

# Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport

# ÖstgötaKommissionen för folkhälsa – slutrapport



Omslagsbild: Visit Östergötland/Oscar Lürén

Layout och original: Byrå4, Uppsala 2014

Tryck: Exakta Printing

# Innehåll

1. Östgotakommisionens övergripande rekommendationer för mer jämlik hälsa	7
2. Utgångspunkter för rekommendationerna	8
3. Finns ojämlikhet i hälsa i Östergötland?	9
3.1 Könns- och åldersskillnader i hälsa	9
3.2 Skillnader i hälsa beroende på födelseland	10
3.3 Skillnader i hälsa och förutsättningar mellan och inom kommuner	11
3.4 Socioekonomiska skillnader i hälsa	12
3.5 Socioekonomi och hälsa i länet	14
4. Samspel mellan individ och samhälle för en jämlik hälsa	16
4.1 Individens eller samhällets ansvar	16
4.2 Den sociala gradienten och proportionell universalism	17
4.3 Östgotamodellen för jämlik hälsa	18
5. Orsaker på individnivå som bidrar till ojämlikhet i hälsa	19
5.1 Socioekonomisk situation - utbildning, yrke, inkomst	19
5.2 Livsstil - levnadsvanor och beteenden	21
5.3 Socialt sammanhang - socialt stöd och gemenskap	22
5.4 Tilltro, tillit, hopp och framtidstro	22
5.5 Hur påverkar dessa ojämlikheter kroppen så att man blir sjuk?	23
6. Hur kan man minska ojämlikhet i hälsa med insatser på samhällsnivå?	24
6.1 Samhällsutveckling - samhällsekonomi, miljö och social hållbarhet	24
6.2 Samhällets organisering	27
7. Olika samhällsarenor - specifika rekommendationer för jämlik hälsa	31
A) Boende och närområde	32
B) Fritid och kultur	34
C) Skola och utbildning	36
D) Arbete och försörjning	38
E) Omsorg, hälso- och sjukvård	40
Referenser	42

Bilaga 1 Argument för varje rekommendation med kunskapsunderlag och referenser.

Bilaga 2 Konkreta exempel som inspiration till insatser på de olika arenorna med argument, kunskapsunderlag och referenser.

Följande bilagor finns tillsammans med denna rapport samt bilaga 1 och 2, på Region Östergötlands hemsida: <http://www.regionostergotland.se/>

Bilaga 3 Arbetsprocessen

Bilaga 4 Kommunbeskrivningar

Bilaga 5 Modell för utvärdering



# Förord

## Uppdraget

På uppdrag av Regionförbundet Östsam har en kommission för folkhälsa (Östgöta-kommissionen) arbetat under 2013–2014. Uppdraget formulerades utifrån den Folkhälso-politiska policyn för Östergötland 2011–2014: ”En Östgö-takommission för folkhälsa, skall, enligt modell från WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämning-faktorer, belysa hälsoläget i länet utifrån ett tvärspektoriellt kunskaps- och erfarenhetsperspektiv. Kommissionen ska utgå från de nationella folkhälso-politiska målområdena och verka under åren 2012–2014. Kommissionen ska analysera hälsoläget utifrån bl.a. socioekonomiska-, miljö-, genus-, mångfald-/icke-diskriminerings- och livscykel-perspektiv. Kommissionen ska föreslå insatser på läns-, kommun- och stadsdelsnivå som skapar förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor för alla som bor och verkar i Östergötland”.

Denna slutrapport beskriver resultatet av Östgöta-kommissionens analyser samt dess rekommendationer till insatser. I kommissionens analys av orsaker till identifierade skillnader i hälsa har fokus varit på ”orsakernas orsaker”, dvs. strukturella faktorer i samhället som påverkar män-niskors hälsa. Kommissionens rekommendationer bygger på det samlade kunskapsunderlaget från analyser, litteratur och seminarier som har bedömts av kommissionens delta-gare vilka tillsammans representerar en bred tvärvetenskap-lig grupp forskare, politiker och tjänstemän. Analysresultat och förslag till rekommendationer har även diskuterats och processats vid regelbundna seminarier med de folkhälso-politiska- och folkhälso-tjänstemannanätverken i Östergöt-land under arbetets gång. Utöver det kunskapsunderlag som presenteras i denna slutrapport och tillhörande bilagor 1 och 2, kommer övriga delar av Östgöta-kommissionens arbete att kunna återfinnas på hemsidan för Region Öst-ergötland. Dessa kommer att innefatta en beskrivning av Östgöta-kommissionens arbetsprocess, beskrivning av häl-soläge och förutsättningar i respektive kommun, en modell för indikatorer och för uppföljning av givna insatser, samt presentationer vid kommissionens seminarier och fördjup-ningar i form av underlagsrapporter.

Regionförbundet Östsams fullmäktige beslutade, vid sitt möte den 4 december 2014, att ställa sig bakom denna rapports utgångspunkter och rekommendationer.

## Kommissionens deltagare

### Ordförande:

Margareta Kristensson, professor i socialmedicin och folk-hälsovetenskap, IMH, Linköpings universitet (LiU)

### Kommissionärer:

Elisabet Cedersund, professor i äldre och åldrande, Institu-tionen för samhälls- och välfärdsstudier (ISV), LiU

Magnus Dahlstedt, avdelningschef, bitr. professor  
REMESO, LiU

Kerstin Ekberg, professor i arbetslivsinriktad rehabilitering,  
IMH, LiU

Lelle Karlsson (V), politiskt områdesansvarig folkhälsa/  
social ekonomi, Regionförbundet Östsam

Agneta Kullberg, universitetslektor i folkhälsovetenskap,  
IMH, LiU

Elisabeth Sundin, professor emerita i företagsekonomi, LiU

Jan Sundin, professor emeritus i Hälsa och Samhälle, LiU

Caroline Unéus (M), styrelseledamot Regionförbundet  
Östsam

Jolanda van Vliet, folkhälsochef, Landstinget i Östergötland

Karin Zetterqvist-Nelson, professor, Tema barn, LiU

Gunnar Ågren, läkare och fd. generaldirektör för Folk-hälsoinstitutet

Annika Larsson, folkhälsostrateg, Regionförbundet Östsam

Margareta Wandel, social ekonomi, samhällsbyggnad,  
Regionförbundet Östsam

# Sammanfattning

På uppdrag av Regionförbundet Östsam har en Östgöta-kommission för folkhälsa arbetat under år 2013 och 2014, enligt beskrivning i den Folkhälsopolitiska policyn för Östergötland 2011–2014.

## Analys av hälsoskillnaderna i Östergötland

Kommissionen har först kartlagt hur hälsoläget ser ut i Östergötland. Hälsa har bl.a. mätts som förlorade levnadsår, ohälsotal och självskattad hälsa. Hälsoutfall har sedan analyserats i relation till socioekonomisk situation dvs. utbildning, yrke, inkomst och sysselsättning. Alla analyser har, där det är möjligt, redovisats på kön, ålder och kommun. Resultat visar att det finns påtagliga sociala skillnader i hälsa i Östergötland. En särskild observation är att skillnaderna följer en gradient, där en lägre socioekonomisk situation stegvis är förenad med en sämre hälsa, vilket innebär en gradvis ökad sårbarhet för ohälsa och sjukdom vid en mer utsatt social situation.

*Figur 1. "Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle". Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991.*

## Orsaker till skillnaderna

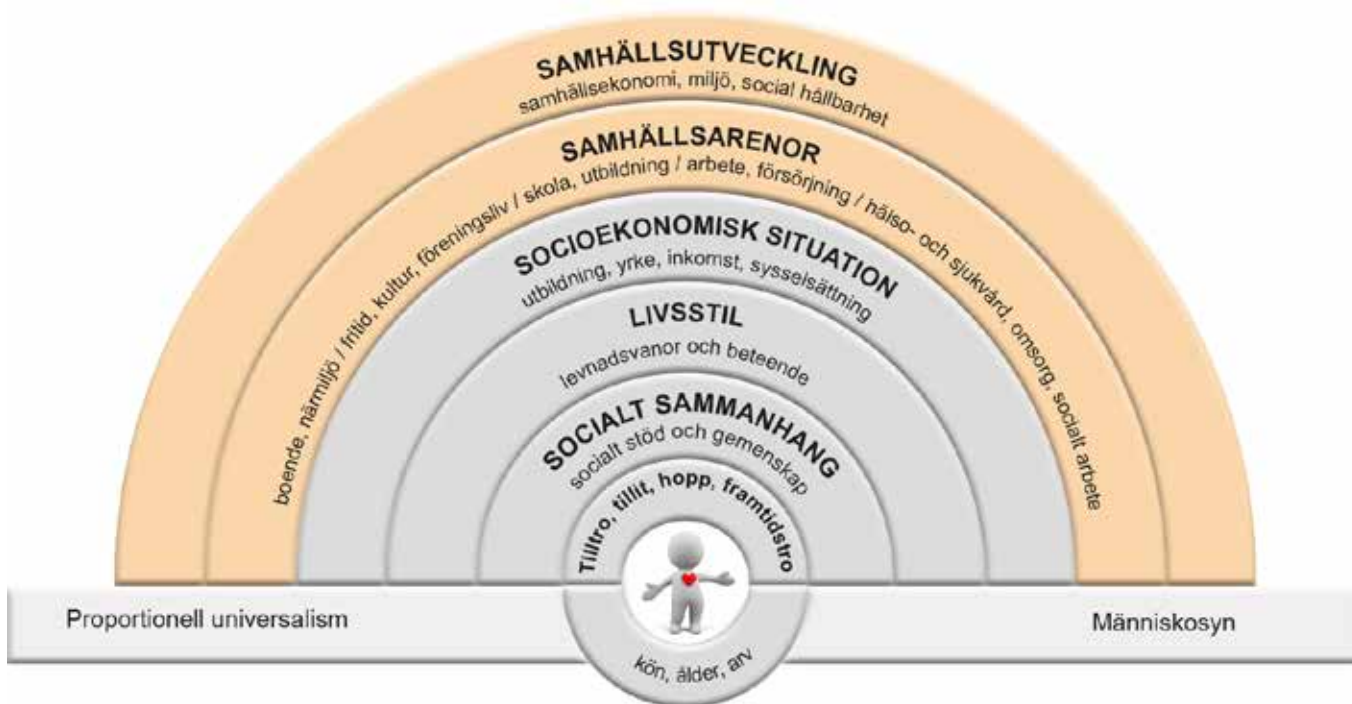
Kommissionen har, baserat på aktuell forskning, fördjupat sig i orsaker till dessa skillnader och fokuserat på "orsakernas orsaker", dvs. strukturella faktorer i samhället som påverkar människors hälsa. Orsakskedjorna har sedan blivit utgångspunkten för rekommendationer.

## Östgöta-kommissionens rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att bidra till ett samhälle som ger människor tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro. Såväl de övergripande rekommendationerna som de för de olika samhällsarenorna riktar sig till de strukturella och politiskt styrda nivåerna.

För att illustrera hur dessa strukturella samhälls- och miljöfaktorer påverkar individens hälsa via individens socioekonomiska situation, livsstil, sociala sammanhang samt tilltro, tillit, hopp och framtidstro, har nedanstående "Östgötamodell för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle" tagits fram.

Ansatsen är att rekommendationerna skall ses som en inledning på ett långsiktigt arbete i regionen med målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en mer jämlik hälsa.



# 1. Östgöta kommissionens övergripande rekommendationer för mer jämlik hälsa

*Bidra till ett samhälle som ger alla människor tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro och därmed jämlik hälsa genom att:*

- Ge jämlikhet i hälsa hög prioritet och integrera detta i alla politikområden, bland annat i styrdokument och handlingsplaner.
- Öka kunskap och medvetenhet om skillnader i hälsa genom en återkommande, systematisk analys, uppföljning och utvärdering av beslut och insatser avseende effekter på bestämningsfaktorer för hälsa och skillnader i hälsa.
- Arbeta utifrån ett långsiktigt socialt investeringsperspektiv.
- Vidareutveckla kompetens, inom olika samhällsarenor, om hur olika förhållnings- och arbetsätt kan påverka tilltro, tillit, framtidstro och jämlik hälsa.
- Främja jämlik hälsa genom att utveckla en långsiktig strategi för hur offentlig service skall placeras och distribueras i region och kommun.
- Arbeta med sektorsövergripande samverkan utifrån ett helhetsperspektiv och undvik organisationsformer som motverkar jämlik hälsa.
- Stöd regionala och lokala utvecklingsprocesser som främjar jämlik hälsa, och som involverar en mångfald av berörda aktörer och medborgare.
- Utveckla strategier och metoder som inkluderar människor i arbete, sysselsättning och egen försörjning.
- Utveckla handlingsplaner för att motverka fattigdom med särskilt fokus på barn och äldre personer.
- Etablera återkommande möten mellan forskning, politik och praktik för erfarenhetsutbyte, lärande och utveckling.

Utöver dessa övergripande rekommendationer finns i slutet av denna rapport specifika rekommendationer för de olika samhällsarenorna. I bilaga 1 ges argument för varje rekommendation med kunskapsunderlag och referenser. I bilaga 2 ges konkreta exempel, som inspiration till insatser på de olika arenorna med argument, kunskapsbas och referenser.



## 2. Utgångspunkter för rekommendationerna

*Att tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro är grundläggande för att minska sociala skillnader i hälsa.*

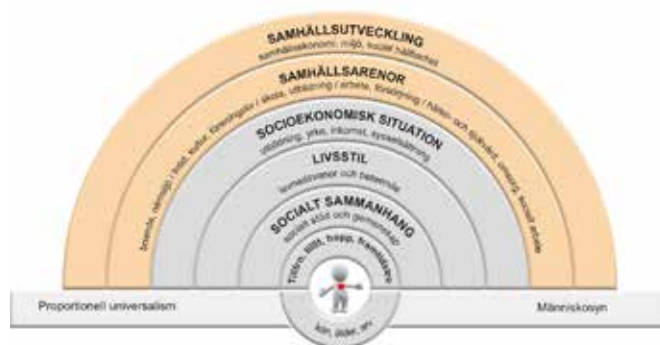
*Att det är möjligt att påverka detta och skapa förutsättningar för bättre hälsa på lika villkor, på regional, kommunal och lokal nivå, genom att förstå betydelsen av och agera utifrån de komplexa sambanden mellan:*

- de ekonomiska, ekologiska och sociala dimensionerna för ett hållbart samhälle
- de olika samhällsarenor där människor växer upp, lever, verkar och dör
- människors olika livsvillkor utifrån socioekonomi, kön, ålder och födelseland
- människors livsstil, levnadsvanor och beteenden
- människors tillgång till socialt sammanhang, socialt stöd och gemenskap
- människors tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro

*Att tillämpa en människosyn som bygger på alla människors lika värde.*

*Att insatser behöver ske utifrån principen om proportionell universalism, vilket innebär att alla ska kunna nås av insatser men i olika form och intensitet utifrån sina behov.*

*Att tillämpa ett arenaperspektiv – vilket innebär att man definierar, analyserar och stärker de olika livsmiljöer/samhällsarenor där människor växer upp, lever, verkar och dör med målet att skapa förutsättningar för hälsa på lika villkor för alla östgötar.*



*Att insatser behöver ske på olika nivåer inom de olika arenorna utifrån gemensamma mål och tydliga politiska beslut.*

*Att följande rekommendationer skall ses som start på en process av ett gemensamt långsiktigt arbete i samverkan mellan region, kommuner och universitet för lärande och utveckling.*

# 3. Finns ojämlikhet i hälsa i Östergötland?

För att analysera skillnader i hälsoläge har olika hälsomått använts utifrån att dessa har olika relevans beroende på var i livscykel man befinner sig. Förlorade levnadsår och död i hjärt- kärlsjukdom är framförallt relevant för att mäta hälsotillståndet hos medelålders och äldre. Ohälsotalet är ett relevant mått hos de som arbetar och psykisk hälsa är ett relevant mått för unga vuxna och ungdomar. Karies är en värdefull indikator på barns allmänna hälsa. Följande mått på hälsa har därför använts i analyserna.

Kommissionen har enligt uppdraget analyserat hälsoläget i Östergötland utifrån kön, ålder, födelseland, kommun och socioekonomisk situation dvs. utbildning, yrke, inkomst och sysselsättning (1).

## Hälsomått

### Förlorade levnadsår

beräknat utifrån medellivslängden för svenska män och kvinnor (79 och 83 år).

(Östgötadata ur SCB databas)

### Dödlighet i hjärt- kärlsjukdom

åldersstandardiserade registerdata

(Östgötadata ur Socialstyrelsens dödsorsaksregister)

### Ohälsotal

frånvarodagar som ersätts av sjukförsäkringen under en 12- månaders period

(Östgötadata från Försäkringskassan)

### Självskattad hälsa

svar på frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?"

(Östgötadata ur nationell befolkningsenkät

Hälsa på Lika Villkor (HLV)

(Folkhälsomyndigheten))

### Psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande

(Östgötadata avseende enskilda frågor ur och index baserad på frågeinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ12)

i den nationella befolkningsenkäten HLV (Folkhälsomyndigheten))

### Karies som en indikator på barnets allmänna hälsa

(Östergötadata ur epidemiologisk rapport (EPI) från enheten för hälsoanalys, Östergötland)

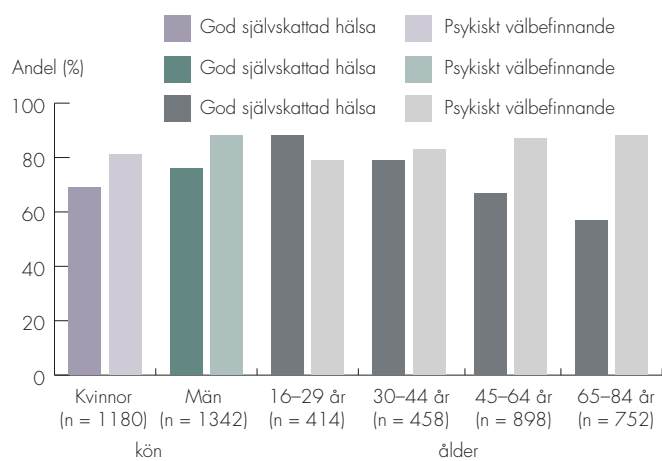
## 3.1 Könns- och åldersskillnader i hälsa

Svenska barn och ungdomar har internationellt sett en unikt god hälsa fram till 15-års ålder. Bland barn under 12 år finns det inte några större könsskillnader vad gäller hälsa, upplevda besvär och sjukdom. Skador är en av de främsta orsakerna till att barn söker vård och blir inlagda på sjukhus, medan astma, allergi, diabetes och reumatiska sjukdomar är de vanligaste kroniska sjukdomarna (2).

Bland såväl 4-åringar som 12-åringar är de flesta barn normalviktiga. Andelen med övervikt och fetma bland 12-åringar är något lägre än bland 4-åringar (13 % respektive 17 %) (3, 4). Tendensen att andelen barn med fetma minskar, men inte andelen barn med övervikt som finns i övriga Sverige syns även i Östergötland (5). Tandhälsan som är en viktig indikator på barnens allmänna hälsa bekräftar att barnens hälsa i genomsnitt är mycket god i Östergötland, då 95 % av 3-åringarna och 80 % av 6-åringarna är kariesfria (6). Samtidigt bör de barn som utvecklar karies i tidig ålder uppmärksammas då detta ofta signalerar annan ohälsa.

Könsskillnader i hälsa blir tydliga i tonåren där en högre andel av pojkar upplever att de må bra jämfört med flickor (95 % jämfört med 84 %). Upplevelse av oro ökar mellan 12 och 15 års ålder, framförallt bland flickor (7). Andelen med upplevd psykisk ohälsa är också mycket högre bland tonårsflickor och unga kvinnor jämfört med tonårspojkar och unga män (7, 8). I årskurs 9 är det nästan dubbelt så vanligt att flickor rapporterar psykosomatiska besvär såsom ont i magen, huvudvärk och sömnbesvär (7). Självordsförsök är ett allvarligt tecken på psykisk ohälsa och i Östergötland har 25 % av kvinnorna och 11 % av männen mellan 19 och 24 år övervägt att ta sitt liv och 7 resp. 5 % av dem har försökt ta sitt liv (7). Det är emellertid vanligare att män tar sitt liv. I åldersgruppen 15–24 år är det dubbelt så vanligt att män dör. Detta beror på att olyckfall och självmord, som är den största dödsorsaken i denna åldersgrupp, är betydligt vanligare bland de unga männen (9, 10).

Även bland vuxna återkommer tydliga könsskillnader i hälsa och i Östergötland finns samma mönster som i nationella och internationella studier, dvs. män har kortare livslängd medan kvinnor har fler ohälsodagar och lägre självskattad hälsa (8). Detta kan hänföras till olika sjukdomspanorama där män har högre dödlighet i hjärt-



Figur 2. Andel personer med god självskattad hälsa och psykiskt välbefinnande i Östergötland, uppdelat på kön och ålder. Källa: Hälsa på lika villkor (HLV), 2011.

kärlsjukdomar medan kvinnor har mer muskuloskeletala besvär, såsom ryggvärk och dessutom rapporterar de mer psykisk ohälsa (9, 10). Figur 2 illustrerar att kvinnor anger lägre självskattad hälsa och lägre psykiskt välbefinnande än män (8). Hjärtinfarkt, som utgör huvuddelen av hjärt-kärlsjukdom är den största orsaken till insjuknade och död hos både kvinnor och män. Den andra dominerande dödsorsaken är cancer, där prostatacancer för män och bröstcancer för kvinnor är de mest förekommande cancerformerna (9, 10).

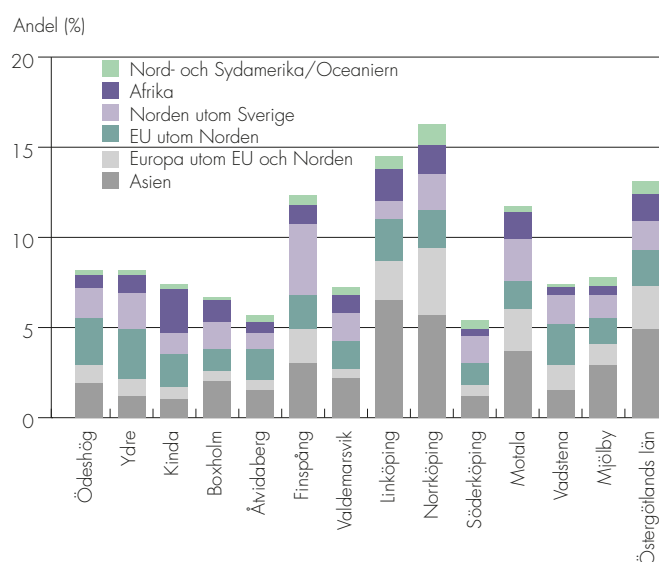
Figur 2 visar också att andelen med god självskattad hälsa minskar med stigande ålder medan andelen med psykiskt välbefinnande stiger. Med stigande ålder ökar risken för sjukdom och funktionsnedsättningar. Förekomsten av kronisk sjukdom ökar successivt med åldern till att nästan 90 procent av personer över 65 år har minst en kronisk sjukdom (11–13). Det finns samtidigt stora skillnader i hälsa mellan de ”yngre-äldre” och ”äldre-äldre” men också mellan de som lever länge utan sjukdom och de som utvecklar multisjuklighet (12, 13)

Gruppen multisjuka, med omfattande sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, och ”de mest sjuka äldre”, blir allt större. Enligt en definition av begreppet multisjuka består gruppen av personer som är 75 år eller äldre, som har vårdats inom slutet sjukhusvård vid tre eller flera tillfällen under ett år och har haft tre eller flera diagnoser från olika sjukdomsgrupper. Enligt denna definition är andelen multisjuka ca 13 procent av patienterna i slutenvården (13).

### 3.2 Skillnader i hälsa beroende på födelseland

Vi lever i migrationens tidevarv och migration är inget undantag utan regel i dagens värld. Andelen utrikesfödda i Östergötland är 12 % och varierar mellan de olika kommunerna från 5 till 18 %, se figur 3.

Enligt Ulf-undersökningen år 2000–2005 rapporterade

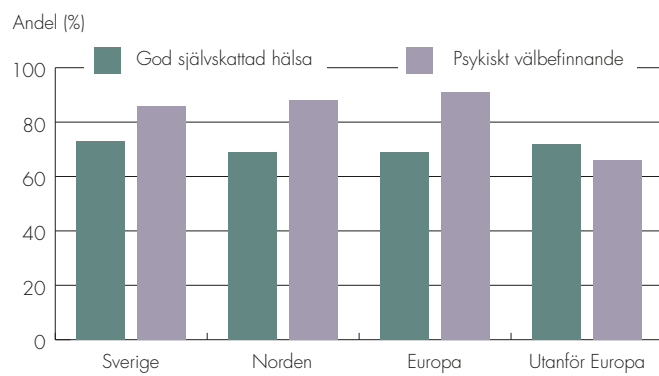


Figur 3. Andel utrikes födda invånare i Östergötlands läns kommuner efter födelseregion år 2013. Källa: Statistikdatabas Östergötland

utrikesfödda genomgående sämre hälsa än personer som är födda i Sverige. Sämst hälsa rapporterar personer födda utanför Europa medan personer födda inom EU-området låg nära de som är födda i Sverige. Skillnaderna finns för nästan alla hälsorelaterade frågor men är särskilt stora när det gäller självskattad hälsa, nedsatt arbetsförmåga, rörelsehinder samt ångslan och oro. När undersökningen kompenseras för skillnader i sociala faktorer som yrke, ekonomiska tillgångar och bostad minskade skillnaderna i hälsa avsevärt, vilket pekar på livsvillkorens betydelse för hälsan (10). Vid analys av data från Östergötland finner vi inte några skillnader i självskattad hälsa mellan grupper som har olika födelse land, se figur 4 (8). Däremot rapporterar gruppen som är född utanför Europa ett nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med de övriga grupperna.

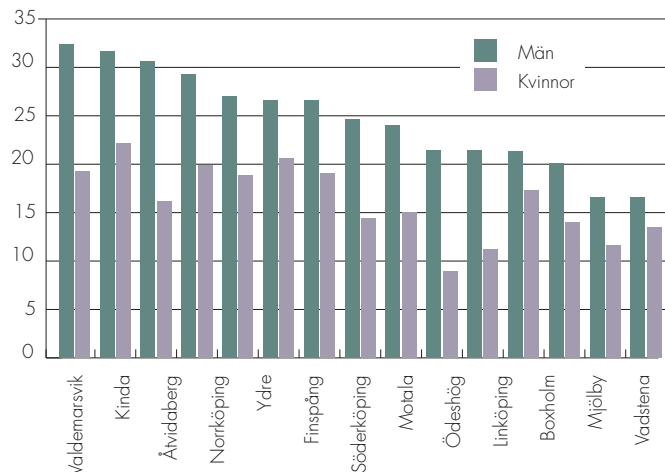
Flyktingar har nästan alltid levt med stor stress innan de flyr och själva flykten är ofta omgärdad av hot och umbäranden, där många familjer splittras under långa perioder.

När man kommer till Sverige väntar en tid av ovisshet under bland annat asylprocessen. Detta leder sammantaget till att psykisk ohälsa såsom depression, ångest och posttrau-



Figur 4. Andelen med upplevt psykiskt välbefinnande och god självskattad hälsa i Östergötland, uppdelad efter födelseland ( $n_{\text{sverige}} = 2296$ ;  $n_{\text{övriga}} = 226$ ). Källa: HLV 2011.

Dödlighet i hjärtkärlsjukdomar per 10.000 invånare



Figur 5. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt) per 10 000 invånare efter kommun och kön, (åldersstandardiserat) år 2008–2012. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

matisk stress är högre hos asylsökande och nyanlända med flyktingbakgrund jämfört med andra grupper av migranter. Denna stress kopplat till migration kan ge negativa hälsokonsekvenser även långt efter att personen fått uppehållstillstånd. Kvinnliga flyktingar från låginkomstländer är särskilt utsatta för att drabbas av psykisk ohälsa (8, 14–15).

### 3.3 Skillnader i hälsa och förutsättningar mellan och inom kommuner

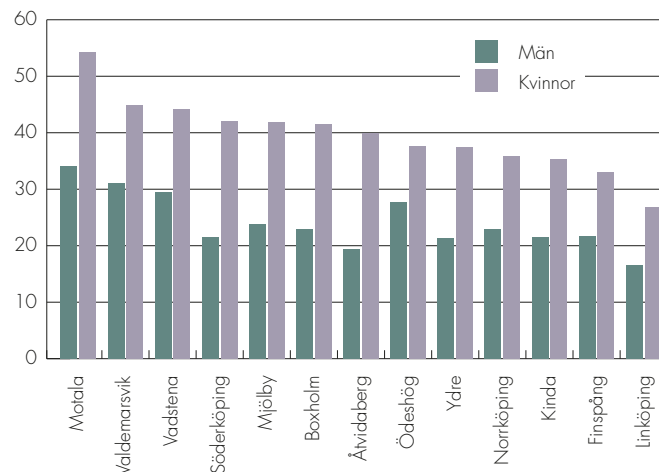
Vi har, eftersom hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken, också vad gäller förlorade levnadsår, valt detta som ett hälsomått för skillnader mellan kommuner i Östergötland. Eftersom dödligheten är så starkt relaterad till ålder presenterar vi siffror som standardiserats för att kompensera för skillnader i ålderstruktur i de olika kommunerna.

Ovanstående graf (se figur 5) illustrerar dels att åldersstandardiserad dödlighet i hjärtinfarkt konsekvent är högre för män. Den visar därtill tydliga variationer mellan kommunerna, samt, olika geografiska mönster för män och kvinnor. Bland män är den högst i Valdemarsvik, Kinda och Åtvidaberg och bland kvinnor är den högst i Kinda, Finspång och Norrköping.

Ohälsotalet påverkas av regelverket, av den demografiska sammansättningen i befolkningen men är, framförallt, beroende av individens hälsa samt arbets- och livsvillkor.

Efter att regelverket ändrades under år 2008, då tidsgränser för sjukskrivning infördes, har ohälsotalet sjunkit med 5,4 dagar och var år 2012 i genomsnitt 27,2 dagar. Denna nedgång i ohälsotalet har skett i Östergötlands alla kommuner men, på samma sätt som i riket, ökar detta nu åter. I figur 6 visas hur ohälsotalet är fördelat mellan länets kommuner. Kommunerna med de största ohälsotalen är Motala, Vadstena och Valdemarsvik. Ohälsotalet i Östergötland är marginellt högre än i riket (riket 27,0 dagar). Det är generellt högre för kvinnor än för män. I genomsnitt

Ohälsotal, mätt i dagar per år



Figur 6. Ohälsotal i Östergötland per kommun och kön, år 2011 mätt i dagar per år.

hade kvinnor ett ohälsotal på 33,6 dagar år 2012 (riket: 32 dagar), jämfört med mäns 21,2 dagar (riket: 22,1 dagar).

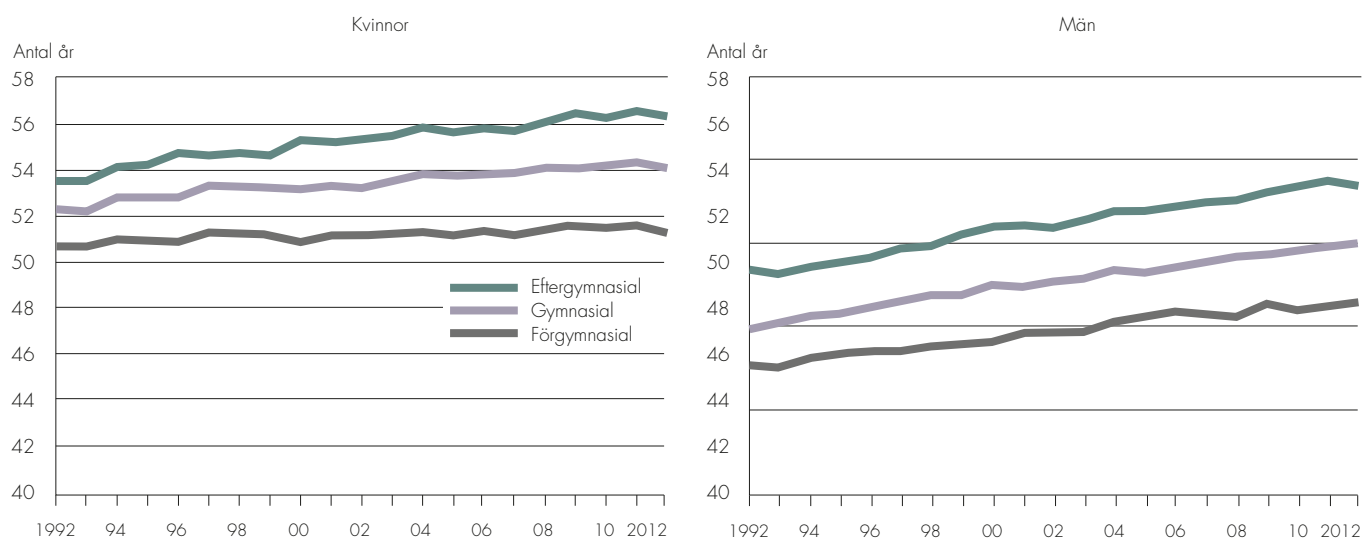
Kommunernas befolkningsstruktur och socioekonomiska sammansättning har stor påverkan på folkhälsan. Många av dessa förutsättningar, t ex utbildning och sysselsättning, är politiskt påverkbara och viktiga för både samhällsutveckling och folkhälsa. En hög sysselsättning ökar skatteintäkterna och minskar bidragsberoende, medan arbetslöshet påverkar hälsan negativt både hos individerna själva och hos deras närmaste omgivning och leder till större samhällskostnader (16). Hur arbetslöshet ser ut i respektive kommun visas i figur 7.

En mer detaljerad beskrivning av hälsoläget och förutsättningar för varje kommun finns i Kommunbilagan på regionens hemsida <http://www.regionostergotland.se/>

Andel (%) arbetslösa



Figur 7. Andel personer i åldern 20–64 år, som någon gång under 2013 registrerats som öppet arbetslösa, de olika i kommunerna i Östergötland, uppdelad på kön, Källa: SCB.



Figur 8. Föväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1992–2012. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

### 3.4 Socioekonomiska skillnader i hälsa

#### Spädbarnsdödlighet och födelsevikt

Sverige hör, med en spädbarnsdödlighet på 2,1 döda per 1 000 levande födda barn, till de länder som har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. Dödligheten är emellertid betydligt högre bland spädbarn till mödrar som endast har grundskoleutbildning än till mödrar med högre utbildning.

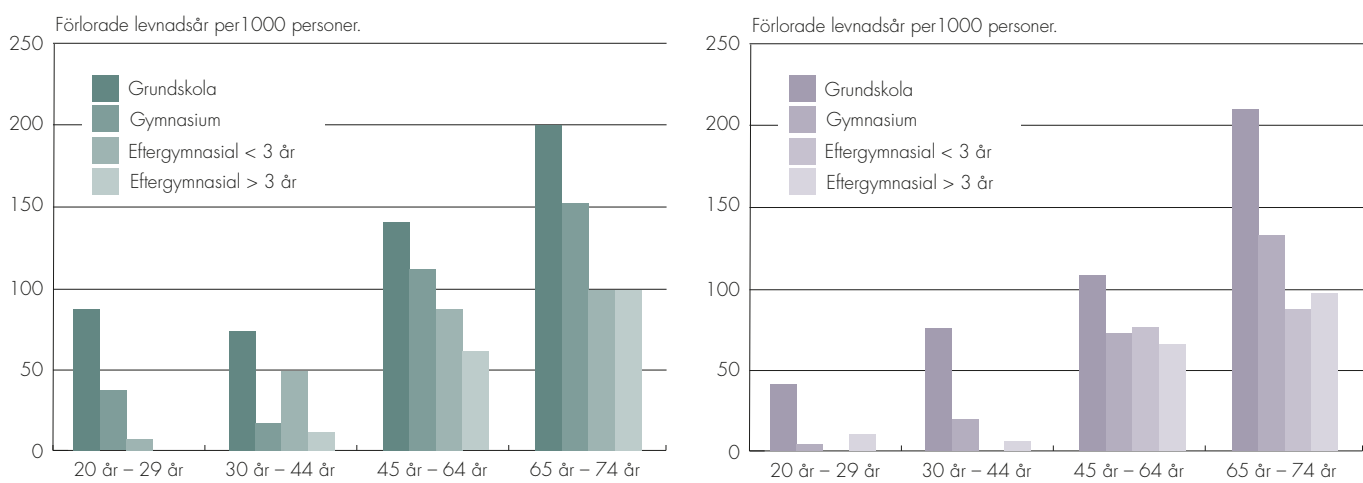
Även för födelsevikt, för tidig födsel och fostertillväxt finns tydliga socioekonomiska skillnader. Alla dessa skillnader följer en social gradient, dvs. födelseutfallen blir mer fördelaktiga ju högre utbildning mamman har (17–19). Barn med låg födelsevikt och för tidig födsel har större risk att senare i livet visa sämre skolresultat, vilket i förlängningen ger sämre möjligheter till vidareutbildning och yrkesval, samt en rad olika hälsoproblem som t.ex. hjärt- och kärlsjukdom (20–21).

#### Medellivslängd

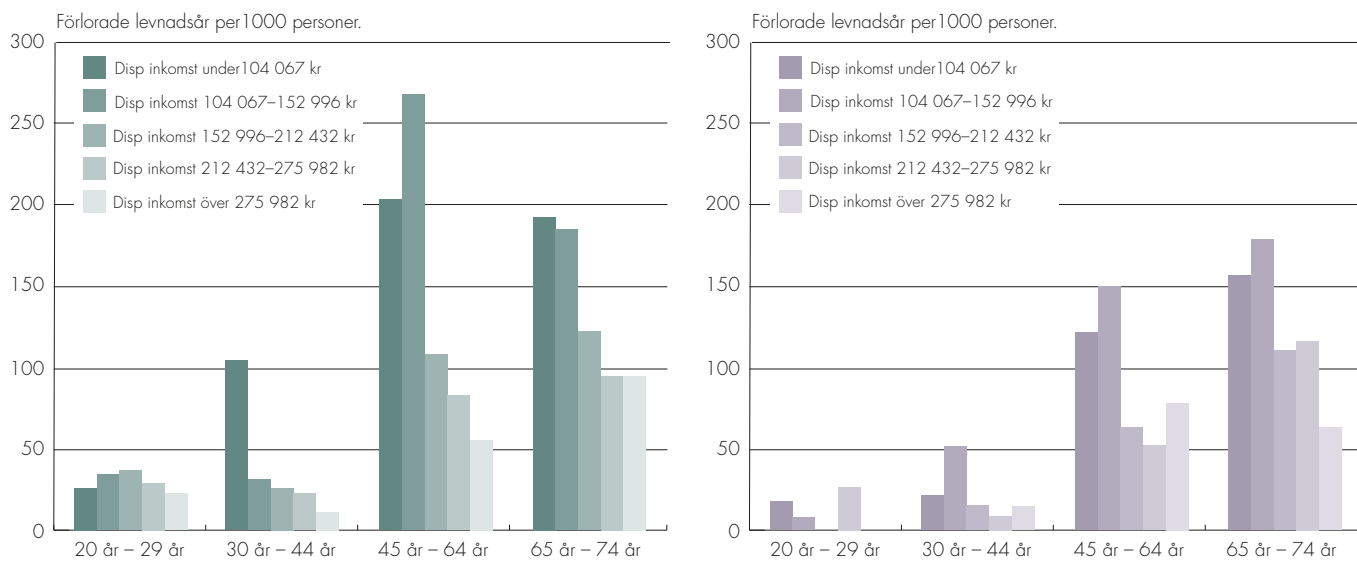
Medellivslängden i Sverige har stigit under mer än ett sekel. År 2013 var medellivslängden 83,7 år för kvinnor och 80,1 år för män. Figur 8 visar föväntad återstående livslängd vid 30 års ålder perioden 1992–2012. Skillnaderna mellan män med olika utbildningsbakgrund är oförändrat stora. Hos kvinnor ökar skillnaderna, och för de med enbart grundskoleutbildning har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjuoårsperioden.

#### Insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom

Insjuknande och dödlighet i hjärt- kärlsjukdom (hjärtinfarkt och stroke) har minskat kraftigt sedan mitten av 1990-talet, hos både kvinnor och män. Samtidigt kvarstår stora skillnader mellan individer med olika socioekonomisk situation med en dubbel risk för de med endast grundskoleutbildning jämfört med de som har högskoleutbildning (10). Nedgången är störst bland de äldre. I åldersgruppen 30–44 år ser man ingen nedgång i hjärtinfarkt och i denna åldersgrupp



Figur 9. Förlorade levnadsår efter utbildning, kön (män gröna, kvinnor lila) och ålder. Data för Östergötland 2010. Källa: SCB 2010.



Figur 10. Förlorade levnadsår efter disponibel inkomst, kön (män grön, kvinnor lila) och ålder. Data för Östergötland 2010. Källa: SCB 2010.

har förstagångsinsjuknande i stroke ökat hos både män och kvinnor. Denna ökning är störst bland personer med förgymnasial utbildning (9, 10).

### Förlorade levnadsår

Analyserna av östgötadata visar att grupper med lägst utbildning konsekvent har fler förlorade levnadsår, oavsett om man dör som ung, medelålders eller äldre. Analyserna visar samtidigt att denna skillnad sker gradvis, dvs. gruppen med gymnasial utbildning har färre förlorade år än de med grundskoleutbildning som högsta utbildningsnivå, men fler än de med eftergymnasial utbildning (se figur 9). Detta är den så kallade "sociala gradienten" (22) vars mönster återfinns i alla åldersgrupper. Skillnaderna är substantiella, där de med lägst utbildning har 200 förlorade levnadsår/1000 personer jämfört med de med högst utbildning som har 100 förlorade levnadsår/1000 personer.

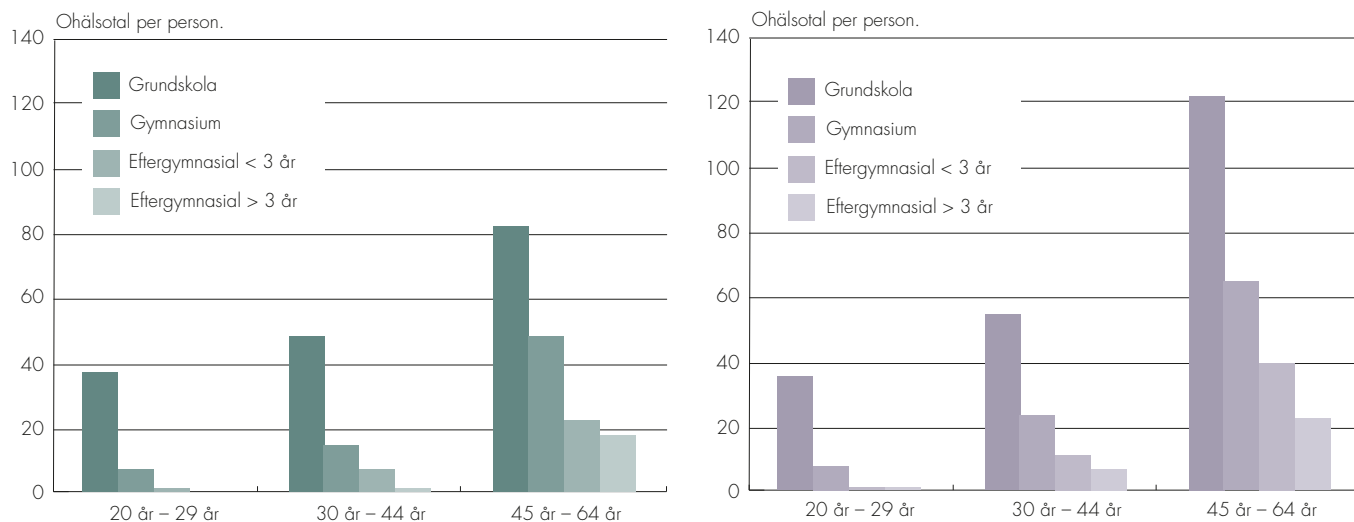
Dessa resultat stämmer väl överens med data från nationell nivå liksom med internationella data, där liknande

gradvisa skillnader i förväntad livslängd och/eller förlorade levnadsår utifrån utbildningsnivå regelbundet rapporteras (10, 22-24).

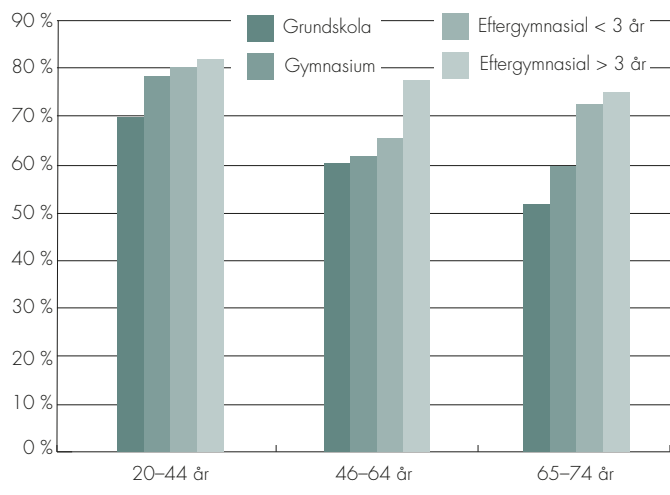
Motsvarande skillnader i förlorade levnadsår återfinns om vi, istället, analyserar utifrån andra mått på socioekonomisk situation t.ex. individens disponibla inkomst; se figur 10. Detta är också känt från internationell litteratur som också påpekar vikten av att använda olika mått på socioekonomisk situation, eftersom de fångar olika grupper av människor (25).

### Ohälsotal

Även vid analys av ohälsotalet finner vi skillnader som följer den sociala gradienten, dvs ohälsotalet blir stegvis högre ju lägre individens utbildningsnivå är (se figur 11). Samma skillnader återfinns, igen, om vi istället jämför grupper med olika inkomstnivå. Det finns därtill, tydliga skillnader mellan åldersgrupper och kön: ohälsotalet ökar med stigande ålder och är högre hos kvinnor.



Figur 11. Ohälsotal efter utbildningsnivå, kön (män grön, kvinnor lila) och ålder. Data för Östergötland 2010. Källa: SCB 2010.



Figur 12. Andel av östgötarna som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra, uppdelad i ålder och utbildningsnivå. Källa: HLV 2006

### Självskattad hälsa

Som tidigare visats minskar andelen med god självskattad hälsa vid stigande ålder (se figur 2). Emellertid är skillnaderna i självskattad hälsa betydligt större vid jämförelse mellan grupper med olika utbildningsnivåer. Även här

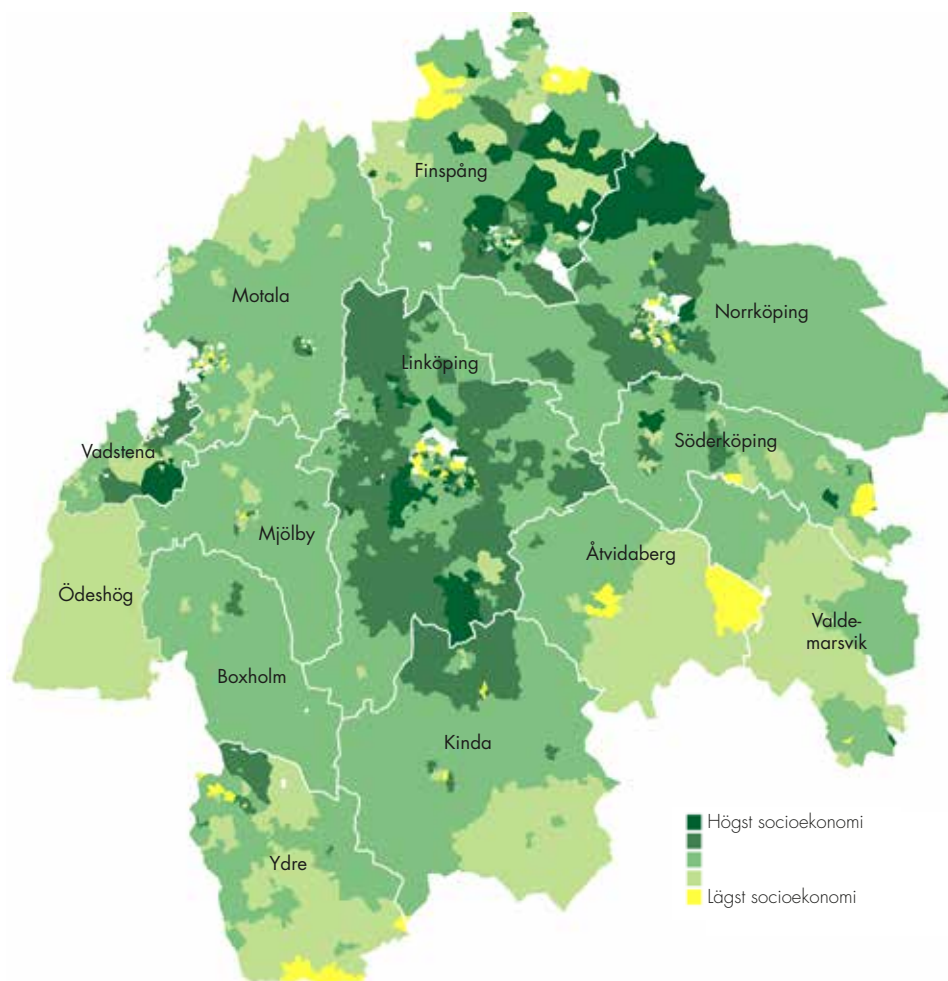
finns vi den ”sociala gradienten”, där den självskattade hälsan blir gradvis sämre med lägre utbildningsnivå, i alla åldersgrupper (se figur 12).

### Psykisk hälsa hos unga

Den ökande psykiska ohälsan bland unga och unga vuxna, särskilt bland flickor och unga kvinnor, har även visats inom barn och ungdomspsykiatriens verksamhet där patientgrupper med diagnoser som ångest, depression, missbruk, bipolär sjukdom samt autism har ökat i omfattning. Även här framträder en tydlig social snedfördelning, i den meningen att barn och unga från socioekonomiskt utsatta miljöer drabbas mer (17). Det handlar om en strukturell ojämlikhet med ökande skillnader i hälsa mellan barnfamiljer med olika livsvillkor.

## 3.5 Socioekonomi och hälsa i länet

Den socioekonomiska indelningen i Östergötland presenteras i form av kartor för att lättare kunna identifiera områden med olika socioekonomisk situation och samband med hälsa och ohälsa såsom beskrivs i förra avsnittet (3,4).



Figur 13. Karta över socioekonomisk indelning i fem kategorier EPI 2012 i Östergötland.

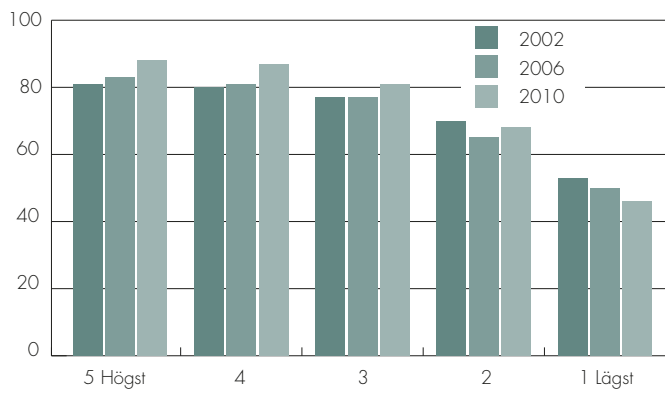
Fördelningen av antal nyckelkodsområden NYKO inom de fem socioekonomiska grupperna sattes till 10 %, 20 %, 40 %, 20 %, 10 % från högsta till lägsta socioekonomiska situation. De fem nivåerna har fått varsin färg och lagts in på kartor över Östergötland (se figur 13). De guldfärgade områdena är de områden som har lägst socioekonomisk situation och de mörkgröna har högst socioekonomi. Gruppen med lägst socioekonomisk situation, enligt denna gruppering, har högst andel invandrare, arbetslösa, lågutbildade, boende i hyreshus, låginkomsttagare och personer med försörjningsstöd (6).

Förutom en karta för hela Östergötland har kartor för respektive kommun tagits fram som mer detaljerat visar hur de olika områdena fördelar sig inom en kommun. Ett exempel på Linköping finns nedan (figur 16). Kommunernas beskrivningar återfinns på hemsidan <http://www.regionostergotland.se/>.

Med hjälp av dessa kartor kan man identifiera var områden med låg socioekonomisk situation finns i länet eller kommunen för att kunna göra riktade insatser i en kommun eller stadsdel beroende på vilken socioekonomisk situation området har. Nedan följer två exempel på detta:

### Socioekonomi och karies bland barn

Figur 14 visar tandhälsan, i form av kariesfrihet hos 6-åringar i Östergötland mellan 2006 och 2009. Barn som lever i områden med låg socioekonomisk situation har, under alla år, haft betydligt sämre tandhälsa än barn i områden med hög socioekonomisk situation. Samtidigt ökar skillnader i tandhälsa mellan barn i hög och låg socioekonomisk situation eftersom tandhälsan förbättras hos barn i områden med hög socioekonomisk situation medan den försämras hos barn i områden med den lägsta socioekonomien (26).

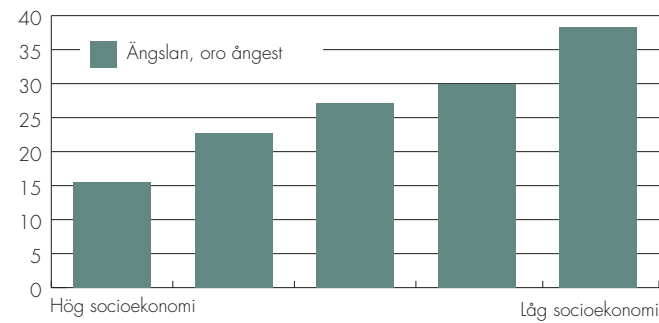


Figur 14. Andel kariesfria 6-åringar i förhållande till boendets socioekonomi 2002–2009. Källa: Folktandvården i Östergötland (EPI)

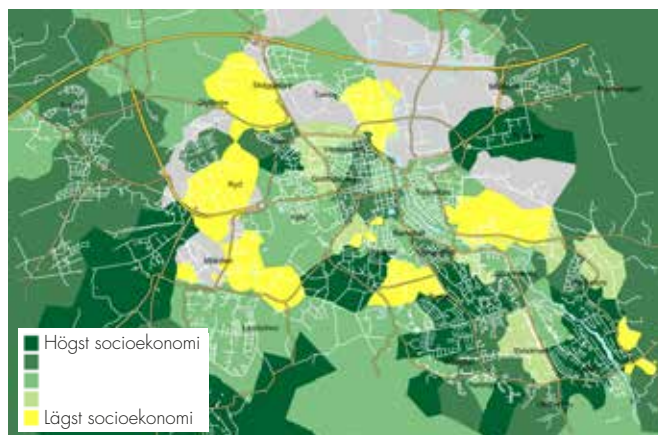
### Socioekonomi, nedsatt psykiskt välbefinnande, ångslan och oro bland personer över 65 år

På samma sätt visar figur 15, att upplevelsen av ångslan, oro och ångest, hos de som är äldre än 65 år, är högre hos

de som bor i områden med lägre socioekonomisk situation, och att detta ökar gradvis vid lägre socioekonomi. För att kunna förstå och analysera vad denna gradient kan bero på är det viktigt att identifiera var dessa olika socioekonomiska grupper befinner sig och vilka förutsättningar det finns just där.



Figur 15. Andel bland 65+ som upplever ångslan, oro och ångest, uppdelad i socioekonomisk situation. Källa: HLV, 2013.



Figur 16. Karta över socioekonomisk indelning EPI 2012 i Linköping

### Sammanfattningsvis: Finns det ojämlikhet i Östergötland?

Analysen av data från Östergötland visar att det finns påtagliga sociala skillnader i hälsa, även i Östergötland. Vi finner, konsekvent, hälsoskillnader för alla de olika hälsomått såsom förlorade levnadsår, insjuknande och död i hjärtsjukdom, ohälsotal, självskattad hälsa, psykisk hälsa och karies. Dessa skillnader återkommer vid olika former av jämförelser dvs. mellan kön, ålder, födelseland och kommun men särskilt tydligt för olika mått på socioekonomisk situation. En särskild observation är att hälsoskillnaderna följer en gradient så att de med medelhög socioekonomisk situation har bättre hälsa än de med lägst socioekonomisk situation men sämre än de med högst, dvs. det finns en "social" gradient i de olika hälsomåtten.



# 4. Samspel mellan individ och samhälle för en jämlik hälsa

## 4.1 Individens eller samhällets ansvar

I arbetet med att främja hälsa uppkommer ofta frågan om det är individens eller samhällets ansvar. Olika begrepp används för att synliggöra de problem som uppstår om man lägger ansvaret på endera part. I de fall man tillskriver individen allt ansvar trots att förutsättningarna är alltför svåra att klara på egen hand används ibland begreppet "Blaming the victim" (1). Den andra ytterligheten, där samhället tar över ansvaret för hälsa åt individen, kallas ibland "Förmyndarmentalitet" eller "Social ingenjörskonst" (2, 3).

Det handlar istället om ett samspel mellan individen och samhället som illustreras av figur 17: Individen har själv alltid ansvar för sin egen hälsa, men samhället har en viktig funktion genom att skapa likvärdiga förutsättningar för alla, som underlättar för individen ta detta ansvar och främja sin hälsa.



Figur 17. Balans mellan individens och samhällets ansvar för hälsa; Samhället har ansvar för att skapa likvärdiga förutsättningar för alla som underlättar för individen att kunna ta ansvar för sin egen hälsa. Illustration: Carolina Hawranek, Östergötland, 2014.

### Hälsofrämjande

Hälsofrämjande definieras av WHO som en process som möjliggör för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den (4). Detta kan ske genom att skapa miljöer och samhällen som karakteriseras av klara strukturer och samhällsarenor där människor ser sig själva som aktiva, deltagande subjekt som har möjlighet att definiera och använda sina resurser, för att kunna förverkliga sina ambitioner, samt att hantera och möta utmaningar i sitt liv.

### Om människosyn och etik

Människans värde som tänkande och kännande varelse utgör grunden för dess rättigheter. Enligt den humanistiska människosynen får människan aldrig betraktas eller behandlas enbart som ett medel för att uppnå mål. Människovärdet innebär att alla har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras. Människovärdet är inte bundet till våra egenskaper utan är knutet till varje enskild människa, oberoende av prestationer och utifrån detta har alla människor lika värde. Etik står för den systematiska reflektionen över mänskliga värderingar och handlingar samt motiven för dessa. Den etiska reflektionen utmärker sig genom att man försöker ge skäl till varför man handlar som man gör eller varför man valt de värden man valt. Sådana reflektioner aktualiseras t.ex. när man har att ta ställning till konflikter mellan olika värden och intressen. En av grundprinciperna är autonomi, rätten till självbestämmande. Principen innebär att man själv ska få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att det inte kränker andra. Respekten för mänsklig integritet och autonomi bör präglade all hälsofrämjande verksamhet liksom medmänsklig verksamhet i allmänhet.

Hälsan har en särställning i människors livsplaner och placeras av människor som ett av de högsta värdena för dem. Detta innebär att hälsa är ett viktigt medel för varje människas lycka. Hälsa har därför nästan samma starka ställning som lycka som grundmål för etiskt handlande. Nytoargumentet för att arbeta för att främja mänsklighetens hälsa är således särskilt stort (2).

### Barnkonventionen

Barn intar en särskild position när det gäller människosyn och etik. Barns och ungas komplexa ställning i relation till vuxenvärlden, som både självständiga och beroende, synliggörs i FN:s konvention om barnets rättigheter (barn är man upp till 18 år). Barnkonventionen syftar till att ge barn oavsett bakgrund, rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. Konventionen handlar om det enskilda barnets rättigheter och poängterar föräldrarnas och den utvidgade familjens roll och ansvar för barnet, men ålägger samtidigt staten ansvar för att skydda barnet mot vanvård, utnyttjande och övergrepp. Den ska gälla i alla samhällen,

oavsett barnets kultur, religion, etnicitet, funktionshinder eller andra särdrag (5). Barnkonventionen, som antogs 1989 ratificerades av Sverige 1990, och innehåller fyra huvudprinciper:

- alla barns lika värde och rättigheter. Ingen får diskrimineras.
- barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. Vad som är barnets bästa avgörs i varje enskilt fall utifrån hänsyn till barnets egen åsikt och erfarenhet.
- varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling, till fysiska hälsa och till andlig, moralisk, psykisk och social utveckling.
- barnets rätt att bilda och uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad (5).

## 4. 2 Den sociala gradienten och proportionell universalism

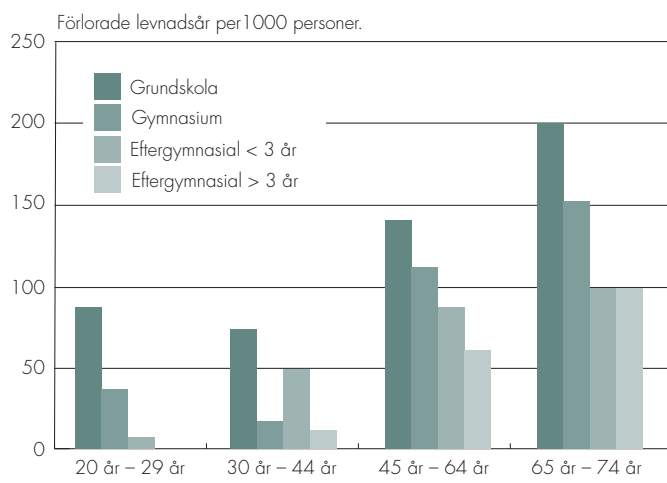
I alla våra analyser av Östgötadata återkommer, i alla åldersgrupper, ett mönster som visar att ju lägre en individs sociala position är, desto sämre är hans eller hennes hälsa, se t.ex. tidigare figur 9 nedan. Skillnaderna i hälsa gäller således inte bara ”de fattiga” i jämförelse med ”alla andra”, utan det finns en gradvis förändring längs skalan av mått på social situation; utbildningsnivå, inkomstnivå etc., vilket kallas *social gradient* eller *position*.

Det innebär att insatser inte kan avgränsas till ”den lägsta gruppen” utan de måste rikta sig till ”alla”, dvs. vara *universella*. Men, det kommer att finnas ett, gradvis, större behov av insatser i relation till lägre socioekonomisk situation, dvs. insatserna behöver bli mer omfattande och/eller intensiva i den mest utsatta gruppen i *proportion* till behovet. *Proportionell universalism* innebär att alla har samma

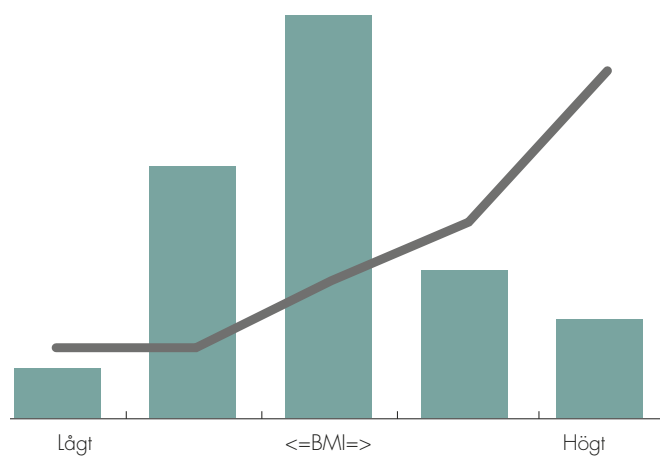
grundläggande behov, men olika stort behov av samhällets stöd (6, 7). Ett exempel på denna är barnvårdcentralernas (BVC) verksamhet som anses vara en av anledningarna till svenska barns goda hälsa. Insatserna från BVC är generella (universella) dvs. alla bjuds in till besök på BVC. Men de är också proportionella dvs. vid behov erbjuder BVC personalen ett extra besök för ett längre samtal, eller kopplas flera resurser in. Ett sätt att organisera för att ytterligare kunna stärka och anpassa dessa insatser utifrån behov är familjecentraler.

## Den preventiva paradoxen

En återkommande fråga är hur insatserna bör riktas för att nå störst effektivitet. En *högriskstrategi* innebär att söka upp individer med högst risk för att insjukna (enligt figur 18 nedan, de med högst kroppsvikt) och rikta insatser till dessa individer. Emellertid är inte detta den bästa metoden för att minska antalet nyinsjuknade. Orsaken grundas i det som kallas den *epidemiologiska eller preventiva paradoxen*, (8) vilken innebär att de individer som har mycket hög risk (i detta exempel fetma, som innebär en höjd risk att insjukna i diabetes) sammantaget är mycket få i förhållande till de som har lätt förhöjd risk (i detta fall övervikt). Det är det stora antalet individer med lätt förhöjd risk som ger flest nya sjukdomsfall, se figur 18. En *befolkningsstrategi* innebär insatser till hela befolkningen för att nå och påverka sjukdomsriskerna för de många med lätt förhöjd risk. Det ger större effekt på folkhälsan om många individer gör en liten hälsosam beteendeförändring än om ett fåtal individer gör stora förändringar i sitt levnadssätt. *Strukturella insatser* är emellertid nödvändiga eftersom de påverkar de grundläggande strukturer som påverkar hälsan. Sådana strukturella insatser innefattar att ändra exponering för olika riskfaktorer samt att skapa möjligheter för människor att påverka sin situation, dvs. att skapa hälsofrämjande miljöer.



Figur 9. Den sociala gradienten i Östergötland vad gäller förlorade levnadsår för män i olika åldrar (per 1 000 personer) i förhållande till utbildningsnivå. Gradienten är särskilt tydlig i medelåldern.



Figur 18. Grafen illustrerar, dels (linje), sambandet mellan övervikt utifrån kroppsmåttets index Body Mass Index (BMI) och risken att utveckla nedsatt glukos-intolerans, som är ett förstadium till diabetes, dels antalet individer i samma population som utvecklat glukos-intolerans (staplar).

## Tradition, förändring och regionala skillnader i hälsa

### Exemplen Ydre och Boxholm

Bland Östergötlands 13 kommuner är Ydres positiva resultat vad det gäller hälsan slående. I en kommande rapport framtagen för kommission tyder resultaten på att det beror på sociokulturella faktorer under en lång, historisk process.

Idag karaktäriseras Ydre av små och medelstora jord- och skogsbruk tillsammans med ett betydande antal småföretag. Som jämförelse är Boxholm en typisk bruksbygd, som under de sista decennierna drabbats av andra generationens bruksdöd som en följd av globalisering, sammanslagningar och nedläggning av industriell verksamhet i den svenska landsorten. Detta förklarar en lägre sysselsättningsgrad och en högre arbetslöshet i Boxholm.

Vid en återblick till 1700-talets mitt var de socioekonomiska skillnaderna inte stora i de två områdena. I båda fallen levde de flesta på vad jorden och skogen gav. Hushållens huvudmän var oftast bönder eller torpare. Sedan inleddes en process som skulle göra att församlingarnas sociala och demografiska historia skilde sig åt. I Boxholm fanns ett medelstort gods, kring vilket ett järnbruk grundades. Ydre behöll sin karaktär av jordbruksbygd, men Boxholm präglades av bruksdriften.

I Ydre blev frikyrkorna, nykterhetsrörelsen, jordbrukarnas kooperativa och politiska organisationer och företagarnas olika nätverk det sociala och kulturella kapitalets arenor. Här kunde man odla en lokal identitet med i viss mån likartade värderingar, band som skapade mening och samhörighet.

I Boxholm formerades det sociala och kulturella kapitalet kring arbetsgemenskapen, i facket, konsumentkooperationen och den politiska arbetarrörelsen. Där fanns en gemensam tolkning av världen och en samhörighet, odlad i möten och studiecirklar. Som monument uppstod konsumbutikerna, Folkets Hus, Folkets Park och idrottsplatsen.

Under de senaste decenniernas globalisering, har det sociala och kulturella kapitalet i "bibelbältets" Ydre varit mer motståndskraftigt och flexibelt. I Boxholm antyder högt valdeltagande och trohet till vänsterpartierna att "bruksandan" inte avsomnat helt. Men "bruket" är inte längre den trygga värld som gav arbete och inkomster åt de många. Unga män, som tidigare gick tvåårigt gymnasium för att få ett bra och stabilt arbete vid bruket, lämnar ofta skolsystemet utan gymnasieexamen, vilket begränsar deras tillgång till arbete. Idrottsföreningarna, som tidigare ofta fick konkret stöd av arbetsgivaren, finns kvar, men är inte lika viktiga i den digitaliserade cybervärld som många unga vistas i.

Det finns naturligtvis gemensamma problem i glest befolkade bygder. I båda kommunerna är dagpendlingen till arbetsplatser på andra orter stor. Kvoten mellan försörjare och försörjda har varit oförändrad de senaste årtiondena, eftersom allt färre barn föds. Det kan bara bestå en viss tid, och snart står allt färre inför utmaningen att ta hand om allt fler i behov av vård och omsorg. Samtidigt bor och betalar många av de äldres barn sina skatter i de "unga" städerna.

Regionala skillnader och skillnader land-stad är också en fråga om jämlik hälsa.

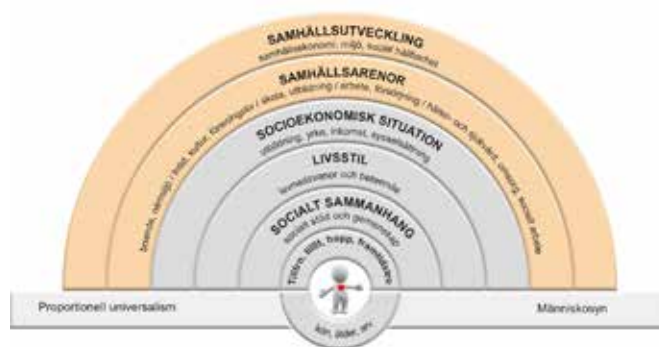
## 4.3. Östgötamodellen för jämlik hälsa

För att illustrera det komplexa samspelet mellan samhälle och individ vad gäller förutsättningar för en god hälsa på lika villkor har en sammanfattande "Östgötamodell för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle" tagits fram. Se figur 1. Modellen är en vidareutveckling av "Hälsans bestämningsfaktorer", framtagen av Dahlgren och Whitehead 1991 (9).

I Östgötamodellen har två nya dimensioner lagts in under individperspektivet; individens socioekonomiska situation samt psykologiska aspekter dvs. individens tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro. Avsikten är att illustrera att socioekonomisk situation och tilltro, tillit, hopp och framtidstro är strukturellt påverkbara faktorer. Modellen har därtill en "bas" som beskriver grundläggande förhållningssätt för att skapa ett jämlikhetsperspektiv; proportionell universalism samt en människosyn som utgår från alla människors lika värde.

Kommissionen har med utgångspunkt i aktuell forskning, fördjupat sig i hur strukturella och politiskt styrda samhälls- och miljöfaktorer (orangemarkerade i figur 1) kan påverka individfaktorer (gråmarkerade i figur 1) genom att studera "orsakernas orsak" till den ojämlikhet i hälsa som även

finns i Östergötland. Resultat av kommissionens arbete vad gäller orsakernas orsak på individnivå finns beskrivna i kapitel 5, och hur strukturella insatser på samhällsnivå kan påverka dessa och minska ojämlikheten i hälsa finns förklarade i kapitel 6.



Figur 1. "Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle". Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991 (9).

# 5. Orsaker på individnivå som bidrar till ojämlikhet i hälsa

I analysen av Östgötadata finns tydliga och återkommande skillnader i hälsa mellan olika grupper; detta gäller för ålder, kön, födelse- och kommun men är särskilt tydligt för olika mått på socioekonomisk situation. Med hjälp av Marmots förklaringsmodell (figur 19) (1) har vi i nästa steg analyserat möjliga orsaker på individnivå för dessa återkommande socioekonomiska skillnader i hälsa.

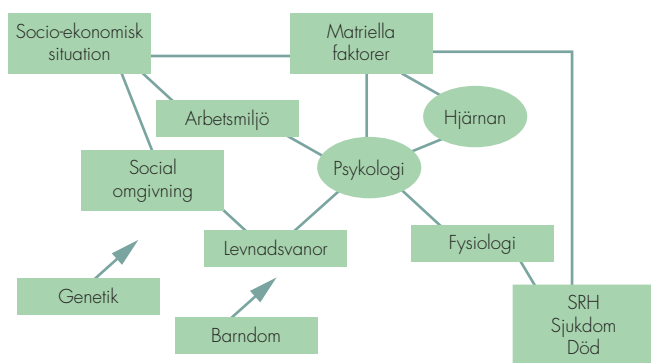
## 5.1. Socioekonomisk situation – utbildning, yrke, inkomst

### Utbildning

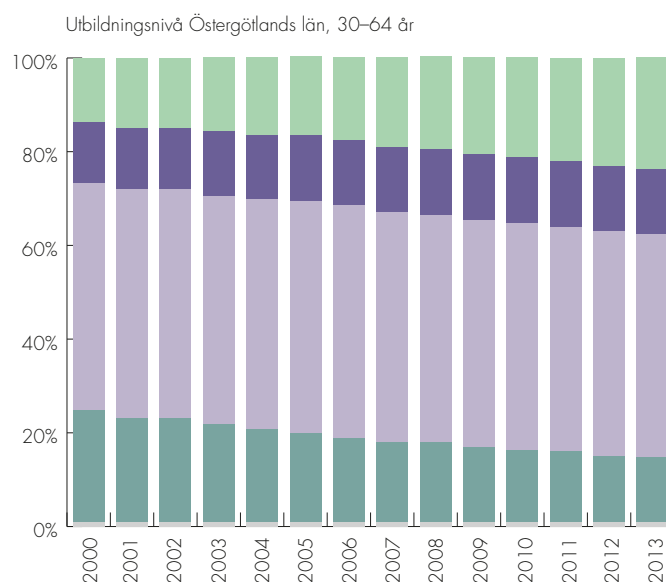
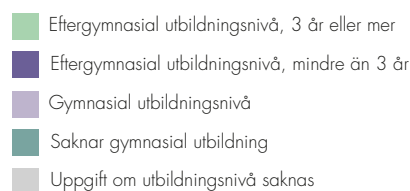
Vi ser idag en förändring av genomsnittlig utbildningsnivå i vårt land, och även i Östergötland, med allt fler som har eftergymnasial utbildning och allt färre utan gymnasieutbildning (se figur 20). Samtidigt har samhället och arbetslivet under de senaste decennierna genomgått stora förändringar som ställer nya krav på kunskap och kompetens för deltagandet i arbets-, vardags- och samhällslivet. Avslutat gymnasium är idag det enskilt viktigaste kravet som gäller för alla typer av tjänster. I Östergötland har vi, jämfört med riket, en lägre andel elever med gymnasiebehörighet, och detta ses hos både flickor och pojkar (år 2009 och år 2010) (2).

### Yrke

För den som har ett arbete innebär ett yrke med låg socioekonomisk status, (arbetare jämfört med tjänstemän, yrke



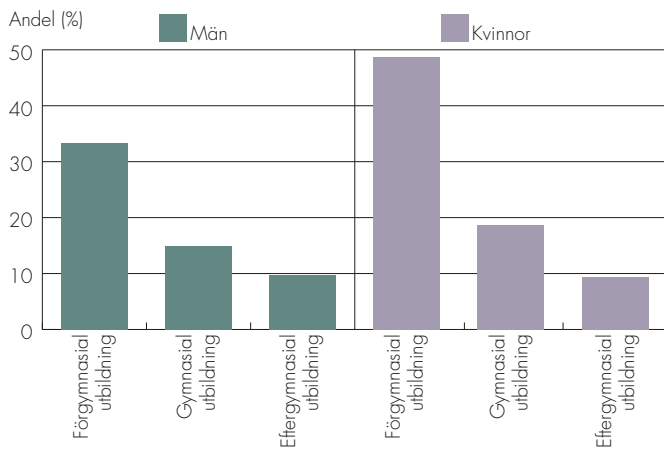
Figur 19. Modellen illustrerar den biopsykosociala modellen där samband mellan individens socioekonomiska situation och hälsoutfall, såsom självskattad hälsa (SRH), sjukdom och död kan studeras och hänförs till olika biologiska, och psykosociala bestämningfaktorer efter Marmot et. al. (1).



Figur 20. Förändring över tid vad gäller utbildningsnivå; Östergötland 2002–2013.

utan krav på yrkeskvalificerad utbildning jämfört med yrke som kräver yrkesutbildning) en ökad risk att utsättas för en skadlig arbetsmiljö med kemiska eller fysiska exponeringar samt ökad risk för och olycksfall i arbetslivet. Det innebär även en högre risk för en ogynnsam psykosocial arbetsmiljö. Risken att utsättas för fysiska skador har tydliga samband med arbetsrelaterad stress.

Den klassiska modellen för arbetsrelaterad stress beskriver betydelsen av balans mellan krav och kontroll i arbetet. Arbeta där höga krav är förenade med låg kontroll kallas "spänt arbete" (3,4). Detta är vanligare i yrken med låg socioekonomisk status, och är en etablerad riskfaktor för ohälsa, sjukdom och för tidig död, såsom hjärtinfarkt (3) depression och utbrändhet (5). Höga krav behöver inte leda till ohälsa om man har kontroll över sin arbetsituation, frihet att själv planera sitt arbete, använda sina färdigheter, lära sig nya saker, och känna att man behandlas rättvist. Det



Figur 21. Andel män och kvinnor 20–64 år som varken förvärsarbetar eller studerar, efter utbildningsnivå. Östergötland 2012.

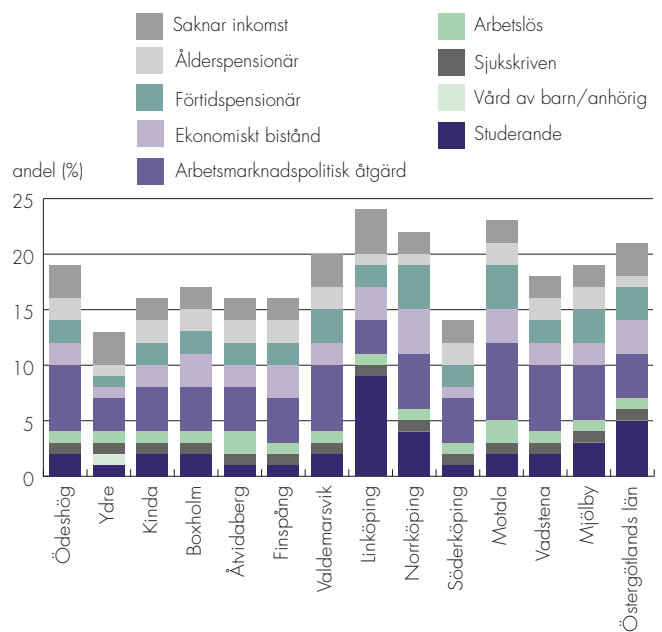
sociala stödet i arbetet, både från chefer och från medarbetare är en viktig skyddande faktor som kan kompensera för brister i arbetsmiljön. De som däremot upplever brist på stöd från chefer och kollegor har större risk för sjukdom, och utvecklar i högre grad symtom på depression och utbrändhet (5). Samma sak gäller om den upplevda belöningen är liten i förhållande till arbetsinsatsen samt om människor oroas över att bli av med jobbet. Under senare år, med en ökande andel behovsanställda, lever allt fler med en ekonomisk otrygghet. Otrygghet i anställningen leder till osäker inkomst, osäker försörjning samt ekonomisk otrygghet och är en starkt bidragande faktor till ohälsa.

## Sysselsättning

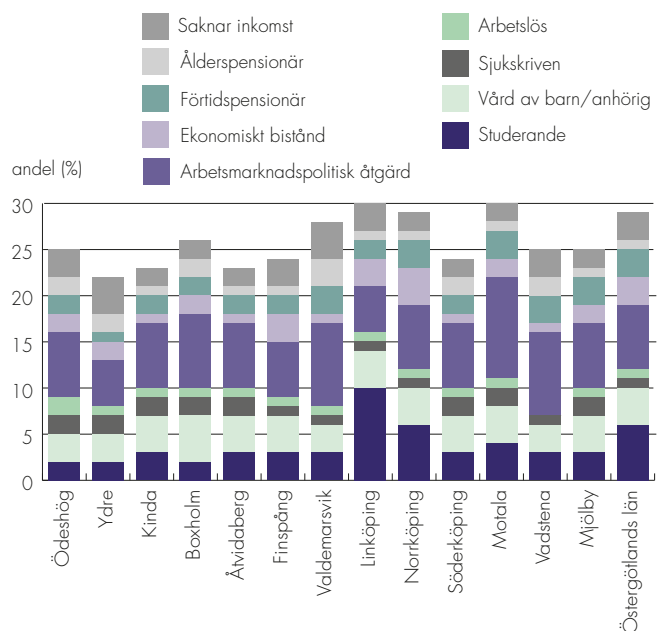
När formella krav i arbetslivet kopplas direkt till fullständiga gymnasiebetyg skapas strukturella hinder för många ungas, men även nysvenskars, möjligheter att ta sig in i arbetslivet. Det är också tydligt i analys av data som beskriver andelen som står utanför arbetsmarknaden, som är tydligt relaterat till individens utbildningsnivå. Se figur 21.

Detta ställer också krav på kvinnor och män att ta ansvar för ett livslångt lärande, för att vara ”anställningsbara” och ibland för att möjliggöra förändrade yrkesval. Dessa krav klarar inte alla människor av. Även informella krav stänger ute människor. Den enskildes utbildningsnivå påverkar förmågan att anpassa den egna kompetensen till den utveckling som sker i arbets- och samhällslivet. Att inte ha rätt kompetensnivå för att lösa arbetsuppgifter antingen som anställd eller som deltagare i en sysselsättningsåtgärd är en orsak till ohälsa. Organiseringen i arbetslivet bygger allt mer på teamarbete, vilket ställer krav på förmåga att kommunicera och på social kompetens, kompetenser som delvis grundas i uppväxten, i skolan och i andra tidigare erfarenheter (6).

Det ”sociala arvet” innebär, därtill, att individer med en social bakgrund där föräldrarna är arbetslösa eller har kort utbildning har högre risk att inte avsluta sina gymnasie-studier, vilket leder till ökad risk för att bli arbetslös (7).



Figur 22. Huvudsaklig försörjningsaktivitet 2012 för män 20–64 år i Östergötland, utöver arbete som inte finns med i tabellen.

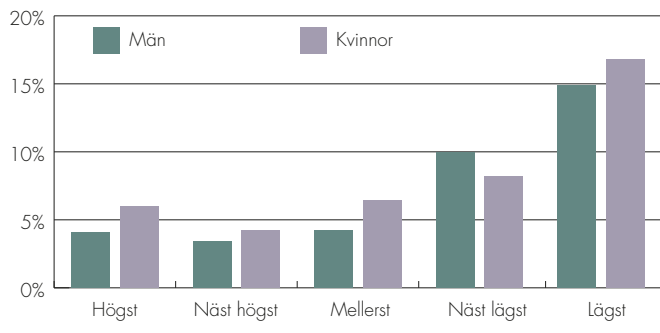


Figur 23. Huvudsaklig försörjningsaktivitet 2012 för kvinnor 20–64 år i Östergötland, utöver arbete som inte finns med i tabellen.

## Materiella faktorer, inkomst, försörjning och ekonomisk trygghet

Andel ensamstående föräldrar med barn och andel föräldrar med utländsk bakgrund som har låg ekonomisk standard har fördubblats under 2000-talet. Östergötland har, år 2009 och år 2010, fler barn i hushåll med socialbidrag och i hushåll med både socialbidrag och låg inkomststandard jämfört med riket. 11 % av barnen växer upp i familjer med låg inkomst eller socialbidrag. 33 % av barn med utländsk bakgrund och 5 % av barn med svensk bakgrund finns i ekonomiskt utsatta hushåll och var 5:e förälder rapporterade att de hade problem att betala sina räkningar (8).

Ensamstående föräldrar med barn och föräldrar till barn med funktionshinder har svårt att klara löpande utgifter,



Figur 24. Andel av de över 65 år som avstått från att söka tandläkarvård i Östergötland, uppdelad i socioekonomisk situation vars fördelning i länet visas på Östgötakartan (Figur 13). Källa: HLV 2013.

och saknar ofta kontantmarginal. De senaste decennierna har trångboddhet återigen blivit vanligare och omkring 15 % av hushållen i Sverige är trångbodda år 2007. Sammantaget innebär detta en växande ojämlikhet bland barn och unga, och deras familjer, där faktorer som rör föräldrarnas bakgrund (svensk eller utländsk) och familjestruktur (ensamstående eller två föräldrar) är särskilt viktiga att uppmärksamma (8, 9).

Inkomstskillnader har även ökat bland personer som är äldre än 65 år. Av de med lägst socioekonomisk situation har 40 % svårighet att klara en oväntad utgift på 15 000 kr, jämfört med 8 % av de med högst. Detta avspeglas också genom att i Sverige idag avstår 16 % av de över 65 år, som har sämst ekonomi från att söka tandläkarvård trots upplevda behov, jämfört med ca 5 % bland de med högst inkomst, se figur 24.

Låg inkomst och låg ekonomisk standard har stor betydelse för hälsan i alla åldrar. För barnens hälsa ser man tydliga effekter utifrån vårdnadshavarens socioekonomiska situation där särskilt ensamstående småbarnsföräldrar med små ekonomiska resurser är en utsatt grupp. De första åren i livet utgör en kritisk tidsperiod som, i samspelet mellan

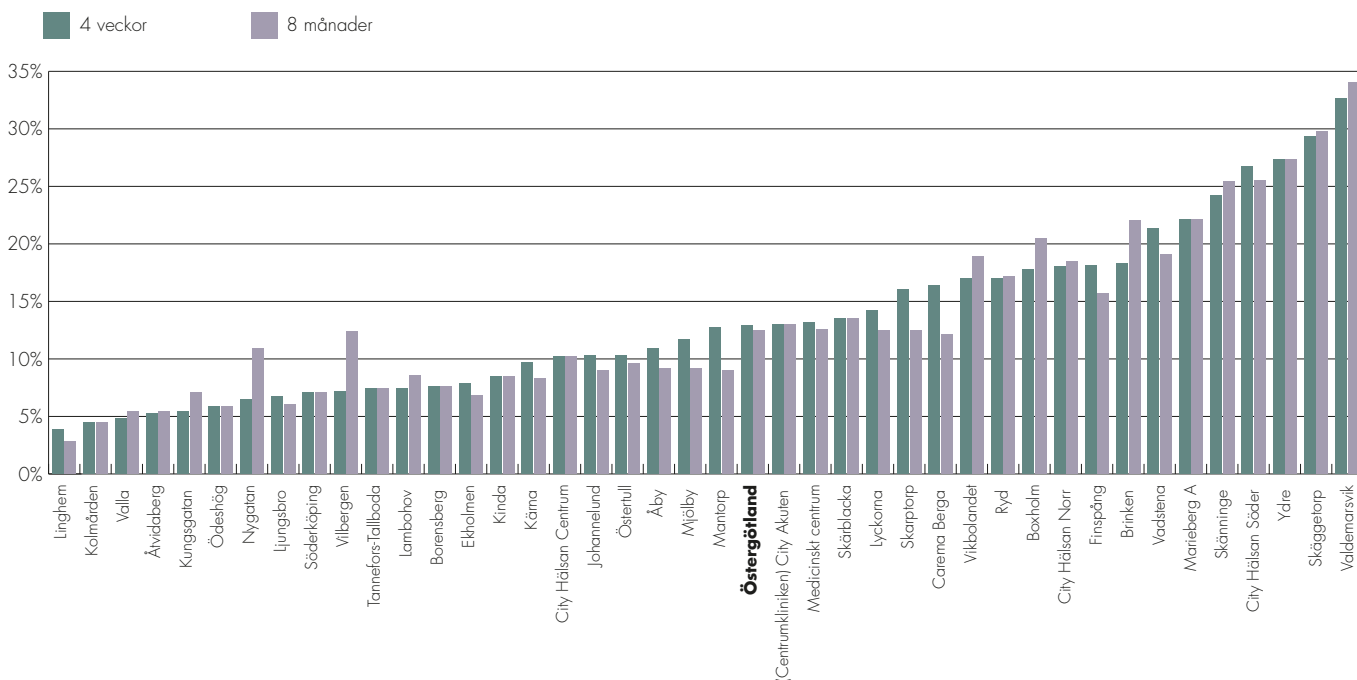
biologi, genetik och miljö påverkar hälsa och motståndskraft. Barnets fysiska och psykosociala livssituation påverkar därför barnets hälsoutveckling vad gäller kognitiv förmåga, fysisk och psykisk hälsa, både under barndomen och i vuxenlivet. Detta gäller alla hälsoutfall, allt från tidig död, fysisk funktionsförmåga, hjärtsjukdom, psykisk ohälsa, självskattad hälsa till riskbeteende (10–13).

## 5.2 Livsstil – levnadsvanor och beteenden

Våra levnadsvanor t.ex. rökning, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet, är välkända riskfaktorer för att insjukna i våra stora folksjukdomar, hjärtinfarkt, stroke eller diabetes, men också för cancer, kronisk lungsjukdom, ryggbesvär och skador (14, 15). Tobaksrökning är en av våra ”starkaste” riskfaktorer och återkommer som riskhöjande för de flesta sjukdomar, och särskilt för kronisk lungsjukdom (KOL), lungcancer och hjärt-kärlsjukdom. Socioekonomiska skillnader är tydliga för samtliga av dessa levnadsvanor, och återfinns i alla åldersgrupper, inte minst bland ungdomar. Det är viktigt att tidigt i livet skapa goda levnadsvanor då pojkars och flickors levnadsvanor tenderar att försämrats under tonåren och sedan kvarstå i vuxen ålder.

Rökvanor har en mycket stark koppling till socioekonomisk situation. Hos vuxna med grundskoleutbildning är andelen rökare ca 30 % och bland de med högskoleutbildning 5 % (14, 15). Rökvanor skiljer också mycket kraftigt mellan olika delar, av länet, se figur 25 nedan avseende rökvanor hos småbarnsföräldrar.

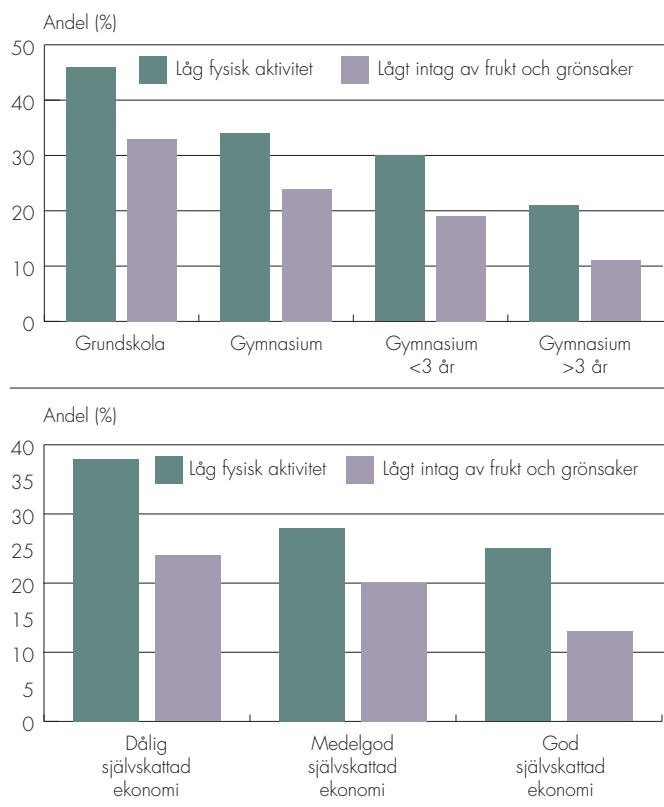
Medelintaget av alkohol är högre i grupper med hög socioekonomisk situation men alkoholmissbruk är vanligtare, och risken att detta missbruk leder till allvarliga sociala konsekvenser är högre för den som, i grunden, har en utsatt social situation (15).



Figur 25. Andel familjer (%) där någon familjemedlem är rökare när barnet är 4 veckor respektive 8 månader gamla, barn födda 2011, efter BVC i Östergötland. Källa: BHV, Östergötland.

Låg fysisk aktivitet har koppling till alla våra folksjukdomar men också till ohälsa och lågt psykiskt välbefinnande. Fysisk aktivitet på fritiden har blivit allt viktigare då våra arbeten blir alltmer stillasittande. Det är vanligare med en lågt fysisk aktivitet på fritiden bland personer med låg socioekonomisk situation jämfört med de med hög socioekonomisk situation (se figur 26), (14,15). Detsamma gäller ohälsosamma matvanor, såsom lågt intag av frukt och grönsaker (se figur 26). Dåliga matvanor och låg fysisk aktivitet är kopplade till övervikt och fetma som, i sig innebär en rad hälsorisker. Bland vuxna skiljer förekomsten av övervikt inte mellan grupper med olika socioekonomisk situation, men förekomsten av fetma är mycket vanligare bland individer med låg socioekonomisk situation (14, 15). Vi ser även en ansamling av ogynnsamma levnadsvanor i andra utsatta grupper, och särskilt hos de som har en psykisk sjukdom. De flesta psykiskt sjuka dör av sjukdomar som kan hänföras till deras levnadsvanor och inte av sin psykiska sjukdom (15).

Ogynnsamma levnadsvanor är således en viktig förklaring till sociala skillnader i hälsa, men är inte den enda förklaringen till dessa skillnader (14–16). Det är därtill, viktigt att minnas att individens levnadsvanor inte är en enkel funktion av information och kunskap. De är intimt kopplade till kultur och värderingar, sociala faktorer, omgivningens vanor och värderingar, men också till psykologiska faktorer i form av stress, oro och nedstämdhet samt tilltro till egen förmåga. Förutsättningarna i de olika samhällsarenorna bidrar därmed i hög grad till skillnader i hälsa som kan hänföras till levnadsvanor.



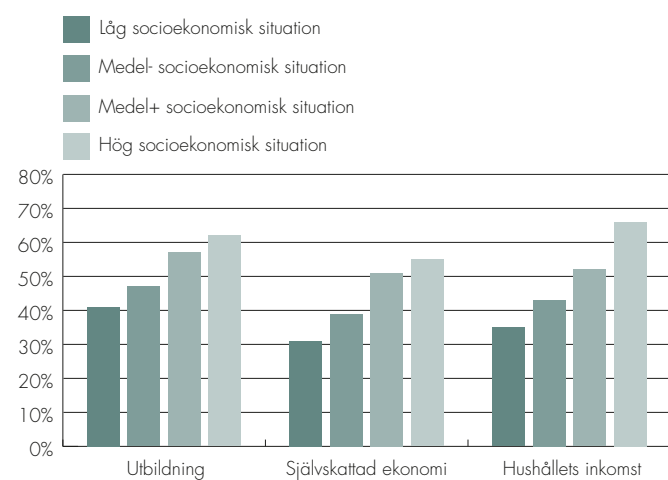
Figur 26. Andel individer med låg fysisk aktivitet (ingen fysisk träning), resp lågt intag av frukt och grönsaker (lägre än rekommenderat intag) utifrån utbildningsnivå (figur 26 a) och självskattad ekonomi (figur 26 b).

### 5.3 Socialt sammanhang – socialt stöd och gemenskap

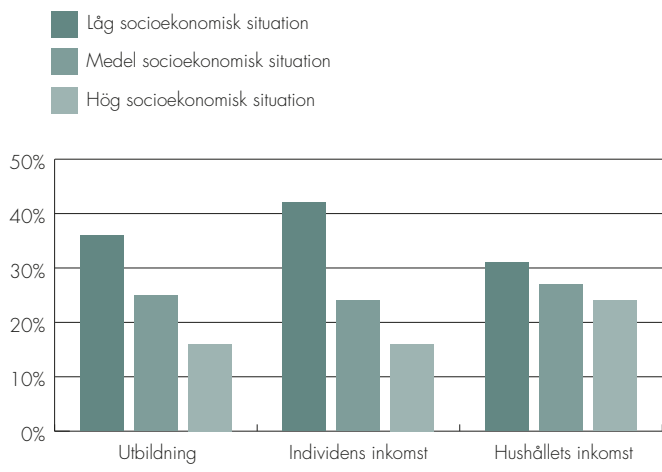
Människan är en social varelse. Vårt behov av social gemenskap är grundläggande för välbefinnande och livskvalitet men också för vår hälsa. Socialt kapital, att vara del i ett socialt sammanhang, socialt nätverk och stöd, att vara sedd, hörd och känna delaktighet är viktiga skyddsfaktorer för hälsan (17, 18). Socialt stöd innefattar dels, det kvantitativa måttet som kallas socialt nätverk, som handlar om hur väl integrerad man är i sitt sociala sammanhang och hur många vänner och bekanta man har som kan ge både praktisk hjälp och gemenskap, dels den kvalitativa delen som kallas emotionellt stöd. Det senare gäller om det finns någon person som man kan dela tankar och känslor med, någon att ”hålla om och hålla av”, och det kan räcka med en enda, viktig, person (17, 18). Tillgången till socialt nätverk är mindre hos den som har en lägre socioekonomisk situation (se figur 27). Detsamma gäller för emotionellt stöd (19, 20). Båda formerna av socialt stöd är centrala för självskattad hälsa och psykiskt välbefinnande men är också oberoende, skyddande, faktorer, för sjukdom, t.ex. hjärtinfarkt och för tidig död (17, 18).

### 5.4 Tilltro, tillit, hopp och framtidstro

Idag ökar kunskapen om den ”positiva psykologin” som gäller skyddande psykologiska resurser (21, 22). Dessa innefattar begreppen känsla av sammanhang (23), med delaspekter som, meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet, självförtroende och självkänsla samt copingförmåga (24, 25). Copingförmåga innebär tilltro till sin egen förmåga att klara olika situationer. Den är beroende av individens upplevda möjligheter att hantera svårigheter och utmaningar och präglas av levda erfarenheter under livet. Dessa psykologiska resurser är, alla, oberoende skyddsfaktorer för sjukdom och död, t ex. i stroke och hjärtinfarkt (22, 24), och tillgång till denna form av skyddande psykologiska faktorer är lägre hos grupper med låg socioekonomisk situation (19, 20).



Figur 27. Skalpoäng av socialt nätverk i förhållande till utbildningsnivå, självskattad ekonomi och hushållets disponibla inkomst. Källa: LSH studien Östergötland; N = 1007.



Figur 28. Andel individer med låg tillit (dvs. svarar nej på frågan om man, i allmänhet, kan lita på andra människor;) utifrån utbildningsnivå, individuell inkomst och hushållets disponibla inkomst. Källa: HLV 2011.

En utsatt socioekonomisk situation är, därtill, förenat med mindre tillit till andra människor (figur 28). Detta innefattar även att ha mindre tillit till samhälls- och välfärdssystemen, trots att man är mer beroende av dessa (26). Tidigare erfarenheter av bemötande vid kontakter kan vara en förklaring till dessa skillnader i individers tillit till systemen.

Det är sedan länge känt att psykologiska riskfaktorer såsom uppgivenhet, nedstämdhet och depressivitet är oberoende riskfaktorer för sjukdom och död (27). För den som under längre tid lever i en situation där man upplever att man inte kan påverka sin livssituation, och möter upprepade motgångar, minskar tilltron till den egna förmågan och en känsla av hopplöshet uppstår. Hopplöshet är nära kopplad till låg självskattad hälsa, nedstämdhet och oro, men är också en välkänd oberoende riskfaktor för sjukdom och död. Låg socioekonomisk situation är förenat med högre risk för psykologiska riskfaktorer, särskilt för hopplöshet (19, 20, 28) se figur 29.

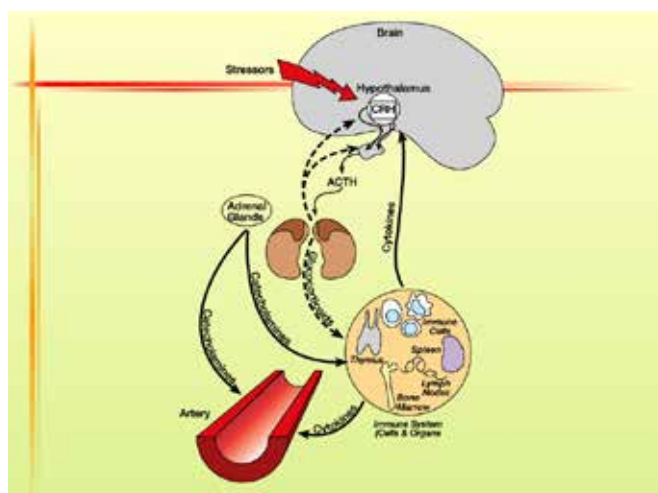
## 5.5 Hur påverkar dessa ojämlikheter kroppen så att man blir sjuk?

Nästa fråga gäller hur bristande tillit, tilltro till egen förmåga och hopplöshet kan påverka kroppen så att vi blir sjuka och dör. Den ”indirekta vägen” innebär att stress, uppgivenhet och oro leder till mer ogynnsamma levnadsvanor, och att detta i sin tur påverkar kroppen. Den andra förklaringen är den ”direkta” effekten av stress på det biologiska systemet (19, 28, 29). Forskningen om ”kropp och själ” har utvecklats starkt under de senaste decennierna. Vi vet idag att tankar och känslor påverkar kroppens centrala skyddssystem, t.ex. nivåer av stresshormonet kortisol och immunsystemets aktivitet (30). Detta är grundläggande överlevnadsmekanismer som rustar oss inför utmaningar och svårigheter, bland annat, genom att frigöra energi så att vi klarar fysiska och psykiska ansträngningar (29). Men, för att fungera måste systemet också kunna slappna av och återhämta sig, denna dynamiska förmåga saknas vid den s.k. kroniska stress som är vanligare hos individer som lever i



Figur 29. Skalpoäng på fråga om upplevd hopplöshet (relativa nivåer) i förhållande till utbildningsnivå, självskattad ekonomi och hushållets disponibla inkomst. Källa: LSH studien Östergötland; N = 1007.

en utsatt socioekonomisk situation. Den ökade risken för sjukdom och ohälsa som vi finner i grupper med låg socioekonomisk situation kan således hänföras till en mer utsatt livssituation med ökad psykosocial stress, och till effekter på kroppens grundläggande skyddsmekanismer (19, 28–30). Se figur 30 nedan.



Figur 30. Figuren illustrerar kroppens stresssystem med linjer från hjärnan till binjurarna som producerar stresshormonerna kortisol och katekolaminer (adrenalin) och hur dessa påverkar immunsystemet.

## Sammanfattning

Låg socioekonomisk situation, i form av utbildning, yrke eller inkomst är förenat med ökad risk att inte få ett arbete eller att få arbete med en ogynnsam arbetsmiljö och ogynnsamma arbetsvillkor. Det är större sannolikhet att man har en livsstil som innebär ogynnsamma levnadsvanor, att man har lägre tillgång till social gemenskap och socialt stöd, lägre tilltro till egen förmåga, lägre tillit till andra, mer upplevd hopplöshet och bristande framtidstro och genom detta, en ökad sårbarhet för sjukdom och ohälsa.



# 6. Hur kan man minska ojämlikhet i hälsa med insatser på samhällsnivå?

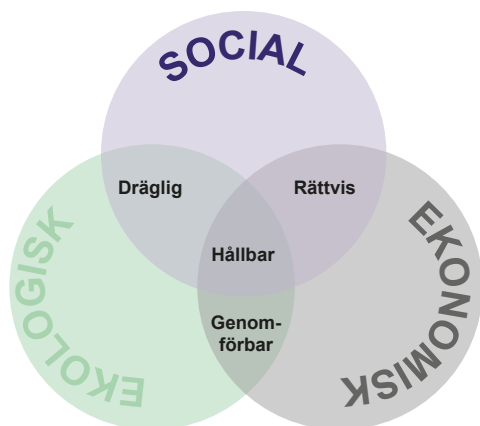
## 6.1 Samhällsutveckling – samhälls-ekonomi, miljö och social hållbarhet

En hållbar utveckling definieras som "... tillgodose dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov" (1). Hållbar utveckling består av tre dimensioner:

- Ekologisk hållbarhet: att långsiktigt bevara vattnets, jordens och ekosystemens produktionsförmåga och minska påverkan på naturen och människans hälsa
- Ekonomisk hållbarhet: att hushålla med mänskliga och materiella resurser på lång sikt
- Social hållbarhet: att bygga ett långsiktigt stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande mänskliga behov uppfylls.

De tre dimensionerna är ömsesidigt beroende av varandra; social hållbarhet är en förutsättning för ekonomisk och ekologisk hållbarhet och de ekonomiska och ekologiska dimensionerna är förutsättningar för att uppnå social hållbarhet (1,2). En hållbar samhällsutveckling förutsätter därför en balans mellan dessa tre dimensioner som bygger på dräglighet, genomförbarhet och rättvisa, det senaste också kallat jämlikhet (figur 31).

Dessa tre dimensioner för hållbar utveckling utgör grunden för Östergötlands regionala utvecklingsprogram, RUP.

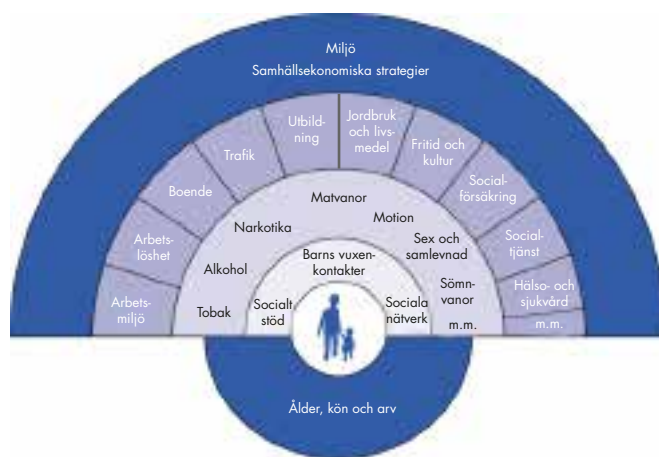


Figur 31. De tre dimensionerna för hållbar utveckling.

Dess första mål är goda livsvillkor för regionens invånare. Kärnan i ambitionerna beskrivs som ett gott liv för regionens invånare där alla ska ha goda förutsättningar att i alla livsskedet och livsroller tillvarata sina förmågor och forma sina liv, samt delta i samhällets omvandling. Detta gäller bland annat möjligheter till utbildning, arbete, fritid, social samvaro och boende för alla människor, oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder (3).

Detta mål ligger helt i linje med det svenska, nationella, folkhälsomålet *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*, som antogs av den svenska riksdagen år 2003 (4). Det unika med detta folkhälsomål är att det, och dess 11 målområden, bygger på hälsans bestämningfaktorer. Nedanstående figur kallas "Hälsans bestämningfaktorer" och illustrerar hur hälsan påverkas av olika samhällsfaktorer, människors livsvillkor i de olika vardagsmiljöerna, levnadsvanor och sociala sammanhang (figur 32).

Bilden illustrerar också att hälsa är centralt i det regionala utvecklingsarbetet och samhällsutvecklingen. Det politiska ansvaret för att skapa dessa samhälleliga förutsättningar finns i olika sektorer och på olika nivåer i samhället.



Figur 32. Hälsans bestämningfaktorer enligt Whitehead och Dahlgren 1991 (5).

Folkhälsa handlar om fördelning av hälsa mellan, och inom, grupper i befolkningen. Ojämlighet i hälsa, och i hälsans sociala bestämningsfaktorer, kan uppstå vid en obalans mellan de sociala och ekonomiska hållbarhetsdimensionerna och blir därmed ett hot mot hållbar utveckling. En god och jämlik hälsa i befolkningen är därför både ett mål och en förutsättning för en hållbar samhällsutveckling.

### Arbete för att minska ojämlikhet i hälsa – internationellt, nationellt, regionalt, lokalt

Världshälsoorganisationen (WHO) har uppmärksammat de stora, och ökande, skillnaderna i hälsa inom och mellan länder där hälsoklyftor med 40 års skillnad i förväntad medellivslängd idag ses mellan olika länder (6). Också inom länder, såsom Sverige, finns stora hälsoklyftor som är nära förbundna med sociala förhållanden – hälsans sociala bestämningsfaktorer. En WHO-kommission gjorde 2008 en ingående analys av en rad sådana bestämningsfaktorer; uppväxtförhållanden, yttre miljö, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, betydelsen av social välfärd och en hälso- och sjukvård som är tillgänglig för alla. WHO framhåller att det är möjligt, att inom en generation, reducera dessa klyftor, men att det behövs ett starkt handlingsprogram för att åstadkomma en jämlik global hälsa inom en generation. WHO's kommission ger tre övergripande rekommendationer:

- Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv.
- Angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser.
- Utveckla och använd metoder för att mäta och följa ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor som är tränade att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa (6).

Detta arbete har lett till nationella kommissioner i olika länder t.ex. England (7), Danmark (8) och Norge (9). I Sverige har det på nationell nivå, pågått ett arbete under år 2011–2012 med namnet Samling för social hållbarhet, på initiativ av Sveriges kommuner och landsting (SKL), tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner (10). På regional nivå beslutade Västra Götalandsregionen år 2010 om ett uppdrag att ta fram en handlingsplan för jämlik hälsa för hela Västra Götaland. I september år 2013 beslutade regionfullmäktige att anta dokumentet ”Samling för social hållbarhet – åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland”, och uppdrog åt folkhälsokommittén att följa upp och återrapportera genomförandet av de åtgärder som dokumentet innehåller (11).

Den första kommissionen i Sverige som arbetade med utgångspunkt från WHO-kommissionens rapport var Malmökommissionen, med forskare och kommunala tjänstemän, tillsatta av Malmö kommun. Malmökommissionens rapport beslutades i kommunstyrelsen i mars år 2014. Malmökommissionen prioriterar tre områden; barn och ungas uppväxtvillkor, demokrati och inflytande i samhället samt sociala och ekonomiska förutsättningar. Östgöta-kommissionen har i sitt arbete tagit del av de många delrapporter

som Malmökommissionen skrivit och använt dem i sitt kunskapsunderlag (12).

### Samhällets kostnader för ojämlik hälsa

Samhällets kostnader för sjukdom och ohälsa är omfattande och fördelar sig på många olika samhällssektorer. Den totala kostnaden i Sverige år 2008 var 823 miljarder kronor, varav kostnaden för sjukvården var 296 miljarder kronor (13). De största samhällskostnaderna kan härledas till det produktionsbortfall som uppstår när individen får nedsatt arbetsförmåga eller avlider i förtid.

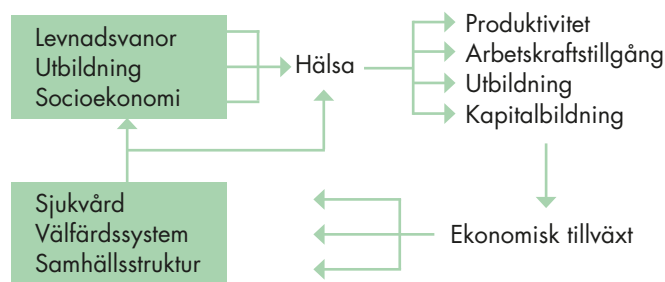
*En hälsoekonomisk studie genomförd i Västra Götaland visar att kostnaden för ojämlikhet i hälsa är betydande. Som mått på samhällskostnaderna användes beräkningar av den produktion av varor och tjänster som förloras till följd av ojämlikhet i hälsa (kapitalvärdet) och värdet av den nytta hälsan har för individen för att kunna leva det liv man önskar leva (konsumtionsvärde). Det senare relaterar till samhällets mål med ekonomisk aktivitet – att förbättra människors välfärd.*

*Beräkningarna visar att ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland under ett år ger upphov till omkring 1600 dödsfall ”i förtid”, drygt 27000 förlorade levnadsår, ett produktionsbortfall motsvarande 2,2 miljarder kronor samt en förlust i hälsa motsvarande 13,9 miljarder kronor (14).*

### Hälsa och tillväxt

I en kunskapsöversikt med EU-kommissionen som uppdragsgivare (15) dras slutsatsen att hälsotillståndet i befolkningen påverkar den ekonomiska tillväxten utifrån flera mekanismer. En god hälsa i befolkningen ökar tillgången på arbetskraft. Den ökar därtill produktiviteten genom att underlättar en effektivare användning av utrustning, maskiner och annan teknologi. En god hälsa är också kopplad till den generella utbildningsnivån vilken har betydelse för företagets kompetensförsörjning och till sparandet, vilket ökar tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar.

Författarna redovisar en litteraturgenomgång av undersökningar i olika EU medlemsländer och finner att dessa samband gäller, i alla medlemsländer, på ett sätt som motiverar till att samhället investerar i hälsa. Slutsatsen är att investeringar i hälsa är ett medel att uppnå ekonomiska mål för tillväxt.



Figur 33. Relationsdiagram av hur hälsa kan påverka ekonomisk tillväxt. Källa: Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete (16).

## Investera för en jämlik hälsa

Investering i hälsa kan ske på olika nivåer. Eftersom sjukdomsbördan i EU området till stor del domineras av kroniska sjukdomar som är beroende av människors livsvillkor bör dessa investeringar omfatta insatser som sker i samverkan mellan en rad olika politikområden.

Ojämlighet i hälsa grundas ofta tidigt i livet. Därför är insatser för att förbättra alla barns uppväxtvillkor centrala för att minska skillnader i hälsa, både tidigt i livet och i vuxen ålder. Att investera i hälsa, dvs. att förebygga ohälsa, är viktigt för individens hälsa och livskvalitet men leder samtidigt till besparingar på samhällsnivå. Till exempel är tidiga insatser vid missbruk som förbygger allvarliga sociala problem viktigt för individen på både kort och lång sikt, och samhällsekonomiskt mycket lönsamt på lång sikt (10, 17).

De ekonomiska effekterna tillfaller dock inte alltid de aktörer som har finansierat insatsen. Detta beror bland annat på organisatoriska stuprör såsom administrativa gränser och skilda finansieringssystem som motverkar en effektiv resursallokering (13). Det är därför viktigt att använda verktyg så som hälsoekonomiska utredningar för att analysera hälso-politiska insatser och diskutera dess effekter och påverkan på andra samhällssektorer (10, 13, 15–17).

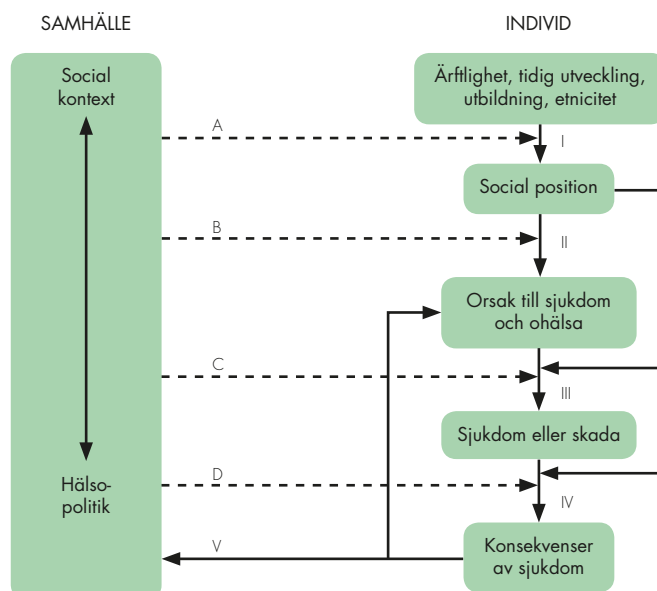
Sociala investeringar handlar om att tidiga insatser för olika målgrupper, såsom barn och unga, ses som en investering och inte som en utgiftspost. Detta utifrån att ur ett långsiktigt perspektiv blir kostnaderna för samhället mycket högre om man inte gör de nödvändiga insatserna tidigt utan istället sätter in dem sent och med tveksam effekt. Genom sociala investeringar kan offentliga system förändras i en sådan riktning att de bidrar till att minska ojämlikhet i hälsa och höja effektiviteten i resursanvändningen (17).

## Målkonflikter och synergieffekter

I arbetet med att minska ojämlikhet i hälsa finns målkonflikter av olika slag som måste identifieras, analyseras och hanteras. Medvetenhet om, och hantering av, olika former av målkonflikter är nödvändigt för att skapa jämlik hälsa och för att undvika utvecklingen av ett segregerat samhälle. Ett exempel på en målkonflikt, mellan det sociala och ekonomiska hållbarhetsperspektivet, är att investera i hälsa, eftersom detta, i det korta perspektivet, kan vara svårt att motivera om det ställs mot akuta behov inom kommun och landsting. Målkonflikter kan ha olika grund t.ex. etiska, ideologiska eller ekonomiska. Det finns också synergieffekter. En satsning på hälsofrämjande skola kan, utöver att barnen mår bättre, bidra till att betygen blir högre och att skolan upplevs som mer attraktiv.

## Hur kan samhället generera, och hälsopolitik minska, ojämlikhet i hälsa?

Figur 34 illustrerar, i en modell, som bland annat använts av WHO:s kommission och i den engelska och danska kommissionen, hur samhället kan generera ojämlikhet i hälsa, och hur hälsopolitiska insatser kan minska dessa (6–8). Modellen beskriver hur ojämlikhet kan genereras genom fem centrala mekanismer som alla påverkar såväl fysiska



Figur 34 visar schematiskt hur ojämlikhet i hälsa kan genereras och var olika insatser kan ske för att åstadkomma en god och jämlik hälsa. Skapad av Finn Diedrichsen, professor i social medicin Köpenhamns universitet (18).

som psykosociala förutsättningar för individen och, parallellt, fyra områden för interventioner.

Mekanism I är *social stratifiering* vilket innebär att livsvillkoren påverkar vilken socioekonomisk situation (yrke, utbildningsnivå eller inkomst) individen får. Den sociala stratifieringen sker framför allt under barndom och påverkas av tillgång till skola och utbildning och av familjens socioekonomiska och psykosociala situation, men kan också uppstå i vuxen ålder t.ex. hos invandrare som har svårt att få arbete.

Mekanism II innebär att lägre socioekonomisk situation är kopplad till *skillnader i exponering* av olika slag, såsom riskfaktorer i yttre miljö, bostad, arbetslivet, psykosociala faktorer och levnadsvanor (se kap 5). Mekanism III handlar om *skillnader i sårbarhet* och beskriver hur dessa olika exponeringar samverkar och tillsammans leder till en ökad sårbarhet för sjukdom framförallt i utsatta grupper som ofta har flera riskfaktorer och/ eller färre skyddsfaktorer, samtidigt.

Mekanism IV som handlar om *olika sjukdomskonsekvenser* beskriver hur sjukdom påverkar överlevnad, funktionsförmåga och livskvalitet samt möjlighet att arbeta och delta i det sociala livet. Detta varierar beroende på individens socioekonomiska situation bland annat utifrån skillnader i tillgång till och kvalitet i sjukvård och rehabilitering, men också vad gäller krav i arbetslivet samt socialförsäkringens kompensation av inkomstbortfall vid sjukdom.

Mekanism V handlar om *sjukdomskonsekvenser för individ och samhället* och beskriver hur möjlighet att arbeta, och ekonomiska konsekvenser av sjukdom och ohälsa, kan påverka sjukdomens fortsatta utveckling och därmed förstärka sociala skillnader i hälsa. På samhällsnivå handlar det om samhällskonsekvenser i form av kostnader och produktionsbortfall.

Med hälsopolitiska insatser, på olika nivåer, kan denna utveckling motverkas: Social stratifiering kan minska genom

tidiga insatser vad gäller småbarnsföräldrars livssituation, samt skola och utbildning (A), skillnader i exponering och sårbarhet kan minskas med strukturella insatser vad gäller livsvillkor (B) samt förebyggande insatser på individnivå (C) och skillnader i sjukdoms konsekvenser genom välfärdssystemets olika aktörer (D).

## 6.2 Samhällets organisering

### Välfärdssystemen

Välfärdssystemet innefattar de delvis skattesubventionerade och de helt skattefinansierade tjänster och transfereringar som stat, landsting och kommun tillhandahåller för att säkra individens trygghet bland annat under barndomen, vid sjukdom, arbetslöshet, funktionsnedsättning och ålderdom. Detta kallas ibland även "social trygghet" eller "socialt skyddsnet". Allmän (generell) välfärd innebär att alla i samhället garanteras en viss nivå av grundläggande välfärdstjänster. Alternativet är selektiv (riktad) välfärd, där dessa tjänster endast erbjuds till dem som anses vara särskilt behövande baserat på olika urvalskriterier.

Den nordiska välfärdsmodellen har kännetecknats av att den i första hand har vilat på generella system, där motiven bland annat varit att detta motverkar utpekande och stigmatisering av vissa grupper.

### Organiseringens betydelse

Samhällets tjänster når medborgarna genom ett antal olika organisationer och genom de som arbetar där. Organiseringen av dessa organisationer har betydelse både för dem som arbetar i dem och för dem för vilka arbetet utförs. Organiseringen avgör arbetsvillkoren som i sin tur påverkar hälsan. Organiseringen påverkar också kunderna/klienterna/patienterna (19–23).

En annan viktig grupp är ägarna av organisationerna. Vilka som är ägare varierar, det kan vara aktieägare, medlemmar eller skattebetalare. Ägaraspekten var för några decennier sedan inte av relevans eftersom det offentliga, huvudsakligen, förmedlade sina välfärdstjänster genom egna anställda i egen regi. Numera överläts detta, i varierande utsträckning, till organisationer med andra huvudmän. Förekomsten av privata utförare i verksamheter som tidigare kraftigt dominerades av offentliga ses ofta som en del New Public Management (NPM) (21, 23). Ju fler aktörer och aktörsgrepp som uppmärksammas desto fler motsättningar blir uppenbara

### Vårdens och omsorgens organisering

Omstruktureringarna i välfärdssektorn har inneburit att arbetsuppgifterna har förändrats för stora grupper. Allt fler arbetar med uppgifter som innebär att man idag har direkt kontakt med många olika människor som, alla, i någon mån är beroende av den service och de tjänster det gäller. Allt fler av dessa grupper kallas numera "kunder" för att definiera rollerna även inom vård och omsorg. Den nya terminologin är utvecklad från marknadsinformerade modeller och system såsom NPM. En reell kundrelation skulle, på

en marknad, innebära att maktbalansen gentemot myndigheter och utförare förändrades. I praktiken är relationerna och utfallen mera komplicerade av en rad orsaker. En är att ideala marknader i praktiken är sällsynta och att kunder och leverantörer sällan är jämbördiga parter särskilt inte då det gäller vård och omsorg (19–20, 24).

New Public Management syftar, som namnet säger, till att förändra den offentliga sektorn genom att dess organisationer hämtar inspiration från privata organisationer inte bara avseende kundperspektivet utan också avseende ledning och organisering. Dessa förändringar innebär att offentliga organisationer som tillhandahåller service och tjänster arbetar med för dem nya styr- och kontrollsystem (23, 25–27). De ekonomiska incitamenten tycks ofta tydligare än kundperspektiven. I praktiken kan det, för den enskilda arbetstagaren innebära en konflikt mellan verksamhetens mål och styr- och kontrollstrukturer och egna mål och värderingar. Tidsmässiga och ekonomiska krav på produktion kan hindra att man kan utföra sitt arbete på ett ur egen uppfattning tillfredsställande sätt – detta gäller både hos offentliga och privata arbetsgivare (22, 28–31). Effekterna på utförarnas hälsa är omvittnad (27,32).

Förekomsten av privata utförare av offentligt finansierade tjänster innebär också att "kunden", det vill säga skoleleven, dagisbarnet eller personen med symptom på ohälsa ibland kan välja både mellan flera privata, och flera offentliga aktörer, på den skapade marknaden. Den reella tillgången till val varierar av många orsaker vilket ges exempel på i en kommande rapport från Östgötakommissionen "Hälsan, vården, omsorgen och organisationerna" (33).

I rapporten används tre personer som exempel för att illustrera det organisatoriska landskap som möter medborgarna vid tillstånd som kräver behandling, vård eller omsorg. Deras möte med organisationsföreträdarna har analyserats med organisationsteoretiska begrepp som ofta används i moderna modeller och system såsom NPM och lean, dvs. standardisering, specialisering, professionslogik och vårdlogik (33–35) och analysen innefattar både privata och offentliga utförare och huvudmän. De tre fallen utgör en illustrativ provkarta på hur välfärdssystemens organisering utvecklats under de senast decennierna.

*Barnet Bengt har diabetes, en sjukdom där ett utarbetat system för behandling fungerar mycket väl. Familjens problem uppstår efter hemkomsten från sjukhuset vid den dagliga hanteringen av sjukdomen, särskilt svårigheter att få medicin och utrustning från flera upphandlade leverantörer att samordnas i tid och rum. Ansvar har hamnat hos Bengts föräldrar.*

*Vera är multisjuk vilket innebär ett mycket stort antal vårdkontakter. Om fel uppstår i processen tvingas hon själv att agera för att försöka få till nya utredningar och bedömningar. Det saknas ett helhetsgrepp från sjukvården, menar Vera.*

*Ärna är gammal och har klarat sig själv tills hon faller och bryter benet. De brister i omhändertagande som Ärna upplever på sin väg mot vårdboendet, tycks orsakade av bristande kommunikation och samarbete både inom och mellan organisationer, offentliga såväl som privata.*

## Betydelsen av mänskliga möten hos välfärdens aktörer

Det finns i dag en omfattande forskning som beskriver bemötandets betydelse och att detta gäller alla välfärdens aktörer; omsorg, hälso- och sjukvård, försäkringskassan och arbetsförmedlingen (36–40). I dessa studier återkommer samma grundläggande dimensioner. Att bli sedd, bli behandlad med respekt och lyssnad på, känna sig trygg och få vara delaktig i mötet med vården/välfärdsaktören är några. Att den professionelle har gett stöd till egna lösningar, ställt lagom stora krav och trott på individens förmåga är andra. Detta kan härledas till de psykologiska resurserna tilltro till egen förmåga, känsla av sammanhang, med begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet, självförtroende samt socialt stöd, såväl känslomässigt som praktiskt. Dessa faktorer påverkar vår handlingsförmåga, funktion och livskvaliteten, därtill, vår motståndskraft och läkeförmåga (36, 41).

Att bli tagen på allvar med verklig utgångspunkt från den enskilda individens unika situation har kommit att kallas personcentrerad vård. Att jag bemöts som en person betyder att jag är någon, inte bara något (en diagnos eller ett "fall"), att jag får berätta om hur jag känner mig i förhållande till min situation här och nu (38). Processen att förstå och omfatta allt detta brukar kallas hälsofrämjande förhållningssätt, för att betona att detta är ett synsätt och en hållning (36).

## Rehabiliteringsprocessen

Ansvar för att stötta individer och främja återgång i arbete vid sjukskrivning eller funktionsnedsättning delas mellan flera offentliga aktörer såsom Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, arbetsgivaren, fackförening och den sjukskrivne själv. Eftersom flera aktörer är inblandade är möten där sjukskrivning är aktuell ofta mer komplexa än andra möten mellan vårdpersonal och patienter. Det som är speciellt i detta är att den drabbade har behov av både få hjälp med sin sjukdom/ohälsa och samtidigt med behovet av ekonomiskt stöd (39–40, 42).

I interaktionen med andra uppkommer nästan alltid känslor, eller emotioner, och särskilt i möten med personer vi finner betydelsefulla exempelvis aktörer som påverkar sjukskrivning eller arbetsförmedling. Upplevelse av stolthet och skam är tätt kopplade till en persons självuppfattning, självkänsla och självvärdering. Känslan av stolthet föder en upplevelse av att vara duglig och lyckad och gör att vi vill interagera med andra, bli sedda och hörda. Känslan av skam gör istället att man drar sig tillbaka från sociala interaktioner, man inte vill bli sedd utan hellre vill vara ensam då upplevelsen är att vara oduglig och misslyckad. Studier visar att bemötandet från dessa olika aktörer påverkar hur personer som är sjukskrivna eller arbets sökande, har möjlighet att hantera sin situation. Möten där individens styrkor och förmågor på olika sätt lyfts fram tycks påverka självförtroendet och synen på den egna arbetsförmågan (39–40, 42). Kritik har riktats mot systemets regler och bestämmelser, snarare än mot aktörerna som arbetar i det. I studier har också framkommit att systemets utformning, i sig, bidrar till

att de professionella har svårt att se och beakta individuella behov vilket bidrar till att sjukskrivna upplever sig utsatta för orättvisa bedömningar och beslut och därmed får en bristande tillit till välfärdssystemet (39). Det är en samhällslig utmaning att låta alla ta del av välfärdssystemen på lika villkor. I en rapport från Diskrimineringsombudsmannen 2006 beskrivs att det inom såväl Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen som inom hälso och hälso- och sjukvården förekommer diskriminering (43).

Det finns också grupper som riskerar att hamna i en gråzon när stöd och insatser krävs från flera olika aktörer. För att komplettera de olika aktörerna inom välfärdssystemet och möta upp en större grupp människor som fått allt svårare att hantera välfärdens organisering gavs genom lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser möjlighet till en formalisering av samverkan, i dagligt tal Finsam (44). Lagen trädde i kraft den 1 januari år 2004 och gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och landsting/region att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna samordningsförbund och beslutar själva hur samarbetet ska utformas utifrån lokala förutsättningar och behov. Målgruppen för samverkan är människor med en kombination av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem. Genom samverkan i ett samordningsförbund kan parterna utveckla det gemensamma ansvarstagandet och därmed välfärds- och rehabiliteringsarbetet (45).

## Arbetsintegrerande sociala företag

För vissa individer och grupper innebär ökade krav och ökat eget ansvar ett ökat behov av stöd på flera nivåer. Det stöd som ges av arbetsförmedling, kommun och försäkringskassa räcker emellertid inte för alla. Exempelvis visar det sig att många som stått utanför arbetslivet under lång tid berättar om händelser (sjukdom, svårigheter, förluster av olika slag) som inträffat flera år tillbaka i tiden men som fortsatt påverka dem negativt. Detta är inget man talar om med sin handläggare (46). Samhällets tillkortakommande speglas av alla de projekt som tillsätts med denna grupp i fokus. Ett varaktigt sätt att ge stöd till denna grupp, när de är i arbetsför ålder, är genom arbetsintegrerande sociala företag.

Den arbetsmetod som utmärker det arbetsintegrerande sociala företaget fokuserar på kombinationen av personlig utveckling med ökad självkänsla och självförtroende samt kompetens att kunna arbeta i ett företag genom att aktivt vara med och ta ansvar för, och utveckla, ett företag tillsammans med andra (47).

Om samhället ser de arbetsintegrerande sociala företagen som utvecklingsarenor för människor som, i arbetsför ålder, behöver erhålla eller återfå tilltro till sig själva och till samhället, samtidigt som de får en introduktion i arbetslivet, så läggs även en grund för att näringslivet i övrigt kan tillgodose delar av sitt framtida arbetskraftsbehov.

För samhället ger satsningar på fler i arbete minskade kostnader för arbetslöshet. Samhällets och individens gemensamma nytta blir tydlig när åtgärder för fler i arbete via sociala

företag kopplas samman med samhälleliga utmaningar, så som det förestående generationsskiftet eller olika infrastruktursatsningar. Arbetsintegrerande sociala företag, i kombination med riktade utbildningsinsatser, kan vara en väg för samhället att täcka denna typ av arbetskraftsbehov (47, 48).

## Kön, genus och hälsa

Kön är en kategori med många dimensioner som tar sig olika uttryck både på individ- och gruppnivå, samt är beroende av kontextuella förhållanden så som socioekonomisk position på arbetsmarknaden. Data om kvinnor och män i Östergötland överensstämmer med vad vi vet från andra delar av landet; att dela upp statistiken på kön visar att detta nästan alltid har betydelse, att det finns klara skillnader beroende på yrkes- och socioekonomiska grupper samt att det inte alltid är kvinnor som tycks vara mera utsatta och inte heller alltid män – vilket kön som framstår som drabbat av hälsoproblem varierar med vad frågan gäller.

Genus i sin betydelse ”det sociala könet” dvs. hur individer och grupper behandlats och handlar, bedömer och bedöms osv. avspeglas i såväl socioekonomiska bestämmelser som livsvillkor. Det systematiska i dessa skillnader, både avseende vertikal och horisontell dimension, motiverade Yvonne Hirdman att i Maktutredningens slutrapport ge det beteckningen ”genussystem” som verkar i relation till andra maktsystem (49). Med vertikal menas att män och det manliga, som regel, är överordnat kvinnor och det kvinnliga. Den horisontella innebär att det som är kvinnligt och det som är manligt förvänsvarvt ofta är åtskilda. Arbetsmarknadens könssegregering är ett exempel på genussystemets horisontella dimension. Genusbegreppet har tre olika uttrycksformer vilka kan sammanfattas som följande:

1. Relationen mellan män och kvinnor är socialt och kulturellt skapad.
2. Detta kulturella skapande är föränderligt.
3. Relationen mellan män och kvinnor innebär en primär social ordning. Föreställningarna om manligt och kvinnligt gör en kulturellt skapad maktordning (49, 50).

## Diskriminering

Att kön inte är den enda egenskapen som påverkar hälsan för individer och grupper av individer är uppenbart och också välbekant. Den svenska diskrimineringslagen arbetar med sju diskrimineringsgrunder: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning, ålder. Det är också sällsynt att en enda diskrimineringsgrund är den enda relevanta i praktiken. Det är snarare fråga om att de är inbakade i varandra, vilket brukar benämnas intersektionalitet (51). Vad som är relevant när avgörs inte alltid av individen eller gruppen själv utan kan också vara något som tillskrivs av andra. Vem som har den makten att avgöra relevansen brukar ses som ett tydligt uttryck för makt.

Självrapporterad diskriminering har tydliga samband med ohälsa särskilt psykisk ohälsa. Den viktigaste orsaken till att personer med utomeuropeiskt ursprung rapporterar dålig

hälsa är att de som nyanlända ofta hamnar i bostadsområden med låg status och hänvisas till tunga och lågavlönade arbeten. Den enskilt viktigaste åtgärden för exempelvis migranter när det gäller att förbättra hälsan är att motverka de sociala processer som leder till social utsatthet (52–54). Att strukturell diskriminering, i form av t.ex. boendesegregation, generellt sett ger sämre socioekonomiska villkor, stigmatisering och marginalisering, och att detta påverkar hälsa och möjligheter till bättre hälsa är belagt (51–54).

## Segregation och integration

Segregation är ett rumsligt åtskiljande av befolkningsgrupper. Det sker på grundval av socioekonomisk status, hudfärg, religion och etnisk tillhörighet. Den kan vara ofrivillig eller frivillig. Den socioekonomiska segregationen innebär uppdelning av människor efter resurser som inkomster, utbildning och arbetsmarknadsstatus, och etnisk segregation innebär uppdelning mellan personer med olika etnisk tillhörighet. Segregationen kan även ha en demografisk aspekt som fokuserar på geografiska skillnader efter ålder, kön och hushållstyper. Dessa former av segregation är sammanvävda och skapar, tillsammans, skilda förutsättningar och livsvillkor för grupper som lever på skilda platser (55, 56).

I svensk politik används ordet integration ofta för att beteckna den ömsesidiga processen där utrikesfödda och deras barn finner sig tillrätta och etablerar sig i det svenska samhället. I processen formas det svenska samhället gradvis efter den förändrade befolknings sammansättningen som invandringen innebär. Integration förutsätter med andra ord en aktiv medverkan och anpassning av invandrade och av majoritetssamhället, i motsats till ordet assimilering som innebär en process av enkelriktad anpassning av de invandrade till majoritetssamhällets krav och kulturella måttstock (52–54).

## Socialt och kulturellt kapital

Socialpsykologiska studier visar att känslor av gemenskap, sammanhang och trygghet är förutsättningar för fysisk och psykiskt god hälsa. Sociala nätverk, *socialt och kulturellt kapital* beskriver och tolkar, tillsammans med ekonomiska faktorer, dess samhälleliga drivkrafter. Dessa resurser uppstår i formella och informella kontakter mellan människor. För allt kapital krävs investeringar. Det *kulturella kapitalet* ”ärvs”. Under uppväxten tillägnar man sig kunskaper om vad som är ”god ton och god smak” – de sociala ”spelregler” som i frågespalter kallas ”bildning”. Det kulturella förstärks av formell utbildning och examina, som ytterligare framhäver social status och att man tillhör till de ”rätta” nätverken. Att hög utbildningsnivå samvarierar med god hälsa beror då inte enbart – eller kanske ens i första hand – på graden av ”folkhälsokunskap” i inskränkt mening, utan på tillgången till ett starkt kulturellt och socialt kapital.

Olika former av socialt kapital har olika innehåll och verkan. ’*Bonding (sammanbindande) social capital*’ omfattar ofta familj, grannar, släkt och nära vänner med täta band

och gemensamma värderingar, men det kan också uppstå i sekteristiska grupper med "vi-mot-dom-ideologier". Det kan vara stödande, men också segregerande.

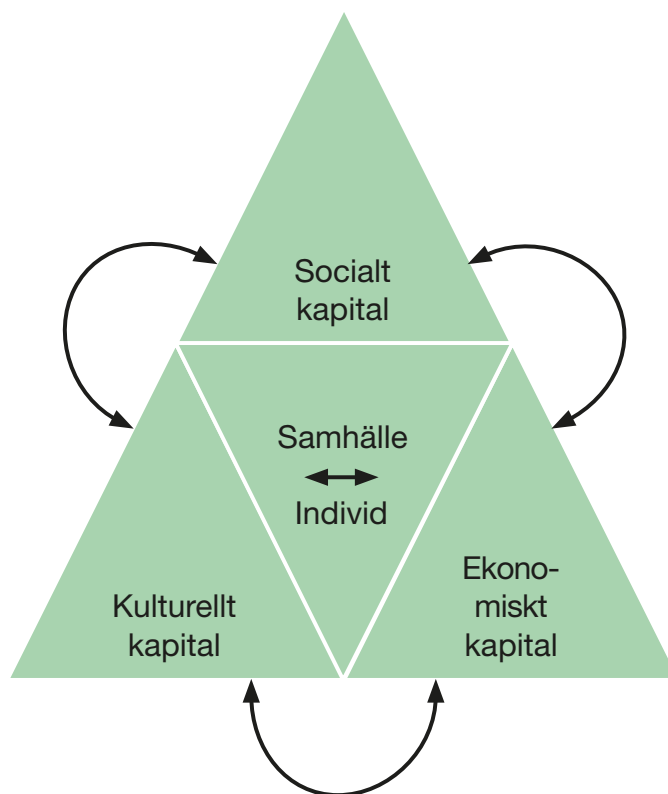
Därför gynnas samhället när det också finns ett livaktigt 'bridging (brobyggande) social capital'. Då möts människor med olika värderingar över sociala gränser, t.ex. i en idrottsförening, en frimärksförening eller en studiekurs i surdegsbak. Banden är inte lika starka, men skapar känslor av gemenskap med "dom andra", vilket är positivt för folkhälsan. Sverige har fortfarande många brobyggande nätverk, även om de stora folkrörelsernas tid är förbi.

Den tredje formen, 'linking (sammanlänkande) social capital', skapas av krafter som aktivt försöker att minska sociala

klyftor, förena olika sociala och kulturella arenor och öka jämlikheten i välfärd och hälsa. Det utgår från axiomen om demokrati, medborgarskap och människors lika värde och betonar den resursstarkares moraliska skyldighet att aktivt bistå den resurssvagare. Aktörerna är såväl offentliga institutioner som formella och informella ideella krafter. Det bidrar till social harmoni, även genom att öka de svagares förtroende till det egna samhällets vilja och förmåga att inkludera dem i sin gemenskap. Forskning om de nordiska välfärdsstaterna, bland annat initierad av WHO:s kommission om jämlik hälsa, stöder åsikten att folkhälsan gynnas när det "länkande" sociala kapitalet är starkt (57, 58).

### Hälsopyramiden

*Ekonomiskt, socialt och kulturellt kapital, tre resurser för hälsa. Resurserna påverkar varandra ömsesidigt. Om ett kapital försvagas, påverkar det de andra negativt och omvänt. Om pyramiden försvagas sviktar hälsan. Om hälsan försvagas sviktar pyramiden.*



Figur 35. Hälsopyramiden – hur ekonomiskt, socialt och kulturellt kapital ömsesidigt påverkar varandra och hälsa.

# 7 Olika samhällsarenor – specifika rekommendationer för jämlik hälsa

Arenaperspektivet är ett sätt att tillvarata livsmiljön så att den ger individer förutsättningar att leva och utvecklas utifrån sin potential. Begreppet utgår från en helhetssyn på människor och deras totala livsbetingelser, så kallade livsvillkor. Synsättet flyttar fokus från individuella faktorer till befolknings- och samhällsnivån. Detta innebär också en förskjutning från att professionellt definiera problemen till att de berörda själva formulerar sina viktigaste behov. Detta kräver delaktighet och innefattar sociala aspekter, hur normer, vanor och sociala resurser återverkar på hälsan. Det inkluderar även demokratiskt deltagande i beslut samt att ansvar och beslut decentraliseras till de miljöer – arenor

– där människor lever, verkar och dör. Sådana arenor kan vara skolan, arbetsplatsen och bostadsområdet.

Arenorna innehåller flera samverkande dimensioner; fysiska, sociala, andliga, ekonomiska och politiska. Individens olika arenor hänger oftast samman och tenderar att förstärka varandra dvs. individer med sämre bostadsvillkor eller barn som går i utsatta skolor har också sämre möjligheter i arbetslivet eller kontakter med välfärdens aktörer. Östgöta-kommissionen har definierat nedanstående samhällsarenor som särskilt viktiga och formulerat följande mål, för vilka rekommendationer formulerats baserat på kunskapsgenomgång.

Boende och närområde	Fritid, kultur	Skola och utbildning	Arbete och försörjning	Omsorg, hälso- och sjukvård
Alla östgötar ges möjlighet till en bostad utifrån sina behov, i ett närområde som ger förutsättningar för social gemenskap, bidrar till trygghet, tillit och hälsa, samtidigt som samhällsplaneringen skall motverka segregation.	Alla östgötar ges möjlighet till en fritid som möter kulturella, fysiska, sociala och psykiska behov, stimulerar engagemang, bidrar till social gemenskap samt möjliggör återhämtning.	I Östergötland betonas barns rätt till likvärdig utbildning. Skolan ska utgöra en yttre och inre miljö som motsvarar barnens fysiska, sociala och psykiska behov. Skolan ska tillgodose och stimulera alla barns lärande och utveckling. Genom detta motverkas konsekvenserna av en stigande segregation och social ojämlikhet. På så vis bidrar skolan till alla barns goda hälsa.	Alla östgötar har rätt till egen försörjning, meningsfull sysselsättning och ett rikt socialt liv. Alla har både rätt och skyldighet att bidra till samhällets välbefinnande och utveckling. I arbetslivet ska arbetsmiljön utvecklas, fysiskt, psykiskt och socialt till arbetsplatser som är inkluderande och främjar hälsa, yrkesstolthet och arbetsglädje.	Alla östgötar har rätt till omsorg, hälso- och sjukvård utifrån sina behov, i en fysisk, psykisk och social miljö, som bidrar till läkning och hälsa. Verksamhetens baseras på en helhetssyn där individen ges möjlighet att vara medskapare i sin hälsoutveckling, möts med respekt för olikheter i behov och värderingar, stärks i tilltro till i sin egen förmåga att hantera sin sjukdom och ohälsa, och ges stöd att förbättra sin hälsa och livskvalitet.



## A Boende och närområde

Boendemiljön är sedan lång tid identifierad som en viktig bestämningsfaktor för hälsa. Detta gäller i alla åldrar och är särskilt viktigt för ungdomar (1). Låg socioekonomisk situation samvarierar med hög exponering för olika riskfaktorer i boendemiljön och närområdets yttre miljö, och genom detta ökar risken för ohälsa och sjukdom (2, 3). Detta gäller flera hälsoutfall t.ex. skador och våld, mental ohälsa, självsattad hälsa, allergier och hjärt-kärlsjukdom (4–7). Det finns ett flertal materiella faktorer i den byggda miljön som påverkar hälsan t.ex. bostäders utformning, byggmaterial, mögel, fukt, ljud, ljus och buller men även tillgänglighet till natur och grönområden. Det finns idag, därtill, en stor samstämmighet bland boendeforskare om de sociala faktorernas betydelse för hälsan, bland annat trivsel, tillit till människor i området, sociala nätverk, socialt stöd, känsla av oberoende och kontroll, självständighet, frihet, social status. Särskilt sårbara för exponering av faktorer i boendemiljön som inverkar på hälsan är barn, pensionärer, arbetslösa, sjukskrivna, funktionshindrade eftersom deras sammanlagda tid i boendemiljön är betydligt längre än för yrkesarbetande som i hög utsträckning är borta från hemmet (8).

Det finns en tydlig social gradient kopplad till hur vi bor. I de svenska kommunerna ser vi idag ett mönster av ökad boendesegregering. Begreppet boendesegregation betecknar graden av "särboende" mellan olika grupper, dvs. rumsligt åtskiljande av grupper i befolkningen utifrån social och ekonomisk status, födelseland, ålder osv., i motsats till ett integrerat

boende som representerar mångfald. Boendesegregering innebär att vi, socialt och ekonomiskt, är relativt lika våra grannar. Det pågår en process där boendet polariseras socialt genom att resursrika hushåll flyttar till områden där andra resursrika bor medan hushåll med låga inkomster bor i andra bostadsområden (9). Genom social boendesegregering skapas lätt föreställningar om "vi och dom" som utgör grogrunden för stigmatisering av så kallade "utsatta områden".

Det är vanligt att nyhetsmedia rapporterar händelser från "utsatta" bostadsområden och samhället satsar resurser på att förbättra dessa "problemområden" med varierande utfall. Att leva i ett stigmatiserat område med "dåligt rykte" påverkar den lokala sammanhållningen negativt och kan ge otrygghet. För att i stadsplaneringen åstadkomma socialt hållbar boendemiljö i kommunerna och minska förhållanden som producerar ojämlikhet i hälsa är det viktigt att reflektera över dessa föreställningar.

Att känna sig trygg i sitt boende är en central kvalitet i boendemiljön som har stor betydelse för viljan och lusten att vistas utomhus i närområdet. Det innebär att trygghet kan påverka möjligheten till återhämtning och fysisk aktivitet. Begreppet trygghet rymmer både en objektiv och en subjektiv dimension. Den objektiva frånvaron av våld, kriminalitet och skador är uppenbar, medan den subjektivt värderade tryggheten relaterar till bedömningar t.ex. i vilken utsträckning grannarna stör eller går att lita på, om man behöver vara rädd för att bli ofredad eller utsatt för brott. Långvarig otrygghet kan generera stress och begränsar vistelse i en avkopplande närmiljö och kan störa natt-





vilan. Det är väl dokumenterat att kvinnor i högre grad är utsatta för våld/hot om våld i hemmet och anger generellt att de upplever mer otrygghet än män i sitt boende/bostadsområde. Betydligt fler kvinnor än män begränsar sin rörelsefrihet då de avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller ofredade på annat sätt. Denna begränsning i tid och rum kan inverka negativt på hälsa och välbefinnande och inverkar även negativt på graden av fysisk aktivitet i bostadsområdet/grannskapet. Därtill finns det en tydlig social snedfördelning i upplevd trygghet då äldre kvinnor är de som i högst utsträckning anger att de upplever otrygghet relaterad till närmiljön och därför avstår från att gå ut (10, 11). Samtidigt är det fler män som utsätts för våld. Andelen sjukhusvårdade pga. övergrepp är

betydligt högre bland män än kvinnor, ffa. i yngre åldrar 15–24 år, och med en tydlig socioekonomisk trend utifrån moderns utbildning (12).

Inom det bostadspolitiska området har förändringarna varit genomgripande under de senaste decennierna. Utvecklingen gick snabbt från att medborgaren hade rätt till en funktionell bostad som samhället tillhandahöll via bostadsförmedlingen, till att medborgaren är en konsument där bostaden är en vara som säljs till den med mest resurser på en marknad. Forskning visar att konsekvenserna av detta blivit en påtagligt ökad social polarisering i boendet. Trots en tilltagande bostadsbrist används sällan begreppet bostadslös som synliggör att det saknas bostäder, utan begreppet hemlös används vilket kan uppfattas som ett individuellt misslyckande. De bostadspolitiska frågorna som utgör en grund för att motverka hälsans ojämlika fördelning behöver komma högt upp på beslutsfattares agendor.

**MÅL** *Alla östgötar ges möjlighet till en bostad utifrån sina behov, i ett närområde som ger förutsättningar för social gemenskap, bidrar till trygghet, tillit och hälsa, samtidigt som samhällsplaneringen skall motverka segregation.*

## Rekommendationer

- A.1 Medvetandegör och öka kunskapen hos beslutsfattare och planerare om boendemiljöns och bostadsområdets betydelse för ojämlikhet i trygghet, tillit och hälsa.
- A.2 Genomför en analys av konsekvenser för hälsan i alla översikts- och detaljplaner och tillgodose att en systematisk bedömning av risken för ojämlikhet i hälsa görs.
- A.3 Öka kunskapen, hos beslutsfattare och planerare, om de förutsättningar som krävs för att medborgaren ska kunna bo i en funktionell bostad oavsett egna ekonomiska resurser.
- A.4 Motverka boendesegregation (t ex geografisk, ålder, ekonomi, etnicitet) och stigmatisering av bostadsområden.
- A.5 Blanda, systematiskt, olika upplåtelseformer och undvika eller bygga bort fysiska barriärer såsom stora vägar som delar upp staden eller bostadsområdet.
- A.6 Arbeta aktivt för att främja trygghet i boendområdet.
- A.7 Utveckla tillgång till privat och offentlig service i alla livsskederna, utifrån behov och oavsett människors resurser t.ex. skola, gemensamhetslokaler och butik.
- A.8 Bevara och utveckla tillgängliga grönområden med goda möjligheter till lek, gemenskap, fysisk aktivitet och rekreation under alla årstider.
- A.9 Skapa en väl utbyggd kollektivtrafik och gång- och cykelvägar som underlättar för människor att förflytta oavsett ekonomisk situation eller funktionsförmåga.
- A.10 Uppmuntra och utveckla demokratiutveckling i bostadsområden på landsbygd och i tätorter.

## B Fritid och kultur

Fritiden är den del av dygnet som inte upptas av arbete, måltider och sömn. En aktiv och meningsfull fritid som också ger möjlighet till rekreation främjar hälsan (1). När andra livsområden upplevs som påfrestande kan fritidsaktiviteter vara kompenserande, bekräftande eller reparerande, som motvikt till en i övrigt mindre tillfredställande tillvaro (2,3). Detta genom att vara en arena där människor kan utveckla sina sociala kontakter, gemenskaper och meningsskapande aktiviteter. En människas sociala nätverk har betydelse för enskilda individer gällande vilka arbeten och uppdrag man får, hur man påverkar varandra, hur smittsamma sjukdomar sprids, vem man gifter sig med, vilka som rekryteras till kriminella gäng m.m. (4).

Valet av fritidsaktiviteter och fritidskulturer innebär olika vanor, erfarenheter och kompetenser. Därmed bidrar fritiden till att ge framför allt ungdomar skilda utgångspunkter och livschanser. Fritidsforskningen visar att det tycks pågå en större polarisering mellan olika fritidsaktiviteter och olika grupper av ungdomar. En tendens är att satsa mycket tid på vissa sysselsättningar och avstå från andra. Vissa unga är till exempel intensivt fysiskt aktiva på sin fritid, medan andra inte rör sig alls.

Till bilden hör också att unga, inte bara intresserar sig för vissa fritidsaktiviteter, de tar också avstånd från andra. Om fritiden har fått en större betydelse för ungdomars identitetsskapande kan det också innebära att fritiden kan ha fått en ökad betydelse för ungas hälsa och ohälsa (5). Trenden bland ungdomar visar på fortsatt minskad alkoholkonsumtion och fortsatt minskat berusningsdrickande. När det gäller narkotika har narkotikarelaterade sjukhusvård ökat snabbast i ungdomsgruppen. Användningen av tobak i årskurs 9 har minskat under 2000-talet däremot syns ingen minskning i gymnasiet (6).

Natur- och kulturupplevelser har betydelse för hälsa och livskvalitet, i alla åldrar. Forskning inom medicin, sociologi, socialpsykologi och socialmedicin, visar att natur- och kulturupplevelser är viktiga ingredienser för en människas välmående, som leder till ökat socialt kapital, hälsa och välbefinnande. Kultur bidrar till ett meningsfullt liv för den enskilde och kan ge människor styrka att påverka sin tillvaro, vilket är avgörande för hälsan. Undersökningar visar att svenska kvinnor är mer kulturellt aktiva än män och högutbildade mer aktiva än lågutbildade (7–9).

I arbetet för att skapa goda livsvillkor för invånarna är frivilligorganisationerna viktiga. Samhället behöver det ”kitt” som utgörs av idéburna organisationer. Den sociala hållbarheten är beroende av en stark, idéburen sektor. Åtta av tio svenskar är någon gång under livet aktiva i frivilligt idéburet arbete. Fem av tio invånare utför en ideell insats om minst 14 timmar i månaden. I detta ligger en stark kraft som främjar befolkningens hälsa. Dels genom de samhälls-



effekter som den ideella insatsen utgör och som har stor betydelse för många av de faktorer som påverkar hälsan, dels genom att de som är engagerade, genom sitt engagemang, får bättre hälsa.

Civilsamhället har en viktig roll som röst i det offentliga rummet. Demokratien behöver röstbärare i de organisationer som driver olika idéologiska och politiska frågor. Föreningarna skapar aktiviteter som kan vara en skola för demokrati och delaktighet (10,11).

**MÅL** *Alla östgötar ges möjlighet till en fritid som möter kulturella, fysiska, sociala och psykiska behov, stimulerar engagemang, bidrar till social gemenskap samt möjliggör återhämtning*

### Rekommendationer

- B.1 Medvetandegör och öka kunskapen hos beslutsfattare och planerare om fritidens, naturens och kulturens betydelse för människors hälsa.
- B.2 Främja ett inkluderande och varierat kulturliv som speglar samhällets mångfald.
- B.3 Initiera aktiviteter som stimulerar tillgången till det skrivna ordet och en digital kompetens.
- B.4 Utveckla närmiljön så att den underlättar goda levnadsvanor, t ex drogfrihet och tobaksfrihet, samt möjliggör naturupplevelser.
- B.5 Stärk de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare.
- B.6 Stärk meningsfullhet och hälsa hos människor genom att ta tillvara civilsamhället som en resurs i samhället.
- B.7 Erbjud fritidsaktiviteter av olika slag som är tillgängliga för alla, oberoende av individens ekonomiska förutsättningar.



## C Skola och utbildning

En rad olika undersökningar har visat att den ekonomiska utsattheten bland barn i Östergötland har ökat under senare år. I Östergötland framgår detta särskilt tydligt i rapporterade skillnader mellan kommunerna, där de större kommunerna proportionellt sett har fler barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll (socialbidrag eller låg inkomststandard alternativt både och). Norrköping och Linköping uppvisar störst skillnader mellan olika grupper av barnfamiljer, i synnerhet är föräldrar med utländsk bakgrund utsatta, särskilt ensamstående utrikesfödda föräldrar. Barn i ekonomiskt utsatta hushåll finns i störst omfattning i vissa bostadsområden i Norrköping och Linköping, vilket utgör exempel på en växande segregation (1, 2).

Barn i en dylik situation är i särskilt stort behov av en för- och grundskola som förmår kompensera och motverka den ojämlikhet som uppstår (3, 4). Särskilt viktigt är språklig stimulans av ett eller flera språk och att barn lär sig läsa

och skriva under de första åren i skolan. Skolan har, utöver sin grundläggande roll för lärande också en kompensatorisk roll för barn i utsatta miljöer. Den är också förberedelsen till och förutsättningen för individens försörjning och yrkesliv. I Östergötland var andelen barn inskrivna i förskola per årsarbetare högst i landet, (ca 5,8 barn per årsarbetare år 2009 och år 2010) (1). Men det gäller inte bara yngre barn. Elever som saknar behörighet till gymnasiet i år nio i Östergötland har ökat under 2000-talet, likaså har andelen unga som etablerat sig på arbetsmarknaden minskat och långtidsarbetslösheten bland unga ökat i omfattning (5).

Föräldrars utbildningsnivå och födelseland har en avgörande betydelse för skolungdomars val av gymnasie- och högskolestudier och vidare etablering på arbetsmarknad. En skola som bidrar till alla barns lärande och utveckling, oavsett individuella förutsättningar och föräldrars bakgrund och utbildningsnivå, utgör en avgörande faktor för barns framtida fysiska och psykosociala hälsa och välbefinnande. En dylik satsning bör också omfatta ett tydligt barnper-



spektiv i syfte att involvera eleverna och ta tillvara deras åsikter och synpunkter på lärandesituationen och skolmiljön (6).

Det finns idag ett omfattande forskningsstöd som visat på ett starkt ömsesidigt samband mellan barns lärande och prestationer i skolan, en god (psykisk) hälsa och senare yrkesutbildning och arbetsförmåga i vuxenlivet. En god hälsa förbättrar skolresultat och dåliga skolresultat försämrar hälsa (7).

Det innebär att tidiga satsningar på elevers möjligheter och förutsättningar att avsluta grundskolan under år nio med godkända betyg i alla ämnen innebär i förlängningen en satsning mot senare ungdomsarbetslöshet och social utslagning. Med andra ord, skola och utbildning är en avgörande faktor för att främja alla barns goda hälsa.

Östgötadata vad gäller ungdomars psykiska hälsa överensstämmer med nationella slutsatser, nämligen att flickorna (i år sex respektive år nio) uppvisar större psykisk ohälsa jämfört med pojkar i samma ålder (framför allt psykosomatiska symptom) (8, 9). Resultaten bör beaktas och det finns idag forskning som baserat på genusperspektiv betonar vikten av att diskutera denna ojämlikhet vad gäller psykisk ohälsa mellan pojkar och flickor i strukturella termer. Studier av flickors och pojkars egen syn på problemet antyder hur olika förväntningar på flickors respektive pojkars prestationer och ansvarstagande kan vara en bidragande orsak till den oroande bilden (10, 11). När barn och unga tillfrågas om vad som stärker deras psykiska hälsa rör det sig om faktorer som socialt klimat, goda sociala relationer, ett ”vi” att tillhöra, positiva känslor osv., vilket antyder vikten av en god psykosocial miljö i skolan (12).

Hälsofrämjande skola är ett WHO-koncept som fick stort internationellt genomslag på 1990-talet. Där ses skolan som en arena för lokalt hälsofrämjande arbete (13, 14). Hela skolan ses som en arena där man kan påverka hälsans beståndsdelar på ett systematiskt sätt. Det handlar också om att sätta upp hälsa som ett mål för hela skolans verksamhet. Hos både flickor och pojkar är behovet av ett gott samspel med läraren betydelsefullt för att ge mental energi, stimulans, stöd och trygghet i lärandet. En hälsofrämjande skola är en skola som ser elevernas och personalens goda hälsa som en viktig förutsättning för god inläring. En skola som arbetar med att sätta det friska i fokus där det hälsofrämjande arbetssättet genomsyrar hela skolans arbete. Att verka för en hälsofrämjande skola innebär därför att utveckla hela skolans vardag till en stödjande och främjande fysisk och psykosocial miljö för hälsan, och därtill, att stärka och utveckla hälsoundervisningen (15–17).

**MÅL I Östergötland betonas barns rätt till likvärdig utbildning. Skolan ska utgöra en yttre och inre miljö som motsvarar barnens fysiska, sociala och psykiska behov. Skolan ska tillgodose och stimulera alla barns lärande och utveckling. Genom detta motverkas konsekvenserna av en stigande segregation och social ojämlikhet. På så vis bidrar skolan till alla barns goda hälsa.**

## Rekommendationer

- C.1 Påminn om och skapa förutsättningar för skolan att uppfylla sin kompensande funktion och bli en jämlik skola för alla barn.
- C.2 Utgå från alla barns förmåga att lära och värdera olika kunskaper, kompetens och lärstilar lika, både praktiska och teoretiska.
- C.3 Motverka stigande skolegregation genom att under en längre period rikta särskilda resurser till skolor med vikande resultat i kombination med intensivt uppföljnings- och kvalitetsarbete under en längre period.
- C.4 Fortbilda beslutsfattare och skolans medarbetare om den fysiska och psykosociala skolmiljöns betydelse för elevers och lärares hälsa.
- C.5 Utforma uppdrag och avtal med tydliga kvalitetskrav på skolan vad gäller dess psykosociala miljö, inomhusmiljö och elevhälsa samt att alla skolor och förskolor ska ha en lättillgänglig utomhusmiljö (skolgård) också vid korta raster.
- C.6 Understöd satsningar på demokrati och tolerans, för att skapa ett positivt socialt klimat och stärk skolans kunskapsbaserade arbete mot diskriminering och mobbning.
- C.7 Utveckla en aktiv elevhälsövård med närvarande skolsköterska varje skoldag.
- C.8 Ge stöd till skolsköterskans hälsosamtal med alla elever och särskilt möjligheter till förbättrad uppföljning av hälsoinformation.
- C.9 Förebygg psykisk ohälsa genom samverkan och kunskapsutbyte mellan aktörer i första linjen: barn-, ungdoms- och elevhälsan, primärvården, och socialtjänsten
- C.10 Satsa på förskolverksamhet och de första åren i skolan, med särskild betoning på barns språkutveckling och läs- och skrivförmåga.
- C.11 Förstärk och utveckla stödjande funktioner och samverkan skola och familj/föräldrar, respektive skola och arbetsliv samt skola och civilsamhälle.
- C.12 Ge, i tidigt skede, stöd till elever som riskerar att inte uppfylla läromålen.
- C.13 Erbjud kvalificerad studie- och yrkesvägledning för människor i alla åldrar.
- C.14 Erbjud vuxenutbildning som är tillgänglig och ekonomiskt möjlig för alla.
- C.15 Utöka det kommunala informationsansvaret till 25 år kring insatser för den som är arbetslös, lågutbildad och har försörjningsstöd.

## D Arbete och försörjning

Att ha ett arbete utgör en stabiliserande och strukturerande faktor i människors liv (1). De som har svårt att få tillträde till eller har svårt att fortsätta i arbetslivet tillhör de grupper som har eller utvecklar sämre hälsa och som därför blir mer sårbara för olika former av påfrestningar i livet (2). Flest förlorade levnadsår återfinns hos dem som har försörjningsstöd. Ett sätt att ge stöd till denna grupp – när de är i arbetsför ålder – är genom arbetsintegrerande sociala företag (3). Att ha ett arbete innebär dock inte att risken för att drabbas av ohälsa försvinner. De sociala skillnaderna i hälsa utifrån kön, utbildning, inkomst eller yrke tydliggör att förutsättningarna för hälsa, sjukdom och död varierar i olika arbeten (2).

Arbetslivet, inklusive offentliga verksamheter, befinner sig i en ständig förändringsprocess. Implementering av nya organisationsstrategier förändrar arbetsflödet och därmed vilka roller och uppgifter man får som arbetstagare. Den organisatoriska utvecklingen med en ökad betoning på att reducera slöseri och att effektivisera, tycks i viss mån ha inneburit en tveeggad utveckling (4). Vissa arbeten ställer ökade krav på förmåga hos individen att planera, ta ansvar, lösa problem och ta initiativ. Andra arbeten har utvecklats till en ökad rutinisering och fragmentering, med preciserade och detaljerade beskrivningar av processer, befattningar, procedurer och arbetsmetoder (5). Standardisering, kontroll och därmed följande mätningar och avrapporteringar har införts bland grupper och individer som tidigare var i det

närmaste autonoma. Den förtroende- och samarbetskultur som präglat svensk arbetsmarknad och svenska organisationer håller på att ersättas av styrformer som utgår från kontroll (6,7). Det sistnämnda påverkar inte minst individers hälsa. Förändringarna på arbetsmarknaden, i organisationerna, är således motsägelsefulla och riskerar att leda till ökad stress. Arbetsvillkor som innebär lägre inflytande, höga emotionella krav och högre psykisk belastning ökar risken för ohälsa och för arbetsolyckor (8,9).

Ett annat särdrag i arbetslivets omstrukturering involverar en ökande andel tillfälliga anställningar eller projektanställningar (10). Ett samlingsnamn för de varianter som förekommer är prekariat, en försvenskning av ett engelskt begrepp som fått stor spridning (11). Risken för ohälsa är betydligt förhöjd hos personer som ofta behöver oroa sig för arbetstrygghet och ekonomin (12). Ekonomisk påfrestning och ekonomiskt tvång hör samman med otrygghet och brist på kontroll över det egna livet, faktorer som är kända för att vara starkt stressframkallande.

Arbetets krav, eller förväntad prestation, styr som regel var och när den anställde utför sitt arbete. Kraven på flexibilitet och anpassningsförmåga har ökat, liksom kraven på självreglering vilket innebär både beslutsutrymme och egen problemlösning, det vill säga förutsättningar som anses vara goda förutsättningar för hälsa. Samtidigt kommer fler och fler signaler om att kraven blir alltför höga, att allt fler drabbas av ohälsa i dessa typer av arbeten (13,14). De organisatoriska förändringarna innebär att mindre vikt läggs vid den sociala arena som arbetet normalt har utgjort,



vilket innebär att stöd från kollegor och gemensamt lärande försvåras, liksom möjligheten att se sin roll i ett större sammanhang. Det är värt att notera att egenföretagare som traditionellt varit en grupp med jämförelsevis god hälsa idag ofta har en påfrestande arbetssituation, vilket kan leda till ohälsa (15,16). Detta beskrivs och diskuteras mer i den underlagsrapport som behandlar kön, genus och hälsa (17). Värt att notera är också att det finns skillnader mellan män och kvinnor i alla de ovan nämnda avseendena. Så är t ex, tillfälliga arbeten, något som mycket oftare has av kvinnor än av män.

Andelen personer som sjukskrivs i olika former av psykisk ohälsa, depression, ångest och stressrelaterade sjukdomar ökar i västvärlden. Både män och kvinnor har en högre risk att drabbas av psykisk ohälsa i yrken som innebär att man arbetar med andra människor, t.ex. lärare, hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom vård och omsorg. Arbetsvillkor som innebär små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, eller om det förekommer mobbning eller konflikter i arbetet eller bristande medmänskligt stöd, ökar risken för depressions-symptom (14). Att drabbas av psykisk ohälsa innebär ett allvarligt hot mot individens möjligheter att vara delaktig i arbetslivet (13) och det finns socioekonomiska skillnader avseende återhämtning och återgång i arbete (18). För både kvinnor och män är det psykiska diagnoser och besvär i rörelseorganen som oftast leder till längre sjukskrivningar. Med längre sjukfrånvaro ökar svårigheterna att återgå i arbete. Att arbeta trots att man har symptom på ohälsa kallas sjuknärvaro och har visats leda till större kostnader för arbetsgivaren än sjukfrånvaro eftersom den sjuknärvarande är mindre produktiv.

En hälsofrämjande arbetsplats som kan anpassa till individuella förutsättningar möjliggör för arbetande människor att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden och underlättar för sjukskrivna att återgå i arbete (19,20). Viktiga faktorer är ett gott emotionellt och socialt klimat som präglas av rättvisa, erkännande och delaktighet, vilka är viktiga förutsättningar för tillit och trygghet och därmed för hälsa (20, 21). Hälsofrämjande insatser blir emellertid ofta isolerade eller perifera i relation till arbetsplatsens dagliga aktiviteter, de är sällan integrerade i arbetsplatsens existerande strukturer och processer. Särskilt första linjens chefer behöver stöd för att hantera sin uppgift. En viktig förutsättning för hälsofrämjande arbetsplats är de anställdas kompetensutveckling. I det moderna arbetslivet måste de anställda utvecklas i takt med organisationen, det vill säga få möjlighet till kontinuerlig kompetensutbildning, något som kräver både tidsmässiga och andra resurser (22).

Den kompetensutveckling som nya organisationsformer kräver är dock inte detsamma som utbildning. Kunskap måste tillämpas för att bli kompetens. I begreppet kompetens ingår även social förmåga, självförtroende som möjliggör egna initiativ och copingförmåga som gör det möjligt för individen att hantera olika påfrestningar eller utmaningar på ett konstruktivt sätt.

## MÅL

*I. Alla östgötar har rätt till egen försörjning, meningsfull sysselsättning och ett rikt socialt liv. Alla har både rätt och skyldighet att bidra till samhällets välbefinnande och utveckling.*

*II. I arbetslivet ska arbetsmiljön utvecklas, fysiskt, psykiskt och socialt till arbetsplatser som är inkluderande och främjar hälsa, yrkesstolthet och arbetsglädje*

## Rekommendationer delmål I

D I.1 Motverka utbytbarhet och utslagning från arbetsmarknaden genom anpassning av arbetsuppgifter och aktiv rehabilitering för personer med funktionsnedsättningar.

D I.2 Uppmärksamma, värna och utveckla en hållbar lokal företagsamhet för att därmed öka förutsättningarna för egen försörjning och flera lokala arbetsgivare.

D I.3 Stimulera framväxten av arbetsintegrerande sociala företag för att skapa arbete, tillit och framtidstro hos människor som förlorat detta.

D I.4 Verka för att stimulera sociala innovationer så att fler människor erhåller anställning eller på annat sätt inkluderas i arbetslivet och för att genom detta stärka offentlig sektors verksamhet.

D I.5 Skapa möjlighet till kompetensutveckling i och utanför arbetet hela livet.

D I.6 Förbättra samordning mellan välfärdsaktörer (Försäkringskassa, Hälso- och sjukvård, Arbetsförmedling) och arbetsgivare i åtgärder för att förbättra återgång i arbete vid sjukskrivning eller arbetslöshet, samt undersök möjligheten till att bilda samordningsförbund på regional nivå.

D I.7 Skapa flexibla övergångar mellan utbildning, arbete och pensionering.

## Rekommendationer delmål II

(för all offentligt finansierad verksamhet oavsett driftsform):

D II.1 Organisera arbete så att arbetsmiljön är stödjande, hälsofrämjande och inkluderande av alla oberoende av anställningsform och arbetsgivare.

D II.2 Öka kunskap och medvetande om att sättet att organisera verksamheten påverkar hälsan hos medarbetarna och betydelsen av att aktivt integrera denna kunskap i planering, organisering och ledning av arbetet.

D II.3 Genomför regelbunden uppföljning av arbetsmiljön och koppla den till medarbetarnas hälsa och arbetsgivarens kostnader för arbetsrelaterad ohälsa, med fördel i samverkan med olika statliga myndigheter.

D II.4: Tillämpa alkoholfri policy och lagen om tobaksfri arbetsmiljö.

D II.5 Tillämpa nolltolerans för diskriminerande attityder hos chefer och medarbetare på arbetsplatsen.

D II.6 Öka tillgången till kvalificerad och multiprofessionell företagshälsovård för alla, även småföretagare eller anställda inom olika typer av bemanningsföretag.



## E Omsorg, hälso- och sjukvård

Jämlig vård och omsorg innebär att vård, behandling och omsorg ska erbjudas och ske på lika villkor till alla oavsett bakgrund. Idag finns en lång rad exempel på omotiverade skillnader inom både vård och omsorg (1–3).

En orsak till ojämlik vård är skillnader i tillgänglighet. Ungefär en av fyra anser att de inte har tillgång till den vård de behöver och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Kvinnor avstår i högre grad än män, och personer med enbart grundskoleutbildning avstår oftare än personer med eftergymnasial utbildning. Som skäl att avstå från vård anges bland annat att man får vänta alltför länge, att man inte tror att man kan få hjälp eller att man inte har råd eller möjlighet att ta ledigt från sitt arbete för att besöka vården (2,3). Otydlighet i rutiner hur och när man ska söka vård kan också bidra till en ojämlikhet (2). Erfarenheter från invandrartäta områden visar bland annat att många inte vet hur man söker kontakt med hälso- och sjukvården eller inte förstår teleQ-system som idag tillämpas i hälso- och sjukvården för att få en tid till vårdgivare.

En annan, sannolikt grundläggande, orsak till ojämlikhet i vård och omsorg är bristande tillit till välfärdssystemen, kallad social tillit, och till enskilda vårdgivare, kallad personlig tillit (4). Tillit är människans upplevelse av att andras godhet, ärlighet och skicklighet går att lita på. Personlig tillit måste vinnas aktivt, medan social tillit ofta är passiv och nedärvd. Bristande tillit ökar risken för att man inte söker vård när man behöver den eller att man söker för sent för att få optimal behandling. Detta är vanligare hos människor med utsatt social situation, som har tunna sociala

nätverk, svårt att förstå språket, är rädda, nedstämda eller uppgivna (4–6).

En viktig förklaring till ojämlikhet i resultat av vård och omsorg är bristande kommunikation (7). Begreppet hälsolitteracitet avser förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation, och innefattar betydelsen av att som vårdgivare kommunicera i tal och skrift så att alla kan förstå (8,9). Begreppet har funnits länge i internationell forskning men det är först på senare år som studier i europeiska länder visat att ca 50 % av befolkningen upplever svårigheter att förstå det språk som används inom vård och omsorg (9). Andelen är högre, och svårigheterna mer uttalade, för den med utsatt socioekonomisk situation eller för den som har annat modersmål.

Tilltro till den egna förmågan är grundläggande för att kunna vara delaktig i sin vård och för att uppnå mer jämlika resultat av vård och omsorg. Bemötande som stärker individens psykosociala resurser, såsom socialt stöd och tilltro till egen förmåga, bidrar till bättre livskvalitet med fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (10). Detta är viktigt hos alla patienter men särskilt för den som lever med en kronisk sjukdom liksom för den som lever i livets slutskede. Genom sin effekt på kroppens centrala skyddsmekanismer har psykosociala resurser också stor betydelse för motståndskraft och sjukdomens prognos. Exempel är fler antikroppar och bättre effekt av vaccination, bättre immunförsvar och läkning av bensår för patienter med diabetes (11) och ökad överlevnad och kortare vårdtider vid levertransplantation (12). Ett bemötande utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt som stärker individens psykosociala resurser är därför viktigt i omsorg och hälso- och sjukvård, och är särskilt viktigt för personer som har svaga psykosociala resurser (10,13–14).



Ett närliggande koncept är personcentrerad vård (15) som innebär att ta utgångspunkt i personens värderingar och preferenser samt värnar möjlighet till medbestämmande. Det innebär att personen ses som en aktiv samarbetspartner och att hans/hennes sociala nätverk involveras i vård och omsorg. Personcentrerad vård innebär också att beakta särskilda behov t.ex. att vid olika kulturell bakgrund få bevara egna traditioner och sedvänjor.

En aktuell studie (16) finner att vården i Sverige har brister vad gäller:

- Patienter som medaktörer i vården med hjälp av information och utbildning,
- Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar,
- Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg,
- Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke medicinska (ex. sociala, emotionella och andliga) behov, och
- Involvering av familj och närstående i vården enligt patienters önskemål.

Vården av multisjuka äldre ställer särskilda krav på kontinuitet i vårdkedjan. För att det ska fungera tillfredställande för multisjuka krävs ett väl utvecklat samarbete mellan landsting och kommun – sjukhusvård, primärvården och den kommunala vården och omsorgen (17–19).

På samma sätt som bemötande har vårdmiljön stor betydelse för tillfrisknande, livskvalitet och hälsa. Detta innefattar att man, som patient kan ha utsikt mot grönområden, betydelsen av ljud och ljus och färgsättning liksom val av inredning och utsmyckning av lokaler. Vårdmiljöns utformning är särskilt viktig för den som är mest sårbar, dvs. individer med låg socioekonomisk status och inte minst för äldre inom omsorg och i äldreboende (20–23).

En hälsofrämjande vårdmiljö är samtidigt en hälsofrämjande arbetsmiljö för de som arbetar inom vård och omsorg, vilka idag utgör den grupp i samhället som har högst ohälsotal.

Eftersom tobaksbruk, alkoholmissbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ogynnsamma matvanor, konsekvent är vanligare bland personer med låg socioekonomisk situation, är hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdomar genom att främja goda levnadsvanor särskilt angelägna för dessa individer. Det finns idag god evidens för effekter av sjukvårdens sjukdomsförebyggande insatser genom rådgivande samtal med patienter om tobak, riskbruk av alkohol, fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (24).

Hjärtinfarkt är vår största orsak till tidig död. Det uppskattas att mellan 30–40 % av de som får en hjärtinfarkt dör innan de kommer till sjukhuset och andelen är högst bland de med en utsatt socioekonomisk situation (25). Därför är primärpreventiva, förebyggande insatser angelägna. Erfarenheter från uppsökande verksamhet i form av hälsoundersökningar och hälsosamtal visar tydliga effekter på att minska sociala skillnader i hälsa (26). Den största effekten uppnås om dessa insatser sker samtidigt som det sker insatser i lokalsamhället. Därför är samarbete mellan aktörer i kommun, civilsamhälle samt hälso- och sjukvård angeläget (26).

Konceptet hälsofrämjande hälso- och sjukvård innebär ett arenaperspektiv. Det är utvecklat inom WHO och är en del i det nationella folkhälsomålet (27–29). Det innefattar, att utveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt som stödjer patientens tilltro till sin egen förmåga, insatser för att utveckla den hälsofrämjande vårdmiljön, samt sjukdomsförebyggande insatser i form av stöd för att ändra ogynnsamma levnadsvanor. Det innefattar också att utveckla arbetsmiljön för sina egna medarbetare liksom att i befolkningsperspektivet bidra med kunskap och aktivt delta i uppsökande verksamhet och multiprofessionella insatser. Det område som idag blir allt viktigare att utveckla är att utforma uppdrag och styrsystem som möjliggör och stödjer denna inriktning (29).

**MÅL** *Alla östgötar har rätt till omsorg, hälso- och sjukvård utifrån sina behov, i en fysisk, psykisk och social miljö, som bidrar till läkning och hälsa.*

*Verksamheten baseras på en helhetssyn där individen ges möjlighet att vara medskapare i sin hälsoutveckling, möts med respekt för olikheter i behov och värderingar, stärks i tilltro till sin egen förmåga att hantera sin sjukdom och ohälsa, och ges stöd att förbättra sin hälsa och livskvalitet.*

## Rekommendationer

E.1 Arbeta för att ändra förhållnings- och arbetssätt så att patienten/brukaren ses som och blir en medproducent av sin hälsa och omsorg.

E.2 Utforma uppdrag och uppföljning som stimulerar till jämlik omsorg och vård utifrån de behov brukare och patienter upplever.

E.3 Utveckla kunskap, inom alla personalgrupper, om bemötandets betydelse för att öka tillit till omsorg, hälso- och sjukvård samt tilltro till egen förmåga hos individen.

E.4 Skapa förutsättningar för ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete, där man diskuterar levnadsvanor som fysisk aktivitet, mat, tobak och alkohol utifrån en helhetssyn på hälsa och sjukdom. Arbetet integreras i all hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet, och innefattar specifika insatser för riskgrupper och generella insatser för att nå alla.

E.5 Utveckla nya möjligheter till tillgänglighet för besök eller möjlighet för frågor utifrån patientens behov.

E.6 Kompetensutveckla om individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation och om kommunikation så att alla kan förstå.

E.7 Utveckla kunskap hos beslutsfattare om boende- och vårdmiljöns betydelse för hälsa och livskvalitet, t.ex. rökfritt sjukhus, och måltidsmiljö för gemenskap, måltidsglädje och matlust.

E.8 Utveckla olika former av teamarbete inom vården med multiprofessionell kompetens och brukaren/patienten som aktiv part.

E.9 Stärk vården vad gäller multisjuka eller patienter med en sammansatt psykosocial situation genom samverkan och samordning mellan olika aktörer/instanser.

E.10 Utveckla samorganisering mellan olika välfärdsaktörer t.ex. vård och socialtjänst via familjecentraler.

E.11 Utveckla samverkan med andra aktörer särskilt med civilsamhället.

# Referenser

## Kap 3: Finns ojämlikhet i hälsa i Östergötland

1. Regionförbundet Östsam. Folkhälsopolitisk policy för Östergötland 2011–2014. Linköping: Regionförbundet Östsam; 2011.
2. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Vård-datalager. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2008.
3. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Bearbetning av data från Barnhälsomiljöenkäten 2005. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2009.
4. Angbratt M, Ekberg J, Walter L. Uppföljning av ungdomars vikt i Östergötland – vad har hänt med 91-orna? Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2008.
5. Statens folkhälsoinstitut. Övervikt bland barn – system för nationell uppföljning: fem kommuner under fem läsår. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
6. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Bearbetning av lokala tandepidemiologidata. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2009.
7. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Om skolbarns hälsa i Östergötland – fem dimensioner av psykisk hälsa. [Internet] Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2011. [citerad 2014-01-05] Hämtad från: [http://vardgivarwebb.lio.se/pages/123949/Rapport\\_2011\\_2\\_Skolbarnshalsa.pdf](http://vardgivarwebb.lio.se/pages/123949/Rapport_2011_2_Skolbarnshalsa.pdf)
8. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Data från nationella enkäten Hälsa på lika villkor 2011, lokalt urval Östergötland. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2011.
9. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
10. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
11. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Landstingets äldrerapport. Data från nationella enkäten Hälsa på lika villkor 2009, lokalt urval Östergötland. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2009.
12. Multisjuka. [Internet] Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2010. Hämtad från : <http://www.aldrecentrum.se/Amnesomraden/Multisjuka/>
13. Akner G. Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. Läkartidningen. 2010; 107(44): 2707–11.
14. Dahlstedt M, Lindberg I, red. Det slutna folkhemmet: Om etniska klyftor och blågul självbild. Stockholm: Agora; 2002.
15. Dahlstedt M, Neergaard A, red. Migrationens och etnicitetens epok: Kritiska perspektiv i etnicitets- och migrationsstudier. Stockholm: Liber; 2013.
16. Arbetslösheten kostar mer än sjukvården. [Internet] Stockholm: Ekonomifakta; 2006. Hämtad från <http://www.ekonomifakta.se/sv/Artiklar/2006/April/Arbetslosheten-kostar-mer-an-sjukvarden/>
17. Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg, 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
18. Gisselmann M. The first injustice: Socio-economic inequalities in birth outcome [Doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms Universitet, Sociologiska institutionen; 2007.
19. Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, et al. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2010; 39(3): 263–72.
20. Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann NY Acad Sci.* 2010; 1186: 37–55.
21. Galobardes B, Lynch JW, Smith GD. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62(5): 387–90.
22. Marmot M. Statussyndromet. Stockholm: Natur och kultur; 2006.
23. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med.* Elsevier. 2012; 75(4): 761–90.
24. Shkolnikov VM, Andreev EM, Jdanov DA, et al. Increasing absolute mortality disparities by education in Finland Norway and Sweden, 1971–2000. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66(4): 372–80.

25. Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(9): 804–10.
26. Aronsson K, Mako E, Walter L. Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2009.
2. Sonesson M. Årligt statistikunderlag, utbildning, 2014, Och den ljusnande framtid är vår? Hämtad från [http://ostsam.se/files/2641\\_Och%20den%20ljusnande%20framtid%20är%20vår%202014\\_rev140924.pdf](http://ostsam.se/files/2641_Och%20den%20ljusnande%20framtid%20är%20vår%202014_rev140924.pdf) Linköping: Regionförbundet Östsam; 2014.
3. Marmot M, Siegrist J. Health inequalities and the psychosocial environment, *Soc Sci Med*. 2004; 58: 1463–73.
4. Nordenmark M, Vinberg S, Strandh M. Job control and demands, work-life balance and wellbeing among self-employed men and women in Europe. *Vulnerable Groups & Inclusion*. 2012; 3. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.3402/vgi.v3i0.18896>
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2014.
6. Mörtvik R, Rautio K. Jakten på superarbetskraften fortsätter! Stockholm: TCO; 2008.
7. Ungdomsstyrelsen Temagruppen unga i arbetslivet. 10 orsaker till avhopp, 379 unga berättar om avhopp från gymnasiet. [Internet] Ungdomsstyrelsen Temagruppen unga i arbetslivet; 2013. Hämtad från: <http://www.temaunga.se/sites/default/files/tioorsaker.pdf>
8. Barnfattigdom. [Internet] Stockholm: Rädda barnen. Hämtad från: <http://www.raddabarnen.se/barnfattigdom/>
9. Blücher G. Fysisk planering. I Boende och bostadspolitik i Norden. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet; 2001. s. 219–39.
10. Maggi S, Irwin LJ, Siddiqi A, Hertzman C. The social determinants of early child development: an overview. *J Paediatr Child Health*. 2010; 46(11): 627–35.
11. Braveman P, Barclay C. Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics*. 2009; 124(3): 163–75.
12. Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann NY Acad Sci*. 2010; 1186: 37–55.
13. Galobardes B, Lynch JW, Smith GD. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(5): 387–90.
14. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
15. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
16. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M. Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts. *PLoS Medicine*. 2011; 8(2).

## Kap 4: Samspel mellan individ och samhälle för en jämlik hälsa

1. Rappaport J, Davidson W, Wilson M, Mitchell A. Alternatives to Blaming the Victim or the Environment: Our Places to Stand Have Not Moved the Earth. *Am Psychol*. 1975; 30(4): 525–28.
2. Nordenfelt L. Kampen för folkhälsan. Uppsala: Natur och kultur; 1994.
3. Bjurling M, Högdevall M. Funkis, folkhem och förlovrade visioner. En tolkning av det sociala kapitalet i ett miljonprogramsområde i Linköping [Kandidatuppsats]. Linköping: Linköpings Universitet, filosofiska fakulteten; 2011.
4. The Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet] World Health Organization. Hämtad från: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
5. Regeringskansliet. Konventionen om barnets rättigheter. Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
6. World Health Organization . Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization; 2008.
7. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67 (3): 286–91.
8. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985; 14: 32–38.
9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 1991.

## Kap 5: Orsaker på individnivå som bidrar till ojämlikhet i hälsa

1. Marmot MG, Wilkinson RD, red. Social determinants of health. Andra upplagan. Oxford: Oxford University Press; 2000.

17. Berkman LF. The role of social ties in health promotion, Review. *Psychosomatic Med.* 1996; 57(3): 245–54.
18. Berkman LF. Introduction; seeing the forest and the trees. From observational studies to experiments in social epidemiology. *Epidemiol review.* 2004; 20: 2–6.
19. Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, et al. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med.* 2004; 58(8): 1511–22.
20. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann NY Acad Sci.* 2010; 1186: 146–73.
21. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom. Med.* 2008; 70(7): 741–56.
22. Lundgren O, Garvin P, Jonasson L, Andersson G, Kristenson M. Psychological Resources are Associated with Reduced Incidence of Coronary Heart Disease. An 8-Year Follow-up of a Community-Based Swedish-Sample. *Int. J. Behav. Med.* 2015; 22(1): 77–84.
23. Antonovsky A. Call for a new question and a proposed answer; sense of coherence. *Journal Prev Psych.* 1984; 2: 1–13.
24. Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RL, Wareham NJ, et al. Adaptation to social adversity is associated with stroke incidence: evidence from the EPIC-Norfolk prospective cohort study. *Stroke.* 2007; 38(5): 1447–53.
25. Pearlin LI, Schooler C. The Structure of Coping. *J Health Soc Behav.* 1978; 19(1): 2–21.
26. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, et al. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health.* 2013; 12: 54.
27. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet.* 2004; 364(9438): 953–62.
28. Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychol Bull.* 2003; 129(1): 10–51.
29. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serenity to clinical relevance. *Brain Res.* 2000; 886(1–2): 172–89.
30. Chen E, Miller GE. Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9: 723–49.

## Kap 6: Hur kan man minska ojämlikhet i hälsa med insatser på samhällsnivå?

1. United Nations World Commission on Environment and Development (WCED). Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. Oxford: Oxford University Press; 1987.
2. Adams WM. The future of sustainability. Rethinking environment and development in the twenty-first century. [Internet] University of Cambridge; 2006. Hämtad från: [http://cmsdata.iucn.org/downloads/iucn\\_future\\_of\\_sustainability.pdf](http://cmsdata.iucn.org/downloads/iucn_future_of_sustainability.pdf)
3. Regionförbundet Östsam. Regionalt utvecklingsprogram >2030 för Östergötland. Linköping: Regionförbundet Östsam; 2012.
4. Folkhälsans utveckling – målområden. [Internet] Folkhälsomyndigheten. [uppdaterad: 2014-12-22. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 1991.
6. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization; 2008.
7. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review). [Internet] UCL Institute of Health Equity; 2010. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
8. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
9. Dahl E, Bergsli H, van Der Wel K. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk; 2014.
10. Sveriges kommuner och landsting (SKL). Gör jämlikt – gör skillnad, Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Stockholm: SKL; 2013.
11. Västra Götalandsregionen. Samling för social hållbarhet – Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland. Västra Götalandsregionen; 2013.
12. Malmö stad. Malmös väg mot en hållbar framtid – hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Malmö stad; 2013.
13. Ramsberg J, Ekelund M. Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. *Ekonomisk debatt.* 2011; 5(39): 41–53.

14. Västra Götalandsregionen. Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland – En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället. Västra Götalandsregionen; 2011.
15. Suhrcke M, McKee M, Arce RS, Tsovala S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxemburg Office for Official Publications of the European Communities; 2005.
16. Sveriges kommuner och landsting (SKL). Hälsoekonomi och folkhälsoarbete. Stockholm: SKL; 2011.
17. Bokström T, Lindencrona F, Wieselgren IM. Sociala investeringar – från dröm till verklighet. Socialmedicinsk tidskrift. 2014; 91(3): 245–52.
18. Diedrichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. I: Evans T, Whitehead M, Diedrichsen F, Bhuiya A, et al, red. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford: OUP; 2001. s. 12–23.
19. Norén L. Offentliga marknader och brukarinflytande. Kommunal Ekonomi och Politik. 2006; 4(1): 7–29.
20. Norén L. Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg. Göteborg: Bokförlaget BAS; 2003.
21. Målvqvist I, Åborg C, Forsman M. Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg – en kunskapssammanställning om New Public Management. Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2011.
22. Thörnqvist A. Mångfaldens marknad och arbetets villkor. Om följer av kundval (LOV) i hemtjänsten. Forum för arbetslivsforskning i Sverige. Arbetsliv i omvandling. 2013; 2.
23. Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ. Bortom New Public management. Lund: Academia Adacta; 2008.
24. Forssell A, Norén L. Konkurrens på lika villkor på offentliga marknader. Nordiske Organisationsstudier. 2006; 1:7–31.
25. Almqvist R. New public management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll. Malmö: Liber; 2006.
26. Holmgren Caicedo M, Mårtensson M, Tamm Hallström K. New public management, På jakt efter den perfekta styrningen. I: Hasselbladh Holmqvist M, red. Företagsekonomi och samhället. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 107–140.
27. Holmgren Caicedo M, Mårtensson M. Extensions and intensions of management control – the inclusion of health. Critical perspectives on accounting. 2010; 21(8): 655–668.
28. Bringselius L. The voice of professionals – lost in evaluation? Int J Publ Admin. 2013; 36(10): 723–31.
29. Hasselbladh H, Bejerot E. Webs of knowledge and circuits of communication: Constructing rationalized agency in Swedish health care. Organization. 2007; 14: 179–200.
30. Bejerot E, Hasselbladh H. Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården. Arbetsmarknad & Arbetsliv. 2003; 9(2): 107–127.
31. Kovalainen A, Sundin E. Entrepreneurship in public organizations. I: Hjorth D, red. Handbook of organizational entrepreneurship. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing; 2012. s. 257–278.
32. Holmgren Caicedo M, Mårtensson M, Roslander R. Managing and measuring employee health and wellbeing: a review and critique. Journal of contemporary accounting & organizational change. 2010; 6(4): 436–459.
33. Sundin E, Ekberg K. Hälsan, vården, omsorgen och organisationerna. Rapport till Östgötakommisionen för jämlik hälsa, 2014. Hämtad från: <http://www.regionostergotland.se/>
34. Brunsson N, red. Regelexplosionen. Stockholm: EFI; 2004.
35. Brunsson N, Jacobsson BA. World of standards. Oxford University Press; 2000.
36. Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
37. Herlofsson J. Från vårdgivare till relationsbyggare – åter till Sokrates. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 87–102.
38. Ekman I, red. Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
39. Müssener U. Det goda mötet – en viktig del i sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Socialmedicinsk tidskrift. 2012; 89(2): 169–77.
40. Hansson C, Pettersson A. Det professionella samtalet på individens nivå. En socialpsykologisk studie av en gemensam förståelse i samtal mellan arbetsförmedlare och unga arbetslösa [Kandidatuppsats]. Halmstad: Högskolan i Halmstad, sektionen för samhälle och hälsa; 2013.
41. Vedhara K. Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. Brain Behav Immun. 2012; 26(2): 210–11.
42. Inspektionen för socialförsäkringen. Ett förstärkt allmänt ombud för socialförsäkringen. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen; 2012.
43. Frykman J, red. Diskriminering – ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa. Folkhälsoinstitutet; 2006.
44. Finansiell samordning, start. [Internet] Finansiell samordning. Hämtad från: <http://www.finsam.se/start>

45. Om samordningsförbunden i Östergötland. [Internet] Samordningsförbunden i Östergötland. Hämtad från: <http://www.samordning.org/index.php/om-forbunden>
46. Berghamre Heinz A, Carlsson E, Johansson E. Företagen som öppnar dörren till arbetslivet. Arbetsintegrerande sociala företag i Sverige 2012. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
47. Tillväxtverket. Att lära av mirakel – att vända arbetslöshet till hållbart socialt företagande. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
48. Donaldson C, Baker R, Cheater F, Gillespie M, et al. Social Business, Health and Well-Being. *Social Business*. 2011; 1: 17–35.
49. Demokrati och makt i Sverige. Maktutredningens huvudrapport. (SOU 1990:44).
50. Ambjörnsson F. I en klass för sig: genus, klass och sexualitet bland gymnasietjejer Stockholm: Ordfront förlag; 2003.
51. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014; 110: 10–17.
52. Dahlstedt M. Reserverad demokrati: Representation i ett mångkulturellt Sverige. Umeå: Boreå; 2005.
53. Dahlstedt M, Hertzberg F, red. Demokrati på svenska: Om strukturell diskriminering och politisk deltagande. (SOU 2005: 112). Stockholm: Fritzes.
54. Dahlstedt M. Aktiveringens politik: Demokrati och medborgarskap för ett nytt millennium. Stockholm: Liber; 2009.
55. Nordström Skans O, Åslund O. Segregationen i storstäderna, Valfärdsrapport 2009. Mölnlycke: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle; 2009.
56. Hugosson J, Maandi C. Boendesegregation i Sverige – orsaker, konsekvenser och åtgärder, En förstudie om levnadsvillkor och boende – del tre. [Internet] Hyresgästföreningen; 2008. Hämtad från: [http://www.hyresgastforeningen.se/Om\\_Oss/ladda\\_hem/rapporter/Documents/0017\\_Del\\_3\\_Boendesegregation\\_i\\_Sverige\\_juli\\_2008.pdf](http://www.hyresgastforeningen.se/Om_Oss/ladda_hem/rapporter/Documents/0017_Del_3_Boendesegregation_i_Sverige_juli_2008.pdf)
57. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, et al. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health*. 2013; 12: 54.
58. Eriksson M. Social capital and health—implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011; 8(4): 5611.

## Referenser till samhällsarenorna

### A) Boende

1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 1991.
2. Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location – a review of evidence. *Eur J Public Health*. 2010; 20(1): 36–42.
3. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012; 380(9846): 1011–29.
4. Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks. A review of findings and a discussion of potential counter measures. [Internet] World Health Organization Europe, Karolinska Institutet; 2009. Hämtad från: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/111036/E91823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf)
5. Whitley R, Prince M. Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Soc Sci Med*. 2005; 61(8): 1678–88.
6. White HL, Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR, Glazier RH. Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk? *Health and Place*. 2011; 17(1): 361–69.
7. Kölegård Stjärne M. A matter of context: social inequalities in incidence of myocardial infarction [Doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2005.
8. Kullberg A, Karlsson N, Timpka, T, Lindqvist, K. Correlates of local safety-related concerns in a Swedish Community: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2009; 9: 221.
9. Socialdepartementet. Valfärdens förutsättningar (SOU 2000:37). Stockholm: Fritzes.
10. Kullberg A. My home is my Castle: residential Well-Being and Perceived Safety in Different Types of Housing areas in Sweden [Doktorsavhandling] Linköping: Linköpings Universitet, avdelningen för samhällsmedicin; 2010.
11. Permentier M, van Ham M, Bolt G. Neighbourhood reputation and the interaction to leave the neighbourhood. *Environment and Planning A*. 2009; 41(9): 2162–80.
12. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.

## B) Fritid:

1. Makt att bestämma. Proposition (2004/05:2). Stockholm: Riksdagen; 2004.
2. Ungdomsstyrelsen. Ungdomar, fritid och hälsa En forskningsöversikt om fritidens risk- och skyddsfaktorer. Ungdomsstyrelsen; 2007.
3. Ferrer-Wreder L, Stattin H, Cass Lorente C, Tubman JG, Adamson L. Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt. Stockholm: Gothia; 2005.
4. Andershed H, Andershed AK. Normbrytande beteende i barndomen, Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia utbildning; 2005.
5. Nilsson P. Den allvarsamma fritiden. En litteraturstudie av undersökningar om barns och ungdomars fritids- och kulturvanor. Stockholm: Statens ungdomsråd; 1994.
6. Länsstyrelsen Östergötland. Regional strategi för ANDT-arbetet i Östergötlands län 2014 – juni 2016. Länsstyrelsen Östergötland; 2013.
7. Statens folkhälsoinstitut. Kultur för hälsa, En exempel-samling från forskning och praktik. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2005.
8. Norling I. Naturens och trädgårdens betydelse för hälsa och livskvalitet. Göteborg: Sahlgrenska Universitets-sjukhuset Sektionen för vårdforskning; 2001.
9. Tellnes G. Samspillet, Natur-Kultur-Helse. Oslo: Uni-pub forlag; 2003.
10. Wijkström F, red. Civilsamhället i samhällskontraktet, en antologi om vad som står på spel. Stockholm: European civil society Press; 2012.
11. <http://overenskommelsen.se/om-overenskommelsen/>

## C) Skola

1. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Folkhäl-sorapport Östergötland. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2012.
2. Salonen T. Barns ekonomiska utsatthet. Rädda Barnens Årsrapport 2012:2. Stockholm: Rädda barnen; 2012.
3. Person S. Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa. Malmö: Malmö stad; 2012.
4. Skolverket. Att bana väg för nyanländas lärande – mot-tagande och skolgång. Stockholm: Skolverket; 2014.
5. Skolverket. Vad ungdomar gör efter gymnasiet – en registerstudie. Stockholm: Skolverket; 2014.
6. Regeringskansliet. Konventionen om barnets rättig-heter. Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
7. Gustafsson JE, Allodi Westling M, Ahlin Åkerman B, Eriksson C, et al. School, Learning and Mental Health. A systematic review. Stockholm: Kungliga Vetenskapsa-kademien; 2010.

8. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Om skolbarns hälsa i Östergötland – fem dimensioner av psykisk hälsa. [Internet] Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2011. [citerad 2014-01-05] Hämtad från: [http://www.lio.se/pages/123949/Rap-port\\_2011\\_2\\_Skolbarnshalsa.pdf](http://www.lio.se/pages/123949/Rap-port_2011_2_Skolbarnshalsa.pdf)
9. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Att växa upp i Östergötland. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2010.
10. Landstedt E, Asplund K, Gillander Gådin K. Under-standing adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Sociol Health Ill.* 2009; 31(7): 962–78.
11. Landstedt E, Gillander Gådin K. Seventeen and Stres-sed – Do Gender and Class Matter? *Health Sociology Review.* 2012; 21(1): 82–98.
12. Warne M, Snyder K, Gillander-Gådin K. Promoting an Equal and Healthy Environment: Swedish Students' View of the Daily Life at School. *Qual Health Res.* 2013; 23(10): 1354–68.
13. Rowling L, Jefferys V. Capturing complexity: in-tegrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice. *Health educ res.* 2006; 21(5): 705–15.
14. Barnekow Rasmussen V, Rivett D. The European Network of Health Promoting Schools – an alliance of health, education and democracy. *Health Education.* 2000; 100(2): 61–67.
15. Skolverket, Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Socialstyrelsen, Skolverket; 2014.
16. Skolverket. Elevhälsans uppdrag – främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen. Stockholm: Skolverket; 2012.
17. Green S, Tranquist J, Eriksson C. Hälsöfrämjande insatser i skolan – en nationell kartläggning år 2009. Örebro: Nationellt centrum för främjande av god hälsa hos barn och ungdom; 2009.

## D) Arbete och försörjning

1. Waddell G, Burton A. Is work good for your health and well-being? London: The Stationary Office; 2006.
2. Holland P, Burström B, Whitehead M, Diderichsen F, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization. *Int J Health Serv.* 2011; 41(3): 395–413.
3. Berghamre Heinz A, Carlsson E, Johansson E. Före-tagen som öppnar dörren till arbetslivet. Arbetsinte-grerande sociala företag i Sverige 2012. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
4. Ekberg K. Hälsöfrämjande och lärande arbetsplats-finns organisatoriska förutsättningar? I: Kock H, red. Lärande i arbetslivet. Möjligheter och utmaningar. Linköping: Linköpings Universitet; 2014, p 37–51.



5. Westgaard RH, Winkel J. Occupational musculoskeletal and mental health: significance of rationalization and opportunities to create sustainable product systems a systematic review. *Appl. Ergon.* 2011; 42: 261–96.
  6. Målvqvist I, Åborg C, Forsman M. Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorgen. Kunskapssammanställning om New Public Management. Stockholm: Karolinska Institutet Institutionen för folkhälsovetenskap; 2011.
  7. Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ. Bortom New Public Management. Lund: Academia Adacta; 2008.
  8. Lu MLO, Nakata A, Park JB, Swanson NG. Workplace psychosocial factors associated with work-related injury absence: a study from a nationally representative sample of Korean workers. *Int J Behav Med.* 2014; 21: 42–52.
  9. Swaen GMH, van Amelsvoort LPGM, Bultmann U, Slangen JJM, et al. Psychosocial work characteristics as risk factors for being injured in an occupational accident. *J Occup Environ Med.* 2004; 46: 521–27.
  10. SCBs statistik över anställningsformer.
  11. Standing Guy. *The precariat : the new dangerous class.* Bloomsbury Academic, London & New York, 2011.
  12. Sverke M, Hellgren J, Näswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychology.* 2001; 7: 242–64.
  13. OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health at work. [Internet] OECD; 2011. Hämtad från: <http://www.oecd.org/els/emp/sickonthe-job2011.htm>
  14. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2014.
  15. Andersson P. Happiness and health: Well-being among the self-employed. *The Journal of Socio-Economics.* 2008; 37:213–236.
  16. Nordenmark M, Vinberg S, Strandh M. Job control and demands, work-life balance and wellbeing among self-employed men and women in Europe. *Vulnerable Groups & Inclusion,* 2012;3:1-18.
  17. Sundin E. Kön, genus och hälsa. Underlagsrapport Östgötakommissionen 2014. Hämtad från: [www.regionostergotland.se](http://www.regionostergotland.se)
  18. Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, Salo P, et al. Socioeconomic differences in long term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *J Occup Environ Med.* 2011; 68: 791–98.
  19. Nevala N, Pehkonen I, Koskela I, Ruusuvaori J, et al. Workplace accommodation among persons with disabilities: a systematic review of its effectiveness and barriers and facilitators. *J Occup Rehabil.* Published online 08 October 2014. DOI 10.1007/s10926-014-9548-z.
  20. Arbetsmiljöverket. Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer, Kunskapsöversikt. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2012.
  21. Arbetsmiljöpoliciska kunskapsrådet. Det friska företaget – hur ser det ut? God arbetsmiljö – en framgångsfaktor? (SOU 2009:47). Stockholm: Fritzes.
  22. Ellström PE. Integrating learning at work: Conceptual issues and critical conditions. *Human Resource Development Quarterly.* 2001; 12: 421–35.
- E) Omsorg och hälso- och sjukvård**
1. Socialstyrelsen. God vård – Vård på lika villkor – hur jämlik är vården? Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
  2. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: SKL; 2009.
  3. Myndigheten för vårdanalys. Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården? Delrapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
  4. Fugelli P. Tillit är medicinens grundämne. *Läkartidningen.* 2006; 103(24–25): 1961–64.
  5. Wollebæk D, Wallman Lundåsen S, Trägårdh L. Three Forms of Interpersonal Trust. *Evidence from Swedish Municipalities. Scandinavian Political Studies.* 2012; 35(4): 319–346.
  6. Baigi A, Lindgren EC, Starrin B, Bergh H. In the shadow of the welfare society ill-health and symptoms, psychological exposure and lifestyle habits among social security recipients; a nationwide survey study. *Biopsychosoc Med.* 2008; 2: 15.
  7. Myndigheten för vårdanalys. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
  8. Berkman ND, Davis TC, McCormac L. Health literacy: What is it? *Health Communication.* 2010; 15(2): 9–19.
  9. Mårtensson L, Hensing G. Hälsovetenskap, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen.* 2011; 108(51–52): 2718–20.
  10. Kristenson M. Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 25–32.
  11. Vedhara K. Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. *Brain Behav Immun.* 2012; 26(2): 210–11.

12. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, et al. Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. *Transplant Proc.* 2011; 43(1): 155–57.
13. Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, et al. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med.* 2004; 58(8): 1511–1522.
14. Kristenson M. Hur kan hälso- och sjukvården bidra till minskade skillnader i hälsa, *Socialmedicinsk tidskrift.* 2011; 88(4): 344–51.
15. Ekman I, red. Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
16. Myndigheten för vårdanalys. Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
17. Berlin J, Carlström E, Sandberg H, red. Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner. Lund: Studentlitteratur; 2009.
18. Kvarnström S, Willumsen E, Andersson-Gäre B, Hedberg B. How service users perceive the concept of participation, specifically in interprofessional practice. *British Journal of Social Work.* 2012; 42(1): 129–46.
19. Kvarnström S. Collaboration in Health and Social Care: Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems [Doktorsavhandling]. Jönköping: Högskolan I Jönköping; 2011.
20. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.* 1984; 224: 420–21.
21. MacDonald R. Music, health, and well-being: A review. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2013; 8.
22. Abrahamsson M, Hagberg JE. Omsorgens skugga- äldres strategier i boendet. I: Jeppson Grassman E, Whitaker A, red. Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 125–46.
23. Johansson L. Foodwork and meals in everyday life among persons with dementia and their partners [Doktorsavhandling]. Jönköping: Högskolan I Jönköping; 2013.
24. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer-forsjukdomsforebyggandemetoder>
25. Rosvall M, Gerward S, Engström G, Hedblad B. Income and short-term case fatality after myocardial infarction in the whole middle-aged population of Malmö, Sweden. *Eur J Public Health.* 2008; 18(5): 533–38.
26. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, et al. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? A 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl.* 2001; 56: 59–68.
27. WHO, Regional Office for Europe. The international network of health promoting hospitals and health services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Köpenhamn: WHO, Regional Office for Europe; 2007.
28. Weinehall L, Kristenson M. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsförslag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
29. Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård, hem. [Internet] Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hämtad från: <http://www.hfsnatverket.se/>



# Bilaga 1. Argument för rekommendationerna – med kunskapsunderlag och referenser

## Östgöta-kommissionens övergripande rekommendationer för en mer jämlik hälsa

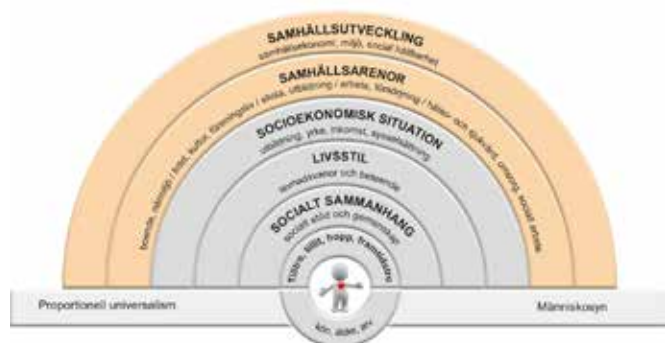
*Bidra till ett samhälle som ger alla människor tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro och därmed jämlik hälsa genom att:*

Ge jämlikhet i hälsa hög prioritet och integrera detta i alla politikområden, bland annat i styrdokument och handlingsplaner.

Hälsan i befolkningen, och skillnader i hälsa, grundas i människors livsvillkor såsom boende, fritid, skola, arbetsliv samt omsorg och hälso- och sjukvård (Se figur 1 nedan) (1,2). Alla dessa områden påverkas av politiska beslut. ”Hälsa i all politik” är därför en av grundprinciperna i, bland annat, EU:s hälsost strategi, och innebär att beslutsfattare, inom alla politikområden, regelbundet behöver värdera vilka hälsoeffekter olika förslag kan få (3,4). Hälsokonsekvens beskrivningar kan stödja detta arbete (5,6).

Öka kunskap och medvetenhet om skillnader i hälsa genom en återkommande, systematisk analys, uppföljning, och utvärdering av beslut och insatser avseende effekter på bestämningsfaktorer för hälsa och skillnader i hälsa.

En gemensam förståelse av problem och dess orsaker är en förutsättning för att finna gemensamma lösningar. Det finns idag god kunskap om att det finns skillnader i hälsa, om dess orsaker och att de kan påverkas, men den är inte allmänt spridd. Systematiken i uppföljning och utvärdering av insatser behöver, därtill, utvecklas för att skapa en bättre återkoppling och beslutsunderlag



Figur 1. ”Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle”. Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. (Bearbetning efter Dahlgren Whitehead 1991).

till politiker, tjänstmän, brukare och medborgare, som stöd för ett systematiskt förbättringsarbete. WHO-kommissionen har som en av sina huvudrekommendationer att generera och sprida kunskap om sociala bestämningsfaktorer för hälsa och att stödja lokalt sektorövergripande arbete genom utveckling av indikatorer och utvärdera effekten av insatser (1, 2). Ett förslag till ”Modell för indikatorer och uppföljning av givna insatser” finns som bilaga på region Östergötlands hemsida.

### Arbeta utifrån ett långsiktigt socialt investeringsperspektiv.

Sociala investeringar innebär att tidiga insatser för att skapa goda livsvillkor och jämlik hälsa ses som en investering och inte som en utgiftspost. Ur ett långsiktigt perspektiv blir kostnaderna för samhället högre om man inte gör de nödvändiga insatserna tidigt utan istället sätter in dem sent vilket ofta har tveksam effekt (7–9). Genom sociala investeringar kan offentliga system förändras så att de bidrar till att reducera ojämlikhet och sociala problem och, samtidigt, höja effektiviteten i resursanvändningen (7). Hälsoekonomiska analyser är värdefulla för att värdera effekten av denna form av insatser i olika samhällssektorer (10).

Vidareutveckla kompetens inom olika samhällsarenor om hur olika förhållnings- och arbetssätt kan påverka tilltro, tillit, framtidstro och jämlik hälsa.

Tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro är grundläggande för människors hälsa (11). Den som lever i en utsatt socioekonomisk situation har ofta lägre tillgång till dessa psykologiska resurser (12). Genom sitt sätt att möta andra människor kan de som verkar inom samhälls- och välfärdssystemet inge tilltro, tillit, hopp och framtidstro. Att bli sedd, bli behandlad med respekt och lyssnad på, känna sig tryggt och få vara delaktig är centrala delar i detta. Vikten av förhållnings- och arbetssätt behöver medvetandegöras och förmågan att lyssna och möta andra människor tränas (13,14).

Främja jämlik hälsa genom att utveckla en långsiktig strategi för hur offentlig service skall placeras och distribueras i region och kommun.

Den nordiska välfärdsmodellen har kännetecknats av generella system, bland annat, för att motverka utpekande och stigmatisering av vissa grupper. Analyserna av hälsoskillnader i Östergötland visar emellertid en social gradient där hälsan, stegvis, är sämre, vid lägre socioekonomisk situation. Därför behöver vi tillämpa en proportionell universalism så att intensiteten och/eller utformningen av generella insatser behöver anpassas i proportion till behovet (1). Det innebär att tillgången till och utformningen av offentlig service t ex skola, vårdcentraler och BVC verksamhet behöver vara särskilt väl utvecklade i områden med högre andel individer med låg socioekonomisk situation (1,15).

Arbeta med sektorsövergripande samverkan utifrån ett helhetsperspektiv och undvik organisationsformer som motverkar jämlik hälsa.

Individer med sammansatta behov behöver ofta insatser från flera aktörer och olika delar av välfärdssystemet. Dessa insatser kan, förutom att vara till fördel för individen, vara samhällsekonomiskt lönsamma. De ekonomiska effekterna tillfaller inte alltid de aktörer som har finansierat insatsen. Organisatoriska stuprör såsom administrativa gränser och skilda finansieringssystem kan därför, utöver att motverka effektiv resursallokering, förhindra en optimal insats för den enskilde. Sektorsövergripande samverkan utifrån ett helhetsperspektiv är därför angelägna (1,2, 10).

Stöd regionala och lokala utvecklingsprocesser som främjar jämlik hälsa, och som involverar en mångfald av berörda aktörer och medborgare.

Möjligheter att påverka sin livssituation är grundläggande för hälsa i (1, 7, 16). och samhällen med välfungerande demokratiska institutioner har mindre sociala skillnader i hälsa (16,17). Det sammanlänkande sociala kapitalet skapas av krafter som aktivt försöker att minska sociala klyftor utgår från demokrati, medborgarskap och människors lika värde. Aktörerna är såväl offentliga institutioner som formella och informella ideella krafter (16, 17). Demokratiska processer med medverkan från civilsamhället är därför grundläggande för att främja jämlik hälsa.

Utveckla strategier och metoder som inkluderar människor i arbete, sysselsättning och egen försörjning.

Att ha ett arbete utgör en stabiliserande och strukturerande faktor i människors liv (18). Arbete bidrar därtill till trygghet i ekonomisk försörjning och meningsfullhet, De som har svårt att få tillträde till, eller har svårt att fortsätta i, arbetslivet tillhör de grupper som är med sårbara för olika former av påfrestningar i livet och har sämre hälsa (19). Ogynnsamma cirklar kan uppstå där sjukdom skapar svårighet att få arbete som i sig ökar ohälsa.

Utveckla handlingsplaner för att motverka fattigdom med särskilt fokus på barn och äldre personer.

I Östergötland har andelen ensamstående småbarnsföräldrar, och föräldrar med utländsk bakgrund som har låg ekonomisk standard, fördubblats under 2000-talet. Inkomstskillnader har också ökat bland de som är äldre än 65 år. Låg ekonomisk standard har stor betydelse för hälsan i alla åldrar (20, 21). För barnens hälsa är särskilt ensamstående småbarnsföräldrar med små ekonomiska resurser är en utsatt grupp med effekter på barns hälsa också i vuxenlivet (20). Rädsla Barnen rekommenderar kommunerna att kartlägga situationen i den egna kommunen och att upprätta handlingsplaner (22). Det har skett i ett flertal kommuner och i Östergötland har Norrköping gjort en förstudie inför beslut om en handlingsplan mot barnfattigdom.

Etablera återkommande möten mellan forskning, politik och praktik för erfarenhetsutbyte, lärande och utveckling.

Arbetet för att minska skillnader i hälsa behöver aktörer med olika kompetens och uppdrag; forskare, politiker och tjänstemän. WHO framhåller vikten av att utveckla kunskapsbasen, utbilda människor som är tränade att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa (2). En förutsättning för att forskningsbaserad kunskap skall övergå i politiska beslut och praktisk handling är erfarenhetsbaserad kunskap och förståelse för att kunna anpassa kunskap i olika sammanhang. Det gap som ibland funnits mellan forskning, politik och praktik, behöver därför ersättas med regelbundna dialoger för ömsesidigt erfarenhetsutbyte, lärande och utveckling.

## Referenser

1. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization; 2008.
2. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 1991; 338(8774): 1059–63.
3. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, red. Health in All Policies. Prospects and Potentials. Helsingfors: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
4. Europeiska kommissionen. Tillsammans för hälsa, strategi för EU 2008–2013. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2007.
5. Knutsson I, Linell A. Review article: Health impact assessment developments in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 38(2): 115–120.
6. Statens folkhälsoinstitut. Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
7. Bokström T, Lindencrona F, Wieselgren IM. Sociala investeringar – från dröm till verklighet. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2014; 91(3): 245–52.
8. Nilsson A, Estrada E. Kriminalitet och livschanser. Uppväxtvillkor, brottslighet och levnadsförhållanden som vuxen. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 2009.
9. Sveriges kommuner och landsting (SKL). Psykisk hälsa barn och unga. Vänta inte! Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga. Stockholm: SKL; 2012.
10. Ramsberg J, Ekelund M. Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. *Ekonomisk debatt*. 2011; 5(39): 41–53.
11. Kristenson M. Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsöfrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 25–32.
12. Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Social Science and Medicine*. 2004; 58(8): 1511–22.
13. Myndigheten för vårdanalys. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
14. Ekman I, red. Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
15. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: SKL; 2009.
16. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, et al. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health*. 2013; 12: 54.
17. Eriksson M. Social capital and health—implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011; 8(4): 5611.
18. Waddell G, Burton A. Is work good for your health and well-being? London: The Stationary Office; 2006.
19. Holland P, Burström B, Whitehead M, Diderichsen F, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people?

Part I: The impact of recession and deindustrialization. *Int J Health Serv.* 2011; 41(3): 395–413.

20. Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann NY Acad Sci.* 2010; 1186: 37–55.
21. Fors S, Modin B, Koupil I, Vagero D. Socioeconomic inequalities in circulatory and all-cause mortality after retirement: the impact of mid-life income and old-age pension. Evidence from the Uppsala Birth Cohort Study. *Journal of epidemiology and community health.* 2012; 66(7): 16.
22. Rädna barnen. På dagordningen Reportage om lokala insatser mot barnfattigdom. Stockholm: Rädna barnen; 2013.

## A Boende och närområde

**MÅL:** Alla östgötar ges möjlighet till en bostad utifrån sina behov i ett närområde som ger förutsättningar för social gemenskap, bidrar till trygghet, tillit och hälsa, samtidigt som samhällsplaneringen skall motverka social och fysisk segregation.

### Rekommendationer:

A.1. Medvetandegör och öka kunskapen hos beslutsfattare och planerare om boendemiljöns och bostadsområdets betydelse för ojämlikhet i trygghet, tillit och hälsa.

Ett funktionellt och tryggt boende är en förutsättning för mänsklig värdighet och en mänsklig rättighet (1). Den fysiska, psykiska och sociala boendemiljön, inomhus och utomhus, är en grundläggande bestämningsfaktor för hälsa (2). Låg socioekonomisk situation innebär större risk för att exponeras för ohälsosam boendemiljö (3) och ökad risk för ohälsa för en rad hälsoutfall som hjärtinfarkt (4), skador och våld (5), psykisk ohälsa (6), och självskattad hälsa (7). Trygghet och tillit är centrala kvaliteter i boendemiljön med betydelse för tillgång till utomhusmiljön och möjlighet till återhämtning (8). Det är nödvändigt att denna kunskap finns hos dem som planerar och beslutar om boende.

A.2 Genomför en analys av konsekvenser för hälsan i alla översikts- och detaljplaner och tillgodose att en systematisk bedömning av risken för ojämlikhet i hälsa görs.

Verktyget hälsokonsekvensbedömning (HKB) behöver utvecklas inom samhällsplanering för att systematiskt kunna värdera konsekvenser för hälsa och ojämlikhet i hälsa vid planering bl. a inom det bostadspolitiska området. Verktyget har arbetats fram för att bidra till väl underbyggda politiska beslut och används inom EU (Health impact assessment, HIA) (9). I Sverige används HKB i låg utsträckning, men denna metod ger förutsättningar för att synliggöra hälsa och ojämlikhet i hälsa inför politiska beslut och för uppföljning av skillnader i hälsa (9). I en HKB ska det framgå hur olika delar av befolkningen påverkas av ett beslut, direkt eller indirekt, samt hur de som är berörda av beslutet gjorts delaktiga i processen (10).

A.3 Öka kunskapen, hos beslutsfattare och planerare, om de förutsättningar som krävs för att medborgaren ska kunna bo i en funktionell bostad oavsett egna ekonomiska resurser

Vårt hem utgör den grundläggande bas i våra liv som alla medborgare har rätt till (1,11). Inom det bostadspolitiska området har förändringarna varit genomgripande under de senaste decennierna. Utvecklingen gick snabbt från att medborgaren hade rätt till en funktionell bostad som samhället tillhandahöll via bostadsför-

medlingen, till att medborgaren är en konsument där bostaden säljs till den med mest resurser på en marknad. Forskning visar att konsekvenserna av detta blivit en påtagligt ökad social polarisering i boendet (12). Trots en tilltagande bostadsbrist används sällan begreppet bostadslös som synliggör att det saknas bostäder, utan begreppet hemlös används vilket kan uppfattas som ett individuellt misslyckande (13). De bostadspolitiska frågorna, som utgör en grund för att motverka hälsans ojämlika fördelning, behöver komma högt upp på beslutsfattares agendor.

A.4 Motverka boendesegregation (t ex geografisk, ålder, ekonomi, etnicitet) och stigmatisering av bostadsområden.

Trots en politisk ambition att undvika boendesegregation har svenska kommuner idag ett mönster av boendesegregation som innebär att vår adress är ett uttryck för en social gradient som kan kopplas till hälsa (14). Ett migrationsmönster där resursrika hushåll flyttar ut och mindre resursrika hushåll flyttar in har pågått under lång tid inom miljonprogrammets bostadsområden (15), och sker fortsatt i landets storstäder (12). Nyhetsmedia rapporterar ofta händelser från ”utsatta” bostadsområden och samhället satsar resurser på att förbättra dessa ”problemområden” med varierande utfall. Det är vanligt att koppla ihop de områden som finns nederst i bostadshierarkin med problem (16). För att i stadsplaneringen åstadkomma socialt hållbar boendemiljö och minska förhållanden som reproducerar ojämlikhet i hälsa är det viktigt att reflektera över dessa övergripande strukturer (17,18).

A.5 Blanda systematiskt olika upplåtelseformer och undvik, eller bygg bort, fysiska barriärer såsom stora vägar som delar upp staden eller bostadsområdet.

Det saknas en debatt om behov av olika upplåtelseformer och medan alltför äger eller har en andel i en bostadsrättsförening är det brist på bl.a. hyresrätter. Den segregerade staden har trafikleder, verksamhetsområden och annat som utgör barriärer och som begränsar möjligheterna att röra sig i stadsmiljön. Genom att överbygga barriärer förbättras möjlighet till gynnsamma rörelsemönster, ökad samhörighet och vidgade sociala sfärer (19).

A.6 Arbeta aktivt för att främja trygghet i bostadsområdet.

Att känna sig trygg i sitt boende är en central kvalitet i boendemiljön. Den objektiva tryggheten i form av frånvaron av våld, kriminalitet och skador är uppenbar, medan den subjektivt värderade tryggheten relaterar till skattningar av, t ex om grannarna går att lita på, om man behöver vara rädd för att bli utsatt för brott. Långvarig otrygghet kan generera stress, begränsa möjligheten att tillgå en avkopplande miljö, störa sömn och återhämtning (17). Tryggheten i boendemiljön påverkas också av graden av nedskräpning, förekomsten av klotter och vandalisering, av yttre störningar från grannar eller buller (20–22). Det är väl dokumenterat att trygghet (både objektiv och subjektiv) i boendemiljön varierar utifrån olika socioekonomiska faktorer t ex upplåtelseform där boende med äganderätt är tryggare än boende med hyresrätt. Kvinnor är i högre grad utsatta för våld/hot om våld i hemmet, upplever mer otrygghet i sitt boende/bostadsområde och avstår från att gå ut ensamma (6,23). I Östergötland uppgav 24 procent att de avstår från att gå ut på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, med stora skillnader mellan kön; ca 40 % för kvinnor och 10 % för män (24). Samtidigt är det fler män som utsätts för våld. Andelen sjukhusvårdade pga. övergrepp är betydligt högre bland män än kvinnor, ffa. i yngre åldrar 15–24 år, och med en tydlig socioekonomisk trend utifrån moderns utbildning (25).

**A.7 Utveckla tillgång till privat och offentlig service i alla livsskedet, utifrån behov och oavsett människors resurser t.ex. skola, gemensamhetslokaler och butik.**

Efter inspiration från USA och England har stadsbyggnadsidéen utvecklats för att forma bostadsområden som grannskap med målsättningen att åstadkomma en god boendemiljö och ge möjlighet till invånaren att byta till lämplig bostad under livets olika skeden, utan att behöva flytta från grannskapet. Ett inkluderande begrepp är "life-time neighbourhood" som utvecklats i Storbritannien. Detta innebär att skapa ett lokalsamhälle som "...möjliggör, för alla, att kunna få bästa möjliga förutsättningar för hälsa, välbefinnande och socialt, ekonomiskt och medborgerligt engagemang oavsett ålder. Det erbjuder byggnader, infrastrukturer, bostäder, service och lokaler för gemensamma sociala aktiviteter som ger möjlighet att utveckla intresse och engagemang för att genom detta skapa en god livskvalitet. Det exkluderar inte den som är äldre, svag eller har funktionshinder (26).

**A.8 Bevvara och utveckla tillgängliga grönområden med goda möjligheter till lek, gemenskap, fysisk aktivitet och rekreation under alla årstider.**

Inom senare års stadsplanering har förtätning av tätortskärnorna ökat vilket innebär att få grönområden blivit ännu färre. De gröna ytorna innebär viktiga möjligheter till gröna buffertar för både hållbarhet och hälsa: Träden i staden är en viktig buffert för att rena förorenad luft. Forskning visar att vistelser i naturen har positiv betydelse för såväl den fysiska som psykiska hälsan. Grönområden kan även främja socialt deltagande och interaktion mellan människor, och främjar barns psykiska, sociala, fysiska och motoriska utveckling (27,28). Vi behöver idag värna och utveckla alla gröna ytor då avståndet till grönytor inte bör överstiga 300 meter från bostaden för att upplevas som tillgängligt (27).

**A.9 Skapa en väl utbyggd kollektivtrafik och gång- och cykelvägar som underlättar för människor att förflytta sig oavsett ekonomisk situation eller funktionsförmåga.**

Fysisk aktivitet, särskilt vardagsmotion, är viktigt för hälsan. Promenad och cykling är de viktigaste formerna av vardagsmotion (29). Trafiksäkerheten är ett viktigt hinder för barns cyklande. Andra viktiga faktorer är föräldrars socioekonomiska situation och avståndet mellan hem och skola eller arbete (25). Vid studier av samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga har investering i gång och cykelbanor visats vara samhällsekonomiskt lönsamt (29). Kollektivtrafikens betydelse är stor för alla medborgare men särskilt för den som inte har ekonomiska förutsättningar för egen bil eller som pga. funktionsnedsättning inte kan gå eller cykla. En väl utbyggd kollektivtrafik, som vars prisnivå är möjlig för den med små ekonomiska marginaler är därför angeläget för att främja jämlik hälsa.

**A.10 Uppmuntra och utveckla demokratiutveckling i bostadsområden på landsbygd och i tätorter.**

Demokrati i bostadsområden innebär att de boendes kunskaper och erfarenheter tas tillvara. Det ökade engagemanget leder till ökad gemenskap och därmed ofta ökad trygghet, trivsel och mer nöjda invånare. Inflytande och möjligheter att påverka egna livsvillkor och tillit till det samhälle vi lever i är viktigt för hälsa (30). En levande demokrati innebär starka och välfungerande demokratiska institutioner. Förutsättningar för en hög tillit i samhället är bättre i länder med utpräglade och välutvecklade välfärdssystem och med välfungerande demokratiska institutioner (31,32). Medborgares möjlighet till inflytande och delaktighet i lokalsamhällets utveckling är idag en allt viktigare fråga för kommuner, landsting och regioner, dels för att skapa tillit till det demokratiska systemet och men också för att utveckla ett hållbart samhälle (31).

## Referenser

1. United Nations, U. (1991). The right to Adequate Housing. UN Comm. Econ., Soc. Cult. Rights. [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21\\_rev\\_1\\_Housing\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf)
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 1991.
3. Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location—a review of evidence. *Eur J Public Health*. 2010; 20(1): 36–42.
4. Kölegård Stjärne M. A matter of context: social inequalities in incidence of myocardial infarction [Doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2005.
5. Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks. A review of findings and a discussion of potential counter measures. [Internet] World Health Organization Europe, Karolinska Institutet; 2009. Hämtad från: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/111036/E91823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf)
6. Whitley R, Prince M. Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Soc Sci Med*. 2005; 61(8): 1678–88.
7. White HL, Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR, Glazier RH. Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk? *Health and Place*. 2011; 17(1): 361–69.
8. Kullberg A, Timpka T, Svensson T, Karlsson N, Lindqvist K. Does the perceived neighbourhood reputation contribute to neighbourhood differences in social trust and residential well-being? *Journal of Community Psychology*. 2010; 38(5): 591–606.
9. Knutsson I, Linell A. Review article: Health impact assessment developments in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 38(2): 115–20.
10. Statens folkhälsoinstitut. Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
11. Bonnefoy X. Inadequate housing and health: An overview. *International Journal of Environment and Pollution*. 2007; 30(3–4): 411–29.
12. Clark E. Boendets nyliberalisering och sociala polarisering i Sverige. *Hemmet och bostaden*. 2013; (42–43): 151–71.
13. Mukhtar-Landgren D, Grelsson Almestad E. Det affärsmässiga hemmet. *Hemmet och bostaden*. 2013; (42–43): 8–25.
14. Socialdepartementet. Välfärdens förutsättningar (SOU 2000:37). Stockholm: Fritzes.
15. Bråmo Å. Studies in the Dynamic of Residential Segregation [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala Universitet; 2006.
16. Elias N. The Established and the Outsiders. A Sociological Enquiry into Community Problems. London: Sage Publications; 1965.
17. Kullberg A. My home is my Castle: residential Well-Being and Perceived Safety in Different Types of Housing areas in Sweden [Doktorsavhandling] Linköping: Linköpings Universitet, avdelningen för samhällsmedicin; 2010.
18. Permentier M, van Ham M, Bolt G. Neighbourhood reputation and the interaction to leave the neighbourhood. *Environment and Planning A*. 2009; 41(9): 2162–80.

19. Engquist E, Larsson C, Pelin K. Stadens rumsliga påverkan på hälsa. Malmö: Malmö Stad; 2012.
20. Austin DM, Furr LA, Spine M. The effects of neighborhood conditions on perceptions of safety. *Journal of Criminal Justice*. 2002; 30(5): 417–27.
21. Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Soc Sci Med*. 1999; 48(6): 719–31.
22. Kullberg A, Karlsson N, Timpka, T, Lindqvist, K. Correlates of local safety-related concerns in a Swedish Community: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2009; 9: 221.
23. Bennett G, McNeill LH, Wolin KY, Duncan DT, Puleo E, Emmons KM. Safe to walk? Neighborhood safety and physical activity among public housing residents. *PLoS Med*. 2007; 4(10): 1599–1607.
24. Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland. Rädsla, hot och våld i Östergötland 2008. Linköping: Folkhälsocentrum Landstinget i Östergötland; 2008.
25. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
26. Harding E. Towards lifetime neighborhoods: Designing sustainable communities for all. London: Communities and Local Government Publications, International Longevity Centre; 2007.
27. Boverket. Bostadsnära natur- inspiration & vägledning. Karlskrona: Boverket; 2007.
28. Grahn P, Stigsdotter U. The relations between perceived sensory dimensions of urban green space and stress restoration. *Landscape and Urban Planning*. 2010; 94(3–4): 264–75.
29. Faskunger J. Barns miljöer för fysisk aktivitet- samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
30. Statens folkhälsoinstitut. Målområde 1, Delaktighet och inflytande i samhället, Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport R. 2011:31. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
31. Jen MH, Sund ER, Johnston R, Jones K. Trustful societies, trustful individuals and health; an analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health and place*. 2010; 16(5): 1022–29.
32. Rostila M. Healthy bridges: studies of social capital, welfare, and health. Stockholm: Stockholm University Centre for Health Equity Studies (CHESS); 2008.

## B Fritid och kultur

**MÅL:** Alla östgötar ges möjlighet till en fritid som möter kulturella, fysiska, sociala och psykiska behov, stimulerar engagemang, bidrar till en social gemenskap samt möjliggör vila och återhämtning.

### Rekommendationer:

**B.1 Medvetandegör och öka kunskapen hos beslutsfattare och planerare om fritidens, naturens och kulturens betydelse för människors hälsa.**

En aktiv och meningsfull fritid som också ger möjlighet till rekreation främjar hälsan (1). När andra livsområden upplevs som

påfrestande kan fritidsaktiviteter vara kompenserande, bekräftande eller reparerande (2, 3). Natur- och kulturupplevelser påverkar hälsa, livskvalitet och är därtill förenade med en lägre dödlighet i alla åldrar. Detta bl.a. genom att människor kan utveckla sina sociala kontakter, gemenskap och meningsskapande aktiviteter samt inspiration och styrka att påverka sin tillvaro.

**B.2 Främja ett inkluderande och varierat kulturliv som speglar samhällets mångfald.**

Kulturinstitutioner kan bidra till ökad kunskap och förståelse mellan människor med olika bakgrund genom ett mångsidigt utbud som speglar olika kulturer, särskilt när det ger plats för en mångfald av aktörer och aktiviteter. Ett arbete för att främja denna form av inkluderande och varierat kulturliv påbörjades år 2012. Då gick Östergötland med i den statliga kultursamverkansmodellen, mellan stat, region, kommuner, kulturskapare och civilsamhälle, för att utveckla och bredda kulturlivet i regionen, och där en regional kulturplan ska tas fram i dialog och samarbete. Eftersom kvinnor är mer kulturellt aktiva än män och högt utbildade mer kulturellt aktiva än lågutbildade är en utmaning för kulturlivet att skapa förutsättningar för fler män och människor med lägre utbildning att delta (4–6).

**B.3 Initiera aktiviteter som stimulerar tillgången till det skrivna ordet och en digital kompetens.**

Tillgången till det skrivna ordet och digital delaktighet är både en jämlikhetsfråga, demokratifråga och en samhällsekonomisk fråga. När det gäller skriftspråket handlar det om att ge alla möjlighet till en god läsförståelse och tillgång till en mångfald av litteratur. Tidiga insatser för att nå små barn och deras föräldrar är betydelsefulla, men också att nå vuxna som ännu inte läser (7). Det finns fortfarande stora samhällsgrupper som inte använder digital informations- och kommunikationsteknik. Bland dessa finns många med invandrarbakgrund och majoriteten har låg utbildning. I den digitala agendan som är utvecklad för Östergötland anges tre prioriterade insatser under perioden 2014–2016;

1) Öka den digitala kompetensen och delaktigheten hos regionens invånare. Nyanländas behov ska särskilt beaktas, 2) Öka användningen av digitala läromedel på lektioner och i de uppgifter som elever tilldelas, 3) Utveckla arbetsätt inom offentlig sektor för att skapa lärande organisationer och en kultur som bidrar till kontinuerlig utveckling av medarbetarnas digitala kompetens (8).

**B.4 Utveckla närmiljön så att den underlättar goda levnadsvanor t ex drogfrihet och tobaksfrihet, samt möjliggör naturupplevelser.**

Närmiljöns utformning påverkar människors hälsa bland annat genom sin effekt på levnadsvanor och möjlighet till naturupplevelser (9). En viktig del i detta är att erbjuda barn och ungdomar drogfria miljöer och aktiviteter. WHO:s Tobakskonvention, som Sverige ratificerade år 2005, anger i artikel 13 hur parterna skall arbeta för att stoppa all marknadsföring av tobak d.v.s. också butiks- och paketreklamen (10). Samhället och idrottsrörelsen bör se till att sport-, idrotts- och träningsaktiviteter hålls helt drogfria och kulturaktiviteter som främst vänder sig till ungdomar bör vara drogfria (11). Den byggda miljön påverkar människors fysiska aktivitet. Promenad- och cykelvänligt utformade lokalsamhällen har mer fysiskt aktiva invånare, påverkar välbefinnande, social struktur och medborgaranda (12,13). Grönområden främjar barns psykiska, sociala, fysiska och motoriska utveckling (13). Vistelser i naturen har positiv betydelse för såväl den fysiska som psykiska hälsan, i alla åldrar (3). En närmiljö som utformas så att den bidrar till att äldre kan fortsätta vara aktiva bidrar genom detta till ökad hälsa hos de äldre (12).



## B.5 Stärk de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare.

Rollen som röstbärare och opinionsbildare handlar om att det civila samhällets organisationer företräder särskilda intressen, uppfattningar eller idénriktningar i samhällsdebatten, vilket behövs som komplement till den offentliga och privata sektorn.

I rollen som röstbärare bidrar man till att synliggöra och företräda en mångfald av idéer och uppfattningar (14). Många föreningar deltar i råd, samverkansorgan, i utredningar eller som remissinstanser. Hösten 2008 upprättades en nationell överenskommelse mellan den svenska regeringen, ett antal idéburna organisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)(15) där ett mål var att stärka de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare (16,17).

## B.6 Stärk meningsfullhet och hälsa hos människor genom att ta tillvara civilsamhället som en resurs i samhället.

Civilsamhället innefattar olika organisationer så som föreningar, studieförbund, och folkhögskolor, religiösa samfund, fackförenings- och idrottsrörelsen. Det utgör en viktig resurs i samhället, som en röst i det offentliga rummet, som skapare av aktiviteter som bidrar till gemenskap och mening för många människor samt som en skola för demokrati och delaktighet. Civilsamhället står för en utvecklingskraft och är en viktig social arena (18).

Regeringen föreslog 2009 att förbättra villkoren för det civila samhället som en central del av demokratin genom att utveckla det civila samhällets möjligheter att göra människor delaktiga i samhällsutvecklingen (18). Även den nationella överenskommelsen från 2008 är ett uttryck för en politisk vilja att utveckla relationen mellan staten och det civila samhället, och tillvarata civilsamhället som en resurs inom det välfärdspolitiska området (15-18). Ideellt arbete ger en djupare mening med livet och en meningsfull fritid. Både altruistiska och egoistiska motiv till frivilligt engagemang är värdefulla (18,19).

## B.7. Erbjud fritidsaktiviteter av olika slag som är tillgängliga för alla oberoende av individens ekonomiska förutsättningar.

Fritiden kan vara kompenserande, bekräftande eller reparerande och därmed fungera som en viktig motvikt till en i övrigt mindre tillfredsställande tillvaro i arbete, familj och skola. För unga kan fritiden vara den viktigaste delen i livet. Att lyckas väl i exempelvis idrott, konstnärligt utövande, dataspel eller få gensvar och betyda något i kontakten med djur kan väga upp känslan av misslyckande inom andra områden. Samtidigt kan fritiden vara den del i livet som ger upphov till problem, i en annars fungerande vardag. Fritiden kan vara den tid som präglas av ensamhet och där negativa känslor tar överhanden (20). Föreningar och dess mötesplatser utgör särskilt viktiga samlingsplatser i områden som har ett begränsat utbud av kommersiella mötesplatser (21).

I föreningslokaler med generösa öppettider kan människor träffas och själva bygga nätverk. Nätverksbyggande lokalt, i socialt utsatta områden, kompenserar för diskriminerande strukturer i samhället (22). Fritidsaktiviteter av olika slag som är tillgängliga för alla, oberoende av individens ekonomiska förutsättningar, är särskilt viktiga i områden där de boende har begränsade ekonomiska resurser (20-23).

## Referenser

1. Tellnes G. Samspelet, Natur-Kultur-Helse. Oslo: Unipub forlag; 2003.
2. Bjursell G, Vahlne Westerhäll L (red). Kulturen och hälsan. Stockholm: Santéus; 2008.
3. Norling I. Naturens och trädgårdens betydelse för hälsa och livskvalitet. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sektionen för vårdforskning; 2001.
4. Forskning. [Internet] Stockholm: Statens kulturråd; 2015. Hämtat från: <http://www.kulturradet.se/sv/verksamhet/Kultur-och-halsa/Forskning/>
5. Regionförbundet Östsam. Östergötlands kulturplan till Kulturrådet för inträde i nya modellen för kultursamverkan. Linköping: Regionförbundet Östsam; 2011.
6. Myndigheten för kulturanalys. Kultursamverkansmodellen styrning och bidragsfördelning. Stockholm: Myndigheten för kulturanalys; 2013.
7. Statens kulturråd. Handlingsprogram för läsfrämjande. Stockholm: Statens kulturråd; 2014.
8. Landstinget i Östergötland, Regionförbundet Östsam, Länsstyrelsen Östergötland. Digital Agenda för Östergötland 2014-2020. Landstinget i Östergötland, Regionförbundet Östsam, Länsstyrelsen Östergötland; 2014.
9. Statens folkhälsoinstitut. Bostadsområdet – en hälsofrämjande arena. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
10. WHO. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO FCTC; 2003.
11. Barnombudsmannen. Drogfri tid En undersökning om ungdomars vanor och attityder till fritid och droger. Stockholm: Barnombudsmannen; 2005.
12. Faskunger J. Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
13. Faskunger J. Barns miljöer för fysisk aktivitet- samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
14. Harding T. Framtidens civilsamhälle. Stockholm: Regeringskansliet Statsrådsberedningen; 2012.
15. Överenskommelsen mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges kommuner och landsting. Skrivelse (2008/09:207); 2009.
16. En politik för det civila samhället. Proposition (2009/10:55). Stockholm: Riksdagen; 2009.
17. Ungdomsstyrelsen. Skrifter om det civila samhällets villkor. Dialog, självständighet och långsiktiga förutsättningar. Ungdomsstyrelsen; 2012.
18. Reuter M. Överenskommelsen som spegel och arena. I: Wijkström F, red. Civilsamhället i samhällskontraktet, en antologi om vad som står på spel. Stockholm: European civil society Press; 2012. s. 217-244.
19. Panova A, Sköld P, Österberg E. "Det är ganska fantastiskt egentligen – att jobba ideellt": en sociologisk studie om människan och motivet bakom det ideella arbetet [Kandidatuppsats]. Luleå: Luleå tekniska universitet; 2007.
20. Ungdomsstyrelsen. Ungdomar, fritid och hälsa En forskningsöversikt om fritidens risk- och skyddsfaktorer. Ungdomsstyrelsen; 2007.
21. Ferrer-Wreder L, Stattin H, Cass Lorente C, Tubman JG, Adamson L. Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt. Stockholm: Gothia; 2005.
22. Andershed H, Andershed AK. Normbrytande beteende i barndomen, Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia; 2005.
23. Nilsson P. Den allvarsamma fritiden. En litteraturstudie av undersökningar om barns och ungdomars fritids- och kulturvanor. Stockholm: Statens ungdomsråd; 1994.

## C Skola och utbildning

**MÅL:** I Östergötland betonas barns rätt till likvärdig utbildning. Skolan ska utgöra en yttre och inre miljö som motsvarar alla barns fysiska, sociala och psykiska behov. Vidare ska skolan tillgodose och stimulera alla barns lärande och utveckling. Genom detta motverkas konsekvenserna av en stigande segregation och social ojämlikhet. På så vis bidrar skolan till alla barns goda hälsa.

### Rekommendationer:

**C.1** Påminn om och skapa förutsättningar för skolan att uppfylla sin kompenserade funktion och bli en jämlik skola för alla barn.

Konventionen om barns rättigheter (2006) hävdar alla barns rätt till god utbildning (28 § och 29 §) (1). Vikten av att alla barn får tillgång till en likvärdig skola är av särskild betydelse mot bakgrund av både nationella och lokala analyser som visar tilltagande skillnader mellan skolor (2,3). I Skollagens paragraf 4 och 5 formuleras syftet med utbildningen inom skolväsendet samt hur utbildningen ska utformas. Utbildningen ska, enligt lagtexten, främja alla barns och elevers utveckling och lärande, ta hänsyn till barns och elevers olika behov, samt uppväga skillnader i förutsättningar att tillgodogöra sig utbildning (4).

**C.2** Utgå från alla barns förmåga att lära och värdera olika kunskaper, kompetens och lärostilar lika, både praktiska och teoretiska.

Det är väl känt att individer har olika förutsättningar och möjligheter att ta till sig nya kunskaper och utveckla sina kompetenser. Faktorer som främjar lärandet för en person kan vara ogynnsamma för en annan och leda till en minskad tilltro till den egna förmågan (5,6). Det är därför viktigt att, tidigt, se och värdera olika former av kunskap och kompetens och erbjuda olika lärostilar, både lärande genom teori och praktik. Ett brett utbud av både teoretiska och yrkesinriktade program på gymnasiet för att kunna tillgodose elevers olika kompetenser är ett bra exempel.

**C.3** Motverka stigande skolegregation genom att under en längre period rikta särskilda resurser till skolor med vikande resultat i kombination med intensivt uppföljnings- och kvalitetsarbete under en längre period.

En undersökning av totalt 30 svenska kommuners särskilda satsningar på att motverka social ojämlikhet och segregation via riktad resursfördelning visar på betydande brister i genomförandet. Alltför många kommuner satsar en alltför liten del av resurserna på för lösa grunder. De goda exempel som lyfts fram är kommunala satsningar som karaktäriseras av att det, för det första, rör sig om en betydande resursomfördelning som, för det andra, har genomförts inom ramen för ett långsiktigt utvecklingsarbete med många insatser (7).

**C.4** Fortbilda beslutsfattare och skolans medarbetare om den fysiska och psykosociala skolmiljöns betydelse för elevers och lärares hälsa.

Skolans betydelse som hälsofrämjande arena har betonats av WHO (8) och idag finns ett omfattande forskningsstöd för betydelsen av hälsofrämjande satsningar. Särskilt betonas interventioner som involverar hela skolan («whole-school»-ansats) och som genomsyrar all verksamhet och som pågår under en längre tid (9,10). Svensk forskning har påvisat ett dubbelriktat samband

mellan lärande och hälsa, vilket synliggör skolans betydelse som hälsofrämjande arena för alla barn. Gymnastik, idrott och undervisning i hälsa bidrar inte bara till god fysisk hälsa utan stödjer lärande och skolprestationer (11). När det gäller elevernas psykiska hälsa och välbefinnande påverkar det deras lärande och omvänt; skolprestationer påverkar elevernas psykiska hälsa och välbefinnande. Sambandet påvisas i en kunskapsöversikt från Kungliga Vetenskapsakademien som baseras på en systematisk genomgång av aktuell internationell och nationell forskning (12).

**C.5** Utforma uppdrag och avtal med tydliga kvalitetskrav på skolans vad gäller dess psykosociala miljö, inomhusmiljö och elevhälsan samt att alla skolor och förskolor skall ha en lättillgänglig utomhusmiljö (skolgård) också vid korta raster.

Betydelsen av skolans psykosociala miljö, fysiska inomhus- och utomhusmiljö för barns hälsa och inlärning är väl dokumenterad, liksom betydelsen av en tillgänglig skolhälsovård (13). Det är därför angeläget att i uppdrag och avtal ange tydliga kvalitetskrav på skolans miljö, och på elevhälsan vilket är möjligt att precisera, och följa upp, genom utvecklade kvalitetsindikatorer (14). Särskilt betonas här vikten av en lättillgänglig skolgård som möjliggör för alla barn att vistas utomhus också vid korta raster för att genom detta öka den spontana fysiska aktiviteten (11).

**C.6** Understöd satsningar på demokrati och tolerans för att skapa ett positivt socialt klimat och stärk skolors kunskapsbaserade arbete mot diskriminering och mobbing.

Skollagen formulerar att utbildning ska »utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar och de mänskliga rättigheterna som människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde, jämställdhet samt solidaritet mellan människor» (4). Det finns idag starkt forskningsstöd för att ett systematiskt och konsekvent värdegrundsarbete bidrar till att förebygga och motverka mobbing och diskriminering (15, 16). Grunderna i ett systematiskt kvalitetsarbete beskrivits i Skolverkets Allmänna råd med kommentarer (17).

**C.7** Utveckla en aktiv elevhälsovård med närvarande skolsköterska varje skoldag.

I Skollagen (4) framhävs elevhälsan som en viktig resurs i skolans verksamhet. Elevhälsan utgör en avgörande resurs i utvecklingen av hälsofrämjande skolor, vidare har elevhälsan en särskilt viktig roll i utveckling av stöd och hjälp till elever som riskerar att inte uppnå skolans lärandemål. I rapporten Vägledning för elevhälsan framhävs vikten av skolsköterskans tillgänglighet: »Skolsköterskans öppna mottagning utgör inte sällan en »oas» för elever med svårigheter och problem» (13).

**C.8** Ge stöd till skolsköterskans hälsosamtal med alla elever och särskilt möjligheter till förbättrad uppföljning av hälsoinformation.

Skolsköterskans hälsosamtal kan vara ett kraftfullt verktyg för ökad kunskap och insikt om den egna hälsans betydelse. Avgörande är att mötet är elevcentrerat och anpassat utifrån varje elevs behov och önsningar. När eleverna är förberedda, känner sig delaktiga och respekterade samt elevens egen upplevelse av sin situation är i centrum ger denna form av samtal eleven möjligheter att påverka den egna hälsan. Strukturerade hälsosamtal är också ett viktigt sätt att få ökad och djupare kunskap om elevernas behov på aggregerad nivå. Ett datoriserat dokumentationsverktyg kan bidra med struktur och understödja samtalet (18,19).

C. 9 Förebygg psykisk ohälsa genom samverkan och kunskapsutbyte mellan aktörer i första linjen: barn-, ungdoms- och elevhälsan, primärvården, och socialtjänsten.

Vikten av att utforma insatser för elever som lider av psykisk ohälsa har påtalats i ett flertal rapporter och undersökningar på senare år. När elever som lider av psykisk ohälsa presterar sämre i skolan är det av stor vikt att bryta det negativa mönster som riskerar att uppstå. Därför bör ett av målen för gemensamma insatser från första linjens aktörer omfatta skolprestationer och betydelsen av att lyckas i skolan (20–22).

C.10 Satsa på förskoleverksamhet och de första åren i skolan, med särskild betoning på barns språkutveckling och läs- och skrivförmåga.

Under rekommendation C4 beskrivs sambandet mellan lärande och hälsa, ett samband som motiverar skolans möjligheter att påverka barns psykosociala hälsa och välbefinnande. Grunden i allt lärande är språk och läs- och skrivförmåga. Under förskoleåren samt de tidiga skolåren formas elevernas förutsättningar för att aktivt kunna ta del av klassrummets lärande och för att i nästa steg få godkända betyg. Från skolans sida handlar det om att utveckla en undervisning i både talat och skriftligt språk som omfattar alla barn, oavsett förmåga och förutsättningar, och att på ett tidigt stadium identifiera elever med särskilda behov av stöd och hjälp för att kunna sätt in adekvata insatser (23).

C.11 Förstärk och utveckla stödjande funktioner och samverkan skola och familj/föräldrar, respektive skola och arbetsliv samt skola och civilsamhälle.

En framgångsfaktor för en hälsofrämjande skola är att utgöra en öppen plats som välkomnar aktörer utifrån. Särskilt bör nämnas samverkan med elevernas föräldrar och öppenhet för alla elevers familjebakgrund. Att synliggöra skolan som en arbetsplats för många yrkesgrupper, med engagerade föräldrar och med pågående samverkan med frivilligorganisationer och fritidsverksamheter, innebär att lägga en god grund för ett långsiktigt främjande av skolbarns hälsa (24).

C. 12 Ge, i tidigt skede, stöd till elever som riskerar att inte uppfylla läromålen.

Betydelsen av att på tidigt stadium stödja elever för att uppnå läroplanens mål kan inte nog understrykas. En ökande andel elever slutar grundskolan utan att vara behöriga till gymnasiet (25). Mot bakgrund av en hög ungdomsarbetslöshet bör denna trend motverkas genom aktiva satsningar på elever som riskerar att inte få godkända betyg i årskurs 9. I linje med resonemanget ovan om det dubbelriktade sambandet mellan hälsa och skolprestationer, innebär varje satsning på elever som riskerar att misslyckas i skolan en investering för både barn och skolan på längre sikt (12, 25).

C. 13 Erbjud kvalificerad studie- och yrkesvägledning för människor i alla åldrar.

Utbildningssystemet har blivit mer komplicerat och eleven ställs i dag inför många valsituationer under sin skoltid. Vi har en allt kärvare arbetsmarknad där det blivit svårare för unga människor att etablera sig. Samtidigt ligger avbrotten från gymnasieskolan på en fortsatt hög nivå. Detta innebär att valet av utbildning och yrkesinriktning har fått större konsekvenser än tidigare. Rätten till kvalificerad studie- och yrkesvägledning är lagstadgad och inkluderar sedan 2012 elever vid särskolan (kommunallagen 29 §). År 2011 varierade antal heltidsanställda studie- och yrkesvägledartätthet i landets kommuner mellan en per 106 resp. 3 333 elever (26). Skillnader ses också i hur uppdraget formuleras och hur rollen som vägledare utformas. En utredning vid SKL lyfter fram vikten

av att arbetslivsfrågorna integreras i utbildningen genom hela skoltiden och att detta kräver engagerade skolledare som ser studie- och yrkesvägledningen som hela skolans ansvar. Det är, idag, vanligt att byta karriär flera gånger under sitt yrkesliv. Det ökar behovet av ett av livslångt lärande och vägledning. Att erbjuda alla invånare, oavsett ålder, att ta del av vägledningsverksamheten kan underlätta för personer med kort utbildning att återvända till studierna (27–29).

C. 14 Erbjud vuxenutbildning som är tillgänglig och ekonomiskt möjlig för alla.

Läroplanen anger att vuxenutbildning ska sträva efter flexibla lösningar av organisation och arbetsformer med utgångspunkt i individens behov (30). Eleven bör kunna kombinera studier med arbete. Samarbete med arbetsförmedling och arbetsmarknadens parter är av betydelse för elevens etablering på arbetsmarknaden. Tidiga insatser minskar risken för avhopp. Många elever inom den kommunala vuxenutbildningen är födda utomlands och ett modersmålsstöd är därför angeläget för att underlätta övriga studier. En lugn studiemiljö, i lärcentrum eller bibliotek, kan vara en förutsättning för studieframgång då alla elever inte har möjlighet till en lugn studiemiljö i hemmet (31). Ekonomiskt stöd vid vuxenstudier utgår från statligt reglerade studiemedel, vilka administreras via Centrala studiestödsnämnden (CSN). I de flesta kommuner finns reglerat i vilken omfattning och när studier kan kombineras med ett försörjningsstöd. Socialtjänstlagen gör det möjligt att ha olika policys inom detta område. Inspiration kan hämtas från Göteborgs kommun där kommunstyrelsen år 2014 beslutade att långvarigt arbetslösa som går på försörjningsstöd, ska få möjlighet att studera och samtidigt behålla bidraget. Personen måste ha fyllt tjugo år och haft försörjningsstöd i över ett år och vilja komplettera utbildningar på gymnasienivå alternativt ska utbildningen vara kopplad till den enskildes individuella förutsättningar att etablera sig på arbetsmarknaden (32).

C. 15 Utöka det kommunala informationsansvaret till 25 år kring insatser för den som är arbetslös, lågutbildad och har försörjningsstöd.

Andelen unga som varken arbetar eller studerar ökar. Etableringsåldern liksom arbetslösheten för unga har ökat, ungas anställningar är korta och tillfälliga samtidigt som kraven på utbildning blir allt mer omfattande. Situationen för unga som avbryter eller aldrig påbörjar en gymnasieutbildning har försvårats. Därför behöver insatser och stöd utvecklas inom kommunerna för att bidra till att integrera unga i samhällslivet (33). Det kommunala informationsansvaret (KIA) innebär att kommunerna ska hålla sig informerade om ungdomar mellan 16 och 20 år och som inte arbetar eller studerar, för att kunna erbjuda dem åtgärder. I den nya ungdomspolitiska proposition som gäller från den 1 januari 2015 formuleras ett mål för ungdomar mellan 13 och 25 år vad gäller levnadsvillkor och makt att forma sina liv. Dagens informationsansvar för icke skolpliktiga ungdomar förtydligas och benämns aktivitetsansvar för ungdomar. Ansvar innebär att kommunerna har i uppgift att erbjuda de ungdomar som berörs lämpliga individuella åtgärder. Åtgärderna ska i första hand motivera till utbildning (34).

## Referenser

1. Regeringskansliet. Konventionen om barnets rättigheter. Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
2. Böhlmark A, Holmlund H. 20 år med förändringar i skolan: Var har hänt med likvärdigheten? Stockholm: Studieförbundet näringsliv och hälsa, SNS analys; 2011.

3. Östh J, Andersson E, Malmberg B. School choice and increasing performance difference: A counterfactual approach. *Urban Studies*. 2013; 50(2): 407–25.
4. Skollagen (SFS 2010:800) Stockholm: utbildningsdepartementet.
5. Lärares kännedom om egna lärstilar kan öka motivationen [Internet] Stockholm: Skolverket; 2014. Hämtat från: <http://www.skolverket.se/skolutveckling/forskning/didaktik/undervisning/larares-kannedom-om-egna-larstilar-kan-oka-motivationen-1.227712>
6. Boström L. Students' learning styles compared with their teachers' learning styles in upper secondary school – a mismatched combination. *Education Inquiry*. 2011; 2(3): 475–95.
7. Skolinspektionen. Kommunernas resursfördelning och arbete mot segregationens negativa effekter i skolväsendet. Stockholm: Skolinspektionen; 2014.
8. The Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet] World Health Organization. Hämtat från: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
9. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promoting in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Köpenhamn: World Health Organization; 2006.
10. St Leger LH, Nutbeam D. Research into Health Promoting Schools. *Journal of School Health*. 2000; 70(6): 257–59.
11. Eriksson I, Karlsson KK. Motor skills and school performance in children with daily physical education in school – a 9-year intervention study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2014; 24(2): 273–78.
12. Gustafsson JE, Allodi Westling M, Ahlin Åkerman B, Eriksson C, et al. School, Learning and Mental Health. A systematic review. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien; 2010.
13. Skolverket, Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Socialstyrelsen, Skolverket; 2014.
14. Bråkenhjelm G, Fagerholt G, Häll-Irinarrchos C, Kågström M, et al. Underlag för strukturerat kvalitetsarbete för svensk skolhälsovård [Internet]. Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen; 2012. Hämtat från: <http://www.slf.se/upload/Specialitetsforeningar/Skollakare/Kvallitetsindikatorer/>
15. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Effekter av anti-mobbingsprogram – vad säger forskningen? Stockholm: BRÅ; 2009.
16. Skolverket. Utvärdering av metoder mot mobbing. Stockholm: Skolverket; 2011.
17. Skolverket. Systematiskt kvalitetsarbete – för skolväsendet. Skolverkets Allmänna Råd med kommentarer. Stockholm: Skolverket; 2012.
18. Elevhälsoenkäter med databasstöd [Internet]. Stockholm: Sveriges kommun och landsting (SKL). Hämtat från: <http://www.psynk.se/skolresultatochpsykiskhalsa/elevhalsa/elevhalsoenkatermeddatabasstod.2015.htm>
19. Golsäter M. Hälsoamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift [Doktorsavhandling]. Jönköping: Hälsohögskolan i Jönköping; 2012.
20. Socialstyrelsen. Barn och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
21. Sveriges kommun och landsting (SKL). Vänta inte! Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga. Stockholm: SKL; 2012.
22. Studieförbundet näringsliv och hälsa. Hellre rik och frisk. Om familjebakgrund och barns hälsa. Stockholm: SNS Förlag; 2014.
23. Greiff C, Sjögren A, Wieselgren IM. En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Stockholm: Finansdepartementet Regeringskansliet; 2012.
24. Green S, Tranquist J, Eriksson C. Hälsofrämjande insatser i skolan – en nationell kartläggning år 2009. Örebro: Nationellt centrum för främjande av god hälsa hos barn och ungdom; 2009.
25. Statens folkhälsoinstitut. Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Samordnad folkhälsoinventering. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013.
26. Lärarnas riksförbund. Effekter av vägledning, Rapport från Lärarnas riksförbund år 2012. Stockholm: Lärarnas riksförbund; 2012.
27. Nilsson G. I backspegeln. I: Lundahl L, red. Att bana vägen mot framtiden. Karriärval och vägledning i individuellt och politiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 175–194.
28. Dresch J, Lovén A. Vägledning i förändring. Om omvärldsförändringar och dess betydelse för vägledning. Malmö: Malmö högskola; 2003.
29. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Framtidsval och arbetsliv, Exempel från kommuners studie- och yrkesvägledning. Stockholm: SKL; 2013.
30. Skolverket. Läroplanen för vuxenutbildning (SKOLFS 2012:101). Stockholm: Skolverket; 2012.
31. Skolverket. För en andra chans till utbildning- utveckling av arbetet med rekrytering och uppsökande verksamhet. Stockholm: Skolverket; 2014.
32. Göteborgs Stad. Protokoll från kommunstyrelsen 27 augusti 2014.
33. Unga som varken arbetar eller studerar. (SOU 2013:74). Stockholm: Fritzes.
34. Med fokus på unga – en politik för goda levnadsvillkor, makt och inflytande. Proposition. (2013/14:191). Stockholm: Riksdagen; 2004.

## D Arbete och försörjning

### MÅL:

*I. Alla östgötar har rätt till egen försörjning, meningsfull sysselsättning och ett rikt socialt liv. Alla har både rätt och skyldighet att bidra till samhällets välfärd och utveckling.*

*II. I arbetslivet ska arbetsmiljön utvecklas fysiskt, psykiskt och socialt till arbetsplatser som är inkluderande och främjar hälsa, yrkes stolthet och arbetsglädje.*

### Rekommendationer delmål I

D I.1 Motverka utbytbarhet och utslagning från arbetsmarknaden genom anpassning av arbetsuppgifter och aktiv rehabilitering för personer med funktionsnedsättningar.

Arbetsplatsen är den centrala arenan för att vidta åtgärder som underlättar återgång i arbete för dem som har funktionsnedsättning eller har blivit sjukskrivna av olika skäl men också för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa och främja hälsa och välbefinnande. Andelen i arbete är mycket lägre bland personer med

funktionsnedsättning, eller med långvarig sjukskrivning, jämfört med andra grupper. Personer med den dubbla bördan av kronisk sjukdom och låg utbildning blir i allt högre grad marginaliserade från arbetsmarknaden (1). Relativt få långtidssjukskrivna får de rehabiliteringsåtgärder de behöver och det tycks föreligga en selektion i vilka som får åtgärder, även på arbetsplatsen, beroende på yrke, hälsotillstånd, kön, sjukskrivningslängd och om man har en anställning eller ej (2). Forskningen visar relativt entydigt att arbetsledarens och arbetskamraternas förhållningssätt gentemot en sjukskriven kollega har avgörande betydelse för om den sjukskrivne kommer tillbaka i arbete (3). Av särskild betydelse är arbetsledarens kompetens och förmåga att möta den sjukskrivne utifrån dennes förutsättningar och att initiera anpassningar på arbetsplatsen som är lämpade för individens förmågor. Rehabiliteringsåtgärder som bygger på anpassningar på arbetsplatsen är mer kostnadseffektiva än till exempel fysisk träning eller andra individinriktade åtgärder (4, 5).

#### D 1.2 Uppmärksamma, värna och utveckla en hållbar lokal företagsamhet för att därmed öka förutsättningar för egen försörjning och flera lokala arbetsgivare.

En hållbar lokal företagsamhet är viktig ur flera perspektiv för både företagare och anställda. Egenföretagare har bättre hälsa än övriga på arbetsmarknaden (6). Orsakerna är flera. Att vara egenföretagande kan vara ett sätt att få välja arbete såväl som arbetstid vilket är positivt för hälsan. Att få förverkliga sina idéer (det skäl som oftast anges av dem som startar eget) (7) är positivt för den psykiska hälsan, förutsatt att man upplever sig ha kontroll över verksamhetens villkor (8). Det är inte organisationens storlek i sig som är avgörande utan de betingelser under vilka verksamheten bedrivs, och långa arbetstider under långa tidsperioder, kan ha negativa effekter på hälsan (9). För anställda kan förekomsten av en lokalt baserad företagsamhet erbjuda tillgång till en varierad arbetsmarknad med avseende på inriktning och storlek och närhet mellan ägare/ledare och anställda. Dessa förhållanden är viktiga för klimatet på arbetsplatsen och har därmed för hälsan. De anställda i små företag uppger bättre hälsa än de verksamma i större – men också större sjuknärvaro.

#### D 1.3 Stimulera framväxten av arbetsintegrerande sociala företag för att skapa arbete, tillit och framtidstro hos människor som förlorat detta.

Genom att fatta politiska beslut om att bidra till stödjande aktiviteter som stimulerar till start och utveckling av sociala företag ges fler människor möjlighet till anställning och sysselsättning (10). Det finns ett ökat intresse i samhället att driva företag med sociala/hälsaleliga och sociala mål. Sociala företagande handlar mer om människor än om den ekonomiska vinst som vanligtvis är i fokus när man talar om företagande. Sociala företag anställer personer med begränsad arbetsförmåga med fokus på vad man kan. Målgruppen för arbetsintegrerande sociala företag är bland annat funktionsnedsatta, långtidarbetslösa och långtidssjukskrivna dvs. grupper som både offentliga och privata arbetsgivare vanligen väljer bort, och som har en högre ohälsa och en kortare förväntad livslängd (11). Genom rehabiliteringsåtgärder i sociala företag integreras eller återintegreras dessa personer i arbetslivet med hjälp av metoder som bygger på demokrati och delaktighet vilket därmed även påverkar deras hopp och framtidstro (12, 13).

#### D 1. 4 Verka för att stimulera sociala innovationer så att fler människor erhåller anställning eller på annat sätt inkluderas i arbetslivet och för att genom detta stärka offentlig sektors verksamhet.

Begreppet social innovation innebär initiativ som strävar efter att identifiera och möta upp sociala behov genom innovativa idéer

och metoder för hur vi ska lösa samhällsproblem (14). Det har visats att det med, ibland små och enkla medel, går att utveckla lösningar som får stor betydelse för både individ och samhälle. Sociala innovationer innebär att samhällsnyttan är både dess medel och mål. Arbetsformerna präglas av öppenhet, delaktighet och samverkan. Sociala innovationer innefattar dels gräsrotsinitiativ som på nya sätt möter sociala behov som inte tillgodoses av marknaden eller den offentliga sektorn, samt samhällsinnovationer som överlappar offentlighet, privat näringsliv, social ekonomin och civilsamhället. Målsättningen är skapa forum för gemenskap, skapa socialt värde och erbjuda insatser som skapar bättre förutsättningar för den äldre befolkningen när det gäller livskvalitet, hälsa och välbefinnande (15,16).

#### D 1.5 Skapa möjlighet till kompetensutveckling i och utanför arbetet hela livet.

En kärnfråga för moderna organisationer är kompetensutveckling. Personalen bör utvecklas i takt med organisationen, det vill säga ges möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling, som inte bara innebär kunskap, utan även social förmåga, självförtroende som möjliggör egna initiativ och copingförmåga som gör det möjligt för individen att hantera olika påfrestningar eller utmaningar på ett konstruktivt sätt (17). De som stått utanför arbetslivet under en period, på grund av sjukdom eller arbetslöshet, får i allmänhet inte tillgång till denna kompetensutveckling och riskerar genom detta att successivt förlora sin anställningsbarhet, samtidigt som deras tro på sin egen förmåga att klara arbetets krav minskar. En adekvat kompetensutveckling, också för den som är utanför arbetet, kan öka anställningsbarheten och motverka tendensen att arbetsgivare är mindre benägna att anställa de som varit långvarigt sjukskrivna eller arbetslösa (18).

#### D 1.6 Förbättra samordning mellan välfärdsaktörer (Försäkringskassa, Hälso- och sjukvård, Arbetsförmedling) och arbetsgivare i åtgärder för att förbättra återgång i arbete vid sjukskrivning eller arbetslöshet, samt undersök möjligheten till att bilda samordningsförbund på regional nivå.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är strukturerad i tidsintervaller där olika aktörer har olika uppdrag och ansvarsområden i olika faser av sjukskrivningen. Samordningen mellan dem brister, arbetsgivare står ofta utanför processen och den sjukskrivne förlorar insyn och kontroll. Arbetsgivare uppger ofta att de saknar kontakt och dialog med välfärdsaktörerna, trots det ansvar som åligger arbetsplatsen. De flesta sjukskrivna börjar sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess hos primärvården som har små möjligheter att utveckla ett holistiskt och individanpassat utrednings- och åtgärdsprogram inom sin nuvarande organisation med korta besökstider och brist på multiprofessionella utredningar och bedömningar. Primärvården saknar också kontaktytor gentemot arbetsgivare. Dialog mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren har visats vara mycket betydelsefull för att främja återgång i arbete. Ofta saknas möjligheter att stödja patienten över tid och i kontakten med arbetsgivaren genom till exempel en rehabiliteringskoordinator (3). Samordningsförbund med gemensam finansiering mellan aktörerna kan främja en mer samordnad process i komplexa fall, men bör kompletteras med ett tydligt samarbete med arbetsgivare.

#### D 1. 7 Skapa flexibla övergångar mellan utbildning, arbete och pensionering.

En förutsättning för ett livslångt lärande är möjligheter att växla mellan studier och arbete under hela livet. Livslångt lärande är nödvändigt för att främja konkurrenskraften i en kunskapsbaserad ekonomi. Det omfattar alla nivåer av utbildning och yrkesutbildning under hela livet, samt olika former av inlärning. Syftet med

livslångt lärande är att ge medborgarna verktyg för självförverkligande, social integration och deltagande i det kunskapsbaserade samhället (19). Sambandet mellan arbete, pensionering och hälsa har flera dimensioner. En god hälsa anges av personer i pensionsåldern som en förutsättning för att fortsätta arbeta.

För många innebär att lämna arbetslivet och gå i pension en stor omställning och mental påfrestning som inte sällan medför hälsoproblem. Undersökningar visar en utbredd önskan om att successivt gå ner i arbetstid och därmed göra övergången mindre dramatisk och därmed mindre påfrestande för hälsan. En annan effekt av detta, som dock ligger utanför kommissionens uppdrag, är att kompetensöverföring underlättas och att en förväntad brist på arbetskraft i vissa branscher kan hanteras (20,21).

## Rekommendationer delmål II

(för all offentligt finansierad verksamhet oavsett driftsform)

### D II.1 Organisera arbete så att arbetsmiljön är stödjande, hälsofrämjande och inkluderande av alla oberoende av anställningsform och arbetsgivare.

Arbetslivet genomgår stora förändringar i syfte att effektivisera produktionen, och detta oberoende av vad som produceras. Nya sätt att organisera är ett ofta använt medel. Under några årtionden har det inneburit en ökad användning av tillfälligt anställda och behovsanställda, och en ökad användning av inköp från externa leverantörer istället för produktion i egen regi. En bieffekt är inte sällan oklarhet avseende ledning, styrning och kontroll liksom avseende arbetsmiljöansvar. De yrkesmässiga och sociala relationerna på arbetsplatserna blir både otydliga och kontraktsbundna vilket utmanar traditionella arbetsplatskulturer byggande på tillit och individens möjligheter att påverka sin arbetssituation (22,23).

### D II.2 Öka kunskap och medvetande om att sättet att organisera verksamheten påverkar hälsan hos medarbetarna och betydelsen av att aktivt integrera denna kunskap i planering, organisering och ledning av arbetet.

Hur arbetet organiseras skapar olika förutsättningar för medarbetarnas arbetsmiljö och hälsa. Ledarskapet har stor betydelse för utveckling av en hälsofrämjande arbetsplats. Organisationer med gott ledar- och medarbetarskap, god kommunikation, gemensamma värderingar, ett organisationsklimat med måttliga krav och en god fysisk miljö stärker den hållbara hälsan hos individen. En god hälsa hos medarbetare leder till en bättre och effektivare produktion. "Friska företag" karakteriseras av en utvecklad ledarskapsfilosofi, utbildning och kompetensutveckling, belöning för bra insatser, medarbetarnas delaktighet, att man tillvarar idéer från personalen som förbättrar verksamheten, en öppen kommunikation och personlig kontakt mellan ledare och medarbetare, en tydlig struktur för rehabiliteringsarbete och ett förebyggande perspektiv (24). Generellt sett har ledarskapet en stor betydelse för att man skall uppnå en god arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket (25) anger fyra huvudfokus för hälsofrämjande interventioner:

- a) Ledarskap och kompetensförsörjning, exempelvis att välja ledare som visar tillit till personalen och att ge stöd till chefer,
- b) Delaktighet, exempelvis att ge medarbetarna handlingsutrymme och att förankra visioner, c) Kommunikation, exempelvis att vara öppen med information och ha högt i tak för åsikter,
- c) Synen på hälsa och sjukfrånvaro, exempelvis att anpassa arbetet vid nedsatt arbetsförmåga.

### D II.3 Genomför regelbunden uppföljning av arbetsmiljön och koppla den till medarbetarnas hälsa och arbetsgivarens kostnader för arbetsrelaterad ohälsa, med fördel i samverkan med olika statliga myndigheter.

Kunskap om arbetsplatsens och medarbetarnas "välbehövande" i olika avseenden är väsentlig för att systematiskt kunna arbeta med att utveckla en hälsofrämjande och en inkluderande arbetsplats. Många arbetsplatser har medarbetarenkäter, men "som man frågar får man svar". Många medarbetarenkäter bygger på relativt traditionella mått som inte alltid fångar de krav och förutsättningar som finns i dagens arbetsliv. Det gäller till exempel frågor om kompetensutveckling, om relationer på arbetsplatsen, om inflytande, om rimlighet i ansvar och befogenheter, om teamarbete, om synsätt på funktionsnedsättning, om diskriminerande attityder och beteenden, etc. En viktig förutsättning för att kunna utveckla en hälsofrämjande arbetsplats är dels att utveckla metoder för att bedöma arbetsförhållanden för olika grupper, dels att det utvecklas praktiska arbetsmetoder för implementering av modeller för god organisation av arbetet och en god arbetsmiljö (24,25).

### D II.4 Tillämpa alkoholfri policy och lagen om tobaksfri arbetsmiljö.

Det är viktigt att arbeta för alkohol- och drogfria arbetsplatser dels som förutsättning för hälsofrämjande arbetsplatser och dels som förutsättning för att arbetet kan utföras med god kvalitet. En policy för alkoholfri arbetsplats utgör grunden och kompletteras med kunskapsförmedling om riskbruk av alkohol, stöd i förebyggande arbete, gemensam rutin vid misstanke om påverkan/missbruk, samt rådgivning och stöd i arbetsgivarrollen. I en rapport från Folkhälsomyndigheten (2011) visades att något mer än två tredjedelar av arbetsplatserna har en alkoholpolicy medan något färre uppgav att de har en narkotikapolitik. Var femte arbetsplats rapporterar att de använder Riskbruksmodellen eller liknande modell. Arbetsplatser med fler än femtio anställda hade i större utsträckning en alkoholpolicy och arbetade i högre grad med alkoholförebyggande åtgärder. Nästan hälften av arbetsplatserna svarade att man har behov av mer kunskap om metoder som syftar till att upptäcka och förhindra såväl alkohol- som narkotikaproblem i ett tidigt skede (26).

I tobakslagen (1993:581) ingår bestämmelser om en rökfri arbetsmiljö på grund av de hälsorisker och olägenheter som är förbundna med bruk av tobak och exponering för tobaksrök. Arbetsgivaren ansvarar för att en arbetstagare inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök i den arbetslokal eller det liknande utrymme där arbetstagaren är verksam. Ansvar för att utöva den centrala tillsynen och viss "operativ" tillsyn vad gäller tobaksfri arbetsmiljö ligger på Arbetsmiljöverket (27).

### D II.5 Tillämpa noll tolerans för diskriminerande attityder hos chefer och medarbetare på arbetsplatsen.

Diskriminerande eller ojämliga attityder och beteenden utgör en kronisk stressor som påverkar fysisk och psykisk hälsa. Utsatthet för diskriminerande attityder och beteenden varierar med socioekonomisk position. Det psykosociala klimatet på arbetsplatsen påverkas av om det förekommer ojämlighet eller orättvisa i hur man bemöts och hur väl man inkluderas i arbetsgemenskapen. Diskriminerande attityder och beteenden, oberoende av om de är kopplade till kön, ålder, etnicitet, sexuell läggning eller funktionsnedsättning, ses idag som kroniska stressor som har samband med fysisk och psykisk hälsa. Gender-relaterad diskriminering skapar högre stress än till exempel höga krav i arbetet och utgör därmed en större risk för ohälsa. Om det förekommer mobbing eller konflikter i arbetet, ökar risken för depressionssymptom. De olika faktorerna, kön, ålder, etnicitet, sexuell läggning eller funktionsnedsättning, interagerar och förstärker varandra och är förknip-

pade med tillgång till arbete, social klass och ohälsa (28,29). Omfattande forskning pekar på att en viktig förutsättning för god hälsa är det sociala sammanhang som arbetsplatsen eller arbetsgruppen utgör. Ett gott socialt klimat och socialt stöd innebär att andra påfrestningar kan hanteras lättare och buffra mot stress. Att arbetsplatsen är en inkluderande, snarare än exkluderande skapar bättre förutsättningar för hälsa. Den negativa motpolen, utfrysning eller mobbing på arbetsplatsen, har kommit att bli en viktig och allt vanligare psykosocial riskfaktor för ohälsa (30).

## D 11.6 Öka tillgången till kvalificerad och multiprofessionell företagshälsövård för alla, även småföretagare eller anställda inom olika typer av bemanningsföretag.

Företagshälsövarlden har goda möjligheter att vara ett bra stöd till arbetsgivarna. Framgångsfaktorer för företagshälsans insatser är nära och goda relationer med kundföretagen, bra kommunikation och strukturerade arbetsrutiner som underlättar relationen. De organisatoriska förutsättningarna för företagshälsövarlden påverkar deras möjlighet att arbeta preventivt på arbetsplatsen och att kunna bistå i utvecklingen av en hälsofrämjande arbetsplats. Centrala faktorer för att kunna bidra i dessa avseenden är regelbunden kontakt mellan företagshälsan och kunden/uppdragsgivaren och att man utvecklar långsiktiga avtal och relationer. Det är också betydelsefullt att tjänsteutbudet utformas i dialog beroende på verksamhetens behov (31).

## Referenser

- Holland P, Burström B, Whitehead M, Diderichsen F, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization. *Int J Health Serv.* 2011; 41(3): 395–413
- Burström B, Nulen L, Clayton S, Whitehead M. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden?. A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disability and Rehabilitation.* 2011; 33(6): 453–66.
- Ekberg K, red. Den relativa arbetsförmågan. Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2014.
- Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation.* 2010; 32(8): 607–21.
- Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: A systematic review. *Disability and Rehabilitation.* 2007; 29: 607–24.
- Stephan U, Roesler U. Health of Entrepreneurs vs. Employees in a National Representative Sample. *Journal of Occupational & Organisational Psychology.* 2010; 83(3): 717–38.
- Tillväxtverket. Förutsättningar för konkurrenskraftiga företag. Företagens villkor och verklighet. Stockholm: Tillväxtverket; 2014.
- Nordenmark M, Vinberg S, Strandh M. Job control and demands, work-life balance and wellbeing among self-employed men and women in Europe. *Vulnerable Groups & Inclusion.* 2012; 3. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.3402/vgi.v3i0.18896>
- Andersson P. Happiness and health: Well-being among the self-employed. *The Journal of Socio-economics.* 2007; 37(1): 213–36.
- Tillväxtverket. Nio områden där politiker och tjänstemän kan göra skillnad för långtidsarbetslösa. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
- Arnell SI. Arbete för alla. Linköping: Regionförbundet Östsmå; 2010.
- Tillväxtverket. Företagen som öppnar dörren till arbetslivet. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
- Tillväxtverket. Att lära av mirakel – att vända arbetslöshet till hållbart socialt företagande. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
- Mötesplatsen för social innovationer, hem. Malmö: Malmö högskola. Hämtat från: <http://www.socialinnovation.se/sv/>
- Myrray R, Chaultier-Grice J, Mulgan G. Open book of social innovation. The young foundation; 2010.
- The social business initiative. Hämtat från: <http://ioannisna-sioulas.wordpress.com/2012/07/14/the-social-business-initiative/>
- Nilsson S, Ekberg K. Förutsättningar för arbetsförmåga och anställningsbarhet på arbetsmarknaden. I: Ekberg K, red. Den relativa arbetsförmågan. Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 111–125.
- Mörtvik R, Rautio K. Jakten på superarbetskraften fortsätter! Stockholm: TCO; 2008.
- Utbildningsdepartementet. Debatten om det livslånga lärandet. Stockholm: Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet; 2001.
- Nilsson K. Why working beyond 65? Discourse on the Decision to Continue Working or Retire Early. *Nordic Journal of Working Life Studies.* 2012; 2(3): 7–28.
- Arbetsmarknadsutskottet. Ett förlängt arbetsliv – forskning om arbetstagares och arbetsmarknadens förutsättningar. Stockholm: Riksdagen, Arbetsmarknadsutskottet; 2014.
- Ekberg K. Hälsofrämjande och lärande arbetsplats – finns organisatoriska förutsättningar? I: Kock H, red. Lärande i arbetslivet. Möjligheter och utmaningar. Linköping: Linköpings Universitet; 2014.
- Westgaard RH, Winkel J. Occupational musculoskeletal and mental health: significance of rationalization and opportunities to create sustainable product systems a systematic review. *Appl. Ergon.* 2011; 42: 261–96
- Arbetsmiljöpoliciska kunskapsrådet. Det friska företaget – hur ser det ut? God arbetsmiljö – en framgångsfaktor? (SOU 2009:47). Stockholm: Fritzes.
- Arbetsmiljöverket. Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer, Kunskapsöversikt. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2012.
- Statens folkhälsoinstitut. Alkohol- och drogförebyggande insatser i arbetslivet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
- Statens folkhälsoinstitut. Tobaksfritt arbetsliv Idéskrift för arbetsgivare. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
- Agudelo-Suarez A, Gil-Gonzalez D, Ronda-Perez E, Porthe V, Paramio-Perez G, Garcia AM, Gari A. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science and Medicine.* 2009; (68): 1866–74.
- Bond MA, Kalaja A, Markkanen P, Cazeca D, Daniel S, Tsurikova L, Punnett L. Expanding our understanding of the psychosocial work environment: A compendium of measures of discrimination, harassment and work-family issues. NIOSH Publication; 2008–104.

30. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2014.
31. Kjellberg K, Ahlberg G, Göransson S, Parmasund M, Ståhl C, Toomingas A, Åborg C. Tidig arbetslivsriktad rehabilitering inom kommuner och landsting – företagshälsovårdens metoder och arbetssätt. Stockholm: Karolinska institutet; 2014.

## E Omsorg och hälso- och sjukvård

**MÅL:** Alla östgötar ska ha tillgång till omsorg, hälso- och sjukvård utifrån sina behov, i en fysisk, psykisk och social inre och yttre miljö, som bidrar till läkning och hälsa. Verksamheten baseras på en helhetssyn där individen ges möjlighet att vara medskapare i sin hälsoutveckling, möts med respekt för olikheter i behov och värderingar, stärks i tilltro till sin egen förmåga att hantera sin sjukdom och ohälsa, och ges stöd att förbättra sin hälsa och livskvalitet.

### Rekommendationer:

**E.1** Arbeta för att ändra förhållnings- och arbetssätt så att patienten/brukaren ses som och blir en medproducent av sin hälsa och omsorg.

Ordet medproducent innebär att brukaren/ patienten är aktiv och delaktig i sin omsorg och vård och kan påverka dess innehåll och process. Detta innefattar att bli sedd, lyssnad på, och en reell delaktighet utifrån sina mål, det man kallar terapeutisk allians. Patientcenterad vård (1), personcenterad vård (2–3), terapeutisk allians (4) och hälsofrämjande förhållningssätt (5) är närliggande begrepp som alla innehåller denna grundkärna. Den ojämlika vården kan oftast hänföras till en bristande maktbalans där den som har svagare egna resurser har ett särskilt behov av detta förhållnings- och arbetssätt (6).

**E.2** Utforma uppdrag och uppföljning som stimulerar till jämlik omsorg och vård utifrån de behov brukare och patienter upplever.

Denna rekommendation innefattar två delar som båda har betydelse för jämlik vård: Dels avser den betydelsen av att utveckla formuleringar i uppdrag så att de tydliggör jämlikhetsaspekter och möjliggör uppföljning av insatser och resultat utifrån detta (7–9), men därtill belyser den vikten av att efterforska brukares och patienters upplevda behov och sträva efter att utforma insatserna utifrån dessa (10).

**E.3** Utveckla kunskap, inom alla personalgrupper, om bemötandets betydelse för att öka tillit till omsorg och hälso- och sjukvård samt tilltro till egen förmåga hos individen.

Det finns idag omfattande forskning som visar att tillit till andra och tilltro till sin egen förmåga, hopp och framtidstro är viktigt för läkning och hälsa (5, 11–14). Bristande tillit innebär därtill att man inte söker vård fast man behöver den (15, 16). Individer i utsatt socioekonomisk situation har, generellt, lägre tillit till andra och tilltro till sin egen förmåga (14, 17). En patientcentrad vård med ett hälsofrämjande förhållningssätt som ger hopp, tillit och tilltro, upplevd copingförmåga och socialt stöd är förenat med starkare skyddssystem såsom nivåer av stresshormonet kortisol och inflammationsförsvar, kortare vårdtider, färre komplikationer, bättre livskvalitet och självskattad hälsa samt bättre överlevnad (2, 11–14).

**E.4** Skapa förutsättningar för ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete, där man diskuterar levnadsvanor som fysisk aktivitet, mat, tobak och alkohol utifrån en helhetssyn på hälsa och sjukdom. Arbetet integreras i all hälso- och sjukvård och omsorgs-verksamhet och innefattar specifika insatser för riskgrupper och generella insatser för att nå all.

Vi har idag god kunskap om effektiva metoder för sjukdomsförebyggande insatser där man via rådgivande samtal kan hjälpa patienter att förändra ogynnsamma levnadsvanor vad gäller tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet (18). Detta insatser, som är särskilt angelägna hos individer med en utsatt socioekonomiska situation (6) sker fortfarande i begränsad omfattning och behöver stärkas genom att ge bättre strukturella förutsättningar (19, 20). Erfarenheter från Sverige och andra länder visar att denna form av insatser minskar sociala skillnader i hälsa (21,22).

**E.5.** Utveckla nya möjligheter till tillgänglighet för besök eller möjlighet för frågor utifrån patientens behov.

Erfarenheter från invandrartäta områden visar att många av de boende inte förstår hur man söker kontakt med hälso- och sjukvården via telefonförfrågningar mm. Det är därför viktigt att komplettera detta arbetssätt med andra former såsom öppna mottagningar dit man kan komma och tala med en person för att få råd, där och då kring sitt problem, eller kring var man kan vända sig. Svårigheter med tillgänglighet kan också gälla de som inte har telefon eller dator eller som inte har råd eller möjlighet att ta ledigt dagtid från sitt arbete får att komma på besök till vården (8,9, 23).

**E.6** Kompetensutveckla om individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation och om kommunikation så att alla kan förstå.

Idag finns omfattande forskning som visar att närmare hälften av svenska patienter har problem med att förstå vad läkaren eller vårdgivaren sagt, eller har svårt att förstå skriven information t ex i kallelser. Det gäller också val av orden och dess innebörd, t ex ett ”positivt” provsvar (24, 25). Begreppet Hälsoinformation avser förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation. Det är viktigt att skapa medvetenhet om detta, hos alla medarbetare, för att i samtal med patienter undvika ord som är professionens egna, men också att granska texter, t ex i inbjudningar och kallelser så att de kan förstås av alla (24, 25).

**E.7** Utveckla kunskap hos beslutsfattare om boende- och vårdmiljöns betydelse för hälsa och livskvalitet, till exempel rökfritt sjukhus och måltidsmiljö för gemenskap, måltidsglädje och matlust.

Den klassiska studien om vårdmiljöns betydelse för läkning gäller gallopererade patienter där de som kunde se ut mot en park hade kortare vårdtid och bättre läkning än de som såg in mot en vägg (26). Detta har lett vidare till en omfattande forskning som visar att vårdmiljön, på samma sätt som bemötandet, påverkar läkning och tillfrisknande, upplevd hälsa och livskvalitet (26–30). Tillämpningar finns för alla delar av vården, från behovet av natur och grönområden i vård och omsorgsområden till väntrummens inredning, vårdtrummet färgsättning och val av konst på väggarna. För den som har en utsatt psykosocial situation är vårdmiljön extra viktig. Rekommendationens exempel vill belysa det tydliga sambandet mellan måltidsmiljön och matlusten, för att förbygga undernäring särskilt hos äldre, som är ett reellt problem (29–30). Begreppet ”Rökfritt sjukhus” har utvecklats inom ett internationellt samarbete och avser både att skydda patienter och medarbetare från passiv rökning men också att underlätta rökslut och tydliggöra en policy utifrån att tobak är en av de största orsakerna till sjukdom och tidig död (31).



## E.8 Utveckla olika former av teamarbete inom vården med multiprofessionell kompetens och brukaren/patienten som aktiv part.

Samverkan i team inom hälso- och sjukvården med teamarbete där olika kompetenser kompletterar varandra och samverkar är en nyckelfaktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård (32,33). Multiprofessionell kompetens är viktig i vårdens alla delar, men särskilt viktig för den som har som har sammansatta behov (33–35). Ett väl fungerande teamarbete är nödvändigt för att förhindra att dessa patienter faller ”mellan stolar” i en kedja där man hänvisas vidare till nästa instans. I sådana fall läggs ett stort ansvar på den enskilde, eller anhöriga, att vara den sammanhållande parten och resurser att klara detta är ojämnt fördelade.

## E.9 Stärk vården vad gäller multisjuka eller patienter med en sammansatt psykosocial situation genom samverkan och samordning mellan olika aktörer/instanser.

Den som har mer än en sjukdom, eller en sammansatt psykosocial problematik såsom arbetslöshet eller missbruk har en utsatt situation i vården. För dessa personer, som inte sällan behöver kontakt med en rad olika aktörer och insatser är vårdens kontinuitet, samverkan och samordning avgörande för utfall av insatser, och detta gäller särskilt de som är äldre (35, 36). Den som har en sammansatt medicinska och sociala situationen ä, därtill, mer sårbar i sin sjukdom (12–14). Särskilt utsatta är de som utöver flersjuklighet, hög ålder och/eller psykisk ohälsa därtill har en låg socioekonomisk situation, låg tillit till systemet och till sin egen förmåga.

## E.10 Utveckla samorganisering mellan olika välfärdsaktörer t.ex. vård och socialtjänst via familjecentraler.

Svenska BVC verksamheten är världsunik med ett arbetssätt som innebär en proportionell universalism dvs. att det finns för alla, men har möjlighet att intensifiera insatserna efter behov (37). Stärkta insatser är angeläget för de familjer som har uttalade problem, särskilt psykosociala problem eftersom barn till mödrar där familjen under graviditeten, och/eller under barnets första levnadsår, hade en psykosocial utsatt situation har ökad risk att drabbas av sjukdom under barndomen (38) och i vuxenlivet (39, 40). Modeller såsom Familjecentraler (FC), där det finns en naturlig kontakt med olika former av resurspersoner har möjlighet att skapa trygghet, kontinuitet och ett långsiktigt arbete för att bryta sociala arv och förebygga onda cirklar. Denna utvidgning av mödra- och barnhälsovården som även innefattar socialsekreterare, familjerådgivare, fritidsledare, psykologer m.fl. innebär en samordning av resurser på huvudmannanivå och samlokalisering av verksamheterna som underlättar samarbete och samverkan (41).

## E.11 Utveckla samverkan med andra aktörer särskilt med civilsamhället.

Civilsamhället innehåller en rad aktörer med vilja och kraft att hjälpa andra. Det finns idag goda exempel från kulturarbetare som besöker barnkliniker som clown, sjukhusvårdinnor som svara på frågor, men också ”yngre-äldre” som besöker äldreboenden för utflykter och social gemenskap. Genom att utveckla denna samverkan kan man både skapa möjligheter för sociala aktiviteter inom vård och omsorg, till gagn, glädje och stimulans till läkning och hälsa, men, samtidigt, skapa möjligheter till meningsfull insats för de många i civilsamhället som önskar detta och genom detta en friskare äldre (42–44).

## Referenser

1. Myndigheten för vårdanalys. Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
2. Ekman I, red. Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
3. WHO. People at the centre of health care. Harmonizing mind and body, people and systems. Geneva: WHO; 2007.
4. Herlofsson J. Från vårdgivare till relationsbyggare – åter till Sokrates. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 87–102.
5. Kristenson M. Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 25–32.
6. Kristenson M. Hur kan hälso- och sjukvården bidra till minskade skillnader i hälsa, Socialmedicinsk tidskrift. 2011; 88(4): 344–51.
7. Socialstyrelsen. God vård – Vård på lika villkor – hur jämlik är vården? Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
8. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: SKL; 2009.
9. Myndigheten för vårdanalys. Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården? Delrapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
10. Myndigheten för vårdanalys. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
11. Vedhara K. Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. Brain Behav Immun. 2012; 26(2): 210–11.
12. McCain NL, Gray DP, Walter JM, Robins J. Implementing a comprehensive approach to the study of health dynamics using the psychoneuroimmunology paradigm. ANS Adv Nurs Sci. 2005; 28(4): 320–32.
13. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, Monteiro E. Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. Transplant Proc. 2011; 43(1): 155–7.
14. Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. Social Science and Medicine. 2004; 58(8): 1511–22.
15. Fugeli P. Tillit är medicinens grundämne. Läkartidningen. 2006; 103(24–25): 1961–64.
16. Wollbæk D, Wallman Lundåsen S, Trägårdh L. Three Forms of Interpersonal Trust. Evidence from Swedish Municipalities. Scandinavian Political Studies. 2012; 35(4): 319–46.
17. Baigi A, Lindgren EC, Starrin B, Bergh H. In the shadow of the welfare society ill-health and symptoms, psychological exposure and lifestyle habits among social security recipients; a nationwide survey study. Biopsychosoc Med. 2008; 2: 15.
18. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>

19. Socialstyrelsen. Sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården – en enkätstudie hösten 2012. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stodtillinforandeaavriktlinjerna/Documents/Sjukdomsforebyggande-rapport.pdf>
20. Socialstyrelsen. Sjukdomsförebyggande metoder. Stöd till införandet av nationella riktlinjer. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
21. Govil SR, Weidner G, Merritt-Worden T, Ornish D. Socio-economic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Am J Public Health*. 2009; 99(7): 1263–70.
22. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap?--10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*. 2001; 56: 59–68.
23. Västra Götalandsregionen. Utvärdering av projektet Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar. Skövde: Folkhälsokommittén Västra Götalandsregionen; 2009.
24. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*. 2011; 108(51–52): 2718–20.
25. Rudd RE. Needed action in health literacy. *J Health Psychol*. 2013; 18(8): 1004–10.
26. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984; 224: 420–21.
27. MacDonald R. Music, health, and well-being: A review. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013; 8.
28. Bjursell G, Vahlne Westerhäll L, red. *Kulturen och hälsan*. Stockholm: Santréus; 2008.
29. Abrahamsson M, Hagberg JE. Omsorgens skugga- äldres strategier i boendet. I: Jeppson Grassman E, Whitaker A, red. *Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 125–46.
30. Johansson L. Foodwork and meals in everyday life among persons with dementia and their partners [Doktorsavhandling]. Jönköping: Högskolan I Jönköping; 2013.
31. Global network for tobacco free health care services, home (ENSH). [Internet] Barcelona: ENSH; 2011. Hämtat från: <http://www.ensh.org/>
32. Berlin J, Carlström E, Sandberg H, red. *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
33. Kvarnström S, Willumsen E, Andersson-Gäre B, Hedberg B. How service users perceive the concept of participation, specifically in interprofessional practice. *British Journal of Social Work*. 2012; 42(1): 129–46.
34. Kvarnström S. *Collaboration in Health and Social Care: Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems* [Doktorsavhandling]. Jönköping: Högskolan I Jönköping; 2011.
35. Johansson L, Thorslund M. Samverkan i vården om omsorgen om äldre – en evig fråga. I: Axelsson R, Bihari Axelsson S, red. *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 57–76.
36. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhusmed fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU; 2013.
37. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health*. Genève: World Health Organization; 2008.
38. Karlén J. *Early stress, cortisol in hair and health among children in different psychosocial environments* [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings Universitet; 2014.
39. Maggi S, Irwin LJ, Siddiqi A, Hertzman C. The social determinants of early child development: an overview. *J Paediatr Child Health*. 2010; 46(11): 627–35.
40. Braveman P, Barclay C. Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics*. 2009; 124(3): 163–75.
41. *Rikshandboken barnhälsovård*. Hämtat från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/>
42. Olsson LE. *Frivilligt arbete bland äldre och hälsa- Medborgarundersökning 2005*. [Internet] Sköndal: Vårdalinstitutet; 2008. Hämtat från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:351121/FULLTEXT01.pdf>
43. Jegermalm M, Jeppsson Grassman E. Patterns of Informal Help and Caregiving in Sweden: a 13-year Perspective. *Social Policy & Administration*. 2009; 43(7): 681–701.
44. Panova A, Sköld P, Österberg E. "Det är ganska fantastiskt egentligen – att jobba ideellt": en sociologisk studie om människan och motivet bakom det ideella arbetet [Kandidatuppsats]. Luleå: Luleå tekniska universitet; 2007.



# Bilaga 2. Konkreta exempel som inspiration till insatser på de olika samhällsarenorna med argument, kunskapsunderlag och referenser

## A Boende och närområde

Pröva nya former av dialog och delaktighet med medborgarna i detaljplaneprocesser utöver annonsering och utställning.

Det finns, idag, endast få utvecklingsprojekt av boende och närmiljö som bygger på delaktighet och dialog med de boende. Inom partnerskap för hållbar välfärdsutveckling har ett forskningsprojekt visat att det är angeläget att utveckla nya former för att inkludera och engagera invånare i frågor som rör närmiljön. Medborgarnas deltagande är viktig, dels för stads- och områdesutveckling men det bidrar också till en bättre och mer jämlik hälsa. Det är därför angeläget att utveckla strategier för att involvera boende med varierande ålder, kön och socioekonomisk status som deltagare (1).

Arbeta aktivt med att kartlägga inomhusmiljön med avseende på trångboddhet, ventilation, fukt, mögel, kemikalier, skadedjur mm. i dialog med fastighetsägare.

Trots god kunskap om hur man kan bygga bostäder och skapa en god inomhusmiljö med god ventilation, ljudisolering mm kvarstår behov av att systematiskt tillämpa denna och därigenom förebygga sjukdom och skador orsakade av risker i inomhusmiljön. Vi tillbringar omkring 90 procent av all tid inomhus och konsekvenserna av olämplig miljö resulterar i omfattande ohälsa t ex astma, allergier, cancer på grund av t ex olämpliga byggmaterial och byggteknik. Att bo för trångt är också länkat till ohälsa (2,3). En ogynnsam boendemiljö är vanligare hos den som har en mer utsatt social situation. Särskilt sårbara för exponering av boendemiljön är barn, pensionärer, arbetslösa eller funktionshindrade eftersom deras sammanlagda tid inomhus i hemmet är betydligt större än förvärsarbetande (4).

Utveckla insatser för att minska våld, hot om våld och annan brottslighet i boendemiljön och genomför regelbundna trygghetsvandringar i alla områden.

Trygghetsvandring är ett systematiskt arbetssätt som möjliggör en fördjupad dialog med dem som bor och verkar i lokalområdet där man identifierar åtgärder som behöver göras för att minska våld och öka den upplevda tryggheten i området (5). Grannsamverkan är en annan metod för att förebygga brott, och stärka sammanhållningen, i boendeområdet som också ökar tryggheten. Grannsamverkan är huvudsakligen utvecklad i villaområden men kan med fördel även organiseras i områden med flerbostadshus (6).

Våld i nära relationer omfattar psykiskt, fysiskt och sexuellt våld, eller hot om våld. I det förebyggande arbetet är det särskilt viktigt att uppmärksamma och åtgärda våld mot äldre i hemmet (7).

Utveckla nya former för de boendes deltagande i skötsel och underhåll av det egna bostadsområdet t.ex. upplåt odlingsmark i närområdet samt stimulera lokala initiativ i samverkan med civilsamhället.

Stadsdelsträdgårdar kan fungera som en bas för social samvaro, gemenskap och kreativa processer men också för ekologiskt tänkande i stadsmiljön (8). Stadsodling, där människors gemensamt brukar mark, kan ge stimulerande sysselsättning, skapa sociala nätverk, öka ansvarskänsla och delaktighet och samtidigt bidra med produktion av mat (9). Tryggheten i boendemiljön är beroende av områdets allmänna skötsel d.v.s. graden av nedskräpning och förekomsten av klotter och vandalisering, vilket kan motverkas genom boendes aktiva deltagande i skötsel och underhåll (10). Denna form av engagemang i civilsamhället är av värde för den enskildes upplevelse av meningsfullhet och hälsa (11).

## Referenser

1. Fröding K. Public health, neighbourhood development and participation: research and practice in four Swedish partnership cities [Doktorsavhandling]. Örebro: Örebro Universitet; 2011.
2. World health organization (WHO). Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report. Köpenhamn: WHO; 2011.
3. World health organization (WHO). Combined or multiple exposure to health stressors in indoor built environments- An evidence-based review prepared for WHO training workshop 16–18 oct, Bonn, Germany. Köpenhamn: WHO; 2013.
4. Karolinska Institutet. Miljöhälsorapport 2013. Stockholm: Karolinska Institutet, IMM Institute of Environmental Medicine; 2013.
5. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Trygghetsvandring- en vägledning. [Internet] Göteborg: BRÅ; 2010. [citerad 2014-12-12] Hämtad från: <http://www.bra.se/bra/publikationer/arkiv/publikationer/2010-10-04-trygghetsvandring---en-vagledning.html>

6. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Otrygghet och segregation. Bostadsområdets betydelse för allmänhetens otrygghet och oro för brott. Nationella trygghetsundersökningen. Stockholm: BRÅ; 2008.
7. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Lokalt brottsförebyggande arbete. Idéskrift, nr 6. Stockholm: BRÅ; 2000.
8. Larsson M. Stadsdelsträdgård – plats för gemenskap och kreativa processer [Doktorsavhandling]. Alnarp: Sveriges lantbruksuniversitet (SLU); 2009.
9. Naturskyddsföreningen. Växer framtidens mat mellan höghusen? Exempel från Addis Abeba och Göteborg. Stockholm: Naturskyddsföreningen; 2012.
10. Fuller-Thomson E, Hulchanski JD, Hwang S. The housing/health relationship: what do we know? *Rev Environ Health*. 2000; 15(1–2):109–133.
11. Linde J. Civilsamhället – arena och aktör. Folkhälsoarbetet behöver idéburna Organisationer. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2011; 4.

## B Fritid och kultur

### Utveckla kommunala och regionala överenskommelser för samverkan mellan offentlighet och civilsamhället.

Civilsamhället, som omfattar en mängd olika organisationer så som föreningar, studieförbund, och folkhögskolor, religiösa samfund, fackförenings- och idrottsrörelsen, får en allt större roll i samhället (1). En nationell överenskommelse 2008 mellan den svenska regeringen, ett antal idéburna organisationer inom det sociala området och SKL beskriver ett gemensamt mål att utveckla en större mångfald av utförare och leverantörer av vård och omsorg samt att stärka de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare för sina medlemmar (2). I Östergötland finns motsvarande överenskommelser i två kommuner: I Linköpings kommun innefattar denna syftet att utveckla möjligheterna för den idéburna sektorns organisationer att utgöra viktiga aktörer inom välfärdsutvecklingen (3). I Norrköpings kommun med en värdegrund för samverkan med det civila samhället som bygger på principerna dialog, självständighet och oberoende, öppenhet, kvalitet, långsiktighet och mångfald (4). En nationell överenskommelse, med i grunden samma principer, undertecknades 2009 kring integrationsområdet. Syftet är att förtydliga relationen mellan stat, kommun, landsting/region och idéburna organisationer i arbetet med nyandländas etablering och integration samt bidra till utvecklandet av former och metoder så att idéburna organisationer bättre ska kunna medverka i insatser som bidrar till integration (5).

### Stimulera äldres frivilligarbete.

Pensioneringen innebär, för många, en omställning av livet och beroende på livssituation och hälsa kan denna vara positiv eller negativ. De som har haft ett aktivt yrkesliv och föreningsliv före pensionsåldern har ofta ett mer aktivt föreningsliv eller frivilligt arbete även efter pensionsåldern. De som saknat denna förankring tidigare kommer, ofta, inte heller efter pensioneringen, att arbeta frivilligt och detta har en tydlig koppling till socioekonomisk situation. Vi vet att de som arbetar frivilligt i högre grad uppger att de mår bra jämfört med de som inte arbetar frivilligt, och att detta inte minst gäller bland äldre (6). Det finns idag mycket goda exempel på hur ”unga –äldre” fått möjligheten till engagemang

i skolor, såsom ”Morfar på rasten” där en person från den äldre generationen finns för att ha tid att prata, spela spel eller annan social gemenskap (7, 8).

### Utveckla mötesplatser/forum/aktiviteter där människor möts över olika gränser; ålder, kön, etnicitet och socioekonomi.

Civilsamhällets verksamheter och föreningar, med sina olika mötesplatser, utgör särskilt viktiga samlingsplatser i områden som har ett begränsat utbud av offentliga, eller kommersiella, mötesplatser. I föreningslokaler med generösa öppettider kan människor träffas, ha gemenskap, lära av och inspirera varandra och bygga nätverk. Formella verksamheter kan ofta också lägga grund för informella stukturer såsom utbyte av tjänster, tips på arbete och utbildning och gemensamma aktiviteter. Nätverksbyggande lokalt, i socialt utsatta områden, har visat sig kompensera för en diskriminerande struktur i samhället (9).

### Satsa på ökad tillgång till lokaler för kultur och föreningsliv t.ex. idrottshallar med öppna obokade tider och handlingsplaner där olika former av kultur görs tillgänglig för alla.

Kommunerna har en viktig roll för ungas möjligheter till fritidsaktivitet. De ansvarar för en stor del av fritidsutbudet genom att stå för anläggningar, erbjuda fritidsverksamheter och stödja ungas organisering. Idrott intar en särställning bland ungas fritidsaktiviteter. 80 procent av ungdomar i åldern 13–19 är idrottare eller motionerar inom förening eller oorganiserat minst varje vecka. Unga nyanlända och unga med funktionsnedsättning, tycker i större utsträckning att det finns för lite att göra på fritiden jämfört med inrikes födda (10). Var åttonde ungdom avstår aktiviteter på grund av bristande ekonomi. Ungdomar i låginkomstområden tillbringar oftare sin fritid i allmänna lokaler såsom fritidsgårdar, ungdomens hus och bibliotek medan de i höginkomstområden i större utsträckning är med i aktiviteter som kostar pengar såsom föreningsidrotten och musik- och kulturskolor (10).

Östergötlands kulturplan utgör, vid sidan av Regionala utvecklingsprogrammet (RUP), ett verktyg för att öka engagemanget för kulturfrågor både regionalt och kommunalt. Kulturplanen visar på den viktiga roll som regionen har för att möjliggöra kulturell utveckling oavsett social tillhörighet och bostadsort i regionen. Tillsammans med Östergötlands kommuner och i samverkan med organisationer och enskilda utövare har regionen det samhälleliga och demokratiska ansvaret att göra detta möjligt (11–12). I Östergötland har de flesta kommunerna en kulturplan eller arbetar med att skriva liknande dokument.

### Ge alla barn en möjlighet till ett sommarlov som ger upplevelser och stimulerar engagemang och social gemenskap, t ex sommarläger.

Fritidsaktiviteter är ofta ett viktigt sätt att skapa relationer, få nya kamrater och bygga sociala nätverk, och unga som deltar i fritidsaktiviteter har fler kamrater än de som inte deltar (13). Var åttonde ungdom i åldern 13–19 år har avstått från fritidsaktiviteter för att de själva eller familjen inte har råd. Barn i ekonomiskt utsatta hushåll, barn till ensamstående och barn med utlandsfödda föräldrar är mindre aktiva på sin fritid och deltar i lägre grad i organiserade fritidsaktiviteter. Sommarläger är en form av aktivitet som, om den är kostnadsfri, kan ge dessa barn upplevelser och gemenskap och något att berätta när terminen börjar.

### Stimulera föräldrar att läsa högt för sina barn.

Sveriges riksdag har beslutat om nationella mål för litteratur- och läsförmedling som styr de statliga myndigheternas arbete. Det övergripande målet är att alla i Sverige ska få möjlighet att utveckla en god läsförmåga och ha tillgång till litteratur av hög

kvalitet. Kulturrådets läsfrämjande uppdrag är att initiera, samordna och följa upp läsfrämjande verksamhet utanför skolan (14). Ett konkret och tydligt uttryck för samverkan mellan lärare och föräldrar är att motivera och stimulera föräldrar att läsa högt för sina barn. Barns möte med böcker och berättelser utgör en viktig del i barnets utveckling av ett skriftspråk (15).

## Referenser

1. Wijkstörms F, red. Civilsamhället i Samhällskontraktet för orten och föreningen. Stockholm: European Civil Society Press; 2012
2. Överenskommelsen mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges kommuner och landsting. Skrivelse (2008/09:207); 2009.
3. Linköpings kommun. Överenskommelse mellan den idéburna sektorn och Linköpings kommun. Linköping: Linköpings kommun; 2012.
4. Norrköpings kommun. Värdegrund för samverkan mellan det civila samhället och Norrköpings kommun. Norrköping: Norrköpings kommun; 2012.
5. Överenskommelsen inom integrationsområdet [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet; 2009. [uppdaterad: 2015-01-13; Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/9735/a/122283>
6. Olsson LE. Frivilligt arbete bland äldre och hälsa – Medborgarundersökning 2005. [Internet] Sköndal: Vårdalinstitutet; 2008. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:351121/FULLTEXT01.pdf>
7. Sydmark J. Göran – hela klassens morfar. Kristianstadsbladet. [Internet] 2007-10-23. Hämtad från: <http://www.kristianstadsbladet.se/hasselholm/goran-hela-klassens-morfar/>
8. Wallin I. Han håller koll under rasten. [Internet] 2011-04-27. Hämtad från: <http://www.dt.se/dalarna/falun/han-haller-koll-under-rasten>
9. Kings L. Förorten och föreningen I: Wijkstörms F, red. Civilsamhället i Samhällskontraktet förorten och föreningen. Stockholm: European Civil Society Press; 2012. s. 55-69.
10. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Fokus 14 – om ungas fritid och organisering. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2014.
11. Regionförbundet Östsam. Östergötlands kulturplan till Kulturrådet för inträde i nya modellen för kultursamverkan. Linköping: Regionförbundet Östsam; 2011.
12. Myndigheten för kulturanalys. Kultursamverkansmodellen styrning och bidragsfördelning. Stockholm: Myndigheten för kulturanalys; 2013.
13. Ungdomsstyrelsen. Ungdomar, fritid och hälsa En forskningsöversikt om fritidens risk- och skyddsfaktorer. Ungdomsstyrelsen; 2007.
14. Regeringskansliet, start [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/>
15. Lundberg I, Sterner G. Före Bornholmsmodellen – språklekar i förskolan. Stockholm: Natur och kultur; 2011.

## C Skola och utbildning

### Ge möjlighet att få frukost i skolan.

Frukost på morgonen och regelbundna måltider påverkar lärande och skolprestationer i positiv riktning. Barn som inte regelbundet får frukost hemma bör ges möjlighet att få frukost i skolan innan lektionerna inleds. En relativt begränsad insats från skolans sida kan på så vis förebygga att elever misslyckas i skolan (1,2).

Skapa förutsättningar för att lunch och mellanmål har en god kvalitet vad gäller näringsinnehåll och servering, och att måltiden serveras i en miljö som skapar förutsättningar för måltidsglädje, social gemenskap och i lugn och ro.

Studier har visat hur barn tenderar att äta för lite eller inte alls, vilket i sin tur påverkar skolprestationer. Mat och kostvanor kan påverkas i en positiv riktning via skolan. Måltidsmiljön, med lugn och möjlighet till social gemenskap är en viktig faktor för om barnen äter. En överfull matsal, kort rast, alltför tidigt på dagen och i en sal med hög ljudnivå och buller som förhindrar samtal bidrar till att barn äter för lite eller inte alls (1,2).

### Kompetensutveckla kring jämställdhet, etnicitet och migration för all personal.

Barn, skola, språk och etnicitet är ett omfattande kunskapsområde. Ett viktigt delområde rör nyanländas undervisning och lärande. Insatser som bidrar till de nyanländas möjligheter att tillgodogöra sig skolundervisning är mycket viktiga, särskilt med tanke på att det är en grupp som riskerar att inte uppnå godkända betyg i år nio (3, 4). Ett annat område rör vikten av samverkan med föräldrar till elever med utländsk bakgrund eftersom ett utvecklat samarbete med föräldrarna bidrar till möjligheter att skapa positiva lärandesituationer för både elever och lärare. Genomgående handlar dessa åtgärder om att stärka lärandesituationen och därmed främja barns hälsa (5).

### Utveckla både formella och informella system för elevers påverkansmöjligheter.

Detta förslag ligger i linje med skolans styrdokument och värdegrundsarbete och målet att utforma ett demokratiskt arbetssätt som främjar barns och elevers rättigheter. Det finns en tydlig anknytning till Barnkonventionens paragraf 12 om barns rätt att yttra sin åsikt i frågor som berör dem, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Vidare betraktas relationen mellan en god hälsa och hög grad av inflytande som en grundläggande utgångspunkt i WHO:s program för hälsopromotion i skolan. Elevers påverkansmöjligheter och inflytande över sitt lärande och sin miljö stärker både den mentala och fysiska hälsan. Satsningar som utvecklas i dialog med eleverna (målgruppen) bidrar till att förankra insatsen och göra den hållbar över tid (6, 7).

### Utöka elevers tillgång till kurator och psykolog.

Skolsköterskan har en central roll för skolbarn som inte mår bra. Men för att möta behovet av insatser behöver denna funktion stärkas med resurser för särskilda behov. Mot bakgrund av undersökningar som pekar på psykisk ohälsa som ett tilltagande problem bland skolungdomar finns det anledning att påtala vikten av tillgängliga vuxna som kan bemöta ungas oro och frågor på ett professionellt sätt, och som vidare kan guida unga vidare till första linjens aktörer, såsom socialtjänst, barnpsykiatri, och ungdomshälsa (1,8). Se rekommendation C7 och C9 om betydelsen av elevhälsa och samverkan med första linjens hjälpverksamhet.

Förebygg missbruk med ett aktivt evidensbaserat ANDT (alkohol, narkotika, doping och tobak) arbete.

Riksdagen antog 2011 en strategi för ANDT-politiken med avsikt att öka förutsättningarna för långsiktighet, ökad samordning och samverkan mellan myndigheter och andra aktörer. Det övergripande målet är att bidra till ett samhälle där alla ska kunna växa upp och leva utan risk att skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak (9). Med denna som grund har en regional strategi för Östergötland tagits fram. Den beskriver att ANDT-arbetet ska utgå från ett folkhälso-perspektiv med befolkningsinriktade insatser och hälsofrämjande synsätt som utgår från hälsans bestämningsfaktorer; ett barnperspektiv där barns rättigheter och möjligheter beaktas utifrån FN:s barnkonvention samt ett jämlikhetsperspektiv, där alla oavsett bakgrund eller sociala förutsättningar har samma värde och inflytande och möts utifrån sina upplevda behov (10).

Sträva efter mindre barngrupper, och hög personaltäthet, särskilt i lägre åldrar och utsatta områden.

En god förskoleverksamhet utgör en viktig kompensatorisk åtgärd för barn som lever i socialt utsatta situationer, och förskolan har en potential att fungera som socialt utjämmande (11). En förutsättning för att detta ska ske är en personaltäthet där personalen har reell tid att se och tala med varje barn utifrån dess behov.

Tillämpa ett språkutvecklande arbetssätt i förskolan och under de tidiga skolåren.

Läroplanen för förskolan betonar hur språk och lärande är intimt förknippade och en viktig uppgift för förskolan är att stimulera språk genom lek och sociala aktiviteter med andra barn.

Forskning har påvisat vikten av sociala relationer som grund i språkundervisning och att språkinläring bedrivs i ett rikt kommunikativt sammanhang (12).

Barn till långtidsarbetslösa och andra som riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden bör ges möjligheter att delta fullt ut i förskola (inte bara 15 h.)

Förskoleverksamhet av god kvalitet har visat sig gynnsam för barns skolprestationer på ett senare stadium, och det är särskilt gynnsamt för barn från socialt sett mindre gynnade miljöer. Förskoleverksamhet motverkar på så vis social ojämlikhet. Vidare bör barns rättigheter till utbildning och i detta fall en stimulerande och lärande miljö bejakas och inte bli en faktor som underordnas föräldrarnas och familjens sociala och ekonomiska status (13, 14).

Stöd initiativ till alternativa sätt att transportera elever till/från skolan exempelvis via vandrande "skolbussar" där vuxna följer grupp av barn för att undvika ökande biltrafik utanför skolor.

Regelbunden promenad till skolan har visat ett flertal positiva effekter på barns hälsa. Barnen har färre psykosomatiska symtom, bättre motoriska färdigheter, bättre lungfunktion, förbättrar sin koncentrationsförmåga och emotionella hälsa jämfört med barn som regelbundet skjutsas i bil eller åker buss till skolan. Vandrande skolbussar där föräldrar turas om att följa barnen till skolan är ett koncept som introducerats i Stockholms län med stor framgång (15).

Tydliggör betydelsen av, och förväntningar på, föräldrars engagemang i barnens utbildning som exempelvis att stimulera föräldrar att läsa högt för barnen.

I läroplan för förskola, grundskola och fritidsverksamhet betonas föräldraengagemang (16) (se också rekommendation C 11). Ett konkret och tydligt uttryck för samverkan mellan lärare och föräldrar är att motivera och stimulera föräldrar att läsa högt för sina

barn. Barns möte med böcker och berättelser utgör en viktig del i barnets utveckling av ett skriftspråk (17).

Utveckla samverkan med idéburen sektor där civilsamhället ses som resursstarka medaktörer inom skolan. T ex "Morfar på rasten".

Civilsamhället innehåller en rad aktörer med vilja och kraft att hjälpa andra. Det ideella arbetet som utförs inom skolan utgår oftast från ett fritidsperspektiv. I arbetet kan ingå brukarorganisationer, intresseorganisationer eller frivilligorganisationer. Genom att utveckla samverkan utökas möjligheten till sociala aktiviteter. I den fortsatta välfärdsutvecklingen är det viktigt att bjuda in den idéburna sektorns organisationer att delta. Samverkan stimuleras genom de överenskommelser som tecknats mellan offentligheten och idéburna organisationer inom sociala området och inom integrationsområdet (18). Genom att stimulera exempelvis yngre-äldre att engagera sig i ideellt arbete skapas möjlighet till känslan av meningsfullhet vilket också ger friskare äldre (19). Det finns idag mycket goda exempel på hur yngre-äldre fått möjligheten till engagemang i skolor, såsom "Morfar på rasten" där en person från den äldre generationen finns för att ha tid att prata, spela spel eller annan social gemenskap (20, 21).

Tillhandahåll läxhjälp och plats att läsa läxor för alla.

Skolverket har i en nyligen genomförd utvärdering granskat läxhjälp på olika skolor, och konstaterar att det är svårt att entydigt hävda dess effekter på längre sikt. Det kan vara en viktig hjälp till elever som deltar kontinuerligt och under en längre tid, och det är viktigt att verksamheten inkluderas i en ordinarie verksamhet för att kunna utvärderas och kvalitetsgranskas (22).

Följ upp elever med hög skolfrånvaro och vidta aktiva åtgärder för elever vid omotiverad frånvaro.

Skolmotstånd och ogiltig frånvaro (skolk) hos skolbarn kräver tydliga och direkta insatser. Tidig upptäckt och insats är en viktig framgångsfaktor för att få skolbarnet eller skolungdomen tillbaka in i undervisning och hög närvaro. Långvarig skolfrånvaro är förknippat med en rad sociala problem som i förlängningen riskerar att bidra till social utslagning och utanförskap (23–25).

Utveckla lärlingsutbildning för flera grupper och yrkesområden.

Lärlingsutbildning kan både ses som en pedagogisk metod och som ett sätt att korta människors väg in på arbetsmarknaden (26). Modellerna gör anspråk på att svara mot några av dagens utmaningar: klyftan mellan teori och praktik, de ungas förändrade studie- och livsplaner samt det förändrade näringslivet (27). Samtal med elever har visat att de genomgående är mycket nöjda med sin utbildning framför allt den arbetsplatsförlagda delen. Skolinspektionen konstaterar dock att fortsatt kvalitetssäkring av lärlingsutbildningarna behöver göras (28).

## Referenser

1. Skolverket, Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Socialstyrelsen, Skolverket; 2014.
2. Livsmedelsverket, Skolverket. Skolmåltiden – en viktig del av en bra skola. [Internet] Stockholm: Livsmedelsverket, Skolverket; 2013. [citerad: 2014-10-03] Hämtad från: [http://www.skolverket.se/polopoly\\_fs/1.209489!/Menu/article/attachment/skolmaltiden\\_viktig\\_del\\_av\\_bra\\_skola.pdf](http://www.skolverket.se/polopoly_fs/1.209489!/Menu/article/attachment/skolmaltiden_viktig_del_av_bra_skola.pdf)
3. Bunar N. Nyanlända och lärande – en forskningsöversikt om nyanlända elever i den svenska skolan. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2010.

4. Skolverket. Att bana väg för nyanländas lärande – mottagande och skolgång. Stockholm: Skolverket; 2014.
5. Bouakaz L. ”Att behålla mitt och lära mig något nytt”: Föräldraengagemang i mångkulturella miljöer. [Internet] Malmö: Malmö stad; 2012. [citerad: 2015-01-05] Hämtad från: [http://www.malmo.se/download/18.1558e15e13973eeaa0e800011507/Att+beh%C3%A5lla+mitt+och+%C3%A4ra+mig+n%C3%A5got+nytt\\_Laid+Bouakaz.pdf](http://www.malmo.se/download/18.1558e15e13973eeaa0e800011507/Att+beh%C3%A5lla+mitt+och+%C3%A4ra+mig+n%C3%A5got+nytt_Laid+Bouakaz.pdf)
6. Rowling L, Jefferys V. Capturing complexity: integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice. *Health educ res.* 2006; 21(5): 705–15.
7. Barnekow Rasmussen V, Rivett D. The European Network of Health Promoting Schools – an alliance of health, education and democracy. *Health Education.* 2000; 100(2): 61–67.
8. Gustafsson JE, Allodi Westling M, Ahlin Åkerman B, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S, et al. School, Learning and Mental Health. A systematic review. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien; 2010.
9. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, och dopnings- och tobakspolitiken. Proposition (2010/11:47). Stockholm: Riksdagen; 2010.
10. Länsstyrelsen Östergötland. Regional strategi för ANDT-arbetet i Östergötlands län 2014 – juni 2016. Länsstyrelsen Östergötland; 2013.
11. Person S. Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa. Malmö: Malmö stad; 2012.
12. Ljungren Å. Erbjudande till kommunikation i en flerspråkig förskola: fria och riktade handlingsområden [Licenciatavhandling]. Malmö: Malmö högskola; 2013.
13. Regeringskansliet. Konventionen om barnets rättigheter. Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
14. Folkhälsomyndigheten. Child day care center or home care for children 12–40 months of age – what is best for the child? A systematic literature review. [Internet] Stockholm, Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2009. [citerad 2015-01-05] Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12277/R2009-09-Child-day-care-center-or-home-care.pdf>
15. Faskunger J. Barns miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
16. Green S, Tranquist J, Eriksson C. Hälsofrämjande insatser i skolan – en nationell kartläggning år 2009. Örebro: Nationellt centrum för främjande av god hälsa hos barn och ungdom; 2009.
17. Lundberg I, Sterner G. Före Bornholmsmodellen – språklekar i förskolan. Stockholm: Natur och kultur; 2011.
18. Överenskommelsen inom integrationsområdet [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet; 2009. [uppdaterad: 2015-01-13] Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/9735/a/122283>
19. Olsson LE. Frivilligt arbete bland äldre och hälsa- Medborgarundersökning 2005. [Internet] Sköndal: Vårdalinstitutet; 2008. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:351121/FULLTEXT01.pdf>
20. Sydmark J. Göran – hela klassens morfar. *Kristianstadsbladet.* [Internet] 2007-10-23. Hämtad från: <http://www.kristianstadsbladet.se/hassleholm/goran-hela-klassens-morfar/>
21. Wallin I. Han håller koll under rasten. [Internet] 2011-04-27. Hämtad från: <http://www.dt.se/dalarna/falun/han-haller-koll-under-rasten>
22. Skolverket. Mer än bara läxor. En utvärdering av läxhjälp på tio skolor. [Internet] Stockholm: Skolverket; 2014. [citerad: 2015-01-05] Hämtad från: [http://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publication?\\_xurl\\_=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2FRecord%3Fk%3D3264](http://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publication?_xurl_=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2FRecord%3Fk%3D3264)
23. Karlberg M, Sundell K. SKOLK- Sund protest eller riskbetende? Stockholm: Socialtjänstförvaltningen; 2004.
24. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vänd frånvaro till närvaro. Guide för systematiskt skolnärvaroarbeta i kommuner. Stockholm: SKL; 2013.
25. Skolverket. Skolfrånvaro och vägen tillbaka. Långvarig frånvaro i grundskolan ur elevens, skolans och förvaltningens perspektiv. Stockholm: Skolverket; 2010.
26. Studieförbundet näringsliv och hälsa (SNS). Lärlingsutbildning – en väg till arbetsmarknaden? Stockholm: SNS analys; 2014.
27. Skolverket. Utbildningsmodeller och läroprocesser i brytningen mellan skola och arbetsliv – En kunskapsöversikt (Fif nr 26). Stockholm: Skolverket; 2005.
28. Skolinspektionen. Gymnasial lärlingsutbildning – En kvalitetsgranskning av gymnasial lärlingsutbildning. Stockholm: Skolinspektionen; 2013.

## D Arbete och försörjning

### Motverka hinder för lokala företag vid offentlig upphandling.

Livskraftiga lokala och små företag har stor betydelse både för arbetstillfällena, samt för företagarnas och de anställdas hälsa. De regler som utformats, och idag tillämpas, vid offentliga upphandlingar har visat sig gynna stora företag, som ofta är nationella eller internationella dvs. de utgör reella hinder för små företag (1). Med gällande regelverk kan offentlig upphandling möjliggöra kontrakt för dessa företag om man anpassar, dvs. minskar, offerternas storlek samt utvecklar tydliga kravspecifikationer kring upphandlingens innehåll och kvalitet (2).

### Skapa arbetstillfällen i samverkan mellan offentlig sektor, det lokala näringslivet och den sociala ekonomins aktörer.

Samverkan mellan offentlig sektor och aktörer i det lokala näringslivet liksom med den sociala ekonomins aktörer är viktiga sätt att skapa arbetstillfällena. Offentlig-privat samverkan (OPS) är en form av offentlig upphandling där privat företag ges uppdraget att finansiera, bygga upp och under en längre tid driva en offentlig nyttinghet. Detta finns i Sverige inom sektorerna utbildning, hälso- och sjukvård, säkerhet, avfallshantering samt vatten- och energiförsörjning (3). ”Idéburet-offentligt partnerskap (IOP) är ett avtal mellan en eller flera idéburna organisationer, dvs. den sociala ekonomin och den offentliga sektorn. Det används när varken traditionellt föreningsbidrag eller upphandling är en lämplig form (4). IOP avtal skrivs ofta runt en speciell verksamhet som ägs av den idéburna organisationen och där den offentliga sektorn vill medverka (5).



Stöd utvecklingen av reserverade kontrakt och sociala kriterier vid upphandling för att underlätta inträde på arbetsmarknaden för utsatta grupper.

Regelverket inom EU har öppnat för möjligheten att använda reserverade kontrakt, dvs. att reservera deltagandet i offentliga upphandlingsförfaranden, i relationen med sociala företag vars främsta syfte är att stödja social och yrkesmässig integration, såsom skyddade verkstäder och för ekonomiska aktörer vars främsta syften är social och yrkesmässig integration av personer med funktionsnedsättning eller missgynnade personer. Det kan exempelvis handla om arbetslösa, missgynnade minoriteter eller på annat sätt marginaliserade befolkningsgrupper (6). Man kan även föreskriva att kontrakten ska fullgöras inom ramen för program för skyddad anställning, förutsatt att minst 30 % av arbetstagarna i sådana verkstäder, ekonomiska aktörer eller program är personer med funktionsnedsättning eller missgynnade arbetstagare (6). Ett skäl som anges är att dessa aktörer har svårt att erhålla kontrakt under normala konkurrensförhållanden (7).

Ge Region Östergötland uppdrag att samordna stödstrukturer för att stimulera företagande inom den sociala ekonomin.

Erfarenheter från Regionförbundet Östsams satsningar på socialt företagande inom ramen för Projektet Östgötamodellen, från övriga projekt så som Orangeriet, KUSE och PLUS samt från den nationella temagruppen för Entreprenörskap och Företagande är eniga i att det behövs en särskild stödstruktur för arbetsintegrerande sociala företag. Anledningen till detta är den dubbla målsättningen affärsmässighet och social inkludering. I temagrupsrapporten framgår att befintlig rådgivning inte täcker alla faser av företagandet, att den inte finns på alla platser samt att det stöd som finns har en traditionell inriktning det vill säga utgår från att företagen har en färdig affärsidé (8,9).

Skapa platser för språkpraktik för elever som går på SFI, i offentlig sektor och näringsliv utifrån deras yrkeskunskap.

Språkpraktik kan ske parallellt med studier i svenska eller som åtgärd i övergången mellan skola och arbetsliv. Syftet med praktiken är dels att eleverna ska lära sig vardagssvenska dels att i första hand utveckla sitt yrkesspråk. Språkpraktik har upplevts som ett bra sätt för enskilda att integreras i samhället och att finna arbete. För språkpraktik liksom när det gäller all övrig praktik är det viktigt att det finns ett klart syfte, tydliga mål och uppföljning som berörda parter är överens om. Det finns behov av fortsatt forskning inom området. (10,11)

Kvalitetssäkrade praktikplatser för arbetslösa.

Praktikplats som arbetsmarknadsåtgärd för arbetslösa ges idag för att få arbetslivserfarenhet, yrkesorientering, yrkespraktik, behålla och stärka sin yrkeskompetens eller för att förbereda start av näringsverksamhet. Kvaliteten i lärandet är direkt beroende av arbetsplatsens möjlighet och förmåga att ge det stöd som en praktikant har behov av. En del i ett kvalitetsarbete handlar om att kunna befästa lärandet som sker under praktiken så att det kan användas när personen söker arbete eller till vidare studier. Det finns ett regionalt behov av att samlas och systematisera befintlig kunskap till ett koncept som kan användas av alla berörda parter (12).

Pröva möjligheten att skapa ett samordningsförbund på regional nivå.

Människor med en kombination av olika former av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem har ofta behov av flera olika samhällskontakter. Om dessa inte samverkar riskerar individen att hamna ”mellan stolarna” från flera olika

aktörer, vilket är kostsamt för både individen och samhället (13, 14). Den 1 januari 2004 trädde lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser i kraft, i dagligt tal Finsam. Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och landsting/region att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund som beslutar hur samarbetet ska utformas och bedriver samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov. I Östergötland finns fyra samordningsförbund inom Finsam (15). Det skulle kunna vara av värde att detta också finns på regional nivå i den nya region Östergötland.

Utveckla kunskap och medvetande om betydelsen av organisering av arbetet och ledarskap för arbetsmiljön och medarbetarnas hälsa samt sprida kunskapen inom organisationen.

Integrera kunskap om samband mellan arbetsförhållanden och hälsa med kunskap om kostnader för ohälsa i löpande beslutsprocesser. Sammanställ data inom verksamheten som belyser hälsa/ohälsa och kostnader inom olika verksamhetsområden/avdelningar (16,17).

Implementera policier för hur verksamheten skall agera vid sjukdom.

Många känner inte till, eller anser sig inte ha tid att använda befintliga policier vid sjukdom och rehabiliterings tillbaka i arbete. Det är därför viktigt att ge arbetsledare kompetensstöd i hur verksamheten skall agera vid sjukdom hos anställd, och sprida kunskap om befintliga policier ner på ”golvet” (18).

Implementera policys för en hälsofrämjande arbetsplats med fokus på organisering och styrning av arbetet efter hälsofrämjande principer. Inför system för regelbunden uppföljning och utveckling av policys.

Utveckla policier för hälsofrämjande arbetsplats i gemensamma diskussioner som involverar alla nivåer inom verksamheten. Delaktighet är en förutsättning för implementering. Följ upp resultat av insatser löpande med hjälp av medarbetarenkäter som mäter relevanta aspekter av förutsättningar i arbetet (16,17).

Alla arbetsplatser bör ha rutiner för att säkra att även tillfälligt anställda är delaktiga i arbetsmiljöfrågor.

Arbetslivet karakteriseras av allt fler tillfälligt anställda. Tillfälliga anställningar skapar för en del en betydande ekonomisk otrygghet och kan innebära att man inte får del av kompetensutveckling, information om säkerhetsrisker, etc. Det finns också en risk att delar av arbetskraften inte får möjlighet att medverka i ett mer utvecklingsinriktat lärande. Dessa arbetssituationer innebär också att många av de faktorer som är väsentliga för den psykosociala arbetsmiljön, som delaktighet, social integration, transparens saknas. Alla arbetsplatser bör därför ha rutiner för att säkra att alla där verksamma, oberoende av arbetsgivare, är delaktiga i arbetsmiljöfrågor (16,17).

Antalet anställda per arbetsledare bör begränsas.

För att uppnå hållbar hälsa på arbetsplatsen krävs engagemang från högsta ledningen och ett ledarskap som är inkluderande, närvarande och som kommunicerar respektfullt med medarbetarna. Arbetsledare som har många underställda, vilka kan vara fördelade på flera olika arbetsenheter, har svårt att vara närvarande i det dagliga arbetet (18) något som inte är ovanligt i kvinnodominerade omsorgsverksamheter. Därför behöver organisationen anpassas för att möjliggöra ett närvarande ledarskap.

Organisera arbetet för att ge möjlighet till lärande, utveckling och stolthet.

Utvecklingsarbete som syftar till att främja hälsa i arbetet är, i princip, sammanflätat med förutsättningar för utvecklingsinriktat lärande i arbetet. Till dessa förutsättningar hör kvaliteten på ledarskapet, roller, värderingar, kultur och normer på arbetsplatsen, och delaktighet i organisatoriskt beslutsfattande (19).

Organisera arbetet för att ge möjlighet till fysisk ansträngning, rörlighet och variation som motsvarar människans fysiologiska behov.

Sittande arbete utgör en av de största hälsoriskerna idag och är en form av låg fysisk aktivitet som visats vara lika viktigt som bristande vardagsmotion i form på fritiden. Det är därför angeläget att arbetet organiseras så att det innebär att man regelbundet måste röra på sig. Skrivbord där man arbetar stående är en viktig möjlighet (20–21).

## Referenser

1. Storey DJ. Entrepreneurship, small and medium sized enterprises and public policies. I: Zoltan J, Audretsch (red). Handbook of entrepreneurship research. Virginia: Springer Science, Business Media LLC; 2003. s. 473–511.
2. Sundin E, Tillmar M, Renstig M. Varför ska kvinnor starta företag inom vård och omsorg? Stockholm: Tillväxtverket; 2010.
3. Västra Götalandsregionen. Vi bidrar till det goda livet, Den sociala ekonomin främjar regional utveckling, entreprenörskap, nyföretagande och sysselsättning. Västra Götalandsregionen: Göteborg; 2008.
4. Forum, idéburna organisationer med social inriktning [Internet]. Forum, idéburna organisationer med social inriktning. Hämtad från: <http://www.socialforum.se/>
5. Europeiska kommissionen. Grönbok om offentlig-privata partnerskap och EG-rätten om offentlig upphandling och koncessioner. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2004.
6. Europeiska Unionen (EU). Europaparlamentets och rådets direktiv. 2014/24/EU 26 februari. Gällande offentlig upphandling och upphävande av direktiv 2004/18/EU. EU: Europeiska Unionens officiella tidning; 2014.
7. Hahn G. Social Hänsyn, en vägledning (framtagen inom det ESF projektet Förstudie Östergötland). 2014. Hämtad från: <http://www.regionostergotland.se/>
8. Tillväxtverket. Nio områden där politiker och tjänstemän kan göra skillnad för långtidsarbetslösa. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
9. Tillväxtverket. Verksamma strategier för ökat och hållbart arbetsintegrerande socialt företagande. Stockholm: Tillväxtverket; 2012.
10. Franzén EC, Johansson L. Föreställning om praktik som åtgärd för invandras integration och socialisation i arbetslivet. Uppsala: IFAU Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering; 2004.
11. Vesterberg V. Alla ska ju ut på praktik. Norrköping: RE-MESO; 2011.
12. Arbetsförmedlingen. Praktik [Broschyr på Internet]. Arbetsförmedlingen; 2014. Hämtad från: [http://www.arbetsfor-medlingen.se/download/18.46ccfec5127ddccec778000492/praktik\\_sok.pdf](http://www.arbetsfor-medlingen.se/download/18.46ccfec5127ddccec778000492/praktik_sok.pdf)
13. Björnered B. Utanförskapets kostnader för en grupp unga med psykisk ohälsa på Hisingen. Göteborg: Västra Götalandsregionen, DELTA; 2010.
14. Øvretveit J. Evidence: Does clinical coordination improve quality and save money? London: Health Foundation; 2011.
15. Om samordningsförbunden i Östergötland. [Internet] Samordningsförbunden i Östergötland. [citerad 141205] Hämtad från: <http://www.samordning.org/index.php/om-forbunden>
16. Arbetsmiljöpoltiska kunskapsrådet. Det friska företaget – hur ser det ut? God arbetsmiljö – en framgångsfaktor? (SOU 2009:47). Stockholm: Fritzes.
17. Arbetsmiljöverket. Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer, Kunskapsöversikt. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2012.
18. Tjulin Å, MacEachen E, Ekberg K. Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. J Occup Rehab. 2010; 20: 311–321.
19. Ellström PE. Integrating learning and work: Conceptual issues and critical conditions. Human Resource Development Quarterly. 2001; 1: 421–435.
20. Effekter av långvarigt stillasittande. [Internet] Stockholm: Arbetsmiljöverket. Hämtad från: <http://www.av.se/teman/datorarbete/risker/stillasittande/>
21. Dunstan D, Howard B, Healy G, Owen N. Too much sitting – A health hazard. Diabetes Research and Clinical Practice. 2012; 97(3): 368–76.

## E Omsorg, hälso- och sjukvård

Skapa förbättringsarbete baserat på systematiska jämförelser och analyser för en mer jämlik omsorg och hälso- och sjukvård.

Det finns idag en omfattande dokumentation av omsorgens och hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det finns också idag metoder för kunskaps- och mätbaserat förbättringsarbete. Detta tillämpas regelmässigt utifrån jämförelser mellan vårdgivares kvalitet. Vi vet, emellertid, att skillnader i vårdens innehåll och resultat är större mellan socioekonomiska grupper inom regioner än mellan regioner. Det är därför angeläget att tillämpa metoder för förbättringsarbete för att skapa en jämlik vård (1–3).

Prova nya arbetsformer som stimulerar till patient medverkan och en personcenterad vård.

En personcentrerad vård (4) tar utgångspunkt i personens värderingar och preferenser samt värnar möjlighet till medbestämmande där personen är en aktiv samarbetspartner och där man involverar hans/hennes sociala nätverk i vård och omsorg. Patientmedverkan innebär ett gemensamt utvecklingsarbete där patientföreträdare är med i planeringen, genomförandet och utvärderingen av olika verksamheter t ex patientskola (5). Båda dessa närliggande begrepp innebär att patienten/brukaren har aktiv del i sin vård och omsorg, är delaktig, och kan påverka, dess innehåll och process. Detta innefattar att bli sedd, lyssnad på och

är delaktig utifrån sina mål (6). En aktuell rapport från Vårdanalys analys visar behov av att utveckla vårdens arbetsformer vad gäller bemötande (7). Detta är särskilt viktigt för individer i utsatt social situation (8).

### Skapa förutsättningar och att ett hälsofrämjande förhållningssätt tillämpas i all vård- omsorgsverksamhet.

Ett hälsofrämjande förhållningssätt som ger hopp, tillit och tilltro, upplevd copingförmåga och socialt stöd är förenat med färre komplikationer, kortare vårdtider, bättre självskattad hälsa, samt bättre överlevnad (4, 9–11). Bristande tillit innebär därtill att man inte söker hjälp fast man behöver (12,13). Individer i utsatt socioekonomisk situation har, generellt, lägre tilltro till sin egen förmåga och lägre tillit till andra (8). Ett hälsofrämjande förhållningssätt kan tränas och utvecklas, t.ex. via arbetsplatsseminarier med stöd av olika former av utbildningsprogram t ex via web. I förutsättningarna för att lyckas ingår att chefer och ledare visar att man ser detta som viktigt (14).

### Stärk psykosocial, multikulturell och icke diskriminerande kompetens.

En stor del av vårdens patienter, särskilt i primärvården, har en sammansatt psykosocial situation som gett grund till hälsoproblem (15). En aktuell rapport från Vårdanalys visar att vården i Sverige har brister, både vad gäller både vad gäller helhetssyn på patienter utifrån medicinska och psykosociala behov, men också vad gäller respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar såsom att vid annan kulturell bakgrund få bevara sina kulturella traditioner och sedvänjor (7).

### Utveckla lärande i att våga se och våga fråga om våld och utsatthet.

För en patient som lider av sviterna efter övergrepp och, mer eller mindre indirekt, söker hjälp i vården kan frågan, bara den ställs, få stor betydelse. Forskning visar att vårdpersonal ibland undviker att fråga om våld och utsatthet av oro över sin egen oförmåga att kunna hantera situationen om patienten visar sig ha en mycket svår situation. Utbildningsinsatser under devisen "Våga se, våga fråga" ger kunskap och redskap för vårdens medarbetare, för att med trygghet och kompetens hantera dessa frågor, och ökar därmed också lyhörddhet och handlingsberedskap (16,17).

### Utveckla tillgång till trygghets- eller serviceboende så att det motsvarar de behov människor upplever.

Upplevelsen att man kan få hjälp, om man behöver det, är viktig för trygghet och hälsa. För många äldre-äldre är svårigheten att få tillgång till trygghets eller serviceboende en orosfaktor. En möjlighet till en mellanform av boende, kallat trygghetsboende, för den som ännu inte är i behov av serviceboende har utvecklats inom socialt företagande via Vinnova och drivs av ideella föreningar. Det skapar dels, en möjlighet för tillgång till denna form av boende, och innebär, samtidigt, ett tillvaratagande av civilsamhällets kraft och skapar meningsfullhet för yngre-äldre (18–19).

### Utveckla språket i kallelser, information mm så att det kan förstås av alla.

Idag finns omfattande forskning som visar att också i Sverige har närmare hälften av patienterna problem med att förstå den information som ges (20) och att detta är vanligare i låg social klass. En viktig och angelägen insats är att granska texter i inbjudningar och kallelser så att de kan förstås av alla (21).

### Utveckla kallelser, information mm på flera språk samt kvalitets-säkra tillgång till tolk.

Dagens språkligt heterogena samhälle ställer krav på tolkmöjligheter inom hälso- och sjukvården för att underlätta i kommunikationen men också för att fungera som praktisk hjälp att hitta rätt i vården och finna rätt information. Att mötas av ett professionellt beteende och av en person med samma kulturella bakgrund upplevs som särskilt viktigt när man befinner sig i en utsatt situation. Kontinuerlig utvärdering av att tolktjänstens kvalitet svarar mot kraven är viktigt för en säker och god vård för vårdtagarna (22,23).

### Stärk arbetet med hälsokommunikatörer samt "Doulor" (kvinnor från samma kulturella bakgrund) som stöd för ökat deltagande vid mammografi och cellprov samt för att minska komplikationer vid förlossning.

Utlandsfödda kvinnor främst från Somalia och Etiopen löper en mycket högre risk att förlora sitt barn under graviditeten eller i samband med förlossning, jämfört med svenska kvinnor. Bristande kommunikation och kulturella olikheter kan skapa missförstånd, bristande förtroende och otrygghet. En Doula är en kvinna som stödjer en annan kvinna under graviditet och förlossning och har potential att erbjuda det stöd som utlandsfödda kvinnor behöver (24). I stadsdelen Angered i nordöstra Göteborg har Doulor även framgångsrikt uppmuntrat utlandsfödda kvinnor att gå på cellprovtagning. Kampanjen som kallas "Ta med en vän" är ett exempel på hur en medvetenhet om kvinnornas kunskap om och motivation till att ta cellprov utgjorde nyckeln till ett framgångsrikt arbete. Genom delad kulturell och språklig bakgrund med många av de kvinnor de mötte dagligen kunde de kommunicera denna viktiga information på ett förtroendeingivande sätt (24).

### Använd och utnyttja kultur och djur för att utveckla inne- och utemiljö inom vård och omsorg.

På samma sätt som bemötandet, påverkar vårdmiljön upplevd hälsa, men också läkning och tillfrisknande (25–28). Tillämpningar finns för alla delar av vården, från behovet av natur och grönområden i sjukhusområde och utanför omsorgsboendet, väntrummens inredning, vådrummet färgsättning, val av konst på väggarna, möjlighet till utsikt mot ljus och natur. För den som har en utsatt psykosocial situation är vårdmiljön extra viktig (8, 27–28). Djur har visats vara en viktig i omsorgsboende, då detta visats ge trygghet, minskad stressnivå, ökat lugn och välmående (29).

### Erbjud regelbundna hälsosamtal hela livet med innehåll och form anpassade efter ålder, samt ta tillvara dessa som grund för kunskap om befolkningens hälsa och vårdbehov.

Ogynnsamma levnadsvanor är vanligare hos den som har en låg socioekonomisk situation (30). Vi har idag god kunskap om hur man inom vården, via rådgivande samtal, kan stödja patienten att ändra ogynnsamma levnadsvanor vad gäller tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet (31). Emellertid sker 30–40 % av död i hjärtinfarkt utanför sjukhus, och denna andel är störst hos individer med låg socioekonomisk situation (32). För att förebygga dessa dödsfall är uppsökande verksamhet med hälsoundersökningar och hälsosamtal nödvändiga. Internationella och svenska studier har visat att denna form av arbete leder till minskade skillnader i hälsa (33, 34). Det ger också en kunskapsbas för beslutsfattare, om förekomst av riskfaktorer i befolkningen som krävs för planering och prioritering av insatser.

## Stärk det kariespreventiva arbetet i utsatta områden.

Trots att vi har en väl utbyggd folktandvård med omfattande förebyggande insatser och som är kostnadsfri, skiljer sig kariesförekomsten hos barn kraftigt mellan områden beroende på deras sociala situation. Därför behöver dessa insatser stärkas med riktade insatser. I östra länsdelen har, i samverkan mellan folktandvården MVC, BVC och psykologexpertis, riktade insatser utvecklats med hälsosamtal om munhälsa i socialt utsatta områden (35). Fluortandkräm är mycket effektiv metod mot karies, men kräver att man borstar tänderna regelbundet. Fluor sköljningar, som är mycket effektivt med en låg kostnad, togs bort när fluortandkräm kom.

I områden med hög kariesförekomst hos små barn är därför fluorsköljningar värdefulla (36).

## Tobaksfri Duo

Tobaksfri Duo är en primärpreventiv skolbaserad intervention som startade i Västerbotten (VB) 1993. Målsättningen är tobaksfria ungdomar och en god hälsa. Metoden bygger på att skapa ett positivt gruppträck, ge kamratstöd, kunskap och påverka attityder mot ett tobaksfritt val. Några viktiga beståndsdelar i arbetet är kontraktsskrivningen mellan en ungdom och en vuxen tobaksfri stödperson. En annan är klassbesöket som introduceras av specialutbildade tandhygienister och tandsköterskor, där man lyfter alla fördelar med att välja tobaksfritt. Där ingår även information om hälsokonsekvenser av att använda tobak, någon jag-stärkande övning eller aktivitet och information om vad det innebär att bli medlem i Tobaksfri Duo. Forskningsstudier har visat att interventionen Tobaksfri Duo varit bärkraftig i kommunerna genom åren, samt att det är av vikt att arbeta långsiktigt då de större effekterna visade sig efter tre-fyra års arbete (37).

## Utveckla uppsökande verksamhet och samordning av medicineri i första hand för äldre personer.

Äldre patienter och patienter med omfattande läkemedelsbehandling har ofta flera vårdkontakter. Det kan vara specialistkliniker och vårdcentraler, hemsjukvård, särskilda boenden och övrig hälso- och sjukvård som ska samverka kring patientens läkemedelsbehandling. Det ställer höga krav på rutiner och tydlighet i kommunikation och informationsöverföring (38). För att kunna bedöma patientens hälsotillstånd, behandlingseffekter och risker med läkemedelsbehandling måste patientens läkemedelslista vara uppdaterad och korrekt. Läkare och andra som finns runt patienten måste samverka med varandra. En klar ansvarsfördelning är nödvändig så att det är tydligt vem som ansvarar för vad i processen.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. God vård – Vård på lika villkor – hur jämlik är vården? Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vård på olika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: SKL; 2009.
3. Myndigheten för vårdanalys. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
4. Ekman I, red. Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
5. QRC | Patientsamverkan. [Internet] Stockholm: Registercentrum. Hämtad från: <http://qrcstockholm.se/intro-patientsamverkan-2/>
6. Herlofsson J. Från vårdgivare till relationsbyggare – åter till Sokrates. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsöfrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 87–102.
7. Myndigheten för vårdanalys. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
8. Kristenson M. Hur kan hälso- och sjukvården bidra till minskade skillnader i hälsa, Socialmedicinsk tidskrift. 2011; 88(4): 344–51.
9. Kristenson M. Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsöfrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 25–32.
10. McCain NL, Gray DP, Walter JM, Robins J. Implementing a comprehensive approach to the study of health dynamics using the psychoneuroimmunology paradigm. ANS Adv Nurs Sci. 2005; 28(4): 320–32.
11. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, Monteiro E. Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. Transplant Proc. 2011; 43(1): 155–7.
12. Fugeli P. Tillit är medicinens grundämne. Läkartidningen. 2006; 103(24–25): 1961–64.
13. Wollebæk D, Wallman Lundåsen S, Trägårdh, L. Three Forms of Interpersonal Trust. Evidence from Swedish Municipalities. Scandinavian Political Studies. 2012; 35(4): 319–46.
14. Hälsöfrämjande förhållningssätt (HFF) [Internet]. Nätverket hälsöfrämjande hälso- och sjukvård; 2014. [uppdaterad: 2015-01-28] Hämtad från: <http://www.hfsnatverket.se/sv/halsoframjande-forhallningssatt/>
15. Socialstyrelsen. Psykosocial kompetens i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
16. Wijma B, Heimer G, Wijma K. Kan patienten ha utsatts för våld? Skall man ställa frågan – och i så fall hur? Läkartidningen. 2002; 99(20): 2260–64.
17. Våga se, våga fråga och agera. [Internet] Kvinnofridsakademien. Hämtad från: <http://www.kvinnofrid.nu/utbildning.php>
18. Larsson I, Trang J, Solding L, Sjölander J. Trygghetsbostäder för äldre – en kartläggning. Malmö: Vinnova; 2013.
19. Jegermalm M, Jeppsson Grassman E. Patterns of Informal Help and Caregiving in Sweden: a 13-year Perspective. Social Policy & Administration. 2009; 43(7): 681–701.
20. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. Läkartidningen. 2011; 108(51–52): 2718–20.
21. Rudd RE. Needed action in health literacy. J Health Psychol. 2013; 18(8): 1004–10.
22. Hadziabdic E. The use of interpreters in healthcare. Perspectives of individuals, healthcare staff and families [Doktorsavhandling]. Linnéuniversitetet; 2011.
23. Fioretos I, Gustafsson K, Nordföm E. Tolkade möten. Tolkningens betydelse för rättssäkerhet och integration. Lund: Studentlitteratur 2014.
24. Västra Götalandsregionen. Utvärdering av projektet Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar. Skövde: Folkhälsokommittén Västra Götalandsregionen; 2009.

25. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984; 224: 420–21.
26. MacDonald R. Music, health, and well-being: A review. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013; 8.
27. Abrahamsson M, Hagberg JE. Omsorgens skugga- äldres strategier i boendet. I: Jeppson Grassman E, Whitaker A, red. Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 125–46.
28. Johansson L. Foodwork and meals in everyday life among persons with dementia and their partners [Doktorsavhandling]. Jönköping: Högskolan I Jönköping; 2013.
29. Uvnäs-Moberg K, Nilsson A, Handlin L, Lidfors L. Trygghetsskapande åtgärder med djur i äldreomsorgen. Skara: Sveriges lantbruksuniversitet (SLU); 2011.
30. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.
31. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>
32. Rosvall M, Gerward S, Engström G, Hedblad B. Income and short-term case fatality after myocardial infarction in the whole middle-aged population of Malmö, Sweden. *Eur J Public Health*. 2008; 18: 533–38.
33. Govil SR, Weidner G, Merritt-Worden T, Ornish D. Socio-economic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Am J Public Health*. 2009; 99(7): 1263–70.
34. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap?--10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*. 2001; 56: 59–68.
35. Folkvandvården Östergötland. Jämlik munhälsa hos barn med Hageby som modell. Folkvandvården Östergötland; 2014.
36. Marinh V, Higgins J, Logan S, Shelham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Editorial Group: Cochrane Oral Health Group; 2003.
37. Nilsson M. Promoting health in adolescents: preventing the use of tobacco [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2009.
38. Socialstyrelsen. Vägledning om läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

