

Från ett renodlat marknadsorienterat tillväxttänkande till en mer hälsosam samhällsutveckling



En rapport framtagen inom projekt KAIROS - Kunskap om och arbetssätt i rättvisa och socialt hållbara städer

Authors:

Göran Henriksson

Lars Paulsson

Ett kunskapsunderlag framtaget inom projekt KAIROS, Kunskap om och arbetssätt i rättvisa och socialt hållbara städer

Detta kunskapsunderlag är framtaget inom KAIROS, Kunskap om och arbetssätt i rättvisa och socialt hållbara städer. KAIROS är ett samverkansprojekt där praktiker och forskare från Göteborgs Stad, Göteborgs Universitet, Länsstyrelsen i Västra Götalands län och Västra Götalandsregionen arbetar med att ta fram kunskap och arbetssätt för rättvisa och socialt hållbara städer.

I kunskapsunderlaget sammanställs delar av det vi vet om sambanden mellan befolkningens hälsotillstånd och utvecklingen i regionen (länet), staden och landsbygden samt vad vi uppfattar driver på utvecklingen av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. Syftet med rapporten är att den förhoppningsvis ska öka insikten och förståelsen av varför en orättvis ojämlikhet i hälsa är oförenlig med en hållbar utveckling.

Syftet med samtliga underlag och delrapporter som tas fram inom KAIROS är att få till stånd en bred diskussion och medverkan kring olika frågeställningar. Målet är att den slutrapport som tas fram är så väl förankrad och konkret som möjligt.

Projektmedlemmarna i KAIROS har under arbetets fortskridande kommit med värdefulla synpunkter på innehållet. Ett stort tack riktas därutöver till lektor Mikael Löfström, Högskolan Borås och till Johan Jonsson, tidigare folkhälsochef i Västra Götaland, för kritisk granskning av kunskapsunderlaget. Författarna ansvarar själva för kunskapsunderlagets innehåll liksom för dess kvarvarande brister. De slutsatser som redovisas i detta underlag kan inte ses som de som kommer att redovisas i KAIROS slutrapport. I slutrapporten kommer helhetsbilden, baserad på samtliga delrapporter och underlag samt dialog med olika aktörer, att styra innehållet.

Projekt KAIROS är en del av Mistra Urban Futures som är ett internationellt centrum för hållbar stadsutveckling där kunskap utvecklas i nära samverkan mellan praktiker och forskare. Centrumet har fyra regionala plattformar i Kapstaden, Kisumu, Göteborg och Manchester. Mistra Urban Futures finansieras av forskningsstiftelsen Mistra och Sida, tillsammans med ett konsortium bestående av: Chalmers tekniska högskola, Göteborgs universitet, Göteborgs stad, Göteborgsregionens kommunalförbund (GR), IVL Svenska miljöinstitutet, Länsstyrelsen i Västra Götalands län och Västra Götalandsregionen samt medfinansiärer på de olika lokala plattformarna.

Projekt av olika slag utgör kärnan i Mistra Urban Futures verksamhet. De är transdisciplinära och inriktade på ett antal olika områden inom hållbar stadsutveckling, i första hand inom centrumets teman Rättvisa, Gröna och Täta städer. Mistra Urban Futures strategi är att föra samman forskning och praktik genom gemensam kunskapsproduktion och problemlösning. På så sätt överbryggas traditionella gränser mellan vetenskap och praktik.

Corresponding author: Lars Paulsson

© Mistra Urban Futures, 2012

Innehåll

En rapport framtagen inom projekt KAIROS -Kunskap om och arbetssätt i rättvisa och socialt hållbara städer	2
Innehåll	3
Summary	4
Sammanfattning	5
Inledning	6
Vad är hälsa?	7
Hälsa som rättighet och förutsättning för delaktighet och inflytande i samhället	7
Delaktighet och inflytande i samhället en förutsättning för positiv hälso- och samhällsutveckling	9
Hälsa i ett befolkningsperspektiv	10
Förklaringsmodeller	12
Folkhälsa, ekonomisk tillväxt och regional utveckling	17
Den ekonomiska utvecklingen i Västra Götaland	17
Ekonomisk tillväxt och hälsotillståndet	18
Ekonomisk tillväxt och välfärdsinstitutionerna	22
Arbetsmarknadens utveckling	25
Utbildningsnivån över tid	29
Demografiska förändringar	30
Försörjningskvotens förändring	32
Strategier för att motverka ökade skillnader	34
Globalisering, migration och urbanisering och strategier för tillväxt	34
Vad bör göras?	37
Slutord	41
Referenser	42

Summary

Västra Götaland, as a part of the world, is undergoing profound changes characterized by globalization, growing migration and urbanization. The pursuit of better life opportunities, access to education, employment and income leads to a growing number of people trying to find their way to urban areas. These are processes that contribute to an improved overall living standard but also to inequalities in people's living conditions and health development.

This report highlights the relationship between the health of the population and the development of the society in general. More specifically, it highlights the relationship between variations in health status and the determinants, conditions and processes that characterize our time - economic growth, level of education, labor market and demographic trends.

The document describes how health is developed in different parts of the population, socio-economically and geographically and the relationships between health development and the economy, education, labor and demographics. How these relationships can be explained are discussed from a perspective of recent research.

It might seem to be a paradox that, while health and welfare in general is developing favorably, differences in living conditions and health between socioeconomic groups persist or even increase. This uneven development causes a polarization in society that, if it becomes large enough, the social cohesion will erode.

The uneven economic development means, from the perspective of recent research, an uneven distribution of the production surplus tends to increase the unequal distribution of the individual and collective resources that form the basis of people's living conditions, which in turn affects their health. Society's ambition to simultaneously promote growth and promoting the welfare involves a conflict which contains a number of contradictions that existing strategies and policies for growth must relate to. It is essential to pay more attention to develop a social investment perspective and to involve groups that do not participate in growth-generating activities. Actions based on current growth strategies mostly talk *to* these groups, not *with* them. It is important to develop strategies for co-creation and to develop "knowledge alliances" where also the knowledge and experience of those more vulnerable groups are taken into account.

Sammanfattning

Västra Götaland som en del av världen genomgår stora förändringar präglade av ökande globalisering, växande migration och urbanisering. I jakten på bättre livschanser, tillgång till utbildning, arbete och inkomster söker sig allt fler till urbana områden. Detta är processer som bidrar till att den generella levnadsnivån förbättras men medför samtidigt att skillnader i människors livsvillkor och hälsoutveckling kvarstår eller ökar.

Denna text belyser sambandet mellan befolkningens hälsotillstånd och samhällsutvecklingen i stort. Mer specifikt belyser den sambandet mellan skillnader i hälsotillstånd och de faktorer, förhållanden och skeenden som präglar vår samtid - den ekonomiska utvecklingen, utbildningsnivån, arbetsmarknaden och den demografiska utvecklingen.

Texten beskriver hälsoutvecklingen i olika delar av befolkningen, socioekonomiskt och geografiskt och samband mellan hälsoutvecklingen och ekonomin, utbildning, arbetsmarknad och demografin. Med stöd i nyare forskning diskuteras hur dessa samband kan förklaras.

Det är ett till synes paradoxalt förhållande att medan välfärd och hälsa i genomsnitt utvecklas gynnsamt, kvarstår, eller t.o.m. ökar, skillnader i livsvillkor och hälsa mellan socioekonomiska grupper. Genom denna ojämna utveckling uppstår en polarisering i samhället som, om den blir tillräckligt stor, får den sociala sammanhållningen att erodera.

Med stöd i nyare forskning hävdas att den ojämna ekonomiska utvecklingen innebär en ojämn fördelning av produktionsöverskottet vilket tenderar att öka en ojämlig fördelning av de individuella och kollektiva resurser som utgör basen för människors livsvillkor vilket i sin tur påverkar deras hälsotillstånd. Samhällets ambition att samtidigt främja tillväxt och främja välfärd innebär en målkonflikt vilken inrymmer ett antal motsättningar som befintliga strategier för tillväxt måste förhålla sig till på ett aktivt sätt. Det är väsentligt att i högre utsträckning utveckla ett socialt investeringsperspektiv samt att involvera grupper som s.a.s. inte deltar i tillväxtgenererande verksamheter. Insatser inom ramen för tillväxtstrategierna riktar sig oftast *till* dessa grupper men det är viktigt att utveckla strategier för *medskapande*, att utveckla kunskapsallianser där även kunskaper och erfarenheter från dessa mer sårbara grupper tas till vara.

Inledning

Världen – och Västra Götaland som en del av den – genomlever stora förändringar vilka präglas av en ökande globalisering, växande migration och urbanisering. Dessa tre globala processer får genomslag även på regional och lokal nivå. En allt starkare tendens till en integrering av en global marknad för varor och tjänster leder till mer komplexa globala produktionsnätverk där industriell produktion tenderar att koncentreras till låglöne-regioner medan tjänsteproduktionen får en mer dominerande roll i höginkomstregioner. Det leder till en ökande migration in till urbana områden eftersom där finns de större möjligheterna till bättre livschanser, tillgång till arbete och därmed inkomster. Sådana processer är drivkrafter bakom den ojämna tillväxt som sätter sin prägel på den ekonomiska, sociala och ekologiska utvecklingen i världen, inklusive den i Västra Götaland. Utvecklingen har lett till att den generella levnadsnivån har förbättrats samtidigt som skillnaderna i människors livsvillkor och hälsoutveckling kvarstår eller till och med har ökat.

Denna rapport syftar till att tydliggöra **sambanden mellan befolkningens hälsotillstånd och utvecklingen i Västra Götaland** samt identifiera vad som driver på utvecklingen av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. Förhoppningen är att denna redovisning ska öka insikten och förståelsen av varför en orättvis ojämlikhet i hälsa är oförenligt med en hållbar utveckling.

I nästa avsnitt preciserar vi vad vi menar med några centrala begrepp så som hälsa, rättigheter, delaktighet. Vi belyser även distinktionen mellan hälsa och befolkningens hälsotillstånd, för att därefter identifiera sambanden mellan hälsa och livsvillkor med utgångspunkt i nyare teoribildning inom det folkhälsovetenskapliga fältet.

I ett tredje avsnitt försöker vi spegla hur ojämlikhet i hälsa kan uppstå som ett resultat av en ojämn ekonomisk utveckling. Närmare bestämt tittar vi på sambanden mellan hälsoutvecklingen i befolkningen och den ekonomiska utvecklingen, situationen på arbetsmarknaden och utbildningsförhållanden samt den demografiska utvecklingen. Vi beskriver med hjälp av befintlig statistik hur ojämlikhet i hälsa och några centrala bestämningsfaktorer för hälsa (inkomst och utbildningsförhållanden, arbetsliv och arbetsmarknad och demografiska förhållanden) fördelar sig i Västra Götaland.

I det avslutande avsnittet diskuterar vi vad vi menar är väsentliga hälso-komponenter i en strategi för hållbar utveckling mot bakgrund av resonemangen i de två första avsnitten. Vi kommer att identifiera målkonflikter mellan nuvarande strategier för samhällsförändring och strategier för att motverka ojämlikhet i hälsa.

Slutligen föreslår vi hur den sociala dimensionen i nuvarande strategier för samhällsförändring bör kompletteras.

Vad är hälsa?

När man frågar människor om vad som betyder mest för ett gott liv brukar *en god hälsa* vara högt värderat¹. Det är inte konstigt med tanke på att hälsotillståndet har stor betydelse för möjligheterna att förverkliga andra saker som man också värderar, t.ex. att studera, att komma in på arbetsmarknaden och därmed ha en inkomst och delta i en social gemenskap. Sett ur detta perspektiv är hälsa en resurs.

Men det är också så att hälsotillståndet påverkas av dessa faktorer. Förlorar man sitt arbete löper man större risk att drabbas av ohälsa, har man en låg eller ingen inkomst ökar också risken liksom om man av olika skäl har ett dåligt socialt stöd. Det finns alltså ett växelspel mellan hälsa och en rad andra förhållanden som tillsammans skapar livsvillkoren för individen.

Men vad menas med *god hälsa*? Det är inte svårt att inse att hälsa är något annat än avsaknaden av sjukdom – man kan mycket väl vara sjuk (i betydelsen att ha en diagnos) och samtidigt ha god hälsa; en person med diabetes (en potentiellt livshotande sjukdom) kan mycket väl uppleva sin hälsa som god. Detta förhållningssätt återspeglas t.ex. i WHO:s berömda definition av hälsa från 1948: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom”².

Hälsobegreppet har sedan dess förändrats från att vara ett *tillstånd* till att vara en *resurs* för individen. Vår utgångspunkt är att *hälsa* är vad filosofer kallar ett *dimensionellt* begrepp, det vill säga hälsa kan ses som en dimension i vilken olika nivåer kan intas³. Därmed är det inte möjligt att definiera *hälsa* genom att ange ett eller flera kriterier som entydigt avgränsar begreppet. Hälsobegreppet innehåller flera komponenter vilka har med prestationsförmåga eller funktionsförmåga och med välbefinnande att göra. Vår uppfattning är att hälsa snarare bör ses som en *förmåga* för individen att leva ett liv som hen har skäl att vilja leva⁴.

HÄLSA SOM RÄTTIGHET OCH FÖRUTSÄTTNING FÖR DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE I SAMHÄLLET

Sämre hälsa försämrar individens förmåga att delta i samhällslivet och i en gemenskap med andra. Graden av deltagande och involvering i samhällslivet har ett tydligt samband med hälsoutvecklingen. Människan är en social varelse och är beroende av sociala kontakter för att fungera, ja till och med för att överleva. Rätten till god hälsa och liv är därför en

¹ Se t.ex. Vad gör oss nöjda med våra liv – domäntillfredsställelse och viktighetsbedömningar. Bengt Brülde & Åsa Nilsson SOM-rapport 2010:16

² WHO: International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946 (1948)

³ Se t.ex. BRÜLDE, B. & TENGLAND, P.-A. 2003. *Hälsa och sjukdom : en begreppslig utredning*, Lund, Studentlitteratur. för en fördjupad begreppsanalys av *hälsa* (och sjukdom).

⁴ Det är ett synsätt som ligger nära det som kommit att benämnas *the capability approach* (CA). CA kan knappast betecknas som en enhetlig teori om hälsa utan bör ses som ett förhållningssätt där hälsa är en överordnad ”förmåga” (capability) bland andra ”förmågor” som ger individen möjlighet att påverka sina livsvillkor... de mest prominenta företrädarna för detta tankespår är Amartya Sen och Martha Nussbaum och de senaste åren även Sridhar Venkatapuram. För en genomarbetad och delvis kritisk granskning av CA kan varmt rekommenderas den sistnämndes monografi i ämnet VENKATAPURAM, S. 2011. *Health justice : an argument from the capabilities approach*, Cambridge, Polity..

mänsklig rättighet – hälsa är **betydelsefullt** för att kunna leva ett värdigt liv, delta i en social gemenskap utan diskriminering och kunna ta tillvara sina intressen på lika villkor som andra, det vill säga centrala komponenter i det som definierar vad det är att vara människa.

Invånarnas rätt till hälsa innebär att staten har skyldighet att bedriva en politik som förebygger sjukdomar och som ska leda till bästa uppnåeliga hälsa för befolkningen⁵. Det övergripande folkhälsopolitiska målet som Sverige antog 2003, ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen”, gäller fortfarande och ligger väl i linje med rätten till hälsa. Det finns stora likheter mellan den svenska politikens syn på faktorer som påverkar hälsa, bestämningsfaktorer och den syn på de sociala bestämningsfaktorerna som Världshälsoorganisationens (WHO) kommission presenterade i rapporten ”Closing the gap in a generation”⁶. Man konstaterar att social rättvisa är en fråga om liv och död och att de stora hälsoklyftor som finns inom och mellan länder är förbundna med sociala förhållanden – hälsans sociala bestämningsfaktorer. Kommissionens tre övergripande rekommendationerna är:

- Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv
- Angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt
- Utveckla och använd metoder för att mäta ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor som är tränade att se hälsans bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa (WHO, 2008).

Kommissionens rapport inspirerade arbetet mot ojämlikheter i hälsa i flera länder. Dåvarande Statens Folkhälsoinstitut sammanställde 2010 en rapport där rekommendationerna i WHO:s kommission jämfördes med den svenska folkhälsopolitiken. En rad åtgärder föreslogs men utredningen ledde inte till åtgärder på nationell nivå. Däremot uppstod olika initiativ i vissa regioner/landsting och kommuner (Melinder, 2011). Malmö Stad tillsatte en egen kommission (Kommission för ett socialt hållbart Malmö, 2013), Västra Götalandsregionen tog ett politiskt beslut om att ta fram en handlingsplan för jämlik hälsa (Västra Götalandsregionen, 2013a) och SKL skapade en mötesplats vid namn ”Samling för social hållbarhet” där 20 kommuner, landsting och regioner samarbetade med fokus på att minska hälsoskillnaderna (SKL, 2013). Östgötakommissionen publicerade sin slutrapport 2014 (Östgötakommissionen för jämlik hälsa, 2014). Under 2015 tillsattes en nationell kommission i Sverige för jämlik hälsa med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar samt kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Även kommissionen för et Nu senast

Sverige har fått en del kritik vad gäller förverkligandet av rätten till hälsa. Trots att regeringen har ratificerat flera internationella fördrag som erkänner rätten till hälsa, så är hälsa, formulerad som en rättighet, inte förankrad (och ibland frånvarande) i Sveriges nationella lagstiftning och strategier⁷. Det är därför en stor utmaning, enligt FN:s särskilde

⁵ För en redovisning av statens skyldigheter och ansvar gentemot individen se www.manskligarattigheter.se.

⁶ Kommissionen kallas ibland Marmotkommissionen och rapporten Marmot-rapporten efter Sir Michael Marmot som lede kommissionens arbete.

⁷ Men jämför Regeringsformen kap 1 2§: ”...Särskilt ska det allmänna trygga *rätten* till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.”[Vår kursiv]

rapportör om rätten för alla till högsta möjliga nivå av fysisk och psykisk hälsa, Paul Hunt, att integrera hälsa som en mänsklig rättighet i nationella strategier och i alla hälsorelaterade policyer (Hunt, 2007).

Förutom detta finns brister i förståelsen vad rätten till bästa möjliga uppnåeliga hälsa innebär och kravet det ställer på att inte diskriminera marginaliserade individer och grupper. Det aktualiserar behovet av utbildningsinsatser för att politiska och professionella grupper, vars arbete har effekt på individers hälsa och välfärd, får nödvändiga kunskaper som gör att de inte diskriminerar på grund av okunskap. Det finns behov av metoder för att inom hälsoområdet bekämpa diskriminering utifrån kön, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionsnedsättning (Hunt, 2007). Personer med funktionsnedsättning, utländsk bakgrund eller HBT-identiteter (homosexuella, bisexuella eller transpersoner) upplever att de har en sämre hälsa än befolkningen i övrigt (Statens Folkhälsoinstitut, 2010a). Detta indikerar att inte bara hälso- och sjukvården behöver verktyg för att motverka diskriminering (Socialstyrelsen, 2011). Det gäller sannolikt även andra välfärdsinstitutioner.

Rätten till hälsa återspeglar sig dock i det nationella folkhälsomålet genom sin formulering som är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Enligt Hunt innehåller detta mål tillsammans med de folkhälsopolitiska elva målområdena⁸ de viktigaste bestämningsfaktorererna för att kunna uppnå bästa åtkomliga hälsa men rapporterade samtidigt att regeringen inte föreföll avsätta tillräckliga resurser till det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet (Hunt, 2007).

DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE I SAMHÄLLET EN FÖRUTSÄTTNING FÖR POSITIV HÄLSO- OCH SAMHÄLLSUTVECKLING

Enligt WHO utgör delaktighet och inflytande i samhället grunden för social välfärd och jämlik hälsa (WHO, 2008). Delaktighet och inflytande i samhället är också det första av de elva nationella folkhälsopolitiska målområdena. Brist på makt, inflytande och möjlighet att påverka de egna livsvillkoren och den egna livssituationen har ett starkt samband med ohälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Att själv kunna styra över sitt liv främjar hälsan. Psykologiska resurser som skyddar är att ha en känsla av sammanhang med delaspekter som meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet, självförtroende och självkänsla men också tron på den egna förmågan att klara av olika situationer (Antonovsky et al., 1991). Här påverkar individens tidigare upplevda möjligheter att hantera svårigheter och utmaningar. Sammantaget är dessa psykologiska resurser lägre hos grupper med låg socioekonomisk situation (Östgötakommisionen för jämlik hälsa, 2014). Delaktighet och inflytande bidrar inte bara till en positiv hälsoutveckling, det bidrar även till ett mer inkluderande och demokratiskt samhälle. Forskningen kring socialt kapital påvisar ett samband mellan delaktighet och inflytande och

⁸ Se Folkhälsomyndighetens webbsida för en redovisning av folkhälsopolitiken: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>

människors tillit både till sina medmänniskor och till samhällsliga institutioner⁹. När bristen på tillit i samhället ökar finns det olika vägar att gå. Hans Abrahamsson talar här om positiv eller negativ säkerhet. Den negativa säkerheten handlar om att skapa trygghet genom övervakning och kontrollsystem, vi skyddar oss från något icke önskvärt. Det andra sättet är att stärka den positiva säkerheten genom att vidta åtgärder som skapar trygghet och tillit mellan människor och till samhälls- och välfärdssystemen. Positiv säkerhet kan inte skapas uppifrån utan kräver ett folkligt deltagande vilket ur detta perspektiv lyfter fram betydelsen av allas delaktighet och inflytande (Abrahamsson, 2012).

En utsatt socioekonomisk situation är emellertid förenat med mindre tillit till andra människor och till samhälls- och välfärdssystemen trots att beroendet av dem är större. Den som under längre tid upplever att livssituationen inte går att påverka, och möter upprepade motgångar, minskar tilltron till den egna förmågan som leder till en känsla av hopplöshet. Hopplöshet är nära kopplat till självskattad dålig hälsa, nedstämdhet och oro men hopplöshet är också en välkänd oberoende riskfaktor för sjukdom och död (Östgötautskottet för jämlik hälsa, 2014).

HÄLSA I ETT BEFOLKNINGSPERSPEKTIV

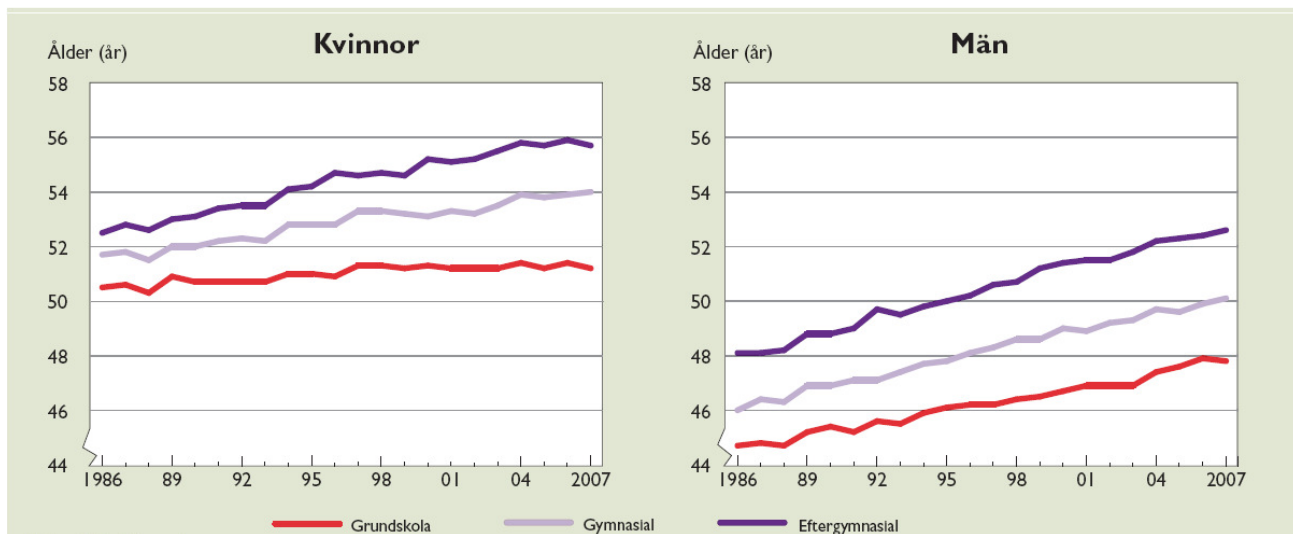
För att kunna leva ett långt liv med god hälsa som möjligt, behöver människan vara omgiven av en stödjande miljö. Det innebär inte enbart tillgång till hälso- och sjukvård när hen behöver det utan också känslomässig närhet, kognitiv och fysisk stimulering under de första levnadsåren, adekvat kost, kläder, tillgång till materiella och kulturella resurser, tillit till och stöd från andra, skydd från fysiskt och psykiskt våld, och så vidare, under hela livet. Men hälsoutvecklingen är också beroende av biologisk konstitution, genetiskt arv och levnadsvanor.

Individen kan själv kontrollera vissa av dessa faktorer, samhällsliga institutioner kan påverka andra av dessa bestämningsfaktorer. Men en del av dessa faktorer kan varken individen eller samhället påverka.

Varje människa kommer alltså att uppleva perioder av ohälsa, varierande i tid, och beroende av interaktionen mellan hens biologiska och genetiska konstitution, levnadsvanor, fysisk miljö och sociala livsvillkor.

Vad betyder allt detta i ett befolkningsperspektiv? Medan det finns en mer eller mindre stor slumpmässig variation i fördelningen av genetiska och biologiska faktorer föreligger påtagliga *systematiska* skillnader beträffande människors livsvillkor. Livsvillkoren varierar kraftigt utifrån social klass, ålder och kön. Detta kan beläggas med att vi under de senaste tre, fyra decennierna sett en ökning av skillnaderna mellan utbildningsgrupper (som ett mått på social position) beträffande dödlighet.

⁹ För en översikt se t.ex. ROSTILA, M. 2008. *Healthy bridges : studies of social capital, welfare, and health*. Diss (sammanfattning) Stockholm Stockholms universitet, 2008, Department of Sociology, Stockholm University,.



Figur 1
Sociala skillnader i medellivslängd 1986-2007. Förväntad återstående medellivslängd (år) från 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1986-2007. Källa Folkhälsorapport 2009, Socialstyrelsen.

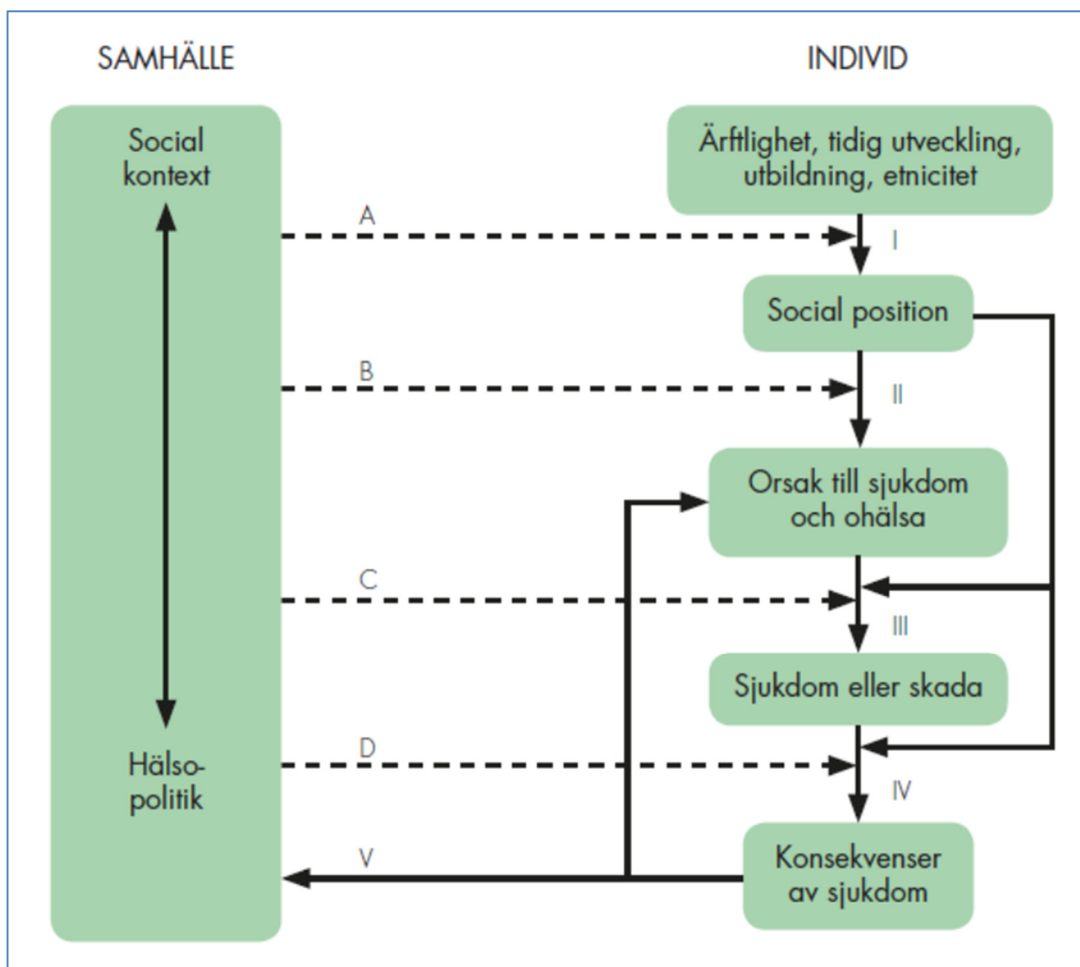
Under den tiden har skillnaderna i förväntad återstående medellivslängd från 30 års ålder ökat för kvinnor med grundskoleutbildning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning från ca 2 år till 4,5 år 25 år senare. Samma mönster, om än inte lika uttalat, ses för män med olika utbildningslängd.

Det är en utveckling som knappast kan förklaras av förändringar i biologisk konstitution eller genetiska mutationer. De kan ha med förändringar i levnadsvanor att göra men då man undersöker detta närmare kommer man att finna att också levnadsvanor uppvisar systematiska socioekonomiska skillnader (Roos and Prättälä, 2012). Forskningen visar istället att ökningen av ojämlikhet i hälsa hänger samman med förändringar i socioekonomiska förhållanden vilka i sin tur påverkar människors förutsättningar för att forma sina levnadsvanor. Det är här som den globala utvecklingen har återverkningar på befolkningens hälsotillstånd lokalt.

Hälsa är av central betydelse genom att påverka människors förmåga att vara en del av en social gemenskap och möjligheter att tillägna sig andra centrala resurser för att skapa ett gott liv – inkomst, arbete, utbildning etc. Vi kan konstatera att hälsotillståndet påverkas av människors livsvillkor i det omgivande samhället och att det därför är påverkbart genom t.ex. politiska beslut. Av det skälet innebär ojämlikhet i hälsa att vissa grupper i samhället undandras en gynnsam hälsoutveckling och bidrar därmed till att konservera sociala skillnader också i andra domäner än hälsa. Om man håller med om detta blir den centrala frågan hur ojämlikhet i hälsa uppstår som en följd av samhälleliga processer. Svaret är långt ifrån självklart.

FÖRKLARINGSMODELLER

Låt oss börja med att försöka identifiera några viktiga mekanismer för hur samhället så att säga kan komma in i den enskilda kroppen. Nedanstående modell beskriver interaktionen mellan individen och samhället och visar fem principiellt olika mekanismer för hur ohälsa kan uppstå samt fem potentiellt viktiga angreppspunkter för att motverka ohälsa (Lundberg et al., 2008).



Figur 2

En modell för hur ojämlikhet i hälsa kan uppstå och interventionspunkter för att motverka ojämlikhet i hälsa. (Diedrichsen et al., 2001, Östgötakommissionen för jämlik hälsa, 2014).

Varje samhälle karakteriseras av en mer eller mindre uttalad skiktning mellan olika samhällsklasser eller befolkningsgrupper. Skiktningen genereras genom skillnader i makt, status och materiell välfärd (I). Individerna har, beroende på ålder, kön, etnicitet, social bakgrund, utbildning osv., olika förmåga och möjligheter att inta en viss social position. Samhället kan påverka graden av social skiktning genom t.ex. utbildningspolitik, inkomstomfördelning och aktiv arbetsmarknadspolitik (A).

Den sociala positionen har avgörande betydelse för de exponeringar individen utsätts för. Det gäller exponeringar för fysikaliska, kemiska, psykosociala, biologiska faktorer,

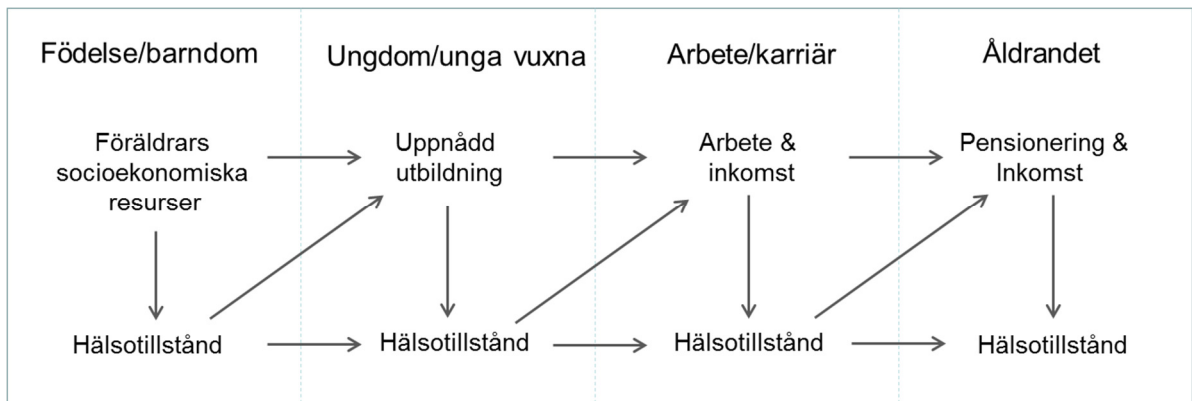
levnadsvanor osv. vilka kan påverka hälsotillståndet både positivt och negativt (II). Här kan olika former av regleringar och lagstiftning för att motverka exponering av ogynnsamma faktorer eller stimulera skyddsfaktorer, spela stor roll (B). Här återfinns många av de klassiska folkhälsointerventionerna mot t.ex. överkonsumtion av alkohol, tobaksbruk och droganvändning.

Effekten av en viss exponering kan vara mer eller mindre stor genom individens sårbarhet eller hens förmåga att hantera exponeringen (III). Denna kan bero på genetisk konstitution eller befintlig sjukdom. Forskningen talar starkt för att sårbarheten grundläggs redan under de första levnadsåren, ja t.o.m. under fosterstadiet för vissa aspekter av sårbarhet. Emotionella förhållanden och föräldrars livsvillkor har visat sig vara avgörande viktiga för sårbarheten för ogynnsamma exponeringar senare i livet. Folkhälsoarbete handlar mycket om att minska människors sårbarhet och öka deras förmåga att hantera svårigheter (C). Det klassiska exemplet är olika vaccinationsprogram vilka minskar effekten av farliga smittämnen. Andra exempel är mödra- och barnhälsovårdens verksamhet.

Ohälsa, sjukdomar och skador som drabbar individen medför ofta nedsatt funktionsförmåga eller t.o.m. kortare överlevnad. De medför ofta minskade inkomster och svårigheter att delta i arbetslivet. De konkreta *konsekvenserna* av ohälsa är beroende av individens sociala position (IV). Ogynnsamma konsekvenser kan motverkas genom hälso- och sjukvårdspolitik, olika försäkringssystem, aktiv arbetsmarknadspolitik liksom genom att hälso- och sjukvården uppmärksammar omotiverad ojämlik vård och rehabilitering (D).

Konsekvenserna av ohälsa och sjukdom i befolkningen kommer att påverka samhället i stort (V). På samhällsnivå kan den ekonomiska tillväxten påverkas genom att delar av befolkningen har minskad förmåga att delta i produktionen av varor och tjänster. Möjligheterna att delta i samhällslivet i stort påverkar det sociala kittet och sammanhållningen i samhället. Forskningen talar för att de olika välfärdsinstitutionerna, alltifrån samhällsservice till omfördelning av ekonomiska resurser via skattsedeln är betydelsefulla för att hantera konsekvenserna av ohälsa på befolkningsnivå.

Denna begreppsmodell kan vara fruktbar för att förstå hur samhällsförhållanden kan leda till ojämlikhet i hälsa. Men modellen förklarar egentligen inte den viktiga frågan om kausalitet och selektion – är det de socioekonomiska förhållandena som leder till ohälsa eller är det ohälsa som leder till socioekonomiskt mer ogynnsamma villkor? Det förra perspektivet företräds ofta inom epidemiologisk och sociologisk forskning medan det senare selektions-perspektivet ofta har företrädare bland ekonomer. Av den föregående texten framgår att det finns skäl att tro att sambandet kan löpa i båda riktningarna. Detta blir särskilt tydligt inom den del av forskningen som utgår från ett livsförloppsperspektiv. Nedanstående figur visar hur socioekonomiska förhållanden hänger samman med hälsa och hur hälsa kan påverka framtida socioekonomiska förhållanden, i en växelverkan som utspelas över tid. Här antyds även varför socioekonomiska ojämlikheter tenderar att reproduceras över generationerna.



Figur 3

Det dynamiska förhållandet mellan socioekonomiska förhållanden och hälsa. (Efter Adler and Stewart, 2010)

Föräldrarnas samlade ekonomiska, materiella, kulturella och politiska¹⁰ resurser är väsentliga för barnets tidiga livsvillkor men även dess senare skolgång och uppnådda utbildning. Utbildningsnivån har betydelse för hur arbetsdeltagandet kommer att formas vilket i sin tur bildar livsvillkoren för den nya generationen föräldrar och deras barn. Detta synsätt är konstruktivt på två sätt. Det kan dels förklara varför interventioner för att påverka mer näraliggande orsaker till ohälsa, t.ex. rökning eller stillasittande fritid, ofta har en kortvarig eller som bäst medellång effekt och att de inte förhindrar att nya grupper tillägnar sig ogynnsamma levnadsvanor; dels leder det till en ökad förståelse för att ojämlikheter mellan samhällsklasser består trots att samhället runt omkring liksom levnadsvanor förändras.

Fundamentala orsaker

De bestående klasskillnaderna i ett föränderligt samhälle har blivit utgångspunkten för en riktning inom den socialepidemiologiska forskningen som belyser sociala livsvillkor som ”fundamentala orsaker” (fundamental causes) till ojämlikhet i hälsa (Phelan et al., 2004, Link and Phelan, 1995).

Sociala skillnader i hälsa har bestått under mycket lång tid, trots att samhället förändrats i grunden, trots att sjukdoms- och ohälsopanoramats är helt annorlunda idag än för 150 år sedan. Företrädarna menar att den främsta anledningen till detta är att grupper i en mer gynnsam social position är där i kraft av sin makt, sin tillgång på ekonomiska och politiska resurser, inklusive sociala nätverk – allt användbart för att minska risken för ohälsa, sjukdom och för tidig död.

Nyckelordet i denna förklaringsmodell är alltså *resurser*. I och med att tillgången till resurser varierar mellan olika grupper varierar också möjligheten att kontrollera och hantera olika situationer. De som har lägre utbildning, lägre yrkesstatus och begränsade ekonomiska och sociala resurser, jämfört med andra människor, har inte samma möjligheter att tillgodose sina egna och familjens behov som den som har större resurser. Förutom en

¹⁰ Med kulturella resurser menas här resurser som härrör från t.ex. traditioner, kreativitet och tro på framtiden; med politiska resurser åsyftas snarast möjligheterna eller förmågan att vara aktiv och engagerad, att ingripa och argumentera, att kunna vara i konflikt – dvs. det som Hannah Arendt lägger i begreppet *politisk* (ARENDR, H. 1998. *The human condition*, Chicago, University of Chicago Press..

lägre materiell standard så leder de knappare resurserna också till mindre kontroll och sämre möjligheter att hantera problem och motgångar. Det försämrar också möjligheten att påverka det egna livet och den egna omgivningen, vilket i högsta grad påverkar hälsan. Detta kan upplevas orättvist i jämförelse med mer gynnade arbetskamrater, bekanta och grannar vilket kan framkalla en kronisk stressbelastning, det som i stressforskning kallas "allostatic load" (Beckie, 2012, McEwen and Gianaros, 2010). Även måttlig men långsiktig belastning kan leda till ohälsa. Kroppens biologiska system kan alltså påverkas av upplevelser av orättvisa och begränsade resurser. Kunskap om hur sociala förhållanden kan trigga stressreaktioner, kan därför ge kunskap om hur samhällsliga förhållanden s.a.s. kan komma in i den enskilda kroppen och därmed påverka hälsa och livslängd (Lundberg, 2012). Tillgången på resurser ger således större möjligheter att undvika sådant som hotar den egna existensen och välja sådant som främjar den.

Denna teori är intressant ur åtminstone tre aspekter. För det första leder teorin till att vi uppmärksammar betydelsen av mer strukturella förhållanden för att förstå vilka beslut och insatser som måste till för att reducera ojämlikhet i hälsa. Vi måste identifiera "orsakernas orsaker" ("the causes of the causes"), det vill säga påverka den sociala skiktningen och de negativa effekterna av denna. WHO-kommissionen om de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa rekommenderade därför att påverka fördelningen av makt, pengar och resurser för att kunna minska ojämlikhet i hälsa inom en generation (Commission on Social Determinants of Health., 2008).

För det andra noterar vi att det här finns tydliga beröringspunkter med den skandinaviska välfärdsforskningen (Lundberg et al., 2008, Morel et al., 2012). Den har sedan lång tid satt "resurser" i fokus och utgått från att människan är en aktivt handlande aktör som kan styra sitt liv om hon har tillräckliga resurser (i vid mening) för att göra det. Utgångspunkten för strategier som syftar till att påverka livsvillkoren är att öka människors kontroll och förmåga att styra sina liv och att göra det genom att påverka resursfördelningen i samhället. En väsentlig del i ett sådant tankespår är att resurserna kan vara individuella men också kollektiva. Med kollektiva resurser menar man vanligtvis välfärdsinstitutionerna vilka blir särskilt betydelsefulla då individens egna resurser är otillräckliga.

För det tredje konstaterar vi att teorin om fundamentala orsaker har starka beröringspunkter med centrala begrepp inom modern samhällsplanering genom att den syftar till att påverka samma centrala förhållanden och faktorer i samhället – villkoren för att kunna leva det liv som man har skäl att vilja leva, möjligheten till en bra bostad, arbete, utbildning och inkomst.

Hälsotillståndet i befolkningen bestäms till stor del av livsvillkoren under vilka befolkningen lever, kanske framför allt genom fördelningen av inkomster, val av utbildning, boendeförhållanden och möjligheter att komma in på arbetsmarknaden samt förhållanden i arbetsmiljön. Livsvillkoren påverkas i sin tur till stor del av den ekonomiska utvecklingen *tillsammans* med hur politiken på den kommunala, regionala, statliga men även överstatliga nivån, väljer att förhålla sig till den ekonomiska utvecklingen. Det politiska förhållningssättet handlar förstås om finans- och näringslivspolitiska bedömningar och ställningstaganden men också om välfärdspolitiska ställningstaganden – transfereringssystemens betydelse för människors livsvillkor, graden av service i form av

vård och omsorg, om utbildningssystemets roll. Det gör att *livsvillkorens förändring* blir ett resultat av samspelet mellan den ekonomiska utvecklingen och politikens förhållningssätt.

Folkhälsa, ekonomisk tillväxt och regional utveckling

Den ojämna globala ekonomiska utvecklingen ger återverkningar på lokal nivå. Det har fr.a. inneburit en kraftig omvandling av näringslivsstrukturen i regionen under de senaste två decennierna. Det är utvecklingen bland näringar i urbana miljöer som drivit på omställningen. Företagstjänster, handel och transporter, verksamheter inom informations- och kommunikationsteknologi tillsammans med hotell- och restaurangnäringen har kraftigt ökat sitt förädlingsvärde (Västra Götalandsregionen, 2015a).

Denna omvandling av näringslivet påverkar Västra Götalandsregionen och de 49 kommunernas förutsättningar att organisera det västsvenska samhället för att uppnå intentionerna i den regionala visionen Det goda livet. Visionen ska leda till att livet för regionens invånare karakteriseras av ”en god hälsa, arbete och utbildning, trygghet, gemenskap och delaktighet i samhällslivet, en god miljö där vi värnar de förnybara systemen, möta behoven hos barn och ungdomar, en uthållig tillväxt och ett rikt kulturliv” (Västra Götalandsregionen, 2005: sid 2).

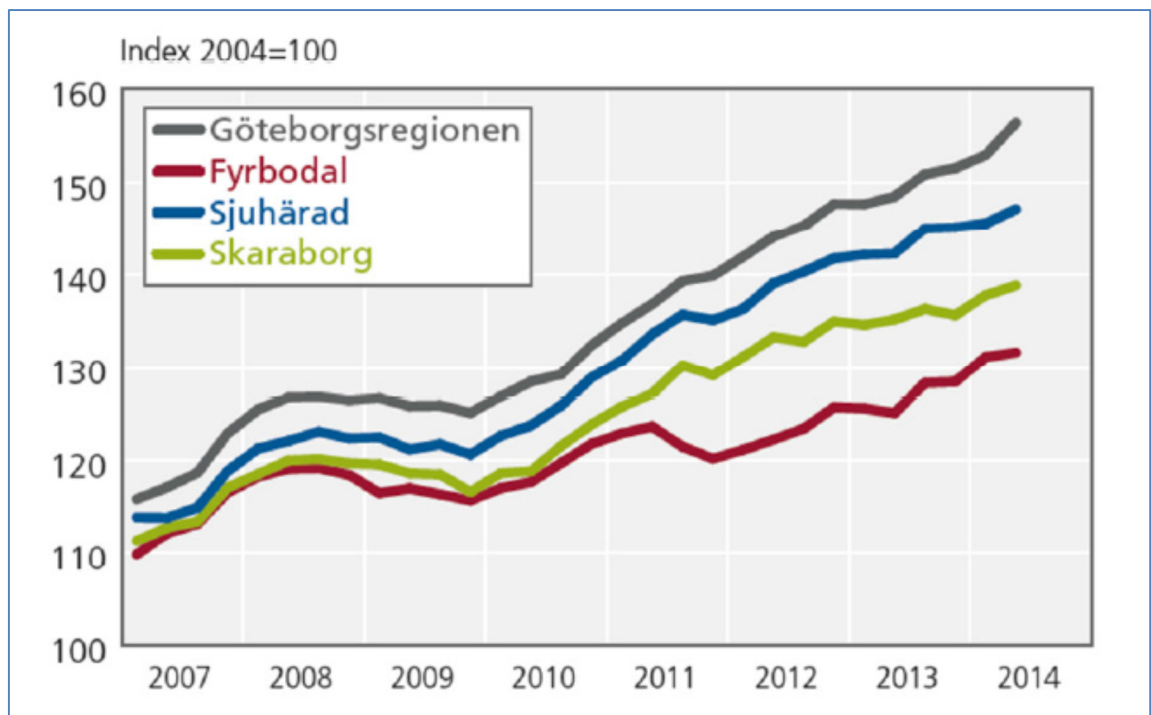
Den ekonomiska utvecklingen påverkar områden som är centrala för människors möjligheter att själva forma sina livsvillkor och därmed sin hälsa. Näringslivets omdaning påverkar arbetsmarknadens utveckling vilket i sin tur påverkar människors möjligheter till arbetsdeltagande och, för dem som har ett arbete, människors arbetsmiljö. Omdaning har fört med sig helt andra krav på kompetens vilket leder till att människors utbildningsnivå blir avgörande för möjligheterna att komma in på arbetsmarknaden och få sin inkomst från förvärvsarbete. Den ekonomiska omdaning påverkar också den demografiska utvecklingen i regionen vilket avspeglas i t.ex. en snabb urbanisering. Det i sin tur påverkar kommunernas möjligheter att finansiera sina välfärdsåtaganden.

I det följande kommer den ekonomiska utvecklingen att beskrivas med hänsyn till hur befolkningens hälsotillstånd påverkas utifrån nyare folkhälsovetenskaplig forskning. Till att börja med beskrivs den ekonomiska utvecklingen i sig och hur den får effekter för arbetsmarknad, krav på utbildning och demografiska förhållanden.

DEN EKONOMISKA UTVECKLINGEN I VÄSTRA GÖTALAND

Västra Götalands ekonomiska utveckling är enligt många rapporter stark och den ekonomiska tillväxten i Västsverige var tre gånger högre än den i Västeuropa under det senaste decenniet (Västra Götalandsregionen, 2015a). Enligt OECD är Västsverige en region med högt utbud av kvalificerad arbetskraft och en hög efterfrågan i ekonomin vilket i sin tur ger bra förutsättningar för jobbskapande. Inkomsterna, sysselsättningen och utbildningsnivån i regionen har ökat samtidigt som arbetslösheten minskat (Västra Götalandsregionen, 2015a). Däremot har *skillnader* mellan socioekonomiska grupper inte minskat utan snarast ökat. Det hänger samman med att den ekonomiska utvecklingen påverkat livsvillkoren på olika sätt i olika delar av regionen. Den ekonomiska tillväxten sker framför allt i storstadsregionerna. Den främsta orsaken till detta är att de dominerande drivkrafterna i den västsvenska ekonomin allt mer kommer från näringar som i huvudsak

utvecklas i urbana miljöer. Exempel på detta är företagstjänster, personliga tjänster, handel och transporter, informations- och kommunikationsteknologi samt kultur, hotell och restauranger (Västra Götalandsregionen, 2015a). Sedan 2004 har tillväxten mätt som lönesummor ökat i Västra Götaland. Men ökningen har varierat i storlek i olika delar av regionen (Statistiska Centralbyrån and Västra Götalandsregionen, 2015). I Figur 4 redovisas förändringen i lönesumma för privat och offentlig sektor i olika delar av Västra Götaland, i förhållande till indexåret 2004 (index = 100).



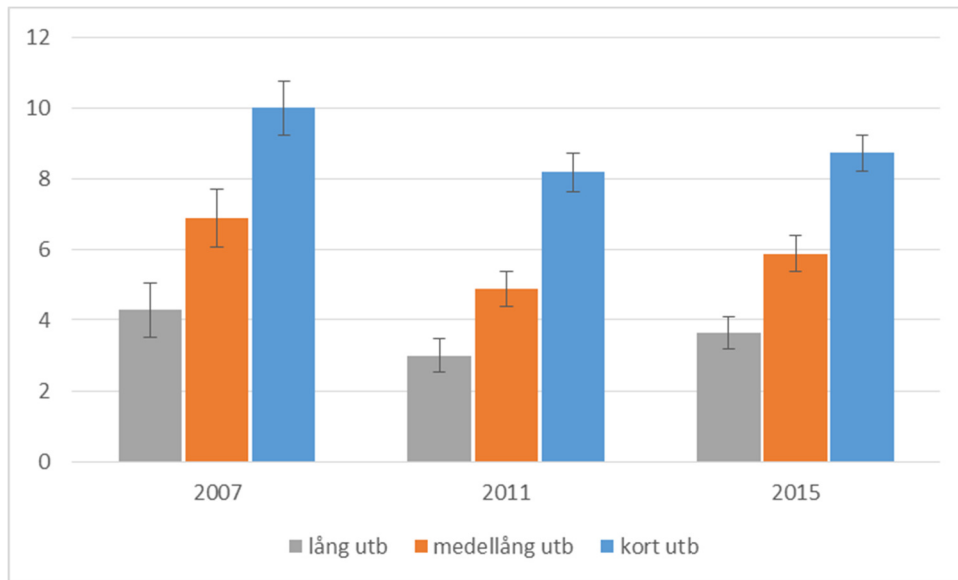
Figur 4
Lönesumma i privat och offentlig sektor i de olika regiondelarna. (Statistiska Centralbyrån and Västra Götalandsregionen, 2015)

Det finns ett generellt mönster i ökningen av lönesummorna i de fyra delregionerna. Sedan 2004 skede en ökning i samtliga områden fram till den ekonomiska recessionen 2008-09. Därefter tog konjunkturen fart igen men med något olika hastighet så att 2014 hade lönesumman i Göteborgsregionen ökat med 55 procent medan den i Fyrbodalområdet hade ökat med ca 30 procent.

EKONOMISK TILLVÄXT OCH HÄLSOTILLSTÅNDET

Med tanke på att tillväxten i Sverige och i Västra Götaland hela tiden ökat kan det tyckas vara paradoxalt att konstatera att samtidigt som det *genomsnittliga* hälsotillståndet förbättras över tid är *skillnaderna* i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper oförändrat stora. I Figur 5 redovisas hur kvinnor i Västra Götaland uppfattar sitt eget hälsotillstånd, självskattad hälsa. I Västra Götaland genomfördes 2007, 2011 och 2015 större befolkningsundersökningar där befolkningen 16-84 år ombads skatta sitt eget hälsotillstånd på en femgradig skala från mycket dålig till mycket bra hälsa. I nedanstående diagram

redovisas andelen kvinnor som skattat sitt hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt vid de tre tillfällena.

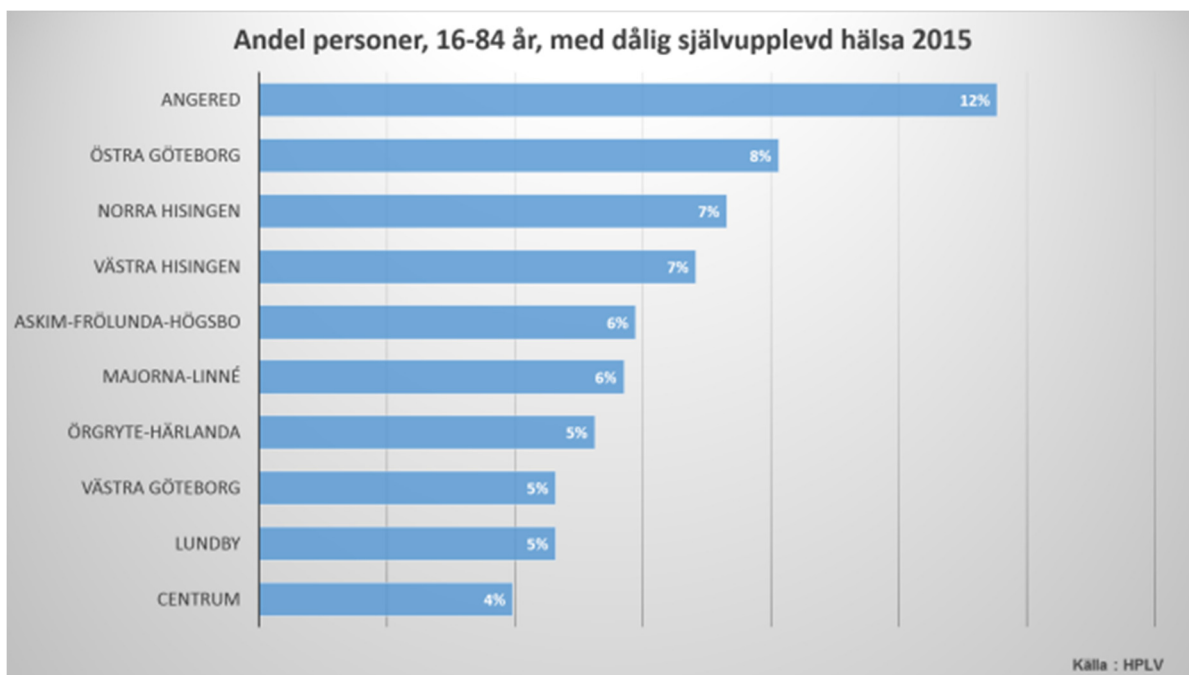


Figur 5

Andelar (%) av kvinnor med dålig eller mycket dålig hälsa enligt enkätundersökningen Hälsa på lika villkor 2007, 2011 och 2015, fördelat på utbildningslängd. Åldersstandardiserade data.

Andelen som uppfattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig har mellan de båda undersökningarna 2007 och 2011 i genomsnitt minskat något men är ändå dubbelt så stor i gruppen med kort utbildning jämfört med gruppen med lång utbildning. Samma relativa skillnad ses vid undersökningen 2015.

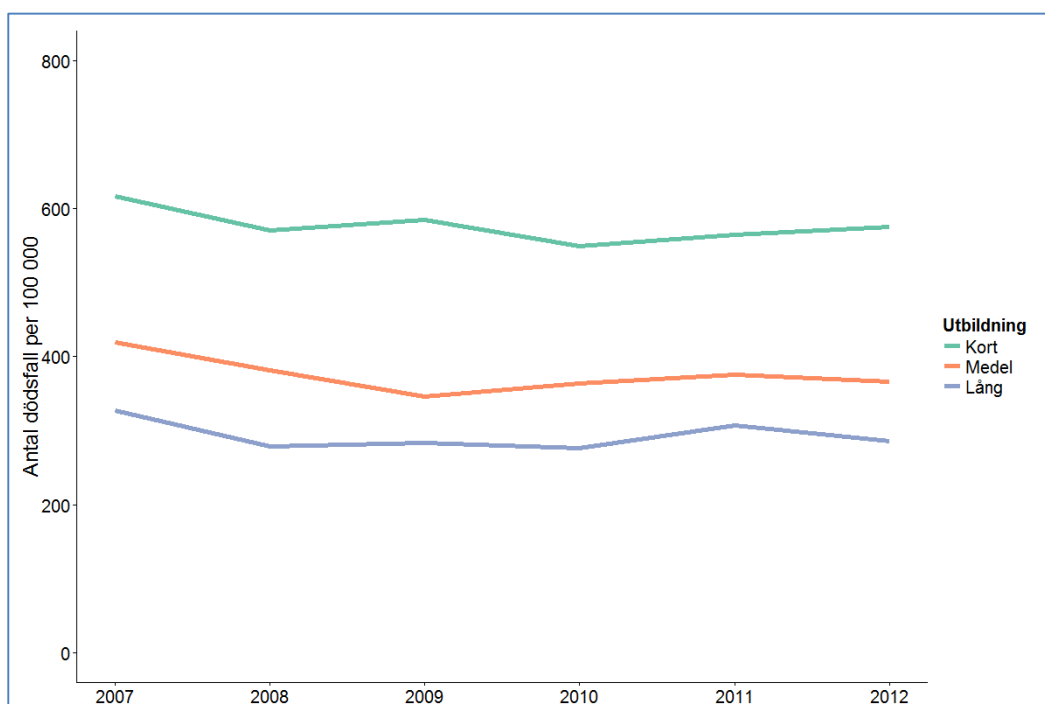
Det finns stora geografiska skillnader. I Göteborgs stadsdelsnämnder varierar andelen med dålig eller mycket dålig hälsa från 4 procent till 12 procent (Figur 6).

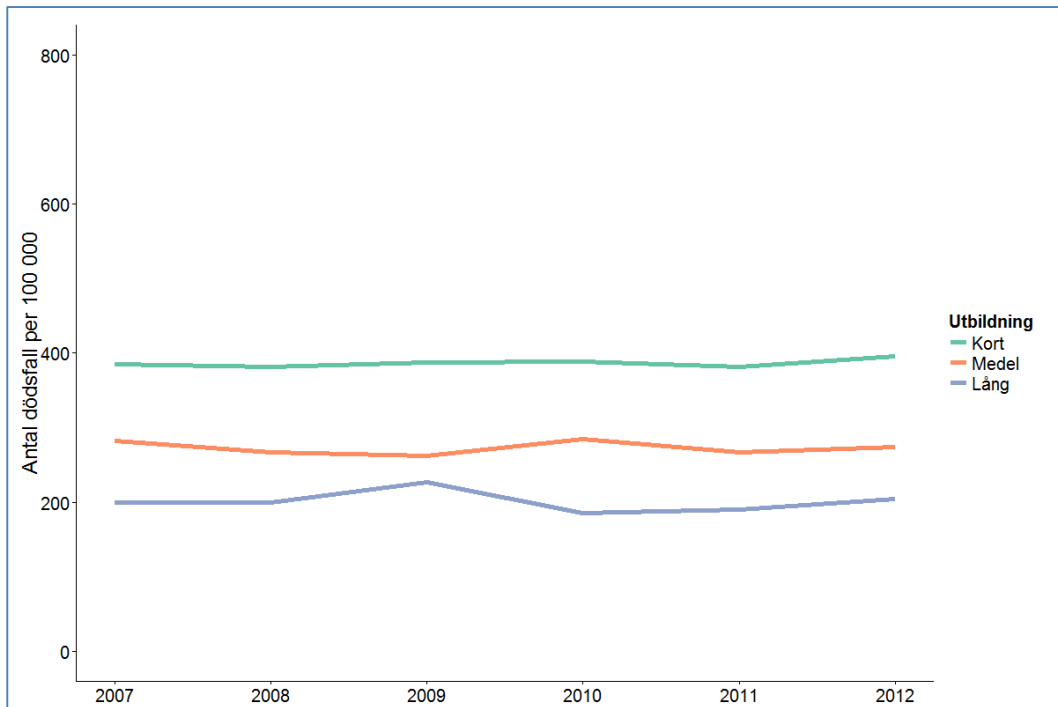


Figur 6

Andel personer 16 – 84 år som upplever sin hälsa som dålig eller mycket dålig, fördelat på SDN-områden i Göteborg. (Västra Götalandsregionen, 2015b)

Man finner liknande socioekonomiska skillnader även för klassiska hälsomått, t.ex. dödlighet. Den förtida dödligheten, det vill säga dödsfall före 75 års ålder, är ungefär dubbelt så hög bland dem med kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning.



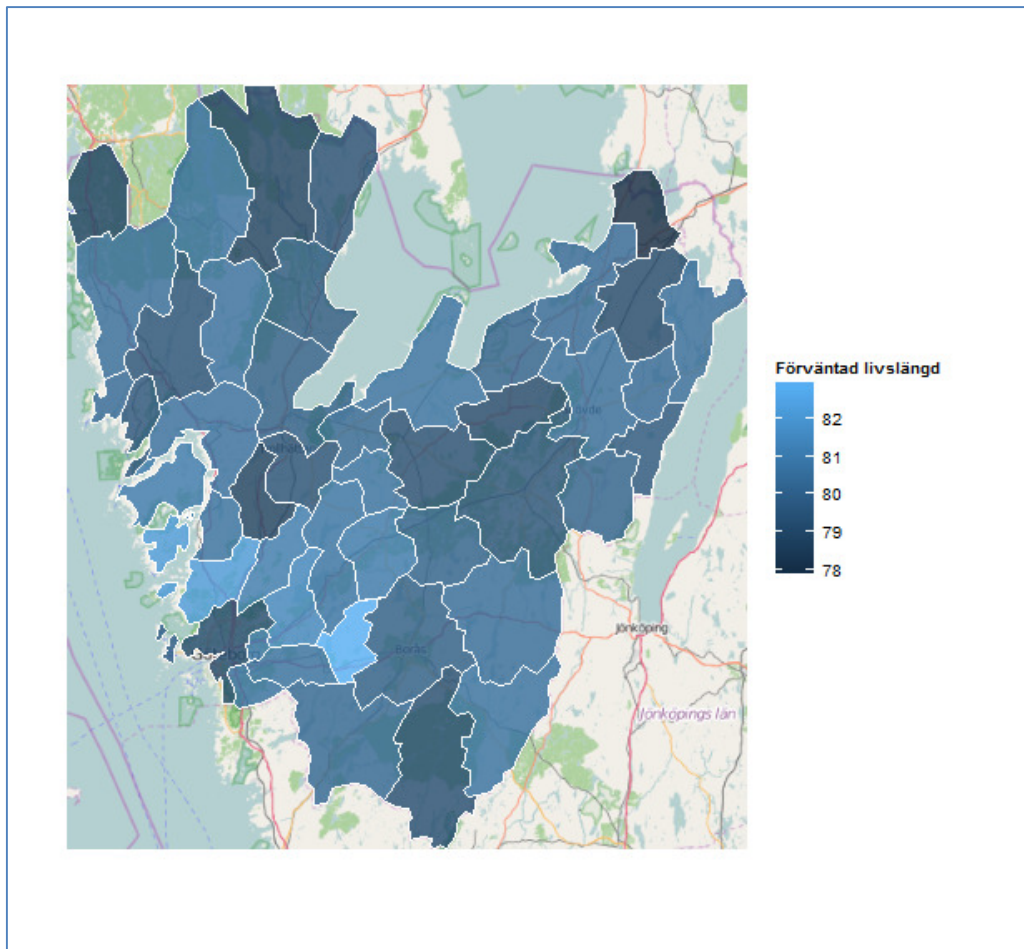


Figur 7

Dödlighet före 75 års ålder bland män (överst) och kvinnor (under) i Västra Götaland 2007-2012.

Källa: Västdatabasen.

Det finns också geografiska skillnader. Det skiljer t.ex. ca 5 år i förväntad livslängd för män mellan kommunen med längst förväntad livslängd och den med kortast. Livslängden var lägre i Fyrbodalsområdet, i östra Skaraborg och södra Sjuhäradsbygden medan den var högst i Göteborgs kranskommuner (Figur 8)



Figur 8
Förväntad livslängd för män 2010-14 i de 49 kommunerna.

De geografiska skillnaderna förklaras till stor del av socioekonomiska förhållanden. De som uppfattar sin hälsa som sämre är oftare arbetslösa, utslagna från arbetsmarknaden i förtid, har kortare utbildning och låg tillit till andra¹¹.

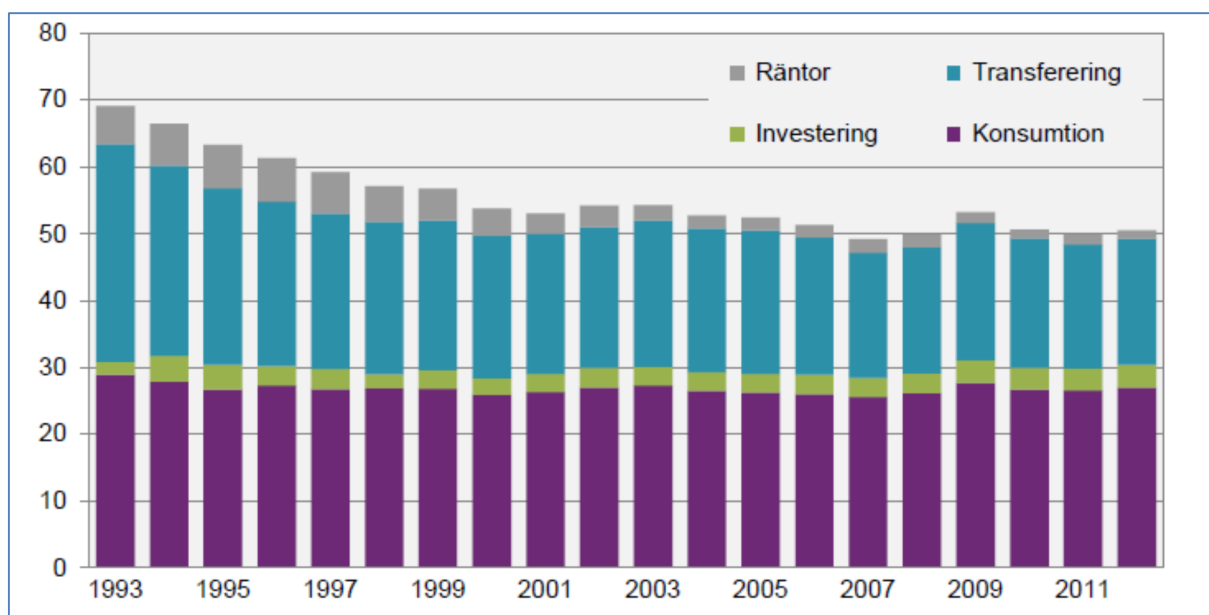
EKONOMISK TILLVÄXT OCH VÄLFÄRDSINSTITUTIONERNA

Den ekonomiska internationaliseringen, avregleringarna inom den globala finansmarknaden, nedmonteringen av hinder för kapitalets och arbetskraftens rörlighet över nationsgränserna har gynnat ökade vinster inom finanssektorn som därigenom kunnat expandera kraftigt och förändrat villkoren för industrisektorn. Härigenom förändrades också förutsättningarna för välfärdsstaten. Stigendal beskriver den förändringen som en övergång från välfärdsstat till konkurrensstat (Stigendal, 2011: s 29). Med det menar han en stat som inriktar sig på att stödja kapitalet i den globala konkurrensen. Det innebär ett stöd för teknisk förändring, innovationer och entreprenörskap och att socialpolitiken blir underordnad den ekonomiska politiken.

¹¹ För belägg och fördjupning av dessa samband, se t.ex. ROSTILA, M. & TOIVANEN, S. 2012. *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*, Stockholm, Liber.

Det har gett upphov till ökande inkomstskillnader inom befolkningen och kraftigt påverkat kommunernas och statens skatteuttag och därmed möjligheterna att finansiera välfärdsåtagandet. Under den ekonomiska recessionen i början av 1990-talet minskade statens skatteunderlag och därmed förmågan att finansiera och hålla välfärdsinstitutionerna intakta samtidigt som välfärdssektorns utgifter ökade markant (Palme et al., 2001: s 221 ff.).

Den argumentation som byggts under den ekonomiska omdaning är att en utbyggd välfärdssektor kräver resurser vilka skulle kunna användas för investeringar som skapar mer tillväxt. Detta är kärnan i den kritik av offentliga utgifter, särskilt beträffande välfärdsinstitutioner, som präglats mycket av den ekonomiska och politiska debatten sedan 1970-talets slut. Detta är också ett bärande argument för nedskärningar i den offentliga sektorn under fr.a. 1990-talet. Enligt Nationalräkenskaperna minskade de offentliga utgifterna som andel av BNP från 69 procent 1993 till 51 procent 2012 (Figur 9). Minskningarna har skett fr.a. inom transfereringssystemet, särskilt inom sjukförsäkringssystemet och arbetslöshetsersättningar (Statistiska centralbyrån, 2014).



Figur 9
Den offentliga sektorns utgifter i relation till BNP, 1993-2012. (Statistiska centralbyrån, 2014)

Det medför en ökad belastning på den kommunala ekonomin genom att behovet av försörjningsstöd ökar.

Finansieringsformerna för offentliga verksamheter förändrades under 1990-talet, bl.a. i form av ett nytt utjämningsystem, förändringar i de statliga bidragssystemen och förändringar i kommunernas finansiella handlingsutrymme. Detta har sammantaget lett till att den offentliga sektorn i ökande grad blivit en del av marknaden för varor och tjänster (Palme et al., 2001).

Man kan befara att det kan medföra att utrymmet för offentlig service minskar vilket kan leda till ett försämrat utbud i områden med en större andel av grupper med små

ekonomiska och politiska resurser. I media har då och då rapporterats om folkliga protestaktioner mot nedläggning av t.ex. postkontor och bankservice. Om tillgängligheten till offentlig service i betydelsen ”kollektiva resurser” (se sidan 14) minskar kan det få stor betydelse för dem vars individuella resurser är små. På så sätt kan klyftorna mellan socioekonomiska grupper öka vilket påverkar hälsotillståndet negativt, i synnerhet för de mest sårbara grupperna.

Samtidigt kan tilliten till samhället påverkas, det sociala kapitalet urholkas vilket också försämrar hälsotillståndet (Rostila, 2013, Kawachi et al., 2008) men också leder till ökande frustrationsgap och social oro (Abrahamsson, 2012).

Vid en viss nivå kan man tänka sig att de mest sårbara grupperna s.a.s. ”lossnar” från det övriga samhället. De ökande skillnaderna mellan socioekonomiska grupper innebär samtidigt att i den andra ändan av den sociala gradienten drar höginkomst- och välutbildade grupper ifrån det övriga samhället så att de till sist också ”lossnar” vilket i detta fall bl.a. kan medföra en sviktande vilja till solidarisk finansiering av välfärdsinstitutionerna och att man i kraft av god tillgång till egna resurser söker privata lösningar på eventuella välfärdsproblem.

För närvarande förefaller andelen som upplever att man är en del av det svenska samhället vara ganska stabil över tid. Enligt SOM-undersökningarna känner drygt nio av tio att de känner sig som en del av det svenska samhället och något färre att de behövs i samhället (Strömbäck, 2015).

Samtidigt konstateras i samma undersökning att det finns skillnader i utfallen av tillitsfrågorna mellan socioekonomiska grupper: yngre känner sig i större utsträckning som att de inte är en del av det svenska samhället (12 % av 16-29 år mot omkring 5 % i övriga åldersgrupper), 20 % av de födda utomlands känner sig utanför samhället och känner att de inte behövs; en femtedel av de med kort utbildning känner att de inte behövs i samhället mot var tionde band dem med lång utbildning (Strömbäck, 2015). Det förefaller som om de sårbara grupperna i samhället också är de som i störst utsträckning känner mindre tillit till samhället. Det är svårt att veta om dessa skillnader har förändrats över tid.

Hälsotillståndet i befolkningen påverkar inte bara tillgången på arbetskraft utan även produktiviteten, utbildningsnivån och sparandet. En god hälsa underlättar en effektivare användning av utrustning, maskiner och annan teknologi. Den generella utbildningsnivån har betydelse för företagets kompetensförsörjning. Sparandet ökar med stigande hälsa vilket ökar tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar. En god folkhälsa kan också innebära minskade kostnader för hälso- och sjukvård. På så vis har hälsotillståndet i befolkningen betydelse för den ekonomiska tillväxten (Mackenbach et al., 2007).

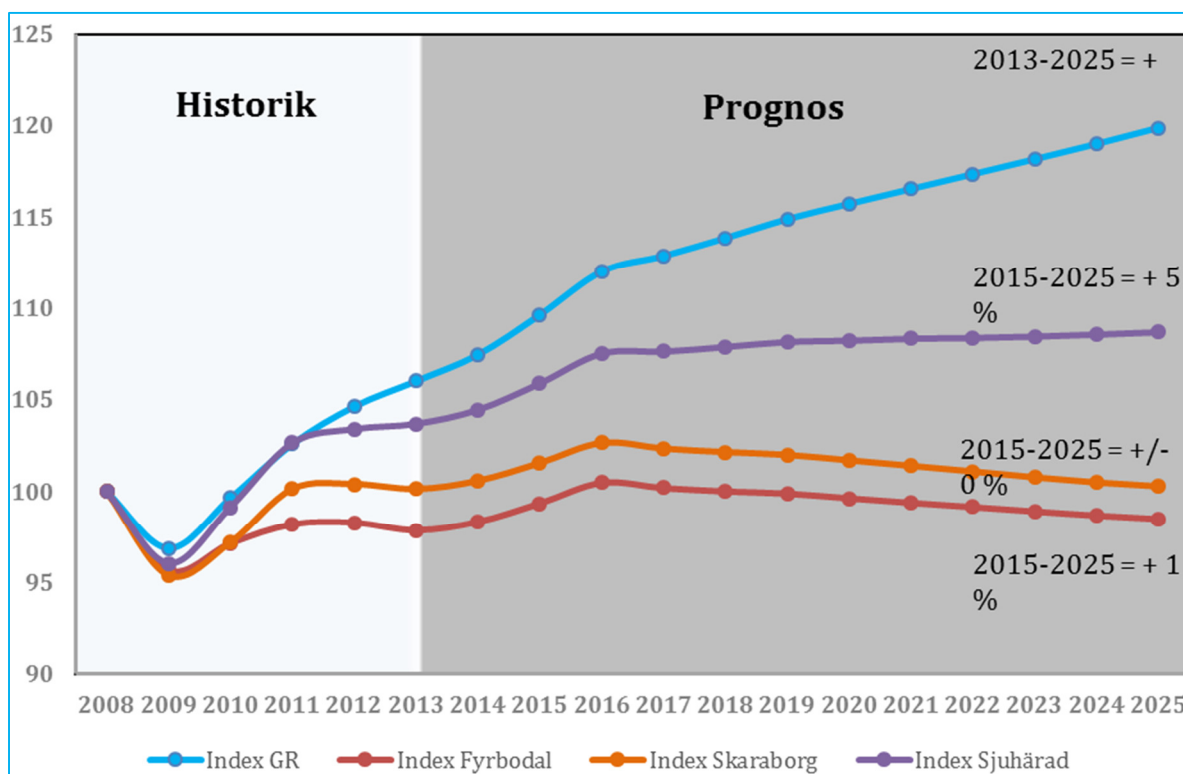
Det innebär att om delar av befolkningen har ett sämre hälsotillstånd av skäl som går att påverka, skulle minskade hälsoskillnader kunna bidra till att öka den ekonomiska tillväxten. I en studie från Västra Götaland beräknas att kostnaderna för ”onödigt” ojämlig hälsa uppgår till 2,2 miljarder kronor årligen (2007) i förlorat produktionsvärde samt 1600 dödsfall i ”förtid” eller drygt 27000 förlorade levnadsår (Calidoni et al., 2011).

ARBETSMARKNADENS UTVECKLING

Under de senaste decennierna har näringslivet i Västra Götaland genomgått en avsevärd förändring från att ha dominerats av tillverkningsindustri till en alltmer tjänste- och kunskapsbaserad arbetsmarknad (Västra Götalandsregionen, 2015a). Detta har lett till att kraven på högre utbildning har ökat samtidigt som antalet okvalificerade arbetstillfällen har minskat betydligt. Utvecklingen har inneburit, som Stigendal beskriver det, att arbetsmarknaden, från att ha varit inkluderande blivit alltmer exkluderande – barriärerna till arbetsmarknaden har blivit allt högre vilket särskilt drabbat invandrargrupper och ungdomar hårt (Stigendal, 2012).

Möjligheten till arbete varierar mellan olika delar i Västra Götaland. Det finns också skillnader mellan män och kvinnor vad gäller möjligheter att få arbete, mellan olika åldersgrupper samt mellan inrikes och utrikes födda där även födelselandet påverkar. Vissa av dessa skillnader kan tillskrivas diskriminering. Det är svårt att uttala sig om omfattningen på den svenska arbetsmarknaden men olika studier tyder på att förekomsten av diskriminering är betydande i Sverige (Västra Götalandsregionen, 2014b, Guevara, 2014).

Arbetsmarknaden förefaller att utvecklas ojämnt inom regionen. I en analys redovisas



Figur 10

Antal sysselsatta i Västra Götaland och dess delregioner 2008 – 2025. Indexår 2008 = 100. Källa WSP Analys & Strategi, 2015.

antal sysselsatta per delregion där sysselsättningsgraden sjönk i alla fyra delregionerna 2009 för att därefter öka. Men ökningen har skett olika snabbt. Den snabbaste utvecklingen ses i Göteborgsregionen och den långsammaste i Skaraborg och Fyrbodalen (se Figur 10). I studien prognosticeras utvecklingen av sysselsättningen fram till 2025. Enligt prognosen

ökar sysselsättningsgraden relativt kraftigt i Göteborgsregionen, svagare i Sjuhärad och snarast sjunker i Skaraborg och Fyrbodal.

Det kommer att medföra en ökande polarisering avseende antal anställda i Västra Götaland men också en polarisering i boendet. Boendesegregationen har ökat de senaste åren, både utifrån ekonomiska och ”etniska” variabler (Guevara, 2014). Segregationsprocessen har påverkat städernas grunddrag på tre sätt – ökad lokal homogenitet, ökad polarisering samt ökad gentrifiering av innerstäder som fördjupat segregationen mellan innerstäder och förorter (Lilja and Pemer, 2010). En ökad lokal homogenitet innebär att stadsdelar och bostadsområden blir allt mer socialt homogena. Det för med sig ökade sociala skillnader mellan olika delar av staden. Utvecklingen har inneburit att integrerade stadsdelar och bostadsområden, där det fanns en blandning av hög och låginkomsttagare, blivit allt färre. En ökad polarisering mellan olika delar av staden innebär att stadsdelar och bostadsområden med tydlig låginkomstkaraktär har förstärkt sin profil. Det är framförallt förorter som redan i mitten av 1980-talet hade många eller extremt många låginkomsttagare som försämrats. Gentrifiering kan definieras som omvandling av socialt marginaliserade och arbetarklassdominerade områden i de centrala stadskärnorna till medelklassområden. Det kan beskrivas som en process av rumslig och social differentiering (uppdelning). Renoveringar av miljonprogramsområden som leder till kraftigt höjda hyror, särskilt om renoveringarna inkluderar standardhöjningar, kan leda till gentrifiering. De ökade boendekostnaderna gör det då svårt att bo kvar och vissa trängs undan (Lilja and Pemer, 2010).

Utvecklingen på arbetsmarknaden har inneburit att andelen av arbetslösa som bedöms tillhöra gruppen utsatta (företrädesvis gruppen med kort utbildning, födda utanför Europa eller med funktionsnedsättning) har ökat från 5 av 10 till 6 av 10 (Västra Götalandsregionen, 2015d). I Sverige är sysselsättningen speciellt låg bland nyanlända invandrare från utomeuropeiska länder, särskilt bland dem som kommit som flyktingar eller anhöriga till flyktingar. Totalt sett är ungefär hälften av de vuxna som är arbetslösa i Västra Götaland födda i andra länder. De har också en svagare anknytning till arbetsmarknaden (Regionutvecklingssekretariatet, 2014). I en jämförelse med västeuropeiska storstadsregioner är skillnaderna mellan inrikes och utrikes födda oftast större i Västsverige både vad gäller utbildning och arbete (Västra Götalandsregionen, 2015a). Män är arbetslösa i högre utsträckning medan kvinnor oftare har mer otrygga arbetsförhållanden. Lönerna mellan män och kvinnor har jämnats ut men takten har avtagit. Den könsuppdelade arbetsmarknaden förändras mycket långsamt (Västra Götalandsregionen, 2015d).

Ungdomsarbetslösheten i Sverige är hög, både i jämförelse med tidigare och i jämförelse med arbetslösheten bland äldre. Under de senaste åren har den relativa arbetslösheten bland ungdomar (15-24 år) varit drygt fyra gånger högre än arbetslösheten bland äldre (25-54 år), enligt statistik från Statistiska centralbyrån som mäter den officiella arbetslösheten genom arbetskraftsundersökningen (AKU) (Arbetsförmedlingen, 2013).

Ett stort antal unga i åldrarna 16-29 år varken arbetar eller studerar. Väldigt många av dessa står inte till arbetsmarknadens förfogande och ingår inte i gruppen arbetslösa som beskrivits ovan. I gruppen unga som varken arbetar eller studerar finns många unga som befinner sig i en utsatt position och tidigt i livet gått långa perioder utan att ha arbetat eller studerat. Sammansättningen av de unga som varken arbetar eller studerar visar att andelen stiger med åldern, att de utrikes födda är överrepresenterade och att det är ungefär lika stora

andelar unga med förgymnasial och gymnasial utbildning som finns i gruppen. Däremot tenderar unga med eftergymnasial utbildning i betydligt mindre utsträckning befinna sig utanför arbete och studier (Arbetsförmedlingen, 2013).

Den ojämna utvecklingen på arbetsmarknaden innebär att grupper med sämre ekonomiska, materiella och kulturella resurser får allt svårare att ta sig in på arbetsmarknaden samtidigt som de som har ett arbete upplever en ökad otrygghet i anställning och upplever större grad av stress kopplat till arbetssituationen (Statens Folkhälsoinstitut, 2010b).

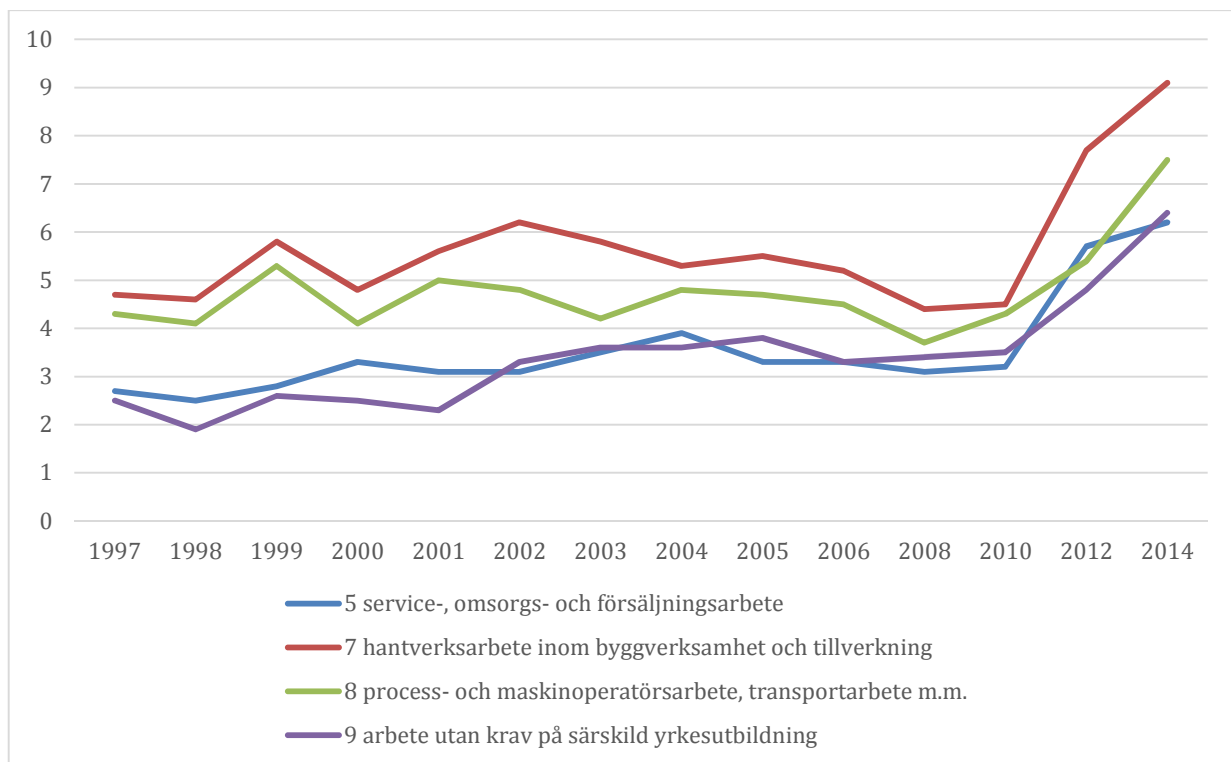
Arbetslöshet och hälsa

Att förlora arbetet har många effekter på hälsa. I forskningen framhålls att det fr.a. är den psykiska hälsan som försämras såväl beträffande självskattade besvär med t.ex. oro, ångest och depressivitet, som med mer ”objektiva” mått, t.ex. självmordsförsök och depressionsbehandling. Men det finns också belegg för att arbetstagare med sämre hälsa löper större risk för att förlora arbetet. talar för att effekterna på hälsotillståndet av att bli arbetslös kan vara mindre i de skandinaviska länderna jämfört med andra länder i Europa. Starkare sociala skyddsnät och aktiv arbetsmarknadspolitik kan bidra till att motverka negativa hälsoeffekter av arbetslöshet (Falkstedt and Hemmingsson, 2011).

Utöver sådana direkta effekter uppstår mer indirekta effekter genom att arbetslöshet ofta medför minskade inkomster och ett förlorat socialt nätverk vilket kan leda in i en negativ spiral som medför ett försämrat hälsotillstånd vilket kan försvåra en återetablering på arbetsmarknaden med en utestängning som riskerar bli permanent (Falkstedt and Hemmingsson, 2011).

Arbetsmiljö och hälsa

De klassiska arbetsrelaterade hälsoriskerna – exponering för fysikaliska, kemiska och biologiska risker är långt ifrån eliminerade. Figur 11 visar att andelen med besvär efter arbetsrelaterade skador ökar sedan 2009 i klassiska arbetaryrken.



Figur 11

Andel av de sysselsatta med besvär de senaste 12 mån till följd av arbetsolycka. (Statistiska centralbyrån, 2015)

I en nyligen publicerad kunskapsöversikt över arbetsmiljö och ojämlikhet i hälsa dokumenterade forskarna starka och bestående sociala ojämlikheter i exponeringar för dessa ”klassiska” arbetsmiljörisker. Riskerna var genomgående klart högre för arbeten med lägre kvalifikationskrav (Siegrist et al., 2014).

Den makroekonomiska utvecklingen har stor betydelse i och med att den påverkar arbetsmiljön direkt och indirekt via politiska förhållningssätt till denna utveckling. Den individuella sårbarheten varierar förstås och får också betydelse för hälsoutfallet av en given arbetsmiljö.

Forskarna pekar på att en politisk och ekonomisk kontext som drar i riktning mot ökad rörlighet av kapital över nationsgränser, avregleringar av finansmarknaden, minskade offentliga utgifter och minskad statlig styrning, kommer sannolikt att verka begränsande på möjligheterna att finansiera ett utbyggt offentligt skydds nät. Det politiska systemet har stor inverkan på arbetsmarknaden, på industrisatsningar, på kompetensutveckling av arbetskraften och på arbetsmiljön (Siegrist et al., 2014).

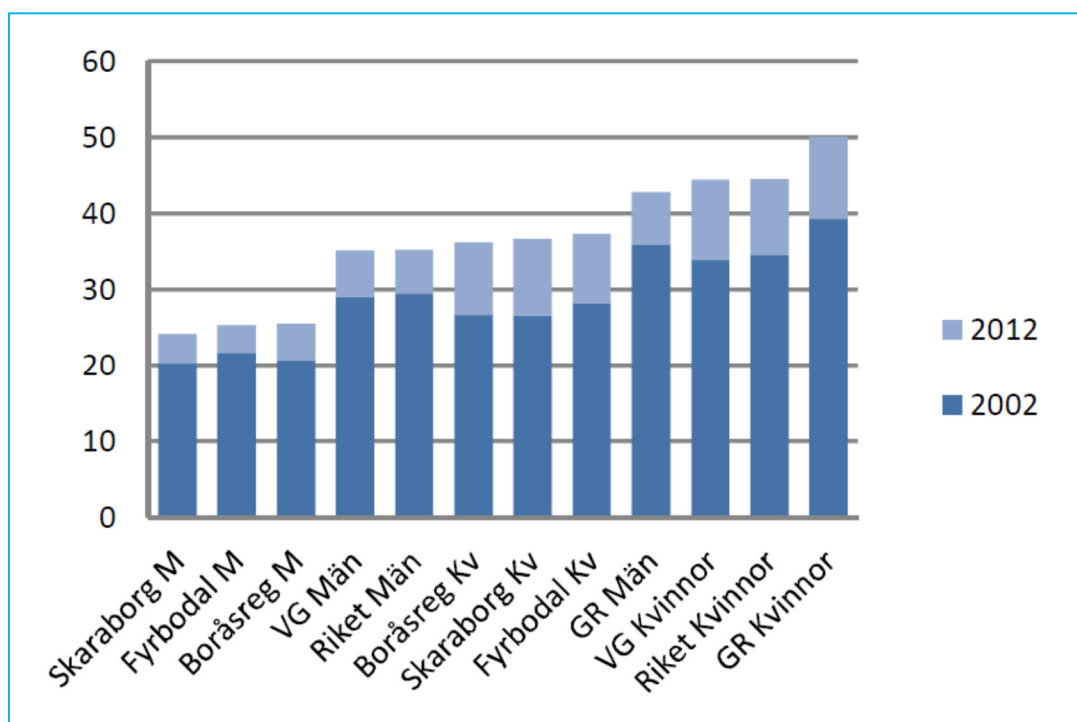
Arbetsmiljörisker och stressorer hanteras på olika sätt av olika individer, beroende på deras individuella coping-resurser, känsla av sammanhang och sårbarhet. Sådana individuella egenskaper kan spela stor roll för individens ”resa” genom arbetslivet och kan då utgöra en slags selektionsmekanism – barnen tenderar att ”ärva” föräldrarnas position i arbetslivet vilket innebär att barn till arbetarföräldrar i högre utsträckning hamnar i arbetssituationer med större hälsorisker vilket tenderar att förstärka ojämlikhet i hälsa.

Arbetare med ett sämre hälsotillstånd kan vara hänvisade till arbeten med större hälsorisker, otryggare arbetsförhållanden vilket kan leda till en ytterligare försämrad hälsa, vilket i så fall förstärker ojämlikhet i hälsa i befolkningen.

UTBILDNINGSNIVÅN ÖVER TID

Strukturomvandlingen har inneburit att branscher i Göteborgsregionen blivit mer kunskapsintensiva än i de tre övriga delregionerna. Omvandlingen från varu- till tjänsteproduktion fortsätter och ställer tydliga krav på kompetensförsörjningen. Befolkningens utbildningsnivå är en central faktor för utvecklingen av de lokala arbetsmarknaderna (Västra Götalandsregionen, 2015d).

I Sverige och Västra Götaland har fyra av tio i åldersgruppen 25-64 år i dag en eftergymnasial utbildning (Figur 12). Andelen högskoleutbildade i Västra Götaland har ökat med mellan 6-9 procentenheter från millennieskiftet till 2010-2012 (Västra Götalandsregionen., 2014).



Figur 12

Eftergymnasial utbildning i regiondelar i Västra Götaland jämfört med riket 2002 och 2012. Män och kvinnor. Andelar i procent. (Västra Götalandsregionen, 2015d)

Den procentuella ökningen av antalet med högskoleutbildning är störst i Boråstrakten och i Skaraborg men på grund av stora skillnader i utgångsvärden ökar andelen högskoleutbildade ändå snabbast i Göteborgsregionen (Västra Götalandsregionen, 2015d). Det finns dock stora skillnader inom Göteborgs stad beroende på vilket boendeområde som analyseras. Andelen lågutbildade i resurssvaga områden är ungefär dubbelt så stor som i andra områden samtidigt som andelen högutbildade är lägre (Bové et al., 2014). Lägst andel högskoleutbildade återfinns i kommuner med minskande befolkningsantal. Där har knappt en fjärdedel av befolkningen i åldrarna 25-64 år högskoleutbildning. I kommuner med ökat befolkningsantal är andelen nästan dubbelt så stor, lite knappt 45 % (Västra Götalandsregionen., 2014).

Trots det ökande antalet högskoleutbildade fortsätter skillnader i utbildningsnivå att öka i Västra Götaland. Det finns fortsatt omotiverat stora skillnader för hur många som går vidare till högre utbildning från olika kommuner (Västra Götalandsregionen, 2015d). Delvis kan de regionala skillnaderna inom Västra Götaland förklaras med demografiska förhållanden men också med närheten till, och storleken på, universitet och högskolor i regionen (Bové et al., 2014).

Kvinnor har generellt högre utbildning än män. Till exempel examinerades 2012 61 procent kvinnor och 39 procent män från universitet och högskolor i Västsverige. Det finns också skillnader inom vilket utbildningsområde kvinnor och män utbildar sig. Det vanligaste området för kvinnor är hälso- och sjukvård medan det för männen handlar om teknik/byggt teknik/industri och transport. Skillnaderna mellan mäns och kvinnors utbildningsnivå ökar i alla delar av regionen. I Göteborgsregionen har mer än hälften av kvinnorna en eftergymnasial utbildning. I Boråsregionen, Skaraborg och Fyrbodalen har en fjärdedel av männen eftergymnasial utbildning. Sammantaget har Göteborgs lokala arbetsmarknad den överlägset högsta andelen högskoleutbildade kvinnor och män (Västra Götalandsregionen, 2015d).

Efterfrågan kommer att öka på personer med både kortare och längre högskoleutbildning samt personer med yrkesinriktad gymnasieutbildning. Tydligast sker omvandlingen i de kunskapsintensiva branscherna. Dessa snabbt växande branscher har dessutom en högre andel sysselsatta inom yrken som kräver teoretisk specialistkompetens. Utbildningslängden hos de förvärvsarbetande ökar successivt och efterfrågan på personer med enbart grundskoleutbildning minskar. Denna förskjutning ger en indikation på att många yrken kommer att kräva mer kvalificerad utbildning i framtiden.

Parallellt med att betydelsen av utbildningsnivån ökar, lämnar 20-25 procent av ungdomarna gymnasieskolan utan slutbetyg. Det innebär att det varje år från utbildningssystemet lämnar ett stort antal unga som inte uppfyller minimikraven vad gäller utbildningsnivå på svensk arbetsmarknad, som för en stor del av jobben är gymnasieutbildning. Det är framför allt dessa ungdomar som löper störst risk att bli långvarigt arbetslösa.

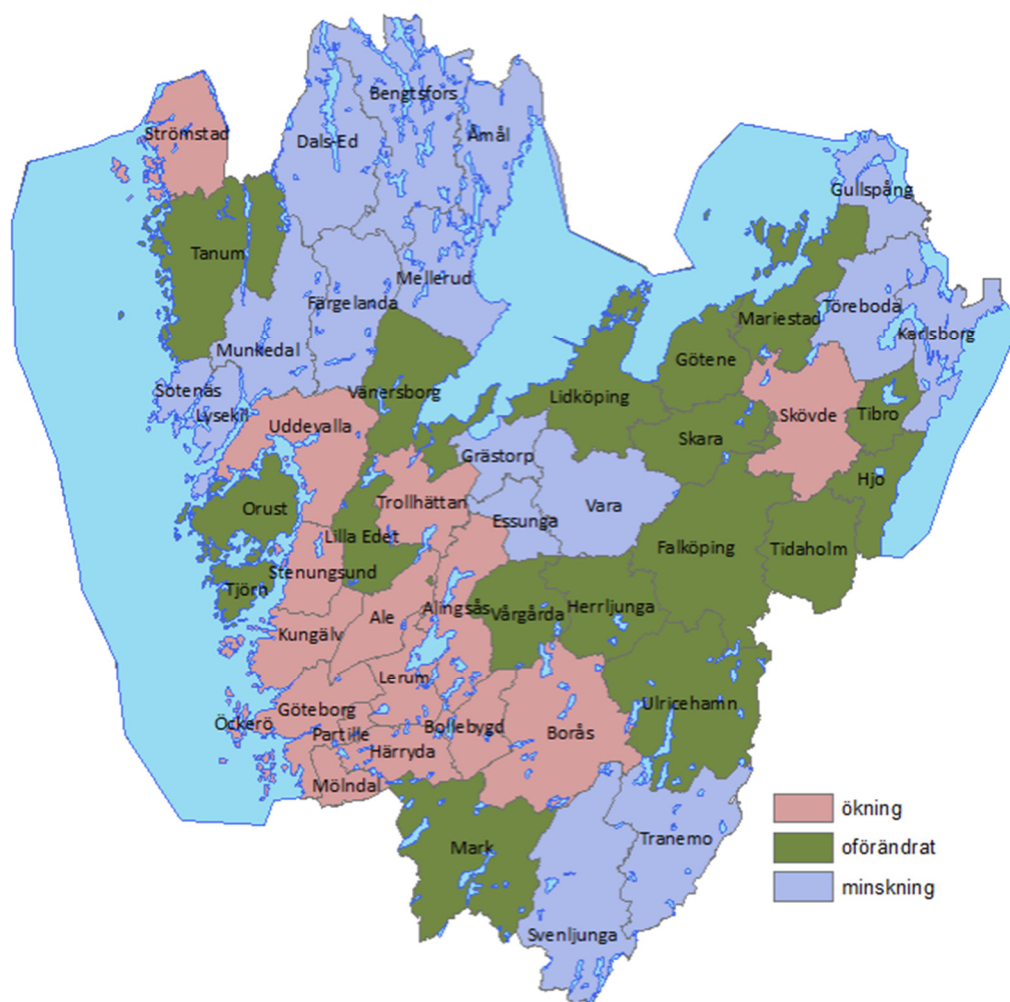
Det finns överlag ett starkt samband mellan utbildningsnivå och en rad centrala mått på hälsa. Tidigare har vi redovisat skillnader i självrapporterad hälsa och dödlighet mellan utbildningsgrupper i Västra Götaland. Utbildning kan påverka hälsotillståndet på olika sätt. Man kan lätt föreställa sig att längre utbildning ger större möjligheter att ta till sig och att värdera information om vad som är bra och dåligt för hälsotillståndet. Men den kanske viktigaste effekten av utbildningslängd på hälsan är indirekt genom att längre utbildning gör det lättare att etablera sig på arbetsmarknaden och utöver den betydelse det har för ett socialt sammanhang ger etableringen en inkomst som tenderar att vara högre ju längre utbildningen är.

DEMOGRAFISKA FÖRÄNDRINGAR

Antalet invånare i Västra Götaland ökar, främst beroende på ett positivt invandringsnetto (Västra Götalandsregionen., 2014). Mellan 1992 och 2014 ökade antalet invånare med drygt 12 % vilket motsvarar ungefär 176 000 invånare. Under sista kvartalet 2014 bodde drygt 1,6 miljoner invånare i Västra Götaland (Västra Götalandsregionen, 2015c).

Till följd av väpnade konflikter och ökade flyktingströmmar förväntas även ökad invandring vara den främsta anledningen till att befolkningen ökar de närmaste åren. Så småningom förväntas invandringen att minska vilket gör att födelseöverskottet på sikt kommer att bli den främsta orsaken till att befolkningen ökar i antal. Fram till 2030 förväntas antalet invånare växa till nära 1,8 miljoner. Göteborgsregionen förväntas öka mest och med 17 procent, därefter Sjuhärad med 7 procent, Fyrbodal med 3 procent och Skaraborg med 2 procent (Västra Götalandsregionen, 2014a).

Det är framför allt unga vuxna mellan 20 och 29 år som flyttar. De står för ungefär 40 % av de som flyttar in eller ut ur kommunerna. För kommuner med ökad inflyttning förändras inte befolkningsstrukturer så mycket under åren men i kommungrupper med minskande eller oförändrade befolkningsantal sker en tydlig förskjutning uppåt i ålderskurvan. I dessa kommuner är det också fler unga som flyttar ut än som flyttar in (Västra Götalandsregionen., 2014).



Figur 13
 Befolkningsförändringar för kommuner i Västra Götaland för åren 1990- 2012. Om kommunen har en ökning² av sin befolkning från 1990 till 2012 är den röd/rosa, om kommunen har en minskning av befolkningen är den blå och om antalet invånare än ungefär konstant är den grön. Källa: SCB.

Försörjningskvotens förändring

Andelen i Västra Götaland som är 80 år eller äldre beräknas öka med nästan 50 % från 2013 till 2030. Det motsvarar en ökning från 83 000 invånare till 124 000. Antalet barn (0-18år) och yngre pensionärer (65-79 år) förväntas också öka. Andelen av befolkningen som är över 65 år ökar i samtliga delregioner men mest i Fyrbodalen och Skaraborg. Där förväntas ca 26 % av invånarna år 2030 att vara över 65 år, det vill säga lite drygt var fjärde invånare. Samtidigt förväntas antalet invånare mellan 31-64 år minska med 3-4 procent inom samma delregioner. I Göteborgsregionen är det relativt små förändringar även om andelen i de äldre befolkningsgrupperna ökar (Befolkningsprognos 2014-2030).

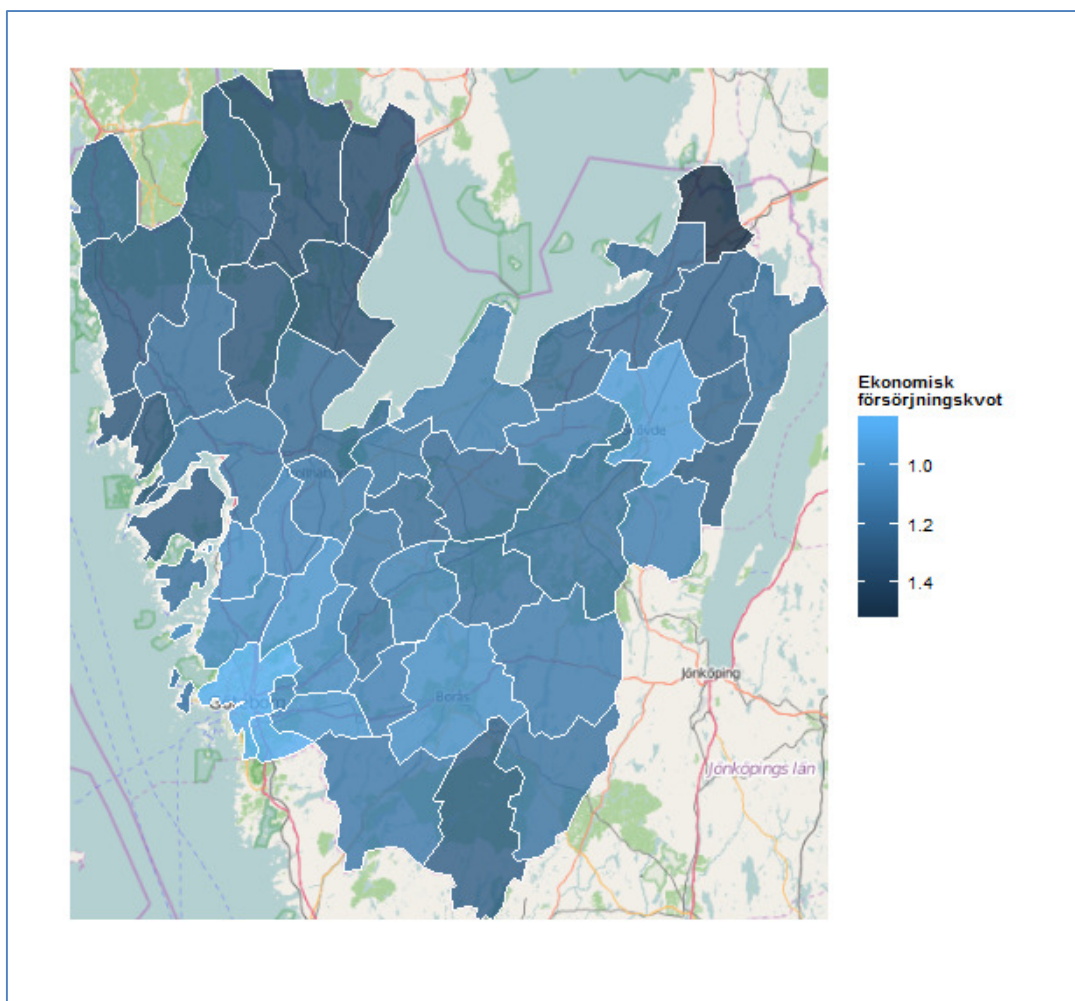
Eftersom både andelen barn och unga samt andelen äldre förväntas öka över tid kommer försörjningskvoten¹² att öka. Generellt ökar den från 71 till 81 från 2013 till 2030.

Ökningen sker i alla delar i Västra Götaland och flera kommuner beräknas få försörjningskvoter över 1, d.v.s. det finns fler barn och äldre än invånare mellan 20-64 år.

Men den demografiska försörjningskvoten tar inte hänsyn till att andelen förvärvsarbetande varierar i Västra Götaland, vilket kan leda till en underskattning av den faktiska ”försörjningsbördan” för kommuner där andelen förvärvsarbetande är lägre. Den *ekonomiska försörjningskvoten* tar hänsyn till andelen sysselsatta i yrkesaktiv ålder.

I Figur 14 redovisas hur den ekonomiska försörjningskvoten varierar i Västra Götaland 2025 under antagandet att sysselsättningsnivån är densamma under perioden 2014-2025.

¹² Försörjningskvoten beskriver hur många individer i åldrarna 0-19 år och 65+ år som det går på varje individ i åldrarna 20-64 år. Här anges den som en ren kvot men det är också vanligt att multiplicera den rena kvoten med 100.



Figur 14

Den ekonomiska försörjningskvoten per kommun prognosticerat till 2025, under antagandet att sysselsättningsgraden är densamma 2025 som 2014. (Västra Götalandsregionen, 2014a, SCB sysselsättningsstatistik)

Det innebär att en kvot på 1,0 markerar en kommun där antalet individer 0-19 år och 65+ år är lika stort som antalet individer 20-64 år och som är i förvärsarbete. En kvot större än 1,0 innebär att antalet individer yngre än 19 år och äldre än 64 år är större än antalet förvärsarbetande 20 – 64 år. Enligt den prognosen kommer kommunerna i fr.a. Fyrbodal, östra Skaraborg och södra Sjuhäradsbygden att ha en större andel av befolkningen i åldrarna 0-19 och 65+ än andelen förvärsarbetande 20-64 år, medan Göteborgsområdet och de större städerna har en lägre försörjningskvot. Detta påverkar rimligen kommunernas möjligheter att fullfölja sitt välfärdsåtagande.

Strategier för att motverka ökade skillnader

Redovisningen ovan leder till slutsatsen att befolkningens hälsotillstånd påverkas av samhällets utveckling i stort via skeenden i den ekonomiska utvecklingen, arbetsmarknadsutvecklingen, utbildningssituationen och demografiska förändringar. Därmed tycks ojämlikhet i hälsa hänga samman med den ojämna ekonomiska utvecklingen i global skala. En sådan insikt kan göra även en notorisk folkhälsoarbetare desillusionerad. Inför sådana krafter, är någon folkhälsopolitisk strategi överhuvudtaget meningsfull?

Men just för att de bakomliggande orsakerna idag är så kraftfulla är det viktigare än på länge att försöka förstå *hur* den ojämna ekonomiska utvecklingen tycks leda till ökande hälsoklyftor, tvärt emot vad man skulle förvänta sig utifrån tesen att en ökande tillväxt kommer att generera välstånd för *hela* samhället. En sådan förståelse tror vi är förutsättningen för att kunna identifiera och formulera strategier för att finna motkrafter som så att säga kan fånga upp de negativa effekterna av en ojämn ekonomisk utveckling. En viktig komponent i sådana strategier är att ta hänsyn till att den ojämna ekonomiska utvecklingen tenderar att medföra en ojämn ekonomisk fördelning av produktionsöverskottet vilket har betydelse för tillgången på (individuella och kollektiva) resurser för människor som medel för att forma sina liv.

I detta avsnitt redovisas inledningsvis hur samhällsordningen under det senaste dryga halvsekle påverkar utformningen av välfärdssystemet. Via ett resonemang om det offentliga åtaganden som del välfärdsfrämjare, dels tillväxtfrämjare, identifieras en målkonflikt viken framkallar ett antal motsättningar som är väsentliga att förhålla sig till för att kunna upprätthålla visionen om det goda livet. Med utgångspunkt i detta resonemang pekar vi på betydelsen av att finna vägar för att dels förena sociala och ekonomiska mål, dels uppmuntra och underlätta för i synnerhet sårbara grupper att medverka i det demokratiska samtalet och därmed påverka utvecklingen i samhället.

GLOBALISERING, MIGRATION OCH URBANISERING OCH STRATEGIER FÖR TILLVÄXT

Attraktivitet, kreativitet, produktivitet och solidaritet är begrepp som återkommer i många tillväxtstrategier och uttrycker betingelser för nya investeringar och nyetableringar för en ökad tillväxt vilket ger fördelar för att flytta fram positionerna i det globala produktionsnätverket (se t.ex. Region Skåne, 2014, Västra Götalandsregionen, 2013b). Den underliggande tanken är att det krävs en kontinuerlig tillväxt för att kunna skapa resurser till investeringar i välfärdsstrukturer (solidaritet).

Under 1970-talet utvecklades den ekonomiska politiken från en stimulering av efterfrågan till en mer utbudsorienterad politik. Samtidigt har välfärdspolitiken alltmer kommit att underordnas den ekonomiska politiken. De fyra centrala begreppen har genom 1980-talets avregleringar, 1990-talets finansiella kris med arbetslöshet och nedskärningar i välfärdsprogrammen, fram till det nya milleniet mejslats ut till att avspegla det som

benämns ”det dubbla åtagandet”¹³. I sin avhandling problematiserar statsvetaren Tove Dannestam stadens (i det här fallet Malmös) roll som dels välfärdsfrämjare, dels tillväxtfrämjare. (Dannestam, 2009). Med utgångspunkt i Malmö stads handlingsplan ”Välfärd för alla – det dubbla åtagandet” från 2003, noterar Dannestam att dess *storyline* bygger på den nyliberala idén om nedsippling – ”kommunen måste satsa på tillväxt om det ska bli någon välfärd av” (Dannestam, 2009, sid 172.).

Trots att Västra Götaland på många sätt lyckas hävda sig ganska väl jämfört med andra regioner förefaller polariseringen i samhället i viktiga avseenden att öka. Investeringar i storskaliga infrastruktursatsningar, bostadsområden med attraktiva men kostsamma lägen, satsningar på evenemang ger bilden av framgång och hög status åt urbana områden. De är ett led i att generera tillväxt och framstår som mer angelägna än satsningar på områden och på befolkningsgrupper som så att säga inte deltar i tillväxtgenererande verksamheter.

Det är naturligtvis en truism att ett samhälle behöver ekonomisk tillväxt i betydelsen produktionsöverskott, för att kunna ha resurser för att investera i t.ex. skola, vård och omsorg. Därför är genomarbetade och överenskomna strategier för tillväxt viktiga. Problemet ligger snarare i hur fördelningen av överskottet ser ut. Till skillnad från Keynesiansk tillväxtpolitik är det enligt den nyliberala teoribildningen utbudet och inte efterfrågan som skall stärkas. Argumentationen *för* vikten av ekonomisk tillväxt bygger därför på tanken att överskott bör återinvesteras i produktion snarare än att bygga ut det offentliga välfärdsåtagandet vilket ofta beskrivs som kostnadsineffektivt och leder i så fall till en suboptimering av de samlade resurserna. Om en större andel av produktionsöverskottet istället investeras i produktion finns bättre förutsättningar för att skapa ett större välstånd i hela samhället. Detta är den centrala tesen i den s.k. nedsipplingsteorin.

Problemet är att nedsipplingsteorin inte tycks fungera i verkligheten. De empiriska beläggen talar snarare för en motsatt effekt, en ”uppsipplings-effekt”, det vill säga att skillnaderna i livsvillkor och hälsa snarare ökar än minskar (Stigendal, 2011).

Rapporterna om bristande underhåll i miljöprogramsområdena, arbetsmiljön och otryggheten i arbetsmarknadens gråzon, är några exempel på att befolkningsgrupper med minst resurser har svårt att försvara sina intressen och rättigheter. Därmed ökar skillnaderna i livsvillkor på ett sätt som utmanar vår känsla för rättvisa och i förlängningen gränserna för det sociala kontraktet. Den ojämna ekonomiska utvecklingen leder till att i synnerhet urbana områden blir, som freds- och utvecklingsforskaren Hans Abrahamsson uttryckt det, till spänningsfält mellan å ena sidan att vara noder i ett globalt produktionsnätverk och, å den andra sidan, som platser för ökande sociala frustrationsgap och ökande oro (Abrahamsson, 2012), vilket sannolikt motverkar intentionen i de för närvarande dominerande strategierna för tillväxt.

Det finns alltså en risk för att den näringspolitiska ambitionen att vara ett nav i ett numera globalt produktionsnätverk kommer i konflikt med ambitionerna på det välfärdspolitiska området. Därför är det viktigt att förhålla sig till denna målkonflikt och förstå hur de motsättningar som kan uppstå kan leda till att de mål som satts upp kring begreppen attraktivitet, kreativitet, produktivitet och solidaritet inte kan nås. Med en

¹³ Se Malmö stads Handlingsprogram 2004 *Välfärd för alla – det dubbla åtagandet*.

folkhälsovetenskaplig utgångspunkt kan man identifiera en handfull potentiella motsättningar som är viktiga att förhålla sig till.

- Ambitionen att skapa attraktiva, exklusiva bostäder centralt i de urbana områdena leder till en polarisering i boendet. Befolkningsgrupper med för små ekonomiska resurser trängs ut till områden med billigare bostäder, inte sällan av sämre kvalitet, ibland rentav hälsofarliga miljöer. Miljön i bostaden och i närområdet är viktig för hälsan. Det finns många exempel på fall där bristande underhåll eller felaktiga konstruktioner leder till hälsofarliga exponeringar för t.ex. mögel eller andra sjukdomsframkallande agens. Miljön i området ger förutsättningar för möjligheterna till fysisk aktivitet men också möjligheter att träffas och umgås i grannskapet, det vill säga grannskapets sociala funktion. Här grundläggs ofta sociala relationer och social sammanhållning vilket har stor betydelse för individers förmåga att hantera påfrestningar i livet. Bostadsområdets planering, kvalitet och tillgång till serviceinrättningar har stor betydelse för områdets status, rykten och stigmatisering liksom invånarnas känsla av trygghet och säkerhet. Att bo i ett område som präglas av nedslitna och dåligt underhållna fastigheter, där hushållen har små inkomster och där arbetslösheten är hög, har ett samband med sämre hälsa i området. Sådana samband kvarstår även efter att ha tagit hänsyn till individens egen socioekonomiska situation (Kölegård, 2012). Det gäller fr.a. psykisk hälsa och en rad kroniska sjukdomar där hjärt- kärlsjukdomarna är bäst studerade.
- En hörnsten i den marknadifiering som skett i offentlig verksamhet är argumentet att offentliga verksamheter är ineffektiva och att resurserna istället borde investeras i verksamheter på en fri marknad. Andelen sysselsatta i offentlig verksamhet har enligt Nationalräkenskaperna minskat från 42 procent 1993 till 33 procent 2012 (inklusive offentliga företag). Det förklaras av att näringslivet och icke vinstdrivna organisationer köpt in offentliga verksamheter (SCB, 2014). De kollektiva resurser som erbjuds inom vård, skola och omsorg spelar naturligtvis stor roll för människors hälsoutveckling. Det gäller i synnerhet för de grupper som har mindre egna resurser att tillgå. Nedskärningar i socialförsäkringssystemen minskar ytterligare möjligheterna för dem med små resurser att påverka sitt hälsotillstånd, både på kort och lång sikt. Om hushållens inkomster minskar i relation till dess kostnader kan det medföra en ökande belastning på kroppens stresssystem vilket är förknippat med försämrad psykisk hälsa, ökad dödsrisk och en rad kroniska sjukdomar, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, vilket är en anledning till ökande ojämlikhet i hälsa (Lundberg, 2012). Men nedskärningar i de kollektiva resurserna innebär även mer långsiktiga hälsorisker. Neddragningar inom utbildningssystemen försämrar möjligheterna till en skolgång som leder till godkända betyg, främst för de elever som växer upp i hushåll med små ekonomiska, politiska och kulturella resurser. Därigenom tenderar socioekonomiska förhållanden, och därmed hälsorisker, att reproduceras över generationerna (Adler and Stewart, 2010).

- De partnerskap som tecknas mellan offentliga och privata aktörer för att samfinansiera och organisera nya investeringar tenderar att minska det medborgerliga inflytandet och tenderar att skapa starka nätverk mellan den politiska och ekonomiska eliten, i vilka väsentliga beslut fattas som har konsekvenser för den övriga befolkningen (Abrahamsson, 2012). Sådana nätverk innebär per definition att andra grupper i befolkningen inte blir involverade i överväganden och beslut som de är berörda av. Det gäller i synnerhet grupper med små politiska resurser som har svårare att bli hörda. Det riskerar att leda till en minskande tillit till samhället och dess politiska ledning samt att deras sociala deltagande och engagemang minskar. Denna typ av *governance*, nätverksstyrning, kan ha negativa effekter på det sociala kittet och sammanhållningen i samhället. Kawachi et al. (2008) föreslår fyra olika mekanismer för sambandet mellan det sociala kittet och socialt kapital och hälsa. För det första kan socialt kapital förbättra psykisk hälsa via minskad psykosocial stress. För det andra utvecklas normer, attityder och beteenden inom sociala nätverk vilka ligger till grund för ömsesidighet och tillit samt påverkar hälsorelaterade levnadsvanor. För det tredje kan starka sociala nätverk påverka tillgången på hälso- och sjukvård och andra välfärdsinstitutioner via goda kontaktnät. För det fjärde är områden med lågt socialt kapital förknippat med ökad risk för skador genom våld och olyckor. Enligt Folkhälsomyndigheten har skillnaderna mellan socioekonomiska grupper beträffande tillit till andra, ökat sedan 2010 efter att ha varit små sedan man börjat mätningarna 2004 (Folkhälsomyndigheten, 2015).
- Kraven på ökad effektivitet i produktionen av varor och tjänster tenderar att leda till ökad stress i arbetslivet, otrygga anställningsförhållanden och större svårigheter att komma in på den reguljära arbetsmarknaden för dem som har en nedsatt hälsa eller funktionsförmåga (se Arbetsmarknadens utveckling). En ökande effektivitet, i betydelsen större produktionsvolym per arbetad timme, bidrar till en ökad ojämlikhet i hälsa om effektivitetskravet inte samtidigt är kopplat till ökat inflytande och kontroll över sin arbetssituation (Siegrist et al., 2014). Det tenderar på sikt att öka trycket på befintliga välfärdssystem (Siegrist et al., 2014).

VAD BÖR GÖRAS?

Under de senaste åren har en rad omfattande kunskapssammanställningar och forskningsresultat presenterats globalt, nationellt och lokalt. En genomgående slutsats är att en bestående minskning av ojämlikhet i hälsa bara kan uppnås genom att påverka de strukturer som ger upphov till ojämlikheter i livsvillkor, fr.a. inkomstförhållanden, utbildning och arbetsmarknader. En av WHO-kommissionens tre slutsatser för att minska jämlikhet inom en generation är att påverka den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser (Commission on Social Determinants of Health., 2008).

De strategier som identifieras och rekommenderas berör de tidiga åren, det vill säga insatser och politiska beslut som kan förbättra förutsättningarna för barn att öka sin kognitiva förmåga, särskilt bland de barn som växer upp med knappa ekonomiska resurser. Skolsystemet inklusive förskolan ses som en väsentlig arena för insatser. Sådana insatser kan ses som exempel på vad som kommit att kallas för ett *socialt investeringsperspektiv*. En annan hörnsten i dessa strategier är det som kan rubriceras som *medskapande*, vilket

innebär en involvering särskilt av sårbara grupper, i angelägenheter som berör just dessa grupper.

Socialt investeringsperspektiv

Ett socialt investeringsperspektiv syftar till att förena sociala och ekonomiska mål. Det är alltså inte enbart en ekonomisk strategi utan också en social. Att investera i en bra arbetsmiljö och anställningsförhållanden gynnar inte bara produktiviteten utan även arbetarnas hälsa. Investeringar i förskola, skola och andra lärande miljöer främjar ett längre arbetsliv och ett liv i god hälsa. Ytterst handlar det om att förena tillväxt med jämlikhet (Morel et al., 2012). Den grundläggande tanken är att sociala utgifter kan ge långsiktiga gynnsamma effekter både för individ och samhälle. Därför bör sådana utgifter ses som produktiva investeringar snarare än som kostnader eller konsumtion.

Men hur ska ett socialt investeringsperspektiv bli ett sammanhängande och övertygande ekonomiskt och socialt paradigm? Även om begrepp som ”social hållbarhet” och ”sociala investeringar” numera ingår i flertalet utvecklingsstrategier regionalt, nationellt och överstatligt, motverkas i praktiken ofta den här typen av utgifter. Lissabonstrategin associeras ofta med sociala investeringar men i praktiken försvårar EU, den gemensamma marknaden och valutan att implementera ett socialt investeringsperspektiv (Lundvall and Lorenz, 2012) samtidigt som den förda ekonomiska politiken knappast kan sägas ha varit framgångsrik vad avser sociala utfall.

Ett exempel där den ekonomiska politiken motverkar välfärdspolitiken är åtstramningspolitiken gentemot fr.a. Grekland, i kölvattnet efter den ekonomiska recessionen 2008-09, vilket medfört allvarliga direkta och indirekta effekter på befolkningens hälsotillstånd. Ett flertal olika utredningar och studier har påvisat en ökning av HIV-infektioner och tuberkulos relaterat till nedskärningar i omhändertagandet och behandling av narkomaner. Det visar sig i form av en ökning av depressioner och självmord relaterade till arbetslöshet och minskade inkomster och ökad ekonomisk stress i kombination med att den psykiatriska vården inte förmår ta hand om det ökade vårdbehovet till följd av att resurserna minskat som ett resultat av åtstramningarna. Mödra- och barnhälsovården har också drabbats med en ökning av födselar med låg födelsevikt, ökande antal dödfödda samt ökande spädbarnsdödlighet som följd (Kentikelenis et al., 2014). Detta föranledde FN att i en rapport 2012 dra slutsatsen att ”...rätten till hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård respekteras inte för alla barn [i Grekland; författarens kommentar]”¹⁴.

Medskapande – delaktighet, inflytande och hälsa

Inom folkhälsovetenskapen ses delaktighet och inflytande som viktigt för att få ökad kontroll över sin vardag, och därmed vara hälsofrämjande. Forskningen om hur delaktighet och inflytande påverkar hälsotillståndet är idag omfattande och handlar om t.ex.

¹⁴ ” The Committee is concerned that the right to health and access to health services is not respected for all children...”. UNITED NATIONS 2012. Consideration of reports submitted by States parties under article 44 of the Convention; concluding observations: Greece. CRC/C/GRC/CO/2-3
Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child.

empowerment¹⁵, socialt kapital, tillit, segregation, integration. Medborgardialoger är ett vanligt uttryck för ambitionen att ta hänsyn till medborgarnas synpunkter inom samhällsplanering. Såväl inom forskning, i praktisk verksamhet som inom politiken är det emellertid vanligt att fokus hamnar på sårbara och marginaliserade befolkningsgrupper vilka konstituerar ett så kallat ”utanförskap”. Men ett sådant fokus avleder uppmärksamheten från den roll som ”innanförskapet” spelar. Eller rättare, det avleder uppmärksamheten från *samspelet* mellan ”utanförskap” och ”innanförskap” vilket är det som utgör segregeringar i samhället (Rodenstedt, 2014). Det är i regel ”innanförskapet” som bestämmer form, dagordning, tid och plats för dialogen vilket på flera sätt begränsar möjligheterna och intresset för dialog.

Begreppet *medskapande* tar diskussionen om delaktighet och inflytande ett steg längre. Medskapande handlar om att kunna påverka vad som ska göras, varför det ska göras och gemensamt komma fram till hur det ska göras. Medskapande är tänkt att fungera som en inkluderande process som innefattar dialog men också en syn på kunskap som innebär att invånarnas levda kunskap behöver tas tillvara ihop med expertens och forskarens kunskap. Sett utifrån detta perspektiv är alla de som bor och vistas i Västra Götaland en resurs som kan bidra till samhällets utveckling. Ett medskapande kan också underlätta själva genomförandet de beslut som sedan fattats (Lorentzi et al., 2014).

I och med att möjligheten till delaktighet och inflytande beror på inkomst och social position kan ett reellt medskapande främja utvecklingen av en jämlik hälsa eftersom medskapandet ska vara en inkluderande process som syftar till att utjämna maktskillnader med en strävan att ge parterna jämbördiga möjligheter att få sin röst hörd och bli lyssnad på. Tanken med medskapandet är att förändringskraften blir som störst när intressena sammanfaller och maktskillnaderna (för stunden) jämnas ut. Initiativ till medskapande ska därför kunna komma såväl underifrån som ovanifrån. Behovet av ökat medskapande återfinns inte främst i utanförskapet utan i de mekanismer som förstärker innanförskapet. Dessa mekanismer förklarar även varför människor stängs ute från möjligheter att påverka sitt vardagsliv. Syftet med medskapande är således att bidra till att riva ner innanförskapets murar (Lorentzi et al., 2014).

Ett sådant perspektiv återspeglas i det som inom folkhälsovetenskaplig forskning benämns ”empowerment”, det vill säga medlen för att uppnå makt (“...the means to attaining power...”) (Laverack, 2006). Det finns ett samband mellan empowerment och hälsa. Laverack visar i sin översiktsartikel hur empowerment-processer har förbättrat olika hälsoutfall. Det sker genom att sådana processer ökar känslan av kompetens och självaktning vilket påverkar upplevelsen av att ha kontroll. I rapporten ”Ungas medskapande – Lärande av ungas erfarenheter”, som handlar om sökandet efter ungdomar att intervjua som varken arbetar eller studerar, framgår hur svårt det kan vara att få till ett reellt medskapande (Lorentzi et al., 2014).

Empowerment är att stärka individer och grupper så att de kan få kontroll över det dagliga livet och kraft att förändra de livsvillkor som gör att de befinner sig i en svag och maktlös position. Empowerment kan även omfatta processer på kollektiv och samhällelig

¹⁵ Begreppet innehåller ordet ”power” som betyder både styrka, makt och kraft (Askheim & Starrin, 2007). Andra ord som används är maktmobilisering, självförstärkning, vardagsmakt eller egenmakt. I avsaknaden på en riktigt bra svensk översättning används ofta empowerment även i Sverige (Medin & Alexandersson, 2000)

nivå. En sådan process kan då handla om kollektiv mobilisering för att stärka förmågan att handla mellan aktörer på samma nivå. Eftersom aktör (individ eller grupp) och struktur (bestämningsfaktorer) hänger samman måste ett uppriktigt menat empowerment-arbete rikta sig både mot individuella och strukturella förhållanden (Askheim et al., 2007, Wallin et al., 2010).

En svårighet med empowerment som en hälsofrämjande strategi är att det finns en risk för att professionella grupper så att säga tar över processer i befolkningsgrupper och definierar vad empowerment innebär för befolkningsgruppen i fråga – det gäller för de professionella att vara ”möjliggörare” (facilitators) snarare än att vara de som leder processen (Rissel, 1994). För att kunna öka kontrollen över livet och livsbetingelserna behövs en medvetenhet om sambandet mellan den egna livssituationen och de yttre samhälleliga förhållandena. Först därefter är det möjligt att handla annorlunda och skapa en ny situation. Dialogen är därför ett centralt verktyg och den viktigaste metoden för handling och som kan bidra till empowerment och maktförskjutning (Minkler, 2012).

Slutord

Det finns idag betydligt större kunskap om sambanden mellan hälsa, välfärd och tillväxt än vad som var fallet för bara 10-talet år sedan och som inte beaktas i tillräcklig utsträckning. Skillnader i hälsa är inte en enkel fråga om att vara rik eller fattig. Däremot är dålig hälsa, många sjukdomar såsom depression, hjärtkärlsjukdomar, diabetes och till och med förtida dödsfall förknippat med att leva med knappare resurser. Det är alltså inte bara en fråga om hur mycket pengar du har utan vad du kan göra med dem. Och det, i sin tur, påverkas av var du lever. Om samhället erbjuder subventionerad hälso- och sjukvård och utbildning, behöver du inte använda egna pengar för att få tillgång till sådana tjänster. Om å andra sidan samhällets kollektiva resurser inte räcker för att kompensera bristande egna resurser leder det till en gnagande, kronisk stressreaktion vilken sannolikt är en stor del av förklaringen till att de kroniska sjukdomarna har en så tydlig koppling till livsvillkoren. Det är därför de s.k. bestämningsfaktorerna för hälsa hänger så intimt samman med inkomster, utbildning och arbetsliv – hur ojämlig fördelningen av bestämningsfaktorer i befolkningen är, avgör till stor del graden av ojämlikhet i hälsa i befolkningen.

Konsekvensen av att inte ta tillvara sådan kunskap riskerar att leda till ett samhälle där ökande hälsoklyftor blir en indikator på ett alltmer polariserat Västra Götaland med stigande frustrationsgap, högre murar och en bristfällig demokratisk utveckling.

Det är vår förhoppning att denna rapport bidrar till en diskussion om hur man ytterligare kan utveckla den sociala dimensionen i nuvarande strategier för en hållbar utveckling och bättre kunna förhålla oss till de krafter som driver utvecklingen och vars negativa effekter innebär ett hot mot visionen om det goda livet i Västra Götaland.

Referenser

- ABRAHAMSSON, H. 2012. Städer som nav för en globalt hållbar samhällsutveckling eller slagfält för sociala konflikter. Kommission för ett socialt hållbart Malmö, www.malmo.se/kommission.
- ADLER, N. E. & STEWART, J. 2010. Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Ann N Y Acad Sci*, 1186, 5-23.
- ANTONOVSKY, A., CEDERBLAD, M., ELFSTADIUS, M. & LUNDH, L.-G. 1991. *Hälsans mysterium*, Stockholm, Natur och kultur.
- ARBETSFÖRMEDLINGEN 2013. Ungdomar på och utanför arbetsmarknaden – fokus på unga som varken arbetar eller studerar. *URA 2013:04*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- ARENDT, H. 1998. *The human condition*, Chicago, University of Chicago Press.
- ASKHEIM, O. P., STARRIN, B. & WINQVIST, T. 2007. *Empowerment i teori och praktik*, Malmö, Gleerup.
- BECKIE, T. M. 2012. A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biol Res Nurs*, 14, 311-46.
- BOVÉ, J., BERGSTRÖM, A. & OHLSSON, J. 2014. Vision Västra Götaland. *SOM-rapport nr 2014:28*.
- BRÛLDE, B. & TENGLAND, P.-A. 2003. *Hälsa och sjukdom : en begreppslig utredning*, Lund, Studentlitteratur.
- CALIDONI, F., CHRISTIANSSON, C. & HENRIKSSON, G. 2011. Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället.: Västra Götalandsregionen.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. 2008. *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health*, Geneva, World Health Organization.
- DANNESTAM, T. 2009. *Stadspolitik i Malmö : politikens meningsskapande och materialitet*, Lund, Statsvetenskapliga institutionen, Lunds universitet.
- DIEDRICHSEN, F., EVANS, T. & WHITEHEAD, M. 2001. The social basis of disparities in health. In: EVANS, T. & DIEDRICHSEN, F. (eds.) *Challenging inequities in health : from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press.
- FALKSTEDT, D. & HEMMINGSSON, T. 2011. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång. *Rapport 2011:11*. Arbetsmiljöverket.
- FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN. 2015. *Tillit* [Online]. Available: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/tillit/> [Accessed 2015-08-20].
- GUEVARA, B. 2014. Segregation – Utbredning, orsaker, effekter och möjliga åtgärder. Ett kunskapsunderlag om segregation inom projekt KAIROS. Göteborg: Mistra Urban Futures.
- HUNT, P. 2007. Implementation of General Assembly resolution 60/251 of 15 March 2006 entitled "Human Rights Council": Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt . Addendum Mission to Sweden.: UN Human Rights Council,.
- KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S. V. & KIM, D. 2008. *Social capital and health*, New York ; London, Springer.
- KENTIKELINIS, A., KARANIKOLOS, M., REEVES, A., MCKEE, M. & STUCKLER, D. 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383, 748-753.
- KOMMISSION FÖR ETT SOCIALT HÅLLBART MALMÖ 2013. Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö www.malmo.se/kommission.
- KÖLEGÅRD, M. 2012. Boendesegregation, grannskap och hälsa. In: ROSTILA, M. & TOIVANEN, S. (eds.) *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 1. utg. ed. Stockholm: Liber.
- LAVERACK, G. 2006. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature.

- LILJA, E. & PEMER, M. 2010. Boendesegregation – orsaker och mekanismer. Bilaga 1 till rapporten Socialt hållbar stadsutveckling – en kunskapsöversikt. . *Regeringsuppdrag IJ2009/176/IU*. Boverket Hämtat den 8 maj 2015 från <http://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/publikationer/2010/socialt-hallbar-stadsutveckling/>.
- LINK, B. G. & PHELAN, J. 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*, Spec No, 80-94.
- LORENTZI, Å., OLOFSSON, G., PAULSSON, L. & WIDIGSON, M. 2014. Ungas medskapande – Lärande av ungas erfarenheter. . *Mistra Urban Futures Report 2015:1*. Göteborg.
- LUNDBERG, O., YNGWE, M. Å., STJÄRNE, M. K., BJÖRK, L. & FRITZELL, J. 2008. *The Nordic experience : welfare states and public health (NEWS)*, Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHES), Stockholm University/Karolinska institutet.
- LUNDBERG, U. 2012. Psykobiologiska processer, stress och ojämlikhet i hälsa. In: ROSTILA, M. & TOIVANEN, S. (eds.) *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 1. utg. ed. Stockholm: Liber.
- LUNDVALL, B.-Å. & LORENZ, E. 2012. From the Lisbon Strategy to EUROPE 2020. In: MOREL, N., PALIER, B. & PALME, J. (eds.) *Towards a social investment welfare state? : ideas, policies and challenges*. Bristol: Policy.
- MACKENBACH, J., MEERDING, W. J. & KUNST, A. 2007. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. European Commission DG SANCO.
- MCEWEN, B. S. & GIANAROS, P. J. 2010. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci*, 1186, 190-222.
- MINKLER, M. 2012. *Community organizing and community building for health and welfare*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press.
- MOREL, N., PALIER, B. & PALME, J. 2012. *Towards a social investment welfare state? : ideas, policies and challenges*, Bristol, Policy.
- PALME, J., BERGMARK, Å., ESTRADA, F., FRITZELL, J., BÄCKMAN, O., LUNDBERG, O., SJÖBERG, O., SOMMESTAD, L. & SZEBEHELY, M. 2001. Valfärdsbokslut för 1990-talet.
- PHELAN, J. C., LINK, B. G., DIEZ-ROUX, A., KAWACHI, I. & LEVIN, B. 2004. "Fundamental Causes" of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 265-285.
- REGION SKÅNE 2014. Det öppna Skåne. Skånes regionala utvecklingsstrategi. Region Skåne.
- REGIONUTVECKLINGSSSEKRETARIATET 2014. Utrikes födda på arbetsmarknaden. Ett kunskapsunderlag om arbetsmarknadsintegrationen i Västra Götaland under 2000-talet.: Västra Götalandsregionen.
- RISSEL, C. 1994. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9, 39-47.
- RODENSTEDT, A. 2014. *Living in the calm and safe part of the city : the socio-spatial reproduction of upper-middle class neighbourhoods in Malmö*. Department of Social and Economic Geography, Uppsala University.
- ROOS, E. & PRÄTTÄLÄ, R. 2012. Sociala skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor. In: ROSTILA, M. & TOIVANEN, S. (eds.) *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 1. utg. ed. Stockholm: Liber.
- ROSTILA, M. 2008. *Healthy bridges : studies of social capital, welfare, and health*. Diss (sammanfattning) Stockholm Stockholms universitet, 2008, Department of Sociology, Stockholm University,.
- ROSTILA, M. 2013. *Social capital and health inequality in European welfare states*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- ROSTILA, M. & TOIVANEN, S. 2012. *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*, Stockholm, Liber.
- SCB 2014. Offentlig ekonomi 2014. www.scb.se.
- SIEGRIST, J., MONTANO, D. & HOVEN, H. 2014. DRIVERS final scientific report: Working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Düsseldorf: Centre for Health and Society, Faculty of Medicine, Heinrich Heine- Universität

SKL 2013. Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Sveriges Kommuner och Landsting <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/gor-jamlikt-gor-skillnad.html>.

SOCIALSTYRELSEN 2011. Ojämliga villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2010a. Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Rapport 2010:16. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2010b. Målområde 4. Hälsa i arbetslivet Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2011. Delaktighet och inflytande i samhället Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

STATISTISKA CENTRALBYRÅN 2014. Offentlig ekonomi 2014.

STATISTISKA CENTRALBYRÅN. 2015. *Andel av de sysselsatta enl. besvärsundersökningen för vald besvärsfråga efter kön och yrke SSK. År 1997 - 2014* [Online]. Available: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0502/ArbOrsakBesvarYRK/chartViewLine/?rxid=8e73d6ad-b918-4fc9-b811-d0d156ef2ce5.

STATISTISKA CENTRALBYRÅN & VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2015. Konjunkturbarometer för Västra Götaland. Västra Götalandsregionen.

STIGENDAL, M. 2011. Malmö - de två kunskapsstäderna. *Underlagsrapport till Malmökommissionen*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.

STIGENDAL, M. 2012. Malmö – från kvantitets- till kvalitetskunskapsstad. *Underlagsrapport till Malmökommissionen*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.

STROMBÄCK, J. 2015. Social sammanhållning och medieanvändning. In: BERGSTROM, A., JOHANSSON, B., OSCARSSON, H. & MARIA OSKARSON (RED) (eds.) *Fragment*. Göteborgs universitet: SOM-institutet.

UNITED NATIONS 2012. Consideration of reports submitted by States parties under article 44 of the Convention; concluding observations: Greece. CRC/C/GRC/CO/2-3

Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child.

WALLIN, E., WINROTH, J., SÖDERMAN, N., NILSSON, L., EKLUND, L. & WALLIN, M. 2010. Att tänka och arbeta hälsofrämjande. Teoretisk referensram och vägledande modeller. Västra Götalandsregionen.

VENKATAPURAM, S. 2011. *Health justice : an argument from the capabilities approach*, Cambridge, Polity.

WHO 2008. Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna. (Svensk översättning av sammanfattningen av "Closing the gap in a generation", Statens Folkhälsoinstitut). Hämtad 10 april 2015, från: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_swe.pdf.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2005. Vision Västra Götaland - Det goda livet. Västra Götalandsregionen.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2013a. Samling för social hållbarhet - Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland. Göteborg: Västra Götalandsregionen www.vgregion.se/jamlikhalsa.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2013b. Västra Götaland 2020 - Strategi för tillväxt och utveckling i Västra Götaland 2014-2020 (RUP) Västra Götalandsregionen.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2014a. Befolkningsprognos Västra Götaland 2014-2030. Rapport 2014:4 Regionutvecklingssekretariatet.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2014b. Utrikes födda på arbetsmarknaden. Ett kunskapsunderlag om arbetsmarknadsintegrationen i Västra Götaland. Rapport 2014:5 Regionutvecklingssekretariatet.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2015a. Den fula Ankungen – Västsveriges utveckling, attraktivitet och potential i ett internationellt perspektiv. Rapport 2015:1 Västra Götalandsregionen, Tillväxt och utveckling.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN. 2015b. *Hälsolägesbeskrivning i Västra Götaland* [Online]. Available: www.vgregion.se/halsolaget [Accessed 2015-12-06].

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2015c. Kvartal 4: 2015 Utveckling Västra Götaland.: Regionutvecklingssekretariatet, Västra Götalandsregionen.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN 2015d. Tillståndet i Västra Götaland 2014/15 – Invånarperspektivet.
. *Rapport 2015:2* Västra Götalandsregionen, Tillväxt och utveckling.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN. 2014. Demografi och flyttmönster i Västra Götaland 1990-2012.
Rapport 2014:3 Regionutvecklingssekretariatet, Tillväxt och Utveckling.

ÖSTGÖTAKOMMISSIONEN FÖR JÄMLIK HÄLSA 2014. Östgötakommissionen för folkhälsa –
slutrapport. Regionförbundet Östsam <https://www.regionostergotland.se/Regional-utveckling/Samhallsplanering/Folkhalsa/>.