

Psykosocial hälsa i samhällsplanering

En litteraturbaserad studie om
kontextuella & kompositionella
faktorer i bostadsområdet

Sahlgrenska akademien

Författare: Ida Rosvall
Jenny Grannas Nyström

Folkhälsovetenskapligt program
med hälsoekonomi, 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med
hälsoekonomi I, VT 2012

Omfattning: 15 hp

Handledare: Carin Staland Nyman

Examinator: Annika Jakobsson



Svensk titel: Psykosocial hälsa i samhällsplanering: en litteraturbaserad studie om kontextuella och kompositionella faktorer i bostadsområdet

Engelsk titel: Psychosocial health in social planning: a literature-based study of contextual and compositional factors in the neighbourhood

Författare: Ida Rosvall, Jenny Grannas Nyström

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2012

Omfattning: 15 hp

Handledare: Carin Staland Nyman

Examinator: Annika Jakobsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Det finns intentioner från statligt håll i Sverige att skapa riktlinjer och verktyg för en hälsofrämjande samhällsplanering. Fältet är i en svensk kontext relativt obeforskat gällande psykosocial hälsa och bostadsområdet. **Syfte:** Studien syftade till att undersöka på vilket sätt samhällsplaneringen kan påverka individers hälsa. Fokusområdet var kontextuella och kompositionella faktorer relation till individers psykosociala hälsa och vilka kontextuella risk- och friskfaktorer som finns i bostadsområdet. **Metod:** En litteraturbaserad studie genomfördes och 15 vetenskapliga artiklar låg till grund för kartläggningen. **Resultat:** Individers psykosociala hälsa i bostadsområdet påverkades både av kontextuella och kompositionella faktorer. En stor del av litteraturen visade en samvariation mellan dessa nivåer. Huvudfyndet var att litteraturen var mer enig i frågan om kompositionella faktorer påverkan på den psykosociala hälsan. De kontextuella faktorerna var svårare att särskilja och det är svårt att säga hur de påverkar den psykosociala hälsan. Den tydligaste riskfaktorn i bostadsområdet var hög genomflyttning och den viktigaste friskfaktorn var högt socialt deltagande. **Diskussion/Slutsats:** Överkontrollering för kompositionella faktorer i den analyserade litteraturen kan ha lett till felaktiga slutsatser beträffande de kontextuella faktorernas association med psykosocial hälsa. En faktor som visade sig viktig för den psykosociala hälsan var deltagande, därmed anses det viktigt att utveckla interventioner i bostadsområdet för att främja invånarnas delaktighet och inflytande. I nuläget finns verktyg för att bedöma sociala och hälsomässiga konsekvenser av samhällsplaneringen, en så kallad Hälsokonsekvensbedömning. Denna studie ger implikationer för det strategiska folkhälsoarbetet i kommunerna.

Nyckelord: Psykosocial hälsa, bostadsområde, kontextuella och kompositionella faktorer, risk- och friskfaktorer, samhällsplanering.

ABSTRACT

Introduction: There are intentions from the Swedish government to provide guidelines and tools for a healthy social planning. The field is in a Swedish context relatively unstudied regarding psychosocial health and the neighbourhood. **Aim:** The study aimed to examine how social planning can affect the health of individuals. The focus areas were contextual and compositional factors related to individuals' psychosocial health and the contextual risk- and health factors that exist in the neighbourhood. **Method:** A literature-based study was conducted and 15 scholarly articles form the basis for analyse. **Results:** Individuals' psychosocial health in the neighbourhood was influenced by contextual and compositional factors. The majority of the literature shows a co-variation between the two. The most important finding in the literature was consistent on the issue of compositional factors' influence on individuals' psychosocial health. The contextual factors were more difficult to ascertain and to say how they affect the psychosocial health. The most important risk factor in the neighbourhood was high residential instability and the key health factor was high social participation. **Discussion:** Over-adjustment for compositional factors in the analysed literature may have lead to erroneous conclusions about the contextual factors' association with psychosocial health. One factor that proved important for the psychosocial health was participation; hence, it is important to develop interventions in the neighbourhood to promote social participation. Currently there are tools that assess social impact of social planning; one is the so-called Health Impact Assessment (HIA). This study provides implications for the strategic public health efforts at the municipal level.

Key Words: Psychosocial health, neighbourhood, contextual and compositional factors, risk and health factors, social planning.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Bostadspolitik i Norden.....	1
2.1.1 Bostadspolitik i Sverige	1
2.1.2 Bostadspolitik i övriga Norden	2
2.2 Hållbar social utveckling.....	3
2.3 Healthy Cities	3
2.4 Folkhälsa	4
2.4.1 Bostadsområdet som hälsofrämjande arena	4
2.4.2 Bostadsområdets kontext och komposition – en förklaringsmodell	5
2.5 Teoretiskt ramverk	6
2.5.1 Socialt kapital	6
2.6 Samhällsplanering och hälsa	8
3. Syfte	8
4. Metod	8
4.1. Val av metod för studie	9
4.2 Genomförande	9
4.2.1 Inklusions- och exklusionskriterier	9
4.3. Datainsamling.....	10
4.4. Urval.....	11
4.5. Analysmetod.....	11
4.6. Etiska förhållningssätt	11
5. Resultat.....	12
5.1 Kontextuella och kompositionella faktorer i bostadsområdet och hur dessa relaterar till psykosocial hälsa.....	12
5.1.1 Kontextuella faktorer.....	12
5.1.2 Kompositionella faktorer.....	14
5.2 Risk- och friskfaktorer i bostadsområdet	16
5.2.1 Riskfaktorer i bostadsområdet.....	16
5.2.2 Friskfaktorer i bostadsområdet.....	17
6. Diskussion	17
6.1 Metoddiskussion.....	17
6.2 Resultatdiskussion.....	18
6.2.1 Samhällsplanering och hälsa	19
6.2.2 Socialt deltagande och förutsättningar för inflytande och makt	20
6.2.3 Områdets sociala struktur.....	20
6.2.3.1 Social sammanhållning	21
6.2.4 Avslutande diskussion.....	22
7. Slutsats	23
8. Referenser.....	24
Bilaga 1: Artikelsammanställning	

1. Inledning

Inom folkhälsovetenskapen är individers egenskaper och beteende tätt sammankopplade med de strukturella och sociala förutsättningar som finns i omgivningen. Ett område som är intressant och delvis obeforskat är samhällsplaneringens relation till hälsa. Bostadsområdet är både en fysisk och social plats där människor möts i vardagen och det är en möjlig arena för lokalt hälsofrämjande arbete. Delaktighet och inflytande samt ekonomiska och sociala förutsättningar är två strukturella målområden för folkhälsan som är av stor vikt för de sociala aspekterna av samhällsplaneringen.

Denna studie belyser kontextuella områdesfaktorer och kompositionella faktorer och dess respektive relation till människors välbefinnande. Dessutom kommer risk- och friskfaktorer relaterade till kontexten att identifieras.

2. Bakgrund

Bakgrunden ger en överblick över de områden som anses relevanta för att bygga en förståelse kring samhällsplanering och de övergripande politiska och sociala kontexter som bostadsområdet befinner sig i.

2.1 Bostadspolitik i Norden

De nordiska länderna är förhållandevis lika i fråga om politisk struktur och välfärdssystem. Bostadspolitiken och dess prioriteringar skiljer sig däremot i vissa avseenden och därför presenteras även bostadspolitikens övergripande mål i de andra nordiska länderna. Samhällsplaneringens ram slås bland annat fast i bostadspolitiken.

2.1.1 Bostadspolitik i Sverige

Under efterkrigstiden och fram till mitten av 1970-talet var huvudfokus för bostadspolitiken att minska bostadsbristen som var en konsekvens av urbaniseringen och allt mindre och fler hushåll (1). Befolkningsmängden hade även ökat med 1,7 miljoner under perioden 1940-1970 och människor hade på många sätt fått bättre livsvillkor, vilket lett till ökad livslängd (2). En betydligt större befolkning innebar ett kraftigt ökat behov av bostäder. Ett flertal av de lägenheter som fanns hade inte tillräckligt god boendestandard och behövde moderniseras (1). År 1965 beslutade regeringen att Sverige skulle bygga sig ur bostadsbristen genom det så kallade miljonprogrammet. En miljon lägenheter och småhus skulle byggas under perioden 1965-1974 (1). Programmet lyckades lösa bostadsbristen, däremot blev det senare problemet att människor flyttade från områdena och att vissa grupper undvek att flytta dit, vilket innebar att lägenheter kom att stå tomma. Detta gav en möjlighet för socialt utsatta grupper att få en bostad, de som tidigare haft problem med att få en lägenhet. Områdena fick rykte om sig att vara ghetton och upplevdes som monotont utformade vilket ledde till boendesegregation (1).

Mellan 1975-1986 karakteriserades bostadspolitiken främst av att lösa problemen med förvaltning av bostäder och att skapa mer attraktiva boendemiljöer (1). Från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet började bostadsfinansieringen ses som ett problem som behövde avskärmats från resten av ekonomin. Det tidigare problemet med bostadsbrist ansågs vara löst vid denna tid. Perioden mellan 1997-2006 var det bostadsbrist i storstadsregioner och bostadsöverskott på landsbygden. Bostadsbristen var främst hög bland unga och studenter (1). Under senare år har miljonprogrammen återigen hamnat i fokus för samhällsplaneringen, genom skapandet av mer attraktiva boendemiljöer. Boverket är ansvarig myndighet för miljömålet som benämns god bebyggd miljö (3).

2.1.2 Bostadspolitik i övriga Norden

När Sverige satsade på produktion av allmännyttiga hyresrätter satsade Norge på ägarbostäder med hjälp av fördelaktiga lån (4). Idag äger 8 av 10 norrmän sin bostad. Från att ha haft fokus på att bygga bostäder till rimliga priser skedde en ”bostadssocial vändning” i början av 1980-talet. Den innebar att man gick från ett generell utlånings- och subventionssystem till ett system mer inriktat på selektiva subventioner till missgynnade grupper som annars har svårt att få bostad (5). Hyresmarknaden i Norge är helt avreglerad och karakteriseras av omfattande privat bostadsuthyrning och korttidskontrakt (4).

Isländsk bostadspolitik har reviderats i finanskrisens spår, med huvudsyfte att ”åstadkomma en fullgod boendesäkerhet för samtliga hushåll och att främja social sammanhållning och ekonomisk stabilitet” sid.3 (6). Målsättningen är att skapa jämlika förutsättningar i befolkningen och uppfylla statens övergripande sociala mål (6).

I Finland äger två tredjedelar av befolkningen sin bostad (4). Hyresmarknaden är uppdelad i en reglerad och en oreglerad del. Den förstnämnda innebär statligt finansierade hyresbostäder där hyrorna fastställs efter självkostnadspris och som fördelas efter social behovsprövning. Finland har genom olika insatser under 2000-talet försökt möta de utmaningar som finns gällande bostadspolitiken och ett program har utformats för att hantera bostadslösheten i landet (4). Finanskrisens påverkan på bostadssektorn hanterades genom att staten införde tillfälliga insatser för att gynna bostadsbyggandet. För att möta utmaningar i huvudstadsregionen har Finland utvecklat en metropolpolitik där frågor som planering av mark, boende och trafik ligger till grund för utvecklingen (4).

I Danmark avskaffades 2001 myndigheten och ministern som ansvarade för bostadspolitiken, något som kritiserades för att vara oansvarigt och 2011 återupptog regeringen myndigheten (4). Politiken är inriktad på att lösa bostadsfrågan för särskilda grupper. I Danmark är hyrorna kostnadsbestämda, vilket innebär att kostnaderna för byggandet och driften av bostadshusen bestämmer hyran. Landet har en privat hyresmarknad som till största del är reglerad. Det är kommunerna som fattar beslutet om hyran ska vara reglerad eller oreglerad (4). Allmännyttan i Danmark har börjat likna social housing, det vill säga ett boende för resurssvaga grupper – till skillnad från

allmännyttan i Sverige som är öppen för alla (7). På senare tid har en strategi lagts fram för att förändra livsvillkoren för dem som bor i utsatta områden, segregationen i landet är en prioriterad fråga (4).

Precis som i Danmark har den svenska regeringen identifierat boendesegregationen som ett problem. Vidare finns skrivningar i en proposition från 2005, Strategiska utmaningar: En vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling, om att social, ekonomisk och diskriminerande segregation måste motverkas (8).

2.2 Hållbar social utveckling

I ovan nämnda regeringsproposition från 2005 konstateras att cirka 86 procent av befolkningen bor i urbana områden. Propositionen lyfter fram hållbar stadsplanering som ett prioriterat område där det krävs insatser för att alla människor ska ha goda livsvillkor (8). Bostadspolitiken inbegriper allas rätt till bostad. Hemlöshet bör motverkas och boendesegregationen är ett prioriterat problem. Regeringen pekar i sin proposition på att det finns fördelar med urbaniseringen såsom ökad välfärd och effektivare lösningar kring till exempel kollektivtrafik (8). Det finns även problem; människor upplever anonymitet och miljömässiga faktorer som buller, luftföroreningar och trängsel är hälsoskadliga. Grönområden är en friskfaktor, men när städer blir allt mer tätbebyggda minskar människors närhet till dessa (8). Regeringen menar i sin proposition från 2005 att ett hållbart stadsplaneringsperspektiv bör innefatta aspekter kring trygghet då det är viktigt att människor känner sig säkra mot våld och övergrepp i sitt närområde. Att möta dessa utmaningar kräver ett mångfacetterat grepp om problemet och i propositionen prioriterar man fyra punkter. Dessa är att bygga hållbara samhällen, stimulera en god hälsa på lika villkor, möta den demografiska utmaningen och främja en hållbar tillväxt där en progressiv välfärds- och miljöpolitik betonas (8). Som en politisk vision ska hållbart samhällsbyggande ge människor möjlighet till medinflytande och ett aktivt deltagande i samhället (8). Ett nätverk initierat av Världshälsoorganisationen (WHO) antar istället en mer praktisk hållning för att adressera hälsofrämjande samhällsplanering på policynivå i kommuner (9).

2.3 Healthy Cities

Healthy Cities är ett globalt nätverk startat av WHO för att kunna påverka urban hälsa i framför allt industrialiserade länder (10). Nätverk är främst aktivt i Europa. Målet med nätverket är att visa att hälsa är ett komplext begrepp och att det är möjligt att påverka människor livsvillkor. Healthy Cities betonar att det är av vikt att engagera alla nivåer i samhället, från nationell politisk nivå ner till lokala beslutsfattare. Ett hälsofrämjande synsätt redan på planerings- och policynivå är viktigt för att kunna påverka utsatta grupper i samhället. Nätverket vill belysa frågor gällande ojämlikhet och fattigdom och skapa kunskap om hur sociala, ekonomiska och miljömässiga bestämningsfaktorer påverkar individers hälsa (10). Healthy Cities vill att alla instanser i samhället får förståelse för hur komplex folkhälsan är och att det inte enbart är hälso- och sjukvårdens ansvar att ge människor möjlighet till en god hälsa.

2.3.1 Healthy Cities arbete i Sverige

I Sverige arbetar nätverket strategiskt för att jämna ut ojämlikheter i folkhälsan och skapa en gemensam grund för hållbar utveckling (9). De arbetar med att finna lösningar på hur vi i framtiden ska planera och utveckla våra städer för att säkerställa en hållbar social utveckling. I det svenska Healthy Cities nätverket är 15 städer medlemmar (9). Under 2011 jobbade Healthy Cities Sverige främst med att skapa samhällsekonomiska och organisatoriska modeller för implementering av interventioner med bostadsområdet som bas. Några framgångsrika metoder har varit att arbeta in folkhälsa och hållbar utveckling i kommuners budgetar och styrprocesser samt att utse särskilda ansvariga politiker för frågan (9).

Inför framtiden anser Healthy Cities Sverige att budskap gällande sociala hållbarhetsaspekter som jämlikhet och rättvisa är av betydelse för den strategiska planeringen och utvecklingen av det dagliga arbetet i kommunerna (9). Det är viktigt att uppmärksamma kommunerna på att målen med folkhälsan bör prioriteras istället för att ha ekonomin som utgångspunkt. För det framtida arbetet anses förståelse för och utveckling av samverkan vara en prioriterad fråga för att säkerställa att arbetet går framåt och att de kompetenser som finns utnyttjas (9). På nätverkets hemsida står det att deras övertygelse är att ”det går att planera för en jämlik folkhälsa och jämlika förutsättningar för hållbar utveckling” (9).

2.4 Folkhälsa

Det övergripande målet för folkhälsan i Sverige är att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” sid. 1 (11). Folkhälsoarbetet har sin utgångspunkt i 11 målområden som utgår från hälsans bestämningsfaktorer. De sex målområden som är kopplade till samhällsplanering är delaktighet och inflytande, ekonomiska och sociala förutsättningar, barn och ungas uppväxtvillkor, miljö och produkter, fysisk aktivitet samt matvanor och livsmedel (12). En hälsofrämjande samhällsplanering ska alltså ta hänsyn till ovanstående målområden. I den nya folkhälsopolitiska propositionen som grundlades 2007 ändrades fokus från specifika folkhälsosjukdomar till individers olika livsvillkor (13). Detta innebar ett skifte, folkhälsoarbetet utgår nu från att individers hälsa påverkas av ett antal bestämningsfaktorer som kan bidra till både hälsa och ohälsa (13).

Förutom fysisk och mental hälsa är social hälsa viktig för helheten. Region Skåne definierar på sin hemsida psykosocial ohälsa som ”psykiska, somatiska (kroppsliga) eller psykosomatiska besvär och symtom som har samband med de problem den enskilde har i sin livssituation” (14). Det kan vara stressymtom på grund av otrygghet eller maktlöshet över sin situation och är kopplat till delaktighet och inflytande samt ekonomisk och social trygghet (12). De sociala aspekter som påverkar människors välbefinnande i den ena eller andra riktningen är således faktorer som påverkar den psykosociala hälsan.

2.4.1 Bostadsområdet som hälsofrämjande arena

WHO:s Ottawa Charter for Health Promotion definierar begreppet hälsofrämjande som en process där människors hälsa förbättras och där deras kontroll över sin egen hälsa stärks (15). Förutom de grundläggande förutsättningarna för hälsa, däribland fred, utbildning och social rättvisa, slår man fast att hälsa handlar om personliga och sociala resurser likväl som fysisk kapacitet. Hälsofrämjande insatser definierades därför som en angelägenhet som sträcker sig vida utanför hälso- och sjukvårdssektorn (15).

I Folkhälsoinstitutets (FHI) rapport Platsen, individen och folkhälsan definierades grannskap som en social plats där människor möts naturligt (16). Grannskapet kan exemplifieras som stadsdelar och i mindre skala bostadsområden. I regeringens proposition En förnyad folkhälsopolitik från 2007 används begreppet hälsofrämjande miljö och arena (13). En hälsofrämjande arena utgår från de gemensamma miljöer som människor och grupper delar i vardagen, till exempel bostadsområdet (13). Stödande miljöer beskrivs ofta utifrån möjligheterna till fysisk aktivitet. FHI nämner att de sociala aspekterna behöver utvecklas, det vill säga hur tryggt och säkert ett område upplevs, om det finns mötesplatser och möjligheter till en meningsfull fritid (17). Bostadsområdet kan därmed vara en arena att utgå från gällande det lokala förebyggande arbetet. En prioriterad fråga är då att ge de boende verktygen att själva komma med idéer och sätta agendan för deras bostadsområde (13).

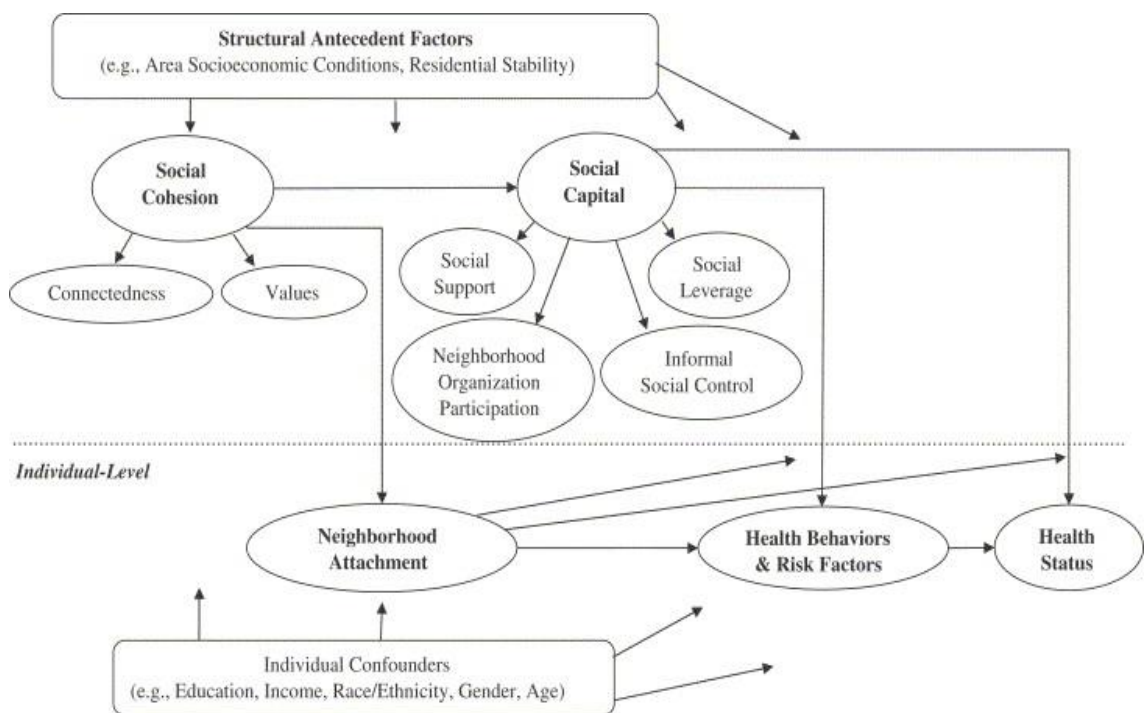
I översikten Bostadsområdet: en hälsofrämjande arena, som FHI har tagit fram, lyfts risk- och friskfaktorer med att bo i vissa typer av bostadsområden (2). De visade att socioekonomiska faktorer utanför individen hade en hög påverkan på människors hälsa (2). En studie visade till exempel på att det fanns en korrelation mellan ett områdes socioekonomiska status och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom (18). En svensk studie hade på samma sätt visat att i materiellt utsatta områden hade män och kvinnor signifikant högre risk att insjukna i hjärtinfarkt (19). En amerikans studie hade påvisat att boendemiljöns utformning har påvekan på de boendes fysiska aktivitet (20).

Nyckelfaktorer för att människor i ett bostadsområde ska må bra är att det finns naturliga mötesplatser, att det är rent och snyggt både ute och inne samt att området är välskött i allmänhet (2). Ansvaret att sköta detta ligger på planeringsnivå för lokalsamhällen och är beroende av att bostadsbolagen sköter sin förvaltning. Friskfaktorer i ett bostadsområde är dessutom att de boende känner tillit till varandra, kan nå fastighetsförvaltaren vid behov, har inflytande över sin boendesituation, kan känna delaktighet i utvecklingen av område och att man får information om planerade förändringar i området (2).

2.4.2 Bostadsområdets kontext och komposition – en förklaringsmodell

I epidemiologin studeras ofta geografiska platser och områden utifrån deras betydelse för hälsan för de som bor eller vistas i dessa (21). Kontextuella faktorer som påverkar individer oberoende av vilka som bor i bostadsområdet, är till exempel hur området ser ut och är planerat och om det finns möjligheter att demokratiskt påverka områdets utveckling. Strukturella faktorer på områdesnivå kallas i denna studie för kontextuella faktorer och exempel på dessa är områdets socioekonomi och genomflyttning i bostadsområdet, vilket visas i figur 1 nedan. Social sammanhållning (social cohesion)

påverkas av kontextuella faktorer. En hög nivå av social sammanhållning bidrar till skapandet av socialt kapital och känsla av tillhörighet i området (neighborhood attachment). Både kontextuella och kompositionella faktorer bidrar till skapandet av socialt kapital. Kontextuella faktorer ställs dock ofta i motsats till kompositionella, som beror på sammansättningen av individerna i området (21). Individernas egenskaper, som till exempel ålder, kön, utbildning, inkomst och etnicitet bidrar till den kompositionella effekten i området, däremot inte till den kontextuella. De kompositionella faktorerna kan bidra till ett visst hälsobeteende och en känsla av tillhörighet bland boende i området, som i sin tur kan leda till en högre nivå av socialt kapital och bättre hälsa. Tvärtom kan kompositionella faktorer leda till låg känsla av tillhörighet och ett ohälsosamt beteende. Dessa två perspektiv, det kontextuella och det kompositionella, är inte alltid enkla att hålla isär, utan går ofta in i varandra (21). I figur 1 nedan illustreras samvariationen mellan dessa nivåer.



Figur 1. Modell för kontextuella och kompositionella faktorer i bostadsområdet och dess påverkan på skapandet av socialt kapital och hälsoutfall på individnivå, sid. 169 (22).

2.5 Teoretiskt ramverk

I den nationella folkhälsopolitiken har man slagit fast att delaktighet och inflytande är ett viktigt mål att uppnå (13). Bostadsområdet är en arena där dessa mål går att koppla till teorier om socialt kapital, där delaktighet är en viktig faktor.

2.5.1 Socialt kapital

Två teoretiker ges utrymme i detta stycke; den amerikanske statsvetaren Robert Putnam och den franske sociologen Pierre Bourdieu. Putnam bidrar med teorier om hur överbyggande socialt kapital kan skapa nätverk och deltagande i bostadsområdet. Bourdieu tillför aspekter kring hur social och ekonomisk makt påverkar socialt kapital och ger bostadsområdet en koppling till övergripande samhällsstrukturer.

Putnam definierar socialt kapital som ”drag i social organisering, till exempel nätverk, normer och social tillit, som underlättar samordning och samarbete för ömsesidig nytta” (23). En hög nivå av tillit och solidaritet mellan individer i ett samhälle gör att man delar väsentliga värderingar och dessa kommer ur ett högt deltagande i gemensamma sociala aktiviteter. Ett aktivt deltagande i civilsamhället är därför viktigt för utvecklandet av socialt kapital (24). En högre nivå av socialt kapital har visat sig bädda för en bättre ekonomisk och social utveckling i en jämförelse mellan geografiska områden (25). En utveckling av begreppet har delat in det sociala kapitalet i en sammanbindande (bonding), en överbyggande (bridging) och en sammanlänkande del (linking) (24). På bostadsområdesnivå är det framför allt överbyggande socialt kapital och stärkandet av de ”lösa nätverken” som är relevanta, till skillnad från familjer och andra starkare sammanhållna nätverk. Socialt kapital har både individuella och kollektiva aspekter, då både enskilda individer och samhället gynnas av att medborgare ingår och deltar i sociala nätverk (26). Socialt kapital skapas genom samhälleligt deltagande och detta ger teorin relevans på grupp- och samhällsnivå och vidare hur interventioner kan utformas. Putnam identifierar tre komponenter i socialt kapital:

- Mellanmänskligt förtroende
- Sociala normer
- Deltagande i formella och informella nätverk (24)

Bourdieu teorier om socialt kapital rör sig kring hur social klass och orättvisor är socialt reproducerade (27). Han betonar maktaspekterna av socialt kapital och hur dessa påverkar klasstrukturerna i samhället (27). Det sociala kapitalet, eller bristen därav, är enligt Bourdieu en produkt av samhällets ekonomiska ordning (24). Han menar också att socialt kapital inte uppstår av sig själv utan att det är ett resultat av individers eller kollektivs investeringsstrategier, med syfte att bygga sociala relationer som är gynnsamma på kort eller lång sikt (26). Vidare argumenterar han för att individer och grupper med stort ekonomiskt och kulturellt kapital har betydligt större möjligheter att även stärka det sociala kapitalet (26).

Världsbanken nämner närsamhället som en källa till socialt kapital, då man arbetar tillsammans för det gemensammas bästa. Man menar att detta är särskilt viktigt för fattiga, då socialt kapital i deras definition kan ses som ett substitut för brist på human- och fysiskt kapital (28). Ett ökat socialt deltagande i närsamhällen och bostadsområden kan vara en del i att uppfylla de mer strukturella folkhälsomålen som berör delaktighet, inflytande och demokrati (12). Inom det socialepidemiologiska forskningsområdet har man bland annat studerat vikten av sociala nätverk och socialt stöd för människors hälsa. Denna forskning har visat relativt starka samband mellan nämnda sociala faktorer och god hälsa hos individen (24). Sambandet mellan strukturella sociala faktorer (som fattigdom), socialt kapital och hälsa är omdiskuterat och i stort saknas det kunskap på

området (26). På lokalsamhällelig nivå används ofta begreppet empowerment, som anses vara en metod som ger hälsofrämjande interventioner bättre slagkraft och mer lyckad implementering. Empowerment är en metod för deltagande och kan vara en del i att öka deltagande och hälsa (26).

2.6 Samhällsplanering och hälsa

Delaktighet och inflytande i samhället är ett av de övergripande målen för folkhälsan i Sverige och borgar för makt i demokratiska processer och över sin egen livssituation. Maktlöshet och brist på inflytande är starkt förknippat med ohälsa. För att nå målet ska särskilt vikt läggas vid att öka möjligheten och förmågan till social delaktighet (12). Sociala och ekonomiska förutsättningar är viktiga faktorer för hälsa, och är det andra målet för folkhälsan i Sverige. Under målet ryms ekonomisk och social trygghet, tillgång till utbildning samt jämlikhet, jämställdhet och rättvisa. Hälsan i befolkningen ska vara jämlikt fördelad och inte – som idag – beroende av vilken inkomst, vilket kön eller bakgrund personer har (12).

I bakgrunden har ett antal aspekter av bostadsområdet som hälsofrämjande arena presenterats. Det finns internationella initiativ som arbetar för hälsofrämjande samhällsplanering och hållbar social utveckling. I Sverige har en tidigare regering lagt fram propositionen Strategiska utmaningar: En vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling (8) och frågan har främst belysts av de statliga myndigheterna Boverket och Folkhälsoinstitutet (2, 29). Bostadsområdet är en arena som finns nära människor i vardagen och därmed kan det vara av intresse att studera hur denna miljö kan påverka människors psykosociala hälsa. Denna litteraturbaserade studie ska undersöka vad som finns beskrivet i litteraturen angående möjliga kontextuella och kompositionella faktorer samt specifika risk- och friskfaktorer i bostadsområdet.

3. Syfte

Det övergripande syftet är att studera hur samhällsplanering kan påverka människors hälsa.

Frågeställningar

- Vilken kunskap finns om kontextuella och kompositionella faktorer i bostadsområdet och hur relaterar dessa till människors psykosociala hälsa?
- Vilka specifika risk- och friskfaktorer i bostadsområdet är relaterade till människors psykosociala hälsa?

4. Metod

4.1. Val av metod för studie

Metoden som använts var en litteraturbaserad studie. Den användes för att få en överblick över ett begränsat forskningsområde och används ofta för att skapa en grund för ett framtida empiriskt arbete (30). En litteraturbaserad studie var passande då problemformuleringen var bred. I detta fall valdes en litteraturbaserad studie då syftet var att ta reda på vad det finns för kunskap kring kontextuella och kompositionella faktorer samt vilka specifika risk- och friskfaktorer som finns i bostadsområdet. Fältet är relativt obeforskat i Norden.

4.2 Genomförande

4.2.1 Inklusions- och exklusionskriterier

Med hänsyn till syftet och frågeställningarna fastställdes ett antal inklusions- och exklusionskriterier för att utsortera relevanta vetenskapliga artiklar. Kriterierna formulerades vidare för att få ett hanterbart och relevant material att utgå ifrån (30).

Inklusionskriterier

- Publicerade i vetenskapliga tidsskrifter
- Publicerade efter 1997
- Skrivna på svenska eller engelska
- Forskning utförd i Sverige, Norge, Danmark, Finland och Island
- Går att läsa i fulltext
- Fokus på närområdet och lokalsamhället
- Fokus på psykosocial hälsa
- Frisk- och riskfaktorer i bostadsområdet

Exklusionskriterier

- Review-artiklar
- Artiklar som fokuserar på enskilda grupper, till exempel barn, ungdomar, äldre
- Artiklar som enbart fokuserar på enskilda diagnoser
- Artiklar som enbart fokuserar på livsstilsfaktorer, till exempel rökning och fysisk aktivitet
- Artiklar som fokuserar på miljömedicinska faktorer
- Artiklar som fokuserar på arbetsmiljö
- Artiklar som fokuserar på fysiska skador

Ett utökat fokus på Norden gjordes av nödvändighet, då det var svårt att finna tillräckligt med vetenskapliga artiklar från Sverige. Inklusionen bedömdes relevant, då resultaten är mer jämförbara med svenska bostadsförhållanden än om resterande Europa eller världen inkluderats. Globalt sett skiljer sig bostadspolitiken, samhällsplaneringen

och problematiken mellan hög- och låginkomstländer. Det är även skillnader i en europeisk kontext och därmed har länder valts som i stor omfattning liknar Sverige. Genom att inledningsvis göra en övergripande sökning gjordes bedömningen att innefatta vetenskapliga artiklar från de senaste 15 åren. De begränsningar som valts baserades på den inledande övergripande sökningen då stor del av litteraturen gällande bostadsmiljö och hälsa fokuserade på miljömässiga hälsfaktorer, fysisk aktivitet, bostadsmiljön som riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och skador. Dessa exponeringar och utfall var inte i fokus för denna litteraturbaserade studien. Intentionen var att ta reda på hur samhällsplaneringen påverkar hälsan, specifikt vilka kontextuella och kompositionella faktorer som har relation till människors psykosociala hälsa samt att redogöra för vilka risk- och friskfaktorer i bostadsområdet som är kopplade till psykosociala hälsa.

4.3. Datainsamling

Inledningsvis gjordes en genomgång av de databaser som ansågs relevanta för syftet. Två databaser användes till en början; Scopus och PubMed. PubMed valdes bort då sökningarna utgår ifrån MeSH-termer, vilket gjorde att sammansatta sökord delades upp i till exempel "social" och "environment". Detta gjorde sökningarna irrelevanta och svåra att begränsa. Sökresultaten i PubMed överlappade dessutom en del med det material som hittades i Scopus. Scopus valdes därmed som primär databas. En fördel med Scopus ansågs vara att databasen utgår ifrån ett stort material från nästan 20 000 tidskrifter från olika discipliner inom sociologi, samhällsvetenskap och medicin (31) vilket är de områden som behövdes för att besvara syftet. Sökord utformades utifrån syfte, frågeställningar och inklusionskriterierna. De har varierat över sökningarna för att innefatta ett flertal olika aspekter och synonymer gällande bostadsområde, närområde och hälsa (se tabell 1). De sökord som användes men inte gav ytterligare relevant material var social support, risk factors och social capital.

Tabell 1. Översikt litteratursökning

Databas	Datum	Sökord, begränsningar, utvalda artiklar	Antal träffar
Scopus	20/4-12	Neighbourhood + public health 1997* → Begränsa till: Norden Valda utifrån artikelrubrik: Valda utifrån abstract:	1326 54 8 8
Scopus	20/4-12	Neighbourhood + social environment + health 1997 → Begränsa till: Norden Valda utifrån artikelrubrik: Valda utifrån abstract:	801 29 3 3
Scopus	20/4-12	Community + health factors 1997 → Begränsa till: Norden Valda utifrån artikelrubrik: Valda utifrån abstract:	190 8 1 1
Scopus	20/4-12	Community + public health + risk factors 1997 →	3161

		Begränsa till: Norden Valda utifrån artikelrubrik: Valda utifrån abstract:	134 1 0
Scopus	20/4-12	Urban + health promotion 1997 → Begränsa till: Norden Valda utifrån artikelrubrik: Valda utifrån abstract:	2634 89 2 2
Scopus	25/4-12	Residence characteristics + psychosocial 1997 → Begränsa till: Norden Valda utifrån artikelrubrik: Valda utifrån abstract:	344 21 1 1
		Totalt antal artiklar valda utifrån abstract	15

* Publicerade från 1997 och framåt

4.4. Urval

Titlarna granskades för att kontrollera att de överensstämde med inklusionskriterierna, de titlar som ej överensstämde valdes bort. Artiklar som behandlade aspekter ur exklusionskriterierna uteslöts. 16 artiklar valdes utifrån titlarna i de olika sökningarna. Därefter lästes abstracten och en artikel valdes bort. Artiklarna har granskats utifrån kvalitetskriterier från Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (30). De valda artiklarna ligger till grund för analysen och en sammanställning av dessa återfinns i bilaga 1.

4.5. Analysmetod

Inledningsvis i analysen granskades de inkluderande artiklarna för att få en helhetsbild över materialet. Därefter lästes artiklarna grundligt för att finna likheter och/eller skillnader i resultat innehåll och i hur författarna tolkat sina resultat med avseende på syfte och frågeställningar i den föreliggande studien (30). Under bearbetningen av materialet analyserades dessa utifrån kontextuella och kompositionella faktorer. Vidare identifierades risk- och friskfaktorer på en kontextuell nivå (bostadsområdet).

4.6. Etiska förhållningssätt

Det finns ett antal uttalade och outtalade normer som styr forskningen och dessa talar om vad god forskning är. Till stor del handlar etiska förhållningssätt inom forskning om forskarens roll i forskningsprocessen och hur anonymitet och informerat samtycke ska upprätthållas gentemot informanterna (32). Samtliga inkluderade artiklar bedömdes uppfylla de etiska kraven, då de alla individer och platser var anonymiserade. Många var delvis genomförda på aggregerade data vilket ytterligare minskar risken för etiska dilemman. Inom forskningsetiken diskuteras även hur forskningen ska överföras till övriga samhällen och vilka skyldigheter forskaren har att nå ut med sitt resultat. Genom att lägga ut uppsatsen på Göteborgs Universitets uppsatsdatabas GUPEA kommer allmänheten kunna ta del av resultatet. Mer allmän forskningsetik formulerade Robert Merton i de så kallade CUDOS-normerna som nämner ett antal villkor för god

forskning till exempel universalism, oegennyttan och organiserad skepticism (32). Urvalet gällande de artiklar som valdes ut har ej baserats på kön, ålder, etnicitet, ställning i samhället eller vilken tidskrift artikeln var publicerad i. Detta innebär att kravet på universalism har uppnåtts. Studien är ej gjord på uppdrag av utomstående aktörer. Det finns heller inte några ekonomiska motiv från författarna. Genom att kritiskt granska de artiklar som används i studien anses organiserad skepticism vara uppfylld.

5. Resultat

Resultatet presenteras i två huvudavsnitt; ett gällande kontextuella och kompositionella faktorer påverkan på psykosocial hälsa, i artiklarna beskriven som självskattad hälsa, allmänna ångestsymtom, otrygghet och upplevd stress. Därefter synliggörs (kontextuella) risk- och friskfaktorer i bostadsområdet i punktform. En sammanställning av inkluderade vetenskapliga artiklar återfinns i bilaga 1.

I sin artikel summerar Lindén-Boström et al på sida 13 möjligheterna i bostadsområdet enligt följande; ”Samhällen kan konstruera fysiska miljöer som främjar social interaktion och delaktighet och dessa kan i sin tur stödja utvecklingen av sociala nätverk, socialt stöd, känsla av samhörighet, samhällskompetens och en känsla av plats, som alla är viktiga faktorer för hälsa” (33).

5.1 Kontextuella och kompositionella faktorer i bostadsområdet och hur dessa relaterar till psykosocial hälsa

Resultatet nedan är uppdelat efter vilka kontextuella och kompositionella faktorer som författarna fann i sina respektive studier. Till största delen berör litteraturen båda aspekterna, varför de flesta artiklar återges i båda stycken.

5.1.1 Kontextuella faktorer

Kontextuella faktorer är de som berör den fysiska och sociala miljön, oberoende av de individer som bor i området. Exempel på kontextuella faktorer i den analyserade litteraturen var områdesbaserad politik, möjlighet till delaktighet och inflytande, föreningsaktiviteter, stabil social struktur och genomflyttning i bostadsområdet, positiva sociala band, social kontroll, socialt kapital, närhet till service, områdets socioekonomi, otrygghet och upplevda egenskaper i området (33-42).

I en studie av Fröding et al fann man att områdesbaserad politik och interventioner kan ha vissa positiva funktioner för invånare i ett bostadsområde (34). Områdesbaserad politik kan öka möjligheterna för medborgarna att delta i utvecklingen av sitt eget bostadsområde. Fröding et al problematiserade dock att även om politiken ger positiva effekter så når man inte de grundläggande orsakerna till stadsdelarnas sociala polarisering. Studien visade vidare att framgångsfaktorer för samhällsutveckling i

missgynnade områden är att behovet av extra ekonomiska resurser möts, att planeringen är både omfattande och långsiktig samt att boende får möjlighet till att delta och ha inflytande över processen (34). I en dansk studie fann man att arbete med kontextuella faktorer gjorde det möjligt att utveckla människors förmåga till deltagande och känsla av tillhörighet i bostadsområdet, vilket är viktiga delar i hälsofrämjande arbete (43). Det studerade området gick från att vara ett missgynnade område till att bli en trygg och fredlig plats där människor hjälpte varandra, tack vare insatser från volontärer (43). Hyypä och Mäki, som studerat den finska regionen Österbotten, menade att det från samhällets sida är lättare att understödja kontextuella faktorer såsom föreningsaktiviteter och hobbygruppsaktiviteter för att öka den psykosociala hälsan i befolkningen än att till exempel underlätta för vänskapsband, ömsesidig tillit och religiöst engagemang, som är mer av kulturell och privat karaktär (35).

I en studie om boendes syn på stödjande boendemiljö var den viktigaste kontextuella faktorn en stabil social struktur i bostadsområdet, med positiva sociala band och informell social kontroll (36). Kullberg et al fann att alla dessa faktorer var vanligare i villaområden än i områden med flerfamiljshus (36). Lindén-Boström et al studie visade att individer boende i flerfamiljshus och boende i områden utanför stadskärnan hade en hög association med låg självskattad hälsa, något som även var kopplat till områdesfaktorer såsom bostadsområdet karaktär och genomflyttning (33). Genomflyttningen i bostadsområdet var betydelsefull för individers hälsa. De som bott 1-5 år i samma område hade sämre hälsa än de som bott där i mer än 5 år (33). Författarna diskuterar att detta är viktigt för att en stabil social struktur skapas och upprätthålls i området. Vidare visade Kullberg et al studie att boende i villaområden var mer troliga att nämna funktioner i en stödjande sociala miljö som viktiga för känslan av gemenskap. I områdena med flerfamiljshus upplevde man å sin sida bristande efterlevnad av gemensamma värderingar och hotad integritet som ett problem (36).

De kontextuella faktorerna stod för 6.3 procent av den totala variansen, det vill säga skillnaden, i socialt deltagande, enligt Lindström et al i en studie från 2002 (37). Denna effekt reducerades, dock inte helt, när de individuella faktorerna introducerades i analysen. Slutligen kunde 1.5 procent av det sociala deltagandet härledas till områdesfaktorerna. Möjligen kan större del komma ur de kontextuella faktorerna, då det finns en risk att man överkontrollerat för kompositionella faktorer som kan ha kontextuellt ursprung (37). I en senare studie av Lindström et al (2004) fann man däremot ingen association mellan bostadsområden och skillnader i hälsa (44).

Hyypä och Mäki jämförde en svenskspråkig population med en finskspråkig i den finska regionen Österbotten (35). I studien framkom att socialt kapital i form av nätverk i bostadsområdet har hög korrelation med god självskattad hälsa (35). Svenskspråkiga hade en högre nivå av socialt kapital och studien visade att det fanns ett dos-respons samband mellan socialt kapital och hälsa, vilket antyder att det är denna skillnad som gav den svenskspråkiga gruppen en hälsomässig fördel (35). I en studie som undersökte huruvida kontextuellt socialt kapital var kopplat till självrapporterad hälsa fann Engström et al en association (38). Dessa resultat var dock inte signifikanta efter kontroll mot möjliga confounders som individuellt socialt kapital och sociodemografiska faktorer. Författarna påpekar dock att man möjligen hade

överkontrollerat för individuellt socialt kapital, som skulle kunna vara en mellanliggande faktor istället för en confounder (38). Därmed menade Engström et al att det inte kunde uteslutas att det finns en svag association mellan lågt kontextuellt socialt kapital och låg självskattad hälsa (38).

Malmström et al studerade sambanden mellan bostadsområde och självskattad hälsa (39). Områdets socioekonomi var i denna studie en oberoende riskfaktor för låg självskattad hälsa. Författarna resonerade att människor möjligen får sämre hälsa av att bo i ett missgynnat område med skadliga miljöer. Å andra sidan kan ett missgynnat område få folk att må sämre i allmänhet, oberoende av fysisk hälsostatus. En tredje förklaring kan vara att sjuka människor migrerar till missgynnade områden (39). Enligt Kawakami et al hade måttligt och mycket missgynnade bostadsområden i större utsträckning närhet till affärer, restauranger, servicetjänster, sportanläggningar och hälso- och sjukvårdsresurser (45). Dessa varor, tjänster och allmänna resurser kunde vara både hälsofrämjande och hälsoskadliga. Den skillnad i hälsa som fanns mellan missgynnade och rikare områden kunde inte förklaras med att de senare hade större tillgång till hälsofrämjande varor, tjänster och allmänna resurser. I bostadsområden som är missgynnade kan det finnas andra egenskaper, resonerade Kawakami et al, som påverkar människors hälsa negativt såsom nedgångna områden, graffiti, skräp och övergivna byggnader (45).

Ett antal studier berörde otrygghet i bostadsområdet (36, 40, 41). Lindström et al (2003) kom fram till att socialt kapital som kontextuell variabel i bostadsområdet, mätt som valdeltagande, delvis kunde förklara den upplevda känslan av otrygghet. En fjärdedel av informanterna uppgav att de kände sig otrygga i sitt bostadsområde (40). En annan studie av Lindström et al (2006) menade dessutom att det polisdistrikt människor tillhörde till viss del kunde förklara individers självrapporterade känsla av otrygghet i bostadsområdet (41). Detta kunde bero på polisdistriktens olika arbetssätt gällande strategier, styrning, policy och administrativa rutiner, resonerade författarna. Andelen individer som upplevde otrygghet i denna studie var lägre, 12.5 procent (41). Kullberg et al fann att en viktig trygghetsfaktor i både villaområden och områden med flerfamiljshus var adekvat utomhusbelysning (36). Lindén-Boström et al hittade ingen signifikans mellan hälsa och upplevda egenskaper i bostadsområdet, som hur nöjd man var med sitt boende eller område, eller upplevda miljöproblem i boendet eller området (33). Däremot fann Nielsen et al en association mellan distans till alla typer av grönområden och människors användning av dessa. Användning av grönområden var relaterat till minskad stress (42).

5.1.2 Kompositionella faktorer

Sammanställningen av boendens individuella egenskaper utgör kompositionella faktorer. Kompositionella faktorer är alltså beroende av individerna i bostadsområdet, till skillnad från kontextuella faktorer som är oberoende av individerna. Exempel på kompositionella faktorer i den analyserade litteraturen var födelseland, familjesituation, beteendefaktorer, social position i bostadsområdet, utbildningsnivå, ålder,

sjukskrivning, arbetslöshet, individuellt socialt kapital, ekonomisk stress, socialt deltagande och kön (33, 35, 37, 39-44, 46, 47).

I en artikel av Fröding et al om grannskapsutveckling och folkhälsointerventioner ville författarna ta reda på vilka individer som deltog i dessa (46). Av de sociodemografiska faktorerna var födelseland och familjesituation signifikanta för deltagande, den senare tappade signifikans då beteendefaktorer inkluderades i analysen. Högt aktivt engagemang och politiska diskussioner med grannar var den starkaste förklarande faktorn för deltagande i områdesutveckling, någonting som var oberoende av utbildnings- och inkomstnivå (46). Personer med en större förmåga till agerande deltog i högre utsträckning i områdesutveckling. Medborgare födda utanför Norden var mindre troliga att delta medan ensamstående föräldrar tenderade att delta mer. Individer med högre utbildning, högre årsinkomst och högre upplevd medborglig plikt verkade delta mer i områdesutveckling (46). Även Larsen et al resonerade i sin artikel från Danmark kring vilka individer det var som deltog och varför (43). Det var endast ett fåtal i bostadsområdet som deltog i aktiviteter, och dessa individer hade ett stabilt socialt nätverk. Genom att dessa deltog i områdesutvecklingen skapades en känsla av meningsfullhet, en identitet, känsla av sammanhang och att man genomförde meningsfulla uppgifter (43). Dessa individer blev stärkta och det blir mer troligt att de deltar i politiska diskussioner. Individens roll och status i bostadsområdet påverkade i vilken grad de deltog i institutionaliserade områdesaktiviteter. Studien visade också att individer med annat födelseland än Danmark var mindre sannolika att delta i områdesaktiviteter (43).

I en svensk studie jämförde Lindström et al (2002) kontextuella områdesfaktorer med kompositionella faktorer påverkan på socialt deltagande och socialt kapital (37). I linje med Larsens resultat från Danmark var det vanligare med lågt deltagande bland personer födda utomlands (43). I Lindströms et als studie bedömdes 30 procent ha lågt socialt deltagande, och sannolikheten ökade med stigande ålder (37). Bland personer med den lägsta utbildningsnivån var sannolikheten för lågt deltagande mer än fem gånger högre än bland välutbildade personer, okvalificerade arbetare var drygt sex gånger mer sannolika att ha lågt socialt deltagande jämfört med tjänstemän (37). I majoriteten av den analyserade litteraturen som berör socialt deltagande var lång utbildning och arbete faktorer som innebar både mer deltagande och högre självskattad hälsa, men i Nielsens studie var dessa faktorer tillsammans med ett boende i större urbana områden kopplat till högre nivå av stress (42). Den faktor som hade störst korrelation med höga stressnivåer var ålder. Människor som ofta besökte grönområden hade lägre grad av upplevd stress (42). Risken för lågt socialt deltagande var i Lindström et als (2002) studie dessutom högre för ensamboende, sjukskrivna och arbetslösa. De kompositionella faktorer som reducerade områdeseffekterna mest var utbildningsnivå och anställningsstatus (37). Lindström et al (2004) fann i en annan studie att variansen i självrapporterad hälsa mellan bostadsområden främst var kopplat till individuella faktorer som födelseland och nivå av socialt deltagande (44). Även utbildningsnivå hade betydelse, något som Malmström et al styrker (39, 44).

Hyypä och Mäki fann att socialt kapital i form av medlemskap i religiösa församlingar, föreningsaktiviteter och vänskapsnätverk hade korrelation med hög självskattad hälsa

(35). Sammantaget förklarade socialt kapital tillsammans med alla confounders en tredjedel av variansen i självskattad hälsa. Socialt kapital för sig förklarade en femtedel av variansen när sjukdom och handikapp var exkluderat – men bara 5 procent när det var inkluderat (35). Skillnaden i hälsa och dödlighet förklarades i studien främst med kulturella faktorer och en skillnad i nivå av socialt kapital och deltagande (35).

Bristen på individuellt socialt kapital i form av socialt stöd och känsla av stolthet var kopplat till låg självskattad hälsa i en populationsbaserad enkätstudie av Lindén-Boström et al (33). Efter kontroll för andra konstaterade individuella hälsfaktorer som ålder, förtidspension, etnicitet och ekonomisk stress kvarstod effekten. De kompositionella faktorer som var bestående genom analyserna var hög ålder (80-84 år), annat nordiskt födelseland, ensamboende, ekonomisk stress och förtidspensionering. Även upplevda händelser i livet, som betungande hemarbete ökade risken för dålig självrapporterad hälsa, likaså ett hälsobeteende som innebär låg fysisk aktivitet (33).

I en studie av Lofors et al om självskattade allmänna ångestsymtom visade det sig att områdeseffekterna inte bestod efter kontroll för kompositionella faktorer som ålder, kön, civilstånd, invandring, inkomst, anställningsstatus, boendets varaktighet och sociala nätverk (47). Prevalensen av ångest var högre bland flyktingar, arbetslösa, individer med litet socialt nätverk och individer som hyr sitt boende (47).

Kvinnor upplevde i högre grad otrygghet i sitt bostadsområde jämfört med män i två studier av Lindström et al (2003 och 2006) (40, 41). Främst yngre och äldre kvinnor kände sig otrygga och mäns känsla av upplevd otrygghet ökade med åldern. De med lång utbildning hade en lägre känsla av upplevd otrygghet jämfört med individer med kortare utbildning (40, 41). Upplevd otrygghet i gruppen med lågt socialt deltagande var signifikant högre jämfört med gruppen med högt socialt deltagande (40, 41). Individer födda utanför Sverige upplevde större otrygghet, detsamma gällde de individer som upplevt ekonomisk stress (41). Individer med låg självskattad hälsa upplevde sig vara otryggare än de med hög självskattad hälsa (41).

Resurser i bostadsområdet, de kontextuella faktorerna, kan utnyttjas olika av individerna som bor där. Kawakami diskuterar att det kan vara så att vissa varor, tjänster och allmänna resurser kan vara hälsofrämjande för somliga individer men hälsoskadliga för andra, till exempel restauranger och matbutiker (45).

5.2 Risk- och friskfaktorer i bostadsområdet

Ovan har kontextuella och kompositionella faktorer redovisats. I denna del av resultatet är specifika risk- och friskfaktorer i fokus, då bostadsområdets kontextuella egenskaper hade både hälsofrämjande och hälsoskadliga effekter på individnivå. Sammanställningen görs för att kartlägga risk- och friskfaktorer i bostadsområde och hur dessa påverkar individens psykosociala hälsa. För att göra ett mångfacetterat resultat överskådligt har de specifika faktorerna sammanställts i punktform.

5.2.1 Riskfaktorer i bostadsområdet

- Genomströmning av boende minskade den sociala sammanhållningen (33).
- Lågt socialt deltagande ökade risken för låg självskattad hälsa (35).
- Misstro gentemot grannar ökade känslan av otrygghet (36)
- Missbrukande grannar ökade känslan av otrygghet (36).
- Områden med låg socioekonomiska position ökade risken för låg självskattad hälsa (39).
- Brist på socialt kapital ökade känslan av otrygghet relaterat till kriminalitet (40).
- Ju längre till grönområden, desto större upplevd stress (42).
- Att leva i ett område med dåligt rykte ökade känslan av otrygghet (43).
- Närhet till systembolag och snabbmatsrestauranger kunde skapa hälsoskadliga beteenden (45).

5.2.2 Friskfaktorer i bostadsområdet

- Socialt stöd ökade självskattad hälsa (33).
- Nätverk i bostadsområdet ökade den självskattade hälsan
- Föreningsaktivitet ökade den självskattade hälsan (35).
- God grannsämja främjade skapandet av socialt kapital. (36)
- Adekvat utomhusbelysning ökade den upplevda tryggheten. (36)
- Områdesskötsel och fritidsaktiviteter för ungdomar ökade känslan av trygghet. (36)
- I villaområden främjade låga hastigheter, hög estetik och utsikt upplevd trygghet (36).
- Närhet till grönområden minskade upplevd stress (42).
- Tillgång till mataffärer kan främjade goda matvanor. (45)
- Kulturella aktiviteter främjade skapandet av sociala nätverk. (45)
- Närhet till sportanläggningar främjade fysisk aktivitet och psykisk hälsa. (45)
- Närhet till hälso- och sjukvårdsanläggningar ökade fysisk och psykisk hälsa (45).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

En litteraturbaserad studie ansågs adekvat då området gällande psykosocial hälsa och samhällsplanering är relativt obeforskat. Metoden var relevant då syftet var att få en överblick av det rådande kunskapsläget och designen gav en möjlighet att få insyn i möjliga vetenskapliga luckor på området (30). Relevant litteratur anses ha använts för analysen. På grund av de geografiska begränsningarna blev det ett mindre material att välja emellan. Det studerade området är mer beforskat internationellt. Dock anses avgränsningen till Norden vara befogat då resultatet blev lättare att överföra till svenska förhållanden.

Resultaten är möjliga att generalisera till andra urbana områden, dock anses inte resultatet relevant för rurala områden. Gällande tidsaspekten kan det diskuteras om resultatet kommer att vara relevant i framtiden. Antagligen kommer hållbar samhällsplanering och hälsofrämjande bostadsområden vara viktigt även i framtiden. Delaktighet och inflytande i urbana bostadsområden kommer förmodligen vara än viktigare om inflyttningstrenden till städerna fortsätter.

En uttömmande sökning genomfördes och ett stort antal sökord användes. De flesta artiklar framkom i flera olika sökningar, vilket anses bekräfta att det mesta av relevans inom området i Norden är analyserat i studien. Sökorden valdes utifrån syftet och frågeställningarna. Materialet bestod i slutändan av 15 artiklar vilket var en hanterbar och rimlig mängd. Inledningsvis valdes en tidsperiod på tio år men materialet blev för tunt. Därför utökades perioden till 15 år vilket kan anses vara en rimlig tidperiod forskningsmässigt. Större förändringar inom bostadspolitiken gjordes under början 1990-talet (avreglering) och vår litteratur berör de senaste 15 åren vilket anses vara en styrka med studien, då dessa förändringars konsekvenser finns berörd i litteraturen. Viss vald litteratur publicerad de senaste 15 åren analyserade data från slutet av 1980-talet, vilket bör uppmärksammas.

Till stor del var litteraturen från Sverige, men alla nordiska länder var representerade utom Norge och Island. Att en betydande del av litteraturen var från Sverige anses vara en styrka då resultatet i hög grad representerade den svenska kontext som studien ville utforska. Trots att förhållandena i de nordiska länderna är relativt lika så skiljer de sig åt i bostadspolitiken, vilket gör att vissa skillnader finns i planering av bostadsområden och vilka faktorer som är i fokus för utveckling av dessa. I litteratur var en huvudförfattare representerad med flertalet artiklar baserade på två datamaterial; Martin Lindström. Detta kan ge ett snedvridet resultat och en överrepresentation från det område han studerat, d.v.s. Malmö. Dock utgör hans forskning endast 4 av 15 vetenskapliga artiklar och därmed anses andra perspektiv ha framkommit.

Ur ett nordiskt perspektiv är området obeforskat och det finns en brist på kvalitativa och longitudinella studier. Majoriteten av litteraturen baserar sina resultat på tvärsnittsstudier utan möjlighet till förklaring av orsakssamband. Resultatet har besvarat frågeställningarna och det överensstämmer med kunskapsläget som råder. Genom rollen som folkhälsostudenter är det möjligt att vissa aspekter i både analys och diskussion har färgats av förförståelsen och fått större vikt än andra.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur samhällsplaneringen kan påverka individers hälsa, i synnerhet den psykosociala hälsan. Kontextuella och kompositionella faktorer samt specifika risk- och friskfaktorer i bostadsområdet var i fokus för studien.

Studiens huvudfynd var att individers psykosociala hälsa påverkades både av kontextuella och kompositionella faktorer. Litteraturen och den samlade forskningen var

tämligen överrens om att kompositionella faktorer har stor påverkan på människors psykosociala hälsa (12, 33, 35, 37, 39-44, 46, 47). Kring kontextuella faktorer påverkan fanns inte samma enighet, men studiens resultat och viss annan forskning visade att det fanns kontextuella faktorer som påverkar människors psykosociala hälsa oberoende av individuella och kompositionella faktorer (17, 33, 36, 37, 39). Kompositionella och individuella faktorer inverkan på folkhälsan är, som synes ovan, konstaterade. Därför kommer diskussionen främst att föras kring kontextuella förhållanden i bostadsområdet samt risk- och friskfaktorer.

6.2.1 Samhällsplanering och hälsa

Resultatet visade att relationen mellan samhällsplanering och hälsa är komplext. Kontextuella faktorer i bostadsområdet påverkade individers känsla av trygghet, självskattad hälsa, socialt deltagande, socialt nätverk och stressnivå (35, 36, 40-42). I andra analyserade artiklar var kontextuella faktorer viktigare för vissa grupper, vilket visar en samvariation mellan kontextuella och kompositionella faktorer (37, 40, 41, 43). Till exempel upplevde kvinnor en högre grad av otrygghet i sitt bostadsområde (40, 41). Det är ett svåröverskådligt område där kontextuella och kompositionella faktorer samvarierar med varandra, vilket innebär att det fanns svårigheter att särskilja individers egenskaper från de faktorer som fanns i bostadsområdet. Denna samvariation illustreras i figur 1 (22). Samvariationen kan ha lett till att delar av den kontextuella problematiken benämndes som kompositionella problem och litteraturen i resultatet tog också upp denna problematik (38, 44). En förklaring till svårigheten att finna kontextuella faktorer kunde vara överkontrollering för kompositionella faktorer.

Ett fokus där tyngden ligger enbart på kompositionella faktorer riskerar att bli individcentrerat. Att utveckla interventioner mot riskgrupper är viktigt men utesluter inte interventioner på områdesnivå precis som Lindstöm et al resonerade (44). Även Sampson menade att områdesbaserade prevention som försöker ändra platser och den sociala miljön snarare än individer kunde komplettera en riskgruppscentrerad ansats (48). Det finns en paradox i preventionsarbetet där strukturella insatser riktade mot hela befolkningen är mer effektiva än insatser mot högriskgrupper (49). Bostadspolitiken i de flesta nordiska länder prioriterar dock riskgrupper i missgynnade områden, medan strukturella lösningar i områdena som kan öka deltagandet och inflytandet kommer i andra hand (4).

I studien framkom att långsiktig och omfattande planering, inflytande och deltagande för boende samt att de ekonomiska behoven möttes var framgångsfaktorer för samhällsutveckling i missgynnade områden (46). Larsen et al menade att kontextuella faktorer var viktiga vid utvecklandet av deltagande och känsla av tillhörighet i bostadsområdet (43). Enligt Kawachi är socialt kapital en teori som ger möjlighet att fokusera på de resurser och styrkor som finns i missgynnade områden (50). Han menar att troligen påverkas individers hälsa mer av balansen mellan kontextuella faktorer och resurser än av kompositionen av individer (50). I studien har det framkommit att områdesbaserad politik var ett sätt för att möjliggöra inflytande och deltagande i områdesutveckling bland de boende (46). Dessa faktorer är viktiga för att lyckas

implementera ett hälsofrämjande synsätt i samhällsplanering, något som även Healthy Cities har kommit fram till under sitt arbete i Sverige (9).

Genom en hälsofrämjande samhällsplanering kan kontextuella friskfaktorer i bostadsområdet understödjas. Ett exempel från studien var att närhet till grönområden minskade risken för upplevd stress (42). Även närhet till sportanläggningar och hälso- och sjukvård ökade fysisk och psykisk hälsa. Annan service kan däremot vara riskfaktorer för ohälsa vilket också behövs tas i beaktan i samhällsplaneringen (45). Även känslan av trygghet kan främjas med samhällsplanering genom att hålla området i gott skick, sörja för bra belysning och säkra trafiklösningar i anslutning till boendet vilket även FHI identifierar som viktiga för hälsofrämjande bostadsområden (2, 36).

6.2.2 Socialt deltagande och förutsättningar för inflytande och makt

Larsen et al fann särskilt att individers sociala roll i området påverkade graden av deltagande. Den psykosociala hälsan, medierad av känsla av maktlöshet och isolering, påverkades negativt hos de som lämnades utanför områdesaktiviteterna (43). Studien visade dessvärre att det endast var ett fåtal som deltog i områdesförbättrande initiativ (43, 46) och Bourdieus teori om socialt kapital beskriver hur grupper med stort ekonomiskt och kulturellt kapital lättare stärker sitt sociala kapital (51). När man konstaterar detta framstår en aspekt av makt i det sociala kapitalet; vissa grupper stärks ytterligare medan andra grupper utelämnas (51). Att utvidga sitt sociala nätverk i en bredare bemärkelse än sin familj och sin närmaste krets är särskilt viktigt för dessa individer, då nätverk i bostadsområdet var en friskfaktor för den självskattade hälsan i denna studie (35). Putnam menar att överbyggande socialt kapital skapar tillit, gemensamma normer och deltagande i samhället (24). I det kommunala folkhälsoarbetet ges ofta prioritet till skapandet av mötesplatser för barn och unga (34). Ett sätt att stärka det Putnam kallar lösa nätverk i bostadsområdet är att skapa gemensamma mötesplatser i en bredare bemärkelse.

De strukturella folkhälsomålen delaktighet och inflytande samt ekonomiska och sociala förutsättningar är mål som i allra högsta grad kan förverkligas inom bostadsområdet. I figur 1 visas hur övergripande politiska strukturer påverkar skapandet av socialt kapital och deltagande (22). Putnam menar att ett aktivt deltagande i civilsamhället är en viktig del i skapandet av socialt kapital och detta kan ses som en resurs för både individen, gruppen och samhället (24). Ett aktivt deltagande i till exempel föreningar stärker demokratin, då det verkar rimligt att anta att människor som får mer kunskap om demokratiska processer också är mer delaktiga i andra demokratiska processer. Det gör det möjligt för individer att lära sig utnyttja formella kanaler och införskaffa sig kunskap och information som kan användas i andra samhällsområden. Individer utvecklar då egenmakt och kan påverka sin livssituation, något som är grundläggande för en god psykosocial hälsa (12). Föreningsaktivitet var dessutom en friskfaktor för självskattad hälsa (35).

6.2.3 Områdets sociala struktur

Genomflyttning, eller bristen på ”residential stability” som studien visade, motverkade skapandet av goda relationer och en stabil social struktur i bostadsområdet (33). En stabil struktur med positiva sociala band och informell social kontroll skapade en stödande boendemiljö enligt Kullberg et al. Detta var i samma studie vanligare i villaområden än i flerfamiljshus (36).

I Norge, där man har stor andel korttidskontrakt, kan stor genomflyttning vara ett socialt problem som gör det svårt att skapa sammanhållning i bostadsområden (4). Liknande problem finns i de områden (33) som byggdes som en del i det svenska miljonprogrammet. Diskrimineringsombudsmannen har i en rapport konstaterat att individer av annan etnisk härkomst än svensk diskrimineras på bostadsmarknaden och har svårt att hitta och byta bostad (52). I missgynnade områden kan det vara svårt att skapa social sammanhållning då det delvis är stor omsättning på hyresgäster. I figur 1 skapar genomflyttning mindre möjligheter till social sammanhållning och socialt kapital vilket i sin tur leder till bristande informell social kontroll och samhörighet (22).

I den analyserade litteraturen belystes inte boendesegregationen, däremot fanns faktorer starkt förknippade med denna med i resultatet såsom anställningsstatus, utbildningsnivå och födelseland (37, 39, 43). Det finns ett antal olika förklaringar till den orättvisa fördelningen av bostäder, till exempel att individer med låg socioekonomisk status tenderar att bo i områden som har hälsoskadliga effekter, vilket Malmström et al diskuterar (39). En annan förklaring skulle kunna vara att ett missgynnade område får människor att må dåligt i allmänhet (39). Det kan också vara så att människor med sämre hälsa söker sig till missgynnade område, vilket går i linje med forskning från USA (39, 48).

6.2.3.1 Social sammanhållning

Studien visade att det i områden med låg social sammanhållning (social cohesion) var vanligare med brott och individer upplevde högre grad av otrygghet. Även misstro mot grannar och att leva i ett område med dåligt rykte var riskfaktorer för känsla av otrygghet (36, 43). Detta kunde förklaras med bristande socialt kapital (36, 40). Sampson et al visar i en studie att våldsbrottsligheten var lägre i områden med god social sammanhållning, oberoende av faktorer som fattigdom, andel utlandsfödda och genomflyttning (53). I jämlikhetsanden har Wilkinson och Pickett samlat kunskap gällande ojämlikhet och hälsa (54). Ett av deras fynd var att rädslan att utsättas för våld kunde vara ett lika stort problem som att faktiskt bli utsatt för våld (54). Det förstnämnda påverkar en större del av befolkningen än de som är direkt våldsutsatta. De grupper som kände sig otryggast var kvinnor, minoritetsgrupper och fattiga (54). Detta går väl i linje med denna studies resultat (40, 41). En undersökning gällande vilka förändringar som boende i miljonprogrammen ville se låg också satsningar för att öka den upplevda tryggheten högt på listan över önskade åtgärder (55). I områden med god social sammanhållning skapades högre nivåer av socialt kapital, socialt stöd och känsla av samhörighet (35), vilket skapar känsla av trygghet. I enlighet med figur 1 så påverkas social sammanhållning av strukturella faktorer i området såsom områdets socioekonomi och genomflyttning (22).

6.2.4 Avslutande diskussion

Hög genomflyttning var i studien starkt förknippat med sämre social sammanhållning, vilket påverkade tryggheten, nivån av socialt kapital och hälsan. Genomflyttningen var mindre i områden med ägandebostäder än med hyresbostäder. Den förstnämnda kan ses som en mer långsiktig boendeform – något som antagligen minskar genomflyttningen. Förmodligen är också det betydligt färre som bor i ett villaområde vilket underlättar igenkännande och skapandet av nära relationer och vidare en god social sammanhållning. Social sammanhållning är också en viktig faktor för trygghet. Den upplevda känslan av otrygghet är en effekt av området som man kan förändra lokalt, till skillnad från orsakerna till den faktiska förekomsten av brottslighet. Ett sätt att öka den upplevda känslan av trygghet är att engagera de boende i frågan och trygghetsvandringar används ofta av fastighetsägare och hyresgästföreningar för att identifiera otrygga platser. Det är ett konkret redskap som skulle kunna användas för att även identifiera andra sociala brister i ett bostadsområde, till exempel avsaknaden av naturliga mötesplatser.

Förklaringarna från tidigare i diskussionen kring fördelningen av bostäder, att människor med sämre hälsa söker sig till missgynnade områden, behöver problematiseras. Den förklaringen är något förenklad, och en alternativ förklaring skulle kunna vara att sjuka och arbetslösa individer inte har det ekonomiska utrymmet och den sociala positionen att konkurrera om bostäder i rikare områden. Inkomstfördelningen i och mellan bostadsområden är en förklarande faktor för ohälsan. Den oreglerade hyressättningen gör att skillnaden i hyror mellan rika och fattiga områden ökar och i städer som saknar en samlad bostadskö ökar skillnaderna ytterligare, då godtycklighet och diskriminering kan påverka valet av hyresgäster. En aktiv bostadspolitik för att minska skillnaderna skulle kunna vara att återigen låta allmännyttan vara hyresledande för att hålla ner hyrorna och möjliggöra för människor att i större utsträckning kunna välja bostadsområde. Människor som har svenskt efternamn, högre inkomst eller fast anställning har måhända lättare att byta bostad och bostadsområde om man misstrivs där man bor, något som behöver motverkas från politiskt håll om man på allvar vill komma åt orsakerna till segregationen.

I studien framkom att mötesplatser för barn och unga var prioriterade. De mötesplatser som finns eller skapas bör ha tydliga mål med sin verksamhet, strukturerade och ostrukturerade aktiviteter och ge medverkande individer möjlighet till stort inflytande. En hälsofrämjande ingång på bostadspolitiken skulle kunna vara att fokuserar på att skapa mötesplatser även för vuxna och underlätta för socialt deltagande både i föreningsliv och mer allmänt i bostadsområdet. Det förra är en fråga för lokala beslutsfattare och det senare för bostadsförvaltningarna. Mötesplatser är en arena där socialt kapital i form av mellanmänskligt förtroende, gemensamma sociala normer och deltagande skapas.

Genom att identifiera de områdesfaktorer som ger utfall på hälsa och ohälsa är det möjligt att påverka människors psykosociala hälsa och utveckla mer hälsofrämjande

bostadsområden. Med existerande strukturella verktyg som till exempel de sociala aspekterna i Folkhälsoinstitutets hälsokonsekvensbedömning (HKB) nås många av problemen som kan uppstå i samhällsplaneringen (56). En grundligt utförd HKB belyser möjliga konsekvenser för samtliga av folkhälsans målområden. Idag fokuseras dock mest på de fysiska konsekvenserna av politiska beslut, till exempel om möjligheten till fysisk aktivitet påverkas eller om miljöer kan anses säkra ur trafiksynpunkt (57). Att använda och utveckla de sociala aspekterna av HKB skulle vara ett ypperligt första steg i att främja psykosocial hälsa i bostadsområden. Healthy Cities Sverige fokuserar bland annat på två områden som är mycket relevanta för social hållbarhet i urbana områden; hälsosam samhällsplanering och socioekonomisk analys av bostadsområden (58). Healthy Cities som initiativ visar att det krävs ett långsiktigt arbete med områdesfrågor och detta är viktiga erfarenheter för aktörer som påverkar bostadsområdet.

7. Slutsats

Denna studie visar att det är svårt att särskilja kontextuella och kompositionella faktorer och dess påverkan på den psykosociala hälsan i bostadsområden. En stor del av litteraturen fann en samvariation mellan dessa nivåer. Kompositionella faktorer påverkan på den psykosociala hälsan var lättare att urskilja än de kontextuella faktorernas. Den viktigaste riskfaktorn i bostadsområdet var hög genomflyttning och den mest angelägna friskfaktorn var högt socialt deltagande.

Det behövs mer forskning av kvalitativ design för att undersöka människors upplevelse av psykosociala faktorer i bostadsområdet och dess konsekvenser för hälsan. Longitudinella studier behövs också för att visa eventuella orsakssamband och studera hur förändringar i bostadsområdet ger långsiktiga effekter på den psykosociala hälsan.

Förslag på åtgärder som ligger i linje med studiens resultat är följande; Hälsokonsekvensbedömningens sociala aspekter har potential att användas vid utveckling av bostadsområden och skapande av mötesplatser bör prioriteras och uppmuntras. Till sist kan trygghetsvandringar skapa både delaktighet och inflytande i förbättringen av bostadsområden. Det är viktigt att utveckla metoder för deltagande i samhällsutveckling som inkluderar fler än idag och detta ger implikationer för kommunernas strategiska folkhälsoarbete och samhällsplanering samt bostadsbolagens involverande av hyresgästerna.

8. Referenser

1. Boverket. Bostadspolitiken : svensk politik för boende, planering och byggande under 130 år. Karlskrona: Boverket; 2007.
2. Statens Folkhälsoinstitut. Bostadsområdet : en hälsofrämjande arena. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
3. Naturvårdsverket. God bebyggd miljö. 2012 [2012-05-15]; Available from: <http://www.miljomal.nu/Miljomalen/15-God-bebyggd-miljo/>.
4. Boverket. Analys av bostadsbyggandet i Norden : huvudrapport. Karlskrona: Boverket; 2011.
5. Sørvoll J. Vedlegg 1. Den boligsosiale vendingen. Norsk boligpolitikk fra midten av 1990-tallet i historisk perspektiv. NOU 2011:15 Rom for alle: Regjeringen; 2011.
6. Nordiska kooperativa och allmännyttiga bostadsorganisationer. Landrapport från Island - NBO:s styrelsemöte 2011-06-202011.
7. Boverket. En av fem bostäder finns i allmännyttan. 2011 [2012-05-15]; Available from: <http://www.boverket.se/Boende/Kommunernas-bostadsforsorjning/Allmannyttan/>.
8. Regeringen. Skr. 2005/06:126 Strategiska utmaningar : En vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling Persson G, Sahlin M, editors2005.
9. Nationella Healthy Cities nätverket. Vårt arbete. [2012-04-19]; Available from: <http://www.healthycities.se/index.php/om-naetverket>.
10. World Health Organisation. Healthy Cities. 2012 [2012-04-19]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>.
11. Regeringen. Propositionens huvudsakliga innehåll. In: Persson G, Johansson, M., editor. Prop 2002/03:35 Mål för folkhälsan 2002. p. 1.
12. Statens Folkhälsoinstitut. Övergripande mål för folkhälsa. 2010 [2012-04-13]; Available from: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/>.
13. Regeringen. Skr. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. Reinfeldt R, Larsson M, editors2007.
14. Region Skåne. Psykosocial hälsa. 2011 [2012-05-09]; Available from: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Folkhalsa/Psykosocial-halsa/>.
15. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion1986.
16. Melinder K. Med platsen/området i fokus. In: Melinder K, Schaerström A, editors. Platsen, individen och folkhälsan : teorier, metoder och tolkningar2005. p. 35-46.
17. Statens Folkhälsoinstitut. Livsmiljöns betydelse för hälsan. 2012 [2012-04-25]; Available from: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Andra-uppdrag/Livsmiljo/>.
18. Malmström M, Sundquist J, Bajekal M, Johansson SE. Ten-year trends in all-cause mortality and coronary heart disease mortality in socio-economically diverse neighbourhoods. Public Health. 1999;113(6):279-84.
19. Stjärne MK, de Leon AP, Hallqvist J. Contextual effects of social fragmentation and material deprivation on risk of myocardial infarction - Results from the

- Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *International Journal of Epidemiology*. 2004;33(4):732-41.
20. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity. A review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;22(3):188-99.
 21. Schaerström A. Plats, individ och hälsa: Perspektiv. In: Melinder K, Schaerström A, editors. *Platsen, individen och folkhälsan : teorier, metoder och tolkningar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. p. 19-31.
 22. Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health and Place*. 2007;13(3):639-55.
 23. Putnam RD. *Bowling alone : America's declining social capital* 1995.
 24. Östergren PO. Platsen, individen och folkhälsan : teorier, metoder och tolkningar. In: Melinder K, Schaerström A, editors. *Statens folkhälsoinstitut, 1651-8624 ; 2005:16*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. p. 49-67.
 25. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. *Making democracy work : civic traditions in modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1992.
 26. Eriksson M. *Socialt kapital : teori, begrepp och mätning - en kunskapsöversikt med fokus på folkhälsa*. Umeå: CERUM, Umeå University; 2003.
 27. Carpiano RM. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science and Medicine*. 2006;62(1):165-75.
 28. The World Bank. Sources of social capital. 2011 [2012-04-25]; Available from: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185225~menuPK:418213~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>.
 29. Boverket. *Folkhälsa i planering, byggande och boende : Boverkets roll i folkhälsoarbetet : [rapport]*. Karlskrona: Boverket; 2004.
 30. Friberg F. *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
 31. SciVerse Scopus. About Scopus. [2012-05-07]; Available from: <http://www.info.sciverse.com.ezproxy.ub.gu.se/scopus/about>.
 32. CODEX. *Forskarens etik*. 2011 [cited 2012 04-25]; Available from: <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>.
 33. Lindén-Boström M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - A population-based survey in Sweden. *BMC Public Health*. 2010;10.
 34. Fröding K, Eriksson C, Elander I. Partnership for healthy neighbourhoods: City networking in multilevel context. *European Urban and Regional Studies*. 2008;15(4):317-31.
 35. Hyyppä MT, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research*. 2003;18(6):770-9.
 36. Kullberg A, Nordqvist C, Timpka T, Lindqvist K. Residents' perspectives on safety support needs in different types of housing areas. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(6):590-7.
 37. Lindström M, Merlo J, Östergren PO. Individual and neighbourhood determinants of social participation and social capital: A multilevel analysis of the city of Malmö, Sweden. *Social Science and Medicine*. 2002;54(12):1779-91.

38. Engström K, Mattsson F, Järleborg A, Hallqvist J. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*. 2008;66(11):2268-80.
39. Malmström M, Sundquist J, Johansson SE. Neighborhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis. *American Journal of Public Health*. 1999;89(8):1181-6.
40. Lindström M, Merlo J, Östergren PO. Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: A population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Social Science and Medicine*. 2003;56(5):1111-20.
41. Lindström M, Lindström C, Moghaddassi M, Merlo J. Social capital and neo-materialist contextual determinants of sense of insecurity in the neighbourhood: A multilevel analysis in Southern Sweden. *Health and Place*. 2006;12(4):479-89.
42. Nielsen TS, Hansen KB. Do green areas affect health? Results from a Danish survey on the use of green areas and health indicators. *Health and Place*. 2007;13(4):839-50.
43. Larsen EL, Manderson L. "A good spot": Health promotion discourse, healthy cities and heterogeneity in contemporary Denmark. *Health and Place*. 2009;15(2):606-13.
44. Lindström M, Moghaddassi M, Merlo J. Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: A multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Preventive Medicine*. 2004;39(1):135-41.
45. Kawakami N, Winkleby M, Skog L, Szulkin R, Sundquist K. Differences in neighborhood accessibility to health-related resources: A nationwide comparison between deprived and affluent neighborhoods in Sweden. *Health and Place*. 2011;17(1):132-9.
46. Fröding K, Elander I, Eriksson C. Neighbourhood development and public health initiatives: Who participates? *Health Promotion International*. 2012;27(1):102-16.
47. Lofors J, Ramírez-León V, Sundquist K. Neighbourhood income and anxiety: A study based on random samples of the Swedish population. *European Journal of Public Health*. 2006;16(6):633-9.
48. Sampson RJ. The neighborhood context of well-being. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2003;46(3 SUPPL.):S53-S64.
49. Pellmer K, Wramner B. *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber; 2007.
50. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. 1999. p. 120-30.
51. Bourdieu P. *The forms of capital*. Westport, Conn.: Greenwood Press; 1986.
52. Diskrimineringsombudsmannen. LED 2009/268 Diskriminering på bostadsmarknaden: Redovisning av regeringsuppdrag IJ2009/1834/DISK 2010.
53. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*. 1997;277(5328):918-24.
54. Wilkinson RG, Pickett K. *Jämlikhetsanden : därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval; 2010.
55. MIKLO. *Undersökning: Vilken förändring vill miljonprogram och liknande områden ha?: Miljardprogrammet; 2011*.
56. Statens Folkhälsoinstitut. *Checklista för hälsokonsekvensbedömningar*.

57. Stegmayr Henry r. Hälsokonsekvensbedömning i fysisk planering : fördjupning av översiktsplan för området Fyrvalla-Remonthagen, Östersund. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
58. Nationella Healthy Cities nätverket. Om våra temagrupper. [2012-05-14]; Available from: <http://www.healthycities.se/index.php/temagrupper>.

Bilaga 1: Artikelsammanställning

Ref nr: 33

Författare: Lindén-Boström M, et al.

Titel: Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - A population-based survey in Sweden

Publiceringsår: 2010

Tidskrift: BMC Public Health, 10, (1), 628-

Syfte: Undersöka hur bestämningsfaktorer påverkar människors hälsa med betoning på bostadsområde, social sammanhållning och socialt kapital.

Metod: Enkätundersökning med utfall självskattad hälsa.

Resultat: Låg självskattad hälsa var associerat med lågt socialt kapital i form avsaknad av personligt stöd och ingen erfarenhet av att göras stolt. Även områdesfaktorer såsom bostadsområdet och låg genomflyttning var associerade med självskattad hälsa.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 34

Författare: Fröding K, et al.

Titel: Partnership for Healthy Neighbourhoods: City Networking in Multilevel Context

Publiceringsår: 2008

Tidskrift: European Urban and Regional Studies, 15, (4), 317-331

Syfte: Analysera framgångsfaktorer och hinder i implementeringen av Healthy Cities programme i fyra svenska städer som går under namnet Partnership for Sustainable Welfare Development.

Metod: Analys av intervjuer, offentliga dokument och deltagande observationer.

Resultat: Deltagarna i samverkansprojektet upplevde projektet som en möjlighet till

lärande och koordinering. Andra viktiga aspekter för deltagarna var genomgripande och välplanerat arbete samt att skapa möjligheter för boende till deltagande och inflytande.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 35

Författare: Hyyppä, T. M & Mäki, J.

Titel: Social participation and health in a community rich in stock of social capital

Publiceringsår: 2003

Tidskrift: Health Education Research, 18, (6), 770-779

Syfte: Undersöka vilka medborgliga och sociala aktiviteter som var viktiga för hälsan i ett tvåspråkigt område i Finland samt att identifiera på vilket sätt olika sociala engagemang och deltagande i frivilligföreningar påverkar individers hälsa.

Metod: Enkätundersökning, materialet analyserades genom flernivås regression.

Resultat: Socialt kapital var relaterat till välmående och hög självskattad hälsa. Skillnaden mellan de båda språkgrupperna i välmående och hälsa kunde tillskrivas tillgång till meningsfulla sociala nätverk, aktivt socialt deltagande i fritidsaktiviteter och religiöst engagemang. Dessa faktorer var även relaterade till generell tillit i området.

Geografiskt område: Finland

Ref nr: 36

Författare: Kullberg, A et al.

Titel: Residents' perspectives on safety support needs in different types of housing areas

Publiceringsår: 2011

Tidskrift: Scandinavian Journal of Public Health, 39, (6), 590-597

Syfte: Identifiera faktorer som uppfattades som nödvändiga för att boende i flerfamiljshus och villor skulle känna sig trygga i bostadsområdet.

Metod: Summativ kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys på ett frågeformulär med öppna frågor.

Resultat: En stabil social struktur i bostadsområdet sågs som en central faktor för att känna sig trygg.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 37

Författare: Lindstöm, M et al.

Titel: Individual and neighbourhood determinants of social participation and social capital: a multilevel analysis of the city of Malmö, Sweden

Publiceringsår: 2002

Tidskrift: Social Science & Medicine, 54, 1779-1791

Syfte: Att analysera bostadsområdets påverkan på individuellt socialt kapital.

Metod: Prospektiv kohortstudie, materialet analyserades med en logistisk flernivå regressionmodell.

Resultat: Områdeseffekter stod för 6.3 % av den totala variansen i socialt deltagande. Effekten minskade men bestod efter kontroll för alla studerade kompositionella faktorer.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 38

Författare: Engström, K et al.

Titel: Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: A multilevel analysis

Publiceringsår: 2008

Tidskrift: Social Science & Medicine, 66, 2268-2280

Syfte: Att kritiskt undersöka huruvida kontextuellt socialt kapital var associerat med självskattad hälsa med betoning på confounding. Olika komponenter av kontextuellt socialt kapital associerat med självskattad hälsa samt skillnader i känslighet mellan olika sociodemografiska grupper undersöktes.

Metod: Tvärsnittsstudie, analys av data genom flernivå regressionmodell.

Resultat: Efter kontroll för individuella faktorer fanns ingen signifikant association mellan låg självskattad hälsa och kontextuellt socialt kapital.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 39

Författare: Malmström, M et al.

Titel: Neighborhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis

Publiceringsår: 1999

Tidskrift: American Journal of Public Health, 89, (8), 1181-1186

Syfte: Undersöka huruvida områdets socioekonomi kan förklara andelen boende som har låg självskattad hälsa.

Metod: Intervjuer. Socioekonomi i varje respondents område mättes med Care Need Index (CNI) och Townsend score.

Resultat: Både områdets socioekonomi och individens utbildningsnivå var associerat med låg självskattad hälsa.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 40

Författare: Lindström, M et al.

Titel: Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: a population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden

Publiceringsår: 2003

Tidskrift: Social Science & Medicine, 56, 1111-1120

Syfte: Att undersöka hur socialt kapital påverkade självskattad känsla av otrygghet i bostadsområdet.

Metod: Tvärsnittsstudie som analyserades med en logistisk flernivås regressionsmodell.

Resultat: Studien visade att socialt kapital mätt som kontextuell variabel i

bostadsområdet kan vara en förklaring till känslan av otrygghet.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 41

Författare: Lindström, M et al.

Titel: Social capital and neo-materialist contextual determinants of sense of insecurity in the neighbourhood: A multilevel analysis in Southern Sweden

Publiceringsår: 2006

Tidskrift: Health & Place, 12, 479-489

Syfte: Undersöka kontextuella och individuella faktorerers påverkan på upplevd känsla av otrygghet i bostadsområdet.

Metod: Tvärsnittsstudie, data analyserades med en logistisk flernivå regressionsmodell.

Resultat: Vilket polisdistrikt individer tillhör kunde till viss del förklara individers upplevda känsla av otrygghet.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 42

Författare: Nielsen Sick, T et al.

Titel: Do green areas affect health? Results from a Danish survey on the use of green areas and health indicators

Publiceringsår: 2007

Tidskrift: Health & Place, 13, 839-850

Syfte: Undersöka hur tillgänglighet till grönområden påverkade upplevd stress och övervikt.

Metod: Enkätundersökning. Binomial och logistisk regressionsanalys av data.

Resultat: Kort distans mellan hemmet och grönområden var associerat med mindre stress och lägre sannolikhet för övervikt.

Geografiskt område: Danmark

Ref nr: 43

Författare: Larsen Ladekjaer, E & Manderson, L.

Titel: "A good spot": Health promotion discourse, healthy cities and heterogeneity in contemporary Denmark

Publiceringsår: 2008

Tidskrift: Health & Place, 15, (2), 606-613

Syfte: Undersöka hur nyckeltermerna i hälsopromotionsdiskurser skapades, utvecklades och användes i subgrupper från ett missgynnade område i Danmark.

Metod: Djupintervjuer, analys av policydokument och observationer.

Resultat: Det var endast ett fåtal individer som deltog i områdesutveckling. Dessa fick tillgång till ett socialt nätverk vilket bidrog till att öka gruppens förståelse för hur området utvecklades över tid. Olika grupper i samhället definierade och deltog i områdesutveckling olika mycket beroende av deras sociala position i området.

Geografiskt område: Danmark

Ref nr: 44

Författare: Lindström M, et al.

Titel: Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden

Publiceringsår: 2004

Tidskrift: Preventiv Medicin, 39, 135-141

Syfte: Undersöker områdesfaktorer och individuella faktorer som påverkar självskattad hälsa.

Metod: Tvärsnittsstudie. Analyserades med en logistisk flernivå regressionsmodell.

Resultat: Ingen signifikant association mellan områdesfaktorer och självskattad hälsa fanns kvar efter kontroll mot individuella faktorer.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 45

Författare: Kawakami N et al

Titel: Differences in neighborhood accessibility to health-related resources: A nationwide comparison between deprived and affluent neighborhoods in Sweden

Publiceringsår: 2011

Tidskrift: Health & Place, 17, 132-139

Syfte: Undersöka om tillgång till 12 huvudkategorier av varor, tjänster och allmänna resurser skiljde sig mellan missgynnade och rika bostadsområden i alla urbana bostadsområden i Sverige.

Metod: Aggregerad data från Teleadress kopplades samman med bostadsområdets deprivationsindex. Utfallet mättes i 12 huvudkategorier av varor, tjänster och allmänna resurser i de olika områdena.

Resultat: Studien fann att mycket och måttligt missgynnade områden hade signifikant högre prevalens av alla typer av varor, tjänster och allmänna resurser än rika områden.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 46

Författare: Fröding K, et al.

Titel: Neighbourhood development and public health initiatives: who participates?

Publiceringsår: 2011

Tidskrift: Health Promotion International, 27, (1), 101-116

Syfte: Undersöka hur individuella faktorer påverkade vilka som deltagit i utvecklingsprocesser i bostadsområdet jämfört med potentiella deltagare och icke-deltagare.

Metod: Enkätundersökning, tvärsnittsstudie.

Resultat: Den främsta enskilda faktorn till att människor deltog i utvecklingsprocesser i

bostadsområdet var tidigare erfarenheter av samhällsdeltagande.

Geografiskt område: Sverige

Ref nr: 47

Författare: Lofors, J et al.

Titel: Neighbourhood income and anxiety: a study based on random samples of the Swedish population

Publiceringsår: 2006

Tidskrift: European Journal of Public Health, 16, (6), 633-639

Syfte: Undersöka om det fanns en association mellan bostadsområdets inkomst och ångestsymptom, en vanlig psykisk sjukdom.

Metod: Tvärsnittsstudie. Bostadsområdet begränsades genom SAMS (Small area market statistics).

Resultat: Det fanns ingen association mellan bostadsområdets inkomst och ångest efter att ha kontrollerat för individuella variabler.

Geografiskt område: Sverige
