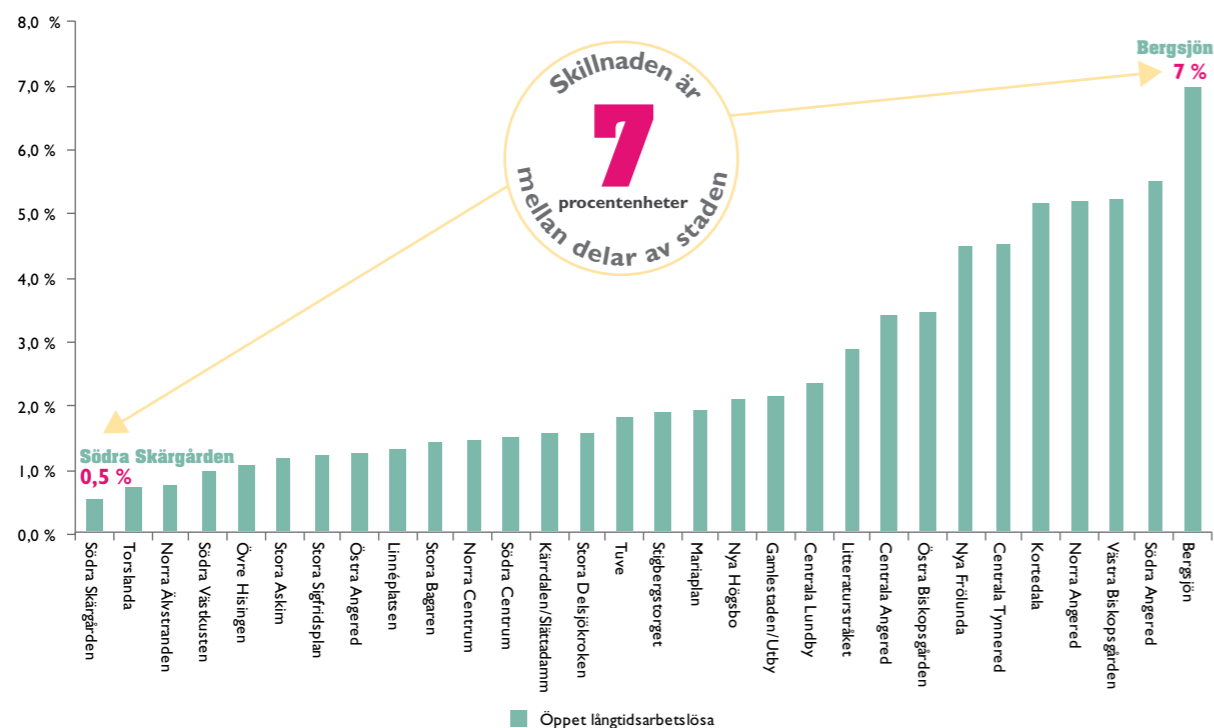


Diagram 50. Andel (%) (25–64 år) öppet långtidsarbetslösa (6 månader eller mer) vid mätpunkt 31 oktober 2013 [105].

⁵⁴ Enligt Arbetsförmedlingen är en person långtidsarbetslös efter en sammanhängande 6-månadersperiod av öppen arbetslöshet eller mer om man är 25 år eller äldre. Långtidsarbetslösa är en delgrupp av arbetslösa.

Det sociala trygghetssystemet

För att utjämna ekonomiska skillnader används olika former av sociala transfereringar⁵⁵, det vill säga att pengar flyttas genom beskattning från mer ekonomiskt starka grupper till grupper med mindre ekonomiska resurser. Det svenska trygghetssystemets syftar till att ge ekonomisk trygghet när personer av olika anledningar förlorar sin inkomst, till exempel på grund av sjukdom eller vård av barn, eller när man inte kan försörja sig genom eget arbete.

Här nedan för görs nerlag i de försäkringar som prövas mot inkomsten, det vill säga sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringar.

Arbetslöshetsersättning

Enligt Akademikerförbundet SSR:s rapport om det svenska trygghetssystemet är i dag majoriteten (70 %) av den svenska arbetskraften mellan 16 och 64 år medlemmar i en a-kassa. Andelen öppet arbetslösa som får arbetslöshetsersättning i dag uppgår till 40 procent. År 2006 var motsvarande siffra 80 procent⁵⁶. De resterande arbetslösa får antingen aktivitetsstöd (de deltar i Arbetsförmedlingens program), aktivitetsstöd som kompletteras med försörjningsstöd eller får sin försörjning enbart från försörjningsstödet. Men vissa står även helt utan försörjning [152].

Nivåerna för a-kassan har inte ändrats sedan 2002. Den högsta dagsersättningen från a-kassan uppgår år 2014 till 680 kr. Det betyder att maxersättningen är 10 472 kronor/månad, vilket motsvarar en månadslön på 15 000 kronor [152]. Av alla som arbetade heltid i februari 2014 men som blev arbetslösa fick endast 10 procent ut en arbetslöshetsersättning motsvarande 80 procent av sin tidigare inkomst⁵⁷ [153]. Enligt Akademikerförbundet SSR innebär denna utveckling att a-kassan inte längre är en inkomstbaserad omställningsförsäkring utan snarare ett alternativt försörjningsstöd [152].

Sjukförsäkring

Akademikerförbundet SSR skriver vidare i sin rapport om det svenska trygghetssystemet att sjukförsäkringen har gått en liknande utveckling till mötes som arbetslöshetsförsäkringen. Utvecklingen är dock inte lika påtaglig eftersom sjukförsäkringen räknas upp med prisutvecklingen. Dock halkar den efter reallöneutvecklingen [152].

Även inom denna försäkring får allt färre ut 75–80 procent av inkomsten och det finns en risk, menar Akademikerförbundet SSR, att denna

⁵⁵ Transfereringar innebär att ekonomisk bärkraft genom kollektiva statsfinansiella åtgärder flyttas från vissa grupper till andra grupper i samhället. De som gynnas vid en transferering erhåller olika former av bidrag, försäkringsersättningar, pension etc.

⁵⁶ För att ha rätt till arbetslöshetsersättning måste personen först och främst vara ansluten till a-kassan och därefter uppfylla grundvillkoren och arbetsvillkoret. Med grundvillkor menas: personen måste kunna arbeta minst 3 timmar varje arbetsdag och i genomsnitt minst 17 timmar i veckan, vara anmäld som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen och stå till arbetsmarknadens förfogande. Det innebär att du har för avsikt att arbeta och att det inte finns några hinder för det. Medan det med arbetsvillkor menas att personen inom de senaste 12 månaderna måste förvärvat arbetat i minst sex kalendermånader. Alla sex månader måste innehålla minst 80 arbetade timmar, eller förvärvat arbetat i minst 480 timmar under sex sammanhängande kalendermånader. Alla månader måste innehålla minst 50 arbetade timmar.

⁵⁷ Mätningen genomfördes av Arbetslöshetskassornas samorganisation i februari 2014.

försäkringsform också tappar sin grundläggande princip som inkomstbortfallsförsäkring [152].

Försörjningsstöd

Akademikerförbundet SSR hävdar slutligen att i år är det första gången som försörjningsstödet ”går om” de andra inkomstbortfallsförsäkringarna räknat i kronor som kan erhållas. Detta beror på att försörjningsstödet har räknats upp utifrån de verkliga kostnaderna som en person har för att kunna hålla en skälig levnadsnivå. Nivåerna för arbetslöshetsersättning eller sjukersättningen har däremot inte justerats på detta sätt.

Akademikerförbundet SSR uppskattar att 60 procent av de som erhåller försörjningsstöd i dag skulle kunna ha sin försörjning från antingen sjuk-, arbetsskade- eller arbetslöshetsersättningen istället. Även om antalet individer som får försörjningsstöd minskar menar Akademikerförbundet SSR att allt fler får stödet av fel skäl. Skäl som, enligt dem, inte stämmer överens med socialtjänstlagens intention att försörjningsstöd ska vara en ”tillfällig hjälp” och ett ”sista skyddsnet”. Drygt hälften av de 250 000 individer som mottog försörjningsstöd i Sverige år 2012 var arbetslösa personer som fick otillräcklig eller ingen ersättning från a-kassan, eller som väntade på att få ersättning från a-kassan [152].

Av dem som mottog försörjningsstöd i Göteborg år 2013 tillhörde 39 procent en grupp som skulle kunna bedömas som anställningsbar (se tabell 3). Begreppet anställningsbar grundas i att de statistiskt ses som friska, har arbetsförmåga, har en funktionell svenska, inte har ett drogberoende som påverkar arbetet, inte är sjukskrivna, samt inte erhåller lön eller studiemedel, pension eller föräldraersättning, sjukersättning eller sjuk- och aktivitetsersättning [154].

Ett led i att minska skillnaderna i Göteborg kan vara att närmare undersöka orsakerna till att denna grupp mottar försörjningsstöd istället för (eller utöver) lön, sjuk- eller arbetslöshetsersättning. Att döma av statistiken finns här en outnyttjad resurs i form av anställningsbara invånare.

Utbildningsnivå	Totalt personer		Anställningsbara personer		Anställningsbara uppdelade efter kön			
					Kvinnor		Män	
Lägre än grundskola	246	7 %	54	5 %	27	6 %	27	5 %
Grundskola	1 196	31 %	281	28 %	120	28 %	161	27 %
Gymnasieskola	1 992	52 %	554	54 %	240	55 %	314	53 %
Högskola	391	10 %	135	13 %	46	11 %	84	15 %

Tabell 3. Fördelning av personer med försörjningsstöd efter utbildningsnivå och kön, 2013 [154].

Av alla som 2013 hade försörjningsstöd i Göteborg var 53 procent friska och 67 procent har tidigare arbetslivserfarenhet. Dessutom har majoriteten en gymnasieutbildning och nästan hälften hade barn. Av alla som får försörjningsstöd i Göteborg hade 84 procent utländsk bakgrund och bland dem hade 47 procent en gymnasieutbildning eller högre [154].

Familjepolitikens utjämnings effekter

Försäkringskassans beräkningar visar att den fattigdomsbekämpande förmågan⁵⁸ i den svenska familjepolitikens transfereringar har minskat över tid. De visar samtidigt att den fortfarande är av betydelse när det kommer till att omfördela resurser till barnhushållen och att minska andelen ekonomiskt utsatta barnhushåll i Sverige. Dock var betydelsen av den ekonomiska familjepolitiken för barnhushållens ekonomi något lägre 2012 än 2007. Det beror på att barnhushållens förvärvsinkomster i allmänhet har ökat, men ersättningsnivåerna har inte ökat i samma takt [102]. Detta ligger i linje med det Rädda Barnen skriver i en rapport om den svenska ekonomiska familjepolitiken⁵⁹, nämligen att den i allt lägre utsträckning utjämnar de växande inkomstskillnaderna bland barnfamiljer. Rädda Barnens bedömning är även att den fattigdomsbekämpande förmågan blir allt sämre [141].



58 Den fattigdomsbekämpande förmåga handlar om hur väl våra gemensamma resurser omfördelas för att minska de negativa effekterna för perioder i livet då vi generellt har ett mindre ekonomiskt utrymme. Dessa perioder är uppväxten (barnbidraget), ungdomsåren och unga vuxna (studiemedel), föräldraperioden (föräldraförsäkring), perioder av sjukdom, nedsatt arbetsförmåga eller arbetslöshet (sjukersättning, förtidspension och arbetslöshetsersättning) och slutligen ålderdomen (pensionen). Utan fattigdomsbekämpande inslag i vårt välfärdssystem skulle skillnaderna vara betydligt större i Sverige.

59 Familjepolitikens förmåner till barnfamiljer omfattar tre delar: försäkringar, generella bidrag och behovsprövade bidrag. Tillsammans ingår följande: föräldraförsäkring, barnbidrag, underhållsstöd, bostadsbidrag, vårdbidrag, bidrag till internationella adoptioner, barnpension och efterlevnadsstöd till barn samt pensionsrätt för barnår.

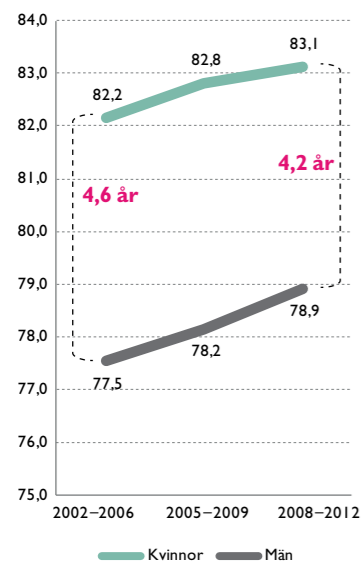


Diagram 51. Medellivslängd för kvinnor respektive män i Göteborg under perioden 2002–2012 [105].
OBS axel börjar vid 75 år.

Hälsa och levnadsvanor

Hälsostatusen påverkas i mycket stor utsträckning av en persons ekonomiska förutsättningar, utbildningsnivå, eventuella tidigare hälsoproblem, sociala nätverk, födelseland, sexuella läggning och kön. Eventuella funktionsned-sättningar påverkar också [65].

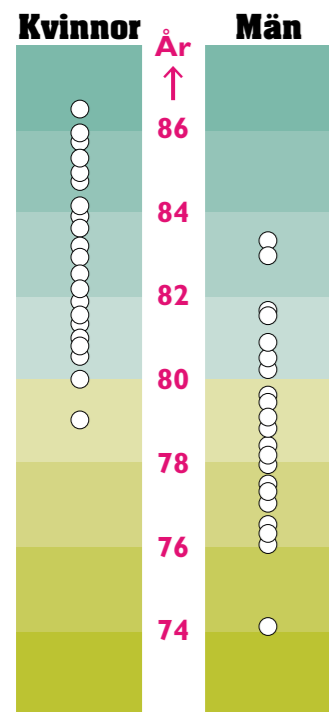
Detta avsnitt handlar främst om orsaker till ohälsa, medan rapporten i övrigt behandlar de strukturella ”orsakernas orsaker”⁶⁰. Den samlade kunskapen trycker på att ett effektivt förebyggande arbete, med syfte att minska skillnaderna i livsvillkor och hälsa i en befolkning, främst bör sikta in sig på de strukturella faktorerna. Ett arbete som alltför snävt riktas in på levnadsvanor kan istället, som nämnts tidigare, bidra till att skillnaderna ökar (se s. 31). Samtidigt kan inte ett förebyggande och hälsofrämjande arbete med inriktning på levnadsvanor uteslutas om ett hållbart samhälle är målet. Styrkan i det svenska folkhälsoarbetet ligger snarare i kombinationen av både de individuella och strukturella faktorerna. Samhället kan inte enbart stärka de positiva strukturerna och skapa samhällseliga förutsättningar om inte de individuella förutsättningarna också stärks.

Medellivslängd

Medellivslängden⁶¹ är ett väl använt mått som tydligt och enkelt beskriver skillnader i en befolkning [28]. Olika gruppers medellivslängd speglar i hög grad individens sociala position i samhället [17]. Den speglar också hur väl samhället lyckas skapa förutsättningar för bra levnadsvillkor. Hälsan i Sverige, mätt som medellivslängd, har förbättrats under många årtionden och många hälsoproblem har minskat över tid. Det hänger samman med ökade ekonomiska resurser, höjd utbildningsnivå, bättre sjukvård och framför allt ökade kunskaper om att främja hälsa och förebygga ohälsa [28]. Men den höjda utbildningsnivån är antagligen den viktigaste förklaringen till den ökade medellivslängden i landet. Förklaringen bakom detta är ett komplext mönster av orsaker som kan kopplas samman med social position och hälsa [17].

Ofta används medellivslängden i jämförelser mellan geografiska områden eller mellan olika grupper, till exempel ålder, kön, inkomst, etnicitet eller liknande [16]. För personer som föddes i Sverige 2012 var den uppskattade medellivslängden 83,5 år för kvinnor och 79,9 år för män [155]. Medellivslängden i Göteborg är 83,1 år för kvinnorna och 78,9 år för männen (diagram 51). Medellivslängden i Göteborg har sedan 2002 ökat, för män med 1,38 år och för kvinnor med 0,96 år. Det betyder att 2002 var skillnaden mellan kvinnor och män 4,6 år och 2012 hade den krympt till 4,2 år (se diagram 51) [105].

Förutom att skillnader i medellivslängd mellan kvinnor och män är tydlig är den även slående mellan stadens mellanområden. Den förväntade återstående medellivslängden är lägst för män i mellanområdena Bergsjön,



Figur 31. Medellivslängd vid födseln för kvinnor (t.v.) och män (t.h.) i Göteborg uppdelat efter mellanområden (2008–2012) [105].

⁶⁰ Se s. 20–22 samt figur 1.

⁶¹ Medellivslängd är den förväntade återstående medellivslängden vid födseln. Det betyder att det är den ålder som en person som är född i år kan förväntas uppnå om dödligheten i olika åldrar förblir oförändrad under personens fortsatta liv. Medellivslängd går inte att ta fram för primärområdesnivå. SCB lämnar inte ut dessa uppgifter eftersom det i princip är omöjligt att räkna ut medellivslängden på ett så litet befolkningsunderlag.

Mariaplan och Kortedala och för kvinnor i mellanområdena Bergsjön, Norra Angered och Mariaplan. Det skiljer upp till 7,5 år i medellivslängd för kvinnorna och upp till 9,1 år för männen när de olika områdena jämförs med varandra. Mellan 2002 och 2012 minskade kvinnors medellivslängd svagt i fyra mellanområden, och detsamma kan konstateras i två mellanområden för män (se tabell 4). I övriga mellanområden har medellivslängden ökat [105].

Minskning av medellivslängd mellan 2002 och 2012

Kvinnor	År	Män	År
Bergsjön	-0,7	Gamlestaden/Utby	-1,6
Mariaplan	-0,4	Södra Angered	-0,1
Centrala Lundby	-0,3		
Kärrdalen/Slättadam	-0,2		

Tabell 4. Minskning av medellivslängden mellan 2002 och 2012 för kvinnor respektive män, uppdelat efter mellanområde [105].

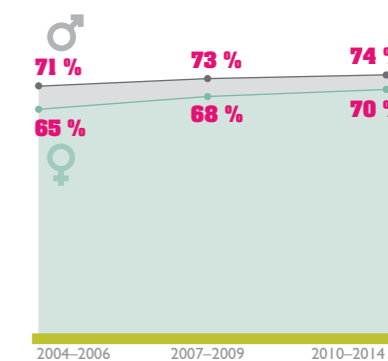
En viktig fråga är varför det finns skillnader i den förväntade medellivslängden mellan kvinnor och män, samt mellan stadens områden? Förklaringen ligger i första hand i att skillnaderna speglar de socioekonomiska villkoren och den sociala statusen. Medellivslängden ökar nämligen med högre utbildningsnivå. Skillnaden i medellivslängd mellan dem som har en kort utbildning och dem som har en lång utbildning har ökat i Sverige sedan början av 1980-talet. I dag skiljer det på nationell nivå upp till fem år mellan de båda grupperna [28]. Över tid har skillnaden i medellivslängd i Sverige mellan högutbildade och lågutbildade kvinnor ökat från 2 år 1986 till 4,3 år 2003. För män var motsvarande förändring från 3,4 år till 4,9 år [73]. Risken att dö i förtid är dubbelt så stor för personer som är mellan 30–74 år och som har kort utbildning jämfört med dem som har lång. Förutom sambandet mellan utbildningsnivå och medellivslängd pekar forskningsresultat också på en koppling mellan hög medellivslängd och högre inkomster eller större förmögenhet [28].

Liknande mönster skulle antagligen även kunna ses i Göteborg, om staden hade haft möjlighet att göra denna form av analys. Det skulle i så fall innebära att skillnaden i medellivslängd skulle vara än mer påtaglig om man även kunnat studera socioekonomiska variabler, till exempel utbildningsnivå. Vid framtida analyser bör därför medellivslängd kopplas till utbildningsnivå för att det ska bli möjligt att studera skillnader i livsvillkor och hälsa ännu bättre.

Självskattad hälsa

När människor tillfrågas om vad som är viktigast i livet kommer en god hälsa på i särklass första plats. Om detta grundläggande tillstånd inte finns kan det vara svårt att få livet att fungera eller att känna sig tillfreds och nöjd med livet som helhet.

Självskattad hälsa är tillsammans med medellivslängd både ett internationellt och nationellt vedertaget mått som tydligt beskriver skillnader i hälsa. Självskattad hälsa speglar i stor utsträckning även andra hälsoutfall, och eftersom det förutsäger individens återstående livslängd används det ofta som ett övergripande mått på hälsa [17]. Därför är det rimligt att anta att skillnaderna



Figur 32. Andel (%) kvinnor respektive män (18–84 år) som upplever sin hälsa som god [106].

mellan både olika grupper och olika områden är påtagliga även för andra hälsoindikatorer. Det är alltså högst rimligt att anta att mellanområdena hamnar på ungefär samma plats som i diagram 53 även när det gäller andra hälsoindikatorer

Sedan 2004 har andelen göteborgare (18–84 år) som upplever sin hälsa som god ökat med 4 procentenheter. Ökningen är något högre för kvinnor än för män (se figur 32). Vuxna (30–64 år) med lång utbildning säger sig må bättre än de med kort utbildning (81 respektive 62 %). En viss försiktig förbättring i hälsa utifrån utbildningsnivå kan ses mellan 2004 och 2014. Det är 19 procentenheters skillnad i diagram 52 när vuxna med kort utbildning jämförs med dem som har lång [106]. Samma mönster ses genomgående i denna rapport oavsett vilken hälsoindikator, självskattad ohälsa, fetma, fysisk aktivitet, svår värk i rörelseorganen och bruk av tobak, som studeras.

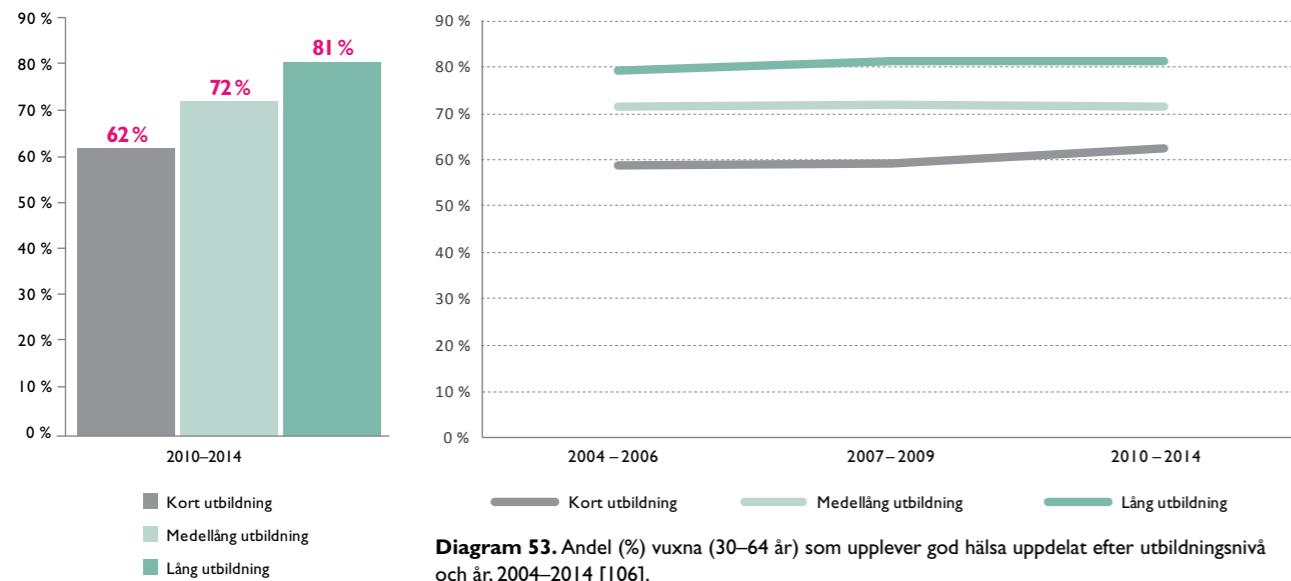


Diagram 52. Andel (%) vuxna (30–64 år) som upplever god hälsa uppdelat efter utbildningsnivå, 2010–2014 [106].

Diagram 53. Andel (%) vuxna (30–64 år) som upplever god hälsa uppdelat efter utbildningsnivå och år, 2004–2014 [106].

Det skiljer i den självskattade hälsan upp till 31 procentenheter mellan stadens mellanområden (se diagram 53). Stora Sigfridsplan (84 %) är det mellanområde där högst andel av befolkningen uppger en god självskattad hälsa, medan Nya Frölunda (53 %) har lägst andel [106]. Det är med andra ord nästan dubbelt så hög andel som upplever god hälsa i Stora Sigfridsplan än i Nya Frölunda. Även om skillnaderna mellan olika delar av staden är påtagliga finns det nästan lika stora skillnader inom enskilda stadsdelar. Det är exempelvis 29 procentenheters skillnad bara inom stadsdelen Askim-Frölunda-Högsbo när den självskattade hälsan för 2006–2014 undersöks. Slutsatsen som kan dras av det är att arbetet med att minska skillnader i hälsa bör ske både mellan stadsdelar och inom stadsdelar om staden ska bli mer hållbar.

De geografiska skillnaderna är i stort sett desamma för de andra hälsoindikatorerna, till exempel självskattad ohälsa, fetma, fysisk aktivitet, svår värk och bruk av tobak. Ett genomgående mönster är att de områden som har en högre socioekonomisk status också har ett bättre hälsoutfall, medan det motsatta gäller i de områden som har en lägre socioekonomisk status.

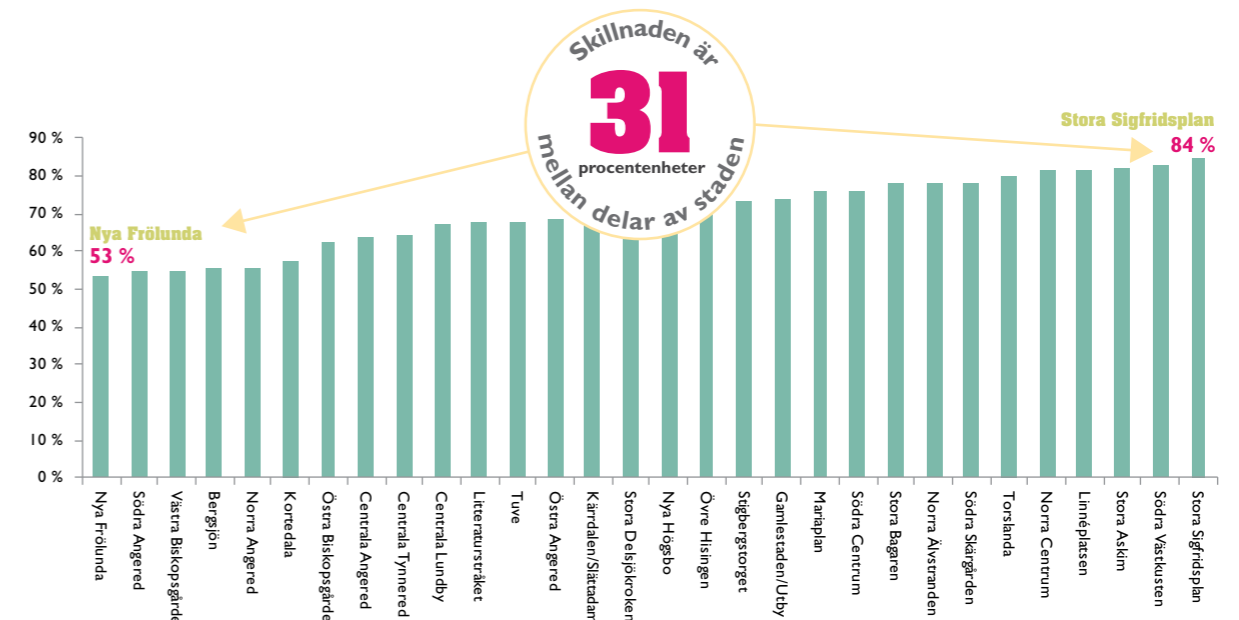
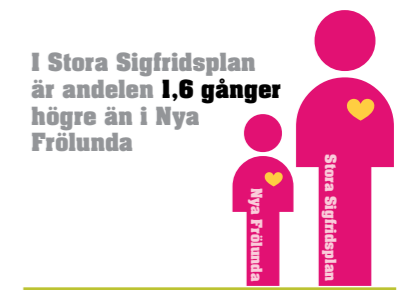


Diagram 54. Andel (%) vuxna (30–64 år) som 2006–2014 upplevde sin hälsa som god, uppdelat efter mellanområde [106].

Den sociala gradienten har sedan 2004 minskat något men fortfarande är tydlig mellan olika stadsdelar i Göteborg. En högre andel av vuxna skattar sin hälsa som god i socioekonomiskt starka stadsdelar än i stadsdelar med lägre socioekonomisk status. I diagram 54 exemplifieras detta. Stadsdelarna Centrum och Majorna-Linné har högst andelar av befolkningen som upplever en god hälsa, medan Angered och Östra Göteborg har lägst andelar med självuppskattad god hälsa. Intressant är dock den positiva förändring över tid som skett i Östra Göteborg (se bilaga 8, s. 221) [106].



Figur 33. Skillnad i andel vuxna (30–64 år) med självupplevd god hälsa mellan mellanområdet med högsta respektive lägsta värde [106].

Självskattad ohälsa

Bland göteborgarna är skillnaderna också stora när det gäller hur stor andel som upplever dålig hälsa i relation till utbildningsnivå. Det skiljer 9 procentenheter mellan dem med kort utbildning och dem med lång. Det är alltså 4 gånger högre andel med självskattad dålig hälsa som har kort utbildning än lång. I staden syns den sociala gradienten tydligt, det vill säga att ju kortare utbildning, desto sämre hälsa.

Det är knappt någon skillnad mellan andelen män (7 %) och andelen kvinnor (8 %) i staden som själva uppger att de har en dålig hälsa. Men eftersom kvinnor i allmänhet brukar vara mer benägna att rapportera en sämre upplevd hälsa än män är de här siffrorna intressanta. Statistiken visar vidare på en mer eller mindre oförändrad bild av dålig hälsa sedan 2004. Andelen som anger att de har en dålig hälsa ökar med stigande ålder. Detta är förväntat, eftersom fler blir sjuka och får krämpor ju äldre de blir [106].

En social gradient går också att se utifrån geografi. I stadsdelarna med lägre socioekonomisk status är det en högre andel av befolkningen (30–64 år) som själva upplever dålig hälsa. Det motsatta gäller i stadsdelarna med en högre socioekonomisk status. Gradienten har sedan 2004 ökat något mellan Göteborgs stadsdelar (se bilaga 8, s. 211) [106].

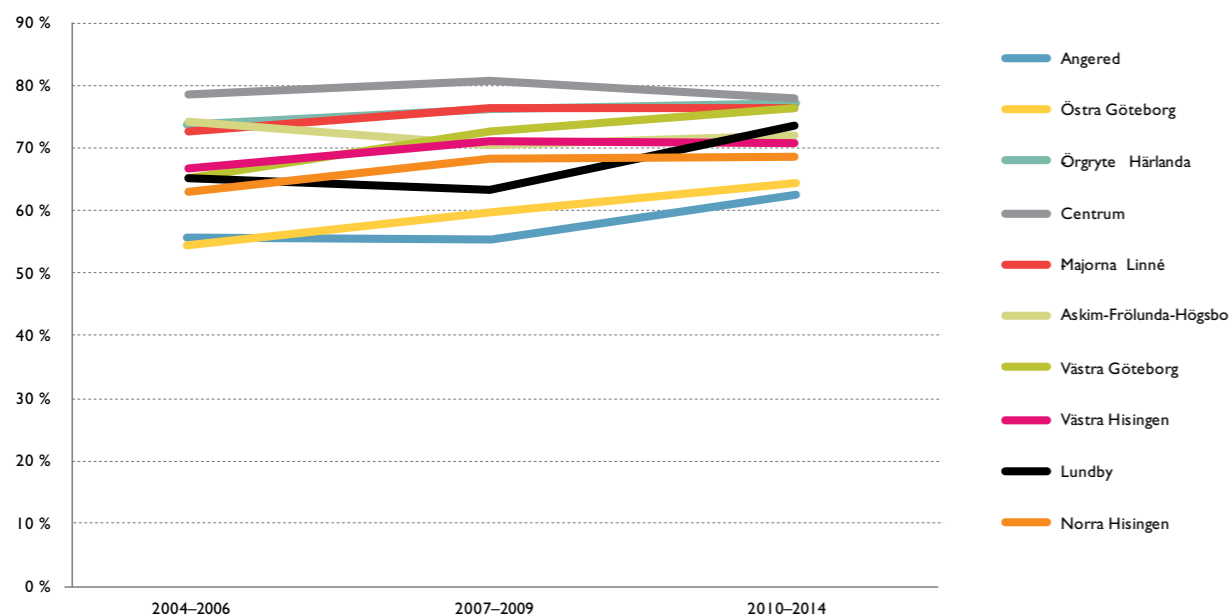


Diagram 55. Andel (%) av befolkningen (16–84 år) som uppskattar sin hälsa som god (2004–2014) [105].

Det generella mönstret för levnadsvanor

För vuxna är det tydligt att ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis rökning och fysisk inaktivitet, är sammankopplade med social position och socioekonomi (i detta fall utbildningsnivå).

Det är vanligare med fetma och rökning bland dem med kort utbildning jämfört med dem med medellång eller lång utbildning (se diagram 55). Samma mönster går igen för fysisk aktivitet och svår värk. Enligt den nationella kunskapsbilden är mönstret mindre tydligt för psykisk ohälsa, eftersom denna form av ohälsa inte verkar vara lika tydligt kopplad till socioekonomisk status [72]. Samma mönster kan även skönjas i Göteborg. Den riskabla alkoholkonsumtionen följer däremot ett mer tydligt men omvänt mönster. Riskabel alkoholkonsumtion ses nämligen på nationell nivå vara kopplad till högre socioekonomisk status [156], vilket även den lokala statistiken för Göteborg visar.

Mönstret mellan socioekonomi och hälsa fortsätter när Göteborgs geografiska skillnader studeras. I mellanområdena Stora Sigfridsplan, Linnéplatsen, Norra Centrum och Södra Västkusten upplever en låg andel av befolkningen ohälsa eller har hälsosamma levnadsvanor. Däremot upplever en hög andel detta i mellanområdena Södra Angered, Bergsjön, Norra Angered och Västra Biskopsgården (se bilaga 8, s. 211).

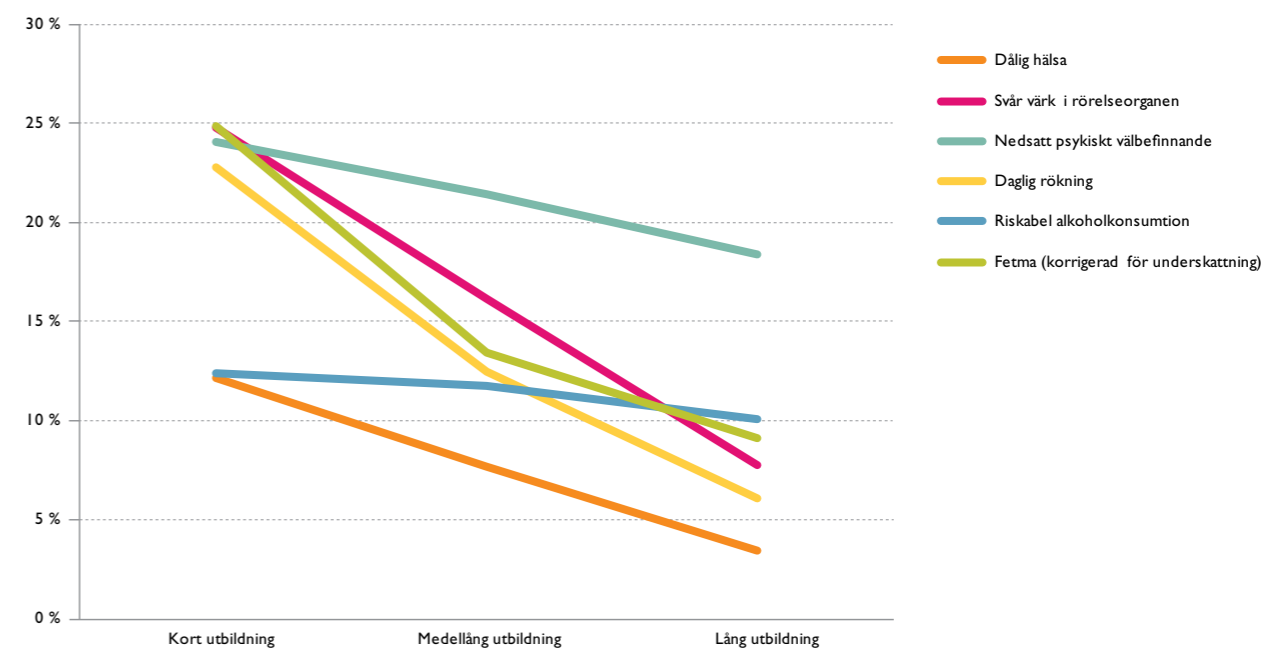


Diagram 56. Andel (%) vuxna (30–64 år) med olika ohälsosamma levnadsvanor och olika hälsoutfall uppdelat efter utbildningsnivå (2004–2014) [106].

Fysisk aktivitet och stillasittande fritid

Ett effektivt sätt att påverka befolkningens hälsa är att öka den fysiska aktiviteten. Fysisk aktivitet är en *friskfaktor* medan stillasittande kan ses som en *riskfaktor* för ohälsa, och båda måste tas med i beräkningen för att kunna öka möjligheterna till en bättre folkhälsa [157].

Den fysiska planeringen och utformningen påverkar möjligheten till fysisk aktivitet [157]. För att öka mängden fysisk aktivitet måste det finnas attraktiva, säkra och trygga miljöer i närområdet. Det ska finnas inom- och utomhusmiljöer för fysisk aktivitet och lek, ett brett utbud av gång- och cykelbanor samt grönområden. Kostnaden för aktiviteter påverkar också aktivitetsgraden – inte minst för dem med sämre ekonomiska förutsättningar [157].

En viktig faktor för fysisk aktivitet är samhällets förmåga att skapa tillgång och närhet till arenor och attraktiva miljöer som främjar fysisk aktivitet. Andra avgörande faktorer är individens ekonomiska villkor och utbildningsnivå. Sannolikheten är högre att de som har hög utbildningsnivå och god ekonomi också är fysiskt aktiva, och tillgodogör sig avgörande friskfaktorer, jämfört med dem som inte har lång utbildning eller hög inkomst. I Sverige har de mer socioekonomiskt svaga grupperna, till exempel utlandsfödda, arbetare och tjänstemän på lägre nivå, mer stillasittande fritid än svenskfödda och högre tjänstemän [144]. Även personer med en funktionsnedsättning är mer stillasittande än befolkningen i övrigt. Förutom att socioekonomi avgör aktivitetsgraden är även ålder en avgörande faktor. På nationell nivå är det även mer vanligt att män är inaktiva än kvinnor [157].

I Göteborg är det 7 procentenheters skillnad i fysisk aktivitet mellan vuxna som har kort utbildning jämfört med dem som har lång utbildning. Av stadens vuxna med kort utbildning uppger 47 procent att de är fysisk aktiva i

30 minuter per dag. Motsvarande siffra för personer med lång utbildning är 54 procent. Skillnaderna har ökat över tid, eftersom det var mindre skillnader mellan utbildningsgrupperna 2004 än 2013 (se bilaga 8, s. 211).

Jämförs andelen vuxna som uppger att de är fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag mellan stadens mellanområden är skillnaden 23 procentenheter. I Stora Sigfridsplan och Stora Bagaren uppger 60 procent av de vuxna att de är fysiskt aktiva följt av 59 i Mariaplan. Lägst andel som är fysiskt aktiva finns i mellanområdena Bergsjön och Centrala Angered (båda 38 %) och Norra Angered (39 %). Det betyder att det är nästan dubbelt så hög andel som anger att de är fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag i Stora Sigfridsplan jämfört med Bergsjön.

Fetma

En annan orsak till ohälsa och sjukdom, samt minskat välbefinnande, är övervikt och fetma. I Sverige bedömdes 12 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ha fetma 2004–2010. Trenden att allt fler barn och unga samt vuxna i Sverige blir överviktiga eller får fetma tycks ha avstannat. Totalt sett är det dock nästan varannan svensk man och var tredje kvinna som är överviktig eller har fetma. För vissa grupper, till exempel äldre, är det även viktigt att uppmärksamma undervikt [34]. Det är dock enbart fetma som belyses här.

I Göteborg bedöms 17 procent av vuxna (30–64 år) oavsett kön ha fetma⁶². När olika utbildningsnivåer i Göteborg jämförs med varandra syns det tydligt att även hög förekomst av fetma är associerad med lägre utbildningsnivå och därigenom socioekonomi. Det är 25 procent av dem med kort utbildningsnivå, mellan 30 och 64 år, som har fetma och endast 9 procent av dem med lång utbildning [106].

Även utifrån geografi fördelar sig andelen med fetma olika i Göteborg. I Bergsjön bedöms 24 procent av befolkningen (30–64 år) ha fetma medan endast 6 procent i mellanområdet Linnéplatsen (se bilaga 8, s. 211) [106].

Bruk av tobak

Rökning är en bidragande orsak till ojämlikheterna i hälsa mellan olika grupper. Nationella data visar att rökning i dag är vanligast bland personer med låg utbildningsnivå och låg inkomst. I den svenska befolkningen är rökning vanligast bland de grupper som är mest utsatta för ohälsa, till exempel personer med HBTQ-identitet, vissa invandrargrupper och dem som också har andra ohälsosamma levnadsvanor. Rökningen är även vanligare bland de med arbetaryrken än bland tjänstemän och vanligare bland sjuk-skrivna och arbetslösa än bland förvärvsarbetande. Rökningen ökar därmed skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen [158], medan orsakerna bakom bruket delvis kan ses som ett resultat av strukturella skillnader i livsvillkor och tobaksindustrins marknadsföringsstrategier.

62 Uppgifterna bygger på självrapportering, men är korrigerade för att reducera effekten av att personer tenderar att underskatta sin vikt och överskatta sin längd. I statistiken som beskriver den nationella situationen har dock inte samma korrigering gjorts.

I Göteborg är den sociala gradienten påfallande när det gäller daglig rökning. Bland de med kort utbildning uppger 23 procent att de röker dagligen, medan den siffran endast är 6 procent bland de med lång utbildning. Det ger en skillnad på 17 procentenheter. I Göteborg röker 14 procent av de vuxna (30–64 år) dagligen. Inga könsskillnader går att se. Detta stämmer med den nationella statistiken där det från och med år 2013 inte längre fanns några skillnader mellan kvinnor och män [106].

I mellanområdet Västra Biskopsgården är det 30 procent som redovisar att de röker dagligen, vilket också är den högsta siffran för staden. Lägst andel dagligrökare finns i Södra Västkusten, där det är 5 procent av den vuxna befolkningen (30–64 år) som uppger att de röker varje dag. Detta ger en skillnad på 25 procentenheter. Samma skillnad kan också uttryckas som att det är 6 gånger högre andel i Västra Biskopsgården som röker dagligen jämfört med Södra Västkusten [106]. Att den dagliga rökningen i vissa områden är så pass hög påverkar givetvis medellivslängden och sjukdomsbilden, men kan också bidra till att helt andra, i många fall högre, krav kommer att ställas på sjukvården (se bilaga 8, s. 211).

Nedsatt psykiskt välbefinnande och riskbruk av alkohol – undantag från mönstret

Genomgående i denna rapport påvisas kopplingen mellan låg socioekonomisk status för grupper av göteborgare och delar av staden med sämre hälsoutfall eller ohälsosamma levnadsvanor. Ett undantag från detta skulle kunna vara den psykiska ohälsan och riskbruk av alkohol. De följer inte den sociala gradient⁶³ som övriga hälsoutfall vanligtvis gör.

Här presenteras därför skillnader i nedsatt psykiskt välbefinnande och riskbruk av alkohol mer utförligt.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

Jämfört med övriga hälsoutfall är kopplingen mellan socioekonomisk status och psykisk ohälsa mer otydlig. Detta gäller framför allt de mer lindriga symptomen på psykisk ohälsa som oro, ångslan och ångest. Däremot är det tydligt att de med lägre socioekonomisk position i högre utsträckning drabbas av allvariga psykiska besvär eller sjukdomar (schizofreni, depression och missbruk) [159]. En socioekonomiskt utsatt situation tycks dock förklara mer av männens än kvinnornas lindriga psykiska ohälsa [72]. En hypotes är att de mer allvarliga psykiska sjukdomarna kan relateras till uppväxtmiljön, utbildning och inkomst, medan de mindre allvariga tillstånden kan kopplas till personens relativa position i den sociala hierarkin (det vill säga hör ihop med status, makt, kontroll och autonomi) [159].

Mer entydig är kunskapsbilden kring könsskillnader och psykisk ohälsa. En svensk kunskapsöversikt menar att både biologiska faktorer och könroller kan bidra till könsskillnaderna när det gäller psykiska besvär [72]. Forskningsresultat visar att den självrapporterade ohälsan och de självrapporterade psykiska besvären följer teoribildningen – genusystemet. Det vill

63 Läs mer om social gradient på s. 26.

säga att personer med det kön som värderas lägst i samhället också är de som upplever mer ohälsa. Denna förklaring kan tyda på att det är den sociala miljön och de sociala strukturerna som främst skapar hälsoskillnader mellan könen. Det finns även de som menar att definitionen av psykiska besvär är för snäv. Den innefattar symptom som till exempel oro, ångest, depression och huvudvärk som fler kvinnor tenderar att rapportera, eftersom det mer ligger i linje med den kvinnliga könsrollen. Psykisk ohälsa för män tar sig enligt denna teori istället i uttryck genom alkohol- och drogmissbruk [29].

Slutsatsen som bland annat dras i en nationell kunskapsöversikt [72] är att enbart socioekonomiska skillnader inte kan förklara skillnader i psykisk ohälsa mellan grupper. Förklaringen ligger sannolikt snarare i biologiska skillnader och olika könsroller.

I Göteborg bedöms 20 procent av de mellan 30 och 64 år ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande⁶⁴. I hela den vuxna befolkningen (18–84 år) bedöms fler kvinnor (24 %) än män (18 %) ha nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket stämmer med ovan nämnda teoribild. Göteborg hamnar på samma nivåer som den nationella statistiken visar när Sveriges storstäder jämförs med varandra. Ur ett åldersperspektiv verkar den psykiska hälsan i Göteborg bli bättre med stigande ålder [106], vilket även det stämmer med den nationella statistiken.

Skillnaderna utifrån utbildningsnivå har sedan 2004 minskat marginellt mellan göteborgarna. Dock var skillnaderna små redan från början. Av de vuxna (30–64 år) med kort utbildning är det 21 procent som bedöms ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande, medan motsvarande siffra är 18 procent för dem med lång utbildning. Det skiljer således 3 procentenheter mellan de båda grupperna [106].

Skillnaderna i nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen (30–64 år) har sedan 2004 ökat något mellan olika stadsdelar i Göteborg. För perioden 2006–2014 finns högst andel vuxna med nedsatt psykiskt välbefinnande i mellanområdena Västra Biskopsgården (33 %), vilket kan jämföras med Södra Västkusten där lägst andel upplever samma besvär (14 %). Det är alltså 2,4 gånger högre andel som upplever psykiska besvär i Västra Biskopsgården än i Södra Västkusten. Det motsvarar en skillnad på 19 procentenheter. Lika stor skillnad i procentenheter finns även inom stadsdelen Västra Hisingen när stadsdelens mellanområden jämförs med varandra [106].

⁶⁴ Självskattat psykiskt välbefinnande mäts i folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor med hjälp av ett frågeinstrument GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) som består av 12 frågor som mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Genom att ställa samman svaren på dessa 12 frågor beskrivs det psykiska välbefinnandet.

Skillnaderna mellan grupper eller områden som kan kopplas till socioekonomiska förhållanden är inte lika tydlig som hade kunnat förväntas utifrån den nationella kunskapsbilden. I Göteborg kan det dock konstateras att en högre andel har nedsatt psykisk hälsa i områden med lägre socioekonomisk status. Samtidigt varierar mellanområdenas rangordning lite mer än i övriga diagram i denna rapport. Stora Delsjöökrokan är ett exempel på att psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol (som tas upp här nedanför) inte måste följa det socioekonomiska mönstret – att socioekonomiskt svag position ger sämre hälsa – utan kan bryta det. Frågan om nedsatt psykiskt välbefinnande, socioekonomi och kön bör dock studeras mer djupgående i Göteborg (se bilaga 8, s. 211).

Riskbruk av alkohol

Riskbruket av alkohol i Göteborg ligger i linje med den nationella statistiken och forskningen – att alkoholkonsumtionen inte följer samma socioekonomiska mönster som övriga ohälsosamma levnadsvanor gör. Ofta är mönstret det omvända, det vill säga att socioekonomiskt starkare grupper har större riskkonsumtion än övriga [156]. Däremot är de sociala konsekvenserna och medicinska skadeverkningarna av ett riskbruk eller missbruk mer tydligt kopplat till socioekonomisk position än vad enbart konsumtionen i sig är.

I genomsnitt uppger 11 procent av göteborgarna (30–64 år) att de har riskabla alkoholvanor. Skillnaderna i riskabel alkoholkonsumtion har i Göteborg ökat ytterst marginellt över tid mellan olika utbildningsgrupper (se bilaga 8, s. 211). Det skiljer i dag 2 procentenheter mellan vuxna med kort utbildningsbakgrund (12 %) och de med lång utbildningsbakgrund (10 %) [106].

Högst andel vuxna (30–64 år) som bedöms ha riskabla alkoholvanor ses i Norra Centrum (18 %), Stigbergstorget och i Linnéplatsen (båda 17 %), medan andelen som bedöms ha ett riskbruk är lägst i Södra Angered (7 %) och Tuve, Centrala Tynnered och Norra Angered (samtliga på 8 %). Statistiken tyder på att det är områden med högre socioekonomi som också har en befolkning med ett högre riskbruk av alkohol och vice versa [106]. Det finns dock undantag från mönstret, till exempel Stigbergstorget. Det är ett mellanområde som ofta placeras i mitten när stadens alla mellanområden rangordnas efter exempelvis medelinkomst, vuxnas utbildningsnivå och förvärvsfrekvens – det vill socioekonomiska faktorer. Att området placerar sig högt vad gäller alkoholbruk påverkas sannolikt av andra faktorer än de socioekonomiska. En tänkbar förklaring kan ligga i att de tre primärområden som bildar mellanområdet skiljer sig något från varandra, vilket i detta fall kan förklara att mellanområdets medelvärde för riskabel alkoholkonsumtion sticker ut från stadens övriga socioekonomiska mönster. Överlag skulle dock bilden av att stadens riskkonsumtion av alkohol varierar utifrån geografi kunna bero på socioekonomisk, kulturell och/eller trosbaserad segregation. I vissa områden där riskbruket är lägre finns det till exempel också en högre andel av befolkningen vars religion förbjuder förtäring av alkohol. Men även demografin inverkar eftersom det exempelvis i de mer centrala områdena av staden bor fler yngre medelålders (30–44 år), och de har ett något högre riskbruk av alkohol än äldre medelålders (44–64 år).

Boende, närmiljö och stödjande miljöer

Människors livsmiljö har stor betydelse för hälsan och dess utveckling. Hälsöfrämjande inslag i miljöer där vi bor, arbetar och tillbringar vår fritid skapar förutsättningar för vår hälsa. Forskning pekar också på att bristfälliga boendeförhållanden medför negativa effekter för de boendes hälsa och livsvillkor, såsom hemlöshet och trångboddhet, men även kvaliteten på boendet påverkar hälsan. Forskning visar också att människor som ofrivilligt saknar fast förankring på bostadsmarknaden har sämre förutsättningar för god en hälsa [17]. Samhällsplaneringen kan därmed bidra till minskade skillnader i livsvillkor och hälsa genom att utveckla miljöer som exempelvis ökar möjligheterna till fysisk aktivitet och social sammanhållning samt genom att skapa hälsosamma arbets- och boendemiljöer.

I detta avsnitt diskuteras därför boendesegregation, blandade upplåtelseformer, trivsel i närmiljön samt tillgång och närhet till grönområden. Det sker genom ett urval av indikatorer. Det ska därför understrykas att rapporten inte gör anspråk på ge en heltäckande beskrivning av detta kunskapsfält.

Boendesegregation

Begreppet segregation spänner över många olika arenor i samhället, där bostadsmarknad och boendeområden är en del. Andra arenor där segregation ofta diskuteras eller är synlig är arbetsmarknaden och inom skolan (se s. 51). Begreppet segregation står för en rumslig åtskillnad mellan olika befolkningskategorier som baseras på socioekonomi eller klass (inkomst-, yrkes- eller socioekonomiska grupper), etnicitet (mellan grupper av olika nationaliteter, etnisk härkomst eller religion) eller demografi (åldersgrupper, hushållstyper och kön). Men segregation innebär inte bara en åtskillnad mellan grupper utan också att de olika grupperna har olika status. Därmed påverkas människors livsvillkor också på olika sätt av segregation [17]. Socialstyrelsen [68] nämner i sin *Social rapport 2010* att segregationen i Sveriges storstäder är en kombination av ekonomisk, social, etnisk och demografisk segregation. Grunden för den segregationen handlar snarare om en ekonomisk och social segregation än en etnisk [68].

När segregation studeras framkommer nämligen att det finns olika former av segregation, till exempel ekonomisk, kulturell och etnisk. Det visar sig också att samhällens inkomstspredning, och huruvida den är jämlik eller ojämlik, påverkar hur stor till exempel den socioekonomiska boendesegregationen kan tänkas bli. Segregation är på så sätt i mångt och mycket ett uttryck för ojämlikhet. Denna ojämlikhet tar sig i uttryck i hur jämt fördelade olika grupper är över en stad och sannolikheten för interaktion mellan grupper. Den är också ett uttryck för koncentrationen av vissa grupper till vissa platser, till exempel mer socioekonomiskt lika grupper i stadens centrum eller ytterområden. Ett annat exempel är att individer med social problematik kan samlas i ett område, medan det i andra områden samlas personer som inte har en sådan problematik och som är mer resursstarka. Sammantaget handlar segregation om en form av isolering av och en åtskillnad mellan grupper och områden. Det ska dock poängteras att det inte är områden som är segregerade utan det är staden som helhet som är segregerad. Segregation kan inte existera om det inte finns två poler som är åtskilda. Den utgör en

polarisering av samhället som styrs av att den resursstarka delen av befolkningen lever åtskilt, snarare än att det är de resurssvaga som gör det [29]. Forskningen har vidare visat att utvecklingen i de båda polerna påverkar varandra. Situationen i ett område som kan klassas som utsatt och med svag socioekonomi påverkas och är nära sammanlänkad med de delar av staden som är resursstarka och har hög socioekonomisk status [27].

Det finns två huvudsakliga sätt att se på segregation [27]:

- Det skapar orättvisa förhållanden mellan grupper och sämre livsvillkor för delar av befolkningen än vad de har rätt till.
- Det skapar problem som orsakar ett hot mot samhällsordningen.

Oavsett syn på segregation är de allra flesta överens om att frågan bör lyftas från stadsdelsnivå till stadsnivå, från individnivå till strukturell nivå och att insatser och åtgärder måste samordnas [27].

En annan viktig aspekt av segregation är att den inte behöver vara problematisk. När människor själva väljer, och det står dem fritt att välja var och hur de vill bo, är boendesegregationen inte ett problem. Malmökommissionen nämner exemplet att äldre och yngre inte väljer att bo på samma platser – detta är inte ett problem men kan ändå tolkas som en åldersegregation. Om däremot åtskillnaden gäller förutsättningar till delaktighet i samhället eller om människor inte har möjlighet att själva välja var de vill bosätta sig, och detta bidrar till ojämlikhet i hälsa [17], då kan segregationen ses som negativ för samhällsutvecklingen. Forskningen menar vidare att boendesegregation kan påverka hälsan på fyra sätt [29]:

1. Segregation kan påverka hälsan genom att den i vissa områden skapar en koncentration av personer med låg socioekonomisk ställning. Sådana områden har ofta visat sig ha sämre skolor och sämre skolmiljö, vilket på sikt påverkar den socioekonomiska ställningen i samhället även för den kommande generationen. De socioekonomiska faktorerna kan förklara en del av den sämre hälsostatusen i dessa områden, men ger inte hela förklaringen [29].
2. Segregationen kan också påverka hälsan genom att kvaliteten på boendemiljön och de fysiska attributen i närmiljön kan vara sämre i vissa områden än i andra. Studier visar att boende i dessa områden är mer utsatta för brott och har sämre tillgång till den offentliga välfärdens tjänster som transport, hälsovård, förskola och skola, och att dessa håller sämre kvalitet. Vissa menar även att tillgängligheten och utbudet av onyttig mat, cigaretter och alkohol är högre i dessa områden [29].
3. Segregationen kan även påverka hälsan genom att möjligheten till sociala sammanhang, nätverk, möten och interaktion mellan människor blir begränsad. Det kan skapa något som i forskningslitteraturen kallas för homosocialitet. Det innebär att människor umgås med andra som är lika dem själva, till exempel att högutbildade umgås med högutbildade eller utlandsfödda med andra utlandsfödda. Detta behöver inte vara självvalt utan personer kan uppleva sig förpassade till detta umgänge. Allt detta påverkar individens beteenden och kontaktnät samt karriärmöjligheter. Det kan bidra till att boende i vissa områden blir isolerade från arbetsrelaterade förebilder och

sociala nätverk som kan ge information och möjlighet till jobb [29]. Här kan även grannskapseffekter⁶⁵ spela in i hur skillnader i hälsa uppstår och förstärks i vissa områden.

4. Slutligen kan segregationen påverka hälsan genom att den skapar processer som är stigmatiserande och diskriminerande. Bara för att en person bor i ett visst område får den vissa etiketter av det omgivande samhället [29].

Blandade upplåtelseformer

Rapporten *Fattiga och rika* [70], som studerar Göteborgs flyttmönster och boendesegregation, beskriver var och hur göteborgarna bor samt hur stadens flyttströmmar och omflyttning ser ut. Författarna konstaterar att ju högre andel som bor i eget hus i ett område, desto högre är den genomsnittliga inkomsten och sysselsättningsgraden samtidigt som andelen med utländsk bakgrund är lägre. Detta ger bilden av en segregerad stad [70]. Samtidigt finns det forskningsresultat som pekar på att blandade upplåtelseformer⁶⁶ och att samhällets nyckelinstitutioner som skolan fungerar är effektiva redskap mot segregation [29].

I vissa områden i Göteborg finns det en överväldigande majoritet av småhus och få hyresrätter medan det i andra delar av staden råder den totala motsatsen. Detta påverkar givetvis var olika socioekonomiska grupper av befolkningen bor. För många är valet av bostadsområde en fråga om var det finns lediga hyresrätter med tillräckligt låg hyra.

I Göteborg ägs 27 procent av alla bostäderna av allmännyttan⁶⁷ och lika många av kooperativa företag (mestadels bostadsrättsföreningar), 23 procent av fysiska personer och 21 procent av juridiska personer [105, 160]. Stadens bostadssegregation och hur blandade stadens upplåtelseformer är hade kunnat visas genom att belysa andel hyresrätter i olika delar av staden. Här har valet dock landat på att visa hur allmännyttans bostäder fördelar sig över staden⁶⁸. Anledningen är att allmännyttan i många fall kan ses som det verktyg som kommunen har för att kunna värna om bostäder med lägre hyror, något som privata hyresvärdar inte behöver göra.

I dagsläget är allmännyttans lägenheter ojämnt fördelade mellan stadens stadsdelar. I Angered och Östra Göteborg äger allmännyttan något mer än hälften av alla bostäder medan det i Västra Göteborg är vanligare att äga sitt

65 Grannskapseffekten innebär att människor som bor koncentrerat i ett område påverkar varandra, vilket resulterar i ett visst beteende eller i särskilda aktiviteter. Ett exempel är att socioekonomiskt svaga grupper i grannskapet påverkar varandra negativt. De blir på så sätt ännu mer missgynnade i förhållande till det övriga samhället, och får därigenom också en begränsad tillgång till det övriga samhället. Påverkan kan självklart även vara i positiv riktning.

66 När begreppet lanserades var tanken att via fysiska medel, tillsammans med sociala och ekonomiska aspekter, skapa miljöer där fattiga och rika förenas. Tanken var att detta skulle bidra till mer hälsosamma städer med färre sociala problem och på teorin om grannskapseffekter.

67 Allmännyttan är ofta ett kommunalt aktieföretag eller en stiftelse med syfte att främja bostadsförsörjningen i kommunen. I detta ingår att tillgodose bostadsbehov för grupper med särskilda behov eller som har en svag ställning på bostadsmarknaden, men även tillhandahålla ett varierat bostadsutbud av god kvalitet som kan attrahera olika hyresgäster.

68 Dessa bostäder vänder sig på så sätt till de grupper som har sämre anknytning till bostadsmarknaden och färre valmöjligheter ur ett ekonomiskt perspektiv. Det är även liten risk att allmännyttan ombildas till bostadsrätter och på så bidrar till gentrifiering. Slutligen baseras valet att enbart belysa allmännyttan på att den formen kan ses som ett av många kommunala verktyg för att åstadkomma en större blandning av upplåtelseformer i staden.

eget boende (företrädesvis småhus). I stadsdelen Örgryte-Härlanda består vissa områden mestadels av småhus medan det i andra områden är en majoritet av små privata hyresvärdar. Detta bidrar till låga tal för allmännyttan (se diagram 57). Det finns också relativt många privata hyresvärdar, vilket bidrar till de högre värdena i diagram 56. I stadsdelen Centrum ägs en stor andel av bostadsbeståndet av privatpersoner eller företag och därmed är det få lägenheter som är allmännyttans [105, 160].

När allmännyttans andel av bostäderna i staden delas upp efter mellanområde (se diagram 57) blir de geografiska skillnaderna vad gäller boendeform än mer tydlig. Det skiljer 81 procentenheter mellan Nya Frölunda (81 %), som är det mellanområde med högst andel lägenheter i allmännyttan, och mellanområdena Stora Askim, Östra Angered, Stora Sigfridsplan och Övre Hisingen, där allmännyttan inte äger några bostäder alls. I dessa områden består istället bostadsbeståndet i varierande grad av privata fastighetsvärdar, privatägda småhus, bostadsrätter eller bostäder som ägs av företag [105, 160]. I diagram 56 redovisas som en jämförelse antal hyresrätter i flerbostadshus uppdelat efter stadsdel för att läsaren ska få en bild av alla hyresrätter oberoende på om de är allmännyttans eller inte.

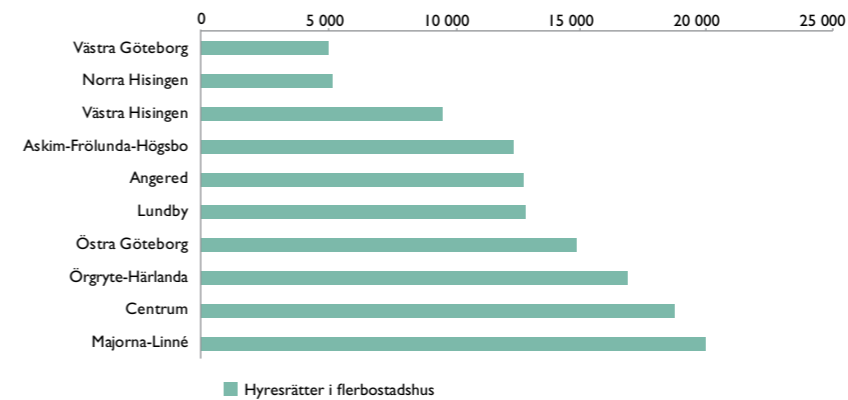


Diagram 57. Antal hyresrätter i flerbostadshus uppdelat efter stadsdel (2013) [105].

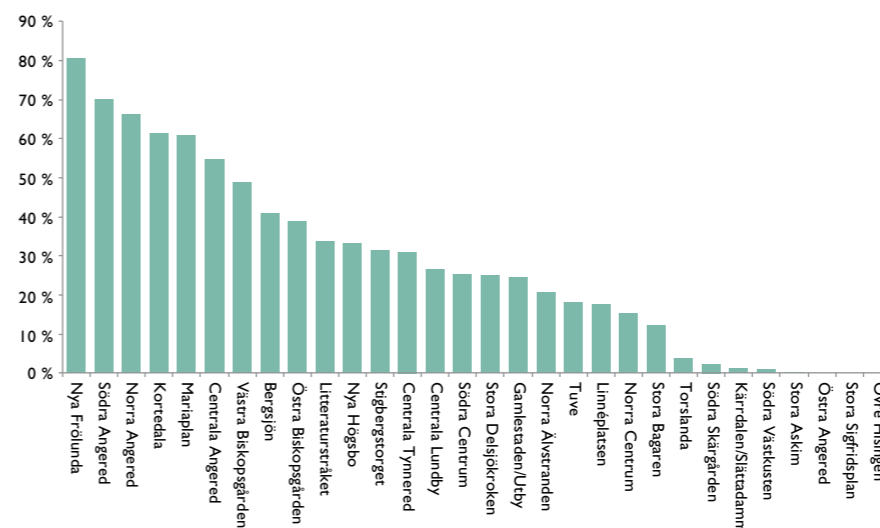


Diagram 58. Andel (%) bostadslägenheter ägda av allmännyttan, uppdelat efter mellanområde (2012) [105].

Bostadsbrist och bostadsförsörjning

Vilka konsekvenser som bostadsbristen i Göteborg får för den enskilde påverkas av individens ekonomiska resurser, sociala kontaktnät och vistelsetid i Göteborg samt huruvida hon eller han har betalningsanmärkningar. Bristen på bostäder innebär bland annat att unga vuxna, äldre, studenter och personer med funktionsnedsättning kan ha svårt att hitta en bostad som motsvarar deras behov och ekonomiska förutsättningar. För Göteborgs-samhället kan en långvarig bostadsbrist leda till att begränsa regionens möjligheter till ökad sysselsättning, ekonomisk tillväxt och skatteintäkter [161].

Nybyggnation av bostäder skapar möjligheter att blanda upplåtelseformer och lägenhetstyper, vilket kan bidra till att skapa variation vad gäller till exempel invånarnas ålder och hushållstyper. Samtidigt är boendekostnaderna betydligt högre i nybyggda bostäder vilket försvårar för invånare med begränsade ekonomiska resurser att välja sådana bostäder. Fastighetskontoret noterar i sin rapport *Bostadsförsörjning i Göteborg – nuläge och framtida Inriktning* [161] att skillnaden mellan hyresnivåer i de nybyggda bostäderna och i det befintliga beståndet ökat markant under senare år. Förutsättningar för social blandning i stadens bostadsområden påverkas även av att nödvändiga renoveringar av befintliga bostäder ofta leder till kraftiga hyreshöjningar [161]. Att underhålla och producera fler bostäder är med andra ord nödvändigt för att motverka bostadsbristen och skapa goda boendeförhållanden, men kan leda till en fortsatt socioekonomisk boendesegregation i Göteborg.

Invånarnas trivsel i staden och närmiljön

År 2012 genomfördes en stadsmiljöenkät⁶⁹ där invånare i Göteborg fick svara på frågor om hur nöjda de är med staden och sin närmiljö vad gäller bostäder, torg/platser, parker och naturområden och trygghet. Enkätresultatet anges med ett nöjdhetsindex (NKI) som går från noll till hundra, där 100 innebär maximal nöjdhetsindex. Detta innebär att enkätresultatet beskriver den generella graden av nöjdhetsindex bland invånarna och inte andelen nöjda invånare [162].

Resultatet visar att invånare i alla delar av staden är ungefär lika nöjda med den övergripande stadsmiljön i Göteborg (60–63 NKI). Undantaget är Majorna-Linné där invånarna är något mindre nöjda med stadsmiljön i staden (57 NKI). När det gäller nöjdhetsindex med stadsmiljön i den egna stadsdelen är invånarna som mest nöjda i Västra Göteborg, Örgryte-Härlanda och Askim-Frölunda-Högsbo (69–70 NKI), och minst nöjda i Östra Göteborg och Angered (54–56 NKI). Genomsnittet för Göteborg är 65 NKI. Vid en jämförelse med medelinkomsten i stadens stadsdelar samma år visar det sig att medelinkomsten sammanfaller med hur nöjda invånarna är med stadsmiljön i den egna stadsdelen. Nöjdhetsindex med den lokala stadsmiljön är alltså större i stadsdelar med hög medelinkomst och tvärtom [162].

Stadsmiljöenkäten visar också att invånare som bor i villa, småhus eller bostadsrätt är något mer nöjda med stadsmiljön i den egna stadsdelen

⁶⁹ Det ska poängteras att undersökningens syfte inte är att säga något om skillnader utan snarare utgöra ett underlag för stadens verksamheter, som i sin tur kan använda undersökningen för att se om deras kunder eller brukare är nöjda eller inte. Men eftersom det saknas annan lämplig statistik på området bedömdes stadsmiljöenkäten utgöra ett tillräckligt gott underlag för att kunna ge en bild kring skillnader mellan grupper och delar av staden vad gäller parker och naturområden.

(67–69 NKI) jämfört med invånare som bor i hyresrätt eller flerbostadshus (61 NKI) [162]. Andelen invånare som är nöjda med stadsmiljön i den egna stadsdelen samvarierar med att det i dessa områden finns en större andel hyresrätter. Motsatsen syns i de stadsdelar där en stor andel av bostäderna är privatägda.

När det gäller möjligheten att själv välja i vilken stadsdel man vill bo är återigen invånarna i stadsdelarna Västra Göteborg och Askim-Frölunda-Högsbo betydligt mer nöjda än den genomsnittlige göteborgaren (61 respektive 57 NKI). Minst nöjda i denna fråga är invånare i stadsdelarna Östra Göteborg, Angered och Majorna-Linné (32, 41 respektive 44 NKI) [162].

Den fysiska miljöns betydelse för hälsan

Den fysiska miljön påverkar fysiska rörelsemönster som barns lek och rörelsefrihet, vuxnas motionsvanor och möjlighet till promenad och cykling, äldres möjligheter till att klara sig själva i sina närområden och så vidare. Forskning har visat att befolkningens grad av fysisk aktivitet kan främjas med hjälp av insatser och förändringar i den fysiska och sociala miljön [116]. Insatser i den byggda miljön kan skapa stödjande miljöer som i sin tur kan ha stor potential att nå en stor del av befolkningen, inklusive grupper som ofta är svåra att nå [118]. Det finns tre övergripande dimensioner som är viktiga för att en byggd miljö ska vara stödjande för ett aktivt liv [128]:

1. Närhet
2. Tillgänglighet
3. Användbarhet

Forskning visar att om människor använder gröna områden för att socialisera kan de bidra till att öka tilliten mellan människor, minska rädslan och konflikterna i ett samhälle, minska segregationen mellan olika grupper och stärka känslan av samhörighet [126]. Gröna områden kan på så sätt skapa socialt kapital⁷⁰ eller stärka detsamma [163]. Även promenadvänliga stadsområden kan bidra till ett ökat socialt kapital och engagemang för närmiljön samt främja sociala relationer och integration, vilket i sin tur har visat sig minska risken för kroniska sjukdomar och mental ohälsa [118]. Genom att skapa fler urbana gröna områden, eller bevara dem som redan finns, kan man utveckla mer socialt kapital i ett område [163]. Därmed är det särskilt viktigt att det finns gröna områden som är tillgängliga för alla i samhället, som inte omfattas av några formella, finansiella eller symboliska restriktioner [126] och som är spridda över hela staden så att tillgången och närheten blir god för alla invånare. Boverket [131] menar också att den sociala dimensionen av hållbar utveckling kan stärkas med hjälp av platser som attraherar människor i olika åldrar genom att samla lek, aktivitetsytor och sociala funktioner.

Även grönområdets attraktivitet påverkar antalet besökare till ett område och besökens längd [132]. Svensk forskning visar att 300 meter är en gräns för

⁷⁰ Socialt kapital är ett brett begrepp med många definitioner, men kan sammanfattas som det sociala nätverket, eller kittet, mellan människor i ett samhälle. Det består av summan av sociala relationer, normer, tillit och sociala strukturer som finns mellan människor och grupper eller i hela samhällen [146].

om människor besöker lokala parker och grönområden dagligen [128]. Det är även en gräns som stadens *Grönstrategi* framhåller (se tabell 5), eftersom närhet är en av tre dimensioner som främjar ett aktivt liv och är viktigt både ur ett barn- och ett folkhälsoperspektiv [132]. WHO har i sin tur rekommenderat att alla städer bör ha minst 9 m² öppen grönyta per person. Enligt ett förslag från dåvarande Statens folkhälsoinstitut⁷¹ bör en undre gräns ligga på 10 m² per person, vilket bland annat Stockholm stad har antagit [128]. Enligt Boverket bidrar förtätning av städer till att grönytor och ytor som lämpar sig för fysisk aktivitet, såsom bollplaner och tennisplaner, minskar samtidigt som de kvarvarande ytorna ska tillgodose fler invånares behov. Denna utveckling har en negativ inverkan på städernas sociala och ekologiska hållbarhet. Den är även ogynnsam för befolkningens hälsa och stadens möjligheter att klara av klimatförändringarna. Boverket menar också att det ofta är svårt att få till större parkytor vid planering av nya områden. I Sveriges storstäder saknas till exempel aktivitetsytor helt i flera exploateringsområden. Därför är det viktigt att redan i ett tidigt skede planera för fysisk aktivitet [131].

Stadsmiljöenkäten visar att invånarna i Majorna-Linné (73 NKI) och Örgryte-Härlanda (72 NKI) är mest nöjda med tillgången på parker och naturområden, medan invånarna i Västra Göteborg är minst nöjda (60 NKI). Genomsnittet för stadens alla invånare är 66 NKI [162].

Park- och naturförvaltningens kartläggningar visar att det finns områden med låg tillgång och låg tillgänglighet och att dessa bristområden finns spridda över hela staden. Tyvärr saknas uppgifter som beskriver hur tillgängliga, attraktiva och användbara stadens parker och naturområden är. Sådana uppgifter vore intressanta att inkludera i kommande analyser av stadens skillnader i livsvillkor och hälsa.

Typ av område	Närhet till bostad utan barriär	Storlek
Bostadsnära parker och naturområden Litet grönområde som används främst av boende och verksamheter i omgivande kvarter	300 meter från bostad Inre kors trafikleder; större vattendrag eller större nivåskillnader	Minst 0,2 hektar
Stadsdelspark Park som främst besöks av de som bor i den omgivande stadsdelen	1 kilometer från bostaden, 15 minuters promenad Inre kors trafikleder; större vattendrag eller större nivåskillnader	Minst 2 hektar
Stadspark Mångfunktionell park som är så attraktiv att den lockar människor från hela Göteborg	30 minuter med kollektivtrafik	Tillräckligt stor och attraktiv för att rymma och locka många människor och tåla användning
Större natur- och rekreationsområde Stort naturområde med ett flertal biologiska och rekreativa värden	30 minuter med kollektivtrafik	Tillräckligt stor och attraktiv för att rymma och locka många människor och tåla användning

Tabell 5. Riktvärden för parker och naturvärden, enligt Göteborgs Stads Grönstrategi [132].

71 Myndigheten är sedan 2014 ersatt av Folkhälsomyndigheten.

72 Sociotopvärden är de värden som är viktiga för hur människor upplever och använder en plats.

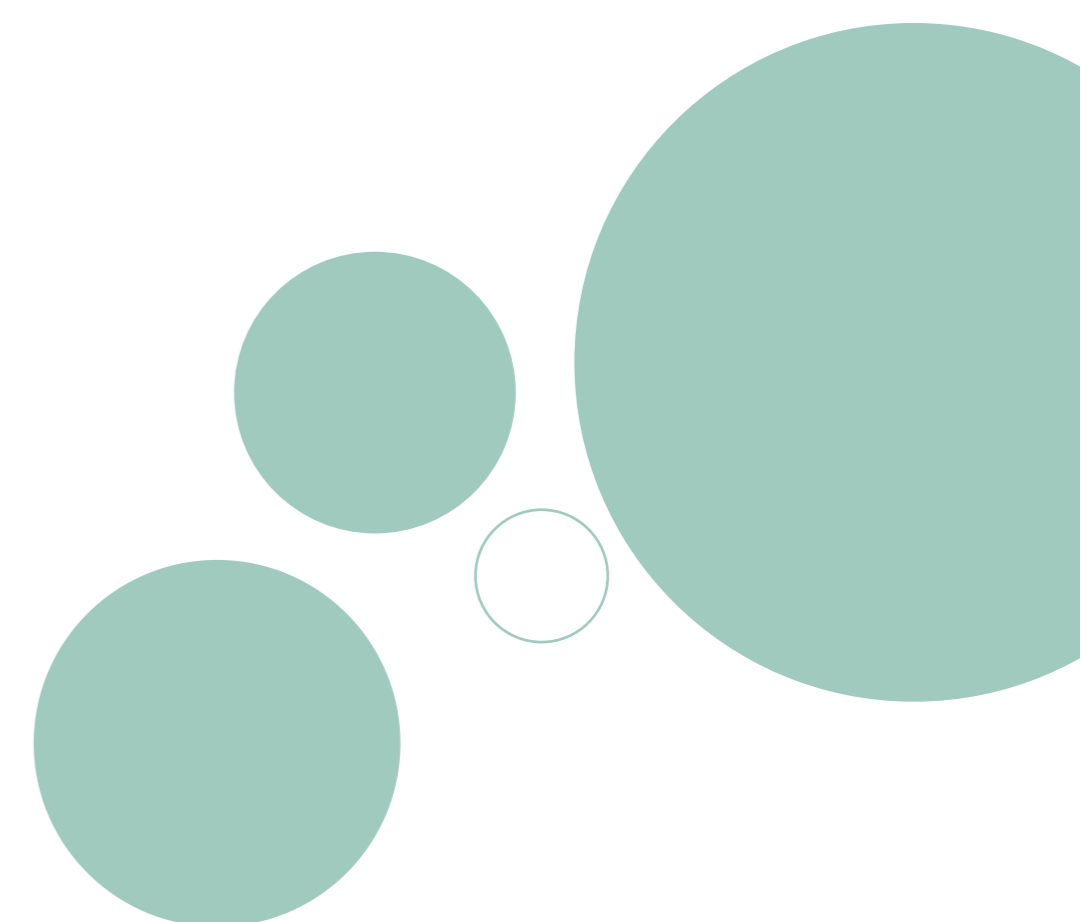
MÖJLIGA VÄGAR FRAMÅT

Del 3

I den här delen av rapporten redovisas 30 förslag på möjliga vägar framåt som kan minska skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Tanken är att dessa förslag ska stimulera en diskussion om vad staden bör, vill och kan göra för att minska de skillnader som råder i Göteborg i dag. I den här delen av rapporten presenteras förslag som knyter an till Göteborgs Stads fyra fokusområden, som har prioriterats för arbetet med att minska skillnaderna i hälsa och livsvillkor:

1. Ge varje barn en god start i livet
2. Ge barn fortsatt goda förutsättningar genom skolåren
3. Skapa förutsättningar för arbete
4. Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Sammanställningen inleds med ett område som handlar om att skapa strukturella och övergripande förutsättningar för arbetet med de fyra fokusområdena.



Det går att påverka skillnaderna

WHO konstaterar att huvuddelen av världens hälsoskillnader är möjliga att åtgärda [15]. Vår utgångspunkt är att detta även gäller även för Göteborg. Det kan tyckas vara en övermäktig uppgift att minska skillnaderna i hälsa. WHO:s rapport *Closing the Gap in a Generation* [15] är dock så djärv att den menar att skillnaderna kan raderas inom en generation. Detta påstående säger oss två saker: För det första betraktas arbetet med att utjämna hälsoskillnader som fullt möjligt och genomförbart, eftersom vi vet vad som krävs i form av effektiva åtgärder. För det andra att det krävs långsiktighet för att få hållbara och betydande resultat på befolkningsnivå.

WHO ger tre övergripande rekommendationer som de menar är grundläggande för att effektivt minska skillnader i livsvillkor och hälsa [15]:

- Förbättra de dagliga livsvillkoren
- Angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser
- Mät, följ och förstå den ojämlika hälsan. Utveckla kunskapsbasen, utbilda människor att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa.

Ett centralt budskap i rapporten *Closing the Gap in a Generation* är också att insatser som syftar till att minska skillnader i livsvillkor och hälsa bör utformas enligt principen om universell proportionalism (se s. 39) [15]. Det vill säga, att insatserna kommer alla till del, men anpassas och ges i större doser till dem med störst behov.

Flera svenska aktörer såsom SKL [14], Västra Götalandsregionen [19], Malmö stad [17] och regionförbundet Östsam [21] har, med inspiration från *Closing the Gap in a Generation*, tagit fram egna rekommendationer och förslag för att minska skillnader i hälsa. Dessa aktörer betonar bland annat behovet av att skapa strukturella förutsättningar för ett sådant arbete [21, 14, 17, 19].

Malmökommissionen har tagit avstamp i WHO:s tre rekommendationer och lade fram ytterligare två övergripande rekommendationer i sin slutrapport [17]:

- Etablera en social investeringspolitik
- Förändra processerna genom att skapa kunskapsallianser och demokratisk styrning

De två rekommendationerna antogs av Malmö stad i mars 2014 och betraktas nu som centrala för stadens fortsatta arbete [164].

Dessa övergripande rekommendationer från WHO och Malmökommissionen kan även vara värdefulla för Göteborgs Stads arbete med att minska skillnader i livsvillkor och hälsa.

”Gör något, gör mer, gör bättre” inom fyra strategiska fokusområden

I den europeiska WHO-rapporten *European Review of Social Determinants of Health* [165] myntades orden att det gäller att göra något, göra mer och göra bättre. Detta låter även vi vara ledstjärnan i vårt arbete.

Den grundläggande nivån, ”gör något” är i de flesta svenska sammanhang redan etablerad. Bland de förslag som presenteras nedan finns också exempel på aktiviteter som redan pågår i Göteborg. Dessa förslag understryker den centrala roll dessa aktiviteter har i arbetet med att utjämna hälsoskillnader och skapa mer likvärdiga livschanser. Göteborgs Stads fortsatta arbete handlar framför allt om att ”göra mer”. Det innebär insatser som är kända för att ge resultat, och som ska implementeras i bredare sammanhang. Det handlar även om att ”göra bättre”, vilket ska ske genom att utveckla nya insatser och förbättra befintliga insatser ytterligare.

Göteborgs Stad har valt att prioritera fyra fokusområden som grund för arbetet med att minska skillnaderna i hälsa och livsvillkor:

- Ge varje barn en god start i livet
- Ge barn fortsatt goda förutsättningar genom skolåren
- Skapa förutsättningar för arbete
- Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Arbetet med de fyra fokusområdena behöver vila på goda strukturella och organisatoriska förutsättningar. Nedan presenteras ett antal förslag inom respektive fokusområde.

Många åtgärder för att göra skillnad

Ett återkommande budskap i de rapporter som legat till grund för Göteborgs Stads sammanställning av åtgärder är att det behövs många olika åtgärder på olika områden för att uppnå en helhet som sammantaget gör skillnad. För att uppnå hållbara och betydande resultat på befolkningsnivå, och på sikt ett hållbart samhälle, krävs en bredd av långsiktiga åtgärder, på flera nivåer och med inblandning av flera aktörer i samhället.

Sammanställningen av förslagen här nedanför baserades sammanlagt på cirka 300 föreslagna åtgärder från andra aktörer (som omnämndes på s. 16). Deras åtgärder uppvisade en stor variation och bredd, vilket även återspeglas i de 30 huvudförslag som kom att bli Göteborgs tolkning av deras förslag. Göteborgs 30 huvudförslag till möjliga vägar framåt innehåller åtgärder som kan utföras av olika aktörer, på olika organisatoriska nivåer och till gagn för olika målgrupper. En del förslag handlar om att utveckla stödinsatser och aktiviteter för invånare. Sådana insatser kan vara främjande eller förebyggande, och universella, selektiva eller indikerade (se figur 34 och läs mer på s. 38). Andra förslag handlar om att utveckla Göteborgs Stad som organisation, till exempel vad gäller styrning, samverkan, medborgardialog, kompetensutveckling, utvärdering av verksamheter och utveckling av analys- och mätverktyg. Det finns också förslag som handlar om att utveckla platser, miljöer och infrastruktur inom Göteborgs Stad.



Figur 34. Illustration över de olika insatsnivåerna i ett förebyggande arbete. Läs mer på s. 38.

Gör något, gör mer, gör bättre [165].

Förslagen här nedanför kan också delas in på följande sätt:

- Förslag som handlar om att insatser, kunskap, arbetssätt eller verksamheter behöver införas och etableras ("gör något").
- Förslag som handlar om att värna, utöka eller utveckla befintliga verksamheter och insatser ("gör mer" eller "gör bättre").
- Förslag som handlar om att det behövs strukturer och förutsättningar för att möjliggöra och stödja ett effektivt arbete med att minska skillnader i hälsa och livsvillkor.

En del förslag kräver politiska beslut, medan andra kräver beslut på ledningsnivå. Det finns även förslag som kan implementeras direkt på verksamhetsnivå, eftersom de ligger i linje med redan tagna beslut. Förslagen presenteras i rapporten utan inbördes rangordning.

Tanken är att dessa förslag ska utgöra ett underlag för stadens fortsatta arbete med att minska skillnader i hälsa och livsvillkor. Läs mer om hur förslagen sammanställdes i bilaga 7, s. 205.



FAKTARUTA

Sammanfattning av förslag till möjliga vägar framåt

Här presenteras Göteborgs Stads möjliga vägar framåt i en sammanfattande lista. Där efter följer en mer utförlig presentation av förslagen som är resultatet av sammanställningen av andra aktörers rekommendationer.

Strukturella och övergripande förutsättningar

- ▶ Förslag 1: Organisera för hållbar styrning och ledning, s. 142
- ▶ Förslag 2: Gör ekonomiska beräkningar och satsa på sociala investeringar, s. 144
- ▶ Förslag 3: Bedöm konsekvenser för skillnader i hälsa i samband med beslutsfattande, s. 145
- ▶ Förslag 4: Integrera uppföljning av skillnader i livsvillkor och hälsa i organisationens ordinarie system för uppföljning och analys, s. 145
- ▶ Förslag 5: Arbeta aktivt med kunskapsallianser, s. 147
- ▶ Förslag 6: Främja den sociala sammanhållningen i staden, s. 148

Fokusområde 1: Ge varje barn en god start i livet

- ▶ Förslag 7: Se till att hälsofrämjande arenor för barn och föräldrar håller en hög och likvärdig kvalitet, s. 149
- ▶ Förslag 8: Tillhandahåll likvärdig barnomsorg och förskola av hög kvalitet till alla och i förhållande till raden av utsatthet, s. 150
- ▶ Förslag 9: Vidta åtgärder för att minska antalet barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll, s. 152
- ▶ Förslag 10: Motverka avhysningar och vräkningar av barnfamiljer, s. 153

Fokusområde 2: Ge barn fortsatt goda förutsättningar genom skolåren

- ▶ Förslag 11: Vidta åtgärder som stärker skolans likvärdighet, s. 154
- ▶ Förslag 12: Förhindra elevers skolavhopp och öka närvaron, s. 156
- ▶ Förslag 13: Utveckla skolans samarbete med föräldrarna, s. 157
- ▶ Förslag 14: Utför ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i skolan, s. 157
- ▶ Förslag 15: Främja en likvärdig elevhälsovård, s. 158
- ▶ Förslag 16: Organisera och planera för elevers deltagande och inflytande i skola och samhälle, s. 159
- ▶ Förslag 17: Arbeta aktivt för att främja en blandad elevsammansättning i stadens skolor, s. 160
- ▶ Förslag 18: Vidta åtgärder som främjar barns lärande, s. 160
- ▶ Förslag 19: Erbjud alla barn tillgängliga kultur- och fritidsaktiviteter, s. 161

Fokusområde 3: Skapa förutsättningar för arbete

- ▶ Förslag 20: Underlätta inträdet på arbetsmarknaden, s. 162
- ▶ Förslag 21: Utveckla och erbjud stödjande och rådgivande insatser för unga, s. 163
- ▶ Förslag 22: Erbjud vuxenutbildning som är tillgänglig och ekonomiskt genomförbar för alla, s. 164
- ▶ Förslag 23: Inför sociala krav vid upphandlingar och stimulera utveckling av sociala företag och arbetskooperativ, s. 165
- ▶ Förslag 24: Utarbeta och implementera strategier för goda arbetsförhållanden, s. 166

Fokusområde 4: Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

- ▶ Förslag 25: Stärk invånarnas delaktighet, inflytande och trygghet, s. 167
- ▶ Förslag 26: Planera för en hälsofrämjande närmiljö, s. 168
- ▶ Förslag 27: Planera för en minskad boendesegregation, s. 169
- ▶ Förslag 28: Öka tillgången till bostäder, s. 170
- ▶ Förslag 29: Öka användningen av aktiva och kollektiva transportmedel, s. 171
- ▶ Förslag 30: Erbjud och samordna hälsofrämjande insatser, s. 172

Förslag till möjliga vägar framåt

Strukturella och övergripande förutsättningar

För att kunna arbeta effektivt med åtgärder och insatser inom respektive fokusområde behövs strukturella och övergripande förutsättningar. Därför presenteras här förslag på åtgärder för att stärka dessa aspekter.

De förslag som presenteras här anger att det krävs särskilda strategier, strukturer, forskningsinsatser, kunskapsallianser, styrning, samverkan, mätning och uppföljning för att åstadkomma förutsättningar för ett arbete som effektivt minskar skillnader i hälsa och livsvillkor.

Här presenteras förslag för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa. Förslagen har sammanställts utifrån åtgärder och rekommendationer som formulerats i andra aktörers rapporter (se s. 16). Sidhänvisningar som anges efter referenserna är till för att ge läsaren möjlighet att gå tillbaka till källorna och läsa varje åtgärd och rekommendation i sin helhet och i dess ursprungliga kontext.

► Förslag 1: Organisera för hållbar styrning och ledning

För att genomföra åtgärder som minskar skillnader i livsvillkor och hälsa, följa upp dessa och vid behov justera åtgärdernas innehåll är det viktigt att arbetet sker på ett lämpligt sätt. Kommunen kan till exempel inrätta en särskild politisk styrgrupp med ansvar för denna fråga. Förutsättningar bör också skapas för tvärsektoriell samverkan. Inom ramen för sådan samverkan är det lämpligt att involvera idéburen sektor, statliga myndigheter, högskolor, universitet och näringsliv som verkar på lokal och regional nivå [14, s. 16].

Förslag på genomförande:

A Formulera kortsiktiga och långsiktiga mål

För att minska skillnader i livsvillkor och hälsa i samhället är det nödvändigt att organisationer med betydelse för människors livsvillkor och hälsa formulerar mål i sina styrdokument som bidrar till att minska sådana skillnader. Målen bör vara långsiktiga men även innefatta delmål för att styra arbetet i rätt riktning även på kort sikt [14, s. 15].

B Gör ”jämlig hälsa” till ett permanent politiskt ansvarsområde

Genom att formulera jämlig hälsa som ett politiskt ansvarsområde minskar risken att det försvinner på den politiska agendan [19, s. 14].

C Utveckla en tvärsektoriell samverkan i det ordinarie arbetet

Utveckla en lokal struktur för ett strategiskt arbete som minskar skillnader i hälsa [21, s. 6]. En sådan struktur kan med fördel prova

nya former av sektorövergripande samverkan [21, s. 6]. Två möjligheter är att organisera tvärsektoriella insatser utifrån livshändelser med helhetsperspektiv på individen [21, s. 6] och att inrätta en permanent tvärsektoriell arbetsgrupp med uppdrag att samordna åtgärder för att öka jämlikhet i hälsa på befolkningsnivå [19, s. 14]. Avsiktsförklaringar kan användas för att manifesteras samverkan mellan huvudmän [19, s. 14].

D Öka beslutsfattares kunskap om skillnader i livsvillkor och hälsa

Kunskap om och förståelse för lokala och regionala skillnader i hälsa, samt om normkritiska och interkulturella perspektiv, är viktigt vid strategisk planering [14, s. 38]. Viktigt är också att det finns kunskap om hur ojämlikheter skapas och upprätthålls [14, s. 24], kunskap om barn och ungas ojämlika villkor [14, s. 28] och kunskap om boendemiljöns, kulturen och bostadsområdets betydelse för människors hälsa [21, s. 7].

E Utveckla ett ledarskap som möjliggör hållbar utveckling

Utveckla ett kontinuerligt utvecklingsprogram för ledare på alla nivåer i stadens organisation. Utvecklingsprogrammet bör tas fram i bred samverkan med forskare och andra experter på ledarskap, vara värdebaserat, bygga på förståelsen för och innebörden av hållbarhet och holistiska lösningar samt bidra till att utveckla ledare som tar staden in i nästa utvecklingsfas. Utveckla även rekryteringsprocesserna av ledare i samma syfte [17, s. 132].

F Budget som styrmedel – ta del av befolkningsdata som synliggör behov och utveckla holistiska styrmedel

Det behövs system som möjliggör att styrning och ledning i samband med budgetarbetet sker utifrån väl underbyggda prioriteringar med utgångspunkt i de grupper som har störst behov. För detta krävs bland annat att befolkningsdata finns tillgängliga. Med utgångspunkt i behovsanalyser kan budgeten bli ett styrmedel för att minska skillnader i hälsa [14, s. 16]. Det är även viktigt att utveckla holistiska styrinstrument i form av budgetsystem och system för bokslut/uppföljning som gör det möjligt att komma förbi det svårpåverkade ”stuprörsfenomenet” [17, s. 132].

G Stärk stadens hälsofrämjande arbete genom strategisk kompetens- och metodutveckling

Strategisk kompetens- och metodutveckling kan till exempel inriktas mot att organisera så att ett hälsofrämjande och förbyggande synsätt integreras i verksamheten [21, s. 6], hitta sätt att tillämpa kunskap om den fysiska och psykosociala miljöns betydelse för hälsan, livskvalitet och tillfrisknande [21, s. 5], utveckla kunskap inom alla personalgrupper om bemötandets betydelse för att

främja tillit och tilltro hos individen samt stärka psykosocial och multikulturell kompetens [21, s. 7]. För äldreomsorgen, ungdomsmottagningar och andra vård- och omsorgsgivande verksamheter kan det även vara viktigt att förändra attityder så att en vårdtagare ses som en ansvarig och likaberättigad partner [21, s. 7]. Det är också viktigt att personalgrupper får lämplig kompetens, så att de vågar se och vågar fråga om våld och utsatthet [21, ss. 7–8].

► Förslag 2: Gör ekonomiska beräkningar och satsa på sociala investeringar

Sociala investeringar ger möjlighet att skapa en hållbar finansiering för framtiden. Investeringar kan bygga på ekonomiska beräkningar som kan innebära vinstmöjligheter för olika samhällsaktörer som satsar på förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är därför viktigt att i det fortsatta arbetet utveckla fungerande modeller för investeringar som inkluderar samverkan mellan olika samhällsaktörer och där investeringarna bidrar till att minska skillnader i hälsa [14, s. 17].

Förslag på genomförande:

A Social investeringspolicy

Etablera en social investeringspolicy som syftar till att utjämna skillnader i hälsa och utveckla system för sociala investeringar [21, s. 6].

B Verktyg för implementering av insatser med långsiktiga effekter

Skapa beslutsforum och verktyg som underlättar implementeringen av insatser vars effekter blir synliga först efter en längre tid. Undvik insatser som innebär besparingar på kort sikt, men som skapar kostnader för staden och samhället på lång sikt [19, s. 14].

C Budgetsystem som premierar hälsofrämjande insatser

Skapa budgetsystem som gör det möjligt att ta hem samhälls-ekonomiska vinster till den organisation som gjort insatserna [21, s. 6].

D Satsa på tidiga insatser tidigt i barns liv

Minska ojämlikheten när det gäller den tidiga utvecklingen av fysisk och emotionell hälsa samt den kognitiva, språkliga och sociala förmågan genom att öka den andel av de totala anslagen som går till yngre barn, och se till att anslagen för yngre barns utveckling i allt högre grad fördelas i proportion till graden av utsatthet [20, ss. 5–6].

► Förslag 3: Bedöm konsekvenser för skillnader i hälsa i samband med beslutsfattande

I samband med beslutsfattande kan konsekvenser för skillnader i hälsa ställas i relation till bedömningar gällande ekonomi, miljö och klimat samt andra viktiga faktorer. Modeller som används för hälso- och miljökonsekvensbedömningar kan utgöra lämpliga förebilder för ett sådant arbete [14, s. 19].

Förslag på genomförande:

A Se hur hela staden påverkas av beslut om samhällsplanering

Samhällsplaneringen bör inte se geografiska områden som enskilda öar utan uppmärksamma varje områdes styrkor, förutsättningar och behov, och ställa dem i relation till hur omgivande geografiska områden är planerade [14, s. 34].

B Hälsoekonomiska analyser vid beslutsfattande

Använd hälsoekonomiska analyser för prioritering och utvärdering av insatser [21, s. 6] och utveckla hälsoekonomiska metoder för att bedöma effekterna av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser [19, s. 14].

C Hälsokonsekvensbedömningar vid beslutsfattande

Genomför vid behov hälsokonsekvensbedömningar för att få en fördjupad analys inför politiska beslut [21, s. 6].

Se även förslag 4

Förslag 3 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram** enligt vilket stadens politiska beslut om möjligt ska ta hänsyn till beslutets hälsokonsekvenser.

► Förslag 4: Integrera uppföljning av skillnader i livsvillkor och hälsa i organisationens ordinarie system för uppföljning och analys

Integrera skillnader i hälsa i organisationens ordinarie system för uppföljning och analys [14, s. 23]. Syftet är att mäta, analysera och bedöma effekterna av de åtgärder som vidtas för att minska skillnader i hälsa [14, s. 21; 19, s. 15] samt att bevaka skillnaderna i sig och vad som orsakar dessa skillnader [21, s. 6]. Sammanställ och analysera statistik från olika register och komplettera detta med undersökningar som på olika sätt mäter invånarnas livsvillkor och olika socioekonomiska variabler [14, s. 21]. Se till att systemet för uppföljning är hållbart över tid [14, s. 23] och sträva efter att utforma ett uppföljningssystem som harmonierar med liknande nationella och regionala system [19, s. 15].

Förslag på genomförande:

A Säkra tillgången till befolkningsdata av hög kvalitet och se till att socioekonomisk analys möjliggörs

- **Samla data som möjliggör analys av socioekonomiska skillnader och förhållanden**

Se till att de data som samlas in möjliggör en socioekonomisk analys av både barn och vuxna och att arbetet har ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv [14, s. 21].

- **Förbättra statistiken om barn**

Särskilt angeläget är det att uppmärksamma hur skillnaderna i hälsa hos barn och ungdomar utvecklas på lokal nivå [14, s. 21; 17, s. 126].

- **Öka svarsfrekvensen med hjälp av tolkar och enkäter på flera språk**

Då staden genomför enkäter är det viktigt att uppnå en hög svarsfrekvens i alla grupper och delar av staden. Att utforma enkäter på flera språk och erbjuda tolk i samband med datainsamling är två åtgärder som skulle kunna förbättra svarsfrekvensen [21, s. 8].

B Använd mått och indikatorer för social hållbarhet och skillnader i livsvillkor och hälsa

Indikatorer för social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa bör ingå i organisationens måluppföljning [14, s. 23; 19, s. 15]. De indikatorer som tillämpas bör vara stabila över tid, synliggöra olika gruppers behov och vara möjliga att bryta ned på lokal nivå [14, s. 23].

C Etablera en kvalificerad epidemiologisk bevakning av stadens hela befolkning

Detta kan göras genom att analysera befintliga hälsoenkäter tillsammans med andra hälsodata (sjuklighet, dödlighet, vårdkonsumtion, sociala bestämningsfaktorer för hälsan). Diskussioner om hur resultaten ska tolkas och tillämpas på det lokala planet bör också initieras. Forskare, epidemiologer, representanter för hälso- och sjukvården, staden och civilsamhället ska involveras i arbetet [17, s. 127].

D Samarbeta vid utvecklingen av ett uppföljningssystem för skillnader i hälsa

Ett samarbete där representanter från staden och lärosäten gemensamt utvecklar ett uppföljningssystem bör etableras. I uppdraget kan ingå att ta fram lämpliga mått, indikatorer och metoder för uppföljning av insatser. Samarbetet kan genomföras i form av en kunskapsallians [17, s. 133].

Se även förslag 3

Förslag 4 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram** enligt vilket stadens verksamheter ska uppmärksamma och åtgärda processer som ökar hälsoklyftor och socioekonomiska skillnader.

► Förslag 5: Arbeta aktivt med kunskapsallianser

Ett arbete med att minska skillnader i livsvillkor och hälsa kräver kunskap om vad som orsakar ojämlik hälsa [17, s. 130]. Kunskapsutvecklingen kan stärkas genom att etablera återkommande möten där det förs en dialog mellan teori, praktik och politik [21, s. 6; 14, s. 25; 19, s. 14]. Så kallade kunskapsallianser, vilket är en form av organisering som syftar till att främja utvecklingen av lärande organisationer, är också gynnsamt. Genom kunskapsallianser kan praktiker och forskare åstadkomma ett ömsesidigt lärande, utveckla ny kunskap och initiera förändringsprocesser där praktikernas kunskap och erfarenheter tas tillvara. Kunskapsallianser har krav på sig att ha hög relevans och vetenskaplig kvalitet samtidigt som de är inriktade på att förena de båda. De ska även leda till ett jämlikt samarbete mellan forskare och intressenter från till exempel förvaltning, föreningsliv och näringsliv samt civilsamhället. Även lärosäten, forsknings- och utvecklingsverksamheter samt myndigheter bör inbjudas att delta. För att möjliggöra ett sådant arbete är det viktigt att skapa en struktur för kunskapsallianser [17, ss. 111; 131; 134].

Förslag på genomförande:

A Använd forskningscirkel för kunskapsproduktion och verksamhetsutveckling

Forskningscirkel leds av forskare från högskola/universitet och vänder sig till praktiker som söker kunskap om en fråga som är grundad i deltagarnas egna problemformuleringar. Deltagarna genomför empiriska undersökningar som tolkas och diskuteras i cirkeln för att fördjupa kunskapen kring frågeställningar som deltagarna själva anser är betydelsefulla för verksamhetsutvecklingen [17, s. 132].

B Använd brett sammansatta grupper som kunskapsförmedlare

Använd representanter från olika grupper av invånare, civilsamhället, forskare samt tjänstemän från kommun, region och myndigheter som tillsammans får till uppgift att studera och kartlägga lokalsamhällets potentialer eller finna lösningar på gemensamma problem. Faktainsamlingen kan företrädesvis ske med hjälp av kvalitativa metoder, till exempel intervjuer med befolkningen [17, s. 132].

C Använd kollegiala granskningar för att göra arbetsorganisationerna mer lärande

Vid en kollegial granskning möts kollegor som arbetar med liknande frågor för att utvärdera varandras arbete. På så sätt uppstår lärande och en bättre förståelse för det egna arbetet [17, s. 132]. Arbetsorganisationer med självständigt lärande förespråkas inom det sociala investeringsperspektivet. Stimulera det självständiga lärandet genom att göra kollegiala granskningar till en regelbundet återkommande och generell metod för organisationsutveckling. Genom att forskare eller forskarstuderande deltar vid genomförande av kollegiala granskningar kan metoden även bidra till kunskapsutveckling kring arbetslivet [17, s. 114].

D Använd följeforskning i såväl projekt som ordinarie verksamhet

Följeforskning handlar om att ge processtöd för att utveckla kunskaperna om problemen, lösningarna, begreppen och sammanhangen. Detta sker genom att erfarenheter och kunskaper dokumenteras för att på så sätt stimulera till lärande och återföra kunskap till organisationen. Det handlar också om att värdera i vilken mån ett projekt uppnått sina mål för att på så sätt möjliggöra strategiska förändringar och att föra in resultaten i ett större samhälleligt perspektiv [17, s. 132].

- Exempel på problem som kunskapsallianser skulle kunna arbeta med:
 - Kartlägga det obetalda arbetets omfattning, innehåll och villkor [17, s. 131]
 - Kartlägga dolda kompetenser och andra potentialer i lokalsamhället [17, s. 111]
 - Utveckla kunskapen om ett bostadsområdes problem och potentialer [17, s. 131].

► Förslag 6: Främja den sociala sammanhållningen i staden

Kulturliv och civilsamhälle fungerar som ett sammanbindande kitt, som väver ihop staden och som påverkar människors hälsa, delaktighet och känsla av sammanhållning. Dessa verksamheter bidrar till att skapa socialt kapital, vilket främjar den sociala sammanhållningen i staden [17, s. 47].

Förslag till genomförande:

A Utveckla stadens kultur- och föreningsliv med hjälp av kunskapsallianser

Se till att stadsplanerare bildar kunskapsallianser med företrädare för kultur- och föreningsliv samt forskare för att erbjuda invånarna det aktiva kultur- och föreningsliv som skapar både faktisk delaktighet och känsla av delaktighet [17, s. 77].

B Ta fram en handlingsplan för tillgänglig kultur

Utveckla en handlingsplan så att olika former av kultur görs mer tillgängliga för alla samhällsgrupper i alla åldrar [21, s. 6], för invånare med små ekonomiska resurser och för äldre med utländsk bakgrund [19, s. 12]. En sådan handlingsplan bör även bidra till att stärka och bevara kultur- och fritidsutbudet [19, s. 12].

C Se civilsamhället som en resurs inom olika livsmiljöer

Se civilsamhället som en resurs inom livsmiljöer såsom skola/ utbildning, fritid/kultur/föreningsliv, boende/ närområde, arbete/ försörjning och omsorg [21, s. 7].

D Stöd lokala initiativ som ger möjligheter till medinflytande och gemensamma aktiviteter i bostadsområden

Utveckla stöd till lokala initiativ i samverkan med civilsamhället [21, s. 10]. Det kan till exempel innebära att stödja föreningar eller lokala grupper med långsiktig finansiering, för att på så sätt ge ökade möjligheter till medinflytande och gemensamma aktiviteter bland de boende [20, ss. 13–14].

Förslag 6 ligger i linje med Kulturprogram för Göteborgs Stad som anger att två strategiska framtidsfrågor för staden är att utveckla och förnya kulturella mötesplatser samt att stödja kulturella och kreativa näringar. Förslaget ligger även i linje med Göteborgs Stads folkhälsoprogram enligt vilket stadens verksamheter ska stödja deltagande i ideellt arbete, föreningsverksamhet och idéburna organisationer samt erbjuda möjligheter till kultur och fritidsaktiviteter för alla.

Fokusområde 1: Ge varje barn en god start i livet

Barn i Göteborg har goda uppväxtvillkor och en god hälsa jämfört med barn i andra städer i världen. Ändå finns det stora skillnader i hälsa mellan olika delar av staden och olika grupper av barn. Detta påverkar barnens möjligheter till en bra start i livet.

Fokusområde 1 omfattar insatser som syftar till att minska skillnader i livsvillkor och hälsa genom att ge barn i åldern 0 till 6 år en god start i livet. Såväl vårdnadshavare och verksamheter som möter barn bör engageras i ett sådant utvecklingsarbete.

► Förslag 7: Se till att hälsofrämjande arenor för barn och föräldrar håller en hög och likvärdig kvalitet

För att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är det viktigt att det finns ett likvärdigt utbud av hälsofrämjande arenor i alla delar av staden [14, s. 37].

Se även förslag 5

Förslag på genomförande:

A Värna om och utveckla befintliga hälsofrämjande arenor

Sammanställ kunskap och stimulera kunskapsutveckling om metoder för arbete på hälsofrämjande arenor, till exempel förskolor och familjecentraler, för att nå grupper som inte nås i dag [19, s. 7].

B Erbjud och samordna föräldrastöd

Ge stöd till familjer för att förbättra yngre barns utveckling, till exempel genom att rutinemässigt erbjuda föräldrautbildning samt tillgång till familjecentraler och olika specialister för att tillgodose sociala behov genom utåtriktad verksamhet [20, ss. 5-6]. Implementera befintliga föräldrastödsmetoder och arbetsätt, och utveckla därefter nya metoder vid behov. Se särskilt till att stödet i högre utsträckning når alla föräldragrupper, inklusive de grupper av föräldrar som i dag inte nås [19, s. 7]. Utveckla även program för inskolning, [20, ss. 5-6]

C Utveckla familjecentrerade arbetsätt

Arbetsättet innebär att barnen sätts i centrum. Förmågan till samverkan mellan verksamheter som till exempel hälsovård, socialtjänst, förskola och skola är en framgångsfaktor i arbetet för barns och ungas hälsa. Därför är det viktigt att skapa faktiska förutsättningar för en tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan kring barns hälsa och livsvillkor och skillnader i hälsa [14, s. 27; 17, s. 126].

D Etablera fler familjecentraler

Det behövs mötesplatser för barn, föräldrar och anhöriga oavsett ålder. Via organiserade mötesplatser kan aktiviteter erbjudas för att stärka hälsan hos alla barn, och chansen ökar då att barn med särskild risk för ohälsa uppmärksammas [14, s. 27]. Inrätta därför fler familjecentraler [17, s. 126] där olika aktörer, till exempel vård och socialtjänst [21, s. 8] samt förskola samverkar.

► Förslag 8: Tillhandahåll likvärdig barnomsorg och förskola av hög kvalitet till alla och i förhållande till graden av utsatthet

En likvärdig barnomsorg och förskola av hög kvalitet proportionerligt utmed den sociala gradienten bör kombineras med utåtriktad verksamhet för att öka nyttjandegraden bland barn från mindre gynnade familjer. [20, ss. 5-6].

Se även förslag 8 och 11

Förslag på genomförande:

A Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet

Utforma strategier för hur kunskapen om förskolebarnens utveckling och förskolans betydelse för social jämlikhet kontinuerligt tas tillvara i det dagliga arbetet. Ta tillvara den existerande kunskapen och stimulera kunskapsutveckling om vilken betydelse förskolan har för att stimulera barnens kognitiva förmåga, särskilt för de barn som kommer från hem med ogynnsamma socioekonomiska förutsättningar [19, s. 8].

B Kartlägg vilka barn som står utanför förskoleverksamheten

Kartlägg vilka barn som står utanför förskoleverksamheten följt av aktivt uppsökande och anpassad information till föräldrar som inte har sina barn i förskolan [17, s. 85].

C Skapa möjligheter till professionell utveckling

Se till att personal som arbetar i förskolan har möjligheter till professionell utveckling. Erbjud barnskötare att vidareutbilda sig till förskollärare och prioritera personal som arbetar i socialt utsatta områden [17, s. 81].

D Minska barngruppernas storlek i förskolan

Minska barngruppernas storlek i förskolan genom att tillföra resurser i form av personal till förskolans verksamhet. Prioritera en minskning av barngrupperna för de yngsta och mest utsatta barnen. Barn som lever i social och ekonomisk utsatthet har i allmänhet större behov än jämnåriga barn med bättre förutsättningar [17, s. 85; 21, s. 6].

E Alla barn ska ha lika rätt till förskola oavsett föräldrarnas situation

Ge barn till arbetslösa möjligheter att delta fullt ut i förskolan (inte bara 15 timmar/vecka) [21, s. 8].

F Erbjud förskola på obekväm arbetstid

Behovet av barnomsorg på kvällar, nätter och helger är särskilt stort bland barn till ensamstående föräldrar [22, s. 30]. Förskola på obekväma arbetstider kan bland annat gynna barn i ekonomiskt utsatta familjer så att föräldrar som arbetar på obekväma arbetstider inte behöver avstå från inkomst [163, s. 42].

G Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem

Öka identifieringen av barn som far illa, som till exempel de med omsorgssvikt⁷³ [17, s. 126]. Förbättra även det sociala skyddsnätet

⁷³ Omsorgssvikt innebär försummade grundbehov, fysisk, psykiskt, emotionellt eller socialt. Omsorgssvikt kan förekomma sporadiskt eller mer permanent. Ofta förekommer fler former av omsorgssvikt samtidigt. Risken för omsorgssvikt är högre i familjer med socioekonomisk utsatthet och om vårdnadshavaren till exempel missbrukar, har psykisk ohälsa eller kognitivt funktionshinder.

kring barn som lever i riskmiljöer, till exempel barn till föräldrar som missbrukar, barn till föräldrar med psykisk sjukdom och barn som lever papperslösa [19, s. 7]. Stärk samverkan mellan myndigheter och verksamheter som arbetar med utsatta barn. Prioritera även förebyggande arbete mot våld och sexuella övergrepp på barn [17, s. 126].

► **Förslag 9: Vidta åtgärder för att minska antalet barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll**

Det är viktigt att säkerställa att barn och unga, i enlighet med Barnkonventionen, har tillgång till social trygghet, en skälig levnadsstandard samt möjlighet till lek, vila och fritid. Därför behövs handlingsstrategier för barn och unga i ekonomiskt utsatta hushåll [14, s. 29].

Förslag på genomförande:

A Säkra föräldrars arbete och försörjning för att motverka ekonomiskt utsatta barnhushåll

Ett sätt att motverka ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer är att verka för föräldrarnas möjlighet till egen försörjning [21, s. 6].

B Följ upp den fördelningspolitiska utvecklingen i staden och vidta åtgärder för att minska och mildra dess oönskade effekter

Följ utfall och effekter av den nationella politiken på lokal nivå vad gäller välfärdens utveckling. Analysera även eventuella brister i enskilda statliga socialförsäkringssystem och för detta vidare till den nationella nivån [17, s. 102]. Minska och mildra effekterna av ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer genom sociala investeringar i kommunala verksamheter såsom förskola, skola, kultur, fritid, vård och omsorg. Satsningarna bör utformas enligt principen om proportionell universalism, det vill säga insatser som är tillgängliga för alla men ges i högre dos till dem med störst behov [17, s. 102].

C Ta fram och implementera en övergripande kommunal handlingsplan för att minska barnfattigdomen

Kommunen har möjlighet att genomföra insatser som både mildrar och minskar barnfattigdomen. Båda dessa syften bör uppmärksammas och åtgärdas i en övergripande handlingsplan mot barnfattigdom [17, s. 60].

D Inled en diskussion på nationell nivå om att höja riksnormen för nationellt försörjningsstöd

Familjepolitikens fattigdomsreducerande effekt har minskat markant över tid och en starkt bidragande faktor är de statliga familjepolitiska stödens minskade räckvidd för att utjämna och minska ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer [17, s. 58]. Ett sätt att ta

sig an denna utmaning vore att initiera en diskussion på nationell nivå angående en höjning av riksnormen för försörjningsstöd [17, s. 102].

E Höj det kommunala försörjningsstödet till barnfamiljer med långvarigt försörjningsstöd

Det kommunala försörjningsstödet normnivå innehåller en rad inbyggda problem som gör att en skälig levnadsnivå inte kan garanteras, och därför bör det kommunala försörjningsstödet, oberoende av riksnormen, höjas för de barnfamiljer som har ett långvarigt stöd [17, s. 60].

F Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv

En möjlighet är att införa tillägg i försörjningsstödsnormen för barnfamiljer, avsett för barns fritids- och kulturaktiviteter samt för att säkerställa att alla barn har tillgång till datorer och internet i hemmet [17, s. 61].

► **Förslag 10: Motverka avhysningar och vräkningar av barnfamiljer**

Genom att bedriva ett vräkningsförebyggande arbete är det möjligt att motverka avhysningar och vräkningar av barnfamiljer [14, s. 36].

Förslag på genomförande:

A Anställ koordinatörer

Anställ alternativt inrätta en tjänst som koordinator för det vräkningsförebyggande arbetet [22, s. 23].

B Utveckla snabba informationsvägar

Skapa effektiva sätt för socialtjänsten att snabbt få information om förestående avhysningar och utveckla metoder för att agera snabbt vid en förestående vräkning [22, ss. 21–22].

C Utveckla samarbete mellan socialtjänst och fastighetsägare

Detta kan ske genom att samverkansavtal upprättas och att ett bostadssocialt forum inrättas där diskussioner kan föras för att motverka informella avhysningar [22, s. 22].

D Bostadssocialt program

Ta fram ett bostadssocialt program som stödjer familjer genom rådgivning och planering som rör familjens ekonomi [22, s. 23].

Förslag 10 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram** enligt vilket stadens verksamheter ska verka för goda sociala villkor och en trygg hemmiljö för alla barn. Förslaget ligger även i linje med **Göteborgs Stads strategi och plan mot hemlöshet 2014–2018** enligt vilken staden ska intensifiera det vräkningsförebyggande arbetet.

Se förslag för fokusområde 3

Se även förslag 28

Fokusområde 2: Ge barn fortsatt goda förutsättningar genom skolåren

Även om barns uppväxtvillkor är goda i Göteborg finns det påtagliga skillnader vad gäller till exempel studieresultat, förutsättningar för lärande och deltagande i fritidsaktiviteter. Fokusområde 2 omfattar insatser som syftar till att minska skillnader i livsvillkor och hälsa genom att barnen får goda förutsättningar genom skolåren. Den primära målgruppen för detta utvecklingsarbete är vårdnadshavare och verksamheter som möter barnen.

► Förslag 11: Vidta åtgärder som stärker skolans likvärdighet

En likvärdig skola som förmår kompensera för elevernas skilda förutsättningar är viktig för att minska skillnader i skolresultat och fullföljd skolgång, men också för att förebygga att barn senare i livet drabbas av problem med ohälsa och sociala problem som är mer vanligt förekommande bland vuxna med låg utbildning [17, ss. 36–38, 92]. Likvärdighet handlar inte om att alla skolor ska göra likadant, utan om att alla elever ska få lika tillgång till utbildning, lika kvalitet på utbildningen och att utbildningen ska vara kompenserande [17, s. 81].

Förslag på genomförande:

A Genomför en inventering av resurs- och kompetensbehov i förskola, skola och elevhälsan

Inventera resurs- och kompetensbehov och ta fram en plan med förslag på hur behoven kan täckas. Planen bör innehålla resursförstärkning på kort och lång sikt, samt extra medel som under en begränsad period skulle gå till de skolor, förskolor och fritidshem som har störst behov definierat utifrån ett antal kriterier: socioekonomisk bakgrund, andel elever med ett annat modersmål än svenska, måluppfyllelse med mera [17, s. 81]. Därmed säkerställs att barn och deras föräldrar har tillgång till professionell kompetens inom förskola, skola och elevhälsa, oavsett var i staden de bor eller hur deras sociala och ekonomiska förutsättningar ser ut [14, s. 28].

B Utför ett vetenskapligt kvalitetsarbete/kvalitetsutveckling

Varje skolform ska använda ett tillförlitligt och vetenskapligt utprövat instrument för systematiskt kvalitetsarbete/kvalitetsutveckling [17, s. 81].

C Utvärdera systemet för mottagande av nyanlända elever

Skolans mottagandesystem är avgörande för en effektiv pedagogisk och social integration av nyanlända elever, i skolans såväl som i det omgivande samhällets strukturer. Forskning och utvärderingar visar att ett system med förberedelseklasser är problematiskt

vad gäller skolans förhållningssätt till eleverna i dessa klasser, hur elevernas mottagande organiseras samt hur och i vilka ämnen undervisningen bedrivs [17, s. 94]. Mot bakgrund av detta föreslås att det genomförs en utvärdering av skolans system för mottagande av nyanlända elever [17, s. 95].

D Utveckla metoder som underlättar nyanlända elevers etablering

Utveckla metoder för att skapa bättre förutsättningar för nyinvandrade barn och unga att etablera sig i grund- och gymnasieskolan [19, s. 8].

E Säkerställ att individuella åtgärdsplaner upprättas

Säkerställ att det för varje nyanländ elev i gymnasieåldern görs en ordentlig kartläggning av förkunskaper och att det upprättas en individuell åtgärdsplan, däribland en strategi för det stöd som eleven behöver för att uppnå mesta möjliga framgång i skolan [17, s. 95].

F Säkerställ att elever får studiehandledning på sitt modersmål

Säkerställ att samtliga elever med utländsk bakgrund får tillgång till studiehandledning på sitt modersmål, i enlighet med skollagen [17, s. 89].

G Erbjud stödinsatser

Säkerställ att skolan konsekvent tillhandahåller hela spektrumet av socialt, beteendemässigt, psykiatriskt och annat särskilt stöd i proportion till graden av utsatthet [20, s. 9]. Se till att tidigt och fortlöpande följa upp elevernas studieresultat och språkutveckling (både vad gäller svenska språket och andra modersmål). Sätt in tidiga och adekvata stödinsatser vid behov [17, s. 89]. Ge särskilt stöd till elever som riskerar att inte nå behörighet till gymnasiet [21, s. 9].

H Kompetensutveckling för skol- och fritidshemspersonal

Personal som arbetar i stadens utbildningsinstitutioner måste ha en hög kunskapsnivå och möjligheter till professionell utveckling [17, s. 81]. Resultatet av varje skolforms systematiska kvalitetsarbete ska ligga till grund för hur personalens fortbildning och vidareutbildning prioriteras. Det innebär att kompetensutveckling och fortbildning bör ta sin utgångspunkt i den egna praktiken. Kompetensutvecklingen bör även pågå under längre tid och ha kontinuitet [17, s. 82]. Speciell uppmärksamhet bör riktas mot fritidshemspersonalens behov av fortbildning [17, s. 82].

- Exempel på områden där kompetensutveckling kan vara aktuell:
 - All undervisande personal ska ha kompetens i läs- och skrivprocessen samt språklig medvetenhet. Om denna kompetens saknas bör kompetensutveckling göras obligatorisk.

- Riktade kompetensutvecklingsinsatser på förskolor och skolor med många barn från flerspråkiga miljöer och i synnerhet på skolor för årskurs 1–3 där måluppfyllelsen är låg [17, s. 89].
- Kompetensutveckling kring etnicitet, migration och kunskapsutvecklande arbetssätt för undervisande personal [21, s. 7].

Förslag 11 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram**. Enligt programmet ska stadens verksamheter verka för en hälsofrämjande förskola/skola som ger alla samma förutsättningar, främjar elevers möjligheter att uppnå goda skolresultat och verkar för att alla elever får fullständiga betyg i grundskolan. Det ligger även i linje med **Dialog och samarbete: ett samlat program för Göteborgs Stads trygghetsfrämjande och brottsförebyggande arbete**, enligt vilket Göteborgs Stad ska bidra till att alla barn och unga når godkända skolresultat. Det ska på så sätt nå målet att barn som växer upp i Göteborg känner sig trygga, har en god uppväxt, lyckas i skolan och känner framtidstro.

► Förslag 12: Förhindra elevers skolavhopp och öka närvaron

Kvalitetssäkra och implementera befintliga metoder för att förhindra elevers skolavhopp och säkra att elever går ut grundskolan med godkända betyg [19, s. 8].

Förslag på genomförande:

A Motverka och följ upp frånvaro

Arbeta aktivt med att förhindra elevers skolavhopp genom att motverka och följa upp olovlig och omotiverad frånvaro [21, s. 10].

B Erbjud praktikplatser

Erbjud studiemotiverande praktikplatser för skoltrötta ungdomar [21, s. 8].

C Säkerställ att elever med särskilda behov får en bra övergång mellan skolformer

I övergången mellan grund- och gymnasieskola är det viktigt att elever med särskilda behov får fortsatt stöd och att överlämning av information sker oavsett huvudman [14, s. 31].

D Bedriv ett aktivt hälsofrämjande arbete

Ett förebyggande och uppföljande hälsoarbete bland skolelever kan minska avhopp och bidra till att fler elever fullföljer sina studier [17, s. 93]. Ett sådant aktivt hälsofrämjande arbete bör utgå från hälsans bestämningsfaktorer samt fokusera på arbete mot mobbning och diskriminering och för integration. Inom ramen för ett sådant arbete är det viktigt att främja skoltrivsel, förbättra den fysiska miljön i skolan samt att förbättra samverkan mellan skola och föräldrar [14, s. 31].

► Förslag 13: Utveckla skolans samarbete med föräldrarna⁷⁴ och samhälle

Utveckla samarbetet mellan skola och samhälle för att minska skillnader i elevers utbildningsresultat som är relaterade till socioekonomiska förhållanden [20, ss. 7–8].

Förslag på genomförande:

A Utveckla skolans samverkan med familjer

Utöka skolans roll när det gäller att stödja familjer och grupper [20, ss. 7–8]. Ett utvecklat föräldrastöd och föräldrasamarbete kan bidra till minskad ojämlikhet förutsatt att verksamheten är utformad så att alla föräldrar ges möjlighet att vara delaktiga [17, s. 82]. Kompetensutveckla skolpersonalen så att de kan öka kontakterna mellan hem och skola. [20, ss. 7–8].

B Utveckla skolans samverkan med arbetsliv

Förstärk och utveckla stödjande funktioner och samverkan mellan skola och arbetsliv [21, ss. 8–9].

C Låt idéburen sektor bidra till skolan

Ge förutsättningar för idéburen sektor att utveckla verksamhet i samverkan med skolan, till exempel genom att seniorer bidrar med aktiviteter i grundskolan [21, s. 8].

Förslag 13 ligger i linje med **Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011**, enligt vilken rektor ansvarar för att utveckla formerna för samarbete mellan skolan och hemmen, och samverkan med skolor och arbetslivet utanför skolan [167].

► Förslag 14: Utför ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i skolan

Skapa en fysisk och psykosocial miljö som både understödjer elevers utveckling och lärande samt ger möjlighet till social gemenskap, trygghet och fysisk rörelse [21, s. 5].

Förslag på genomförande:

A Stärk skolan som en hälsofrämjande arena

Utforma uppdrag, avtal, och upphandlingar med tydliga kvalitetskrav på lokaler, psykosocial miljö och på elevhälsan [21, s. 6].

B Kompetensutveckla skolpersonalen

Öka skolpersonalens kunskaper om skolmiljöns betydelse för

⁷⁴ I detta inkluderas även andra vårdnadshavare. Andra vuxna i barns närhet kan också utgöra en viktig resurs för barnen. Ur ett barnperspektiv är det viktigare att se till vem som utgör stöd och anknytningsmöjligheter för barnen än att fokusera på definitionen av föräldrar och vårdnadshavare.

elevers och lärares hälsa med målet att skapa en hälsofrämjande skola [21, s. 7]. Öka också skolpersonalens kompetens så att de kan arbeta med barnens sociala och emotionella utveckling, fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande [20, ss. 7–8].

C Skapa förutsättningar för daglig lek och rörelse

Barns fysiska och psykiska hälsa förbättras om de ges möjlighet till rörelse, lek och idrott. Att stimulera barn till daglig fysisk aktivitet i skolan och på fritiden kan främja både hälsa och skolresultat, vilket vore särskilt gynnsamt för barn som lever med små socioekonomiska resurser [17, s. 82].

D Främja hälsosamma levnadsvanor

Utvärdera och implementera metoder för att stödja barn och ungdomars möjligheter till hälsosamma levnadsvanor. Använd metoder som vänder sig till alla, men i synnerhet till de grupper som är särskilt utsatta [19, s. 8]. Det kan till exempel innebära att förstärka föräldrastödsarbetet [21, s. 9; 19, s. 8], utveckla det förebyggande ANDTS-arbetet (Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak och Spel) genom att till exempel begränsa tillgängligheten, skapa fler drogfria miljöer eller utveckla ett kariespreventivt arbete i utsatta områden [21, s. 10].

Förslag 14 ligger i linje med Göteborgs Stads folkhälsoprogram enligt vilket stadens verksamheter ska säkerställa en hälsofrämjande förskola, skola och fritidsaktiviteter för alla barn och ungdomar.

► Förslag 15: Främja en likvärdig elevhälsovård

Elevhälsan har stora potentiella möjligheter att förebygga och åtgärda hälsoproblem som är starkt kopplade till elevernas levnadsvillkor och deras familjers sociala position⁷⁵ [17, s. 123].

Förslag på genomförande:

A Stärk elevhälsans arbete med sociala bestämningsfaktorer

Utveckla grundutbildning och fortbildning av personal inom elevhälsan avseende sociala bestämningsfaktorer, genusaspekter och interkulturell kompetens i samarbete med region och universitet [17, s. 126].

B Gemensam styrning av elevhälsan

Etablera en gemensam styrning och ledning av elevhälsan som ansvarar för att förse kommunala skolor med kompetent personal [17, s. 126]. Verka här även för aktiv samverkan med friskolor:

⁷⁵ Lagstiftning och olika regelverk om kommunala skolor respektive fristående skolor kan påverka möjligheterna att genomföra förslagen i olika verksamheter.

- En gemensam styr- och ledning av elevhälsan kan till exempel arbeta med följande uppgifter:

– Fortbildning

Garanterat relevant medicinsk och social fortbildning av all personal oavsett skolform [17, s. 126].

– Samverkan

Utveckla samverkan mellan medicinsk och övrig elevhälsovård, socialtjänst och andra aktörer; i synnerhet för elever med behov av särskilt stöd [17, s. 126]. Förebygg psykisk ohälsa via samverkan och kunskapsutbyte mellan aktörer i första linjen: barn-, ungdoms- och elevhälsan, primärvården och socialtjänsten [21, s. 10].

– Uppföljning

Se till att det utförs en systematisk uppföljning av elevernas hälsa, och utveckla ett samarbete med universitet och högskola för att över tid kunna följa hälsoindikatorer; såväl medicinska som sociala, för att kunna genomföra insatser [17, s. 126].

C Personalförstärkning inom elevhälsan

Satsa på utbyggnad och personalförstärkning av såväl medicinskt, psykologiskt, specialpedagogiskt och socialt utbildad personal inom elevhälsan [17, s. 93; 21, s. 10].

Se även förslag 14

► Förslag 16: Organisera och planera för elevers deltagande och inflytande i skola och samhälle

Aktivt deltagande och inflytande har positiva effekter på barn och ungas hälsa [41]. Därför är det viktigt att organisera och planera för elevers deltagande och inflytande i skola och samhälle [21, s. 6].

Förslag på genomförande:

A Stärk barns och ungas inflytande

Stärk barns och ungas inflytande över vardagen i förskola, fritidshem och skola, utifrån de förutsättningar som råder på varje skolnivå, genom att aktivt inkludera dem i det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan ske genom formella arenor, till exempel klassråd och elevråd, rådgivande organ, samt genom informella arenor [17, s. 82].

B Utveckla arbetet med att säkerställa barnrättsperspektivet i kommunen

Tillsätt en barnombudsman med särskilt uppdrag att fokusera på barns och ungas möjligheter till delaktighet och inflytande, gör barnkonsekvensanalyser av kommunala beslut och arbeta aktivt mot diskriminering av barn och unga [17, s. 137].

C Satsningar på demokrati och tolerans inom skolan

Skolan bör även arbeta med satsningar på demokrati och tolerans, för att skapa ett positivt socialt klimat [21, s. 9].

Förslag 16 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram**, enligt vilket stadens verksamheter ska öka barns delaktighet och möjligheter till inflytande. Det ligger även i linje med **Dialog och samarbete: ett samlat program för Göteborgs Stads trygghetsfrämjande och brottsförebyggande arbete** enligt vilket Göteborgs stad ska arbeta för att barn och unga ska få fördjupade kunskaper om de mänskliga rättigheterna och de grundläggande demokratiska värderingar som samhället vilar på. Programmet ska även säkerställa människors möjlighet till demokratiskt inflytande och tillförsäkra inflytande för barn och unga samt personer som kan ha svårt att göra sig hörda.

► Förslag 17: Arbeta aktivt för att främja en blandad elevsammansättning i stadens skolor

På många skolor speglar elevsammansättningen en uppdelning av elever utifrån socioekonomiska, etniska, könsmässiga och prestationsmässiga kategorier [17, ss. 95–96]. Forskning har visat att en skolas elevsammansättning har betydelse för den enskilda eleven. Skolan bör därför sträva efter en blandad elevsammansättning vad gäller socioekonomisk bakgrund [17, s. 95].

Förslag på genomförande:

A Förebygg stigmatisering av skolor med hjälp av information

Sprid information om skolornas verksamhet och utveckling på nya sätt och förebygg därmed stigmatisering av skolor. Detta kan till exempel göras genom återkommande utbildningskvällar på olika skolor där politiker, tjänstemän, rektorer, lärare, media, föräldrar och elever bjuds in för att diskutera aktuella frågor om stadens utbildningsinstitutioner [17, s. 96].

B Attraktiva utbildningsprofiler

Inrätta, finansiera och förlägg attraktiva utbildningsprofiler till skolor i stadens mest utsatta områden för att locka elever från hela staden [17, s. 96].

Förslag 17 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram** enligt vilket stadens verksamheter ska verka för en hälsofrämjande förskola/skola som ger alla samma förutsättningar, främja elevers möjligheter att uppnå goda skolresultat samt verka för att alla elever får fullständiga betyg i grundskolan.

► Förslag 18: Vidta åtgärder som främjar barns lärande

Barns lärande och utveckling kan främjas på många olika sätt och i olika sammanhang. Här följer några exempel på sådana insatser:

Förslag på genomförande:

A Utveckla fritidshemmens pedagogiska verksamhet⁷⁶

Till exempel genom att öka andelen högskoleutbildad personal [17, s. 91], minska barngruppernas storlek [17, s. 91] och inrätta minst en centralt placerad heltidstjänst med ansvar för fritidshem [17, s. 91].

B Lärhjälper för alla barn

Erbjud alla barn lärhjälper och en plats att läsa läxor [21, s. 10].

C Främja barns rörelse och därmed barns kognitiva utveckling

Till exempel genom att förstärka skolämnet Idrott och hälsa [17, s. 82] och se till att utomhusmiljön stimulerar barn till lek och rörelse i skolan [21, s. 8].

D Stimulera bibliotekens roll att ge alla tillgång till det skrivna ordet och digital kompetens [21, s. 10].

E Stimulera föräldrar att läsa högt för sina barn [21, s. 10].

F Måltider i förskola och skola

Se till att förskola och skola tillhandahåller frukost vid särskilda behov, lunch och mellanmål samt rum där man kan äta i lugn och ro [21, s. 8].

► Förslag 19: Erbjud alla barn tillgängliga kultur- och fritidsaktiviteter

Det viktigaste för barns och ungas hälsa är att vistas i en miljö som stödjer deras utveckling. Det gäller även på fritiden [17, s. 34].

Förslag på genomförande:

A Stärk idéburna organisationers möjligheter att erbjuda aktiv fritid för alla barn

Öka de idéburna organisationernas möjligheter att erbjuda aktiv fritid för alla barn oavsett socioekonomiska förhållanden, kön, funktionsnedsättning, ålder, kulturella eller geografiska skillnader [19, s. 8], till exempel genom att utveckla överenskommelser mellan civilsamhället och den offentliga sektorn [21, s. 6].

B Skapa tillgängliga kultur- och fritidsaktiviteter för alla barn

Skapa förutsättningar för aktiviteter inom kultur- och fritidsområdet som är tillgängliga oavsett familjens ekonomiska

⁷⁶ Även förskolan har en viktig roll för att främja barns lärande, men behandlas i fokusområde I.

förutsättningar [21, s. 8]. Skapa möjligheter till fritidsaktiviteter även för de som inte idrottar [21, s. 8].

C Lättåtkomliga lokaler för fritidsaktiviteter

Satsa på funktionella lokaler för kultur och föreningsliv, särskilt i utsatta områden, till exempel genom att öka tillgången till idrottsanläggningar med bokningsfria tider [21, s. 8] som ger ökad möjlighet till spontanidrott och lek.

Fokusområde 3: Skapa förutsättningar för arbete

Känslan av kontroll över det egna livet är central för människor och grundläggande för hur hälsan utvecklas. Genom insatser som stärker människors förutsättningar att försörja sig och vara delaktiga i samhället är det också möjligt att minska skillnader i livsvillkor och hälsa.

Fokusområde 3 omfattar insatser som syftar till att minska skillnader i livsvillkor och hälsa genom att skapa förutsättningar för arbete för invånare i arbetsför ålder. Insatser på detta område kan vända sig till invånare i Göteborg och arbetsgivare med verksamhet i Göteborg, inklusive kommunen, samt omfatta samverkan med andra aktörer.

► Förslag 20: Underlätta inträdet på arbetsmarknaden

En individs förankring på arbetsmarknaden är centralt för hälsan. Det beror främst på att arbetslöshet är förknippat med negativa hälsoeffekter [17, s. 103].

Förslag på genomförande:

A Utveckla en gemensam syn för den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbets- och samhällsliv

Det är viktigt att skola, arbetsgivare och samhälle utvecklar en gemensam syn på den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbetsliv. Ökad samverkan mellan aktörerna inom utbildning och arbetsmarknad kan vara en väg att gå. Ett sätt att arbeta med detta är att i skolan införa ett entreprenöriellt förhållningssätt [14, s. 31].

B Samordna insatser och utveckla samarbete

För att möta de krav som samhället, arbetslivet och vardagen ställer på enskilda individer krävs ökad samordning, samorganisation och anpassning av stöd, som grundar sig på individens olika behov och förutsättningar. Det gäller till exempel stöd och insatser från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, landsting och samordningsförbund [14, s. 32]. Ett nära samarbete med

bransch- och partsorganisationer bör utvecklas som ska se till att de kollektivavtal som sluts om ungdoms- och utbildningsanställningar verkligen ger utdelning i jobb- och lärandemöjligheter för unga [17, s. 111].

C Garantera utbildning och meningsfull sysselsättning

Garantera utbildning och meningsfull sysselsättning till ungdomar som riskerar att bli/är arbetslösa [21, s. 8], till exempel genom att ge alla ungdomar möjlighet till feriearbete [21, s. 10] eller genom att skapa studiemotiverande praktikplatser för skoltrötta ungdomar [21, s. 8]. Praktikplatser bör även erbjudas till personer som står långt utanför arbetsmarknaden [19, s. 10].

D Öka tryggheten och flexibiliteten i arbetslivet med hjälp av anpassade arbetstillfällen

Öka tryggheten och flexibiliteten i arbetslivet, till exempel genom att uppmuntra och skapa incitament för arbetsgivare att skapa eller anpassa arbetstillfällen som är lämpliga för ensamstående föräldrar, anhörigvårdare och människor med fysiska och psykiska hälsoproblem [20, ss. 9–10].

► Förslag 21: Utveckla och erbjud stödande och rådgivande insatser för unga

Stödande och rådgivande insatser kan bidra till att fler ungdomar utbildar sig och utvecklas som personer, vilket på sikt kan bidra till en minskning av antalet ungdomar som varken arbetar eller studerar, samt en minskning av kriminalitet och asocialt beteende [20, ss. 7–8]. Studie- och yrkesvägledning kan även bidra till att öka sysselsättningen bland arbetslösa ungdomar [19, s. 9].

Förslag på genomförande:

A Utvidga det kommunala uppföljningsansvaret⁷⁷ upp till 25 år

Initiera en diskussion på nationell nivå om att utvidga kommunernas informations- och uppföljningsansvar för ungdomar som inte har slutfört gymnasieskolan. Idag omfattar det kommunala informations- och uppföljningsansvaret ungdomar upp till 20 år. Detta borde utvidgas till att gälla ungdomar upp till 25 år [17, s. 111].

B Skapa en permanent ungdomsuppföljning

Gör en sådan ungdomsuppföljning permanent och tillför resurser för arbetet med att följa upp, informera och motivera ungdomar till studier och/eller praktik. Underlätta insatsen genom att samordna rapporter om avhopp från samtliga gymnasieskolor [17, s. 93].

⁷⁷ År 2015 införs ny lagstiftning som innebär att det kommunala uppföljningsansvaret för unga upp till 20 år ersätts med ett så kallat aktivitetsansvar för personer upp till 20 år.

C Utveckla studie- och yrkesvägledningen

Satsa på mer resurser för studie- och yrkesvägledningen samt utveckla studie- och yrkesvägledningens roll i syfte att stärka ungdomars och föräldrars möjlighet att fatta ett kvalificerat beslut om sitt/barnets vägval [17, s. 111; 19, s. 7]. Utveckla även studie- och yrkesvägledning för alla åldrar [21, s. 9].

D Informera om utbildningar till branscher med arbetskraftsbrist

I flera branscher råder arbetskraftsbrist, samtidigt som arbetslösheten i landet är relativt hög, särskilt bland ungdomar. Satsa därför mer resurser på att informera om de av gymnasieskolans yrkesutbildningar som öppnar dörrar till branscher med arbetskraftsbrist. Se till att studie- och yrkesvägledare särskilt informerar om vilka program som är kopplade till branscher med arbetskraftsbrist [17, s. 111].

E Stimulera mentorskap

Till exempel genom utbildning eller genom att möjliggöra mentorskap på arbetstid [19, s. 10].

► Förslag 22: Erbjud vuxenutbildning som är tillgänglig och ekonomiskt genomförbar för alla

Utbildning kan ge både direkta och indirekta hälsoeffekter. Den främsta indirekta hälsoeffekten är förmodligen att utbildning kan förstärka individens möjlighet att få en anställning eller byta till ett bättre arbete vilket i sin tur gynnar individens välmående [17, s. 17].

Personer med kortare utbildning riskerar inte bara att förlora jobbet utan även att bli kvar i arbetslöshet längre [19, s. 10].

Förslag på genomförande:

A Erbjud alternativa studieformer i samverkan

Samverka kring en utveckling av kompletterande och alternativa studieformer för personer som inte har fullgjort grundskola och gymnasiestudier [14, s. 31; 19, s. 9].

- En sådan samverkan kan till exempel ske
 - inom kompetensplattform Västra Götaland [19, s. 9].
 - inom ett regionalt kunskapslyft [19, s. 9].
 - genom att verka för ett utökat samarbete mellan kommunen, civilsamhället och folkhögskolorna [17, s. 111], samt ett utökat kursutbud och fler studieplatser på folkhögskolorna [21, s. 9; 19, s. 9].
 - genom arbetsplatsbaserad utbildning för ungdomar och personer som byter arbete/yrke, däribland lärlingssystem [20, ss. 7–8].

B Erbjud vikarier vidareutbildning

Se till att vikarier som är lämpade för ett arbete får möjlighet att

vidareutbilda sig, med bibehållen inkomst, för att få den kompetens som en fast anställning kräver. Vidareutbildningen kan arrangeras i samverkan mellan arbetsgivare och myndigheter [17, s. 110].

C Öka tillämpningen av befintliga avtal och överenskommelser

Öka tillämpningen av befintliga kollektivavtal på delar av arbetsmarknaden om så kallad yrkesintroduktion och arbetslivsintroduktion. Kommunen kan föregå med gott exempel och utvidga verksamheten med ungdomsjobb för arbetslösa ungdomar samt ungdomsjobb som även innehåller kvalitetssäkrade utbildningsinslag [17, s. 110].

D Samverka med Arbetsförmedlingen

Etablera närmare samordning mellan kommunala insatser och insatser från Arbetsförmedlingen, med sikte på att erbjuda arbetslösa ungdomar och unga vuxna möjligheter till kompletterande yrkesutbildning och praktisk arbetslivserfarenhet [17, s. 111]. Prioritera även aktiva arbetsmarknadsprogram där åtgärder sätts in i tid för att minska långtidsarbetslösheten [20, ss. 9–10].

Förslag 22 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram**, enligt vilket stadens verksamheter ska verka för ökade möjligheter till individanpassade vuxenstudier.

► Förslag 23: Inför sociala krav vid upphandlingar och stimulera utveckling av sociala företag och arbetskooperativ

Sociala krav kan införas vid upphandlingar med syfte att skapa arbetstillfällen för personer som står långt utanför arbetsmarknaden [19, s. 10]. Det kan också vara ett sätt att skapa lokal sysselsättning och urban utveckling i en stadsdel [17, s. 110], och påverka skillnader i hälsa [14, s. 18]. Vid en upphandling med sociala krav är det viktigt att se till att det finns rutiner för uppföljning så att beställaren kan kontrollera att arbetet sker enligt de fastställda kraven [14, s. 18]. Offentliga och ideella aktörer som tillsammans utvecklar sociala företag, kooperativ och praktikverksamhet kan också vara ett sätt att motverka arbetslöshet bland unga vuxna och personer med kort utbildning, utländsk bakgrund eller funktionsnedsättning [19, s. 10].

Förslag på genomförande:

A Inför sociala krav vid upphandling

Inför sociala krav vid upphandling av tjänster för att fler personer som står långt utanför arbetsmarknaden ska få ett jobb [14, s. 18; 19, s. 10].

B Främja lokal sysselsättning genom fysiska investeringar

Använd fysiska investeringar som motor för lokal sysselsättning och urban utveckling. Lokala upphandlingsregler bör utformas så

att de kan främja lokal sysselsättning och urban utveckling genom samarbete mellan de boende och bostads- och byggföretag [17, s. 110].

C Stimulera bildande av arbetskooperativ och sociala företag

Stimulera bildande av arbetskooperativ och sociala företag [14, s. 33; 19, s. 10]. För att stimulera socialt företagande behöver stödstrukturer för både start- och driftskede utvecklas lokalt, regionalt och nationellt. På den lokala och regionala nivån behövs politiska beslut i form av styrdokument. Där behövs till exempel regler för avtal och uppdrag samt kriterier för sociala krav i offentliga upphandlingar. System bör också utvecklas som effektivt samordnar formell och informell utbildning där socialt företagande ingår som en komponent [14, s. 33].

D Samverka för att skapa arbetstillfällen för utsatta grupper

Skapa arbetstillfällen för personer med funktionsnedsättning i arbetslivet, och i samarbete med ideella organisationer och socialt företagande [21, s. 8].

Förslag 23 ligger i linje med Göteborgs Stads folkhälsoprogram enligt vilket stadens verksamheter ska stimulera att fler personer får möjlighet att försörja sig själva och sina familjer. Förslaget ligger även i linje med Program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning – Synvändan, enligt vilket möjligheterna ska öka för personer med funktionsnedsättning att få anställning eller praktikplats i kommunens verksamheter. Det senare programmet anger också att sociala arbetskooperativ kan vara en verksamhetsform för personer med funktionsnedsättning.

► **Förslag 24: Utarbeta och implementera strategier för goda arbetsförhållanden**

Strategier bör utarbetas och implementeras som främjar goda arbetsförhållanden i stadens egen verksamhet och verksamhet som upphandlas [17, s. 113]. System för regelbunden uppföljning av dessa strategier bör också införas [21, s. 6].

Förslag på genomförande:

A Likabehandling och antidiskriminering

Följ upp befintliga styrdokument som syftar till att motverka diskriminering på arbetsmarknaden och i arbetslivet [21, s. 9; 19, s. 10].

B Ökad tillgång till företagshälsovård

Öka tillgången till kvalificerad företagshälsovård på alla arbetsplatser [21, s. 6].

C Åtgärder som motverkar utslagning från arbetsmarknaden

Motverka utbytbarhet och utslagning från arbetsmarknaden genom aktiv rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter [21, s. 8].

D Stärk arbetet med hälsofrämjande arbetsplatser

Inför riktlinjer om stresshantering och ett effektivt främjande av välbefinnande och fysisk och psykisk hälsa på arbetsplatsen [20, ss. 9–10].

Fokusområde 4: Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Den miljö vi lever i påverkar vår hälsa, våra liv och våra livsvillkor. En god samhällsplanering kan verka hälsofrämjande, medan en dålig kan påverka människors hälsa och samhällets sociala sammanhållning negativt.

Fokusområde 4 gäller Göteborgs Stads arbete för utveckling av hälsofrämjande och hållbara miljöer. Detta fokusområde berör alla stadens invånare. Det vill säga alla grupper och alla åldrar.

► **Förslag 25: Stärk invånarnas delaktighet, inflytande och trygghet**

Att stärka invånarnas delaktighet, inflytande och trygghet är angeläget av flera skäl. Det beror dels på att en socialt hållbar utveckling förutsätter att invånarna upplever att de är delaktiga i samhället [17, s. 21], dels på att individens möjligheter att påverka och förändra sin vardag och annat som upplevs vara viktigt har en stor påverkan på hälsan [14, s. 19].

Förslag till genomförande:

A Stadsplanering ska bidra till att stärka tilliten och främja inflytande

Stadsplaneringens processer bör engagera invånarna för att få till stånd mer ändamålsenligt utformade fysiska miljöer och förbättra invånarnas delaktighet och inflytande [17, s. 77]. Genom att involvera invånarna vid planeringen av boende- och närmiljöer är det också möjligt att uppnå ökat förtroende och tillit i samhället [14, s. 19; 37]. Bostadsområden som har involverat boende i beslut och underhåll visar även på mindre vandalisering och ökad trygghet [17, s. 77]. Utvidga därför dialogen med invånarna utöver annonsering/utställning av planer, till möten och diskussioner [21, s. 6].

B Skapa möjlighet till lokal förvaltning av boendeområden

Pröva former för boendes deltagande i fysisk planering och drift

och underhåll av det egna närområdet [21, s. 8], till exempel genom att utveckla möjligheter till lokal förvaltning av boendeyråden [21, s. 6] eller upplåta odlingsmark så att enskilda kan odla på kommunens mark [21, s. 8].

C Främja trygghet i offentliga miljöer

Stöd arbete med ökad trygghet och säkerhet i offentliga miljöer, med särskilt fokus på äldre kvinnor, äldre med utländsk bakgrund, äldre med små ekonomiska resurser eller äldre seniorer [19, s. 11]. Utveckla även insatser för att minska våld och hot om våld i bostads- och närområden [21, s. 10].

Förslag 25 ligger i linje med Dialog och samarbete: ett samlat program för Göteborgs Stads trygghetsfrämjande och brottsförebyggande arbete. Enligt programmet ska staden stärka människors egna förmågor och delaktighet i demokratiska, sociala, kulturella och produktiva samhällsgemenskaper. Förslaget ligger även i linje med Göteborgs Stads folkhälsoprogram.

► Förslag 26: Planera för en hälsofrämjande närmiljö

Utformningen av närmiljön har betydelse för hälsan och kan ge värdefulla positiva hälsoeffekter [21, ss. 8–9; 17, s. 61, 14, ss. 36–37]. Park- och grönområden som stimulerar till rekreation och motion gynnar folkhälsan. Därför är det viktigt att stadens invånare har tillgång till park- och grönytor samt lekplatser av god kvalitet oavsett var i staden man bor och oavsett socioekonomisk status [14, s. 36].

Förslag till genomförande:

A Åtgärder som ger grönområden av god kvalitet

Prioritera riktlinjer och åtgärder som minskar ojämlikheten i hälsa och samtidigt dämpar klimatförändringarna, genom att skapa offentliga platser och grönområden av god kvalitet som är tillgängliga för befolkningen i proportion till graden av utsatthet, det vill säga grupper som är mer utsatta för ohälsa och social orättvisa [20, ss. 13–14].

B Ta fram ett handlingsprogram för att åtgärda brister i miljön för barn och unga

Ett sådant handlingsprogram kan till exempel uppmärksamma insatser för att minska barns exponering för bostadstekniska problem, luftföroreningar och buller samt den fysiska planeringens konsekvenser för barns och ungas närmiljö och möjligheter att visas och röra sig i staden på ett tryggt sätt [17, s. 66]. Närmiljön bör därmed även planeras med utgångspunkt i barns behov av rörelse, spontanlek, spontanidrott, kontakt med naturmiljöer och möjlighet att på egen hand utforska hela närmiljön [14, ss. 36–37].

C Skapa fler lättillgängliga mötesplatser

Mötesplatser bör skapas där människor kan göra sin röst hörd

och invånare mötas över gränser som ålder, kön, etnicitet och socioekonomi [21, s. 6].

Se även förslag 7, 14 och 19

Förslag 26 ligger i linje med Göteborgs Stads Grönstrategi för en tät och grön stad enligt vilken staden ska "främja folkhälsa genom användbara, tillgängliga och attraktiva parker och naturområden" [132, s. 47].

Förslag 26 ligger även i linje med skrivningar i Göteborgs Stads Miljöprogram [168], Göteborgs Stads folkhälsoprogram och med Kulturprogram för Göteborgs Stad. Förslaget har också koppling till det arbete som Park- och naturförvaltningen har påbörjat med parkplaner för respektive stadsdel.

► Förslag 27: Planera för en minskad boendesegregation

För att motverka segregation i städer är förståelse för den komplexa helheten av större vikt än enskilda och/eller riktade insatser i områden som betraktas som särskilt problematiska [14, ss. 33–34].

Förslag till genomförande:

A Planera för ett varierat bostadsutbud och blandade upplåtelseformer

Motverka boendesegregationen genom att se till att stadsplaneringen bidrar till att områden får en variation av hustyper och bostäder med olika upplåtelseformer, offentliga miljöer, arbetsplatser och servicefunktioner [17, s. 73; 21, s. 8; 14, s. 36].

B Bygg bort barriärer och strukturer som separerar bostadsområden

Bygg bort fysiska barriärer, till exempel genom att undvika stora vägar som delar upp staden [21, s. 8] eller genom att skapa sammanhängande stråk och grönytor som bidrar till att överbrygga barriärer [17, s. 73]. Att omvandla trafikleder till stadsgator kan bidra till att skapa aktiva funktioner längs ett stråk, vilket i sig kan ge ökad trygghet och tillit [17, s. 77].

C Använd sociala konsekvensanalyser och barnkonsekvensanalyser för att systematiskt undersöka hur olika grupper påverkas av samhällsplaneringen

Konsekvenser för hur stadsplaneringen påverkar olika grupper i befolkningen bör systematiskt ingå som del i samhällsplaneringen [14, ss. 33–34]. Beslut som rör fysiska och rumsliga investeringar, till exempel byggnader, anläggningar, samhällsservice och mötesplatser, ska bidra till minskad segregation, ökad sammanhållning och främja en positiv hälsoutveckling. Viktigt är att sådana konsekvensanalyser omfattar sociala bestämningsfaktorer, förutsättningar för goda levnadsvanor och skillnader i hälsa [17, s. 73].

D Motverka utestängning från bostadsmarknaden

Motverka att människor utestängs från bostadsmarknaden med hjälp av strategiska satsningar som ökar tillgången på bra bostäder till rimligt pris [14, s. 36].

E Förlägg attraktioner till "utsatta områden"

Minska stigmatisering av "utsatta områden" genom att i sådana områden skapa attraktioner för hela kommunens invånare [21, s. 8]. Att tillföra nya attraktioner i ett bostadsområde, som en simhall, en temapark eller ett nytt konserthus, kan ge incitament för stadens medborgare att besöka och vistas i alla delar av staden [17, s. 77].

Förslag 27 ligger i linje med **Göteborgs Stads folkhälsoprogram**, enligt vilket stadens verksamheter ska arbeta för ökad integration – socialt, ekonomiskt, etniskt, kulturellt och så vidare. Förslaget ligger även i linje med **Göteborgs Stads Grönstrategi** och **Trafikstrategi**. Förslag 27 har även beröringspunkter med det arbete som stadsbyggnadskontoret har påbörjat avseende arbets sättet kring social konsekvensanalys och barnkonsekvensanalys.

► Förslag 28: Öka tillgången till bostäder

Tillgång till goda och hälsosamma bostäder är en viktig förutsättning för att inte bostadsförhållandena ska accentuera de inkomstrelaterade skillnaderna i hälsa och återskapa dem mellan generationerna [17, s. 66].

Förslag till genomförande:

A Samverka för en minskad bostadsbrist

Initiera ett utvecklingsarbete mellan olika förvaltningar samt forskning och marknaden om hur bostäder kan produceras till rimliga kostnader. Målsättningen bör vara att råda bot på bostadsbrist, trångboddhet, hemlöshet och ensidigt utbud av bostäder, och innebära ett helhetsgrepp över bostadssituationen i förhållande till social hållbarhet [17, s. 70].

B Ta fram ett handlingsprogram för att öka tillgången på bostäder av god kvalitet

Ett handlingsprogram som motverkar bostadssociala problem och som innehåller mätbara etappmål, bör tas fram i samråd med fastighetsägare, invånarna, deras organisationer samt byggindustrin [17, s. 66].

- Ett handlingsprogram skulle till exempel kunna innehålla följande punkter:
 - Se över kommunens möjligheter att styra upplåtelseform och storlek på bostäder vid nybyggnation, både på kommunal och icke-kommunal mark [17, s. 66].
 - Skapa möjligheter för fastighetsägare att få finansiellt och organisatoriskt stöd att utveckla bostadsbeståndet så att det bättre tillgodoser de boendes behov. Det kan handla om att bygga om till större lägenheter eller att tillföra gemensamma utrymmen, vilket kan vara särskilt angeläget för trångbodda familjer [17, s. 66].

C Etablera en ny kommunal utförarorganisation för uppdragsbaserat bostadsbyggande

Kommunen kan säkra stadens bostadsförsörjning genom att

bilda en ny utförarorganisation. En sådan utförarorganisation bör etableras med mandat, resurser och kompetens från både den sociala, ekonomiska, miljömässiga och fysiska sidan. Antingen kan ett befintligt kommunalt bolag ges nya ägardirektiv eller också kan ett nytt kommunalt bolag etableras [17, s. 70].

- Utförarorganisationen kan till exempel utformas på följande sätt:
 - Organisationen är tvärsektorielt sammansatt, driver bostads- och lagstiftningsfrågor på nationell nivå och har speciellt fokus på de grupper som i dag har svårt att få en bostad [17, s. 70].
 - Organisationens arbetar aktivt med förtätning och utnyttjar kompletteringsbyggande för att öka variationen och serviceunderlaget i områden med ensidigt byggnadsbestånd [17, s. 70].
 - Organisationens säkerställer att nytillskott av bostäder bidrar till att öka tryggheten genom att medföra ett ökat folkliiv, effektivisera markanvändningen genom samutnyttjande av funktionsytor samt höja kvaliteten på utemiljöer och parker [17, s. 70].
 - Organisationens utvecklar möjligheter till avtal mellan offentlighet, civilsamhälle och företag för att utveckla bostads- och närområde [21, s. 6].

Förslag 28 ligger i linje med **Göteborgs Stads budget för 2014**, där ett prioriterat mål är att "Staden ska bättre möta göteborgarnas bostadsbehov".

Förslag 28 har även beröringspunkter med det pågående GEM-projektet i Göteborgs Stad, som är ett samarbete mellan Trafikkontoret, Fastighetskontoret, Stadsbyggnadskontoret och till viss del Park- och naturförvaltningen. Projektet arbetar med att förenkla detaljplaneprocessen genom att utveckla en gemensam styrprocess. Syftet är bland annat att bättre nå budgetmålet att minska skillnader i hälsa i Göteborg.

► Förslag 29: Öka användningen av aktiva och kollektiva transportmedel

Ett välutbyggt nät av gång- och cykelvägar kan minska skillnader i hälsa genom att öka den fysiska aktiviteten i alla grupper, även de som är socioekonomiskt utsatta [14, ss. 36–37]. Attraktiva gång- och cykelvägar är också samhällsekonomiskt lönsamma att anlägga. Förutom hälsovinster ses vinster i restid, bekvämlighet och trygghet. Övergång från biltrafik ger också effektivare markanvändning, minskning av slitage, buller och emissioner samt minskad klimatpåverkan [14, s. 37].

Förslag till genomförande:

A Utveckla nätet av gång- och cykelvägar

Gör det möjligt för fler barn och vuxna att gå, cykla eller på annat sätt förflytta sig aktivt när de tar sig mellan hem, skola, arbete och fritidsaktiviteter [21, ss. 8–9]. Planera samhället för trygga och tillgängliga fysiska miljöer [19, s. 8]. Anlägg till exempel fler säkra och väl utbyggda promenadstråk och cykel- och gångvägar [17, s. 9; 21, s. 9]. Undanröj hinder för aktiva transporter och förbättra säkerheten [20, ss. 13–14].

B Öka tillgängligheten till kollektivtrafiken

Skapa en mer heltäckande och välutbyggd kollektivtrafik som också inkluderar bra båtförbindelser i staden [21, s. 9]. Se över de hinder som finns för att kollektivtrafiken ska bli mer tillgänglig, utifrån till exempel ekonomi, fysisk tillgänglighet och information om kollektivtrafiken [19, s. 12].

C Anropsstyrd trafik och färdtjänst för ökad tillgänglighet

Öka fysisk tillgänglighet till vården med hjälp av färdtjänst med kunskap om lokalområdet och anropsstyrd trafik [21, s. 9].

► Förslag 30: Erbjud och samordna hälsofrämjande insatser

För att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är det viktigt att det finns ett grundkoncept vad gäller hälsofrämjande arenor/miljöer/mötesplatser i alla stadsdelar och att utbudet är likvärdigt i de olika stadsdelarna. En grundläggande service bidrar till områdets attraktivitet och är nödvändig för att tillgodose mänskliga, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter [14, s. 37]

Förslag till genomförande:

A Ge alla goda förutsättningar för att ta del av samhällsinformation och information om hälsofrämjande insatser

Skapa ett centrum och nätverk för att tillgängliggöra samhällsinformation. Där ska finnas kunskap om till exempel översättning till olika språk, klarspråk, lättläst och punktskrift samt om hur informationen ska nå i synnerhet äldre, personer med utländsk bakgrund, funktionsnedsättning eller små ekonomiska resurser [19, s. 8]. Utveckla nya vägar för att nå ut med information om befintliga och nya mötesplatser för äldre med lågt socialt deltagande [19, s. 11].

B Erbjud hälsosamtal

Erbjud regelbundna hälsosamtal under hela livet med innehåll och ansats anpassade efter ålder, samt ta tillvara dessa som grund för kunskap om befolkningens hälsa [21, s. 10]. Hälsosamtal för personer från 65 års ålder kan till exempel erbjudas i samverkan med Seniorhälsan inom Västra Götalandsregionen [19, s. 12]. Ge invånare råd om kostnadseffektiva insatser som förebygger ohälsa och erbjud lämplig rådgivning om hälsosam livsföring [20, ss. 15–16].

C Hälsofrämjande insatser som når socioekonomiskt utsatta grupper

Utforma insatser som förebygger ohälsa så att de når och främst gynnar de mest socioekonomiskt utsatta grupperna, till exempel vad gäller rökavvänjning och minskad alkoholkonsumtion [20, s. 15–16]. Se över innehållet i livsstilsfrämjande verksamheter och

ta fram ett grundkoncept som alla invånare ska ha tillgång till, framför allt i socioekonomiskt utsatta områden [19, s. 10].

D Erbjud hälsofrämjande insatser för arbetslösa och nyanlända

Anordna fler aktiverande och hälsofrämjande insatser för arbetslösa via samordningsförbund och idéburna organisationer [19, s. 10].

E Stärk doulor⁷⁸ och hälsokommunikatörer

Stärk doulor och hälsokommunikatörer som stöd vid till exempel mammografi, cellprov samt förlossning [21, s. 10].

F Informera äldre om mötesplatser och erbjud sociala insatser

Utveckla nya sätt att nå ut med information om befintliga och nya mötesplatser för äldre med lågt socialt deltagande. En möjlighet kan också vara att inom hemtjänsten identifiera och nå ensamma äldre och erbjuda sociala insatser. Sådana sociala insatser kan till exempel genomföras med hjälp av volontärverksamhet, ideella organisationer, arbetskooperativ eller sociala företag [19, s. 11].

G Utveckla samverkan och samordning mellan vård- och omsorgsgivare

Utveckla samordning av medicinering av äldre [21, s. 8], till exempel mellan hemsjukvård och regional hälso- och sjukvård. Öka även samverkan och samordning av vårdinsatser vid psykisk ohälsa, särskilt då det förekommer samtidig kroppslig ohälsa [21, s. 9]. Utveckla också samverkansmodeller för att särskilt äldre kvinnor, äldre med utländsk bakgrund, äldre med funktionsnedsättning eller de i befolkningen med små ekonomiska resurser ska kunna genomföra fysisk aktivitet på recept [19, s. 12].

H Genomför kompetensutveckling om hälsolitteracitet

En positiv och jämlik hälsoutveckling i befolkningen förutsätter att alla ges likvärdiga förutsättningar att ta del av de åtgärder som staden initierar och erbjuder för att utjämna skillnader. Genomför därför kompetensutveckling inom kommunen som ökar personens förståelse för vad den enskilde förstår och konsekvensen för kommunikationen [21, s. 7].

78 Doulor är kvinnor som ger stöd åt andra kvinnor före, under och efter förlossning. Doulor har ofta en kulturell kompetens att bemöta utlandsfödda kvinnors frågor och farhågor. Doulor har inget medicinskt ansvar.



VAD RAPPORTEN VISAR

Del **4**

I denna del av rapporten presenteras en avslutande sammanfattning av skillnaderna i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Vi ger också våra reflektioner över det framtida arbetet.

Rapporten visar tydligt en socioekonomiskt segregerad stad. Grupper med längre utbildning och högre inkomster har bättre livsvillkor och hälsa än de som har kort utbildning och lägre inkomster. Skillnaderna mellan göteborgare är stora oberoende av var i staden de bor men eftersom Göteborg är segregerat ser vi också att skillnaderna förstärks när staden studeras ur geografisk synvinkel.

Förutom att rapporten visar att skillnaderna i hälsa och livsvillkor är stora och påtagliga för vuxna, är skillnaderna även påtagliga för barn. I rapporten framhålls till exempel kopplingen mellan föräldrarnas socioekonomiska status och barnens uppväxtvillkor. Ett exempel på detta är att fler barn till föräldrar med lång utbildning är behöriga till gymnasiet än barn till föräldrar med kort utbildning.

Vi ser också att de allra flesta göteborgare har fått det bättre men att många också har halkat efter.

Rapporten visar att

- ▶ hälsa är både ett mål och ett medel för arbetet med social hållbarhet
- ▶ minskade skillnader gör att samhällets gemensamma resurser kan användas till annat än att åtgärda de negativa effekterna av stora skillnader
- ▶ åtgärder ska i första hand vara breda och universella och riktas till alla
- ▶ förbättra hälsan snabbare för de grupper eller områden som är särskilt utsatta
- ▶ det mest effektiva är att prioritera tidiga insatser tidigt i barns liv
- ▶ skillnaderna i livsvillkor och hälsa i Göteborg har ökat över tid eller är oförändrade
- ▶ det finns tydliga hälsoskillnader i Göteborg mellan de med kort respektive lång utbildning
- ▶ ojämlika förutsättningar i hälsa och livsvillkor finns i alla delar av staden
- ▶ arbetet med minskade skillnader är ett långsiktigt åtagande för hela staden.

Hela staden för social hållbarhet

Vår förhoppning är att den här rapporten ska fungera som ett verktyg för att nå de av Göteborgs kommunfullmäktige beslutade målen om minskade skillnader i livsvillkor och hälsa och goda livschanser för alla.

Varför är det då motiverat att arbeta så intensivt med frågor om social hållbarhet och minskade skillnader? Ett svar är att frågorna är intimt kopplade till frågor om mänskliga rättigheter. Ett annat är att de är en del av svensk lagstiftning. Ett tredje är att forskning har visat att jämlika samhällen fungerar bättre än ojämlika.

I både den globala rapporten *Closing the Gap in a Generation* och rapporten *Fair Society, Healthy Lives* som berör situationen i England konstateras att det vore orättfärdigt att inte agera när man har kunskapen att skillnaderna i hälsa går att minska. Frågan om sociala skillnader i livsvillkor och hälsa blir med det synsättet också en etisk fråga. Ur ett barnperspektiv förstärks synsättet ytterligare. Barn väljer varken sina föräldrar eller platsen där de växer upp och vi ser att skillnaderna mellan barns uppväxtvillkor är stora i Göteborg.

Vi vet också att barns uppväxtvillkor påverkar dem under hela deras framtida liv. Oavsett hur man ser på skillnader så vill alla ha ett Göteborg som är bra för barnen. En stad där vi litar på varandra och känner samhörighet och trygghet. En stad där barn ges likvärdiga förutsättningar att lyckas i skolan och livet oavsett bakgrund. Ett Göteborg där hälsan ses som en resurs värd att investera i. Alternativet: en stad med växande social oro, otrygghet och kriminalitet. Med försvagad tillit till rättsväsende, myndigheter och grannar. Med växande diskriminering, ohälsa och bristande framtidstro bland unga. Valet kan tyckas självklart. Men arbetet för social hållbarhet förutsätter ett långsiktigt och målmedvetet arbete från alla delar av samhället.

Vi hoppas att rapporten ska fungera som underlag också till en diskussion om hur dessa utmaningar kan mötas.

Skillnaderna i livsvillkor och hälsa i korthet

Förutom de individuella vinsterna med en förbättrad hälsa och bättre livsvillkor har fokus i denna rapport legat vid samhällseffekterna. Att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är ett sätt att hushålla med samhällets gemensamma resurser. Det har i denna rapport konstaterats att hälsa allt mer uppmärksammas som ett medel för ekonomisk utveckling. Jämlik hälsa är därmed både ett mål och ett medel för social hållbarhet.

Samtidigt är skillnader mellan människor naturligt i alla samhällen. När skillnaderna blir stora ökar dock risken för ohälsa, oavsett social position och ekonomisk status. Den sociala sammanhållningen försvagas också i ett samhälle med skillnader som upplevs som alltför stora.

Skillnader mellan grupper och mellan olika områden

Rapporten visar att det finns påtagliga skillnader mellan grupper av göteborgare. Ju lägre socioekonomisk status, desto högre är risken för sämre livsvillkor, förutsättningar och hälsa. Livsvillkor och hälsa för göteborgare med kort utbildning påminner förmodligen om varandra oavsett var i staden man bor. Det innebär också att grannar kan ha helt olika förutsättningar beroende på till exempel utbildningsnivå. Göteborg är samtidigt en socioekonomiskt segregerad stad. I delar av staden har en majoritet lång utbildning och hög inkomst, i andra delar har majoriteten kort utbildning och låg inkomst.

När indikatorerna i rapporten studeras utifrån geografisk indelning framträder därför skillnaderna än mer tydligt. Skillnaderna syns inte bara mellan stadsdelar i staden utan vi ser även påtagliga skillnader inom stadsdelar. De största klyftorna inom en och samma stadsdel finns i Askim-Frölunda-Högsbo och Västra Hisingen. Minst är de inom stadsdelen Centrum.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet måste därför ske över hela staden. Arbetet behöver också tydligt fokusera på ojämlika livsvillkor och på att ohälsa är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper.

Den samlade bilden av Göteborg

Den sociala gradienten är påfallande inom de flesta av de indikatorer som studeras i denna rapport. Det vill säga att på gruppnivå har människor med låg socioekonomisk status sämre livsvillkor och hälsa än dem med hög position och status. Varje enskild indikator spelar inte nödvändigtvis en avgörande roll i människors liv, framtidsutsikter och hälsa. Bilden blir däremot en annan när de olika indikatorerna adderas till varandra. Inte nog med att de olika delarna förstärker varandra – att ha kort utbildning, låg inkomst och ett arbete med liten kontroll men höga krav ger än sämre hälsa än enbart en av faktorerna ensamt ger. Dessutom ser vi igenom forskningslitteraturen en ackumulering över livet. Små riskfaktorer i barndomen tenderar att växa sig större under livet.

Därför är det särskilt viktigt att se hur skillnader i livsvillkor påverkar barn och deras framtidsutsikter. Vad innebär det att växa upp under förhållanden som är avsevärt sämre än kamraternas? Kunskapsunderlag som denna rapport bygger på visar att relativa skillnader är betydelsefulla för hälsoutvecklingen och sammanhållningen i ett samhälle.

Det skiljer 40 år i förväntad medellivslängd mellan olika länder i världen. De flesta håller nog med om att skillnaden beror på sociala förutsättningar – inte genetiska. Drar vi samma slutsats om varför det skiljer nästan tio år i medellivslängd mellan olika mellanområden i Göteborg? Den frågan behöver vi ställa oss.

För att komma vidare...

Kommunen har en viktig och central roll, tillsammans med en rad andra aktörer, när det gäller att skapa förutsättningar för goda livsvillkor [28]. Det kommunala handlingsutrymmet är aldrig obefintligt, oavsett vem eller vilka som äger eller styr över frågor som är viktiga för människors livsvillkor [17].

Det behövs en perspektivförskjutning som innebär att alla dimensioner av hållbar utveckling får likvärdig tyngd, och där uppföljningar och mätningar inte sker utifrån kortsiktiga ekonomiska lönsamhetskriterier utan också med utgångspunkt från ett långsiktigt samhällsekonomiskt synsätt [14].

Det finns flera viktiga steg för att komma vidare i arbetet med minskade skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg och för socialt hållbarhet. Här presenteras tre delar: ta lärdom av andras arbetsprocesser, utveckla och förmedla kunskap samt utveckla statistik och uppföljning.

Ta lärdom av andras arbetsprocesser

I de steg som nu väntar Göteborg i arbetet med att minska skillnaderna i livsvillkor och hälsa kan inspiration och lärdom med fördel hämtas från andra. En viktig utgångspunkt är de rekommendationer som tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting i arbetet för social hållbarhet. Ytterligare exempel kan hämtas ifrån Malmö, som i Sverige varit tidiga med att fokusera frågan om social hållbarhet genom den så kallade Malmökommissionen. Malmökommissionen presenterade ett stort antal rekommendationer som därefter behandlats i en fortsatt process.

Detta arbete presenteras i rapporten *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö* [164] där Malmö visar hur staden ska gå vidare i arbetet med att genomföra förslagen som kommunstyrelsen har fattat beslut om. 70 remissinstanser har lämnat synpunkter. Förslagen är uppdelade enligt följande rubriker: Bedömning, utredningsuppdrag, utvecklingsområden, pågående arbete, ansvarig, återkoppling/uppföljning. Sättet som Malmö har tagit sig an arbetet kan inspirera Göteborgs Stad.

Utveckla förslagen

En röd tråd i sammanställningen över åtgärder i del 3 trycker på behovet av många åtgärder som tillsammans och under lång tid kan förändra bilden av en segregerad stad. Aktuell kunskap och forskning pekar på vikten av tidiga universella insatser i barns liv för att de är kostnadseffektiva. Men det är centralt att värna om barns goda uppväxt även av den enkla anledningen att barn är barn. Barnperspektivet genomsyrar både den teoretiska grund som rapporten vilar på och förslagen till möjliga vägar framåt. Åtgärderna som redovisas i del 3 är en sammanställning av olika aktörers förslag till åtgärder. Arbetet tar nu vid att värdera och sätta in förslagen i en göteborgskontext. Vilka är relevanta för stadens arbete, vilka är det inte? Vilken annan kunskap och forskning behöver staden ta tillvara i det fortsatta arbetet?

Utveckla och förmedla kunskap

Det finns flera aspekter av social hållbarhet som inte kunnat belysas i denna rapport och vi ser ett tydligt behov av att fortsätta kunskapsutvecklingen och kunskapsförmedlingen kring dessa frågor. Förutsättningar för ett framgångsrikt och effektivt arbete är att utgå från dagens kunskap och erfarenhet, att lära av varandra och att aktivt vara med och driva på kunskapsutvecklingen.

Under arbetet med rapporten har många frågor väckts om hur staden kan bidra till den nationella och internationella kunskapsutvecklingen. I det sammanhanget är förslaget om att etablera kunskapsallianser viktigt. Kunskapsallianser kan lägga grunden för en stärkt samverkan mellan forskning, stadens verksamheter och befolkningen.

Vår ambition är att kontinuerligt dra nytta av kunskapsutvecklingen om social hållbarhet och folkhälsovetenskap. Men den är också, och kanske framför allt, att stödja stadens verksamheter i genomförandet av de prioriterade målen. Därför kommer i fortsättningen fler utredningar, underlag och faktamaterial att presenteras.

Den typen av material kommer att finnas på vår webbplats www.socialhallbarhet.se.

Utveckla statistik och uppföljning

Det har under arbetets gång också blivit uppenbart att det finns utvecklingsbehov när det gäller statistik, sammanställning av kvalitativa och kvantitativa uppgifter och hur tillgänglig sådan statistik är. Detta trots att staden redan i dag har ett välutvecklat statistikunderlag för olika slags analyser. Det utvecklingsarbete som vi ändå tycker oss se bör utgå från kompetensen som stadens enhet för statistik och samhällsanalys har och som de har förmedlat och förmedlar på olika sätt när Göteborgssamhällets utveckling beskrivs.

Mycket av stadens statistik är framtagen för att beskriva produktionen och inte situationen för befolkningen. Om skillnader i livsvillkor och hälsa ska följas över tid och belysas på olika sätt behöver staden utveckla sin statistik.

Det finns till sist också behov av att utveckla uppföljningsinstrument för att följa Göteborgs insatser och resultat i arbetet för social hållbarhet. Hos flera av de aktörer som också arbetar med området har man redan kommit en bit på väg när det gäller att utveckla olika typer av mål och indikatorer som vi kan dra lärdom av. Detta är viktigt eftersom många av frågorna har lång uppföljningstid och förändringar kanske inte blir synliga i offentlig statistik förrän om flera år. Då är det viktigt att ha en uppföljning som mäter om vi är på rätt väg för att nå målen.⁷⁹

För att öka förutsättningen att nå de prioriterade målen behöver vi alla hela tiden ställa oss den enkla frågan: ökar eller minskar mitt arbete, denna insats eller detta beslut skillnaderna i livschanser och hälsa i Göteborg? Om vi frågar oss detta och agerar efter svaret då är förutsättningarna goda för att skillnaderna kan minska och att Göteborg kan bli mer socialt hållbar.

”Om vi är intresserade av att bryta trenden mot ökande hälsoskillnader är det rimligen så att svaret inte står att finna i någon ännu upptäckt faktor som lätt kan åtgärdas, utan att det är många små förändringar och förbättringar inom en rad olika program och policyområden som krävs. Då krävs modet att fråga inte bara vad vi gör bra, utan också vad vi gör som har liten eller motsatt effekt, vad vi gör för lite av och vad vi kan lära av andra.”

Citat av: Olle Lundberg, CHESS [14].

⁷⁹ Se till exempel *Fair Society, Healthy Lives* [20] och den danska rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* [169]

Vi är redan på väg...

Arbetet att skapa ett mer socialt hållbart Göteborg kan på flera sätt ses som ett redan pågående arbete. Vi ska varken glömma det vi redan gör men inte heller slå oss till ro för vi kan göra det bättre. Arbetet startar inte nu utan är snarare redan igång. Förhoppningen är dock att det kan förstärkas och bli mer effektivt framöver. Förutom arbetet med denna kartläggning, som vi ser som ett verktyg för arbetet som väntar, har även andra processer och grundförutsättningar skapats. Några exempel presenteras här nedanför.

I oktober 2014 anordnades en mobiliseringskonferens där 1200 medarbetare från stadens olika verksamheter samlades. Av dem deltog 400 i en workshop och där utgångspunkten var åtgärdsdelen i denna rapport. Utgångspunkten var: Gör något, gör mer, gör det bättre. Första steget togs på konferensen men arbetet är långt ifrån klart. Utan detta arbete kommer under lång tid att kräva ett processorienterat arbetssätt, som förutsätter att staden arbetar tvärssektoriellt och där delaktighet blir en central faktor för att stärka det framtida arbetet och dess effektivitet.

Som ett led i detta har ledningsgruppen beslutat att stadsdelarna ska utgå från de fokusområden som rör barns uppväxtvillkor och fortsatta utveckling genom skolåren i framtagandet av stadsdelarnas samordnade strategiska planer. Stadens alla sektorschefer identifierade i november 2014 vilka åtgärdsförslag som är särskilt viktiga för stadsdelsövergripande samverkan. För detta hade sektorscheferna det arbetsmaterial som medarbetarna processade fram på ovan nämnda konferens som underlag. Förutom staden stadsdelar är även fackförvaltningarna och bolagen involverade i arbetet med stadens fyra fokusområden och åtgärder.

Det har även arbetats fram en modell för hur idéer, arbetssätt och metoder utvecklas i staden. Denna struktur kallas för Prio forum. Syftet är att skapa ett forum där idéer, förslag och erfarenheter på ett obyråkratiskt sätt kan fångas upp, prövas och kultiveras. Prio forum kommer att utvecklas under första halvåret 2015.

I början av 2015 kommer även strategin för arbetet för social hållbarhet uppdateras. Syftet är att staka ut vägen framåt i arbetet för ett socialt hållbart Göteborg. Vilka steg behöver staden ta för att klyftorna och de skillnader som redovisas i denna rapport ska minska?

Läs mer om hur arbetet utvecklas och vad som kommer att ingå i arbetet med att göra Göteborg jämlikt på www.socialhallbarhet.se/helastaden.

Litteraturförteckning

- [1] Göteborgs Stads Kommunfullmäktige (2014). Reglemente för Göteborgs stadsdelsnämnder. Göteborg: Göteborgs Stads kommunfullmäktige.
- [2] Göteborgs Stads Kommunfullmäktige (2013). Reglemente för Social resursnämnd. Göteborg: Göteborgs Stads Kommunfullmäktige.
- [3] Göteborgs Stad (2014). Förslag till budget 2015 och flerårsplaner 2016–2017 för Göteborgs Stad. Antogs i kommunfullmäktige 27 november 2014. Göteborg: Göteborgs Stad: Socialdemokraterna, Miljöpartiet, Vänsterpartiet och Feministiskt Initiativ. (Antogs i kommunfullmäktige 27 november 2014).
- [4] Svensk författningssamling (1974). Svensk författningssamling 1974:152: Kungörelse om beslutad ny regeringsform. Stockholm: Regeringskansliet, Justitiedepartementet.
- [5] Regeringskansliets rättsdatabaser (2001). Socialtjänstlag (2001:453). Stockholm: Socialdepartementet.
- [6] Regeringskansliets rättsdatabaser (2010). Plan- och bygglag (2010:900). Stockholm: Socialdepartementet.
- [7] Svensk författningssamling (1998:808) (1998). Miljöbalk (1998:808). Stockholm: Regeringskansliet, Miljödepartementet.
- [8] Svensk författningssamling 1982:763 (1982). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- [9] Svensk författningssamling 2010:800 (2010). Skollag (2010:800). Stockholm: Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet.
- [10] Svensk författningssamling (1992:1434) (1992). Höskolelag (1992:1434). Stockholm: Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet.
- [11] Svensk författningssamling (2008:567) (2008). Diskrimineringslag (2008:567). Stockholm: Regeringskansliet, Arbetsmarknadsdepartementet.
- [12] Europeiska unionens officiella tidning C83 (2010). Konsoliderade versioner av fördraget om Europeiska unionen och fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (2010/C 83/01). Bryssel: Europeiska Unionen. Hämtat från www.lissabonfordraget.se/fordraget/stadgan.php, den 24 oktober 2014.
- [13] Sveriges regering (2014). Mänskliga rättigheter - Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. Hämtat från www.manskligarattigheter.se/sv/vem-gor-vad/forenta-nationerna/fn-s-allmanna-forklaring, den 24 oktober 2014.
- [14] Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Gör jämlikt - gör skillnad: samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- [15] CSDH (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- [16] UCL Institute of Health Equity (2010). Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review. London: UCL Institute of Health Equity.
- [17] Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2013). Malmöns väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Malmö Stad.
- [18] Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (2006). Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization.
- [19] Västra Götalandsregionen (2010). Samling för social hållbarhet – handlingsprogram för jämlik hälsa i hela Västra Götaland. Göteborg: Västra Götalandsregionen.
- [20] UCL Institute of Health Equity (2011). Fair Society, Healthy Lives – Marmot-rapporten: Indikatorer för att bedöma resultatförbättringar avseende genomförandet av rekommendationerna i rapporten. Malmö stad och Sveriges kommuner och landsting.
- [21] Östgötakommissionen för folkhälsa (2014). Östgötakommissionen för folkhälsa - underlag till rekommendationerna.
- [22] Rädda barnen (2013). På dagordningen: reportage om lokala insatser mot barnfattigdom. Rädda barnen.
- [23] World Commission on Environment and Development (1987). Our Common Future. Geneva: United Nations.
- [24] SOU (2004). Att lära för hållbarutveckling. Stockholm: Statens offentliga utredningar; SOU 2004:104.
- [25] Olsson, S. (2012). Vad betyder social hållbarhet? Hämtat från S2020: http://goteborg.se/wps/portal/enheter/ovrigaenheter/s2020/ut/p/b/1/hZFjsqJAAETP8g9AU MUguivGZSr8jAl bAhDpT5WgDDKcvukD_OjcZUQUmVoxKZsw8MSJEpQOEmBjNm3zz0-djz9dm9N_PjIknGi5Mmfy4CJZAUb MdAVnzuKxILE3NrYTKKsdrjUt-p6lHEf0epDQOSd576serV25O88nVYjIpfH8x8x46zYACHthKmXD, den 26 oktober 2014.

- [26] The Boston Consulting Group (2013). Nationell strategi för Sverige - Från tillväxt till välstånd. Stockholm.
- [27] Guevara, B. (2014). Segregation: Utbredning, orsaker, effekter och möjliga åtgärder: Ett kunskapsunderlag om segregation inom projektet KAIROS. Göteborg: Mistra Urban Futures Gothenburg, Projektet KAIROS.
- [28] Statens folkhälsoinstitut (2010). Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa - allas ansvar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [29] Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). Den orättvisa hälsan: Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. (M. Rostila, & S. Toivanen, Red.) Stockholm: Liber.
- [30] CSDH (2008). Sammanfattning av slutrapport: Utjäma hälsoskillnaderna inom en generation: Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorena. Solna: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, Översättning av Statens folkhälsoinstitut genom Semantix.
- [31] Centers for Disease Control and Prevention (2013). Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Hämtat från Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov/ace/findings.htm, den 03 februari 2014.
- [32] Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, B. (2010). Social relationship and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), 1-20.
- [33] Mackenbach, J., Meerding, J. & Knust, A. (2007). Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Luxembourg: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. Erasmus MC, Department of Public Health.
- [34] Statens folkhälsoinstitut (2011). Matvanor och livsmedel - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målområde 10). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [35] Sveriges regering (2002). Regeringens proposition; Mål för folkhälsan (2002/03:35). Stockholm: Regeringen.
- [36] Sveriges regering (2008). Regeringens proposition; En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110). Stockholm: Regeringen.
- [37] Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- [38] Marmot, M. & Vågerö, D. (den 09 april 2012). Ett jämlikare samhälle räddar liv. Vetenskap och miljö. (T. Bergstedt, Intervjuare) Vetenskapsradion Forum Special. P1.
- [39] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). Jämlikhetsanden - Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen. (L. Ohlsson, Övers.) Stockholm: Karneval förlag.
- [40] Statens folkhälsoinstitut (2011). Ekonomiska och sociala förutsättningar: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målområde 2). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [41] Statens folkhälsoinstitut (2013). Barn och unga 2013 - utveckling av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [42] Marmot, M. (2004). Statusyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och Kultur.
- [43] Subramanian, S.V. & Kawachi, I. (2004). Income inequality and health. *Epidemiologic Reviews*, 26, 71-91.
- [44] Statens folkhälsoinstitut (2009). Folkhälsa och regional utveckling - en inventering av hur folkhälsa beaktas i utvecklings- och planeringsdokument. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [45] Ostry, J. D., Berg, A. & Tsangarides, C. G. (2014). Redistribution, Inequality, and Growth. International Monetary Fund.
- [46] OECD (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris: OECD Publishing.
- [47] OECD (2008). *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. OECD Publishing.
- [48] World Economic Forum (2014). *Want to end poverty? Tackle inequality first*. (E. Solheim, Red.). Hämtat från <http://forumblog.org/2014/02/want-end-poverty-tackle-inequality-first/>, den 11 september 2014.
- [49] Hermansson, K. & Lundgren, B. (2008). Hälsa och ekonomisk tillväxt. Kunskapsöversikt över sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt synpunkter på hälsa i ett regionalt utvecklingsperspektiv (Rapporttyp 2008:02). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [50] Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsovala, S. & Mortensen, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General.
- [51] Calidoni, F., Christiansson, C. & Henriksson, G. (2011). Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götalandsregionen: En beräkning av vad socioekonomiska skillnader i hälsa kostar samhället. Göteborg: Västra Götalandsregionen.
- [52] Gerdtham, U. G. & Lyttkens, C. H. (2013). Vad kostar ojämlikhet i hälsa? (Och varför vill vi veta det?). *Läkartidningen*, 110(47), 2124.
- [53] Cunha, F., Hecman, J. J., Lochner, L. & Masterov, D.V. (2005). Interpreting the evidence on life cycle skills formation. NBER working paper series. Working paper 11331. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- [54] Haglund, B. J. (1996). Stödande miljöer för hälsa - ett strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet. *Socialmedicinsk tidskrift* (Särtryck: Temanummer om Hälsa och miljö), 1-18.
- [55] WHO (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Hämtat från www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/, den 07 augusti 2014.
- [56] Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion*, 1, 113-27.
- [57] Sörensen, K. (2013). Health literacy: the neglected European public health disparity. Maastricht: Maastricht University.
- [58] The HLS-EU Consortium (2012). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) 2009-2012. Maastricht: The HLS-EU Consortium.
- [59] Personlig kommunikation (2014). Hälsolitteracitet. Personlig kommunikation med Gunnel Hensing professor i socialmedicin, Göteborgs universitet, Institutionen för samhällsmedicin och folkhälsa.
- [60] Mårtensson, L. & Hensing, G. (2012). Experiences of factors contributing to women's ability to make informed decisions during sick leave. *A focus group study*. *Work*, 43(2), 237-248.
- [61] Mårtensson, L. & Hensing, G. (2009). Förmåga att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet. *Social medicin*. Göteborg: Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet.
- [62] Mårtensson, L. & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108(51-52), 2718-20.
- [63] Wängdahl, J. (2014). Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen av asylsökande? Uppsala universitet, Uppsala.
- [64] EU Commission (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels: EU Commission.
- [65] Statens folkhälsoinstitut (2011). Äldres hälsa - kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [66] Sundell, & Foster. (2005). En grund för att växa: Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn. Forsknings- och utvecklingsenheten, Stockholms Stadsledningskontor. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen.
- [67] Social resursförvaltning (2013). Tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbruksproblem - Begrepp och erfarenheter. Göteborg: Göteborgs Stad - Sociala resursförvaltningen.
- [68] Socialstyrelsen (2010). Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen.
- [69] Göteborgs Stad (2013). Budget 2014: För hela Göteborg. Göteborg: Göteborgs Stad.
- [70] Andersson, R., Bråmås, Å. & Hogdal, J. (2009). Fattig och rika - segregerad stad: Flyttningar och segregationens dynamik i Göteborg 1990-2006. Stadskansliet och Sociala resursförvaltning. Göteborg: Göteborgs Stad.
- [71] Nationella sekretariatet för genusforskning (2012). Genusforskningens terminologi: Ordlista. Hämtat från www.genus.se/meromgenus/ordlista/#sidtopp, den 17 september 2014.
- [72] Lager, A. (2009). Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångslan och depression? En kunskapsöversikt. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [73] Toivanen, S., Gisselmann, M. & Lindfors, P. (2012). Kön, genus och hälsa: Socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, Malmö Stad.
- [74] Köhler, M. (2012). Barn i Malmö - skilda livsvillkor ger ojämlig hälsa. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
- [75] Köhler, L. (2013). Barnhälsoindex för Göteborg: Ett system för att följa barns hälsa i Göteborg och dess stadsdelar. Göteborg: Nordic School of Public Health (NHV).
- [76] Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2010). Det sociala ursprungets betydelse för levnadsvanor och hälsa: En introduktion till forskning och presentation av två empiriska studier. Stockholm: Karolinska Institutet. På uppdrag av Stockholms läns landsting.
- [77] Mörk, E., Sjögren, A. & Svaleryd, H. (2014). Helt rik och frisk: Om familjebakgrund och barns hälsa. Stockholm: SNS Förlag.
- [78] Mangrio, E., Hansen, K., Kohler, M. & Rosvall, M. (2011). Maternal education level, parental preventive behavior, risk behavior, social support and medical care consumption in 8-month-old children in Malmö, Sweden. *British Medical Journal in Public Health*, 1(891), 11.
- [79] Vetenskapsrådet (2012). Kunskap om hälsa och lärande: En översikt av ett forskningsfält under utveckling. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- [80] Ramböll (2014). Deltagande i förskola och pedagogisk omsorg i utsatta stadsdelar: Uppdrag för Regeringskansliet, Arbetsmarknadsdepartementet. Stockholm: Ramböll.
- [81] Persson, S. (2012). Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, Malmö Stad.
- [82] Skolverket (2014). Jämförelsetal: Förskolan 2013/14. Hämtat från www.jmfal.artisan.se/default.aspx, den 07 augusti 2014.
- [83] Göteborgs Stad (2013). Förskolerapport: Förskoleverksamhet och fritidshem per den 15 oktober 2013. Göteborg: Göteborgs Stad.
- [84] Skolverket (2012). Likvärdig utbildning i svensk grundskola? En kvalitativ analys av likvärdighet över tid. Rapport 374. Stockholm: Skolverket.
- [85] Malmberg, B., Andersson, E., Bergten, Z. & Östh, J. (2013). Den svenska skolans geografi. Hämtat från www.diva-portal.org/smash/get/diva2:684094/FULLTEXT01.pdf, den 27 oktober 2014.
- [86] Skolinspektionen (2012). En skola med tilltro lyfter alla elever: Skolinspektionens erfarenheter och resultat från tillsyn och kvalitetsgranskning 2011. Stockholm: Skolinspektionen.
- [87] Skolverket (2009). Redovisning av uppdrag om Kunskapsbedömning i särskolan och särsvux. Stockholm: Skolverket.

[88] GR Göteborgs Regionen (2013). GR-gymnasieantagningen vt 2013. (Sammanställare: Göteborgs Stadsledningskontor och enheten för samhällsanalys och statistik) Göteborg.

[89] Statens folkhälsoinstitut (2011). Barns och ungas uppväxtvillkor: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målnråde 3). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[90] Skolverket (2009). Redovisning av ett regeringsuppdrag. Distansundervisning i sameskolan och specialsolan. Stockholm: Skolverket.

[91] Skolverket (2010). Sverige tappar i både kunskaper och likvärdighet. Hämtat från www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/internationella-studier/pisa/sverige-tappar-i-bade-kunskaper-och-likvardighet-1.96011, den 22 september 2014.

[92] Skolverket (2014). SIRIS kvalitet och resultat i skolan. Hämtat från www.siris.skolverket.se, den 17 juni 2014.

[93] Skolverket (2014). Skolverkets Arbetsverktyg för Lokala Sambandsanalyser (SALSA). Hämtat från Skolresultat och skolbeskrivning i Göteborgs kommun vt 2013: <http://salsa.artisan.se/> den 14 juni 2014

[94] Skolverket (2014). Vad gör ungdomar efter gymnasiet - en registerstudie. Stockholm: Skolverket.

[95] Ungdomsstyrelsen (2013). 10 orsaker till avhopp - 379 unga berättar om avhopp från gymnasiet. Stockholm: Ungdomsstyrelsen, Temagruppen Unga i arbetslivet.

[96] Göteborgs Stad (2011). Årssammanställning för skolhälsovården 2011 Göteborg. Göteborg: Göteborgs Stad; Stadsledningskontoret, Skolhälsan.

[97] Regeringskansliet (2014). Konventionen om barns rättigheter - inklusive strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet.

[98] Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen.

[99] Socialstyrelsen (2013). Ekonomisk utsatthet och välfärd bland barn och deras familjer 1968- 2010: Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.

[100] Statens folkhälsoinstitut (2011). Social health inequalities in Swedish children and adolescents – A systematic review. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[101] Seethalakshmi, R., Natarajan, B., & Rajeev, K. (2013) Macroeconomic Environment During Infancy as a Possible Risk Factor for Adolescent Behavioral Problems. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 218-225.

[102] Försäkringskassan: Svar på regeringsuppdrag (2013). Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken. Stockholm: Försäkringskassan.

[103] Rädda Barnen (2013). Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2013. Stockholm: Rädda Barnen.

[104] Barnombudsmannen (2014). En god levnadsstandard. Stockholm: Barnombudsmannen.

[105] SCB (2014). Registerdata. (Sammanställare: Göteborgs stadsledningskontors enhet för samhällsanalys och statistik) Statistiska centralbyrån.

[106] Folkhälsomyndigheten (2014). Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor. (Sammanställare: Hälsa- och sjukvårdsnämndernas kansli vid Västra Götalandsregionen) Östersund: Folkhälsomyndigheten.

[107] SCB (2014). Ökade skillnader i barnfamiljers inkomstandard. Hämtat från www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Okade-skillnader-i-barnfamiljers-inkomstandard/, den 24 juni 2014.

[108] Harju, A. (2008). Barns vardag med knapp ekonomi: En studie om barns erfarenheter och strategier. Vårdvetenskap och socialt arbete. Växjö: Växjö University Press.

[109] Rädda Barnen (2012). Barnfattigdomen i Göteborg - en kartläggning. Göteborg: Rädda Barnens lokalförening i Göteborg - Påverkansgruppen.

[110] Barnombudsmannen (2014). Max 18, statistikdatabas. Hämtat från Statistikdatabas, Max 18: www.barnombudsmannen.se, den 30 maj 2014.

[111] Statens folkhälsoinstitut (2011). Delaktighet och inflytande i samhället: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målnråde 1). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[112] Göteborgs Stad (2013). Skolelevers drogvanor 2013 - specialkörning av datasett: Skolan som arena. Göteborg: Göteborgs Stad i samarbete med Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

[113] Sandinfo (2014). Barn och ungas fritidsvanor 2014. Göteborg: Sandinfo Marketing Research på uppdrag av Göteborgs Stad.

[114] Göteborgs Stad (2014). Elevenkät 2014 - eleverna om grundskolan, åk 8. Göteborg: Göteborgs Stad tillsammans med GR.

[115] Statens folkhälsoinstitut (2011). Narkotika: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målnråde 11). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[116] Socialstyrelsen (2013). Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga: Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.

[117] Västra Götalandsregionen (2013). Tandvårdsenheternas vårddata och epidemiologiska uppgifter: Kariesfria 6-åringar i Göteborg 2006-2012. (Sammanställare Hälsa- och sjukvårdsnämndernas kansli, vid Västra Götalandsregionen) Göteborg: Västra Götalandsregionen.

[118] Faskunger, J. (2008). Samhällsplanering för ett aktivt liv - fysisk aktivitet, byggd miljö och folkhälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[119] Kjellbom, P. & Stenberg, S-Å. (2013). Vräkta barn - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen.

[120] Kronofogden (2013). Statistik om vräkningar: Hämtat från www.kronofogden.se/Avhysningsstatistik.html, den 21 augusti 2014.

[121] WHO (2003). Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization.

[122] Faskunger, J. (2008). Barns miljö för fysisk aktivitet - samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[123] Grahn, P., Mårtensson, F., Lindblad, B., Nilsson, P., & Ekman, A. (1997). Ute på dagis. Alnarp: Movium.

[124] Carlson, S. A., Fulton, J. E., Kohl, H. W. & Diets, W. H. (2006). A longitudinal analysis of recess and academic achievement: Early childhood study. Atlanta: International Congress on Physical Activity and Public Health, 17-20 April. U.S. Department of Health and Human Services; Centre for Disease Control and Prevention.

[125] Taylor, A. F. & Frances, K. (2006). Is contact with nature important for healthy child development? State of the evidence. i *Children and their environments: Learning, using, and designing spaces* (ss. 141-160). Cambridge: Cambridge University Press.

[126] Seeland, K., Dübendorfer, S. & Hansmann, R. (2008). Making friends in Zurich's forests and parks: The role of public green space for social inclusion of youths from different cultures. *Forest Policy and Economics*, 10(1), 10-17.

[127] Makinen, K. & Tyrvaïnen, L. (2008). Teenage experiences of public green spaces in suburban Helsinki. *Urban Forestry and Urban Greening*, 7, 277-89.

[128] Statens folkhälsoinstitut (2010). Aktivt liv i byggda miljöer – manual för kommunal planering. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[129] Faskunger, J. (2007). Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet: En kunskapssammanställning för regeringsuppdraget "Bygga miljö och fysisk aktivitet". Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

[130] Johansson, A.-K., Kollberg, S. & Bergström, K. (2009). Grönområden för fler - En vägledning för bedömning av närhet och attraktivitet för bättre hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[131] Boverket (2012). Samhällsplanering som stimulerar till fysisk aktivitet, slutrapportering av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Boverket.

[132] Göteborgs Stad (2014). Grönstrategi för en tät och grön stad. Park och naturförvaltningen, Park- och naturförvaltningen. Göteborg: Göteborgs Stad.

[133] Statens folkhälsoinstitut (2010). Det är aldrig för sent! Ett utbildningsmaterial om hälsosamt åldrande med fokus på möten, mat och aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[134] Statens folkhälsoinstitut (2010). Kommunalt folkhälsoarbete som kan minska hälsoskillnader: Intervjuer för EU:s DETERMINE-projekt med företrädare för åtta kommuner: Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun och Umeå. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[135] Bergh, A., Nilsson, T. & Waldenström, D. (2012). Blir vi sjuka av inkomstskillnader? En introduktion till sambandet mellan inkomst, ojämlikhet och hälsa. Stockholm: Institutet för näringslivsforskning.

[136] Folkhälsomyndigheten (2014). Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

[137] Sveriges regering (2010). Regeringens proposition 2009/10:100, bilaga 4: Fördelningspolitisk redogörelse. Stockholm: Regeringen.

[138] Hellström, J. (2014). Har inkomstklyftorna i Sverige ökat? Hämtat från <http://maktochpolitik.wordpress.com/tag/inkomstskillnader/>, den 29 september 2014.

[139] SCB (2012). Hushållens ekonomiska standard. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

[140] SCB (2014). Statistisk årsbok 100 år, 1914-2014. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

[141] Rädda Barnen (2011). Valfärd, inte för alla. (T. Salonen, Red.) Stockholm: Rädda Barnen.

[142] OECD (2011). Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. Country note: Sweden. Hämtat från Sweden: www.oecd.org/sweden, den 13 01 2014.

[143] Folkhälsomyndigheten (2014). Sociala relationer. Hämtat från www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/sociala-relationer/, den 08 augusti 2014.

[144] Statens folkhälsoinstitut (2009). Det är aldrig försent! Förbättra äldres hälsa med möte, mat och aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[145] Valmyndigheten (2010). Statistik om kommunval. (Samhällsanalys och statistik Göteborgs stadsledningskontor; Red.) Stockholm.

[146] Halpern, D. (2004). Social Capital. Polity Press.

[147] Carlsson, P. (2007). Socialt kapital och psykisk hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

[148] Sjögren, E. & Kristenson, M. (2002). Social isolering: Effekt på hälsan och sjukdom samt förekomst i förhållande till kön och socioekonomisk grupp. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping, Linköpings universitet.

[149] Trägärgh, L., Wallman Lundåsen, S., Wollebaek, D. & Sedberg, L. (2013). Den svala svenska tilliten - Förutsättningar och utmaningar. Stockholm: SNS - Studieförbundet Näringsliv och Samhälle.

- [150] Statens folkhälsoinstitut (2011). Hälsa i arbetslivet: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målområde 4). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [151] SCB (2013). Integration - en beskrivning av läget i Sverige. Integration: Rapport 6. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- [152] Akademikersförbundet SSR (2014). Året då a-kassan blev lägre än försörjningsstödet - Om hur trygghetssystemet kollapsat och försörjningsstödet tar smällen. Stockholm: Akademikersförbundet SSR.
- [153] Arbetslöshetskassornas samorganisation (2014). 9 av 10 slår i a-kassetaket. Arbetslöshetskassornas samorganisation.
- [154] Göteborgs Stad (2014). Databas för långvarigt försörjningsstöd 2007-2013. Göteborg: Göteborgs Stad, Stadsledningskontoret.
- [155] SCB (2013). Kvinnor medellivslängd minskade 2012. Statistiska centralbyrån. Hämtat från: www.scb.se, den 03 februari 2014.
- [156] Statens folkhälsoinstitut (2011). Alkohol: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målområde 11). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [157] Statens folkhälsoinstitut (2011). Fysisk aktivitet: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målområde 9). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [158] Statens folkhälsoinstitut (2011). Tobak: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 (målområde 11). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [159] Andersson, L. (2008). Geografiska skillnader i psykisk hälsa - samband med socioekonomisk position. Socialmedicinsk tidskrift, 2(2008), 113-120.
- [160] Göteborgs Stad (2014). Statistik Göteborg. (Stadsledningskontoret: Samhällsanalys och statistik, Redaktör) Hämtat från Bostadsbeståndet i Göteborg 2012: www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf den 20 augusti 2014.
- [161] Fastighetskontoret, Göteborgs Stad (2014). Bostadsförsörjning i Göteborg - Nuläge och framtida inriktning. Göteborg: Göteborgs Stad.
- [162] ScandInfo Marketing Research (2012). Stadsmiljöenkäten 2012. Göteborg: ScandInfo Marketing Research.
- [163] Glover, T. D. (2004). Social Capital in the Lived Experiences of Community Gardeners. Leisure Sciences, 26, 143-62.
- [164] Malmö stad (2014). Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö: Inriktning för Malmö stad från 2014. Malmö: Malmö stad.
- [165] WHO (2013). European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. UCL Institute of Health Equity, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [166] Angelin, A. O. (2012). Lokala handlingsstrategier mot barnfattigdom. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
- [167] Skolverket (2011). Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011. Stockholm: Skolverket.
- [168] Göteborgs Stad (2013). Göteborgs Stads Miljöprogram 2013. Göteborg: Göteborgs Stad.
- [169] Kommunförbundet Skåne (2010). Regional folkhälsostrategi för Skåne 2010 - 2013. Kommunförbundet Skåne.
- [170] Statens folkhälsoinstitut (2008). Onödig ohälsa: Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- [171] Broberg, M., Norlin, D., Nowak, H. & Starke, M. (2014). Riktat föräldrastöd: RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning. Göteborg: FoU i Väst Göteborgsregionens kommunalförbund.
- [172] Ungdomsstyrelsen (2012). HON HEN HAN. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- [173] Bunar, N. (2012). Skolan och staden - forskningsperspektiv på integration och skolrelaterade klyftor i den moderna staden. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- [174] Sundhedsstyrelsen (2011). Ulighed i Sundhed - årsager og indsats: København: Sundhedsstyrelsen.
- [175] Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2012). Arkiv för kategori i Skillnader i hälsa. Hämtat från: www.malmokommissionen.se/category/skillnader-i-halsa/, den 10 juni 2014.

Bilaga I: Statistiska kommentarer

Här nedanför följer ett antal kommentarer för att förtydliga olika ställnings-taganden som påverkar statistiken i denna rapport. Ett antal frågeställningar för det framtida arbetet med att följa skillnader i livsvillkor och hälsa lyfts också fram.

Kommentarer kring olika uppgifter, metoder för datainsamling och bortfall i en föränderlig och heterogen befolkning

Denna rapport bygger på kvantitativa uppgifter för att belysa skillnader i livsvillkor och hälsa. För att göra skillnaderna och göteborgarna rättvisa kan dock även kvalitativa uppgifter behöva användas i den framtida analysen. Vid en kombination av båda blir bilden av staden mer nyanserad och dimensioner som inte framkommer i statistiska underlag synliga.

Ett exempel på vikten av att kombinera olika former av metoder för att belysa stadens skillnader är att befolkningen i staden flyttar både inom staden och bort från staden samt att nya grupper tillkommer (läs mer på ss. 194). Att då använda ett statistiskt underlag som inte tar hänsyn till befolkningens omsättningstakt har sina begränsningar. Hur skillnader i en dynamisk befolkning analyseras och följs över tid är en fråga som måste aktualiseras. Ett annat utvecklingsområde är hur man kan spegla livsvillkoren och hälsan bland de befolkningsgrupper som av olika anledningar inte vill besvara enkäter utan kanske mer är vana att förmedla sina synpunkter genom samtal.

Det är även ett välkänt faktum att olika metoder för datainsamling ger olika svarsfrekvenser. Svarsfrekvensen kan också vara särskilt låg inom vissa grupper i befolkningen eller i vissa områden av staden. Exempel på sådana grupper är papperslösa, personer utan svenskt personnummer, personer med funktionsnedsättning eller med brister i det svenska språket, eller som har en misstro till att svara på undersökningar. Att vissa grupper är underrepresenterade eller rent av inte ingår i underlaget påverkar vilka slutsatser som kan dras eller vilka olika typer av analyser som kan göras. I denna rapport har statistiskt material med låg svarsfrekvens, samt sådant material som av olika anledningar inte håller för de analyser som är nödvändiga för att kunna uttala något om skillnader mellan grupper av göteborgare och delar av staden, valts bort. Det är viktigt att staden inleder en diskussion om frågeställningar som rör svarsfrekvens, bortfall och metodval samt vilka konsekvenser det får för analys och slutsatser.

En annan diskussion som är viktig att påbörja är hur staden vill följa skillnader i livsvillkor och hälsa över tid och för olika grupper av göteborgare. Det ställer krav på stadens egna enkäter och uppföljningssystem och vilka statistiska uppgifter som staden beställer från SCB.

Kommentarer kring orsakssamband och cirkulära samband

Inom forskningslitteraturen talas det ofta om orsakssamband, det vill säga en viss förändring eller företeelse måste föregå ett visst utfall. I denna rapport presenteras många samband och kopplingar som klarlagts i forskningslitteraturen – vissa så tydligt att det inte går att blunda för dess betydelse, även om inte det alltid är klart vad som är orsak och vad som är verkan. I andra sammanhang finns orsakssamband tydligt klarlagda. I många fall kan det också handla om cirkulära samband, där alla inblandade faktorer påverkar och stärker varandra. Ett exempel på dubbelriktade samband är att hälsa skapar förutsättningar för att kunna tillgängliggöra sig en högre utbildning, men också att en högre utbildning stärker förutsättningarna till en bättre hälsa. Ett exempel på cirkulära samband är att en god hälsa leder till högre utbildning, högre utbildning leder till bättre förutsättningar på arbetsmarknaden, bättre arbete leder sannolikt till bättre inkomst och bättre ekonomiska förutsättningar leder slutligen tillbaka till förutsättningarna för en god hälsa.

Ett annat cirkulärt samband är att bättre utbildning, miljö, välstånd och livsvillkor tillsammans bidrar till bättre hälsa. Hälsa utgör i sin tur en förutsättning för att öka produktiviteten, delta i arbetslivet fullt ut och att kunna tillgodogöra sig en utbildning. Tillsammans bidrar detta slutligen till tillväxt och utveckling. Det ger i sin tur även förutsättningar för att ytterligare förbättra folkhälsan.

Både svensk och europeisk forskning visar att strategier för folkhälsa, regionala tillväxtprocesser och lokal näringslivsutveckling sannolikt skulle kunna gynna varandra i enlighet med det sistnämnda exemplet på cirkulärt samband [169].

Kommentarer gällande ekonomiska indikatorer

I analysen av de allra flesta indikatorer följer mellanområdena och primärområdena varandra relativt jämt, utan större skillnader. Till exempel skiljer det i valdeltagande 35 procentenheter mellan högsta och lägsta mellanområdet och 40 procentenheter mellan högsta och lägsta primärområdet. Undantaget är dock när det gäller de ekonomiska indikatorerna, eftersom skillnaderna då blir mer framträdande på primärområdesnivå. Därför har också primärområdesnivå valts för dessa indikatorer.

I rapporten beskrivs de ekonomiska förutsättningarna främst genom medelinkomst (se ss. 91), men även medianinkomst kan användas. Medelinkomst används främst för att visa *skillnader i livsvillkor* i befolkningen, medan medianinkomsten mer illustrerar *den ekonomiska vardagen* som flest personer har (eftersom detta mått tar bort effekterna av de som tjänar allra mest och allra minst och jämnar ut inkomstskillnaderna). Eftersom syftet med den här rapporten är att visa på skillnader, har det främsta fokuset lagts vid medelinkomst. Det går även att läsa om medianinkomst på s. 97 och i bilaga 8 (s. 211).

Kommentarer kring valet av förvärvsinkomst istället för disponibel inkomst

Ofta mäts skillnader i befolkningens ekonomiska förhållanden med måttet disponibel inkomst. Ett annat mått som kan användas är sammanräknad förvärvsinkomst. Den disponibla inkomsten samvarierar på gruppnivå relativt starkt med förvärvsinkomst även om måtten mäter de ekonomiska förutsättningarna på lite olika sätt.

Förvärvsinkomsten summerar individens inkomster och har därmed stark koppling till arbetsmarknaden. Om en individ har arbete eller inte, om arbetet är på heltid eller halvtid och om det är ett tjänstemannayrke eller arbetaryrke påverkar rimligtvis förvärvsinkomsten. Den disponibla inkomsten inkluderar även de två fördelningspolitiska instrumenten – skatter och transfereringar. Disponibel inkomst är alltså vad ett hushåll har kvar efter det att skatter dragits av från förvärvsinkomsten och eventuella bistånd tagits. Det betyder att förvärvsinkomsten utgör en del av den disponibla inkomsten.

Den disponibla inkomsten ger därför en bättre bild av hushållens faktiska levnadsstandard. Eftersom förvärvsinkomst och disponibel inkomst beskriver olika delar av verkligheten kan det finnas anledning att låta måtten komplettera varandra. De olika sätten att mäta de ekonomiska förutsättningarna ger också olika utfall i resultat.

Men varför används då inte den disponibla inkomsten i denna rapport när det bättre visar på den faktiska levnadsstandard?

Ett flertal av transfereringarna (t.ex. barnbidrag, bostadsbidrag och försörjningsstöd) som ingår i disponibel inkomst är relaterade till hushållets sammansättning. För att kunna använda måttet disponibel inkomst vid en analys krävs därför även kunskap om hur hushållen ser ut. Den senaste folk- och bostadsräkningen gjordes i Sverige år 1990, vilket betyder att en uppdaterad bild av hushållets sammansättning saknas. I dag registreras nämligen inte om man är i ett samboförhållande i offentliga register, vilket innebär att det krävs giftermål/registerat partnerskap eller gemensamt barn för att två individer ska kopplas ihop i registerstatistiken. Om man använder denna statistik för att uttala sig om hushåll så överskattar man därmed antalet ensamstående, och därmed antalet ensamhushåll. I Göteborg skulle detta innebära en överskattning av antalet ensamhushåll med nästan 90 000. Vid en jämförelse mellan stadens olika områden med olika befolkningsstruktur skulle överskattningen bli olika stor för olika områden och riskera att leda till missvisande resultat. Det är alltså svårt att framställa hushållsstatistik med god kvalitet ur den registerbaserade statistiken. I många tidigare studier som baseras på den statistiken jämförs stora befolkningsgrupper eller större geografiska områden, till exempel hela kommuner. Då uppstår inte samma känsliga läge som när nivåer under stadsdelar ska analyseras, precis som är fallet i den här rapporten. Syftet med denna rapport är ju bland annat att visa på skillnader mellan delar av Göteborg⁸⁰.

Ett vanligt sätt att använda disponibel inkomst i statistiska analyser är att

⁸⁰ Undantaget i rapporten är analyserna av barnfattigdom, eftersom föräldrar som är sambos med gemensamma barn räknas som en familj och därmed uppstår inte problematiken med och osäkerheten kring hushållets sammansättning. Det gör att disponibel inkomst i detta fall kan användas.

använda SCB:s årliga urvalsundersökning *Hushållens ekonomi* (HEK). Men eftersom det är en urvalsundersökning går det inte att bryta ner den på mindre geografiska enheter, till exempel Göteborgs stadsdelar eller mellan-områden.

För att kunna jämföra olika områden med avseende på inkomster är man alltså hänvisad till förvärvsinkomst istället för disponibel inkomst om acceptabel kvalitet i statistiken ska upprätthållas.

Det gäller att vara medveten om vad som mäts och vilken betydelse det får för resultatet. Betydelsen blir större på individnivå och i rapporten jämförs inte de enskilda hushållens hälsosituation utan fokus ligger på befolkningsnivå och områdesnivå. Det betyder att det är områden som jämförs med varandra, inte individer. Frågeställningarna kretsar kring: ”Hur stora är de geografiska skillnaderna inom Göteborg?” eller ”Har områden med en lägre ekonomisk nivå också en sämre hälsa?”. Då spelar det inte lika stor roll att måttet på individnivå inte mäter exakt rätt när det på gruppnivå och geografisk nivå hamnar relativt rätt. Bilden blir nämligen ungefär densamma på områdesnivå oavsett mått – ett område med hög medelinkomst baserat på förvärvsinkomst har också en hög medelinkomst baserat på disponibel inkomst och tvärtom.

När måtten sedan också kopplas till hälsa visar det sig att disponibel inkomst lika gärna kan bytas ut mot förvärvsinkomst i följande påstående: ”i områden med låg disponibel inkomst är hälsan sämre och i områden med hög disponibel inkomst är hälsan bättre”, det vill säga att samma områden ligger i toppen och botten oavsett vilket mått man använder.

Medelinkomsten baserad på förvärvsinkomst mäter alltså dels arbetsmarknadsutfall, dels skillnader i inkomster, men speglar inte nödvändigtvis de ekonomiska förutsättningar som människor lever under. Det är ju möjligt att helt sakna inkomst, men ändå klara sig bra tack vare att man är student och erhåller studiemedel eller är vuxen och erhåller försörjningsstöd. Jämförs olika områden bör den generella bilden rimligtvis inte variera särskilt mycket beroende på mått, men för att kunna bryta ner på områden under kommunnivå och bibehålla god kvalitet har förvärvsinkomst valts i denna rapport.

Eventuellt kan den senaste hushållräkning som har genomförts i Sverige göra det möjligt att på sikt även mäta den disponibla inkomsten på stadsdelsnivå i Göteborg. Det återstår att se.

Bilaga 2: Fördjupning av demografiska aspekter

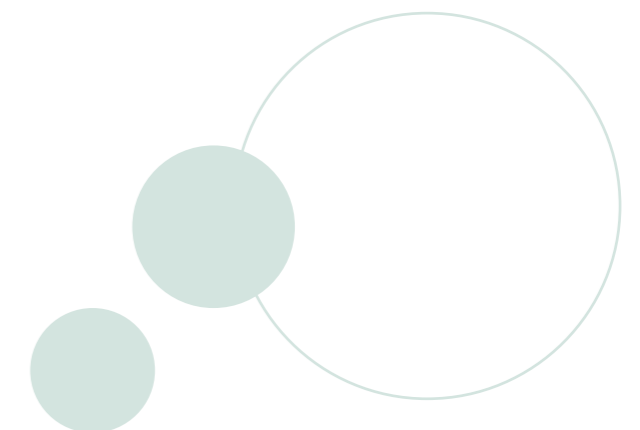
För att hjälpa läsaren att förstå betydelsen av demografi har här några aspekter sammanställts med hjälp av nationella uppgifter.

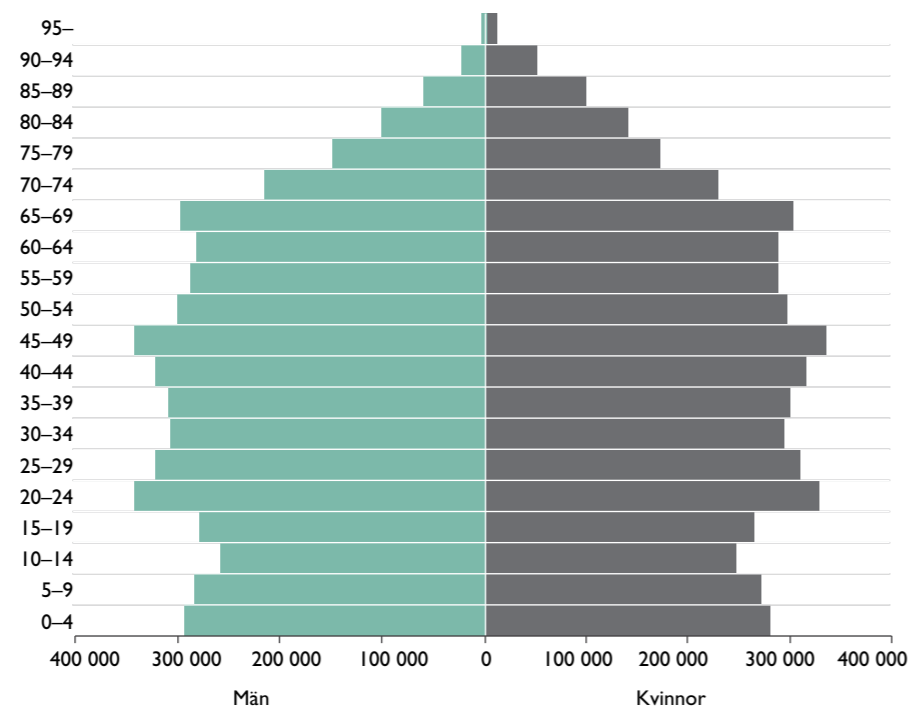
Utbildning

Eftersom utbildning har stark koppling till hälsan är det viktigt att känna till hur befolkningens utbildningsnivå ser ut. Utbildningsnivån i befolkningen har förändrats avsevärt de senaste tjugo åren. Sådana förändringar måste självklart vägas in i analysen. I Sverige hade till exempel 30 procent av alla mödrar till barn i åldern 0–29 år endast grundskoleutbildning 1991 medan motsvarande siffra var 12 procent år 2011. Detta kan betyda att de som i dag är mödrar med endast en grundskoleutbildning kan tänkas vara en mer utsatt grupp än de var för tjugo år sedan [41]. Det kan också betyda att barns förutsättningar till god hälsa och goda uppväxtvillkor har stärkts i och med att mödrarnas utbildningsnivå generellt har höjts.

Ålder

I Statistiska centralbyråns (SCB) nationella befolkningsprognos konstateras att de äldre kommer bli fler till antalet, vilket är ett resultat av att många numera är friska högt upp i åldrarna [65]. Även storleken på olika födelsekohorter, det vill säga barnkullar, påverkar antalet äldre – om många barn föddes för 80 år sedan är det också troligt att andelen äldre i dag är fler än i de kullar där det föddes få barn. Den traditionella befolkningspyramiden ser i Sverige numera ut som en fyrkant (se figur 35) med en stor andel unga vuxna, vuxna och yngre seniorer medan det är något färre antal barn och framför allt få äldre seniorer. Fyrkanten har därmed en pyramid på toppen. Göteborg har betydligt högre andel personer mellan 20–40 år och något lägre andel i övriga åldrar än vad landet som helhet har [160]. Detta påverkar givetvis analysen av ett statistiskt material och vilka slutsatser som kan dras.





Figur 35. Befolkningspyramid för Sverige, den 31 december 2013, uppdelat i femårsgrupper och på män respektive kvinnor [105].

Bakgrund – född i eller utanför Sverige

Förutom att socioekonomi har ett starkt samband med hälsoutfall och olika livsvillkor har även utländsk eller svensk bakgrund en inverkan. Vid analys av ett statistiskt material och utveckling i befolkningen bör därför även var en person är född, i Sverige eller utomlands, uppmärksammas.

Den demografiska sammansättningen påverkas således av hur invandringen ser ut och vilka grupper som flyttar hit. Anledningarna bakom invandring till Sverige skiftar över tid, vilket också påverkat den heterogena invandringsgruppens demografiska sammansättning. De främsta orsakerna till invandring är arbete, studier, för att fly från konflikter och instabilitet i hemlandet eller för att återförenas med familjemedlemmar. Anledningen till flytten till Sverige är olika för olika grupper. För de som invandrar från Asien var främsta anledningen 2011 att förenas med andra familjemedlemmar. För de som invandrat från Afrika var behovet av skydd främsta orsaken och återförenas med familjemedlemmar den näst vanligaste anledningen. Familjeband var den vanligaste anledningen till invandring för personer som invandrat från övriga Europa, medan arbete var den främsta anledningen för personer som invandrade från EU eller från de nordiska grannländerna [151].

År 2011 utgjorde utrikesfödda personer 15 procent av hela den svenska befolkningen. De vanligaste födelseregionerna i Sverige är Asien (30 %), EU (19 %), övriga Europa (16 %) och Afrika (9 %). Många av de utrikesfödda är också födda i övriga Norden (18 %), men andelen har minskat något till följd av gruppens åldrande. Fortfarande är dock Finland det allra vanligaste födelselandet bland Sveriges utrikesfödda. Den största gruppen som invandrade till Sverige 2013 var återinvandrande svenskar. Störst ökning i

invandring har skett från den afrikanska regionen, följt av Asien och EU, och anledningen är flykt från oroligheter i Irak och Afghanistan eller från länder på Afrikas horn [151]. I Göteborg sker den största invandringen från Syrien, Somalia, Iran och Polen.

Även åldersstrukturen ser olika ut för inrikes födda och utrikes födda. Åldersstrukturen har stor betydelse för förutsättningar och behov av arbete, skola och för integrering i samhället. Generellt är det fler yngre bland de utrikes födda än bland de som är födda i Sverige. Samtidigt har Sverige som helhet en åldrande befolkning, något som ofta ses som samhällsekonomiskt mindre gynnsamt, eftersom en låg andel i yrkesverksam ålder måste försörja en växande grupp äldre. Invandringen har därför en förnyande effekt på befolkningen. Vanligast är att de som invandrar är runt 30 år gamla, och yngst åldersstruktur har grupperna som är födda i Afrika eller i Asien. Det är också från dessa regioner som invandringen på senare tid har ökat till följd av oroligheter och krig [151].

Olika grupper bland de utrikes födda har invandrat under olika perioder och därmed varit i landet olika länge. Bosättningstiden i Sverige har stor betydelse för till exempel skolresultat och inkomst. Av personer som invandrat från övriga Norden har nära 80 procent varit bosatta i Sverige i mer än tjugo år. Andra grupper som också bott länge i landet, i mer än 20 år, är de som är födda i Sydamerika (56 %) och i Europa utanför Norden (43 %). För personer födda i Afrika, som är gruppen med störst andel med kortast tid i Sverige, har nästan hälften (44 %) bott i Sverige i mindre än fem år. För de som är födda i Asien har nästan en tredjedel (32 %) varit i landet kortare än fem år eller bott här i 5–9 år (20 %), och grupperna består till största delen av unga personer i yrkesaktiva åldrar [151].

Flyttmönster

Förutom demografiska skillnader utifrån ålder och bakgrund påverkas staden också av vilka som flyttar till och från staden och hur. Befolkningens rörelse inom staden och till och från staden påverkar stadens sammanhållning och hur skillnader mellan grupper utvecklas. Om högt utbildade grupper flyttar till staden i större utsträckning än lågt utbildade påverkar det givetvis hur staden kommer att utvecklas och likaså om fler barnfamiljer flyttar till eller från staden. I Malmö stad har beräkningar gjorts som visar att en halv miljon människor har bott i staden i ett år eller mer under perioden 1990–2008. Endast en fjärdedel av Malmös 300 000 invånare har bott i staden under hela perioden. Det skulle kunna översättas till att halva Malmös befolkning byts ut inom en femårsperiod. De ser därför sin stad som en transitplats, ankomststad, tillfällig studentstad och för vissa en bostadsort för en längre tid och för vissa under ett helt liv [17].

Omsättningstakten och den demografiska dynamiken i Göteborg påverkar givetvis analysen av skillnader i livsvillkor och hälsa, men även om skillnaderna kommer att öka eller minska över tid. De demografiska aspekterna är således viktiga för läsaren att ha i åtanke inför del två av rapporten. Överlag anses de demografiska frågornas koppling till skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg vara ett utvecklingsområde som är viktigt att bemöta för att komplettera denna rapport och öka förståelsen av stadens skillnader.

Läs mer på sid 194

Bilaga 3: Befolkningsutveckling och flyttmönster i Göteborg

Utdrag ur Uppföljningsrapport 2, 2014:

Samhällsutvecklingen är i mångt och mycket synonym med befolkningsutvecklingen. En skillnad som iaktas mellan två områden, eller samma område över tid, måste därför sättas i relation till befolkningsstrukturen och befolkningsförändringen. Beror skillnaden på en förändring hos populationen eller en förändrad population?

Ju mindre områden man tittar på, och ju längre tidsspann, desto större blir befolkningsförändringarnas potentiella inverkan och desto viktigare blir det att väga in det i analysen.

Men även på kommunnivå sker relativt stora förändringar varje år. Under den krusning på ytan som är Göteborgs årliga folkmängdsförändring döljer sig stora bruttotal. Göteborg har vuxit med 6 000-7 000 invånare per år de senaste åren. Ungefär hälften av dessa beror på att det fötts fler än det dött. De övriga 3 000-4 000 beror på att det flyttat in fler än det flyttat ut, och det är här det döljer sig stora bruttosiffror: varje år flyttar det in drygt 30 000 personer till Göteborg och knappt 30 000 flyttar ut. Vilka dessa 60 000 in- och utflyttare är och vilka egenskaper de har påverkar såklart i hög grad stadens utveckling.

Göteborg har, i likhet med övriga universitets- och storstäder, en mycket stor inflyttning av unga vuxna och en relativt stor utflyttning av barn och deras föräldrar. Den stora påfyllningen av unga innebär att befolkningens åldersstruktur inte förändras så mycket från år till år, till skillnad från många andra kommuner där befolkningen i stor utsträckning åldras i takt med att den stora gruppen fyrtioåringar blir äldre. Medelåldern i Göteborg har sjunkit marginellt under 2000-talet till 39 år, medan medelåldern i GR-kollegera Tjörn har ökat med fyra och ett halvt år till 45 år. Detta faktum kan vara viktigt att ha med sig om man jämför utvecklingen för någon indikator som är ålderskänslig. Medelinkomsten är till exempel som högst runt 45 års ålder och då kan man alltså förvänta sig att Tjörn har haft en något bättre utveckling under det senaste decenniet. Hälsan blir å andra sidan sämre med stigande ålder så där borde utvecklingen vara den motsatta. Och så vidare.

Utöver de 60 000 personer som årligen flyttar till eller från Göteborg så sker dessutom ungefär lika många flyttningar inom staden. Totalt berörs alltså Göteborg av ungefär 120 000 flyttningar per år, vilket påverkar befolkningssammansättningen i stadens delområden på olika sätt och i olika omfattning.

Göteborg har en årlig invandring om 7 000-8 000 personer. Det finns ingen typisk invandrare, utan det är en synnerligen heterogen grupp som dessutom är föränderlig till sin sammansättning från år till år. Hur denna sammansättning ser ut påverkar befolkningsstrukturen i Göteborg, men naturligt-

vis i ännu högre grad i de delområden i staden där invandringen får störst genomslag. Stadsdelarna i nordost har en stor inflyttning direkt från utlandet och en stor inflyttning av utlandsfödda från övriga riket. De har också en stor utflyttning till övriga Göteborg. De är alltså en inkörsport till staden för många. De präglas också av en stor omflyttning inom stadsdelarna.

De centrala stadsdelarna har en stor flyttning sinsemellan och en stor utflyttning av barnfamiljer till småhusområden både inom Göteborg och i kranskommunerna. Av de barn som föddes i SDN Centrum år 2000 var det bara en fjärdedel som bodde kvar i stadsdelen vid skolstarten år 2007. En fjärdedel hade flyttat till småhus i en annan stadsdel i Göteborg och ytterligare en fjärdedel till ett småhus i en kranskommun. Av den sista fjärdedelen bodde knappt hälften i småhus i övriga riket och största delen av de övriga i lägenhet i Göteborg. Någon form av riktad insats mot blivande småbarnsföräldrar i SDN Centrum år 2000 skulle alltså till tre fjärdedelar ha burit frukt utanför stadsdelen. För att ytterligare komplicera läget sker det en viss inflyttning av barn även till de centrala stadsdelarna. Inflyttningen är visserligen ganska låg, men av förstaklassarna boende i Centrum år 2007 var en tredjedel födda utanför stadsdelen.

De västra stadsdelarna är tudelade. I småhusområdena är flyttintensiteten relativt låg och präglas av en inflyttning av barnfamiljer och utflyttning av unga vuxna som lämnar föräldrahemmet. I områdena kring Frölunda torg och i Högsbo finns det närmast uteslutande flerbostadshus och här är det istället en stor inflyttning av unga vuxna.

Hisingstadsdelarna har ett stort flyttutbyte med varandra och dessutom samma tudelning som de västra stadsdelarna. I Lundby har det byggts mycket, vilket lett till en stor inflyttning. Många av lägenheterna är av det mer exklusiva slaget i attraktiva lägen utmed älven, vilket inneburit en högre inflyttning av par i övre medelåldern än vad som vanligen är fallet i områden med flerbostadshus. [Detta kan väcka tankar om att Hisingstadsdelarna är segregerade från övriga staden och att det av olika anledningar kan vara svårt att flytta över älven.]

Den befintliga bostadsstrukturen i ett område är alltså en viktig förklaringsfaktor till flyttmönstren till och från områden. Vilken typ av bostäder och när bostäderna byggts säger en hel del om vilka grupper som bor i området, samt vilka grupper som söker sig dit. Flyttintensiteten i ett område beror i stor utsträckning på andelen lägenheter i flerbostadshus och på områdets geografiska läge inom Göteborg.

Stor nybyggnation ändrar ofta ett områdes karaktär, och ett sådant exempel är Skogome. År 2000 var medelinkomsten på ungefär samma nivå i de fyra primärområdena i Backa (Skogome, Skälltorp, Brunnsbo och Backa). Under 2000-talet byggdes det betydligt mer i Skogome än i de övriga tre områdena, främst småhus men även en del bostadsrätter i flerbostadshus. Under perioden ökade medelinkomsten i Skogome med 30 procent medan ökningen i de tre övriga områdena var 5-10 procent. En skillnad som alltså sannolikt beror på att en ny, ekonomiskt mer välsituerad, befolkning tillkommit i detta område snarare än att den befintliga befolkningen höjt sina inkomster i denna omfattning.

Ett områdes bostadsstruktur kan förändras även utan byggande. Omvandling av lägenheter från hyresrätt till bostadsrätt leder ofta till att befolkningsstrukturen förändras i ett område. Området kring Nordostpassagen och Masthuggstorget har genomgått en kraftig omvandlingsprocess under 2000-talet – i början av perioden utgjorde bostadsrätter 10 procent av lägenheterna, tio år senare var andelen 80 procent. Under samma period ökade medelinkomsten betydligt snabbare än i Göteborg och jämförbara områden som inte omvandlades. Det berodde sannolikt på att delar av populationen byttes ut mot en ny resursstarkare grupp.

Även utan byggande och omvandling kan ett områdes och dess befolkningskaraktär förändras, bland annat genom utglesning och förtätning. Utglesning innebär att befolkningen minskar i området trots oförändrat antal bostäder och förtätning att befolkningen ökar. Vissa områden har en naturlig utglesning av befolkningen, till exempel småhusområden som är byggda för tjugo till trettio år sedan där föräldrar till vuxna barn bor kvar samtidigt som barnen lämnar området för eget boende. Här blir det inget ledigt boende trots en stor utflyttning av unga vuxna. I nästa skede kan ett generationsskifte uppstå, där de äldre paren lämnar husen för en ny generation unga föräldrar och området får då en förtätning och föryngring. Linnarhult i Angered är ett område som står inför ett sådant generationsskifte. Även flera av våra kranskommuner står inför ett sådant skifte, vilket kommer att innebära ett ökat utbud av småhus och sannolikt en ökad utflyttning av barnfamiljer från Göteborg.

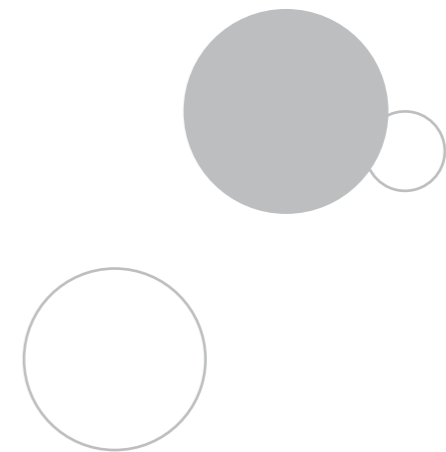
Även områden med många flerbostadshus som är uppförda under en kortare tidsperiod kan genomgå generationsskiften. Här innebär ofta skiftet att ensamstående äldre lämnar lägenheter som övertas av unga sambopar, ofta med direkt följd att antalet födda barn ökar snabbt. Högsbotorp är ett område som genomgått en sådan generationsväxling. Under 2000-talet har antalet pensionärer halverats och antalet unga vuxna fördubblats i området. Utbildningsnivå är ett exempel på en indikator som sannolikt höjs ganska snabbt i ett område som genomgår en generationsväxling, vilket alltså inte beror på att den befintliga befolkningen vidareutbildat sig utan att äldre personer ersatts av yngre, bland vilka hög utbildning är vanligare. Andelen med eftergymnasial utbildningsnivå har ökat med 23 procentenheter i Högsbotorp sedan år 2000. I Järnbrott, som ligger i närheten och hade exakt samma utbildningsnivå år 2000, har ökningen varit 10 procentenheter.

Inom de delar av staden där kommunens flyktingmottagning och anhöriginvandring är som störst sker ofta förtätningar utan att det byggts nya bostäder eller att området genomgått ett generationsskifte. Exempel på områden som förtätats på detta sätt är Bergsjön, Hjällbo och Hammarkullen.

[Författad av Fredrik Karlsson, enheten för samhällsanalys och statistik, Göteborgs Stad, 2014]

Ovan beskrivs befolkningsutvecklingen och flyttmönster i Göteborg. När det gäller förhållandet mellan befolkningsutvecklingen, flyttmönster och stadens skillnader i livsvillkor och hälsa, kan följande frågor vara intressanta att undersöka vidare:

- ▶ I vilken utsträckning beror stadens skillnader i livsvillkor och hälsa på flyttmönster kontra andra faktorer?
- ▶ Vi bör också reflektera kring betydelsen av omsättningstakten och dess effekter – hur kommer det sig att Göteborgs olika stadsdelar, mellanområden och primärområden inte har en mer heterogen befolkning än vad som är fallet i dag om nu omsättningstakten är hög i staden? Befäster stadens befintliga flyttmönster enbart stadens socioekonomiska segregation? Är det så att vi främst tenderar att flytta oss inom vårt närområde eller att vi företrädesvis flyttar inom eller mellan områden med samma socioekonomiska status? Är det möjligt att förändra flyttmönster som motverkar den socioekonomiska segregationen?
- ▶ I dag är det främst stadsdelarna i nordost som utgör inkörsportar för de som kommer nya till staden. Hur fungerar dessa stadsdelar som inkörsportar i staden? Vad skulle det innebära för stadens och invånarnas utveckling om hela staden var en inkörsport snarare än enbart vissa delar? Kan hela staden vara en inkörsport och vore det möjligen ett steg på väg mot en socialt hållbar stad?



Bilaga 4: Geografiska områden

I samband med stadsdelsreformen 2011 övergick Göteborgs Stad från 21 till 10 stadsdelar. Sammansättningen av dessa nya geografiska områden medförde att skillnader mellan olika delar av staden, till exempel hälsoskillnader, blev mindre tydliga vid en jämförelse av stadsdelar. Samtidigt uppmäts nu större skillnader inom de olika stadsdelarna (se figur 36). Det beror på att områden med hög socioekonomisk status slogs samman med områden med låg socioekonomisk status. Det betyder att skillnaderna numera delas av alla stadsdelar istället för att som tidigare bara gälla vissa av de gamla.

Stadsdelsreformen har medfört att medelvärden som uppmäts på stadsdelsnivå döljer de skillnader som Göteborg har att brottas med, eftersom spridningen inom stadsdelarna har ökat. Ett exempel är att det finns flera stadsdelar där inget av de ingående primärområdena har en medelinkomst som ligger i närheten av stadsdelens medelvärde. Vi får då en medelinkomst på stadsdelsnivå som väldigt få invånare har. Detta påverkar hur vi kan hantera statistiken i Göteborg och vilken nivå vi behöver titta på för att få en bild av hur skillnaderna ter sig över staden. Samtidigt måste kvaliteten i den statistiska analysen värnas för att det ska gå att dra några slutsatser. Det betyder att vi inte kan bryta ner viss typ av statistik i alltför små områden eller alltför små populationer.

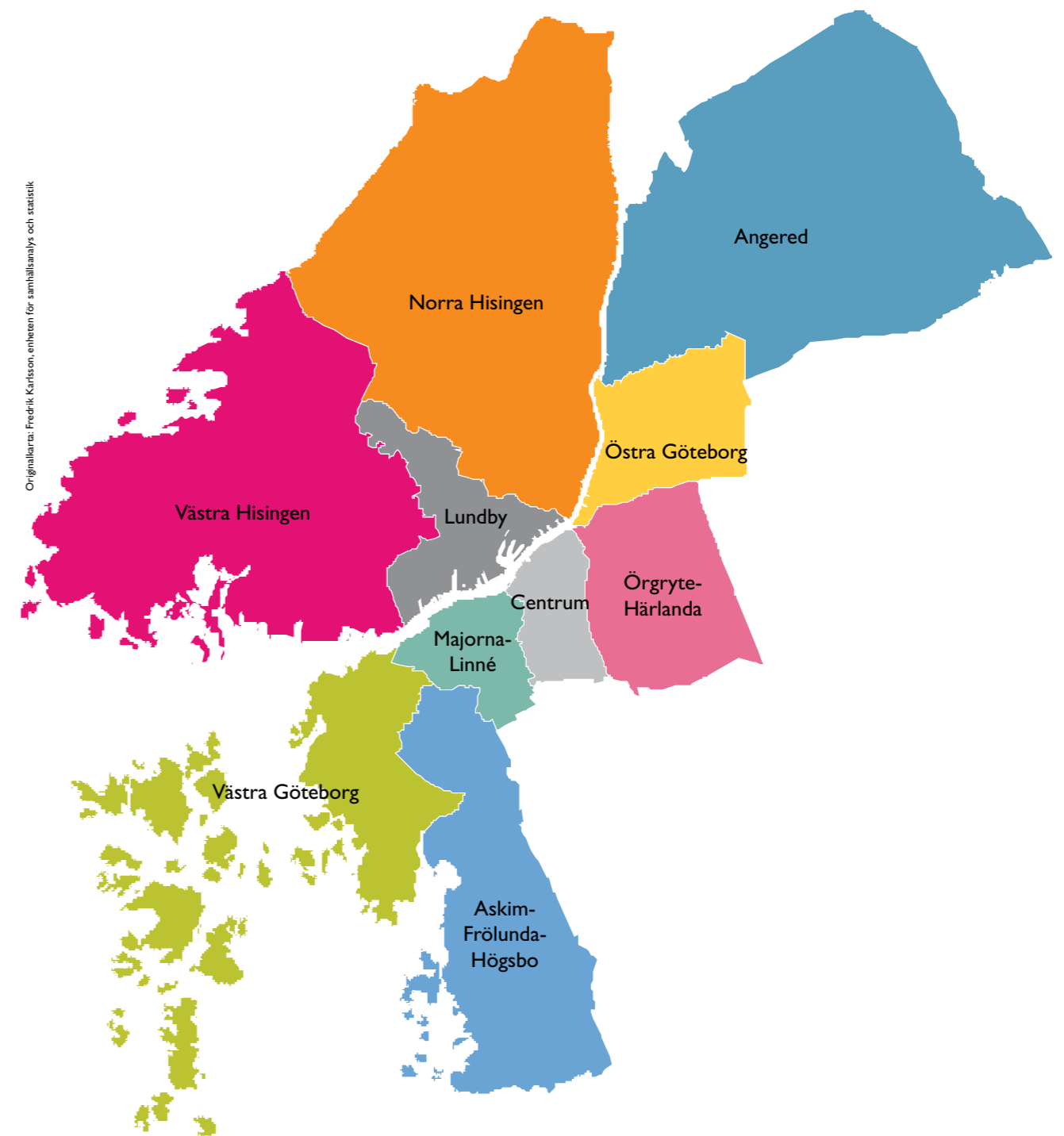
För att kunna belysa skillnader i hälsa och samtidigt behålla god kvalitet på den statistiska analysen togs det fram en ny geografisk indelning av Göteborg år 2013. Indelningen utgörs av 30 områden som befinner sig mellan stadsdelsnivå och primärområdesnivå, och som därför kallas för mellanområden (se figur 1, s. 12). Indelningen av mellanområden (se figur 37) har främst skett utifrån socioekonomisk status. Det betyder att de primärområden (se figur 38) som har likvärdig socioekonomi, som tillsammans har en befolkning på minst 10 000 invånare (som riktvärde) och ligger samlade geografiskt utgör de nya mellanområdena. Valet att bilda mellanområden utifrån socioekonomiska faktorer grundas i att hälsa är starkt förknippat med bland annat utbildningsnivå, inkomstnivå och arbete, och vice versa.

Självklart finns det även skillnader inom dessa mellanområden som är viktiga att ta hänsyn till i kompletterande analyser. Ur ett hälsodataperspektiv kan dock inte en lägre nivå användas om statistiskt tillförlitliga skillnader mellan grupper ska belysas. Risken skulle då bli stor att det snarare är slumpen som avgör ett visst utfall än att det kan ses som statistiskt säkert.

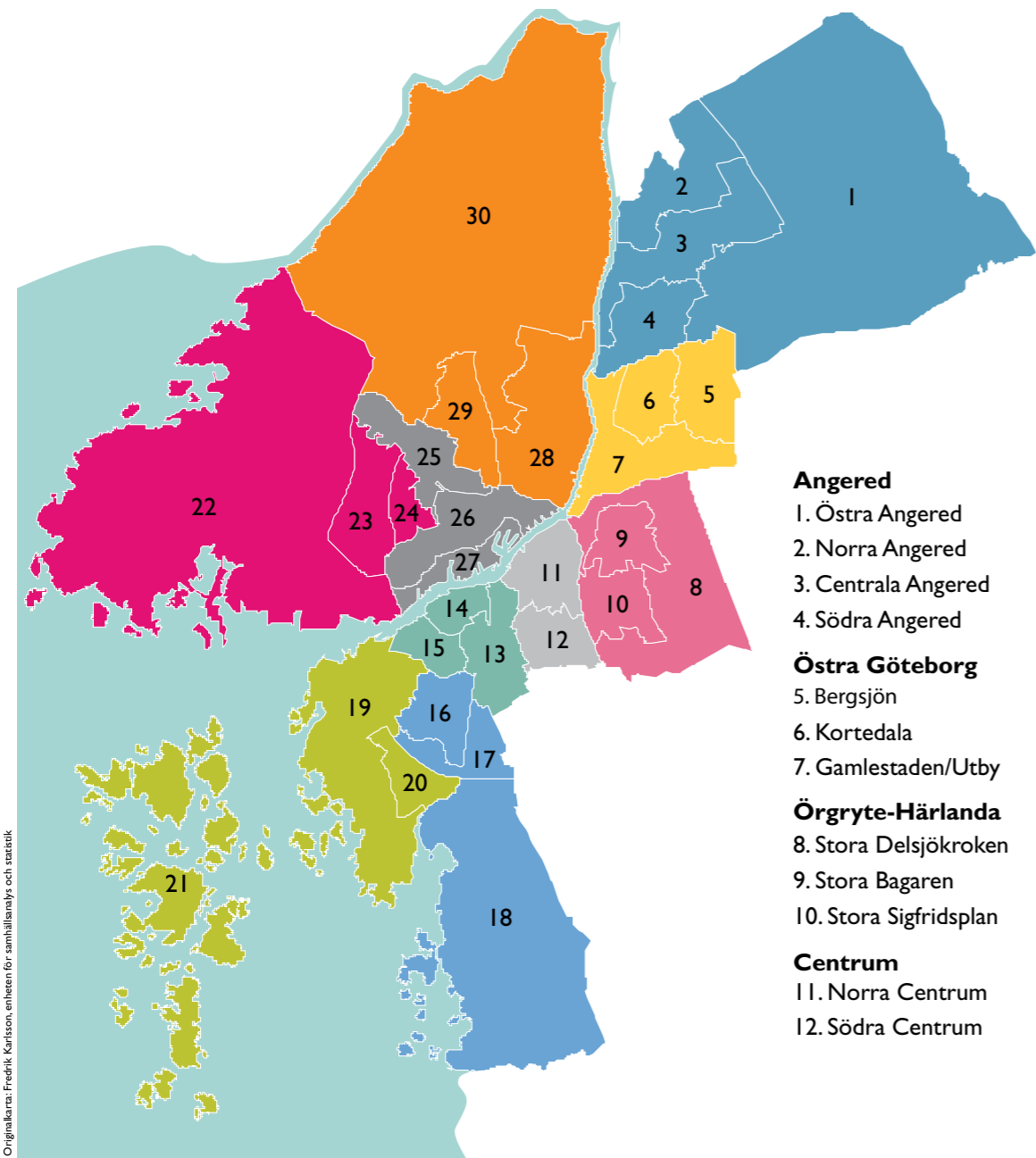
En nackdel är att hälsoskillnaderna inte blir lika synliga på mellanområdesnivå, på grund av de stora områdesindelningarna, utan hade illustrerats bättre på till exempel primärområdesnivå. Dock ska vi här komma ihåg att skillnaderna i många fall inte är så stora mellan mellanområden och primärområden. Inga anmärkningsvärda avvikelser finns mellan mellanområden och primärområden i den statistik som presenteras i denna rapport. Undantaget är dock medelinkomst. Därför analyseras uppgifter om ekonomiska förutsättningar på primärområdesnivå.

Införandet av den statistiska analysnivån som mellanområdena utgör ska ses som en komplettering av den tidigare geografiska indelningen. De ersätter

inte på något sätt primärområden eller basområden. Syftet är helt enkelt att få en geografisk nivå som både kan visa på skillnader inom stadsdelarna och den segregerade bild som råder i staden utifrån hälsa, och samtidigt behålla en god kvalitet i analyser och resultat.



Figur 36. Karta över Göteborgs Stads stadsdelar.



- Angered**
 1. Östra Angered
 2. Norra Angered
 3. Centrala Angered
 4. Södra Angered
- Östra Göteborg**
 5. Bergsjön
 6. Kortedala
 7. Gamlestaden/Utby
- Örgryte-Härlanda**
 8. Stora Delsjökroken
 9. Stora Bagaren
 10. Stora Sigfridsplan
- Centrum**
 11. Norra Centrum
 12. Södra Centrum

- Majorna-Linné**
 13. Linnéplatsen
 14. Stigbergstorget
 15. Mariaplan

- Västra Göteborg**
 19. Södra Västkusten
 20. Centrala Tynnered
 21. Södra Skärgården

- Lundby**
 25. Kärrdalen/Slättadamm
 26. Centrala Lundby
 27. Norra Älvstranden

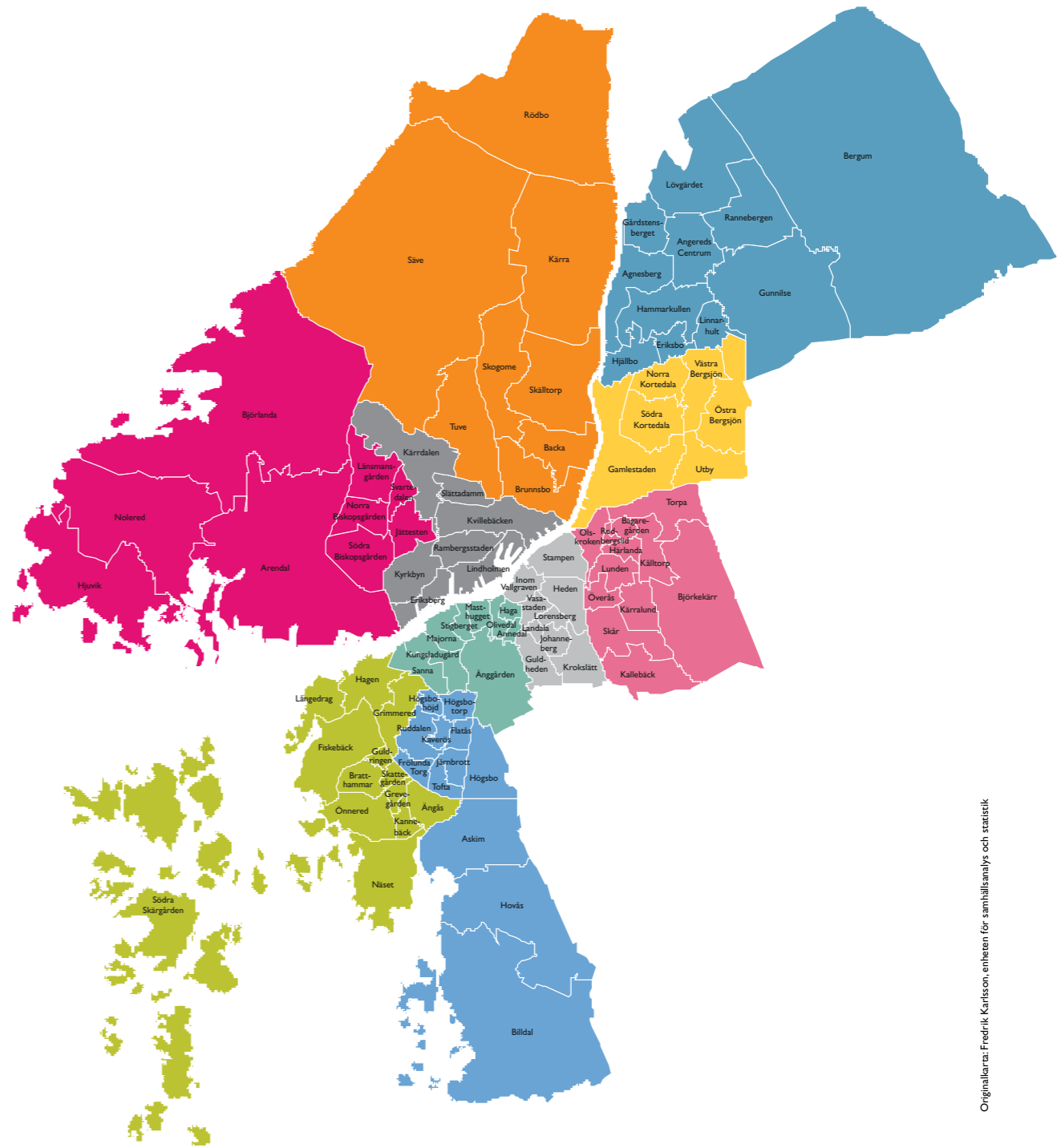
- Askim-Frölunda-Högsbo**
 16. Nya Högsbo
 17. Nya Frölunda
 18. Stora Askim

- Västra Hisingen**
 22. Torslanda
 23. Västra Biskopsgården
 24. Östra Biskopsgården

- Norra Hisingen**
 28. Litteraturstråket
 29. Tuve
 30. Övre Hisingen

Figur 37. Karta över Göteborgs Stads mellanområden.

Det var utvecklingsledare i folkhälsa och deras arbetsgrupp – Hälsodata-gruppen – som tog initiativet till de nya mellanområdena. Arbetet har skett i samarbete med stadsledningskontorets enhet för samhällsanalys och statistik samt Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli.



Figur 38. Karta över Göteborgs Stads primärområden.

Bilaga 5: Hälsan bland några utsatta grupper

Här följer en kort reflektion över livsvillkor och hälsa bland några av de mer utsatta grupperna. Att en mer nyanserad analys inte lämnas i denna rapport beror delvis på att det saknas systematiskt sammanställda kvantitativa och kvalitativa underlag som är analyserbara på grupp- och befolkningsnivå. Det beror också på att det material som finns tillgängligt inte alltid säger något om skillnader i hälsa och livsvillkor. Tillgång till statistik som möjliggör en djupare analys kan betraktas som ett utvecklingsområde, såväl nationellt som för Göteborgs Stad.

Funktionsnedsättning

Det finns stora klyftor mellan dem med en eller flera funktionsnedsättningar och den övriga befolkningen vad gäller utbildningsnivå, andel som yrkesarbetar och den privatekonomiska situationen. Samtidigt finns också en stor del av den samlade ohälsan i samhället bland de människor som har en eller flera funktionsnedsättningar [170].

Den självupplevda ohälsan är nästan tio gånger vanligare bland vuxna med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen, och nedsatt psykisk hälsa är dubbelt så vanligt [170]. Även bland barn med funktionsnedsättning är den psykiska hälsan avsevärt mycket sämre än bland övriga barn [171].

Den högre graden av ohälsa bland personer med funktionsnedsättning ska ses som onödig, eftersom den går att förebygga. Ohälsan kan minskas med en tredjedel med ett inkluderande, hälsofrämjande och förebyggande arbete som förbättrar de ekonomiska förutsättningarna, ökar det sociala deltagandet, minskar andelen kraftigt överviktiga, ökar den fysiska aktiviteten och minskar andelen som utsätts för ett dåligt bemötande [170]. Även hälsan hos föräldrar med funktionsnedsatta barn är betydligt sämre jämfört med andra föräldrar. Särskilt dålig hälsa visade mödrarna till barn med funktionsnedsättning [171].

Hälsoskillnader mellan inrikes och utrikes födda

Förutom att det skiljer i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper finns det också skillnader i hälsoproblem mellan olika grupper i befolkningen också utifrån födelseland och etnicitet [28]. Det beror till en del på att man tar med sig sitt ursprungslands hälsovanor, attityder och normer, samt kunskapsnivå om vad som påverkar och inverkar på hälsan, till Sverige. Men skillnaderna i hälsa påverkas kanske än mer av de olika förutsättningarna (socialt och ekonomiskt) som människor lever under i Sverige [29].

Eftersom gruppen med utrikesfödda är heterogen finns det även stora skillnader inom gruppen. Vissa har sämre hälsa och högre dödlighet än inrikes födda medan andra har en betydligt bättre hälsa än vad inrikes födda personer har [29]. Trots dessa olikheter inom gruppen utrikes födda finns

det även generella skillnader både i den fysiska och psykiska hälsan mellan utrikes födda och personer födda i Sverige. Skillnaderna kopplade till den psykiska hälsan och för självskattade hälsobesvär är mycket stora. Även bland de svenska minoriteterna finns det skillnader i hälsa, eftersom minoritetsbefolkningen⁸¹ ofta har sämre hälsa än majoritetsbefolkningen [29, 28].

Vid en generalisering av utrikes födda som grupp finns tydliga skillnader jämfört med inrikes födda personer när det gäller utbildning, inkomst och social position i samhället. Dessa faktorer förklarar, enligt många forskare, skillnaderna mellan utrikes födda och inrikes födda snarare än etniciteten eller invandringen i sig. Andra forskargrupper menar att hälsoskillnaderna inte enbart kan förklaras av en lägre socioekonomisk position utan är mer komplexa än så. Förenklat uttryckt kan förklaringen till skillnader i ohälsa mellan utrikes födda och inrikes födda sammanfattas i fyra punkter [29]:

- Faktorer som kan kopplas till det samhälle som invandraren lämnar.
- Faktorer som har att göra med orsaken till invandringen.
- Faktorer som har att göra med invandrarens position i det mottagande samhället.
- Strukturella faktorer som innebär en ansamling av olika riskfaktorer i det mottagande samhället.

HBTQ

Det är mycket svårt att få fram lokal statistik av god kvalitet som beskriver hälsan och livsvillkoren för homosexuella, bisexuella och transpersoner (HBTQ-identitet). Från nationell nivå visar dock statistiken att hälsan bland HBTQ-personer generellt är sämre än i den övriga befolkningen – det gäller särskilt den psykiska hälsan.

Ofta upplever personer med HBTQ-identitet en hög stress och nedsatt psykiskt välbefinnande som kan kopplas till känslan av att vara normbrytare. Detta kan ses påverka hälsan negativt.

HBTQ-personer är även mer utsatta för våld och inte minst är våld från närstående vanligt. Enligt en nationell utredning uppger var femte ung homo- och bisexuell person att de har blivit utsatta för fysiskt våld av förälder, partner eller annan närstående. En fjärdedel av kvinnorna har försökt ta sitt liv och 65 procent av kvinnorna och 48 procent av männen har blivit bemötta på ett kränkande sätt [172].

81 Sveriges officiella minoriteter är samer, romer, judar, tornedalingar och sverigefinnar.

Bilaga 6: Arbetets organisering

I samband med att kommunfullmäktige antog 2013 års budgetmål fick Social resursnämnd uppdraget att vara processägare för stadens arbete med två mål som har särskild inriktning mot social hållbarhet och att minska skillnader i livsvillkor och hälsa. För processägarskapets arbete finns en politisk styrgrupp bestående av de tio stadsdelarnas politiska presidier. Dessutom har staden skapat en ledningsgrupp bestående av samtliga stadsdelsdirektörer och direktören för Social resursförvaltning. Ett resultat av denna breda uppslutning är ett tydligt fokus i staden på frågan om social hållbarhet. Inom Social resursförvaltning finns också en intern organisation med en arbetsgrupp för processägarskapet.

Under 2013 fanns även en referensgrupp på sektorschefsnivå kopplad till processägarskapet. I samband med att ledningsgruppen under 2013 förändrades och utökades med samtliga stadsdelsdirektörer bestämdes dock att referensgruppen skulle upphöra från december 2013.

Till arbetet med rapporterna kopplades stadens nätverk för de tio stadsdelarnas utvecklingsledare i folkhälsa. Fyra av dem kom att ingå i den arbetsgrupp som utgjorde bollplank när delrapporten (uppdrag ett) togs fram. I arbetet med huvudrapporten (uppdrag två) ingick alla tio utvecklingsledare. För arbetet med huvudrapporten skapades även en referensgrupp bestående av forskare och praktiker från olika områden, kunskapsfält och professioner. Allt för att få så bred sammansättning som möjligt, eftersom arbetet kring att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är tvärsektoriskt. Referensgruppen består till övervägande del av forskare, eftersom det ses som viktigt att få synpunkter från den akademiska sidan (läs mer på s. 7).

Även andra processägarskap i staden, som har koppling till de frågor som belyses i denna rapport, har erbjudits möjlighet att lämna synpunkter på rapporten och bidra med material. Samma erbjudande har ställts till stadens olika utvecklingsledare för mänskliga rättigheter, stadsplanering och kvalitet och till stadens verksamhetsplanerare inom individ- och familjeomsorg, utbildning samt kultur och fritid. Stadsledningskontoret, utbildningsförvaltningen, park- och naturförvaltningen, idrotts- och föreningsförvaltningen, lokalförvaltningen, stadsbyggnadskontoret samt centrum för skolutveckling har tillfrågats om de vill bidra med underlag till rapporten.

Bilaga 7: Hur förslagen togs fram

Till rapportens syfte hör att presentera en sammanställning av åtgärdsförslag från internationella och nationella kommissioner och offentliga aktörer. Resultatet är totalt 30 förslag samt ett större antal exempel på hur de kan genomföras. I denna bilaga beskrivs det underlagsmaterial som användes då förslagen sammanställdes samt hur denna arbetsprocess såg ut.

Beskrivning av underlagsmaterialet: uppdrag, arbetsprocess och resultat

Sammanställningen av förslag för att minska skillnader i hälsa och stärka den sociala hållbara utvecklingen har huvudsakligen utgått ifrån rapporter från Sveriges kommuner och landsting, Västra Götalandsregionen, Malmö-kommissionen och utkastet från Östgötakommissionen. Även rapporten från den engelska kommissionen har ingått i underlagsmaterialet. I mindre grad har även en rapport från Rädda barnen bidragit med goda exempel på kommunala arbetsmetoder när det gäller vräkningsförebyggande arbete.

Här följer en beskrivning av de arbeten som utgjort underlaget vid sammanställningen.

Fair Society – Healthy Lives

År 2008 tillsattes en engelsk kommission med uppdrag att sammanställa kunskap, förslag och indikatorer som kan användas för att minska skillnader i hälsa i England [16]. Arbetet leddes av Sir Michael Marmot och byggde vidare på de lärdomar och rekommendationer som förmedlades i WHO-rapporten *Closing the Gap in a Generation* [15]. Inom ramen för uppdraget arbetade experter inom en rad vetenskapliga fält med att belysa hur skillnader i hälsa ter sig på olika områden som till exempel utbildning, arbete och hållbar utveckling.

Kommissionens slutrapport *Fair Society – Healthy Lives* [16] från år 2010 innehåller ett fyrtiotal policyrekommendationer med tillhörande indikatorer för uppföljning. Rekommendationerna berör till exempel områden såsom uppväxtvillkor, arbetsförhållanden, hållbara miljöer och förebyggande folkhälsoarbete.

SKL och Malmö stad har översatt kommissionens rekommendationer och indikatorer till svenska och publicerat dessa som ett särtryck med rubriken *Fair Society, Healthy Lives – Marmot-rapporten: Indikatorer för att bedöma resultatförbättringar avseende genomförandet av rekommendationerna i rapporten* [20]. Detta dokument har ingått i kunskapsunderlaget vid sammanställningen av de förslag som presenteras i den föreliggande rapporten.

Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa

Rapporten *Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa* [14] togs fram på initiativ av SKL och i samarbete med politiker, tjänstemän och sakkunniga från 20 kommuner, landsting och regioner. WHO:s rapport *Closing the gap in a Generation* [15] utgjorde en viktig inspirationskälla under arbetsprocessen.

Under 2011–2012 genomfördes ett antal workshoppar där deltagarna arbetade fram ett underlag för rapportens rekommendationer och förslag till åtgärder med utgångspunkt i tre teman: trygga uppväxtvillkor, utbildning och sysselsättning samt hållbar livsmiljö. Deltagarna representerade medverkande kommuner, landsting och regioner. Vid dessa tillfällen deltog även föreläsare från ett flertal lärosäten samt representanter för dåvarande Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och Institutet för framtidsstudier.

Slutrapporten sammanställdes av en arbetsgrupp som bildades i samband med de två sista träffarna. I rapporten lämnas fem rekommendationer och 23 förslag till åtgärder inom områden som till exempel utbildning, försörjning och hälsofrämjande miljöer. Utöver det material som togs fram med hjälp av workshoppar består rapportens underlag av statistik och rapporter från Socialstyrelsen och dåvarande Statens folkhälsoinstitut samt folkhälsovetenskaplig forskning. Rapporten antogs av SKL i februari 2013.

Malmö väg mot en hållbar framtid – Hälsa, välfärd och rättvisa

Kommission för ett socialt hållbart Malmö, eller Malmökommissionen, tillsattes av Malmö stad år 2010, med uppdrag att fördjupa analysen om orsakerna till växande skillnader i hälsa i Malmös befolkning, samt att arbeta fram vetenskapligt underbyggda strategier för att minska ojämlikheter i hälsa [17].

Malmökommissionen samlade forskare och praktiker inom en rad olika fält som till exempel pedagogik, socialt arbete, sociologi, socialmedicin och barnhälsovård. I kommissionen deltog även verksamhetschefer eller direktörer inom Malmö stad och Malmö högskola [17]. Arbetet leddes av ordföranden Sven-Olof Isacson och huvudsekreterare Anna Balkfors.

Kommissionens arbete präglades av fem perspektiv: Marmots etiska imperativ⁸², ett hållbarhetsperspektiv, ett sociologiskt samhällsperspektiv, ett genusperspektiv och ett socialt investeringsperspektiv [17]. Arbetet bedrevs i dialog med Malmös folkhälsoråd och inkluderade ett trettiotal seminarier och workshoppar för allmänhet, politiker och utvalda deltagare. Syftet med dessa träffar var både att inhämta kunskap från deltagarna och att sprida kunskap och resultat av kommissionens arbete. Kommissionärerna har även konsulterat andra forskare, seniora rådgivare och aktörer med sakkunskap [17, s. 155].

82 Marmots etiska imperativ innebär att ojämlik hälsa är den form av ojämlikhet som är svårast att acceptera, bland annat därför att hälsa är en förutsättning för individens möjligheter att utvecklas genom utbildning, förvärvsarbete och sociala relationer

Malmökommissionens arbete har resulterat i ett trettiotal underlagsrapporter och huvudrapporten *Malmö väg mot en hållbar framtid – hälsa, välfärd och rättvisa* [17] som presenterades i mars 2013. Huvudrapporten redogör för forskningsläget, beskriver situationen i Malmö och lämnar två övergripande rekommendationer samt ett sjuttiofem förslag till åtgärder [17].

Efter det att kommissionen lagt fram sin huvudrapport har Malmö stad genomfört en process där 70 instanser lämnat remissvar på huvudrapporten. Därefter utformade Stadskontoret ett förslag till kommunstyrelsen angående stadens fortsatta arbete med frågan. I mars 2014 antog kommunstyrelsen i Malmö ett tjänsteutlåtande med prioriteringar för det fortsatta arbetet, med utgångspunkt i kommissionens förslag [164].

Samling för social hållbarhet – Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland

Handlingsplanen Samling för social hållbarhet – Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland [19] är ett led i Västra Götalandsregionens arbete för minskade skillnader i hälsa. Syftet med handlingsplanen är att utifrån befintlig kunskap och förhållanden i regionen precisera vilka beslut, åtgärder och insatser som har bäst förutsättningar att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper [19]. Arbetet utgick ifrån det övergripande nationella folkhälsopolitiska målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen [36, 35] (se figur 39) och den folkhälsopolitiska policyn, *Det goda livet*, i Västra Götalandsregionen [19].

Arbetet leddes av en politisk styrgrupp och engagerade även representanter för regionen, myndigheter och kommuner i en arbetsgrupp. Processen präglades av ett gräsrotsperspektiv (s.k. *bottom-up*), då verksamma inom ett antal berörda fält ombads att bidra med beskrivningar av situationer som är problematiska ur hälsosynpunkt och förslag till åtgärder för att hantera dessa situationer. De inkomna bidragen bearbetades i en rad grupper och nätverk samt under en konferens. I processen deltog även en referensgrupp bestående av representanter för organisationer och nätverk som arbetar med folkhälsa, Malmö stad, SKL och Svenskt Näringsliv [19].

Regionens folkhälsosekreteriat sammanställde inkomna idéer och synpunkter till det som slutligen blev regionens handlingsplan för jämlik hälsa. Underlaget för handlingsplanen består även av forskning och statistik från Västra Götalandsregionen, den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* och en rad andra rapporter, däribland *Fair Society – Healthy Lives* och *Malmö väg mot en hållbar framtid – hälsa, välfärd och rättvisa* som beskrivs ovan.

Handlingsplanen gick på remiss till berörda kommuner och övriga aktörer i arbetsgruppen och antogs av regionfullmäktige i september 2013 [19]. Det slutliga dokumentet beskriver ett antal situationer och lämnar ett fyrtiotal åtgärdsförslag [19].

Den nationella folkhälsopolitikens mål

Övergripande mål:

- Skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

11 målområden:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barn och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Figur 39. Den svenska folkhälsopolitikens övergripande mål och 11 målområden [36, 35].

Östgöta-kommissionen för folkhälsa – preliminära rekommendationer

Östgöta-kommissionen tillsattes av regionförbundet Östsam. Arbetet pågår under 2012–2014 och leds av Margareta Kristensson. Bland kommissionärerna finns både praktiker, politiker och forskare verksamma inom en rad olika fält, såsom folkhälsovetenskap, äldre och åldrande, etnicitet, hälsoekonomi, företagsekonomi och barn [21].

Östgöta-kommissionens arbete tar sin utgångspunkt i de nationella folkhälso-politiska målområdena (se figur 39) och *Folkhälsopolitisk policy för Östergötland 2011–2014*. Uppdraget är att ”belysa hälsoläget i länet utifrån ett tvärsektorielt kunskaps- och erfarenhetsperspektiv” och att föreslå insatser som på olika nivåer (län, kommun och stadsdel) ger förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor för människor i Östergötland. Kommissionen ska bland annat tillämpa perspektiv på socioekonomi, miljö, genus, mångfald/ icke-diskriminering och ett livscykelperspektiv. WHO:s arbete med att ta fram rekommendationer för jämlik hälsa har varit en viktig källa till inspiration för Östgöta-kommissionens arbete [21].

Underlaget för arbetet består bland annat av statistik på regional och lokal nivå. Ett hundratal förslag till åtgärder som minskar skillnader i hälsa har tagits fram i dialog med olika aktörer. Kommissionen har även genomfört seminarier med politiker och tjänstemän i berörda kommuner och lands-ting för att sprida kunskap och föra diskussioner kring utformningen av rekommendationer [21]. Vid utgivning av denna rapport har Östgöta-kommissionen ännu inte slutfört sitt arbete. Arbetsgruppen i Göteborgs Stad har dock tagit del av ett utkast till kommissionens rekommendationer och åtgärdsförslag.

På dagordningen – reportage om lokala insatser mot barnfattigdom

Rädda Barnens rapport *På dagordningen – reportage om lokala insatser mot barnfattigdom* [22] är skriven av journalisten Jonas Knutell på uppdrag av Rädda barnen. Rapporten bygger på intervjuer där tjänstemän och politiker i tretton kommuner beskriver hur de arbetar med att motverka ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer och med att mildra negativa effekter av sådan utsatthet.

Rapporten innehåller ett avsnitt där tjänstemän och politiker beskriver metoder som har varit framgångsrika i arbetet med att förebygga vräkningar av barnfamiljer. Detta avsnitt inkluderades i kunskapsunderlaget vid sammanställning av de 30 förslagen för att komplettera beskrivningen av konkreta metoder för vräkningsförebyggande arbete.

Arbetet med att ta fram förslag till åtgärder

Sammanställningen av förslag utifrån ovan nämnda arbeten har resulterat i 30 förslag samt ett större antal exempel på hur de kan genomföras. Här följer en beskrivning av den arbetsprocess som lett fram till förslagen (se även figur 40).

Arbetsprocessen kan beskrivas i följande steg:

1. Sammanställning

Förslagen som presenterades i underlagsmaterialet sammanställdes och det gav en lista på cirka 300 förslag.

2. Grovsortering

Förslag som uppfyllde ett eller flera av följande kriterier valdes bort:

- Förslag som inte ligger i linje med Göteborgs Stads aktuella budgetmål.
- Förslag som inte ligger i linje med något av Göteborgs Stads fokusområden.
- Förslag som kräver ändrad lagstiftning.
- Förslag som kräver ändrad praxis på nationell nivå.
- Förslag som gäller förhållanden eller verksamheter som inte finns i Göteborg.
- Förslag som beskriver en önskvärd utveckling utan att ange med vilka metoder en sådan utveckling kan eller bör åstadkommas.

I steg två försvann cirka 60 förslag och 240 förslag återstod.

3. Sammanslagning

Liknande förslag slogs ihop. Antalet förslag minskade till cirka 160.

4. Tematisering

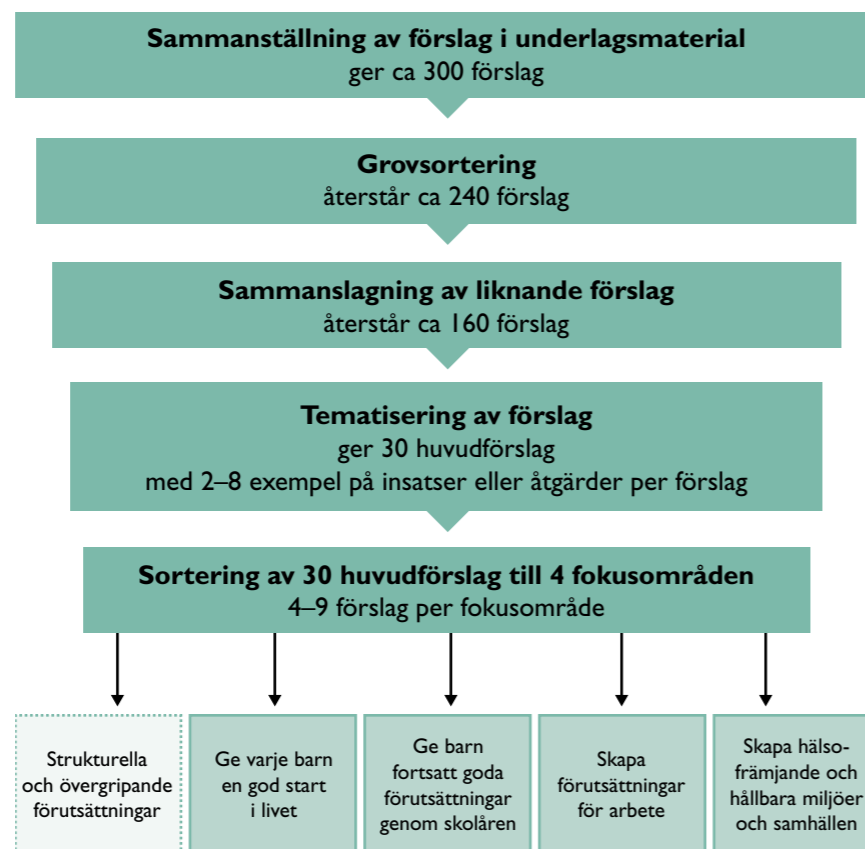
De 160 förslagen tematiserades utifrån vilket problem de syftade till att lösa. Detta gav 30 teman med 2–8 exempel på insatser eller åtgärder per tema.

I ett av dessa teman tillfördes tre exempel på insatser med inspiration från Rädda Barnens rapport om hur kommuner i Sverige arbetar för att förebygga vräkningar av barnfamiljer [22].

Varje tema gavs en rubrik som sammanfattar och spetsar till temat.

5. Sortering i fokusområden

Samtliga 30 huvudförslag sorterades in under något av fyra fokusområdena. Ett femte område tillkom för förslag som handlar om strukturella förutsättningar för att möjliggöra ett effektivt arbete inom de andra fokusområdena. Resultatet blev 4–9 förslag för varje område.



Figur 40. Illustration över framtagning av förslag och dess tematisering.

Under arbetet med rapporten har referensgruppen och stadens utvecklingsledare i folkhälsa varit ombudade att läsa och lämna kommentarer på texten. Kommentarer som gäller förslagen kan sammanfattas på följande sätt:

- Förslaget bör utökas eller preciseras, till exempel vad gäller vilka målgrupper, verksamheter, insatser eller mål som omnämns.
- Förslaget beskriver en insats som redan är i drift eller ett uppdrag som redan ägs av en särskild verksamhet i staden.
- Förslaget berör befintliga eller närliggande verksamheter som bör lyftas fram.
- Förslaget är inte förenligt med rådande lagstiftning eller regelverk.
- Förslagen är alltför abstrakta och blir därför mindre meningsfulla.
- Sakupplysningar om frågan som förslaget berör.

Dessa synpunkter har sammanställts och sparas inför det fortsatta arbetet. Somliga förslag har förtydligats med anledning av inkomna synpunkter. Däremot har förslagen *inte* strukits, lagts till eller utökats utifrån synpunkter. Vidare anpassning av förslagen till lokala situationer och behov kommer att ske genom dialog och samarbete som involverar politiker och tjänstemän på alla nivåer i stadens organisation.

Bilaga 8: Mer om skillnader

I ett särtryck till denna rapport finns en bilaga med mer diagram och korta kommentarer till statistiken.

Särtrycket finns att ladda ner från www.socialhallbarhet.se/helastaden

Särtrycket innehåller följande områden:

- ▶ Förskola
- ▶ Utbildningsnivå och gymnasiebehörighet
- ▶ Barnfattigdom
- ▶ Inkomstskillnader
- ▶ Medelinkomst
- ▶ Medianinkomst
- ▶ Saknar kontantmarginal
- ▶ Saknar kontantmarginal och har hemmavarande barn
- ▶ Ekonomisk stress
- ▶ Ekonomisk stress och har hemmavarande barn
- ▶ Arbete, förvärvsfrekvens och arbetslöshet
- ▶ Saknar emotionellt stöd
- ▶ Saknar praktiskt stöd
- ▶ Saknar tillit till andra människor
- ▶ Socialt deltagande
- ▶ Otrygghet – avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla
- ▶ Medellivslängd
- ▶ Självskattad hälsa
- ▶ Självskattad ohälsa
- ▶ Nedsatt psykiskt välbefinnande
- ▶ Tandhälsa
- ▶ Fysisk aktivitet
- ▶ Fetma
- ▶ Daglig rökning
- ▶ Riskbruk av alkohol
- ▶ Sammanfattande tabell över hälsa och levnadsvanor

Hela staden socialt hållbar

Skillnader i livsvillkor och hälsa mellan göteborgare ska minska. Alla vinner på en mer jämlik stad.

Mer material finns på:
www.socialhallbarhet.se//helastaden



**Göteborgs
Stad**