

HUR2050



**Hållbar hälsa
och social utveckling**

1. Inledning	3
1.1 Hälsa och sjukdom i ett historiskt perspektiv	3
1.2 Den nya ohälsan	4
1.3 Ohälsan i riket	5
1.4 Ohälsan i Göteborgsområdet	5
1.5 Stora olikheter i "den nya ohälsan"	6
1.6 Den framtida ohälsan i Göteborgsregionen	6
1.7 Livsstilsrelaterade sjukdomar dominerar 2050	7
2. Hälsans sociala determinanter	8
2.1 Den sociala infrastrukturen	8
2.2 Den sociala infrastrukturens problem och möjligheter	9
2.3 Teorier om sociala problem	9
2.4 Aktör eller offer – ond eller god	10
2.5 De sociala problemens orsaker	10
2.6 Anomi och alienation	10
2.7 Socio-ekonomiska faktorer	11
2.8 Bristande jämställdhet	11
2.9 Arbetet	11
2.10 Storskalighet – i stad och arbetsliv	13
2.11 Sociala problem 2050	13
3. Effekter av framtida regionförstoring i Göteborgsområdet	14
4. Sammanfattande analys och förslag	16
5. Referenser	17

Av Peter Vährborg MD, PhD

För mer information om HUR 2050:
Jan Gustafsson
Vägverket Region Väst
405 33 Göteborg
Tel 031-63 52 49

Hållbar hälsa och social utveckling

1. Inledning

Hälsan tiger alls inte still som talesättet lyder. Snarare är det så att god hälsa både befrämjar välbefinnandet och effektiviteten hos enskilda och samhälle. Denna effektivitet kan beskrivas både som mätbara produktionsresultat men också som kulturella och sociala framsteg. Hälsa har emellertid också ett egenvärde för människor. Flera undersökningar pekar på att människor skattar hälsan som en av de mest eftertraktansvärda kvaliteterna i sitt liv.

1.1 Hälsa och sjukdom i ett historiskt perspektiv

Under hela den tid som förflutit sedan biologiskt liv började uppträda på jorden har störningar i utvecklingen förekommit med sjukdom och ohälsa som följd. Varje tidsepok har präglats av sina speciella hälsorisker och sjukdomarnas karaktär har likaså formats av sin tid. Trots att vi lärt oss mer om sjukdomar och dess orsaker har detta inte inneburit att hoten mot vår hälsa kunnat elimineras, än mindre att de kunnat utrotas.

Den yttre miljön har i alla tider inneburit risker, alltifrån klimatförhållanden till moderna miljögifter, men också den inre miljön och vår livsstil innebär risker för utveckling av sjukdom och ohälsa. I många avseenden har vi på senare tid kunnat begränsa hälsoriskerna men ofta enbart för att ersätta dem med nya.

Biologisk förändring eller anpassning, tar oerhört lång tid mätt med våra tidsmått. Ur biologisk synpunkt är människan fortfarande fiskare, jägare och samlare. Vi är biologiskt anpassade för påfrestningar som är associerade med dessa aktiviteter.

Under de senaste årtusendena har en rad förändringar av vår yttre livsmiljö ägt rum. Den moderna männis-

kan med sina rötter i fiske, jakt och samlande utsätts nu för helt nya påfrestningar, men våra biologiska system är anpassade för andra förhållanden än de vi lever under nu. Vi kan se det på vårt nervsystem. När något upplevs som hotfullt är vi biologiskt programmerade för att fly eller slåss. Ett felmeddelande på datorn kan upplevas lika hotfullt som en björn i skogen men nu hjälper dessa reaktioner föga. Det må vara att det känns bättre om man slänger datorn i golvet, eller springer därifrån, men problemet kvarstår.

Det grundläggande dilemmat för oss människor är att evolutionen och kulturen tar olika lång tid på sig för att förändras. Under de senaste årtusendena har den kulturella utvecklingen skett med explosionsartad kraft och snabbhet men de biologiska förutsättningarna är desamma. Under denna epok har jordbruks-samhället dominerat där framförallt svält, skador och infektioner utgjorde allvarliga hot mot vår hälsa och vårt välbefinnande. Informationssamhället har bara funnits i några decennier, industrisamhället spårar vi ett par hundratal år tillbaka i tiden, medan jordbruks-samhället har en mångtusenårig historia. Med globalisering och modern teknologi har våra liv drastiskt ändrat karaktär och därmed har hälsoriskerna antagit nya skepnader. Påfrestningarna i våra liv ser numera annorlunda ut.

En av de frågor vi därför måste ställa oss idag är hur vi ska skydda oss mot de påfrestningar som tillskapats i den moderna kulturen. Är vi biologiskt rustade för att klara detta? Det är i detta sammanhang begrepp som stress och utbrändhet vuxit fram, oftast definierade som individens oförmåga att hantera det liv hon förväntas leva.

1.2 Den nya ohälsan

Sjukdom och ohälsa är föränderliga förhållanden. I fordom tid spelade svält, skador och infektioner en avgörande roll för folkhälsan. Med industrialismen följde ökade olikheter i människors förutsättningar att bibehålla en god hälsa. Fortfarande återspeglas denna ojämlikhet i människors hälsa. I fattiga länder är ohälsan fortfarande mycket större än i den rika västvärlden, ju fattigare desto sämre hälsa.

De samhällsförändringar som industrialismen innebar avspeglade sig också i ett nytt ohälsopanorama. Arbetet blev en del av en produktionsprocess som var både svår att överblicka och förstå. Människor upplevde ett slags främlingskap (alienation) i arbetet. Dessutom kunde denna nya samhällsordning inte ta samma hänsyn till individernas olika förutsättningar. Nya sjukdomar började uppträda, bland annat som följd av de sociala förändringarna, överkonsumtion (eller välvärdnad), miljögifter och tungt arbete.

De sociala och kulturella förändringarna går nu i början av 2000-talet ännu snabbare. I stora delar av världen marscherar man med rask takt in i det moderna informationssamhället. De tunga arbetena försvinner, men påfrestningarna blir av ett annat slag. Informationsteknologin ställer stora och nya krav på individens tillgänglighet och flexibilitet. Människor hamnar allt oftare i ett slags accelerationssyndrom där själva tiden tycks bli en bristvara och där fritid betraktas som slöseri. Denna nya kultur utsätter människans förmåga till anpassning för nya prövningar och resulterar dessvärre också i nya ohälsotillstånd. Eftersom de mentala reaktionerna har en så avgörande betydelse också för de kroppsliga funktionerna blir flera av de nya sjukdomarna av ett helt nytt slag. Det är bland annat därför som lejonparten av angivna orsaker till långtidssjukskrivning i läkarintyg ännu inte finns som erkända diagnoser och sjukdomstillstånd (ex. stress och utbrändhet).

Ohälsopanoramats ser förstås olika ut i olika delar av världen. Ett lands välstånd spelar en avgörande roll för såväl sjuklighet som medelöverlevnaden. Världsbanken har visat att med stigande bruttonationalprodukt per capita så ökar medelöverlevnaden i ett land för att nu börja närma sig 80 år i de rika länderna (World Bank, 1993). Kurvan är inte helt linjär. Personer som har en mycket låg inkomst löper en proportionellt

större risk att avlida tidigt i livet, oftast till följd av undernäring och infektioner. Inte minst barnadödligheten i ett land är tydligt kopplad till dess ekonomiska status.

Mycket talar för att sociala och kulturella förhållanden också spelar en betydelsefull roll som sjukdomsorsak i de ekonomiskt mer välsituerade länderna. Detta har kartlagts av bl.a. Christopher Murray och Alan Lopez i en stor och imponerande studie som WHO tog initiativ till och som publicerades 1996. Om man exkluderar dödsfallen i låg och hög ålder och bara koncentrerar sig till vuxna mellan 15 och 60 års ålder finner man att hjärt- och kärlsjukdom kommer att segla upp som den vanligaste orsaken till ohälsa och död inom den närmsta framtiden. Detta räknar man med kommer att gälla nästan alla delar av världen. Speciellt utsatta för denna ”nya” sjuklighet är de forna socialistiska ekonomierna i Central- och Östeuropa. Här har man den högsta dödligheten i världen bland medelålders, speciellt män.

Hjärt- och kärlsjukdom följt av depression kommer att utgöra de viktigaste sjukdomsorsakerna i världen under överskådlig framtid. Båda dessa sjukdomsgrupper är intimt förknippade med sociala och kulturella förhållanden. Ohälsans utseende i världen är således på väg att förändras. Sjukdomar relaterade till psykosociala förhållanden tycks komma att spela en allt större roll.

Den närmsta framtidens dominerande sjukdomar

- Hjärt- och kärlsjukdom
- Depression
- Skador pga våld och trafikolyckor
- Slaganfall

Antalet förlorade levnadsår på grund av för tidig död, handikapp eller sjukdom. (Disability Adjusted Life Expectancy Years, DALY) 2020 (enl. Murray and Lopez, 1996)

1.3 Ohälsan i riket

I Sverige har folkhälsan förbättrats i flera avseenden under de senaste 20 åren. Medellivslängden har ökat för både män och kvinnor, om än något mindre för kvinnor. En svensk man uppnår i genomsnitt den aktningvärda åldern av 77,4 år och en kvinna 82,1 år. En förklaring till detta är att risken för kranskärslsjukdom och död i denna sjukdom har minskat i Sverige bl.a. som en följd av bättre förebyggande behandling men också avsevärt förbättrad akut behandling.

Vad som emellertid är oroande i den svenska utvecklingen är att allt fler personer mellan 16 och 44 år anser sig ha en dålig hälsa. I denna åldersgrupp är det stressrelaterade besvär som dominerar. Trötthet, depression, oro, ångest, stress och utbrändhet är vanliga diagnoser vid sjukskrivning. Denna trend har varit särskilt påtaglig sedan några år tillbaka. De gamla orsakerna till sjukskrivning såsom värkbesvär har fått träda tillbaka till förmån för dessa ”nya” tillstånd. Till detta kommer att det fortfarande råder betydande skillnader i hälsa mellan olika sociala klasser.

Den betydande ökning av långtidssjukskrivningarna som ägt rum under senare år kan således till stor del tillskrivas stressrelaterad ohälsa. Till detta skall läggas att antalet förtidspensioner också ökar. Kostnaderna för detta är sannolikt större än vad de flesta föreställer sig. Under år 2000 var den totala kostnaden för långtidssjukskrivningar och förtidspensioner i Sverige 74,5 miljarder kronor. Detta motsvarar 13,305 kronor per person i åldern 16-64 år. Påföljande år steg kostnaden till drygt 108 miljarder. Med tanke på den betydande ökningstakten av denna ohälsa är det ett pessimistiskt perspektiv som framträder. Speciellt oroande är denna utveckling då sjukvårdsresurserna skurits ner samtidigt som ohälsan har ökat. Under 1990-talet mer än halverades antalet anställda inom offentlig sjukvård och antalet vårdplatser sjönk från ca 58 000 till 33 000. Sedan mitten av 1980-talet har hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP sjunkit och utgör nu ca 7,6% av BNP (OECD, 2000), som jämförelse kan nämnas att motsvarande siffra i USA är drygt 12%. Sedan ett antal år har Sverige lägre hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP än jämförbara OECD länder. Under 1960-1990 låg vi i topp.

1.4 Ohälsan i Göteborgsområdet

Under de senaste åren har de långvariga sjukskrivningarna i riket blivit något färre, dessvärre har förtidspensionerna, eller sjuk- och aktivitetsersättningarna som det numera heter, blivit desto fler. Sammantaget innebär detta att det sammanlagda talet för dessa (= ohälsotalet) är väsentligen oförändrat sedan några år och fortfarande på en exceptionellt hög nivå. I Göteborg är ohälsotalet ca 42 dagar, dvs så många dagar är den genomsnittlige göteborgaren i arbetsför ålder borta från jobbet pga sjukdom eller förtidspension.

Fördelat på diagnosgrupper utfaller ohälsan enligt en färsk sjukfallskartläggning i Göteborgs kommun på följande sätt (Försäkringskassan i Västra Götaland, 2003):

Tabell 1. Diagnosgrupper vid sjukfallskartläggningen i Göteborg 2003

Diagnosgrupp	procentuell andel
Psykisk ohälsa	44
Rörelseorganen	34
Övriga fysiska sjukdomar	13
Hjärt/kärlsjukdomar	3
Maligniteter	3
Mag-/tarmsjukdomar	1
Missbruk/beroende	1
Förlossning/graviditet	1

Den orsak som anges i läkarintygen till frånvaron är i 44 procent av fallen psykisk ohälsa. De traditionella psykiska sjukdomarna (psykos, depressions- och ångesttillstånd et cetera) står för ca 10 procent, ”nya” stressrelaterade tillstånd står för resten. Det kanske mest alarmerande är f.n. att sjukfallen blivit längre, att de ”drabbar” allt yngre framförallt kvinnor och att dessa unga kvinnor förtidspensioneras i en allt större omfattning. I de yngsta åldersgrupperna (16-39 år) svarar den psykiska ohälsan för hela 50 procent av sjukskrivningarna. Fördelningen med avseende på sysselsättning framgår av Tabell 2.

Tabell 2. Sysselsättning hos de sjukskrivna i Göteborg 2003

Sysselsättning	procentuell andel
Privat	42
Arbetslös	25
Kommun	19
Landsting	6
Statlig	4
Egen företagare	3
Övrigt	1

Andelen arbetslösa sjukskrivna är hög, men ännu högre i krankommuner som Ale (33 %), Kungälv (28 %) och Stenungssund (26 %).

1.5 Stora olikheter i "den nya ohälsan"

Ett intressant fenomen med den psykiska ohälsan är dess variation i förekomst. Inom vissa områden i Göteborg svarar den för hela 60 procent av sjukskrivningarna (Linnéstaden och Härlanda) medan andra områden har en låg förekomst av psykisk ohälsa (t.ex. Lärjedalen). I sistnämnda områden är dock förekomsten av sjukskrivning för besvär från rörelseorganen stor.

Förekomsten av psykisk ohälsa är mindre i andra delar av länet, i Fyrbodalen utgör den ca. 35 % och i Sjuhärads-Skaraborg ca 30 %. Både i länet och i riket tycks det finnas en tydlig relation till befolkningstätheten. Ju större stad, desto mer av den "nya ohälsan".

I studier som gjorts både i Malmö-området och i Västra Götaland är det tydligt att graden av självupplevd stress är mycket större bland kvinnor än bland män. Dessutom har den största ökningen av ohälsotalet skett bland de allra yngsta kvinnorna på arbetsmarknaden. Kvinnor står för 70 % av den psykiska ohälsan. Den självupplevda graden av stress är genomgående högre bland kvinnor i alla åldersgrupper och särskilt markant hos ensamstående med barn.

1.6 Den framtida ohälsan i Göteborgsområdet

Det är naturligtvis svårt att förutsäga den framtida utvecklingen av sjukdom och hälsa. Baserat på aktuella trender och en sannolikt utvecklingsscenario kan man anta att hjärt- och kärlsjukdom kommer att fortsätta dominera som orsak till förlorad frisk livstid under de närmsta decennierna. Därefter lär psykisk sjukdom följa med dominans av tillstånd som depression och utmattningssyndrom. En framskjuten position i detta avseende kommer också diabetessjukdomen och fetma att ha. Internationella bedömare hävdar ofta att den fortsatta utvecklingen i de ekonomiskt väl utvecklade områdena i världen, som t.ex. Göteborgsregionen, kommer att se en stigande förekomst av skador förorsakade av dels trafiken, men framförallt till följd av våldshandlingar.

Mycket talar för att den tidigare så dominerande värkproblematiken som orsak till förlorad frisk livstid kommer att fortsätta vara en stor och betydelsefull ohälsoproblematik. Dock lär värkbesvärens natur förändras med mer generaliserade värkbesvär. De ergonomiska förhållandena i arbetslivet spelar inte längre en lika stor roll för uppkomsten av dessa besvär. Däremot spelar den moderna livsstilen med en lägre grad av fysisk aktivitet i stora delar av befolkningen en ny och stor roll för uppkomsten av sådana besvär. I de äldre åldersgrupperna avspeglar sig dessa förändrade fysiska aktivitetsvanor bl.a. i en tilltagande förekomst av benskörhet och frakturer.

Allergi och annan överkänslighet tenderar att öka, särskilt bland yngre. Detsamma gäller vissa immunologiska sjukdomstillstånd som t.ex. reumatiska sjukdomar. Mekanismerna för dessa sjukdomar sätts av vissa forskare också i samband med samhällsförändringar som förändrade expositionsförhållanden för stimulatorer av immunförsvaret. Även förändrade principer för byggnation och ventilation har föreslagits vara betydelsefulla mekanismer för framför allt allergiska reaktioner och tillstånd.

1.7 Livsstilsrelaterade sjukdomar dominerar 2050

Mycket talar för att det är de livsstilsrelaterade sjukdomarna som kommer att dominera som orsak till förlorad frisk livstid under överskådlig framtid. Med livsstil kan förstås alla de påverkbara förhållanden som individen utsätter sig för. En sådan definition skulle kunna omfatta även benägenheten att utsätta sig för risker, val av bostad, bostadsort osv. Om man väljer en sådan utvidgad definition av begreppet livsstil blir det ohanterligt och svåröverskådligt. Jag väljer här att istället fokusera några områden av vårt påverkbara liv som kommit i centrum för debatten kring livsstilsrelaterad sjukdom. Den *kost* vi äter, liksom graden av *fysisk aktivitet* är två sådana viktiga faktorer. Till livs-

stilen kan också räknas vilka *droger* vi konsumerar liksom den psykosocial påfrestning eller *stress* som vi utsätter os för. Även om dessa faktorer är påverkbara innebär de inte att individen har egen exklusiv kontroll över dessa förhållanden. Samhället kan stävja eller befrämja den enskildes livsstil, men också den enskildes socioekonomiska situation kan medverka till att hämma eller underlätta en livsstil hos individen. Kunskap, förebilder och möjligheter är således nyckelord i förståelsen för den enskildes livsstil.

I Tabell 3 beskrivs några livsstilsrelaterade sjukdomstillstånd och symtom översiktligt samt några av de kända livsstilsrelaterade orsakerna.

Tabell 3: Några vanliga livsstilsrelaterade sjukdomar och symtom

Sjukdom/symtom	Påvisade orsaker i livsstilen
Hjärt- och kärlsjukdom (hjärtinfarkt, kärlkramp, slaganfall, "fönstertittarsjuka")	Kost, fysisk inaktivitet, stress
Depression	Stress
Utmattningsyndrom	Fysisk inaktivitet, stress
Metabolt syndrom, diabetes	Kost, fysisk inaktivitet, stress
Fetma	Kost, fysisk inaktivitet
Skador pga våld eller trafik	Droger
Alkohol och drogberoende	Stress
Smärta	Kost, fysisk inaktivitet, stress

2. Hälsans sociala determinanter

Ett samhälle konstitueras av en social ordning. Denna ordning kan vara en tillgång för vissa, liksom den kan vara ett hinder för andra. På samma sätt som man i idag talar om *humankapitalet* när man avser de enskilda individerna som en resurs för både företag och samhälle, kan man tala om det *sociala kapitalet*. Sociala förhållanden bestäms till stor del av hur fördelningen av ekonomiska tillgångar ser ut. Denna ekonomiska politik har i vår tid och sannolikt i framtiden en relativt mycket större roll än andra ideologiska och religiösa värderingssystem. Drivkrafterna i den moderna samhällsutvecklingen är i huvudsak ekonomiska.

En redan pågående förändring av ekonomin är dess globalisering. Denna förändring kan antas fortsätta och på ett ännu tydligare sätt medverka också till globalisering av de sociala frågorna liksom (o)hälsosituationen. Nationalstatens, liksom Göteborgsregionens sociala problem och ohälsosituation, kommer 2050 att delas med en stor del av Europas och sannolikt också världens befolkning i övrigt. Redan denna förändring i makt- och inflytandestruktur innebär en förändring för den enskilde medborgaren. Ett dåligt "socialt experiment" i en mindre nationell kommun får begränsade konsekvenser, medan samma dåliga "experiment" i denna nya Världsordning får mer omfattande konsekvenser. Självklart gäller också det omvända. Mindre lokal framgång kan kompenseras av federala framgångar. Det är emellertid inte självklart att denna tillämpning är densamma för ekonomisk utveckling som för t.ex. den sociala utvecklingen. Det finns således ingen vetenskap som oförbehållsamt stöder tesen att ekonomisk tillväxt alltid leder till social utveckling.

Den sociala ordningen är av direkt betydelse både för sociala frågor, men också för hälsan. Socialpolitiken och den sociala ordningen har direkta effekter både för produktionsordningen, men också för den enskilde medborgarens hälsa och välbefinnande. Eftersom denna ordning därför inte kan förstås avgränsat från andra dimensioner som t.ex. ekonomisk-politiska, psykiska och för den delen biomedicinska är det bättre att tala om den sociala ordningen som en infrastruktur med ett "eget" liv som är beroende av andra.

2.1 Den sociala infrastrukturen

Den sociala infrastrukturen kan beskrivas som kulturen. Denna är enkelt uttryckt uppbyggd på dels en formell och dels en informell social ordning. Den formella ordningen upprätthålls genom likaledes formell social kontroll som t.ex. lagar och förordningar. Den informella sociala ordningen upprätthålls genom normer, attityder och värderingar som i sin tur påverkas av t.ex. politiska, ekonomiska och religiösa förhållanden.

Sjukdom kan också ses som ett socialt fenomen och därmed blir också sjukdomsrollen betydelsefull. Att vara sjuk innebär ju inte "bara" att man har en sjukdom, utan den får också olika konsekvenser för individen. Den leder till att samhället reagerar, liksom olika institutioner och enskilda människor. Detta kan ses som en del i den *sociala kontrollen*. Med social kontroll avses dels samhällsinstitutionernas reaktioner (formell social kontroll) och dels människornas reaktioner som kommer till uttryck i form av attityder till den sjuke och värderingar som berör sjukdomens "status" (informell social kontroll).

I vår tid har sjukdomsrollen på ett allt tydligare sätt kommit att förknippas med i vilken utsträckning den sjuke är arbetsför eller ej. Då de grundläggande incitamenten i den sociala ordningen utgörs av den övergripande ekonomiska produktionsordningen är detta ett exempel på hur en infrastruktur (den biomedicinska) har modifierats till följd av förändringar i en annan (ekonomisk-politiska). Sjukdom är, åtminstone inte bara, ett tillstånd som den enskilde definierar med utgångspunkt från sitt eget välbefinnande. Lika mycket är det ett tillstånd som definieras inom ramen för ett socialförsäkringssystem, vars utgångspunkter inte är desamma som individens.

Detta är ett exempel på en framtidsfråga av stor dignitet, dvs i vilken utsträckning den enskilde kommer att vara beroende av samhällets definitioner för att kunna komma i åtnjutande av samhällets förmåner, som t.ex. sjukpenning etc. De politiska ramarna kommer på detta sätt att också få avgörande betydelse för hur sjukdom definieras, accepteras och sanktioneras.

Även en rad andra frågor berörs på detta sätt av den sociala infrastrukturens ekonomisk-politiska villkor. Migration, hur den än definieras i den nya globaliserade ekonomin, liksom missbruk, oförmåga att klara ett tillgängligt arbete, social utslagning av andra skäl osv. är alla exempel på sociala förhållanden vars konsekvenser till största delen kommer att bestämmas av den ekonomiska och politiska ordningen.

2.2 Den sociala infrastrukturens problem och möjligheter

Det är omöjligt att kortfattat beskriva allt som ryms inom den sociala infrastrukturen, dess problem och möjligheter. Kortfattat har jag därför valt att i nedanstående tabell kategorisera några av dess områden i några centrala huvudgrupper.

För dessa sociala problem, eller omvänt möjligheter, finns det i den sociologiska litteraturen Påvisade bestämningfaktorer. En viktig distinktion är emellertid viktig att göra – en bestämningfaktor innebär inte att ett socialt problem utvecklas med nödvändighet (kausalitet) under vissa sociala förutsättningar. Begreppet ”maskrosbarn” är i det svenska språket är ett exempel på detta. För sociala samband gäller således samma begränsningar som för medicinska. Vissa förhållanden befrämjar en viss utveckling, medan andra skyddar mot samma utveckling.

2.3 Teorier om sociala problem

De sociala problemens uppkomstmekanismer har alltid varit föremål för en intensiv diskussion bland både vetenskaps- och lekmän. Modeller för de olika förklaringar som föreslagits har hämtats från så skilda områden som religion, moralfilosofi, biologi och psykologi. Inom ramen för dessa skilda teoretiska ansatser har det också rått delade meningar om vad som skall anses vara ett socialt problem. En grundläggande fråga måste emellertid formuleras i varje samhälle – vilket skall målet vara för den sociala politiken och för de åtgärder som samhället skall vidta? Är målet att skydda den socialt utsatte/avvikaren från sig själv? Eller är målet att skydda andra? Skall den avvikande hjälpas, behandlas, straffas, eller sanktioneras på annat sätt? Dessa frågor är av politisk och ideologisk natur. Uppenbart är emellertid att oavsett vilket förhållningssätt samhället väljer, desto effektivare blir det om det stora flertalet delar samma uppfattning. Av det skälet är socialisation, alltså daning i den sociala uppfattningen, av central betydelse för den sociala kontrollens effektivitet. Det är också uppenbart att brist på social kontroll leder till primitivisering i enskildas beteende pga osäkerhet och otydlighet i moralnormsystemet och/eller dess sanktioner.

Sociala problem har förklarats på olika sätt och naturligtvis beroende på det sociala problemets natur. En vattendelare i litteraturen kan sägas vara i vilken utsträckning ett socialt problem är påverkbart av den enskilde. Arbetslöshet, ökat kroppsligt vårdbehov osv. är exempel på sociala problem som nästan genomgående diskuterats i ”socialpolitiska” termer, medan kriminalitet och missbruk i större utsträckning diskuterats i biologiska och psykiatriska termer.

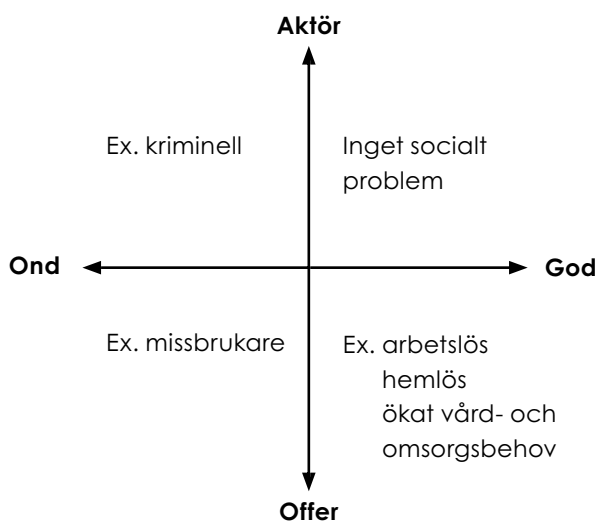
Tabell 4. Den sociala infrastrukturens centrala områden

Problemområden	Avser sociala problem som uppstår på grund av:
1. Avskiljning	Utanförskap pga, arbetslöshet, hemlöshet, könstillhörighet eller etnicitet
2. Okontrollerbart beroende	Drogmissbruk, spelberoende etc
3. Avvikelse	Ovilja eller oförmåga att följa påbjudet norm- och/eller värderingssystem
4. Socialt stödbehov	Ekonomiskt eller på annat sätt beroende av stödåtgärder
5 Deltagande, påverkan	Ovilja eller oförmåga att delta i och/eller påverka den egna livssituationen

2.4 Aktör eller offer – ond eller god

Social problematik som anses förorsakad, eller påverkad, av den enskilde kan beskrivas som ett socialt problem där den enskilde är en aktör. När ”yttre” omständigheter förorsakar problemet betraktas den enskilde oftare som offer. Även i detta avseende finns en ständigt pågående diskussion om i vilken utsträckning den enskildes livssituation är påverkbar. Oaktat denna mer akademiska diskussion präglas sanktionerna på ett tydligare sätt av denna tudelning av de sociala problemens natur. Olika sociala problem kännetecknas av olika sanktionssystem. Detta kan illustreras i nedanstående figur.

Figur 1. Två dimensioner av sociala problem



Även uppfattningen om vem som är offer och vem som är aktör, liksom uppfattningen om ond och god är uttryck för sociala fenomen, s.k. moralnormer. Dessa grundläggande moralnormer avspeglar sig sedan både i formella sanktionssystem (t.ex. bidragsberättigande) som i människornas värdering och attityder.

2.5 De sociala problemens orsaker

Inom varje socialt problemområde finns en uppsjö av teorier, mer eller mindre väl belagda, presenterade i litteraturen. I det följande har jag valt att peka på några sociala orsakssamband som har ett robust stöd i den vetenskapliga sociala litteraturen.

2.6 Anomi och alienation

Den franske sociologen Emile Durkheim presenterade vid slutet av 1800-talet en uppmärksammat teori om självmordets orsaker, den s.k. anomiteorin. Med anomi förstås de känslor av maktlöshet och hjälplöshet som uppträder hos en person i ett system där normsystemet förändras snabbt eller är på väg att upplösas. När kraftiga förändringar uppträder i ett socialt system uppstår ett slags främlingskap som bäddar för uppkomsten av sociala problem. Denna försvagade sociala struktur befremjade utveckling, i det interpersonella samspelet, av vad han kallade ”socioemotionella” kriser. Beteendet hos de enskilda individerna i ett system präglat av normupplösning präglas av egoism och anomi, menade Durkheim. Teorin utvecklades under 1900-talet och kom allt mer att handla om den diskrepans som uppträder hos den enskilde individen mellan samhällets uppsatta mål och ideal och den enskildes resurser att leva upp till dessa. Konsekvenserna av den anomiska sociala ordningen uppträder i form av allt fler ”anpassningsstrategier”, som t.ex. kriminalitet (nä målet, men inte acceptera medlen), revolt (uppror mot mål och medel) eller uppgivenhet (strunta i både mål och medel). Karl Marx introducerade senare termen alienation som även i modern socialpsykologi tillmäts stort förklaringsvärde. Med alienation menas en social ordning som leder till att människan förtingligas. Då den sociala ordningen, t.ex. arbetslivets organisation, enbart präglas av människans värde som producent uppstår en känsla av främlingskap, meningslöshet och maktlöshet. Begreppet humankapital i modern tid kan väl delvis sägas representera en sådan snäv syn på människans värde.

2.7 Socio-ekonomiska faktorer

I den vetenskapliga litteraturen får det anses vara belagt, att stora skillnader mellan människor map socio-ekonomiska resurser har avgörande betydelse för alla de sociala problem som beskrivs i tabell 4. Tillsammans med t.ex. anomi och alienation får socio-ekonomiska skillnader ännu större betydelse, dvs en exponentiell effekt. Företeelser som t.ex. gängkriminalitet och organiserad brottslighet kännetecknas av dessa två fenomen. När det inte bara är nödvändigt att ha god ekonomi, utan den utgör en förutsättning för social framgång, kommer individer och grupper som inte omfattas av djupgående internalisering av samhällets normer att präglas av marginalisering som leder till att dessa grupper strävar efter att uppnå samhällets uppställda mål, men bortser helt från medlen. Ett samhälle med stora socio-ekonomiska resursskillnader måste således försöka kompensera med reducerad inflyttning, svårforcerad gränser, begränsad invandring och stark social, eller polisiär, kontroll. Framtidens samhälle kan inte längre isolera utan avgörande politiska åtgärder som i sin tur leder till social instabilitet. All tillgänglig kunskap talar för betydelsen av rimlig resursfördelning mellan olika grupper, både map löner, men också map bostäder, fritidsaktiviteter och andra samhällsresurser.

2.8 Bristande jämställdhet

Segregation kan beskrivas som systematisk avskiljning. Denna avskiljning kan underhållas både i kulturen och med socio-ekonomiska maktinstrument. Historiskt har skilda grupper hållts avskilda på detta sätt i olika kulturer; svarta, judar, muslimer, barn, kvinnor, obemedlade, fysiskt och psykiskt avvikande människor osv.

Det är vetenskapligt näst intill omöjligt att beskriva konsekvenserna både av denna avskiljning och den förändring som uppträder då avskiljningen reduceras eller helt upphör. Det är dock en allmän uppfattning bland sociologer och andra samhällsvetare att upphörd avskiljning (politiskt, ekonomiskt, socialt) snarast tillför tidigare negligerade resurser till samhället och den sociala utvecklingen.

Kvinnor har genomsnittligen sämre löner, mindre inflytande och större psykosocial sjuklighet än män. Detta förhållande kan förändras genom *aktiva jämställdhetsinsatser* som dock kräver insatser inom flera av samhällets sociala sektorer, som t.ex. inom barnomsorgen. Även barn bör kunna ges ett ökat inflytande t.ex. över sin skolsituation och andra vardagsnära frågor.

2.9 Arbetet

Flera undersökningar under senare år har pekat på att *förändring* i arbetslivet är förenat med psykosociala reaktioner som bl.a. avspeglar sig i ökad långtidssjuk-skrivning och större benägenhet att drabbas av sjukdom och sociala problem. Vetenskapliga studier ger klara belägg för att nedskärningar, omorganisationer men även expansion ger upphov till sådana reaktioner.

Den danske forskaren, Tage Kristensen, har på ett föredömligt sätt sammanfattat det moderna arbetslivets viktigaste hälsorisker. Dessa sammanfattas i tabell 5.

Tabell 5. Sociala risker och hälsorisker i arbetslivet

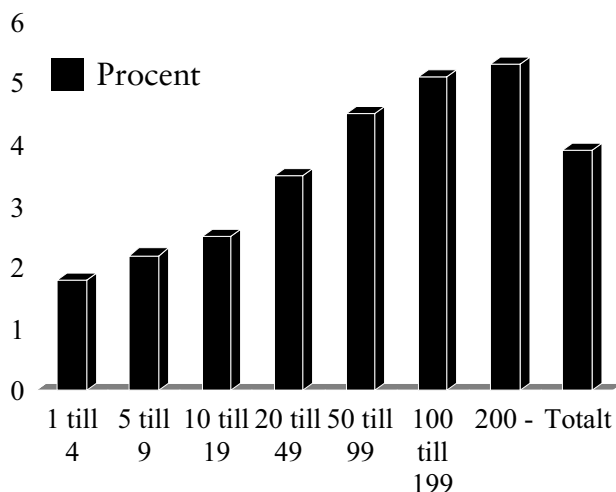
- höga krav i arbetet
- liten kontroll eller svagt inflytande över den egna arbetsituationen
- bristande meningsupplevelse i arbetet
- bristande förutsägbarhet i arbetsituationen
- bristande socialt stöd
- otillräckligt upplevd belöning

En annan betydelsefull aspekt i arbetslivet är dess mobilitet och flexibilitet. Ur både hälsosynpunkt och ur social synpunkt kan ökad rörlighet på arbetsmarknaden vara både en möjlighet och ett hot. Det ur social synpunkt kanske mest utpräglade hotet utgörs av en arbetsmarknad som inte förmår sysselsätta hela befolkningen. Ekonomiska effektivitetskrav kommer i detta avseende ofta i konflikt med politiska och sociala krav. Ur social synpunkt är det angeläget att det både finns jobb och att det finns jobb som passar för alla. En bra arbetsplats för alla måste vara en rimlig målsättning för framtiden. En sådan kan arbetsplats kan t.ex. ha följande mål:

En bra arbetsplats för alla

- Gör ledarskapet möjligt att utöva
- Organiserar inte om utan mycket starka skäl
- Inga fler nedskärningar
- Fack och arbetsgivare måste samverka inte slåss – alla äger frågorna, men arbetsgivaren har ansvaret
- Öka den enskildes och gruppens inflytande och ansvar över arbetet och dess planering
- Försök anpassa kraven till kompetensen
- Målformuleringen bör vara tydlig och alla bör vara delaktiga
- Uppföljning bör ske av mål och beslut på alla nivåer
- Visa uppmärksamhet, uppskattning och ge feedback
- Försök minska den fysiska belastningen
- Skapa en fungerande struktur för rehabilitering
- Skaffa/vårda en bra företagshälsovård
- Erbjud möjlighet till friskvård

Figur 2. Ökande antal långtidssjukskrivningar ju större arbetsplats



2.10 Storskalighet – i stad och arbetsliv

Då långtidssjukskrivning och social problematik studerats i relation till företagets karaktär har det varit svårt att hitta några entydiga kriterier. Sannolikt spelar företagets interna kultur och sociala kompetens en avgörande roll. I vissa studier är hälsoproblematiken liksom den sociala problematiken mer uttalad på stora arbetsplatser. Detta innebär nödvändigtvis inte stora företag då ju dessa kan vara organiserade i mindre enheter. Storskalighetens produktionsfördelar måste således vägas mot dess ev. risker. Ovanstående figur illustrerar sambandet mellan långtidssjukskrivning och arbetsplatsens storlek i en undersökning som genomfördes av Företagarna och SCB 2003.

2.11 Sociala problem 2050

De sociala problemen 2050 kommer sannolikt att i många avseenden påminna om den sociala problemsituation som redan finns i t.ex. USA. Politiska och ekonomiska förhållanden kommer emellertid att modifiera denna bild liksom självklart insatser som görs för att befrämja eller stävja utvecklingen. De sociala problem som kan förväntas sammanfattas i mycket komprimerad form i tabell 6.

Tabell 6. Översikt över tänkbara sociala problem 2050

Problemområden

1. Avskiljning	Etnisk och religiös segregation pga den ökade internationella rörligheten hos befolkningen. Arbetslöshet pga bristande flexibilitet på arbetsmarknaden.
2. Okontrollerbart beroende	Nya droggulturer men också ett utvidgat beroende till andra ”beroendeframkallande” och kommersiella ämnen och företeelser (t.ex. mat, socker, spel etc.)
3. Avvikelse	Tydligare inslag av gängkriminalitet och organiserad brottslighet. Fler människor som ”väljer” att leva i utanförskap och ”alternativt”, fler s.k. subkulturer.
4. Socialt stödbehov	Ökat ekonomiskt behov av stöd till grupper som avskiljts (se ovan). Fler äldre och mer allvarligt utslagna ställer större krav på socialt stöd.
5. Deltagande, påverkan	Den politiska makten förstärks och det lokala inflytandet minskar.

3. Effekter av framtida regionförstoring i Göteborgsområdet

En framtida regionförstoring kan ha olika scenarier. De variabler som bestämmer regiontillväxtens konsekvenser för hälsan och de sociala problemen är svåra att reducera till ett litet fåtal. Mot bakgrund av den kunskap som finns är det ändå min uppfattning att två variabler spelar särskilt stor roll: graden av förtätning och fördelningen av de socioekonomiska resurserna. Både dessa faktorer kan påverkas både på politisk nivå och på tjänstemannanivå. Det är därför möjligt att påverka dessa variabler. Förtättningsgraden kan beskrivas som en regional bild präglad av *enkärnighet* eller *flerkärnighet*. De socioekonomiska resursernas fördelning kan beskrivas i termer av *utjämning* eller *ökad åtskillnad*.

De effekter förändringar i dessa variabler har, kan och skall relateras till andra långsiktiga mål. Dessa variabler tjänar främst syftet att beskriva hållbarhetsmålet socialt och med avseende på hälsan. En förutsättning för att uppnå detta mål är ekonomisk tillväxt som möjligen befrämjas mer, åtminstone kortsiktigt, av andra scenarier än de som gynnar utvecklingen socialt och ur hälsosynpunkt.

Med utgångspunkt från de två variablerna är följande scenarier tänkbara:

Flerkärnig–utjämnad

Vid detta scenario ökar förutsättningarna för fysisk aktivitet och en livsmiljö som befrämjar promenader och närhet till naturen. Med ökade möjligheter att tillbringa fritiden på ett aktivt sätt och att finna fritidsaktiviteter som befrämjar återhämtning och vila minskar förutsättningarna för fysisk sjuklighet relaterad till livsstilen. Med lokalsamhällesstrukturen ökar den sociala närheten mellan medborgarna och det sociala nätverk utvecklas till gagn för den psykosociala hälsan. Om denna struktur också är förknippad med småskalighet eller mindre arbetsenheter befrämjas också förutsättningarna för ett gott arbetsliv. Segregation kan mycket väl frodas i denna struktur, men förutsättningarna är mindre för utveckling av anomiska miljöer, med den ökade sociala kontrollen

och det ökade sociala stödet är risken för missbruk mindre, liksom förutsättningarna för aktivt deltagande i samhällsdebatten.

Flerkärnig–ökad åtskillnad

Flerkärnigheten befrämjar den fysiska hälsan som i detta avseende är relativt oberoende av den ekonomiska resursfördelningens utseende. Den psykosociala hälsan försämras snarast pga den ökade åtskillnaden socioekonomiskt mellan olika grupper. I samhällen präglade av stor åtskillnad upplevs krav, brist på kontroll och inflytande i arbetet och relativt dålig belöning för de insatser man gör som särskilt uttalade. Detta är förhållanden som disponerar för ökad sjukfrånvaro och arbetsrelaterad ohälsa. Segregationen ökar definitionsmässigt, vilket särskilt drabbar utsatta grupper som invandrare, kvinnor osv. I denna samhällsstruktur riskerar man att ”exportera” missbruk, psykosocial ohälsa och social avvikelser till tätorten. Det sociala stödet präglas av ”klasstillhörighet” och det sociala normsystemet, med dess inbyggda sanktionssystem, delas inte av alla utan präglas av stratifiering. Kulturen präglas av denna sociala stratifiering som dessutom motverkar tillvaratagandet av innovations- och skaparkraft.

Enkärning–utjämnad

Enkärnigheten skapar en förtätning som motverkar fysisk aktivitet, lek och återhämtning. Denna kan kompenseras av parkliv och en ”gym-kultur”, som emellertid främst gynnar dom som har tid och resurser att vårda sin hälsa. Tillgången till hälsoexpertis och sjukvård är ökad i den förtätade samhällskulturen, vilket i sig inte har positiva effekter. Sannolikheten för att tidigt upptäcka och adekvat behandla tillstånd förknippade med ökad risk för allvarlig somatisk sjukdom är emellertid större. Utjämnade socio-ekonomiska resurser befrämjar ett gott arbetsliv, samtidigt som enkärnigheten befrämjar stress förknippad med arbetstempo, pendelresande och prestationshets.

Det enkärniga samhället uppvisar visserligen segregation, men erbjuder samtidigt fler kontaktytor mellan olika sociala grupper och en tydligare sammanhållning (socialt stöd) inom grupperna. Tillgången till arbete är större. Det sociala utbudet är större och därmed tillgången till t.ex. droger. Allvarliga former av social avvikelser organiseras tydligare i förtätade samhällen. I den enkärniga strukturen motverkas detta av rimligt fördelad resurstillgång.

Enkärnig – ökad åtskillnad

I många pessimistiska framtidsromaner är det detta framtidsscenario som utmålas, vilket jag inte anser vara helt obefogat. På grund av växande socio-ekonomiska skillnader uppstår grupper som kännetecknas

av relativ fattigdom och utanförskap. Den somatiska sjukligheten, liksom den psykosociala återfinns huvudsakligen inom dessa grupper. Ökad avskiljning uppstår tydligt, antingen i form av ökat bidragsberoende eller via en ”B-lags”-betonad arbetsmarknad som helt saknar reglering eller nödvändiga förutsättningar för välbefinnande. Antalet avvikare ökar, vilket kanske framförallt riskerar att befrämja kriminell gängbildning och organiserad brottslighet. Ett sådant samhälle utvecklar snabbt en påtaglig anomi som i sin tur leder till både sociala och hälsomässigt negativa effekter. Det sociala deltagandet är stort i vissa grupper, men obefintligt eller fientligt aggressivt i andra.

De olika scenarierna sammanfattas i nedanstående fyrfältstabell.

Tabell 7. Tänkbara variabler och scenarier i den framtida regionstrukturen

<p><i>Flerkärnig – utjämnad</i></p> <p>Tänkbara hälsoeffekter Minskad somatisk sjuklighet och mindre psykosocial sjuklighet</p> <p>Tänkbara sociala effekter Oförändrad eller mindre avskiljning, oförändrad eller mindre beroendeproblematik, färre avvikare, oförändrat eller ökat socialt stöd, större socialt deltagande</p>	<p><i>Flerkärnig – ökad åtskillnad</i></p> <p>Tänkbara hälsoeffekter Minskad somatisk sjuklighet och ökad psykosocial sjuklighet</p> <p>Tänkbara sociala effekter Oförändrad eller ökad avskiljning, oförändrad eller ökad beroendeproblematik, fler avvikare, oförändrat eller minskat socialt stöd, oförändrat socialt deltagande</p>
<p><i>Enkärning – utjämnad</i></p> <p>Tänkbara hälsoeffekter Oförändrad eller ökad somatisk sjuklighet, oförändrad eller mindre psykosocial sjuklighet</p> <p>Tänkbara sociala effekter Mindre avskiljning, oförändrad eller större beroendeproblematik, oförändrat eller färre avvikare, oförändrat socialt stöd, större socialt deltagande</p>	<p><i>Enkärnig – ökad åtskillnad</i></p> <p>Tänkbara hälsoeffekter Oförändrad eller ökad somatisk sjuklighet, ökad psykosocial sjuklighet</p> <p>Tänkbara sociala effekter Ökad avskiljning, ökad beroendeproblematik, fler avvikare, mindre socialt stöd, mindre socialt deltagande</p>

4. Sammanfattande analys och förslag

Göteborgsregionen uppvisar stora kvaliteter för de allra flesta medborgare. Naturen, den blomstrande industrin och väl fungerande samhällsservice för invånarna är några hörnstenar i den standard som vid alla jämförelser står sig utomordentligt väl. Västland och tillförsikt präglar regionen. Det är mot den bakgrunden en analys av framtiden blir betydelsefull för vilken färdriktning regionens medborgare vill se i framtiden.

Samhällsförändringar får konsekvenser. Trots historisk kunskap och försök till tolkning av den kunskap som redan finns tillgänglig, uppstår nya möjligheter och lösningar som man inte förutser vid enkla försök att predicera framtiden. Nu är det emellertid så att det okända inte kan förutsägas och därför finns det en viss logik i att bygga på det som hittills visat sig fungera.

Den bakgrund och den analys som ligger till grund för denna korta skrift sammanfattar några centrala frågor att beakta vid Göteborgsregionens tillväxt och utveckling. Följande förslag skall således ses som en utgångspunkt för en fortsatt diskussion i dessa angelägna frågor och inte som ett slutligt och väl genomarbetat förslag.

Några centrala mål för Göteborgsregionens utveckling med avseende på hälsa och social struktur:

Utvecklingen i Göteborgsregionen skall

- främja individens kroppsliga, mentala hälsa och
- främja socialt god funktion

Denna övergripande målbild förutsätter att medborgarna har rimlig kontroll och inflytande över sin egen livssituation och upplever sig själva och sin insats i ett socialt meningsfullt sammanhang. Detta förutsätter kontinuerligt socialt stöd, men också utbildning och fortgående diskussion om samhällets mål och medel.

Varje samhälle har en värdegrund, vars innehåll ständigt måste undervisas, diskuteras och utvecklas. Samhällets sociala struktur och insatser bygger på denna värdegrund.

Ohälsoproblemen förändrar karaktär i relation till samhällets förändring. Den livsstilsrelaterade ohälsan måste motverkas genom att befrämja fysisk aktivitet, undervisa om och befrämja ett gott kosthåll samt motverka användning av droger.

Det förslag som har störst förutsättning att tillgodose dessa krav och förutsättningar är det förslag som bygger på flerkärnighet och strävan mot utjämning av socio-ekonomiska skillnader med avseende på resurser.

5. Referenser

Försäkringskassan i Västra Götaland. Sjukfalls-
kartläggning 2003, Dnr:49-2004:12.

OECD Health Data – 2000.

Murray C, Lopez A. *The global burden of disease*.
Harvard University Press, 1996.

World Bank. *World Development Report 1993*, Oxford
University Press, New York, 1993.

Währborg P. Stress och den nya ohälsan,
Natur & Kultur; Stockholm, 2002.



HUR 2050

– framtidens utmaning tillsammans utveckla en hållbar region