

Gör jämlikt – gör skillnad!

SAMLING FÖR SOCIAL HÅLLBARHET MINSKAR SKILLNADER I HÄLSA

Förord

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige blir allt bättre. Det är en positiv utveckling som visar att satsningar som genomförts inom välfärdssektorn i Sverige och dess kommuner, landsting och regioner på många sätt har varit lyckade. Trots förbättringen står Sverige, i likhet med övriga nordiska grannländer, inför utmaningen att hälsoskillnaderna i vissa fall ändå ökar mellan grupper i samhället avseende kön, socioekonomiska faktorer, etnisk tillhörighet etc.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit sig an denna utmaning. Under två års tid har SKL samordnat arbetet med Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa och tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner identifierat fem rekommendationer och 23 åtgärder som bidrar till att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa. En viktig utgångspunkt för arbetet är Världshälsoorganisationens (WHO) rapport Closing the gap in a generation som utkom år 2008.

I rapporten ”Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa” presenteras resultatet av arbetet. Det handlar exempelvis om åtgärder för att ge barn och unga en bra start i livet, möjligheter till en god skolgång och övergång till arbetslivet samt möjligheten att leva i hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen. Vår förhoppning är att rapporten inspirerar fler organisationer på lokal, regional och nationell nivå att agera för att stärka den sociala hållbarheten och minska hälsoskillnaderna i samhället.

Stockholm februari 2013



Håkan Sörman

Verkställande direktör

Innehåll

Det är dags att agera för social hållbarhet	4
Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa.....	6
Centrala begrepp.....	7
Skillnader i hälsa och den svenska paradoxen	11
Minska skillnaderna i hälsa. Ett arbete för en hållbar utveckling	13
5 rekommendationer och 23 åtgärder	14
Rekommendation 1: Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning	15
Rekommendation 2: Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.....	21
Rekommendation 3: Ge alla barn och unga en bra start i livet.....	26
Rekommendation 4: Ge alla förutsättningar till egen försörjning	30
Rekommendation 5: Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen	34
Att omsätta rekommendationerna och åtgärderna i praktisk handling.....	40
Referenser.....	42
Bilaga 1: ”Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa” och dess arbete	46
Bilaga 2: Ökande skillnader i livslängd – den svenska paradoxen	48

Det är dags att agera för social hållbarhet

Sedan lång tid tillbaka har det genomsnittliga hälsoläget i Sverige blivit allt bättre. Det är en positiv utveckling och ett kvitto på att de satsningar som genomförts inom välfärdssektorn i Sverige och dess kommuner, landsting och regioner varit lyckade.

Samtidigt står det klart att skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper inte minskat. Tvärtom har hälsogapet mellan olika sociala grupper ökat sedan 1980-talet. Trots allt framgångsrikt arbete för svenskarnas hälsa finns det därför behov av att ta ytterligare steg framåt.¹

Det är hög tid att konfrontera skillnaderna i hälsa och deras orsaker för att förhindra en utveckling mot ökad social oro, konflikter och utanförskap och mot negativ påverkan på miljö, klimat och samhällsekonomi. Arbetet för ökad social hållbarhet kan inte längre fokusera på "lika till alla", utan på att göra skillnad, på att se människors behov och förutsättningar. Det är viktigt med generella insatser, men de måste anpassas så att de bättre motsvarar olika människors behov.

Under namnet Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa (Samlingen) har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner² kommit fram till att det behövs:

- Fler hälsofrämjande och förebyggande insatser. Målet är inte bara en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, utan också en mer samhällsekonomiskt effektiv användning av de gemensamma resurserna.
- Ökad samverkan mellan kommuner, landsting, regioner och andra aktörer i samhället. Alla spelar redan en viktig roll för människors hälsa men för att uppnå goda resultat krävs ett gemensamt agerande.
- Förstärkning av den generella välfärden med specifika åtgärder för att minska skillnader i hälsa. Flertalet insatser som bedrivs idag är bra men kan göras ännu bättre genom att de i omfattning och utformning anpassas utifrån de grupper som har störst behov.
- En bra start i livet för alla barn och ungdomar, förutsättningar till en egen försörjning och möjligheten att leva i hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen.
- Ett skolsystem som ser till att barn och unga går ut grund- och gymnasieskola med fullständiga betyg, en arbetsmarknad som tar hänsyn till individers behov och en samhällsservice som är tillgänglig i såväl glesbygd som storstad.

¹. De resonemang som uttrycks i denna rapport bygger om inget annat anges på slutsatserna i följande referenser: Socialstyrelsen, 2010a, Socialstyrelsen, 2012, Statens folkhälsoinstitut, 2010, Socialstyrelsen, 2010b, Rostila & Toivanen, 2012 och Melinder, 2011.

² En lista med samtliga deltagare i Samlingen finns i Bilaga 1.

WHO satsar på minskade skillnader i hälsa

WHO:s folkhälsostراتيجية Health 2020 har sitt ursprung i den värdegrund där hälsa uppfattas som en mänsklig rättighet. WHO:s samtliga medlemsstater har enats om att alla människor ska ha möjlighet och stöd för att uppnå sin fulla hälsopotential samt välbefinnande. Alla aktörer ska samarbeta för att minska ojämlikheter i hälsa inom och utanför Europa. En prioriterad fråga i Health 2020 är hur åtgärder för att minska de rådande ojämlikheterna i hälsa kan påskyndas (Region Skåne, 2012).

Gör något, gör mer, gör det bättre

Gör något, gör mer och gör det bättre är huvudbudskapet i den rapport som nyligen publicerats av en WHO-kommission som under ledning av sir Michael Marmot har analyserat hälsans sociala bestämningsfaktorer i Europa. Kommissionens slutsats är att det är möjligt att agera för minskade skillnader i hälsa, oavsett om ett land saknar grundläggande skydd för hälsa och har mycket arbete framför sig, eller om landet, som i fallet Sverige, åtnjuter en hög välfärd men ändå står inför utmaningar som kan tacklas bättre (WHO, 2013).

WHO:s Regions for Health Network och Göteborgsmanifestet

I samband med att Västra Götalandsregionen i november 2012 lanserade en handlingsplan för jämlik hälsa i regionen presenterade också 20-årsjubilerande, europeiska WHO-nätverket Regions for Health "Göteborgsmanifestet", ett dokument där nätverkets medlemmar åtar sig att hitta nya sätt att arbeta tillsammans för ökad jämlikhet och förbättrad samhällsstyrning för hälsa, med fokus på de miljömässiga, sociala och ekonomiska faktorer som påverkar hälsan.³

³ Mer information om Västra Götalandsregionens arbete finns på www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/start sida/Vard-och-halsa/Folkhalsa/ Mer information om Regions for Health Network och Göteborgsmanifestet finns på www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/176910/Regions-for-Health-Network-Goteborg-Manifesto.pdf och på www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/start sida/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Kommitten-for-folkhalsofragor-och-halso--och-sjukvardsnamnderna/Kommitten-for-folkhalsofragor/Kommitten-for-folkhalsofragors-internationella-engagemang/

Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa

I denna rapport presenterar Samlingen fem rekommendationer som kommuner, landsting och regioner kan arbeta med för att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa:

1. Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning
2. Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder
3. Ge alla barn och unga en bra start i livet
4. Ge alla förutsättningar till egen försörjning
5. Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Rekommendationerna innefattar 23 åtgärder. Hur åtgärderna omsätts i praktisk handling är upp till varje organisation att avgöra. Samlingens rekommendationer och åtgärder kan och bör kompletteras med fler anpassade åtgärder på lokal och regional nivå.

Rapporten inleds med en beskrivning av skillnaderna i hälsa och den välfärdsparadox som kan sägas råda i Sverige. Kopplingen mellan hållbar utveckling, mänskliga rättigheter och minskade skillnader i hälsa presenteras som en viktig utgångspunkt för Samlingens arbete.

De fem rekommendationerna och 23 åtgärderna redovisas i detalj och illustreras av konkreta exempel från kommuner, landsting och regioner. Rapporten beskriver också statens och EU:s arbete med frågan, ett arbete som är viktigt för att åtgärderna ska bli framgångsrika på lokal och regional nivå.

Sveriges Kommuner och Landsting prioriterar frågan

År 2012 beslutade Sveriges Kommuner och Landstings kongress att SKL ska stödja medlemmarna i deras hälsofrämjande och förebyggande arbete för att utjämna hälsoskillnader och långsiktigt säkerställa en effektiv resursanvändning i den offentligt finansierade verksamheten. Under 2012 har Jämlika välfärdstjänster varit en särskild prioriterad fråga för SKL.⁴

⁴ Mer information om SKL:s kongressmål och prioriterade frågor finns på www.skl.se

Centrala begrepp

Hållbar utveckling och dess olika dimensioner

Hållbar utveckling är en utveckling som "... tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov" (Brundtlandskommissionen, 1987).

Ekologisk hållbarhet handlar om att långsiktigt bevara vattens, jordens och ekosystemens produktionsförmåga och att minska påverkan på naturen och människans hälsa till vad de "klarar av".

Social hållbarhet handlar om att bygga ett långsiktigt stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande mänskliga behov uppfylls.

Ekonomisk hållbarhet handlar om att hushålla med mänskliga och materiella resurser på lång sikt (Jacobsson).

De mänskliga rättigheterna

Förenta Nationernas (FN) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna vilar på övertygelsen att alla människor är "födda fria och lika i värde och rättigheter" och att alla människor utan undantag har rätt att ta del av dessa rättigheter. Förklaringen om de mänskliga rättigheterna beskriver vad som inte får göras mot någon människa och vad som måste göras för varje människa. FN har slagit fast att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna är lika viktiga som de medborgerliga och politiska rättigheterna och att rättigheterna är odelbara.⁵

Hälsa kan uttryckas på olika sätt

Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom (WHO, 1948).

Hälsa är inte bara ett tillstånd utan något som måste erövas. Mer som en resurs än som ett mål i sig. Ett begrepp som betonar sociala och personliga förutsättningar (WHO, 1986).

Hälsa är att må bra samt att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att förverkliga sina personliga mål (Nordenfelt, 1991).

Hälsa är det som gör livet värt att leva (Lindström, 2011).

⁵ Mer information om de mänskliga rättigheterna finns på www.manskligarattigheter.se

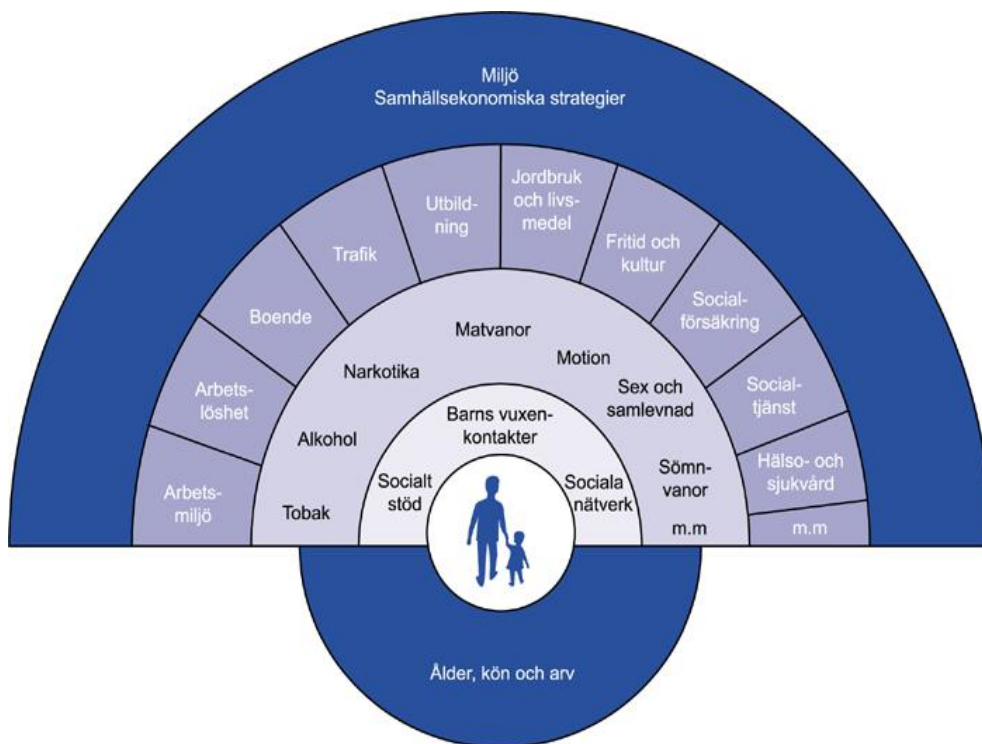
Folkhälsa, folkhälsovetenskap och det nationella målet för folkhälsa

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsa mellan sociala grupper (Janlert, 2000).

Folkhälsovetenskap studerar hälsotillståndet och dess förändringar och fördelning i befolkningen och de faktorer som inverkar samt hur man påverkar hälsoutvecklingen och klyftorna i hälsa mellan olika grupper i samhället (Cernerud et al, 2009).

Det övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Figur 1: En modell för hälsans bestämningfaktorer (Dahlgren G, Whitehead M, 1991)



Modellen beskriver hälsans bestämningfaktorer, det vill säga faktorer i samhällsorganisationen och i människors levnadsförhållanden och levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa.

Skillnader i hälsa

Skillnader i hälsa är de skillnader som utifrån vad vi vet i dag är påverkbara och som kan finnas i en eller flera av hälsans aspekter mellan kvinnor, män, flickor och pojkar eller har samband med sociala och ekonomiska faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, social status, geografiska faktorer och andra faktorer. Dessa är etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning.⁶

Hälsöfrämjande och förebyggande åtgärder

En hälsöfrämjande åtgärd är en åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska eller sociala välbefinnande.

En förebyggande åtgärd är en åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.

(Socialstyrelsen)

Vad kan en social investering innebära?

- Samhällets insatser för barn och unga bör ses som en investering och inte bara betraktas som en kostnad och en utgiftspost.
- Samhällets insatser för barn och unga är investeringar med långsiktiga effekter för både individ och samhälle
- En god investering innebär rätt insats på rätt nivå vid rätt tidpunkt.
- Ett investeringstänkande i ekonomiska termer hos berörda verksamheter inom kommuner, landsting och stat ger incitament till långsiktighet och tidiga insatser.
- Ett investeringstänkande kräver och stimulerar god utvärdering av metoder och en aktiv styrning och ledning.
- Ett investeringstänkande tydliggör behovet av synkronisering mellan aktörer då kostnader och vinster fördelas olika mellan och inom dessa aktörer. (SKL, 2012b)

Normkritiskt arbete

En utgångspunkt för att förändra ojämlikhet är att synliggöra hur ojämlikhet skapas och upprätthålls. Det innebär att titta på de normer som ligger till grund för den egna verksamheten och undersöka vilka villkor de skapar för brukare och invånare. Normer ramar in det som ses som normalt och naturligt. De är nödvändiga för att vi ska kunna samspela i samhället, men de kan också fungera som begränsningar. Ett normkritiskt arbete är ett förändringsarbete som tar sin utgångspunkt i den egna organisationen (SKL, 2011).

⁶ Definitionen är inspirerad av definitionen av jämlik hälsa som tagits fram av International Society for Equity in Health, som lyder "avsaknad av systematiska eller potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter som finns mellan grupper i befolkningen definierade socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön".

Interkulturalitet och interkulturell kompetens

I Botkyrka kommuns strategi för ett interkulturellt Botkyrka beskriver begreppet ”mångkulturell” ett tillstånd och begreppet ”interkulturell” en handling. Närmare bestämt beskriver "interkulturalitet" ett utbyte (en interaktion) mellan människor med olika utgångspunkter och referensramar. Det här utbytet utgår från alla människors lika värde och rättigheter oavsett social, etnisk eller religiös bakgrund. Syftet är att hitta lösningar för att hantera kulturell olikhet inom ramen för grundläggande demokratiska värden och utifrån internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Det handlar om att skapa gemensamma spelregler som bygger på erkännande, deltagande, identitet, självreflektion och insikten om ett ömsesidigt bildningsbehov. Begreppet rymmer också en bearbetning av fördomar och diskriminering och av de beteenden som reglerar sociala relationer på olika nivåer – staten, familjen, det civila samhället och arbetet. Interkulturell kompetens förutsätter därmed dels ett förhållningssätt till andra som präglas av öppenhet och flexibilitet, dels en medvetenhet om olika kulturella uttryck, inklusive sina egna (Botkyrka kommun, 2012b).

Jämlik vård

Arbetet för en jämlik vård tar sin utgångspunkt i att vården inte når alla på ett likvärdigt sätt. Alla medborgare ska – oavsett kön, ålder, etnicitet, utbildningslängd etc. – bemötas och behandlas på ett likvärdigt sätt. Men lika till alla leder inte till jämlikhet. Jämlik vård innebär att göra skillnad, att vården anpassas efter människors olika behov och förutsättningar (SKL 2013c).

Skillnader i hälsa och den svenska paradoxen

”Om vi är intresserade av att bryta trenden mot ökande hälsoskillnader är det rimligen så att svaret inte står att finna i någon ännu oupptäckt faktor som lätt kan åtgärdas, utan att det är många små förändringar och förbättringar inom en rad olika program och policyområden som krävs. Då krävs modet att fråga inte bara vad vi gör bra, utan också vad vi gör som har liten eller motsatt effekt, vad vi gör för lite av och vad vi kan lära av andra.”⁷

Hälsa kan mätas på många olika sätt. I sin årliga befolkningsundersökning mäter Statens folkhälsoinstitut (FHI) bland annat den självskattade hälsan. Där framkommer att det finns skillnader mellan olika grupper som har samband med kön, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, funktionsnedsättning, utbildningsnivå, inkomstnivå och geografiskt område.

FN:s Human Development Index (HDI), som mäter utveckling och välbefinnande på nationell nivå, använder livslängd som indikator på hälsa. I Sverige har medellivslängden ökat sedan 25 år tillbaka och ligger nu på 83 år för kvinnor och 79 år för män. Men bakom den genomsnittliga ökningen döljer sig ett växande gap mellan olika grupper där livslängden ökar snabbare för dem med högre socioekonomisk status (se figur 2a och 2b, sid 12).

Skillnaden i återstående medellivslängd från 30 års ålder mellan kvinnor med lång respektive kort utbildning var 1986 ungefär två år. År 2010 hade skillnaden ökat till 4,5 år. Motsvarande skillnad mellan män med lång respektive kort utbildning var 1986 3,4 år och år 2010 nästan fem år.

Den ökande skillnaden i livslängd, en trend som övriga Norden också märker av, kan tyckas paradoxal mot bakgrund av de nordiska ländernas tradition av omfördelning av resurser. Men det kan finnas flera möjliga förklaringar:⁸

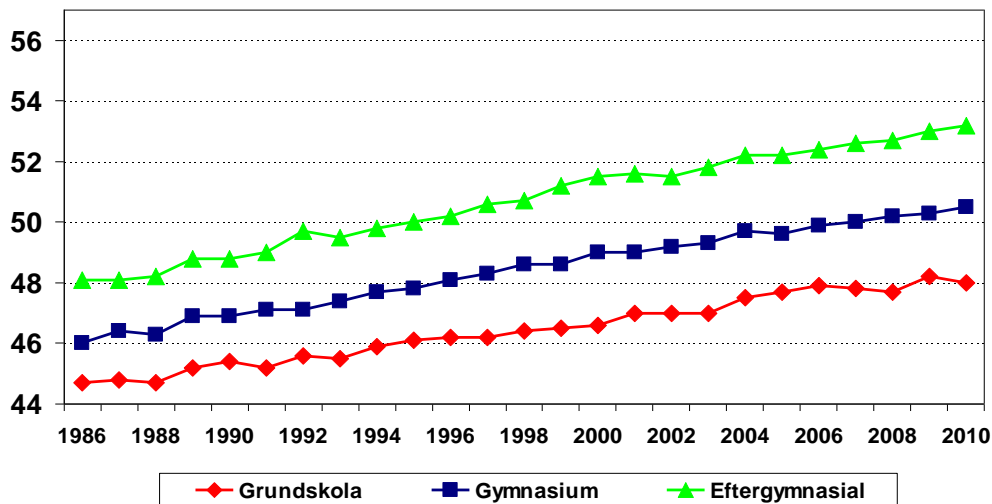
- Jämlik fördelning av resurser (exempelvis inkomstfördelning) har endast begränsad effekt på livslängden.
- Jämlikhet i möjligheter ger inte nödvändigtvis jämlikhet i hälsoutfall (resursstarka drar större nytta av de resurser som samhället erbjuder).
- Motverkande krafter till följd av globalisering påverkar utvecklingen (till exempel alkoholkonsumtion, rökning, med mera).
- Utvecklingen av skillnaderna i dödlighet speglar en försämrad välfärdspolitik (sedan krisen i början av 1990-talet).

⁷ Citatet är hämtat från Ökade skillnader i livslängd – den svenska paradoxen, en PM skriven av Olle Lundberg, professor vid Centre for Health Equity Studies (CHESS), och som återfinns i bilaga 2.

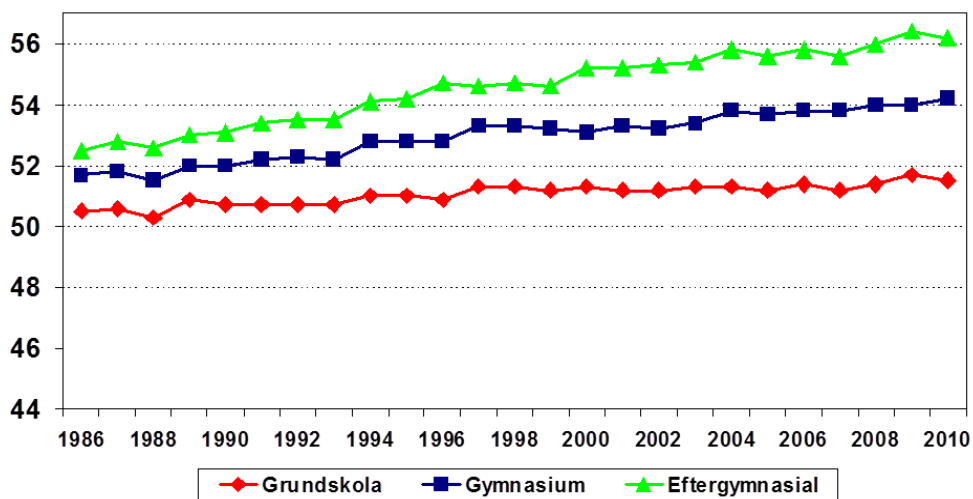
⁸ Se bilaga 2 Ökade skillnader i livslängd – den svenska paradoxen.

Sverige har gjort framgångsrika sociala investeringar med människors resurser i fokus inom exempelvis utbildnings- och arbetsmarknadsområdet. Där människors resurser inte räckt till har satsningar på socialförsäkringar, sjukvård och omsorg av god kvalitet för alla varit av stor vikt för att säkra välfärden. Mot bakgrund av de ökande skillnaderna i hälsa bör dock frågan ställas – vad mer kan göras och hur kan det göras ännu bättre?

Figur 2a. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, uppdelat på utbildningsnivå åren 1986-2010: Män (Källa: SCB)



Figur 2b. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, uppdelat på utbildningsnivå åren 1986-2010: Kvinnor (Källa: SCB)



Minska skillnaderna i hälsa. Ett arbete för en hållbar utveckling

Arbetet för att minska skillnader i hälsa är nära kopplat till arbetet för social hållbarhet (Östergren, 2012). Dels har hälsofrämjande och förebyggande insatser positiv påverkan på samhällsekonomin, miljön och klimatet, tryggheten och den sociala sammanhållningen, dels har insatser inom ovanstående områden en positiv påverkan på hälsan.

Att säkerställa social hållbarhet är också ett sätt att säkerställa de mänskliga behov som uttrycks i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948. I Sverige tillgodoses en stor del av dessa rättigheter genom de välfärdstjänster där kommuner, landsting och regioner är huvudmän.

De rekommendationer och åtgärder som Samlingen identifierat för att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnader i hälsa är emellertid viktiga även ur ett bredare hållbarhetsperspektiv.

- Insatserna medför ökad kostnadseffektivitet och bättre hushållande med samhällets resurser (exempelvis genom att göra sociala investeringar redan i tidig ålder som medför positiva ekonomiska effekter i ett senare skede).
- Insatserna bidrar till att samhället blir tryggare, att delaktigheten ökar och att den sociala sammanhållningen stärks.
- Insatserna bidrar till en bättre miljö och begränsar effekterna av klimatförändringarna genom ökad användning av gång- och cykelvägar, kollektivtrafik och värnande av naturen.

Samhällsekonomiska kostnader för ohälsa

I en beräkning från Statens folkhälsoinstitut uppskattas de samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa i Sverige till minst 120 miljarder kronor per år (2009 års penningvärde). Den största andelen, 60 procent, utgörs av indirekta kostnader. En stor del av kostnaderna beror på tobaks- och alkoholbruk, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor. Dessa levnadsvanor är också de främsta orsakerna till sjukdomsburden i Sverige. Kostnader för ohälsa som orsakas av till exempel arbetsmiljöfaktorer, överdrivet spelande, brist på anställningstrygghet och annat som ingår i folkhälsans målområden har inte kunnat tas med i beräkningarna på grund av bristande underlag, till exempel vetenskapliga studier, inom dessa målområden (Statens folkhälsoinstitut, 2011a).

Västra Götalandsregionen och Örebro läns landsting har beräknat kostnader för ojämlikhet i hälsa

År 2011 publicerade Västra Götalandsregionen en rapport som visade på de kostnader för samhället som socioekonomisk ojämlikhet i hälsa medför i termer av produktionsbortfall och ”förlorad nytta”. Enligt beräkningen gav ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland under ett år upphov till omkring 1 600 dödsfall, cirka 27 000 förlorade levnadsår, ett produktionsbortfall motsvarande 2,2 miljarder kronor samt en förlust i hälsa motsvarande 13,9 miljarder kronor. Liknande studier internationellt och nationellt, till exempel en studie från Örebro läns landsting, kommer också fram till att samhällskostnaderna för ojämlikhet i hälsa är betydande (Calidoni et al, 2011 och Kommunerna i Örebro län, Örebro läns idrottsförbund och Örebro läns landsting, 2013).

5 rekommendationer och 23 åtgärder

”Det finns en social gradient i hälsa – ju lägre en persons sociala position är, ju sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärder ska rikta in sig mot att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt. För att reducera den sociala gradienten, måste åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet. Vi kallar detta proportionell universalism” (UCL, 2010).

Det övergripande målet med Samlingens arbete är att organisationer vidtar åtgärder för att minska skillnader i hälsa.

Målet kan uppnås genom att arbeta med Samlingens fem rekommendationer och 23 åtgärder. De fem rekommendationerna ska ses som delar av en helhet som är nära sammanflätade och ömsesidigt beroende av varandra. De två första är grundläggande för samtliga åtgärder.

Åtgärderna är hälsofrämjande och förebyggande. De är universella men i omfattning och utformning anpassade utifrån de grupper som har störst behov. De utgår från ett rättighetsperspektiv och syftar till att de grupper som idag inte nås av samhällets välfärdstjänster ska ges möjlighet att ta del av dessa. Åtgärderna har ett brett vetenskapligt stöd, framför allt från de rekommendationer och åtgärder som lämnats av de kommissioner som tidigare tillsatts i syfte att vidta åtgärder för hälsans sociala bestämningsfaktorer.⁹

⁹ Exempel på kommissioner som har haft stor inverkan på de åtgärder som föreslås finns i referenslistan: WHO, 2008, WHO, 2013, UCL, 2010 och Sundhetsstyrelsen, 2011.

Rekommendation 1: Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning

Målet är att organisationer har strukturer, verktyg och arbetssätt som skapar långsiktiga förutsättningar för att minska skillnader i hälsa.

Det krävs ett politiskt uppdrag och tydliga mål för att minska skillnader i hälsa. De organisatoriska förutsättningarna är därför viktiga, liksom att social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa införlivas i befintliga verktyg inom styrning och ledning. Det behövs också system som gör att budgeten kan användas som styrmedel med fokus på befolkningens behov. Arbetet bör genomsyras av en hög grad av delaktighet.

Hållbar utveckling i kommuner, landsting och regioner

Swedish Standards Institute (SIS) håller på att ta fram en standard för vägledning för hållbar utveckling som är i linje med internationellt erkända standarder och anpassad efter kommunernas, landstingens och regionernas särskilda behov. Arbetet utgår i hög grad från definitioner och innehåll i den nyligen publicerade internationella standarden för socialt ansvarstagande ISO 26000.¹⁰

1. Formulera kortsiktiga och långsiktiga mål

För att minska skillnader i hälsa i samhället är det nödvändigt att organisationer med betydelse för människors livsvillkor och hälsa formulerar mål i sina styrdokument som bidrar till att minska skillnader i hälsa. Målen bör utformas på lång sikt men bör även innefatta delmål som visar om arbetet på kort sikt går i rätt riktning.

Sex utmaningar för ett hållbart Botkyrka

Botkyrka kommun har identifierat sex utmaningar på 30 års sikt för sitt arbete med Ett hållbart Botkyrka. Tillsammans utgör de Botkyrkas specifika utmaningar för att gå i en hållbar riktning. Målet är att Botkyrkaborna har (1) arbete, (2) känner sig hemma, (3) är friska och mår bra, (4) har förtroende för varandra och för demokratin samt att (5) Botkyrka har de bästa skolorna och (6) inte bidrar till klimatförändringarna. Målstrukturen i Botkyrka utgår från dessa utmaningar när flerårsplaner (fyra års sikt), ettårsplaner (nämnd/förvaltning) och handlingsplaner (verksamhet/enhet) tas fram i syfte att beskriva vad och hur arbetet ska ske. Utmaningarna mäts årligen med hjälp av indikatorer (Botkyrka kommun, 2012a).

¹⁰ Mer information på www.sis.se/ledningssystem/sis-tk-522

2. Organisera för hållbar styrning och ledning

För att genomföra åtgärder för att minska skillnader i hälsa, följa upp dessa och vid behov justera åtgärdernas innehåll är det viktigt att organiseringen sker på ett lämpligt sätt. Kommuner, landsting och regioner kan till exempel inrätta en särskild politisk styrgrupp med ansvar över denna fråga. Förutsättningar kan också skapas för tvärssektoriell samverkan. Inom ramen för sådan samverkan är det lämpligt att involvera idéburen sektor, statliga myndigheter, högskolor, universitet och näringsliv som verkar på lokal och regional nivå.

Jämlikhetsintegrering i Eskilstuna kommun

För att integrera jämlikhetsperspektivet i alla verksamhetsprocesser och verksamheter använder Eskilstuna kommun en modell för hållbar jämställdhet där framgångsfaktorer för kommunens arbete har varit starkt ägarskap och viljeinriktning från politiken. Arbetet med jämlikhetsintegreringen bygger vidare på de befintliga strukturerna för jämställdhetsarbetet där förvaltningar och bolag har processledare med mandat och kompetens inom jämställdhet och jämlikhet för att integrera perspektiven i vardagsarbetet (Eskilstuna kommun, 2012).

Hållbarhetsnämnden i Landstinget Sörmland

Landstinget i Sörmland har inrättat en hållbarhetsnämnd som utifrån visionen om ”Det öppna landstinget – för jämlik hälsa och levande kultur i en hållbar och livskraftig region” dels ska verka för långsiktighet, kvalitet och effektivitet i landstingets interna arbete för social och ekologisk hållbarhet, dels ska säkerställa och utveckla landstingets uppdrag som regional aktör inom områdena social och ekologisk hållbarhet. Nämnden ansvarar för att initiera och bereda ärenden av strategisk karaktär inom områdena social och ekologisk hållbarhet för beslut i landstingsfullmäktige eller landstingsstyrelse. Nämnden ska särskilt arbeta för att skapa en systematisk modell för landstingets hållbarhetsarbete. Nämnden ansvarar också för att initiera och utveckla det regionalt inriktade arbetet med att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa för Sörmlands befolkning. Reglementet för hållbarhetsnämnden är när detta skrivs inte fastställt (Landstinget Sörmland, 2013).

3. Använd budgeten som styrmedel

Det behövs system som gör att styrning och ledning i samband med budgetarbetet kan göra väl underbyggda prioriteringar med utgångspunkt i de grupper som har störst behov. För detta krävs bland annat att befolkningsdata finns tillgänglig. Med utgångspunkt i behovsanalyser kan budgeten bli ett styrmedel för att minska skillnader i hälsa.

Göteborgs stad styr mot minskade skillnader i hälsa i sin budget

Göteborgs stad styr i budgeten staden med utgångspunkt i de sociala, ekologiska och ekonomiska hållbarhetsdimensionerna. Folkhälsoarbetet identifieras som centralt för att främja en hållbar utveckling och är ett eget område i budgeten. I budgeten beskrivs att ”Vårt mål är att alla göteborgare ska ha samma goda folkhälsa som de grupper som idag har den bästa folkhälsan. Ohälsan slår hårdast mot de mest utsatta och det drabbar också barnen och den är intimt kopplad till barnfattigdom. I Göteborg lever nästan vart sjätte barn i fattigdom men skillnaderna mellan barns välfärd i olika stadsdelar är stor. Staden ska motverka ökade skillnader mellan människor och istället sträva efter jämlikhet i hälsa – särskilt riktat mot barn, ungdomar och deras föräldrar. Ohälsans klasstrappa i Göteborg ska bort.” Budgeten innehåller ett tjugotal prioriterade mål som läggs fast för en längre period men som följs upp årligen. År 2013 är ett av målen att ”Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper och delar av Göteborg ska minska”. Målet följs upp via ett barnhälsoindex.

4. Gör ekonomiska beräkningar och satsa på sociala investeringar

Sociala investeringar ger möjlighet att skapa en hållbar finansiering för framtiden. Investeringar kan ske i kommuner, landsting eller regioner inom ramen för samordningsförbund eller i samverkan med staten. Investeringar kan bygga på ekonomiska beräkningar som belyser möjliga vinster för olika samhällsaktörer som satsar på förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är viktigt att i det fortsatta arbetet utveckla fungerande modeller för investeringar där samverkan mellan olika samhällsaktörer är en faktor och där investeringarna bidrar till att minska skillnader i hälsa.

Jämställdhet är smart ekonomi

Smart ekonomi är titeln på Världsbankens årsrapport 2012. I rapporten undersöker banken det nära sambandet mellan jämställdhet och ekonomisk utveckling. Inom SKL:s Program för hållbar jämställdhet har begreppet fått en konkret tillämpning. Tre kommuner arbetar med att utveckla modeller för att räkna på det ekonomiska utfallet av jämställdhetsinsatser, modeller som också är nära kopplade till insatser för att minska skillnader i hälsa. Botkyrka kommun undersöker till exempel insatser för att få ut en kategori arbetslösa kvinnor på arbetsmarknaden. Modellen redovisar tre olika typfall: med eller utan försörjningsstöd, med eller utan skolunderbyggnad samt olika åldrar. Att ge en 25-årig utlandsfödd kvinna, som försörjs av anhöriga, utbildning så att hon kan jobba inom vård och omsorg ger till exempel 25 gånger insatsen räknat över ett helt yrkesliv.¹¹

¹¹ För att veta mer om Program för hållbar jämställdhet och Smart ekonomi http://www.skl.se/vi_arbetar_med/jamstallldhet/hallbar-jamstallldhet

Utanförskapets kostnad på stadsdelsnivå

Inom ramen för nationella Healthy Cities-nätverket har Linköping, Malmö, Helsingborg, Uppsala, Kristianstad, Borås, Karlstad samt Västra Götalandsregionen tagit fram en studie som beskriver utanförskapets kostnader på stadsdelsnivå. I studien analyseras de mekanismer som bidrar till eller skapar detta utanförskap och visar hur ett socialt investeringsperspektiv och en helhetssyn kan förändra bilden av vad som är klok resurshushållning. Den tar också upp i vilken utsträckning det går att beskriva de kostnadsdrivande effekter som kan finnas på befolkningsnivå till skillnad från individnivå och de socioekonomiska vinster och analyser som är möjliga att göra med utgångspunkt i situationen för befolkningen i en stadsdel. Studien ger exempel på vad skillnader i hälsans bestämningsfaktorer mellan stadsdel och kommun i sin helhet faktiskt kostar. Studien lämnar också tydliga rekommendationer om att socioekonomiska kalkyler och analyser bör användas tillsammans med kalkyler för hårda värden som vägar och med fastighetskalkyler (Nilsson & Wadeskog 2012).¹²

5. Använd upphandling som styrmedel

Genom sociala krav i offentliga upphandlingar kan kommuner, landsting och regioner påverka skillnader i hälsa på lokal och regional nivå. Stöd för ett sådant arbete finns att tillgå genom olika vägledning som är aktuella på området. Det är viktigt att ställa rätt krav men också att det finns rutiner för uppföljning som säkerställer att anbudstagaren arbetar i linje med de sociala krav som ställts.

Att använda upphandling som verktyg för lika rättigheter och möjligheter

En skrift från Tema Likabehandling beskriver möjligheterna för upphandlare att ställa sociala krav på leverantörer. Kraven kan handla om att företag ska följa diskrimineringslagen, tillhandahålla tjänster som är tillgängliga för alla oavsett funktionsförmåga, att jämställdhetsperspektivet är integrerat i verksamhetens alla led eller att företaget arbetar aktivt för att anställa ett visst antal personer som är underrepresenterade i företaget (Tema Likabehandling, 2013).

¹² För mer information om nätverket Healthy Cities www.healthycities.se/

Örebro kommun väger in sociala hänsyn i sin upphandlingspolicy

Upphandlingspolicyn i Örebro kommun innebär att kommunen ska väga in sociala och miljömässiga hänsyn vid sina inköp och inte enbart utgå från vad som är mest ekonomiskt fördelaktigt. Leverantörerna ska som en del i utförandet ha personal som står långt ifrån den ordinarie arbetsmarknaden. De ska också agera för att främja jämställdhet, en jämn könssammansättning samt mångfald i fråga om etniskt ursprung. Anbudsförfarandet ska vara utformat så att föreningar, kooperativ och stiftelser kan hävda sig i anbudsutvärderingen. Ett exempel är ombyggnadsprojektet Mitt Gröna Kvarter där bostadsbolaget ÖBO tillsammans med Skanska arbetar för att möjliggöra en väg in på arbetsmarknaden för arbetslösa i bostadsområdet. Projektet startade hösten 2012 och pågår under fyra år (Örebro kommun, 2012b och Örebro kommun, 2012c).

6. Bedöm konsekvenser för skillnader i hälsa i samband med beslutsfattande på olika nivåer

I samband med beslutsfattande kan konsekvenser för skillnader i hälsa ställas i relation till bedömningar gällande ekonomi, miljö och klimat och andra viktiga faktorer. Modeller som används för hälso- och miljökonsekvensbedömningar kan utgöra lämpliga förebilder för ett sådant arbete. Hur beslut kan följas upp bör ingå som del i en sådan bedömning.

Hållbarhetsspindel i Botkyrka kommun

Sex utmaningar har tagits fram för ett hållbart Botkyrka. Sedan ett antal år presenteras en bedömning av konsekvenser för dessa utmaningar i samband med att beslut fattas i Kommunstyrelsen. Ett spindeldiagram (Hållbarhetsspindeln) tas fram inför besluten där tjänstemännens bedömning redovisas. Den hållbarhetsstämpel som varje bedömning utgör är inte en ”kvalitetsstämpel”, utan en källa till inspiration. För att komma fram till en bedömning av tänkbara konsekvenser för olika grupper inom respektive utmaning kommer en checklista med stödfrågor att börja användas. (Botkyrka kommun, 2012a).

7. Genomför insatser som bidrar till ökad delaktighet hos alla invånare

Möjligheten att påverka och förändra sitt liv, sin vardag och det som är viktigt för var och en har också stor påverkan på hälsan. En ökad grad av delaktighet i samband med politiska beslut som berör invånarna ökar därför förtroendet och tilliten i samhället. En väl genomförd delaktighetsprocess stärker legitimiteten för och ökar kvaliteten på aktuella beslut. Kommuner, landsting och regioner bör därför i högre grad än idag integrera insatser för delaktighet i sin ordinarie styrning och ledning.

Det finns idag ett generellt behov av att utveckla metoder som stimulerar delaktigheten. Hjälper finns att hämta i verktyg som visualiserar och konkretiserar olika former och nivåer av delaktighet (exempelvis delaktighetstrappan).

I samband med att insatser för ökad delaktighet genomförs är det viktigt att försöka involvera alla invånare för att på så sätt bidra till att skillnader i hälsa minskar. Insatser för ökad delaktighet kan exempelvis handla om att arbeta för ökat valdeltagande, för samarbete med idéburen sektor eller för att genomföra medborgardialoger.

Delaktighetstrappa

Medborgare kan göras delaktiga i beslut och processer på flera sätt och nivåer. För att hitta rätt form av delaktighet finns en särskild delaktighetstrappa att ta hjälp av. De olika trappstegen är (1) information, (2) konsultation, (3) dialog, (4) inflytande och (5) medbeslutande. Delaktighetstrappan ska ses som en hjälp till att strukturera medborgardialogen i förhållande till de beslut de förtroendevalda ska fatta med utgångspunkt i de lokala förutsättningar som råder.¹³

Ung i Väsby – ett forum för påverkan

Ung i Väsby är ett forum där ungdomar mellan 12 och 15 år har möjlighet att påverka och förändra sin hemkommun. Alla deltagande ungdomar delas in i grupper beroende på vilket ämne de vill diskutera. Sedan genomförs två diskussionspass där ungdomarna diskuterar det ämne som de är intresserade av och politikerna och tjänstemännen lyssnar. I slutet av dagen hålls en frågestund där ungdomarna får möjlighet att ställa spontana frågor till politikerna. Dagen avslutas med att de tre viktigaste frågorna röstas fram. Ett mindre antal ungdomar, politiker och tjänstemän arbetar sedan vidare med frågorna som formuleras om till medborgarförslag som lämnas in till kommunen (Upplands Väsby kommun, 2013).

¹³ Mer information finns på www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/demokratiutveckling/medborgardialog/medborgardialog_11_tankar/tydlighet_i_vilken_form_av_delaktighet_som_erbjuds?UsePrintableVersion=true

Rekommendation 2: Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder

Målet är att organisationer mäter, analyserar och bedömer effekterna av de åtgärder som vidtas för att minska skillnader i hälsa.

För att mäta och analysera problemet och bedöma effekterna av olika åtgärder för att minska skillnader i hälsa behövs det befolkningsdata som är nedbrytbar på lokal och regional nivå och som synliggör eventuella skillnader i hälsa. Data för barns utveckling är i dagsläget eftersatt och bör därför prioriteras.

Det är viktigt att utveckla indikatorer för social hållbarhet och knyta dessa till ordinarie system för uppföljning och analys. Ett sådant system bör präglas av samverkan och inkludera olika aktörer i samhället. Det behövs också kunskap i folkhälsovetenskap och ett normkritiskt och interkulturellt förhållningssätt inom organisationen. Forskningen bör också i högre grad än idag utvärdera effekterna av olika åtgärder som syftar till att minska skillnader i hälsa.

8. Säkra tillgängligheten till befolkningsdata i allmänhet och barnhälsodata i synnerhet

En grundförutsättning för att kunna följa upp och bedöma skillnader i hälsa på lokal och regional nivå är att befolkningsdata finns tillgänglig som synliggör utvecklingen av hälsan och den sociala hållbarheten för olika grupper i samhället. Det kan handla om att samla tillgänglig registerdata eller komplettera med undersökningar som på olika sätt, och helst på bostadsområdesnivå, mäter invånarnas livsvillkor och olika socioekonomiska variabler.

Ett stöd i detta arbete kan vara de Öppna jämförelser som genomförs av staten och SKL och som har stor inverkan på det arbete som bedrivs av kommuner, landsting och regioner. Det är särskilt angeläget att arbetet genomsyras av ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv och skapar möjligheter till vidare analys av faktorer som påverkar skillnader i hälsa.

Ett område som är särskilt angeläget att rikta fokus på är hur skillnaderna i hälsa hos barn och ungdomar utvecklas på lokal och regional nivå. Det är därför viktigt att ta ett samlat grepp kring barnhälsodata och att denna görs tillgänglig för kommuner, landsting och regioner. Det är därför viktigt att staten via dess myndigheter i samverkan med kommuner, landsting och regioner tar sig an uppgiften, för att på så sätt bidra till ökad förståelse kring hur skillnader i hälsa utvecklas bland barn och ungdomar.

Att bryta ned enkätdata på lokal nivå synliggör skillnader i hälsa

2012 genomförde Region Skåne i samverkan med Kommunförbundet Skåne ”Folkhälsoenkät Barn och Unga”. Samtliga skånska kommuner valde att delta i undersökningen som omfattade 30 000 barn och unga (elever i årskurs 6, årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2). Det gedigna materialet har gett beslutsfattare en unik inblick i unga skåningars levnadsvanor och hälsa. Syftet med enkäten är att kunna följa utvecklingen över tid inom områden som till exempel hälsa, matvanor, trygghet, sex och samlevnad, familj och alkoholvanor. Materialet utgör ett underlag för Region Skånes och de skånska kommunernas förebyggande folkhälsoarbete. Helsingborgs stad använder underlaget för att göra en särskild sambandsanalys av data i enkäten för att visa på hur skillnader i hälsa ser ut på lokal nivå, särskilt med utgångspunkt i barn och ungdomar som växer upp i sårbara ekonomiska sammanhang (Region Skåne, 2013).

Barnhälsoindex i Göteborg och dess stadsdelar

I Göteborgs stads budget för 2012 har stadsdelsnämnderna fått i uppdrag att arbeta med barns och ungdomars psykiska hälsa genom främjande och förebyggande hälsoarbete. Arbetet ska enligt uppdraget föregås av en grundlig analys av situationen i Göteborg och dess stadsdelar. Som stöd i detta uppdrag används ett verktyg, barnhälsoindex, som ska tas fram för varje stadsdel i samverkan med hälso- och sjukvården och Västra Götalandsregionen. Under 2012 har Lennart Köhler, professor emeritus i folkhälsovetenskap, arbetat med att ta fram detta barnhälsoindex för Göteborg och dess stadsdelar.

Barnhälsoindexet innehåller fyra domäner – socioekonomi, hälsotillstånd och välbefinnande, risk- och friskfaktorer, samhällsservice och stöd – och kommer att lanseras i mars 2013.¹⁴

Hälsosamtal i skolan och en nationell databas för elevhälsodata på SKL

I Västerbottens läns landsting genomför skolsköterskan hälsosamtal med barnen med hjälp av särskilt framtagna hälsofrågor. Frågorna är anpassade efter barnens ålder och fokuserar på barnets hälsa, livsvillkor och levnadsvanor. Målgruppen är barn i förskoleklass, i årskurs 4 och 7 samt ungdomar som går första året på gymnasiet. Svaren registreras av skolsköterskan i en databas. Genom standardiserade hälsofrågor är det möjligt att följa hälsoutvecklingen på klass-, skol-, kommun- och länsnivå. SKL:s pågående arbete med Psyntk (psykisk hälsa barn och unga) vill genom en nationell databas för elevhälsodata öka kunskapen om barns och ungas psykiska hälsa på nationell nivå. Databasen kommer att möjliggöra jämförelser över tid och mellan kommuner, landsting och regioner när det gäller elevers psykiska hälsa (SKL, 2012a och Västerbottens läns landsting, 2012a).

¹⁴ Mer information finns på <http://www.folkhalsa.goteborg.se/>

9. Formulera indikatorer för social hållbarhet

Det är viktigt att utveckla indikatorer för hållbar utveckling och i detta sammanhang betrakta de ekonomiska, ekologiska och sociala dimensionerna av hållbar utveckling som delar av en helhet. När uppföljningar av hållbar utveckling sker är det vanligt att de indikatorer som används härrör från de nationella miljömålen. Sociala och ekonomiska dimensioner av hållbar utveckling lyfts inte fram i lika hög utsträckning.

Det är därför angeläget att kommuner, landsting och regioner identifierar ett mindre antal indikatorer med bäring på social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa. En utgångspunkt för ett sådant arbete kan vara innehållet i de fem rekommendationer som lyfts fram i denna rapport. De indikatorer som identifieras bör vara stabila över tid, synliggöra olika gruppers behov och vara möjliga att bryta ned på lokal och regional nivå, helst på bostadsområdesnivå.

Nyckeltal för hållbar utveckling

Rådet för främjande av kommunala analyser har tagit fram ett trettiotal nyckeltal för hållbar utveckling som går att bryta ned på kommunnivå. Nyckeltalen är hämtade ur kommun- och landstingsdatabasen *Kolada* och täcker in ekonomisk, ekologisk och social hållbarhet. En rapport med nyckeltalen publiceras preliminärt sommaren 2013.¹⁵

10. Integrera skillnader i hälsa i organisationens ordinarie system för uppföljning och analys

För att genomföra åtgärder för att minska skillnader i hälsa, följa upp dessa och vid behov justera åtgärdernas innehåll är det angeläget att indikatorer för social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa integreras i organisationens sätt att följa upp sina mål. Det innebär att måluppföljning, delårsrapportering och årsredovisning belyser hållbar utveckling socialt, ekonomiskt och ekologiskt samt fortlöpande redovisar utvecklingen av skillnader i hälsa. En organisation som fokuserar på social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa borgar för att systemet är hållbart över tid och för att flera aktörer i samhället involveras i analysarbetet.

Göra jämlikt är att göra skillnad – vägledning för jämlik styrning och ledning

SKL har utvecklat en vägledning för jämlik styrning och ledning. I vägledningen presenteras en checklista och en modell för hur en organisation kan utveckla sitt övergripande styr- och ledningssystem för att erbjuda mer jämlika välfärdstjänster inom exempelvis hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten. Under 2012-2013 pågår ett särskilt utvecklingsprojekt i åtta kommuner, landsting och regioner i syfte att omsätta innehållet i vägledningen till praktisk handling (SKL, 2013b).

¹⁵ Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) är en ideell förening med uppgift att främja jämförelser mellan kommuner och landsting genom att tillhandahålla Kommun- och landstingsdatabasen Kolada. Mer information finns på <http://www.kolada.se/>

Örebro läns landstings arbete med välfärdsbokslut

Örebro läns landsting har antagit en Folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål för en god och jämlik hälsa med tillhörande bestämningsfaktorer och indikatorer. I länet tar länets folkhälsostateger tillsammans med landstingets samhällsmedicinska enhet regelbundet fram välfärdsbokslut som uppföljning av folkhälsoplanens mål. År 2009 behandlade välfärdsbokslutet barn- och ungdomsperspektivet och 2010 jämlikhetsperspektivet. Nästa välfärdsbokslut för länet kommer att arbetas fram under hösten 2013. Länets kommuner tar också fram egna lokala välfärdsbokslut eller folkhälsobeskrivningar som ger underlag för uppföljning av kommunala mål och prioriteringar (Örebro läns landsting, 2012).

11. Säkra kunskapsnivån i organisationen om normkritik, interkulturalitet och folkhälsa

Det behövs ett normkritiskt och interkulturellt förhållningssätt för att synliggöra hur ojämlikheter skapas och upprätthålls. Ett sådant förhållningssätt bidrar också till att motverka diskriminering. För att förstå problemet och bedöma effekterna av åtgärderna är det dessutom bra med kunskap i folkhälsovetenskap. Särskilda utbildningsinsatser kan vidtas för detta ändamål. Andra exempel är proaktiva rekryteringsinsatser som på ett bra sätt tillmötesgår sådana kunskapskrav eller som på ett bra sätt bidrar till att organisationen på olika nivåer är representerad av olika grupper i samhället.

Kunskapscentrum för Jämlik vård

Västra Götalandsregionen har inrättat Kunskapscentrum för jämlik vård (KJV) som arbetar med verksamhetsutveckling, utbildning och forskning. Målet är att vara med och utveckla vården så att patienter erbjuds en god, säker och jämlik vård vid varje tillfälle och på varje vårdnivå. KJV ansvarar för att utbilda, forska och ge kompetensstöd kring jämlik vård i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsförvaltningar (Västra Götalandsregionen, 2012).

Aktivt arbete med mänskliga rättigheter i Göteborgs stad

Göteborgs Stad arbetar aktivt med mänskliga rättigheter och med att införa ett normkritiskt förhållningssätt i stadens samtliga verksamheter. Det innebär att alla tjänsteutlåtanden beskriver konsekvenser utifrån ett mångfalds-, jämställdhets- och barnperspektiv. Samtliga verksamheter i staden tar fram likabehandlingsplaner och vidtar aktiva åtgärder när det gäller alla diskrimineringsgrunder. En särskild enhet, Enheten för mänskliga rättigheter, nationella minoriteter och jämställdhet, har uppdraget att samordna, implementera och utveckla arbetet med likabehandling och jämställd och likvärdig service i Göteborgs stad. Enheten har utvecklat ett antal verktyg och metoder för stadens verksamheter, bland annat det normkritiska verktyget ”Normblocket” och ”Välj rätt”, en interaktiv utbildningsfilm i mänskliga rättigheter.¹⁶

¹⁶ Mer information finns på goteborg.se/wps/portal/invanare/kommun-o-politik/

12. Använd vetenskapligt stöd för åtgärder på lokal och regional nivå

I möjligaste mån bör vetenskapligt stöd användas när åtgärder för ökad social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa ska genomföras. Om sådant stöd saknas är det särskilt viktigt med noggrann uppföljning och utvärdering av åtgärderna.

Den forskning som inriktar sig på att förstå de mekanismer som i Sverige kan förklara skillnaderna i hälsa är viktig. Samlingens åtgärder bygger på dessa vetenskapligt grundade analyser och på förslag från de vetenskapliga kommissioner som tillsatts för att belysa hälsans sociala bestämningsfaktorer och skillnader i hälsa. Den praktiska tillämpningen av dessa analyser på lokal och regional nivå kan däremot variera. Forskare bör därför involveras i de åtgärder som sker eller bör ske på lokal och regional nivå. Till exempel bör det skapas mötesplatser för forskare och de som praktiskt tillämpar forskningen i kommuner, landsting och regioner.

Kommission för ett socialt hållbart Malmö

En politiskt oberoende kommission för ett socialt hållbart Malmö har sedan 2011 arbetat med att ta fram förslag på vetenskapligt underbyggda strategier för att minska skillnader i hälsa och förbättra livsvillkoren bland Malmöborna. Kommissionen består av en ordförande, en sekreterare och 14 kommissionärer från forskarsamhället och Malmö stad. Kommissionärerna har presenterat ett 30-tal rapporter som underlag för kommissionens förslag. Kommissionen presenterade i mars 2013 sitt förslag med två rekommendationer 24 mål och 72 åtgärder.¹⁷

Östgötakommissionen för folkhälsa

I september 2012 tillsatte Östsams styrelse "Östgötakommissionen för folkhälsa" som ska belysa hälsoläget i länet utifrån ett tvärspektoriellt kunskaps- och erfarenhetsperspektiv. Kommissionen ska föreslå insatser på läns-, kommun-, och stadsdelsnivå som skapar förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor för alla östgötar. Resultat ska presenteras i delrapporter. En slutrapport sammanställs sista kvartalet 2014. En kontinuerlig dialog kommer att ske med både politiker och tjänstemän på lokal och regional nivå. Viktigt blir även att under arbetets gång skapa och föra en dialog med den sociala ekonomins aktörer, näringslivet och civilsamhället i stort.¹⁸

¹⁷ Mer information finns på www.malmo.se/Kommun--politik/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo/Underlag-och-rapporter.html

¹⁸ Mer information finns på www.ostsam.se/article.asp?id=224

Rekommendation 3: Ge alla barn och unga en bra start i livet

Målet är att skillnader i barns och ungas hälsa minskar.

Hälsosituationen för svenska barn är i flera avseenden bland de bästa i världen. Spädbarnsdödligheten är låg, liksom andelen barnolycksfall. Andelen som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen är jämförelsevis låg, en hög andel spädbarn ammas och en hög andel av alla barn vaccineras. Samtidigt finns det relativt stora och i vissa fall växande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället, vilket påverkar möjligheterna att få en bra start i livet (Statens folkhälsoinstitut, 2010 och Socialstyrelsen, 2010b).

Kommuner, landsting och regioner bör arbeta för att skapa goda förutsättningar så att barn och unga kan ges en bra start i livet. Fokus kan riktas på tidig utveckling av fysisk och emotionell hälsa och på att höja den kognitiva, språkliga och sociala förmågan. Att investera i flickors och pojkars utveckling är en av de viktigaste vägarna till social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa (WHO, 2008).

Det är av högsta prioritet att verksamheter som har stor påverkan på barns och ungas hälsa – exempelvis hälso- och sjukvård, förskola och skola, socialtjänst och kriminalvård – håller den kvalitet som krävs för att tillgodose alla barns behov. Det är också viktigt att samverka för barns och ungas hälsa, att stärka kompetensen och kunskapen om de ojämlika villkoren samt att ta fram handlingsstrategier för barn och unga i ekonomiskt utsatta hushåll.

Gör barn starkare – en ny vägledning

Som en del av överenskommelsen mellan regeringen och SKL har ett webbaserat väglednings-, inspirations- och kunskapsmaterial tagits fram för alla som vill börja arbeta med Barnkonventionen i sin verksamhet, med förslag på vilka beslut som behöver fattas och hur implementeringen av Barnkonventionen kan gå till (SKL, 2013a).

Barnpiloter i Landstinget i Dalarna

Landstinget Dalarna har fattat beslut om att barn- och ungdomsperspektivet ska vara en del i vårdens ordinarie arbete. En metod att införliva Barnkonventionen är genom barnpiloter. Barnpiloten har som uppdrag att på sin arbetsplats informera och vidareutbilda kollegor utifrån Barnkonventionens artiklar. Samtliga kliniker och enheter som kommer i kontakt med barn, direkt eller indirekt, förväntas ha barnpiloter (Landstinget Dalarna, 2012a).

13. Skapa goda förutsättningar för samverkan

Barn och unga samt föräldrar och anhöriga bör stå i centrum när verksamheter som exempelvis hälsovård, socialtjänst och förskola och skola organiseras. Förmågan till samverkan dem emellan är därför en framgångsfaktor i arbetet för barns och ungas hälsa.

Det är viktigt att ett hälsofrämjande perspektiv integreras i alla verksamheter och att uppdraget för samverkan för barn och unga är tydligt. För att nå framgång är det viktigt med beslutsfattares intresse för och kunskap i att hantera den komplexa helhet som förutsättningarna för barns och ungas hälsa utgör.

Det behövs mötesplatser för barn, föräldrar och anhöriga oavsett ålder. Via organiserade mötesplatser kan aktiviteter erbjudas för att stärka hälsan hos alla barn och chansen öka för att barn med särskild risk för ohälsa uppmärksammas.

Ett utvecklingsområde som kräver särskild uppmärksamhet är kunskap om samverkan, eftersom nya forskningsrön kan bidra med god vägledning till beslutsfattare (Danermark och Kullberg, 2011).

Regional samverkansrutin vid familjehemsplanering

Landstinget i Värmland har tillsammans med samtliga värmländska kommuner tagit fram en samverkansrutin för socialtjänst och skola inklusive elevhälsa. Rutinen sker inom ramen för den nationella utvecklingssatsningen ”Bättre stöd till utsatta barn” i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting, Skolverket och Socialstyrelsen. Innehållet bygger på viktiga och kända förbättringsområden i arbetet med barn och unga som placeras i familjehem.¹⁹

Tidaholms kommun samverkar för barn och unga

Tidaholms kommun har beslutat att prioritera målgruppen barn och unga, med fokus på tidiga insatser i åldrarna ”minus 9 månader” till att de fyller sex år. Detta har resulterat i en samverkan mellan mödravårdscentralen, barnavårdsmottagningen, socialtjänsten, familjecentralen och skolan samt omvårdnads- och kultur- och fritidsförvaltningen. Arbetets första skede är kartläggning av aktörernas ansvarsområden. Syftet är att kunna genomföra tidiga, effektiva insatser och åtgärder hos den prioriterade målgruppen (Tidaholms kommun, 2012).

¹⁹ För mer information, mejla till birgitta.svensson@regionvarmland.se

Samverkan för hälsofrämjande insatser under uppväxten

Västerbottens läns landsting har startat Salut-satsningen, för att skapa hälsofrämjande insatser för barn och unga, där samverkan med andra aktörer är en nyckelfråga, liksom att integrera hälsoarbetet i ordinarie verksamhet. Utifrån den nationella folkhälsopolitiken prioriteras uppväxtvillkor, fysisk aktivitet och matvanor. Salut-satsningen har utvecklat åldersanpassade insatser för goda uppväxtvillkor. Inom mödrahälsovården står exempelvis jämställt föräldraskap, tidig anknytning och nära relationer i fokus. Inom barnhälsovården används metoden ”Vägledande samspel” för att förmedla förhållningssätt anpassade till barnets utvecklingsnivå. Förskolans psykosociala grundsyn har tydliggjorts genom Salut-satsningen. Skolsköterskorna genomför hälsosamtal utifrån en enkät som lagras i en läns gemensam databas. I högstadiet används ett elev ägt hälsomaterial, VIP, som främjar identitetsutveckling, självkänsla och relationskompetens (Västerbottens läns landsting, 2013).

Familjecentralen – ett gott exempel på samverkan

Kommuner och landsting kan främja psykisk hälsa genom att samverka och utveckla samordnade och integrerade verksamheter som når de flesta barn och ungdomar samt deras föräldrar eller andra anhöriga. Goda exempel är familjecentraler och familjehälsocentraler som är en organisationsform som erbjuder till exempel mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamheter. Ungdomsmottagningar och liknande verksamheter kan skapas genom samordning av ungdomshälsa, socialtjänst, beroendemottagning, försäkringskassa och arbetsförmedling för att tillgodose ungdomars behov. Verksamheterna måste utformas från lokala och regionala förutsättningar (SKL, 2009b).²⁰

14. Säkra kunskapsnivån och kompetensen bland personal och förtroendevalda om barns och ungas ojämlika villkor

Organisationer med verksamheter som direkt eller indirekt berör barn bör säkra personalens och förtroendevaldas kunskapsnivå och kompetens om barns och ungas ojämlika villkor. Det är också viktigt att professionella kompetenser finns att tillgå, oavsett var barnen och deras föräldrar är bosatta eller vilka sociala och ekonomiska förutsättningar de lever under. Det handlar exempelvis om professionella kompetenser inom hälso- och sjukvården, förskola och skola, elevhälsa samt inom verksamheter som arbetar med vuxna som kan vara föräldrar inom exempelvis kriminalvård och sjukvård.

²⁰ Mer information om Psynk-projektet och om Samverkan för barn och ungas psykiska hälsa finns på www.skl.se/psynk

Det är viktigt att använda kunskapsbaserade metoder och beakta skillnader mellan grupper

SKL anser att såväl hälsofrämjande insatser, tidig identifiering och intervention som behandling och socialt stöd måste så långt som möjligt ske med kunskapsbaserade metoder. För att få bästa möjliga beslutsunderlag måste metoder och åtgärder systematiskt följas upp. Olikheter för pojkar och flickor liksom skillnader utifrån ålder, socioekonomi och kulturell bakgrund ska beaktas (SKL, 2009b).

15. Ta fram lokala och regionala handlingsstrategier för att minska antalet barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll

Gapet mellan lägre och högre inkomstgrupper har ökat inte bara i Sverige, utan i hela OECD-området. Effekterna av den ekonomiska utsatthet som kan upplevas i de lägre inkomstgrupperna har studerats på olika sätt i Sverige och internationellt. Det råder enighet kring svårigheten att särskilja ekonomisk utsatthet från andra riskfaktorer. Det står ändå klart att barn som växer upp i familjer med svag ekonomi löper högre risk för sjukdom, dödlighet och skador. Generellt sett mår de också psykiskt sämre än andra barn (Salonen 2011 och Angelin 2009).

Det är viktigt att säkerställa att barn och unga i enlighet med Barnkonventionen har tillgång till social trygghet, en skälig levnadsstandard samt möjlighet till lek, vila, och fritid. Handlingsstrategier för barn och unga i ekonomiskt utsatta hushåll behövs därför på såväl nationell som regional och lokal nivå.

Barnfattigdom uppmärksammas av Rädda Barnen och Socialstyrelsen²¹

Rädda Barnen har genom årliga rapporter sedan 2002 kartlagt barnfattigdomen i Sverige. Olika fördjupningsstudier har genomförts för att visa sambandet mellan olika faktorer och barnfattigdom. De senaste åren har Rädda Barnen genomfört analyser av vilka system samhället har som kan minska barnfattigdomen och hur de fungerar (Salonen, 2011). Socialstyrelsen har uppmärksammat att fattigdom under uppväxten kan drabba barnen i dubbel bemärkelse, dels genom låg levnadsstandard under barndomen, dels genom ökad risk att själva bli fattiga (Socialstyrelsen, 2010a).

Örebro kommun arbetar mot barnfattigdom

Som en del i att verka för att skapa en socialt hållbar stad ska Örebro kommun arbeta särskilt med barn i ekonomiskt utsatta hushåll. En handlingsplan för insatser som ska leda till att barnfattigdomen i Örebro halveras fram till år 2020 är under utformning. Handlingsplanen ska innefatta såväl aktiviteter för fler jobb som aktiviteter som lindrar de negativa konsekvenserna för barnen. Handlingsplanen anknuter också till Örebro kommuns arbete med Barnkonventionen och arbetet med mänskliga rättigheter. Åtgärdsförslagen är när detta skrivs under politisk behandling (Svensson, 2012 och Örebro kommun, 2012a).

²¹ Begreppet barnfattigdom används av Rädda Barnen.

Rekommendation 4: Ge alla förutsättningar till egen försörjning

Målet är att människor har grundläggande förutsättningar att efter egen förmåga delta i arbetslivet.

Människors deltagande i arbetslivet är viktigt av flera anledningar. Det främjar i de flesta fall hälsan, det är en förutsättning för egen försörjning och det är viktigt för känslan av delaktighet i samhället. Arbetslöshet är omvänt en riskfaktor för psykisk ohälsa och för att dö i förtid (Janlert, 2012, Socialstyrelsen, 2012). Även ungdomar som inte fullföljer grund- och gymnasieskola löper en ökad risk för psykosociala problem (Bremberg, S., Eriksson Lilly (2010), Socialstyrelsen, 2010a).

Den senaste tiden har samhället och arbetslivet genomgått stora förändringar. Individer ställs inför nya krav på kunskap, kompetens och förmåga. Utbildning är centralt för att få ett arbete och möjlighet till egen försörjning. Men människor måste också ges förutsättningar att efter egen förmåga uppnå den utbildning och kompetens som krävs för att etablera sig på arbetsmarknaden. För vissa individer och grupper innebär detta ett ökat behov av stöd.

Utbildningens innehåll, övergången mellan utbildning och arbetsliv och de aktörer som finns i gränslandet där emellan är viktiga. Det behövs hållbara strukturer för samverkan och stöd som tar hänsyn till individen och som underlättar både inträde och återinträde på arbetsmarknaden. Ännu en väg att gå för att skapa nya arbeten för grupper som idag har svårt att göra sig gällande på arbetsmarknaden är att uppmuntra socialt företagande, vilket också är ett sätt att uppmuntra företagande i allmänhet.

SKL prioriterar Unga till arbete

År 2012 beslutade SKL:s kongress att förbundet ska verka för en bättre organisation av myndighetssamverkan med ökad samordning av resurser för arbetslösa med särskilt fokus på ungdomarna. Enligt kongressen ska SKL också verka för att alla elever ska uppnå skolans kunskapsmål. ”Unga till arbete” är en av SKL:s prioriterade frågor för 2013.²²

16. Vidta åtgärder för att barn och unga ska fullgöra grundskola och gymnasieskola med godkända betyg

Fullständiga betyg från grund- och gymnasieskolan ger förutsättningar för att i vuxen ålder etablera sig på arbetsmarknaden. Åtgärder som hjälper barn och unga att klara skolan kan se ut på olika sätt. Bland annat är det viktigt att skola och förskola – med vårdnadshavarnas delaktighet – anpassas efter barnens behov. Redan på förskolan kan möjligheten att klara skolan grundläggas via en bra verksamhet som till exempel inkluderar läs- och sifferträning (Socialstyrelsen, 2010a).

²² Mer information finns på www.skl.se/vi_arbetar_med/arbetsmarknad-och-sysselsattning/unga-till-arbete

I övergången mellan grund- och gymnasieskola är det viktigt att elever med särskilda behov får fortsatt stöd och att överlämning av information sker oavsett huvudman.

Risken för skolmisslyckanden kan minskas genom ett aktivt hälsofrämjande arbete som utgår från hälsans bestämningsfaktorer och där fokus ligger på arbete mot mobbning och diskriminering och för integration.

Åtgärderna bör innefatta möjligheten att i vuxen ålder komplettera den grundläggande utbildningen.

35 timmars förskola i veckan för alla föräldrar

”I Botkyrka kommun har alla barn rätt att gå i förskola oavsett föräldrarnas sysselsättning (arbetande, föräldraledig, arbetslös, praktik, studerande). Syftet är att ge alla barn förutsättningar och ta del av den pedagogiska verksamheten. Vi kan se att de barn som gått på en språkutvecklande förskola har bättre förutsättningar senare genom hela skolsystemet” (Botkyrka kommun, 2012c).

17. Utveckla en gemensam syn för den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbets- och samhällsliv

Det är viktigt att skola, arbetsgivare och samhälle utvecklar en gemensam syn på den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbetsliv. Ökad samverkan mellan aktörerna inom utbildning och arbetsmarknad kan vara en väg att gå. Ett exempel är det regeringsuppdrag som skolan fått om att arbeta med ett entreprenöriellt förhållningssätt. Syftet är att öka den ömsesidiga förståelsen för respektive verksamhet och att ge förutsättningar för en ökad samsyn kring den kunskap som skolan förmedlar och den kompetens som arbetslivet efterfrågar (Regeringen, 2009).

Vad innebär strategiskt entreprenörskap i skolan?

Strategiskt entreprenörskap i skolan (STEPS) är ett ESF-finansierat projekt som menar att entreprenörskap i skolan är ett pedagogiskt förhållningssätt som kan se olika ut på olika arbetsplatser. Entreprenöriellt lärande innebär att utveckla och stimulera generella kompetenser hos individer som till exempel att ta initiativ, ansvar och omsätta idéer till handling. Det handlar om att utveckla människans nyfikenhet, kreativitet och tilltro till sin egen förmåga. Arbete med jämställdhet och entreprenörskap handlar om att bryta mönster och finna nya vägar.²³

²³ Mer information finns på www.steps.nu

Region Hallands arbete med entreprenörskap i skolan

Skolans organisering och lärandeprocesser är i fokus både i Sverige och i Europa. Det ställs krav på att utbildningsväsendet ska anpassa sig för att bemöta förändringarna i samhället och arbetsmarknaden. I Halland har projektet Strategiskt entreprenörskap i skolan (STEPS) satts i gång, med syfte att skapa en entreprenöriell, företagsam och jämställd skola, som bättre speglar arbetslivets behov och förutsättningar. Projektet innefattar verksamhets- och organisationsutvecklande insatser och har samlat omkring 2 400 deltagare, från alla kommuner i Halland samt de fyra kommunalförbunden i Västra Götalandsregionen. Varje enskild enhet har i projektet gjort en nulägesbeskrivning som grund för individuella utbildningsinsatser, vilket handlar om att arbeta med lärarlagsutbildningar, om att granska och utarbeta nya sätt att organisera sig kring elevers lärande och utvecklandet av entreprenöriella och jämställda skolstrukturer (Region Halland, 2013).

18. Samverka för en samlad och vid ingång till arbetsmarknaden

För att möta de krav som samhället, arbetslivet och vardagen ställer på enskilda individer är det nödvändigt med ökad samordning, samorganisation och anpassning av stöd, där individens olika behov och förutsättningar ligger som grund. Det samhälleliga ansvaret är splittrat mellan en rad aktörer med olika, delvis överlappande, uppdrag. Det kan handla om Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, landsting och samordningsförbund. Alla har olika roller – i form av arbetsförberedande insatser, utbildning, hälso- och sjukvård, socialt stöd eller ekonomiskt bistånd – i arbetet för att stärka anknytningen till arbetsmarknaden och öka det sociala deltagandet.

På lokal och regional nivå finns flera goda exempel och initiativ. Det sker en strategisk satsning, riktad mot individer och grupper, via den finansiella samordningen och det utvecklingsarbete som där genomförs. Pågående arbete, metoder och erfarenheter bör nu växlas upp och omfatta alla parallellt med att det socialt inriktade arbetet skaffar sig en beredskap för att sätta in åtgärder för enskilda och grupper med särskilda behov.

Inspiration för samverkansmodeller för samlad och vid ingång till arbetsmarknaden kan hittas i befintlig samordning i Sverige och andra länder – exempelvis Norge, Finland och Tyskland.

SKL vill ha en gemensam ingång för arbets sökande

SKL beslutade 2007 att ställa sig bakom principen om en gemensam ingång för enskilda till myndigheter på lokal nivå. Beslutet innebär en utveckling av den nuvarande samverkan mellan myndigheterna efter dansk och norsk modell och att arbeta med ett gemensamt utvecklat instrument för bedömning av anställningsbarhet som erkänns av samtliga parter. Beslutet innebär att SKL betonade samlokalisering av försäkringskassa, arbetsförmedling, kommunala arbetsmarknadsenheter och ekonomiskt bistånd och samordning av informationsinsatser på lokal nivå (SKL, 2009a).

Samordningsförbund möjliggör ökad samordning

Sedan lagen om finansiell samordning började gälla vid årsskiftet 2003-2004 har ett 80-tal samordningsförbund bildats. Cirka 220 av landets 290 kommuner är medlemmar i ett sådant förbund. I Västra Götalandsregionen är 48 av regionens 49 kommuner medlemmar i något av regionens 16 förbund, vilket ger möjligheter till samordnade aktiviteter. En sådan aktivitet kan vara att initiera utveckling av ett hållbart kompletterande arbetsliv som ökar de arbetslösas möjligheter att få ett arbete med lön istället för åtgärder.²⁴

19. Stimulera utvecklingen av sociala företag och kooperativ

Det är viktigt att stimulera utvecklingen av sociala företag och arbetskooperativ. Det handlar om att främja företagande i allmänhet, och kan vara en väg till arbete för grupper som idag har svårt att göra sig gällande på arbetsmarknaden. Sociala företag tillämpar ofta arbetsmetoder som kan bidra till personlig utveckling, ökad självkänsla och höjd kompetens för att hävda sig i arbetsmarknaden.

En välkommen effekt av ökad anställbarhet är möjligheten till minskat bidragsberoende och integrering, med minskade samhällskostnader för bland annat arbetslöshet som följd, vilket i sin tur bidrar till en socialt och ekonomiskt hållbar tillväxt. Etableringen av fler sociala företag kan också vara ett sätt att mobilisera arbetskraft, till exempel vid en generationsväxling eller andra framtida scenarier där efterfrågan på arbetskraft är stor.

För att stimulera socialt företagande behöver stödstrukturer – både för start- och driftskede – utvecklas lokalt, regionalt och nationellt. På den lokala och regionala nivån behövs politiska beslut i form av styrdokument. Där behövs exempelvis regler för avtal och uppdrag samt kriterier för sociala krav i offentliga upphandlingar. Nationellt bör riktlinjer kring offentliga upphandlingar och lagstiftningen för ekonomiska föreningar ses över. Det behövs även en lag som möjliggör för sociala företag med en revolverande verksamhet att föra över årsvinster skattefritt, vilket skulle underlätta investeringar och utveckling inom den sociala ekonomin. System bör också utvecklas som effektivt samordnar formell och informell utbildning där socialt företagande ingår som en komponent.

"Arbeta för alla"

Region Östsam genomförde 2010 en kartläggning som visade på de sociala företagens och arbetskooperativens förutsättningar för att öka antalet sysselsatta och antalet anställda inom grupper som idag har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Utveckling och organisering av en Östgötamodell, med syfte att främja stöd och stimulans både till sociala företag och arbetskooperativ och den sociala ekonomins aktörer, har påbörjats. Arbetet handlar om att mobilisera resurser och hitta former och operativt stöd för rådgivningsverksamhet gällande start, drift och företagsutveckling. Målsättningen är att det 2014 ska finnas en regional stödstruktur som utgår från lokala behov och lokal finansiering.²⁵

²⁴ Mer information finns på www.samverkanvg.se

²⁵ Mer information finns på www.ostsam.se/news_details.asp?id=1711&type=1

Rekommendation 5: Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Målet är att alla människor har en bostads-, boende- och närmiljö som bidrar till minskade skillnader i hälsa.

I Sverige, liksom i övriga världen, pågår en urbanisering där delar av glesbygden utarmas samtidigt som befolkningen i storstadsområden växer. I urbaniseringens spår sker en segregation i städerna som till hög grad påverkas av inkomstskillnader mellan boende i olika områden. De miljöer som människor lever i påverkar samtidigt det vardagsliv som pågår och vice versa. Denna utveckling ställer krav på beslutsfattares och samhällsplanerares förmåga att väga samman socialt ansvarstagande med miljömässiga och ekonomiska hänsyn.

Arbetet för att skapa goda vardagsförhållanden utgör en viktig del i arbetet för att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa. Tillgång till bostäder av god kvalitet och rent vatten och avlopp är mänskliga rättigheter och en grundförutsättning för god hälsa. Tätortsmiljöernas utformning påverkar också beteenden och upplevelsen av trygghet (WHO, 2008).

För att öka intresset för bostads-, boende- och närmiljöns möjligheter att minska skillnaderna i hälsa är det viktigt att identifiera synergieffekter och de värden som kan uppnås ekonomiskt och miljömässigt. Ekonomiska realiteter kan visserligen på kort sikt begränsa, men på längre sikt snarare ställa krav på att hälsofrämjande åtgärder vidtas i samhällsplaneringen. En central aspekt vid samhällsplanering är att det sker i nära samverkan med invånarna. Särskilt viktiga är insatser som främjar barns och ungas delaktighet.

En socialt hållbar stadsutveckling

I en hållbar stadsdelsutveckling handlar social hållbarhet om att skapa ett samhälle där alla människor ges lika möjlighet till en god livsmiljö utifrån skilda behov och förutsättningar samt att behov och rörelsemönster beaktas ur ett vardagsperspektiv genom en väl planerad integrerad stadsstruktur. Att systematiskt och målinriktat arbeta för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen är angeläget ur ett tillväxtperspektiv både för dagens människor och kommande generationer (SKL, 2010b).

20. Planera utifrån alla områdens och orters förutsättningar och behov i relation till ett större geografiskt sammanhang

Samhällsplaneringen bör inte se geografiska områden som enskilda öar, utan uppmärksamma varje områdes styrkor, förutsättningar och behov, och ställa dem i relation till hur omgivande geografiska områden är planerade.

Uppmärksamheten kan riktas mot kommunikationer, mark för arbetsplatser och bostäder, upplåtelseformer eller naturvärden som är viktiga att bevara eller förstärka.

För att motverka segregation i städer och utarmning av landsbygden är förståelse för den komplexa helheten av större vikt än enskilda, riktade insatser i områden som betraktas som särskilt problematiska. När en plan för hållbar stadsdelsutveckling, en ny översiktsplan eller en regional utvecklingsplan ska tas fram bör olika bostadsområdens och bostadsorters unika kvaliteter ses i ett större sammanhang (Kölegård, 2012).

Beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå bör därför se över rådande styrdokument för hållbar planering för att tillgodose att alla bostadsområden och bostadsorter återspeglas på ett jämbördigt sätt utan att exempelvis delar av landsbygden eller vissa bostadsområden i städerna stigmatiseras. Konsekvenser för hur planeringen påverkar olika grupper i befolkningen bör systematiskt ingå som del i samhällsplaneringen.

Främja hälsa – en nyckel till hållbar utveckling

Hälsöfrämjande processer kan fungera som en viktig drivkraft för hållbar utveckling, både ekologiskt, ekonomiskt och socialt. Landstinget Dalarna arbetar med att sprida kunskap om dessa samband för att underlätta ledarskap, samverkan och delaktighet i arbetet för ett hållbart samhälle. En tillämpning av detta perspektiv är det arbete som pågår hos Orsa Kommun där verktyget Sju landmärken för hälsa och hållbar utveckling används som ett stöd i kommunens arbete för ett hållbart samhälle i allmänhet och för barn och ungas situation i synnerhet. Verktyget används även av Länsstyrelsen i Dalarna i arbetet för Dalarnas miljömål som ett stöd i det åtgärdsprogram som tagits fram för åren 2013-2016 (Landstinget Dalarna, 2012b).

Regionalt utvecklingsprogram för Skåne

Regionalt utvecklingsprogram för Skåne 2009-2016 lyfter fem utmaningar som särskilt viktiga för Skånes utveckling. En av dessa är att öka delaktigheten och minska utanförskapet. I programmet konstateras att det finns en etnisk, social och ekonomisk segregation i regionen och att det finns stora skillnader i livsvillkor mellan olika grupper, till exempel avseende sysselsättning, boende, skolresultat och hälsa. Det konstateras att förekomsten av dessa skillnader har en negativ inverkan på Skånes utvecklingsmöjligheter och att en lösning på dem rymmer en stor potential för utveckling och mångfald. Region Skåne arbetar aktivt med att stimulera sociala innovationer och med att på ett tydligt sätt lyfta in folkhälsofrågor i det regionala utvecklingsarbetet. I kommande Regional utvecklingsstrategi 2014-2020 kommer sannolikt ytterligare fokus att ligga på dessa frågor.²⁶

²⁶ <http://www.skane.se/sv/Skanes-utveckling/Om-Skane/Regionala-utvecklingsprogrammet/Regionalt-utvecklingsprogram-for-Skane-2009-2016/>

21. Planera för ett hälsofrämjande boende med varierat bostadsutbud och blandade funktioner

Att många personer bor i samma hushåll är mer förekommande bland låginkomsttagare och är nära förknippat med fysiska och psykiska problem. Även hälsofaror som buller, fukt och mögel är nära förknippade med sämre socioekonomiska förhållanden (Statens folkhälsoinstitut, 2011b).

Det är därför viktigt att skapa bostäder av god kvalitet, både vid nybyggnation och vid bostadsförbättringsprogram. Satsningar bör göras för att motverka att människor utestängs från bostadsmarknaden, för att öka tillgången på bra bostäder till rimligt pris och för ökad tillgång till blandade boende- och upplåtelseformer som utgår från olika boendebehov under livets olika skeden, till exempel vid ändrade familjemönster.

En mångfald av upplåtelseformer i alla stadsdelar skapar variation och förutsättningar för social integration. Genom att blanda bostäder och arbetsplatser befolkas staden under större del av dygnet, vilket skapar mötesplatser och ger trygghet (Kölegård, 2012).

Vidare behövs olika stödfunktioner såsom hyresgarantier och vräkningsförebyggande arbete, särskilt med tanke på barnfamiljer. Det kan även innebära en mer aktiv medverkan från flera verksamhetsområden, till exempel socialtjänsten, vid planering av bostadsförsörjning.

Halland – bästa livsplatsen

Både den regionala utvecklingsstrategin ”Halland – bästa livsplatsen” och ”Mål och strategier för Region Halland” lyfter de halländska boendemiljöerna som ett viktigt område för regional attraktivitet. Region Halland har som uppgift att verka för ett regionalt och kommunalt perspektiv i samhällsplaneringen. I det arbetet spelar de halländska kommunernas översiktplaner en viktig roll för möjligheten att uppnå både långsiktig hållbarhet, trygghet och ökad attraktivitet i hela Halland. Arbetet sker i samverkan mellan de halländska kommunerna och Region Halland. Region Halland har även deltagit i det EU-finansierade projektet Coast Alive, som handlar om att skapa samhällseliga förutsättningar för att få fler människor att röra sig i sin närmiljö. Detta har bland annat resulterat i utvecklingen av bostadsnära promenadstråk och utbildningsinsatser för förskolepersonal i hur man kan använda närmiljön som del i lärandet.²⁷

22. Planera för en hälsofrämjande närmiljö

Samhällsplanerare har stora möjligheter att påverka människors hälsorelaterade levnadsvanor. Denna påverkan kan till och med vara mer effektiv än att lägga fokus på individens eget ansvar. Genom förändringar i den fysiska och sociala miljö som påverkar människors vardagsrutiner, exempelvis i fråga om förflyttning som inte är motordriven, kan man stimulera till ökad fysisk aktivitet (WHO, 2009).

²⁷ Mer information finns på www.coastalive.eu

En rätt utformad närmiljö kan ge positiva hälsoeffekter som kommer alla till del, särskilt de socioekonomiskt utsatta och de mest inaktiva. Attraktiva gång- och cykelvägar är samhällsekonomiskt lönsamma att anlägga. Förutom hälsovinster ses vinster i restid, bekvämlighet och trygghet. Överflyttning från biltrafik ger också effektivare markanvändning, minskning av slitage, buller och emissioner och minskad klimatpåverkan (Riksidrottsförbundet, 2011, WHO, 2012 och Naturvårdsverket, 2005).

Andra betydelsefulla aspekter för att uppmuntra hälsosamma val är tillgång till kollektivtrafik, skog och andra grönområden, samt till mötesplatser och miljöer utformade för att främja miljö och klimat, trygghet och social sammanhållning.²⁸

Närmiljön bör också planeras med utgångspunkt i barns behov av rörelse, spontanlek, spontanidrott, kontakt med naturmiljöer och möjlighet att på egen hand utforska hela närmiljön. En central aspekt vid samhällsplanering är att det sker i nära samverkan med invånarna. Särskilt viktiga är insatser som främjar barns och ungas delaktighet. Genom att se till att processerna för ökad delaktighet når alla grupper av boende och genom att låta dessa genomsyra hela planeringen av boende- och närmiljöer, uppnås såväl bättre resultat som ökad tillit och förtroende.

Kraftfulla åtgärder för ökad cykling i Uppsala

Uppsala kommun har arbetat fram en cykelpolicy med efterföljande handlingsplan. Målet med arbetet är att få fler medborgare att cykla till vardags och på detta sätt bidra till ökad hälsa. I planen ingår beteendepåverkande insatser, specifikt riktade utifrån olika målgruppers behov, för att därigenom kunna skapa goda förutsättningar för att vänja människor att välja cykeln. I planen ingår att följa arbetet och utvecklingen över tid för att kunna målgruppsanpassa olika åtgärder och därmed minska skillnader i hälsa. En speciellt utvald målgrupp för insatserna är barn och unga, vilket kan ge effekter på lång sikt genom förändrat vanebeteende. Vintercykling är ett prioriterat område eftersom studier visat på ökad dödlighet i hjärtkärlsjukdom under vintern där en viktig orsak är minskad motion. I dessa studier framkommer att det är svårt att ersätta sommarcyklingen med andra motionsformer. Ett effektivt sätt skulle därför kunna vara att öka andelen vintercyklister (Uppsala kommun, 2013).

23. Gör samhällsservicen tillgänglig för alla invånare

Alla invånare i ett bostadsområde eller en bostadsort bör ha tillgång till viss grundläggande samhällsservice, säkerställd genom politiska beslut på nationell, regional och lokal nivå samt genom långsiktig samhällsplanering där hänsyn tas till ett större geografiskt perspektiv. En grundläggande service bidrar till områdets attraktivitet och är nödvändig för att tillgodose mänskliga, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

²⁸ För att veta mera om hur hälsan påverkas av livsmiljön har Statens folkhälsoinstitut bedrivit utvecklingsprojektet "Livsmiljö och levnadsvanor". Se Statens folkhälsoinstitut, 2011b.

Ett sätt att öka tillgängligheten är att fysiskt länka samman olika kommuner och kommundelar och skapa attraktiva – för områden sammanbindande och för grupper överbryggande – mötesplatser för social interaktion. Den strategiska placeringen av samhällsservicen behöver knytas till denna utveckling. Det är inte alltid praktiskt möjligt att erbjuda full tillgänglighet i alla områden, men eventuella brister får inte baseras på exempelvis invånarnas kön, socioekonomiska förhållanden eller etniska tillhörighet. Fysisk tillgång på samhällsservice kan också kompletteras med ny teknik. Det ställer dock krav på kompletterade åtgärder – exempelvis tillgång till publika datorer – som möjliggör för alla grupper att nyttja den nya tekniken.

Ett annat sätt att öka tillgängligheten är att se till att det finns kunskap om och förståelse för lokala och regionala skillnader i hälsa, samt om normkritiska och interkulturella perspektiv. Det är centralt inom strategisk planering att ha detta i åtanke och att verksamma i området, exempelvis inom skola, vård och omsorg, har denna kunskap för att kunna ge rätt bemötande och inkludera alla boende i området.

Hälso- och sjukvården är en viktig samhällsfunktion som bör ha god kunskap om hälsoläget i befolkningen men också lägga större tyngd på utåtriktat förebyggande och uppsökande arbete för att nå alla grupper i området. Primärvårdens ansvar för både patienter och befolkning behöver tydliggöras och hänsyn tas till socioekonomiska faktorer och beräknad vårdtyngd, samt stor vikt läggas vid hälsofrämjande och förebyggande insatser (SKL 2013c).

Vad kan samhällsservice innefatta?

Kollektivtrafik, gator och vägar, miljövård och bredband.

Öppen och sluten hälso- och sjukvård samt tandvård.

Förskola, grundskola och gymnasieskola.

Äldreomsorg, socialtjänst, färdtjänst, omsorg och försäkringskassa.

Kultur- och fritidsverksamhet, idrottsanläggningar, bibliotek, kulturaktiviteter samt turism.

Övrig service, exempelvis livsmedelsbutik och bankomat.

Vård på distans – från tekniska utmaningar till verksamhetsutveckling

De första tillämpningarna av telemedicinlösningar i Västerbottens läns landsting etablerades 1995. Den tekniska utvecklingen har gått snabbt, vilket medfört helt andra förutsättningar och möjligheter än vad som var fallet vid starten. Med en stabil och bra teknik som grund har fokus flyttats närmare vårdens behov.

Västerbottens läns landsting är idag det landsting som har störst antal kliniska tillämpningar och volymer inom området vård på distans, men utvecklingspotentialen är fortfarande stor. Hur kan till exempel den tekniska utvecklingen komma till patienters och invånares nytta på bästa sätt och hur ska tekniska möjligheter och kliniska behov kunna mötas i något som blir bra och tillämpbart för vården? (Västerbottens läns landsting, 2012b).

Insatser för mer jämlik hälsa och vård

Alla stora nationella aktörer står bakom en gemensam nationell plattform för jämlik hälsa och vård som samordnas av SKL. Plattformen anger viljeinriktningen för ansträngningarna att vända trenden med ökande skillnader mellan grupper. Som en del av en överenskommelse med regeringen samordnar SKL ett pilotarbete med första linjens hälso- och sjukvård för att identifiera effektiva och innovativa sätt att öka jämlikheten i vården med fokus på de grupper som inte nås av vården idag och de som har en ökad risk för ohälsa. Nio vårdcentraler, bland annat från Landstinget Dalarna, Landstinget Sörmland, Landstinget Värmland och Region Skåne, ingår i projektet som också utvärderas. Resultatet presenteras vid en konferens februari 2014. (SKL 2013c).

Att omsätta rekommendationerna och åtgärderna i praktisk handling

Samlingens arbete har utmynnat i 5 rekommendationer och 23 åtgärder för att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa. Den stora utmaningen är att omsätta dessa åtgärder i praktisk handling.

Varje individ bär ett ansvar för sin hälsa, men samhället måste i sin tur ge individen förutsättningar att ta ett sådant ansvar. Alla samhällsaktörer är därför viktiga och nödvändiga för att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa.

Samlingens arbete pekar ut flera av de möjligheter som ryms inom kommunernas, landstingens och regionernas ansvarsområden, där hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och samhällsplanering är exempel på verksamheter med stor påverkan på människors hälsa. Inom sina geografiska områden finns också goda möjligheter att ta initiativ till samarbeten med näringsliv, idéburen sektor, forskningsinstitutioner och statliga myndigheter.

Statens och EU:s arbete med frågan är också viktig för att åtgärderna ska bli framgångsrika på lokal och regional nivå.

- Arbetsförmedlingen, Polisen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen med flera bör vara öppna för att samverka för minskade skillnader i hälsa. Det kan ske genom olika lokala och regionala insatser, till exempel inom arbetsmarknad, rehabilitering, trygghet och tillsyn.
- Skolverket, Boverket, Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter bör agera samordnat och i dialog med lokal och regional nivå för att minska skillnader i hälsa. Det gäller till exempel metodutveckling, enkätundersökningar och nationella kampanjer och informationsinsatser.
- Hälsoutvecklingen bör fortlöpande följas upp, såväl nationellt som lokalt och regionalt. Uppföljningen bör också mer systematiskt än idag belysa fördelningen av hälsa mellan olika grupper i befolkningen, med särskilt fokus på barns och ungas situation.
- SKL, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut bör i ”Öppna jämförelser” synliggöra skillnader i hälsa på lokal och regional nivå. När detta inte är möjligt är det ändå viktigt att skillnader i hälsa synliggörs på nationell nivå för att kunna utgöra ett kunskapsstöd för kommuner, landsting och regioner.
- Sociala investeringar i kommuner, landsting och regioner leder till goda samhällsekonomiska effekter för staten. Det är därför bra om staten stödjer detta arbete.

- Det finns behov av mer forskning kring hälsans sociala bestämningsfaktorer och deras koppling till skillnader i hälsa. Det är viktigt att forskningen i högre grad än idag inriktar sig på att skapa vetenskapligt stöd för åtgärder på lokal och regional nivå.
- EU påverkar i hög grad beslutsfattande på lokal och regional nivå. Det är därför bra om staten verkar för att minskade skillnader i hälsa ses som en prioritering för EU:s beslut. Det kan till exempel bidra till att strukturfonderna i högre grad än idag premierar satsningar som bidrar till minskade skillnader i hälsa.

60 procent av allt beslutsfattande på lokal och regional nivå påverkas av EU

Omkring 60 procent av punkterna på en dagordning från fullmäktige påverkas av EU. Folkhälsa är ett tematiskt område som ofta återfinns på dagordningen. I EG-fördragets tredje del i artikel 152 regleras samarbetet om folkhälsan i EU. Enligt artikeln ska en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder (SKL, 2010a).

Referenser

Angelin, A (2009) Den dubbla vanmaktens logik. En studie om långvarig arbetslöshet och socialbidragstagande bland unga vuxna. Lund, Dissertations in social work, Lund: Socialhögskolan

Botkyrka kommun (2012a): Ett hållbart Botkyrka.

<http://www.botkyrka.se/kommunochpolitik/hallbarutvecklingochmanskligarattigheter/etthallbartbotkyrka>

Botkyrka kommun (2012b): Ett interkulturellt Botkyrka.

<http://www.botkyrka.se/kommunochpolitik/hallbarutvecklingochmanskligarattigheter/ettinterkulturelltbotkyrka>

Botkyrka kommun (2012c): I Botkyrka har alla barn rätt till minst 35 timmars förskola. <http://www.botkyrka.se/Nyheter/Sidor/I-Botkyrka-har-alla-barn-ratt-till-minst-35-timmars-for-skola.aspx>

Bremberg, S., Eriksson Lilly (2010): Investera i barns hälsa (Gothia)

Brundtlandkommissionen (1987): *Brundtlandskommissionens rapport till FN:s generalförsamling, Our Common Future*, Tiden, Stockholm

Calidoni, F., Christiansson, C. och Henriksson, G. (2011): *Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland: En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället*, Västra Götalandsregionen

Cernerud, L., Arneson, H., Kugelberg, S., Paulsson, G., Brodin, H., Cesares Olsson, M. och Ainestrand, D. (2009): *Socialmedicinsk tidskrift*, vol 86, nr 1

Dahlgren G, Whitehead M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies

Danermark, B. och Kullberg, C. (2011): *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*, Studentlitteratur

Eskestuna kommun (2012): Kompletteringar till Årsplan 2013.

<http://eskestuna.se/PageFiles/133014/komplettering%20%c3%a5rsplan%202013.pdf?epslanguage=sv>

Jacobsson, P: *Mot ett hållbart samhälle*, Kungliga Tekniska Högskolan

Janlert, U. (2000): *Folkhälsovetenskapligt lexikon*, Natur och Kultur och Statens folkhälsoinstitut, Stockholm

Janlert, U. (2012): *Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt*, Kommission för ett socialt hållbart Malmö

Kommunerna i Örebro län, Örebro läns idrottsförbund och Örebro läns landsting (2013). Social hållbarhet och jämlik hälsa ur ett internationellt, nationellt och regionalt perspektiv. Örebro läns landsting. Diskussionsunderlag till Örebro läns folkhälsokonferens 2013.

Kölegård, M. L. (2012): Boendesegregation, grannskap och hälsa. I *Den orättvisa hälsan om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*, Rostila, M. och Toivonen, S. (red). Liber

- Landstinget Dalarna (2012a): Barnkonventionen.
http://www.ltdalarna.se/templates/Base_4914.aspx
- Landstinget Dalarna (2012b): Hälsofrämjande för hållbar utveckling.
www.ltdalarna.se/halsaochhallbart
- Landstinget Sörmland (2013): Beslut i Landstingstyresens arbetsutskott,
Landstinget Sörmland, § 19/13 Reglemente för hållbarhetsnämnden 2013-01-29
- Lindström, B. (2011): Research for Health and Society. Summary of the special international mini-symposium as part of the inauguration of Maria Koelen, as Professor of Health and Society, Wageningen University
- Melinder, K. (2011): Post-Marmot – Om sociala skillnader i hälsa,
Socialmedicinsk tidsskrift, vol 88, nr 4
- Nilsson, I., Wadeskog, A. (2012): Utanförskapets ekonomiska sociotoper.
Socioekonomisk analys på stadsdelsnivå inom ramen för Healthy Cities
- Naturvårdsverket (2005): *Den samhällsekonomiska nyttan av cykeltrafikåtgärder*
- Nordenfeldt, L. (1991) Livskvalitet och hälsa, Almqvist & Wiksell förlag
- Regeringen (2009): *Strategi för entreprenörskap inom utbildningsområdet*
- Region Halland (2013): STEPS. <http://www.regionhalland.se/utveckling-och-tillvaxt/omrade/skola-utbildning/naringsliv-skola/-entreprenoriell-skola/steps>
- Region Skåne (2012): *Health 2020 – Europas folkhälsost strategi*
- Region Skåne (2013): Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne.
www.skane.se/fhbou_2012
- Riksidrottsförbundet (2011): *Spontanidrottsanläggningar och miljöer – en utmaning för samhällsplaneringen*, Riksidrottsförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting
- Rostila, M. och Toivanen, S. (red) (2012): *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader och livslängd*, Liber
- Salonen, T (2011): *Välfärd inte för alla: Den ekonomiska familjepolitikens betydelse för barnfattigdomen i Sverige*, Rädda barnen, Stockholm
- Socialstyrelsen (2010a): *Social rapport 2010*
- Socialstyrelsen (2010b): *Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap*, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2012): *Folkhälsan i Sverige 2012*, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen
- Statens folkhälsoinstitut (2010): *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*
- Statens folkhälsoinstitut (2011a): *Ekonomiska beräkningar och bedömningar*

- Statens folkhälsoinstitut (2011b): Miljö och hälsa. <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Andra-uppdrag/Livsmiljo/Miljo-och-halsa>
- Sundhetsstyrelsen (2011): *Ulighed i sundhet – årsager og indsatser*
- Svensson, Y. (2012): "Vi har svårt att få våra elever att gå hem": om skolans roll i utsatta bostadsområden. *Halverad barnfattigdom i Örebro kommun*, 10 maj. <http://blogg.orebro.se/halveradbarnfattigdom>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009a): Förbundsstyrelsens beslut: material. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/arbetsmarknad-och-sysselsattning/en_gemensam_ingang_for_arbetsokande/nyheter/forbundsstyrelsens_beslut_-_material
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009b): *Positionspapper: Psykisk hälsa, barn och unga*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2010a): *EU i lokalpolitiken: en undersökning av dagordningar från kommuner, landsting och regioner*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2010b): *Hållbar utveckling: Positionspapper*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011): *Göra jämlikt är att göra skillnad – vägledning för jämlik styrning och ledning*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012a): Elevhälsoenkäter med databasstöd. http://www.skl.se/psynk/teman_1/battre-skolresultat/lokala-exempel
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012b): Tidiga insatser/sociala investeringar. http://www.skl.se/psynk/teman_1/sociala-investeringar
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013a): Använd vägledningen Gör barn starkare. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/demokratiutveckling/mr/vagledning
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013b): Vägledning för jämlik styrning och ledning. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/folkhalsa_1/vagledning_jamlik_styrning
- Sveriges kommuner och Landsting (2013c): Jämlik och hälsofrämjande vård. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/jamlika
- Tema Likabehandling (2012): *Upphandling eller nerköp? Att använda upphandling som verktyg för lika rättigheter och möjligheter*, Tema Likabehandling och Arbetsmiljöforum i Sverige AB
- Tidaholms kommun (2012): Beslut § 133 i Kommunstyrelsen i Tidaholm 2012-10-03
- UCL Institute of Health Equity (2010): *Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review*

- Upplands Väsby kommun (2013): Ung i Väsby.
www.upplandsvasby.se/2/uppleva-och-gora/ung-i-kommunen/ungdomsinflytande/ung-i-vasby
- Uppsala kommun (2013): Förslag till cykelpolicy och handlingsplan.
<http://www.uppsala.se/sv/Boendemiljotrafik/Trafik--gator/Cykeltrafik/Cykelpolicy/>
- WHO: International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946 (1948)
- WHO: The Ottawa Charter for Health Promotion (1986)
- WHO (2008): *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*
- WHO (2009): *Interventions on diet and physical activity: what works – Summary report*
- WHO (2012): *Health in the green economy*
- WHO (2013): *European review of social determinants of health and the health divide*
- Västerbottens läns landsting (2012a): Hälsosamtalet i skolan.
<http://www.vll.se/default.aspx?id=60346&refid=60347>
- Västerbottens läns landsting (2012b): Vård på distans.
<https://www.vll.se/default.aspx?id=59291&refid=59381>
- Västerbottens läns landsting (2013): Salut-satsningen. www.vll.se/salut
- Västra Götalandsregionen (2012): Kunskapscentrum för Jämlik vård (KJV).
<http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/A-O-nya-vgregion/Kunskapscentrum-for-jamstalld-varld/>
- Örebro kommun (2012a): Förstudie till handlingsplan för halvering av barnfattigdomen till år 2020. Enheten för Hållbar utveckling. Ks 81/2012
- Örebro kommun (2012b): Upphandlingspolicy Örebro kommun. Beslutad av kommunstyrelsen, den 19 juni 2012, § 141
- Örebro kommun (2012c): Riktlinjer för hållbar upphandling. Ks 225/2012, ÖBO. *Mitt gröna kvarter*. Pressmeddelande 2012-08-17.
- Örebro läns landsting (2012): Så arbetar Örebro läns landsting med folkhälsa.
<http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/Folkhalsa/Sa-arbetar-Orebro-lans-landsting-med-folkhalsa/>
- Östergren, P-O. (2012): *Hur hänger en socialt hållbar utveckling och hälsans jämlikhet ihop? Ett försök att besvara denna fråga med hjälp av en systemteoretisk ansats*, Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö

Bilaga 1: ”Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa” och dess arbete

I maj 2011 gick SKL ut med en inbjudan att ingå i en Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa (Samlingen). Sammanlagt 20 kommuner, landsting och regioner valde att ansluta sig och åtog sig samtidigt att arbeta i linje med de rekommendationer som lämnats av WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer.²⁹

Deltagarna i Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa

Arvika kommun	Regionförbundet Östsam
Botkyrka kommun	Region Halland
Eskilstuna kommun	Region Skåne
Göteborgs stad	Tidaholms kommun
Helsingborgs stad	Upplands Väsby kommun
Landstinget i Dalarna	Uppsala kommun
Landstinget Sörmland	Västerbottens läns landsting
Landstinget Värmland	Västra Götalandsregionen
Linköpings kommun	Örebro kommun
Malmö stad	Örebro läns landsting

Samlingen genomförde under 2011–2012 sex workshoppar i Malmö, Örebro, Uppsala, Eskilstuna, Arvika och Göteborg. De tre teman som avhandlades vid dessa möten var Trygga uppväxtvillkor, Utbildning och sysselsättning och Hållbar livsmiljö. Varje deltagare i Samlingen gavs möjlighet att ha tre representanter vid workshopparna; en från den politiska nivån, en från den övergripande tjänstemannanivån samt en sakkunnig beroende på tema för mötet.

De sex workshopparna föregicks av ett förberedelsearbete från tre arbetsgrupper (en arbetsgrupp per tema). Dessa hade även en viktig roll i arbetet med att prioritera och färdigställa de rekommendationer och åtgärder som Samlingen identifierade i samband med varje workshop. Under de två avslutande workshopparna i Arvika och Göteborg tillsattes en särskild arbetsgrupp med uppdraget att ta fram en slutrapport och planera den nationella konferensen ”Gör jämlikt – gör skillnad!” som genomfördes i Stockholm den 22 mars 2013.

²⁹ Mer information om Samlingens arbete finns på www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/folkhalsa_1/social-hallbarhet

Arbetsgrupperna bestod av följande personer:

Trygga uppväxtvillkor

Hanna Arneson, Örebro kommun, Tommy Aspegren, Region Skåne, Mona Berg, Västerbotten läns landsting, Therese Falk, Tidaholms kommun, Helene Hagberg, Upplands Väsby kommun, Inger Karlsson, Linköpings kommun, Eva Mattsson-Elofson, Västra Götalandsregionen, Kerstin Månsson, Helsingborgs stad, Lisbeth Omberg, Örebro läns landsting, Suzanna Westberg, Landstinget i Dalarna.

Utbildning och sysselsättning

Marianne Bernhardt, Göteborgs stad, Åsa Fichtel, Uppsala kommun, Fredrik Gustafsson, Linköpings kommun, Maria Gäbel, Västra Götalandsregionen, Annika Larsson, Region Östsam, Anna-Marit Tirkkonen, Eskilstuna kommun, Margareta Wandel, Region Östsam.

Hållbar livsmiljö

Johan Hallberg, Landstinget Dalarna, Åsa Löfvenberg, Landstinget Värmland, Åsa Ranung, Landstinget Sörmland, Elisabeth Skoog Garås, Botkyrka kommun, Monica Svensson, Region Halland,

Slutrapport och nationell konferens

Tommy Aspegren, Region Skåne, Johan Jonsson, Västra Götalandsregionen, Åsa Ranung, Landstinget Sörmland, Monica Svensson, Region Halland.

Följande personer från SKL har samordnat arbetet

Ulrika Forsberg (kommunikatör), Jonas Frykman (projektledare), Lena Gammal Löfgren (projektassistent), Marianne Granath (projektchef), Therese Löfqvist (projektassistent).

Följande externa föreläsare har deltagit vid workshoppar och den nationella konferensen

Finn Diderichen, professor, Köpenhamns universitet
Karin Melinder, medicine doktor, Statens folkhälsoinstitut
Lilly Augustine, filosofie doktor, Statens folkhälsoinstitut
Charlie Eriksson, professor, Örebro universitet
Sven Bremberg, docent, Karolinska Institutet och Statens folkhälsoinstitut
Renate Minas, docent, Institutet för framtidsstudier
Maria Kölegård, medicine doktor, Socialstyrelsen
Marlen Ljusberg, projektledare, Statens folkhälsoinstitut
Lars Svedberg, professor, Ersta Sköndal högskola
Olle Lundberg, professor, CHESS, Karolinska Institutet och Stockholms universitet
Therese Nilsson, filosofie doktor, Lunds universitet
Michael Marmot, professor, University College of London
Margareta Kristenson, professor, Linköpings universitet

Bilaga 2: Ökande skillnader i livslängd – den svenska paradoxen

Författare: Professor Olle Lundberg

I sammanhang då utveckling och välbefinnande på nationell nivå ska mätas, t.ex. som i FN:s Human Development Index (HDI), används ofta livslängd och spädbarnsdödlighet som indikatorer. Detta är också något som har ett stort mått av ”face validity” – ett land där små barn överlever sitt första levnadsår och människor i allmänhet lever länge är rimligen ett ganska bra land att leva i. Mätt på detta sätt är också Sverige ett av de länder i världen som nått längst med drygt 79 år för män och drygt 83 år för kvinnor. Samtidigt har Sverige också tappat något gentemot andra länder från en förstaplats i världen 1970 (74,6 år för män och kvinnor sammantaget) till en sjundeplats 2010 (81,0 år).

Att dödlighet och livslängd används som (delar av) mått på levnadsvillkor i allmänhet beror på att överlevnad är så starkt kopplat till sociala och ekonomiska förhållanden. Ekonomi, arbete, boende många andra förhållanden är centrala för livsmiljön och livsvillkoren och därmed också för hälsa och överlevnad. Detsamma gäller samhällets organisation i stort och smått, från tillgången på rent vatten och avfalls- och latrinhantering till demokrati och samhällsstruktur är kopplade till liv och död. Till detta hör tillgänglighet och kvalitet på förebyggande och kurativ sjukvård, men sjukvård är långtifrån det enda avgörande för ett lands medellivslängd.

Men de sociala bestämningsfaktorerna till hälsa och överlevnad varierar inte enbart mellan länder, utan också inom länder. Det finns skillnader i exempelvis arbetsvillkor, inkomster och boendestandard mellan olika individer men även systematiska skillnader mellan grupper av människor. Generellt är mer resursstarka personer friskare och lever längre. Det innebär att människor med mer utbildning, högre inkomst, i högre samhällsskikt eller födda i Sverige har bättre hälsa och lägre dödlighet. Och trots att Sverige är ett rikt och på många sätt mer jämlikt samhälle än de flesta andra länder i världen finns det systematiska skillnader i dödlighet och medellivslängd också här.

Men det är inte bara så att det finns påtagliga skillnader i livslängd i Sverige, bland kvinnor såväl som bland män, dessa skillnader har dessutom ökat väldigt tydligt under de senaste 25 åren (Figur 1a-b). Bland män har det varit en klar ökning av medellivslängden för alla utbildningsgrupper (Figur 1a). En 30-årig man med enbart grundskola/motsvarande kunde 1986 förväntas leva ytterligare knappt 45 år medan den med eftergymnasial utbildning kunde förväntas leva lite drygt 48 år till. 2010 har lågutbildade män fått ytterligare drygt 3 år i återstående livslängd, medan de högutbildade vunnit drygt fem år. Därmed har ojämligheten i livslängd också ökat med knappt två år.

Bland kvinnor är mönstret likartat även om inte alla fått en tydlig förbättring av livslängden (Figur 1b). Lågutbildade kvinnor har bara vunnit ett år på hela perioden. I likhet med männen har dock också kvinnor med eftergymnasial

utbildning vunnit mest, och skillnaden i återstående livslängd vid 30 års ålder har därmed ökat från 2 år 1986 till 4,7 år 2010.

De ökande skillnaderna i livslängd i Sverige är en möjlig orsak till att vi långsamt tappat i den internationella topplistan. Men framförallt är denna utveckling en kunskapsmässig och praktisk utmaning av stora mått. Givet våra kunskaper om de sociala bestämningsfaktorernas betydelse för hälsa och långt liv borde samhällen med ett uttalat fokus på omfördelning av resurser (både horisontellt över livscykeln och vertikalt mellan olika samhällsskikt) också ha mindre skillnader i hälsa. Att i Sverige (och andra Nordiska länder) har upplevt långsiktigt ökande ojämlikhet i livslängd passar inte riktigt ihop med den vetenskapligt välunderbyggda modellen för hur sociala bestämningsfaktorer (levnadsvillkor) skapar ojämlikhet i hälsa.

Detta kan delvis förstås som ett uttryck för den komplexa väv av processer på olika nivåer som tillsammans skapar de långsiktiga trender i överlevnad som vi observerar. Dessa komplexa processer verkar över hela livsloppet, förs vidare mellan generationer, och binder samman samhällets strukturer med människors liv och biologi mot en fond av den historiska utvecklingen (se Figur 2).

Orsakerna bakom ojämlikhet i livslängd är således komplexa och mångfacetterade och den svenska erfarenheten med långsiktigt ökande skillnader i ett av världens mer jämlika länder betyder inte att de orsakssamband forskningen har blottlagt är fel, bara att vi inte till fullo förstår hur de samverkar och skapar skillnader vi inte riktigt förväntat oss. Men just därför är det av yttersta vikt att kraftsamla kring fördjupade satsningar på forskning för en bättre förståelse av de centrala drivkrafterna i denna process. Mer konkret behövs t.ex. ytterligare kunskap om hur faktorer tidigt i livet genererar mer eller mindre hälsosamma livskarriärer; om skolans roll för ungas hälsa och utveckling; om utbildningssystemets roll för arbetsmarknadschanser, social skiktning och hälsa; om samspelet mellan sociala, psykologiska och fysiologiska faktorer över hela livet; om inkomsternas, socialförsäkringarnas och välfärdsstatskontextens betydelse i en föränderlig värld.

Den kunskapsmässiga utmaningen som den svenska utvecklingen pekar på är central – utan några insikter i hur mekanismer över livscykeln påverkar hälsa och överlevnad i olika samhällsskikt under olika historiska perioder blir det närmast omöjligt att utforma åtgärder. Men den praktiska sidan av saken – vad ska vi förändra i samhället om vi vill minska skillnaderna i hälsa, eller i vart fall bryta ökningen – har samtidigt sin egen dynamik och agenda. Diskussionen av möjliga åtgärder eller policyförändringar kan inte invänta en fullständig förståelse av drivkrafter och mekanismer. Utmaningen blir istället att dels analysera vad vi kan göra bättre på basis av tillgänglig kunskap, dels att i dialog med forskningen öka våra kunskaper också om olika åtgärders effekter.

Trots att de senaste 20 årens forskning gett en betydligt bättre förståelse för de faktorer och processer som skapar och vidmakthåller olikheter i bestämningsfaktorer, hälsa och livslängd så kräver därför den svenska paradoxen rimligen ett slags återkommande ”revision” (se Figur 3), både av vår

grundläggande förståelse av mekanismerna bakom ojämlikhet i hälsa men även av den policy som bedrivs och bedrivits. Först med en gedigen förståelse av drivkrafterna bakom det ökande gapet i livslängd i ett av världens mer jämlika länder har vi en god grund för åtgärder emot denna ökning. Och sådana åtgärder hastar – de stadigt ökande skillnaderna i livslängd är varken socialt eller ekonomiskt försvarbara.

Tankar om orsaker till ökande skillnader

Utgångspunkten för följande resonemang är att vi trots allt har gott stöd för idén att sociala bestämningsfaktorer – hur vi växer upp, utbildar oss, arbetar och lever under livets olika skeden – är avgörande för vår hälsa och överlevnad. Personer, familjer och grupper med mer och bättre resurser av olika slag står bättre rustade mot de påfrestningar som skapar ohälsa. Det breda spektrum av resurser som den svenska välfärdsforskningen lyft fram är viktiga sociala bestämningsfaktorer till hälsa/ohälsa. Så länge dessa resurser är snedfördelade skapas ojämlikhet också i hälsa. Eftersom vi också tror att förhållanden och processer förstärker varandra över hela livsförloppet blir det en komplex väv av samband att hantera för såväl forskning som olika åtgärdssystem (som exempelvis illustreras i Fig 2).

Detta är alltså utgångspunkten. Med mer resurser generellt sett och med en jämnare fördelning av resurser, alternativt en omvänt ojämlik fördelning av kompensande resurser, borde ojämlikhet i hälsa minskas. Kanske långsamt, men i alla fall minskas över tid. Som framgår ovan (och av studier också från andra Nordiska länder) så går utvecklingen långsiktigt åt motsatt håll. Förvisso lever de flesta grupper längre och hälsan/livslängden förbättras i genomsnitt över tid. Men skillnaderna mellan sociala grupper ökar ändå i Sverige och andra nordiska länder som är kända för sina välfärdstater som ska motverka ojämlikhet i centrala sociala bestämningsfaktorer som inkomst.

Hur kan vi förstå detta? Jag tror att vi behöver en kritisk värdering och diskussion av våra tankemodeller och förståelse av såväl de grundläggande mekanismerna som av olika åtgärders förmodade effekter, både från ett inomvetenskapligt perspektiv och från ett åtgärdsperspektiv. I det följande tar jag kort upp några tänkbara förklaringar till det vi sett hända med ojämlikhet i hälsa och överlevnad. Vi vet ännu inte så mycket om hur rimliga dessa resonemang är, men jag tror att det är centralt att lyfta upp olika möjligheter till diskussion, i synnerhet i samband med ett förändringsarbete.

De möjliga förklaringar till ökande ojämlikhet i Sverige som jag tänkte diskutera är:

1. De sociala bestämningsfaktorerna är mindre viktiga än vi trott.
2. De jämlikhetskapande åtgärder vi har skapat har begränsad effekt på hälsa på grund av kvarstående ojämlikhet och historiskt stora skillnader.
3. De jämlikhetskapande åtgärderna skapar jämlikhet i chanser (t.ex. i utbildningssystemet), men detta skapar inte mindre eller rent av större ojämlikhet i hälsoutfall mellan sociala grupper (i synnerhet mellan utbildningsgrupper).
4. Den utjämnande effekten motverkas av andra krafter.
5. Den jämlikhetskapande politiken har sakta men säkert monterats ner, i synnerhet efter 90-talskrisen.

1. Sociala bestämningsfaktorer är mindre viktiga än vi trott

Kan det finnas någon eller några andra faktorer, på samhälls- eller individnivå, som driver utvecklingen av hälsa och är relativt orelaterad till hur vi växer upp, lever, arbetar, åldras? För specifika sjukdomar eller dödsorsaker kan det säkert vara så, men på det hela taget är det osannolikt att idén om de sociala bestämningsfaktorernas betydelse skulle vara överskattad. Forskning från vitt skilda områden pekar snarare i andra riktningen – de villkor vi lever under kan på flera olika sätt ”sätta sig i kroppen” på människor, ibland i samspel med gener eller på andra sätt skapa permanenta biologiska förändringar. Så nej, det är inte troligt.

2. Jämlikare fördelning av resurser har begränsade effekter på hälsa

Mycket av diskussionen kring ”paradoxen” att det finns ojämlikhet i hälsa i Norden baseras på den (oftast outtalade) utgångspunkten att större jämlikhet i ekonomiskt avseende mer eller mindre automatiskt ska generera större jämlikhet i hälsa. Och då Nordiska länder generellt haft lägre inkomstspridning borde de också ha mindre ojämlikhet i dödlighet. Även om ekonomiska resurser och inkomster är centrala för att förstå hur ojämlikhet i hälsa uppkommer så har nog betydelsen av en något mer jämlik inkomstfördelning i bl.a. Sverige ibland överskattats om man utgår enbart från inkomstfördelning och fattigdomstal. Det finns många andra sociala bestämningsfaktorer till hälsa som inte påverkats lika effektivt som de ekonomiska resurserna, och även om vi haft en mer jämlik fördelning av ekonomiska resurser än i många andra jämförbara länder har det fortfarande funnits påtagliga skillnader också i Sverige. Och de betydande skillnader i inkomster resurser som finns också i Sverige är kanske tillräckliga för att upprätthålla skillnader i hälsa.

Därutöver är det också så att den högre graden av jämlikhet i Sverige, fr.a. vad gäller inkomster, inte alltid varit ett utmärkande drag. Inkomstojämlikheten var hög i Sverige under 1900-talets första hälft, minskade fram till ca 1980 men har därefter åter ökat (Björklund & Jantti 2011). Den dödlighet vi registrerar i dag i olika sociala skikt reflekterar inte bara många olika slags bestämningsfaktorer

idag, utan också olika grader av ojämlikhet inom var och en av dessa bestämningsfaktorer under olika delar av livet hos den befolkning som lever nu. Hur exempelvis olika grad av ekonomisk ojämlikhet påverkat människor i olika sociala skikt under olika historiska perioder kan därför ge en annan sammantagen effekt än man först skulle tänka sig. Med detta sagt kan man dock även notera att den ökande ojämlikheten i dödlighet som avspeglas i Figur 1 skett parallellt med en ökad inkomstojämlikhet.

3. Jämlikhet i chanser ger inte nödvändigtvis jämlikhet i hälsoutfall

Kunskaper och utbildning har ofta lyfts fram som en viktig faktor bakom ökad produktivitet men även egenmakt och kontroll. Utbildning och kunskaper är också centrala resurser för att kontrollera och medvetet styra sitt liv, direkt och via inkomster m.m. (se tex Mirowsky & Ross 2003). Med bättre utbildning för alla skapas därför idealt sett likhet i chanser för den enskilde och en bättre ekonomisk och social utveckling för hela landet. Ett generellt utbildningssystem av god kvalitet skulle därmed kunna ge såväl bättre hälsa rent allmänt och mindre hälsoskillnader.

Att en god utbildning riktad till alla oavsett deras sociala ursprung är en social investering med påtagliga effekter på såväl ekonomi som folkhälsa är det nog få som ifrågasätter. Den strukturförändring som skett med en allt större andel av befolkningen som har gymnasium och högre utbildning borde därför vara positivt för hälsoläget generellt sett. Det finns dock skäl att fundera om likheter i utbildningschanser automatiskt skapar mer likhet i hälsa. Om utbildning exempelvis fördelas enbart på basis av förmåga skulle vi få en minskad variation av förmåga inom olika utbildningsgrupper. I extremfallet skulle då alla med hög förmåga ha hög utbildning, och vice versa. Detta skulle kunna leda till större skillnader i hälsa mellan utbildningsgrupper även om de individuella hälsoriskerna förblir desamma. Mackenbach diskuterar detta som att personer i lägre samhällsskikt i ökad grad har personliga egenskaper som ökar risken för dålig hälsa (Mackenbach 2012).

Nu är just detta scenario inte det mest sannolika. Dels borde en ökad ”selektion” av individer i de lägre skikten lika gärna kunna motverkas av en minskad ”selektion” till högre skikt. Men det är också så att utbildningsvalen styrs av social bakgrund även givet den förmågan/de betyg man har. Vid lika betyg tenderar barn med högutbildade föräldrar i högre grad välja teoretiskt gymnasium än barn till lågutbildade (även om dessa effekter tycks minska över tid; Erikson & Rudolphi 2010). Men detta att det finns och länge har funnits sociala skillnader i utbildningsval också bland dem med lika bra betyg (förmåga) leder i sig till att fler från mer privilegierade bakgrunder ökar på sitt försprång genom att även skaffa sig mer utbildning. Likheten i formella chanser, att utbildningssystemet är lika öppet och kostnadsfritt vid användning för alla behöver således inte alls vara en garanti för att det sker en utjämning i utfall, bl.a. därför att skillnader i socialt och kulturellt kapital fortfarande är påtagliga och verksamma (Jæger & Holm 2007). Därmed finns fortfarande stort utrymme för ”resursmultiplikation”, dvs. att barn och ungdomar från mer resursstarka bakgrunder har mer resurser att sätta in och därmed också kan dra

större nytta av de resurser som samhället erbjuder i forma av exempelvis fri utbildning.

Om utjämning av chanser till utbildning bidrar till större ojämlikhet i hälsoutfall på detta sätt, och om den effekten i så fall är långsiktigt övergående eller inte är såvitt jag vet inte känt. Här krävs ett mer omfattande arbete med att värdera utbildningssystemets (och andra system som utjämnar chanser) effekter på ojämlikhet i kunskaper, arbetsmarknadsmöjligheter och livskontroll, hur detta sammantaget påverkar förhållanden och möjligheter för människor i olika utbildningsgrupper, samt hur detta sammantaget påverkar skillnader i hälsa.

4. Motverkande krafter

Även om den sammantagna effekten av svensk välfärdspolitik under lång tid skulle verka för en minskning av ojämlikhet i hälsa är det möjligt att denna effekt motverkas av andra faktorer med mer direkt effekt på hälsan. Sådana motverkande krafter kan vara externa eller interna i relation till välfärdsstaten. Ökande krav på prestation och resultat mer generellt, kanske drivet av ökad globalisering och andra makroekonomiska krafter, skulle kunna vara en sådan extern faktor. Ökande alkoholkonsumtion, bl.a. driven av ökad rörlighet och den interna marknadens krav, är måhända ett annat sådant exempel. Gemensamt är att större skeenden och processer kan bidra till ökande skillnader, och att den ökning vi faktiskt registrerar kunde ha varit mycket större utan de system och åtgärder som vi faktiskt har.

Här finns också en möjlighet att det finns interna motverkande krafter, att ökad jämlikhet mellan samhällsskikt och mellan könen *i sig* skulle kunna bidra till (temporärt) ökande skillnader i hälsa/dödlighet mellan dessa grupper. Så kan exempelvis ökad förvärvsfrekvens och ökad social och ekonomisk jämställdhet mellan män och kvinnor under 1960-, 70- och 80-talen bidragit till att även rökning bland kvinnor blev vanligare. Detta bidrar i sin tur sannolikt till den sämre utvecklingen av medellivslängd bland lågutbildade kvinnor. Ekonomisk och social jämlikhet skulle således med andra ord kunna ha oönskade och oförutsedda konsekvenser på hälsan, men troligen då kopplade till specifika födelsekullar och därmed på sikt övergående. Och så länge de grundläggande målen (som ökad jämställdhet mellan könen) har högre vikt än (tillfälliga) negativa hälsokonsekvenser får de kanske helt enkelt accepteras som en del av priset för ökad jämställdhet. Huruvida det faktiskt är så att rökvanor etc. kan kopplas till ökad jämställdhet återstår dock att visa.

5. Utvecklingen av dödlighet speglar försämrad välfärdspolitik

Som nämndes under punkt 2 är det förstås möjligt att tolka de ökande skillnaderna i livslängd som en mer direkt spegling av försämringar av välfärdsstatens förmåga att omfördela och utjämna skillnader i resurser. Även om jag inte tror att man kan dra direkta paralleller är det också så att såväl välfärdstjänster som transfereringssystem påtagligt förändrats, inte minst som en följd av den djupa krisen i början av 1990-talet. Så konstaterar t.ex. en underlagsrapport till den Parlamentariska Socialförsäkringsutredningen att de faktiska ersättningsnivåerna i sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna sjunkit (Ferrarini et al 2012).

Denna försämring har varit särskilt markant för a-kassan där ersättningsnivån nu sjunkit under OECD-genomsnittet. Dessa förändringar har i flera fall varit som kraftigast under det senaste decenniet och kan inte förklara den långsiktigt ökande skillnaderna i livslängd. Däremot kan de vara en bidragande orsak till den stagnering av utvecklingen som under de senaste fem åren också kan skönjas bland lågutbildade män.

Slutsatser

Från såväl ett forsknings- som ett åtgärds perspektiv framstår de ökande skillnaderna i livslängd mellan olika utbildningsgrupper i Sverige som en rejäl utmaning. Utifrån den välgrundade förståelse av drivkrafterna bakom ojämlikhet i hälsa som växt fram det senaste decenniet, inte minst inom ramen för Michael Marmots arbete för WHO och den engelska regeringen, så gör vi en hel del rätt i Sverige. Uppenbarligen har det inte räckt ända fram eftersom klyftorna fortsätter att öka. Vi kan och bör förstås glädja oss åt de påtagliga förbättringar i livslängd som människor generellt fått erfara. De ökande klyftorna kan inte vara vårt enda fokus. Men trots den påtagliga ökningen om ca 3 år som skett bland lågutbildade män ligger man fortfarande under den nivå som högutbildade män hade för 25 år sedan, och de högutbildade drar ifrån. Av de möjliga orsaker som jag diskuterat här är det framförallt fyra ”förklaringar” som jag tror är värda mer uppmärksamhet, nämligen

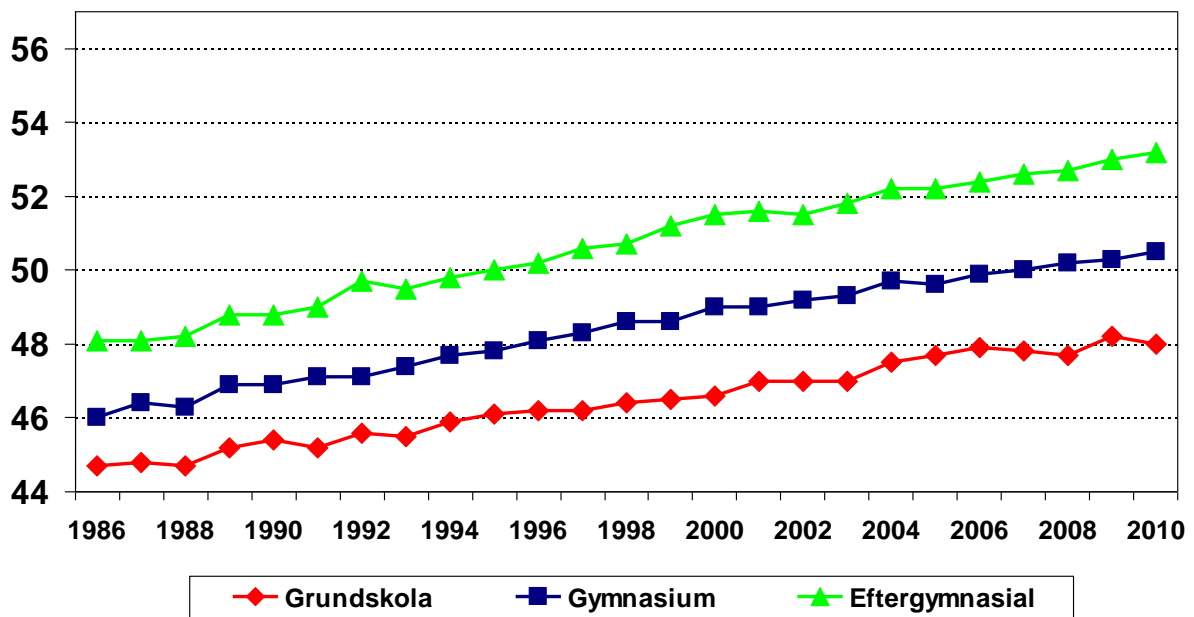
1. Historiska kvarlevor – ojämlikhet på 30-, 40-, 50- och 60-talen kan spela roll för ojämlikhet i dödlighet i än dag
2. Resursmultiplikation – likhet i chanser kan nyttjas bättre av resursstarka
3. Oavsedda konsekvenser av jämlikheten
4. Det är fortfarande för lite och allt mindre av resursutjämning också i Sverige.

Jag tror att detta fenomen måste hanteras dels genom en ökad kunskap, både deskriptiv och analytisk (Hur och Vad i Figur 3), men att det samtidigt krävs ett mer systematiskt analysarbete av hur olika typer av åtgärdssystem påverkar hälsan i olika grupper. I länder med en mindre utvecklad välfärdsstat kan man förbättra situationen genom att göra någonting t.ex. införa barnbidrag, a-kassa, öka läskunnigheten eller förbättra primärvården. I länder som Sverige måste vi istället fråga oss vad vi kan göra mer och framförallt vad vi kan göra bättre (Marmot et al 2012). Detta är inte okomplicerat då vi här diskuterar effekter på sekundära mål – det kan vara nog så svårt att veta om utbildningspolitiken leder till goda kunskaper och färdigheter, hur ska vi dessutom kunna göra något för att minska skillnader i hälsa?

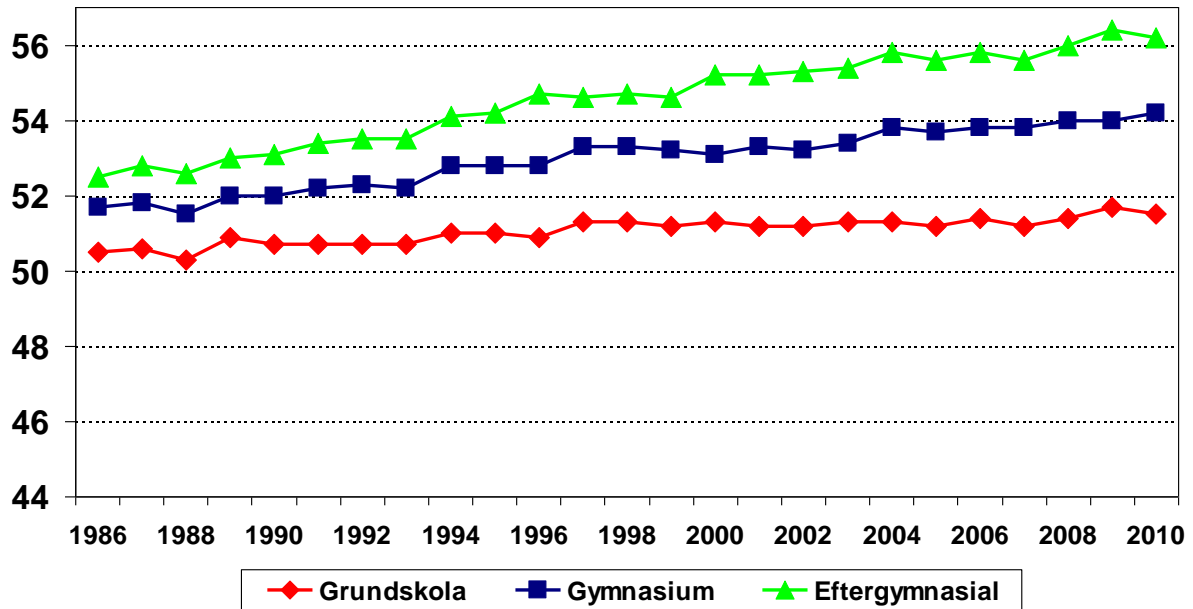
Men centralt är förstås att inte kasta ut barnet med badvattnet. Vi vet att sociala investeringar historiskt har gett effekt, exempelvis att satsningar på läskunnighet haft positiva effekter av flera slag, liksom satsningar på barnmorskor, för att ta två konkreta exempel. Viktigt är också att människors resurser står i fokus. Samhället kan bidra dels med stöd för att skapa egna resurser, t.ex. genom utbildning och arbetsmarknadsåtgärder, men också genom att bygga upp och erbjuda goda kollektiva resurser att nyttja då de egna resurserna inte räcker till, exempelvis i form av socialförsäkringar, sjukvård och omsorg av god kvalitet. Om vi är intresserade av att bryta trenden mot ökande hälsoskillnader är det rimligen så att svaret inte står att finna i någon ännu oupptäckt faktor som lätt kan åtgärdas, utan att det är många små förändringar och förbättringar inom en rad olika program och policyområden som krävs. Då krävs modet att fråga inte bara vad vi gör bra, utan också vad vi gör som har liten eller motsatt effekt, vad vi gör för lite av och vad vi kan lära av andra.

Referenser

- Björklund, A. & Jäntti, M. (2011) *Inkomstfördelningen i Sverige*. SNS Valfärdsrapport 2011. Stockholm: SNS.
- Erikson, R. & Rudolphi, F. (2010) Change in social selection to upper secondary school – primary and secondary effects in Sweden. *European Sociological Review* 26: 291-305.
- Ferrarini, T., Nelson, K., Sjöberg, O. & Palme, J. (2012) *Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv. En institutionell analys av sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna i 18 OECD-länder 1930-2010*. Underlagsrapport, Parlamentariska Socialförsäkringsutredningen.
- Jæger M.M. & Holm, A. (2007) Does parents' economic, cultural, and social capital explain the social class effect on educational attainment in the Scandinavian mobility regime? *Social Science Research* 36: 719–744
- Mackenbach, J. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75: 761-769.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants and the Health Divide. (2012) WHO European Review of Social Determinants and the Health Divide. *Lancet* 2012; 380: 1011–29.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (2003) *Education, Social Status and Health*. New York: Aldine de Gruyter.

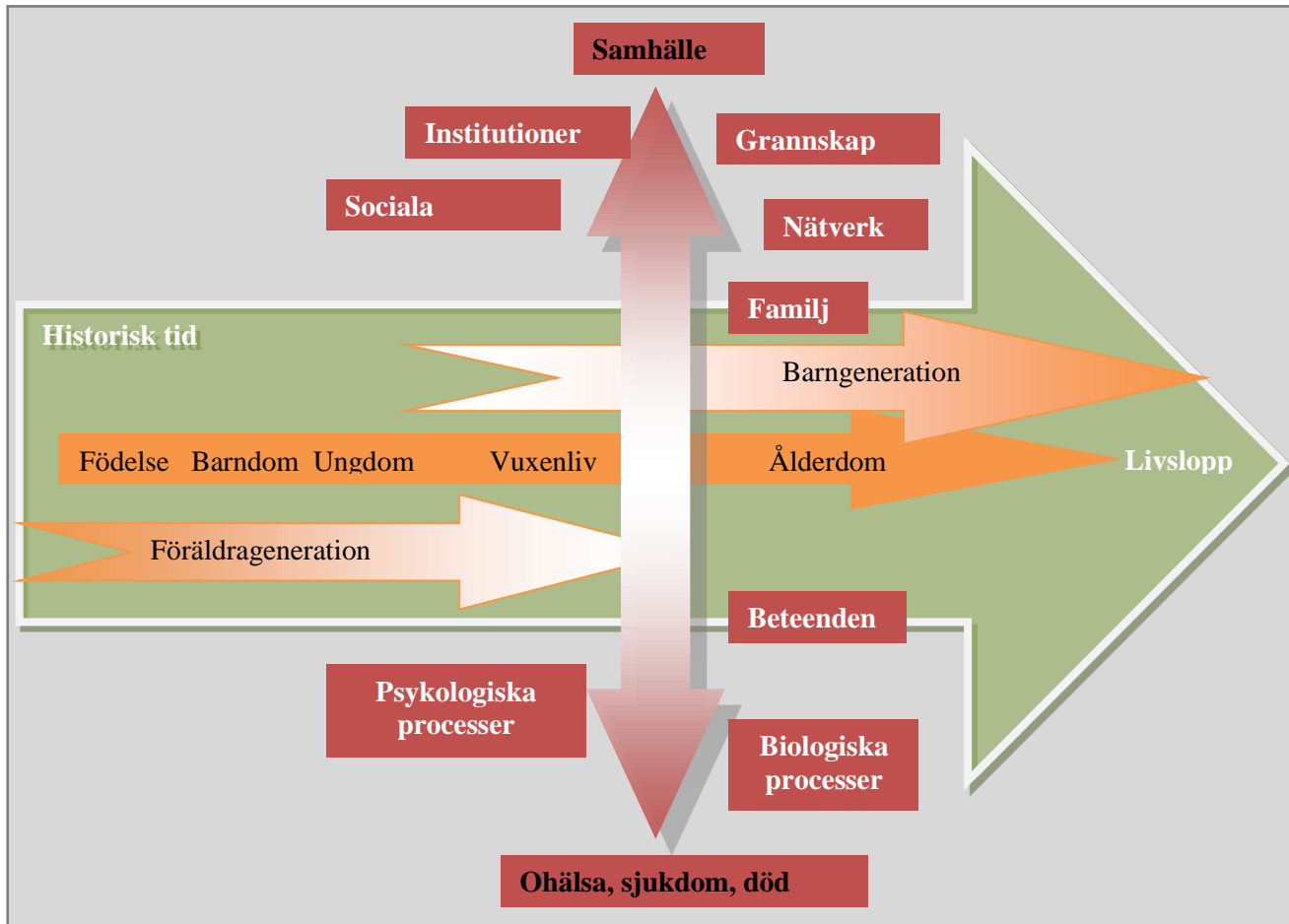


Figur 1a. Återstående medellivslängd vid 30, Män (Källa: SCB)

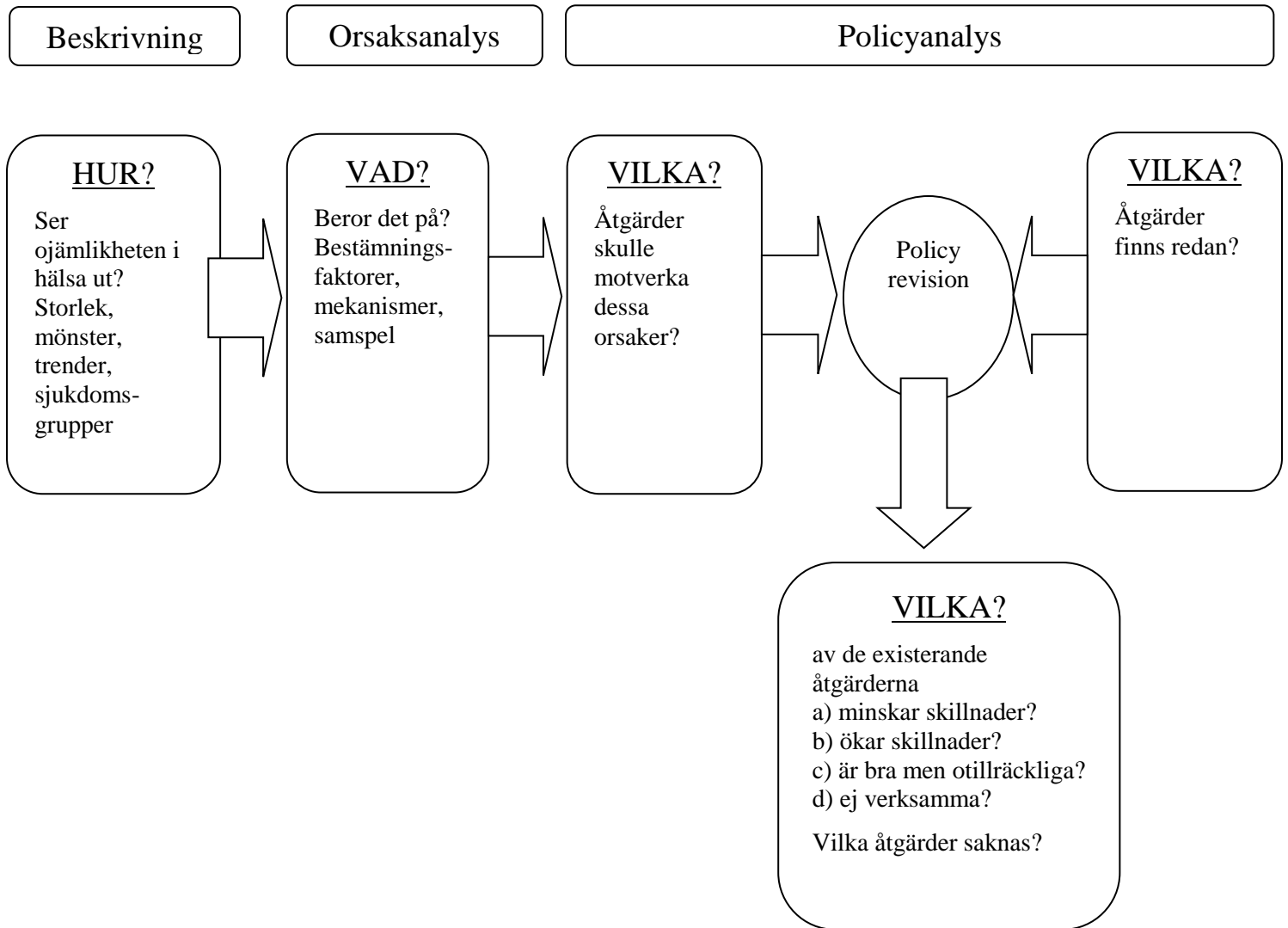


Figur 1b. Återstående medellivslängd vid 30, Kvinnor (Källa: SCB)

Figur 2. Schematisk illustration av CHESS forskningsansat



Figur 3. Schematisk beskrivning av hur en genomlysning
(en "Gradient-revision") bör göras



Gör jämlikt – gör skillnad!

Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa

Sedan lång tid tillbaka har det genomsnittliga hälsoläget i Sverige blivit allt bättre. Det är en positiv utveckling och är ett kvitto på att satsningar som genomförts inom välfärdssektorn i Sverige och dess kommuner, landsting och regioner har varit lyckade. Trots denna positiva utveckling står Sverige, i likhet med övriga nordiska grannländer, inför utmaningen att hälsoskillnaderna i vissa fall ökar mellan olika grupper i samhället avseende kön, socioekonomiska faktorer, etnisk tillhörighet etc.

I ”Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa” presenteras 5 rekommendationer och 23 åtgärder som bidrar till att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa. Resultatet bygger på det arbete som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bedrivit tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner i Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa

Upplysningar om innehållet
Jonas Frykman, jonas.frykman@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013
ISBN: 978-91-7164-928-7
Tryck: LTAB

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN: 978-91-7164-928-7