

VGR Analys 2021:52
Koncernkontoret
2021-12-28

Hälsa och livsvillkor i Västra Götaland

Innehåll

Inledning	4
Sambanden mellan hälsa och livsvillkor.....	5
Fundamentala orsaker	5
Folkhälsa, ekonomisk tillväxt och regional utveckling	8
Den ekonomiska utvecklingen i Västra Götaland.....	8
Ekonomisk tillväxt och välfärdsinstitutionerna	9
Arbetsmarknadens utveckling.....	11
Segregation.....	13
Utbildningsnivån.....	13
Demografiska förändringar	15
Försörjningskvotens förändring	16
Hälsoutvecklingen i Västra Götaland	17
Generella hälsomått.....	17
Medellivslängd.....	17
Barn och ungas hälsa.....	19
Barns kognitiva utveckling	20
Barns och ungas psykiska ohälsa	21
Övervikt och fetma bland barn och unga	23
Munhälsa hos barn och unga.....	24
Hälsotillståndet bland vuxna.....	25
Självskattad hälsa.....	25
Hälsa – data från andra källor	26
Levnadsvanor	26
Äldres hälsa.....	28
Hur bör vi mäta folkhälsa och livsvillkor?.....	30
Datatillgång.....	30
Survey-data	31

Registerdata.....	31
Metoder	32
Om Folkhälsomyndighetens stödstruktur	35
Referenser	36

Inledning

Världen – och Västra Götaland som en del av den – genomlever stora förändringar vilka präglas av en ökande globalisering, urbanisering och växande migration. Dessa tre globala processer får genomslag även på regional och lokal nivå (Abrahamsson, 2019; Milanović, 2017). 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 redovisa huvuddragen i kunskapsläget om sambanden mellan befolkningens hälsotillstånd och samhällsutveckling 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 ojämlikhet i hälsa och livsvillkor är oförenligt med en hållbar utveckling.

Man brukar säga att det finns inget så praktiskt som en god teori. Därför inleds rapporten med en översikt av sambanden mellan hälsa och livsvillkor med utgångspunkt i aktuell teoribildning inom det folkhälsovetenskapliga fältet.

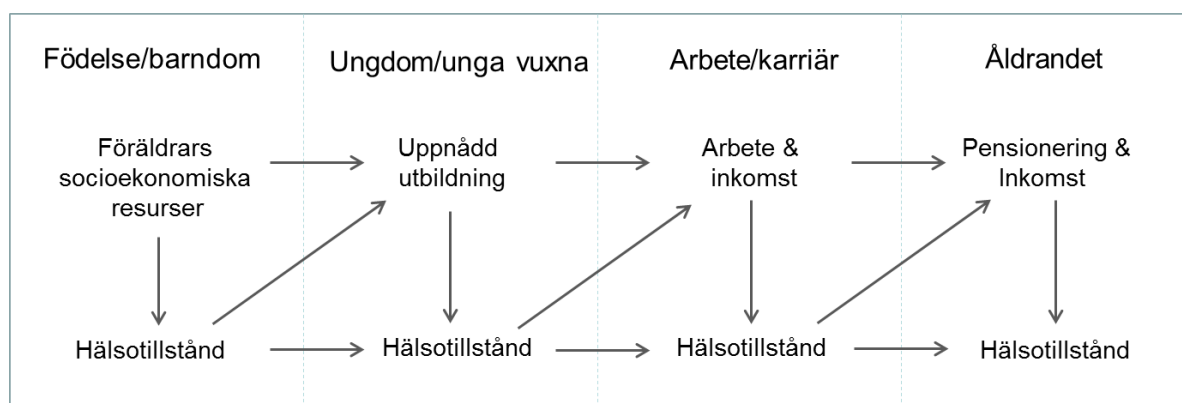
Därefter redovisar rapporten med stöd i modernare teorier hur hälsoutvecklingen förhåller sig till samhällsutvecklingen i stort. Närmare bestämt på sambanden mellan hälsoutvecklingen i befolkningen och den ekonomiska utvecklingen, situationen på arbetsmarknaden och utbildningsförhållanden samt den demografiska utvecklingen.

I avsnitt 4 diskuteras hur hälsa kan följas över tid, med betoning på prioriterade folkhälsopolitiska områden.

I rapportens avslutande del diskuteras hur befolkningens hälsotillstånd, men även hur faktorer som ligger bakom fördelningen av hälsa och ohälsa kan mätas och följas över tid.

Sambanden mellan hälsa och livsvillkor

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. Nyare forskning antyder 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 1 Det dynamiska förhållandet mellan socioekonomiska förhållanden och hälsa. (Fritt efter (Adler et al., 2012))

Föräldrarnas samlade ekonomiska, materiella, kulturella och politiska 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, till exempel 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 (Link and Phelan, 1995; Phelan et al., 2004).

Sociala skillnader i hälsa har bestått under mycket lång tid, trots att samhället förändrats i grunden, trots att sjukdoms- och ohälsopanoramata 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 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, 2012). 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 samhällseliga förhållanden s.a.s. kan komma in i den enskilda kroppen och därmed påverka hälsa och livslängd. 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. Även om det folkhälsovetenskapliga forskningsområdet utvecklats starkt under de senaste 10-15 åren har slutsatserna och de rekommendationer som härletts haft svårt att finna fäste bland beslutsfattare och sällan lett till faktiska förändringar (Mackenbach et al., 2016). Slutsatserna har sammanfattats i en rad rapporter vilka även innehåller rekommendationer för att befolkningens hälsotillstånd ska kunna förbättras, främst genom att skapa förutsättningar för att hälsotillståndet i de mest sårbara befolkningsgrupperna ska förbättras. Här måste förstas nämnas den omfattande rapport som den s.k. Marmot-kommissionen levererade 2008 för WHO:s räkning (CSDH, 2008) och de efterföljande kommissionerna i England (Marmot, 2010) och i Europa (Marmot et al., 2012) som inspirerat fler mer lokala initiativ. I Sverige genomfördes sådana kommissioner i Malmö stad, Västra Götalandsregionen, Östergötland och Stockholm redan i början av 2010-talet.

Samtliga dessa kommissioner arbetade med det ramverk som härletts från folkhälsovetenskaplig forskning där man visat hur hälsoläget i olika grupper av befolkningen starkt påverkas av livsvillkor, faktorer såsom bostad, arbetsdelaktighet, inkomst och utbildning och som kom att kallas *bestämningsfaktorer för hälsa* (Social Determinants of Health). Sådana sammanställningar har haft stor betydelse för folkhälsopolitiska strategier i Sverige där numera det övergripande folkhälsopolitiska målet är ”att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” och ska nås genom insatser inom de 8 folkhälsopolitiska målområdena.¹

För det andra noterar vi att det här finns tydliga beröringspunkter med den skandinaviska välfärdsforskningen (Lundberg, 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

¹ Se <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>

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. Samtidigt är Västra Götaland en region med betydande industritillverkning även om denna verksamhet ändrat karaktär till mer av innovation, forskning och IT (Västra Götalandsregionen, 2020).

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).

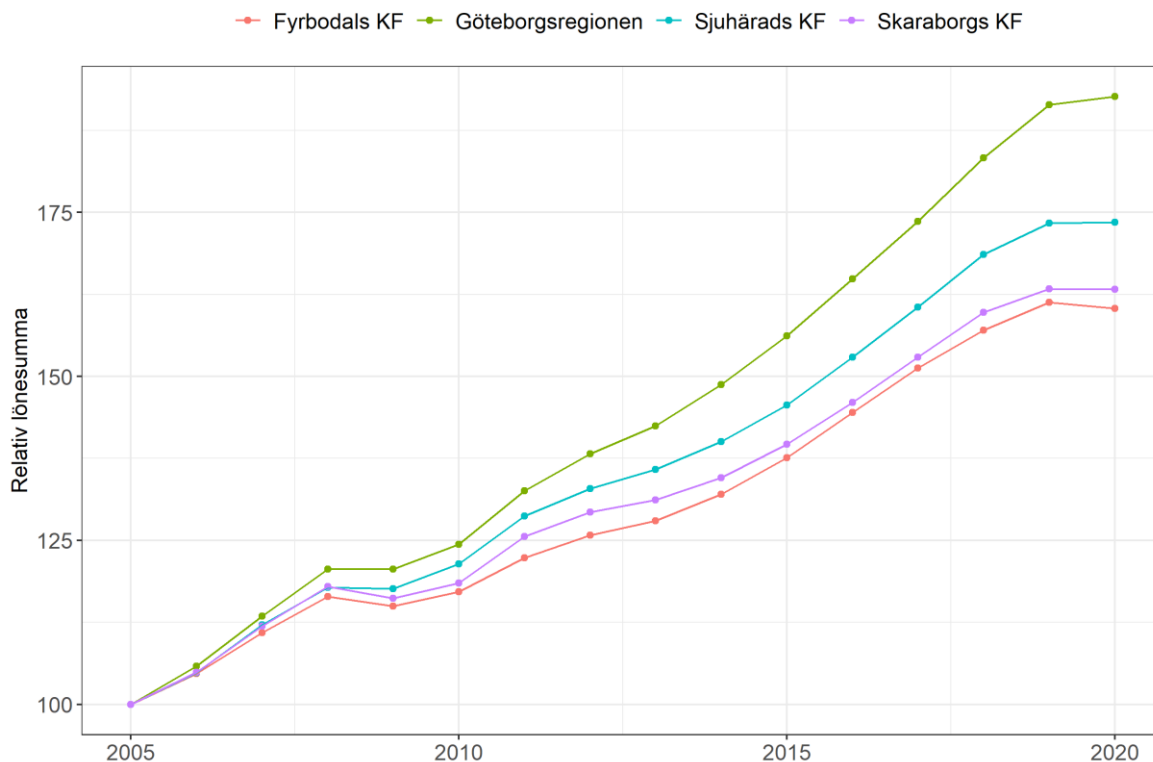
Den ekonomiska utvecklingen påverkar områden som är centrala för människors möjligheter att själva forma sina livsvillkor och därmed sin hälsa. Näringslivets omdaning påverkar arbetsmarknadens utveckling vilket i sin tur påverkar människors möjligheter till arbetsdeltagande och, för dem som har ett arbete, 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 till exempel 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 har varit hög efter finanskrisen (Västra Götalandsregionen, 2020). 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. 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. Sedan 2005 har tillväxten mätt som lönesummor ökat i Västra Götaland. Men ökningen har varierat i storlek i olika delar av regionen. I Figur 2 redovisas förändringen i lönesumma för privat och offentlig sektor i olika delar av Västra Götaland, i förhållande till indexåret 2005 (index = 100).



Figur 2 Lönesummor i regiondelarna 2005 – 2019. Basår = 2005. Källa: SCB.

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 2019 hade lönesumman i Göteborgsregionen ökat med 90 procent medan den i Fyrbodalområdet hade ökat med ca 60 procent.

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.

Det har givit upphov till ökande inkomstskillnader inom befolkningen och kraftigt påverkat kommunernas och statens skatteuttag och därmed möjligheterna att finansiera välfärdsåtagandet (SOU 2020:46, 2020). 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 (SOU 2001:79, 2001).

Finansieringsformerna för offentliga verksamheter förändrades under 1990-talet, bland annat i form av ett nytt utjämnningssystem, 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 (SOU 2001:79, 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 till exempel postkontor och bankservice. Om tillgängligheten till offentlig service i betydelsen "kollektiva resurser" (se sidan **Error! Bookmark not defined.**) minskar kan det få stor betydelse för de 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 (Kawachi et al., 2008; Rostila and Toivanen, 2018) också leder till ökande frustrationsgap och social oro (Abrahamsson, 2019).

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 bland annat 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 (Martinsson and Andersson, 2021). 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, 2017).

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 bland dem med lång utbildning (Strömbäck, 2017). Det förefaller som om de sårbara grupperna i samhället också är de som i störst utsträckning känner mindre tillit till samhället.

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).

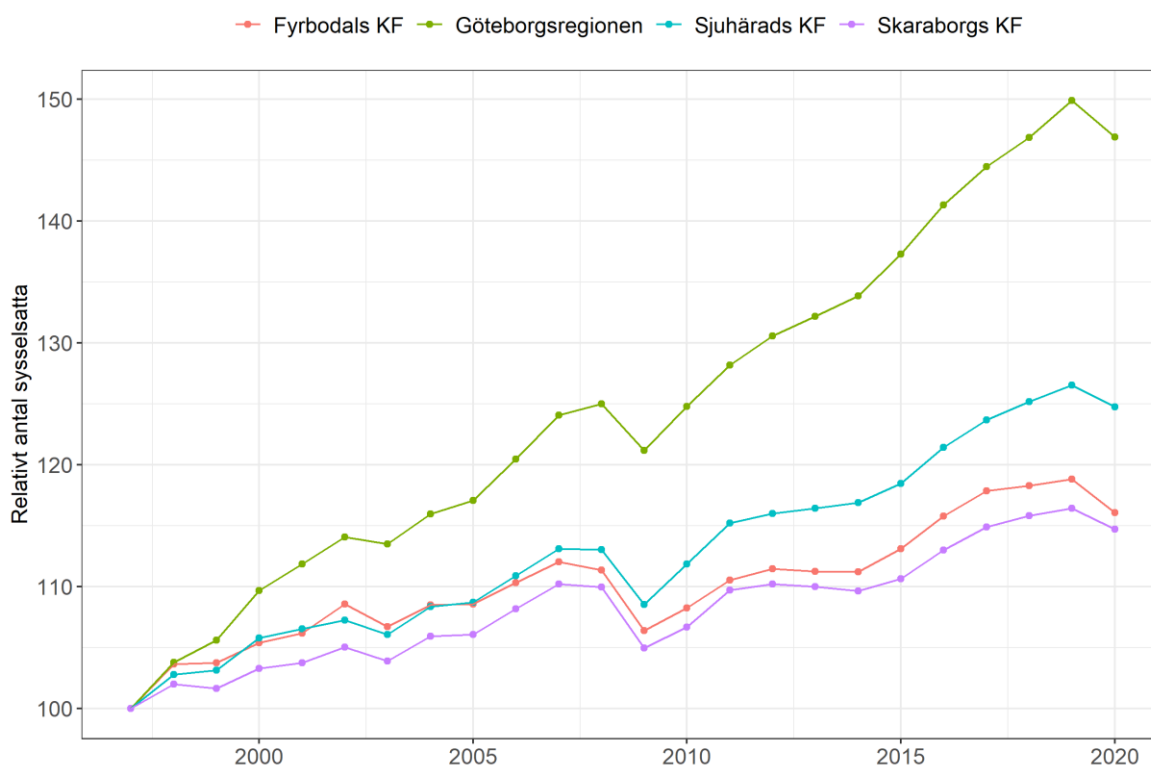
Det innebär att om delar av befolkningen har ett sämre hälsotillstånd av skäl som går att påverka, skulle minskade hälsoskillnader kunna bidra till att öka den ekonomiska tillväxten. I en studie från Västra Götaland beräknas att kostnaderna för "onödigt" ojämlik

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 (Västra Götalandsregionen, 2020). Utvecklingen har inneburit att barriärerna till arbetsmarknaden har blivit allt högre vilket särskilt drabbat invandrargrupper och ungdomar hårt.

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.



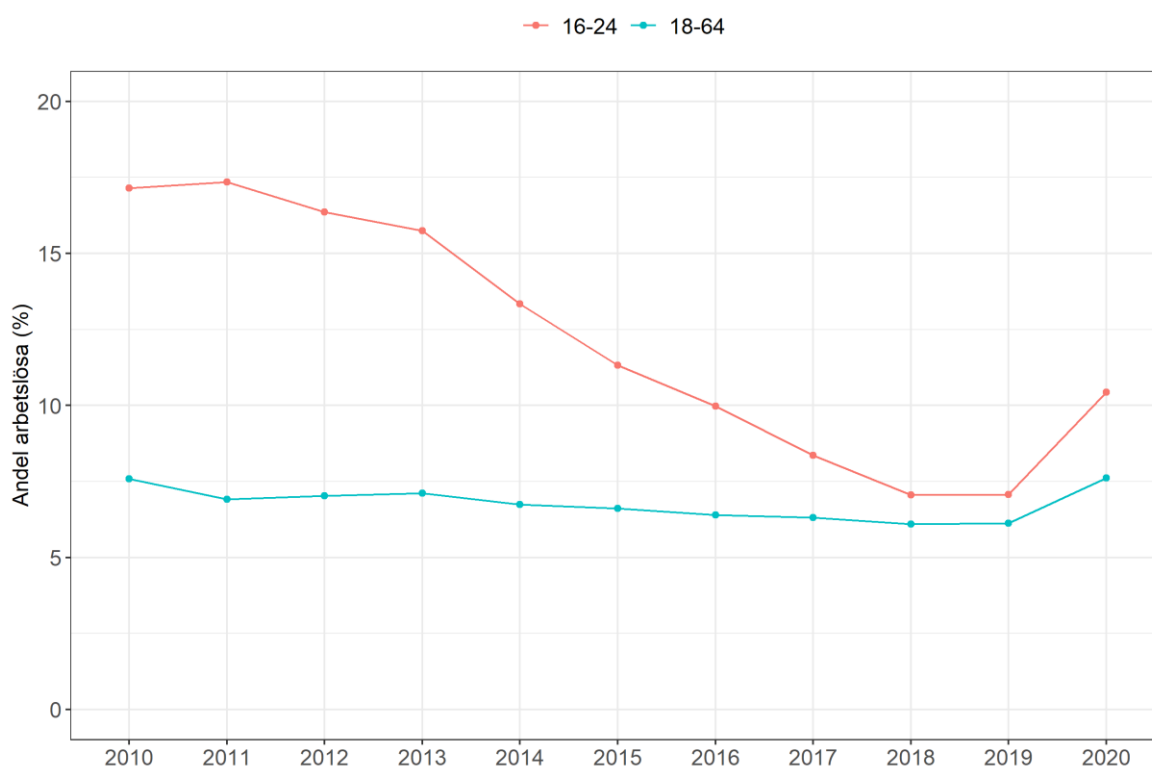
Figur 3 Relativt antal sysselsatta i Västra Götaland och dess delregioner 1997 – 2020. Indexår 1997 = 100. Källa: Kolada/SCB.

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

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 personer födda i utomeuropeiska länder², 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. 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, 2015). 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.

Ungdomsarbetslösheten i Sverige är hög i jämförelse med arbetslösheten bland äldre. Men andelen arbetslösa unga har minskat drastiskt under 2010-talet.



Figur 4 Antal invånare som är öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd, i procent av den registerbaserade arbetskraften. Arbetslösheten avser årsmedelvärden. Källa: Kolada/Arbetsförmedlingen och SCB (RAMS).

De höga nivåerna i början av 2010-talet sammanhänger rimligen med den ekonomiska recessionen i slutet av 00-talet. Under 2020 ses en påtaglig ökning av arbetslösheten vilken sannolikt är en effekt av restriktionerna i samband med covid-19-pandemin.

² För veckovis uppdaterad arbetslöshetsstatistik se <https://www.vgregion.se/statistik-analysportalen/samhalleochbefolkning/arbetsmarknad/>

Ett stort antal unga i åldrarna 16-29 år varken arbetar eller studerar. Veldig 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, 2017).

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.

Segregation

Förändringarna i näringsliv och arbetsmarknad har påverkat en ökande polarisering avseende förvärvsarbete i Västra Götaland men också en polarisering i boendet. Boendesegregationen har ökat de senaste åren, både utifrån ekonomiska och ”etniska” variabler (Guevara, 2014; Ramböll, 2020). 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.

Utbildningsnivån

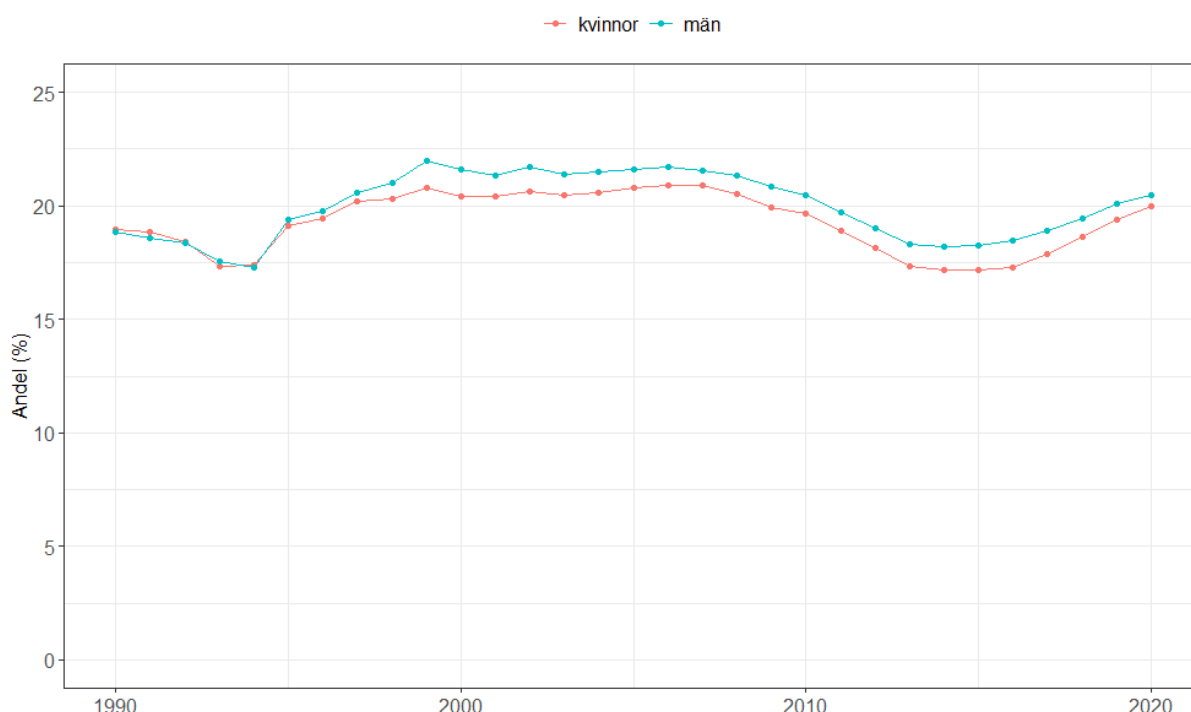
Strukturomvandlingen har inneburit att branscher i Göteborgsregionen blivit mer kunskapsintensiva än i de tre övriga delregionerna. Omvandlingen från varu- till tjänsteproduktion fortsätter och ställer tydliga krav på kompetensförsörjningen. Befolkningens utbildningsnivå är en central faktor för utvecklingen av de lokala arbetsmarknaderna (Västra Götalandsregionen, 2020).

I Sverige och Västra Götaland har fyra av tio i åldersgruppen 25-74 år i dag en eftergymnasial utbildning. 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, 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.

Trenden över andelen unga med låg utbildning oroar. I nedanstående diagram redovisas trenden sedan 1990 då andelen unga med enbart förgymnasial utbildning ökade i kölvattnet efter den ekonomiska recessionen i början av 1990-talet, för att under andra hälften av 00-talet minska men en bit in på 2010-talet åter öka.



Figur 5 Andelen av unga kvinnor och män (16-24 år) med enbart förgymnasial utbildning i Västra Götaland 1990-2020. Källa: SCB

För närvarande är alltså var femte individ 16–24 år i en mycket prekär situation där flertalet kommer att få svårt att etablera ett självständigt vuxenliv och med ökad risk för en ogynnsam hälsoutveckling. Denna ökning bör därför få större uppmärksamhet då man redovisar hälsoutfall med samband till utbildningsnivå, eftersom man alltför ofta ”förklarar” sambandet låg utbildning – ökad ohälsa med att äldre oftare har lägre utbildning och oftare sämre hälsa.

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

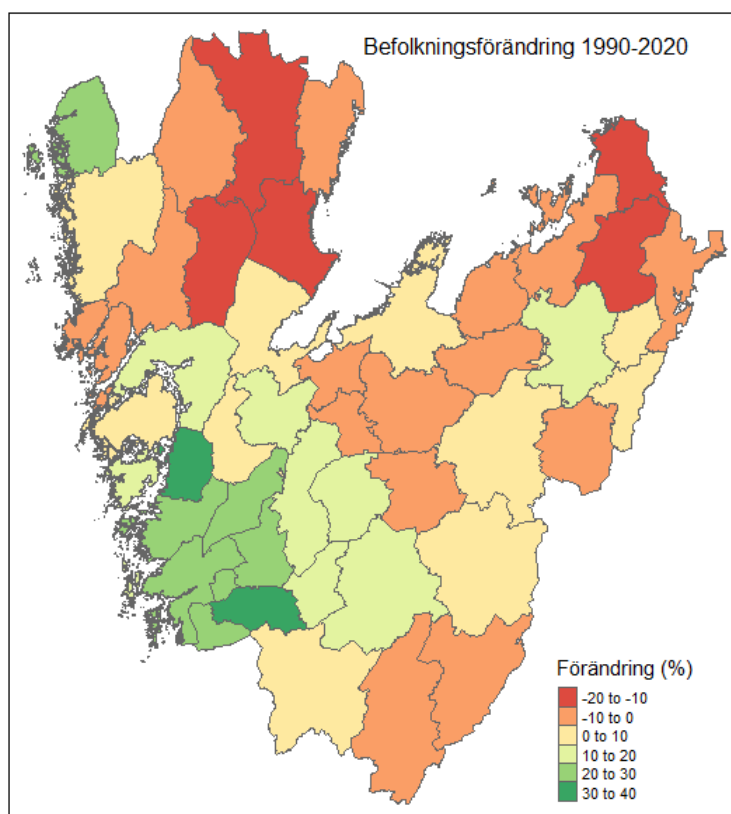
grundskoleutbildning minskar. Denna förskjutning ger en indikation på att många yrken kommer att kräva mer kvalificerad utbildning i framtiden.

Parallellt med att betydelsen av utbildningsnivå 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. 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 och nådde under tredje kvartalet 2021 1,74 miljoner. Ökningen beror framför allt på att utrikes flyttnettot har ökat (Västra Götalandsregionen, 2021). Befolkningsökningen är dock inte jämnt fördelad i länet. I flera kommuner har befolkningen minskat medan i andra har den vuxit.



Figur 6 Befolkningsförändringar för kommuner i Västra Götaland 1990–2020. Källa: SCB.

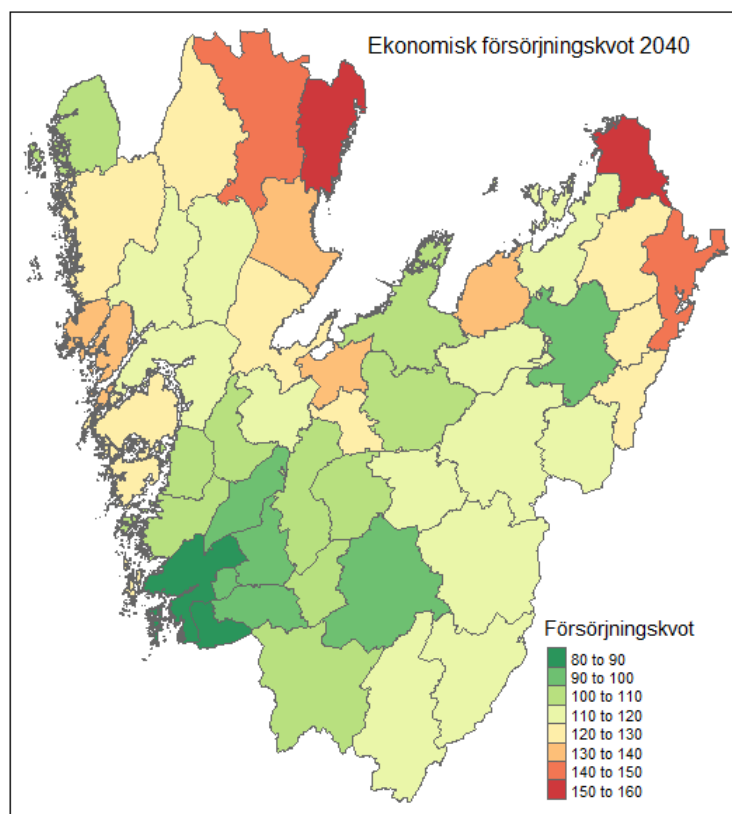
Försörjningskvotens förändring

Andelen i Västra Götaland som är 80 år eller äldre beräknas öka med 66 procent från 2020 till 2040, till knappt 148 000 invånare. Övriga åldersgrupper ökar också i antal med mellan 5–15 procent förutom 0–18-åringarna vars antal förväntas vara i det närmaste oförändrat.

Eftersom andelen äldre förväntas öka över tid kommer försörjningskvoten att öka. Generellt ökar den från 74 till 79 från 2020 till 2040.

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 7 redovisas hur den ekonomiska försörjningskvoten varierar i Västra Götaland 2040 under antagandet att sysselsättningsnivån är densamma under perioden 2020–2040.



Figur 7 Den ekonomiska försörjningskvoten per kommun prognosticerat till 2040, under antagandet att sysselsättningsgraden är densamma 2040 som 2020. Källa SCB.

Det innebär att en kvot på 100 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 förvärvsarbete. En kvot större än 100 innebär att antalet individer yngre än 20 år och äldre än 64 år är större än antalet förvärvsarbetande 20–64 år. Enligt den prognosen kommer kommunerna i fr.a. Fyrbodalen, östra Skaraborg och södra Sjuhäradsbygden att ha en större andel av befolkningen i åldrarna 0–19 och 65+ än andelen förvärvsarbetande 20–64 år, medan Göteborgsområdet

och de större städerna har en lägre försörjningskvot. Detta påverkar rimligen kommunernas möjligheter att fullfölja sitt välfärdsåtagande.

Hälsoutvecklingen i Västra Götaland

I detta avsnitt presenteras ett antal aspekter på hälsa och ohälsa vilka, givet våra kunskaper om bakomliggande mekanismer, kan anses vara särskilt intressanta för att formulera kunskapsbaserad hälsopolitik.

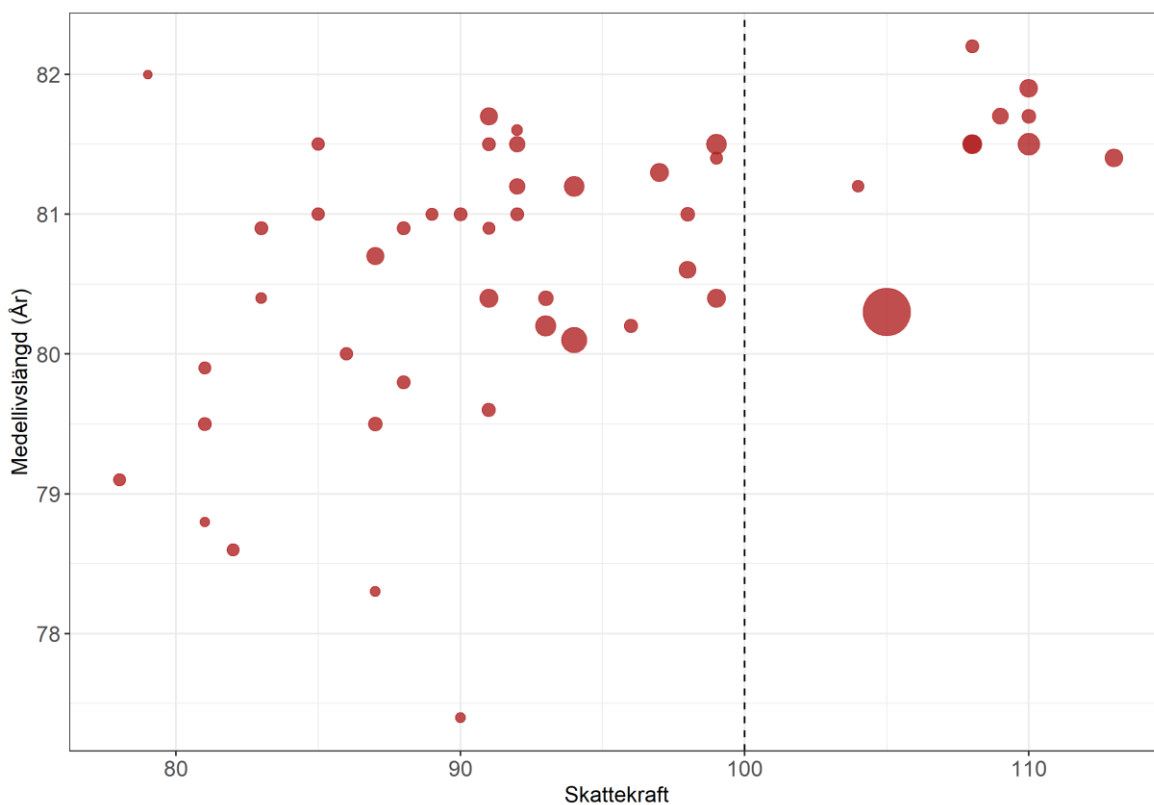
Generella hälsomått

Med *generella hälsomått* menas mått på hälsa (ohälsa) som visserligen har flera och komplexa orsaker men som ändå används ofta i folkhälsopolitisk statistik, mycket på grund av att de är robusta och otvetydiga. Typiska exempel är *medellivslängd* och *förtida dödlighet* vilka är de som presenteras här.

Medellivslängd

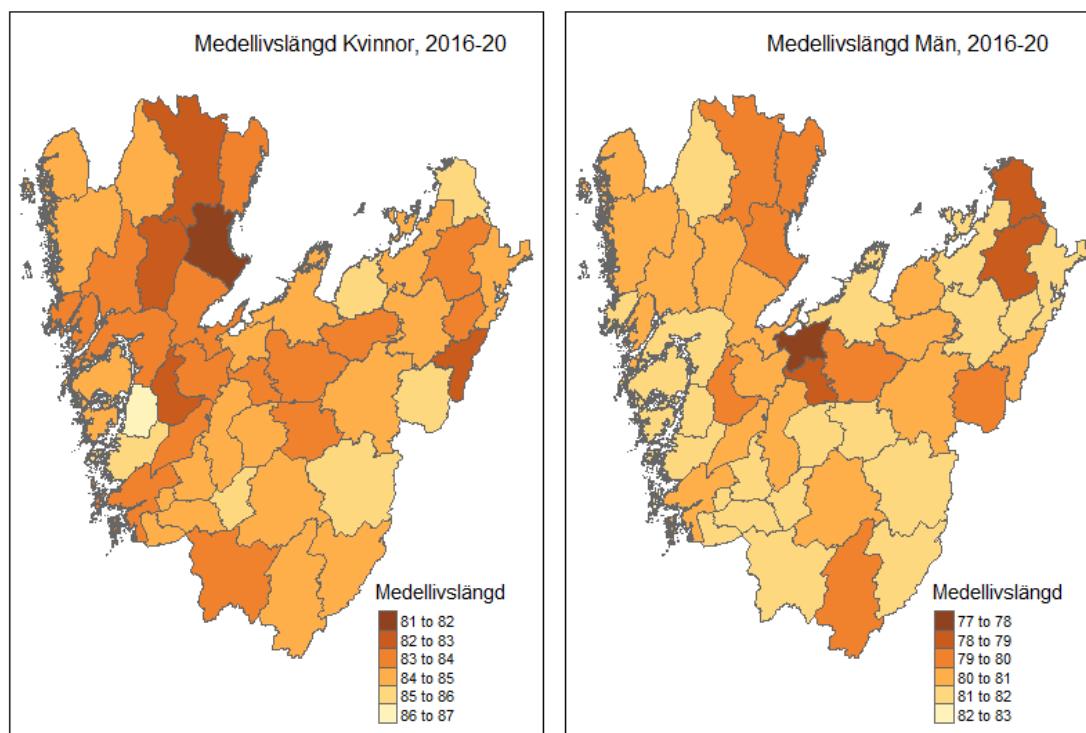
Man brukar säga att *medellivslängd* avspeglar folkhälsan i alla åldrar vid en given tidpunkt. Med medellivslängd menas vanligen den förväntade återstående livslängden vid födseln. Men det kan användas vid andra ”startåldrar, t.ex. förväntad återstående livslängd från 30 eller 65 års ålder. Medellivslängden har ökat under perioden 2006–2019, men olika mycket för olika grupper (Folkhälsomyndigheten, 2021). Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökade i genomsnitt 2,0 år. För kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå har ökningen dock varit marginell, 0,3 år, under perioden. Skillnaden mellan dem med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå har ökat under perioden, både bland kvinnor och män.

Kontextuella faktorer, dvs sådana som verkar utanför den enskilda individens möjlighet att påverka, ignoreras ofta i enklare analyser eller sammanställningar av medellivslängd. Ett exempel på en sådan faktor är kommunal skattekraft vilken samvarierar med en rad olika hälsoutfall. I Figur 8 samvarierar förväntad livslängd vid födelsen och kommunal skattekraft.



Figur 8 Sambandet mellan skattekraft och medellivslängd. Data för skattekraft 2019, för medellivslängd 2016-20. Källa: SCB och FHM.

Invånare i kommuner med högre skattekraft tenderar att leva längre än invånare i kommuner med lägre, även om variationen i medellivslängd är stor bland de senare. Man ska förstås inte dra slutsatsen att låg kommunal skattekraft *orsakar* kortare livslängd. Sambandet förklaras snarare av andra faktorer som samvarierar med skattekraften, t.ex. förhållanden i den lokala arbetsmarknaden och demografiska faktorer.



Figur 9 Medellivslängd för kvinnor och män per kommun. Genomsnitt 2016–20. Källa: SCB.

Livslängden var lägre i Fyrbodalsområdet, i östra Skaraborg och södra Sjuhäradsbygden medan den var högst i Göteborgs kranskommuner. 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 andra³.

Barn och ungas hälsa

Enligt Västra Götalandsregionens budget 2022 konstateras att ”ett särskilt fokus ska ligga på de faktorer som påverkar barns och ungas livsvillkor. De allra första åren i livet är viktiga för en människas framtida hälsa. Därför är tidiga och förebyggande insatser grundläggande”.

Mot bakgrund av regionfullmäktiges betoning på betydelsen av barns och ungas hälsa bör möjligheterna att följa deras hälsoutveckling och livsvillkor betydligt bättre. För närvarande saknas i stort sett möjligheter att få en bild av hur barns och ungas hälsa och livsvillkor varierar inom länet och mellan olika grupper av barn och unga. Västra Götalandsregionens unika satsning på en regiongemensam elevhälsodatabas (se sidan 31) kommer emellertid på ett par års sikt att avsevärt förbättra dessa möjligheter.

I det följande kommer ett antal övergripande slutsatser från aktuell forskning kring de kanske största utmaningarna beträffande barns och ungas hälsoutveckling att sammanfattas. Det gäller barnens kognitiva utveckling, barns och ungas psykiska hälsa, övervikt och fetma samt munhälsa.

³ För belägg och fördjupning av dessa samband, se t.ex. ROSTILA, M. & TOIVANEN, S. 2018. *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*, Stockholm, Liber.

Barns kognitiva utveckling

Det är under de första levnadsåren som förutsättningar skapas för lärande, när det centrala nervsystemet utvecklas. Hastigheten med vilket hjärnan utvecklas är närmast ofattbart hög under de första levnadsåren för att därefter minska väsentligt redan under tonåren. Det finns därför ett kritiskt tidsfönster under de första levnadsåren när nyttan av insatser för att stödja barnets utveckling är särskilt hög. Detta är en viktig poäng eftersom hastigheten med vilken detta sker går att påverka genom att barnets sinnen stimuleras. Genom att få kontakt med barnet, prata, sjunga och läsa för det stimuleras barnets sinnesorgan till att bilda kopplingar mellan olika centra i hjärnan med större hastighet än vad som annars skulle vara fallet. På så sätt grundläggs barnets kognitiva förmåga och därmed förmågan att hantera allt större mängder information vilket blir avgörande för barnets förmåga att lära sig saker under skoltiden. Och omvänt, ett barn som inte får tillräckliga stimuli utvecklar sina kopplingar långsammare och får sämre förutsättningar till en god kognitiv förmåga.

Barnets livsvillkor har stor betydelse för hur den kognitiva förmågan utvecklas (Hackman och Farah, 2009). Forskningen ger idag starkt stöd för att t.ex. familjens ekonomiska villkor i tidig barndom har stor betydelse för barnets skolgång (Lake and Chan, 2015; Shonkoff, 2012). Senare års neurobiologisk forskning har undersökt hur familjens sociala situation påverkar hjärnans utveckling och visar hur erfarenheter som barn har tidigt i livet spelar en viktig roll i utvecklingen av hjärnans arkitektur (National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Forskningen har särskilt intresserat sig för hur interaktionen mellan den genetiska uppsättningen och barnets erfarenheter formar hjärnans utveckling. Även om genetiken ger en ”blåkopia” för hur utvecklingen av kopplingarna mellan olika centra formas, förstärks dessa kopplingar genom ”upprepade användning” – när barnet babblar, jollar, gestikulerar och föräldern eller någon annan person besvarar genom t.ex. ögonkontakt, ord eller omfamning, byggs neurala kontakter upp och förstärks – en serve and return-process. När vuxna i barnets omgivning uppmärksammar och besvarar barnets olika uttryck och behov förser de barnet med en omgivning rik på serve and return.

Om vuxnas svar på barnets uttryck är opålitligt, inadekvat eller t.o.m. helt saknas kan uppbyggnaden av hjärnans arkitektur störas vilket kan påverka barnets kognitiva utveckling. En långvarigt bristande serve and return innebär ett dubbelt hot mot hjärnans utveckling: utöver att hjärnan inte får den stimulering den behöver kommer kroppens stressreaktion att aktiveras vilket bl.a. leder till att den växande hjärnan översköjs med potentiellt skadliga stresshormoner.

Störningar i serve and return interaktioner kan ha många orsaker. Det är uppenbart då föräldrarna saknar förmåga att ha hand om barnet som en följd av t.ex. drogmissbruk eller gravt psykotiska tillstånd men också den form av kronisk stress som kan uppstå som en följd av långvariga ekonomiska problem, social isolering eller kronisk sjukdom kan leda till att vårdnadshavare helt enkelt inte har energi över för att i tillräcklig grad tillgodose barnets behov av stimulans – de dagliga bekymren dränerar den vuxne på energi. Sådana mekanismer kan vara en viktig del av förklaringen till att socioekonomiska skillnader i barns utveckling och hälsa uppstår.

Detta är den biologiska bakgrunden till att tidiga insatser blir så viktiga – under de första levnadsåren finns ett tillfälle för att lägga grunden till barnets kognitiva förmåga, som inte återkommer senare i livet.

Föräldrarnas sociala, ekonomiska och ”pedagogiska” resurser spelar därmed stor roll för hur barnets hjärna utvecklas (Nygren, 2021). När inte dessa är tillräckliga blir det viktigt att det finns andra samhälleliga resurser som kan kompensera barnets behov. Det är de

samlade insatserna från föräldrar, familj, lokalsamhälle och välfärdsinstitutionerna som under denna period har livslånga positiva effekter på barnets hälsa, välbefinnande, inlärningsförmåga vilket senare har stor betydelse för förmågan att kunna försörja sig och etablera ett självständigt liv.

De insatser som görs tidigt har ofta sikte på att stödja föräldrarnas förmåga att ge barnet optimalt stöd. Exempel på sådana riktigt tidiga insatser är utökade hembesök från BVC, ofta i samverkan med kommunens socialtjänst, samt olika former av föräldrastödsprogram (Burström et al., 2017; Marttila et al., 2017).⁴ Av särskild betydelse är förskolans pedagogiska uppdrag. I en kunskapsöversikt sammanfattar Folkhälsomyndigheten att analyser av naturliga experiment talar för att barn som gått i förskola är bättre på språk och matematik samt rapporterar bättre psykisk hälsa och har färre infektioner (Folkhälsomyndigheten and Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), 2017). Man noterar också beträffande förskolans organisering och utformning att en högre andel utbildade förskollärare bland personalen kan förbättra barnens utveckling liksom möjligheten till kompetensutveckling och fortbildning, etablerade rutiner för hur övergången från förskola till skola ska gå till samt om personaltätheten är hög. Det är dock oklart på vilket sätt en ökad personaltäthet påverkar barns hälsa och kognitiva utveckling då det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (Folkhälsomyndigheten and Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), 2017).

De biologiskt grundade argumenten för tidiga insatser är i linje med ekonomisk forskning som studerat *return of investment* vid satsningar i olika åldrar. Resultaten talar för att man inte bara får mer för varje satsad krona ju tidigare man satsar utan även att investeringen är mer kostnadseffektiv ju tidigare man satsar (Shonkoff et al., 2009).

Det finns inte några studier av hur kognitiv förmåga bland små barn fördelar sig i förhållande till familjens livsvillkor eller i olika geografiska områden. Det närmaste vi idag kommer är information från BHV beträffande utfallet av språktest vid 2½-årsbesöket vid BVC. Detta är ett utvecklingsområde som bör vara prioriterat. Språkutvecklingen är en aspekt av flera på kognitiv förmåga hos barnet. Det är därför ett grovt mått som möjligen kan ge en indikation på hur stor andel av barnen som kan ha bristande kognitiv utveckling. År 2017 varierade andelen barn vars språktest inte utföll utan anmärkning mellan 5 och 29 procent bland kommunerna.

Barns och ungas psykiska ohälsa

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar har ökat i Sverige sedan 1980-talet och utvecklingen har varit större än i de övriga nordiska länderna. Folkhälsomyndigheten konstaterar att andelen 13- och 15-åringar i Sverige som rapporterar psykosomatiska besvär har fördubblats sedan mitten av 1980-talet (Folkhälsomyndigheten, 2018). Myndigheten pekar i sin rapport på brister i skolans funktion och en ökad medvetenhet bland ungdomarna om ökade krav på arbetsmarknaden, som troliga orsaker till ökningen av psykosomatiska symtom. Enligt Socialstyrelsens bedömning hade cirka 10 procent av pojkar och unga män år 2016 någon typ av psykisk ohälsa som föranlett kontakt med hälso- och sjukvård. För unga kvinnor var motsvarande siffra 15 procent. De diagnoser

⁴ Liknande satsningar görs i flera kommuner i Västra Götaland. Se t.ex. <https://www.vgregion.se/regional-utveckling/verksamhetsomraden/naringsliv/entreprenorskap-och-nyforetagande/sociala-investeringar/> eller <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/psykisk-halsa/utvecklingscentrum-for-barns-psykiska-halsa/utokade-hembesok-goteborg/>

som främst ligger bakom ökningen är depressioner, olika ångestsyndrom och neuropsykiatriska funktionshinder (Socialstyrelsen, 2017).

En viktig och relativt stor grupp utgörs av tidigt debuterande utvecklingsneurologiska problem, inte sällan överlappande varandra. Denna problematik har sammanfattats som ESSENCE-problematik⁵ och beräknas omfatta ca 10 procent av alla skolbarn (C. Gillberg, 2010).

Men det finns också en grupp elever vars ohälsa är mindre synlig och där förskolan riskerar att inte uppmärksamma deras behov av stöd. Det gäller till exempel barn med vissa former av psykiatriska tillstånd och barn med lättare intellektuell funktionsnedsättning. Här bygger uppgifter om förekomst oftast på självrapporterade data i samband med olika enkätundersökningar. En stor grupp barn är sårbara och upplever psykosociala besvär till exempel som en följd av stress i skolan, av mobbning eller utsatthet, eventuellt på grund av sviktande hemsituation.

För många barn försämras hälsotillståndet under skolåren. Det gäller särskilt barn som lever under snävare livsvillkor, till exempel till följd av fattigdom, trångboddhet eller föräldrars arbetslöshet. Här pekar forskningen på att en ökande individualisering generellt missgynnar dessa barn (G. Gillberg, 2010; Nygren, 2021; Socialstyrelsen, 2009). I skolan har detta tagit sig uttryck i att eleverna har fått ta ett större ansvar för sin egen utbildning vilket sannolikt är positivt för de barn som kan få ett bra stöd från föräldrar eller andra vuxna runt barnet men missgynnar de barn som inte har adekvat stöd från vuxna runt barnet.

Andelen 13- och 15-åringar, fr.a. flickor, med självrapporterade psykiska besvär ökar återigen efter en minskning under 2000-talet och varierar nu mellan 20–40 procent av unga. Denna utveckling menar Socialstyrelsen speglar en reell ökning av psykisk ohälsa och kan knappast förklaras med förändrade behandlingsrutiner eller ökad benägenhet bland unga att rapportera psykiska besvär (Socialstyrelsen, 2017).

En särskilt sårbar grupp är asylsökande barn, ensamkommande barn och i synnerhet papperslösa barn som ofta lever under oanständiga förhållanden.

Det statistiska underlaget kring barns och ungas psykiska hälsa i Västra Götaland är torftigt. Västra Götalandsregionen har för närvarande inte tillräcklig information för att kunna följa barns och ungas psykiska hälsa på ett regionövergripande och systematiskt sätt och belysa skillnader mellan olika grupper av barn/unga eller mellan olika geografiska områden inom länet. De enda heltäckande datamängder som är tillgängliga för närvarande är information om psykiatriska diagnoser och vårdproduktionsdata inom psykiatriområdet samt självrapporterad information som samlats in via CAN-enkäterna (med fokus på ANDTS-området) och i viss mån från folkhälsomyndighetens nationella undersökning ”Hälsa på lika villkor” med självrapporterad information från ett urval av befolkningen 16–84 år (men behäftad med ett stort bortfall kring 50% och än större i ungdomsgruppen). Det medför att det är svårt att utvärdera graden av måluppfyllelse beträffande barns och ungas hälsa och livsvillkor enligt regionfullmäktiges prioriteringar i budget 2022.

⁵ ESSENCE är en akronym för *Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*.

Övervikt och fetma bland barn och unga

Övervikt och fetma har fått stor uppmärksamhet under de senaste decennierna till följd av en alarmerande ökning av förekomsten bland barn och unga. Anledningen är att övervikt och fetma är starkt förknippade med framtida ohälsa och sjukdom, vanligast diabetes typ 2 och hjärtsjukdom. Övervikt och fetma i barndomen medför ofta en livslång risk för övervikt och fetma som vuxen – det är svårt att påverka en uppnådd övervikt som barn. Övervikt och fetma förefaller också ha betydelse för barns psykosociala utveckling samt har samband med försämrade skolresultat.

Andelen 15-åringar i Sverige med övervikt eller fetma var enligt WHO 2016 ca 22 procent bland pojkar och 15 procent bland flickor. Det har skett en påtaglig ökning av förekomsten övervikt/fetma sedan mitten av 1970-talet men liksom i de flesta höginkomstländer förefaller ökningen i Sverige sedan några år ha stannat av och nått en plåtå om än på en hög nivå.

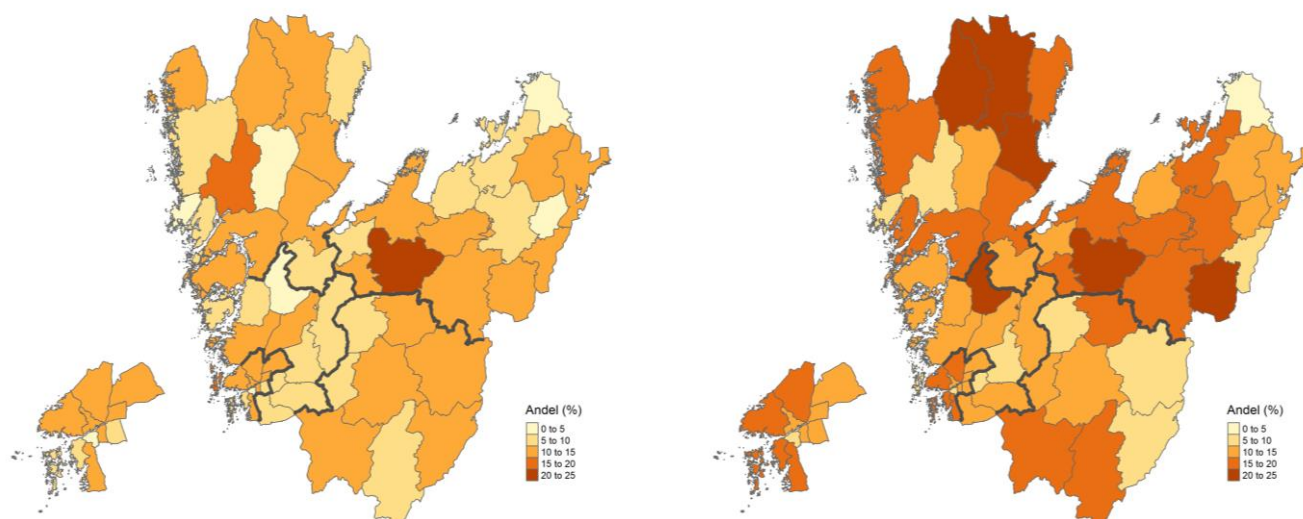
Ökningen sammanhänger med en förändring i levnadsvanor – mer stillasittande, mindre av vardagsmotion – samt förändrade kostvanor med ett högre energiinnehåll. Här är barn och ungdomar särskilt utsatta för riktad marknadsföring.

Skillnaderna mellan socioekonomiska grupper är stora. En potentiellt viktig mekanism som åtminstone delvis kan förklara sådana skillnader utgår från observationen att kronisk lågintensiv stress, till exempel som en följd av att familjens ekonomi är ansträngd, leder till en ökad insöndring av stresshormoner, bl.a. kortisol som ökar kroppens inlagring av fett i bukvävnaden vilket leder till en minskad känslighet för insulin och därmed stigande blodsocker.⁶

Informationen om övervikt och fetma bland barn och unga är knapphändig. Den enda systematiskt insamlade informationen om barns längd och vikt är f.n. den som finns via barnhälsovårdens mottagningar vilken täcker åldrarna 0–5 (6) år. Vi saknar data från skoltiden även om sådan information samlas in via elevhälsans medicinska insats.

Nedanstående statistik är hämtad från barnhälsovårdens registreringar i samband med besöken då barnen är omkring 2½ år. Vi finner att andelen barn med övervikt eller fetma varierar ganska mycket mellan kommunerna, se Figur 10.

⁶ För en lättillgänglig kunskapsbank beträffande sambandet mellan stress och ohälsa och hur det kan påverkas, kan rekommenderas Center for the Developing Child vid Harvard-universitetet <https://developingchild.harvard.edu/science/>



Figur 10 Andelen flickor (till höger) och pojkar (till vänster) med övervikt eller fetma vid 2½-årsbesöket på BVC 2017 per kommun. Källa: BHV Västra Götaland.

Andelen övervikt/fetma bland flickor är genomsnittligt högre än för pojkarna och varierar mellan 3 och 25 procent av samtliga undersökta flickor medan motsvarande andelar för pojkarna varierar mellan 4 och 21 procent.

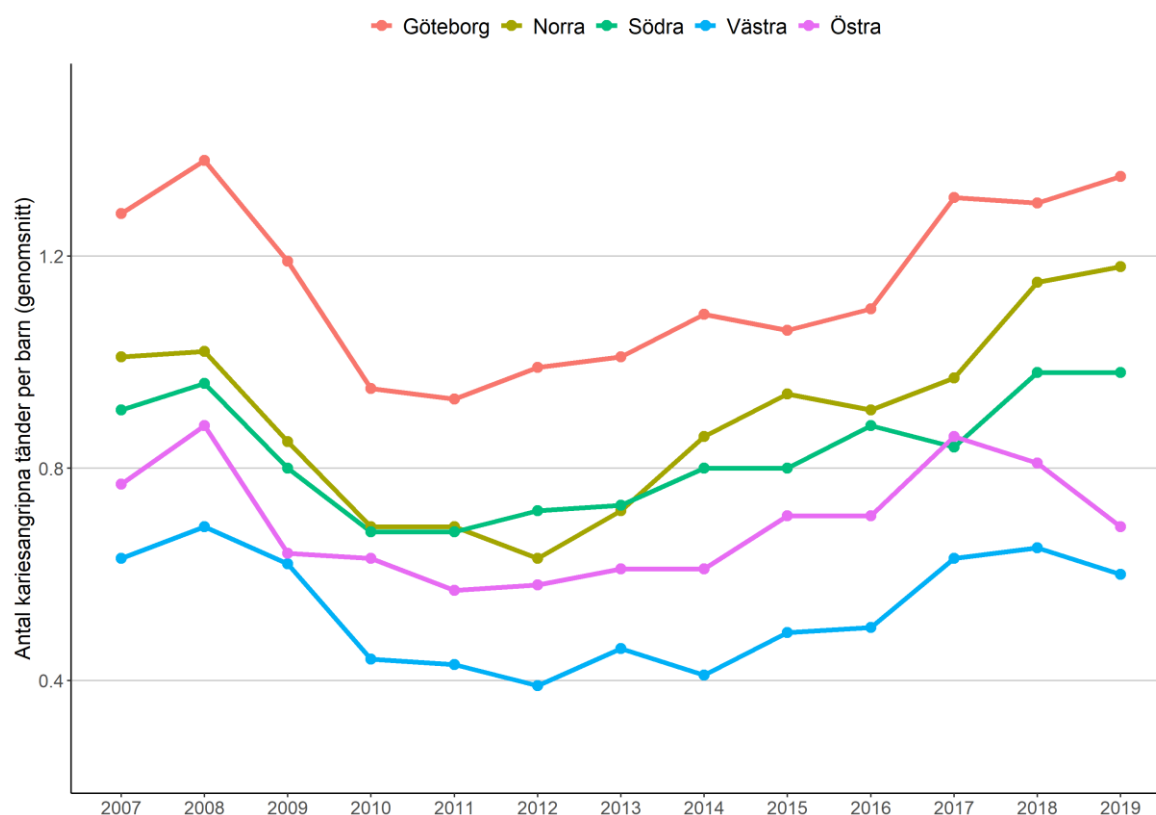
Munhälsa hos barn och unga

Karies är en bakteriell infektion där bakterier bildar syra av kolhydrater vilket fräter på tändernas emalj. Oregelbundna kostvanor och kolhydratrik kost ger inte munhålan tid för återhämtning. Barn och unga är särskilt sårbara eftersom emaljen fram till omkring 20-årsåldern är mjukare än hos vuxna och blir därför lättare angripna. Karies under barndomen är förknippad med karies och senare tandlossning som vuxen. Dessa infektioner i munhålan är inflammatoriska tillstånd vilket har visats ha vissa samband med ökad risk för hjärtkärlsjukdom och förknippat med försämrad livskvalitet.

De allra flesta barn och unga (0–19 år) är fria från karies. Omkring 8 av 10 barn och unga är kariesfria vid undersökning. Men sedan 2013 har andelen små barn (3–6 år) som är kariesfria *minskat* vilket är ett trendbrott. Bland de något äldre barnen (6–9 år) noteras att en ökande andel barn har flera tänder med kariesskador.⁷

⁷ Folktandvården i Västra Götaland <https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/forvardgivare/odontologiskt-bokslut-2017.pdf>

Om trenden fortsätter kommer antalet kariesangripna tänder hos 6-åringarna att nå de höga nivåer som gällde fram till omkring 2008 då antalet kariesangripna tänder per barn minskade, se Figur 11.



Figur 11 Antal kariesangripna tänder per barn (6 åringar) fördelat per hälso- och sjukvårdsnämnd 2007-19. Källa: Verksamhetsanalys Västra Götalandsregionen.

Det finns stora socioekonomiska skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Föräldrarnas tandvårdsrelaterade beteenden är en viktig förebild för barnen. Familjens levnadsvanor har därför stor betydelse för barnens tandhälsa – familjer med sämre ekonomiska och kulturella resurser tenderar att i större utsträckning ha mer ogynnsamma levnadsvanor där bl.a. oregelbundet kostintag med kolhydratrika och energitäta livsmedel är vanligare. Här har sannolikt också ekonomisk oro och stress i hushållen betydelse för föräldrarnas förmåga att föregå med goda exempel för barnet.

Hälsotillståndet bland vuxna

Man bör skilja på självrapporterad hälsa och hälsa från andra källor, vanligen från register av olika slag, till exempel diagnoser, läkemedelskonsumtion, medicinska eller kirurgiska åtgärder.

Självskattad hälsa

Denna information inhämtas i regel genom att på olika sätt fråga individer om hur man uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd. I Västra Götaland är undersökningen *Hälsa på lika villkor* (se sidan 31) den kanske viktigaste databasen för att spegla hur människor uppfattar sitt hälsotillstånd.

Självskattad hälsa har kanske föga förvånande ett samband med sjukdomar som försämrar funktionsförmåga och livskvalitet. Mer överraskande kanske är att självskattad hälsa förefaller ha ett *prediktivt* värde, dvs individer med nedsatt självskattad hälsa tenderar i högre grad att drabbas av ohälsa och sjukdom i framtiden än de som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott.

Detta är därför en indikator som följs. Men för att kunna utvärdera hur självskattad hälsa fördelas i olika befolkningsgrupper behöver redovisningen utvecklas till att självskattad hälsa stratifieras på olika socioekonomiska grupper och på grupper med migrationsbakgrund.

Hälsa – data från andra källor

Registerdata av olika slag har en stor fördel i att datamängderna oftast är heltäckande, utan väsentligt bortfall, åtminstone då det gäller svenska medborgare. Nackdelen är att de ofta upprättats i något administrativt syfte och delar in befolkningen i olika kategorier, till exempel efter utbildningsnivå eller inkomst, allt utifrån vad som passar syftet med registret. Eller inte alls är kategoriserade, vilket försvårar en analys av hur till exempel vissa diagnoser *varierar* i olika befolkningsgrupper. Bristen på information om hur livsvillkor och hälsa/ohälsa varierar i befolkningen över tid gör det svårt att utvärdera folkhälsopolitiska målsättningar. Det bör dock framhållas att det i regel är fullt möjligt att länka olika register för att förbättra möjligheterna till meningsfulla analyser av i vilken grad sociala hållbarhetsmål är på väg att uppnås.

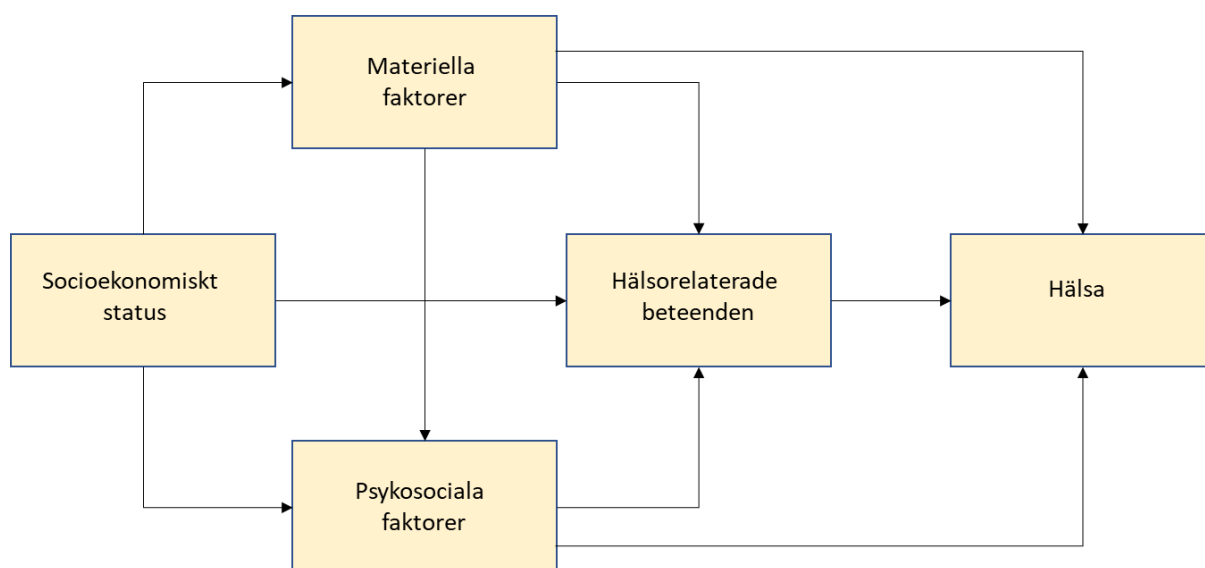
Levnadsvanor

Låt oss dröja något vid temat *levnadsvanor*, mot bakgrund av att regionfullmäktige betonar vikten av att förebygga ogynnsamma levnadsvanor.

Hur man lever, vad man äter och dricker, hur man rör sig, har naturligtvis stor betydelse för ens hälsotillstånd. Individens levnadsvanor har också ett stort förklaringsvärde till skillnader i hälsotillstånd mellan olika befolkningsgrupper. Att påverka ogynnsamma levnadsvanor är därmed en central del i folkhälsöarbetet.

Det har emellertid visat sig vara enklare sagt än gjort. Insatser för att förändra människors levnadsvanor har ofta varit mer eller mindre resultatlösa och som bäst haft en kortvarig effekt. Det hänger delvis samman med valet av metod, delvis med att man ofta underskattat betydelsen av att levnadsvanor i sig själva ofta har djupa socioekonomiska och kulturella rötter.

Alltför ofta har sådana insatser handlat om att med olika typer av information om positiva eller negativa effekter av en visst beteende på hälsotillståndet vädjat till individens rationella förnuft. I olika utvärderingar har sådana insatser haft störst effekt bland grupper som har större möjligheter att förändra sitt beteende och därmed snarast ökat ojämlikhet i hälsa i befolkningen. Det sammanhänger med förhållandet att hälsorelaterade levnadsvanor utvecklas till stor del utefter socioekonomiska bakgrundsfaktorer i kombination med materiella och psykosociala faktorer.



Figur 12 Mellanliggande faktorer för sambandet mellan socioekonomiskt status och hälsa enligt Mackenbach et al (2006).

Hälsorelaterade levnadsvanor har en central roll i att förstå hur ojämlikhet i hälsa uppstår (Mackenbach, 2006). Levnadsvanor påverkas direkt av socioekonomiska faktorer men också indirekt via materiella faktorer, till exempel inkomst, och psykosociala faktorer som har att göra med kultur och normer, kunskap, kronisk stress t.ex. till följd av ansträngd ekonomi.

På senare år har forskningen också visat hur viktiga de första levnadsåren är för att lägga grunden till en god hälsoutveckling. Familjens livsvillkor, matvanor, föräldrarnas egna levnadsvanor, har stor betydelse för hur barnets levnadsvanor kommer att utvecklas. Under skolorn kommer kompisrelationer spela en viktig roll särskilt för den första kontakten med alkohol, tobak och droger men också för intresset för idrott och andra faktorer som påverkar barnets fysiska aktivitet.

Primärvårdens roll då det gäller att påverka ogynnsamma levnadsvanor har möjligen varit underskattad. Det finns numera belägg för att hälsosamtal genomförda på vårdcentral påverkar risken för att insjukna i hjärtsjukdom (Lingfors and Persson, 2019).

Hur vet vi hur levnadsvanor ser ut i olika delar av i regionen och i olika befolkningsgrupper? Vi får en bild av hur det ser ut genom att fråga befolkningen via frågeformulär eller genom telefonintervjuer. VGR har deltagit i "Hälsa på lika villkor" – folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning som sker via postenkät – med ett stort tilläggsurval till ett slumpmässigt urval av befolkningen 16 – 84 år. Denna undersökning ger oss en hygglig bild av hur olika levnadsvanor ser ut i olika delar av befolkningen. Man bör emellertid vara medveten om att resultaten kan vara mer eller mindre överensstämmande med verkligheten. Ett stort problem med denna typ av undersökningar är att andelen som svarar på enkäterna tenderar att minska över tid och i årets (2021) undersökning var svarsfrekvensen i den nationella undersökningen 44,1 procent.⁸ Även om användningen av kalibreringsvikter sannolikt minskar bortfallsproblemet är det rimligt att

⁸ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-nationellt-urval-2021.pdf>

tro att resultaten ändå är skeva, till exempel för frågor där svaret kan påverka benägenheten att svara, som beträffande alkoholkonsumtion.

Äldres hälsa

Enligt befolkningsprognosen kommer andelen äldre att öka under de närmaste decennierna. Andelen 65 år och äldre utgör idag omkring 20 procent av befolkningen i Västra Götaland. I slutet av 20-talet beräknas andelen vara 27 procent. Andelen 80 år och äldre utgör ungefär 5 procent av befolkningen och i slutet av 20-talet 12 procent.

Samtidigt ska man minnas att äldres hälsa har i genomsnitt förbättrats och livskvaliteten är högre än hos tidigare generationer. Man måste ändå konstatera att sannolikheten ökar med åldern för att drabbas av kroniska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar ökar och därmed behovet av stöd från hälso- och sjukvården och kommunal omsorg. Mot bakgrund av att den s.k. försörjningskvoten ökar framstår frågan om hur det ökande behovet av vård och omsorg ska finansieras i framtiden som en stor utmaning för samhället.

Det finns ett tydligt samband mellan socioekonomiska förhållanden och hälsa. Men hur påverkas sådana skillnader av åldrandet? Här finns till synes två motsägelsefyllda försök till förklaringar, underbyggda av forskningsresultat, där en hypotes går ut på att de socioekonomiska skillnaderna *ökar* med åldern och den andra hypotesen på att de socioekonomiska skillnaderna *minskar*! Faktum är att båda hypoteserna kan vara korrekta och förklaras av att de bakomliggande mekanismerna är olika men kan finnas parallellt.

Skillnaderna kan öka med åldern beträffande faktorer som behöver en längre tids exponering för att få effekt, ju längre tid desto starkare effekt. Ett sådant exempel är rökning där vi vet att risken att insjukna i tobaksrelaterade sjukdomar ökar ju längre tid man har rökt. Man kan också tänka sig att olika typer av exponeringar ackumuleras med åldern och på så sätt ger upphov till ökande risk för ohälsa. Vi vet till exempel att ekonomiska svårigheter under de första levnadsåren sammanhänger med större risk för skolmisslyckanden vilket i sin tur är förknippat med svårigheter att etablera ett vuxenliv, få ett arbete och inkomst om man vilket i sin tur skapar förutsättningar för en trygg ålderdom i god hälsa.

Å andra sidan kan man tänka sig att *de socioekonomiska skillnaderna minskar med åldern* om man tänker att ålderns effekt på hälsotillståndet är kraftigare i högre åldrar än i yngre. Vi vet att det genomsnittliga hälsotillståndet bland yngre är gott men att de socioekonomiska skillnaderna är stora men att biologiska processer i den åldrande kroppen blir allt mer dominerande drivkrafter bakom förändringar i hälsotillståndet.

Men socioekonomiska förhållanden kan också påverka åldrandeprocessen direkt. I studier där man följt personer med sämre socioekonomiska förhållanden och jämfört med andra socioekonomiska grupper har man funnit att den förra gruppen tenderar att uppvisa en snabbare försämring av sin funktionsförmåga och löper större risk att drabbas av sjukdom.

Mot bakgrund av att behovet av hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser bland äldre sannolikt kommer att öka finns starka argument för att så långt möjligt förebygga ohälsa och därmed behovet av vård och omsorgsinsatser. Det finns belägg för att insatser för att förbättra äldres möjligheter till social gemenskap, förutsättningar för att bli delaktiga i samhällslivet, att vara fysiskt aktiv och att på olika sätt underlätta ett bra kosthåll, är effektiva för att upprätthålla ett gott hälsotillstånd.

Det finns stora skillnader i hälsa mellan grupper av äldre. Hälsoutfallet är ett resultat av vad man varit med om under hela livet men påverkas naturligtvis också av de aktuella livsvillkoren.

Hur bör vi mäta folkhälsa och livsvillkor?

I rapportens avslutande del diskuteras hur folkhälsa kan mätas och följas över tid. Avsnittet handlar om varför aktuell kunskap om bakomliggande mekanismer till ojämlikhet i hälsa bör präglade monitoreringen av befolkningens hälsotillstånd.

I Budget 2022 anger regionfullmäktige att

”Folkhälsoarbete är en viktig grund för att stärka människors hälsa men också för att minska sjukdomsburden och ojämlikhet i vården. /.../ Ett helhetsgrepp ska tas för att minska förekomsten av de riskfaktorer som bidrar till störst sjukdomsburden. /.../ En förbättrad och mer jämlik hälsa är en viktig strategisk framtidsfråga för hela Västra Götaland”

Regionfullmäktige har alltså höga ambitioner på det folkhälsopolitiska området och ser även kopplingen mellan hälso- och sjukvården och det regionala utvecklingsuppdraget. Men frågan är i vilken grad vi kan avgöra i vad mån de beslut som fattas och de satsningar som görs förändrar utvecklingen i enlighet med regionfullmäktiges intentioner. Med en lätt generalisering är vi tämligen avancerade när det gäller att beskriva hur hälsa och livsvillkor fördelas i befolkningen men mer rudimentära när det gäller att knyta beskrivningen till kunskap om varför det ser ut som det gör. Det är en allvarlig brist eftersom det är först när vi förstår vilka bakomliggande mekanismer som ger upphov till fördelningen av hälsa och ohälsa, som vi kan förstå vad det är som behöver göras för att befolkningens hälsotillstånd ska förbättras och påverkbara skillnader i ohälsa ska minska.

I detta avslutande avsnitt ska vi därför belysa några områden att utveckla för att mäta och följa hur hälsa och livsvillkor förändras i Västra Götaland. Utgångspunkten är att dessa mätningar ska främst tillföra kunskap till kanske framför allt budget- och planeringsprocesserna i regionen och bör därför bygga på uppdaterad kunskap om bakomliggande mekanismer som ger upphov till ohälsa och skillnader i hälsa.

I nyare folkhälsovetenskaplig forskning framstår tillgången till resurser – ekonomiska, kulturella och politiska – som en central komponent för att förklara varför skillnader i hälsa är så pass stora, trots att det genomsnittliga hälsoläget i befolkningen är gott. Detta är en viktig slutsats eftersom fördelningen av sådana resurser är – i princip – påverkbara. Därför bör grunden i en policy-inriktad uppföljningsstrategi utgöras av hur ekonomiska, kulturella och politiska resurser varierar i befolkningen.

Vad har vi då för information om dessa resurser och hur bör vi tänka när vi sammanställer sådan information?

Datatillgång

Det finns i princip två olika typer av data som används för statistik och numeriska analyser. Det är dels *survey-data*, dvs information som inhämtas från individer via till exempel frågeformulär eller telefonintervjuer, dels *registerdata*, alltså information som samlats i olika typer av register, ofta för administrativa ändamål.

Survey-data

Den ojämförligt dominerande survey-databasen är *Hälsa på lika villkor*. Det är en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, som administreras av Folkhälsomyndigheten⁹ och där regioner och kommuner kan delta med tilläggsurval. Det har Västra Götalandsregionen gjort sedan 2004 och har nu tillgång till data från samtliga undersökningstillfällen sedan dess. Undersökningen genomförs nu vartannat år.

Västra Götalandsregionen deltar med tilläggsurval som omfattar ca 800 enkäter per kommun och per stadsdel i Göteborg.

Liksom i andra survey-undersökningar innehåller databasen information om individers egen uppfattning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Det är både en styrka och en begränsning. Människors uppfattning om sin livssituation är förstås starkt kopplad till hälsotillståndet men också en prediktor för framtida hälsotillstånd. En svaghet är att svarsfrekvensen – liksom i andra surveyundersökningar – sjunker över tid. För närvarande är svarsfrekvensen omkring 50 procent. Om andelen som svarar inte är helt representativa för befolkningen i sin helhet urholkas möjligheten att dra slutsatser. Man försöker hitta olika sätt att minska risken för skevheter, t.ex. genom att använda kalibreeringsvikter. Det minskar sannolikt problemet men kan inte kompensera för de fall där svarsbenägenheten påverkas av själva fråga, t.ex. beträffande missbruksproblematik eller vissa former av psykisk ohälsa. Man bör dessutom undvika att använda kalibreringsvikterna då antalet observationer är litet, t.ex. då man vill jämföra olika kommuner med varandra, vilket begränsar användningsområdet.

CAN-undersökningarna genomförs årligen med syftet att följa utvecklingen av ungdomars drogvanor över tid. Västra Götalandsregionen tillsammans med flertalet kommuner har deltagit vart tredje år sedan 2013¹⁰. Samtliga elever i åk 9 och gymnasiet år 2 har inbjudits att delta. Omkring 12 000 elever i vardera årskursen deltog.

I undersökningen 2019 deltog 91 procent av klasserna i åk 9 och 14 procent i gymnasiet. Av eleverna deltog 82 procent i åk 9 och 81 procent i gymnasiet år 2. Undersökningarna genomförs med helt anonymiserade enkäter. Frågeformulären har en tydlig profilering på droganvändning men innehåller även vissa frågor kring elevers uppfattning om sin livssituation, hälsa och välbefinnande¹¹.

Registerdata

Stativdatabasen och *Västdatabasen* administreras av SCB. En handfull medarbetare på enhet samhällsanalys har behörighet till databaserna. Databaserna är s.k. mikrodata, vilket innebär att de bygger på information om enskilda individer och företag och skyddas av sekretess. Dessa databaser är särskilt betydelsefulla för analyser relevanta för ”det sociala hållbarhetsuppdraget” genom att de innehåller information om centrala livsvillkor såsom inkomst, arbetsdeltagande, bostad, utbildning och migrationsbakgrund. I

⁹ Se <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

¹⁰ Se <https://www.vgregion.se/regional-utveckling/statistik-publikationer/aterkommande-aktiviteter/can-drogvaneundersokningen/>

¹¹ Se exempel på enkätutformning på CAN:s webbsida <https://www.can.se/publikationer/skolelevers-drogvanor-2019/>

Stativdatabasen är det dessutom möjligt att göra longitudinella analyser och därigenom undvika risken för felaktiga slutsatser som ibland kan göras vid tvärsnittsstudier.

Elevens hälsa i fokus är ett pågående projekt som genomförs i Västra Götalandsregionen i samverkan med Göteborgs stad och syftar till att utveckla en regiongemensam databas baserad på elevhälsosamtalen som genomförs i åk 4, 8 och gymnasieskolans år 1.¹²

Databasen byggs upp genom att information om skolbarns uppfattning om sin hälsa och livssituation som samlas in under hälsosamtalen överförs under samtycke till den regionala databasen vilken förvaltas av Västra Götalandsregionen. Under 2022 börjar kommuner ansluta till databasen men i liten skala och först efter några år kan man räkna med att databasen blir meningsfull för analyser.

Vega är Västra Götalandsregionens vårddatabas och innehåller mikrodata över samtliga vårdkontakter både i primärvård och i slutenvård. Databasen är förstås oundgänglig för statistik över vårdproduktion men kan även användas för att få en överblick över hur sjukdomspanoramat utvecklas i olika delar av länet. Det finns för närvarande inte någon information om socioekonomisk bakgrund eller om migrationsbakgrund vilket begränsar möjligheterna att analysera sambanden mellan livsvillkor och ohälsa eller ojämlik vård. Sådana analyser kan emellertid göras genom att länka data från Vega till befolkningsregister som förvaltas av SCB. Men det förutsätter godkänd sekretessprövning via SCB.

Dessa databaser finns alltså tillgängliga via enhet samhällsanalys och regional vårdanalys och medger både enklare statistik-sammanställningar och avancerade analyser. Men inte sällan kan man hitta det man letar efter genom att botanisera i publika databaser som förvaltas av statliga myndigheter eller andra organisationer:

SCB driver *Statistikdatabasen* (<https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>) som innehåller officiell statistik från SCB och flera andra myndigheter. Innehållet spänner över många ämnen över lång tid och är ofta nedbrytbar till kommun-nivå.

Socialstyrelsen har också en publik databas (<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/>) som innehåller information om hälsa, vårdutnyttjande, socialtjänst och personal inom hälso- och sjukvården. Statistiken är oftast nedbrytbar till regional nivå men i undantagsfall även till kommun-nivå.

Kolada (<https://www.kolada.se/>) är en publik databas som drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA. Den har vuxit ut till en mycket omfattande databas med aggregerad information om det mesta som rör nationell, regional och kommunal offentlig verksamhet samt om dess förutsättningar. Den innehåller mycket information om befolkningens livsvillkor och är nedbrytbar till kommunal nivå alternativt regional nivå.

Metoder

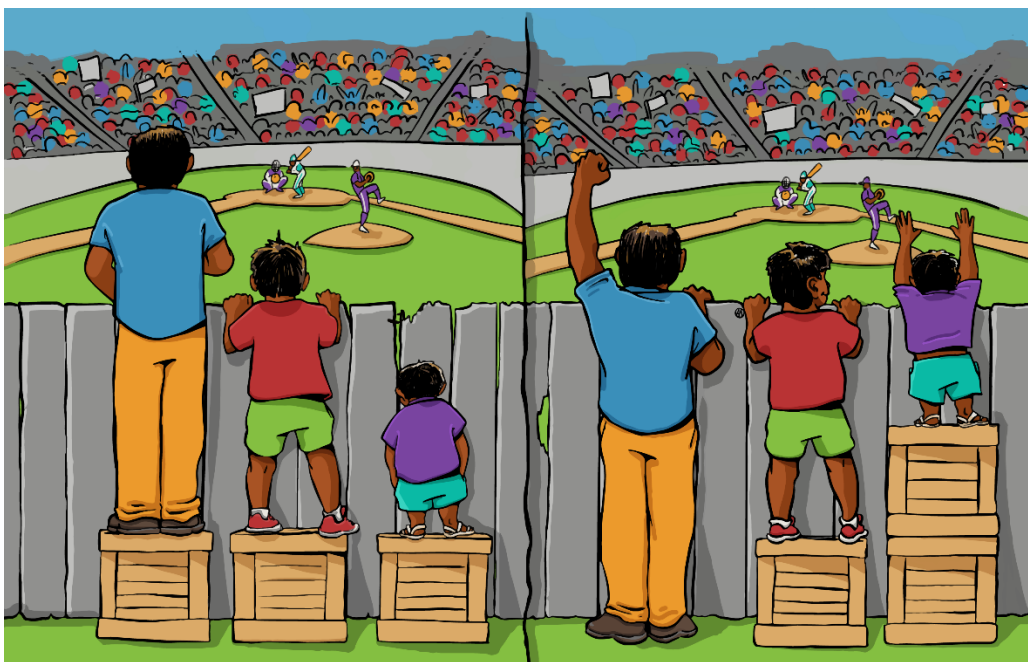
Under de senaste åren har en diskussion vuxit fram med utgångspunkt i att konceptet *sociala bestämningsfaktorer för hälsa* (se sidan 6) varit svår att kommunicera och att engagera andra vetenskapliga discipliner i men framför allt till aktörer utanför folkhälsoarbetares skara, trots att de retoriska vändningarna har upptagits i många politiska

¹² <https://www.vgregion.se/regional-utveckling/verksamhetsomraden/folkhalsa/kraftsamling-fullfoljda-studier/utvecklingsarbeten/samverkan/regiongemensam-elevhalsodatabas-for-elevens-halsa-i-fokus/>

sammanhang och styrdokument. Detta problem har väckt förslag om ett annat sätt att rama in och förklara vad konceptet handlar om (Lundberg, 2020).

Begreppet *sociala bestämningsfaktorer* har varit ett kraftfullt verktyg för att utveckla metoder med vilka vi sammanställer statistik över hur hälsotillståndet utvecklas i olika befolkningsgrupper och områden samt för att också inkludera bakomliggande faktorer vilket är betydelsefullt för beslutsfattare. Men på senare år har man påvisat svagheter i dessa metoder. Sättet vi talar om och redovisar hur *hälsans bestämningsfaktorer* fördelar sig i befolkningen leder lätt till alltför förenklade resonemang om orsak och verkan, det som i vetenskapsteori brukar kallas för determinism. Här ses *faktorer* som absoluta orsaker till sjukdom grundat på att det finns ett statistiskt samband mellan faktorn och sjukdomen. Men i själva verket handlar det om *regelbundenheter* på befolkningsnivå – vi kan se vissa mönster mellan faktorer och ohälsa i befolkningen, men det behöver inte betyda att dessa faktorer *orsakar* ohälsa (i betydelsen att om faktorn föreligger så uppstår ohälsa). Vi ser att det finns ett samband mellan utbildningsnivå och hälsa så att grupper med kortare utbildning tenderar att rapportera sämre självskattad hälsa och har kortare förväntad livslängd än grupper med längre utbildning. Men det vore missledande att dra slutsatsen att individer med kort utbildning har sämre hälsa eller kommer att dö tidigare. Kort utbildning *bestämmer* inte hälsotillståndet eller livslängd. Det handlar snarare om en regelbundenhet eller mönster på befolkningsnivå så att människor med kort utbildning *tenderar* att ha sämre livsvillkor och därmed riskerar sämre hälsa eller att avlida i förtid. Det går inte att översätta dessa regelbundenheter eller befolkningsmönster till individnivån. Det beror på att det finns en *variation* mellan individer i en viss befolkningsgrupp, till exempel i gruppen med kort utbildning.

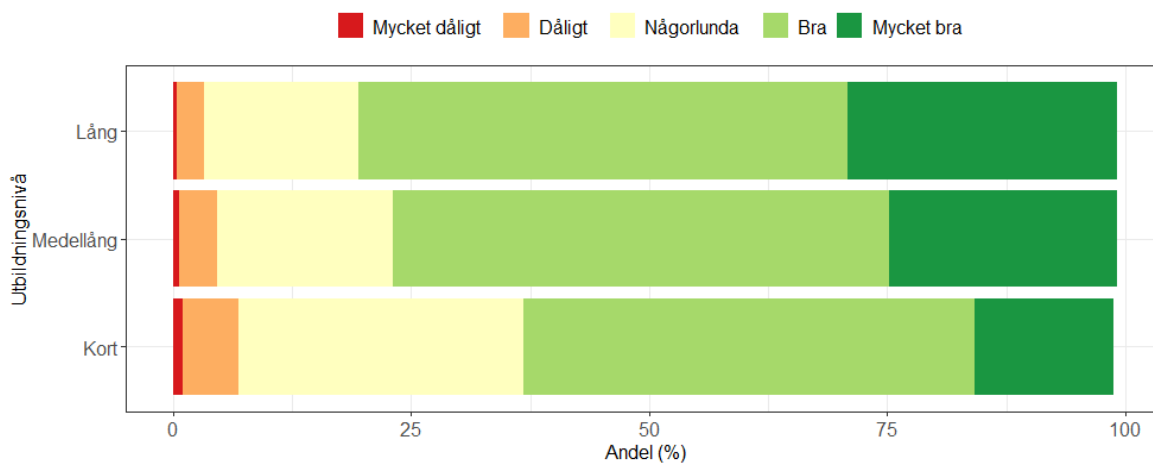
Det är naturligtvis rimligt att använda sig av skillnader i genomsnitt när man vill illustrera skillnader mellan befolkningsgrupper men vårt sätt att kommunicera dessa skillnader ignorerar inte sällan betydelsen av att det inom varje grupp finns en betydande variation. Exemplet med de tre pojkarna som tjuvkikar på baseball illustrerar detta.



Figur 13 Ojämlighet i förutsättningar. Källa: Interaction Institute for Social Change | Artist: Angus Maguire.

Pojkarnas kroppslängd illustrerar tre grupperns olika förutsättningar och att dessa förutsättningar kan göras mer jämlika. Men bilden förmedlar lätt tanken att alla individer inom gruppen har samma förutsättningar när det i själva verket finns en stor variation inom gruppen. För att undvika deterministiska slutsatser är det viktigt att utveckla metoder för att bättre redovisa variation inom befolkningsgrupper utöver gruppernas genomsnitt.

Det handlar om att på olika sätt visa hur en viss faktor eller hälsoutfall fördelar sig inom en befolkningsgrupp. Ett enkelt sätt är att redovisa hela svarsutfallet fördelade på olika befolkningsgrupper. I Figur 14 finns ett exempel på hur fördelningen av de fem olika svarskategorierna i frågan om hur man uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd fördelar sig på tre utbildningsgrupper, kort, medellång och lång utbildning.



Figur 14 Fördelningen av svarsutfallet på frågan om hur man uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd, fördelat på tre utbildningsgrupper. Simulerade data från utfall i Hälsa på lika villkor

Här framkommer en mer nyanserad bild av självskattad hälsa i de tre utbildningsgrupperna genom att man direkt kan se förskjutningar mellan samtliga svars kategorier i de tre utbildningsgrupperna.

Detta sätt att redovisa fördelningar kan förstås överföras till andra problemställningar, t.ex. fördelningen av hälsa inom olika geografiska områden, olika åldersgrupper eller migrationsbakgrund.

Om Folkhälsomyndighetens stödstruktur

I det här sammanhanget bör nämnas Folkhälsomyndighetens omfattande arbete med att utveckla ”en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet”.¹³ Regeringen gav 2019 Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utveckla en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet för att myndigheter skulle bättre samordna sina insatser för en god och jämlik hälsa. Här konstaterar Folkhälsomyndigheten att samverkan mellan statliga, regionala och kommunala aktörer är viktig för att kunna nå det övergripande folkhälsopolitiska målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”.

Huvudrapporten innehåller mycket som är av värde även för det regionala och kommunala folkhälsoarbetet. Beträffande uppföljningsdelen finns ett ambitiöst förslag till ett stort antal indikatorer som bedömts vara särskilt värdefulla för att följa upp befolkningens hälsa och livsvillkor över tid. Folkhälsomyndigheten har särskilt övervägt hur skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper ska kunna redovisas. I en bilaga redovisas dessa indikatorer inklusive hur de definieras och hur de motiveras.¹⁴ Man räknar med att under 2022 kunna revidera sin publika databas och strukturera den i enlighet med förslaget i rapporten. Ambitionen är att där det är möjligt även redovisa utfall på regional och lokal nivå, vilket förstås är särskilt värdefullt för kommande behovsanalyser.

¹³ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/stodstruktur-for-det-statliga-folkhalsoarbetet/stodstrukturen/>

¹⁴ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/om-myndigheten/stodstrukturen/bilaga-5-indikatorbeskrivningar.pdf>

Referenser

- Abrahamsson, H., 2019. Vår tids stora omdaning : om konsten att värna demokrati och social hållbarhet. Bokförlaget Korpen, Göteborg.
- Adler, N., Bush, N.R., Pantell, M.S., 2012. Rigor, vigor, and the study of health disparities. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109, 17154–17159. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121399109>
- Arbetsförmedlingen, 2017. Ungdomsarbetslösheten och ungdomsgarantin – en översikt.
- Beckie, T.M., 2012. A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biological research for nursing* 14, 311–46. <https://doi.org/10.1177/1099800412455688>
- Burström, B., Marttila, A., Kulane, A., Lindberg, L., Burström, K., 2017. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* 17, 91. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2038-1>
- Calidoni, F., Christiansson, C., Henriksson, G., 2011. Samhälleliga kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland : [en beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället]. Västra Götalandsregionen, Vänersborg.
- CSDH, 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of World Health Organization.
- Folkhälsomyndigheten, 2021. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2021.
- Folkhälsomyndigheten, 2018. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Folkhälsomyndigheten, Solna.
- Folkhälsomyndigheten, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), 2017. Förskolans påverkan på barns hälsa – en genomgång av den vetenskapliga litteraturen .
- Gillberg, C., 2010. The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities* 31, 1543–1551. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.06.002>
- Gillberg, G., 2010. Individualiseringens villkor : unga vuxnas föreställningar om arbete och självförverkligande. Göteborgs universitet.
- Guevara, B., 2014. Segregation Utbredning, orsaker, effekter och möjliga åtgärder Ett kunskapsunderlag om segregation inom projekt KAIROS, Mistra Urban Futures Papers 2014:3.

- Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D., 2008. Social capital and health. Springer.
- Lake, A., Chan, M., 2015. Putting science into practice for early child development. *The Lancet* 385, 1816–1817. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61680-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61680-9)
- Lilja, E., Pemer, M., 2010. Boendesegregation - orsaker och mekanismer : En genomgång av aktuell forskning.
- Lingfors, H., Persson, L.-G., 2019. All-cause mortality among young men 24–26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. *BMJ Open* 9, e022474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022474>
- Link, B.G., Phelan, J., 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior Spec No*, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Lundberg, O., 2020. Next steps in the development of the social determinants of health approach: the need for a new narrative. *Scand J Public Health* 48, 473–479. <https://doi.org/10.1177/1403494819894789>
- Lundberg, O., 2008. The Nordic experience : welfare states and public health (NEWS). Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska institutet.
- Mackenbach, J., Meerdink, W.J., Kunst, A., 2007. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. European Commission DG SANCO.
- Mackenbach, J.P., 2006. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. https://www.who.int/social_determinants/media/health_inequalities_europe.pdf.
- Mackenbach, J.P., Kulhánová, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T., Costa, G., Dikken, C., Kalediene, R., Lundberg, O., Martikainen, P., Menvielle, G., Östergren, O., Prochorskas, R., Rodríguez-Sanz, M., Strand, B., Looman, C.W., Gelder, R. de, 2016. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ* 353, i1732. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1732>
- Marmot, M., 2010. Fair society, healthy lives. The Marmot Review. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., Divide, C. for the of of and the, 2012. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet (London, England)* 380, 1011–29. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61228-8)
- Martinsson, J., Andersson, U., 2021. Svenska trender 1986-2020. SOM-institutet. SOM-institutet.
- Marttila, A., Lindberg, L., Burström, K., Kulane, A., Burström, B., 2017. Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och

föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport utvärdering 2017. Karolinska Institutet.

McEwen, B.S., 2012. Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109, 17180–17185. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121254109>

Milanović, B., 2017. Global ojämlikhet : nya perspektiv i globaliseringens tidevarv. Daidalos, Göteborg.

Morel, N., Palier, B., Palme, J., 2012. Towards a social investment welfare state? : ideas, policies and challenges. Policy, Bristol.

Nygren, G., 2021. Jag vill ha bra betyg En etnologisk studie om höga skolresultat och högstadielävers praktiker.

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. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>

Ramböll, 2020. Kunskapsöversikt om boendesegregation.

Rostila, M., Toivanen, S., 2018. Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Liber.

Shonkoff, J.P., 2012. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109, 17302–17307. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>

Shonkoff, J.P., Boyce, T.W., McEwen, B.S., 2009. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA* 301, 2252–2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>

Socialstyrelsen, 2017. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016 .

Socialstyrelsen, 2009. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.

SOU 2001:79, 2001. Valfärdsbokslut för 1990-talet. Stockholm.

SOU 2020:46, 2020. En gemensam angelägenhet Vol. 2 Betänkande av Jämlikhetskommissionen. Stockholm.

Strömbäck, J., 2017. Stabilitet i en föränderlig värld - medieanvändning och social sammanhållning, in: Larmer Och Gör Sig Till.

Västra Götalandsregionen, 2021. KVARTAL 3:2021 Utveckling Västra Götaland, VGR Analys 2021:47.

Västra Götalandsregionen, 2020. Var det bättre förr? Regionrapport 2020 – hållbar utveckling i Västra Götaland, VGR Analys 2020:2.

Västra Götalandsregionen, 2015. Den fula ankungen - Västsveriges utveckling, attraktivitet och potential i ett internationellt perspektiv, Rapport 2015:1.

Västra Götalandsregionen, 2005. Vision Västra Götaland - Det goda livet.

2021-12-28

Dokumentnamn: Hälsa och livsvillkor i Västra Götaland

Diarienummer: XX

Kontaktperson: Göran Henriksson, Data och analys

E-post: goran.henriksson@vgregion.se

