

SAMLING FÖR **SOCIAL**
HÅLLBARHET
I DALARNA

Delrapport 1

Innehåller två delar

Del 1 Om jämlik hälsa

Del 2 Ge alla barn en bra start i livet

Falun, september 2017

Det här är den första delrapporten som tas fram i *Samling för social hållbarhet i Dalarna*. Delrapporten består av två delar. Del 1 beskriver betydelsen av jämlik hälsa. Del 2 presenterar resultatet från den process som genomförts av Uppdragsgruppen i Samlingen på det första temaområdet, Ge alla barn en bra start i livet.

Delrapportens sammanställning av kunskap och information är inte ett slutgiltigt resultat utan skall ses som ett värdefullt arbetsmaterial som ägs av samtliga deltagande organisationer i den fortsatta processen för att nå de uppsatta målen i *Samling för social hållbarhet i Dalarna*.

Delrapporten är framtagen i ett brett samarbete mellan tjänstepersoner från Avesta, Hedemora, Säter, Borlänge, Leksands, Mora, Älvdalens, Ludvika, Orsa, Rättviks, Falu, Gagnefs, Smedjebackens, Vansbro och Malung-Sälens kommun samt från Region Dalarna, Högskolan Dalarna, Länsstyrelsen i Dalarna samt Landstinget Dalarna.

REGION DALARNA, FALUN 2017

REDAKTÖR OCH HUVUDFÖRFATTARE:
JOHAN HALLBERG
HÄLSOFRÄMJANDE OCH HÅLLBAR UTVECKLING
LANDSTINGET DALARNA

– I fler avseenden har Sverige en god folkhälsa, men ojämlikhet i hälsa och livslängd är en utmaning. För att nå en mer jämlik hälsa måste individers egna möjligheter att agera och generera resurser stärkas, men även det allmännas förmåga att bidra med resurser vid situationer eller perioder i livet där de egna resurserna inte räcker till. Det finns nu all anledning att ta nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa,.

Olle Lundberg,
ordförande Nationella kommissionen för jämlik hälsa.

Innehåll

Om Samlingen	5
Sammanfattning av Del 1	10
Sammanfattning av Del 2	12
Del 1 - Om jämlik hälsa	16
Del 2 - Ge alla barn en bra start i livet	34
Ekonomisk utsatthet försvårar barns uppväxt	37
Karies i tidig barndom	43
Amning – en bra start på livet	46
Rökvanor bland småbarnsföräldrar	48
Resultat från Samlingens process - åtgärdsområden med brett intresse i Dalarna för att ge alla barn en bra start i livet	51
Utveckla familjecentrerade arbetssätt	52
Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet	54
Etablera fler familjecentraler	57
Erbjud och samordna föräldrastöd	60
Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem	64
Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv	67
Referenser	70
Bilaga 1 - Dalarnas fem familjecentraler	76
Familjens Hus i Gagnef	76
Elsborgs familjecentral	77
Familjecentral Avesta	78
Familjecentralen i Hedemora	79
Familjecentralen VillGott i Ludvika	80
Bilaga 2 - Mer jämlika livsvillkor under det tidiga livet – nationella kommissionens förslag	82
Bilaga 3 - 21 åtgärdsförslag för att ge alla barn en bra start i livet, hämtade från <i>Rapport 2014: Göteborgs stad</i>	85

Om Samlingen

Samling för social hållbarhet i Dalarna – varför?

Främsta anledningen till att Region Dalarna i samarbete med Dalarnas kommuner, landsting, länsstyrelse och högskola tagit initiativ till en Samling för social hållbarhet i Dalarna är de växande skillnader i hälsa som ses i Sverige och i vårt län.

Trots god levnadsstandard och utbyggda trygghetssystem ses påtagliga skillnader i hälsa och dödlighet mellan olika grupper. Utvecklingen med växande skillnader i hälsa är inte helt ny, den har pågått i över 30 år (1).

Det verkar som att det finns mekanismer i vårt sätt att bedriva samhälle som systematiskt gör att alla människor i Sverige inte har samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Detta är vad Samling för social hållbarhet i Dalarna skall belysa och förbättra förutsättningarna för att lösa.

Samlingen lyfter Dalastrategins sociala dimensioner

Dalastrategin – Dalarna 2020 pekar ut ett flertal strategiskt viktiga insatsområden men konstaterar att det är människors lust, vilja och skapandekraft som är drivkraften för en hållbar tillväxt. När skillnader i hälsa och livsvillkor växer i befolkningen hämmas denna drivkraft. Det är därför angeläget att särskilt fokusera på de sociala aspekterna av Dalastrategin och på vad som krävs för att nå en förstärkning av regionens humankapital och de system som stöder det. Centrala sociala aspekter i Dalastrategin är:

- Barn och ungas uppväxtvillkor.
- Skolan och det livslånga lärandet som ger människor möjlighet att växa och påverka sin livssituation.
- Dalarnas demografiska situation som både påverkar tillgång och efterfrågan på arbetskraft. För att öka arbetskraftsutbudet kommer alla att behövas.
- Att skapa förutsättningar för goda livs- och boendemiljöer är en central del i arbetet att stärka Dalarnas attraktionskraft.

Dessa frågor hänger samman med implementeringen av mål för Europa 2020 – EUs strategi för smart och hållbar tillväxt för alla. Det är samma områden som utpekats av WHO Europa som de mest angelägna att arbeta med för att motverka ökade skillnader i hälsa mellan grupper och andra brister i samhällets sociala hållbarhet som hämmar en hållbar ekonomisk utveckling. Det är bland annat mot denna bakgrund som Region Dalarna hösten 2016 inledde arbetet projektet Samling för social hållbarhet i Dalarna.

Samlingens målsättningar

Det samhälle som önskar stärka sin ekonomi, arbetskraft och sammanhållning, invånarnas känsla av trygghet och delaktighet samt minska segregationen bör fokusera på insatser som minskar skillnader i hälsa. Det betyder att förmågan att styra för hälsa blir avgörande för samhällets ekonomiska utveckling och sociala hållbarhet.

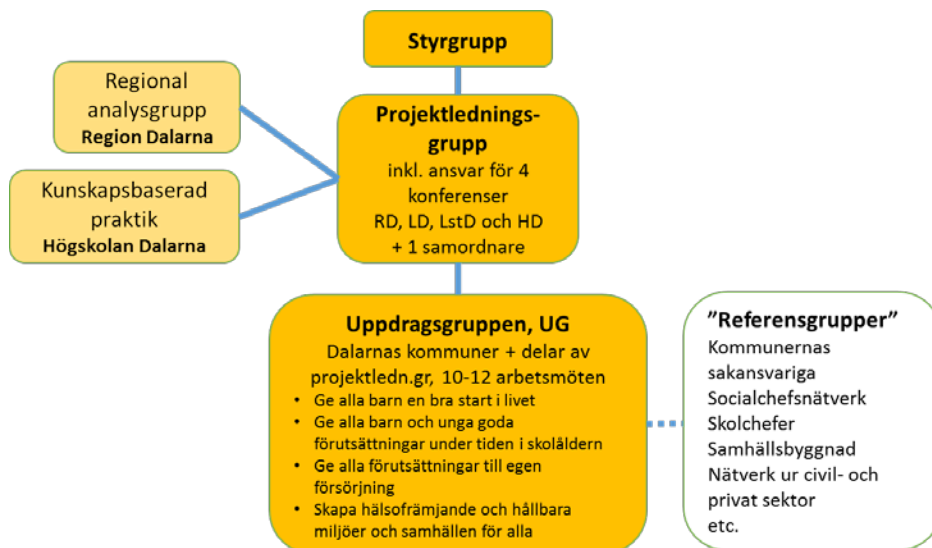
Till Samlingens uppgifter hör att utifrån denna kunskap skapa gynnsamma förutsättningar för beslutsfattare att utveckla en effektiv styrning och ledning. Dalarnas kommuner, landsting, länsstyrelse och högskola samlas därför under hösten 2016 - senhösten 2018 för att:

- utveckla arbetsformer för att systematiskt mäta, följa och beskriva befolkningens hälsoutveckling och fördelningen av hälsans sociala bestämningsfaktorer i länet på lokal och regional nivå och kommunicera detta
- främja kunskapsbaserad praktik
- sprida kunskaper och erfarenheter inom några utvalda temaområden som är avgörande för att minska skillnader i hälsa och främja social hållbarhet
- stimulera till samverkan och kunskapsallianser inom och mellan länets lokala och regionala samhällsaktörer i offentlig, privat och civil sektor

Samlingens organisering

Styrgruppen för den tvååriga processen består huvudsakligen av ledamöterna i Rådet för välfärdsutveckling vid Region Dalarna. Ansvar för den övergripande planeringen av Samlingens arbete samt genomförandet av fyra konferenser ligger hos projektledningsgruppen bestående av personer med chefs- eller samordningsansvar vid Region Dalarna, Högskolan Dalarna, Länsstyrelsen i Dalarna samt Landstinget Dalarna. Projektledningen är starkt knuten till arbetet i den Regionala analysgruppen vid Region Dalarna samt till Högskolans arbete med att främja kunskapsbaserad praktik.

Det mesta av det praktiska arbetet i Samlingens process sker i den så kallade Uppdragsgruppen som utgörs av deltagare från Dalarnas samtliga kommuner samt från landsting, länsstyrelse och region, se figur 1. Till Uppdragsgruppens arbete hör även att involvera samt inhämta synpunkter från nyckelpersoner och medarbetare i de egna organisationerna.



Figur 1. De olika delarna i organiseringen av arbetet i Samling för social hållbarhet i Dalarna.

Samlingens kunskapsbas

Det viktigaste underlaget för Uppdragsgruppens process under det första året har bestått av publicerad forskning och beprövad erfarenhet som redovisats i följande fem rapporter:

- Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa (2), en rapport antagen av Sveriges Kommuner och Landsting år 2013.
- Samling för social hållbarhet: Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland (3), en handlingsplan antagen av Västra Götalandsregionens regionfullmäktige år 2013.
- Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa (4), Malmökommissionens slutrapport, avrapporterades till Malmö stad år 2013. Kommunstyrelsen antog 2014 ett tjänsteutlåtande angående det fortsatta arbetet med kommissionens förslag.
- Fair Society, Healthy Lives – Marmotrapporten: Indikatorer för att bedöma resultatförbättringar avseende genomförandet av rekommendationerna i rapporten (5), ett särtryck som samlar samtliga indikatorer som presenterades i rapporten Fair Society – Healthy Lives (6), som skrevs av en kommission på uppdrag av den brittiska regeringen.
- Östgötakommissionen för folkhälsa – preliminära rekommendationer (7), ett arbetsmaterial från Östgötakommissionen som arbetar på uppdrag av Regionförbundet Östsam.

Särskilt värdefullt för Samlingens inledande process har Göteborgs stads rapport Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg, 2014 varit. Göteborgs stad har i den sammanställt det totalt cirka 300 förslag till åtgärder som redovisats i de fem rapporterna här ovan. Det resulterade

i en nettolista på 102 olika förslag till åtgärder som bidrar till att minska skillnader i hälsa och ökad social hållbarhet.

Samlingens fyra temaområden

Utifrån rådande evidens om de politikområden som är mest avgörande för att minska skillnader i hälsa, och utifrån en förstudie från 2015 då länets kommuner, landsting, länsstyrelse och högskola tog fram ett förslag till projektplan skall Samlingen beskriva åtgärder inom följande fyra prioriterade temaområdena:

- Ge alla barn en bra start i livet
- Ge alla barn och unga goda förutsättningar under tiden i skolåldern
- Ge alla förutsättningar till egen försörjning
- Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen för alla

Samlingens process fram till sommaren 2017

Arbetet i Uppdragsgruppen har fram till sommaren 2017 genomförts i en process i vilken man har behandlat kunskapsläget såsom det redovisats i den ovan beskrivna nettolistan med de 102 förslagen på åtgärder uppdelade på de fyra temaområdena i Samlingen,

Processen har haft flera steg där en första prioritering av åtgärderna ur listan tagits fram av Uppdragsgruppens deltagare. I ett andra steg har en ny prioriteringsprocess genomförts av deltagarna som involverat sakkunniga och personer med sakansvar relaterat till respektive temaområde i hemmaorganisationerna. Slutligen har de olika prioriteringslistorna sammanställts till en gemensam lista som bildar underlag för Samlingens fortsatta arbete.

Syftet med prioriteringsprocessen av de 102 åtgärderna för att minska skillnader i hälsa i Dalarna

Den ovan beskrivna prioriteringsprocessen av åtgärder för att minska skillnader i hälsa i Dalarna har haft flera syften och motiv. Det gäller inte minst för det andra steget som involverat verksamhetsansvariga och sakkunniga tjänstemän som fått lämna synpunkter på listan med åtgärdsförslag.

Det måste dock kraftigt understrykas att listan med prioriterade åtgärder endast varit ett arbetsmaterial och att den inte pekar ut något åtgärdsförslag som oviktigt!

Motiv för prioriteringsprocessen har varit:

- Hela arbetet med listan bidrar till prioritering och urval inför det fortsatta arbetet med att mäta, analysera och beskriva förhållanden i Dalarna såväl inför Samlingens delrapporter som inför det konkreta arbetet med att uppnå Samlingens målsättningar.
- En värdefull förankringsprocess + ökad delaktighet + ökat nätverksskapande lokalt
- En valideringsprocess av föreslagna åtgärder

- En tvärssektoriell kunskapshantering tillför ett särskilt värde både till Samlingens process och i de egna respektive organisationerna.
- Resultatet speglar breda intressen och ger därmed information om vilka typer av data och vilken information som är lämplig att arbeta fram
- Bidrar till utveckling av arbetsformer för att mäta och analysera.
- Bidrar till utveckling av arbetsformer för kunskapsbaserad praktik.
- Kan i framtiden vara underlag för samverkan, internt och externt
- Kan i framtiden vara underlag för både separata och gemensamma handlingsplaner

De fyra delrapporterna som behandlar de fyra olika temaområdena var för sig återspeglar resultatet från Uppdragsgruppens prioriteringsarbete. Det sker genom att de åtgärdsförslag som erhållit högsta prioritet kommer att beskrivas något mer ingående samt hur dessa relaterar till olika processer och förhållanden i Dalarna. Förövrigt görs ingen rangordning av de 102 förslagen som i samtliga fall redovisas i delrapporterna.

Den fortsatta processen i Samlingen, hösten 2017-hösten 2018.

Under hösten-vintern 2017 publiceras de fyra delrapporterna som beskriver respektive temaområde och därigenom bildar en sorts bakgrund för det fortsatta arbetet i Samlingen men även hos vissa av Samlingens deltagande organisationer. Samtidigt övergår arbetet i Uppdragsgruppen i en ny fas med ökat fokus på Samlingens målsättningar (se sid 2).

Samlingens målsättningar utgör delar i det regionala samarbetet för socialt hållbarhet i Dalarna och skall ses som en hjälp att skapa en sammanhållen process i länet där relevanta aktuella regionala och nationella processer förenas. Under 2017-2018 tar Samlingen ytterligare steg för att konkretisera dessa målsättningar.

Sammanfattning av Del 1

Om jämlik hälsa

Det socialt hållbara samhället äger förmågan att förstärka kapaciteten hos hela dess befolkning att, genom både individuella och kollektiva åtgärder, sträva mot mål som är viktiga i livet.

Ojämlighet i hälsa uppkommer genom att förhållanden, villkor och möjligheter, det vill säga de resurser som formar människors livsvillkor, skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala grupper och sociala positioner.

Växande skillnader i hälsa är ett allvarligt problem och till skada för både individer och samhället som helhet. Den enskilda individen riskerar att gå miste om sin rätt till att få utvecklas efter sina personliga förutsättningar och att ha lika goda livschanser som alla andra. För samhället som helhet, det vill säga oss alla, innebär växande skillnader i hälsa en förlust av mänsklig potential, en dränering av resurser i alla sektorer och en, i alla avseenden, hämmad samhällsutveckling.

Växande skillnader i hälsa mellan olika grupper talar för att samhällets gemensamma förmåga att erbjuda alla medborgare goda förutsättningar för ett aktivt och produktivt liv i syfte att uppnå välbefinnande och livskvalitet sviktar.

Befolkningens hälsoutveckling och förekomsten av skillnader i hälsa kan därmed ses som indikatorer på kvaliteten i dessa förmågor och samhällets sociala hållbarhet. Att mäta och följa förekomsten av skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället blir ett viktigt och användbart mått som kan påvisa en riktning i samhällsutvecklingen. Är den hållbar eller inte?

Hur syns det att skillnaderna i hälsa växer?

Den tydligaste illustrationen av att skillnaderna i hälsa ökar mellan grupper i olika sociala positioner i Sverige får vi när vi tittar på hur den förväntade medellivslängden förändrats över tid för de olika grupperna. Med hjälp av SCB:s statistik kan man visa hur den förväntade medellivslängden efter att man fyllt 30 år ökat för nästan alla grupper oavsett utbildningsnivå förutom gruppen kvinnor med enbart förgymnasial utbildning. Skillnaderna i förväntad medellivslängd hos kvinnor har ökat från ca 3 år 1994 till ca 5 år 2014. Även för män har skillnaderna vuxit under samma period, från ca 4 år till nästan 6 års skillnad.

Även geografiskt ses skillnader i hälsa. De geografiska skillnaderna i Dalarna framgår tydligt när man till exempel tittar på den förväntade medellivslängden. Skillnaden i förväntad medellivslängd är ca 3 år mellan kommunerna med den kortaste och de med den längsta förväntade medellivslängden. Det gäller för både män och kvinnor.

Skillnaderna i medellivslängd mellan länets alla kommuner speglar i sin tur skillnader i sjukdomsburden mellan kommunerna. Det ser dock ut som att de geografiska skillnaderna i hälsa inte ökar i Dalarna.

Skapa samhälleliga förutsättningar för god och jämlik hälsa

Förutom skillnader i tillgång till de resurser som formar människors livsvillkor uppstår skillnader i hälsa till följd av skillnader i människors handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster, vilka i sin tur kan påverkas negativt av resursbrist.

Åtgärder som avser att bidra till god och jämlik hälsa bör därför inriktas på livsvillkor i en vid mening och leda till mer likvärdiga förutsättningar för människor i olika sociala grupper. Det sker dels genom åtgärder som stärker individens egna möjligheter att

handla och generera resurser och dels genom att stärka den offentligt finansierade verksamheten i Sverige att bidra med resurser, särskilt för människor med mindre av egna resurser.

Samhällets komplexitet ställer nya krav på samhällsstyrningen

Den gemensamt finansierade verksamheten i Sverige har länge varit framgångsrik och blir samtidigt allt mer komplex. Den långt gångna sektoriseringen har varit en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Idag ser vi dock hur en höggradig specialisering, i takt med en ökad komplexitet, riskerar att skapa fler gränser och bidra till kommunikationsproblem och effektivitetsförluster. Viktiga samhällsutmaningar som rör jämlikhet, jämställdhet och miljö ställer krav på tvärssektoriella och långsiktiga arbetssätt vilket i sin tur uppmärksammar behovet av att hitta nya former för styrning, organisation och samverkan.

I den andra delen av denna delrapport och i de kommande delrapporterna kommer åtgärdsförslag som syftar till att åstadkomma de olika former av resursmobilisering som anges här ovan att beskrivas. Ett återkommande inslag i förslagen är behovet av välfungerande samverkan.

Sammanfattning av Del 2

Ge alla barn en bra start i livet

En bra start i livet handlar om att barn ges goda förutsättningar för sin språkliga, kognitiva, sociala, fysiska och emotionella utveckling. Det är under de första levnadsåren som grundläggande färdigheter ska byggas som i sin tur underlättar för individen att ta till sig de färdigheter som är gynnsamma för individens fortsatta utveckling. På detta sätt inleds individens sociala och ekonomiska karriär redan i moderlivet och fortsätter att samspela med individens hälsoutveckling livet ut. Det betyder att de första levnadsåren, i ett vidare perspektiv, bildar grunden för hela samhällets utveckling, inte minst socialt och ekonomiskt.

En uppväxt tyngd av ekonomisk utsatthet ger, redan de första levnads-åren, negativa effekter på barns framtida livschanser och hälso-utveckling. Att leva under villkor som skiljer sig drastiskt från majoritets-samhället bidrar till att forma ett barns förväntningar på framtiden och dess uppfattning om sin egen tillhörighet till samhället.

Fattigdom handlar inte bara om överlevnad – att ha mat för dagen, kläder och någonstans att bo – utan om att ha ekonomiska möjligheter att vara sina grannars like, att delta i det sociala livet och möta sina medmänniskor utan skam.

Ekonomisk utsatthet - viktigt att mäta trots avsaknad av entydighet

Det finns flera typer av mått för att mäta ekonomisk utsatthet. Olika indikatorer ger olika bilder och har olika för- och nackdelar. Måtten kan vara strikt ekonomiska, vilket är vanligast, eller av mer social karaktär som vidgar förståelsen av de komplexa sammanhang och relationer som inverkar på människors livschanser.

Två vanligt förekommande kategorier av mått på ekonomisk utsatthet är absolut fattigdom och relativ fattigdom.

Absolut fattigdom utgår från en nedre konstant gräns som skiljer fattiga från icke fattiga. Att leva under gränsen betyder ett liv med avsevärt sämre kvalitativa förhållanden än för övriga i befolkningen

Relativ fattigdom används oftare som mått i den moderna fattigdomsforskningen och utgår från att ekonomisk utsatthet är beroende av levnadsnivån i det omgivande samhället. Att leva med en ofrivilligt låg inkomst innebär att man inte kan leva ett liv som betraktas som normalt eller enligt det samtida samhällets normer och traditioner. Det får sociala konsekvenser av olika slag. När barn växer upp under väsentligt sämre ekonomiska förhållanden än den närmaste omgivningen påverkas relationer till kamrater och jämnåriga negativt. Det innebär även påfrestningar i relation till föräldrarna

Samtidigt som den absoluta fattigdomen har minskat har den relativa fattigdomen ökat i Sverige på grund av ökande inkomstskillnader. Vissa delar av befolkningen har halkat efter eftersom de inte tagit del av det ökade välståndet i Sverige. Skillnaderna i barns uppväxtvillkor har ökat i Sverige sedan 1990-talets början.

Samlingen söker relevanta mått för styrning och ledning

Barn som lever i ekonomisk utsatthet återfinns i hela Dalarna. Det mått som används av Rädda Barnen och som är framtaget i samarbete med Malmö högskola ger bilden av en stor spridning av förekomst av barnfattigdom i vårt län. Men även med en stor spridning från ca 6 % i Gagnef till ca 22 procent i Borlänge bör arbetet för att minimera barnfattigdom och dess negativa konsekvenser vara en prioriterad fråga i alla kommuner.

Karies hos små barn, amningsfrekvens och förekomsten av rökning hos småbarnsföräldrar är andra mått som speglar situationen för de minsta barnen inklusive de resurser som mobiliseras hos dessa familjer i det samhälle de lever i. Dessa mått beskrivs i delrapport 2. I Samlingens fortsatta arbete läggs ytterligare fokus på att finna lämpliga mått och indikatorer relaterade till barns uppväxtvillkor och som kan uppdateras löpande och vara relevanta underlag till styrning och ledning på såväl lokal som regional nivå.

En dålig start kan kompenseras under småbarnsåren

Till färdigheter som formas tidigt i livet hör kognitiva förmågor som t.ex. språklig, rumslig och analytisk förmåga, minneskapacitet och förmåga till inläring. Även sociala förmågor och personliga egenskaper formas tidigt. Hit hör uthållighet, självförtroende, tålamod och temperament

Dessa grundläggande förmågor är inte från början givna utan påverkbara och möjliga att träna upp. Även i de fall som fostertiden eller livets första tid varit mindre gynnsam kan hjärnans utveckling "komma i kapp" under småbarnsåren om barnet ges goda uppväxtvillkor.

För att ett barn ska få en bra start i livet är föräldrarnas olika sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser av central betydelse. Relationen mellan barn och föräldrar är basen. Till föräldrarnas viktigare funktioner med betydelse för barnets hälsa och välfärd hör att med kärlek och värme vara tydlig med vilka ramar som gäller för barnets beteende.

Viktigt med generella insatser med hög kvalitet

Om relationerna mellan barn och föräldrar är dåliga eller inte fungerar som de borde ökar risken för psykiska problem hos barnet. Särskilt allvarliga konsekvenser för barnet kan uppstå vid bristande omsorg från föräldrar och vårdnadshavare. Små problem och små riskfaktorer kan över tid, om de inte hanteras tidigt, utvecklas till en stor och komplex problembild med utslagningseffekter från det etablerade samhället. Men det är svårt att tidigt förutsäga vilka individer som kommer att hamna i olika problembeteenden. Även om det går att identifiera grupper där risken för problem är större än för övriga befolkningen så är det ur den övriga befolkningen som de flesta kommer som utvecklar beteenden som är negativa för dem själva och omgivningen.

Från samhällets sida är det därför klokare och mer ekonomiskt att jobba förebyggande med en liten insats till många (alla) än med stora insatser till få. Generella insatser når fler av de som riskerar att utveckla ett problembeteende i framtiden, jämfört med riktade insatser gentemot en viss riskgrupp eller identifierad problemgrupp. Detta fenomen kallas för den preventiva paradoxen. Samtidigt behöver samhället ha en beredskap för direkta individuella insatser till barn och unga vid akuta och större svårigheter.

Ur ett samhällsperspektiv är det alltså angeläget att underlätta för föräldrar att utveckla sitt föräldraskap och att se till att samhällsinstitutioner såsom mödravård, barn- och skolhälsovård och förskola som möter barn i tidiga år har en hög kvalitet och når alla barn.

Sex åtgärdsområden för vilka det finns ett intresse för i Dalarna

Samlingens Uppdragsgrupp har via en process i flera steg som även involverat verksamhetsansvariga och sakkunniga inom det aktuella temaområdet på lokal- och regional nivå kommit fram till ett antal åtgärdsområden för vilka det finns ett brett intresse för i Dalarna.

- a) Utveckla familjecentrerade arbetssätt
- b) Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet
- c) Etablera fler familjecentraler
- d) Erbjud och samordna föräldrastöd
- e) Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem
- f) Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv

Beskrivningar av dessa sex åtgärdsförslag ges ett större utrymme i första delrapporten jämfört med de övriga femton åtgärdsförslagen som också ingick i den aktuella processen men som endast redovisas helt kort i denna delrapport.

Välfungerande samverkan – en samhällelig förutsättning

De åtgärdsområden som lyfts fram i delrapporten belyser behovet av välfungerande samverkan. Hög samverkanskompetens kan rent av vara den samhällliga förutsättning som gör mest skillnad i arbetet för god och jämlik hälsa hos ett så hårt sektoriserat välfärdssamhälle som det svenska.

Samverkan innefattar samarbete och samordning mellan olika huvudmän, verksamheter och yrkesgrupper. Formaliserad reell samverkan innebär att samordna resurser på huvudmannanivå och att samarbeta i det dagliga arbetet på verksamhetsnivå. Samordning mellan huvudmän utgör en grundläggande förutsättning för möjligheten till funktionellt samarbete i vardagen.

Då den sammanhållna verksamheten inte alltid är obligatorisk eller lagstadgad kan verksamheten som helhet eller delvis vara hotad i resurssvaga tider. Motivationen till samverkan behöver vara stark och hämtas delvis ur kunskap och erfarenhet om vad vinsterna med en välfungerande samverkan innebär för alla ingående parter.

Till framgångsfaktorerna hör att det finns tydliga och aktiva ledningsfunktioner som skapar bästa möjliga förutsättningar för samverkan. Samverkansprocessen behöver tas på allvar, planeras och ges det utrymme som krävs. Härigenom skapas en förståelse för de faktorer som skiljer de ingående samverkansparterna åt och en beredskap för att hantera de hinder som går att förutse genom en sådan planering.

Del 1

Del 1 - Om jämlik hälsa

Utifrån själva syftet med ett samhälle kan man säga att ett framgångsrikt samhälle förstärker förmågan hos hela befolkningen att, genom både individuella och kollektiva ageranden, sträva mot mål som är viktiga i livet. Mot denna bakgrund är befolkningens hälsoutveckling en viktig indikator på kvaliteten i dessa förmågor. God och jämlik hälsa främjar ungas men också vuxnas färdighetsutveckling och medför ökad produktivitet, en mer effektiv arbetsstyrka, högre utbildningsnivå, ökat sparande, friskare åldrande, mindre utgifter för sjuk- och socialförsäkring, mindre av förlorade skatteintäkter samt minskad förekomst av sociala risker.

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet och de flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv än tidigare generationer och det är positivt för samhällsutvecklingen. Utvecklingen skiljer sig dock påtagligt mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper har ökat under de senaste årtiondena (1). Det är till skada inte enbart för de individer som drabbas av att gå miste om en gynnsam hälsoutveckling utan för hela samhället. God och jämlik hälsa är därför inte enbart en målsättning utan även en förutsättning för det samhälle som önskar framgång.

Skillnader i hälsa, mellan vilka?

Skillnader i hälsa, sjukdomsrisk och förväntad livslängd kan påvisas mellan människor i olika yrken, med olika lång utbildning eller med olika stor inkomst. Det betyder inte att det är yrket, utbildningen eller inkomsten som är orsaken till den hälsoutveckling man får som individ men dessa faktorer ger oftast en viktig indikation på social position och är dessutom praktiska att gruppera efter.

Det är även relativt enkelt att påvisa geografiska skillnader i hälsa, t.ex. mellan länder, mellan regioner, mellan kommuner eller mellan stadsdelar.

Med något större arbetsinsats av mer forskningskaraktär kan man undersöka hur skillnader i hälsa uppträder mellan befolkningen i stort och grupper i utsatta situationer som t.ex. personer med funktionsnedsättning, HBTQ-personer, långtidsarbetslösa eller utrikesfödda barn som kommit till Sverige efter skolstartsåldern.

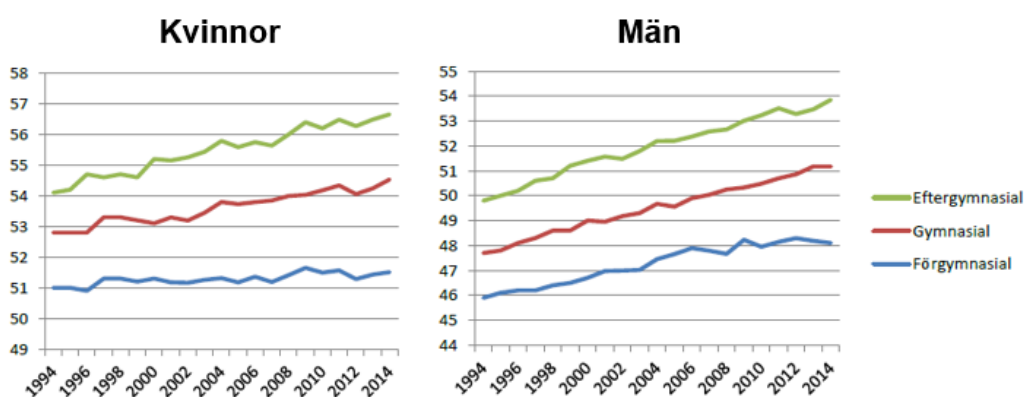
Utbildningsnivån mest praktisk

I Samlingens delrapporter används i huvudsak den enklaste och kanske mest praktiska och användbara indikatorn på socioekonomisk position nämligen utbildningsnivå. Det är den indikator som oftast är kopplad till de olika källor av hälsostatistik som finns att tillgå. Den indelning i utbildningsnivåer som vi valt är förgymnasial (högst fullgången grund-skola), gymnasial (högst fullgången gymnasieutbildning) samt eftergymnasial (utbildning efter genomgången gymnasieskola)

Men det är viktigt att minnas att utbildningsnivå inte ska uppfattas som en orsak till individers hälsoutveckling och inte heller ses som den enda eller ens viktigaste indikatorn på social position men den är praktisk, lättillgänglig och på gruppnivå ger den en viktig och sammansatt indikation på social position och socioekonomiska förutsättningar.

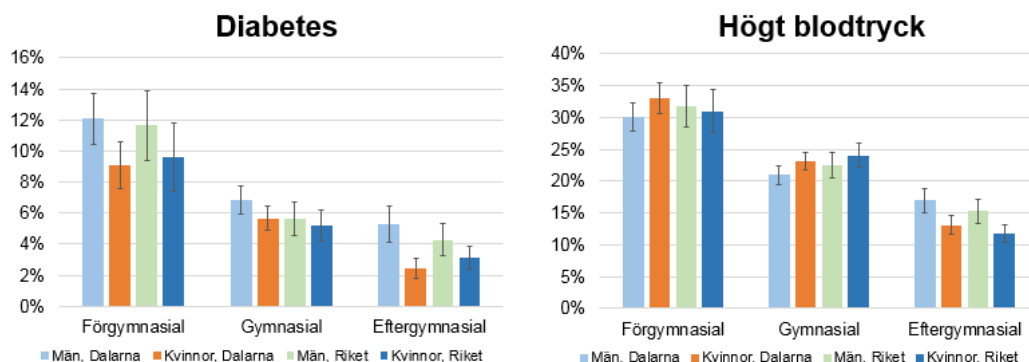
Växande skillnader i hälsa. Hur ser man det?

Den tydligaste illustrationen av att skillnaderna i hälsa ökar mellan grupper i olika sociala positioner i Sverige får vi när vi tittar på hur den förväntade medellivslängden förändrats över tid för de olika grupperna. Ur SCB:s statistik kan man hämta fram bilder som i figur 1.1 som visar hur den förväntade medellivslängden efter att man fyllt 30 år ökat för nästan alla grupper oavsett utbildningsnivå förutom gruppen kvinnor med endast förgymnasial utbildning. Skillnaderna i förväntad medel-livslängd hos kvinnor har ökat från ca 3 år 1994 till ca 5 år 2014. Även för män har skillnaderna vuxit under samma period, från ca 4 år till nästan 6 års skillnad



Figur 1.1. Skillnaden i förväntad medellivslängd efter att man fyllt 30 år ökar hos både kvinnor och män i Sverige (SCB)

Kortare medellivslängd hänger ihop med ökad sjuklighet. Ur den stora folkhälsoenkät som Landstinget Dalarna utförde 2014 kan man hämta till exempel följande diagram, i figur 1.2, som illustrerar den ökade risken för sjukdom, i dessa fall diabetes typ 2 och högt blodtryck.



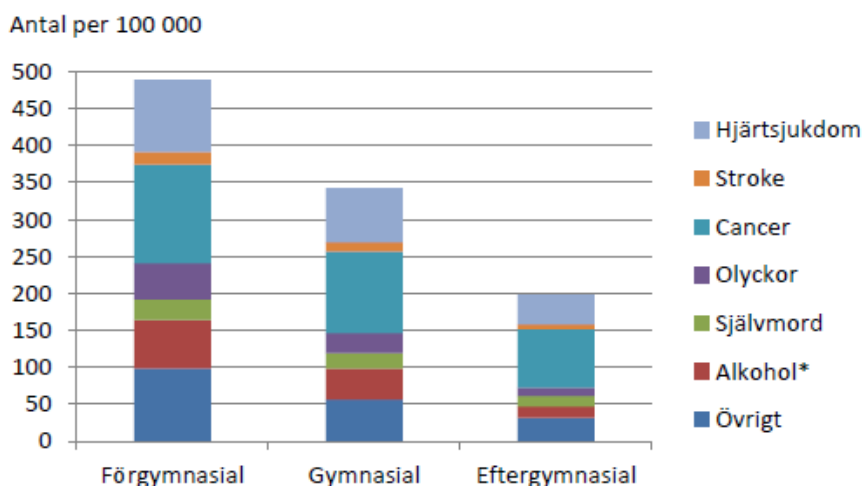
Figur 1.2. Skillnader i dödlighet kopplar till skillnader i sjuklighet (2).

Hälsoklyftorna mellan olika socioekonomiska grupper är tydliga nästan oavsett vilket hälsoproblem det gäller. Risken att insjukna i till exempel hjärtinfarkt är högre i alla åldersgrupper bland både kvinnor och män med kortare utbildning. För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning har risken dessutom ökat under de senaste decennierna. Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk än andra att både insjukna och dö i cancer. Även när det gäller t.ex. tandhälsa, fetma och allmänt hälsotillstånd slår de socioekonomiska skillnaderna igenom.

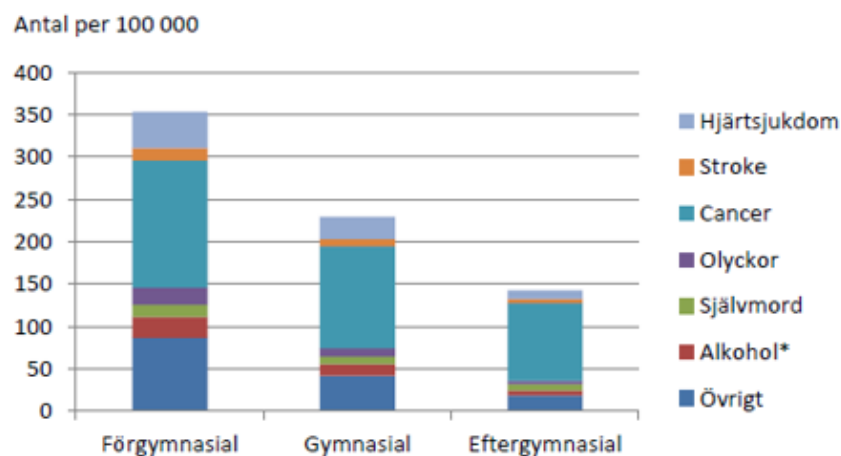
Skillnaderna märks även när det gäller flickors och pojkars hälsa. Barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer löper t.ex. större risk att av olika skäl bli inskrivna på sjukhus. Särskilt tydlig är skillnaden när det gäller inskrivningar på grund av psykisk ohälsa.

Skillnaderna i hälsa är tydligast i yrkesverksam ålder.

Skillnader i dödlighet förekommer i alla åldrar och är som störst i yrkesverksam ålder i åldersspannet 35-64 år. Dödligheten i detta åldersspann är mer än dubbelt så hög bland personer med endast grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning (3).



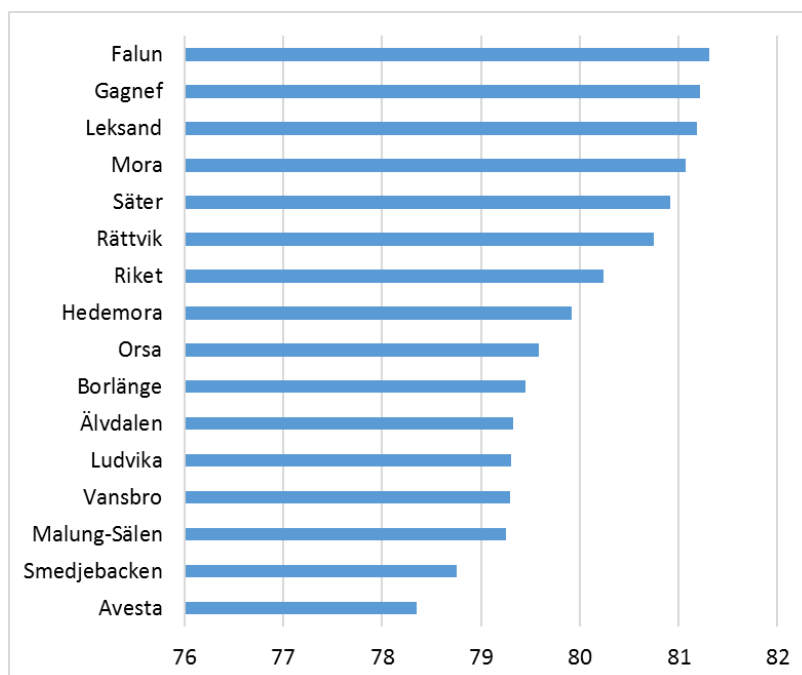
Figur 1.3. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i Sverige 2012-2014. Män i åldern 35-64, antal per 100 000 (3).



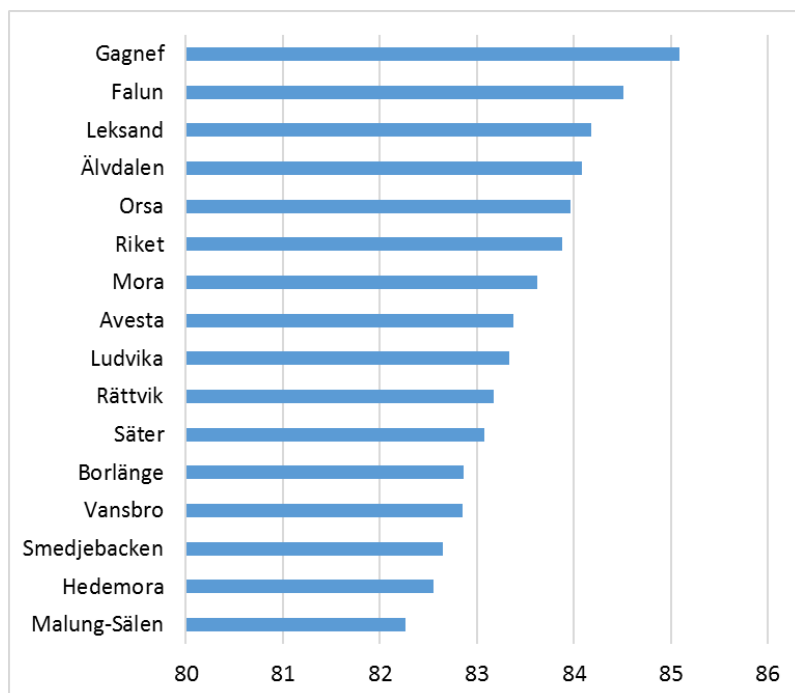
Figur 1.4. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i Sverige 2012-2014. Kvinnor i åldern 35-64 år, antal per 100 000 (3).

Finns det geografiska skillnader i hälsa Dalarna?

Skillnader i hälsa ses även när olika geografiska delar av länet jämförs med varandra. De geografiska skillnaderna framgår tydligt när man till exempel tittar på den förväntade medellivslängden från 0 års ålder för män respektive kvinnor. Skillnaden i förväntade medellivslängd är ca 3 år mellan kommunerna med den kortaste och de med den längsta förväntade medellivslängden. Det gäller för både män och kvinnor.



Figur 1.5. Den förväntade medellivslängden från 0 års ålder hos männen i Dalarnas kommuner under mätperioden 2012-2016 (SCB)



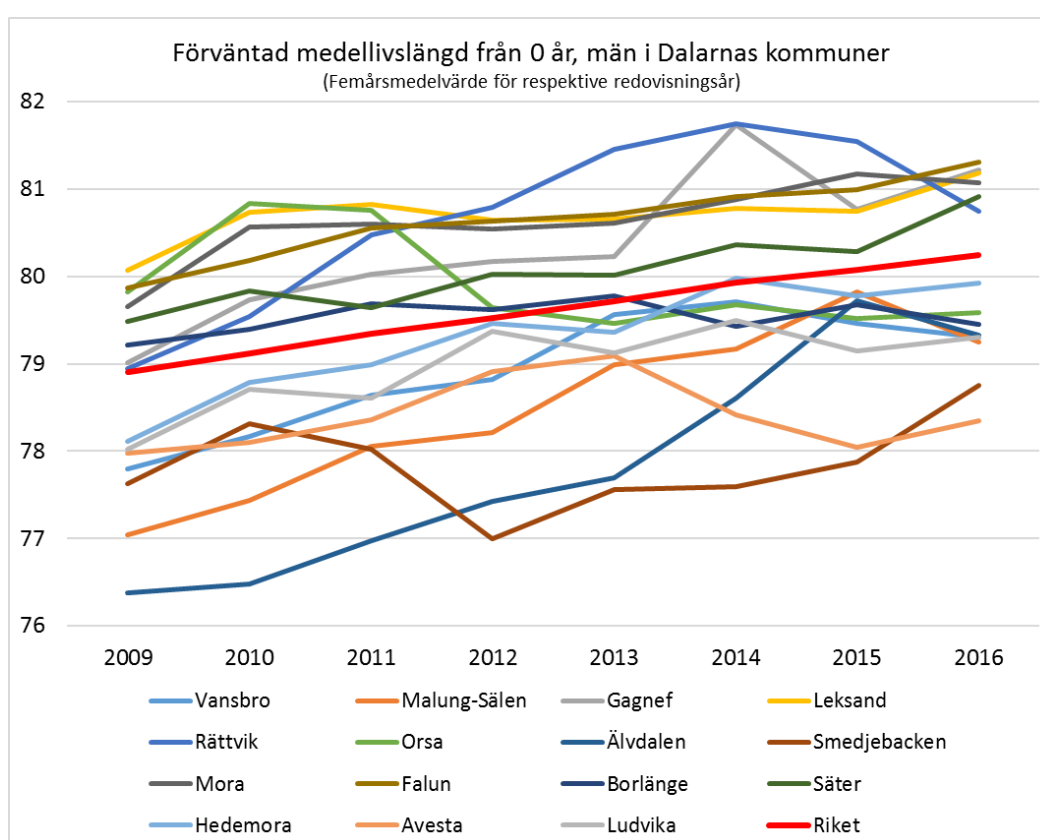
Figur 1.6. Den förväntade medellivslängden från 0 års ålder hos kvinnorna i Dalarnas kommuner under mätperioden 2012-2016 (SCB)

Skillnad i medellivslängd = skillnad i sjukdomsburda

En skillnad på 3 år i medellivslängd handlar inte bara om att kvinnor i Malung-Sälen och män i Avesta i snitt förväntas leva 3 år kortare än kvinnor i Gagnef respektive män i Falun. Det speglar också att sjukdomsburdan är större över hela åldersspannet hos Malung-Sälens kvinnor jämfört med Gagnefs och hos Avestas män jämfört med Faluns. Skillnaderna i medellivslängd mellan länets alla kommuner talar alltså om skillnader i sjukdomsburda mellan kommunerna.

Läget för Älvdalens och Orsas kvinnor tycks förbättras

Men det ser ut som att dessa geografiska skillnader i hälsa inte ökar i Dalarna. I figur 1.7 och 1.8 ses hur skillnaderna mellan Dalarnas kommuner snarare minskar något.

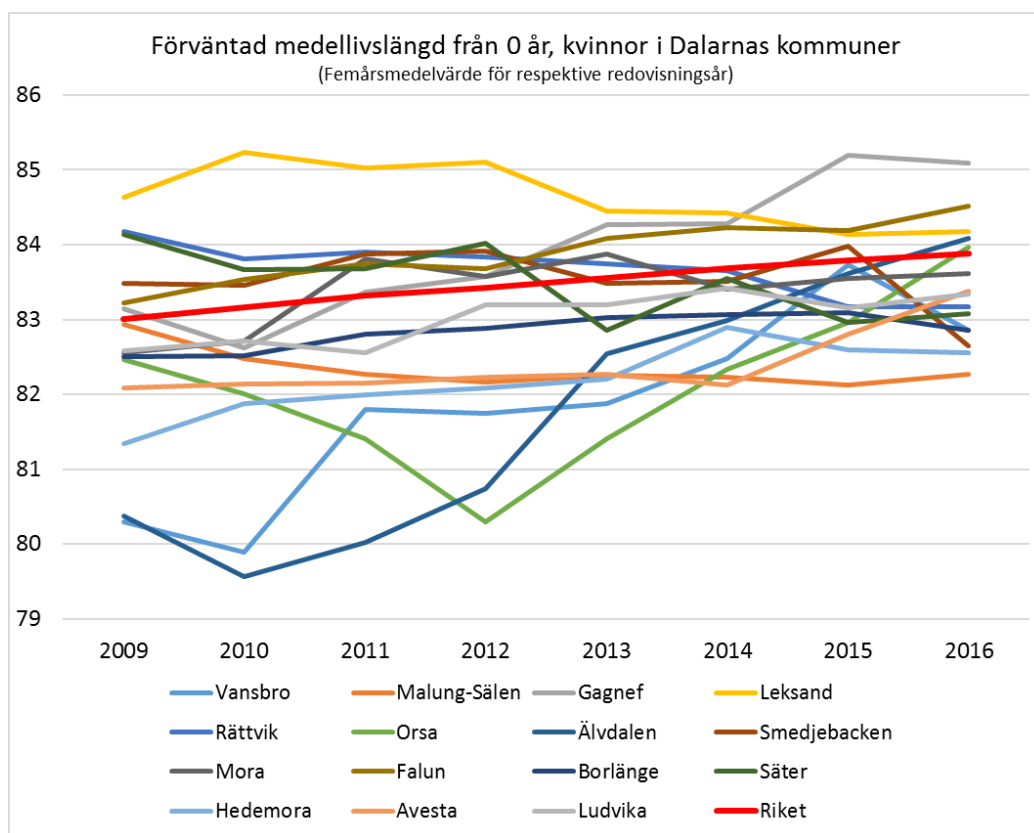


Figur 1.7. Inga tecken på att de geografiska skillnaderna i medellivslängd ökar för män i Dalarna (SCB)

Vid den senaste beräkningen av förväntad medellivslängd baserad på åren 2012-2016 ligger Falun, Gagnef, Leksand och Mora i topp för männen (figur 1.7), och så har det varit under lång tid. För kvinnornas del ses högsta medellivslängden i kommunerna Gagnef, Falun och Leksand vilket också setts en tid tillbaka (figur 1.8).

Något oväntat återfinns även Älvdalen och Orsa med en förväntad medellivslängd högre än Riket. Utan att frånta Älvdalen och Orsa den positiva utvecklingen av förväntad medellivslängd vilket sannolikt är korrekt vad gäller utvecklingens riktning så har den snabba förändring

av medellivslängden hos dessa båda kommuners en sannolik förklaring i deras storlek. I mindre kommuner får varje dödsfall eller uteblivet dödsfall helt enkelt ett större genomslag i statistiken.



Figur 1.8. Inga tecken på att de geografiska skillnaderna i medellivslängd ökar för kvinnor i Dalarna, snarare tvärtom (SCB).

Hur kan man veta den förväntade medellivslängden?

Medellivslängden för en befolkning i t.ex. en kommun beräknas genom att utgå från den aktuella risken för död inom varje årskull. Först summeras levnadsåren för alla personer i den aktuella befolkningen för respektive årskull. Alla som överlever sin årgång bidrar med ett år och de som avlider bidrar med ett halvt år. Därefter summeras alla genomlevda år för alla åldrar i den undersökta populationen. Den återstående medellivslängden från födseln (0 år) fås genom att summan av antalet genomlevda år divideras med antalet personer hos den befolkning som undersökts. På detta sätt minskar man till exempel betydelsen av utflyttning av unga eller inflyttning av äldre i en kommun. Värdet är inte hela sanningen men användbart för jämförelser mellan populationer och framförallt för att följas över tid. (SCB)

Hur definieras social hållbarhet?

Det finns ingen enhetlig och självklar definition för begreppet social hållbarhet. Ett sätt att förklara begreppet är att beskriva olika kvaliteter och viktiga förutsättningar för ett socialt hållbart samhälle. Det handlar om sådant som demokrati, jämställdhet, delaktighet och inflytande, utbildning, tillgång till fri information, hälsa och livskvalitet, bra bostäder, möjlighet att utöva sin kultur, religions- och yttrandefrihet m.m.

Svensk och nordisk välfärdspolitik har länge drivit bygget av ett socialt hållbart samhälle. Genom generella insatser har man stärkt samhällets säkerhet (trygghet och ordning), frihet (utveckling och hälsa) samt rättvisa (rättigheter och fördelning av resurser) (4).

En viktig komponent i bygget av och upprätthållandet av det socialt hållbara samhället handlar om det så kallade samhällskontraktet. Det kan ses som en outtalad överenskommelse mellan individen och samhällets institutioner och maktbärare. Samhällskontraktet bygger på känslor av delaktighet och tillit och kan uttryckas som att *Jag ställer upp för samhället och samhället ställer upp för mig*.

Känslan av tillit är en avgörande känsla för det socialt hållbara samhället. Tillit till andra och till samhällets institutioner. Känslan av tillit är ett kitt som håller ihop samhällets byggstenar och struktur (5)

Skillnader i hälsa – en indikator på samhällets hållbarhet

Ojämlighet i hälsa uppkommer genom att de förhållanden, villkor och möjligheter, det vill säga de resurser som formar människors livsvillkor, skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala grupper och sociala positioner (6).

Det socialt hållbara samhällets karakteristika av säkerhet, frihet och rättvisa motverkar detta genom att det äger förmåga att uppnå en jämlik fördelning av dessa resurser.

Det socialt hållbara samhället äger förmågan att förstärka kapaciteten hos hela dess befolkning att, genom både individuella och kollektiva ageranden, sträva mot mål som är viktiga i livet.

Växande skillnader i hälsa mellan olika grupper talar för att samhällets gemensamma förmåga att erbjuda alla medborgare goda förutsättningar för ett aktivt och produktivt liv i syfte att uppnå välbefinnande och livskvalitet sviktar.

Befolkningens hälsoutveckling och förekomsten av skillnader i hälsa kan därmed ses som indikatorer på kvaliteten i dessa förmågor och samhällets sociala hållbarhet. Att mäta och följa förekomsten av skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället blir ett viktigt och användbart mått som kan påvisa en riktning i samhällsutvecklingen. Är den hållbar eller inte?

Vem önskar en ohållbar utveckling?

Samhällets sociala hållbarhet är en av flera dimensioner i en hållbar samhällsutveckling. Hållbar utveckling som ett begrepp och sätt att förstå samhällsbygget som den komplexa helhet det är fråga om fick sin definition genom Brundtlandskommissionens rapport *Our common future* från 1987 och beskrivs som en utveckling som "... tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov" (7), se också figur 1.9.

Centrala principer och värden i begreppet handlar om samhällets förmåga att möta grundläggande mänskliga behov nu och i framtiden. Det handlar om mänsklig, ekonomisk och social utveckling inom de ramar som sätts av planetens livsuppehållande system. Begreppet hållbar utveckling rymmer dessutom en annan styrka genom att de båda orden i frasen för de flesta människor har en positiv innebörd och att de tillsammans förstärker och sammanfattar ett mål för mänsklig verksamhet som det är lätt att komma överens om även i situationer där parterna kommer från skilda sociala sammanhang. Vem önskar en ohållbar utveckling? I begreppet hållbar utveckling hittar vi alltså grunden för en vision om framtiden som kan delas av många (alla).

Ekologisk hållbarhet

Friska ekosystem & hälsosam livsmiljö

Planeten har gränser som bör respekteras för att den mänskliga tillvaron inte ska försvåras av en människofientlig livsmiljö. Naturen sätter ramar för vad som är ett säkert handlingsutrymme för mänskliga aktiviteter.

Ekonomisk hållbarhet

God hushållning av resurser

Framtidstro & Sund företagsamhet

Det ekonomiska systemet hanterar de medel, resurser och kapital som brukas för att driva samhällen som respekterar naturens ramvillkor och möter mänskliga basala behov.



Social hållbarhet

Utvecklingsvänligt och jämlikt samhälle där de mänskliga behoven uppfylls

Det framgångsrika samhället, som de allra flesta önskar leva i, kännetecknas av att det förstärker förmågan hos dess befolkning att, genom både individuella och kollektiva ageranden, sträva mot mål som är viktiga i livet. Den sociala dimensionen av hållbar utveckling är en nyckelkomponent i bygget av det hållbara samhället och involverar alla människor och hela samhället.

Figur 1.9. I dess ursprungliga beskrivning består en hållbar utveckling av tre integrerade dimensioner av en samhällsutveckling som svarar upp till att möta grundläggande mänskliga behov nu och i framtiden (8)

Det är inte bra med växande skillnader i hälsa

Växande skillnader i hälsa är ett allvarligt problem. Det är till skada för både individer och samhället som helhet. Den enskilda individen riskerar att gå miste om sin rätt till att få utvecklas efter sina personliga förutsättningar och att ha lika goda livschanser som alla andra. För samhället som helhet, det vill säga oss alla, innebär växande skillnader i hälsa en förlust av mänsklig potential, en dränering av resurser i alla sektorer och en hämmad samhällsutveckling.

Folkhälsans betydelse för samhällsutvecklingen har varit föremål för åtskilliga studier. Kunskapsområdet växer snabbt och utgör allt oftare en självklar del i strategier för nationell, regional och lokal utveckling. EU:s tioårsstrategi för tillväxt och jobb, EU 2020, fokuserar bland annat på vikten av att minska fattigdom och utanförskap för att EU:s medlemsländer skall vara framgångsrika samhällen (9). Alla behövs och befolkningens hälsoutveckling är starkt kopplad till denna strategi.

Ojämlighet skapar social instabilitet.

Rättvisa och jämlikhet är centrala värden för de flesta människor. Påtaglig ojämlikhet skadar människors tillit till samhället och minskar den sociala sammanhållningen. Bristande jämlikhet är därför förknippat med ökad risk för sociala konflikter vilket både innebär kostnader för samhället, försvårar en gynnsam utveckling och motverkar investeringar. I en förlängning ses hur systematiska och bestående brister i den ekonomiska jämlikheten skapar frustrationer hos grupper som är mindre gynnade och hur det bland dessa kan uppstå en uppfattning om att kostnaderna för att gå in i våldsamma konflikter inte är så höga jämfört med att leva kvar i en ekonomisk utsatthet (10). Sådana förhållanden kan ses som en källa till kriminalitet med stark påverkan på lokalsamhället, upplopp och anlagda bränder, idrottsrelaterat våld, hatbrott, våldsbejakande politisk och religiös extremism och i slutänden terrorhandlingar (11).

Hur uppstår skillnader i hälsa?

Det är inte helt enkelt att användningsfritt förklara hur skillnader i hälsa uppstår. Men det är en viktig kunskap att söka för att förstå problemet och att som beslutsfattare skaffa en allmän förståelse för vilka beslut som kan minska dessa skillnader. Nationella kommissionen för jämlik hälsa ger i sitt första delbetänkande, SOU 2016:55, en sammanhållen förklaring baserad på flera olika förklaringsmodeller som kortfattat refereras här i denna delrapport (12).

I huvudsak är det två olika processer som samverkar.

1. Den ena processen handlar om att det finns **ett stort antal levnadsförhållanden och villkor kopplade till mentala och biologiska processer som i sin tur skapar ohälsa och förtida död**. Dessa levnadsförhållanden och villkor kan utgöra hälso-risker i sig, men samtidigt också bidra till hur mottagliga för eller motståndskraftiga mot olika hälsorisker som människor är.

2. Den andra processen handlar om att **dessa förhållanden och villkor dessutom är kopplade till de processer som skapar social skiktning och sociala skillnader.**

Dessa sammankopplade processer – sjukdomsrelaterade villkor och förhållanden och den sociala fördelningen av dessa – pågår under hela livet och samspelar med varandra. Sämre livsvillkor under barndomen, socialt eller ekonomiskt, innebär ofta sämre förutsättningar för en god kognitiv, social och emotionell utveckling. Detta ger i sin tur både sämre chanser till utbildning, arbete och inkomster senare i livet, men även högre risk för ohälsa, samtidigt som hälsan i vuxen ålder även hänger samman med de livsvillkor, de inkomster och det arbete man då har (13).

Välfärden definieras av människors tillgång på resurser

Redan på 60-talet drogs slutsatser om att välfärd inte bör definieras utifrån människors behov, utan utifrån **resurser**. Det handlar om "...förfogande över resurser i pengar, ägodelar, kunskaper, psykisk och fysisk energi, sociala relationer, säkerhet m.m. *med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor*" (14). Dessa resurser är också centrala för, och beroende av hälsotillståndet samt på olika sätt kopplade till välfärdsstatens institutioner.

De resurser som individer själva genererar inom dessa områden hänger alltså samman med sådana som välfärdsstaten skjuter till, för alla (som utbildning) eller vid behov (sjukvård, arbetslöshetsförsäkring). Dessa utgör kollektiva resurser kopplade till de "...kollektiva angelägenheter som ... uppkommer ur de krav och möjligheter som alla individer i alla samhällen ställs inför över livscykeln" (15).

Konkret innebär detta bland annat att ge barnen goda möjligheter att växa och utveckla kunskaper och färdigheter som behövs i vuxenlivet, att försörja sig själv och sin familj också vid sjukdom och på ålderns höst, och att vårda sjuka och åldrande anhöriga. I alla dessa fall är individens egna resurser centrala, men vi har även byggt upp kollektiva resurser som utbildningsväsende, socialförsäkringar samt vård och omsorg. En människas möjligheter att leva ett gott och hälsosamt liv beror därför även på tillgång till och kvalitet i dessa välfärdssystem. Detta gäller särskilt om de egna resurserna inte räcker till.

Alltså, på ett övergripande plan förklaras uppkomsten av ojämlikhet i hälsa främst genom det finns skillnader mellan olika sociala grupper när det gäller deras tillgång till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande resurser, över hela livet.

Skillnader i reella möjligheter och handlingsmönster

En jämlik tillgång till resurser, individuella eller kollektiva, är grunden för ett jämlikt samhälle och jämlik hälsa men bestämmer inte människors hälsa rent mekaniskt eller per automatik. Det finns åtminstone två steg till att ta för att de resurser som står till buds och de förhållanden som människor lever i ska bli till reella möjligheter och leda till en uppsättning uppnådda funktioner som medför en gynnsam utveckling för individen.

Det första steget kallas **individuella omvandlingsfaktorer**. Det rör sig om individuella egenskaper som i ett givet sammanhang kan hindra eller möjliggöra omvandlandet av resurser till reella möjligheter eller förmågor. Det kan till exempel handla om att en viss inkomst inte räcker till en god levnadsstandard för en person med funktionsnedsättning som måste bekosta sitt behov av hjälpmedel helt med egen inkomst.

Det andra steget handlar om att oavsett resurser och omvandlingsfaktorer har personen fortfarande vissa valmöjligheter att vara det hon eller han eftersträvar. I valet mellan dessa olika möjligheter påverkas personen av sin personliga historia och sociala kontext. Även med samma formella möjligheter och kompensatoriska välfärdssystem avsedda att minska skillnader mellan människor beroende på social position, kön, funktionsnedsättning och andra individuella omvandlingsfaktorer, kan de slutliga utfallen ändå bli ojämlika. Detta beror bl.a. på att de val som människor gör inte enbart är uttryck för egna intressen och preferenser utan även för **socialt påverkade handlingsmönster** (16,17,18).

Till detta kommer att brist på resurser i olika avseenden också tenderar att påverka de val människor faktiskt gör. Att leva med bristande resurser kräver *i sig* fokus på vissa frågor och tenderar *i sig* att ta upp mycket kognitiv kapacitet. På så sätt begränsas människors handlings-utrymme och förmåga att fatta beslut (19, 20), vilket bidrar till att befintliga skillnader förstärks.

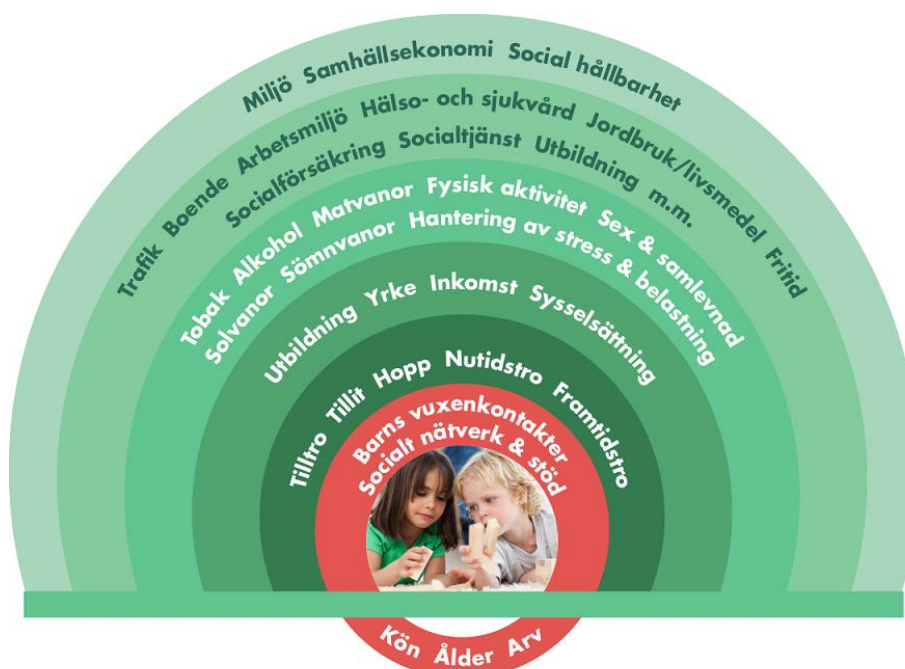
Alltså, trots de olika åtgärder som redan görs för att utjämna spelplanen genom att kompensera för skillnader mellan olika grupper, kan inte enbart skillnader i resurser mellan familjer utan även själva utnyttjandet och bruket av formellt sett lika rättigheter ge socialt skiktade olikheter i utfall. Detta gäller såväl för grupper i utsatta positioner som för bredare sociala skikt som utbildningsgrupper. **Förslag till åtgärder för att sluta hälsoklyftorna måste kanske därför i högre grad än hittills beakta och hantera sådana socialt bestämda handlingsmönster, i tillägg till att minska skillnader i resurser.**

Det är också viktigt att förstå att även om vissa handlingsmönster är vanligare i vissa sociala skikt betyder det inte att alla människor i likartade socioekonomiska förhållanden beter sig inte identiskt. Begreppet "bestämningsfaktorer", som tas upp i nästa avsnitt, handlar om tendenser och sannolikheter, och dessa kan mycket väl förändras

både inom och mellan olika sociala grupper. Människors handlingsmönster kan förändras.

Hälsans bestämningsfaktorer och hälsofrämjande processer.

Människors hälsa bestäms av många olika individuella, sociala, ekonomiska och miljömässiga faktorer (21), illustrerat i figur 1.10. Beroende på om de fungerar som resurser för individen, eller som risker, och hur dessa resurser och risker är fördelade i befolkningen mellan olika grupper förklaras stora delar av de skillnader i hälsa man idag ser växa i Sverige och Dalarna. Bestämningsfaktorernas kvalitet och betydelse för människors hälsa och välbefinnande är alltså starkt beroende av samhällets sociala konstruktion. I de fall som hälsans bestämnings-faktorer fungerar som resurser som stödjer människors utveckling av hälsa och välbefinnande får de anses vara delar i en *hälsofrämjande process*.



Figur 1.10. Hälsans bestämningsfaktorer är väldigt många, har stor variation och är i de allra flesta fall (alla faktorer ovanför den gröna linjen i figuren) påverkbara genom samhälleliga insatser.

Begreppet hälsofrämjande kan definieras som ”..den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den (22)

En medveten tillämpning av detta kunskapsområde sker i det *hälsofrämjande arbetet*. Med hälsofrämjande arbete menas en övergripande ansats att arbeta för sociala förändringar med syfte att förbättra hälsa och välbefinnande. Mot denna bakgrund är det av vikt att leda bort från ett allt för stort fokus på individuellt hälsobeteende och ersätta det med en bred förståelse för vikten av att skapa

samhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Skillnad på hälsofrämjande och förebyggande

För att tydliggöra de hälsofrämjande processerna som en särskild form av processer i samhället och som en särskild del i människors liv kan det vara av värde att för en stund särskilja hälsofrämjande från förebyggande. Det finns alltså ett behov av att identifiera, stödja och sprida kunskap om hälsofrämjande processer som sådana för att deras strategiska betydelse för samhällsutvecklingen ska kunna tas till vara mer effektivt.

Skillnaden mellan hälsofrämjande och förebyggande arbete kan på ett schematiskt sätt åskådliggöras genom att ta fasta på de två huvudsakliga effekter som hälsans bestämningsfaktorer kan medföra, figur 1.11. I den mån som hälsans bestämningsfaktorer fungerar på sätt som är skadliga för hälsa och välbefinnande är de att betrakta som risker. I den mån de fungerar på sätt som främjar hälsa och välbefinnande är de att betrakta som resurser.

Hälsofrämjande arbete handlar om att stärka och stödja utvecklingen av dessa individuella och strukturella bestämningsfaktorer så de blir till resurser för människor. De resurser som främjar hälsa genereras dels av individer själva, deras familjer och det sociala nätverk de ingår i dels av välfärdssamhällets institutioner som tillhandahåller så kallade kollektiva resurser

Förebyggande arbete handlar om att reducera de risker som hälsans bestämningsfaktorer, individuella och strukturella, under vissa förhållanden kan utgöra.



Figur 1.11. Hälsans bestämningsfaktorer kan fungera som resurser eller risker för hälsa och välbefinnande. Hälsofrämjande arbete innebär att stärka eller mobilisera dessa resurser. Förebyggande arbete går ut på att reducera riskerna. Fritt efter Bauer et al, (23).

Hur minskas skillnader i hälsa?

Mot bakgrund av förståelsen av hur skillnader i hälsa uppstår tydliggörs vad som behöver ske för att skillnaderna i hälsa ska minska.

Att verka för jämlik hälsa handlar för det första om att bättre stödja individer och familjer att bygga upp olika förmågor och resurser på egen hand, exempelvis genom insatser som främjar utbildning, sysselsättning och deltagande med särskilt fokus på de grupper som har det svårare att komma in på arbetsmarknaden.

För det andra handlar det andra om att stötta och bistå med resurser där de egna inte räcker till. Detta kan dels innebära åtgärder för ökad tillgänglighet på tjänster, men inte minst att dessa tjänster blir bättre anpassade för att skapa mer likvärdiga möjligheter och förhållanden i förskola, skola, vård och omsorg. Det kan även innebära att de olika transfereringssystem som finns bör justeras för att bli mer utjämnande och eller för att bättre stödja särskilda grupper.

En viktig komponent i det gemensamma arbetet för ett socialt hållbart samhälle handlar om att öka människors handlingsutrymme och underlätta för enskilda människors att ta beslut som är långsiktigt gynnsamma för deras utveckling.

Välfärden är allas ansvar och kräver samverkan kring en gemensam målbild

Kommuner, landsting, region och stat bär genom sina offentliga åtaganden ett stort ansvar för samhällets utveckling. Men även näringsliv och idéburen sektor är viktiga. Ansvaret för människors villkor, inklusive hälsa, delas därmed mellan det allmänna och individerna själva, enskilt eller i frivilliga sammanslutningar.

Den stora mängden aktörer med ansvar i detta arbete speglar frågornas komplexitet och tydliggör samtidigt behovet av samverkan. I dag ligger möjligheten till viktiga samhällsförändringar ofta bortom en enskild organisations makt, mandat och förmåga. Styrning av komplexa politik-områden befinner sig i rörelse från centralstyrning "government" till en mer interaktiv och nätverksbaserad samhällsstyrning "governance". De olika aktörerna inom komplexa politikområden behöver ha en gemensam målbild om deras sammantagna agerande ska få en riktning. En önskvärd förändring kräver samverkan mellan många olika aktörer som har olika intressen och olika synsätt.

En förutsättning för framgång i arbetet för social hållbarhet är därför att det råder en samsyn kring vad ett välfärdssamhälle ska erbjuda (24). I ett sådant samhälle karakteriseras välfärdstjänsterna av att:

- tillgodose alla människors grundläggande behov och att de mänskliga rättigheterna säkerställs i praktiken
- bidra till att alla människor är inkluderade – oavsett kön, utbildnings- och inkomstnivå, social status, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, bostadsort, sexuell

läggning, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder och funktionsnedsättning

- vara generella, men särskilt beakta de grupper som har störst behov

De nya krav på samhällsstyrningen som arbetet för ett hållbart samhälle inklusive social hållbarhet och jämlik hälsa innebär är ett tema som vi kommer att återkomma till i Samlingens delrapporter.

Det är bra med minskande skillnader i hälsa

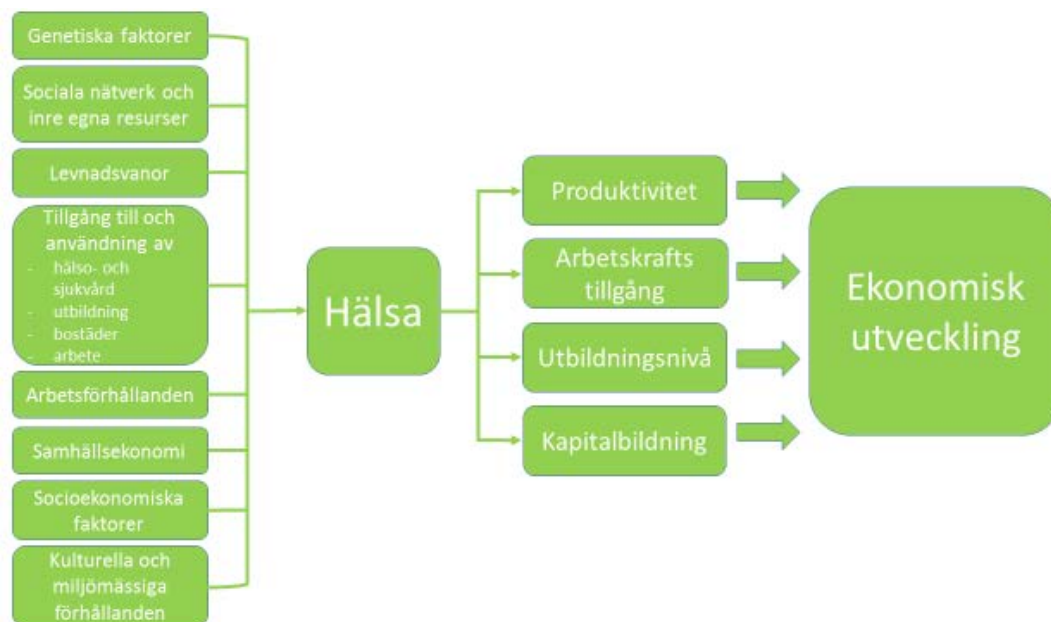
God hälsa är inte endast en mänsklig rättighet, en central komponent för välbefinnande och en viktig förutsättning för individen att klara sin vardag och leva ett gott liv. God och jämlik hälsa är även en nyttighet för hela samhället, en resurs och en viktig komponent i det som kallas humankapital. God och jämlik hälsa är en förutsättning för en gynnsam samhällsutveckling, både ekonomiskt och socialt (25,26). I förståelsen av dessa samband finns en potential till engagemang hos beslutsfattare, näringsliv, lokalsamhällen och enskilda individer för befolkningens hälsoutveckling och de processer som främjar hälsa för alla.

Flera studier har visat att god och jämlik hälsa är en viktig drivkraft för ekonomisk utveckling. EU (27) Internationella valutafonden (28), OECD (29) och Världsbanken (30,31) beskriver ojämlikhet och skillnader i hälsa som en skadlig faktor för ekonomin som hämmar den ekonomiska utvecklingen.

Styrning för hälsa – nyckeln till samhällets framgång

Med den växande förståelsen för vilken betydelse som befolkningens hälsoutveckling har för den ekonomiska utvecklingen framstår *styrning för hälsa* allt mer som en samhällsstrategisk uppgift för beslutsfattare på alla nivåer.

Styrning för hälsa handlar om en gynnsam påverkan av hälsans sociala bestämningsfaktorer för att de ska bidra till god och jämlik hälsa hos befolkningen. God och jämlik hälsa innebär att fler individer kan delta i aktiviteter som gynnar hela samhället. God hälsa i unga år innebär förbättrade förutsättningar för individen att klara sin utbildning och möjligheterna på arbetsmarknaden ökar. Det leder till bättre och tryggare inkomster vilket ökar möjligheterna till både konsumtion och sparande som i sin tur kan underlätta ett hälsosamt liv, och ge ökad kontroll och makt över livet. På samhällsnivå innebär detta att hälsan bidrar till fler utbildningsår och högre kompetens, ökat arbetsdeltagande, fler produktiva år och högre produktivitet i näringslivet, ökat sparande och konsumtion och dessutom minskar kostnaderna för vård, service och transfereringar. De ekonomiska skälen för att investera i befolkningens hälsa är starka, figur 1.12.



Figur 1.12. Hälsans betydelse för ekonomisk utveckling. Efter Folkhälso-myndighetens tolkning av Suhrcke et al 2005 (27).

Minskade hälsoskillnader hos en befolkning är en tillgång för hela samhället och något som alla grupper tjänar på. God och jämlik hälsa innebär att samhällets resurser inte lika mycket behöver gå till att bekämpa skillnadernas konsekvenser. Pengarna kan användas till annat som att investera i skola, vård och omsorg som alla drar nytta av. Skillnader i hälsa ökar risken för segregering och sociala spänningar. Minskade hälsoskillnader innebär ett tryggare samhälle med större sammanhållning och tillit vilket alla kan ta del av, oavsett social position.

Det innebär således att förmågan att styra för hälsa blir avgörande för samhällets ekonomiska utveckling och sociala hållbarhet och ett sätt att hushålla med samhällets gemensamma resurser (figur 1.13). Det betyder att de beslutsfattare som är intresserade av en gynnsam ekonomisk utveckling bör uppmärksamma jämlik hälsa som ett angeläget område för investeringar.

En av Samlingens uppgifter är att tillgängliggöra denna kunskap och skapa gynnsamma förutsättningar för beslutsfattare att utveckla en effektiv styrning och ledning.

Sociala effekter av ökad jämlikhet i hälsa

- Höjd livskvalitet
- Ökad jämlikhet
- Ökad tillit mellan människor och till samhällsinstitutionerna
- Lättare för människor att uppnå sin fulla potential
- Ökade förutsättningar för social rörlighet
- Ökad framtidstro och känsla av tillhörighet
- Det sociala kontraktet upprätthålls och kan beskrivas som sättet vi förhåller oss till samhället. Här åsyftas principen – att du ställer upp för samhället och samhället ställer upp för dig.
- Minskad social oro, otrygghet och kriminalitet
- Minskat utanförskap
- Större öppenhet i samhället
- Ett mer sammanhållet samhälle
- Minskad polarisering och segregation

Ekonomiska effekter av ökad jämlikhet i hälsa

- Samhällets resurser kan användas till annat än att bekämpa effekterna av skillnaderna
- Samhällsekonomiskt lönsamt
- Humankapitalet ökar
- Ökade förutsättningar för tillväxt och utveckling
- Ökad produktivitet
- Fler kan arbeta
- Investeringar i utbildning ger större utbyte eller avkastning
- Ökad ekonomisk tillväxt

Figur 1.13. Styrning för jämlik hälsa leder till ökad social hållbarhet och en gynnsam ekonomisk samhällsutveckling. Efter Rapport 204: Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg (32).

Del 2

Del 2 - Ge alla barn en bra start i livet

Delrapporten går här in på det första temaområdet och presenterar resultatet från Samlingens process som behandlat vikten av goda uppväxtvillkor under de första levnadsåren. Inledningsvis ges en bakgrund för vad en bra start i livet betyder.

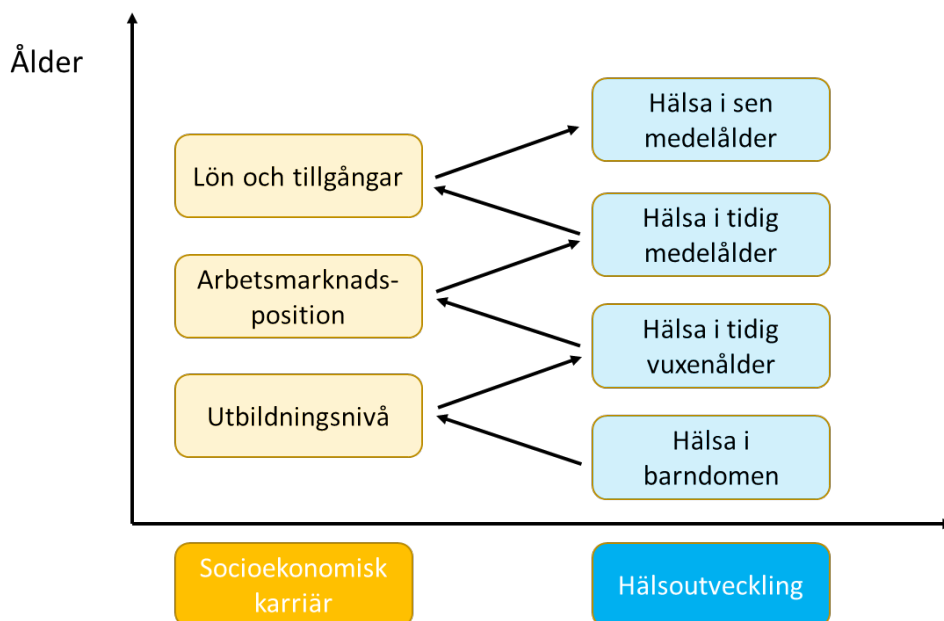
Nästa kapitel beskriver några mått som är tillgängliga idag och som speglar förhållanden i Dalarna och Dalarnas kommuner. Dessa mått ska inte uppfattas som definitiva val som gjorts i Samlingens arbete utan är en utgångspunkt för den fortsatta processen med att finna mått och förhållanden som är lämpliga att följa i framtiden för att motsvara Samlingens målsättningar.

Därpå följer ett antal beskrivningar av åtgärder som är möjliga att genomföra i Dalarna för att minska skillnader i hälsa och främja en gynnsam regional utveckling. Fokus ligger på åtgärder som utifrån kunskap och beprövad erfarenhet visat sig medverka till att ge alla barn en bra start i livet. Samlingens process har identifierat vissa åtgärder som ådragit sig ett större och bredare intresse än andra. Dessa redovisas mer ingående än de övriga. Det ges även en del exempel på hur man redan idag arbetar med dessa åtgärder på olika håll i länet. Det ges även en del underlag inför det fortsatta utvecklingsarbetet i länet för att genomföra dessa åtgärder. Slutligen ges även en kortfattad redovisning av det 20-talet åtgärdsförslag som behandlats i Samlingens process.

Dalarnas utveckling startar i moderlivet

På individnivå börjar de skillnader i hälsa som ses mellan grupper och delar av befolkningen i Dalarna att uppstå redan i befruktningsögonblicket. De gener som fostret har med sig samverkar med livmoderns miljö, till exempel vad gäller tillgången på näring (1). Miljön i moderlivet påverkas i sin tur av de socioekonomiska förhållanden som föräldrarna lever i (2).

En bra start i livet handlar om att barn ges goda förutsättningar för sin språkliga, kognitiva, sociala, fysiska och emotionella utveckling. Det är under de första levnadsåren som grundläggande färdigheter ska byggas som i sin tur underlättar för individen att ta till sig de färdigheter som är gynnsamma för individens fortsatta utveckling. På detta sätt inleds individens sociala och ekonomiska karriär redan i moderlivet och fortsätter att samspela med individens hälsoutveckling livet ut (3), illustrerat i figur 2.1. Det betyder att de första levnadsåren, i ett vidare perspektiv, bildar grunden för hela samhällets utveckling, inte minst socialt och ekonomiskt.



Figur 2.1. Individens sociala och ekonomiska karriär inleds redan i moderlivet och fortsätter att samspela med individens hälsoutveckling livet ut (3).

En dålig start kan kompenseras under småbarnsåren

Till färdigheter som formas tidigt i livet hör kognitiva förmågor som t.ex. språklig, rumslig och analytisk förmåga, minneskapacitet och förmåga till inläring. Även sociala förmågor och personliga egenskaper formas tidigt. Hit hör t.ex. uthållighet, självförtroende, tålamod och temperament (4-6).

Dessa grundläggande förmågor är inte från början givna utan påverkbara och möjliga att träna upp. Även i de fall som fostertiden varit mindre gynnsam kan hjärnans utveckling "komma i kapp" under småbarnsåren om barnet ges goda uppväxtvillkor (7).

Föräldrarna - den viktigaste hälsofrämjande resursen

För att ett barn ska få en bra start i livet är föräldrarnas olika sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser av central betydelse. Relationen mellan barn och föräldrar är basen. Om relationen är god minskar risken för en mängd olika hälsoproblem och riskbeteenden hos barnen (8,9). Till föräldrarnas viktigare funktioner med betydelse för barnets hälsa och välfärd hör att med kärlek och värme vara tydlig med vilka ramar som gäller för barnets beteende (10). Föräldrarnas engagemang i form av att bry sig och lyssna, inte minst när det handlar om problematiska saker, upplevs också av barn och unga som det viktigaste för att må bra (11).

Andra vuxna - extra viktiga när föräldrarna sviktar

Om relationerna mellan barn och föräldrar är dåliga eller inte fungerar som de borde ökar risken för psykiska problem hos barnet (12,13). Särskilt allvarliga konsekvenser för barnet kan uppstå vid bristande omsorg från föräldrar och vårdnadshavare. Sådana utsatta hemförhållanden kan bland annat bero på missbruk, psykisk ohälsa,

kriminalitet eller våld i familjen (10). Här har de samhällsinstitutioner som möter barn en viktig roll i att stötta och kompensera dessa barn. Hit hör till exempel mödravård, barn- och skolhälsovård och förskola.

Alla barn betyder alla barn

Små problem och små riskfaktorer kan över tid, om de inte hanteras tidigt, utvecklas till en stor och komplex problembild med utslagningseffekter från det etablerade samhället (14), se figur 2.2. Men det är svårt att tidigt förutsäga vilka individer som kommer att hamna i olika problembeteenden. Även om det går att identifiera grupper där risken för problem är större än för övriga befolkningen så är det ur den övriga befolkningen som de flesta kommer som utvecklar beteenden som är negativa för dem själva och omgivningen (14).

Småbarnsår	Tidiga skolår	Ungdomsår	Vuxen ålder
Beteendeproblem	Låg skolmotivation	Kriminalitet	Svagt socialt nätverk
Familjeproblem	Dålig skolprestation	Alkohol- och drogproblem	Kriminalitet
	Familjeproblem	Dåliga skolresultat	Alkohol- och drogmisbruk
	Dåliga kamratrelationer	Skolk	Kort utbildning
		Tidig sexuell debut	Arbetslöshet
			Dålig ekonomi
			Äktenskapsproblem
			Skilsmässa
			Psykisk ohälsa
			Tidig död

Figur 2.2. Vikten av tidiga insatser. Försummas chanserna att stödja det uppväxande barnet och dess familj i ett tidigt skede, när behoven upptäcks, ökar risken att problemen anhopas, blir allt svårare att hantera och leder till social utslagning och/eller sjukdom (14)

Från samhällets sida är det därför klokare och mer ekonomiskt att jobba förebyggande med en liten insats till många (alla) än med stora insatser till få. Generella insatser når fler av de som riskerar att utveckla ett problembeteende i framtiden, jämfört med riktade insatser gentemot en viss riskgrupp eller identifierad problemgrupp. Detta fenomen kallas för den preventiva paradoxen (14). Samtidigt behöver samhället ha en beredskap för direkta individuella insatser till barn och unga vid akuta och större svårigheter (14).

Ur ett samhällsperspektiv är det alltså angeläget att underlätta för föräldrar att utveckla sitt föräldraskap och att se till att samhällsinstitutioner såsom mödravård, barn- och skolhälsovård och förskola som möter barn i tidiga år har en hög kvalitet och når alla barn.

Ekonomisk utsatthet försvårar barns uppväxt

Det är under de första levnadsåren som grunden läggs för barnens fysiska, sociala, psykiska och kognitiva utveckling (1-3). Det betyder att framtidens samhälle formas av de uppväxtvillkor som ges de barn som föds idag.

En uppväxt tyngd av ekonomisk utsatthet ger, redan de första levnadsåren, negativa effekter på barns framtida livschanser och hälsoutveckling (4). Oavsett om en period av ekonomisk utsatthet i barndomen är kort eller lång inverkar den på barnens framtida liv (5) och möjligheter som vuxna (6).

Barn som växer upp i en ekonomiskt utsatt situation har oftare ett litet handlingsutrymme, det vill säga, de har färre möjligheter att påverka sin situation på ett gynnsamt sätt. De har svårare att få vänner, saknar oftare en nära vän i sin skolklass, är oftare mobbade, har oftare lägre social position, känner oftare skam och oro, har sämre självkänsla och lägre livskvalitet än andra barn. De upplever att de inte kan hålla samma konsumtionsnivå som sina kamrater (7). De saknar, oftare än andra barn, ett eget rum. De flyttar hemifrån tidigt och bland flickorna finns en ökad risk att bli gravid som tonåring (8). Ekonomiskt utsatta barn bor oftare i områden med mer vandalisering, och känner sig oftare otrygga på vägen till skolan (4).

Det är vanligare att barn i familjer med låg ekonomisk standard upplever eller uttrycker ilska, nedstämdhet, nervositet och psykosomatiska symtom som huvudvärk, magont och sömnproblem (9,10). Att hoppa över frukost eller lunch är vanligare hos dessa barn, likaså att röka (4). De har en ökad sårbarhet för sociala problem och psykisk ohälsa.

På gruppnivå ses en uppväxt i ekonomisk utsatthet ha en negativ effekt på välbefinnande och leda till ökad risk att drabbas av hälsoproblem och sjukdom, skador och förtidig död, både under barndomen och i vuxenlivet (9,11,12).

Hos barn i Sverige, som lever under de allra svåraste sociala omständigheterna, är dödlighet och fysisk ohälsa 30 procent vanligare, psykisk ohälsa 80 procent vanligare, utåtagerande psykiska problem 120 procent vanligare, sen kognitiv utveckling 170 procent vanligare, självförvållande skador 180 procent vanligare än hos de barn som är mest socialt gynnade (11).

De ekonomiska förutsättningarna under uppväxten inverkar även på barnens utbildning, betyg och behörighet till gymnasiet. De får ofta en lägre utbildningsnivå än barn som inte växt upp under ekonomiskt utsatta förhållanden, och riskerar oftare att hamna i kriminalitet. Deras framtida möjligheter på arbetsmarknaden, inkomster och möjligheter på bostadsmarknaden påverkas. De har svårare att delta i samhällsgemenskapen, självkänslan blir lägre och företagsamheten sjunker (8).

Risken är högre att de själva får ekonomiska problem och behöver försörjningsstöd som vuxna och de blir i lägre utsträckning höginkomsttagare (6, 8,13,).

Att leva under villkor som skiljer sig drastiskt från majoritetssamhället bidrar till att forma ett barns förväntningar på framtiden och dess uppfattning om sin egen tillhörighet till samhället.

Svårt att mäta fattigdom i ett rikt land

Sverige har ingen officiellt antagen definition på ekonomisk fattigdom för hushåll. Det är svårt och problematiskt att med något enstaka mått belysa ett så pass brett och komplext fenomen som ekonomisk fattigdom, särskilt i ett samhälle där de allra flesta hushåll får det allt bättre ställt ekonomiskt (8). Fattigdom handlar inte bara om överlevnad – att ha mat för dagen, kläder och någonstans att bo – utan om att ha ekonomiska möjligheter att vara sina grannars like, att delta i det sociala livet och möta sina medmänniskor utan skam.

Det finns flera typer av mått för att mäta ekonomisk utsatthet. Olika indikatorer ger olika bilder och har olika för- och nackdelar. Måtten kan vara strikt ekonomiska, vilket är vanligast, eller av mer social karaktär som vidgar förståelsen av de komplexa sammanhang och relationer som inverkar på människors livschanser.

Socialstyrelsen anser att flera olika mått bör användas, även om det kan göra att resultaten blir mindre entydiga (8). En ungefärlig bild där flera olika mått används blir mer korrekt än en exakt enstaka uppgift. Under 2017-2018 undersöker *Samling för social hållbarhet i Dalarna* vilka mått som är lämpliga att använda för att beskriva förekomst och utveckling av ekonomisk utsatthet hos barnhushåll i Dalarna och Dalarnas kommuner.

I denna delrapport används mått från endast två av de mest använda typerna av mått för att beskriva ekonomisk utsatthet hos barnfamiljer, absolut fattigdom och relativ fattigdom.

- 1. Absolut fattigdom** - utgår från en nedre konstant gräns som skiljer fattiga från icke fattiga. Att leva under gränsen betyder ett liv med avsevärt sämre kvalitativa förhållanden än för övriga i befolkningen (5). Exempel på mått ur denna grupp är:
 - Låg inkomststandard - Disponibla inkomsten under en viss miniminivå (till exempel 1985 års riksnorm för socialbidrag) räknas som fattigdom.
 - Långvarigt ekonomiskt bistånd – anses vara en indikator som med större säkerhet kan antas spegla en ekonomiskt utsatt situation, jämfört med indikatorer som mäter fattigdom endast utifrån inkomst. Måttets svaghet är dock att den mäter just bistånd, vilket i sin tur styrs av politiska beslut.

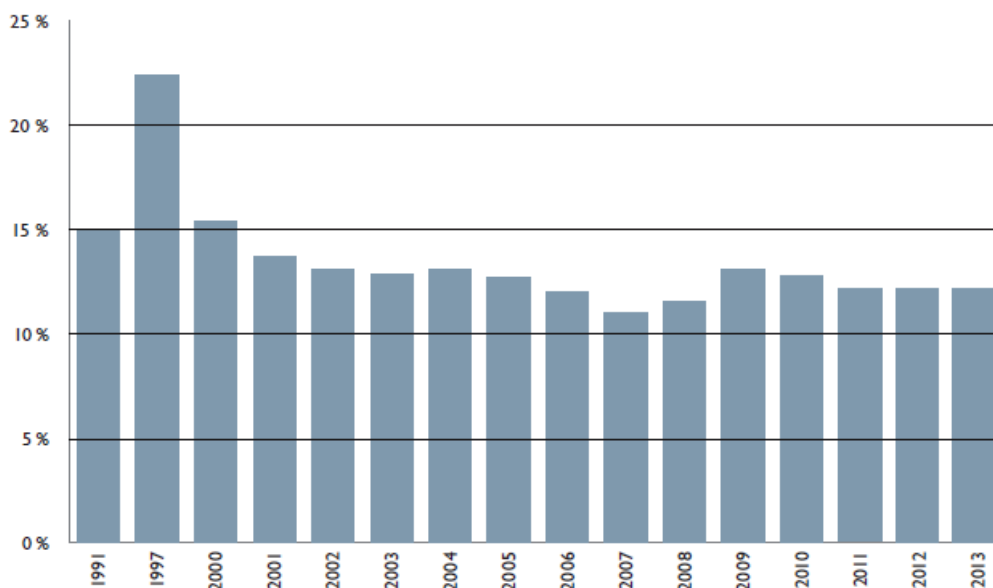
- Låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd – ett mått som är sammansatt av två delmått som anger hushåll med antingen låg inkomststandard, med enbart försörjningsstöd, eller med både låg inkomststandard och försörjningsstöd.
- 2. Relativ fattigdom** – är ett oftare använt mått i den moderna fattigdomsforskningen och utgår från att ekonomisk utsatthet är beroende av levnadsnivån i det omgivande samhället. Att leva med en ofrivilligt låg inkomst innebär att man inte kan leva ett liv som betraktas som normalt eller enligt det samtida samhällets normer och traditioner. Det får sociala konsekvenser av olika slag. När barn växer upp under väsentligt sämre ekonomiska förhållanden än den närmaste omgivningen påverkas relationer till kamrater och jämnåriga negativt. Det innebär även påfrestningar i relation till föräldrarna (14). Det vanligaste måttet är:
- Låg ekonomisk standard – används för att belysa *risken* för fattigdom. EU:s definition av risk för fattigdom med hänsyn till inkomst innebär att en person har en inkomst efter skatt som understiger 60 procent av landets median-inkomst. Med detta mått finns det inte någon på förhand given del av befolkningen som är fattig utan andelen beror på inkomstspridningen. Den relativa fattigdomen ökar om inkomstspridningen ökar. I Sverige har spridningen ökat sedan 1991 (4).

Trots ökade realinkomster växer den relativa fattigdomen

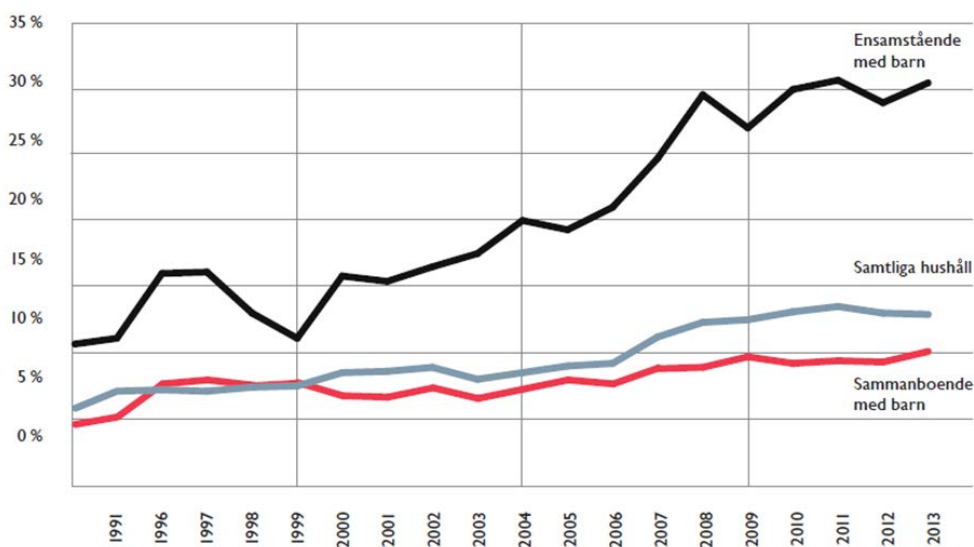
Under 90-talets krisår ökade barnfattigdomen kraftigt och nådde sitt maximum 1997 med 22,3 % av alla barn i Sverige (15). Under en tioårsperiod därefter förbättrades ekonomin och barnfattigdomen sjönk för att åter stiga 2009, efter den ekonomiska kris som uppstod året innan. Sedan dess minskar andelen barnhushåll som lever i absolut fattigdom igen till följd av ökade realinkomster, även för barnfamiljer, se figur 2.3.

Men utvecklingen är inte jämt fördelad i befolkningen. Samtidigt som den absoluta fattigdomen har minskat har den relativa fattigdomen ökat i Sverige på grund av ökande inkomtskillnader. Vissa delar av befolkningen har halkat efter eftersom de inte tagit del av det ökade välbefindandet i Sverige (16). Skillnaderna i barns uppväxtvillkor har ökat i Sverige sedan 1990-talets början (17). Rädda Barnen redovisar utvecklingen av hur den relativa fattigdomen utvecklats hos barnhushåll i Sverige sedan 1991, se figur 2.4.

Enligt Försäkringskassan var 16 procent av barnhushållen relativt fattiga 2016 medan 12 procent av alla barnfamiljer levde i absolut fattigdom (18).



Figur 2.3. Andel barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 1991, 1997, 2000-2013 i Sverige. Beräknat enligt Rädda Barnens definition av barnfattigdom med två ingående delmätt, låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd (15).



Figur 2.4. Andel hushåll med mindre än 60 procent av disponibel medianinkomst i Sverige 1991, 1996-2013 efter hushållstyp (15).

Många olika faktorer ökar risken för ekonomisk utsatthet

Risken för ekonomisk utsatthet är inte lika stor för alla grupper i samhället. Ensamstående föräldrar är mer utsatta än sammanboende, hushåll med fler barn är mer utsatta än hushåll med färre barn och hushåll med utrikesfödda föräldrar är mer utsatta än svenskfödda. Bakom den ekonomiska utsattheten finns ofta arbetslöshet och ohälsa hos föräldrarna (16).

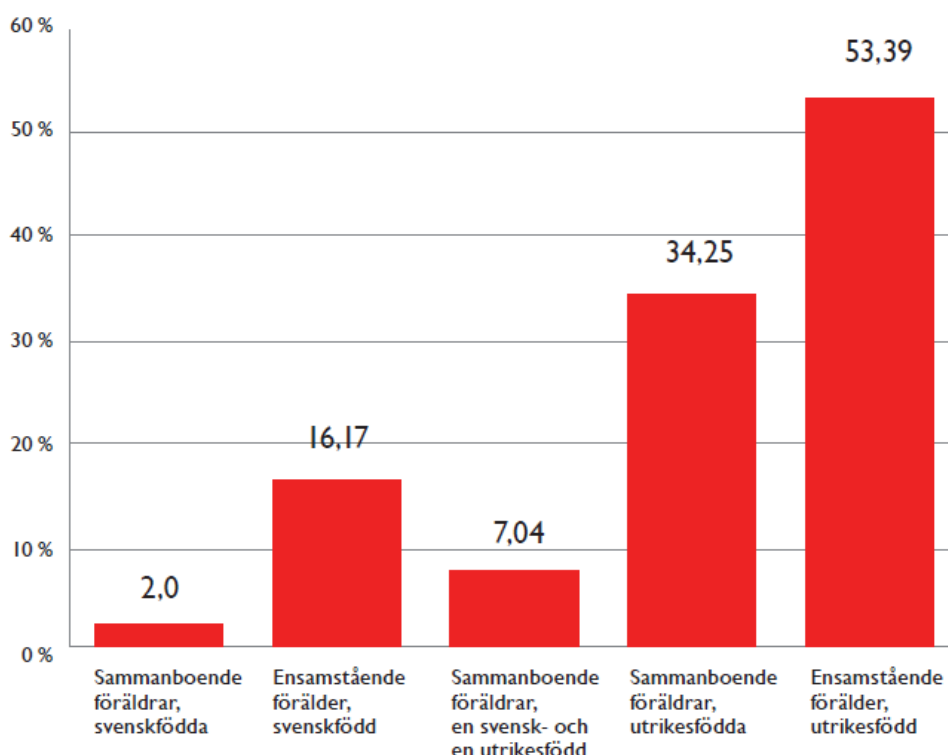
Den ekonomiska utsattheten är inte sällan kombinerad med ytterligare problem såsom svåra hemförhållanden, vråkningshot,

familjehemsplacering och annat (4). Risken för såväl absolut som relativ fattigdom är generellt större bland yngre barn, vilket i stort hänger samman med föräldrars lägre etableringsgrad på arbetsmarknaden. De yngre barnen berörs också oftare av vräkning medan de äldre barnen oftare bor i familjer som får långvarigt ekonomiskt bistånd (18). En annan utsatt grupp är barn med funktionsnedsättning. Det är vanligare att dessa barn bor med endast en förälder jämfört med barn utan funktionsnedsättning och att deras föräldrar är mer ekonomiskt utsatta.

De flesta barnfamiljer i ekonomisk utsatthet förändrar dock sin situation till det bättre över tid. Det gäller både familjer med svensk och med utländsk bakgrund. För nyanlända förbättras den ekonomiska situationen i takt med etableringen i det svenska samhället. Få barn växer upp i fattigdom under hela sin uppväxt.

Utländsk bakgrund och familjesammansättning

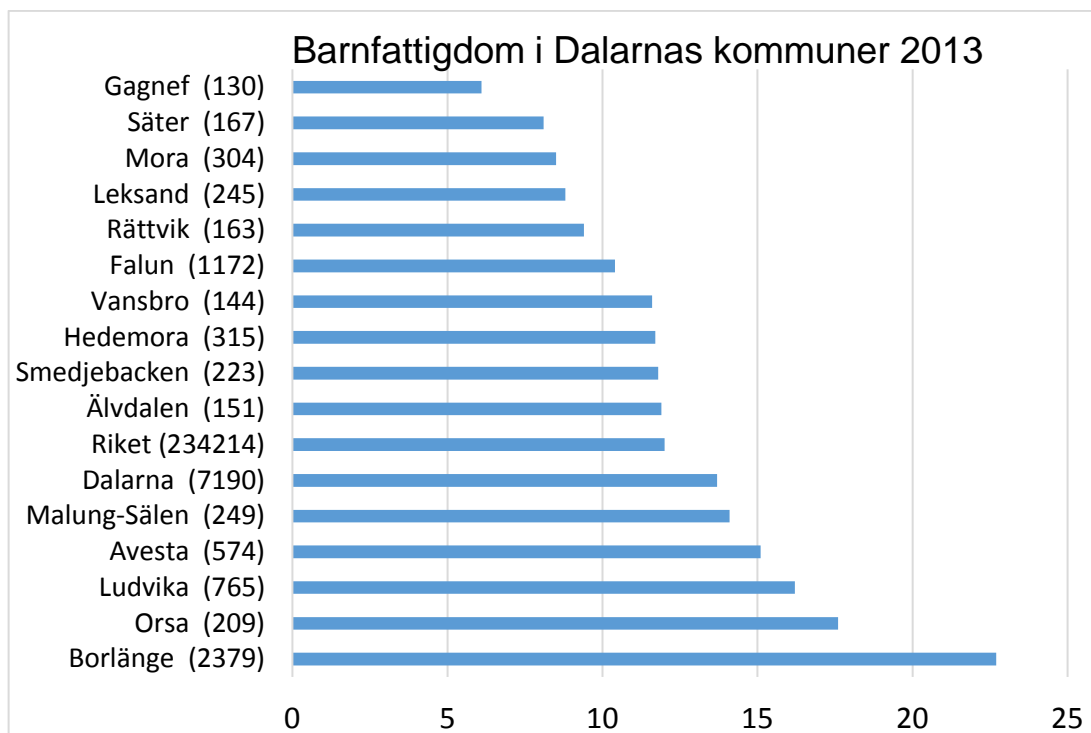
Att ha utländsk bakgrund eller att ha en ensamstående förälder är alltså faktorer som var för sig ökar risken att leva i ekonomisk utsatthet. Om dessa båda faktorer kombineras förstärks risken kraftigt, se figur 2.5. Mer än hälften av alla barn som har utländsk bakgrund och bor med en ensamstående förälder lever i ekonomisk utsatthet. Jämför detta med 2 procent av barnen till sammanboende föräldrar med svensk bakgrund eller med cirka 7 procent av barnen till sammanboende föräldrapar bestående av en svensk- och en utrikesfödd förälder.



Figur 2.5. Andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll efter föräldrars bakgrund och familjemönster i Sverige 2013 (15).

Absolut fattigdom hos barnfamiljer i Dalarna.

I många kommuner uppmärksammas frågan i samband med Rädda Barnens årliga lansering av barnfattigdomens utveckling i landets kommuner.



Figur 2.6. Barn 0-17 år som lever i hushåll med låg inkomststandard och /eller försörjningsstöd år 2013. Antal barn per kommun ses inom parentes och de blå staplarna anger andelen (%) barn som lever i absolut fattigdom i respektive kommun (15).

Vare sig man använder mått som beskriver den relativa fattigdomen eller den absoluta fattigdomen behöver man förstå att det inte är bristen på pengar i sig själv som är det viktiga, utan det faktum att bristen på pengar gör att den som är fattig (åtminstone i förlängningen) hamnar utanför den sociala gemenskapen; antingen genom att bli utesluten av andra, eller genom att själv, exempelvis av skamkänslor, dra sig undan sociala situationer. Barnfattigdom bör därför ses som en brist på ekonomiska resurser som leder till att barn inte kan delta som jämlikar i sitt sociala sammanhang – vilket kan vara bestämt såväl av familjens situation som av deras egen.

Karies i tidig barndom

Tandhälsan hos barnen god men utvecklingen väcker oro.

Barn och ungas tandhälsa har förbättrats stadigt under många år och är överlag god i Sverige – cirka 96 procent av alla 3-åringar är kariesfria. Men sedan 2010 ses en stagnation i förbättringarna och till och med en viss försämring i tandhälsa hos de yngsta barnen. Bland 6-åringar var 75 procent kariesfria 2015 vilket är en minskning med en procentenhet sedan 2014 och med 3 procentenheter sedan 2010 (1).

Världshälsoorganisationen WHO har som mål för tandhälsan i Europa att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria år 2020. Orsaken till att andelen kariesfria 6-åringar har minskat sedan 2010 är inte klarlagd.

Eftersom goda tandvårdssvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölkttänderna en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren. Därför bör kariessituationen bland 6-åringarna, enligt Socialstyrelsen, fortsatt följas noga.

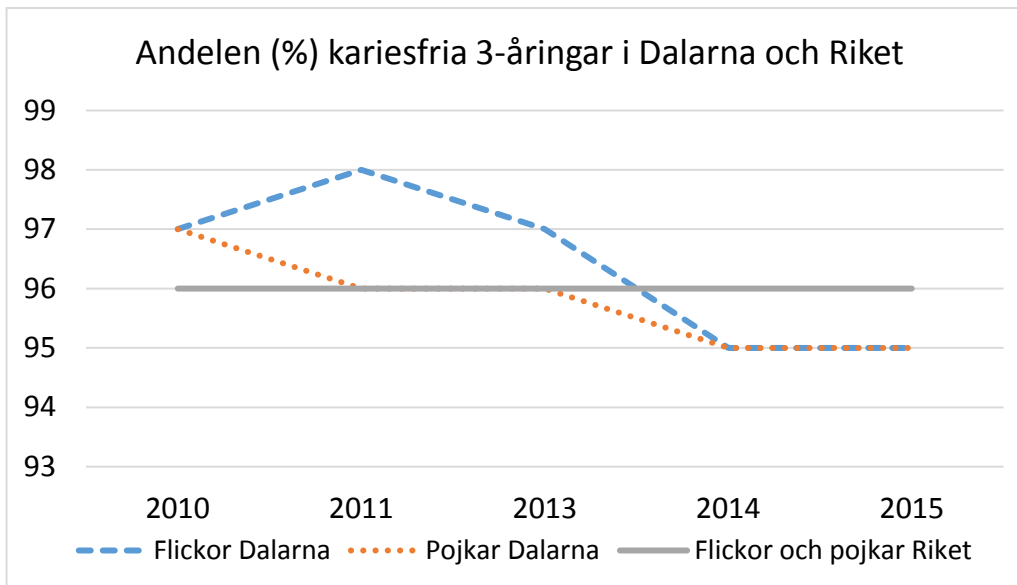
Barnkaries riskfaktor för ökad sjuklighet i vuxen ålder.

Karies i barndomen ökar inte bara risken för karies senare i livet (2,3). Det är även kopplat till en mängd olika både akuta och kroniska medicinska tillstånd (4) såsom långsam tillväxt (5) och försämrad livskvalitet (6). Karies kopplar till inflammatoriska processer i munhålan vilka i sin tur kopplar till utvecklandet av hjärt-kärlsjukdomar som är den vanligaste dödsorsaken hos vuxna (7,8). Barnkaries ökar risken för en rad långsiktiga effekter med utvecklingsmässiga, psykologiska och medicinska konsekvenser. Det visar hur kroniska sjukdomar i vuxen ålder ofta kan spåras till förhållanden under de tidiga levnadsåren (9-14).

3-åringarna en nyckelgrupp

Kariesskador före 3 års ålder utvecklas mycket snabbt eftersom emaljen hos de tidiga mjölkttänderna är "omogen" och ännu inte lagrat tillräckligt med skyddande fluor. Dessutom har mjölkttänderna tunnare emalj. De minsta barnen utgör en känslig grupp och kariesskador signalerar tydligt bristande förutsättningar för god tandhälsa (15).

Sveriges kommuner och landsting (SKL) planerar att i sin Strategi för hälsa (16) sätta upp ett mål om att öka andelen kariesfria 3-åringar med 2 procentenheter och minska skillnaderna mellan inom länen fram till 2022. Även om andelen kariesfria 3-åringar är hög idag är det viktigt att uppnå en ännu högre nivå av kariesfrihet i denna grupp. Tandhälsan är liksom övriga hälsan hos befolkningen ojämnt fördelad och kan man genom generella insatser påverka tandhälsan hos 3-åringarna på ett positivt sätt uppnås även andra gynnsamma konsekvenser när det gäller minskade skillnader i hälsa generellt.



Figur 2.7. Utvecklingen av andelen kariesfria 3-åringar visar på en minskning i Dalarna för både flickor och pojkar mellan åren 2010-2015. (Data hämtat från Socialstyrelsens rapporter Karies bland barn och ungdomar)

Hos 3-åringarna har utvecklingen av kariesfrihet stått still några år på riksnivå men för Dalarnas del ses en försämring för både flickor och pojkar för 2015 jämfört med 2010 (figur 2.7). Utvecklingen har alltså varit den motsatta mot vad SKL avser ha som målsättning för 2022.

Situationen i Dalarna och Dalarnas kommuner när det gäller kariesfrihet för såväl 3-åringar som 6-åringar är ett område som Samling för social hållbarhet i Dalarna ska återkomma till i det fortsatta arbetet parallellt med att SKL:s Strategi för hälsa tar form.

Risken för barnkaries ökar vid socioekonomisk utsatthet

Internationellt visar forskningen att majoriteten av barn med karies finns i familjer med låg utbildningsnivå, låg inkomst och familjer med migrations-bakgrund. Dessa barn har sämre tandvårdsvanor och besöker tand-vården mer sällan än barn som växer upp under mer socialt gynnade omständigheter(17-19).

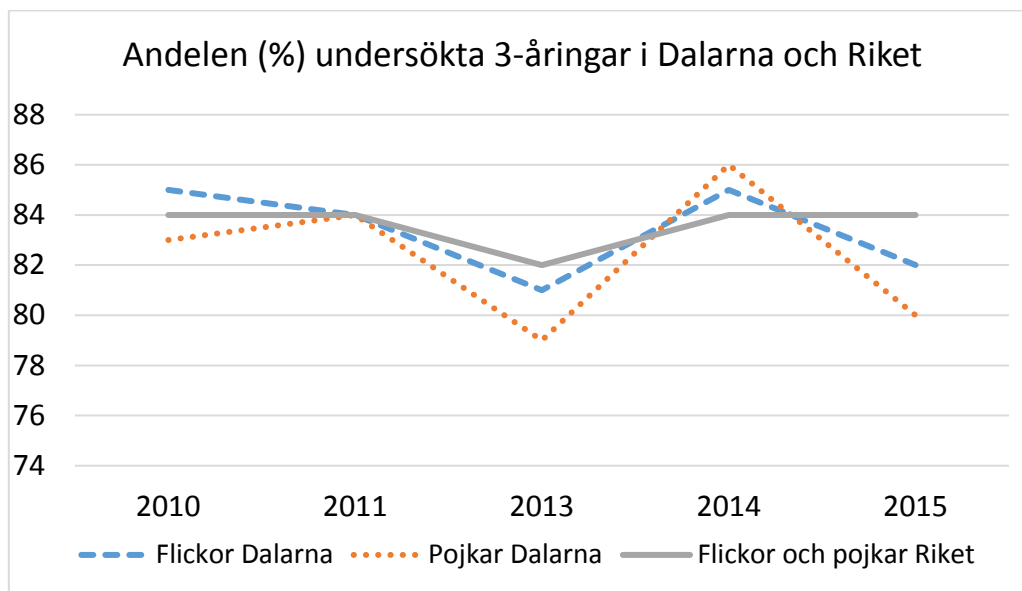
En svensk studie publicerad av Socialstyrelsen 2013 (20) visar på samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnen ska få omfattande kariesangrepp.

De starkaste riskfaktorerna bland barn och unga för att få karies är att ha invandrade föräldrar från länder utanför Norden och Västeuropa, att familjen får ekonomiskt bistånd, att föräldrarna har högst grundskoleutbildning, att föräldrarna är unga och själva har dålig tandhälsa.

Barnen som uteblir från besök i tandvården

Sociala förhållanden är även av betydelse för om barn och unga kommer till tandvården eller inte vid kallelse (20). Störst risk att utebli

från tandvårdsbesök ses hos barn som lever med en ensamstående förälder, hos barn till unga föräldrar, hos barn i familjer med ekonomiskt bistånd, hos barn till föräldrar med låg utbildningsnivå samt barn till invandrade föräldrar. Om föräldrarna själva uteblir från tandvården så är risken stor att även barnen uteblir. Extra stor risk att utebli från tandvården efter kallelse har barn till unga föräldrar som själva inte kommer till tandvården.



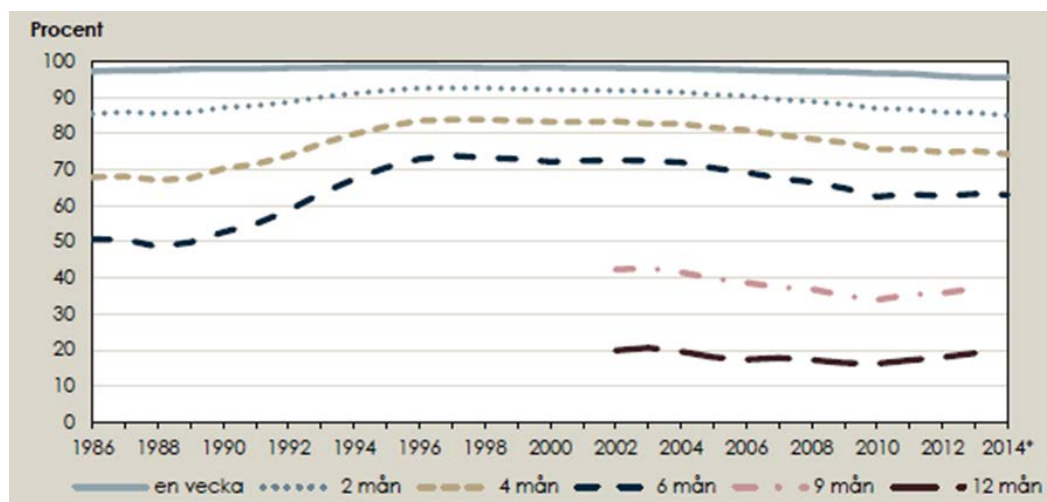
Figur 2.8. Andelen 3-åringar som kommer till tandvården när de kallas för undersökning ligger på något över 80 procent både i Dalarna och i Riket. Skälen för att man uteblir är många. Men bland de 15-20 procent som inte kommer finns många av de som bäst skulle behöva få en undersökning. Både generella insatser som främjar tandhälsan och riktade insatser med fler som kommer till undersökning för att kunna få hjälp med förebyggande åtgärder behövs. (Data hämtat från Socialstyrelsens rapporter Karies bland barn och ungdomar)

Amning – en bra start på livet

Amning är det överlägset bästa sättet att möta flera av det lilla barnets behov. Moderns bröstmjölk är unik, anpassad till det egna barnet och innehåller all näring och vätska barnet behöver för gynnsam tillväxt, utveckling och hälsa under de sex första levnadsmånaderna (1). Dessutom, förutom näringen, så tillfredsställer den nära kroppskontakten barnets behov av värme, närhet och trygghet. Amning och anknytning är bland de allra tidigaste – och kanske också bland de allra viktigaste – bestämningsfaktorerna för hälsa ur ett livsförlopps-perspektiv (2-4)

Amningsfrekvensen minskar

Amningsfrekvensen i Sverige var som högst under perioden 1995–2003 och då ammades drygt 83 procent av alla barn vid fyra månader och drygt 72 procent vid sex månader (4). Från 2004 och framåt har amningen minskat i Sverige, men sedan 2010 har nedgången för amning av barn som är sex månader och yngre avtagit och kurvan har planat ut. År 2014 ammades 74 procent vid fyra månader och 63 procent vid sex månader (figur 2.9).



Figur 2.9. Enbart och delvis ammande barn födda i Sverige 1986-2014 (Socialstyrelsen).

Mödrar med lägre socioekonomisk status, särskilt utifrån utbildningsnivå, är överrepresenterade bland dem som inte ammar alls eller endast kortvarigt (5,6). Låga amningstal och korta amningstider ger negativa konsekvenser för kvinnors och barns hälsa liksom för samhälle och miljö. Det bidrar till skillnader i hälsa och ökad risk för ohälsa för både barn och kvinnor (7).

Socialstyrelsens egna studier har dock visat att amningen har minskat i alla samhällsgrupper av mödrar/barn. Man kan inte enstämigt peka ut riskgrupper där amningen minskat över tid mer än i andra grupper. Socialstyrelsen understryker behovet av att stärka de amningsstödande åtgärderna till alla nyblivna mödrar samtidigt som sårbara grupper fortsättningsvis bör få utökat stöd (5). Att skydda, främja och stödja

amning är både en fråga om att stödja en gynnsam hälsoutveckling hos barn och kvinnor samt minska de växande skillnaderna i hälsa.

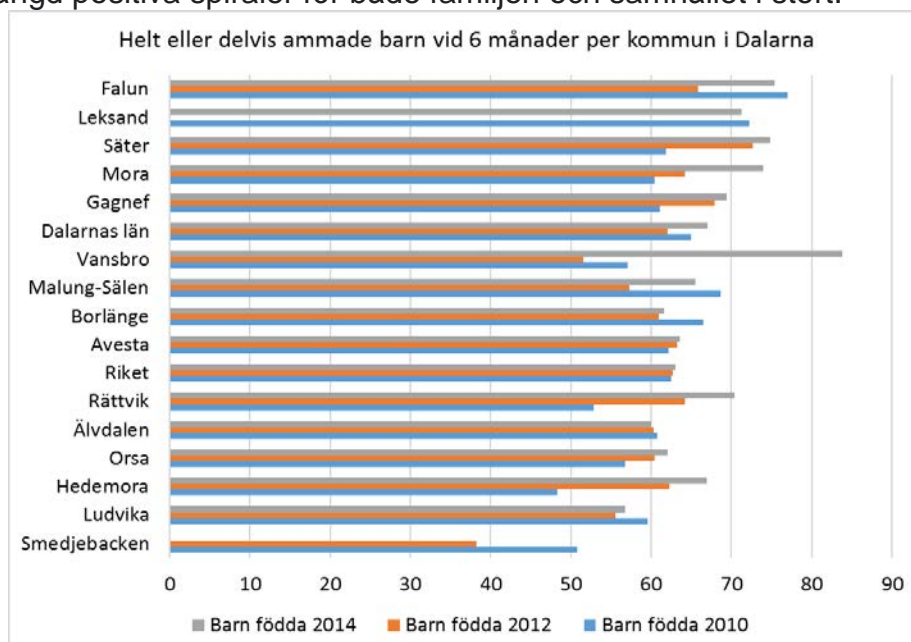
Skillnader på gruppnivå över amningsfrekvens och hur länge mödrar ammar (5).

- Ju högre utbildning ju högre amningsfrekvens.
- Ju högre inkomst ju högre amningsfrekvens.
- Rökande kvinnor ammar i lägre utsträckning än icke rökande.
- Mödrar som är 24 år eller yngre ammar i lägre utsträckning än äldre kvinnor.
- Mödrar med födelseland i Afrika eller Asien ammar i högre utsträckning än svenskfödda mödrar.
- Omfödorskor ammar i högre utsträckning vid 9 och 12 månaders ålder medan förstfödorskor ammar längre och i högre utsträckning fram till 6 månaders ålder. Emellertid helammar omfödorskor i högre utsträckning från 2–6 månaders ålder.
- Ensamstående kvinnor ammar i lägre utsträckning än sammanboende. Vid 12 månaders ålder ammar dock ensamstående mödrar i högre utsträckning jämfört med sammanboende.

Amningsrekommendationer, men balans i stödet

Sedan 2002 är den svenska amningsrekommendationen helamning i sex månader och därefter fortsatt amning med tilläggskost i tillräckliga mängder, gärna under första levnadsåret eller så länge föräldrar och barn vill.

Föräldrarnas val av uppfödning ska självklart respekteras så att de får det stöd och den information som krävs oavsett val. Det är viktigt att ha en öppen, hälsofrämjande och lyhörd attityd inför de kvinnor som av olika anledningar inte ammar så att de får optimalt stöd för en säker och ändamålsenlig uppfödning av sitt barn. När föräldrar får den hjälp och den stöttning de behöver för att amma så länge de själva vill, och när barnets anknytning till föräldern är så trygg den kan vara, medför det en mängd positiva spiraler för både familjen och samhället i stort.



Figur 2.10. Amningsdata ur Barnhälsovårdens årsrapporter för Dalarna visar på skillnader i amningsvanor hos kvinnor i Dalarna.

Rökvanor bland småbarnsföräldrar

Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet drabbas oftare av luftvägsinfektioner (bland annat lunginflammation och bronkit) samt öroninflammationer. Dessutom löper de ökad risk att utveckla småbarnsastma, allergi mot pollen, pälsdjur och födoämnen. Risken för plötslig spädbarnsdöd ökar om modern röker under graviditeten eller efter barnets födelse (1).

Om en ammande mamma röker, går skadliga ämnen över i bröstmjölken och påverkar barnet. Nikotinet i snus och olika typer av nikotinersättningsmedel passerar också över i bröstmjölken och ger ungefär samma höga koncentration i mjölken som rökning.

Barnhälsovården samtalar om tobak

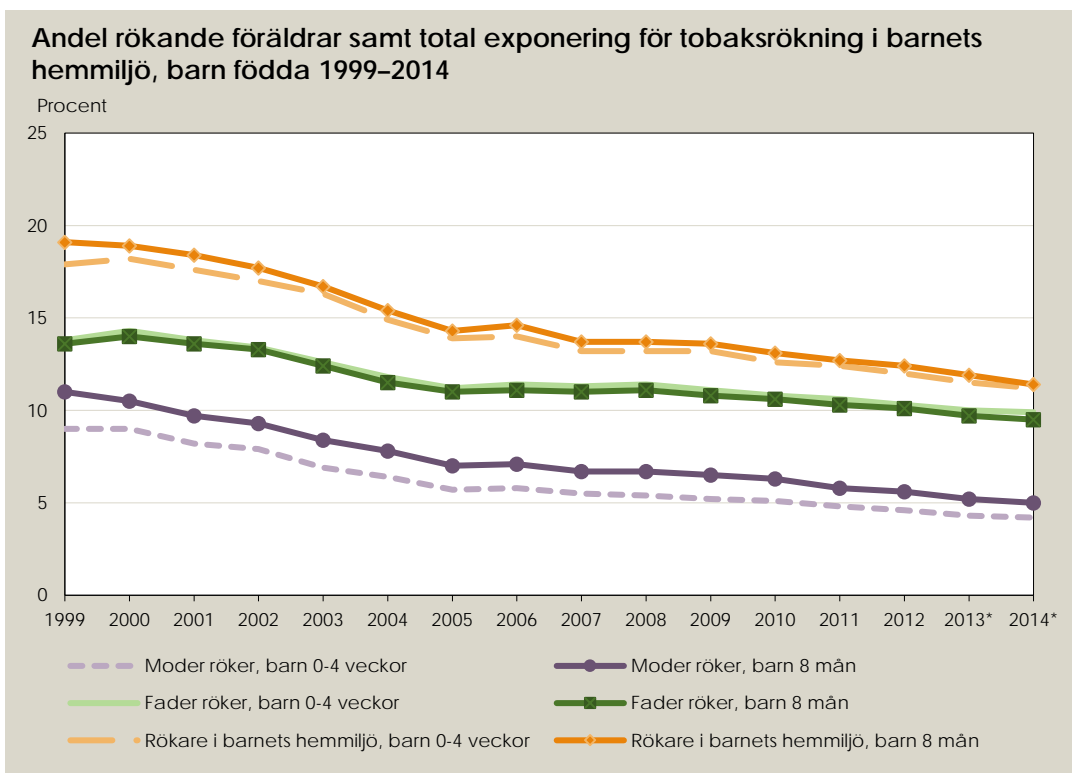
En viktig del av arbetet inom barnhälsovården är att samtala om rökning och snusning. I barnhälsovårdsjournalen samlas information om föräldrarnas rökvanor samt om någon annan i familjen röker, bl.a. när barnen är 0 - 4 veckor och ca 8 månader. Informationen från landets alla barnhälsovårdsmottagningar sammanställs av Socialstyrelsen i årliga rapporter (2).

Under graviditeten och tiden som småbarnsföräldrar är det en större andel kvinnor som slutar att röka jämfört med andra perioder i livet. Många är mottagliga för stödjande insatser och utvecklar motivation till förändring.

Tobaksvanorna hos män med små barn skiljer sig dock inte från den manliga delen av befolkningen i övrigt. Männens tobaksvanor är en utmaning som blir allt viktigare att arbeta med i och med att fäderna tar allt större plats i sina barns vardagsliv (3,4).

Färre röker men skillnaderna mellan grupper ökar

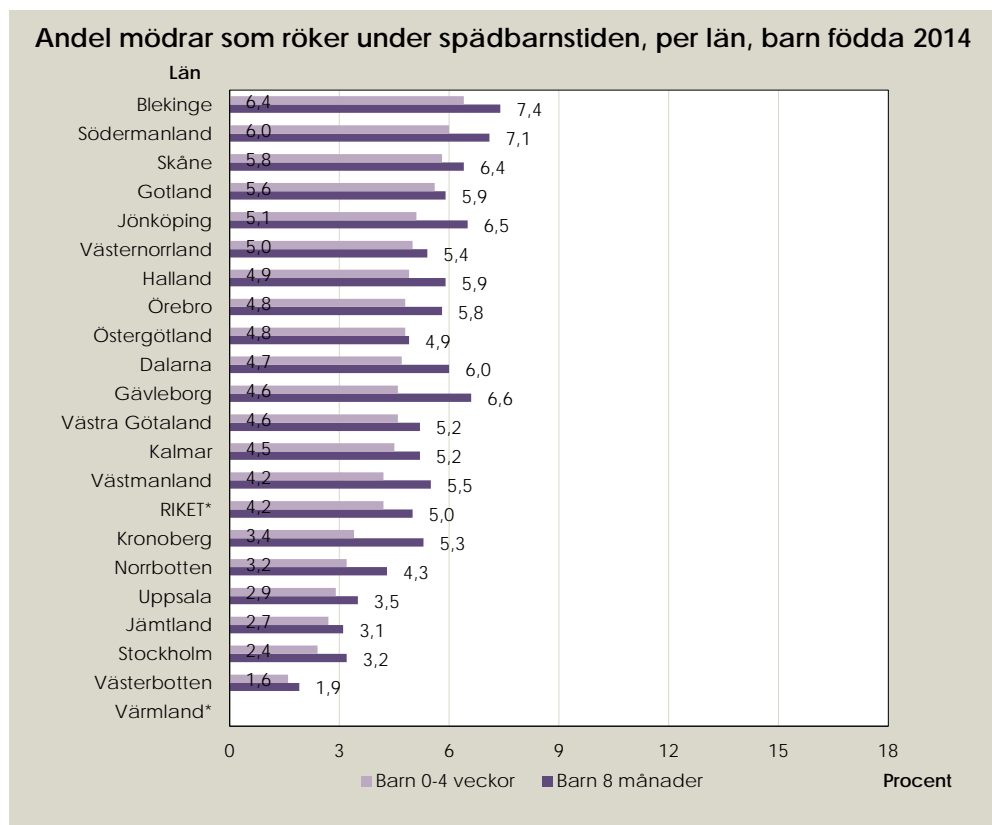
Den positiva utvecklingen av tobaksvanorna som ägt rum de senaste decennierna för gravida och kvinnor som blivit föräldrar (figur 2.11) har sin grund i ökad kunskap i befolkningen och ett aktivt arbete inom mödra- och barnhälsovården. Det har dock medfört att de sociala skillnaderna mellan kvinnor som röker och de som inte gör det har ökat. Det är vanligare med psykosociala problem hos gruppen rökare. Depressiva besvär, arbetslöshet och begränsat stödjande nätverk är några exempel på sådana problem (5).

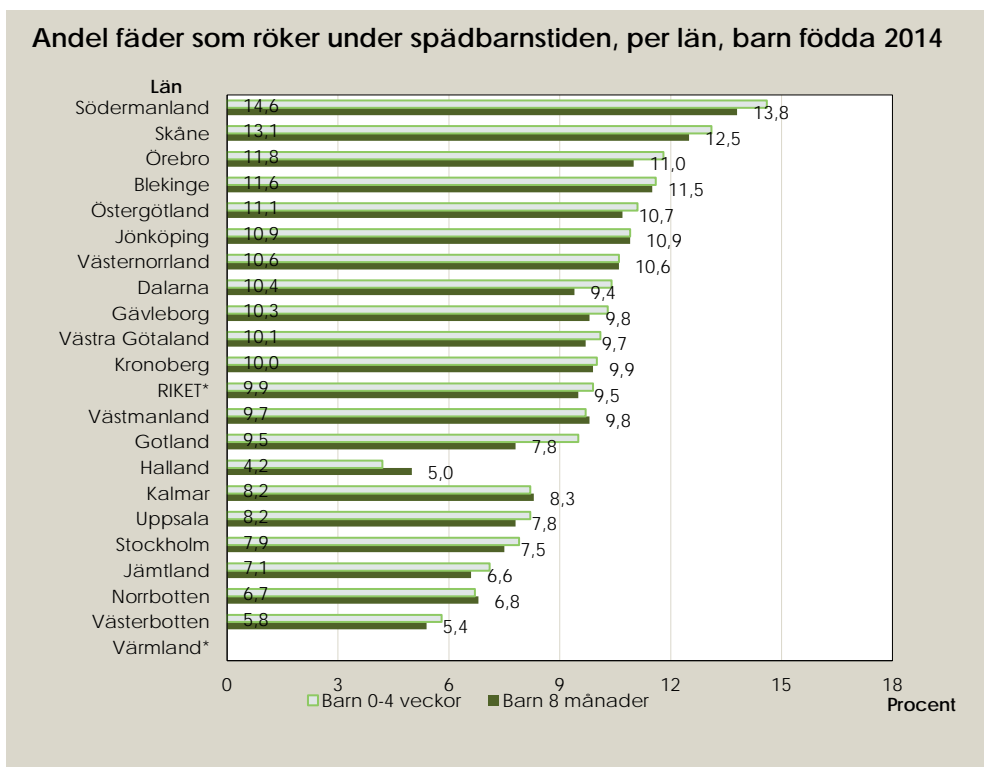


Figur 2.11. För 17 år sedan levde 19 procent av alla åtta månader gamla barn i Sverige i familjer där någon rökte. År 2014 hade andelen nästan halverats och sjunkit till 11 procent. Bland papporna rökte 10 procent och bland mammorna rökte 5 procent (2).

Stora regionala skillnader

Rökning under spädbarnsperioden varierar mycket mellan de olika länen.





Figur 2.12a och 2.12b. Socialstyrelsens sammanställning av rökande spädbarnsföräldrar i Sverige från 2016 visar på stora skillnader över landet bland både mödrar och fäder (2). *Uppgifter saknas från Värmland

Även stora skillnader mellan Dalarnas kommuner

Årsrapporterna från Dalarnas barnhälsovård visar på stora skillnader i rökning hos spädbarnsföräldrar bland både mödrar och fäder i länet.

	Moder röker			
	2010	2013	2014	2015
Malung-Sälen	1	1	2,1	2,3
Rättvik	4,5	3	0	1,7
Leksand	2,3	1,4	3,2	2,7
Falun	3	2,4	4,1	2,8
Älvdalen	1,4	2		6,5
Avesta	4,3	2,9	3,5	2,8
Säter	4,5	3,1	1,1	8,2
Dalarna	4,7	4	4,7	4,2
Borlänge	5,9	2,3	4,7	5,2
Riket	5,1	4,3	4,2	
Mora	4,3	4,6	5,3	4
Vansbro	6	5	6	1,6
Gagnef	3,2	9,1	5,1	3
Orsa	3,3	9,5	6	9,5
Ludvika	6,7	7,5	6,7	7,3
Hedemora		7,1	10,8	5,6
Smedjebacken	13,5	7,6	9,5	2,8

	Fader röker			
	2010	2013	2014	2015
Älvdalen	5,6	2	8,3	3,2
Gagnef	3,2	5,8	6,2	6,8
Leksand	2,4	4,3	8,8	9,7
Malung-Sälen	7,1	2,3	10,4	7
Säter	6,4	2,1	4,4	14,1
Falun	6	7	7,4	7,3
Rättvik	3,4	8,1	6,5	11,9
Mora	9,8	9,1	4,9	9,6
Vansbro	12,2	9,8	9,4	6,5
Dalarna	10,1	9,2	10,4	11,2
Riket	10,8	10	9,9	
Ludvika	10,7	10,5	13,4	10,2
Orsa	5	4,8	22,9	12,5
Avesta	13,3	10,8	12,7	12,4
Hedemora		9,4	15,1	14,9
Smedjebacken	17	12,1	12,5	15,7
Borlänge	14,9	17,1	13	13,6

Figur 2.13a och 2.13b. Dalarnas kommuner listas utifrån ett medelvärde i förekomst av rökning bland föräldrar till barn vid 0-4 veckors ålder för åren 2010, 2013, 2014 och 2015 för mödrar respektive fäder.

Resultat från Samlingens process - åtgärdsområden med brett intresse i Dalarna för att ge alla barn en bra start i livet

Samlingens Uppdragsgrupp har via en process i flera steg behandlat det aktuella kunskapsunderlaget (1-8) bestående av 102 olika förslag till åtgärder som bidrar till minskade skillnader i hälsa och ökad social hållbarhet.

Processen har även involverat verksamhetsansvariga och sakkunniga inom det aktuella temaområdet på lokal- och regional nivå. Utifrån bland annat angelägenhets-grad, nytta/effekt av åtgärd på individnivå, åtgärdens kostnadseffektivitet, relevans för Dalarnas kommuner, landsting och region kunde åtgärderna med hjälp av den aktuella processen placeras i en form av rangordning.

Det måste dock kraftigt understrykas att rangordningen av åtgärder endast fungerat som ett arbetsmaterial och inte syftat till att peka ut något åtgärdsförslag som mindre viktigt!

Denna prioriteringsprocess utfördes för att, inför det fortsatta arbetet i Samlingen, få fram ett hanterbart urval av åtgärdsområden kring vilka det finns ett brett intresse för att arbeta med i länet. Utifrån processresultatet kan en diskussion inledas kring vad som är relevanta mått, analyser och beskrivningar av förhållanden i Dalarna som ett led i att uppnå Samlingens målsättningar.

21 av dessa 102 förslag kan grupperas under Samlingens temaområde Ge alla barn en bra start i livet. För 8 av de 21 åtgärdsförslagen visades ett tydligt bredare intresse i länet, det var:

- a) Utveckla familjecentrerade arbetssätt
- b) Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet
- c) Etablera fler familjecentraler
- d) Erbjud och samordna föräldrastöd
- e) Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem
- f) Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv
- g) Värna om och utveckla befintliga hälsofrämjande arenor
- h) Säkra föräldrars arbete och försörjning för att motverka ekonomiskt utsatta barnhushåll

Dessa åtgärdsförslag kommer att ges ett större utrymme i delrapporterna än övriga förslag som redovisas helt kort. Av de 8 åtgärdsområdena här ovan kommer a-f att tas upp i denna delrapport medan de g och h tas upp i kommande delrapporter.

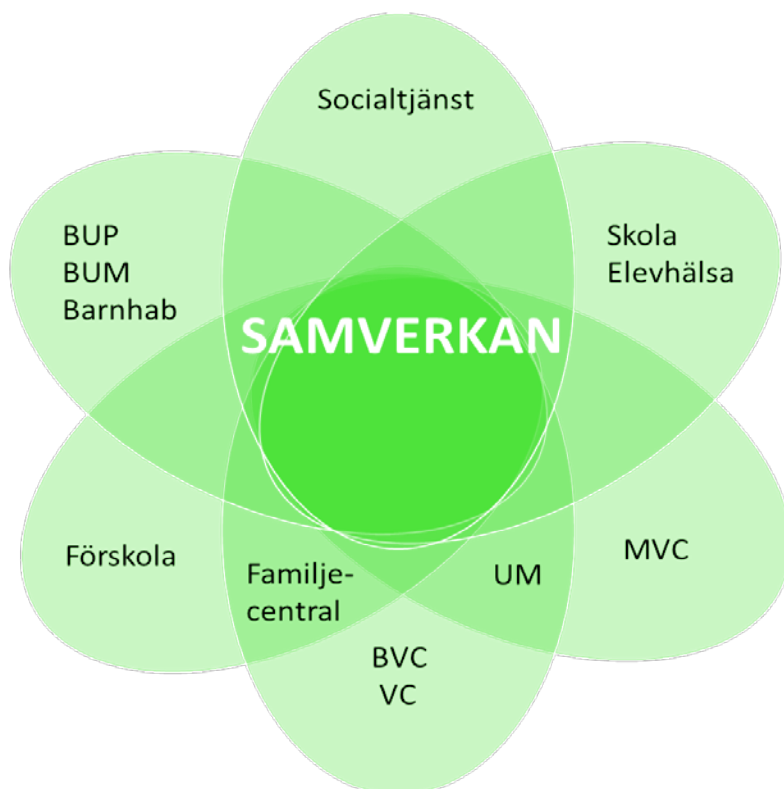
Åtgärdsområde 1

Utveckla familjecentrerade arbetssätt

Ett familjecentrerat arbetssätt tar sin utgångspunkt i hela familjen och deras levnadsvillkor i samband med insatser för barn och unga. Ett familjecentrerat arbetssätt bör tillämpas av alla verksamheter inom kommun och landsting där dessa insatser är aktuella. Målet med ett familjecentrerat arbetssätt är att förbättra uppväxtvillkoren för barn och unga genom att stärka familjen. Ett familjecentrerat arbetssätt kännetecknas även av (1):

- hälsofrämjande perspektiv där människors styrkor lyfts fram och tas tillvara.
- barnets/den unges bästa sätts i främsta rummet.
- vårdnadshavarna ses som barnets/den unges viktigaste resurser.
- det sociala nätverket runt barnet/den unge ses som viktig resurs för den unga individen.
- arbetssättet anpassas utifrån barnets/den unges mognadsgrad.
- gränsöverskridande samverkan där verksamheterna sätter barn-, ungdoms- och familjeperspektivet främst.

Barnet/den unge ses som en kompetent och resursstark individ med rätt till delaktighet och inflytande i alla beslut som rör dem, samtidigt som barnet/den unge behandlas som mer sårbar än vuxna och vid behov får tillgång till skydd och stöd.



Det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet förutsätter ett familjecentrerat arbetssätt

Barnhälsovården är en viktig del i de samhälleliga förutsättningarna för god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Barnhälsovården når så gott som alla barn och har ett stort förtroende hos länets invånare.

Barnhälso-vårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, är vägledande för arbetet inom barnhälsovården (se även sidan)

Barnhälsovården i Sverige är under stark utveckling. Sedan 2015 införs det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet (2) successivt i Dalarna. Det innehåller såväl universella insatser till alla barn och familjer samt riktade insatser till alla vid behov.

Viktiga perspektiv som lyfts fram kopplat till barnet och dess familj är: barnets hälsa, utveckling och livsvillkor, barnkonventionen, etik, jämlikhet, genus samt förändringar i samhällsutvecklingen.

Programmet tydliggör vikten av:

- att skapa hälsofrämjande möten
- att göra barn och föräldrar delaktiga
- att värdera barnets skydds- och riskfaktorer
- att arbeta i team och samverka
- att uppmärksamma och ge stöd till barn och familjer med ökade behov

Programmet har stöd i de dokument som Socialstyrelsen publicerat:

- Vägledning för barnhälsovården (Socialstyrelsen 2014)
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011)
- Samverkan för barns bästa (Socialstyrelsen 2013)
- Barn som far illa eller riskerar fara illa (Socialstyrelsen 2013)

Programmets införande dröjer i Dalarna

Det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet ökar kraven på verksamheten. I Dalarna anser Barnhälsovårdsenheten att erforderliga resurser t.ex. för ökad tidsram för sjuksköterskan på BVC, framför allt för riktade besök vid behov, hembesök vid 8 månaders ålder samt lekaudiometri (hörselundersökning) vid 4 års ålder ännu ej är tillförda verksamheten. Detta innebär att det nya BHV-programmet ännu inte införts i sin helhet i Dalarna.

Åtgärdsområde 2

Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet

Förskolan ska stimulera barns utveckling och lärande. Förskolan ska vara rolig, trygg och lärorik för alla barn. Barnen ska få möjlighet att lära och utvecklas genom att leka, skapa och utforska - på egen hand, i grupp och tillsammans med vuxna. Att ge barnen omsorg och trygghet är en viktig uppgift för förskolan. Barngrupperna ska ha en lämplig samman-sättning och storlek och barnen ska erbjudas en god miljö i förskolan. Förskolans lokaler och utrustning ska bidra till barnens utveckling och lärande. En sådan förskolemiljö är viktig för alla barn men det är de barn som lever i socioekonomiskt utsatta lägen som har den största nyttan av att förskolan håller en hög kvalitet.

Kommunerna ansvarar för att det finns förskolor och att alla barn erbjuds plats. I förskolan läggs grunden för det lärande som fortsätter resten av livet. Det ligger därför i kommunens intresse att de egna förskolorna har hög kvalitet. Barnen som går i förskolan är snart de som ska utbilda sig vidare, ta en plats på arbetsmarknaden och vara viktiga drivkrafter i utvecklingen av samhället.

Ta vara på förskolans utjämnande socio-ekonomiska effekter

Forskningen visar att när förskolan fungerar bra och bidrar till optimala lärande- och utvecklingsmöjligheter för de allra yngsta barnen gynnas deras hälsoutveckling på både kort och lång sikt (1-3) De positiva effekter som förskolan har på barns lärande har visat sig vara stabila under lång tid (4). De färdigheter som utvecklas i en gynnsam förskolemiljö underlättar därmed den utveckling som sedan skall ske i skolan. Det innebär att förskolans verksamhet kan förebygga svårigheter i skolan, i synnerhet läs- och skrivsvårigheter. Detta minskar i sin tur risken för psykiska problem som ofta ses som en följd av skolsvårigheter (5). Den största nyttan av att vistas i förskolans miljö har barn från resursfattiga familjer. Förskolan har alltså utjämnande socio-ekonomiska effekter (6) och ska därför uppfattas som en verksamhet som främjar jämlik hälsa och social hållbarhet.

Kunskapen och förståelsen för vilken betydelse förskolan kan ha för god och jämlik hälsa och ett socialt hållbart samhälle bör tas till vara såväl i den egna verksamheten som i prioriteringar och planering som görs i samhället för övrigt.

Hur ska en förskola av hög kvalitet se ut?

För att kunna bedriva en verksamhet med god kvalitet är det nödvändigt att ha kunskaper om vilka faktorer som påverkar kvaliteten i förskolan. Sådana kunskaper behövs även för att kunna ta beslut om prioriteringar

och utvecklingsinsatser utifrån barnets bästa och utifrån varje förskoleenhets behov och förutsättningar. Det är relationerna mellan olika faktorer som har betydelse för kvaliteten och inte enskilda isolerade faktorer.

Faktorer som påverkar kvaliteten är (7):

- Förskolans inne- och utemiljö är utformad med utgångspunkt i barns rättigheter och de erfarenheter, intressen, behov och åsikter som barnen på olika sätt ger uttryck för.
- Personalen har kompetens att forma en verksamhet som utgår ifrån barns rättigheter och de erfarenheter, intressen, behov och åsikter som barnen på olika sätt ger uttryck för.”
- Personaltätheten är anpassad så att det är möjligt att forma en verksamhet som utgår ifrån barns rättigheter och de erfarenheter, intressen, behov och åsikter som barnen på olika sätt ger uttryck för.
- Sammansättningen och antal barn i barngruppen är anpassad så att det är möjligt att forma en verksamhet som utgår ifrån barns rättigheter och de erfarenheter, intressen, behov och åsikter som barnen på olika sätt ger uttryck för

Förskolan och de utsatta barnen

Förskolans kvalitet är viktig för alla barn men det är de barn som lever i socioekonomiskt utsatta lägen som har den största nyttan av att förskolan håller en hög kvalitet. På gruppnivå finner man minskad kriminalitet, ökad anställningsbarhet och större social anpassning till samhället bland barn i riskzonen som får möjlighet att delta i förskolans verksamhet (8,9). Beteendeproblem i skolåldern förekommer mindre hos barn som gått i förskola. I tonåren och i ung vuxen ålder är förekomsten av kriminalitet och drogproblem halverad bland de ungdomar som gått i förskola.

Hög pedagogisk kompetens hos personalen på förskolan leder till att barn som lever i social utsatthet klarar sig bättre i sin socio-emotionella utveckling och i olika aspekter av lärande. Dessa effekter är störst hos barn med ”mellanstora” problem. Om problemen är stora får barnen mycket svårare att tillgodogöra sig personalens insatser och de gynnsamma effekterna, särskilt vad gäller barnens socio-emotionella utveckling, uteblir (10). Förskolan har alltså en viktig kompensatorisk betydelse för många utsatta barn men måste även ha ett gott samarbete med andra sociala institutioner och annan expertis.

Det är viktigt att samverka mellan förskolor, föräldrar och sociala myndigheter fungerar bra om man vill hjälpa och förebygga hälsoproblem hos utsatta barn (11). Men för att de riktade stödsatser som kan behövas ska kunna mobiliseras är det viktigt att tidigt upptäcka barn som visar tecken på psykisk ohälsa. Att man på förskolan systematiskt dokumenterar och följer upp barns utveckling är en viktig

del i detta. Förskoleverksamhetens möjligheter till detta varierar stort både mellan och inom kommuner.

För att optimera förskolans möjligheter att genomföra effektiva insatser för utsatta barn bör sammansättningen av barngrupperna kunna styras. En ojämn fördelning av utsatta barn i förskolan, missgynnar alla. Forskning visar att specifika insatser fungerar bäst när andelen barn från utsatta miljöer är under 10 procent (10,12).

Till förskolans kvalitet hör också att personalen trivs och stannar i arbetet, en aspekt med betydande värde inte minst för utsatta barn. Barn som klarar sig bäst från svåra förhållanden är de som har minst en trygg relation till vuxna utanför familjen, får hjälp med att bearbeta sina smärtsamma upplevelser och hantera sin aktuella situation så bra som möjligt, samt upplever sammanhang och kontinuitet i livet (13,14). Personal i förskolan kan med andra ord fungera som kompletterande anknytningspersoner (15).

Utsatta barn hjälps bäst när man utgår från barnens egna perspektiv på hälsa.

För att ytterligare förstå förskolans betydelse för utsatta barn är det viktigt att ta till sig barnets perspektiv. Barn förhåller sig till hälsa och väl-befinnande genom många olika upplevelser, både kroppsliga symptom, sociala aspekter som delaktighet och aktivitet och faktorer i närmiljön (16). Barns viktigaste uttryck för att de mår bra ses i deras engagemang i olika aktiviteter och situationer som förekommer i vardagen på till exempel förskolan (17). Barnets engagemang i dess egen utveckling och vardag kan sägas vara ett mått på psykisk hälsa. Denna aspekt behöver betonas då man intervenerar för att förbättra barns hälsotillstånd. Förskolor där barn får möjlighet att vara aktiva, delaktiga och engagerade i samspel med vuxna och andra barn är också de mest stimulerande lärandemiljöerna. Barnens engagemang kan i dessa sammanhang fungera som en indikator på både barnens hälsa och på förskolornas kvalitet.

Åtgärdsområde 3

Etablera fler familjecentraler

Familjecentralen är en resurs och mötesplats för familjer som väntar barn eller har barn yngre än 6 år, oftast bedrivs verksamheten genom delat huvudmannaskap mellan kommun och landsting. På en familjecentral samordnas och samlokaliseras främjande och förebyggande arbete för barn. På så sätt kan familjecentralen fungera som en ingång för att nå alla föräldrar och samtidigt erbjuda kompletterande stödformer för föräldrar som är i behov av det.

Familjecentralen är en samlokaliserad verksamhet inkluderande (1):

- Mödrahälsovård (Barnmorskemottagning)
- Barnhälsovård
- Öppen förskola
- Socialtjänstens förebyggande verksamhet

Till denna obligatoriska bas kan andra lokala aktörer knytas såsom föreningar, organisationer och myndigheter.

Landstinget Dalarna har fattat ett inriktningsbeslut (LD15/00730) att verka för att FC bör startas i alla kommuner i länet. En budgetram för verksamheten ska finnas före beslut. Policyn är en grund för framtagande av avtal mellan Landstinget Dalarna och respektive kommun och eventuell annan medverkande part.

Samverkan med andra verksamheter

Samverkan innefattar samarbete och samordning mellan olika huvudmän, verksamheter och yrkesgrupper. Formaliserad reell samverkan innebär att samordna resurser på huvudmannanivå och att samarbeta i det dagliga arbetet på verksamhetsnivå. Samordning mellan huvudmän utgör en grundläggande förutsättning för möjligheten till funktionellt samarbete i vardagen. Då den sammanhållna verksamheten inte är obligatorisk eller lagstadgad kan verksamheten som helhet eller delvis vara hotad i resurssvaga tider. Att utesluta någon av basverksamheterna på FC medför att grundtanken överges.

Ett sätt att definiera professionell samverkan är:

Samordning + Samarbete = Samverkan

Samverkansavtal

Landstinget Dalarna ansvarar för att juridiskt bärande grundavtal för FC tas fram som förhandlas mellan landsting och respektive kommun och eventuellt övriga huvudmän. Här regleras formellt mandat, resurser, samlokalisering, tid för planering och uppföljning.

Fem familjecentraler i Dalarna än så länge

Varje familjecentral är unik, i basen finns MVC, BVC, Socialtjänst och Öppen Förskola. Innehåll och form kan variera lokalt efter familjernas

behov och önskemål. Det ska vara lätt att hitta till familjecentralen och familjerna ska känna sig välkomna.

I Dalarna finns nu, sommaren 2017, fem familjecentraler. Några ytterligare är på gång att startas i år. I Bilaga 1 presenterar sig de fem familjecentralerna något närmare. I det följande avsnittet har de fem familjecentralerna gemensamma erfarenheter samlats.

Det behövs fler familjecentraler i Dalarna. Viktiga saker att tänka på när man ska starta och bedriva familjecentral – erfarenheter från Dalarnas fem familjecentraler

Det behövs fler familjecentraler i Dalarna. För att komma i gång på bra sätt är det bra att ta del av erfarenheter som man skaffat sig på andra ställen. Personalen på de fem familjecentralerna som hittills finns i Dalarna ombads skriva ned vad man ska tänka på när man startar upp och driver en familjecentral. Deras erfarenheter sammanfattas här och kan ses som en god instruktion i konsten att skapa de bästa förutsättningarna för en välfungerande samverkan.

Ledningens intresse är jätteviktigt

En förutsättning för en fungerande familjecentral är att politiker och chefer tror på verksamheten och tycker den är viktig. Det är bra att tidigt få till ett avtal där alla parter är överens om ekonomin, att avtalet upplevs rimligt för alla aktörer och att alla ges möjlighet att påverka det. Chefsgruppen behöver vara involverad i familjecentralens utveckling och målsättningar, både det som rör respektive yrkesgrupp och familjecentralen som helhet. Det sker delvis i samarbete med familjecentralens samordnare som håller ihop alla trådarna.

Samlokalisering är mycket värdefullt. Om inte alla "benen" är samlokaliserade kan det medföra att ett "ben" hamnar utanför och att samverkan försvåras. Det är också viktigt att lokalerna som används är passande för verksamheten.

Samverkan kräver tid men ger så mycket

Familjecentralens själva poäng är att vara en konkret form av samverkan. Ju bättre samverkan desto bättre fungerande familjecentral. Den främsta vinsten med samverkan kring barn och familjer är att den ökar möjligheten att tidigt upptäcka och möta barns och föräldrars behov.

För att lyckas med att starta upp och utveckla familjecentraler behöver cheferna ge de olika professionerna tid för att samverka - både när det gäller att planera, skapa relationer och få samsyn på hur verksamheten ska bedrivas. Det är bra att ha en projektledare som stöd för detta. För att lyckas med samverkan behöver personalen ha kunskap om de olika ingående verksamheterna och ha förståelse och respekt för de olika professionerna. Det är viktigt att ha en vilja att samverka och att se möjligheter till samverkan. Man behöver ha tid för att mötas både yrkesvis och alla tillsammans, både för planering, uppföljning och utvärdering. Det krävs mer av personalen både i tid och engagemang när man jobbar över gränser.

Men den nedlagda tiden och engagemanget genererar så mycket större vinster för barn och föräldrar, samt vinster av ständig fortbildning för personalen, i och med att man får lära sig av varandra. En vanlig invändning mot samverkan är att det skulle finnas risk att yrkesrollerna flyter ihop. Men tvärtom har det visat sig att yrkesrollerna

blir tydligare. Samverkan är dock en färskvara som kräver tid, lyhördhet och nyfikenhet på varandras yrkesroller.

Öppna förskolan förenar alla föräldrar

Öppna förskolan är en friskfaktor och en kanal ut i samhället och samtidigt en dörr in till olika stödinsatser. Det som förenar besökarna på öppna förskolan är just föräldraskapet, och här sker lärande möten i en trygg miljö, där lek, skapande, sång och samtal blandas. Öppna förskolan gör att familjecentralen lever, luktar och låter.

Familjecentralens utvecklingsmöjligheter när det gäller att stärka upp stödet kring barn, familjer kan utvecklas på många sätt med fler stödfunktioner som exempelvis kvinnofrid, vägledande samspelsutbildningar till föräldrar etc. Samverkan ger även möjlighet att skraddarsy lösningar för specifika behov. Det kan vara unga föräldrar, ensamstående föräldrar eller en grupp med föräldrar med barn med övervikt och fetma eller andra behov.

Vi ser det också viktigt att delta på FFFF (Föreningen för familjecentralers främjande) årskonferenser, där man kan få mycket näring till arbetet på familjecentral (2).

Hälsningar, Familjens Hus i Gagnef
Elsborgs familjecentral
Familjecentral Avesta
Familjecentralen i Hedemora
Familjecentralen VillGott i Ludvika

Dalarna, maj 2017



Läs mer om familjecentraler på www.familjecentraler.se

Åtgärdsområde 4

Erbjud och samordna föräldrastöd

Generellt kan man säga att en trygg miljö under den tidiga uppväxten ökar chansen för att det ska gå bra senare i livet. Det är framförallt föräldrarna och de närmast anhöriga som skapar de förutsättningar som ge barnet en bra start i livet och ett fortsatt gott liv. Till faktorer som främjar en bra start i livet hör (1):

- tillgång till stödjande nätverk för föräldrar och barn
- trygg anknytning mellan förälder och barn
- varma och förtroendefulla relationer mellan föräldrar och barn
- förmåga hos föräldrar att lyssna på och kommunicera med barnet
- föräldrarnas förmåga att sätta tydliga normer och förväntningar
- förmåga hos föräldrar att tillgodose barnets behov av säkerhet och stimulans.

Att vara en bra förälder är inte en självklar färdighet utan den växer fram under föräldraskapet. Olika föräldrar klarar olika saker och ingen klarar allt. Råd och stöd har i alla tider varit ett viktigt inslag i utvecklingen av ett gott föräldraskap.

Föräldrastöd och föräldrastöd

Begreppet föräldrastöd kan innebära olika typer av stöd. Viktigast är det informella stödet som ges och tas emot i de egna sociala nätverken. I Sverige finns ett grundläggande stöd och skydd i form av barnbidrag, föräldrapenning, sjukvård och förskola/skola. Stödet kan även vara ett strukturerat utbud från samhället såsom föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovården, föräldrastödsprogram och föräldrarådgivning. Behovet av stöd växlar under barnets uppväxt, beroende på barnets utveckling, händelser inom familjen och utvecklingen i samhället.

Nationell strategi för föräldrastöd

2009 antogs regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd, den uppdaterades 2013 (2). Strategin ska stimulera till lokal samverkan kring stöd och hjälp till föräldrar mellan exempelvis aktörer inom kommun, landsting, studieförbund och ideella organisationer. Alla föräldrar ska erbjudas samma möjligheter till ett stöd som bör bygga vidare på befintliga strukturer, främjar samverkan och skapar förutsättningar för föräldrar att mötas.

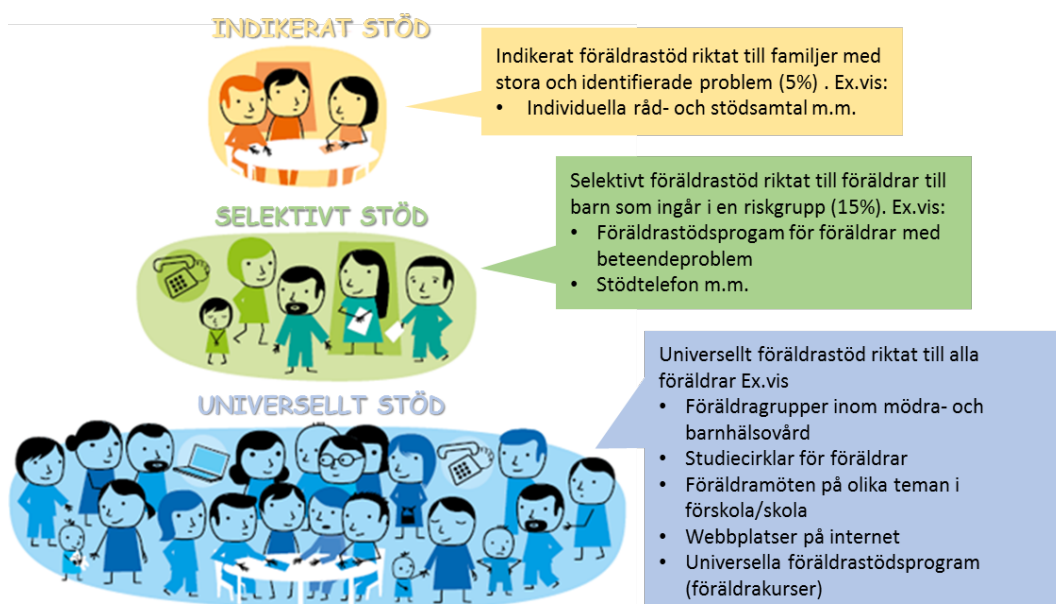
Strategin definierar föräldrastöd som "en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk".

Det övergripande målet med strategin är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd tills barnet fyller 18 år. Strategin har tre delmål.

1. ökad samverkan kring föräldrastöd mellan aktörer vars verksamhet riktar sig till föräldrar.
2. ökat antalet hälsofrämjande arenor och mötesplatser för föräldrar.
3. ökat antal föräldrastödsaktörer med utbildning i hälsofrämjande och universella, evidensbaserade föräldrastödsprogram.

Föräldrastöd på flera nivåer

De föräldrastöd som samhället erbjuder kan ges på olika nivåer, se figur 2.14. Det *universella* föräldrastödet erbjuds till alla föräldrar. Hit hör till exempel insatser som erbjuds av mödra- och barnhälsovården under graviditeten och barnets första levnadsår. Nästa nivå utgörs det *selektiva* föräldrastödet som vänder sig till föräldrar till barn som ingår i en riskgrupp – men som man inte vill peka ut. När familjer har stora och identifierade problem ges så kallat *indikerat* stöd.



Figur 2.14. Föräldrastöd av olika slag. De allra flesta föräldrar finns i pyramidens bas. Längre upp finns föräldrar som behöver särskilda insatser, och de är betydligt färre. Ett fåtal föräldrar, högst upp i pyramiden, behöver individuellt stöd.

Strukturerade föräldrastödsprogram

Många kommuner erbjuder föräldrar att delta i olika strukturerade föräldrastödsprogram, föräldrakurser, som fokuserar på samspelet mellan förälder och barn. Vanliga teman är barns och ungdomars utveckling, sätt att förena värme och gränssättning, förhållningssätt i olika situationer samt konflikthantering och problemlösning. Föräldrarna får stöd i att utveckla ett positivt samspel och en tydligare kommunikation med sina barn.

Föräldrastödsprogrammen vänder sig till föräldrar med barn i olika åldersgrupper och det vanliga är att deltagarna träffas en gång i veckan, eller varannan vecka, vid upprepade tillfällen. Grundläggande är att programmen bygger på en kognitiv teori och social inlärningsteori,

och att träffarna är strukturerade och följer en handledning eller manual. Programmen erbjuds via olika arenor, t.ex. förskolan eller skolan, familjecentralen, ideella organisationer, studieförbund och socialtjänsten.

Behov av samordning av föräldrastödet i Dalarna

I Dalarna har kommunerna kommit olika långt i arbetet med föräldrastödsprogram. En del har jobbat kontinuerligt i många år och når föräldrar med barn i olika åldrar. Andra kommuner har erbjudit utbildningar endast vissa år, när det funnits pengar. Avgörande för hur det ser ut i kommunerna är om det finns taget långsiktiga politiska beslut eller inte. De flesta kommuner har utbildningar när barnen är små. Dock saknas ofta insatser för föräldrar till tonåringar.

I kontakten med de som arbetar med föräldrastöd i kommunerna har det till Länsstyrelsen i Dalarna framkommit en rad behov av förbättringar. Det visar sig bland annat att det främst är föräldrar med högre utbildning och bra inkomst som kommer på utbildningarna. Därför vill kommunerna också bli bättre på att nå föräldrar med andra förutsättningar.

Många vill bli bättre på att nå föräldrar som ganska nyligen kommit till Sverige. Dels behöver man lösa språkfrågan samt hur man ska få dessa grupper att komma på utbildningarna och vilja stanna kvar.

En del kommuner har kommit långt i dessa och andra utmaningar och det finns många bra idéer på hur man kan lösa de utmaningar som finns. Men det skulle behövas ett mer samordnat arbete för att kunna erbjuda alla föräldrar i Dalarna ges samma förutsättningar till stöd.

Programmen fungerar och är kostnadseffektiva

Föräldrastödsprogram, riktade till föräldrar som har barn med beteendeproblem, hjälper föräldrarna att utveckla ett positivt samspel och en tydligare kommunikation med sina barn. Barnen bråkar mindre och konflikterna blir färre.

Föräldrastöd i form av föräldrastödsprogram är en lönsam satsning som betalar för sig själv efter ett år. Varje satsad krona ger i genomsnitt två kronor tillbaka. Det gäller särskilt riktade insatser men även universella insatser är kostnadseffektiva och hälsoekonomiskt motiverade.

Framgångsfaktorer för en lyckad implementering av föräldrastöd

Inom ramen för regeringens föräldrastödssatsning har man kunnat identifiera ett antal framgångsfaktorer för kommuner när det gäller att komma i gång med sitt arbete med föräldrastöd (1).

Kartlägg och marknadsför

Först och främst bör man kartlägga det befintliga föräldrastödsarbetet i kommunen och därefter komplettera stödet baserat på de behov som finns. Välj föräldrastödsinsatser med vetenskapligt stöd. Sedan måste utbudet synliggöras. Många föräldrar känner inte till vilket föräldrastöd som erbjuds, vilket gäller både inom och mellan olika kommunala förvaltningar och aktörer utanför kommunens organisation.

Satsa på mångfald, variation och tillgänglighet

Det går att nå fler föräldrar om utbudet görs så brett som möjligt. Föräldrar vill bland annat ha olika mötesplatser som bryter den isolering som en del föräldrar upplever i sitt föräldraskap. En mötesplats på förskola/skola kan vara ett alternativ. Ett annat är familjecentralen som fortfarande har stor utvecklingspotential i många kommuner.

Avsätt resurser

De kommuner som avsätter resurser, både personella och ekonomiska, för sitt föräldrastöd har visat sig ha bäst förutsättningar att lyckas. Allra bäst lyckas kommuner som anställer en person som samordnar föräldrastödet.

Ekonomiska incitament biter

Satsningar på föräldrastöd ger hälsoekonomiska och ekonomiska vinster. Se till att lyfta fram sådana beräkningar löpande i föräldrastödsarbetet för att understödja ett reellt intresse och engagemang för frågan.

Samverka

Samverkan mellan kommun, landsting och idéburna organisationer innebär att man delar varandras arenor, vilket gör det lättare att nå fler föräldrar. Alla kan bidra med något, både med formellt och informellt stöd.

Följ upp och utvärdera

Se till att arbetet går att följa upp och utvärdera på ett enkelt men systematiskt sätt.

Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem

För att kunna ge det stöd som barnfamiljer med sociala problem behöver är det angeläget att öka identifieringen av barn som far illa, som till exempel de med omsorgssvikt [17, s. 126]. Det är viktigt att förbättra det sociala skyddsnätet kring barn som lever i riskmiljöer, till exempel barn till föräldrar som missbrukar, barn till föräldrar med psykisk sjukdom och barn som lever papperslösa [19, s. 7]. För att kunna göra detta behöver samverkan mellan myndigheter och verksamheter som arbetar med utsatta barn stärkas. Det är också viktigt att prioritera förebyggande arbete mot våld och sexuella övergrepp på barn [17, s. 126].

Det pågår utvecklingsinsatser på detta tema på många håll i landet. Nedan följer en avrapportering från ett projekt i Dalarna och ett i Stockholm som talar för systematiska samverkansinsatser för att öka möjligheterna till tidiga insatser såväl universella som riktade.

Dalarnas Barnhälsovård: ”Utveckla ökad samverkan kring tidiga insatser för små barn i risk att utveckla ohälsa i Dalarna” (1)

Barn påverkas starkt av sin omgivning. Detta tillsammans med barns ökade sårbarhet gör att det är viktigt med tidiga insatser när barn befinner sig i risk att utveckla ohälsa. Med tidiga insatser avses här, insatser såväl tidigt i förloppet som tidigt i ålder. Alla faktorer som kan ha betydelse för barnets hälsa är av vikt och bör vägas in genom att uppmärksamma barnet i sin familj och att ge stöd till föräldrar i deras föräldraskap.

För att nå framgång med ett förebyggande arbete av detta slag är en välfungerande samverkan av största betydelse. Det handlar om en samverkan med tydlig styrning, struktur och samsyn på alla nivåer. Det finns behov av organiserade och samordnade verksamheter där landsting, socialtjänst, förskola samverkar och som är lättillgänglig och jämlik för barn och familjer. Här kan landstingets gemensamma resurser nyttjas bättre och därmed ges möjlighet att barn och familj får rätt stöd och insatser. För att ytterligare kartlägga förskolebarnens hälsa kan föräldraenkäter/validerade frågeformulär komma att användas.

Barnhälsovården i Dalarna har utrett hur en struktur för samverkan för tidiga insatser för barn 0 - 5 år i risk att utveckla ohälsa kan se ut (3). Utredningen visar att det finns en god grund att åstadkomma ett ökat och effektivt samarbete/samverkan inte minst mellan landstingets verksamheter men det är nödvändigt att verksamheten organiseras och samordnas enligt ESSENCE-begreppet och blir lättillgänglig och jämlik för barn och familj.

Dessutom behövs samverkan med socialtjänst, förskola och övriga kommunala verksamheter liksom med ”vuxenkliniker” inom landstinget.

Utredningen har identifierat behov av samverkan på tre nivåer som också är utredningens förslag till fortsatt arbete i Dalarna i allmänhet och hos landstinget Dalarna i synnerhet. Att genomföra förslaget bör, enligt utredningen, ses som en omfördelning av resurser då dessa barn redan finns i landstingets och kommunernas respektive verksamheter och efterfrågas i allt större omfattning av föräldrar, barnhälsovård och förskola.

Nivå 1. Familjecentralen

Familjecentralen består av barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst och erbjuder en grundnivå av generella insatser till alla barn och familjer enligt nationella BHV-programmet. På en familjecentral finns även ett riktat stöd och vid behov kan utredning initieras både på grupp- och individnivå. För att befintliga och kommande familjecentraler i länets olika kommuner ska kunna förbättra, samordna och utveckla sitt speciella arbetssätt med gemensamma mål och uppföljning ser Barnhälsovården i Dalarna ett behov av samordnare på övergripande nivå för landstingets verksamheter, BHV och MHV. Varje familjecentral ska dessutom alltid ha en samordnare för den gemensamma verksamheten på lokal nivå. Antalet familjecentraler i Dalarna behöver bli fler.

Nivå 2. Special-BVC

Special-BVC finns ännu inte i Dalarna. Här möts det enskilda barnet och familjen som behöver stöd och åtgärder enligt ESSENCE-begreppet. Det är barn som har/finns i problem av olika art men som ännu är svåra att tydligt kategorisera/diagnostisera. I teamet ingår barnläkare, BHV-sjuksköterska och BHV-psykolog. Teamet förstärks vid behov med logoped, sjukgymnast, dietist, arbetsterapeut för stöd, utredning och eventuella åtgärder. Teamet verkar på lokal/kommunal nivå i samverkan med barn och familj, förskola och vid behov socialtjänst. Special-BVC och BUPs familjeenhet bör ha ett nära samarbete.

Nivå 3. Barnhälsoteam

Barnhälsoteam innehåller representanter från barnhälsovården och specialistverksamheterna BUP, BUH, BUM, logopedi, förskola för de barn som behöver remitteras vidare. Konsultationen resulterar i en samordnad individuell vårdplan, s.k. SIP, vid behov även i samverkan med socialtjänst. Ett barnhälsoteam är igång i Orsa och ett pilotprojekt har startat 2017 på Familjecentralen VillGott i Ludvika. Idag finns ett behov av kompetensutveckling på övergripande nivå för landstingets personal i arbetet med SIP.

Föräldrastöd i förskolan. Ett fjärde område för värdefull samverkan sker mellan barnhälsovården och kommunen för barn som börjat förskolan.

Aktuell kunskapsutveckling:

Utökad hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst (2)

I Rinkeby-Kista stadsdel i Stockholms stad kan en stor andel av barnen sägas växa upp i riskmiljöer. Bland den vuxna befolkningen finns många nyanlända flyktingar, en högre andel med långvarig begränsande sjukdom och en stor andel har svårt att komma in i det svenska arbetslivet. Många omfattas därför inte av socialförsäkringarna. Enligt socialtjänstens statistik är våld i familjen det enskilt vanligaste skälet i anmälningarna till socialtjänsten om barn som far illa. I områden med hög andel barn i riskmiljöer krävs därför ett utökad program för att barnhälsovården ska kunna utföra planerat hälsoarbete.

Folkhälsomyndigheten bekostade för åren 2013-2015 ett utökad barnhälsovårdsprogram i Rinkeby-Kista stadsdel där BVC-sköterska tillsammans med föräldrarådgivare från socialtjänsten erbjöd nyblivna förstagångsföräldrar i Rinkeby sex hembesök under barnets första 15 månader istället för ett ordinarie hembesök av BVC-sjuksköterska vilket är det vanliga i det svenska barnhälsovårdsprogrammet.

Syftet med det utökade barnhälsovårdsprogrammet var att förbättra förutsättningarna för god psykisk hälsa bland barn som växer upp i riskmiljö genom att tidigt erbjuda stödjande insatser till förstagångs-föräldrar. Motsvarande grupp vid Husby BVC utgjorde kontrollgrupp. Såväl interventionsgrupp som kontrollgrupp har i övrigt följt barnhälso-vårdens basprogram.

Programmet är ett exempel på hur man kan arbeta för vård på lika villkor och nå de som har störst behov. Programmet stöder sig också på de senaste vetenskapliga rönen om vilka insatser som kan förbättra barns hälsa och utveckling.

Internationella studier av utökade hembesök har visat att det ger positiva effekter på barns psykiska och fysiska hälsa, på kort sikt och på lång sikt, minskad konsumtion av akutsjukvård, längre skolgång bland barnen, ökad känsla att bemästra föräldrarollen samt minskat socialbidrags-beroende bland mödrar. Det nya i Rinkeby är att även socialtjänstens föräldrarådgivare ingår i insatsen vilket inte tidigare utvärderats vetenskapligt.

Preliminära erfarenheterna är positiva.

Bland föräldrar ses indikationer på positiva effekter: flera deltagande föräldrar vittnar om ökad självförtroende som förälder, flera tar sina barn till öppen förskola, flera mammor har lärt sig svenska och ökat sin kontakt med omgivande samhälle.

De utökade hembesöken som görs gemensamt av BVC-sköterska och föräldrarådgivare innebär en breddad kompetens och ger tid att bygga relationer och förtroende mellan föräldrar och myndighetspersoner. Socialtjänstens föräldrarådgivare kan på ett tidigt stadium skapa kontakt med föräldrar, vilket kan avdramatisera eventuella senare kontakter. Vidare ges möjlighet att i hembesöken innebär även en orientering för föräldrarna om vilka möjligheter till stöd som finns i samhället i deras nya roll som föräldrar.

Täckningsgraden på MPR-vaccination har ökat från 71,5 procent 2012 till 86,2 procent 2016. Det ses också en minskande trend i besök till akutmottagningar och inläggningar på sjukhus bland barn ett till två år i Rinkeby, till skillnad från kontrollområdena.

Rimlig insats till rimlig kostnad

Extrakostnaden som det utökade hembesöksprogrammet innebär för hälso- och sjukvården är cirka 4000 kronor per barn, motsvarande cirka 10 timmar för en BVC-sjuksköterska.

Insatsen svarar mot det behov många förstagångsföräldrar upplever och innebär att de kunskaper och insikter föräldrarna gör också kommer andra barn i familjen tillgodo. Medverkande personal upplever att arbetssättet ökar deras möjligheter att göra en bra insats för föräldrarna. Fördjupade analyser av insamlat material kommer att avrapporteras i vetenskapliga tidskrifter och resultaten kommer att återföras till beslutsfattare.

Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv

Att växa upp i ekonomisk utsatthet får inte enbart materiella konsekvenser utan påverkar barns möjligheter inom en rad olika områden, inte minst socialt där bristen på pengar kan leda till utanförskap. Det finns samband mellan ekonomisk utsatthet och svagare skolprestation, samt risk för missbruk och kriminalitet i vuxenlivet. Dessutom löper ekonomiskt utsatta barn högre risk att avlida under barndomen eller skrivs in på sjukhus till följd av psykisk ohälsa jämfört med barn som inte är ekonomiskt utsatta. Barn som växer upp i familjer som får ekonomiskt bistånd har även svårare att etablera sig på arbetsmarknaden som vuxna och löper tre gånger så hög risk att själv behöva bistånd för att klara sin försörjning. Utbildning anses som en nyckel ut ur fattigdom, men barn från ekonomiskt utsatta familjer tenderar att avbryta sina gymnasiestudier i förtid, ofta till förmån för arbete. Barns sårbarhet vid ekonomisk utsatthet kräver således särskilda hänsyn och kompetens kring barnperspektivet vid handläggning av ekonomiskt bistånd till barnfamiljer.

Lätt att missa barnets perspektiv

År 2003 publicerade Länsstyrelsen och Socialstyrelsen en gemensam rapport [14] i syfte att konkretisera barnperspektiv vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Flera punkter pekades ut som viktiga, till exempel att i riktlinjer ange hur barnperspektivet ska tillgodoses och följas upp; att genom delegation ge handläggare möjlighet att bevilja högre bistånds-nivåer för barnfamiljer; att utveckla kompetens och metoder för att arbeta med barnperspektiv. Man rekommenderade vidare att barns behov och situation ska uppmärksammas i handläggningen, att man bör tala med barn vid behovsbedömning och att man utgår från ett helhetsperspektiv i bedömningen av barns bästa. Särskild vikt skulle fästas vid frågor gällande barns boende, umgänge med föräldrar, hälsa, fritid samt ungdomars ferieinkomster.

Trots att vikten av att ha ett barnperspektiv är uppmärksammat har flera undersökningar visat att ett barnperspektiv ofta saknas när det blir aktuellt för handläggning av ekonomiskt bistånd till barnfamiljer. Barn blir ofta osynliga i ärendena, det saknades beskrivningar av barns situation liksom resonemang kring hur beslut kan påverka barn. Bedömningar och beslut grundar sig dessutom ofta på schabloner och inte på de individuella behov som familjen har. Därför gav regeringen ett uppdrag till Socialstyrelsen att studera tillämpandet av barnperspektiv samt att föreslå åtgärder för hur det kan förstärkas vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Resultatet redovisades 2015 i rapporten *Beaktande av barnperspektiv vid handläggning av ekonomiskt bistånd – en fallstudie av tre socialförvaltningar (2)*.

Barnperspektivet kan stärkas med ett barnrättsperspektiv

Att barnperspektivet inte har fått större genomslag inom ekonomiskt bistånd kan bland annat bero på att begreppet kan definieras på olika sätt och att målet med barnperspektivet ännu är otydligt. Det är oklart vad som ingår i begreppet när det används inom ekonomiskt bistånd och bristen på en enhetlig definition gör det svårt att jämföra olika resultat.

Som alternativ till barnperspektiv börjar allt fler använda sig av ett barnrättsperspektiv vilket även förordas av Barnombudsmannen. Barnrättsperspektivet utgår ifrån barnkonventionen om barns och ungas rättigheter (3). Sverige ratificerade barnkonventionen 1990, som ett av de första länderna. Att ett land har ratificerat en konvention innebär att det har bundit sig folkrättsligt till att förverkliga den i hela samhället.

För att bedöma om ett beslut är förenligt med ett barnrättsperspektiv utgår man från de fyra huvudprinciperna som säger:

- att alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras.
- att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet
- att alla barn har rätt till liv och utveckling samt
- att alla barn har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne.

I praktiken innebär detta bland annat att:

- Barn har rätt att bli hörda i frågor som rör dem.
- Barn har rätt till en egen identitet, att bilda och fritt uttrycka egna åsikter.
- Varje barn ska skyddas mot alla former av utnyttjande, övergrepp och diskriminering.
- Barn har rätt att träffa båda sina föräldrar, om det är möjligt och det är bra för barnet.
- Barn har rätt till bästa möjliga hälsa och sjukvård.
- Barn har rätt att ta del av och sprida information.
- Barn har rätt till utbildning, men också till vila och fritid.

Hur stor betydelse barnets åsikter ska ha bedöms utifrån barnets ålder och mognad. Det finns också olika synsätt på vilken betydelse man ska fästa vid barns åsikter som alla sägs vara i enlighet med principen om barnets bästa. Även om en övergång till ett barnrättsperspektiv inte löser problemet med att bedöma barns bästa, så är begreppet tydligare än barnperspektivet då det är definierat genom barnkonventionens huvudprinciper. Att övergå till att använda begreppet barnrättsperspektiv kan därför vara ett steg mot ett stärkt barnperspektiv inom ekonomiskt bistånd.

Socialstyrelsens förslag för att stärka barnperspektivet i handläggningen av ekonomiskt bistånd till barnfamiljer

- Övergå till att använda begreppet barnrättsperspektiv istället för barnperspektiv. Barnrättsperspektivet utgör ett tydligare begrepp som definieras av barnkonventionens huvudprinciper. Det betonar barnets rätt att fritt uttrycka sina åsikter i frågor som rör barnet, och att barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad.
- Det är vanligt att handläggare inte samtalar med eller om barnet inför beslut. När en ansökan som rör barn inkommer är det viktigt att handläggare undersöker barnets situation genom samtal med föräldrarna eller med barnet själv. Därigenom ges bättre utgångspunkter för beslut som grundar sig på barns faktiska behov.
- För att säkerställa likabehandling vid bedömning av barns bästa behövs ett fortsatt arbete med att utveckla och utvärdera stöddokument (manual och checklista) för barnrättsperspektivet vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Den metod som användes i studien indikerade att standardiserade bedömningsmetoder och checklistor kan öka förutsättningen för beslut som tillgodoser barnets behov, men metoden behöver vidareutvecklas.
- Vid beslut som rör barn hänvisades ofta till att "barnperspektivet har beaktats". Detta är dock otillräckligt för att bedöma vilka förslag till lösningar som har diskuterats och hur dessa har vägts mot varandra i en beslutssituation. Vid ansökningar om bistånd riktade till barn behövs därför tydliga argument för beslut om bifall eller avslag.

Referenser

Om samlingen

1. Livslängd och dödlighet i olika grupper. Demografisk rapport 2016:2. Statistiska centralbyrån 2016.
2. Gör jämlikt - gör skillnad: samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2013
3. Samling för social hållbarhet – handlingsprogram för jämlik hälsa i hela Västra Götaland. Göteborg: Västra Götalandsregionen, 2010.
4. Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö Stad 2013.
5. Fair Society, Healthy Lives – Marmot-rapporten: Indikatorer för att bedöma resultatförbättringar avseende genomförandet av rekommendationerna i rapporten. Malmö stad och Sveriges kommuner och landsting 2012.
6. Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review. London: UCL Institute of Health Equity, 2010
7. Östgötakommissionen för folkhälsa - underlag till rekommendationerna. Östgötakommissionen för folkhälsa, 2014. (Finns nu som slutrapport)
8. Rapport 2014: Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Göteborgs stad, 2014.

Om jämlik hälsa

1. Livslängd och dödlighet i olika grupper. Demografisk rapport 2016:2. Statistiska centralbyrån 2016.
2. Hälsa på lika villkor Dalarna 2014. Landstinget Dalarna 2014.
3. Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten 2016.
4. Abrahamsson, H. Vår tids stora samhällsomdaning - Politiskt ledarskap, social hållbarhet och medskapande medborgardialog – en introducerande forskningsessä. SKL och Kairos. Mistra Urban Futures. Göteborg 2015.
5. Stigendal, M & Östergren, P-Of (red). Malmös väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö 2013.
6. SOU 2017:47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm 2017
7. Our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development. WHO 1987.
8. Hallberg, J. Ställ om för framgång – med hälsofrämjande processer som drivkraft för miljömål och hållbar utveckling. RUS och Landstinget Dalarna 2017.
9. Europa 2020 i korthet. Europeiska kommissionen 2015.
<http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/>
10. Lichbach, M.I. An Evaluation of 'Does Economic Inequality Breed Political Conflict?' Studies. World Politics (1989) 41 (4): 431–70.
11. Hallin P-O. Sociala risker – ett hot mot samhället? MSB 22 april 2015. Urbana studier, Malmö högskola.
12. SOU 2016:55. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm 2016.
13. Lundberg, O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. Social Science & Medicine (1993) 26(8): 1047–1052.
14. Johansson, S. Mot en teori för social rapportering. Institutet för social forskning. Stockholm 1979.
15. Johansson, S. Om Levnadsnivåundersökningen. Allmänna förlaget. Stockholm 1970.
16. Cockerham, W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. Journal of health and social behavior (2005) 46: 51–67.
17. Abel, T., & Frohlich, K. L.Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. Social Science & Medicine (2012) 74: 236–244.
18. Freese, J., & Lutfey, K. Fundamental Causality: Challenges of an Animating Concept for Medical Sociology, I A. Pescosolido et al. (red.), Handbook of the

- Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century, Springer: Handbooks of Sociology and Social Research, 2011.
19. Shah, A. K., Mullainathan, S., & Shafir, E. Some Consequences of Having Too Little. *Science* (2012), 338: 682–685.
 20. Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. Poverty Impedes Cognitive Function. *Science* (2013) 341: 976–980.
 21. Dahlgren & Whitehead, 1991.
 22. Winroth, J. Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik. 2014
 23. Bauer, G et al. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot. Int.* (2006) 21(2):153-159.
 24. Mötesplats för social hållbarhet. Folkhälsomyndigheten.
www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/
 25. WHO, CSDH (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
 26. Governance for health in the 21st century, WHO 2012.
 27. Suhrcke, M, McKee, M, Sauto Arce, R, Tsovala, S. & Mortensen, J. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General 2005
 28. Era Dabla-Norris, Kalpana Kochhar, Nujin Suphaphiphat, Frantisek Ricka, Evridiki Tsounta. Causes and Consequences of Income Inequality: A Global Perspective, IMF 2015.
 29. Cingano, F. Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth. OECD Social, employment and migration working papers No.163. OECD 2014.
www.oecd.org/els/workingpapers
 30. The Growth Report. Strategies for Sustained Growth and Inclusive Development. Commission on Growth and Development. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC 2008.
 31. Kanbur, R & Spence, M (red). Equity and Growth in a Globalizing World. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC 2010.
 32. Rapport 2014: Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Göteborgs stad, 2014.

Ge alla barn en bra start i livet

1. Barker, D. The rise and fall of western disease. *Nature*, 1989; 338:371–372.
2. Barker, D. The Foetal and infant Origins of Inequalities in Health in Britain. *Journal of Public Health Medicine*, 1991; 13: 64-8.
3. Mackenbach, J., Meerding, J. & Knust, A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Luxembourg: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. Erasmus MC, Department of Public Health, 2007.
4. Gluckman, P., & Hanson, M. (red.) Developmental origins of health and disease. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
5. Cunha, F., & Heckman, J. J. The Technology of Skill Formation. *Pittsburgh, US: American Economic Review*, 2007, 97(2): 31–47.
6. Carey, N. The epigenetics revolution: how modern biology is rewriting our understanding of genetics, disease and inheritance. London: Icon Books Ltd, 2011.
7. Meloni, M. The social brain meets the reactive genome: neuroscience, epigenetics and the new social biology. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2014, 8: 309.
8. Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278(10): 823–832.
9. Stewart-Brown, S. Improving parenting: The why and the how. *Archives of Disease in Childhood*, 2008, 93(2): 102–104.
10. Bremberg, S. Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd. Statens folkhälsoinstitut, 2004.

11. Backett-Milburn, K., Cunningham-Burley, S., & Davis, J. Contrasting lives, contrasting views? Understandings of health inequalities from children in differing social circumstances. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(4), 613–623.
12. Rhoades, K. A. Children's responses to interparental conflict: A meta-analysis of their associations with child adjustment. *Child Development*, 2008, 79(6): 1942–1956.
13. Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: Systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, 2009, 194(5): 392–398.
14. Sundell, & Foster. En grund för att växa: Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn. Forsknings- och utvecklingsenheten, Stockholms Stadsledningskontor. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, 2005.

Ekonomisk utsatthet försvårar barns uppväxt

1. Barker, D. (1991). The Foetal and infant Origins of Inequalities in Health in Britain. *Journal of Public Health Medicine*, 13: 64-8.
2. Barker, D. (ed). (1992). The fetal and infant origins of adult disease. London: BMJ Publications.
3. Hackman, D. A., Farah, M. J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences* 2009, 13(2): 65–73.
4. Socialstyrelsen (2013). Ekonomisk utsatthet och välfärd bland barn och deras familjer 1968- 2010: Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen
5. Försäkringskassan: Svar på regeringsuppdrag (2013). Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken. Stockholm: Försäkringskassan.
6. OECD (2008). Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. OECD Publishing
7. Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen.
8. Socialstyrelsen (2010). Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen.
9. Köhler, M. (2012). Barn i Malmö - skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
10. Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). Den orättvisa hälsan: Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. (M. Rostila, & S. Toivanen, Red.) Stockholm: Liber.
11. Statens folkhälsoinstitut (2011). Social health inequalities in Swedish children and adolescents – A systematic review. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
12. Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Gör jämlikt - gör skillnad: samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
13. Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2013). Malmöns väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Malmö Stad.
14. Harju, A. (2008). Barns vardag med knapp ekonomi: En studie om barns erfarenheter och strategier. *Vårdvetenskap och socialt arbete*. Växjö: Växjö University Press.
15. Rädda Barnen (2015). Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2015. Stockholm: Rädda Barnen.
16. Rädda Barnen (2013). Barnfattigdom i Sverige, årsrapport 2013. Stockholm: Rädda Barnen.
17. Statens folkhälsoinstitut (2013). Barn och unga 2013 - utveckling av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
18. Barnombudsmannen (2014). En god levnadsstandard. Stockholm: Barnombudsmannen.

Karies i tidig barndom

1. Karies bland barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2015. Socialstyrelsen 2017.
2. Grindefjord M, Dahllof G, Modeer T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. *Caries Research*. 1995;29(6):449–54.

3. Alm A, Wendt LK, Koch G. Dental treatment of the primary dentition in 7–12 year-old Swedish children in relation to caries experience at 6 years of age. *Swedish Dental Journal*. 2004;28(2):61–6.
4. Loesche W. Dental caries and periodontitis: contrasting two infections that have medical implications. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2007 Jun;21(2):471–502.
5. Nicolau B, Marcenes W, Allison P, Sheiham A. The life course approach: explaining the association between height and dental caries in Brazilian adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005 Apr;33(2):93–8.
6. The World Oral Health Report. World Health Organization. Geneva: 2003.
7. Ford PJ, Yamazaki K, Seymour GJ. Cardiovascular and oral disease interactions: what is the evidence? *Primary Dental Care*. 2007 Apr;14(2):59–66.
8. Joshipura KJ, Pitiphat W, Hung HC, Willett WC, Colditz GA, Douglass CW. Pulpal inflammation and incidence of coronary heart disease. *Journal of Endodontics*. 2006 Feb;32(2):99–103.
9. Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. *British Medical Journal*. 1990;301(6761):1111.
10. Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2004.
11. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. A life course approach to assessing causes of dental caries experience: the relationship between biological, behavioural, socio-economic and psychological conditions and caries in adolescents. *Caries Research*. 2003 Sep-Oct;37(5):319–26.
12. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*. 2002 Nov 23;360(9346):1640–5.
13. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental Caries. *Lancet*. 2007 Jan 6;369(9555):51–9.
14. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of American Medical Association JAMA*. 2009 Jun 3;301(21):2252–9.
15. Raadal M, Espelid I, Crossner C-G. [Karies hos barn och ungdomar; Icke-operativ terapi jämfört med operativ](#). *Tandläkartidningen* 2011; nr 1:64-72
16. Strategi för hälsa. SKL 2017. www.skl.se/halsasjukvard/strategiforhalsa
17. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2010 Jan;68(1):34–42.
18. Wigen TI, Skaret E, Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2009 Nov;19(6):431–7.
19. Edelstein BL. The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health*. 2006;6 Suppl 1:2.
20. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen, maj 2013.

Amning

1. Betydelsen av tidig amning för infektionsskydd Sven-Arne Silfverdahl, Lars-Åke Hansson *Barnläkaren* 4 2013
2. Horta BL, Bahl R, Martines JC, et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. WHO 2007.
3. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. [Review]. 2007(153):1-186.
4. Kramer, MS, Kakuma, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. (review), 2009.
5. Har sociodemografin betydelse för amningsfrekvensen? Socialstyrelsen, 2014.
6. Wallby, T. Lika för alla? : Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling. Uppsala universitet 2012.

7. Bartick M & Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. PEDIATRICS Volume 125, Number 5, 2010

Rökvanor bland småbarnsföräldrar

1. Miljöhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
2. Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2014. Socialstyrelsen, 2016.
3. Socialstyrelsen. Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2011. Stockholm Socialstyrelsen, 2013
4. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Stockholm Socialstyrelsen; 2014.
5. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2004;4: CD001055.

Utveckla familjecentrerade arbetssätt

1. Familjecentrerat arbetssätt, Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet. www.samverkanstorget.se/sv/Kommun-och-sjukvard---samverkan-i-Goteborgsomradet/Organisation/Temagrupper/Barn-och-unga/Familjecentrerat-arbetssatt/
2. Barnhälsovårdsprogrammet, Barnhälsovård. Rikshandboken, www.rikshandboken-bhv.se

Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet

1. Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T., Sorhaindo, A., & Hammond, C. What are the effects of education on health? I OECD (Red.), *Measuring the effect of education of health and civic engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium* (ss. 171-353). OECD, 2006.
2. Irwin, L., Siddiqi, A., & Hertzman, C. *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health* Geneva: WHO, 2007.
3. Kuh, D., Power, C., Blane, D., & Bartley, M. Social pathways between childhood and adult health. I D. Kuh & Y. Ben-Shlomo (Red.), *A life course approach to chronic disease epidemiology* (s 169-198). Oxford: Oxford University Press, 1997.
4. Statens Folkhälsoinstitut. *Child Day Care Center or Home Care for Children 12-20 Months of Age – What is Best for the Child? A Systematic Literature Review*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut, 2009.
5. Gustafsson, J.-E., Westling-Allodi, M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., et al. *School, learning and mental health: A systematic review*. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien, 2010.
6. Havnes, T., & Mogstad, M. Is Universal Child Care Leveling the Playing Field? Evidence from Non-Linear Difference-in-Differences. *IZA Discussion Paper, 4978*, 2010.
7. Faktorer som påverkar kvaliteten i förskolan. Skolverket, 2016. www.skolverket.se/skolformer/forskola/kvalitet-i-forskolan/faktorer-som-paverkar-kvaliteten-1.226734
8. Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., & Nores, M. Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through age 40. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation, 2004.
9. Barnett, W. & Belfield, C. Early Childhood Development and Social Mobility. The future of children. Journal Issue: *Opportunity in America*, 2006, Vol 16, No 2.
10. Jensen, B., Holm, A., Allerup, P., & Kragh, A. *Effekter af indsatser for socialt udsatte børn i daginstitutioner (HPA-projektet)* København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag, 2009.

11. SOU 2010:95. *Se, tolka, agera – allas rätt till en likvärdig utbildning. Slutbetänkande från Utredningen om utsatta barn i skolan.* Stockholm: Fritzes, 2010.
12. Jespersen, C. Socialt udsatte børn i dagtilbud. *Socialforskningsinstituttet, 06:21, København, 2006.*
13. Cederblad, M. *Från barndom till vuxenliv. En översikt av longitudinell forskning.* Stockholm: Socialstyrelsen, 2003
14. Kihlbom, M. *Små barn i förskolan. I: Hindberg, B. Se till mig som liten är. Hälsa, utveckling och kvalitet i förskolan.* Allmänna Barnhusets konferens 3–5 november 2003, Stockholm
15. Hagström, B. *Kompletterande anknytningsperson på förskola.* Akademisk avhandling. Malmö: Lärarutbildningen, 2010.
16. Almqvist, L., Hellnäs, P., Stefansson, M. & Granlund, M. 'I can play!' Young children's perception of health. *Pediatric rehabilitation, 2006, Vol 9, No 3, s 275-284.*
17. Almqvist, L. *Childrens´ health and developmental delay: Positive functioning in every-day life.* Akademisk avhandling. Örebro studies in psychology, 2006.

Erbjud och samordna föräldrastöd

1. Föräldrar spelar roll. Vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete. Folkhälsomyndigheten, 2014.
2. En vinst för alla. Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd. Regeringskansliet, 2013.

Etablera fler familjecentraler

1. Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt. Socialstyrelsen, 2008.
2. Föreningen för familjecentralers främjande. www.familjecentraler.se/

Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem

1. Samverkan i Landstinget Dalarna för tidiga insatser för barn 0 - 5 år i risk att utveckla ohälsa. En projektrapport från Barnhälsovårdsenheten, Landstinget Dalarna, 2016.
2. Mattila A, Lindberg L, Burström K, Kulane A, Burström B. Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport utvärdering 2017. Stockholm: Karolinska Institutet, 2017.

Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv

1. Socialstyrelsen, Länsstyrelserna. Barnperspektiv vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Stockholm; 2003.
2. Beaktande av barnperspektiv vid handläggning av ekonomiskt bistånd. En fallstudie av tre socialförvaltningar. Socialstyrelsen, 2015.
3. FN:s konvention om barnets rättigheter New York den 20 november 1989 www.unicef.se/barnkonventionen

Bilaga 1 - Dalarnas fem familjecentraler

(maj 2017)

Familjens Hus i Gagnef

Familjens Hus i Mockfjärd är en familjecentral, en mötesplats för familjer i Gagnefs kommun. Mockfjärd ligger mitt i kommunen, som har ca.10 000 invånare. Familjens hus ligger på samma gård som Mockfjärdskolan F-årsk.9, förskola, bibliotek, särskola, SFI, sporthall, vilket vi upplever som en klar fördel. Verksamheten inrymmer Öppen förskola, Barnmorskemottagning, Barnhälsovård, Familjeteamet, som är socialtjänstens öppna verksamhet, samt Famnen som är 1a linjens samtalsmottagning för barn och ungdomar. Här samarbetar barnmorska, BHV-sjuksköterska, läkare, psykolog, familjebehandlare, förskollärare, logoped och specialpedagog.



Familjens Hus i Gagnef

En lågtröskelverksamhet

Eftersom vi är samlokaliserade, och de olika professionerna i huset blir kända ansikte för de som besöker Familjens hus, blir också steget betydligt lättare när det gäller att nå den man behöver kontakta, och få till möten snabbt, en så kallad "lågtröskelverksamhet". Vi kan också samordna besök i olika delar av huset allt för att minska stress hos föräldrar. Vi provade från början att samarbeta utan att vara samlokaliserade, det gick en kort period, sen rann det ut i sanden, så samlokalisering är jätteviktigt.

Alla verksamheter som ingår i familjecentralen samverkar bl.a. i föräldrastödet. Detta innebär att vi har gemensamma träffar för föräldrar (föräldragrupp) före förlossning (i första hand förstagångsföräldrar) samt temacaféer efter förlossningen (första året i barnets liv).

Gruppledarna består av ett "trygghetsteam" med personal från olika professioner, som följer gruppen under föräldragruppens första år. Teman som avhandlas i föräldragrupporna rör förlossningsförberedelse, amning, anknytning, parrelationen, förebyggande barnolycksfall och sjukdomar, kostråd/matsituation, vägledning/gränssättning, sömn, språkutveckling. Andra teman: exempel hjärt-lungräddning för barn samt data/ mobil- hur man ska förhålla sig som förälder har vi ibland som extra teman.

Tidiga kontakter när hjälp behövs

I och med att de flesta professioner från familjens hus finns med i föräldrastödsarbetet så lär de blivande/och nyblivna föräldrarna känna personalen och vet var de ska söka sig om de vill ha råd och stöd i föräldrarollen eller behov av hjälp med andra svårigheter i familjen. Det har visat sig att många föräldrar med något problem har fått hjälp i ett tidigt skede, och vi ser att detta är en typ av förebyggande arbete som är väldigt effektivt. En styrka är också att föräldragrupperna träffas i öppna förskolans lokaler så öppna förskolan blir en känd plats redan när barnet ligger i magen. De övriga professionerna i huset kommer också ofta in till öppna förskolan, vilket gör att de blir kända och naturliga att ha kontakt med.

20 års erfarenhet

Vi har byggt upp vår familjecentral under en period av drygt 20 år, och vi ser att det finns stora utvecklingsmöjligheter hela tiden. "Våga prova" och "vad kan jag göra" är våra ledord.

En annan styrka Familjens hus i Gagnef har, är att vi har en logoped. Hon finns här en dag i veckan och i och med det kan barn med språkproblem få lättillgänglig hjälp. Barn med språkproblem kan

ibland också bära på andra svårigheter som är viktigt att få hjälp med tidigt. Att ha en logoped på en familjecentral underlättar för dessa familjer.

Biblioteket är en nära samarbetspartner. Bibliotekarie kommer ofta in på öppna förskolan för att ge bokinspiration till föräldrar och barn. Hon förser också väntrummet med musik i form av barnskivor som också finns att låna på biblioteket. Vi har också regelbundet samarbete med flyktingsamordnare, förskolechefer, och andra aktörer. På Familjens hus finns möjlighet att gå på ABC (en föräldrautbildning: Alla Barn i Centrum) Den utbildningen vänder sig till föräldrar som har barn mellan 3 och 12 år.

Vi är extra glada över att en stor majoritet av föräldrarna upplever att Familjens hus fungerar som en social mötesplats. Den sociala gemenskap som vi skapar tillsammans med föräldrar och barn är viktig för allas välbefinnande och psykiska hälsa.

Kontakt

Barbro Brask, samordnare

barbro.brask@gagnef.se

Elsborgs familjecentral

Elsborgs familjecentral är Falu kommuns första familjecentral och invigdes den 20 januari 2011 i gemensamma lokaler på Sturegatan 30. Verksamheten har fyra olika aktörer under samma tak vilket gör kontaktvägarna enkla. Här finns mödrahälsovård och barnhälsovård i vilka det ingår mödra-och barnhälsovårds psykologer. Här finns socialrådgivare från Dialogen (ej myndighetsutövande) samt öppen förskola. Verksamheten är en samverkan mellan Falu kommun och Dalarnas landsting. Familjecentralens öppna förskola samt socialrådgivning vänder sig i huvudsak till alla boende föräldrar i Falu kommun. Landstingets verksamhet täcker i huvudsak upp barn och föräldrar som är listade på Norslund och Tisken.

Målgruppen är blivande föräldrar till barn mellan 0-6 år. I slutet av 2017 öppnas en till Familjecentral i Britsarvet som ligger i Faluns norra del. Genom att vi får två familjecentraler så blir närheten till en gemensam mötesplats för familjer bättre i Falun och

dess närområden. Då fler professioner täcker upp ett större område så kan vi förhoppningsvis nå ut till fler som är i behov av vårt stöd eller söker social kontakt.

Familjecentralens olika professioner kan genom tidiga insatser förebygga, och stödja det hälsofrämjande, sociala och pedagogiska arbetet ut till barn och föräldrar. Föräldrar och barn kan på ett enklare sätt få stöd och hjälp om de behöver det. Våra besökarens olika behov styr vårt utbud såsom föräldragrupper till blivande föräldrar, babymassage, språkstuga (som riktar sig till föräldrar/barn med annat modersmål än svenska), i denna grupp så får deltagarna delge varandra sina olika kulturer, vi pratar lätt svenska där vi har tillgång till en språkstödare som kan tolka. Utifrån gruppens önskemål kan vi rikta träffarna och använda oss av familjecentralens olika professioner som kan komma in och i dialog berätta om barnuppfostran, barn och mat och preventivmedel etc.

Öppna förskolan är navet i familjecentralen, föräldrarna kommer främst för sina barns skull men även för att träffa andra, byta erfarenheter och få råd och stöd, känna tillit och vänskap. Öppna förskolan ska särskilt uppmärksamma barn och familjer i behov av särskilt stöd och möjliggöra tidig upptäckt genom uppsökande arbetssätt.

Kontakt

Louise Marwig Nilsson, samordnare/förskolechef

louise.marwig-nilsson@falun.se

Familjecentral Avesta

Familjecentral Avesta är en samlingsplats för blivande föräldrar och familjer med barn i åldrarna 0-6 år i Avesta och är lokaliserad på Avesta lasarett. Avesta kommun står för en Föräldrarådgivare anställd av Socialtjänsten och förskolpedagoger från Bildning. Landstingets insats består i att ansvara för mödravård, barnavårdscentral och psykolog.

Föräldrarådgivarens arbete på Familjecentralen handlar delvis om att delta i Öppna förskolan på Familjecentralen tillsammans med en förskolpedagog en eftermiddag i veckan. Två förmiddagar i veckan har vi Öppen förskola i andra delar av kommunen. Där finns föräldrarådgivare, en BVC-sköterska och en pedagog, vi är då i Svenska kyrkans lokaler.

Samarbetet på Familjecentralen består i att barnmorskor och BVC-sköterskor antingen tipsar föräldrar att ta kontakt med Föräldrarådgivare eller så bjuder de in Föräldrarådgivare till en träff med föräldrar. Samarbetet med psykologen sker på samma sätt.

Föräldrarådgivaren träffar också förstagångsföräldrar i grupp när barnen är ca fem månader och berättar om sin roll på Familjecentralen om Familjecentralens funktion i form av samverkan mellan Kommun och Landsting och vilka möjligheter för stöd det finns i kommunen. På träffen samtalar vi också om hur mönstret har förändrats hemma sedan barnet kom. Vi samtalar även om den förändring som sker i vuxenrelationen. Denna grupp börjar träffas i senare del av graviditeten och fram till barnen är ca 6 månader, de träffas åtta gånger, varje träff har ett tema.

Kontakt

Inger Eriksson, Föräldrarådgivare

inger.eriksson@avesta.se

Familjecentralen i Hedemora

Familjecentralen i Hedemora har sedan oktober 2014 funnits i vårdcentralens lokaler. På Familjecentralen samverkar öppen förskola, barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst för att bidra till att föräldrars behov av hälsofrämjande insatser, social service, information och stöd tillgodoses. Idag finns en verksamhetsledare på 100% och vi har just nu även en praktikant från Irak som fyller en viktig funktion genom sina språkkunskaper och i många andra uppgifter.



Familjecentralen i Hedemora

Det är bra att vi är samlokaliserade, det blir en närhet till varandra. Personalen från BVC kan vara med i föräldrar-barn grupper när de får en lucka eller ett uteblivet besök i och med att lokalerna ligger i samma byggnad. Det är lätt att bara gå in och ta en fika ihop. Det vi saknar på Familjecentralen är samlokaliserad socialtjänst som idag endast medverkar i föräldrastödsgrupper eller när vi kontaktar dem i särskilda fall. Vi ska se över hur vi ska lösa detta så det blir en tätare närvaro även med socialtjänstpersonal.

Vår målsättning är att finnas tillgänglig som nära mötesplats, stärka det sociala nätverket för föräldrar, skapa aktiviteter där föräldrar och barn är delaktiga tillsammans, erbjuda lättillgängligt stöd till barn och föräldrar, vara ett kunskaps- och informationscentrum, erbjuda lättillgänglig kontakt.

Med jämna mellanrum hålls föreläsningar om tex sömn hos små barn, matvanor mm som personalen vid BVC anordnar i Familjecentralens föräldrabarn grupper. Genom projektet "Plats för föräldraskapet" har även personal från Landstinget och kommunen gått utbildning i syfte för samverkan, tex babymassage som bedrivs i Familjecentralens lokaler.

Öppna asylförskolan har hela familjen i fokus

När en asylsökande familj kommer till Hedemora kommun, önskar vi att ta emot dem på bästa sätt. På den öppna asylförskolan kan familjerna möta andra familjer i samma situation och knyta nya kontakter. Vid den öppna asylförskolan arbetar personalen med

hela familjen. Vi utgår från uppgifter och aktiviteter där barn och föräldrar kan vara tillsammans. Det ger en trygghet för både barn och föräldrar. Öppna asylförskolan ger möjlighet till lek, sång, svenskprat, umgänge med andra familjer och stöd av personal.

Den öppna asylförskolan erbjuder också råd och stöd i sin föräldraroll, hjälp med frågor kring asylprocessen och mycket mer.



Öppna asylförskolan i Hedemora

Sociala medier

Vi når ut till olika grupper genom vår samverkan och dels genom appen "Förälder i Hedemora" och Familjecentralens facebookflöde. På Familjecentralen finns idag en verksamhetsledare på 100% och vi har just nu även en praktikant från Irak som är till stor behjälplighet i såväl språket och alla övriga uppgifter.

Kontakt

Linn Gråhns, verksamhetsledare,

linn.grahns@hedemora.se

www.hedemora.se/familjecentralen

Familjecentralen VillGott i Ludvika

Vår familjecentral har ett centralt läge i Ludvika centrum, med närhet till kollektivtrafik. Vårt upptagningsområde är för BVC:s räkning de barn som är listade på Ludvika-Grängesbergs vårdcentral och blivande föräldrar för MVC. Öppna förskolan vänder sig till alla som vill delta med barn, 0-6 år, oavsett listning eller hemkommun.

VillGott uppfyller kriterierna för en familjecentral med alla fyra "benen", dvs. öppen förskola, förebyggande socialtjänst, MVC, BVC inklusive samtalsmottagning för barn och unga. Våra lokaler är dock begränsande då personal från MVC, samtalsmottagning och läkare måste dela på ett rum, vilket försvårar samverkan.

Smidig samverkan

För att möjliggöra samverkan finns familjebehandlaren och barnmorskan på plats under samma veckodag. Då har vi också våra gemensamma arbetsplatsträffar förlagda, där all personal inklusive chefer, deltar en gång i månaden. Samt "husmöten", då den personal som finns i "huset" den dagen deltar, två gånger i månaden. Vi har gemensamma planeringsdagar för all personal och gemensamma tider för lunch och andra pauser. Detta medför att man lär känna varandra, det blir en avspänd stämning och "högt i tak".

Vi strävar efter att alltid vara välkomnande och hjälpsamma mot alla besökare. Vi kan smidigt hänvisa till varandras olika verksamheter och professioner då det finns behov. BVC träffar alla familjer med barn som är kallade till dem och introducerar nyblivna föräldrar till

öppna förskolans verksamhet genom att visa dem in. Familjebehandlaren introducerar också familjer till öppna förskolan t.ex. då man behöver en lekvänlig miljö för ett umgänge. Öppna förskolan har generösa öppettider, 33 timmar/vecka, då vissa tider endast är till för de allra yngsta barnen. BVC bjuder in familjerna till olika tematräffar t.ex. om tandvård, matintroduktion, barnuppfostran och utbildar föräldrar i spädbarnsmassage. Personal har utbildats i Cope "Småbarnsliv", föräldrastödsutbildning för dem med barn 1-3 år, som genomförts under dagtid på familjecentralen. Ibland har även MVC förlagt föräldragrupper på VillGott, som en övergång till BVC och för att visa på vad familjecentralen har att erbjuda när barnet är fött. Öppna förskolan ordnar också diverse aktiviteter, som utflykter, firande av högtider, sopplunch m.m. då vi vänder oss till alla i vår målgrupp (familjer med barn 0-6 år).

Marknadsföring

Vi har en egen broschyr som vi placerar ut på olika verksamheter både i kommunen och i landstinget, (som t.ex. förskolor, vårdcentralen, biblioteket, frändskapshuset, församlingsgården, BB etc.), för att informera om vår verksamhet. Vi finns med både på kommunens och landstingets hemsidor, samt har en facebook sida som öppna förskolan står för, men som alla verksamheterna inom familjecentralen har möjlighet att informera om aktiviteter som erbjuds.

Kontakt

Lotta Borg, samordnare och pedagog

charlotte.borg@ludvika.se

Bilaga 2 - Mer jämlika livsvillkor under det tidiga livet – nationella kommissionens förslag

Den 2 juni 2017 överlämnade Kommissionen för jämlik hälsa sitt slutbetänkande *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett arbete för en god och jämlik hälsa* (SOU 2017:47) till statsråden Annika Strandhäll och Magdalena Andersson.

Kommissionens uppdrag var att lämna förslag på hur hälsoskillnaderna mellan olika grupper kan minska. I det första delbetänkandet (SOU 2016:55) visades exempelvis att högutbildade nu kan räkna med nästan sex år längre liv än lågutbildade. För att minska dessa hälsoklyftor krävs förslag för *mer jämlika livsvillkor* och förslag med syfte att främja en *mer strategisk styrning och uppföljning* av insatser för jämlik hälsa. I det andra delbetänkandet (SOU 2017:4) lades därför ett antal förslag för att utveckla den strategiska styrningen och uppföljningen av folkhälsopolitiken.

Eftersom de processer som genererar ojämlikhet är självförstärkande, där de som *har* lite mer också kommer att ha större möjligheter att *få* lite mer, behövs ett pågående arbete enbart för att hålla ojämlikheten i samhället konstant, och ytterligare ansträngningar om den ska minskas.

Kommissionens delbetänkanden beskriver en grund för ett långsiktigt och systematiskt arbete för att åstadkomma mer likvärdiga förutsättningar och därmed också mer jämlika villkor för människor i olika sociala skikt och grupper.

I slutbetänkandet pekar Kommissionen ut inriktning på detta arbete och lägger förslag för mer jämlika livsvillkor under det tidiga livet, kring kompetenser, kunskaper och utbildning, kring arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, kring inkomster och försörjningsmöjligheter, om boende och närmiljö, levnadsvanor, kontroll, inflytande och delaktighet, samt kring en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Med mer likvärdiga livsvillkor inom dessa områden kommer också en mer jämlik hälsa.

Nedan följer ett antal förslag från slutbetänkandet som tar utgångspunkt i livsvillkor under det tidiga livet och syftar till att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Inriktning för att skapa jämlika förutsättningar under det tidiga livet.

Kommissionens bedömning:

Ojämlikhet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas under det tidiga livet. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla

kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. Viktiga förutsättningar för det är:

- en jämlik mödra- och barnhälsovård,
- en likvärdig förskola av hög kvalitet, samt
- metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum.

Kommissionens förslag för att skapa jämlika förutsättningar under det tidiga livet

1. En jämlik mödra- och barnhälsovård

Regeringen bör

- stödja en utveckling av nationell kvalitetsuppföljning för att kunna säkerställa att en jämlik barnhälsovård erbjuds,
- utreda hur en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård kan skapas.

Landsting bör

- verka för ökad tillgänglighet av mödra- och barnhälsovården utifrån föräldrars och barns olika behov,
- verka för att personalen inom mödra- och barnhälsovården har tillräckliga kompetenser och förutsättningar för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor och motivera till goda levnadsvanor.

2. En likvärdig förskola av hög kvalitet

Regeringen bör

- arbeta för en garanti för heltid i förskolan för alla barn,
- ge Skolverket i uppdrag att utveckla nationella likvärdighetsmått,
- verka för att utöka antalet platser inom förskolläro- och förskollärautbildningen.

Kommunerna bör

- verka för att öka deltagandet i förskolan bland barn från socioekonomiskt svaga förhållanden.

3. Metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum

Regeringen bör

- utveckla den nationella strategin för föräldrastöd.

Kommuner och landsting bör

- utveckla samverkansformer med barns bästa i centrum, såsom familjecentraler,
- tillämpa utökat hembesöksprogram riktat till nyblivna föräldrar, där socialtjänsten involveras, så att de omfattar *alla* nyfödda barn (och inte enbart barn till förstagsföräldrar).

Syftet med en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård, enligt Kommissionen för jämlik hälsa

1. Säkerställa en jämlik tillgång till hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar, oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare.
2. Skapa ett sammanhållet ansvar för att alla barn får del av de generella hälsofrämjande och förebyggande insatser som samhället erbjuder.
3. Underlätta för föräldrar att stödja barnens hälsoutveckling.
4. Möjliggöra för barn att söka hjälp för sin hälsa oavsett föräldrarnas resurser genom en lättillgänglig form av hälsostöd i barnens närmiljö.
5. Minska antalet övergångar mellan olika verksamheter.
6. Samla kunskap och kompetens kring metoder för att förverkliga proportionell universalism, dvs. i verkligheten möta barnens behov av hälsoinsatser
7. Öka möjligheterna att möta olika barns behov utifrån deras utvecklingsnivå istället för utifrån ålder.
8. Säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från olika aktörer får rätt stöd och att föräldrar slipper bli samordnare samt att de får del av även hälsofrämjande insatser.
9. Öka möjligheterna till gemensam kompetensutveckling och forskning för att utveckla ett hälsostöd som skapar jämlik hälsa.

Bilaga 3 - 21 åtgärdsförslag för att ge alla barn en bra start i livet, hämtade från *Rapport 2014: Göteborgs stad.*

Uppdragsgruppen i *Samling för social hållbarhet i Dalarna* har studerat de 21 förslag till åtgärder som Göteborgs stad (1) sammanställt för det aktuella temaområdet utifrån tidigare sammanställningar (2,3,4,5,6,7,8) Här nedan redovisas samtliga 21 förslag ur rapporten från Göteborgs stad, endast sorterade under fyra olika huvudåtgärder A-D och utan någon inbördes rangordning. De källor som anges är i de flesta fall sammanställningar av rekommendationer som i sin tur hämtats ur separata kunskapsunderlag.

A. Se till att hälsofrämjande arenor för barn och föräldrar håller en hög och likvärdig kvalitet. För att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är det viktigt att det finns ett likvärdigt utbud av hälsofrämjande arenor i alla delar av kommunen (2, s. 37).

Utveckla familjecentrerade arbetssätt. Arbetssättet innebär att barnen sätts i centrum. Förmågan till samverkan mellan verksamheter som till exempel hälsovård, socialtjänst, förskola och skola är en framgångsfaktor i arbetet för barns och ungas hälsa. Därför är det viktigt att skapa faktiska förutsättningar för en tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan kring barns hälsa och livsvillkor och skillnader i hälsa (2, s. 27; 3, s. 126).

Etablera fler familjecentraler. Det behövs mötesplatser för barn, föräldrar och anhöriga oavsett ålder. Via organiserade mötesplatser kan aktiviteter erbjudas för att stärka hälsan hos alla barn, och chansen ökar då att barn med särskild risk för ohälsa uppmärksammas (2, s. 27]. Inrätta därför fler familjecentraler (3, s. 126) där olika aktörer, till exempel vård och socialtjänst (5, s. 8) samt förskola samverkar.

Värna om och utveckla befintliga hälsofrämjande arenor. Sammanställ kunskap och stimulera kunskapsutveckling om metoder för arbete på hälsofrämjande arenor, till exempel förskolor och familjecentraler, för att nå grupper som inte nås i dag (4, s. 7).

Erbjud och samordna föräldrastöd. Ge stöd till familjer för att förbättra yngre barns utveckling, till exempel genom att rutinmässigt erbjuda föräldrautbildning samt tillgång till familjecentraler och olika specialister för att tillgodose sociala behov genom utåtriktad verksamhet [20, ss. 5-6]. Implementera befintliga föräldrastödsmetoder och arbetssätt, och utveckla därefter nya metoder vid behov. Se särskilt till att stödet i högre utsträckning når alla föräldragrupper, inklusive de grupper av föräldrar som i dag inte nås (4, s. 7). Utveckla även program för inskolning, (6, ss. 5–6).

B. Tillhandahåll likvärdig barnomsorg och förskola av hög kvalitet till alla och i förhållande till graden av utsatthet. En likvärdig barnomsorg och förskola av hög kvalitet proportionerligt utmed den sociala gradienten bör kombineras med utåtriktad verksamhet för att öka nyttjandegraden bland barn från mindre gynnade familjer (6, ss. 5–6).

Stärk förskolans betydelse för social jämlikhet. Utforma strategier för hur kunskapen om förskolebarnens utveckling och förskolans betydelse för social jämlikhet kontinuerligt tas tillvara i det dagliga arbetet. Ta tillvara den existerande kunskapen och stimulera kunskapsutveckling om vilken betydelse förskolan har för att stimulera barnens kognitiva förmåga, särskilt för de barn som kommer från hem med ogynnsamma socioekonomiska förutsättningar (4, s. 8).

Alla barn ska ha lika rätt till förskola oavsett föräldrarnas situation. Ge barn till arbetslösa möjligheter att delta fullt ut i förskolan (inte bara 15 timmar/vecka) (5, s. 8).

Skapa möjligheter till professionell utveckling. Se till att personal som arbetar i förskolan har möjligheter till professionell utveckling. Erbjud barnskötare att vidareutbilda sig till förskollärare och prioritera personal som arbetar i socialt utsatta områden (3, s. 81).

Erbjud förskola på obekväma arbetstid. Behovet av barnomsorg på kvällar, nätter och helger är särskilt stort bland barn till ensamstående föräldrar (6, s. 30). Förskola på obekväma arbetstider kan bland annat gynna barn i ekonomiskt utsatta familjer så att föräldrar som arbetar på obekväma arbetstider inte behöver avstå från inkomst (8, s. 42).

Kartlägg vilka barn som står utanför förskoleverksamheten. Kartlägg vilka barn som står utanför förskoleverksamheten följt av aktivt uppsökande och anpassad information till föräldrar som inte har sina barn i förskolan (3, s. 85).

Öka stödet till barnfamiljer med sociala problem. Öka identifieringen av barn som far illa, som till exempel de med omsorgssvikt (3, s. 126). Förbättra även det sociala skydds nätet kring barn som lever i riskmiljöer, till exempel barn till föräldrar som missbrukar, barn till föräldrar med psykisk sjukdom och barn som lever papperslösa (4, s. 7). Stärk samverkan mellan myndigheter och verksamheter som arbetar med utsatta barn. Prioritera även förebyggande arbete mot våld och sexuella övergrepp på barn (3, s. 126).

Minska barngruppernas storlek i förskolan. Minska barngruppernas storlek i förskolan genom att tillföra resurser i form av personal till förskolans verksamhet. Prioritera en minskning av barngrupperna för de yngsta och mest utsatta barnen. Barn som lever i social och ekonomisk utsatthet har i allmänhet större behov än jämnåriga barn med bättre förutsättningar (3, s. 85; 5, s. 6).

C. Vidta åtgärder för att minska antalet barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll. Det är viktigt att säkerställa att barn och unga, i enlighet med Barnkonventionen, har tillgång till social trygghet, en skälig levnadsstandard samt möjlighet till lek, vila och fritid. Därför behövs handlingsstrategier för barn och unga i ekonomiskt utsatta hushåll (2, s. 29).

Säkra föräldrars arbete och försörjning för att motverka ekonomiskt utsatta barnhushåll. Ett sätt att motverka ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer är att verka för föräldrarnas möjlighet till egen försörjning (5, s. 6).

Följ upp den fördelningspolitiska utvecklingen i kommunen/länet och vidta åtgärder för att minska och mildra dess oönskade effekter. Följ utfall och effekter av den nationella politiken på lokal nivå vad gäller välfärdens utveckling. Analysera även eventuella brister i enskilda statliga socialförsäkringssystem och för detta vidare till den nationella nivån (3, s. 102). Minska och mildra effekterna av ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer genom sociala investeringar i kommunala verksamheter såsom förskola, skola, kultur, fritid, vård och omsorg. Satsningarna bör utformas enligt principen om proportionell universalism, det vill säga insatser som är tillgängliga för alla men ges i högre dos till dem med störst behov (3, s. 102).

Se till att försörjningsstödet har ett barnperspektiv. En möjlighet är att införa tillägg i försörjningsstödsnormen för barnfamiljer, avsett för barns fritids- och kulturaktiviteter samt för att säkerställa att alla barn har tillgång till datorer och internet i hemmet (3, s. 61).

Ta fram och implementera en övergripande kommunal handlingsplan för att minska barnfattigdomen. Kommunen har möjlighet att genomföra insatser som både mildrar och minskar barnfattigdomen. Båda dessa syften bör uppmärksammas och åtgärdas i en övergripande handlingsplan mot barnfattigdom (3, s. 60).

Inled en diskussion på nationell nivå om att höja riksnormen för nationellt försörjningsstöd. Familjepolitikens fattigdomsreducerande effekt har minskat markant över tid och en starkt bidragande faktor är de statliga familjepolitiska stödets minskade räckvidd för att utjämna och minska ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer (3, s. 58). Ett sätt att ta sig an denna utmaning vore att initiera en diskussion på nationell nivå angående en höjning av riksnormen för försörjningsstöd (3, s. 102).

Höj det kommunala försörjningsstödet till barnfamiljer med långvarigt försörjningsstöd. Det kommunala försörjningsstödet normnivå innehåller en rad inbyggda problem som gör att en skälig levnadsnivå inte kan garanteras, och därför bör det kommunala försörjningsstödet, oberoende av riksnormen, höjas för de barnfamiljer som har ett långvarigt stöd (3, s. 60).

D. Motverka vräkningar och avhysningar av barnfamiljer. Genom att bedriva ett vräkningsförebyggande arbete är det möjligt att motverka avhysningar och vräkningar av barnfamiljer (2, s. 36).

Utveckla snabba informationsvägar. Skapa effektiva sätt för socialtjänsten att snabbt få information om förestående avhysningar och utveckla metoder för att agera snabbt vid en förestående vräkning (7, ss. 21–22).

Bostadssocialt program. Ta fram ett bostadssocialt program som stödjer familjer genom rådgivning och planering som rör familjens ekonomi (7, s. 23).

Utveckla samarbete mellan socialtjänst och fastighetsägare. Detta kan ske genom att samverkansavtal upprättas och att ett bostadssocialt forum inrättas där diskussioner kan föras för att motverka informella avhysningar (7, s. 2)

Anställ koordinatörer. Anställ alternativt inrätta en tjänst som koordinator för det vräkningsförebyggande arbetet (7, s. 23).

1. Rapport 2014: Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg. Göteborgs stad, 2014.

2. Gör jämlikt - gör skillnad: samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

3. Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2013). Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Malmö Stad.

4. Samling för social hållbarhet – handlingsprogram för jämlik hälsa i hela Västra Götaland. Göteborg: Västra Götalandsregionen, 2010.

5. Östgötakommissionen för folkhälsa - underlag till rekommendationerna. Östgötakommissionen för folkhälsa, 2014.

6. UCL Institute of Health Equity (2011). Fair Society, Healthy Lives – Marmot-rapporten: Indikatorer för att bedöma resultatförbättringar avseende genomförandet av rekommendationerna i rapporten. Malmö stad och Sveriges kommuner och landsting.

7. På dagordningen: reportage om lokala insatser mot barnfattigdom. Rädda barnen, 2013.

8. Glover, T. D. Social Capital in the Lived Experiences of Community Gardeners. Leisure Sciences, 2004, 26, 143-62.

