

Hälsa och livsvillkor i Lilla Edets kommun

En kartläggning med fokus på social hållbarhet och folkhälsa



LILLA EDETS
KOMMUN

Förord

Denna rapport är ett steg i kommunens arbete för en socialt hållbar samhällsutveckling. Rapporten har skrivits på uppdrag av kommunstyrelsens folkhälsoutsnitt i Lilla Edets kommun.

Rapporten skrevs under pågående Covid-19-pandemi. Vilka konsekvenser pandemin kommer få för folkhälsan lokalt är i skrivandets stund svårt att säga. Folkhälsomyndigheten menar att det i och med de sociala och ekonomiska konsekvenser som riskerar att uppstå i samband med Covid-19, så som till exempel arbetslöshet och ekonomisk utsatthet, finns en ökad risk för att skillnader i hälsa mellan olika grupper blir större. Hur pandemin påverkar befolkningen i Lilla Edets kommun bör analyseras vid sidan av denna rapport och åtgärder vidtas därefter.

Trevlig läsning!

Fanny Wester, folkhälsoutvecklare
Alma Nykvist, folkhälsoutvecklare, projektanställd för kartläggningen

Rapporten är skriven under 2020.

Innehållsförteckning

| | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| Inledning | 4 | Delaktighet, inflytande och sammanhållning | 47 |
| Metod..... | 5 | Demokratisk delaktighet..... | 48 |
| Del 1 Kunskapsunderlag | 7 | Inflytande | 49 |
| Hållbar utveckling | 8 | Socialt och kulturellt deltagande..... | 50 |
| Förutsättningar för en god och jämlik folkhälsa ... | 10 | Sammanfattning och reflektioner..... | 52 |
| Del 2 Kartläggning..... | 13 | Trygghet och tillit | 53 |
| Demografi | 14 | Trygghet..... | 54 |
| Socioekonomiska förutsättningar | 15 | Tillit..... | 55 |
| Utbildningsnivå | 16 | Anmälda brott | 56 |
| Arbetsmarknadsposition..... | 18 | Våld i nära relation – mäns våld mot kvinnor..... | 57 |
| Ekonomiska villkor..... | 22 | Sammanfattning och reflektioner..... | 58 |
| Sammanfattning och reflektioner..... | 24 | Barns och ungas livsvillkor..... | 59 |
| Hälsoläget..... | 25 | Förskolan | 60 |
| Allmänt hälsotillstånd | 26 | Grundskolan | 61 |
| Folksjukdomar | 28 | Gymnasieskolan | 65 |
| Psykisk ohälsa | 31 | Hemmiljö | 66 |
| Tandhälsa | 34 | Sammanfattning och reflektioner..... | 68 |
| Sammanfattning och reflektioner..... | 35 | Del 3 Förslag på riktningar framåt..... | 69 |
| Befolkningens levnadsvanor..... | 36 | Fokusområde 1: Strukturella och övergripande förutsättningar | 71 |
| Matvanor..... | 37 | Fokusområde 2: Barns uppväxtvillkor..... | 73 |
| Fysisk aktivitet och långvarigt stillasittande | 38 | Fokusområde 3: Förutsättningar för skolframgång och vägen till egen försörjning..... | 74 |
| Alkohol..... | 39 | Fokusområde 4: Hälsöfrämjande och hållbara samhällen, miljöer och arenor | 75 |
| Tobak | 41 | Referenser | 76 |
| Narkotika | 44 | | |
| Spel om pengar | 45 | | |
| Sammanfattning och reflektioner..... | 46 | | |

Inledning

Det generella hälsoläget i Sverige har förbättrats under lång tid men samtidigt har skillnader i hälsoutvecklingen mellan olika befolkningsgrupper ökat. Ibland finns det naturliga förklaringar till det, som att ett område med en äldre befolkning kan förväntas ha sämre hälsa än ett område med en yngre befolkning. I andra fall finns inga naturliga förklaringar utan skillnaderna beror på en följd av ojämlika livsvillkor. För att ge alla medborgare förutsättningar för ett hälsosamt liv behöver man komma åt de bakomliggande orsakerna till ojämlikheter och skillnader i livsvillkor och hälsa. Kartläggningen är ett första steg för att nå dessa och styra mot en hållbar samhällsutveckling.

Rapporten är inspirerad av Ale kommuns sociala kartläggning 2016 *"Att leva i Ale"* och Göteborgs stads jämlikhetsrapport 2014 *"Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg"* vilka baserar sig på Världshälsoorganisationens rapport *"Closing the Gap in a Generation"*. I rapporterna beskrivs sambanden mellan en befolknings hälsa och de grundläggande ekonomiska och sociala villkoren. De visar att nyckelfaktorn bakom ohälsa i en befolkning är den sociala ojämlikheten.

Rapporten består av tre delar. Den första delen är ett kunskapsunderlag som ska underlätta förståelsen för

rapportens övriga delar. Den andra delen är själva kartläggningen som består av insamlad statistik över befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. I den tredje och sista delen presenteras förslag på riktningar till det framtida arbetet.

För att bilda sig en förståelse för helheten och de förslag som tagits fram bör rapporten läsas från början till slut. Detta är extra viktigt för beslutsfattare som avser att använda rapporten som underlag för kommande prioriteringar. Vid intresse av specifika avsnitt i kartläggningen rekommenderas inläsning av det första och andra avsnittet, "Demografi" och "Socioekonomiska förutsättningar", som introduktion till något av efterföljande avsnitt.

Syftet med rapporten är att ge en samlad bild av befolkningens hälsa och livsvillkor för att ge beslutsfattare och tjänstemän inom Lilla Edets kommun en bred förståelse för det framtida arbetet med social hållbarhet för en bättre och mer jämlik folkhälsa. Vidare ska rapporten utgöra ett underlag till beslutsfattare för att de ska kunna rikta insatser där de behövs mest.

Metod

Till rapporten har kunskap från internationella och nationella organisationer och myndigheter samt litteratur och vetenskapliga studier på området sammanställts för att sätta lokal statistik i ett större sammanhang och kontext och för att förstå skillnader mellan grupper i samhället.

DET STATISTISKA UNDERLAGET

Statistiken som använts i del två är enkätdata från nationella undersökningar samt registerdata hämtat från myndigheter. Dessa redovisas i tabellen nedan.

För att kartlägga folkhälsan i kommunen och den sociala hållbarhetsutvecklingen har jämförande data varit viktiga. Dessa ger oss en bild av hur Lilla Edet som kommun ligger till i jämförelse med andra kommuner, samt om trender som ses i kommunen också återfinns på regional och nationell nivå. I de fall där det inte funnits tillräckligt bra kvalitet av data eller där det saknats lokala uppgifter, såsom jämförelser mellan grupper, har kartläggningen kompletterats med tidigare forskning och etablerade teorier inom det aktuella området, för att på så vis belysa potentiella samband och förklaringsmodeller.

Det statistiska underlaget i rapporten används för att påvisa:

- skillnader mellan Lilla Edets kommun och referenskommuner¹, regionen och riket
- skillnader mellan grupper i Lilla Edets kommuns befolkning
- till viss del skillnader mellan områden i Lilla Edets kommun
- trender och utvecklingen över tid

AVGRÄNSNINGAR

Den mest övergripande avgränsningen är att rapporten har sin utgångspunkt ur ett folkhälsoperspektiv.

Det innebär att fokus ligger på mönster, trender och utvecklingen av befolkningens hälsa samt hur jämlikt fördelad hälsan är i grupper av befolkningen. I denna rapport inkluderas Folkhälsomyndighetens och Sveriges kommuner och regioners (SKR:s) definitioner av social hållbarhet för att beskriva folkhälsoutvecklingen i Lilla Edets kommun. Båda dessa definitioner utgår precis som folkhälsan från principen att alla människor, oavsett behov, ska ha förutsättningar till ett gott liv och god hälsa.

Vidare är rapporten avgränsad på så sätt att skillnader i hälsa presenteras mellan grupper i samhället utifrån utvalda faktorer. Det är tydligt i litteraturen att den sociala positionen, som är starkt förknippad med livsvillkoren, är det som har störst påverkan på ojämlikhet i hälsa. Men sambandet är också omvänt; ohälsa påverkar även individens sociala position. Dessa samband kan mildras genom samhällsbeslut, varav social position kommit att bli en återkommande jämförelsefaktor genom hela rapporten. Med det sagt är individen inte en passiv aktör eller någon som ska lämnas utanför arbetet med att minska skillnaderna, utan bör snarare ses som en medspelare som ska bidra till att sätta agendan för arbetet. Ytterligare faktorer som valts ut för att belysa och analysera skillnader mellan grupper i rapporten är kön och ålder samt skillnader mellan inrikes/utrikes födda.

| ENKÄTUNDERSÖKNINGAR | MYNDIGHETER |
|---|--|
| Hälsa på lika villkor (HPLV), 2018 Folkhälsomyndigheten | Arbetsförmedlingen |
| Medborgarundersökning, 2019, SCB | Brottsförebyggande rådet, BRÅ |
| Regiongemensam elevenkät, 2020, GR | Folkhälsomyndigheten |
| Skolelevers drogvanor, 2019 CAN | Försäkringskassan |
| | Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor, MUCF |
| | Polisen |
| | Socialstyrelsen |
| | Skolverket |
| | Statistikmyndigheten SCB |
| | Valmyndigheten |
| | Västra Götalandsregionen, VGR |

¹ De referenskommuner som valts ut är grannkommunerna Ale, Kungälv, Stenungsund, Trollhättan och Uddevalla

VAL AV INDIKATORER

Valet av indikatorer är baserat på vad liknande rapporter tidigare har använt för att mäta olika sociala faktorer, men också vad som har varit möjligt att inkludera utifrån tillgänglighet av data samt resurser i form av tid och kompetens.

De åldersgrupper som prioriteras i kartläggningen är därför barn och unga 0–18 år samt medborgare 16–84 år. I vissa avsnitt har särskilda åldersgrupper utpekats för att visa på skillnader mellan åldersgrupper.

INHÄMTNING AV STATISTIK

Det har i många fall varit svårt att bryta ner statistik på lokal nivå för att belysa skillnader mellan grupper. I dessa fall har istället forskning och rapporter på nationell nivå använts. Dessa resultat är så pass generaliserbara att de kan appliceras på kommunens befolkning.

En ambition med kartläggningen var att ge en överskådlig bild över skillnader mellan geografiska delar i kommunen, alltså att presentera statistik på delområdesnivå. Då framtagandet av statistik uppdelat på delområdesnivå skjutits på tiden har en sådan ambition varit omöjlig att uppnå.

DATA

I kartläggningen jämförs lokala data med data från andra kommuner samt data över tid. Dessa jämförelser bör göras med viss försiktighet då Lilla Edet är en liten kommun. Till synes stora procentandelar kan spegla en liten del av befolkningen och kan därav bli missvisande i relation till andra kommuner eller årtal. Vidare ger undersökningarna en bild av nuläget. För att få full förståelse och en komplett bild av folkhälsan och dess utveckling i kommunen behövs vidare undersökningar och analyser göras under en längre tid.

En större del av statistiken i denna rapport har hämtats från enkätundersökningar. Olika undersökningar har olika begränsningar vilka redovisas nedan.

Enkäten ”Hälsa på lika villkor” skickas ut till ett slumpmässigt urval av befolkningen i kommunen. Resultat viktas och kalibreras så att de kan återges för hela populationen och väger upp för eventuella snedfördelningar i bortfallet. Kontroll mot ett flertal hälso- och sjukvårdsregister visar att man åstadkommer en mycket god representativitet med denna metod. Svarefrekvensen i Lilla Edets kommun i den senaste mätningen, 2018, var 36% och låg på ungefär samma nivå som den nationella undersökningen vilket tyder på att dataunderlaget speglar en representativ befolkning.

Svaren från Medborgarundersökningen viktas, vilket innebär att om en viss grupp utifrån kön och ålder är

underrepresenterad i förhållande till populationen, väger den gruppens svar tyngre i resultaten. Undersökningen utfördes senast 2019 i Lilla Edets kommun och svarefrekvensen var då 39%, vilket var i nivå med snittet för samtliga deltagande kommuners svarefrekvens 41%. Jämförelser mellan enskilda kommuner ska dock göras med viss försiktighet, då verksamheter och förhållanden kan variera mellan olika kommuner.

Underlaget från CAN:s undersökning *Skolelevers drogvanor* är baserat på enkätsvar från årskurs 9 elever och elever i gymnasieskolans årskurs 2, som är bosatta i Lilla Edets kommun. Denna grupp av ungdomar är relativt liten, och dessutom finns ett stort bortfall, vilket gjort att det i vissa fall varit nödvändigt att göra sammanslagningar mellan kön- och åldersgrupper för att redovisa statistik. Den totala svarefrekvensen var omkring 50% år 2019.

Resultatet från GR:s regiongemensamma elevenkäter 2020 baseras på enkätsvar från årskurs 2, 5 och 9 i de kommunala skolorna. Eleverna har fått svara på hur väl ett visst påstående stämmer in på dem genom fasta svarsalternativ: stämmer helt och hållet, stämmer delvis, stämmer ganska dåligt, stämmer inte alls samt vet ej. I denna rapport redovisas andel elever som svarat att det *stämmer helt och hållet* och *stämmer ganska bra* på påståendena. Svarefrekvensen i enkäten för de olika årskurserna var 77% för årskurs 9, 90% för årskurs 5 och 93% för årskurs 2. Svarefrekvensen är sannolikt påverkad av lägre närvaro i skolorna i samband med Covid-19.

ANALYS

Analys har enbart gjorts på den statistik som presenteras i statistikunderlaget, vilket ger en begränsad bild över folkhälsoutvecklingen i Lilla Edets kommun.

Då analyserna grundar sig i den framtagna statistiken har ett begränsat antal faktorer inkluderats så som social position, kön och ålder. En anledning till detta är att befintlig statistik som regel är uppbyggd utifrån dessa kategorier och dessutom för en kategori i taget.

FÖRSLAG PÅ RIKTNINGAR TILL DET FRAMTIDA ARBETET

Förslagen i del tre har tagits fram utifrån en analys av kartläggningen, men också baserat på vad nationella expert-organisationer rekommenderar för att minska skillnader i hälsa lokalt. Det har varit den folkhälsovetenskapliga expertisen som lett fram till förslagen, och därmed saknas expertis från andra områden. Dessutom kan Lilla Edets kommun ha egna möjligheter till insatser i organisation och verksamhet som inte inkluderats i förslagen i denna rapport.

Del 1

Kunskapsunderlag

I del 1 av rapporten redovisas kunskap som finns för att arbeta för en socialt hållbar samhällsutveckling och för en förbättrad och jämlik folkhälsa.

Kunskapsunderlaget knyter an till internationella och nationella styrdokument och konstaterar att arbetet för att skapa en hållbar samhällsutveckling är aktuell på både global och nationell nivå. Kunskapsunderlaget förklarar också vilka faktorer som påverkar människors hälsa, hur människors sociala position påverkar hälso-utvecklingen och hur samhället tjänar på att minska skillnader i hälsa i befolkningen. Slutligen presenteras tre olika strategier för att minska skillnader i hälsa och de förutsättningar och förhållningssätt som behövs för ett framgångsrikt folkhälsoarbete.

Hållbar utveckling

Begreppet *hållbar utveckling* är ett välkänt begrepp som kan användas i många sammanhang. År 1987 presenterade Brundtlandkommissionen en definition av hållbar utveckling som blivit allmänt vedertagen och spridd. Definitionen för hållbar utveckling enligt kommissionen är *”en hållbar utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov”* (ref. 1). Det innebär att nuvarande och kommande generationer ska tillförsäkras en god miljö och hälsa, ekonomisk och social välfärd samt rättvisa (ref. 2).

Arbetet för en hållbar samhällsutveckling är en process som kräver en helhetssyn. Arbetet tar utgångspunkt i en social, miljömässig och ekonomisk dimension och det är balansen mellan dem som ofta ses som det centrala i arbetet. I den här rapporten är det främst den sociala dimensionen av hållbar utveckling som är aktuell.

SOCIALT HÅLLBAR UTVECKLING

Social hållbarhet är ett brett begrepp som saknar en enhetlig och tydlig definition. I vid mening handlar det dock om social rättvisa, sammanhållning, hälsa, välbefinnande, välfärd och mänskliga rättigheter.

Ett socialt hållbart samhälle beskrivs av Folkhälsomyndigheten som ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett gott liv med god hälsa, utan orättfärdiga skillnader². Det är också ett samhälle

med hög tolerans och där människors lika värde står i centrum, vilket förutsätter att människor känner tillit och förtroende till varandra och är delaktiga i samhällsutvecklingen (ref. 2).

Vidare uttrycker SKR social hållbarhet som att människor, oavsett behov och förutsättningar, ges möjlighet till en livsmiljö där de kan utvecklas, tillgodogöra sig kunskap och ha förutsättningar för en god hälsa. Människors behov måste därför tas hänsyn till i såväl samhällsstruktur som samhällsplanering och det kan göras genom att arbeta med bland annat integration, tillgänglighet, jämställdhet, folkhälsa, livskvalitet, kultur med mera (ref. 3).

FRÅN GLOBALT TILL LOKALT ARBETE FÖR EN SOCIALT HÅLLBAR SAMHÄLLSUTVECKLING

Frågan om hållbar utveckling är aktuell på både global och nationell nivå. På det globala planet är Förenta nationerna, (FN) en av de mest framträdande aktörerna. År 2015 antog FN *Agenda 2030* som innehåller 17 globala mål för en hållbar utveckling (fig. 1). Agendan har som syfte att förverkliga mänskliga rättigheter för alla, utrota fattigdom och hunger, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser (ref. 4). Agendan förenar ett stort antal etablerade principer och perspektiv som är centrala för folkhälsoarbetet så som mänskliga rättigheter och jämställdhet, liksom specifika grupperns förutsättningar.

² Orättfärdiga skillnader innebär skillnader i hälsa som kan undvikas. Det finns då inga biologiska eller psykologiska orsaker bakom dem utan de beror snarare på orättvisa skillnader i de förutsättningar som man har när man föds, lever, arbetar och åldras (ref. 12).

Det övergripande målet för Sveriges nationella folkhälsopolitik är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta påverkbara hälsoklyftor inom en generation (ref. 5). Både Agenda 2030 och Sveriges folkhälsopolitiska mål uppmärksammar att hälsoskillnader i befolkningen är en utmaning för samhället utifrån perspektivet hållbar utveckling och utifrån ett effektivt utnyttjande av allmänna resurser.

Lokalt sker ett strategiskt arbete för social hållbarhet och en god och jämlik folkhälsa i Lilla Edets kommun i samverkan med Västra Götalandsregionen. Det gemensamma arbetet är långsiktigt och utgår från prioriteringar som grundar sig i befolkningens behov. Arbetet innebär hälsofrämjande och förebyggande samt generella och riktade insatser.

Figur 1 FN:s globala mål för hållbar utveckling

DE GLOBALA MÅL SOM TAS UPP I DENNA KARTLÄGGNING ÄR:

Mål nr 1: Ingen fattigdom

Mål nr 3: God hälsa och välbefinnande

Mål nr 4: God utbildning för alla

Mål nr 5: Jämställdhet

Mål nr 8: Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt

Mål nr 10: Minskad ojämlikhet

Mål nr 11: Hållbara städer och samhällen

Mål nr 16: Fredliga och inkluderade samhällen



Förutsättningar för en god och jämlik folkhälsa

En viktig del i att skapa ett socialt hållbart samhälle är att förstå sambandet mellan social hållbarhet, jämlikhet och hälsa. Folkhälsan i Sverige är ur ett internationellt perspektiv god och blir bättre, sett till ökad medellivslängd. Samtidigt ökar hälsoskillnader mellan grupper i befolkningen där till exempel de med hög social position generellt sett har högre medellivslängd och bättre hälsa än de med lägre social position (ref. 6). En god folkhälsa, alltså summan av alla individers hälsa, innebär att hälsan ska vara så bra som möjligt för varje individ, men även att den ska vara jämnt fördelad i befolkningen. Alla ska ha samma möjlighet att uppnå god hälsa oavsett social position.

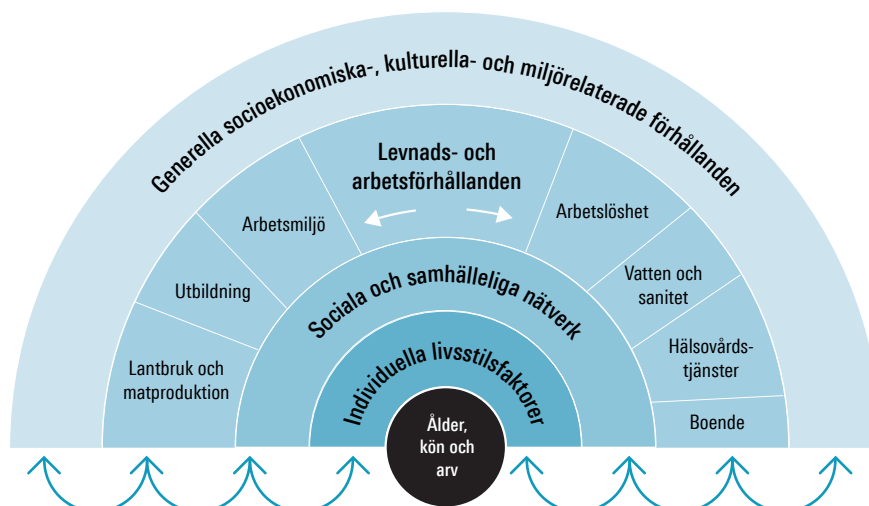
För att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa och minska orättfärdiga hälsoskillnader behöver man ha kunskap om vad som påverkar människors hälsa eller ohälsa. Hälsan påverkas av både individuella och strukturella faktorer och tillsammans bildar de "hälsans bestämningfaktorer". Modellen nedan (fig. 2) brukar användas för att symbolisera hälsans bestämningfaktorer och visar sambandet mellan individ, livsvillkor, miljö och de samhällsekonomiska strategier som påverkar människors hälsoutveckling (ref. 7). I de två yttre bågarna finns strukturella faktorer så som miljö, samhällsekonomiska strategier, livsvillkor och livsmiljöer. I de inre bågarna finns individuella faktorer så som levnadsvanor och socialt nätverk. I figurens nedre del finns opåverkbara biologiska faktorer såsom ålder, kön

och arv. Idag kan kön vara föränderlig, men i övrigt utgör detta stabila förutsättningar för människors liv.

De strukturella faktorerna består av livsvillkor och livsmiljöer. Här spelar till exempel skolsystem, boende- och arbetsförhållanden, arbetsmarknad och socialförsäkringssystem avgörande roller. Eftersom Sverige är ett välfärdsland handlar de strukturella faktorerna inte grundläggande om den faktiska tillgången till dem utan vilken kvalitet det är på dem och hur kvaliteten fördelas mellan olika grupper i samhället. Många av dessa bestämningfaktorer är möjliga att påverka genom politiska beslut och organisering av samhället. Folkhälsoarbetets fokus är att ringa in de påverkbara strukturella faktorerna för att minska orättfärdiga hälsoskillnader i befolkningen (ref. 8, 9).

De individuella faktorerna innefattar de som individen till stor del själv styr över genom sina val, attityder och beteenden när det gäller livsstil och levnadsvanor såsom motionsvanor, matvanor och alkoholkonsumtion. Hälsan påverkas även av hur individens sociala nätverk och relationer ser ut (ref. 6). Forskning visar att förutsättningar under uppväxten påverkar individens levnadsvanor och sociala relationer livet ut och att samhällets normer påverkar individens levnadsvanor och sociala deltagande. De individuella faktorerna styrs således inte till fullo av individen själv men individen har möjlighet att påverka och styra dem i stor omfattning (ref. 8, 10, 11).

Figur 2 Modell över hälsans bestämningfaktorer, (Dahlgren och Whitehead (2007/1991))

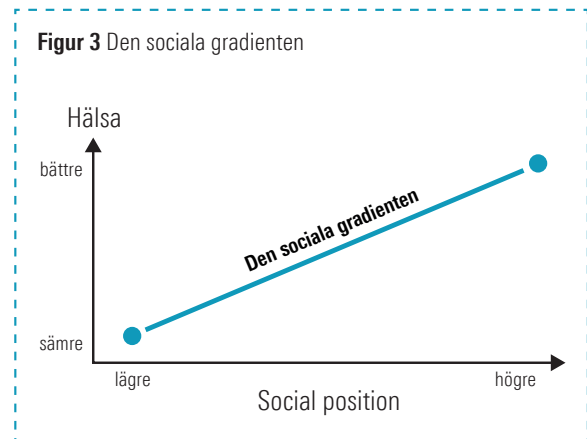


SOCIAL POSITION PÅVERKAR HÄLSOUTVECKLINGEN

I WHO-rapporten *Closing the Gap in a Generation* framgår det att hälsa och sjukdom är socialt betingat (ref. 12). Forskning visar att den ställning man har i samhällsstrukturen, den sociala positionen, består av en kombination av tillgången till exempelvis utbildning, inkomst, bostad och vilket arbete man har. På statistisk nivå finns det ett samband som innebär att ju högre social position en person har, desto bättre är hälsan och desto längre blir livet. Detta brukar kallas för den sociala gradienten och innebär att hälsan förbättras gradvis med stigande social position (fig. 3). Det innebär att de som har en låg social position i ett samhälle har en sämre hälsoutveckling och högre utsatthet för ohälsa men också att ohälsan får ekonomiska och sociala konsekvenser (ref. 3, 12, 13, 14).

SAMHÄLLSVINSTER MED MINSKADE SKILLNADER I HÄLSA

Att leva med god hälsa har primärt ett värde för den enskilde individen men även ett värde för samhället. Detta beror främst på att om en mindre del av samhällets resurser går till att bekämpa ohälsa så kan resurserna användas till annat som alla i befolkningen får nytta av, exempelvis investeringar i skolan, vård och omsorg, eller skattelättnader. Det i sin tur kan leda till att fler



människor arbetar, vilket innebär att produktiviteten ökar, och detta gynnar samhället. Effektiva åtgärder som främjar folkhälsan kan alltså få avgörande betydelse för både individen och för hela samhällsutvecklingen. Förebyggande av ohälsa kostar dessutom betydligt mindre än kostnaderna för att ta hand om konsekvenserna när de väl har uppstått. Vidare är ett samhälle utan stora sociala skillnader även ett tryggare samhälle med större sammanhållning vilket alla har nytta av. Att arbeta med social hållbarhet och att skapa en god och jämlik folkhälsa kan således ses som ett sätt att hushålla med samhällets gemensamma resurser (ref. 6, 13, 15).



TIDIGA INSATSER ÄR MEST LÖNSAMMA

Ett viktigt investeringsområde inom folkhälsoarbetet är barn. Förebyggande insatser tidigt i barns liv kan ge stor effekt som ackumuleras under hela livet och ses därmed som samhällsekonomiskt lönsamma. Tidiga förebyggande insatser till barn är den mest kraftfulla investering ett samhälle kan göra med vinster som mångfaldigt överstiger den ursprungliga insatsen. Insatser bland äldre barn och ungdomar tycks inte ge samma goda resultat och betraktas därför inte som lika kostnadseffektiva. Sådana insatser bör dock inte uteslutas utan de behövs som komplement till de tidiga insatserna. Här ska också poängteras att oavsett lönsamhet är det viktigt att erbjuda och skapa goda uppväxtvillkor för alla barn – just för att de är barn. Insatser till barn, oavsett ålder, kan rusta dem för att klara sig bättre i framtiden och med tiden förklara socioekonomisk framgång och positiv utveckling (ref. 8).

STRATEGIER FÖR ATT MINSKA SKILLNADER I HÄLSA

Det finns olika strategier för att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa i en befolkning. Forskningslitteraturen lyfter fram tre olika strategier som effektiva: *universella*, *selektiva* och *indikerade* insatser (ref. 16).

Universella insatser riktar sig till hela befolkningen och är av främjande karaktär. Det har visat sig att en relativt liten insats som riktas till många har större preventiv effekt än stora insatser till få. Detta kallas för den preventiva paradoxen (ref. 15). Exempel på universella insatser är barnbidrag, kulturskola och föräldrastöd. Universella insatser kan med fördel utformas så att de särskilt anpassas och lockar dem eller de områden som i något avseende har större behov. Detta kallas för proportionell universalism och ses som en utveckling av universella insatser (ref. 12). Selektiva insatser riktar sig istället till grupper i en befolkning som är utsatta för en risk. Insatserna handlar om att förhindra en negativ vidareutveckling och att problem uppstår. Det kan till exempel vara genom att rikta stöd till barn som skolkar eller vuxna med beteendeproblem. Indikerade insatser riktas enbart till individer som har en allvarlig och identifierad

problematik. Det kan till exempel handla om individuella råd, stödsamtal eller behandling för personer med missbruk (ref. 15).

Utifrån dessa tre strategier bör kommuner bygga sina olika insatser för att förbättra folkhälsan och minska skillnader i hälsa i befolkningen. Ingen av dessa strategier, eller endast en insats, kan ensamt minska skillnader i hälsa och livsvillkor, utan en kombination av flera insatser utifrån alla nivåerna behövs.

ARBETET FÖR EN FÖRBÄTTRAD OCH JÄMLIK FOLKHÄLSA

För att lyckas med att uppnå en förbättrad och jämlik hälsa krävs tvärsektorieell och tvärprofessionell samverkan mellan olika nivåer, aktörer och arenor och det tillsammans med medborgarna själva för att skapa delaktighet och medskapande. Detta ställer krav på organisationers styr- och ledningsarbete och på strukturella förutsättningar för ett sådant arbete skapas. För arbetet behövs även ett normkritiskt förhållningssätt och arbetet behöver vara förenligt med jämställdhetsperspektivet, det intersektionella perspektivet³ och perspektiv som omfattar diskrimineringsgrunderna⁴ för att förstå hur ojämlikhet uppstår i ett samhälle.

En positiv hälsoutveckling i befolkningen förutsätter att alla ges likvärdiga förutsättningar att ta del av de åtgärder som kommunen initierar och erbjuder. Här blir begreppet *hälsolitteracitet* aktuellt. Sammanfattat kan man säga att hälsolitteracitet handlar om kunskapen, motivationen och kompetensen att inhämta, förstå, bedöma och använda information som rör hälsan och ohälsan. Förutom individperspektivet av hälsolitteracitet kan även ett organisatoriskt eller strukturellt perspektiv antas som kan omfatta myndigheter, eller delar av myndigheter, som inte har folkhälsa/hälsa som sin huvuduppgift. *Hur stor är organisationens förmåga att inhämta, förstå och använda information om hälsa?* Detta perspektiv flyttar fokus från individens förmåga till "samhällets" förmåga att tänka på hälsa på ett förebyggande och hälsofrämjande sätt. För kommuner kan det vara aktuellt att undersöka om beslutfattare och tjänstepersoner kan tillräckligt mycket om hälsa för att kunna planlägga och genomföra sina uppdrag så att det främjar folkhälsan (ref. 15, 17).

³ Ett analytiskt perspektiv som används för att synliggöra hur personer kan tillhöra flera målgrupper samtidigt med hänsyn till exempelvis kön, etnicitet, socioekonomi och ålder

⁴ I lagen finns det sju diskrimineringsgrunder. Dessa är kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder

Del 2

Kartläggning

I del 2 beskrivs befolkningens demografi, hälsa, levnadsvanor och livsvillkor med hjälp av enkät- och registerdata. Kartläggningen är uppdelad i sju avsnitt med avsikten att ge läsaren en god förståelse för folkhälsan i kommunen utifrån en bred uppsättning indikatorer.

Kartläggningen delas upp i avsnitten:

- Demografi
- Socioekonomiska förutsättningar
- Hälsoläget
- Befolkningens levnadsvanor
- Delaktighet, inflytande och sammanhållning
- Trygghet och tillit
- Barns och ungas livsvillkor

Kartläggningen visar dels det nuvarande hälsoläget, dels de utvecklingstrender som finns inom kommunen. Statistiken delas i de fall det är möjligt och betydelsefullt, upp mellan olika befolkningsgrupper och jämförs med andra utvalda kommuner, Västra Götaland och riket för att se om trenderna som finns i Lilla Edets kommun överensstämmer med trender i andra områden i Sverige. Varje avsnitt avslutas med en summerande reflektion.

Demografi

Nedan ges en kort beskrivning av demografin i kommunen som beskriver befolkningens sammansättning. Den ger en överblick över vilka kartläggningen handlar om. Det är viktigt att bära med sig den demografiska beskrivningen genom hela kartläggningen för att få en bättre förståelse och bild över folkhälsan och de skillnader i hälsa och livsvillkor som finns i kommunen i jämförelse med referenskommunerna, Västra Götaland och riket.

Enligt helårsstatistiken 2019 bor det 14 109 personer i Lilla Edets kommun (tab. 1), något fler män än kvinnor. Endast i åldern 80 år och äldre är antalet kvinnor fler än antalet män (ref. 18). Befolkningsutvecklingen sedan år 2010 visar att det har funnits ett större antal män än kvinnor under alla år, samtidigt som befolkningen har ökat kontinuerligt från drygt 12 500 till 14 109 personer år 2019 (dia. 1).

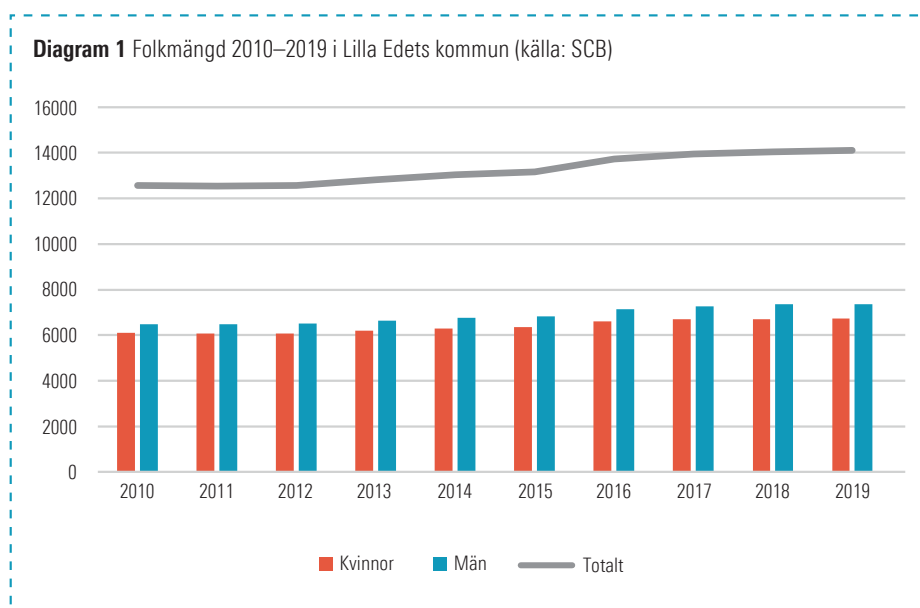
22% av invånarna har utländsk bakgrund vilket innebär att de är födda utomlands eller har två utrikes födda föräldrar. 17% av befolkningen är utrikes födda varav knappt 40% kommer från länder som ligger utanför Europa och knappt 40% kommer från länder inom Europa (utom Norden). Drygt 20% är födda i länder inom Norden (utom Sverige) (ref. 18).

Medelåldern i Lilla Edets kommun är 41 år. Befolkningen i Lilla Edets kommun är något yngre än snittet för alla kommuner i Sverige. Andelen av invånarna som är under 65 år är högre, medan andelen av

invånarna som är äldre än 65 år är lägre än medeltalet för alla kommuner. Drygt 50% av invånarna i Lilla Edets kommun är i åldern 25–64 år. Drygt 3000 barn och ungdomar (0–18 år) bor i kommunen, vilket motsvarar knappt en femtedel av invånarna. Av den unga befolkningen är den största åldersgruppen 6–12 åringar, följt av barn 0–5 år (ref. 19).

Tabell 1 Folkmängd i Lilla Edets kommun (2019-12-31) (källa: SCB)

| Folkmängden i Lilla Edets kommun fördelades enligt följande 2019: | |
|---|---------|
| Totalt | 14 109 |
| Kvinnor | 47,8% |
| Män | 52,2% |
| Utländsk bakgrund | 22,4% |
| Utrikes födda | 16,9% |
| Medelålder | 41,4 år |



Socioekonomiska förutsättningar

Med begreppet socioekonomi menas indikatorer som beskriver sociala och ekonomiska förhållanden i samhället. Det kan till exempel vara tillgång till utbildning, arbete, inkomst och boende.

I alla samhällen finns någon form av social stratifiering, det vill säga fördelning av inflytande och resurser samt tillgång till varor och tjänster. Ur ett internationellt perspektiv är Sverige ett relativt jämlikt samhälle vad gäller välfärdens fördelning. Trots det finns det tydliga hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

Tillgång till resurser som utbildning, inkomst, arbete och boende är strukturella faktorer som påverkar individens sociala position, vilket vidare påverkar individens livssituation och hälsa. Exempelvis lever människor med kort utbildning eller låga inkomster inte lika länge och drabbas av sjuklighet i högre utsträckning än de med hög utbildning och högre inkomster. Forskning visar även att livslängden påverkas av yrkespositioner – om man har ett arbetar- eller tjänstepersonsyrke (ref. 20).

I det här avsnittet kommer befolkningens socioekonomiska status belysas med fokus på befolkningens utbildningsnivå, arbetsmarknadsposition och ekonomiska villkor.

DE SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGARNA BESKRIVS OCH MÄTS GENOM:

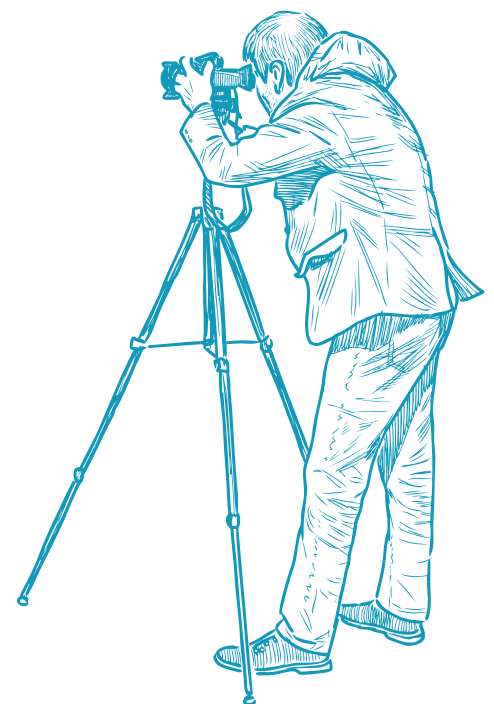
- Utbildningsnivå
- Arbetsmarknadsposition
- Ekonomiska villkor

AKTUELLA GLOBALA MÅL



I KORTA DRAG

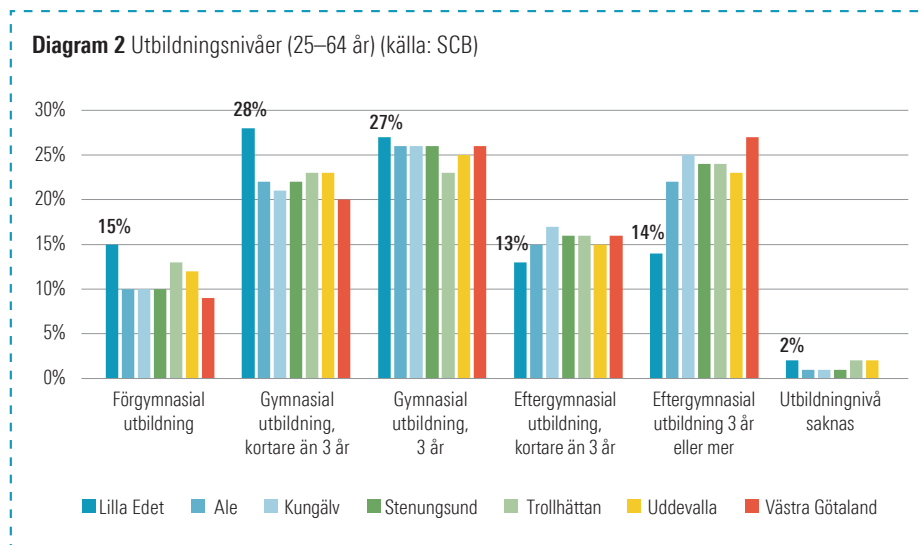
- Utbildningsnivån i Lilla Edets kommun är lägre än genomsnittet i riket.
- Ohälsotalet har minskat både nationellt och lokalt samt för både män och kvinnor under de senaste åren. Ohälsotalet i Lilla Edet kommun är över genomsnittet för riket och kvinnors ohälsotal är betydligt högre än mäns.
- Unga personer som varken arbetar eller studerar är, ur ett folkhälsoperspektiv, en särskilt utsatt grupp. Cirka 10% av kommunens medborgare i åldern 17–24 år saknar sysselsättning.
- Andelen arbetslösa i Lilla Edets kommun är lägre än genomsnittet för Västra Götalandsregionen och riket. Arbetslösheten bland unga är generellt sett högre än för äldre men andelen arbetslösa ungdomar har sjunkit markant de senaste åren.
- Medelinkomsten i Lilla Edets kommun är lägre än genomsnittet i regionen och riket. Män tjänar mer än kvinnor under hela arbetslivet.
- 20% av befolkningen saknar en ekonomisk marginal för att på egen hand klara av en oväntad utgift på 11 000 kr. 13% av befolkningen hade under 2018 periodvis svårt att betala sina löpande utgifter.



Utbildningsnivå

Det finns ett starkt samband mellan hälsa och utbildningsnivå. Högre utbildning ger möjlighet till arbeten som innebär färre hälsorisker och högre inkomst vilket minskar risken för ekonomisk utsatthet och stress. En högre utbildning minskar dessutom de fysiska och psykiska riskerna för ohälsa längre fram i livet. Mekanismerna bakom detta är att en högre utbildning rustar människor att tillgodogöra sig information, omsätta den till handling och enklare göra hälsosamma val. Samtidigt finns det i högre utsträckning ett ekonomiskt utrymme att upprätthålla dessa vanor. Sambandet mellan hälsa och utbildning är således dubbelriktat eftersom högre utbildning ger bättre hälsa, och bra hälsa ger förutsättningar att tillägna sig högre utbildning (ref. 15).

Precis som i övriga riket har utbildningsnivån i Lilla Edets kommun ökat över tid. Jämfört med utbildningsnivån i Sverige, Västra Götaland och referenskommunerna är utbildningsnivån i Lilla Edets kommun dock lägre (dia. 2). Störst skillnad ses bland de som har eftergymnasial utbildning tre år eller mer (högutbildade). I Lilla Edets kommun är 14% högutbildade medan genomsnittet för högutbildade i Västra Götaland är 27%. Det skiljer alltså 13 procentenheter mellan andelen högutbildade i Lilla Edet och genomsnittet i regionen. För personer med högst förgymnasial (lågutbildade) och gymnasial utbildning kortare än tre år visar statistiken högre andelar i Lilla Edets kommun än referenskommunerna och regionen.



I Lilla Edets kommun har kvinnor i högre utsträckning än män en eftergymnasial utbildning (dia. 3), vilket stämmer väl överens med det utbildningsmönster som finns nationellt och regionalt. 20% av kvinnorna och 8% av männen i kommunen är högutbildade. Män har i högre utsträckning än kvinnor förgymnasial och gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå.

Vid jämförelse mellan personer i Lilla Edets kommun som är födda i Sverige och utomlands visar statistiken att utrikes födda har en högre andel förgymnasialt och eftergymnasialt utbildade personer än inrikes födda (dia. 4). Bland inrikes födda är treårig gymnasial utbildning den vanligast förekommande högsta utbildningsnivån. För utrikes födda är däremot gymnasial utbildning kortare än tre år den vanligast förekommande högsta utbildningsnivån.

Diagram 3 Högsta utbildningsnivå uppdelat på män och kvinnor i Lilla Edets kommun (25–64 år) (källa: SCB)

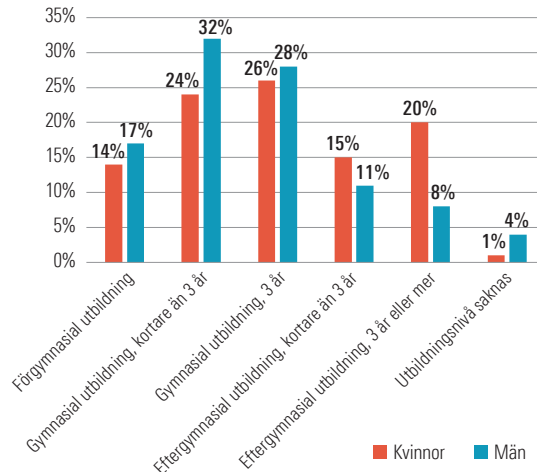
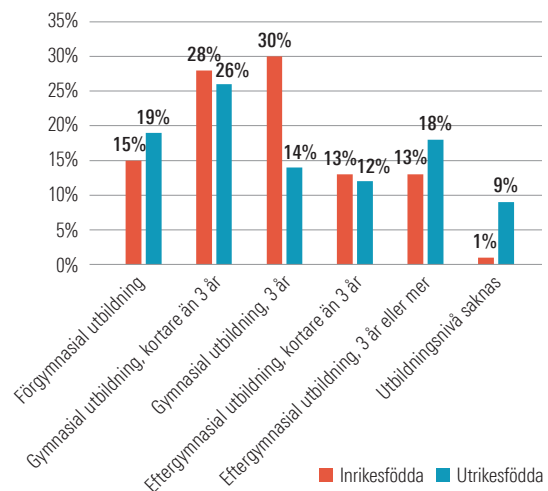


Diagram 4 Utbildningsnivå uppdelat på inrikes/utrikes född i Lilla Edets kommun (25–64 år) (källa: SCB)



Arbetsmarknadsposition

Sysselsättning och arbete är av stor betydelse för hälsan. Forskning visar att olika arbetsmarknadspositioner ger olika förutsättningar för hälsa då olika positioner är förknippade med olika arbetsförhållanden. Individer som har en hög arbetsmarknadsposition har bättre arbetsmiljövillkor med färre risker så som mindre skadlig belastning, bättre och tryggare anställningsvillkor, mer kontroll över sin arbetsituation och belönas ofta mer för sina prestationer än de som har låg position. Alla dessa faktorer tillsammans påverkar hälsan. Det är också känt att sambandet mellan hälsoutfall och arbetsmarknadsposition är dubbelriktat. Personer med sämre hälsa kan ha svårt att både ta sig in på arbetsmarknaden och hålla sig kvar, samtidigt som en lägre arbetsmarknadsposition, sämre arbetsförhållanden samt osäkra ekonomiska villkor kan medföra ohälsa (ref. 15).

FÖRVÄRVSARBETE

Andelen förvärvsarbetande har ökat i Sverige de senaste åren (dia. 5). Lilla Edets kommun följer Västra Götalands utveckling och befann sig 2018 på samma nivå som genomsnittet i regionen (82%). Sett till andelen förvärvsarbetande i Lilla Edets kommun och referenskommunerna befann sig Lilla Edet inom medelvärde (dia. 6). I Stenungsund, Ale och Kungälv var det en högre andel förvärvsarbetande medan det i Trollhättan och Uddevalla är var en lägre andel förvärvsarbetande. Sett till både riket, regionen och kommunen var män förvärvsarbetande i högre grad än kvinnor. År 2018 arbetade 84% av männen och 78% av kvinnorna i Lilla Edets kommun. I regionen och riket var skillnaderna mellan könen något mindre (ref. 19). Sett till både riket, regionen och Lilla Edets kommun är inrikes födda förvärvsarbetande i högre grad än utrikes födda. I regionen och riket är skillnaderna mellan utrikes och inrikes födda något större än i Lilla Edets kommun. Ungefär 85% av de inrikes födda i kommunen var förvärvsarbetande år 2018, jämfört med ungefär 69% av de utrikes födda i kommunen samma år. I gruppen utrikes födda var könsskillnaderna något större (63% bland kvinnorna och 74% bland männen) (ref. 21).

Diagram 5 Andel förvärvsarbetande (20–64 år) 2014–2018 (källa: Kolada, SCB)

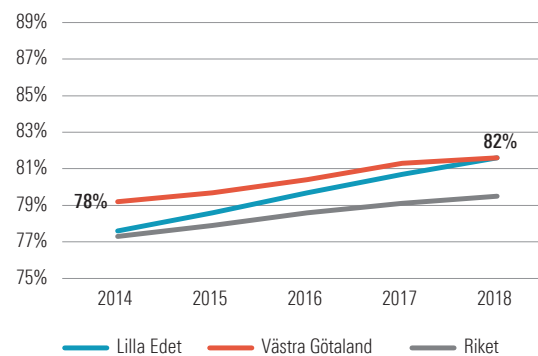
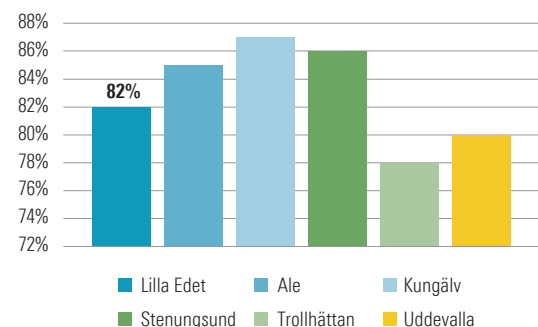


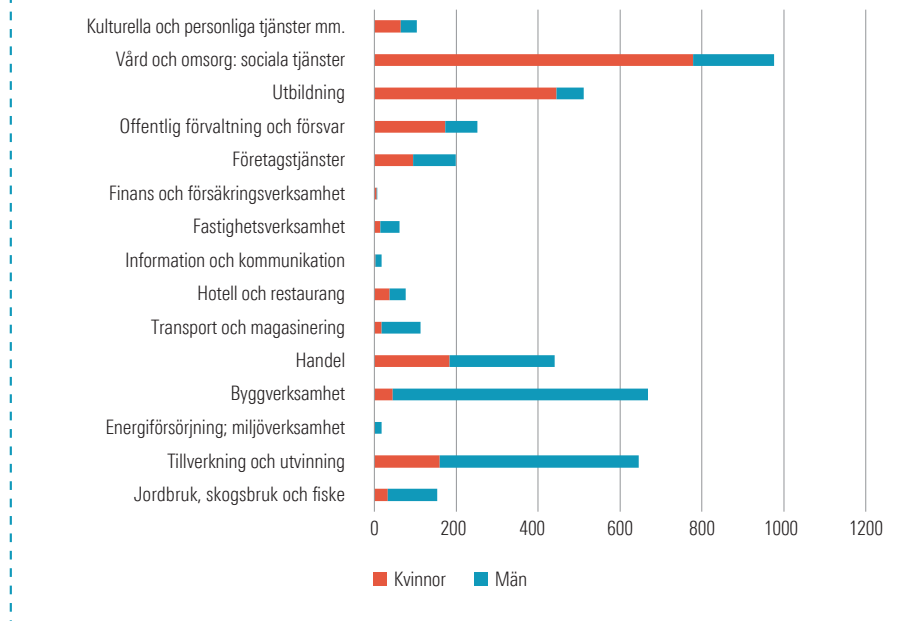
Diagram 6 Andel förvärvsarbetande på kommunnivå (20–64 år) 2018 (källa: Kolada, SCB)



I kommunen förvärvsarbetar de allra flesta inom vård och omsorg eller inom tillverkning och utvinning samt byggverksamhet. Vård- och omsorgsyrkena är starkt överrepresenterade av kvinnor medan män dominerar

yrken inom tillverkning och utvinning samt byggverksamhet (dia. 7). Betyddigt fler kvinnor än män arbetar inom kommunal sektor medan betydligt fler män än kvinnor arbetar inom näringslivet (ref. 22).

Diagram 7 Antal förvärvsarbetande (dagbefolkning) efter näringsgren och kön, 2018 (källa: SCB)



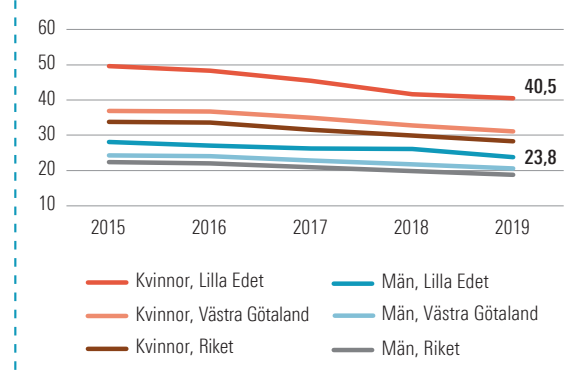
OHÄLSOTAL

Ohälsotal är ett mått på hur många dagar som Försäkringskassan har betalat ut ersättning, under en tolv-månadersperiod, vid nedsatt arbetsförmåga i förhållande till antalet försäkrade i åldrarna 16–64 år. Ersättningar som ingår i måttet är sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Måttet baseras på antalet utbetalda nettodagar (ref. 23).

I en uppföljning som Försäkringskassan gjort av sjukfrånvarons utveckling i Sverige framkom det att kvinnors sjukpenningstal nästan var dubbelt så högt som mäns. En större del av skillnaderna i sjukpenningtalet mellan könen förklarades av att psykisk ohälsa som orsak till sjukfrånvaro är vanligare bland kvinnor och att sjukskrivningar för psykiatriska diagnoser generellt sett är längre än andra sjukskrivningar. Möjliga orsaker till könsskillnaderna var enligt Försäkringskassan den könssegregerade arbetsmarknaden, där skillnader råder mellan kvinnodominerade yrken och mansdominerade yrken sett till arbetsförhållanden och arbetsvillkor, samt att kvinnor i högre utsträckning än män dubbelarbetar, det vill säga både förvärvsarbetar och bär huvudansvar för hem- och omsorgsarbete (ref. 24).

Diagram 8 visar ohälsotals utveckling mellan åren 2015–2019 i Lilla Edets kommun, Västra Götaland och riket. Under dessa år har ohälsotalet minskat både nationellt, regionalt och lokalt samt för både män och kvinnor. Kvinnors ohälsotal är dock betydligt högre än mäns. I Lilla Edets kommun var ohälsotalet över

Diagram 8 Ohälsotal fördelat mellan män och kvinnor 2015–2019 (källa: Försäkringskassan)



genomsnittet för regionen och riket för både män och kvinnor under dessa år, även om skillnaden syns tydligast bland kvinnor. Jämförs ohälsotalet med referenskommunerna framkommer det att ohälsotalet är högst i Lilla Edets kommun (dia. 9).

Diagram 10 visar att ohälsotalet ökar med stigande ålder. Detta gäller såväl för riket som regionalt och i Lilla Edets kommun. Studerar man ohälsotalet utifrån olika åldersgrupper är detta betydligt högre bland personer 50 år och äldre. Det framkommer också att ohälsotalet är högre bland befolkningen i Lilla Edets kommun under i stort sett hela arbetslivet.

ARBETSLÖSHET

Arbetslöshet har en stark koppling till ohälsa och sambandet mellan arbetslöshet och hälsa är komplext. Arbetslösheten påverkar hälsan negativt, men ohälsa påverkar också risken för arbetslöshet. Sambandets riktning kan alltså variera men det är betydligt fler studier som visar att arbetslösheten leder till ohälsa än att ohälsan leder till arbetslöshet (ref. 15).

I en kunskapsöversikt av Kommissionen för jämlik hälsa konstateras att arbetslöshet ökar risken för sjukdom, förtidig död, riskbruk av alkohol, tobak och narkotika och nedsatt hälsa. Sambandet mellan arbetslöshet och nedsatt psykisk hälsa är särskilt tydligt och ju längre arbetslösheten varar desto tydligare blir de psykiska besvären. Kvinnor och män drabbas i ungefär samma utsträckning av hälsobesvär vid arbetslöshet. Däremot framkommer det att personer med arbetaryrken och kortare utbildning i större utsträckning drabbas av negativa hälsoeffekter i samband med arbetslöshet än tjänstepersoner och personer med längre utbildning. Det förklaras genom att personer med högre utbildning och tjänstepersonsyrken utöver en förmodad högre arbetslöshetsersättning också kan använda sin kunskap och sina nätverk på ett mer meningsfullt sätt (ref. 25).

Andelen arbetslösa i Lilla Edets kommun har under åren 2015–2019 varit något lägre än genomsnittet för Västra Götaland och riket (dia. 11). Arbetslösheten bland unga (16–24 år) är generellt sett högre än för äldre men andelen arbetslösa ungdomar har sjunkit markant under perioden 2015–2019 (dia. 12). I Lilla Edets kommun har arbetslösheten bland unga minskat med 6 procentenheter under dessa år. 2019 var 7% av kommunens unga arbetsföra arbetslösa.

Diagram 9 Ohälsotal 2019 på kommunnivå
(källa: Försäkringskassan)

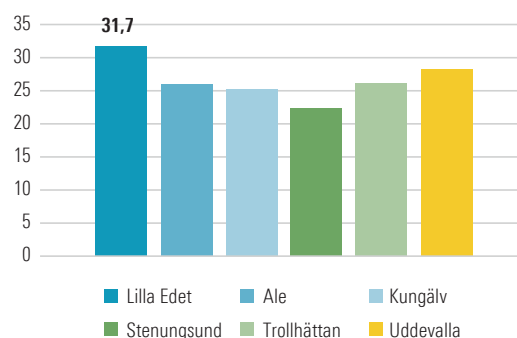


Diagram 10 Ohälsotal 2019 uppdelat på åldersgrupper
(källa: Försäkringskassan)

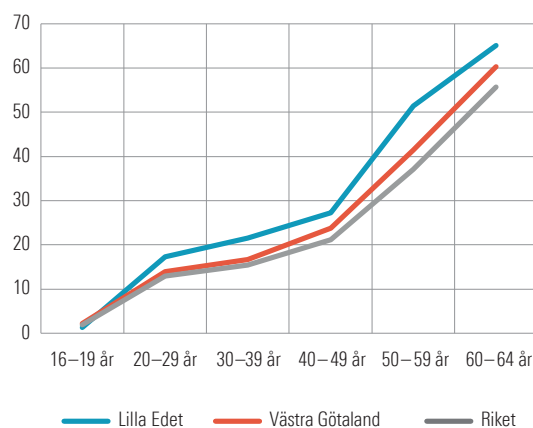
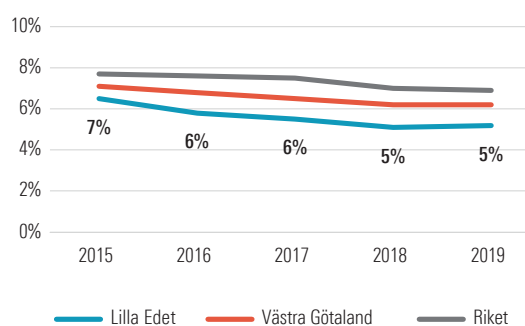


Diagram 11 Andel personer som är arbetslösa och i program med aktivitetsstöd 2015–2019 (16–64 år)
(källa: Arbetsförmedlingen)



Vid jämförelse av arbetslöshet i Lilla Edet och referenskommunerna kan det konstateras att arbetslösheten för både 16–64 åringar och 16–24 åringar var högre i Trollhättan och Uddevalla och lägre i Stenungsund, Ale och Kungälv än i Lilla Edet (ref. 26).

Sett till könsskillnader är kvinnor arbetslösa i något högre utsträckning än män i Lilla Edets kommun. 2019 var 5,6% av kvinnorna och 4,8% av männen arbetslösa. Delas statistiken mellan män och kvinnors arbetslöshet upp i åldersgrupper framkommer det att kvinnor 25 år och äldre var arbetslösa i högre utsträckning än män. I de yngre åldersgrupperna (16–24 år) var arbetslösheten däremot högre bland män än kvinnor (tab. 2).

Tabell 2 Andel arbetslösa i Lilla Edets kommun 2019 fördelat på åldersgrupper och kön (källa: Arbetsförmedlingen).

| | Kvinnor | Män |
|----------|---------|------|
| 16–29 år | 5,5% | 8,2% |
| 20–24 år | 5,9% | 8,8% |
| 25–44 år | 6,1% | 4,7% |
| 45–64 år | 5,1% | 4,1% |
| Totalt | 5,6% | 4,8% |

UNGA SOM VARKEN ARBETAR ELLER STUDERAR

Unga personer som varken arbetar eller studerar är ur ett folkhälsoperspektiv, en särskilt utsatt grupp. Det beror på att dessa personer missar de erfarenheter och kunskaper som arbete och studier ger och som ofta krävs för att få ett arbete framöver. Det i sin tur påverkar deras sociala position i samhället och därmed även deras framtida hälsoutveckling. Att sakna sysselsättning ökar, som tidigare nämnt, dessutom risken för riskbruk, sjukdom och psykisk ohälsa (ref. 25).

2017 var det nationellt sett 6,8% av befolkningen i åldern 16–24 år som varken arbetade eller studerade. I Lilla Edets kommun var motsvarande siffra under samma år 8,4%, alltså en något högre andel, vilket även stämmer överens vid jämförelse med genomsnittet för Västra Götaland som låg på 7,3%. Sett till statistik mellan kvinnor och män (16–24 år) i kommunen kan man se en könsskillnad där en högre andel av männen var utan sysselsättning. 2017 var det 9,1% av männen och 7,6% av kvinnorna som varken arbetade eller studerade. Ser man till de senaste åren verkar trenden dock minska för både män och kvinnor i Lilla Edets kommun. Män som saknade sysselsättning ökade fram till 2015 men har därefter minskat. För kvinnor har andelen minskat sedan 2012 (dia. 13).

Sett mellan Lilla Edet och referenskommunerna är andelen unga som saknar sysselsättning högst i Lilla Edet utifrån statistik från 2017 (dia. 14).

Diagram 12 Andel unga personer (16–24 år) som är arbetslösa och i program med aktivitetsstöd 2015–2019 (16–24 år) (källa: Arbetsförmedlingen)

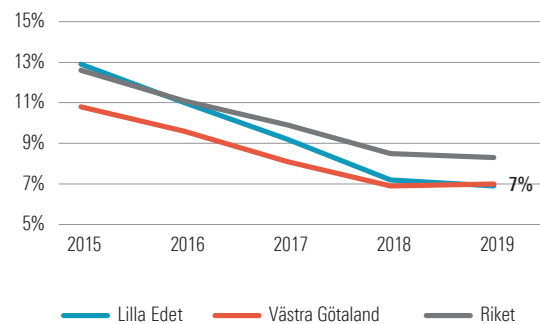


Diagram 13 Andel unga (16–24 år) som varken arbetar eller studerar uppdelat på kön, 2014–2017 (källa: Kolada, MUCF)

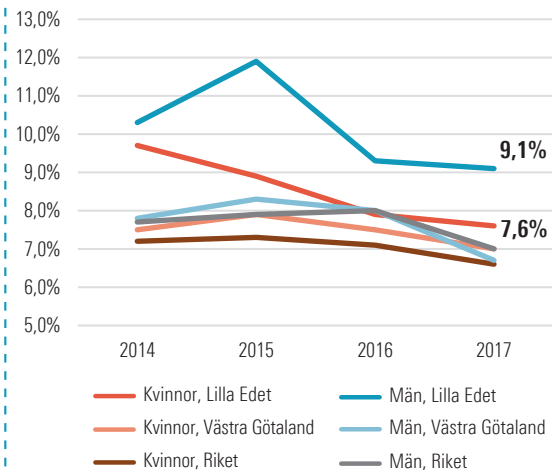
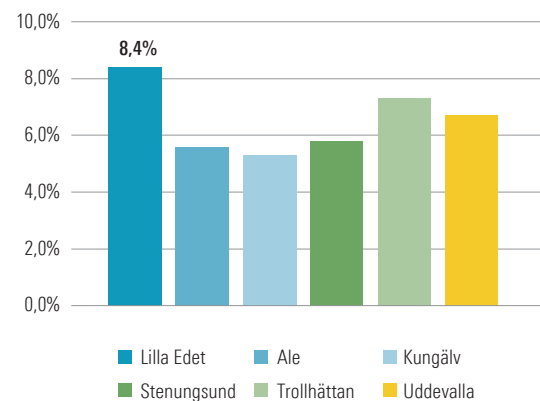


Diagram 14 Andel unga (16–24 år) som varken arbetar eller studerar 2017 på kommunnivå (källa: Kolada, MUCF)



Ekonomiska villkor

Ekonomiska tillgångar är en tydlig bestämningsfaktor för hälsan. Inkomst speglar den sammantagna effekten av social position under uppväxten, utbildningsnivå och yrkesposition och ligger, på så sett, sent i en kedja av händelser som påverkar förutsättningarna för god hälsa. Det finns en tydlig koppling mellan inkomst och hälsa då människor med högre inkomst har mer resurser att kunna påverka sina liv och sin hälsa. Det ger dem möjligheter att kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor och levnadsvanor. Att studera de ekonomiska villkoren ger därmed en snabb och tydlig bild av befolkningens livsvillkor (ref. 15). Det finns dessutom ett omvänt orsakssamband där ett sämre hälsotillstånd kan leda till en sämre ekonomi (ref. 20).

MEDELINKOMST

2018 var medelinkomsten i Lilla Edets kommun 318 500 kronor (dia. 15). Jämfört med referenskommunerna är medelinkomsten i Lilla Edets kommun i nivå med medelinkomsten i Uddevalla och Trollhättan även om den är något lägre i Lilla Edets kommun. I Stenungsund, Ale och Kungälv är medelinkomsten betydligt högre än i Lilla Edet. Även det regionala snittet är högre än i Lilla Edets kommun.

Generellt sett tjänar män mer än kvinnor under hela arbetslivet (dia. 16). År 2018 var medelinkomsten nationellt sett 301 600 kronor för kvinnor och 377 900 kronor för män. I Lilla Edets kommun var medelinkomsten 275 300 kr för kvinnor och 357 100 kr för män under samma år.

Sett mellan olika åldersgrupper medelinkomst så framkommer det att män 20–34 år i Lilla Edets kommun har högre medelinkomst än män i samma ålderskategorier nationellt sett (dia. 39). I de äldre åldersgrupperna har män i Lilla Edets kommun dock en lägre medelinkomst än genomsnittet i Sverige. Vad gäller kvinnors medelinkomst framkommer det att kvinnor 20–24 år i Lilla Edets kommun tjänar något mer än kvinnor i samma ålder nationellt sett. I övriga åldersgrupper har dock kvinnor i Lilla Edets kommun lägre medelinkomst än kvinnor nationellt sett. Både män och kvinnor i Lilla Edets kommun har således, under i stort sett hela arbetslivet, en lägre medelinkomst än genomsnittet i Sverige.

Diagram 15 Medelinkomst (tkr) 2018 (20–64 år) (källa: SCB)

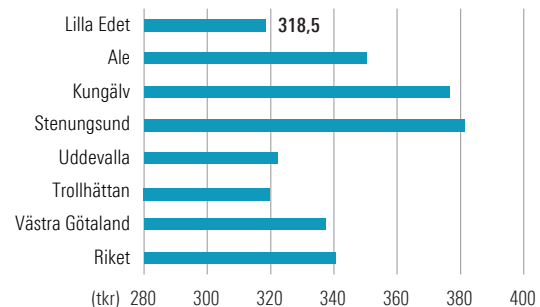
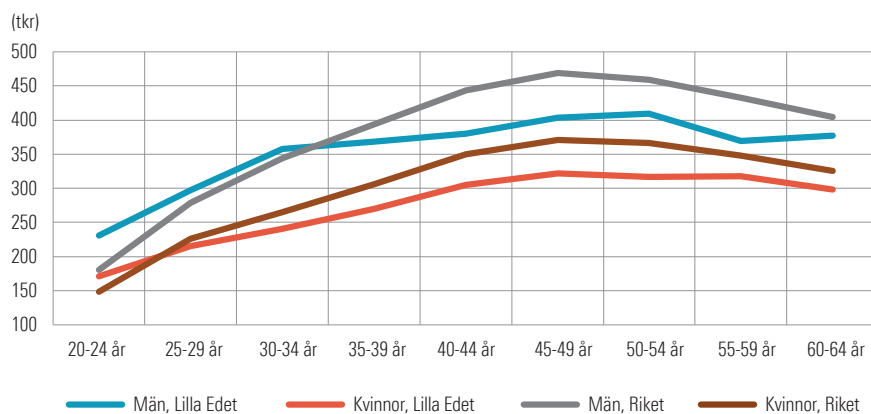


Diagram 16 Medelinkomst (tkr) uppdelat på kön och åldersgrupp 2018 (källa: SCB)



LÅG DISPONIBEL INKOMST

Med låg disponibel inkomst menas de personer som lever i ett hushåll som har en disponibel inkomst⁵ per konsumtionsenhet⁶ som är mindre än 60% av medianvärdet för samtliga inkomsttagare i Sverige. I Lilla Edets kommun levde 13,1% av befolkningen under sådana ekonomiska omständigheter under 2018. Över tid följer kommunen samma utvecklingskurva som regionen och riket men har sedan 2015 jämförelsevis haft en något lägre andel med låg disponibel inkomst (dia. 17). Utrikes födda lever i högre utsträckning i hushåll med låg disponibel inkomst än inrikes födda. År 2018 skiljde det ungefär 10 procentenheter mellan utrikes- och inrikes födda sett till regionen och riket. I Lilla Edets kommun var den fördelningen 11% bland inrikes födda och 25,5% bland utrikes födda samma år (ref. 27).

Jämfört med referenskommunerna ligger andelen i hushåll med låg disponibel inkomst i Lilla Edets kommun strax över medelvärdet (dia. 18).

EKONOMISK MARGINAL OCH EKONOMISK KRIS

I folkhälsoundersökningen "Hälsa på lika villkor" undersöktes befolkningens ekonomiska förhållanden genom att mäta ekonomisk marginal och ekonomisk kris.

För att mäta ekonomisk marginal ställdes frågan om man skulle klara av att betala en oväntad utgift på 11 000 kronor utan att låna eller be om hjälp från andra. I Lilla Edets kommun uppgav 20% att de inte skulle klara av att betala en oväntad utgift på 11 000 kronor och saknar därmed en ekonomisk marginal (dia. 19).

Ekonomisk kris innebär att man har svårt att klara löpande utgifter som exempelvis mat, hyra och räkningar. Orsakerna till ekonomisk kris och att man inte har en kontantmarginal kan vara flera – den kan till exempel bero på bristande tillgång till inkomst eller på överkonsumtion. Att leva i ekonomisk utsatthet är mycket påfrestande för individen och både den psykiska och fysiska hälsan kan påverkas. Dessutom finns det en stigmatisering i samhället kring människor som lever med ekonomiska svårigheter som gör att känslan av skam är utbredd. I folkhälsoundersökningen 2018 svarade 13% av befolkningen i Lilla Edets kommun, något fler kvinnor än män, att de haft svårigheter med det någon gång under året (dia. 19).

Diagram 17 Andel personer i hushåll med en låg disponibel inkomst per konsumtionsenhet, 2018 (källa: SCB)

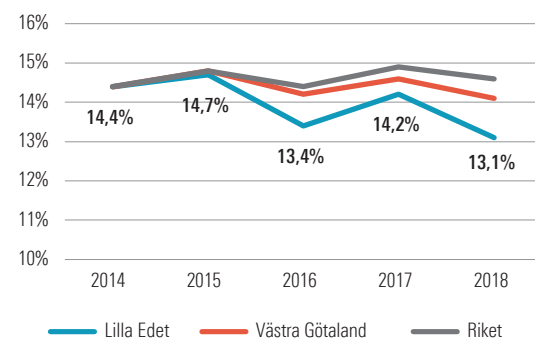


Diagram 18 Andel personer i hushåll med en låg disponibel inkomst per konsumtionsenhet, 2018 (källa: SCB)

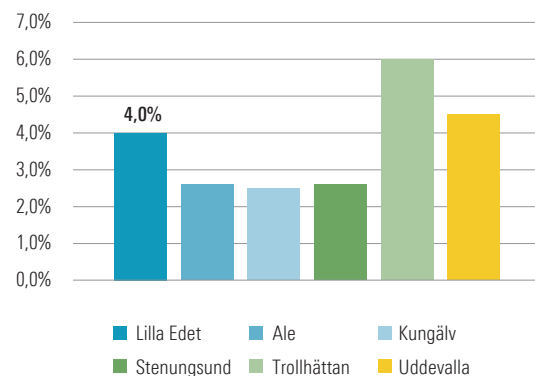
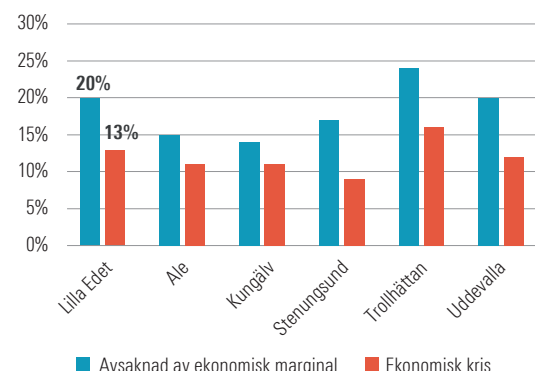


Diagram 19 Andel med avsaknad av ekonomisk marginal och i ekonomisk kris 2018 (källa: VGR, HPLV)



⁵ Summan av hushållets alla inkomster och transfereringar (till exempel barn- och bostadsbidrag samt försörjningsstöd) minus slutlig skatt.

⁶ Baserat på ett viktsystem där konsumtionen är relaterad till hushållets sammansättning. Skalan fastställs av SCB och baseras på beräkningar av baskonsumtion för olika hushållstyper. Till exempel beräknas ensamboende som 1 konsumtionsenhet, och sammanboendepar som 1,5 konsumtionsenheter.

SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER

Sambandet mellan social position i samhället och hälsoutveckling är starkt. Ju högre social position en person har, desto bättre förväntas hälsoutvecklingen bli och desto längre förväntas livslängden bli. Den sociala positionen påverkas i hög grad av vilken socioekonomisk status en person har, som i sin tur påverkas av exempelvis utbildningsnivå, yrkesposition och inkomstnivå.

Utifrån kartläggningen kan det konstateras att utbildningsnivån är betydligt lägre i Lilla Edets kommun jämfört med referenskommunerna, regionen och riket. Precis som för övriga regionen och riket så är kvinnorna i kommunen i högre utsträckning än männen högt utbildade. Skillnader ses även mellan personer som är födda i Sverige och personer som är födda utomlands. Bland utrikes födda som bor i Lilla Edets kommun är det en större andel som har förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå, men även en större andel som är högt utbildade, jämfört med de som är inrikes födda.

Andelen förvärvsarbetande i Lilla Edets kommun följer Västra Götalands utveckling, som ligger på cirka 80%. Män och inrikes födda är, både nationellt och inom kommunen, förvärvsarbetande i högre utsträckning än kvinnor och utrikes födda. Sett till arbetsmarknadsposition syns en segregation bland invånarna i kommunen. Uppdelningen mellan mäns och kvinnors förvärvsarbete sett till näringsgren är tydlig där de allra flesta kvinnorna arbetar inom traditionellt kvinnliga yrken och de allra flesta männen inom traditionellt manliga yrken.

Ohälsotalet har med tiden sjunkit i Lilla Edets kommun såväl som i riket och regionen. Däremot har kommunen ett relativt högt ohälsotal framför allt bland kvinnorna, som generellt har ett högre ohälsotal än män, men som dessutom ligger betydligt högre än snittet för riket och regionen. Djupare analyser kopplat till kvinnors levnadsvillkor och arbetsvillkor bör göras för att kunna arbeta vidare med frågan ur ett jämställdhetsperspektiv. I en sådan analys bör det intersektionella perspektivet användas för att få en djupare förståelse av vad som påverkar invånarnas ohälsotal och hur det skiljer sig mellan olika grupper.

Sett till andelen invånare som är arbetslösa i Lilla Edets kommun är den något lägre än snittet i riket och regionen. Kvinnor i den vuxna befolkningen (över 25 år) är dock arbetslösa i högre utsträckning än män i kommunen. Däremot är arbetslösheten i ungdomsåren (16–24 år) högre bland män än kvinnor. Ungefär 10% av unga kvinnor och män (16–24 år) i kommunen saknar helt sysselsättning. Denna grupp bör särskilt beaktas för att skapa förutsättningar till ett hälsosamt liv för individerna ur ett livsloppsperspektiv⁷ och för en jämlik hälsoutveckling ur ett samhällsperspektiv.

Den sammantagna effekten av utbildningsnivå och yrkesposition i Lilla Edets kommun speglas i den relativt låga medelinkomsten. Både män och kvinnor i Lilla Edets kommun har under i stort sett hela arbetslivet en lägre medelinkomst än genomsnittet i Sverige. Utöver detta finns en grupp i befolkningen som enligt befolkningsundersökningar är mer ekonomiskt utsatta än övriga befolkningen. Till dessa hör en andel av befolkningen på ungefär 20% som uppger att de saknar ekonomisk marginal samt en andel av befolkningen på ungefär 13% som uppger att de lever i ekonomisk kris.

För en god folkhälsa ska alla ha möjlighet att uppnå god hälsa oavsett vilken social position man har. Därför är det viktigt att prioritera insatser som förbättrar strukturella faktorer som påverkar livsvillkor och livsmiljöer, samt fördela dem resurserna likvärdigt⁸ mellan olika grupper. Många av dessa bestämningsfaktorer är möjliga att påverka genom politiska beslut och organisering av kommunen. För en god folkhälsa är det också viktigt att främja goda livsvillkor tidigt i barns liv och på så sätt öka förutsättningar för invånarna att tidigt tillgodose sig resurser och därav främja en god folkhälsoutveckling på sikt i kommunen.

I de efterföljande avsnitten av kartläggningens redovisas befolkningens hälsotillstånd, levnadsvanor och livsvillkor. För att få en bättre förståelse för dessa bör befolkningens demografi samt skillnader i socioekonomiska förutsättningar bäras med som perspektiv och till viss del förklaringar till hur befolkningen mår och lever.

⁷ Ett perspektiv som pekar på behovet av att arbeta förebyggande och med tidiga insatser då de positiva och negativa effekterna under ett liv ackumuleras

⁸ Likvärdighetsbegreppet innebär att insatser och resurser bör baseras på analyser av befolkningens livsvillkor och behov. Det innebär således inte att alla i befolkningen ska erbjudas lika insatser och resurser.

Hälsoläget

För att människor ska nå sin fulla potential och bidra till samhällets utveckling är god hälsa en grundläggande förutsättning. I det här avsnittet kommer faktorer som beskriver befolkningens allmänna hälsotillstånd belysas. Det görs dels genom att redovisa befolkningens självskattade hälsoupfattningar, dels genom registerdata.

Nationellt har hälsan generellt sett förbättrats under de senaste decennierna. Det beror till stor del på minskad dödlighet tillsammans med förbättrade levnadsvanor i befolkningen. Den psykiska hälsan har däremot generellt sett försämrats. Mätningar visar att det dessutom finns stora skillnader i både hälsa och vård- och stödinsatser mellan olika grupper i samhället.

BEFOLKNINGENS HÄLSOLÄGE BESKRIVS OCH MÄTS MED:

- Allmänt hälsotillstånd
- Folksjukdomar
- Psykisk ohälsa
- Tandhälsa

AKTUELLA GLOBALA MÅL



I KORTA DRAG

- Medellivslängden i Lilla Edets kommun är lägre än genomsnittet i Sverige. Det visar på en samhällsutveckling där skillnader i socioekonomiska förutsättningar, främst i utbildningsnivåer, lyfts fram som främsta orsak.
- Forskning visar att människors självskattade hälsoupfattning verkar kunna förutsäga en persons framtida hälsa. I Lilla Edets kommun uppskattade 60% av den vuxna befolkningen sin hälsa som god och 10% uppskattar sin hälsa som dålig.
- Incidensen av hjärtinfarkt och dödlighet i lungcancer, som är några av de största folksjukdomarna i Sverige är högre i Lilla Edets kommun än genomsnittet i Sverige.
- Övervikt och fetma ökar i kommunen. Drygt en fjärdedel av den vuxna befolkningen i Lilla Edets kommun lever med fetma. Övervikt och fetma ökar risken för flera sjukdomar och förtida död.
- Den psykiska ohälsan har ökat över tid och är högre i Lilla Edets kommun än genomsnittet för Västra Götalandsregionen. Kvinnor upplever psykisk ohälsa i högre grad än män, men ökningen har varit större bland män i Lilla Edets kommun de senaste åren.
- Det har varit en stadig minskning i antalet säkra suicidfall bland både män och kvinnor i Lilla Edets kommun de senaste åren.
- Övervikt och tandhälsa är indikatorer som kan mäta utveckling- och hälsotrender bland barn i ett tidigt stadium. 15% av fyraåringarna i kommunen är överviktiga eller har fetma. 26% av sexåringarna har karies.



Allmänt hälsotillstånd

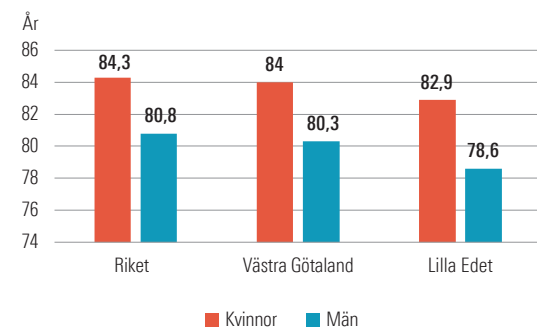
MEDELLIVSLÄNGD

Ett vanligt sätt att följa upp befolkningens samlade hälsoläge är att studera den förväntade återstående medellivslängden vid födseln. Det är ett mått som visar den genomsnittliga ålder en person som föds ett visst år kan förväntas uppnå (ref. 6), vilket kan tolkas som medelåldern för alla dödsfall i en befolkning under ett visst år (ref. 28).

Medellivslängden i Sverige har förbättrats under många årtionden vilket förklaras av minskad dödlighet i högre åldrar (ref. 29). Kvinnor lever längre än män, men under de senaste decennierna har könsskillnaderna minskat då mäns medellivslängd ökat snabbare än kvinnors. Däremot har skillnader mellan olika utbildningsgrupper ökat och idag är det större skillnader i medellivslängd mellan grupper med kort respektive lång utbildning än mellan könen (ref. 6).

År 2018 var den förväntade medellivslängden i Sverige 84,3 år för kvinnor och 80,8 år för män (ref. 30). I Lilla Edets kommun var medellivslängden för kvinnor 82,9 år och 78,6 år för män (dia. 20). Det betyder att både män och kvinnor i Lilla Edets kommun har en lägre medellivslängd än genomsnittet nationellt sett. Förklaringen till skillnaderna är i första hand att de speglar de socioekonomiska villkoren och individernas sociala position. Ju högre social och ekonomisk position individerna i en befolkningsgrupp har, desto högre är den förväntade medellivslängden (ref. 15).

Diagram 20 Förväntad medellivslängd uppdelat på kön (källa: VGR, SCB)



SJÄLVSKATTAD HÄLSA

Självskattad hälsa är tillsammans med medellivslängd ett internationellt och nationellt vedertaget mått för att följa upp befolkningens hälsotillstånd. Att vara nöjd med sin hälsa är viktigt då det säger mycket om en människas välbefinnande. Självskattad hälsa speglar även i stor utsträckning andra hälsoutfall. Forskning visar att självskattad hälsa verkar kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt, och flera studier visar att det kan förutsäga dödlighet (ref. 31, 32, 33).

Nationellt sett skattar män sin hälsa som god i högre utsträckning än kvinnor medan kvinnor skattar sin hälsa som dålig i högre utsträckning än män (ref. 31).



Denna könsskillnad kan inte ses hos befolkningen i Lilla Edets kommun (dia. 21). Det beror på att män i Lilla Edets kommun skattade sin hälsa som god i lägre grad och dålig i högre grad än vad män generellt sett gjorde i regionen och i referenskommunerna i den senaste folkhälsoundersökningen *Hälsa på lika villkor*. I den undersökningen uppgav män och kvinnor i Lilla Edets kommun sin hälsa som god och dålig i samma utsträckning.

År 2018 skattade 60% av befolkningen i Lilla Edets kommun sin hälsa som god och 10% sin hälsa som dålig (dia. 21). Nationellt sett var det 71% av befolkningen som skattade sin hälsa som god och sett över flera år har andelen ökat. I Lilla Edets kommun har däremot andelen som upplever sin hälsa som god minskat de senaste åren.

I jämförelse med Västra Götaland och referenskommunerna har Lilla Edets kommun lägst andel med god självskattad hälsa och högst andel med dålig självskattad hälsa (dia. 22).

SJÄLVSKATTAD HÄLSA BLAND UNGDOMAR

För att få en bild av ungdomars syn på sin hälsa används statistik från undersökningen *Skolelevers drogvanor*. Elever i årkurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 har fått svara på frågan ”hur nöjd är du vanligtvis med din hälsa?”. I Lilla Edets kommun uppgav 71% av eleverna i både årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 att de är nöjda med sin hälsa (fig. 4). Det är strax under genomsnittet av kommunerna i Västra hälso- och sjukvårdsnämnden (HSNV) och Västra Götaland för båda årskurserna. Jämfört med 2016 har andelen ungdomar som är nöjda med sin hälsa ökat i både årskurs 9 och i gymnasieskolans årskurs 2.

I diagrammet bredvid redovisas resultatet för kommunen jämfört med övriga kommuner inom HSNV och Västra Götaland, fördelat på årskurs, som svarade att de är nöjda med sin hälsa. Lilla Edet markeras med en röd punkt. Den streckade linjen markerar genomsnittet för samtliga ungdomar i Västra Götaland. Den blåtonade ytan anger spridningen för hälften av kommunerna i Västra Götaland, närmare bestämt den halva som omger medelvärdet.

Diagram 21 Andel män och kvinnor som skattat sin hälsa som god och dålig, Lilla Edets kommun 2011–2018 (källa: VGR, HPLV)

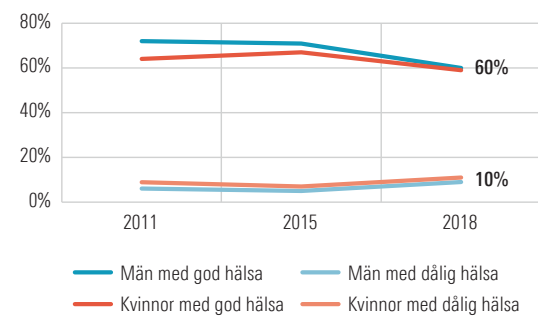
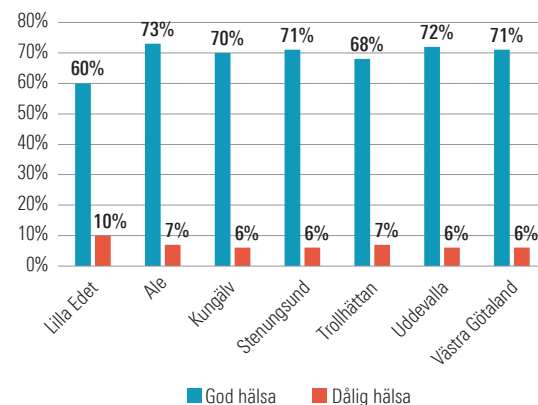
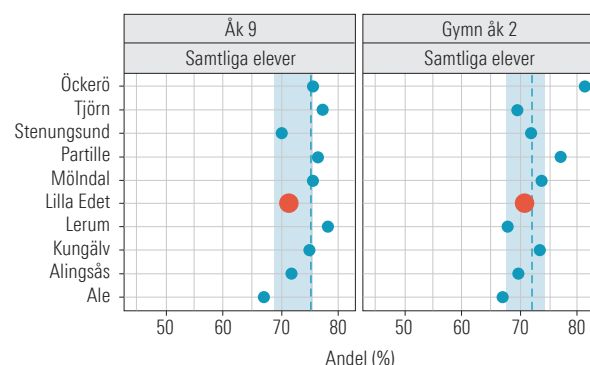


Diagram 22 Andel som skattat sin hälsa som god och dålig 2018, kommunnivå och regionen (källa: VGR, HPLV)



Figur 4 Andel elever som uppgett att de är nöjda med sin hälsa, uppdelat på årskurs, 2019 (källa: CAN, Skolelevers drogvanor)



Folksjukdomar

En folksjukdom är en sjukdom med hög förekomst i befolkningen och som bedöms ha en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd. De vanligaste folksjukdomarna i Sverige idag är hjärt- och kärlsjukdomar (exempelvis hjärtinfarkt och stroke), vissa cancerformer (så som cancer i bröst, prostata, tjock- och ändtarm) samt vissa psykiska sjukdomar (exempelvis neuropsykiatriska tillstånd och depression, ångest och stressyndrom) (ref. 34). Folksjukdomarna har ofta gemensamma riskfaktorer som kan förebyggas genom samhälleliga och individfokuserade insatser. En del folksjukdomar kan förebyggas genom till exempel hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet samt genom att undvika tobaksrökning och minska skadligt bruk av alkohol.

HJÄRTINFARKT

De senaste decennierna har antalet och dödligheten i hjärtinfarkter minskat men trots det står hjärtinfarkter för en stor del av dödsfallen i Sverige varje år. Enligt Socialstyrelsen orsakade hjärt- och kärlsjukdomar flest dödsfall (drygt 30%) i Sverige 2018 (ref. 35). Nationellt sett är det betydligt fler män än kvinnor som drabbas men skillnaden mellan könen har minskat över tid. Trots det var det under 2018 dubbelt så många män som kvinnor som drabbades och dog av hjärtinfarkt (ref. 36). Risken för hjärtinfarkt ökar kraftigt med stigande ålder. Andra riskfaktorer för hjärtinfarkt är högt blodtryck, höga blodfetter, ohälsosamma matvanor, för låg fysisk aktivitet, fetma och rökning (ref. 37).

I Lilla Edets kommun drabbades 419 personer per 100 000 invånare av hjärtinfarkt i kommunen 2017 (dia. 23). Sett utifrån statistiken var det mer vanligt att drabbas av hjärtinfarkt bland befolkningen i Lilla Edets kommun än i riket och Västra Götaland. Även i jämförelse med referenskommunerna var det mer vanligt att drabbas av hjärtinfarkter i Lilla Edets kommun (dia. 24). Uppdelat på kön är hjärtinfarkt mer vanligt bland män än kvinnor i kommunen. 2017 drabbades 315 kvinnor och 511 män per 100 000 invånare av hjärtinfarkt i kommunen (ref. 19).

Diagram 23 Incidens av hjärtinfarkter 20–79 år, antal/100 000 inv. (källa: Kolada, Socialstyrelsen)

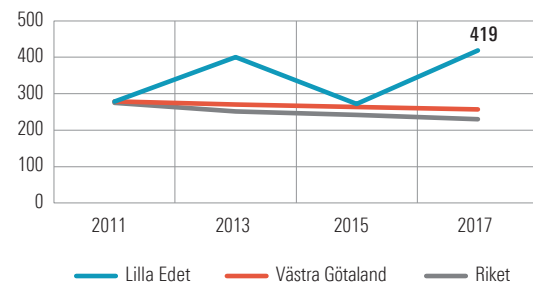
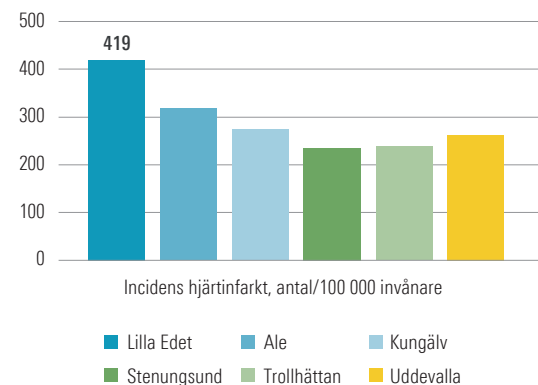


Diagram 24 Incidens av hjärtinfarkter 20–79 år, antal/100 000 invånare, 2017 (källa: Kolada, Socialstyrelsen)



LUNGCANCER

Lungcancer är den cancerform som orsakar flest dödsfall både i världen och i Sverige. Den dominerande orsaken till lungcancer är rökning och enligt Folkhälsomyndigheten har upp till 90% av de drabbade rökert eller röker (ref. 38).

Nationellt sett minskade dödligheten av lungcancer bland män och ökade bland kvinnor under perioden 2006–2018 vilket gjort att skillnaderna mellan könen nu är små. Att antalet lungcancerfall har ökat bland kvinnor speglar, enligt Folkhälsomyndigheten, kvinnors rökvanor för 20 år sedan och mer (ref. 38).

I Lilla Edets kommun avled 59/100 000 invånare på grund av lungcancer 2017. Inom kommunen är skillnaden mellan könen små. 2017 avled fler kvinnor (61/100 000 inv.) än män (59/100 000 inv.) till följderna av lungcancer. Dödlighet i lungcancer är mer förekommande i Lilla Edets kommun än i referenskommunerna samt genomsnittet för Västra Götaland och riket (dia. 25 och 26).

ÖVERVIKT OCH FETMA

Övervikt och fetma ökar risken för flera sjukdomar, så som typ-2 diabetes och hjärt- och kärlsjukdom, och är en av de främsta orsakerna till sjukdomsburden och förtida död i Sverige (ref. 39). En person räknas som överviktig när hen väger så mycket att det är ohälsosamt och har ett BMI på 25 eller mer. Kraftig övervikt kallas fetma och innebär ett BMI på 30 eller mer (ref. 40).

Övervikt och fetma är ett växande hälsoproblem i Sverige och enligt Folkhälsomyndigheten finns en stor del av orsaken till det att hämta i vår miljö och samhällsutformning. Andelen vuxna med fetma har fördubblats sedan 1980 och idag har mer än hälften av Sveriges befolkning 16–84 år övervikt eller fetma (ref. 41).

Diagram 25 Lungcancer, dödlighet, 15 år+, antal/100 000 invånare (källa: Kolada, Socialstyrelsen)

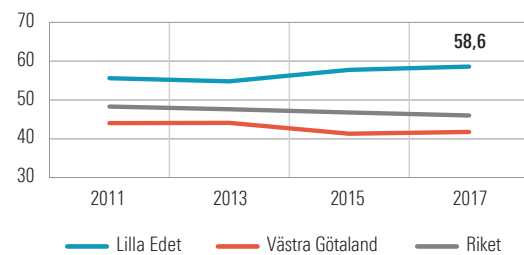
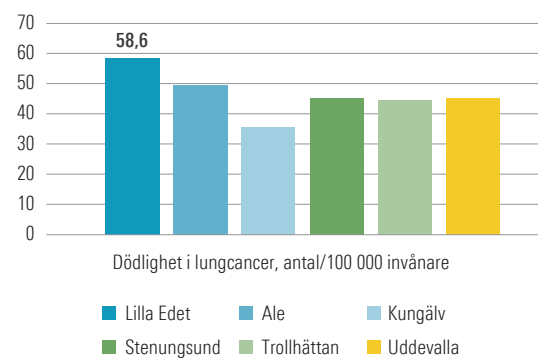


Diagram 26 Lungcancer, dödlighet, 15 år+, antal/100 000 invånare (källa: Kolada, Socialstyrelsen)



Sett mellan könen är övervikt vanligare bland män än kvinnor, medan fetma är lika vanligt bland både män och kvinnor. Andelen med fetma fortsätter att öka i alla åldersgrupper men den relativa ökningen är störst bland unga 16–29 år med en fördubbling av andelen med fetma sedan år 2004 (från 4% till 8%) (ref. 18).

Andelen med fetma har ökat bland både män och kvinnor de senaste åren i kommunen (dia. 27). 2018 angav drygt en fjärdedel (26%) av befolkningen i åldern 16–84 år, att de lever med fetma. Sett mellan könen är det en något större andel kvinnor än män som beräknas leva med fetma. Både vid jämförelse med referenskommunerna och regionen är andelen med fetma högre i Lilla Edets kommun (dia. 28).

ÖVERVIKT OCH FETMA BLAND BARN

Även bland barn och unga har kroppsvikten ökat de senaste 25 åren (ref. 42). För barn och unga med övervikt och fetma är risken stor att det kvarstår i vuxen ålder, och att övervikten påverkar den fysiska och psykiska hälsan både nu och i framtiden. I Lilla Edets kommun är 15% av fyraåringar överviktiga eller har fetma (dia. 29). 14% uppges vara överviktiga och 1% uppges ha fetma. I jämförelse med referenskommunerna har Lilla Edet högst förekomst av den totala andelen fyraåringar med övervikt och fetma.

Diagram 27 Andel män och kvinnor med fetma (källa: VGR, HPLV)

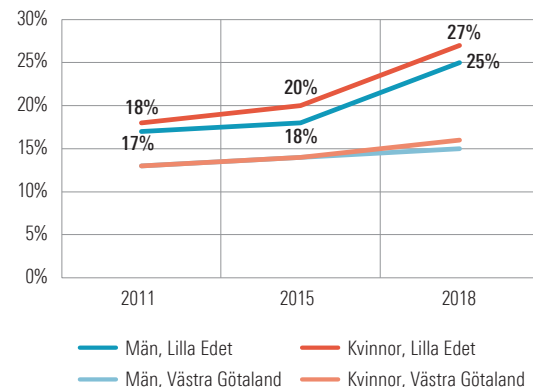


Diagram 28 Andel med fetma (BMI >30) på kommunnivå (källa: VGR; HPLV)

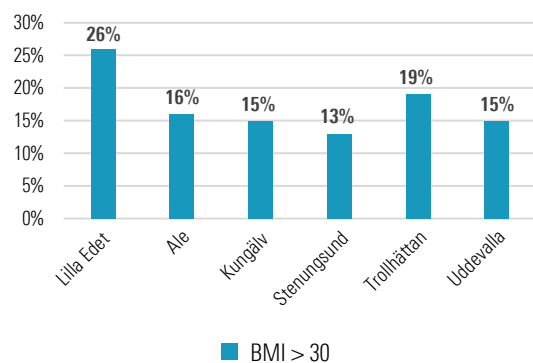
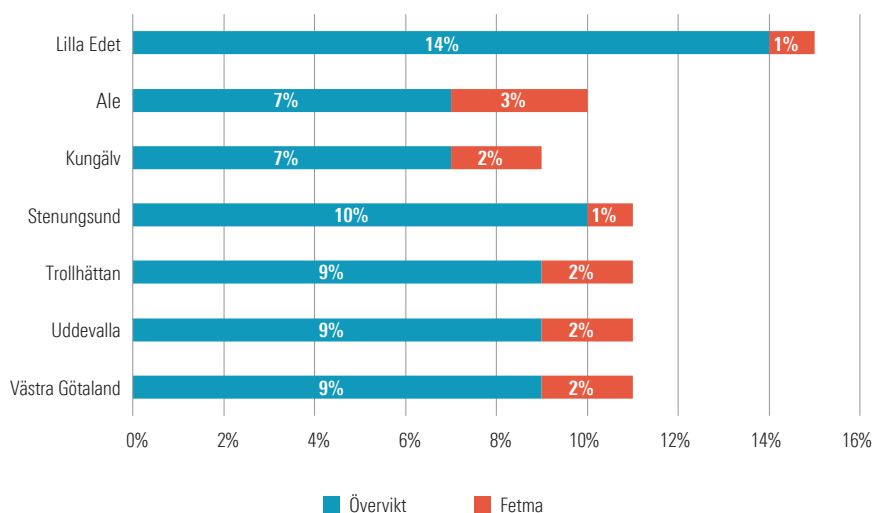
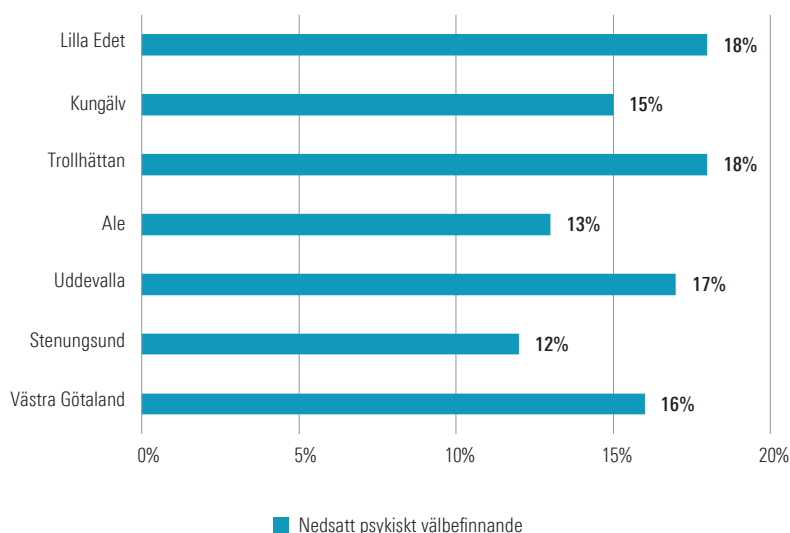


Diagram 29 Andel fyraåringar med övervikt och fetma (källa: VGR)



Psykisk ohälsa

Diagram 30 Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande (16–84 år) (källa: VGR, HPLV)



Psykisk ohälsa kan betraktas som ett paraplybegrepp och omfattar tillstånd med olika svårighetsgrad. Alltifrån allvarliga psykiska sjukdomar till olika former av mildare symtom med varierande intensitet och varaktighet. Milda symtom kan förorsaka lidande, men behöver inte spegla en psykiatrisk diagnos.

Studier tyder på att psykisk ohälsa är vanligt förekommande världen över. Nästan en av fem personer uppfyller kriterierna för vissa vanliga psykiatriska besvär varje år, företrädesvis ångest och depression, och besvären är mer förekommande bland kvinnor än bland män (ref. 43).

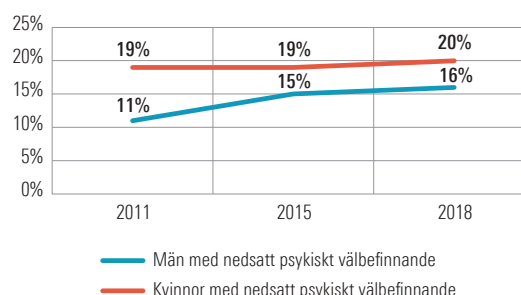
NEDSATT PSYKISKT VÄLBEFINNANDE

Med indikatorn ”nedsatt psykiskt välbefinnande” mäts individens psykiska förmåga att kunna hantera faktorer så som stress, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet, förmåga att upprätthålla goda levnadsvanor och de reaktioner som dessa påfrestningar ger. Nedsatt psykiskt välbefinnande är idag ett omfattande folkhälsoproblem i Sverige som särskilt ökat bland unga de senaste åren (ref. 43). År 2018 uppgav 17% av Sveriges befolkning att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande, 20% av kvinnorna och 14% av männen.

I Lilla Edet var det 18% som uppgav att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande (dia. 30). Det kan konstateras att det även inom Lilla Edet är vanligare

med nedsatt psykiskt välbefinnande hos kvinnor än män. År 2018 rapporterade 20% av kvinnorna och 16% av männen om ett nedsatt psykiskt välbefinnande (dia. 31). Sett över de senaste åren (2011–2018) har andelarna ökat något. Ökningen i nedsatt psykiskt välbefinnande har varit större bland män än kvinnor i Lilla Edets kommun. Bland kvinnor har andelen ökat med 1 procentenhet och bland män har andelen ökat med 5 procentenheter. Ökningen bland män har varit större i Lilla Edets kommun än i referenskommunerna under 2011–2018. I referenskommunerna har andelen män med nedsatt psykiskt välbefinnande minskat eller ökat med 1–2 procentenheter under samma period.

Diagram 31 Andel män och kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande, Lilla Edets kommun (källa: VGR, HPLV)



PSYKIATRISK SJUKLIGHET

Psykiatrisk sjuklighet innebär en psykisk ohälsa som sjukvården kan känna igen och registrera med en psykiatrisk diagnos. De vanligaste diagnoserna är depression, ångest, alkoholberoende och för äldre; demens. Både nationellt och regionalt går trenden uppåt, vilket betyder att psykiatrisk sjuklighet ökar (ref. 41).

När Lilla Edets kommun jämförs med genomsnittet i Västra Götaland kan man se att Lilla Edets kommun följer ungefär samma utvecklingskurva som regionen och att andelarna ökar över tid (dia. 32). Både regionalt och lokalt sett uppvisade kvinnor en högre andel psykiatrisk sjuklighet än män. Kvinnor i kommunen uppvisade en psykiatrisk sjuklighet på 21% av registrerade vårdbesök och män 15% av registrerade vårdbesök.

Om man studerar psykiatrisk sjuklighet i olika åldersgrupper framkommer det utmärkande drag för grupperna 65 år och äldre i Lilla Edets kommun (dia. 33). Dessa grupper är utmärkande för både män och kvinnor och statistiken visar att dessa grupper har en lägre andel psykiatriskt sjuka än genomsnittet för regionen. Andelarna med psykiatrisk sjuklighet i åldersspannet 18–44 år är däremot högre i kommunen än genomsnittet i Västra Götaland.

Viktigt att notera är att statistiken ovan visar andelen som har diagnostiserats med psykiatrisk sjukdom vid minst ett vårdbesök. Statistiken avser således inte samtliga medborgare i kommunen, utan endast andelen av samtliga registrerade vårdbesök.

PSYKISK OHÄLSA BLAND BARN OCH UNGA

I undersökningen *Skolelevers drogvanor* mättes ungdomars livstillfredsställelse genom att fråga hur nöjda de vanligtvis är med sig själva. Det är en fråga som indikerar individens självskattade livstillfredsställelse och inkluderar både den fysiska och psykiska hälsan. Majoriteten av eleverna i Lilla Edets kommun, cirka 66%, svarade att de är nöjda med sig själva medan 14% uppgav att de är missnöjda med sig själva. I Västra Götaland var motsvarande värden 68% respektive 12%. Nationellt och regionalt sett är tjejerna mindre nöjda och mer missnöjda med sig själva i jämförelse med killarna. Då svarsfrekvensen i Lilla Edets kommun inte var tillräckligt hög i undersökningen, kan inga skillnader mellan tjejer och killar redovisas på kommunnivå.

Diagram 32 Andel män och kvinnor med psykiatrisk sjuklighet (källa: VGR, Vårddatabasen VEGA)

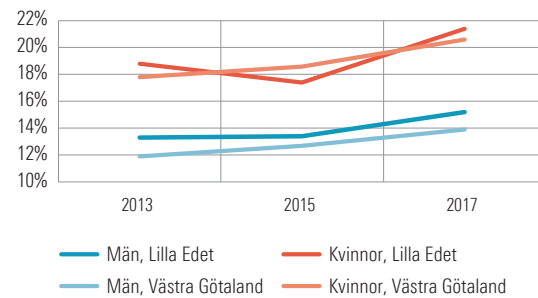
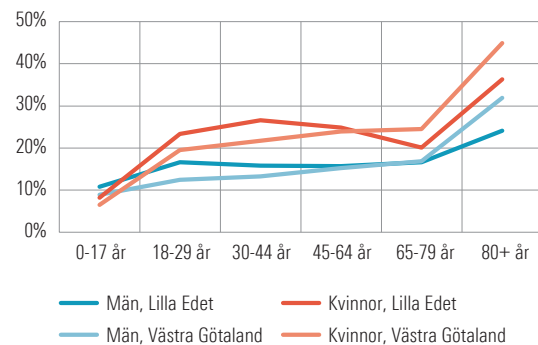


Diagram 33 Andel män och kvinnor med psykiatrisk sjuklighet i åldersgrupper, Lilla Edet och Västra Götaland (källa: VGR, Vårddatabasen VEGA)



I åldern 7–17 år är, nationellt sett, de fyra vanligaste psykiatriska diagnoserna ADHD, autism, depression och ångestsyndrom bland både pojkar och flickor. Den diagnos som är allra vanligast för båda könen, ADHD, är betydligt vanligare bland pojkar och kan således förklara en stor del av skillnaderna mellan könen. Även autism är vanligare bland pojkar medan depression och ångestsyndrom är vanligare bland flickor. Den femte vanligaste diagnosen skiljde sig mellan könen; ätstörningar för flickor och störningar relaterade till substansbruk för pojkar. Andelen med dessa tillstånd var dock låg i jämförelse med de fyra andra diagnoserna (ref. 44).

Avseende psykiatrisk sjuklighet har Lilla Edet något högre andel diagnostiserade barn och unga (0–17 år) än genomsnittet för regionen. År 2018 diagnostiserades 9,6% i Lilla Edet och 8,2% i Västra Götaland med en psykiatrisk sjukdom. Vad gäller skillnader mellan könen var andelarna högre bland killar än tjejer såväl regionalt som lokalt inom kommunen. I Lilla Edets kommun diagnostiserades 11,6% av killarna och 7,5% av tjejerna. I Västra Götaland diagnostiserades 9,4% av killarna och 6,9% av tjejerna med en psykiatrisk sjukdom. Det är viktigt att påminna om att statistiken ovan inte avser samtliga medborgare, utan endast andelen av samtliga registrerade vårdbesök.

SUICID

Suicid är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. Varje år tar cirka 1500 personer sitt liv i Sverige, vilket motsvarar cirka fyra människoliv per dag (ref. 45). Suicid utgör därmed ett stort samhälls- och folkhälsoproblem. Antalet suicid i Sverige har minskat sedan 1980 med cirka 25% (ref. 34). I åldersgrupperna 25 år och äldre minskade suiciden fram till ungefär år 2000, därefter har minskningen avstannat och ligger någorlunda konstant. I åldersgruppen 15–24 år kan däremot en ökning av suicidfall konstateras med knappt en procents ökning per år under de senaste 20 åren (ref. 46).

Kvinnor utgör den största andelen som begår *suicidförsök* medan cirka 70% av de som begår suicid är män. Fler äldre personer tar sitt liv, men samtidigt är suicid den vanligaste dödsorsaken för män upp till 44 år och den näst vanligaste dödsorsaken för kvinnor i samma ålder. Den åldersgrupp som har högst risk för suicid är personer i åldern 50–54 år. Antalet suicidfall är högre bland långtidsarbetslösa och personer med kortare utbildning. Förekomst av två eller flera psykiatriska diagnoser samtidigt, som exempelvis depression, personlighetsstörning och riskbruk, ökar suicidrisken markant. Suicidrisken är också ökad vid svår somatisk sjukdom med funktionsinskränkning och svår smärtproblematik (ref. 45).

Antalet säkra suicidfall⁹ i Västra Götaland ligger strax över snittet i riket och har gjort det de senaste åren. Nationellt och regionalt sett har antalet suicider legat stabilt de senaste åren medan det i Lilla Edets kommun har minskat kraftigt (dia. 34). 2017 hade Lilla Edets kommun ett lägre antal suicider per 100 000 invånare än både Västra Götaland och riket. Sett till statistik uppdelat på kön uppvisar männen i kommunen ett högre antal suicider än kvinnorna, vilket alltså stämmer överens med den nationella och regionala statistiken.

SUICIDTANKAR

Indikatorn suicidtankar undersöks i folkhälsoundersökningen *Hälsa på lika villkor*, där invånare 16–84 år får besvara om de övervägt att ta sitt eget liv de senaste 12 månaderna. Det genomsnittliga värdet i regionen 2018 var 3%. Även i Lilla Edets kommun uppgav 3% av befolkningen att de haft suicidtankar det senaste året. Sett mellan könen angav män i kommunen i högre utsträckning än kvinnor att de haft suicidtankar i den senaste mätningen (dia. 35).

Diagram 34 Antal säkra suicidfall/100 000 invånare (15+ år) (2009–2017) (källa: Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret)

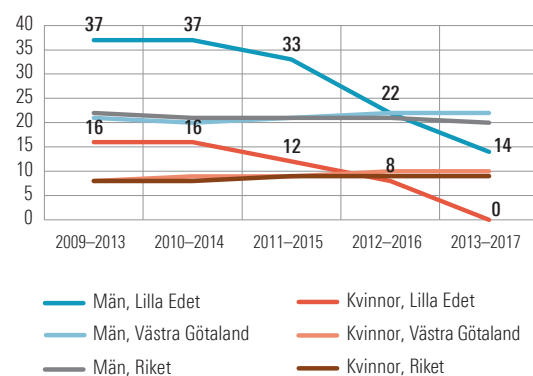
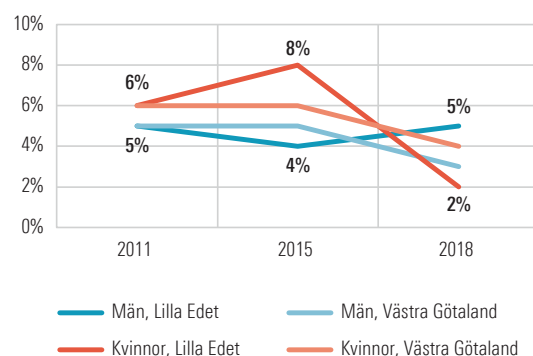


Diagram 35 Andelen män och kvinnor med suicidtankar det senaste året (källa: VGR; HPLV)



⁹ De fall där inget tvivel råder om att avsikten har varit att ta sitt liv (ICD).

Tandhälsa

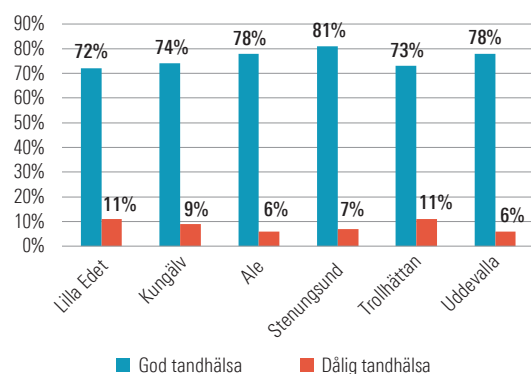
WHO framhåller att tandhälsa är en integrerad del av människors generella hälsa och att god tandhälsa i sig är en viktig del av individers livskvalitet och välbefinnande (ref. 47). Tandhälsan i den vuxna befolkningen visar nationellt sett en positiv utveckling (ref. 48). Dock finns det skillnader mellan individer med olika socioekonomiska positioner. Personer med låg socioekonomisk position tenderar att ha sämre tandhälsa och att i högre utsträckning avstå från tandvårdsbesök än de som har högre socioekonomisk position (ref. 49).

SJÄLVSKATTAD TANDHÄLSA

Nationellt sett har andelen som upplever sin tandhälsa som god ökat sedan 2004. Kvinnor i Sverige rapporterar i något högre utsträckning än män att de har en god tandhälsa. 78% av kvinnorna och 72% av männen i Sverige uppgav att de hade en bra eller mycket bra tandhälsa (ref. 41). För de grupper som rapporterar sämst tandhälsa – arbetslösa, personer med sjukpenning och utlandsfödda – är tillståndet sett över tid dock oförändrat eller försämrat. De grupper som rapporterar att de har dålig tandhälsa anger även i högre utsträckning att de avstår från att söka tandvård på grund av ekonomiska skäl (ref. 48).

I Lilla Edets kommun uppskattade 72% av invånarna sin tandhälsa som god och 11% sin tandhälsa som dålig 2018 (dia. 36). Jämfört med referenskommunerna skattade invånarna i Lilla Edet sin tandhälsa som god i lägre grad och som dålig i högre grad än snittet, men skillnaderna mellan kommunerna är i många fall små.

Diagram 36 Andel som skattar sin tandhälsa som god och dålig (16–84 år) (källa: VGR, HPLV)

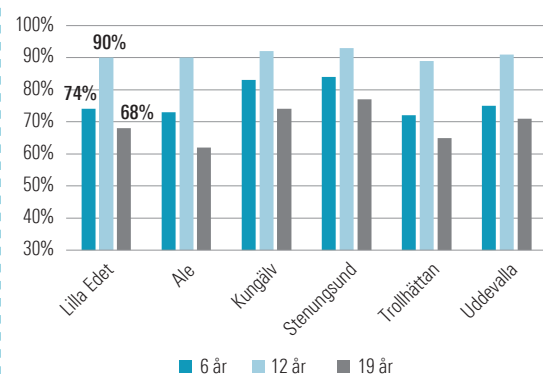


KARIESFRIHET BLAND BARN OCH UNGA

Tandhälsan är en god indikator för barns och ungas allmänna hälsotillstånd då tändernas status är starkt förknippade med levnadsvanor, vårdutnyttjande, ekonomiska förutsättningar och kunskap att kunna behålla en god tandhälsa. Socialstyrelsen lyfter fram att det finns samvariation mellan barns och föräldrars tandhälsa och att karies kan vara upp till dubbelt så vanligt bland barn och unga vars föräldrar har dålig tandhälsa. Det framgår också att barn från resursstarka områden har bättre tandhälsa än barn från resurssvaga områden (ref. 15).

Statistik från Tandvårddatabasen från 2007 visar att tandhälsan, i form av kariesfrihet, hos barn och unga generellt sett har blivit bättre de senaste åren. Statistik för 2016–2019 visar att 74% av sexåringarna, 90% av tolvåringarna och 68% av nittonåringarna i Lilla Edets kommun var kariesfria (dia. 37). I jämförelse med referenskommunerna kan man se att Kungälv och Stenungsund uppvisar en högre andel kariesfria sexåringar och nittonåringar medan motsvarande andelar var lägre i Lilla Edet, Ale, Trollhättan och Uddevalla som ligger på en mer likvärdig nivå. Tolvåringarnas kariesfrihet är högst av de olika presenterade åldersgrupperna, vilket kan bero på att de i den åldern tappat sina mjölk-tänder och fått sina permanenta tänder. Andelen kariesfria tolvåringar var jämnt fördelad mellan Lilla Edet och referenskommunerna.

Diagram 37 Andel kariesfria barn och ungdomar (källa: VGR)



SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER

Medellivslängden är lägre i Lilla Edets kommun än det nationella snittet. Kvinnor i kommunen lever i snitt 83 år och män 79 år. På nationell nivå ses förutom skillnaden mellan män och kvinnor också skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivåer. Högutbildade lever i genomsnitt längre än de som har lägre utbildningsnivå. Då utbildningsnivån i Lilla Edet är lägre än genomsnittet i Sverige kan det till viss del förklara den lägre medellivslängden i kommunen. Detta resonemang följer modellen och det statistiska sambandet mellan social position och förväntad hälsoutveckling, den sociala gradienten, som beskrivs i kunskapsunderlaget.

Kartläggningen visar att Lilla Edets kommun i jämförelse med snittet i Västra Götaland och referenskommunerna är den kommun som har lägst andel med god självskattad hälsa och högst andel med dålig självskattad hälsa och att utvecklingen över tid är negativ. Utöver detta bryter Lilla Edets kommun från den nationella trenden där kvinnor brukar skatta sin hälsa sämre än män. I kommunen skattar nämligen män och kvinnor sin hälsa som god och dålig i samma utsträckning. Varför statistiken ser ut så är för att en lägre andel män i kommunen skattar sin hälsa som god samt en högre andel skattar sin hälsa som dålig i förhållande till genomsnittet för män i riket och Västra Götaland. För att förstå vad det beror på behövs djupare analyser kring mäns hälsa och livsvillkor. Den självskattade hälsan bland ungdomar i Lilla Edets kommun verkar även den vara sämre än snittet, men för att få en tydligare bild om ungdomars hälsa i kommunen behövs fler undersökningar.

Förutom en lägre självskattad hälsa i kommunen har befolkningen i Lilla Edets kommun högre incidenser av både hjärtinfarkter och lungcancer per 100 000 invånare än resten av Västra Götaland och riket. Den höga incidensen av lungcancer i kommunen speglar högst troligt tobaksrökningen längre tillbaka i tiden. Detta skulle dock röra sig om årtal som inte redovisas i den officiella statistiken. Lilla Edets kommun har en betydligt större andel invånare med fetma och den siffran har dessutom ökat de senaste åren. Även barn i Lilla Edets kommun sticker ut i jämförelse med referenskommunerna där 15% av fyraåringarna i kommunen är överviktiga eller har fetma. Dessa folksjukdomar är livsstilsrelaterade och kan således starkt kopplas till befolkningens levnadsvanor.

Sett till den sammantagna bilden av psykisk ohälsa i kommunen visar utvecklingen över tid ungefär samma negativa trend som riket och regionen. Det

som främst skiljer sig är att suicidtalerna minskat markant de senaste åren och dessutom generellt är lägre i Lilla Edets kommun, vilket är positivt. En mer oroande faktor är att männen i kommunen i högre utsträckning rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande än män i referenskommunerna samt att denna grupp av män dessutom ökar i andelar. En annan faktor som skiljer sig från den nationella och regionala statistiken är att kommunens vuxna befolkning, 18–44 år, har en högre andel med psykiatrisk sjuklighet. Detta kan rimligtvis hänga samman med befolkningens relativt höga ohälsotal där psykisk ohälsa nationellt sett är den vanligaste anledningen till sjukskrivning. Både den psykiatriska sjukligheten och ohälsotalen sticker särskilt ut för kvinnorna i kommunen. Djupare analyser behövs kring både männens och kvinnornas psykiska ohälsa för att kunna rikta insatser dit de behövs mest.

Generellt sett är det viktigt att lägga resurser på att främja psykisk hälsa och förebygga psykiska ohälsa i hela befolkningen då utvecklingen är negativ i flera grupper. Detta är även en prioriterad fråga för Västra Götalandsregionen och i det gemensamma arbetet med folkhälsa och social hållbarhet mellan regionen och kommunen. I en kunskaps-sammanställning som Folkhälsomyndigheten tagit fram beskrivs skillnader i psykisk hälsa på befolkningsnivå. De fann socioekonomiska skillnader i psykiska besvär redan bland små barn och bland unga vilket ger en signal om behovet av tidiga insatser som främjar psykisk hälsa i dessa grupper (ref. 50). Att tidigt identifiera och rikta insatser till barn och unga med psykisk ohälsa ökar troligtvis förutsättningarna för denna målgrupp att hantera sin livssituation, och även skolgång. Här är en samverkan mellan kommunens och regionens verksamheter nödvändig för att samlat kunna bemöta problematiken utifrån barnet och den ungas behov.

Slutligen kan det konstateras att kommunens befolkning uppvisar jämförelsevis negativa siffror på flera av de hälsoindikatorer som kartlagts. Folkhälsomyndigheten beskriver skillnader i utbildningsnivå som främsta faktor för att förklara varför hälsoklyftorna ökat under de senaste åren i Sverige. Återstående medellivslängd och dödlighet i ett flertal diagnoser ökar mellan grupper med för- respektive eftergymnasial utbildning, och skillnaderna ökar också när det gäller andel elever som går ut årskurs 9 med behörighet till gymnasiet (ref. 51). Utbildning är således en viktig faktor att beakta i arbetet för att förbättra folkhälsan och minska skillnader i hälsa i Lilla Edets kommun.

Befolkningens levnadsvanor

För att uppnå en så god och jämlik hälsa som möjligt är det viktigt att befolkningens levnadsvanor är hälsosamma. Riskfaktorer så som alkoholkonsumtion, rökning, osunda kostvanor och fysisk inaktivitet är välkända för att påverka hälsan negativt. Dessa faktorer ökar risken för att drabbas av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och cancer.

Levnadsvanor grundläggs tidigt i livet och därför är det extra viktigt att lägga fokus på att barns och ungas levnadsvanor blir hälsofrämjande. Det kan göras genom att till exempel arbeta hälsofrämjande i arenor som barn och unga vistas mycket i, tillgängliggöra fysisk aktivitet för alla barn och unga samt informera och vägleda vårdnadshavare till hälsosamma levnadsvanor i vardagen.

I det här avsnittet kartläggs vuxnas vanor kring kost och motion samt ungdomars och vuxnas alkohol-, tobak- och narkotikavanor. Avslutningsvis tas också problem med spel om pengar upp vilket kommunen blev ålagda att arbeta förebyggande med 2018 då det infördes i socialtjänstlagen.

BEFOLKNINGENS LEVNADSVANOR BESKRIVS OCH MÄTS MED:

- Matvanor
- Fysisk aktivitet och långvarigt stillasittande
- Alkohol
- Tobak
- Narkotika

AKTUELLA GLOBALA MÅL



I KORTA DRAG

- Att äta frukt och grönt mer än tre gånger per dag anses ha positivt samband med en i övrigt hälsosam kosthållning. 15% av befolkningen i Lilla Edets kommun uppger att de äter frukt och grönt mer än tre gånger per dag.
- Vuxna rekommenderas att vara fysiskt aktiva minst 2,5 timme/vecka. 55% av den vuxna befolkningen i kommunen uppger att de är fysiskt aktiva i den utsträckningen.
- Långvarigt stillasittande är ett ökande hälsoproblem i Sverige. I kommunen uppger 43% av befolkningen att de är stillasittande mer än sju timmar per dag.
- Cirka 20% av den vuxna befolkningen i Lilla Edets kommun anger att de har alkoholvanor som anses riskabla. 9% röker dagligen och 10% har använt narkotika.
- Bland ungdomar har andelen som druckit alkohol och som röker minskat sedan 2013.



Matvanor

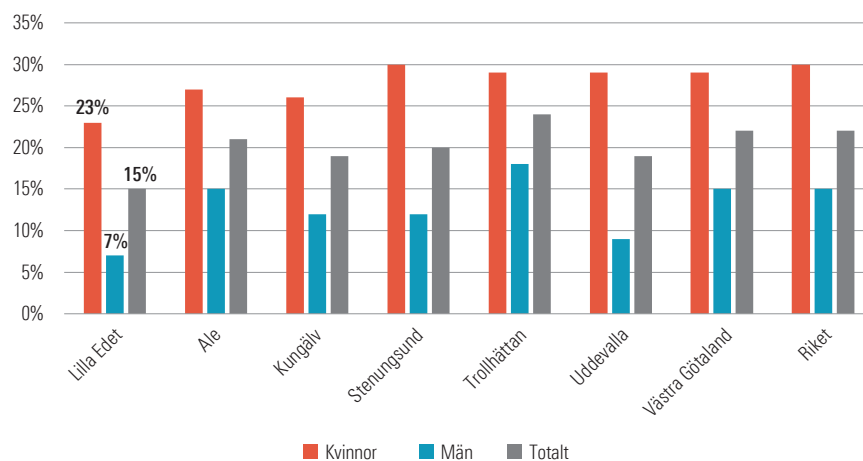
Med hälsosamma matvanor menas att huvuddelen av maten bör komma från vegetabiliska, fiberrika och näringstätta livsmedel (ref. 52). Konsumtionen av mat påverkas av en rad faktorer, så som utbud, pris, sociala normer, kultur och vanor. Sveriges befolkning har generellt sett bra matvanor men skillnader finns mellan olika befolkningsgrupper. Kvinnor äter generellt sett mer hälsosamt än män och ohälsosamma matvanor är vanligare bland personer med låg utbildning och låg inkomst (ref. 41).

För att uppnå en balanserad kost bör vuxna äta minst 500 gram frukt och grönsaker per dag, fisk och skaldjur 2–3 gånger per vecka samt begränsa intaget av socker och sötade drycker. Ett högt intag av frukt och grönt kan bidra till att bibehålla en hälsosam vikt, då det minskar det totala energiintaget. Indikatorn frukt och grönt i diagrammet nedan (dia. 38) visar människors konsumtion av frukt och grönsaker vilket även anses ha ett starkt samband med övriga matvanor (ref. 32).

Den valda indikatorn visar andel individer som uppgett att de äter frukt och grönt mer än tre gånger per dag, vilket ger en antydning på att de kommer upp i rekommendationerna. Enligt Livsmedelsverket motsvarar rekommendationen på 500 gram ungefär fem knytnävstora portioner (ref. 53).

Nationellt och regionalt sett uppgav 22% att de äter frukt och grönt mer än tre gånger per dag (dia. 29). Kvinnor uppgav detta i dubbelt så hög utsträckning som män. I Lilla Edet uppgav 15% av befolkningen, 23% av kvinnorna och 7% av männen, att de äter frukt och grönt mer än tre gånger per dag. Jämfört med referenskommunerna var andelen som uppgav att de äter frukt och grönt mer än tre gånger per dag lägst i Lilla Edets kommun, både för män och kvinnor. Detta indikerar dessutom att befolkningen i låg utsträckning uppfyller rekommendationerna för en hälsosam och balanserad kost i stort.

Diagram 38 Andel individer som äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag 2018. 16–84 år. (källa: VGR, HPLV)



Fysisk aktivitet och långvarigt stillasittande

All form av fysisk rörelse kan påverka hälsan positivt. WHO rekommenderar att vuxna ska vara fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka med minst måttlig intensitet för att förebygga ohälsa (ref. 52). Med fysisk aktivitet menas aktiviteter som träning och idrott men också friluftsliv, trädgårdsarbete och aktiva transportsätt i vardagen i form av promenader och cykling (ref. 54).

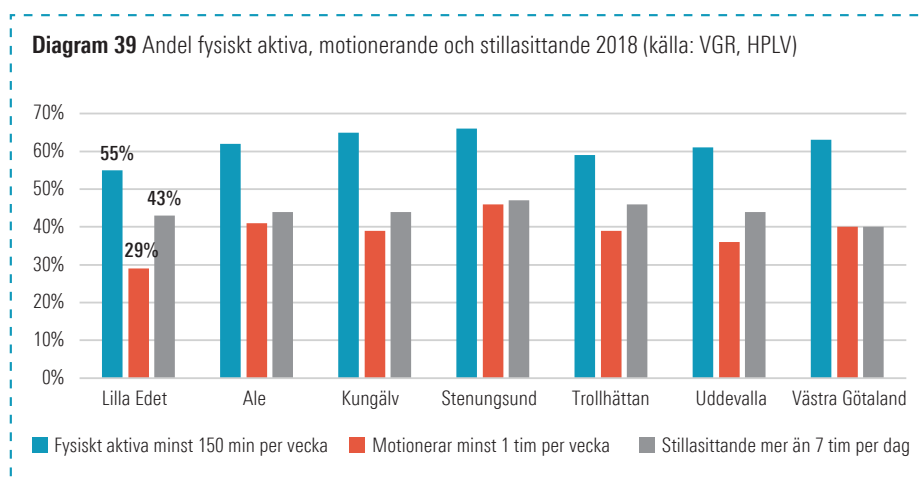
Fysisk aktivitet, framförallt den som utövas på fritiden, varierar mellan olika socioekonomiska grupper. Andelen med hög fysisk aktivitet är vanligare bland personer med eftergymnasial utbildning, än bland personer med förgymnasial utbildning. Fysisk aktivitet är även vanligare bland yngre personer (16–29 år) än äldre personer och mer vanligt i storstäder och storstadsnära kommuner än andra kommungrupper (ref. 41). I Lilla Edets kommun uppgav 55% av befolkningen att de var fysiskt aktiva minst 150 minuter i veckan under 2018 (dia. 39). I jämförelse med referenskommunerna och snittet för Västra Götaland är andelarna i Lilla Edets kommun lägre även om skillnaderna i vissa fall är små.

I diagrammet nedan redovisas även andelen som uppgett att de motionerar så att de blir andfådda och svettiga minst en timme per vecka. Att ha god fysisk kapacitet som kondition och styrka är en delkomponent i hälsobegreppet. Vid motionsträning på hög intensitetsnivå ges en större konditionsförbättring än vid motionssträning på måttlig intensitetsnivå (ref. 54). I Lilla Edet är det 29% som angett att de motionerar på hög intensitetsnivå minst en timme i veckan. Det är en lägre andel i jämförelse med referenskommunerna och snittet för Västra Götaland.

Långvarigt stillasittande är ur ett hälsoperspektiv ett växande problem för befolkningen nationellt sett. En del av det beror på att människor har allt mer stillasittande arbeten idag och en annan del beror på att människor ägnar sig åt mer skärmbundna aktiviteter på fritiden. Forskning visar att långvarigt dagligt stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet och motion, innebär en ökad risk för flertalet folksjukdomar samt förtida död. Stillasittande är således inte samma sak som brist på fysisk aktivitet, utan de bör ses som två separata beteenden med delvis oberoende betydelse för utfallet av hälsa och sjukdom. Långvarigt stillasittande ersätter framför allt den lågintensiva vardagliga aktiviteten, som exempelvis aktiva transportsätt. Genom att öka den vardagliga aktiviteten kan ett stillasittande beteende motverkas (ref. 55).

Enligt Folkhälsomyndigheten är stillasittande, sett över hela den vakna tiden, mer vanligt bland dem med eftergymnasial utbildning än bland dem med gymnasial eller förgymnasial utbildning. Däremot är stillasittande fritid vanligare bland personer med kort utbildning än bland dem med längre utbildning (ref. 41). I kommunen uppgav 43% att de är stillasittande mer än sju timmar per dag (dia. 39). Detta är i nivå med andelarna för stillasittande i referenskommunerna och Västra Götaland.

Avseende barns och ungas vanor kring fysisk aktivitet och långvarigt stillasittande saknas data på lokal nivå, förutom idrottande genom föreningar som närmre redovisas under rubriken *socialt och kulturellt deltagande bland unga* i avsnittet *delaktighet, inflytande och sammanhållning*. Det behövs ökad tillgång till statistik avseende barn och ungas motionsvanor och fritidsaktiviteter för att få en bredare bild och bättre förståelse av barns och ungas hälsa, levnadsvanor och livssituation.

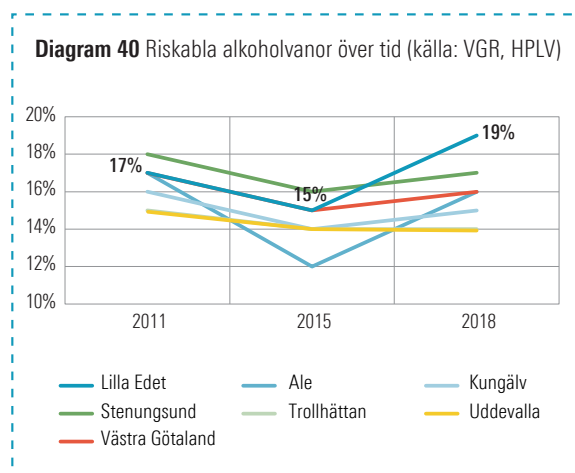


Alkohol

Alkoholkonsumtion är en bidragande faktor till sjukdomar så som cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och leversjukdomar. Riskfylld alkoholkonsumtion ökar dessutom risken för psykisk ohälsa och suicid. Enligt WHO:s beräkningar är riskfylld alkoholkonsumtion en av de fem största riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår. Var femte barn i Sverige beräknas växa upp i ett hushåll med minst en vuxen som konsumerar alkohol i en sådan utsträckning att det bedöms som en risk för den vuxnes och barnets hälsa (ref. 41).

Indikatorn riskkonsumtion av alkohol visar andelen individer i åldrarna 16–84 år vars angivna konsumtion av alkohol medför en ökad risk för alkoholrelaterade skador. Indikatorn fångar in hur ofta en person dricker alkohol och hur mycket personen dricker en typisk dag när hen dricker alkohol samt hur ofta hen dricker sex standardglas alkohol eller fler vid ett och samma tillfälle. Nationellt sett var andelen med riskkonsumtion av alkohol 13% bland kvinnor och 20% bland män år 2018 (ref. 41).

I Lilla Edet har andelen med riskabla alkoholvanor legat relativt stabilt de senaste åren men uppvisade vid jämförelse med Västra Götaland och referenskommunerna en högre andel individer med denna problematik under 2018 (dia. 40). År 2018 uppgav 19% av befolkningen i Lilla Edet, 15% av kvinnorna och 23% av männen, att de har riskabla alkoholvanor.



ALKOHOL OCH UNGDOMAR

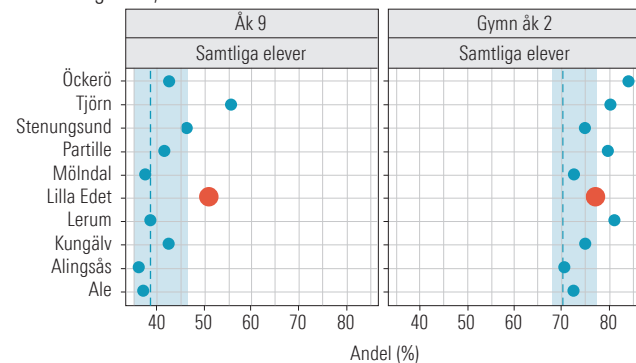
I undersökningen *Skolelevers drogvanor* angav 51% av Lilla Edets elever i årskurs 9 att de druckit alkohol någon gång under det senaste året. Av eleverna i årskurs 2 i gymnasiet angav 77% detta.

I diagrammet bredvid redovisas ungdomars alkoholkonsumtion i jämförelse med kommunerna i HSNV och Västra Götaland (fig. 5). Lilla Edet markeras med en röd punkt. Den streckade linjen markerar andelen unga alkoholkonsumenter i Västra Götaland i sin helhet, och den blåtonade ytan anger spridningen för hälften av kommunerna, de som omger medelvärdet, i Västra Götaland. Andelen elever i årskurs 9 i Lilla Edet som druckit alkohol de senaste 12 månaderna ligger över genomsnittet vid jämförelse med de övriga kommunerna i HSNV och genomsnittet för Västra Götaland. För elever i årskurs 2 i gymnasiet är andelen inom genomsnittet för HSNV men över genomsnittet för Västra Götaland. Sedan 2013 har andelen alkoholkonsumenter i årskurs 9 minskat något medan andelen som konsumerat alkohol i gymnasieskolans årskurs 2 i stort sett varit oförändrad.

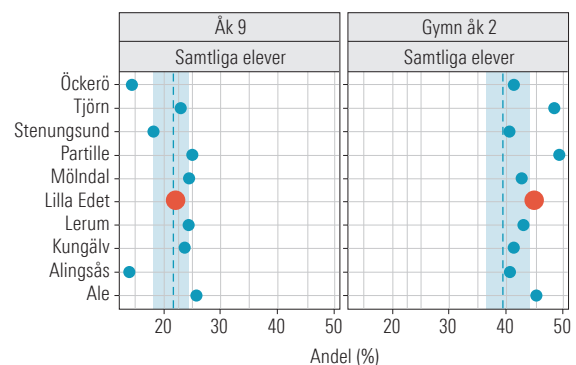
Studier har visat att ett restriktivt förhållningssätt från föräldrar när det gäller alkohol är relaterat till minskat ungdomsdrickande. Föräldrar är således en betydelsefull resurs i det förebyggande arbetet. Inte minst kan föräldrar påverka genom att inte bjuda sina barn på alkohol (ref. 56, 57).

I Lilla Edet uppgav 22% av eleverna i årskurs 9 att de blivit bjudna på alkohol av sina föräldrar någon gång. Bland elever i gymnasiets årskurs 2 uppgav 45% motsvarande. I diagrammet bredvid redovisas resultatet för Lilla Edet jämfört med övriga kommuner i HSNV, fördelat på årskurs (fig. 6). Jämfört med 2013 har andelen elever som bjudits på alkohol av sina föräldrar minskat något.

Figur 5 Andelen elever, fördelat på årskurs, som druckit alkohol någon gång de senaste 12 månaderna (källa: CAN, skolelevers drogvanor)

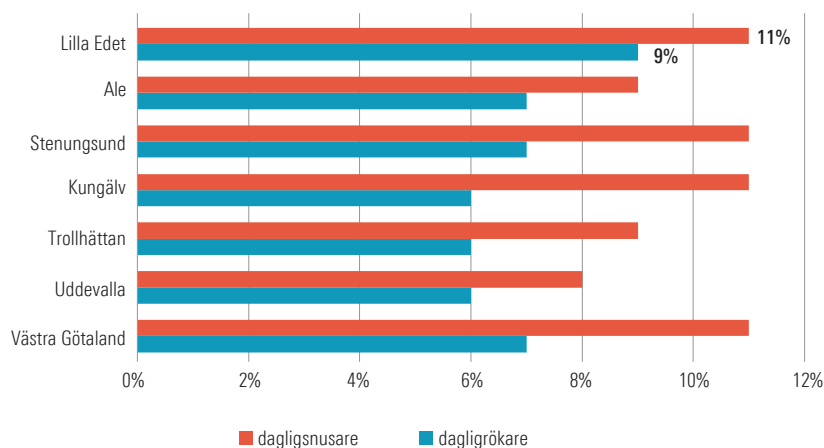


Figur 6 Andel elever, fördelat på årskurs, som angett att de blivit bjudna på alkohol av föräldrar (källa: CAN, skolelevers drogvanor).



Tobak

Diagram 41 Andel dagligrökare och dagligsnusare (källa: VGR, HPLV)



Tobaksrökning ökar risken för ett flertal sjukdomar, däribland flertalet cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, samt sjukdomar och infektioner i andningsorganen. Att utsättas för andras tobaksrök, så kallad passiv rökning, påverkar också hälsan negativt. Passiv rökning ökar risken för exempelvis lungcancer och hjärt- och kärlsjukdom. Tobaksrökningen är en av de främsta förebyggbara riskfaktorerna för sjukdom och för tidig död. Forskning visar att det är ovanligt att börja röka efter 19 års ålder vilket visar att det är viktigt med tidiga insatser och förebyggande arbete för att förhindra att ungdomar börjar röka (ref. 58).

Rökningen i Sverige har minskat bland både män och kvinnor sedan 1980-talet (ref. 6). 2018 var andelen som dagligen röker 7% i den vuxna befolkningen (ref. 58). Bidragande till minskningen av rökningen i Sverige är styrmedel i form av högre skatter och striktare lagar och riktlinjer, samt ett i övrigt utvecklat förebyggande arbete. Minskningen av andelen rökare har dock inte varit lika stor bland de med förgymnasial utbildning som bland dem med högre utbildningsnivåer. Folkhälsomyndigheten menar att detta troligtvis hänger samman med en ökad skillnad i sociala och ekonomiska livsvillkor men även med hur väl olika insatser och kunskap når olika grupper (ref. 51).

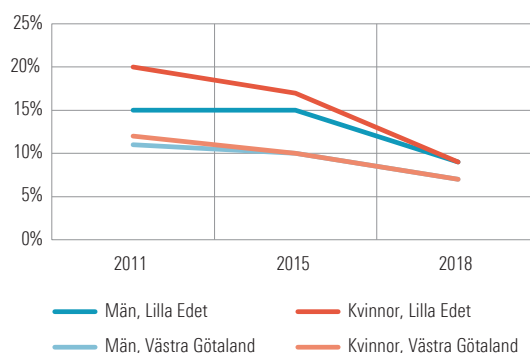
Hälsoeffekterna av snusbruk är inte lika tydligt belagda som för rökning. Det finns dock vetenskapligt stöd för samband mellan snusbruk och typ 2 diabetes, vissa cancersjukdomar samt ökad risk att dö efter hjärtinfarkt eller stroke. Andelen personer i åldern 16–84 år

som uppgav att de snusar dagligen var 2015 nationellt sett 11%, 19% av männen och 4% av kvinnorna (ref. 59).

I Lilla Edets kommun uppgavs 11% vara dagligsnusare och 9% dagligrökare (dia. 41). Sett till genomsnittet för Västra Götaland och referenskommunerna ligger Lilla Edet över genomsnittet för andelen dagligrökare.

Sett över tid går det att se en minskning av dagligrökare bland både män och kvinnor både regionalt och lokalt i kommunen (dia. 42). Minskningen är störst bland kvinnor i kommunen. Under åren 2011 till 2018 minskade andelen kvinnliga dagligrökare med 11 procentenheter. År 2018 uppgavs 9% av både männen och av kvinnorna i kommunen vara dagligrökare.

Diagram 42 Andel dagligrökare och fördelat på kön, 2011–2018 (källa: VGR, HPLV)



RÖKNING I BARNS HEMMILJÖ

Det är välkänt att rökning under graviditet är skadligt för barn på kort sikt. Barn som utsatts för nikotin under graviditeten har högre risk för plötslig spädbarnsdöd, för tidig födsel och låg födelsevikt. Effekterna av att ha utsatts för rökning i fosterlivet på lång sikt är inte lika undersökta men det finns studier som pekar på att det kan finnas samband mellan exponering av tobaksrökning under fosterlivet och risken att drabbas av typ 1-diabetes, övervikt och graviditetsdiabetes senare i livet (ref. 60).

Barn har rätt till en uppväxt fri från tobak. Både WHO:s ramkonvention om tobakskontroll och barnkonventionen ger tydlig vägledning kring detta. Tobakskonventionens målsättning är att skydda nuvarande och kommande generationer mot tobak (ref. 61) och barnkonventionen lyfter barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa (ref. 62).

I Lilla Edets kommun är rökning under graviditet och rökning bland föräldrar under spädbarnstiden betydligt mer förekommande än genomsnittet i Västra Götaland och bland referenskommunerna (dia. 43). Av de kvinnor i kommunen som var gravida 2018 rökte 11% i graviditetsvecka 12 och 7% i graviditetsvecka 32.

Sett till föräldrar som röker under barnets första levnadsår är det vanligare att pappor än mammor röker. Detta gäller både i Lilla Edets kommun, regionen och referenskommunerna. Rökning förekommer dock i högre utsträckning i Lilla Edets kommun. Sett till statistik för barn som föddes 2016 så rökte 16–19% av mammorna och 25–26% av papporna i Lilla Edets kommun under barnets första levnadsår. Det är markant högre andelar jämfört med genomsnittet i regionen och bland referenskommunerna (dia. 44).

Diagram 43 Andel rökande gravid i vecka 12 och 32 (2018)
(källa: Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen)

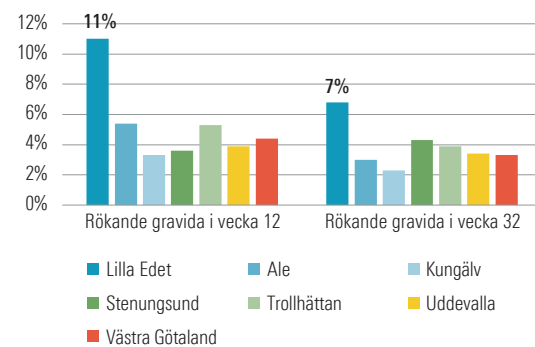
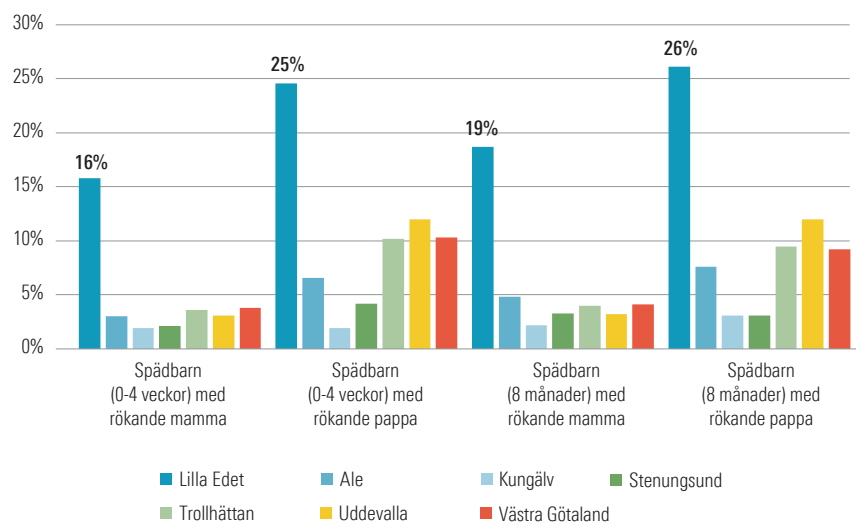


Diagram 44 Andel spädbarn med rökande föräldrar utifrån barn födda år 2016
(källa: Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen)



TOBAK OCH UNGDOMAR

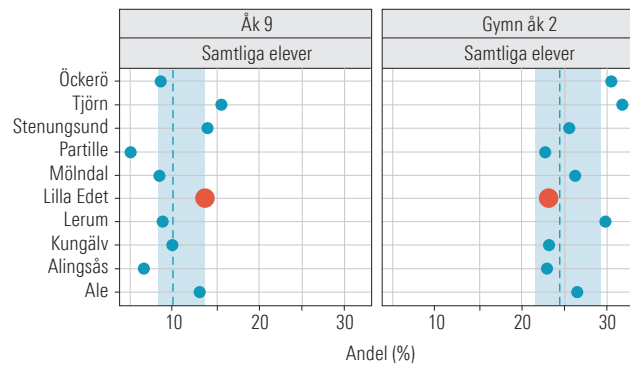
Sedan början av 2000-talet har ungdomars användning av både cigaretter och snus minskat (ref. 58).

Undersökningen *Skolelevers drogvanor* visar att rökning var vanligare bland elever i gymnasieskolans årskurs 2 än bland elever i årskurs 9. I diagrammet bredvid redovisas andelen elever som uppgav att de rökt under de senaste 12 månaderna och fortfarande röker (fig. 7). Från diagrammet kan det utläsas att andelen elever i årskurs 9 i Lilla Edets kommun som uppgav att de röker ligger över genomsnittet för Västra Götaland och HSNV. Avseende elever i gymnasieskolan årskurs 2 låg Lilla Edets kommun under genomsnittet för både Västra Götaland och HSNV.

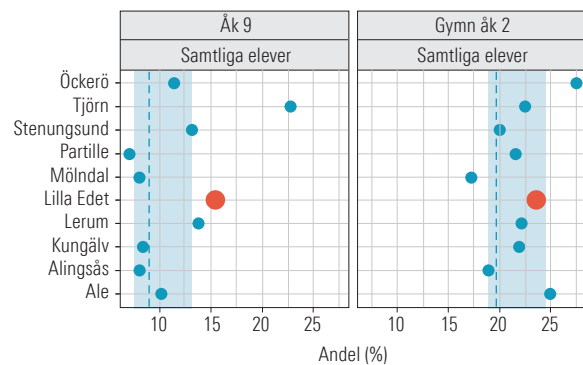
Jämfört med 2013 var andelen rökare i årskurs 9 i stort sett oförändrad till 2019 medan andelen rökare i gymnasieskolans årskurs 2 minskade.

Andelen snusare fördelar sig enligt diagrammet här bredvid inom Västra Götaland och HSNV (fig. 8). Definitionen av en snusare följer samma princip som för rökare. Det vill säga att endast de elever som angett att de har snusat under de senaste tolv månaderna och fortfarande snusar räknas som snusare. Från diagrammet kan det utläsas att andelen snusare i årskurs 9 och i gymnasiet årskurs 2 låg över genomsnittet för såväl HSNV som Västra Götaland. Sett över tid (2013–2019) har andelen snusare ökat i både årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2, men marginellt.

Figur 7 Andel elever som angett att de röker, fördelat på årskurs (källa: CAN, skolelevers drogvanor)



Figur 8 Andel elever som angett att de snusar, fördelat på årskurs (källa: CAN, skolelevers drogvanor)



Narkotika

Narkotikabruk medför ökade risker för skador ur både ett medicinskt och socialt perspektiv. Den totala sjukligheten och dödligheten är mycket högre bland narkotikaanvändare jämfört med övriga befolkningen i motsvarande åldrar. Skadorna kan uppkomma akut eller efter en tids bruk och varierar beroende på substans. Cannabis har genom åren varit den vanligaste narkotikan bland såväl vuxna som bland ungdomar (ref. 63).

I den senaste folkhälsoundersökningen *Hälsa på lika villkor* uppgav 13% i Västra Götaland att de använt narkotika någon gång (dia. 45). I Lilla Edets kommun uppgav något färre, 10%, att de använt narkotika. Både i Västra Götaland och i Lilla Edets kommun uppgav män i högre utsträckning än kvinnor att de använt narkotika. I Lilla Edets kommun uppgav 15% av männen och 6% av kvinnorna att de använt narkotika.

Vid jämförelse mellan Lilla Edets kommun och referenskommunerna var narkotikaanvändningen generellt sett jämnt fördelat, förutom Ale kommun som har en högre andel som använt narkotika, främst bland män.

NARKOTIKA OCH UNGDOMAR

I diagrammet bredvid redovisas andelen elever som uppgett att de använt narkotika någon gång (fig. 9). Från diagrammet kan det utläsas att andelen elever i

årskurs 9 som uppgav att de använt narkotika någon gång i Lilla Edets kommun var högst av kommunerna i HSNV och över genomsnittet för Västra Götaland. Avseende elever i gymnasiets årskurs 2 låg Lilla Edets kommun lägst i förhållande till kommunerna inom HSNV och under genomsnittet för Västra Götaland. Jämfört med 2013 har andelen ungdomar som använt narkotika i årskurs 9 ökat något medan det bland gymnasieskolans årskurs 2 minskade något fram till 2019.

Figur 9 Elever som angett att de använt narkotika, fördelat på årskurs (källa: CAN, skolelevs drogvapor)

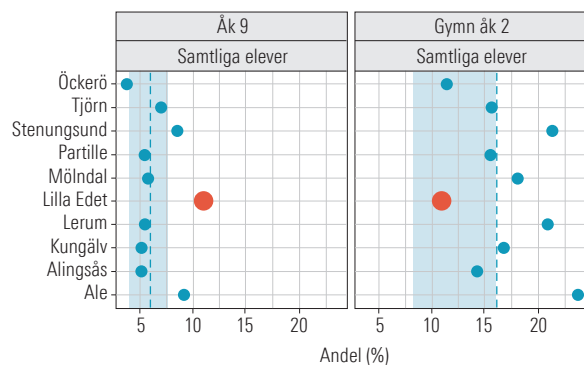
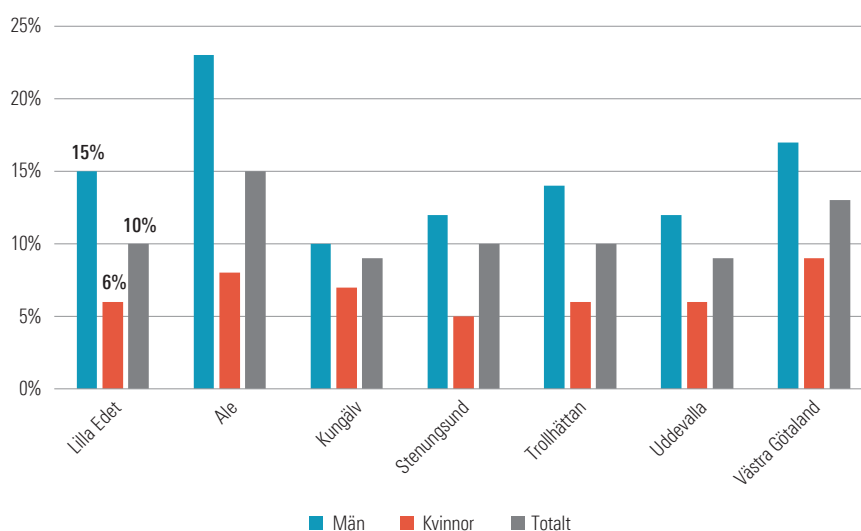


Diagram 45 Narkotikaanvändning uppdelat på kön och totalt 2018 (källa: VGR; HPLV)



Spel om pengar

Från och med den 1 januari 2018 ingår problem med spel om pengar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Därmed är kommuner och landsting ålagda att förebygga spelproblem och erbjuda stöd och behandling till personer som har allvarliga problem med spel om pengar. Kommunerna ska även aktivt motverka att barn och unga spelar om pengar. Trots åldersgränser på 18 år på de flesta spel spelar cirka 20% av 16–17-åringarna, nationellt sett, om pengar minst en gång per år. Av dem är det 3% av som spelar minst varje månad. En stor del av spelandet för unga sker på internet (ref. 64).

Cirka 4% av befolkningen 16–84 år i Sverige har spelproblem. Ofta drabbas inte enbart den enskilda individen utan även nära anhöriga som lever i samma hushåll som den som har spelproblem, får konsekvenser i form av konflikter, stress, dålig ekonomi med mera (ref. 65). Aktuella data för Lilla Edets kommun gällande spelproblem finns inte i dagsläget men det är viktigt att ta spelproblematiken i beaktande i det framtida arbetet för en förbättrad, jämlik och jämställd hälsa i befolkningen.

Nationellt kan man se att spelproblem är ojämnt fördelade mellan olika befolkningsgrupper vilket bidrar till en ojämlig hälsa. Spelproblem drabbar i högre

utsträckning personer med ekonomiskt bistånd, arbetslöshetskassa eller ekonomiska problem. Personer utan stabila och trygga levnadsförhållanden har större risk att utveckla spelproblem. De har också svårare att ta sig ur problemen, när de väl har uppstått (ref. 65).

I CAN:s senaste mätning av skolelevs drogvanor i Västra Götaland uppgav ca 16% av eleverna, 14% av eleverna i årskurs 9 och 19% av eleverna i årskurs 2 i gymnasiet, att de spelat om pengar de senaste 12 månaderna. Betydligt fler pojkar än flickor uppgav detta. Närmre en femtedel av de spelande eleverna i Västra Götaland indikerade på ett problematiskt spelande, dock är enkäten allt för begränsad för att identifiera faktiska tecken på spelproblem. Sett över tid har andelen elever som spelat om pengar i Västra Götaland minskat sedan 2013 och den största minskningen ses bland flickorna. I Lilla Edets kommun uppgav totalt 17% av eleverna, 19% i årskurs 9 och 16% i gymnasieskolans årskurs 2 att de spelat om pengar de senaste tolv månaderna. Andelen elever som spelat om pengar i kommunen har legat på ungefär samma nivå sedan 2013.

SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER

Statistiken kring befolkningens levnadsvanor i Lilla Edets kommun skiljer sig i många fall negativt från genomsnittet i Västra Götaland. En förklaring till det kan vara att den sociala positionen, i Lilla Edets kommun generellt sett är lägre än referenskommunernas, regionens och rikets, och att det påverkar vilket handlingsutrymme befolkningen har att göra och upprätthålla hälsosamma val. Mekaniserna bakom detta är, som tidigare nämnt, att en högre utbildning rustar människor att tillgodogöra sig information, omsätta den till handling och enklare göra hälsosamma val. Samtidigt finns det också i högre utsträckning ett ekonomiskt utrymme att upprätthålla dessa vanor vid högre social position (ref. 15). I föregående avsnitt redovisades att hälsoläget i Lilla Edets kommun är sämre än genomsnittet i regionen och riket. Befolkningen i Lilla Edets kommun har lägre medellivslängd, sämre självskattad hälsa samt högre prevalens av folksjukdomar än det nationella och regionala snittet, vilket bland annat påverkas av befolkningens levnadsvanor. Det är således av stor vikt att ur ett samhällsperspektiv främja goda levnadsvanor och skapa förutsättningar för befolkningen att göra hälsosamma val.

Kartläggningen visar att en ganska liten andel av befolkningen troligtvis uppfyller rekommendationerna för kost och motion. I Lilla Edets kommun uppgav 55% att de är fysiskt aktiva minst 2,5 timme i veckan och 15% att de äter frukt och grönt minst tre gånger per dag. Ungefär en tredjedel uppgav att de motionerar på en ansträngande nivå minst 1 timme per vecka. Värt att nämna är att personer tenderar att skatta dessa typer av indikatorer mer positivt än vad som tillhör verkligheten, vilket skulle kunna betyda att andelarna faktiskt är lägre än vad statistiken visar. Övervikt och fetma, vilket till stor del är en konsekvens av för lite fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, har ökat såväl nationellt som inom kommunen bland både barn och vuxna vilket innebär högre risk för flera sjukdomar. Dessutom är dessa andelar betydligt högre i Lilla Edets kommun. För en förbättrad folkhälsa i kommunen behöver andelarna som uppfyller rekommendationerna för kost och motion således öka.

Levnadsvanor kopplat till alkohol- tobak- och narkotikabruk har även dessa kartlagts för både

den vuxna befolkningen och skolelever i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2. I den vuxna befolkningen har andelen med riskabel alkoholkonsumtion ökat de senaste åren medan den generella alkoholkonsumtionen bland ungdomar har minskat. Dock är andelarna högre för både vuxna och ungdomar i Lilla Edets kommun än snittet i Västra Götaland. Tobaksrökningen ligger på ungefär samma nivå som i Västra Götaland och har dessutom minskat bland både vuxna och ungdomar de senaste åren. Det kan dock konstateras att det i Lilla Edets kommun är procentuellt betydligt fler gravida som röker och att det är procentuellt fler spädbarn som utsätts för tobaksrök i hemmet under sitt första levnadsår jämfört med regionsnittet och referenskommunerna. De risker som detta innebär för foster och spädbarn bör tas på största allvar och förebyggas genom åtgärder riktade till blivande föräldrar. Narkotikabruket bland kommunens vuxna befolkning skiljer sig inte från referenskommunerna och Västra Götaland. Gällande skolungdomarna är det svårt att dra några slutsatser kring narkotikabruket då det statistiska underlaget är för litet.

Sammantaget skiljer sig nulägesbilden och utvecklingstrenden i kommunen i många fall negativt från genomsnittet i Västra Götaland. Det finns således stora behov av att förbättra förutsättningarna till goda levnadsvanor för befolkningen i Lilla Edets kommun. De val som människor gör kopplat till levnadsvanor påverkas både av personliga preferenser och det handlingsutrymme man har (ref. 66). Det bör således inte anses tillräckligt att förse individen med kunskap och insikt om hälsorelaterade levnadsvanor. Att bygga upp ekonomiska, sociala och fysiska miljöer för hälsosamma levnadsvanor i kommunen bör prioriteras för att skapa förutsättningar för ett gott liv och fler friska levnadsår hos invånarna. Då levnadsvanor etableras tidigt i livet är det extra viktigt att rikta insatser till barn och unga samt deras familjer. Insatser redan under barnets tidiga år skulle dessutom troligtvis ge störst långsiktiga effekter ur ett samhällsperspektiv. Det är dessutom betydligt svårare att förändra och minska socioekonomiska skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor i vuxen ålder (ref. 8).

Delaktighet, inflytande och sammanhållning

Att vara del i ett socialt sammanhang, ingå i sociala nätverk, känna delaktighet och bli sedd och hörd är centrala skyddsfaktorer för människors hälsa. Delaktighet och inflytande skapar förutsättningar för att förstå samhället man lever i och känna sammanhang och meningsfullhet.

Möjligheten till delaktighet påverkas av resurser så som tid, pengar och kunskap. Dessa resurser är i sin tur beroende av faktorer som arbete, utbildning och sociala relationer. Tillgången till dessa resurser är ofta ojämnt fördelade i samhället vilket leder till att olika grupper har olika möjligheter till delaktighet och inflytande. Personer med hög socioekonomisk position upplever i högre grad än personer med låg socioekonomisk position att de har bättre kontroll och mer inflytande över både sina egna livsvillkor men även över samhället i stort. De upplever också i större utsträckning gemenskap och delaktighet (ref. 67).

Brist på delaktighet och inflytande kan skapa en känsla av maktlöshet och utanförskap vilket kan påverka människors hälsa negativt. För att uppnå en jämlik hälsa är det därför av stor vikt att arbeta för att skapa goda förutsättningar för att alla ska känna sig delaktiga och ha möjlighet till inflytande. I den här delen av kartläggningen presenteras uppgifter om befolkningens delaktighet och inflytande samt socialt och kulturellt deltagande.

DELAKTIGHET, INFLYTANDE OCH SAMMANHÅLLNING BESKRIVS OCH MÄTS GENOM:

- Demokratisk delaktighet
- Inflytande
- Socialt och kulturellt deltagande

AKTUELLA GLOBALA MÅL



I KORTA DRAG

- Den demokratiska delaktigheten i form av valdeltagande i allmänna val, skiljer sig mellan olika geografiska områden i kommunen men generellt sett har valdeltagandet ökat de senaste valen.
- Lilla Edets kommun uppvisar låga värden avseende invånarnas uppfattning om inflytande i kommunen. Framförallt har medborgarnas uppfattning om deras möjlighet att påverka kommunala beslut och verksamheter minskat från tidigare år.
- Medborgarnas förtroende för kommunens politiker och tjänstemän och möjlighet till påverkan av kommunala beslut och verksamheter anges vara de frågeområden som främst kan höja helhetsbetyget Nöjd-Inflytande-Index
- Känsla av sammanhang och delaktighet är skyddsfaktorer för hälsan. 8% av befolkningen har lågt socialt och kulturellt deltagande vilket är en riskfaktor för hälsoutvecklingen.
- Att delta i organiserade fritidsaktiviteter har stor betydelse för barn och ungas utveckling. Färre barn och ungdomar i kommunen deltar i idrottsföreningar jämfört med referenskommunerna. Sett över tid deltar allt färre ungdomar i kommunens idrottsföreningar.
- I kulturskolan kan barn och unga utöva och utveckla sina estetiska intressen. 2018 deltog 11% av kommunens 7–19-åringar i kulturskolan.



Demokratisk delaktighet

Man kan mäta delaktighet och deltagande i samhället på flera olika sätt. Ofta används deltagande i allmänna val som ett mått på delaktighet då valdeltagandet bedöms vara ett bra mått på människors makt, delaktighet och inflytande. På nationell nivå har unga ett lägre valdeltagande än äldre, men sedan 2006 har förstagångsväljarnas valdeltagande ökat. Vidare har kvinnor ett högre valdeltagande än män och det är fler högutbildade än lågutbildade som röstar. Valdeltagandet följer således social position. Det finns också kopplingar mellan ett högt valdeltagande och en hög självskattad hälsa (ref. 15).

Nationellt sett har valdeltagandet ökat de senaste riksdagsvalen och det gäller även i Lilla Edets kommun. I det senaste riksdagsvalet, 2018, var valdeltagandet 87,2 % på nationell nivå. I kommunen var valdeltagandet något lägre, 84,8%. Vid jämförelse med referenskommunerna var valdeltagandet i Lilla Edet lägre än övriga kommuner men skillnaderna är i många fall små (dia. 46).

Valdeltagandet varierar mellan olika valdistrikt i kommunen. I diagrammet nedan (dia. 47) redovisas valdeltagandet i kommunens olika valdistrikt. Högst valdeltagande var i Hjärtum-Utby, 87,57% och lägst valdeltagande var i Lilla Edet södra, 79,86%. Skillnaden i valdeltagandet i riksdagsvalet 2018 mellan de olika valdistrikten i kommunen uppgick alltså till cirka 8 procentenheter.

Diagram 46 Valdeltagande i riksdagsvalet 2018
(källa: Valmyndigheten)

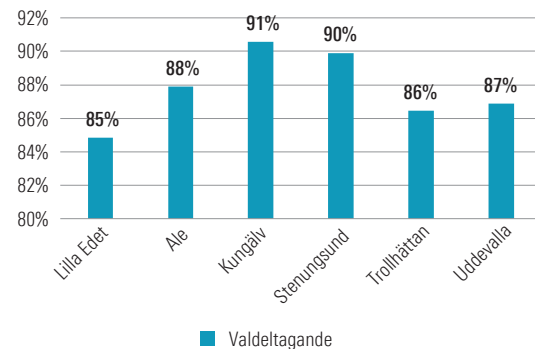
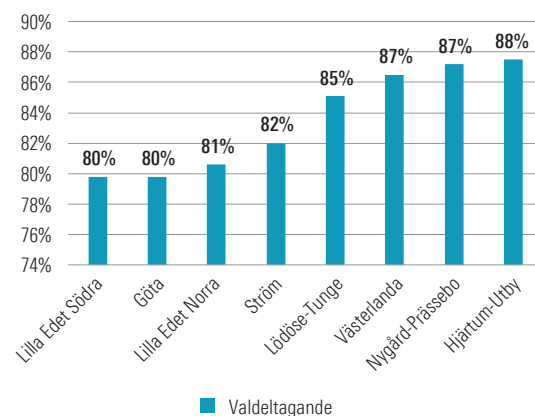


Diagram 47 Valdeltagande i riksdagsvalet 2018 i Lilla Edets kommun, uppdelat på valdistrikt
(källa: Valmyndigheten)



Inflytande

För att mäta medborgarnas upplevelse av inflytande används betygsindexet Nöjd-Inflytande-Index (NII) som är ett mått på hur medborgarna bedömer möjligheterna till inflytande över kommunala beslut och verksamheter. Statistiken kommer från SCB:s *Medborgarundersökning* som genomfördes 2019. Betygsindex går från 0–100 där 100 innebär total nöjdhet. Värden under 40 klassas som ”inte godkänt”, gränsen för ”nöjd” går vid 55 och 75 eller högre tolkas som ”mycket nöjd”.

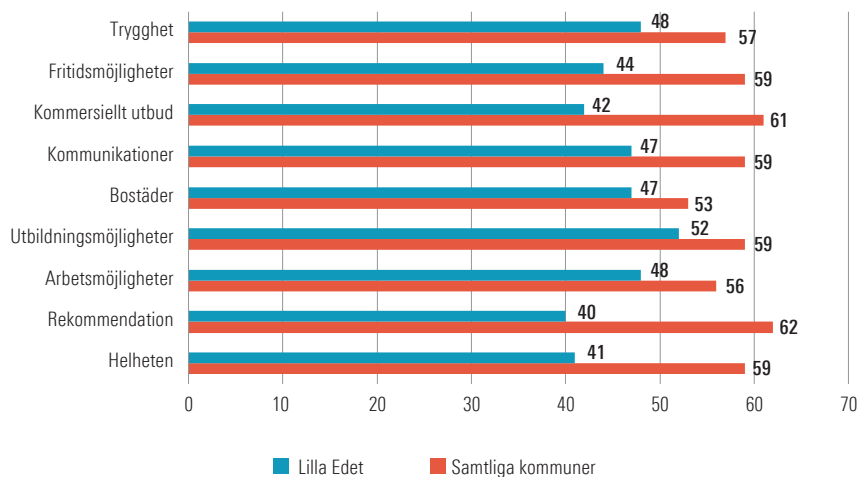
Det sammanfattade betygsindexet för hur medborgarna bedömde möjligheterna till inflytande i Lilla Edets kommun var 30. Det innebär att Lilla Edets kommun låg under gränsen för ett godkänt resultat i undersökningen. Det samlade värdet för samtliga kommuner som deltog i undersökningen 2019 var 39 vilket kan tolkas som att medborgare i Sverige generellt sett inte är nöjda med deras möjligheter till inflytande över kommunala beslut och verksamheter men att Lilla Edets kommun låg under det generella värdet. År 2014 var NII för Lilla Edets kommun något högre, 34. Jämfört med medborgarundersökningen som gjordes 2014 har frågeområdet Påverkan fått lägre betygsindex. Det kan tolkas som att medborgarna upplever att deras möjlighet att påverka kommunala beslut och verksamheter har minskat, men skillnaden i indexet från 2014 och 2019 är inte en säkerställd förändring så tolkningar ska göras med stor försiktighet. Frågeområdena gällande medborgarnas

förtroende för kommunens politiker och tjänstepersoner och möjlighet till att *påverka* kommunala beslut och verksamheter är de frågeområden som främst skulle kunna höja helhetsbetyget Nöjd-Inflytande-Index.

I Medborgarundersökningen undersöktes också hur medborgarna ser på Lilla Edets kommun som en plats att bo och leva i. Undersökningen innefattar frågeområden gällande bland annat utbildning- och arbetsmöjligheter, trygghet, kommunikationer och fritidsmöjligheter, men även hur nöjd man är med kommunen i dess helhet och hur väl kommunen uppfyller medborgarnas förväntningar. I diagram 48 redovisas betygsindex för samtliga frågeområden i Nöjd-Region-Index (NRI).

Det samlade betygsindexet för hur medborgarna bedömde Lilla Edets kommun som en plats att bo och leva på är 41. Motsvarande för samtliga kommuner som var med i undersökningen är 59. NRI för Lilla Edets kommun är alltså lägre jämfört med genomsnittresultatet. 14% av medborgarna i Lilla Edets kommun angav att de starkt kan rekommendera vänner och bekanta att flytta till kommunen medan 46% vill avråda från det. För Lilla Edets kommun är det främst förbättringar av betygsindexen för frågeområdena *Bostäder*, *Fritidsmöjligheter* och *Kommunikationer* som kan höja helhetsbetyget NRI.

Diagram 48 Betygsindex för samtliga frågeområden (Nöjd-Region-Index) 2019
(källa: SCB, Medborgarundersökning)



Socialt och kulturellt deltagande

För att människor ska uppleva sammanhang och meningsfullhet behöver de känna sig socialt delaktiga. Det kan exempelvis innebära att delta i föreningsliv eller att ta del av kulturutbudet. Ett centralt begrepp i detta är KASAM - känsla av sammanhang och meningsfullhet. Ju högre KASAM en person har desto större är chansen att personen håller sig frisk och mår bra. Att det sociala deltagandet har betydelse för hälsan beror bland annat på att personer med starka sociala band till familj och omgivning lever längre, har en bättre hälsa och återhämtar sig fortare från sjukdom än socialt isolerade personer. Personer som är mer socialt delaktiga har också oftare mer hälsosamma levnadsvanor än de som är socialt isolerade (ref. 15).

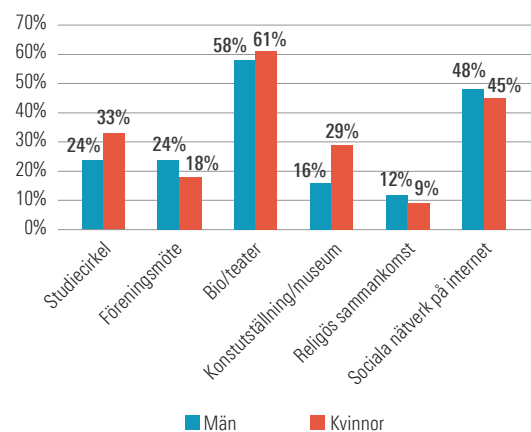
I folkhälsoenkäten undersöktes befolkningens sociala och kulturella deltagande. Resultatet för Lilla Edets vuxna befolkning beskrivs enligt diagram 49. Av diagrammet kan man utläsa att kvinnor uppgav sig vara mer aktiva i framförallt studiecirkel och besök på konstutställningar/museum medan män framför allt uppgav sig vara mer aktiva i föreningsmöten.

I SCB:s *Medborgarundersökning* undersöktes medborgarnas åsikt om kommunens kulturverksamheter så som bibliotek, utställning och konst samt teater och konserter. Det samlade betygsindexet för medborgarnas syn på kulturverksamheterna inom kommunen var 48 vilket är över gränsen för godkänt (betygsindex 40) men under gränsen för nöjda medborgare (betygsindex 55).

Socialt deltagande mäts även genom sin motsats, social isolering, i folkhälsoundersökningen *Hälsa på lika villkor*. Deltagare som anger att de inte deltar i någon av ett stort antal olika uppräknade aktiviteter så som privata tillställningar, sporttillställningar, kurser, sociala aktiviteter på internet, eller föreningsmöten anses leva i relativ social isolering. Det är vanligare bland män inom arbetaryrken och med låg utbildning att ha lågt socialt och kulturellt deltagande. Även personer med funktionsnedsättning har generellt sett ett betydligt lägre socialt och kulturellt deltagande än personer utan funktionsnedsättning (ref. 28). I Lilla Edet svarade 8% på ett sådant sätt så att de anses leva i relativ social isolering, vilket ligger inom medelvärdet för både Västra Götaland och referenskommunerna. Andel socialt isolerade har minskat mellan åren 2011–2018 i Lilla Edets kommun.

Ensamhet i form av social isolering ökar med åldern. När människor blir äldre minskar det sociala deltagandet vilket kan påverka hälsan negativt. Ofrivillig

Diagram 49 Kvinnor och mäns deltagande i sociala och kulturella aktiviteter, 2018 (källa: VGR; HPLV)



ensamhet är kopplat till nedsatt psykiskt välbefinnande och ökad förekomst av andra besvär som ångslan, oro, ångest och sömnbesvär (ref. 41). Av personer 65 och äldre i Lilla Edets kommun som har hemtjänst var det 62% som uppgav att de besvärades av ensamhet. Denna andel var högre än snittet för riket och regionen som låg på 53 respektive 54 procent (ref. 19). Ingen statistik finns dock att tillgå för hela gruppen äldre i kommunen.

SOCIALT OCH KULTURELLT DELTAGANDE BLAND BARN OCH UNGA

Att delta i fritidsaktiviteter har stor betydelse för barns och ungas utveckling. En strukturerad fritid där unga deltar i aktiviteter tillsammans med en vuxennärvaro genererar en positiv utveckling för barn och unga. Om barn och unga spenderar mycket av sin fritid utan vuxna ökar risken för destruktiva beteendemönster (ref. 68).

Kulturskolan är en frivillig verksamhet för barn och unga som vill utveckla sin kreativitet inom ämnesområdena musik, sång, dans, film, teater samt bild och form. År 2018 var 11% av Lilla Edets unga medborgare (6–19 år) delaktiga i kulturskolan. Fler tjejer än killar deltog i kulturskolans kurser. Sett över de senaste åren har deltagandet i kulturskolan varierat mellan 9–15% bland kommunens unga medborgare (ref. 19). Jämförs barn och ungas deltagande i kulturskolan i Lilla Edets kommun med referenskommunerna kan det konstateras att deltagandet i kommunen är högt, endast kulturskolan i Trollhättan hade ett procentuellt högre deltagande på 13% (ref. 19).

Idrottsföreningar är en annan vanlig arena för socialt deltagande bland barn och unga. I Centrum för idrottsforskningens uppföljningsrapport *Statens stöd till idrotten* framkommer det att det finns socioekonomiska kopplingar mellan barns och ungas föreningsidrottande och föräldrars sociala position. Andelen unga som idrottar i föreningar är högst i socioekonomiskt starka grupper och lägst i socioekonomiskt svaga grupper. Indikationen är att ojämlikheten i föreningsidrottande är större bland flickor än bland pojkar (ref. 69).

Sett till antal deltagartillfällen i idrottsföreningar i Lilla Edets kommun är killar mer aktiva än tjejer. År 2018

uppmättes antal deltagartillfällen i idrottsföreningar till 19 per invånare för killar och 14 per invånare för tjejer. Sett över tid har dock deltagandet i idrottsföreningar sjunkit bland både killar och tjejer i kommunen (ref. 19). Jämförs barns och ungas deltagande i idrottsföreningar med referenskommunerna kan det konstateras att barn och unga i Lilla Edets kommun deltog i lägre utsträckning. I genomsnitt deltog individer mellan 7–20 år 33 gånger per år i idrottsföreningarnas aktiviteter i referenskommunerna. I Lilla Edets kommun deltog barn och unga i idrottsföreningars aktiviteter ungefär hälften så många gånger (17 gånger per år).



SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER

I rapporten har det nämnts att möjligheten till invånarnas delaktighet och inflytande påverkas av resurser som tillhandahålls genom arbete, utbildning och sociala relationer. Då tillgången till dessa resurser ofta är ojämnt fördelade har olika grupper olika möjligheter till att förstå samhället man lever i och att skapa sig känslor av sammanhang och meningsfullhet. Personer med högre social position upplever i högre grad än personer med låg social position att de har god kontroll och inflytande över både sina egna livsvillkor men även över samhället i stort, samt att de i större utsträckning bär en känsla av gemenskap och delaktighet (ref. 67).

Utifrån kartläggningen har det skapats en bild över invånarnas delaktighet, inflytande och sociala deltagande i samhället. Möjliga förklaringar till varför det ser ut som det gör är kopplat till den socioekonomiska sammansättningen i Lilla Edets kommun. Men det är också viktigt att bära med sig andra perspektiv, så som intersektionalitet, i åtanke i sin reflektion.

I kartläggningen syns att valdeltagandet bland medborgarna i Lilla Edets kommun är i nivå med de genomsnittliga värdena i riket, regionen och referenskommunerna, även om valdeltagandet i kommunen jämförelsevis ligger något lägre. Statistiken visar dock att det finns skillnader i valdeltagande mellan olika valdistrikt. Det är viktigt att belysa dessa skillnader då valdeltagandet är av stor betydelse för medborgare att kunna påverka politiska beslut samt vilken politik som ska föras och därmed påverka ens egen livssituation.

Samtidigt visar Statistikmyndigheten SCB:s *Medborgarundersökning* från 2019 att medborgarnas upplevelse av möjligheter till inflytande över kommunala beslut och verksamheter är låg. För att höja helhetsindexet Nöjd-Inflytande-Index bör frågeområdena förtroende för kommunens politiker och tjänstepersoner samt påverkan över kommunala beslut och verksamheter prioriteras. Ett sådant arbete skulle kunna gå hand i hand med satsningar för att öka valdeltagandet, framförallt i valdistrikt med lägst deltagande, men även generellt i hela kommunen för att öka delaktigheten i stort. Ytterligare undersökningar behövs även för att förstå de bakomliggande orsakerna till att valdeltagandet skiljer sig mellan

valdistrikt. Enligt Statistikmyndigheten SCB:s *Medborgarundersökning* är skattningen av invånarnas upplevelse av Lilla Edets kommun som en plats att bo och leva i (nöjd-region-index) lägre än genomsnittresultatet. För Lilla Edets kommun är det främst förbättringar av betygsindexen för frågeområdena *Bostäder*, *Fritidsmöjligheter* och *Kommunikationer* som kan höja helhetsbetyget nöjd-region-index. Dessa aspekter kan därav vara extra viktiga att tänka på vid samhällsplaneringen för att främja invånarnas sammanhållning och utveckling för social hållbarhet.

Att invånarna deltar i sociala och kulturella aktiviteter är viktigt för att de ska känna sammanhang med sin omgivning och ges möjlighet till att skapa sociala relationer, vilket i sin tur kan ses som resurser för att få möjlighet till delaktighet och inflytande. I Statistikmyndigheten SCB:s *Medborgarundersökning 2019* fick frågeområdet om kommunens kulturverksamheter betygsindexet 48 vilket ligger över godkäntgränsen men indexet har potential att förbättras ytterligare. Andelen medborgare som inte deltar i några sociala aktiviteter har minskat över tid inom kommunen, och därmed även den sociala isoleringen. Nationellt sett är det vanligare med social isolering bland män inom arbetaryrken och med låg utbildning. Även personer med funktionsnedsättning anges ha ett betydligt lägre socialt och kulturellt deltagande än personer utan funktionsnedsättning. Det är viktigt att ha detta i åtanke och arbeta för allas inkludering när aktiviteter planeras. Ofrivillig ensamhet, vilket även det är kopplat till social isolering, ökar generellt med åldern i en befolkning. Bland äldre som har hemtjänst i Lilla Edets kommun rapporterar en hög andel social isolering i form av ensamhet. Gruppen äldre bör således särskilt beaktas i frågan.

Utifrån kartläggningen kan det konstateras att barn och unga i Lilla Edets kommun i låg utsträckning deltar i organiserade kultur- och idrottsaktiviteter. En samlad bild över barn och ungas fritidsvanor saknas dock i kommunen och bör arbetas fram för att mobilisera framtida insatser. Sådana insatser bör ta hänsyn till att främja inkludering för att ge bästa möjliga förutsättningar för alla barn och unga att utveckla hälsosamma levnadsvanor, samt främja sociala relationer och sammanhållning.

Trygghet och tillit

Trygghet är mycket viktigt för människors välbefinnande. Känsla av trygghet har kunnat kopplas samman med god självskattad fysisk och psykisk hälsa och goda levnadsvanor. Upplevelser av otrygghet är viktigt att motverka då det annars riskerar att skapa segregation och utanförskap – och på så sätt bidra till mer otrygghet.

Även tillit till andra människor har en positiv effekt på hälsan. De som upplever tillit till andra är ofta mindre stressade och mer benägna att delta i sociala nätverk och aktiviteter.

Upplevelsen av trygghet och den faktiska tryggheten i ett område är två olika saker. Ett exempel på detta är att män upplever sig mer trygga utomhus än kvinnor samtidigt som det är fler män som utsätts för brott utomhus. Den faktiska otryggheten är alltså större för män än kvinnor.

I den här delen av kartläggningen kommer medborgarnas upplevda otrygghet och tillit kartläggas, både vad gäller nuläget och utvecklingstrender. Det kommer även redogöras för olika brott och brottsutvecklingen i kommunen.

TRYGGHET OCH TILLIT BESKRIVS OCH MÄTS GENOM:

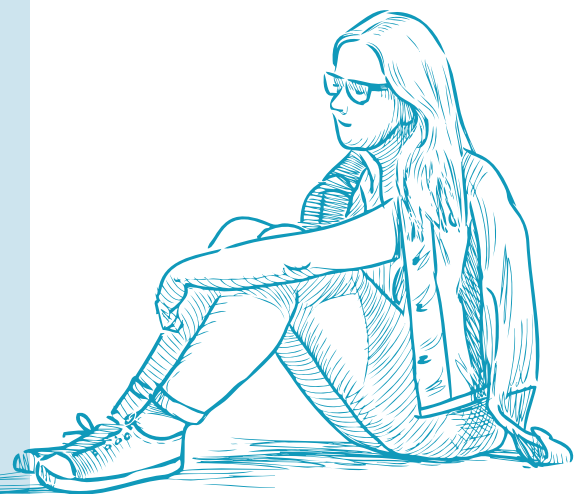
- Upplevd otrygghet
- Lågt socialt kapital
- Anmälda brott
- Våld i nära relation
– mäns våld mot kvinnor

AKTUELLA GLOBALA MÅL



I KORTA DRAG

- Den upplevda otryggheten har ökat i Lilla Edets kommun. Kvinnor upplever otrygghet i mycket högre utsträckning än män.
- Män i Lilla Edets kommun anger i högre utsträckning än män i referenskommunerna att de har lågt socialt kapital vilket innebär att de har låg tillit till andra människor.
- Sett till brottsutvecklingen de senaste åren så har Lilla Edets kommun blivit ett tryggare samhälle. Ser man endast mellan 2018 och 2019 har dock brottsligheten ökat med 6%.
- Tillgreppsbrott (exkl. i butik) som stöld och rån följt av trafikbrott är de vanligaste anmälda brotten inom kommunen. Tillgreppsbrott (exkl. i butik) ökade med 25% mellan 2018–2019.
- Ungdomsbrottsligheten i Lilla Edets kommun visar på en nedåtgående trend. Totalt sett var den lagförda ungdomsbrottsligheten i Lilla Edets kommun strax under genomsnittet för Västra Götaland 2018.
- Mörkertalet för våld i nära relationer är mycket stort. I Lilla Edets kommun anmäldes nio misshandelsbrott mot kvinna i parrelation till förövaren 2019.



Trygghet

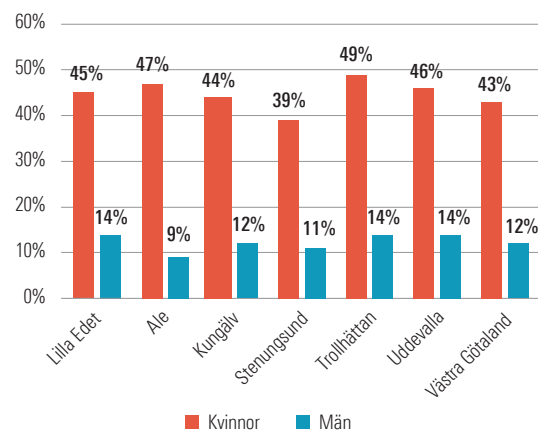
Överlag tyder den nationella trenden på att allt fler känner sig otrygga i sin närmiljö, och att det finns vissa grupper i samhället som upplever större otrygghet än andra. Kvinnor, lågutbildade, lägre tjänstepersoner och utrikes födda är de grupper som ringas in särskilt. Men även personer med funktionsnedsättning, ensamstående och de som bor i flerfamiljshus är mer otrygga än andra grupper. Äldre är också mer otrygga än yngre (ref. 15).

Ett sätt att mäta den upplevda tryggheten i kommunen är genom SCB:s Medborgarundersökning och dess trygghetsindex. I undersökningen mäts en samlad bild av den upplevda tryggheten i samhället genom frågor kring upplevd trygghet utomhus, trygghet mot hot, rån och misshandel och trygghet gällande inbrott i hemmet som tillsammans bildar ett sammantaget index. Lilla Edets kommun betygsindex 2019 var 48 vilket innebär att kommunen låg över gränsen för godkänt (indexvärde 40) men med potential att förbättras (max indexvärde 100). Trygghetsaspekten bör därav prioriteras och förbättras i kommunen för att få tryggare medborgare.

Den upplevda tryggheten i sitt bostadsområde samt otrygghet utomhus mättes även i den nationella folkhälsoundersökningen *Hälsa på lika villkor*. I Lilla Edets kommun uppgav 94% av medborgarna att de känner sig trygga i sitt bostadsområde. Gällande befolkningens upplevelse av otrygghet utomhus var statistiken inte lika positiv och sett över tid har den upplevda otryggheten utomhus ökat i Lilla Edets kommun. I undersökningarna 2011 och 2015 uppgav 21% av befolkningen att de upplever otrygghet utomhus. År 2018 var motsvarande andel 30%. I referenskommunerna och regionen uppgav i genomsnitt 28% av befolkningen att de upplever otrygghet utomhus.

Skillnaden mellan män och kvinnors upplevelse av otrygghet är starkt framträdande i diagram 50. Det är betydligt fler kvinnor än män som känner sig otrygga utomhus. Vid senaste mätningen, 2018, uppgav 45% av kvinnorna och 14% av männen i kommunen att de känner sig otrygga utomhus. Det innebär en könsskillnad på 31 procentenheter. Den upplevda otryggheten har ökat tydligt för kvinnor i kommunen de senaste åren, från 31% 2015 till 45% 2018. Denna markanta ökning kan inte ses bland män där den ökade från 10% 2015 till 14% 2018.

Diagram 50 Upplevd otrygghet utomhus, uppdelat på män och kvinnor, 2018 (källa: VGR; HPLV)



Tillit

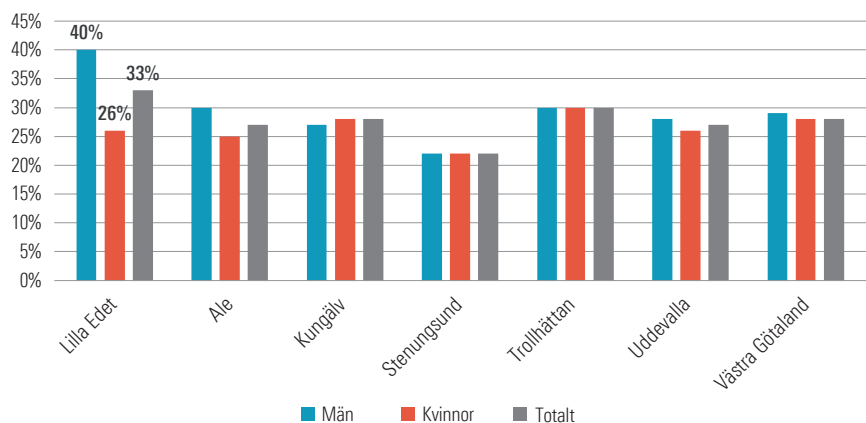
I en rapport om den svenska tilliten konstateras att den mellanmännsliga tilliten i Sverige är hög, till och med bland den högsta i hela världen. Med detta menas att människor i hög grad uppfattar att de, i allmänhet, kan lita på andra människor. Flera studier visar att hög mellanmännslig tillit kan ses som ett slags socialt kapital vilket är centralt i ett välfungerande samhälle. Det gör att samhälleliga beslut blir smidigare, mer effektiva och går fortare (ref. 70).

Sett över tid är den mellanmännsliga tilliten i Sverige stabil men sett mellan olika socioekonomiska grupper, främst mellan grupper med olika utbildningsnivåer, finns det skillnader där de med låg utbildningsnivå i lägre grad upplever att de kan lita på andra människor än vad personer med hög utbildning gör. Bland högutbildade personer är andelen som upplever att de i hög grad kan lita på andra människor omkring 70% jämfört med endast cirka 45–50% bland lågutbildade personer (ref. 70).

För att belysa den mellanmännsliga tilliten på lokal nivå redovisas befolkningens uppfattning kring deras sociala kapital. I den senaste folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* uppgav 33% av medborgarna i Lilla Edets kommun att de hade lågt socialt kapital, alltså att de i allmänhet har låg tillit till andra personer (dia. 51). Sett över tid har andelen med lågt socialt kapital ökat i Lilla Edets kommun. År 2011 uppgav 24% att de har lågt socialt kapital. Sett till skillnader mellan könen angav män i högre utsträckning (40%) än kvinnor (26%) att de har lågt socialt kapital. Män i Lilla Edets kommun angav dessutom i betydligt högre utsträckning än män i referenskommunerna att de har lågt socialt kapital.

Jämfört med referenskommunerna och regionen var andelen med lågt socialt kapital högst i Lilla Edets kommun.

Diagram 51 Andel med lågt socialt kapital, 2018 (källa: VGR, HPLV)



Anmälda brott

Sett till brottsutvecklingen de senaste åren så har Lilla Edets kommun blivit ett tryggare samhälle, då antalet anmälda brott har minskat. Ser man endast mellan 2018 och 2019 är dock brottsutvecklingen en annan; då ökade antalet anmälda brott från 1454 till 1540, vilket innebär en ökning med cirka 6% (dia. 52). Antalet brott i kategorierna våldsbrott, övriga brott mot person, tillgreppsbrott (exkl. i butik) och narkotikabrott ökade mellan 2018 och 2019 medan antalet tillgreppsbrott i butik, skadegörelsebrott, trafikbrott och bedrägeribrott minskade under samma period. Störst minskning ses för bedrägeribrott som minskade med cirka 75% mellan 2018 och 2019. Tillgreppsbrott (exkl. i butik), så som stöld och rån var det vanligaste anmälda brottet inom kommunen 2019. Antalet tillgreppsbrott (exkl. i butik) ökade med cirka 25% från 2018 till 2019 vilket är den största ökningen bland de olika brottskategorierna.

Det är viktigt att poängtera att brottsstatistiken endast visar de brott som anmäls. Det innebär att den anmälda brottsligheten inte är densamma som den faktiska brottsligheten. Mörkertalet är svårt att förutspå då benägenheten att anmäla brott kan variera från år till år och beroende på brottskategori. Detta är viktigt att ha i åtanke när statistiken granskas och jämförs.

UNGDOMSBROTTLIGHET

Skolundersökningen om brott undersöker utsatthet för brott och delaktighet i brott på nationell nivå bland elever i årskurs 9. Undersökningen 2017 visade att

drygt hälften av eleverna i årskurs 9 uppgav att de utsatts för stöld, misshandel, hot, rån eller sexualbrott vid minst ett tillfälle under det senaste året och att skolan var en vanligt förekommande arena för dessa händelser. Bland killar var det vanligast att utsättas för stöldbrott och misshandel, medan det bland tjejer var vanligast att utsättas för sexualbrott och stöld. Ungefär hälften av eleverna uppgav att de begått någon form av stöldbrott, våldsbrott, skadegörelse eller provat narkotika vid minst ett tillfälle under de senaste tolv månaderna (ref. 71).

Unga personer är överrepresenterade i brottsstatistiken över misstänkta för brott och antalet lagföringar. Det är alltså vanligare att begå brott i unga år jämfört med att begå brott under äldre år. Nationellt sett var omkring hälften av de personer som misstänktes för brott under år 2018 29 år eller yngre. Unga personer 15–20 år utgjorde 20% av de misstänkta personerna (ref. 72).

Den övergripande trenden för ungdomar 15–17 år i Lilla Edets kommun som blivit lagförda för brott visar på en nedåtgående trend (dia. 53). Totalt sett var den lagförda ungdomsbrottsligheten i Lilla Edets kommun 19/1000 ungdomar år 2018 vilket var strax under genomsnittet för Västra Götaland.

Diagram 52 Antal anmälda brott 2018, ett urval från Brott mot brottsbalken (källa: Polisen)

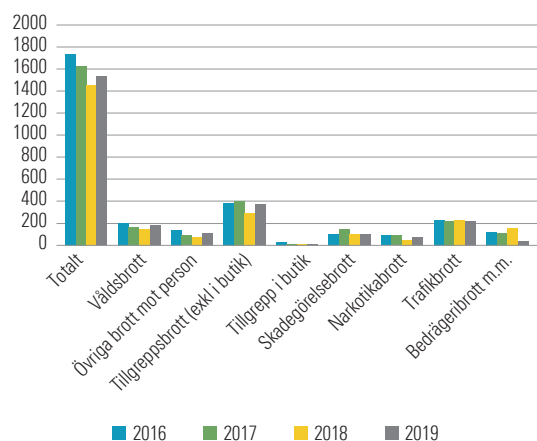
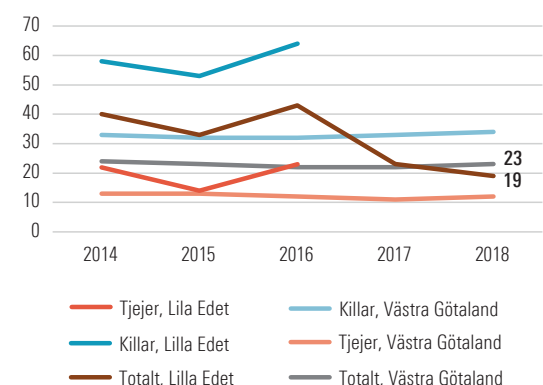


Diagram 53 Antal ungdomar/1000 ungdomar 15–17 år som är lagförda för brott. Data för Lilla Edets killar och tjejer 2017 och 2018 finns ej på grund av sekretess eller för få observationer i gruppen (källa: BRÅ)



Våld i nära relation – mäns våld mot kvinnor

Våld i nära relation är ett samlingsbegrepp för brott där offer och förövare har eller har haft en nära relation. Brotten kan begås genom fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld men kan också vara brott där man tvingar, hotar, stänger in eller befinner sig hemma hos någon utan lov (ref. 73). Våld i nära relation är ett stort samhällsproblem som drabbar både kvinnor och män. Däremot drabbas kvinnor oftare av upprepat och mer allvarligt våld. Förövaren är i majoriteten av fallen en man (ref. 74). Mäns våld mot kvinnor innebär förutom mänskligt lidande även ett hinder för jämställdhet och jämlikhet och en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Utsattheten för våld i nära relation är högst bland personer i åldrarna 16–34 år. Utsatta kvinnor har dessutom ofta sämre ekonomiska förutsättningar än kvinnor som inte blivit utsatta (ref. 75).

När statistiken i detta avsnitt granskas och jämförs är det viktigt att ha i åtanke att mörkertalet är mycket stort för denna brottstyp. Enligt en kartläggning av brott i nära relationer från BRÅ polisanmälde knappt 4% av de som blev utsatta för våld i nära relation 2012 (ref. 75). Dessutom kan våld i nära relation ske på fler sätt än genom misshandel exempelvis genom ofredande, förföljelse och frihetsberövande med mera. Statistiken som presenteras ger alltså en begränsad bild av utsattheten av våld i nära relation. En enhetlig brottskod för samtliga brott i nära relation saknas.

Under 2019 anmäldes i Sverige totalt 10 200 misshandelsbrott där gärningspersonen var i parrelation med offret. Detta motsvarade 17% av alla anmälda misshandelsbrott under året. Av dessa var 8550 misshandelsbrott mot kvinna i parrelation (75). År 2019 anmäldes 131 respektive 100 misshandelsbrott mot kvinna i parrelation till förövaren/100 000 invånare i Sverige och Lilla Edets kommun (dia. 54). Det motsvarade totalt nio anmälningar i Lilla Edets kommun (dia. 55).

Diagram 54 Misshandelsbrott mot kvinna (18 år eller äldre) närstående i parrelation. Antal/100 000inv. (källa BRÅ)

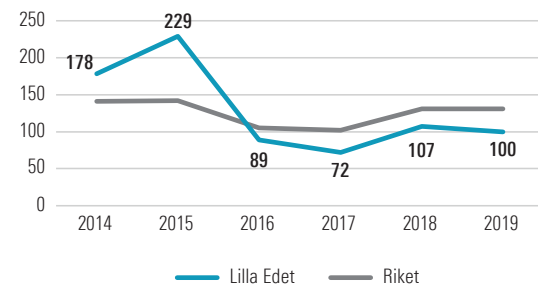
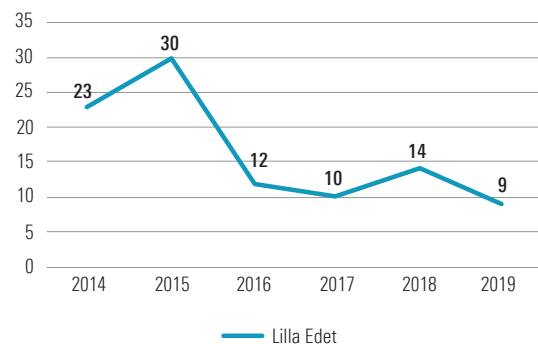


Diagram 55 Misshandelsbrott mot kvinna (18 år eller äldre) närstående i parrelation. Antal per år i Lilla Edet. (källa BRÅ)



SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER

Som tidigare nämnt skapar tillit till andra människor förutsättningar för att känna sig trygg i ett samhälle. Det har även konstaterats att den mellanmännsliga tilliten, alltså det sociala kapitalet, och upplevd otrygghet ser olika ut mellan olika grupper i samhället. Lågutbildade personer upplever i lägre grad att de kan lita på andra människor samt upplever otrygghet än vad personer med hög utbildning gör. Otrygghet upplevs även oftare bland kvinnor, lägre tjänstepersoner och utrikes födda. Personer med funktionsnedsättning, ensamstående och äldre upplever även de en större otrygghet än andra grupper.

Kartläggningen visar att det i Lilla Edets kommun finns tecken på en ökad upplevd otrygghet i kommunen. Främst syns detta kopplat till ökad otrygghet utomhus, men även genom sjunkande resultat i Medborgarundersökningens trygghetsindex 2019. Även om den upplevda otryggheten ses hos båda könen kan det framförallt konstateras att det finns en ökad upplevd otrygghet bland kvinnor. Nästan hälften av kvinnorna i åldern 16–84 år i Lilla Edets kommun uppgav att de känner sig otrygga utomhus. Att könsskillnaden är markant är inte något specifikt för just Lilla Edets kommun utan ses överlag i Sverige. Som tidigare nämnt är dock upplevelsen av trygghet och den faktiska tryggheten i ett område två olika saker. Även om den upplevda otryggheten har ökat i kommunen har den faktiska otryggheten snarare minskat eftersom det enligt brottsstatistiken begås färre brott idag än för några år sedan. Detta gäller även för ungdomsbrottsligheten som idag ligger strax under genomsnittet för Västra Götaland.

Kartläggningen visar även att det finns tecken på ett minskat socialt kapital bland befolkningen i Lilla Edets kommun, där andelarna som uppgett sig ha lågt socialt kapital, alltså en låg mellanmännslig tillit, har ökat över de senaste åren. År 2018 uppgav 33% av medborgarna i Lilla Edets kommun att de hade lågt socialt kapital. En större andel män (40%) än kvinnor (26%) uppgav detta. Jämfört med referenskommunerna och regionen är andelen med lågt socialt kapital högst i Lilla Edets kommun, där männen särskilt sticker ut.

Då socialt kapital skapar förutsättningar för trygghet skulle man kunna tänka sig att den ökade andelen som uppgett sig ha lågt socialt kapital skulle hänga samman med den ökade andelen som upplever otrygghet. Dock är det en större andel män än kvinnor med lågt socialt kapital, men samtidigt en betydligt större andel kvinnor än män som upplever otrygghet. Detta komplicerar alltså det förenklade antagandet. Utbildningsnivå är en annan faktor som visat sig ha betydelse för både tillit och trygghet. Men trots att männen i högre utsträckning är lågutbildade än kvinnorna, är det fortfarande en större andel kvinnor som känner sig otrygga. Detta indikerar på att kön har en starkare koppling än utbildningsnivå när det kommer till trygghetsaspekten.

Man bör således vidare undersöka både tryggheten och tilliten och dess orsaker och samband ur ett intersektionellt perspektiv. Här bör alltså hänsyn tas till att personer kan tillhöra mer än en utsatt målgrupp och därmed uppleva en ännu större utsatthet i relation till övriga befolkningen. Trygghetsaspekten bör framöver även undersökas bland ungdomar i kommunen, samt vidare undersökas genom delområden och i dialog med medborgare för att få en vidare förståelse av vilka områden och platser i kommunen som upplevs otrygga.

Förutom trygghetsaspekten utomhus är det också viktigt att beakta trygghetsaspekten i hemmen. Genom kartläggningen visas att mäns våld mot kvinnor i nära relation är utbrett även i Lilla Edets kommun, även om andelarna tycks ha minskat sett till de senaste fem åren. Det är dock problematiskt att dra några slutsatser kring anmälningar av våld mot kvinna i nära relation med förövaren, då det inte går att veta om förändringar av statistiken beror på ökade eller minskade faktiska brott eller om det beror på anmälningsbenägenhet. Mörkertalet för dessa typer av brott är i allmänhet stort. Då mäns våld mot kvinnor förutom mänskligt lidande även skapar ett hinder för jämställdhet och jämlikhet samt en kränkning av de mänskliga rättigheterna så bör dock ett förebyggande arbete bedrivas där kommunen är en viktig samhällsaktör.

Barns och ungas livsvillkor

I Barnkonventionen, som blev svensk lag 1 januari 2020, fastslås att barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa och goda uppväxtvillkor. Förhållandena under barndomen påverkar inte bara hälsan där och då, utan de har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet.

Förskolan och skolan spelar stor roll i barns utveckling då en del av grunden för deras livsvillkor läggs i dessa arenor. Hemmiljön är dock den i särklass viktigaste och mest grundläggande faktorn för barns utveckling.

Den framtida folkhälsoutvecklingen i Lilla Edets kommun påverkas av nutidens livsvillkor bland barn och unga. Det är därför viktigt att belysa barns och ungas livssituation lite extra för att förstå hur kommunen kan arbeta för att alla barn och unga ska ges lika förutsättningar till ett gott liv. I den här delen av kartläggningen läggs fokus på barn och ungdomars uppväxt- och livsvillkor genom att redovisa statistik kring förskola och skola, men även statistik som rör barns hemmiljö.

BARNS OCH UNGAS LIVSVILLKOR BESKRIVS OCH MÄTS GENOM:

- Förskolan och skolan
- Barn och ungas kompetenser
- Hemmiljö

AKTUELLA GLOBALA MÅL



I KORTA DRAG

- Frånvaro från skolundervisning ökar med stigande ålder i de kommunala skolorna. Mellan årskurs 6 och 7 ses en markant ökning i andel elever med mer än 20% frånvaro. I årskurs 9 hade 23% av eleverna en skolfrånvaro på 20% eller mer.
- 2018 genomfördes en regiongemensam elevenkät som undersökte elevers uppfattningar om skolan. Generellt kan det konstateras att andelen elever med positiv uppfattning om skolan minskar med stigande ålder. Cirka 80% av eleverna i årskurs 2 och 5 uppgav att de i helhet är nöjda med sin skola. I årskurs 9 uppgav cirka 50% att de är nöjda med sin skola.
- Andelen elever i årskurs 6 i kommunen som minst har betyg E i kärnämnen låg över genomsnittet för riket och Västra Götalandsregionen 2019.
- 2019 var 72% av eleverna i årskurs 9 i behöriga till gymnasieskolans yrkesprogram. Det var betydligt lägre än snittet för Västra Götalandsregionen.
- 21% av eleverna i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 uppgav att de upplevt hot om våld eller våld i hemmet en eller flera gånger. Det är en markant högre andel än genomsnittet i regionen.
- Andelen barn som lever i familjer i ekonomisk utsatthet eller med ekonomiskt bistånd har minskat över de senaste åren i kommunen.



Förskolan

Sedan förskolan blev en egen skolform 1998 har antalet inskrivna barn ökat kraftigt. Ökningen visar att förskolan fått en större roll i samhället än tidigare. Nationellt sett är ungefär 85% av alla 1–5 åringar inskrivna i förskolan. Bland ettåringar är det dock många som ännu inte börjat förskolan. Bland tvååringar är andelen 89% och bland tre- till femåringar är 94% inskrivna i förskolan. Av de barn som inte är inskrivna i förskola bor 18% i en familj med låg inkomststandard och 20% är utlandsfödda. Barnen som inte är inskrivna i förskola har oftare föräldrar med högst förgymnasial utbildning (ref. 76). Kommissionen för jämlik hälsa menar att deltagande i förskolan är mest gynnsamt för barn från socioekonomiskt svaga förhållanden och att deltagande i förskolan kan vara betydelsefullt för barns utveckling och lärande långt senare i livet (ref. 77).

Förskolan spelar en viktig roll för barns framtida skolgång då det finns möjlighet att redan i förskolan upptäcka och sätta in tidiga insatser för de barn som behöver. En fungerade vardag i förskolan är också en viktig skyddsfaktor för barn med svårigheter i hemmet (ref. 78). En sammanställning från Folkhälsomyndigheten tyder på att barn som gått i förskola är bättre på språk och matematik och att de har en bättre psykisk hälsa. I vuxen ålder har de också högre utbildningsnivå och en högre inkomst jämfört med barn som inte gått i förskola (ref. 79).

I Lilla Edets kommun finns det tio kommunala förskolor och fyra fristående förskolor. Av barnen i Lilla Edets

kommun var 81% av barnen i åldern 1–5 år inskrivna i förskolan år 2019, varav 16% var inskrivna i förskolor som drivs i enskild regi (ref. 80).

Enligt skollagen ska förskolan vara likvärdig och erbjuda alla barn en förskoleverksamhet av hög kvalitet. Vetenskapsrådet konstaterar att en likvärdig förskola av hög kvalitet kan förbättra barnens hälsa ur ett kortare såväl som ett längre perspektiv samt främja senare skolprestationer och motverka beteendeproblem. En förskola som däremot inte är likvärdig riskerar att reproducera och förstärka segregation och social ojämlikhet (ref. 81).

Folkhälsomyndighetens sammanställning visar bland annat att en högre andel utbildade förskollärare bland personalen kan förbättra barnens utveckling (ref. 79). Idag saknar dock en stor del av personalen en förskollärarexamen. I Lilla Edets kommun är andelen heltidsanställda inom förskolan med förskollärarexamen 41%, vilket är i nivå med snittet i riket. Däremot har endast 17% av heltidsanställda i förskolan inom den enskilda regin en förskollärarexamen (ref. 80).

Analys och bedömningar kan vara relevanta att göra för att säkerställa att förskolan i Lilla Edets kommun är likvärdig och håller den kvalitet som skollagen kräver. Det är också av värde att se till att fler barn går i förskolan för att främja alla barns tidiga möjlighet till utveckling för att stärka förutsättningar till skolgång och hälsa senare i livet.



Grundskolan

Hälsofrämjande och förebyggande arbete är en del av skolans ordinarie verksamhet. Alla inom skolan har ansvar för att elever ska kunna lära, må bra och utvecklas i skolans miljö (ref. 82). Sambandet mellan utbildning och hälsa starkt. Att gå ut skolan med behörighet för vidare studier är en av de mest centrala faktorerna för att etablera ett självständigt liv, komma in på arbetsmarknaden och ha egen inkomst. Det i sin tur leder till högre social position och bättre möjligheter till ett friskt och hälsosamt liv (ref. 83).

I kommunen finns det fyra kommunala grundskolor och en fristående grundskola. Cirka 12% av eleverna i grundskolan är inskrivna i den fristående skolan

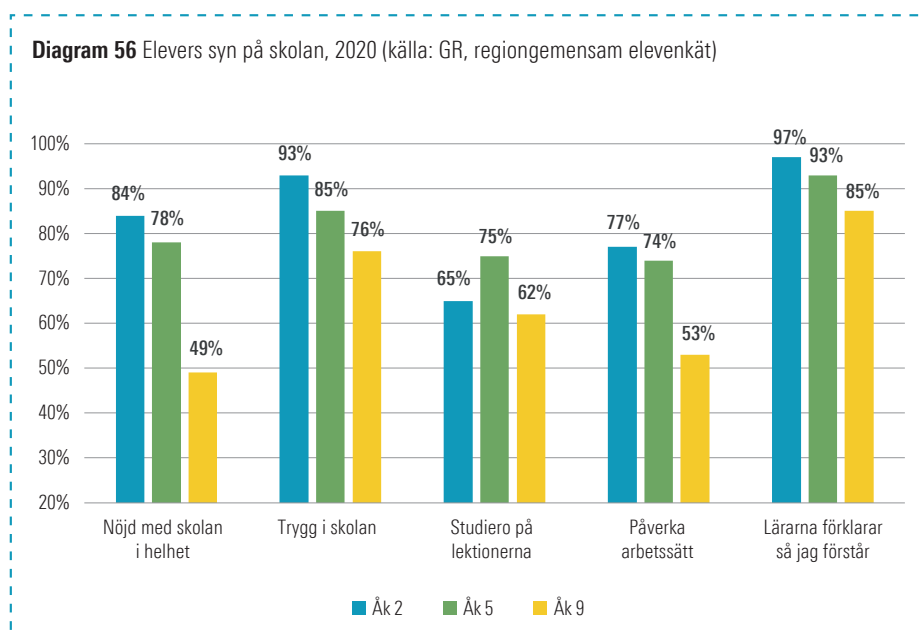
ELEVERS SYN PÅ GRUNDSKOLAN

Trygghet och studiero i skolan är betydelsefullt för hur elever lyckas nå målen i sin utbildning. Enligt skollagen ska alla elever försäkras en trygg och stödjande skolmiljö (ref. 84). Elevers delaktighet är en annan viktig del för att främja god lärandemiljö i skolan. Elever som är delaktiga i skolundervisningen känner ökad motivation att lära sig nya saker. Att arbeta med elevdelaktighet har även visat sig ha betydelse för relationer elever emellan men också för relationen mellan lärare och elever (ref. 84). Undervisningen i skolan ska även styras och ledas utifrån att eleverna kan och vill ta ansvar för sin kunskapsutveckling. Läraren behöver förklara så att eleverna förstår och säkerställa att eleverna kommer igång med sitt skolarbete och bibehåller engagemang i uppgiften (ref. 85).

År 2020 genomfördes den senaste regiongemensamma elevenkäten (GR) som undersöker elevers uppfattningar om trivsel och trygghet, delaktighet och inflytande, skolmiljö, kunskap, lärande samt bemötande i skolan. Enkäten genomförs bland elever i grundskolans årskurs 2, 5 och 9 i alla kommuner i GR¹⁰. Nedan redovisas delar ur resultatet, uppdelat på årskurs, utifrån andel elever i Lilla Edets kommuns skolor som svarat att det stämmer helt och hållet och stämmer ganska bra på påståendena (dia. 56).

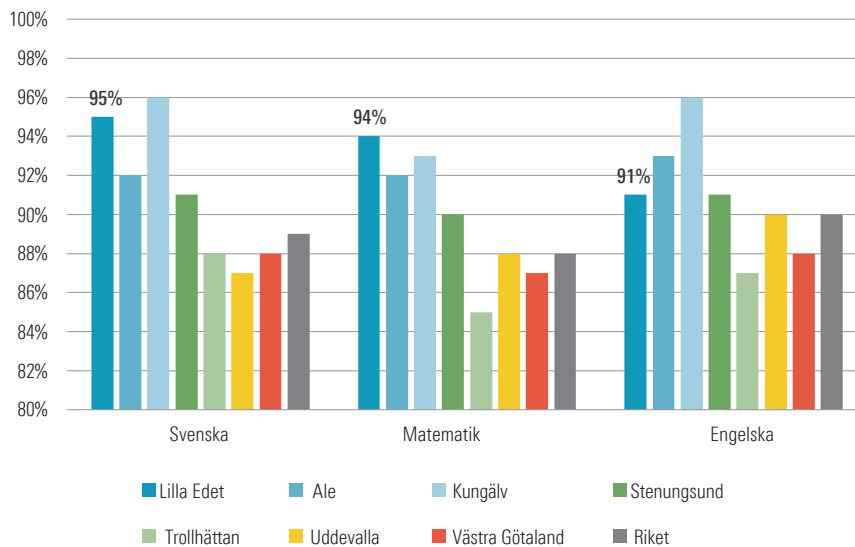
På nästan samtliga frågor sjönk nöjdheten successivt med stigande ålder. Den generella nöjdheten med skolan var betydligt lägre bland elever i årskurs 9 jämfört med årskurs 2 och årskurs 5, vilket speglar sig även i de övriga frågorna. Den generella nöjdheten låg på ungefär samma nivå som snittet för GR i årskurs 2 och årskurs 5, men däremot var resultatet för elever i årskurs 9 betydligt lägre än snittet för GR.

De frågor som fått lågt resultat, alltså en låg grad av nöjdhet bland eleverna, och som dessutom anses ha stor påverkan på den generella nöjdheten pekas ut som områden man bör prioritera i kommunen. För elever i årskurs 2 var denna typ av fråga den om lugn och ro i klassrummet. Andelen elever som uppgett att det är lugn och ro i klassrummet har dessutom minskat sedan 2018 och bör således prioriteras. Detsamma gäller frågan om studiero i årskurs 5 och årskurs 9. För både årskurs 5 och årskurs 9 behöver även resultatet



¹⁰ Göteborgsregionen (GR) är ett samarbete över kommungränser mellan 13 kommuner. Dessa kommuner är Ale, Alingsås, Göteborg, Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungsund, Tjörn och Öckerö.

Diagram 57 Andel elever i årskurs 6 med minst betyg E i respektive ämne 2019
(källa: Kolada, Skolverket)



förbättras för de frågor som rör skolarbetet för att eleverna ska känna sig stimulerade, och frågeområdena som rör elevernas inflytande och delaktighet i klassrummet. För årskurs 9 fick dessutom frågorna om respekt mot varandra, samt om killars och tjejers lika förutsättningar, ett sådant resultat att de bör förbättras. Bland eleverna i årskurs 9 ställde sig 71% negativt till att rekommendera sin skola.

ELEVER I ÅRSKURS 6:S KOMPETENSER

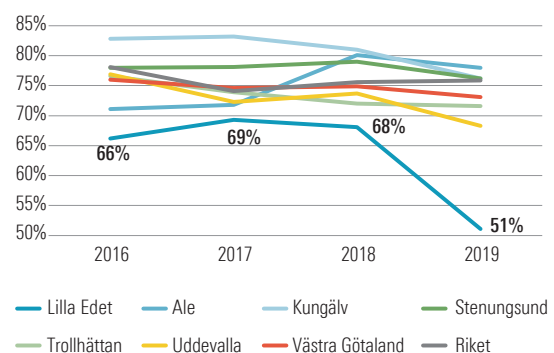
I diagrammet ovan (dia. 57) redovisas andelen elever som fick betyg E och högre i skolämnen svenska, matematik och engelska under 2019. Andelen elever i årskurs 6 i Lilla Edets kommun som minst hade betyg E i dessa ämnen låg över genomsnittet för såväl riket som Västra Götaland. Även i jämförelse med referenskommunerna låg betygsnivån bland eleverna i Lilla Edets kommun över genomsnittet. 95% av eleverna hade godkänt betyg i svenska, 94% hade godkänt betyg i matematik och 91% hade godkänt betyg i engelska. Sett till skillnader mellan könen var andelen tjejer som nådde godkänt betyg i svenska något högre än andelen killar. Omkring 97% av tjejerna och 94% av killarna fick minst E i betyg i svenska under 2019. Vad gäller matematik och engelska var det dock en större andel killar än tjejer som fick betyg E eller högre. I matematik fick 95% av killarna och 93% av tjejerna betyg E eller högre. I engelska fick 94% av killarna och 88% av tjejerna betyg E eller högre.

ELEVER I ÅRSKURS 9:S KOMPETENSER

År 2019 uppnådde 51% av eleverna i Lilla Edets kommun kunskapskraven i alla ämnen. Sett till skolans huvudman (kommunal/enskild) hade den kommunala skolan en lägre andel elever som uppnådde kunskapskraven i alla ämnen i årskurs 9 under 2019. I den kommunala skolan uppnådde cirka 45% av eleverna kunskapskraven i alla ämnen. I den enskilda skolan var motsvarande andel 100% (ref. 80).

Andelen elever som nått kunskapskraven i alla ämnen i Lilla Edets kommun har varit lägre än snittet för riket, regionen och referenskommunerna under åren 2016–2019 (dia. 58).

Diagram 58 Andel elever i årskurs 9 som uppnått kunskapskraven i alla ämnen, utifrån hemkommun (källa: Kolada, Skolverket).



Sett mellan killar och tjejer och över tid har skillnaden mellan könen minskat. År 2016 skiljde det drygt 17 procentenheter mellan andelen tjejer och killar som uppnått kunskapskraven i alla ämnen. År 2019 var skillnaderna mellan könen endast 2 procentenheter, där 52% av tjejerna och 50% av killarna klarade kunskapskraven i alla ämnen. En stor anledning till de minskade skillnaderna är att andelen tjejer som uppnår kunskapskraven har minskat kraftigt. 2016 uppnådde 75% av tjejerna kunskapskraven i alla ämnen, motsvarande för killar var 57% (ref. 19).

GENOMSNISSLIGT MERITVÄRDE

Slutbetygen som sätts i årskurs 9 räknas om till ett meritvärde som används vid ansökan till gymnasieskolan. Meritvärdet baseras på de 17 bästa betygen i elevens slutbetyg. Maxvärdet för meritvärdet är 340 poäng.

2019 var det genomsnittliga meritvärdet bland eleverna i Lilla Edets kommun 196. Sett till skolans huvudman hade den kommunala skolan ett lägre genomsnittligt meritvärde 2019. I den kommunala skolan var det samlade genomsnittliga meritvärdet 185,6. Motsvarande för den enskilda skolan var 246,5. Jämfört med det genomsnittliga meritvärdet i referenskommunerna, regionen och riket har meritvärdet bland eleverna i Lilla Edets kommun varit markant lägre under de senaste åren (dia. 59).

Sett mellan könen och över tid har det genomsnittliga meritvärdet sjunkit bland tjejer men ökat bland killar. Killarnas genomsnittliga meritvärde har ökat från 185 till 191 under åren 2016-2019. Tjejernas genomsnittliga meritvärde har däremot minskat från 236 till 202 under samma tidsperiod (ref. 19).

BEHÖRIGHET TILL GYMNASIESKOLAN NATIONELLA YRKESPROGRAM

För behörighet till ett yrkesprogram krävs godkända betyg i svenska eller svenska som andraspråk, engelska och matematik samt godkända betyg i minst fem andra ämnen. Det innebär att det krävs godkända betyg i sammanlagt åtta ämnen (ref. 86).

År 2019 var 72% av eleverna i Lilla Edets kommun behöriga till gymnasieskolans yrkesprogram. Vid jämförelse mellan den kommunala och enskilda skolan

ses stora skillnader. År 2019 var samtliga elever i den enskilda skolan behöriga till yrkesprogram i gymnasieskolan, medan endast 70% av eleverna i den kommunala skolan var det. Vid jämförelse med referenskommunerna samt genomsnittet för regionen och riket var andelen behöriga till yrkesprogram i gymnasieskolan i Lilla Edets kommun väsentligt lägre år 2019 (dia. 60).

Sett mellan könen och över tid har andelen tjejer med behörighet till yrkesprogram minskat kraftigare än bland killar. År 2019 syntes inte så stora skillnader mellan killars och tjejers behörighet till yrkesprogram medan det år 2016 skiljde det drygt 10 procentenheter mellan könen (ref. 19).

Diagram 59 Genomsnittligt meritvärde baserat på 17 ämnen i årskurs 9, utifrån hemkommun (källa: Kolada, Skolverket)

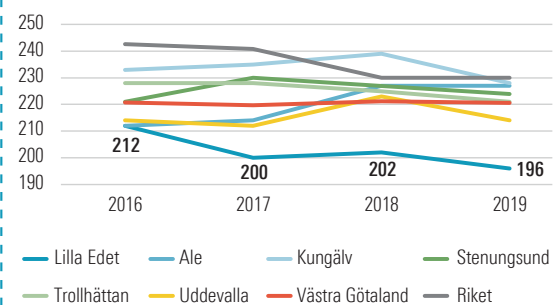
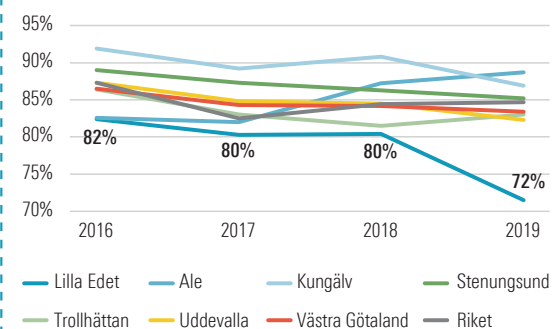


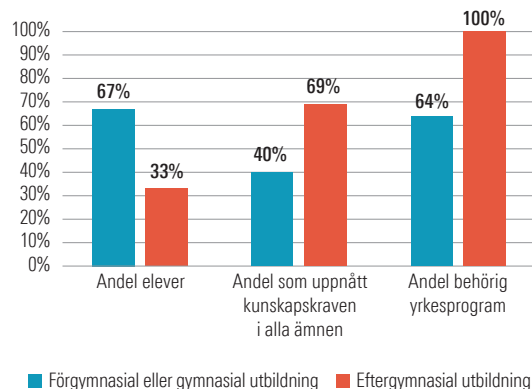
Diagram 60 Andel elever i årskurs 9 som är behöriga till yrkesprogram, utifrån hemkommun (källa: Kolada, Skolverket)



ELEVERNAS KOMPETENSER OCH FÖRÄLDRARS UTBILDNINGSNIVÅ

Analysen av Skolverket visar att elevers socioekonomiska bakgrund har en stor och växande betydelse för deras skolresultat, framförallt för utlandsfödda elever. Av de socioekonomiska bakgrundsfaktorerna är det främst föräldrarnas utbildningsnivå som har den största betydelsen för barnens betygsresultat (ref. 87). Under läsåret 2018/2019 hade majoriteten av eleverna i årskurs 9 i Lilla Edets kommun föräldrar med förgymnasial eller gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå. I diagram 61 framkommer det att eleverna med föräldrar som har eftergymnasial utbildning i högre utsträckning uppnådde kunskapskraven i samtliga ämnen och var behöriga till yrkesprogram i gymnasieskolan i högre utsträckning.

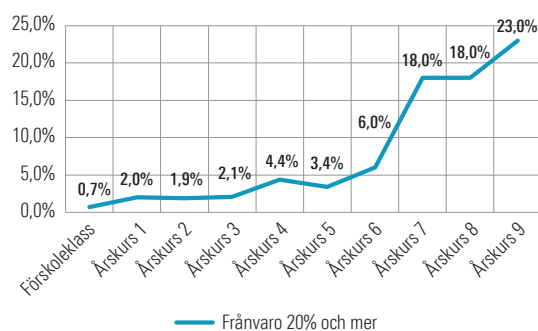
Diagram 61 Slutbetyg årskurs 9 uppdelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2018/2019 (källa: Skolverket)



SKOLFRÅNVARO

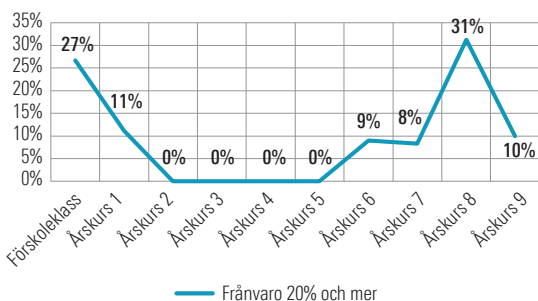
Långvarig eller ofta återkommande frånvaro i skolan kan leda till stora svårigheter för den enskilde eleven att klara kunskapskraven i skolan vilket kan påverka eleven på både kort och lång sikt. När skolfrånvaro för en elev överstiger tio sammanhängande skoldagar eller överstiger 20% av undervisningstiden under en 8-veckorsperiod betraktas den som oroande. Sett till frånvarostatistiken i kommunen för höstterminen 2019 hade totalt 90 elever i den kommunala grundskolan skolfrånvaro i denna utsträckning (dia. 62). Större delen av eleverna, 60 elever, gick i årskurs 7–9. Procentuellt innebär det att cirka 20% av eleverna i högstadiet har en sammanlagd frånvaro av 20% eller mer. I diagram 62 blir det tydligt att andelen elever med denna typ av frånvaro ökar kraftigt från årskurs 6 till årskurs 7. Störst andel elever med oroande frånvaro fanns i årskurs 9 (cirka 23% av eleverna). Dock bör här poängteras att skolfrånvarostatistiken kan skilja sig mellan terminer beroende av enskilda elevgrupper.

Diagram 62 Andel elever i de kommunala grundskolorna med mer än 20% frånvaro uppdelat per årskurs (källa: Skola 24, genom A. Nordgren, verksamhetschef skola Lilla Edet kommun)



I diagram 63 redovisas skolfrånvaro 20% och mer bland elever i den fristående skolan i Lilla Edet. Höstterminen 2019 hade totalt 13 elever i den fristående skolan skolfrånvaro i den utsträckningen. I den fristående skolan var denna typ av skolfrånvaro vanligast i årskurs 8 och i förskoleklass. Trenderna i skolfrånvaro skiljer sig således mellan de olika skolorna. Gällande den fristående skolans statistik bör det poängteras att det går betydligt färre elever i den fristående skolan vilket gör att jämförelser mellan kommunal och fristående skola ska göras med stor försiktighet.

Diagram 63 Andel elever i den fristående skolan med mer än 20% frånvaro uppdelat per årskurs (källa: personlig kommunikation med S. Nadler, rektor på Nya skolan Lilla Edet)



Gymnasieskolan

I Sverige finns det 18 nationella gymnasieprogram som har yrkesförberedande eller högskoleförberedande inriktningar. Därutöver finns också introduktionsprogram som ger elever som inte är behöriga till ett nationellt program en individuellt anpassad utbildning som tillgodoser elevens utbildningsbehov. Inom Introduktionsprogrammen ska eleverna erbjudas utbildning som kan byggas på och leda till studier på nationellt program, annan utbildning eller arbetslivet.

Att ge alla elever förutsättningar att nå gymnasieexamen är en högt prioriterad fråga i Sverige eftersom utbildningen i gymnasieskolan lägger en viktig grund för ungdomars etablering i arbete och övergång till fortsatta studier.

Då det inte finns någon gymnasieskola i Lilla Edets kommun förflyttar sig kommunens gymnasieelever utanför kommunens gränser för sina gymnasiestudier. En del pendlar till och från mellan skola och hem och andra flyttar för att bedriva sina gymnasiestudier på andra orter. År 2019 var 93% av kommunens folkbokförda 16–18 åringar inskrivna i gymnasieskolan. Omkring 46% av dem gick yrkesförberedande program, 38% högskoleförberedande program och 15% introduktionsprogram (ref. 19).

ELEVERS GYMNASIEEXAMEN OCH BEHÖRIGHET TILL HÖGSKOLA

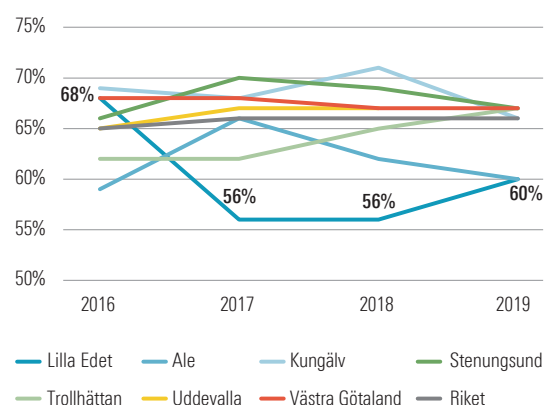
De nationella gymnasieprogrammen pågår under tre år medan introduktionsprogrammet kan variera mellan 3–4 år. I Lilla Edets kommun hade 60% av eleverna gymnasieexamen tre år efter att de antagits till gymnasieskolan år 2019. Det var en lägre andel i jämförelse med riket, regionen samt genomsnittet för referenskommunerna. Sett över tid har andelen gymnasieelever som har examen inom tre år efter att de påbörjat gymnasiestudier minskat i Lilla Edets kommun men trenden tycks ha vänt och är förhoppningsvis på väg uppåt igen (dia. 64). Sett mellan gymnasieprogrammets inriktningar (yrkesförberedande och högskoleförberedande) tar en högre andel elever examen inom tre år på de högskoleförbere-

dande programmen. 2019 tog 79% examen inom tre år på de högskoleförberedande programmen och 56% på de yrkesförberedande programmen. Sett mellan tjejer och killar som läser yrkesförberedande program syns en tydlig skillnad där 63% av killarna och 46% av tjejerna tog gymnasieexamen inom tre år (ref. 19).

Sett mellan könen var andelen tjejer med gymnasieexamen inom tre år något högre än andelen killar. År 2019 hade 62% av tjejerna och 58% av killarna gymnasieexamen inom tre år. Bland tjejer var även en högre andel behöriga till universitet och högskola efter gymnasiestudier än bland killar. År 2019 var 53% av tjejerna och 31% av killarna behöriga till universitet och högskola efter tre år med gymnasiestudier (ref. 19). Detta stämmer väl överens med den skillnad som ses i utbildningsnivå mellan kvinnor och män, där kvinnor i högre utsträckning än män är högutbildade.

Två år efter fullföljd gymnasieutbildning var 77% av ungdomarna i Lilla Edets kommun etablerade på arbetsmarknaden eller antagna för vidare studier. Det är en något högre andel än genomsnittet i riket (ref. 19).

Diagram 64 Gymnasieelever med examen efter 3 år, utifrån hemkommun, 2016–2019 (källa: Kolada, Skolverket)



Hemmiljö

Hemmiljön är den i särklass viktigaste och mest grundläggande faktorn för barns utveckling. Det är av stor betydelse för barnets utveckling att vårdnadshavarna kan erbjuda gynnsamma uppväxtvillkor och ett gott föräldraskap (ref. 88). Goda relationer inom familjen är tillsammans med många andra nära och trygga relationer i barns uppväxtmiljö viktiga byggstenar för tillit och socialt kapital. Redan i uppväxtåren skapar relationer och sociala samspel förutsättningar för den framtida sammanhållningen i ett samhälle. Forskningsresultat visar även att barn som kommer från svåra förhållanden klarar sig bättre om de har trygga relationer till vuxna utanför familjen (ref. 89). Vidare finns det forskning som visar att förutsättningarna under uppväxten i stor utsträckning påverkar våra levnadsvanor och sociala relationer livet ut (ref. 8, 11).

FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

Nedan följer några olika mått på barn-vuxen-relationer i Lilla Edets kommun. Statistiken bygger på enkätundersökningen *Skolelevers drogvanor* och återspeglar således upplevelser från ungdomar i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2.

Undersökningen visar att ungdomar i Lilla Edets kommun generellt sett är nöjda med relationen till sin familj. Omkring 80% av ungdomarna uppgav att de är nöjda eller mycket nöjda med relationen till sin familj. Sett över tid (2013–2019) syns inte några större förändringar. Drygt hälften av ungdomarna (56%) tyckte att de ofta umgås och gör saker med sin familj på fritiden. Vidare uppgav 68% av ungdomarna i Lilla Edets kommun att det är lätt för dem att vända sig till föräldrar eller andra vårdnadshavare, när de vill prata om problem.

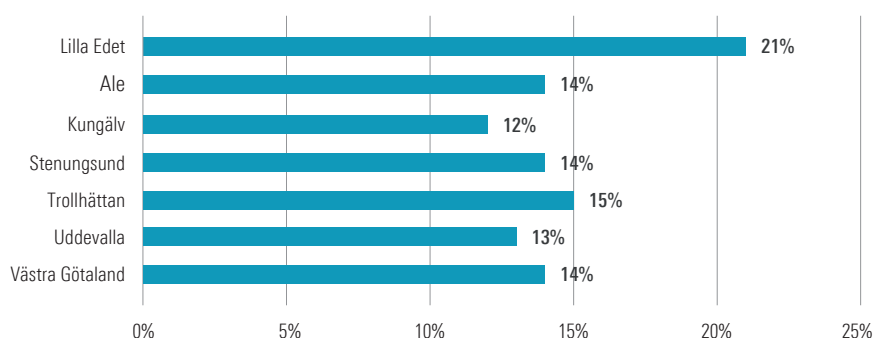
Förutom en god relation till sina föräldrar eller vårdnadshavare är det även viktigt att barn och ungdomar får beröm, uppmuntran och stöd då det främjar barnens utveckling. Vad gäller beröm uppgav 85% av ungdomarna att de får beröm från föräldrar när de gjort något bra, och 81% att de får stöd och uppmuntran från sina föräldrar. Även här syns inte större skillnader över tid.

VÅLD I HEMMET

Även om de allra flesta barn växer upp i en god familjemiljö finns det barn som växer upp i familjer där sociala och/eller ekonomiska problem, ohälsa och våld förekommer. Forskning visar att ju fler svåra händelser ett barn utsätts för under uppväxten, desto sämre blir utvecklingen genom hela livet. Som grupp får dessa barn en sämre fysisk och psykisk hälsoutveckling, sämre anknytning till arbetsmarknaden, sämre ekonomi och fler sociala problem som vuxna jämfört med de som inte drabbats av svåra händelser i barndomen. Särskilt de yngsta barnen anses extra sårbara eftersom de är helt beroende av sina vårdnadshavare (ref. 90). Barn som upplever våld i hemmet lider ofta av psykisk ohälsa i större omfattning än barn i allmänhet. Även självkänslan skadas och det är vanligt att skolarbete och andra aktiviteter påverkas. Våldet kan också sätta fysiska spår hos barn som till exempel genom magont och huvudvärk (ref. 91).

I undersökningen *Skolelevers drogvanor* uppgav 21% av ungdomarna i Lilla Edets kommun att de upplevt hot om våld eller våld i hemmet en eller flera gånger (dia. 65). Detta var en högre andel än genomsnittet för regionen och referenskommunerna. Motsvarande siffra vid 2016 års mätning var på 22% vilket indikerar på en ihållande problematik i kommunen.

Diagram 65 Andel ungdomar som angett att de upplevt hot om våld eller våld en eller flera gånger inom familjen, 2019 (källa: CAN, skolelevers drogvanor)



BARNFATTIGDOM

För att mäta barnfattigdom används indikatorerna ekonomisk utsatthet bland barn samt barn som ingår i familjer med ekonomiskt bistånd. Med ekonomisk utsatthet menas i detta fall hushåll med låg inkomst eller socialbidrag¹¹.

Barn som växer upp i ekonomiskt utsatta hem riskerar i högre grad att få sämre betyg i skolan, vilket påverkar deras framtida försörjning (ref. 87). Att växa upp i ett ekonomiskt utsatt hushåll påverkar även barnets möjligheter att delta i fritidsaktiviteter, som är en viktig arena för barn och ungdomar (ref. 68). Barn i fattigdom har även en högre risk att utsättas för sociala problem och få en sämre hälsa – såväl fysisk som psykisk (ref. 8). Rädsla barnen lyfter, i sin årsrapport 2018 över barnfattigdomen i Sverige fram två faktorer som var för sig ökar risken och sårbarheten för att leva under ekonomiskt knappa förhållanden; att ha en ensamstående förälder och att ha utländsk bakgrund (minst en utlandsfödd förälder). Tillsammans förstärker faktorerna varandra och utgör ett markant mönster av ojämlika villkor. Drygt 42% av alla barn med både utländsk bakgrund och med en ensamstående förälder levde i ekonomisk fattigdom år 2016 i Sverige (ref. 92).

År 2017 uppgick andelen barn och unga (0–17 år) i ekonomiskt utsatta hushåll i kommunen till 10,4%, vilket var i nivå med genomsnittet för såväl riket som regionen (dia. 66). I jämförelse med referenskommunerna kan man dock urskilja en tydlig skillnad mellan kommunerna. I Lilla Edet, Trollhättan och Uddevalla var andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll 10% eller högre under tidsperioden 2013–2017. I kommunerna Ale, Stenungsund och Kungälv var andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll 6% eller lägre under samma tidsperiod. I Lilla Edets kommun har andelen barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll minskat under perioden 2013–2017. År 2013 levde 13,6% av barnen i ekonomisk utsatthet. 2017 var motsvarande andel 10,4%.

Studerar man frågan vidare framkommer det stora skillnader mellan barn med svensk bakgrund och barn med utländsk bakgrund (minst en utlandsfödd förälder) som lever i ekonomisk utsatthet. I Lilla Edets kommun skiljde det drygt 21 procentenheter mellan andelen barn med svensk och utländsk bakgrund som lever i ekonomisk utsatthet år 2017 (dia. 67). Sett över åren 2013–2017 minskade andelen barn i ekonomisk utsatthet, bland både barn med utländsk och svensk bakgrund. Andelen barn med utländsk bakgrund som lever i ekonomisk utsatthet minskade med drygt 7 procentenheter medan det minskade med 3 procentenheter bland barn med svensk bakgrund.

Gällande barnfamiljer med ekonomiskt bistånd var andelen något lägre i kommunen i jämförelse med regionen och riket år 2018 (dia. 68). Andelen barnfamiljer med ekonomiskt bistånd minskade i kommunen mellan åren 2013–2018, från 8,4% till 6,2%. En tydlig minskning skedde mellan åren 2014–2015 då andelen minskade med 2,2 procentenheter, därefter har en svag ökning skett.

Diagram 66 Andel barn 0–17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2013–2017 (källa: Folkhälsomyndigheten, SCB)

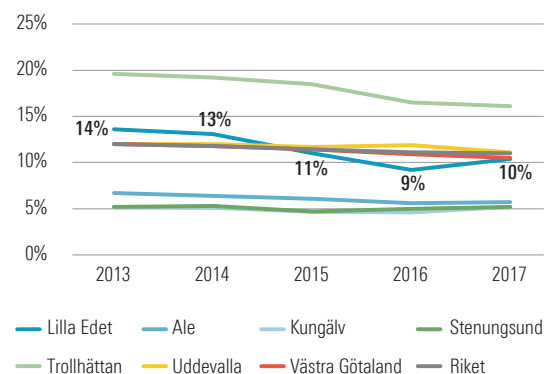


Diagram 67 Andel barn 0–17 år i ekonomiskt utsatta hushåll i Lilla Edets kommun, uppdelat på svensk eller utländsk bakgrund 2013–2017 (källa: Folkhälsomyndigheten, SCB)

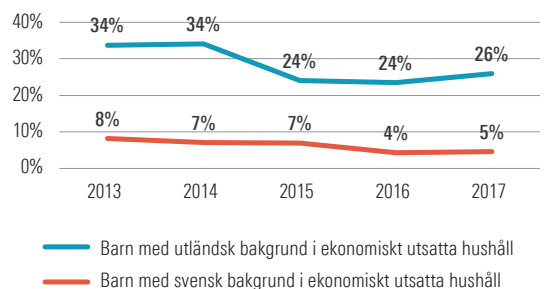
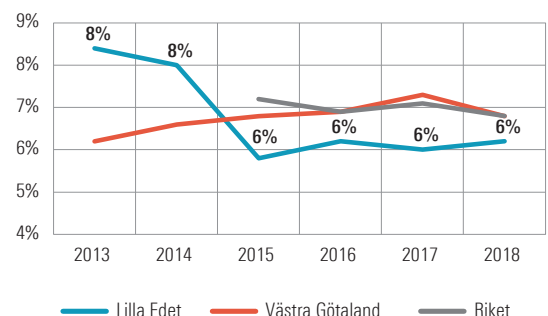


Diagram 68 Andelen barn 0–19 år som ingår i familjer med ekonomiskt bistånd (Källa: Kolada, Socialstyrelsen)



¹¹ Låg inkomst utgår från lägsta utgiftsnivå baserad på den socialbidragsnorm som fastställdes på 1980-talet (med inflationsuppräknningar) och en norm för boendeutgifter. Om inkomsterna understiger normen för dessa utgifter definieras detta som låg inkomst. Med socialbidrag menas att sådant erhållits minst en gång under året.

SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER

Flera av bestämmelserna i barnkonventionen handlar om barns rätt till goda uppväxtvillkor. Förhållanden inom familjen spelar en stor roll då familjens sociala och ekonomiska villkor sätter ramarna för barnens möjligheter och förutsättningar. Även förskolan och skolan spelar en betydande roll för att alla barn ska ges jämlika förutsättningar till utbildning och på så sätt kunna tillgodose sig resurser så som arbete, inkomst och hälsa i framtiden. Genom kartläggningen har en avgränsad bild över barn och ungas livsvillkor i Lilla Edets kommun skapats men det behövs ytterligare undersökningar och kartläggningar för att komplettera den bilden.

Kartläggningen visar att runt 80% av barn i åldern 1–5 år går i förskolan i Lilla Edets kommun. Det är dock av värde att se till att fler barn går i förskolan för att stärka alla barns förutsättningar till skolframgång och hälsa senare i livet. Bedömningar av kvalitet och likvärdighet i förskolorna, samt interna analyser i verksamheten kopplat till barnkonventionen är också angeläget med syfte att säkerställa barnets rättigheter för en likvärdig förskola. Detta gäller inte bara förskolan, utan i regel alla de verksamheter som arbetar för- eller med barn i kommunen.

Gällande elevernas uppfattning om skolan i Lilla Edets kommun förändras denna med stigande ålder. Andelen elever som är nöjda med skolan i sin helhet är betydligt lägre i årskurs 9 jämfört med årskurs 5 och årskurs 2. Andel elever i årskurs 9 som är nöjda med skolan i sin helhet är dessutom betydligt lägre i Lilla Edets kommun jämfört med GR. Sammantaget är studier om det område som bör förbättras i samtliga årskurser. För de äldre årskurserna finns flera områden med förbättringspotential och som bör förbättras för att höja nöjdheten i sin helhet. Dessutom visar kartläggningen att den oroande skolfrånvaron i Lilla Edets kommunala skolor ökar tydligt under högstadietiden och att störst andel med oroande skolfrånvaro, nästan en fjärdedel av eleverna, går i årskurs 9. Detta är en viktig period för att slutföra sina betyg. Då skolnärvaro är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för att få slutbetyg från grundskolan, samt att skolresultat och hälsa har ett starkt samband, är det viktigt att rikta insatser för att främja skolnärvaro och förebygga skolfrånvaro.

Sett till elevernas skolresultat kan en tydlig skillnad ses mellan eleverna i kommunen och riket samt referenskommunerna, där kommunens elever i

årskurs 9 har väsentligt sämre skolresultat. Statistiken visar även att de elever som väljer andra skolor än Lilla Edets kommunala skola har högre skolresultat. Andelen elever som efter tre år på gymnasiet har en examen och grundläggande behörighet till högskolan är även den lägre bland Lilla Edets kommuns ungdomar jämfört med referenskommunerna och riket. Betygsskillnader mellan elevgrupper utifrån socioekonomiska bakgrundsfaktorer så som föräldrars utbildningsnivå är tydliga inom kommunen vilket starkt indikerar att det finns en segregation mellan elevgrupper. Skolans kompensatoriska uppdrag är här mycket betydelsefullt för att barn och ungas skolframgång inte ska bli avgörande av föräldrarnas socioekonomiska arv och därmed påverka deras förutsättningar in i vuxenlivet. Dessutom har tjejnarnas skolresultat sjunkit kraftigt de senaste åren. En förändring som inte ses bland killarna.

I en rapport från Västra Götalandsregionen menar de att insatser för att reducera skolmisslyckanden inte enbart bör fokusera på skolan som arena då forskningen visar att en sådan strategi är avsevärt mindre kostnadseffektiv än en strategi som också inrymmer riktigt tidiga insatser. De många och komplexa sambanden mellan barns och ungas livsvillkor, kontextuella förhållanden och skolresultat gör det nödvändigt att finna former för ett effektivt samarbete mellan en rad olika aktörer inom de offentliga, privata och civila aktörerna. I rapporten menar de att det gäller att få en gemensam samsyn då det kan göra det tydligare att se vilka faktorer som faller inom ramen för det egna uppdraget och vilka andra aktörer som hanterar liknande eller närliggande faktorer och som man därigenom kan finna stöd hos (ref. 93).

Kopplat till barn och ungas hemmiljö kan man utläsa att barnfattigdomen i kommunen tycks minska. Statistiken visar dock att det finns stora skillnader mellan barn med svensk och utländsk bakgrund, vilket även ses nationellt. Man kan också utläsa att ungefär en femtedel av eleverna i årskurs 9 och årskurs 2 i gymnasieskolan upplevt att de upplevt hot om våld eller våld i hemmet en eller flera gånger. Detta är en betydligt högre andel än genomsnittet för regionen och referenskommunerna. Ett förebyggande våldsarbete bör prioriteras för att motverka att våld uppstår i hemmen. Dessutom är det viktigt att arbeta för att identifiera de barn och unga som far illa för att kunna sätta in riktade insatser.

Del 3

Förslag på riktningar framåt

I denna avslutande del presenteras förslag på riktningar för det framtida arbetet. Dessa presenteras som fyra fokusområden och innefattar generella förslag som tagits fram av aktörer som SKR och Kommissionens för jämlik hälsa. Varje fokusområde avslutas med reflektioner kring hur förslagen kan påverka folkhälsoutvecklingen positivt i kommunen, utifrån resultatet av kartläggningen. Detta är ett första steg i det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart samhälle. I nästa steg bör arbetet fortlöpa genom fortsatt analysarbete som utmynnar i åtgärder som förbättrar folkhälsan i kommunen.

I kartläggningen har skillnader i hälsa och livsvillkor inom Lilla Edets kommun och mellan kommunen och referenskommunerna och genomsnittet för regionen och riket upptäckts. Det är viktigt att känna till att det går att påverka dessa skillnader och att agera nu när de uppmärksammas. Flera andra aktörer så som WHO, Västra Götalandsregionen, Göteborgs stad och Malmö stad har visat att det går att påverka skillnader i hälsa mellan områden och mellan människor. Samtliga aktörer betonar vikten av att skapa strukturella förutsättningar för ett sådant arbete och att arbeta fram lokala förslag och riktlinjer för hur ett sådant arbete ska gå till.

Skillnader i hälsa kopplat till utbildningsnivå har särskilt poängterats och kan inte poängteras nog. Utgångspunkten i det framtida arbetet ska för den sakens skull inte vara att en högre utbildningsnivå är den automatiska lösningen på de utmaningar som finns. Det handlar snarare om att sätta individen i fokus. Samhällets aktörer behöver hjälpas åt att uppmuntra och ge förutsättningar för varje individ att tillgodogöra sig de resurser och det handlingsutrymme som krävs för att uppnå sina egna behov och mål.

Kommunfullmäktiges politiska viljeriktning är en framtid där Lilla Edet som en relativt liten kommun drar fördel av korta beslutsvägar och möjligheten till samordning och samarbete (ref. 94). I det lokala folkhälsoarbetet är detta en viktig insikt att ta tillvara på för att nå ett långsiktigt tvärsektorielt arbete, där synergieffekter kan göra arbetet mer effektivt och lönsamt för invånarna. Vidare finns en tydlig politisk vilja att arbeta tillsammans med medborgarna i kommunen:

” Vi behöver ta oss an våra stora utmaningar samtidigt som vi tar tillvara våra fantastiska möjligheter. Vi behöver fatta beslut som är långsiktigt hållbara och satsa mer av våra resurser på det förebyggande och främjande arbetet. Vi vill att Lilla Edets kommun ska vara en kommun där medborgarna får komma till tals, där vi lyssnar på varandra. Där dialog och tillit står i fokus. Där civilsamhället och näringslivet är starkt. Vi uppskattar alla de initiativ och det arbete som görs i ideella föreningar, i småföretag, i familjen och av enskilda. Vi vill ta bättre vara på de initiativ som tas och det arbete som görs för att förbättra vår kommun. Tillsammans är vi starka och tillsammans kan vi göra skillnad. ”

– Lilla Edet kommuns övergripande styrdokument: Mål- och resursplan 2020

Idag läggs gemensamma resurser från kommunen och Västra Götalandsregionen på att stärka det strategiska folkhälsoarbetet. Kommunfullmäktiges viljeriktning kan med fördel användas som vägledare för dessa resurser, där även regionens verksamheter ska ses som medspelare i kommunens förebyggande och främjande arbete. För att uppnå en förbättrad och mer jämlik folkhälsa i Lilla Edets kommun är det viktigt med ett dubbelgående arbete där både operativt och strategiskt arbete går hand i hand tillsammans med ett pågående direkt- och långsiktigt förhållningssätt.

Utifrån kartläggningen har fyra fokusområden identifierats till arbetet för en god och jämlik folkhälsa. Dessa kan med fördel plockas hem till berörda nämnder och förvaltningar för vidare diskussion. Då alla fokusområden innefattar komplexa frågor som mer eller mindre kräver samverkan mellan förvaltningsgränser, och i vissa fall samverkan med externa aktörer, bör det fortsatta analysarbetet även det göras i samverkan. Detta kan i sin tur mynna ut i insatser som beaktar målgruppens behov utifrån ett helhetsperspektiv och som tar tillvara på de lokala möjligheterna som finns. Fokusområdena presenteras på en övergripande nivå och bör hanteras utifrån flera olika ansatser i det fortsatta arbetet.

Förslagen i det första fokusområdet ska läsas som övergripande förutsättningar för de övriga fokusområdena. Resterande fokusområden presenteras var och ett utifrån den kunskap som finns. Inom alla fokusområden presenteras förslag som inspirerats av nationella rekommendationer på åtgärder för att minska skillnader i hälsa, främst från SKR:s rapport Gör Jämlikt - gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa (ref. 3) och Kommissionen för jämlik hälsa:s rapport Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (ref. 77). Dessa förslag kan överensstämma med vad som redan pågår i kommunen. I dessa fall bör förslagen ses som ett kvitto på att arbetet följer de rekommendationer som tagits fram och bör därmed vidmakthållas eller vidareutvecklas. Avslutningsvis redovisas hur förslagen kan påverka folkhälsoutvecklingen positivt i kommunen utifrån vad som framkommit i kartläggningen.

Fokusområde 1: Strukturella och övergripande förutsättningar

Arbetet med att skapa förutsättningar för bättre hälsa för kommuninvånarna leds och samordnas i Lilla Edet av kommunstyrelsens folkhälsoutskott. Arbetet berör dock de flesta av kommunens verksamheter vilket innebär att det bör finnas med i samtliga nämnders ansvarsområden och beslutsprocesser för att folkhälsan i kommunen faktiskt ska förbättras. För att lyckas i arbetet måste olika nivåer, aktörer och arenor i samhället samarbeta. Arbetet behöver också ske tillsammans med medborgarna för delaktighet och medskapande. Detta ställer krav på kommunens styr- och ledningsarbete för hur strukturella förutsättningar för ett sådant arbete skapas.

För att integrera arbetet i kommuners politik och ordinarie styrning har SKR, tillsammans med flera andra aktörer, tagit fram förslag på åtgärder som ger kommunen strukturer, verktyg och arbetssätt som skapar förutsättningar för att minska skillnader i hälsa. Nedan presenteras några av de förslag som finns på åtgärder för att stärka dessa aspekter och som kan vara aktuella i Lilla Edets kommun:

- **Organisera för hållbar styrning och ledning**
Skapa en organisation som ger förutsättningar för långsiktiga åtaganden, tvärsektorieell samverkan och involvering av aktörer i lokalsamhället såsom idéburen sektor, näringsliv och statliga myndigheter.
- **Formulera kortsiktiga och långsiktiga mätbara mål**
Formulera gemensamma mål som är konkreta och som syftar till att minska skillnader i hälsa och främja en socialt hållbar samhällsutveckling. Målen bör utformas långsiktigt men bör även innefatta delmål som på kort sikt visar om arbetet går i rätt riktning.
- **Satsa på sociala investeringar i samverkan med andra aktörer**
Sociala investeringar handlar om att på ett strukturerat sätt satsa resurser för att uppnå ett visst resultat över tid med fokus på sociala utfall. Skillnaden mellan sociala investeringar och andra satsningar är framförallt det systematiska arbetssättet som möjliggör uppföljning, utvärdering och implementering av lyckade satsningar.

- **Genomför insatser som bidrar till ökad delaktighet hos alla invånare**
Det finns idag ett generellt behov av att utveckla metoder som stimulerar medborgarnas delaktighet och möjligheter till inflytande. Som en del av det ordinarie arbetet bör det satsas på insatser som ökar invånarnas delaktighet och medskapande. Dessa insatser bör särskilt omfatta de grupper som idag upplever en låg grad av delaktighet i samhället.
- **Jämställdhetsintegrera kommunens verksamheter**
För att lyckas med ett jämställdhetsarbete som genomsyras i alla nämnders och förvaltningars ordinarie arbete finns några viktiga förutsättningar. Bland annat bör arbetet starta med att den politiska ledningen fattar beslut om jämställdhetsintegrering. En annan viktig förutsättning är att organisationen har en funktion på central nivå som arbetar strategiskt med jämställdhet gentemot förvaltningar och verksamheter.
- **Säkra kunskapsnivån i organisationen genom kompetens- och metodutveckling**
Hitta sätt att utveckla och tillämpa kunskap om folkhälsa och social hållbarhet på både strategiska och operativa nivåer i kommunens verksamheter.

FÖRSLAGEN BÖR LÅNGSIKTIGT LEDA TILL ATT:

- Skapa förutsättningar för varaktiga och gemensamma satsningar för bättre folkhälsa och social hållbarhet
- Öka medborgarnas förtroende för kommunens politiker och tjänstepersoner
- Öka medborgarnas upplevelse av att kunna påverka kommunala beslut och verksamheter
- Öka det demokratiska deltagandet i områden med lägre valdeltagande
- Minska skillnaderna i hälsa mellan män och kvinnor, utan att någon grupp missgynnas, genom att fördjupa kunskapen kring de bakomliggande orsakerna

SKR framhäver vikten av att kommuner mäter, analyserar och bedömer effekterna av de åtgärder som vidtas för att få bekräftelse på att insatserna leder till önskat utfall. För att kunna göra det behövs ett antal grundläggande förutsättningar:

- **Ta fram indikatorer för social hållbarhet**

Utveckla indikatorer för social hållbarhet och skillnader i hälsa som följs upp i kommunens måluppföljning. Indikatorerna som används bör vara stabila över tid, synliggöra olika gruppers behov och vara möjliga att bryta ner på olika nivåer.

- **Förbättra tillgängligheten till befolkningsdata och analysera den regelbundet**

En grundförutsättning för att kunna följa upp och bedöma skillnader i hälsa på lokal nivå är att befolkningsdata som synliggör utvecklingen av hälsan för olika grupper i samhället och olika geografiska områden i kommunen finns tillgänglig. Kommunen behöver även se över möjligheterna att samla in användbara data över barn och ungas livsvillkor som en prioriterad målgrupp.

- **Använd vetenskapligt stöd för insatser som genomförs**

Se till att insatser som syftar till att minska skillnader i hälsa för befolkningen har vetenskapligt stöd. Detta är speciellt viktigt när effekterna av en insats kan ta lång tid att mäta. Om en planerad insats saknar vetenskapligt stöd är det särskilt viktigt att åtgärderna följs upp och utvärderas noggrant.

FÖRSLAGEN BÖR LÅNGSIKTIGT LEDA TILL ATT:

- Möjliggöra för att insatser som gynnar folkhälsa och social hållbarhet kan mätas och följas upp över tid
- Möjliggöra för att undersöka skillnader i hälsa och livsvillkor mellan olika befolkningsgrupper och mellan geografiska områden i kommunen för att få ett tydligare prioriteringsunderlag
- Utöka prioriteringsunderlagen kring barns och ungas livsvillkor
- Insatser som genomförs har en bevisad effekt och blir därmed mer effektiva

Fokusområde 2: Barns uppväxtvillkor

Barns och ungas livsvillkor är ett av de områden som belysts i kartläggningen och som har stor betydelse för folkhälsan och dess utveckling. Kommissionen för jämlik hälsa och SKR föreslår att myndigheter ska rikta fokus på barns uppväxtvillkor för att uppnå en god och jämlik hälsa i en befolkning. De första åren i livet, inklusive fosterstadiet, är en viktig del i en människas liv då förutsättningarna och villkoren under denna tid påverkas direkt, men också lägger grunden för utveckling, inlärning och hälsa längre fram i livet. Att få en bra start i livet, med goda ekonomiska och fysiska uppväxtvillkor, trygga relationer till vuxna, goda kamratrelationer samt lek och lärande, är viktigt för att uppnå kognitiva, emotionella och sociala färdigheter. Samhället behöver därmed utformas så att det underlättar för barn och föräldrar och ger extra stöd i föräldraskapet till dem som behöver det.

Kommissionen för jämlik hälsa och SKR framhäver att arbetet för att minska skillnader i hälsa bör inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utvecklas utifrån sina villkor. Viktiga förutsättningar för det är att:

- **Skapa förutsättningar för samverkan och stärka det familjecentrerade arbetssättet**

Förmåga till samverkan mellan verksamheter och aktörer som barnhälsovården, förskolan, mödrahälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten och tandvården är framgångsfaktorer i arbetet för att främja barns hälsa. Några konkreta exempel på hur samverkan mellan olika professioner och verksamheter kan organiseras med fokus på att stärka det familjecentrerade arbetssättet är genom familjecentraler, föräldrastöd på olika nivåer utefter behov, och hembesöksprogram till alla föräldrar med nyfödda barn.

- **Säkra kunskap och kompetens om barns livsvillkor och genomförandet av barnkonventionen i alla de verksamheter som arbetar för barn**

Säkra kunskapen om barns livsvillkor och barnkonventionen bland alla aktörer och professioner som arbetar för och med barn. Syftet är att ge alla barn likvärdiga förutsättningar i livet vilket innebär att kompetens och insatser behöver utformas utifrån de behov som finns och nå de som är i störst behov av stöd.

- **Arbeta fram strategier för att minska antalet barn som lever i utsatta hemmiljöer**

Det är viktigt att säkerställa att barn i enlighet med barnkonventionen har tillgång till social trygghet, en skälig levnadsstandard samt möjlighet till lek, vila, och fritid. Detta innefattar till exempel ett hem fritt från våld och alkoholmissbruk. Det innefattar även att barn inte ska behöva växa upp i ekonomisk utsatthet.

- **Satsa på sociala investeringar för barn i samverkan med andra aktörer**

Exempelvis utlyser Västra Götalandsregionen varje år sociala investeringsmedel för insatser som är inriktade på hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Att informera och sprida kunskap om dessa medel i kommunens nämnder och förvaltningar samt att stötta och stimulera verksamheterna att tänka ur ett socialt investeringsperspektiv ökar förutsättningarna för att kunna initiera en sådan satsning.

FÖRSLAGEN BÖR LÅNGSIKTIGT LEDA TILL ATT:

- Utjämna skillnader i uppväxtvillkor mellan barn med olika socioekonomiska förutsättningar
- Öka andelen barn som växer upp i goda och trygga hemmiljöer
- Minska andelen barn som upplever våld i hemmiljön
- Minska andelen foster och barn som utsätts för tobaksrök

Fokusområde 3: Förutsättningar för skolframgång och vägen till egen försörjning

Som tidigare nämnts har utbildningsnivå och hälsa ett starkt samband. Att utveckla människors kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning är enligt Kommissionen för jämlik hälsa, centralt för att uppnå en god och jämlik hälsa. De kunskaper och kompetenser som fås genom utbildning ger bättre möjligheter till arbete och inkomst, men också till att stärka psykologiska och sociala resurser. Detta utökar människors handlingsutrymme vilket ger möjligheter till att själva påverka sin livssituation. Utbildning är således inte bara ett medel för att få tillgång till materiella resurser utan påverkar även individens förmåga att använda resurser och hantera problematiska situationer som uppstår.

Både Kommissionen för jämlik hälsa och SKR föreslår åtgärder som ger människor jämlika förutsättningar till fullbordad studiegång och till egen försörjning för att minska skillnader i livsvillkor och hälsa. Nedan följer några av de förslag som tagits fram för att uppnå detta:

- **Säkra en jämlik tillgång till förskola av god kvalitet samt verka för att alla barn ska gå i förskolan**
Redan i förskolan ges de grundläggande förutsättningarna för att klara skolan. Förskolans förmåga att kompensera för skillnader mellan barn med olika förutsättningar och behov är därav viktig att förstärka. Detta kan till exempel röra sig om åtgärder för att stärka kvaliteten men även för att öka tillgängligheten i förskolan.
- **Utveckla skolan som en hälsofrämjande arena**
Arbetet bör inriktas mot att skapa en god lärandemiljö med utgångspunkt i det ömsesidiga sambandet mellan hälsa och lärande. Risken för skolmisslyckanden kan minskas genom ett aktivt hälsofrämjande arbete som utgår från hälsans bestämningsfaktorer och där fokus ligger på arbete mot mobbning och diskriminering och för integration. Man bör också arbeta främjande och förebyggande med gemenskap och trygghet samt daglig fysisk aktivitet och rörelse. Elevhälsan har en mycket viktig roll i att bidra till en god lärandemiljö i skolan och bör därför ges förutsättningar att arbeta främjande och förebyggande.

- **Motverka skolmisslyckanden**
Satsa på att tidigt identifiera elever som inte klarar kunskapsmålen eller har andra svårigheter som kan påverka skolgången. Att tidigt upptäcka skolsvårigheter hos elever och ge dem ett verksamt stöd är viktiga hälsofrämjande åtgärder och förebygger skolmisslyckanden på längre sikt. Då skolnärvaro är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för att få slutbetyg från grundskolan är det även viktigt att rikta insatser för att främja skolnärvaro och förebygga skolfrånvaro.
- **Utveckla en gemensam syn för den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbets- och samhällsliv**
Det är viktigt att skola, arbetsgivare och samhälle utvecklar en gemensam syn på den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbetsliv. Ökad samverkan mellan aktörerna inom utbildning och arbetsmarknad kan vara en väg att gå för att åstadkomma detta.
- **Erbjud tillgång till vuxenutbildning**
Vuxenutbildning är en förutsättning för att alla ska kunna tillgodogöra sig en god utbildning. Vuxenutbildningen spelar en avgörande roll för flera stora samhällsutmaningar, så som nyanländas etablering, individens möjlighet att byta yrke och kompetensförsörjning till arbetslivet. Mycket talar för att fler personer kommer att studera inom vuxenutbildningen de kommande åren. En stor grupp nyanlända personer kan behöva vuxenutbildning och många unga vuxna behöver komplettera sin utbildning eller omskola sig. Det finns också ett stort behov på arbetsmarknaden av yrkesutbildade på gymnasial nivå.

FÖRSLAGEN BÖR LÅNGSIKTIGT LEDA TILL ATT:

- Höja den generella utbildningsnivån i kommunen
- Skapa jämlika förutsättningar för alla elever att nå godkända betyg
- Öka andelen elever med behörighet till gymnasiet
- Minska andelen unga som varken arbetar eller studerar

Fokusområde 4: Hälsofrämjande och hållbara samhällen, miljöer och arenor

Hälsa är beroende av de villkor som finns i det omgivande samhällets strukturer och livsmiljöer. Att arbeta med hälsofrämjande och hållbara samhällen, miljöer och arenor kräver en bred ansats där många aktörer samverkar. För att stärka lokalsamhället behövs också en stark deltagarstyrning och ett fokus på att stärka människors kapacitet och egna handlande. Hälsofrämjande miljöer och arenor innefattar både den fysiska och den sociala miljön. Här tillhör den miljö och det lokalsamhälle som man föds, leker, lär, bor, arbetar och åldras i och där man utövar sin demokratiska makt. I dessa livsfaser ingår arenor och samhällsinstitutioner så som boende, förskola, skola, föreningsliv, vårdcentraler och spontana mötesplatser.

Fokusområdet handlar om att stärka invånarnas förmåga att göra hälsosamma val, men även att stärka organisationens förmåga att främja det hälsosamma valet. Bland annat pekas nedanstående punkter ut som förslag för att åstadkomma hälsofrämjande och hållbara samhällen, miljöer och arenor:

- **Använd samhällsplaneringen för att främja jämlik hälsa**
Samhällets utformning av boende- och närmiljöer har stor betydelse för folkhälsan och dess utveckling och är en viktig komponent för en god och jämlik hälsa i befolkningen. Här har samhällsplaneringen en betydande roll där den sociala hållbarhetsaspekten är viktig för att minska segregation och otrygghet samt främja social sammanhållning, hälsosamma val och jämlik hälsa. Det kan handla om att planera för och skapa boenden som är anpassade för människor med olika behov och förutsättningar, eller att skapa mötesplatser och platser för rekreation i den fysiska miljön. Det kan också handla om att underlätta för cyklister och gångtrafikanter eller att säkerställa tillgång till grönområden, kollektivtrafik och idrottsanläggningar.
- **Skapa och utveckla mötesplatser för socialt deltagande och aktiviteter**
Mötesplatser för socialt deltagande och aktiviteter är viktigt för alla människor och bidrar till sammanhållning, delaktighet och trygghet, vilket i sin tur främjar människors hälsa. Vid utveckling av mötesplatser är medborgarnas delaktighet och medskapande av stor vikt och mötesplatserna bör utformas utifrån befolkningens behov och förutsättningar.
- **Gör samhällsservicen tillgänglig för alla invånare**
Se till att den grundläggande samhällsservicen upplevs som tillgänglig utifrån varje individs förutsättningar och behov, även om den rent fysiskt inte befinner sig i närområdet. Fysisk planering, ny teknik och bemötande är viktiga pusselbitar när det gäller att påverka den faktiska tillgängligheten.
- **Verka för att öka tillgängligheten och förutsättningarna till hälsofrämjande produkter, miljöer och levnadsvanor**
Att främja människors handlingsutrymme och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor, samtidigt som hänsyn tas till hur olika sociala grupper påverkas bidrar till att uppnå en god och jämlik hälsa i befolkningen. Åtgärder för detta kan vara att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter och miljöer och motsvarande öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter och miljöer. Detta skulle till exempel kunna innebära att erbjuda hälsosamma alternativ i kommunens verksamheter och arrangemang. Genom ett hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården, genom bland annat rådgivning om levnadsvanor och uppsökande insatser till vuxna befolkningsgrupper i behov, kan även folkhälsan stärkas.

FÖRSLAGEN BÖR LÅNGSIKTIGT LEDA TILL ATT:

- Öka medborgarnas nöjdhet över bostäder, fritids-
möjligheter och kommunikationer i kommunen
- Öka medborgarnas upplevda sociala kapital
- Minska den upplevda otryggheten i utomhusmiljöer
- Minska andelen som upplever social isolering
- Fler barn och unga deltar i sociala och kulturella
aktiviteter
- Tillgängliggöra för sunda kost- och motionsvanor
- Minska stillasittandet i befolkningen
- Minska andelen i befolkningen som röker
- Minska andelen med riskabla alkoholvanor

Referenser

- FN-förbundet UNA Sweden.** *FN-fakta hållbar utveckling Omställning till hållbar värld.* [Online] [Citat: den 13 03 2020.] <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/08/Faktablad-2-12-H%C3%A5llbar-utveckling.pdf>.
- Folkhälsomyndigheten.** *Mötesplats social hållbarhet.* [Online] [Citat: den 17 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>.
- Sveriges kommuner och regioner.** *Gör jämlikt - gör skillnad! Samlinga för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa.* [Online] 2013. [Citat: den 17 01 2020.] <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/gor-jamlikt-gor-skillnad-.html>.
- Regeringskansliet.** *Agenda 2030 och globala målen.* [Online] [Citat: den 17 01 2020.] <https://www.regeringen.se/regerings-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>.
- Folkhälsomyndigheten.** *Folkhälsopolitikens mål.* [Online] 2019. [Citat: den 17 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsoarbeta/folkhalsopolitikens-mal/>.
- Folkhälsomyndigheten** *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens hälsa - allas ansvar.* [Online] den 15 11 2010. [Citat: den 17 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsopolitisk-rapport-2010-framtidens-folkhalsa-allas-ansvar/>.
- Dahlgren, G och Whitehead, M.** *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.* . Stockholm : Institute for future studies, 1991.
- Rostila, M och Toivanen, S.** *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd.* Stockholm : Liber, 2012.
- Malmö stad.** *Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa.* [Online] 2013. [Citat: den 17 01 2020.] <https://malmo.se/Sa-arbeta-va-med.../Hallbar-utveckling/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo.html>.
- Holt-Lundstad, J, Smith, T B och Layton, B.** *Social relationship and mortality risk: A meta-analytic review.* [Online] 2010. [Citat: den 13 03 2020.] <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>.
- Centers for disease control and prevention.** *Adverse childhood experiences (ACE) Study.* [Online] [Citat: den 13 03 2020.] <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/index.html>.
- CSDH.** *Closing the gap in a generation: Health Equity through action on the social determinants of Health. Final report on the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva : World Health Organisation, 2008.
- Wilkinson, R och Pickett, K.** *Jämlikhetsanden -Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen.* Stockholm : Karneval förlag, 2010.
- UCL Institute of health equity.** *Fair society healthy lives: the marmot review.* [Online] 2010. [Citat: den 13 03 2020.] <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- Göteborgs stad.** *Jämlikhetsrapporten 2014: skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg.* [Online] 2014. [Citat: den 13 03 2020.] <https://goteborg.se/wps/portal/enhetsida/jamlikt-goteborg/rapporter/skillnader-i-livsvillkor-och-halsa-i-goteborg/>.
- Social resursförvaltning.** *Tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbruksproblem. begrepp och erfarenheter.* [Online] 2013. [Citat: den 13 03 2020.] https://goteborg.se/wps/wcm/connect/fbfc6cca-7a12-497f-a8d7-6937f64082f9/Underlag_forebyggandemal.pdf?MOD=AJPERES.
- Health literacy: the neglected European public health disparity.* **Sörensen, K.** Maastricht : Maastricht University, 2013.
- Västra Götalandsregionen.** *Hälsoläget.* [Online] [Citat: den 15 04 2020.] <https://www.vgregion.se/ov/data-och-analys/projekt-uppdrag/halsolaget/>.
- Rådet för främjande av kommunala analyser.** *Jämföraren.* [Online] [Citat: den 15 04 2020.] https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16691&tab_id=74560.
- Folkhälsomyndigheten.** *Folkhälsan i Sverige årsrapport 2014.* [Online] 2014. [Citat: den 12 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/30d592b0c7834256bd893e1ba0d56b6c/folkhalsan-i-sverige-arsrapport-2014.pdf>.
- Statistiska centralbyrån.** *Förvärvsintensitet 20-64 år (RAMS) efter region, in- och utrikes födda och kön. År 2004 - 2018.* [Online] [Citat: den 30 04 2020.] http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0207__AM0207J/RAMSForvInt04/?rxid=79b-fad8d-1ae2-4c60-8768-0e860c73ca7a.
- Statistiska centralbyrån** *Antal förvärvsarbetande (dagbefolkningen) efter sektor och kommun, 2018.* [Online] 2018. [Citat: den 30 04 2020.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/registerbaserad-arbetsmarknadsstatistik-rams/pong/tabell-och-diagram/antal-forvarvsarbete-dagbefolkning-efter-sektor-och-kommun-2018/>.
- Försäkringskassan.** *Statistik om ohälsomått.* [Online] [Citat: den 12 02 2020.] <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/ohalsomatt>.
- Försäkringskassan** *Sjukfrånvaros utveckling.* [Online] 2018. [Citat: den 17 04 2020.] <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/059c1980-2262-4f2a-a8c8-228b8b931f77/rup-sjukfranvaros-utveckling.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>.
- Kommissionen för jämlik hälsa.** *Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa. En kunskapsöversikt.* [Online] 2016. [Citat: den 12 02 2020.] http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2016/11/2.-arbete-arbetsloeshet-och-jaemlik-haelsa_en-kunskapsoversikt.pdf.
- Folkhälsomyndigheten.** *Folkhälsodata databas indikatorer efter folkhälsopolitikens 8 målområden.* [Online] [Citat: den 27 04 2020.] <http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/>.
- Statistiska centralbyrån.** *Ekonomi och integration.* [Online] [Citat: den 30 04 2020.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/statistik-om-integration/ekonomi-och-integration/>.
- Ale kommun.** *Rapport Att leva i Ale. Social kartläggning 2016.* [Online] 2016. [Citat: den 26 02 2020.] <https://ale.se/kommun-politik/hallbar-utveckling/att-leva-i-ale---social-kartlaggning.html>.
- Folkhälsomyndigheten.** *Medellivslängd.* [Online] 2019. [Citat: den 31 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/medellivslangd/>.

30. **Statistiska Centralbyrån.** *Medellivslängden i Sverige.* [Online] 2019. [Citat: den 31 01 2020.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>.
31. **Folkhälsomyndigheten.** *Självskattat allmänt hälsotillstånd.* [Online] 2019. [Citat: den 10 03 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/>.
32. **Folkhälsomyndigheten.** *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten.* [Online] 2018. [Citat: den 10] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad-5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf> 03 2020.]
33. **Självupplevd hälsa: faktorer som påverkar människors egen bedömning.** **Elofsson, S och Undén, A.** Forskningsrådsnämnden, 1998, Vol. 98:7.
34. **Folkhälsomyndigheten.** *Vad är en folksjukdom?* [Online] 2019. [Citat: den 23 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/>.
35. **Socialstyrelsen.** *Statistik om dödsorsaker 2018.* [Online] 2019. [Citat: den 23 04 2020.] <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6298.pdf>.
36. **Socialstyrelsen.** *Statistik om hjärtinfarkter 2018.* [Online] 2019. [Citat: den 23 04 2020.] <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-12-6490.pdf>.
37. **Folkhälsomyndigheten.** *Insjuknande i hjärtinfarkt.* [Online] 2020. [Citat: den 23 04 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/insjuknande-i-hjartinfarkt/>.
38. **Folkhälsomyndigheten.** *Dödlighet i lungcancer.* [Online] [Citat: den 23 04 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/dodlighet-i-cancer/lungcancer-dodlighet/>.
39. **Folkhälsomyndigheten.** *Övervikt och fetma.* [Online] [Citat: den 24 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/overvikt-och-fetma/>.
40. **Livsmedelsverket.** *Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige.* [Online] 2016. [Citat: den 24 02 2020.] <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016-rapport-nr-9-2016-socioekonomiska-skillnader-i-matvanor-i-sverige.pdf>.
41. **Folkhälsomyndigheten.** *Öppna jämförelser folkhälsa 2019.* [Online] 2019. [Citat: den 23 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/oe/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019/>.
42. **Folkhälsomyndigheten.** *Förekomsten av övervikt och fetma bland barn är hög och ökar med åldern.* [Online] 2019. [Citat: den 21 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/01154fca1a2444ff9ba22c97b625374e/forekomsten-overvikt-fetma-barn-hog-okar-alder.pdf>.
43. **Folkhälsomyndigheten.** *Nedsatt psykiskt välbefinnande.* [Online] 2019. [Citat: den 24 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>.
44. **Folkhälsomyndigheten.** *Statistik om psykisk hälsa bland barn och unga.* [Online] 2019. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/barns-psykiska-halsa/#psykisk-16-24>.
45. **Suicide Zero.** *Fakta om självmord.* [Online] [Citat: den 03 02 2020.] <https://www.suicidezero.se/fakta-rad/fakta-om-sjalvmord>.
46. **Karolinska Institutet.** *Nationellt centrum för suicidforskning och prevention.* *Självmod i Sverige.* [Online] 2019. [Citat: den 03 02 2020.] <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>.
47. **World Health Organization (WHO).** *Oral Health.* [Online] [Citat: den 27 04 2020.] https://www.who.int/oral_health/policy/en/.
48. **Socialstyrelsen.** *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.* [Online] 2015. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-2-51.pdf>.
49. *Self-estimated oral and general health are related and associated with clinically investigated dental health.* **Engstrom, S och Holmlund, A.** u.o. : Swed Dent J, 2011.
50. **Folkhälsomyndigheten.** *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige - Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?* [Online] 2017. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6db68e38e372406aab877b4669736eec/ojamlikhet-psykisk-halsa-sverige-kortversion.pdf>.
51. **Folkhälsomyndigheten.** *Folkhälsans utveckling - årsrapport 2020.* [Online] den 26 03 2020. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2020/>.
52. **Folkhälsomyndigheten.** *Mat och fysisk aktivitet.* [Online] 2019. [Citat: den 31 01 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/>.
53. **Livsmedelsverket.** *Frukt, grönt och baljväxter.* [Online] den 05 02 2020. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/mat-och-dryck/frukt-gront-och-baljvaxter>.
54. **Jansson, Eva, Hagströmer, Maria och Sigmund, Andersen A.** Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. [bokförf.]. *Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS 2017 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.* u.o. : Läkartidningen förlag AB, 2017.
55. **Eklom Bak, Elin (red).** *Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden.* u.o. : Studentlitteratur, 2013.
56. **CAN.** *Skolelevers drogvanor 2019.* [Online] 2019. [Citat: den 04 02 2020.] <https://www.can.se/contentassets/34abb9ed650940d995813c-8de9ab2a84/can-rapport-187-skolelevers-drogvanor-2019.pdf>.
57. *Högre alkoholkonsumtion hos barn som får dricka alkohol tillsammans med sina föräldrar.* **Bremberg, S och Ljungdahl, S.** u.o. : Folkhälsomyndigheten, 2010.
58. **Folkhälsomyndigheten.** *Tobak.* [Online] 2016. [Citat: den 04 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/tobak/>.
59. **Folkhälsomyndigheten.** *Snusbruk och hälsorisker.* [Online] 2016. [Citat: den 25 02 2020.] 1. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/tobak/>.
60. **Mattsson, K.** *Maternal smoking during pregnancy -long-term health effects in the offspring.* Lund : Lunds universitet, 2015.
61. **WHO.** *Framework Convention on tobacco control.* [Online] 2003. [Citat: den 10 03 2020.] https://www.who.int/fctc/text_download/en/.
62. **Unicef.** *Barnkonventionen.* [Online] [Citat: den 10 03 2020.] <https://unicef.se/barnkonventionen>.
63. **Folkhälsomyndigheten.** *Narkotika och hälsofarliga varor.* [Online] 2016. [Citat: den 04 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/narkotika-och-halsofarliga-varor/>.

64. **Folkhälsomyndigheten.** *Spelmissbruk skrivs in i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.* [Online] 2017. [Citat: den 04 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/juni/spelmissbruk-skrivs-in-i-socialtjanstlagen-och-hal-so-och-sjukvardslagen/>.
65. **Folkhälsomyndigheten.se** *Ett kunskapsstöd om spelproblem.* [Online] [Citat: den 24 02 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/om-spelproblem/ojamlikhet-och-spel/>.
66. **Regeringskansliet.** *Det handlar om jämlik hälsa.* [Online] 2016. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>.
67. **Regeringskansliet.** *God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik.* [Online] 2018. [Citat: den 06 02 2020.] <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>.
68. *Leisure Activities and Adolescent Behaviour: The Role of Structure and Social Context.* Mahoonet, J L och Stattin, H. u.o. : Journal of Adolescence, 2000.
69. **Centrum för idrottsforskning.** *Statens stöd till idrotten uppföljning 2018.* [Online] 2019. [Citat: den 18 05 2020.] <https://centrumforidrottsforskning.se/wp-content/uploads/2019/05/Statens-stod-till-idrotten-uppfoljning-2018.pdf>.
70. **Holmberg, S och Rothstein, B.** *Hög mellanmänsklig tillit i Sverige men inte bland alla.* [Online] 2015. [Citat: den 10 03 2020.] https://som.gu.se/digitalAssets/1533/1533987_h-g-mellanm--nsklig-tillit-i-sverige--men-inte-bland-alla-holmberg-o-rothstein.pdf.
71. **Brottsförebyggande rådet.** *Skolundersökningen om brott 2017. Om utsatthet och delaktighet i brott.* [Online] 2018. [Citat: den 10 03 2020.] https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca-5d70e1094/1544004050335/2018_15_Skolundersokningen_om_brott_2017.pdf.
72. **Brottsförebyggande rådet.** *Ungdomsbrottslighet.* [Online] 2019. [Citat: den 10 03 2020.] <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/ungdomsbrottslighet.html>.
73. **Polisen.** *Brott i nära relation.* [Online] 2019. [Citat: den 10 03 2020.] <https://polisen.se/utsatt-for-brott/olika-typer-av-brott/brott-i-nara-relation/>.
74. **Socialstyrelsen.** *Våld i nära relationer.* [Online] 2019. [Citat: den 09 04 2020.] <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>.
75. **Brottsförebyggande rådet.** *Våld i nära relationer.* [Online] 2020. [Citat: den 10 03 2020.] <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>.
76. **Statistiska Centralbyrån.** *23 000 barn går inte i förskola.* [Online] 2019. [Citat: den 22 05 2020.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/23-000-barn-gar-inte-i-forskola/>.
77. **Kommissionen för jämlik hälsa.** *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.* [Online] 2017. [Citat: den 20 05 2020.] https://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf.
78. **Kunskapsguiden.** *Förskola och skola.* [Online] 2019. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/Barn-som-anhoriga/Sidor/Forskola-och-skola.aspx>.
79. **Folkhälsomyndigheten, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting.** *Förskolans påverkan på barns hälsa - en genomgång av den vetenskapliga litteraturen.* [Online] 2017. [Citat: den 20 05 2020.] http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/forskolans-paverkan-barns-halsa-rapport.pdf.
80. **Skolverket.** *Statistikdatabas om förskola, skola och vuxenutbildning.* [Online] <https://www.skolverket.se/skolutveckling/statistik>.
81. **Vetenskapsrådet.** *En likvärdig förskola för alla barn - innebörder och indikatorer.* [Online] 2015. [Citat: den 27 04 2020.] https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25a76/1555422970243/En-likvaerdig-foerskola_VR_2015.pdf.
82. **Skolverket.** *Främja barns och elevers hälsa.* [Online] 2020. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/stod-i-arbetet/framja-barns-och-elevers-halsa>.
83. **Folkhälsomyndigheten.** *Utbildningsnivå och hälsa - hur hänger de ihop?* [Online] 2015. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/utbildningsniva-och-halsa-hur-hanger-de-ihop/>.
84. **Skolverket.** *Främja trygghet och studiero.* [Online] 2020. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/vardegrund-och-arbetsmiljo/framja-trygghet-och-studiero>.
85. **Skolinspektionen.** *Undervisning.* [Online] 2018. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.skolinspektionen.se/sv/Rad-och-vagledning/undervisning/>.
86. **Skolverket.** *Antagning till gymnasieskolan.* [Online] 2019. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/antagning-till-gymnasieskolan>.
87. **Skolverket.** *Analys av familjebakgrundens betydelse för skolresultaten och skillnader mellan skolor.* [Online] 2018. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.skolverket.se/getFile?file=3927>.
88. **Västra Götalandsregionen.** *Att motverka skolmisslyckanden. Konsten att kunna ha två tankar i huvudet samtidigt.* [Online] 2016. [Citat: den 27 04 2020.] <https://www.vgregion.se/ov/data-och-analys/analysportalen/2016/att-motverka-skolmisslyckanden--konsten-att-kunna-ha-tva-tankar-i-huvudet-samtidigt/>.
89. **Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm.** *Förskolan - En god investering i jämlika livsvillkor. Delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm.* [Online] 2015. [Citat: den 27 04 2020.] <https://insynsverige.se/documentHandler.ashx?did=1885652>.
90. **Göteborgs stad.** *Jämlikhetsrapporten 2017: skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg 2017.* [Online] 2017. [Citat: den 26 02 2020.] <https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/jamlikt-goteborg/rapporter/jamlikhetsrapporten-2017%3A-skillnader-i-livsvillkor-och-halsa-i-goteborg>.
91. **Bris.** *Våld hemma.* [Online] [Citat: den 19 02 2020.] <https://www.bris.se/for-vuxna-om-barn/vanliga-amnen/utsatta-situationer/vald-hemma/>.
92. **Rädda barnen.** *Barnfattigdom i Sverige. Årsrapport 2018.* [Online] 2018. [Citat: den 28 04 2020.] https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb_rapport_2018_final.pdf.
93. **Västra Götalandsregionen.** *Det är i det lokala man finner komplexiteten... - betydelsen av migrationsbakgrund, socioekonomiska och strukturella faktorer för skolmisslyckanden.* [Online] 2018. [Citat: den 28 04 2020.] <https://www.vgregion.se/ov/data-och-analys/analysportalen/rapporter-2018/det-ar-i-det-lokala-man-finner-komplexiteten/>.
94. **Lilla Edets kommun.** *Mål- och Resursplan 2020 samt flerårsplan för 2021–2022.* [Online] <https://lillaedet.se/kommunpolitik/planer-och-styrdokument/malochresursplaner.3854.html>.



LILLA EDETS KOMMUN
463 80 LILLA EDET

Tel 0520-65 95 00
lillaedet.se

Besöksadress:
Järnvägsgatan 12

» lillaedet.se

Lilla Edets kommun har drygt 14 000 invånare och är lika förknippad med vatten och vacker natur som stark historia. Med ny motorväg och järnväg mellan Göteborg, Lilla Edet och Trollhättan kliver vi in i en ny och expansiv fas.