

SAMBANDET MELLAN BOSTADEN, BOSTADSOMRÅDET OCH HÄLSAN

KAJSA NOLBECK OCH CHARLOTTA THODELIUS

Sammanfattning

I följande kapitel analyseras bostaden och bostadsområdets betydelse för den upplevda hälsan genom att visa vilka faktorer som påverkar vår uppfattning i denna viktiga folkhälsofråga. I motsats till tidigare forskning, som främst undersökt relationen mellan individens hälsa och dennes socioekonomiska position, är det här boendets olika aspekter som är centrala. Dessa aspekter av boendet som påverkar hälsan finns på en individnivå i form av ägandetyper och bostadskarriär, på en områdesnivå i termer av sociala och ekonomiska förutsättningar samt på en samhällsnivå i form av geografisk placering och grad av urbanisering. I analysen framkommer att både bostadskarriär och grad av urbanisering är faktorer som har direkt och indirekt samband med hälsoutfallet, främst genom att belysa hur vår bostadssituation relaterar till hälsans sociala dimensioner. Var och hur vi bor är således betydelsefullt för hur vi mår, och dessa aspekter diskuteras i kapitlets avslutning i relation till både folkhälsoarbetet och bostadsplaneringen i Västsverige.

Den generella folkhälsan har förbättrats. Till exempel visar flera studier att den svenska befolkningen fått en ökad medellivslängd och minskad andel av dödsfall i förtid (SOU 2017:47), men trots dessa positiva utfall i folkhälsoarbetet kvarstår problemet med en ojämlik hälsa.¹ Resurssvaga grupper har sämre hälsa jämfört med mer resursstarka (Marmont, 2004; Marmont, 2007; Rostila & Toivanen, 2012) och denna ojämlikhet har även ökat över tid (SOU 2017:47). Den ojämlika hälsan och dess konsekvenser i form av bestående hälsoklyftor har under senare år uppmärksammats bland annat i regeringens proposition om folkhälsa (2017/18:249). Här presenterar regeringen det kommande strategiska arbetet som en ”medveten folkhälsopolitik”, och de nuvarande hälsoklyftorna kallas för ett samhällsproblem.

Hälsoutfallet är inte enbart beroende av individens egna förutsättningar, val och aktiviteter, utan påverkas även av omkringliggande faktorer. Kön och ålder påverkar hälsan ur ett biologiskt perspektiv och dessa faktorer är även centrala i skapandet av olika sociala roller och beteenden som påverkar hälsoutfallet (Doyal, 1995; Deeks m.fl., 2009). Hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de faktorer som påverkar hälsoutfallet, uppträder alltså inte enbart som fasta faktorer i form av ålder och gener, utan även som påverkbara faktorer relaterade till

arbetsmiljö, levnadsförhållanden och livsvillkor (Janlert, 2000). Genom att belysa hälsans bestämningsfaktorer, istället för enbart individfaktorer, förtydligas att (o)hälsa är ett resultat av en komplex samvariation mellan olika omständigheter. För även om sjukdom till stor del är biologiskt betingad, så är risken för att bli sjuk i hög grad ekonomiskt och socialt villkorad. Även *var* du bor har stor betydelse för hälsan, till och med under kontroll för fysiska, psykiska och sociala faktorer (Macintyre m.fl. 2002).

Bostadsmiljöns relation till hälsoutfallet kan dels förstås utifrån byggnadsmässiga förhållanden men även genom socioekonomiska förutsättningar. Både materiella och sociala kvalitéer är av betydelse för hälsoutfallet. De materiella kvalitéerna är främst relaterade till rent byggnadstekniska aspekter, såsom behovet av god ventilation, dagsljusinsläpp genom välplacerade fönster, tillgänglighet i trapphus och entréer, god belysning och god ljudmiljö (Uzzell & Moser, 2006). De sociala kvalitéerna återfinns i bostadsområdet eller i de direkt närliggande områdena, som då kan fungera som stödjande faktorer för hälsan och även främja sunda levnadsvanor. Utemiljön kan till exempel öka den fysiska aktiviteten i området genom välplanerade gångstråk. Den kan även möjliggöra och stärka den sociala gemenskapen genom skapandet av naturliga mötesplatser samt skapa förutsättningar för ett tryggt, trivsamt och meningsfullt socialt liv i bostadsområdet (Hidalgo & Hernandez, 2001; Manzo, 2003; Rollero & De Piccoli, 2010).

Förutom områdets materiella och sociala förutsättningar är socioekonomiska förutsättningar betydelsefulla. Förhållandet mellan bostadsområdets socioekonomiska status (SES) och hälsoutfallet är dock inte linjärt, utan det förekommer två simultana förhållanden, dels en *social selektion*, dels en *hälsoselektion*. Den sociala selektionen innebär att faktorer direkt förknippade med din socioekonomiska position ger en viss hälsa. Generellt är det så att individer som bor i bostadsområden med lägre SES tenderar att ha en sämre hälsa jämfört med de som bor i bostadsområden med högre SES. Denna sociala selektion förklaras främst genom att individens resurser är betydelsefulla för att avvärja olika former av hälsorisker (Willson, 2009). Hälsoselektion däremot innebär att hälsan bestämmer den sociala positionen, det vill säga att individer med sämre hälsa tenderar att bo i bostadsområden med lägre SES. Det vill säga att personer med ohälsa har sämre förutsättningar att förbättra och förändra sin socioekonomiska status. Detta leder till sämre möjligheter att göra bostadskarriär och förbättra sina bostadsförhållanden. Hälsoutfallet är därför beroende av individens relativa position, även kallad *social gradient*. Studier har visat att efter kontroll för både social selektion och hälsoselektion återstår den sociala gradienten och den relativa socioekonomiska statuspositionen som förklaringsfaktor för hälsoutfallet (Marmont, 2004; Melinder & Schaerström, 2005; Marmont, 2006; Marmont, 2007).

Sammanfattningsvis är hälsa beroende av flertalet faktorer i ett komplext samspel. Dessa faktorer återfinns på flera olika nivåer, och det är svårt att påvisa kausala

samband, men det är trots allt viktigt att försöka förstå de vidare förutsättningarna för människors välmående, eller bristen på den samma. Med utgångspunkt i tidigare forskning kommer följande kapitel att fördjupa sig i frågan *om* och *hur* bostadssituationen har samband med hälsoutfallet i Västsverige.

Västsvenskar är nöjda med sin bostadssituation

Den vanligaste bostadstypen hos respondenterna i den västsvenska SOM-undersökningen är villa eller radhus (57 procent), medan 40 procent uppger att de bor i bostadsrätt eller hyreslägenhet i flerbostadshus. Vanligast är att äga sin bostad (70 procent). Cirka en tredjedel hyr sitt boende, varav 2 procent hyr i andra hand. Respondenternas boendesituation är representativ för Västra Götalands län som helhet vid jämförelse med data från Statistiska centralbyrån och Boverket.² Där emot skiljer sig boendesituationen åt hos de respondenter som bor i Göteborg, där västsvenska SOM-undersökningen visar att det är färre som äger sitt boende (55 procent) och fler som hyr sin bostad (43 procent, varav 3 procent i andra hand).

En majoritet av respondenterna i den västsvenska SOM-undersökningen 2017 har uppgett att de är mycket eller ganska nöjda med sitt boende (89 procent), sju procent är varken nöjda eller missnöjda och endast fyra procent säger att de är ganska eller mycket missnöjda i Västsverige som helhet. I Göteborg uppger 85 procent av respondenterna att de är mycket eller ganska nöjda och 5 procent att de är ganska eller mycket missnöjda med sitt boende. Graden av nöjdhet med sitt boende kan hypotetiskt förstås av två andra faktorer: bostadstyp och ägandeform, det vill säga att vi är mer nöjda med ett boende som vi kan förändra eller har valt utifrån våra egna önskemål.

Ungdomar skattar sitt hälsotillstånd lågt

Den västsvenska SOM-undersökningen 2017 visar att en klar majoritet av respondenterna, 72 procent, uppger ett gott eller mycket gott hälsotillstånd (tabell 1). Bäst mår högutbildade och höginkomsttagare, där 80 respektive 84 procent uppger ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd. Resultaten är inte särskilt förvånande, utan ligger i linje med tidigare forskning om statuspositionens betydelse för hälsan (Marmont, 2004; Marmont, 2006; Marmont, 2007; Willson, 2009).

I tabell 1 ser vi att de som skattar sin hälsa lägst i Västsverige är kvinnor, låginkomsttagare, lågutbildade, samt de yngsta och äldsta åldersgrupperna. Det faktum att kvinnor mår sämre men lever längre än män brukar benämnas könsparadoxen i hälsa (Bergqvist Månsson (red.), 2010). Paradoxen innebär att de historiska förändringarna i kvinnors livssituation, där nya möjligheter på arbetsmarknaden och ökat förvärvsarbete bland kvinnor inte motsvaras av mäns ökade arbete i hemmet. Det har föreslagits att den här ojämlikheten leder till ökad stress och högre sjuk-

domsfrekvens (Doyal, 1995). Som tidigare nämnts är även den socioekonomiska statusen (främst inkomst och utbildning) och den relativa sociala positionen av betydelse för hälsan. Det här sambandet har stöd i data, och visar att flera av de grupper som skattar sin hälsa lägst återfinns i resurssvaga bostadsområden i Göteborg (tabell 1).

Mest påfallande är dock att det bland respondenterna i åldersgruppen 16–19 år finns en splittring avseende den självskattade hälsan. Trots att 23 procent skattar sin hälsa som mycket god, är andelen för de andra svarsalternativen relativt lägre än för nästan alla andra åldersgrupper. Ungdomars försämrade hälsa har sannolikt flera förklaringar, bland annat har den psykiska ohälsan ökat markant sedan mitten av 1980-talet enligt Folkhälsomyndigheten. Den psykiska hälsans försämring och ökningen av psykosomatiska besvär kan sannolikt förklaras av ungdomars förändrade livsvillkor och levnadsvanor, Folkhälsomyndigheten belyser bland annat hur ungdomar har påverkats negativt av brister i skolmiljön, förändrande anställningsvillkor och ökade krav på arbetsmarknaden.³ Förutom dessa försämrade livsvillkor har även levnadsvanorna förändrats, ny teknik och nya sociala aktiviteter som till exempel sociala medier har lett till förändringar i ungdomars fysiska aktivitet, vilket påverkar den fysiska hälsan. Vardagen har blivit mer stillasittande, bland annat är flickor i gymnasieåldern de minst fysiskt aktiva bland barn och unga (Norberg, 2017).

Sambandet mellan bostadssituation och självskattad hälsa

Utifrån resultatet i tabell 1 så framkommer att hälsoskattningen är kopplad till flera olika faktorer på individ-, närområdes- och samhällsnivå. Mot bakgrund av detta undersöker vi med hjälp av efterföljande korrelationsanalys sambandet mellan faktorerna.⁴ För att möjliggöra analysen utgår vi alltså från faktorer som verkar vara av betydelse antingen i tidigare forskning eller i ovanstående analys, i vissa fall har dessa operationaliserats för att definiera och förtydliga vikten av olika förflyttningar i den sociala positionen.⁵

Korrelationsanalysen (tabell 2), precis som den tidigare analysen (tabell 1), visar ett svagt positivt samband (.04) mellan kön och självskattad hälsa, det vill säga att män generellt skattar sin hälsa bättre än kvinnor. Ett svagt positivt samband återfinns även mellan utbildning och självskattad hälsa (.09) och mellan hushållsinkomst och hälsa (.17). Ålder har ett svagt negativt samband med självskattad hälsa (-.05), det vill säga med stigande ålder upplevs hälsan vara sämre. I den tidigare analysen framgick att de yngsta och de äldsta skattade sin hälsa lägst, att ålder har ett samband här går att förstå genom att ålder är centralt för andra bestämningsfaktorer för hälsan relaterade till bostadssituationen och närområdet. Det vill säga att ju äldre du är desto mer kan du påverka din bostadssituation och valet av närområde. Däremot, vid en viss övre åldersgräns minskar dina möjligheter igen, på grund av förändrade fysiska och ekonomiska förutsättningar.

Tabell 1 Självskattat allmänt hälsotillstånd bland personer 16-85 år, Västra Götaland 2017 (procent)

	Mycket dåligt	Dåligt	Medel	Gott	Mycket gott	Antal svar
SAMTLIGA	0	5	20	58	14	3 004
ÅLDER						
16–19 år	0	7	16	49	23	122
20–24 år	1	5	15	63	13	154
25–39 år	0	4	18	62	14	562
40–59 år	1	5	17	63	14	938
60–75 år	1	5	21	56	15	934
76–85 år	1	8	34	45	11	294
KÖN						
Kvinna	1	6	21	55	15	1 517
Man	1	5	18	61	14	1 487
UTBILDNING						
Låg	1	6	26	51	15	466
Medel	1	6	20	60	14	1 531
Hög	0	5	15	65	15	930
HUSHÅLLSINKOMST						
Max 300 tkr	2	10	26	49	12	669
301-700 tkr	0	5	20	61	13	1 226
701 tkr eller mer	0	3	13	67	17	892
OMRÅDE						
Göteborg	1	6	19	59	14	908
Kranskommuner	0	5	17	60	16	595
Övr GR-kommuner	1	3	17	61	17	178
Övr Västsverige	1	6	22	56	14	1 323
RESURSSOMRÅDE GBG						
Resursstarka	0	6	11	66	14	279
Medel	1	7	20	59	13	495
Resurssvaga	1	6	30	43	17	134

Kommentar: Frågan lyder: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". Svartalternativen utgörs av en tiogradig skala där 0=mycket dåligt och 10=mycket gott. I tabellen ovan har svarsalternativen 1–3 slagits samman till kategorin "Dåligt", 4–6 till kategorin "Medel" samt 7–9 till kategorin "Gott". För variabeln ålder har åldersgrupperna 25–29 år och 30–39 år respektive 40–49 år och 50–59 år, slagits samman till åldersgrupperna 25–39 år respektive 40–59 år. För variabeln utbildning har grupperna "Meddellåg" och "Medelhög" slagits samman till gruppen "Medel". Variabeln resursområde Gbg bygger på primärområdestillhörighet bland respondenter boende i Göteborg. Indelningen baseras på medelinkomst och andelen som tar del av ekonomiskt bistånd. I tabellen ovan har grupperna "Medelresurssvaga" respektive "Medelresursstarka" områden slagits samman till "Medel".

Källa: Den västsvenska SOM-undersökningen 2017.

Med bostadssituation avser vi bostadskarriär i termer av ägandeförhållanden. Skalan i vår analys går från alternativet ”hyr bostaden i andra hand”, till ”hyr bostaden i första hand” och slutligen ”äger bostaden”. I analysen ingår även grad av sociala relationer, socioekonomiska förutsättningar på områdesnivå samt grad av urbanisering. Grad av sociala relationer har definierats utifrån antalet personer som respondenten känner i bostadsområdet. De socioekonomiska förutsättningarna, definierade som primärområdets samlade resurser⁶ berör enbart Göteborg i Västsvenska SOM-undersökningen, men inkluderas mot bakgrund av dess betydelse enligt tidigare forskning. Grad av urbanisering utgår ifrån respondenternas geografiska tillhörighet. I analysen utgår vi ifrån att graden av urbanisering ökar från ren landsbygd, till mindre tätort, till stad eller större tätort och slutligen Göteborg.

Bostadskarriär⁷, i termer av besittningsrätt, det vill säga hur personens bostadssituation ser ut (hyr eller äger), har ett samband med självskattad hälsa (.12). Vilket indikerar att ägande eller en trygg position på bostadsmarknaden är kopplat till en bättre hälsa. Bostadskarriären i sin tur påverkas av ålder (.18) och hushållsinkomst (.23). Personer med högre ålder och/eller högre hushållsinkomst har alltså en tryggare position på bostadsmarknaden, vilket bidrar till en högre självskattad hälsa.

Närområdesfaktorer är även betydelsefulla för individens självskattade hälsa. Graden av resurser i området och sociala relationer har ett positivt samband med självskattad hälsa (.16 respektive .07). Områdets resurser har även ett samband med bostadskarriär (.14), vilket inte är förvånande eftersom ägande som upplåtelseform är vanligare i resursstarka områden jämfört med mindre resursstarka områden. Likväl går det att se ett samband mellan områdets resurser och individfaktorer, såsom ålder (.14), utbildningsnivå (.18) och hushållsinkomst (.27). I resursstarka områden bor i högre grad äldre personer, samt personer med högre utbildning samt högre inkomst.

Sociala relationer har ett samband med graden av resurser i området (.17). Det verkar alltså vara på det viset att individer som bor i ett resursstarkt område känner fler personer. Graden av sociala relationer har även ett samband med bostadskarriär (.23), vilket kan betyda två saker: För det första att en stabil position på bostadsmarknaden innebär fler sociala relationer i området. För det andra att personer med flera sociala relationer i ett område har lättare att göra bostadskarriär (jfr. Granovetter, 1973).

Graden av urbanisering har inget signifikant samband med den självskattade hälsan, däremot finns ett negativt samband mellan urbanisering och sociala relationer (-.21) samt ett positivt samband mellan urbanisering och utbildning (.19). Personer i storstaden kan således beskrivas som mer välutbildade men med färre sociala relationer, vilket i sin tur kan påverka den självskattade hälsan indirekt. Detta går i linje med Simmels sociologiska insikt, att storstadslivet öppnar för andra karriärvägar men kan också leda till nya former av andlig ensamhet (Simmel, 1981).⁸

Tabell 2 Korrelation mellan självskattat allmänt hälsotillstånd och faktorer på individnivå, närområdesnivå samt samhällsnivå, 2017 (Spearman's korrelation)

	Självskattat allmänt hälsotillstånd	Ålder	Kön	Utbildnings- nivå	Hushålls- inkomst	Bostads- karriär	Socialt samman- hang	Grad av resurser i området
INDIVIDFAKTORER								
Ålder	-0,05**							
Kön	0,04*	0,01						
Utbildningsnivå	0,09**	0,01	-0,12**					
Hushållsinkomst	0,17**	0,02	0,03	0,30**				
Bostadskarriär	0,12**	0,18**	0,02	0,07	0,23**			
NÄROMRÅDES- FAKTORER								
Socialt sammanhang	0,07**	-0,01	0,03	-0,03	0,07**	0,23**		
Grad av resurser i området	0,16**	0,14**	0,02	0,27**	0,27**	0,37**	0,17**	
SAMHÄLLS- FAKTORER								
Grad av urbanisering	-0,03	-0,02	-0,02	0,19**	0,19**	-0,28**	-0,21**	-0,74*

Kommentar: Måttet som används är Spearman's korrelation för samtliga variabler utom ålder, för vilken Pearsons korrelation används. Såväl Spearman som Pearsons mäter styrkan och riktningen för ett samband. Måttet går mellan -1 till +1, där -1 innebär ett perfekt negativt samband mellan svaren på de båda påståendena medan +1 innebär ett perfekt positivt samband. 0 innebär att samband saknas. ** anger att koefficienten är signifikant på 99-procentsnivån, medan * anger att koefficienten är signifikant på 95-procentsnivån.

Källa: Den västsvenska SOM-undersökningen 2017.

Avslutande diskussion om boende, välmående och relativ deprivation

Syftet med kapitlet var att belysa *om* och *hur* bostadssituationen har ett samband med hälsoutfallet i Västsverige. Analysen ovan, precis som tidigare analyser inom folkhälsovetenskap, talar för att samspelet mellan faktorer som påverkar hälsan är komplext och samvarierar på flera olika nivåer. När det kommer till bostadssituationen, så verkar den ha stor betydelse för individernas självskattade hälsa. Avslutningsvis kommer vi därför att särskilt fokusera på sambandet mellan bostaden, bostadsområdet och hälsans sociala dimensioner.

Vår analys visar på vikten av att inte enbart arbeta med ekonomiska resurser inom folkhälsoarbetet, utan också med bostadssituationen, bostadsområdet och närområdet, även planprocesserna och arkitekturen. Ett mer koncentrerat arbete kring bostadsmiljön skulle gynna de sociala bestämningsfaktorerna för hälsan. Sättet som husen byggs påverkar människors relationer och dessa påverkar i sin tur människors välmående. Bostadssituationen är även en förutsättning för att

individer och grupper, på lika villkor, ska kunna uppnå viktiga delar i livet såsom utbildning och arbete, samt ha tillgång till återhämtning och vila (Statens Folkhälsoinstitut, 2010; Regeringens proposition 2017/18:249). Även konceptet socialt hållbar arkitektur och stadsplanering som ett sätt att hantera sociala problem, bör diskuteras mer (Rostila & Toivanen, 2012). Socialt hållbar arkitektur har som målsättning att stödja hälsofrämjande aspekter i bostadsområdet genom att höja den materiella standarden. På så sätt kan även arkitektur och arbetet med fysisk miljö ses som en viktig del i att minska ojämlikheten i hälsa.

Urbaniseringen kan sägas ha lett till en fysisk närhet, men samtidigt skapat en social distans. Den sociala distansen manifesteras i att stadslandskapet mer och mer består av konstruerade mötesplatser och allt färre spontana och naturliga. Även vardagslivet har påverkats i takt med urbaniseringsgraden, vilket ger konsekvenser för det sociala kontaktskapandet (jfr. Simmel 1981). Dessa förändringar i vardagen, satt i relation till de folkhälsopolitiska insatserna om stödjande utemiljöer, måste rannsakas och omvärderas. Ett större fokus bör ligga på att främja social sammanhållning snarare än på att främja sunda levnadsvanor genom bland annat fysisk aktivitet. Likadant bör definitionen av bostadens och närområdets funktion av att ”ha tillgång till återhämtning och vila ” (Statens Folkhälsoinstitut, 2010; Regeringens proposition 2017/18:249) vidgas och inkludera andra aspekter med betoning på aktiva och sociala mötesplatser, i kontrast till parker och grönområden.

Betydelsen av närområdets förutsättningar i relation till hälsa för även tankarna till relativ deprivation (Gurr, 2011). Relativ deprivation innebär att människors jämförelser med varandra får betydelse för deras självbild; lever du fattigt men inte ser några rika lider du inte på samma sätt av situationen. Om det omvända gäller, så kan den egna situationen förbättras, rent faktiskt, samtidigt som du tycker att du får det sämre när du jämför dig med andra, som fått det ännu bättre. Med andra ord, ett land kan få en bättre ekonomi i absoluta tal, samtidigt som grupper kan uppleva att de får det sämre ställt relativt sett.

När det kommer till hälsoskattningen i vår analys går det att se att den relativa statuspositionen eller sociala gradienten i hälsa inte bara är beroende av områdets förutsättningar, utan även förstärks av det. Förstärkningseffekten går hypotetiskt att förstå som en överspillningseffekt, där positiva närområdesfaktorer kan verka gynnsamt på individnivån. Personer med låg SES kan gynnas av att bo i resursstarka områden, och vice versa, personer med hög SES kan missgynnas av att bo i resurssvaga områden (jfr Rapp m.fl., 2015). Sambandet mellan områdets relativa deprivation, förekomsten av den sociala gradienten i hälsa och dess sammanlagda effekt på individnivå bör undersökas vidare, eftersom det kan ge en förståelse för vissa gruppers hälsoutfall. Till exempel så kanske förstärkningseffekten är mer inflytelserik på kvinnor eller ungdomars självsfattade hälsa.

Noter

- ¹ I kapitlet används både begreppet hälsa och folkhälsa. Hälsa är i kapitlet definierat utifrån Världshälsoorganisationens (WHO) definition av ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaron av sjukdom och funktionsnedsättning (Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946). Folkhälsa som begrepp, omfattar däremot ett mått på hela befolkningens samlade hälsa (Jarlerts, 2000).
- ² Jämförelsedata är hämtat från Statistiska centralbyråns databas: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/boende-byggande-och-bebyggelse/samt-Boverkets-hemsida-med-information-om-boende> <https://www.boverket.se/sv/boende/> [besökta 2018-09-15].
- ³ Uppgifter från Folkhälsomyndigheten hämtade på deras hemsida <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/> [besökt 2018-09-15].
- ⁴ Måttet som används är Spearman's korrelation för samtliga variabler utom ålder, för vilken Pearsons korrelation används. Såväl Spearman som Pearsons mäter styrkan och riktningen för ett samband. Måttet går mellan -1 till +1, där -1 innebär ett perfekt negativt samband mellan svaren på de båda påståendena medan +1 innebär ett perfekt positivt samband. 0 innebär att samband saknas.
- ⁵ Analysen bygger på ett antagande om att självskattad hälsa är beroende av ett flertal olika variabler, som ibland direkt eller indirekt påverkar individens uppfattning om sin hälsa. Dessa variabler återfinns på individ-, närområdes- och samhällsnivå. För att genomföra korrelationsanalysen har följande variabler valts ut från den Västsvenska SOM-undersökningen 2017.

Individfaktorer som ingår i analysen är ålder, kön, utbildningsnivå, hushållsinkomst samt bostadskarriär i termer av ägandeförhållanden. *Närområdesfaktorerna* försöker fånga grad av sociala relationer och socioekonomiska förutsättningar på områdesnivå. Sociala relationer har definierats utifrån antalet personer som respondenten känner i bostadsområdet. De socioekonomiska förutsättningarna, definierade som primärområdets samlade resurser (variabel resurs) berör enbart Göteborg i Västsvenska SOM-undersökningen, men inkluderas mot bakgrund av dess betydelse enligt tidigare forskning. Den *samhällsfaktor* som inkluderats berör grad av urbanisering. I tabell 1 framkom enbart en marginell skillnad i hälsa relaterat till geografiskt område och analysen här prövar istället om det finns ett samband mellan hälsa och grad av urbanisering. Urbaniseringsgraden operationaliserades utifrån Västsvenska SOM-undersökningens definiering av respondenternas geografiska tillhörighet i termer av stad och land. I analysen utgår vi ifrån att graden av urbanisering ökar från ren landsbygd, till mindre tätort, till stad eller större tätort och slutligen Göteborg.

- 6 Måttet resurs bygger på respondenternas primärområdestillhörighet i Göteborg. Måttet går från resurssvaga, via medel till resursstarka områden, indelningen baseras på områdets medelinkomst och andel med ekonomiskt bistånd.
- 7 Variabeln bostadskarriär är operationaliserad utifrån frågan ”Hyr eller äger du eller någon i ditt hushåll din nuvarande bostad?”, där skalstegen värderats utifrån grad av besittningsrätt. Skalan i vår analys går från alternativet ”hyr bostaden i andra hand”, till ”hyr bostaden i första hand” och slutligen ”äger bostaden”.
- 8 På grund av ett datafel korrigerades urbaniseringsvariabeln av SOM-institutet i sista stund, korrigeringen var dock enbart av ett mindre slag och påverkar inte själva utfallet.

Referenser

- Bergqvist Månsson, Sara (red.) (2010). *Från kvinnohälsa till genusmedicin: en antologi*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).
- Deeks, Amande, Cathrine Lombardo, Janet Michelmor & Helena Teede (2009). ”The effects of gender and age on health related behaviors.” *BMC Public health*, 9 (213). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/213>
- Doyal, Lesley (1995). *What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health*. Houndmills, Basingstoke: Macmillan.
- Jarlerts, Urban (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Granovetter, Mark S. (1973). ”The Strength of Weak Ties.” *American Journal of Sociology*, 78(6):1360-80.
- Gurr, Ted Robert (2011). *Why Men Rebel*. Fortieth Anniversary Edition. London: Routledge.
- Hidalgo, M. Carmen & Bernardo Hernández (2001). ”Place attachment: conceptual and empirical questions.” *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273–281.
- Macintyre, Sally, Anne Ellaway & Steven Cummins (2002). ”Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?” *Social Science & Medicine*. 55(1): 125-139.
- Manzo, Lynne. C. (2003). ”Beyond house and haven: toward a revisioning of emotional relationships with places.” *Journal of Environmental Psychology*, 23(1), 47–61.
- Marmont, Michael (2004). ”Status syndrome.” *Significance*, 1(4):150-154.
- Marmont, Michael G. (2006). ”Status Syndrome: A Challenge to Medicine.” *JAMA*, 295(11):1304-07.
- Marmont, Michael, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health (2007), ”Achieving health equity: from root causes to fair outcomes,” *Lancet* 2007; 370: 1153–63.
- Melinder, Karin & Anders Schaerström (red.) (2005). *Platsen, individen och folkhälsan teorier, metoder och tolkningar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

- Norberg, Johan R (2017) *Statens stöd till idrotten: uppföljning 2017*. Stockholm: Centrum för idrottsforskning.
- Prop. 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.
- Rapp, Michael A., Ulrike Kluge, Simone Penka, Azra Vardar, Marion C. Aichberger, Adrian P. Mundt, Meryam Schouler-Ocak, Mike Mösko, Jeffery Butler, Andreas Meyer-Lindenberg & Andreas Heinz (2015). "When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities." *World Psychiatry*, 14(12):249-250.
- Rollero, Chiara & Norma De Piccoli (2010). "Does place attachment affect social well-being?" *European Review of Applied Psychology*, 60(4), 233-238.
- Rostila, Mikael & Susanna Toivanen (red.). (2012). *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber.
- Simmel, Georg. (1981). *Hur är samhället möjligt? och andra essäer*. Göteborg: Korpen.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Bostadsområdet – en hälsofrämjande arena*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- 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.
- Uzzell, David & Gabriel Moser (2006). "Environment and quality of life." *European Review of Applied Psychology*, 56:1-4.
- Willson, Andrea E. (2009). "Fundamental Causes' of Health Disparities: A Comparative Analysis of Canada and the United States." *International Sociology* 24 (1): 93-113.

