

Social hållbarhet *i Skåne*



Båstad

Osby

Örkelljunga

Ängelholm

Östra Göinge

Höganäs

Perstorp

Hässleholm

Bromölla

Åstorp

Klippan

Helsingborg

Bjuv

Kristianstad

Svalöv

Höör

Landskrona

Eslöv

Hörby

Kävlinge

Lomma

Lund

Sjöbo

Burlöv

Staffanstorps

Malmö

Tomelilla

Simrishamn

Svedala

Vellinge

Skurup

Ystad

Trelleborg



Social Hållbarhet i Skåne

Region Skåne arbetar för en hållbar samhällsutveckling. Vi utgår från tre perspektiv som hänger ihop och som förutsätter varandra: social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet.

Social hållbarhet är i stor utsträckning en fråga om folkhälsa – både nivå och fördelning. Det räcker alltså inte att befolkningen i genomsnitt mår bra, hälsan ska också vara jämnt fördelad mellan olika samhällsgrupper.

Vårt övergripande folkhälsoarbete utgår från det nationella målet för den svenska folkhälsopolitiken: "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen".

Ett socialt hållbart samhälle är ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett gott liv med god hälsa, utan orättfärdiga skillnader. Ett samhälle med hög tolerans där människors lika värde står i centrum, vilket kräver att människor känner tillit och förtroende till varandra och är delaktiga i samhällsutvecklingen.

Folkhälsomyndigheten

Ohälsosamma levnadsvanor beräknas kosta samhället minst 120 miljarder per år. Därför är folkhälsan viktig också ur samhällsekonomisk synpunkt. Dessutom finns det ett ömsesidigt samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt: hälsa är en förutsättning för ekonomisk tillväxt, som i sin tur påverkar människornas hälsa.

I Sverige har vi sedan länge försökt minska de skillnader i hälsa som beror på sociala faktorer. Ändå fortsätter de att öka. Det gäller både dödlighet, sjuklighet och de faktorer som påverkar vår hälsa (det som brukar kallas hälsans bestämningsfaktorer).

Kommissionen för jämlik hälsa formulerar det så här:

Nästan alla människor i Sverige delar uppfattningen att hälsa är mycket viktigt, och de värderingar som uttrycks i svensk grundlag, i FN:s förklaring om mänskliga rättigheter liksom i WHO:s stadgar uttrycker samma sak. Alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv.

I verkligheten har dock inte alla människor i Sverige samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Mellan människor i olika yrken, med olika lång utbildning eller med olika stor inkomst finns påtagliga skillnader i hälsa, sjukdomsrisk och förväntad livslängd. Detta är den ojämlika ohälsan.

Redan tidigt i livet och under de första levnadsåren finns och uppstår skillnader i förhållanden och villkor som påverkar människors hälsa och livschanser. Barn med olika familjebakgrund får därför olika förutsättningar, liksom deras föräldrar och andra vuxna har olika villkor och möjligheter till god hälsa.

Det handlar om jämlik hälsa
Kommissionen för jämlik hälsa

Precis som i hela landet ökar skillnaderna i hälsa bland skåningarna, även om den genomsnittliga hälsan förbättras. Dessa skillnader är inte slumpmässiga utan följer vissa mönster.

I Skånes Regionala utvecklingsstrategi, Det öppna Skåne 2030, är ett av målen:

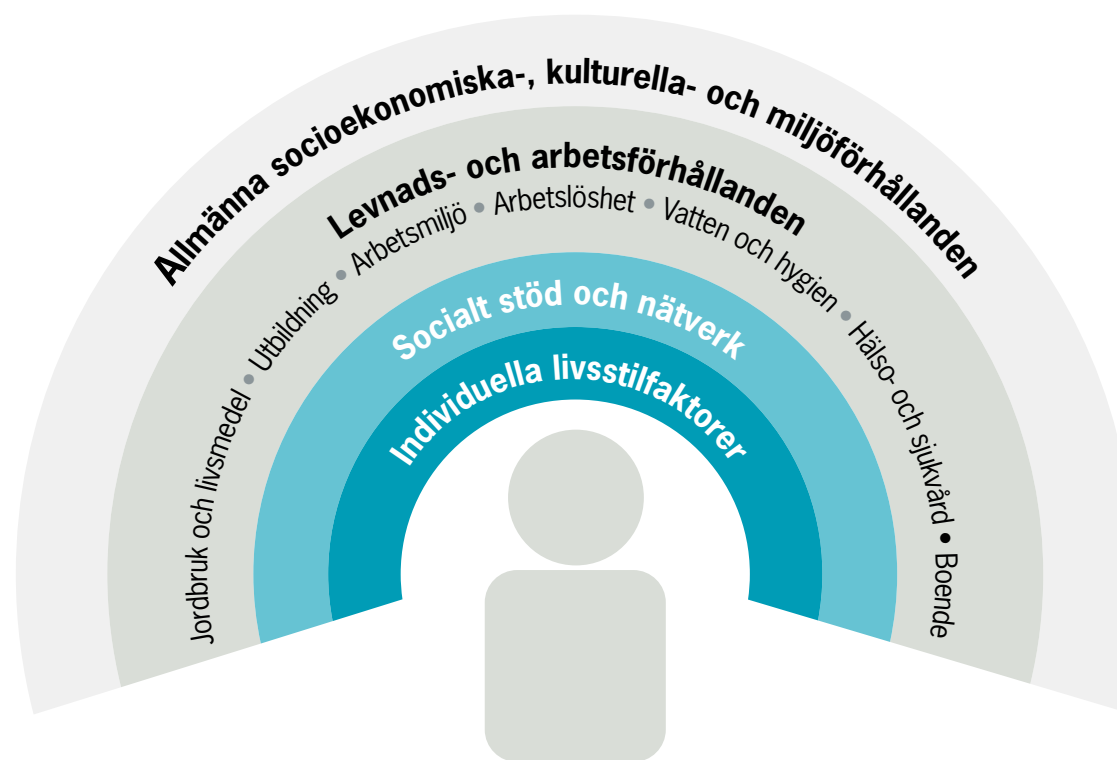
Hälsan hos befolkningen ska ha förbättrats jämfört med år 2014 och skillnaderna minskat med avseende på jämlikhet och jämställdhet.

Hälsans bestämningfaktorer

På individnivå kan det se ut som om det är slumpen som avgör vem som blir sjuk. På befolkningsnivå är sambanden däremot tydliga när det gäller livsvillkor, som utbildning, sysselsättning, ekonomi och boende, och levnadsvanor, som rökning, alkohol, kost och motion. Levnadsvanor är delvis självvalda, men formas också av omgivningen. Sämre livsvillkor ökar benägenheten för ohälsosamma levnadsvanor. Ohälsa har alltså sociala och ekonomiska orsaker men ger även sociala och ekonomiska konsekvenser.

Denna skrift visar med hjälp av kartor skillnaderna i självskattad hälsa mellan Skånes kommuner. Den visar också hur hälsa och socioekonomi följs genom att jämföra kartor över självskattad hälsa och socioekonomiska faktorer.

Data om hälsovariablerna kommer ifrån *Folkhälsorapport Skåne 2013*, som presenterar vuxna skåningars egna värdering av sin hälsa utifrån olika dimensioner. Data om de socioekonomiska variablerna sysselsättningsgrad, medelinkomst och utbildningsnivå kommer från nationella register.





Sysselsättning och hälsa

En av de viktigaste frågorna i Folkhälsorapport Skåne 2013 rör den allmänna hälsan: "Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?". Svarsalternativen var "mycket bra", "bra", "någorlunda", "dåligt" och "mycket dåligt".

Detta kallas självskattad hälsa och ger en helhetsbild av hur individen upplever sin fysiska och psykiska hälsa. Den enkla frågan har vetenskapligt visats ha ett starkt samband med framtida sjuklighet, vårdsökande och dödlighet. Det är också väl belagt att självrapporterad hälsa är starkt förknippad med människors socioekonomiska situation.

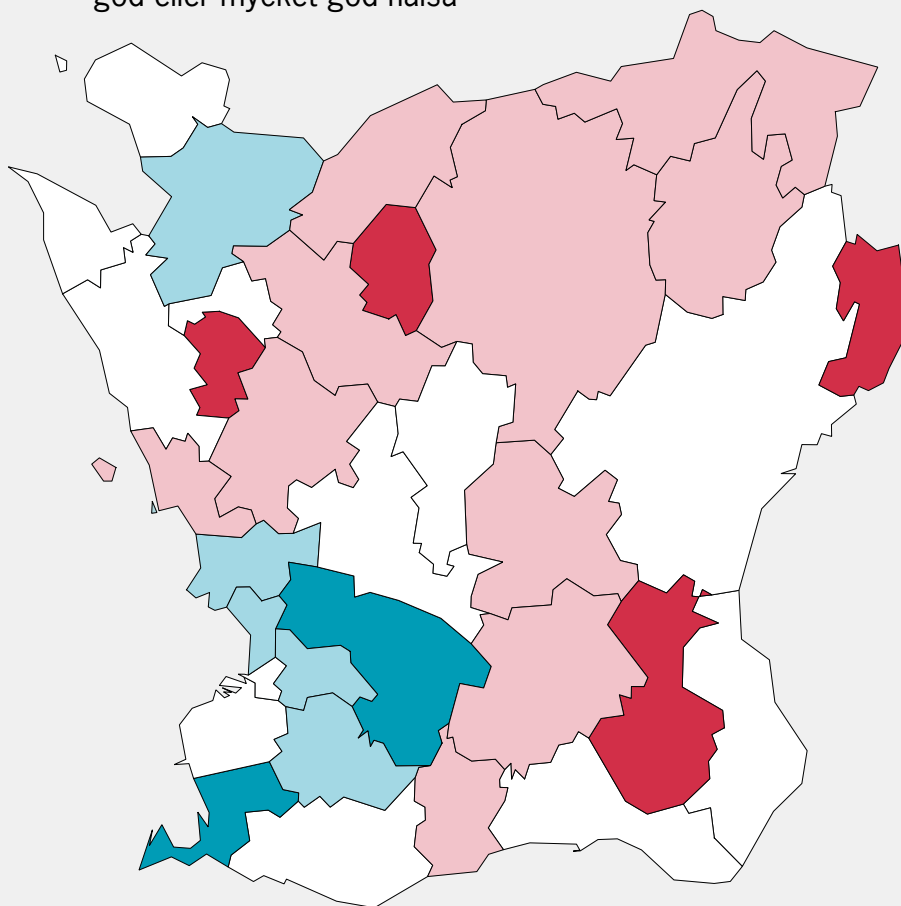
God hälsa bygger ofta på ett meningsfullt arbete. Den som arbetar känner sig delaktig i samhället, medan arbetslöshet kan leda till utanförskap och en försämrad känsla av sammanhang. Förvärvsarbete har också många positiva effekter på hälsan och bidrar till en social identitet, inkomst och socialt stöd. Men man behöver vara frisk både för att komma in på arbetsmarknaden och för att kunna arbeta. Flera studier visar därtill att människor som står utanför arbetsmarknaden har sämre hälsa och fler ofördelaktiga levnadsvanor.

Kommunerna kring Malmö och Lund har högst sysselsättningsgrad i Skåne. De ligger också över genomsnittet för självskattad hälsa.



Självskattad hälsa

Andel av befolkningen som uppger god eller mycket god hälsa

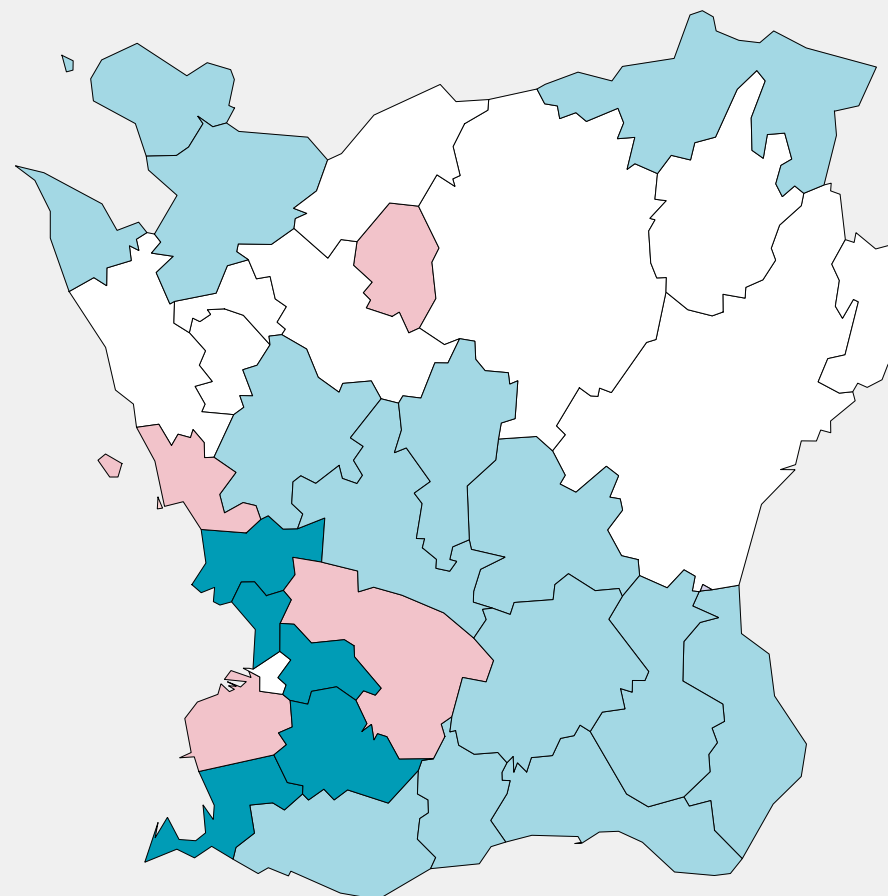


- Mycket under Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Mycket över Skånesnittet

Källa: Region Skåne

Sysselsättningsgrad

20–64-åringar



- Mycket under Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Mycket över Skånesnittet

Källa: SCB och Öresundsdatan, bearbetat av Region Skåne

Utbildningsnivå och hälsa

Även utbildningsnivå hänger samman med hälsa. I Skåne är den förväntade återstående medellivslängden för 30-åriga män 5,4 år lägre om man bara har förgymnasial utbildning jämfört med om man har eftergymnasial utbildning. Gapet har ökat med 1,5 år de senaste tio åren. För skånska kvinnor är motsvarande skillnad 4,9 år, och gapet mellan låg- och högtbildade har ökat med 1,9 år.

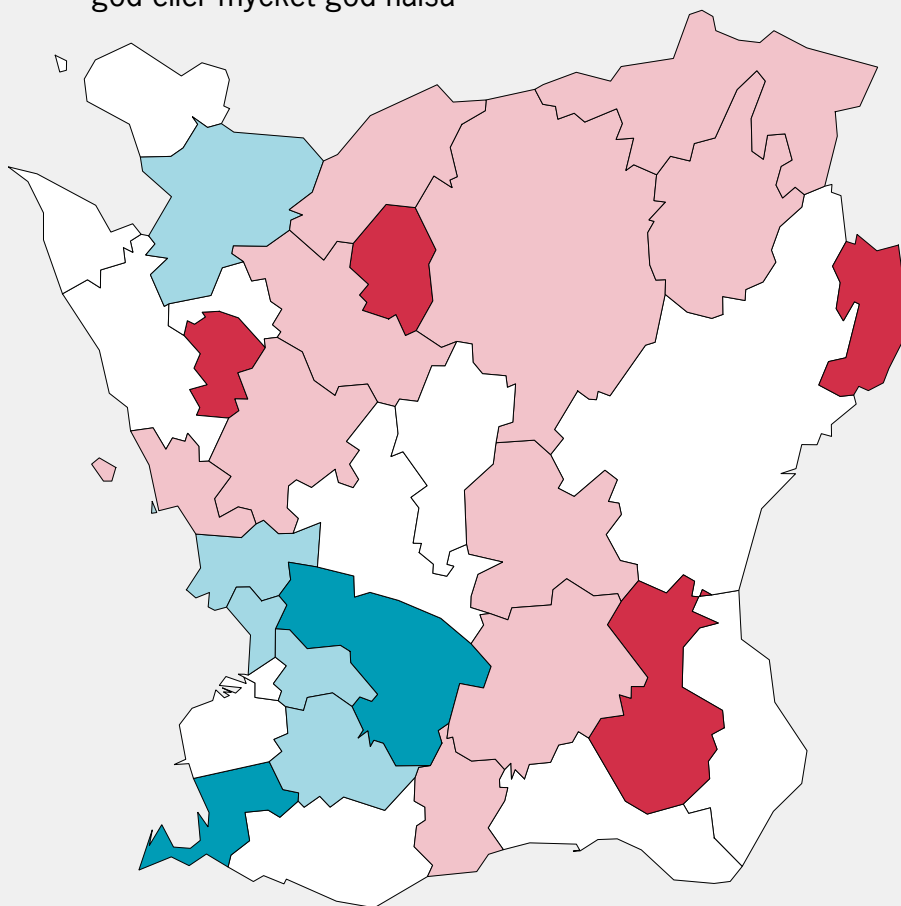
Utbildning kan påverka hälsan på flera sätt. Dels ger den bättre arbetsförhållanden och en bättre ekonomisk situation, dels ger den bättre förutsättningar att hitta och ta till sig information om hälsorelaterat beteende.

På förra uppslaget såg Lunds kommun ut som ett undantag, där den självskattade hälsan var hög samtidigt som sysselsättningsgrad var låg. En förklaring till detta är den höga andelen studenter i Lund och att dessa inte räknas som sysselsatta. Tittar man i stället på sambandet mellan utbildningsnivå och självskattad hälsa är förhållandet det förväntade även i Lund.



Självskattad hälsa

Andel av befolkningen som uppger god eller mycket god hälsa

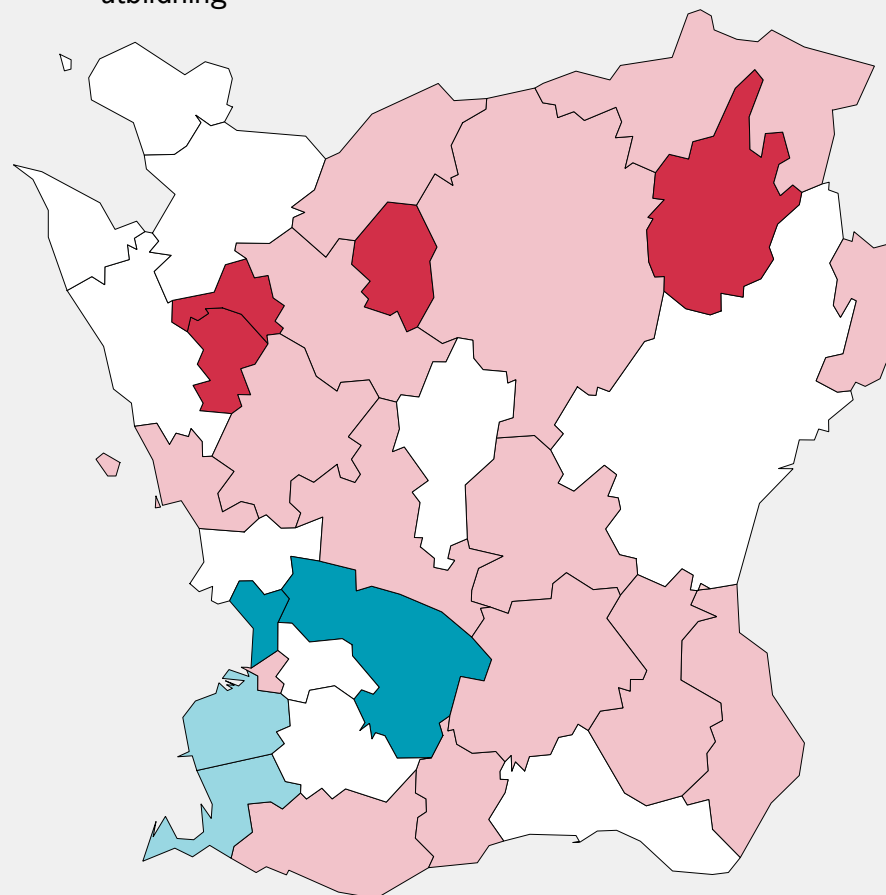


- Mycket under Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Mycket över Skånesnittet

Källa: Region Skåne

Eftergymnasial utbildning

Andel 20-64-åringar med eftergymnasial utbildning



- Mycket under Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Mycket över Skånesnittet

Källa: SCB, bearbetat av Region Skåne

Skillnader inom kommunerna

Hälsa och socioekonomi varierar inte bara mellan Skånes kommuner utan också inom kommunernas gränser. I Malmö ligger i många variabler kring Skånes genomsnitt, men skillnaderna är stora inom kommunens gränser.

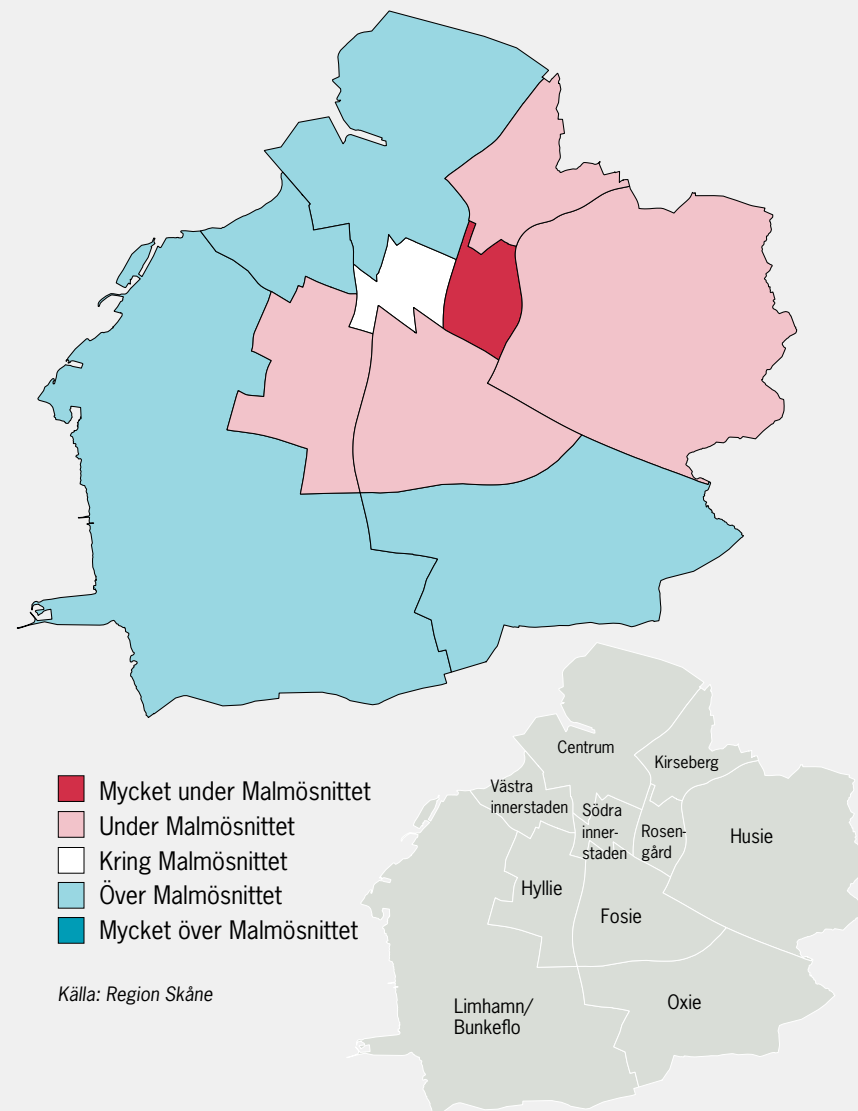
Så här skriver Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö om skillnader i medellivslängd:

” Skillnaderna i medellivslängd mellan olika delar av Malmö är 5,4 år för män och 4,6 år för kvinnor. Mellan låg- och högutbildade i Malmö skiljer det 6 år i livslängd för män och 4,1 år för kvinnor, skillnader som ökat stadigt under de senaste 20 åren. Det är små skillnader i en internationell jämförelse, men mekanismerna bakom skillnaderna är desamma. Det beror på människors olika villkor under livet, villkor som samhället kan påverka och förändra. ”

Det är alltså viktigt att komma ihåg att de snittvärden som redovisas på kommunnivå ofta döljer variation på lägre geografisk nivå. Samtidigt återspeglar skillnaderna mellan kommunerna i stort de redan kända sambanden mellan socioekonomi och hälsa.

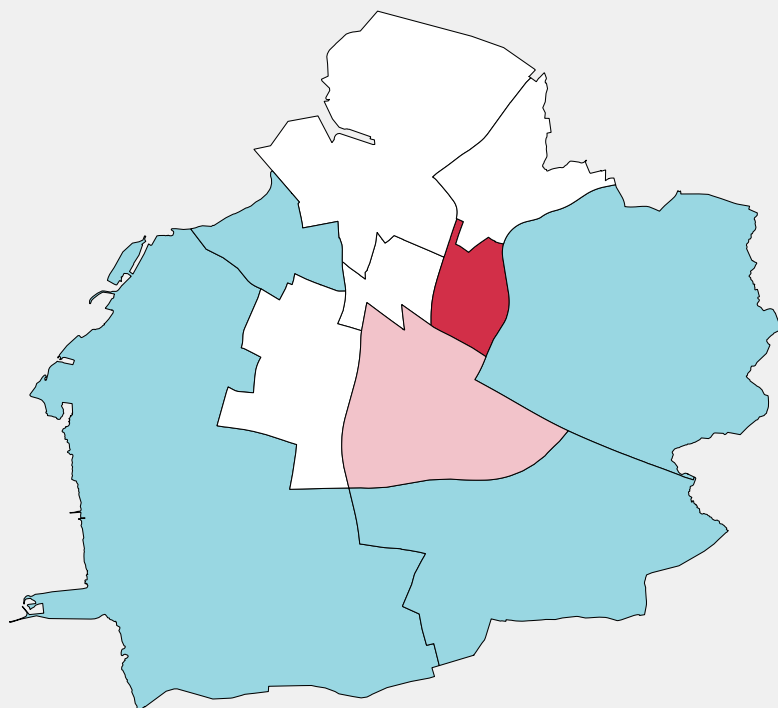
Självsfattad hälsa i Malmö

Andel av befolkningen som uppger god eller mycket god hälsa



Sysselsättningsgrad i Malmö

20–64-åringar

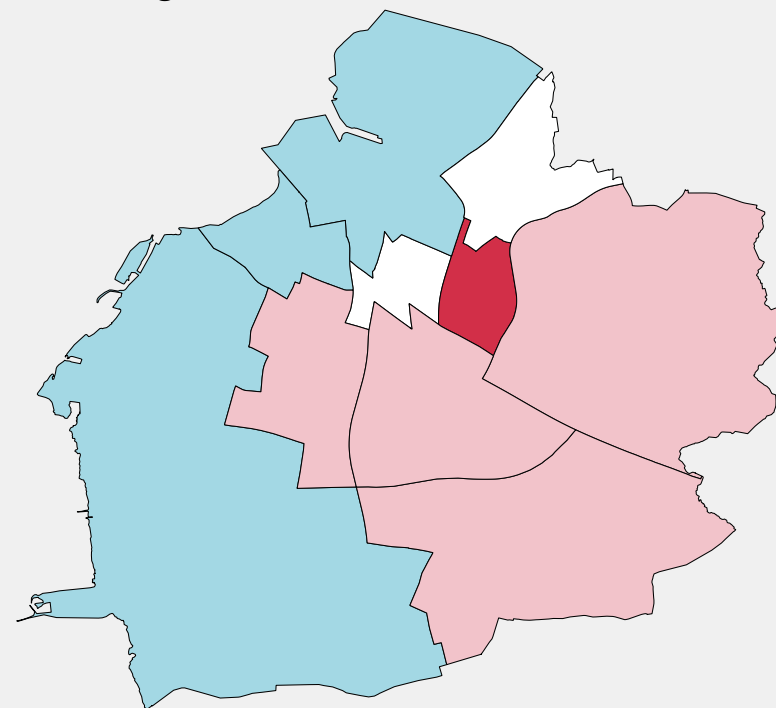


- Mycket under Malmösnittet
- Under Malmösnittet
- Kring Malmösnittet
- Över Malmösnittet
- Mycket över Malmösnittet

Källa: SCB, bearbetat av Region Skåne

Eftergymnasial utbildning i Malmö

Andel 20-64-åringar med eftergymnasial utbildning



- Mycket under Malmösnittet
- Under Malmösnittet
- Kring Malmösnittet
- Över Malmösnittet
- Mycket över Malmösnittet

Källa: SCB, bearbetat av Region Skåne

Riskfaktorer och socioekonomi

Många levnadsvanor påverkar hälsan och risken att bli sjuk eller dö i hjärt-kärlsjukdomar, företrädesvis hjärtinfarkt och stroke, och cancer. Följande levnadsvanor ses som riskfaktorer ur ett hälsoperspektiv:

- Daglig rökning
- Låg fysisk aktivitet på fritiden
- Låg konsumtion av frukt och grönsaker
- Fetma
- Riskkonsumtion av alkohol

Val av livsstil och hälsobeteende kan förefalla vara individuella, men det är inte fullt så enkelt. Ett flertal levnadsvanor följer tydliga sociala mönster definierade av yrke, utbildning och inkomst. Det finns alltså en stark samvariation mellan låga inkomster, låg utbildning, låg yrkesstatus, arbetslöshet eller långtidssjukskrivning å ena sidan och riskfyllda levnadsvanor å den andra. Det är även vanligt att levnadsvanor grundläggs tidigt i livet och har samband med föräldrarnas socioekonomiska position.

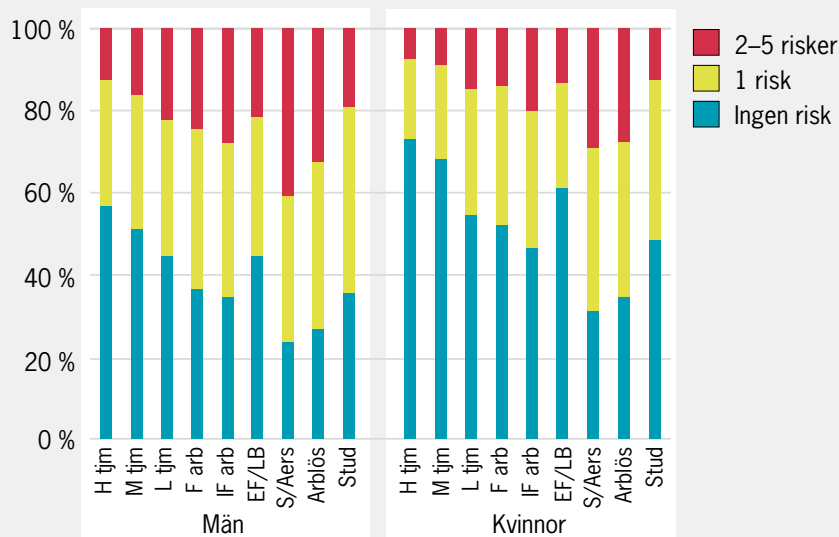


Folkhälsorapport Skåne 2013 visar att de personer som står utanför arbetsmarknaden också lever med klart störst antal riskfaktorer. Andelen med riskfaktorer följer generellt en socioekonomisk gradient bland både män och kvinnor. Bland personer utanför arbetsmarknaden är andelen med två eller fler riskfaktorer högst; detta gäller fyra av tio sjukskrivna män (långtidssjukskrivna eller med sjuk- eller aktivitetsersättning), var tredje arbetslös man liksom nästan tre av tio arbetslösa eller sjukskrivna kvinnor.

Riskfaktorer i befolkningen ansamlas också geografiskt ojämnt i Skånes kommuner. I både nordvästra och sydvästra Skåne återfinns många kommuner där färre än genomsnittet har uppgett en riskfaktor eller fler.

Socioekonomisk indelning

Ansamling av riskfaktorer



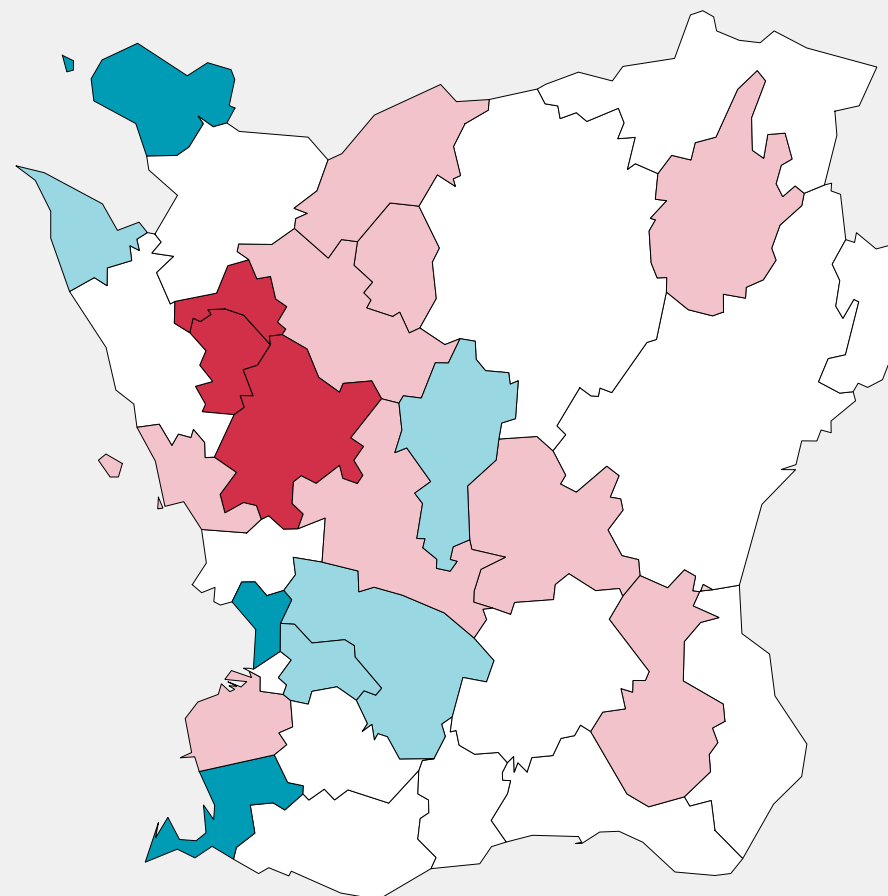
Andel män och kvinnor som uppgett sig inte ha någon, en eller minst två av följande riskfaktorer (daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol, lågt intag av frukt och grönsaker, låg fysisk aktivitet samt fetma) fördelat på socioekonomisk tillhörighet.

Högre tjänstemän = H tjm
 Mellan tjänstemän = M tjm
 Lägre tjänstemän = L tjm
 Facklärd arbetare = F arb
 Icke facklärd arbetare = IF Arb

Egna företagare eller lantbrukare = EF/LB
 Sjuk eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/Aers
 Arbetslös = Arblös
 Studerande = Stud

Riskfaktorer

Andel med minst en riskfaktor



- Mycket över Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Mycket under Skånesnittet

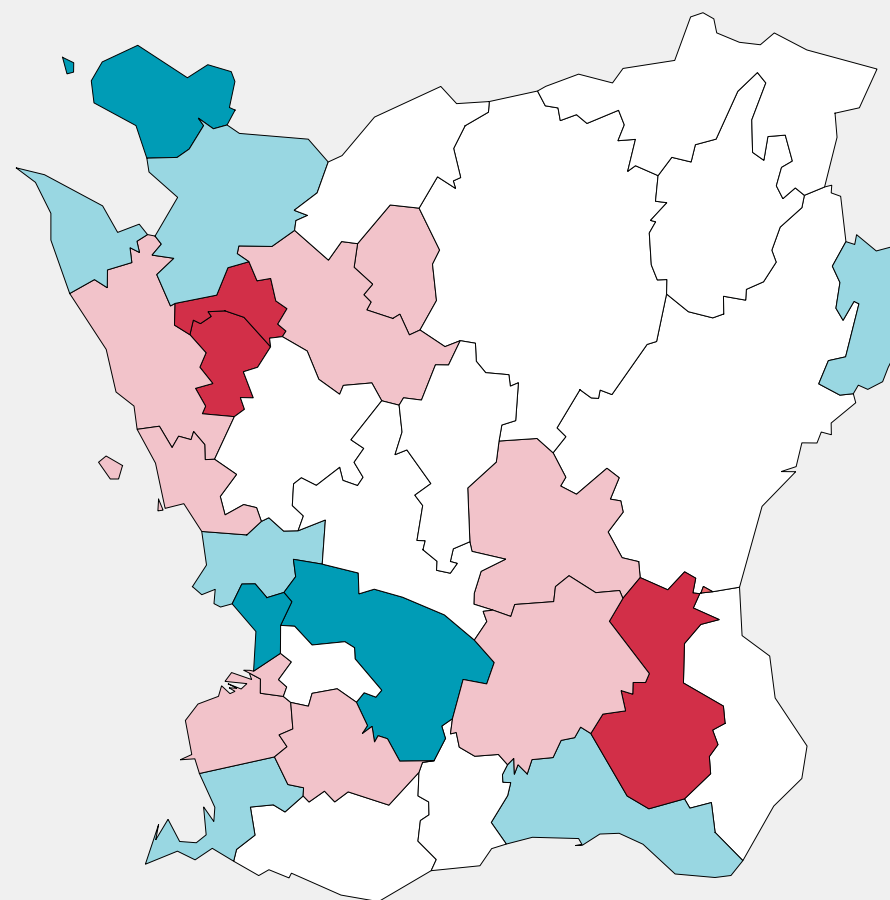
Källa: Region Skåne

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet minskar riskerna för att drabbas av övervikt och fetma, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och vissa cancerformer. I takt med att arbetslivet blir allt mindre fysiskt ansträngande blir fysisk aktivitet på fritiden därmed allt viktigare. Stillasittande fritid är vanligare bland arbetare än bland högre tjänstemän bland både män och kvinnor.



Andel som uppger låg fysisk aktivitet på fritiden



- Mycket över Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Mycket under Skånesnittet

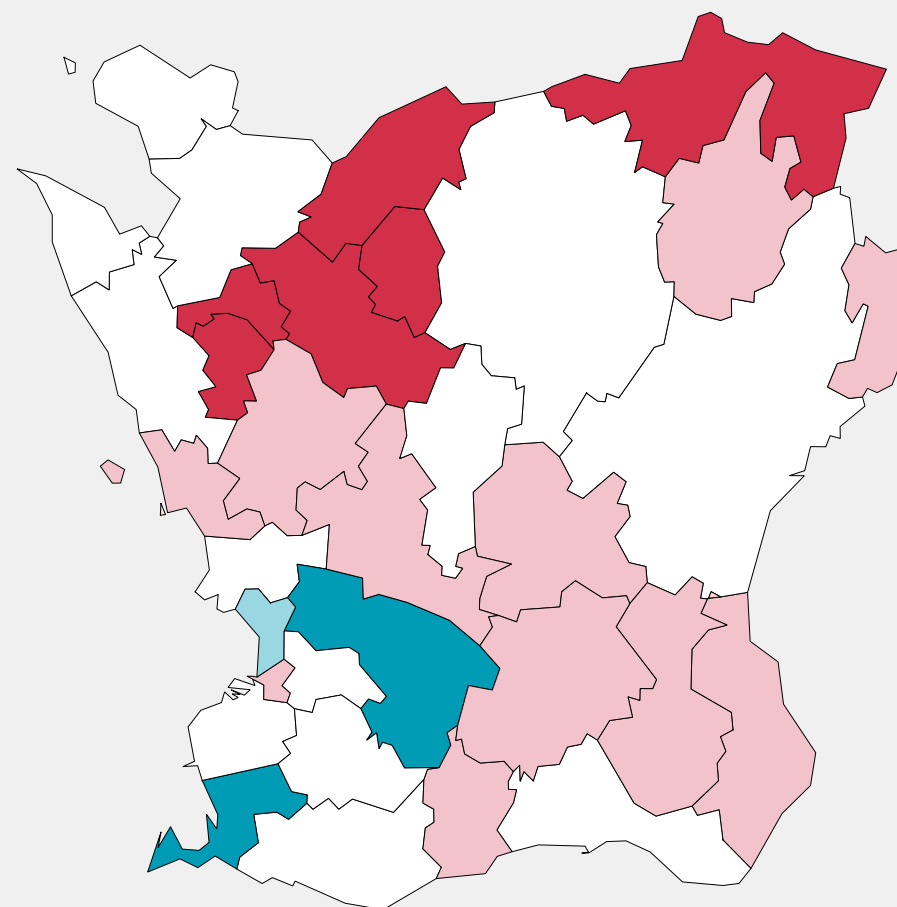
Källa: Region Skåne

Socialt deltagande

Lågt socialt deltagande och brist på tillit till andra är två olika dimensioner av socialt kapital. Socialt deltagande är viktigt för ett flertal faktorer som är av central betydelse för hälsan, exempelvis förmåga att sluta röka, tillräcklig fysisk aktivitet på fritiden och goda kostvanor. Socialt deltagande anses även kunna skydda hälsan genom att minska den psykosociala stressen.



Andel som uppger lågt socialt deltagande



- Mycket över Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Mycket under Skånesnittet

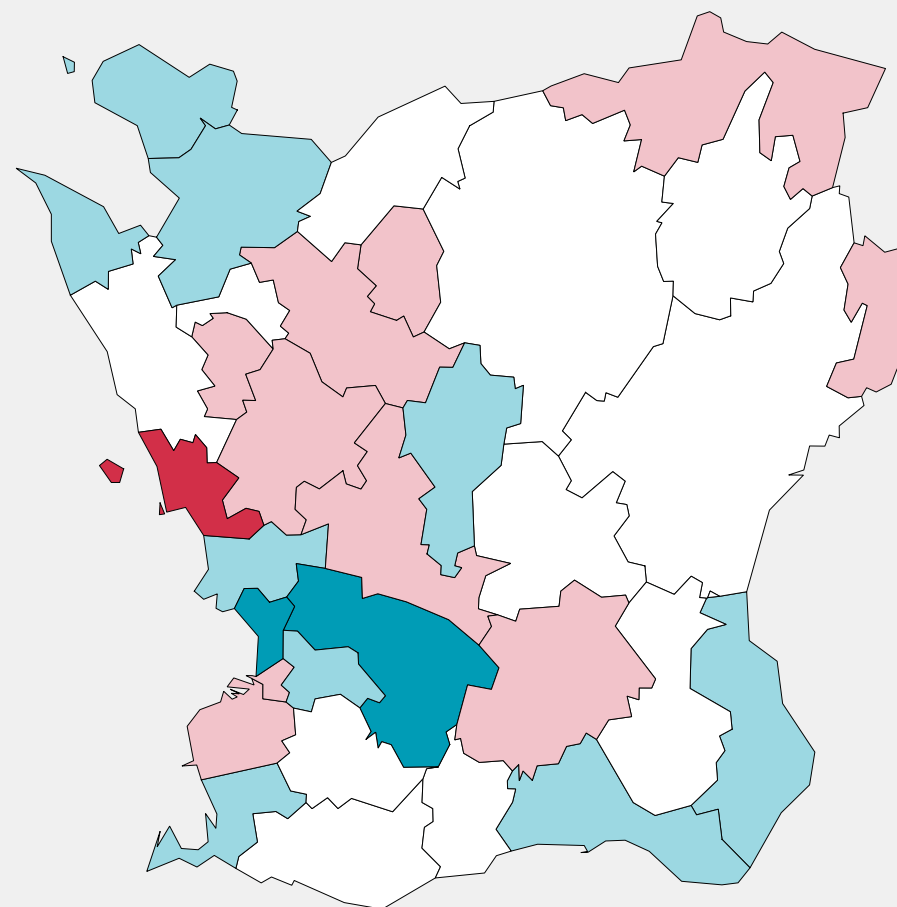
Källa: Region Skåne

Tillit till andra

Även låg tillit till andra har ett starkt samband med låg självrapporterad hälsa. Tillit till andra varierar också med socioekonomisk status och anknytning till arbetsmarknaden. Arbetare rapporterar i högre utsträckning låg tillit till andra än tjänstemän. Andelen som uppger låg tillit till andra har minskat under perioden 2000-2012 i alla socioekonomiska grupper som är sysselsatta på arbetsmarknaden, men den har stått still för personer utanför arbetsmarknaden.



Andel som uppger låg tillit till andra



- Mycket över Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Mycket under Skånesnittet

Källa: Region Skåne

Inkomst

” Sambandet mellan ekonomisk standard och hälsa är väl belagt. Mer välbeställda lever i genomsnitt längre, och är även friskare, än mindre välbeställda. Sannolikt går orsakssambanden i båda riktningar, det vill säga från hälsa till ekonomisk standard men också från ekonomisk standard till hälsa. [...] I Sverige fortsätter den ekonomiska standarden att förbättras. [...] Sett över en längre period (sedan mitten av 1980-talet) har dock skillnaderna i ekvivalerad disponibel inkomst ökat. ”

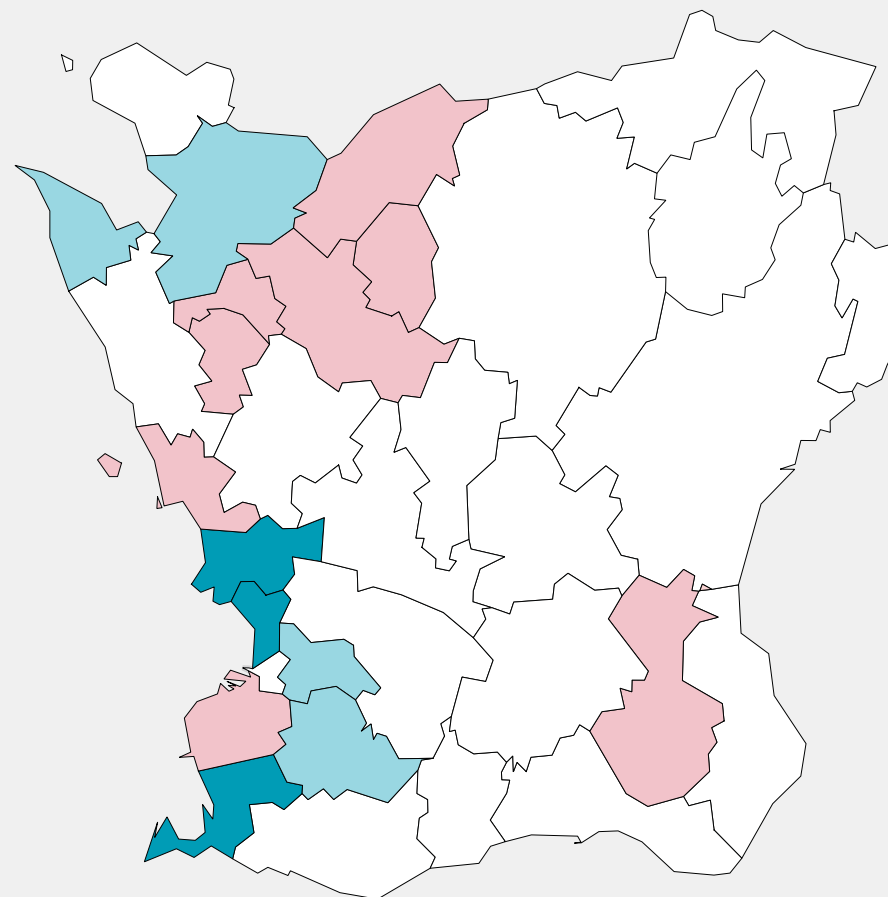
Folkhälsomyndigheten

Medelinkomsten för förvärvsarbete följer ungefär samma mönster som sysselsättningsgraden. Framför allt kommunerna kring tillväxtmotorerna Malmö, Lund och Helsingborg ligger högt här. Som beskrivs i citatet ovan är inkomst ytterligare en faktor som har ett starkt samband med hälsa.



Genomsnittlig förvärvsinkomst

20–64-åringar



- Mycket under Skånesnittet
- Under Skånesnittet
- Kring Skånesnittet
- Över Skånesnittet
- Mycket över Skånesnittet

Källa: SCB, bearbetat av Region Skåne

Geografiska mönster

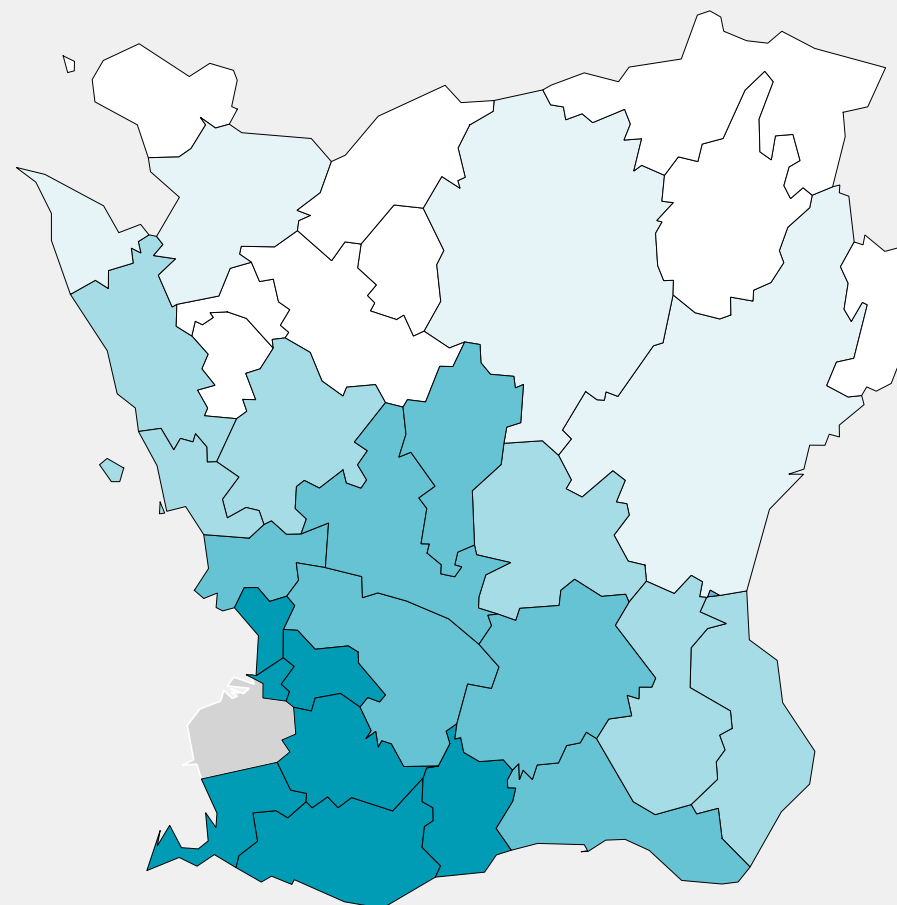
Trots att det finns både nationella och regionala mål om en jämlik hälsa så är skillnaderna stora inom Skåne. Detta gäller oavsett om vi tittar på självskattad hälsa eller konkreta faktorer som ansamlingen av riskfaktorer. Skillnaderna hänger tätt samman med socioekonomiska förutsättningar som utbildning, arbete och inkomst.

De kommuner som har en stor andel invånare med hög utbildning, högre inkomster och en högre andel förvärvsarbetande är också de som rapporterar en bättre hälsa. Dessa kommuner är främst koncentrerade kring Malmö och Lund.

Det regionala mönstret är inte slumpmässigt utan hänger ihop med arbetsdelningen mellan Skånes kommuner. Större delen av Skånes ekonomiska aktivitet sker i länets tillväxtmotorer: Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad. Men en stor andel av dem som har de högvärlönde, högkvalificerade jobben i dessa kommuner bor inte där utan pendlar in från boendeintensiva kommuner i närheten. Detta mönster är tydligast i sydvästra Skåne. (Källa: Produktivitetens nya geografi)



Andel av kommunernas löneinkomster som tjänas i Malmö



- 0-3 %
- > 3-5 %
- > 5-15 %
- > 15-30 %
- > 30-48 %

Källa: SCB, bearbetat av Region Skåne

Lomma och Vellinge är exempel på boendeintensiva kommuner. Summan av lönerna för dem som bor i dessa kommuner är nästan tre gånger högre än lönesumman för dem som arbetar i dem. Ungefär hälften av arbetsinkomsterna i Lomma och Vellinge intjänas i Malmö eller Lund, eller en kombination av dessa. (Källa: *Produktivitetens nya geografi*) Lomma och Vellinge är också de enda kommuner som återfinns i topp 5 i alla de hälso- och socioekonomiska indikatorer som förekommer i den här rapporten.

Även om Malmö-Lund-regionen är funktionellt integrerad vad gäller arbetspendling, så är den socioekonomiskt och hälsomässigt uppdelad. Detta återspeglas i skillnaderna i hälsa och socioekonomisk struktur i kommunerna. Det är ett mönster som ytterligare förstärks av att den ekonomiska segregationen i Skåne ökat starkt under senare år:

”De ökande inkomstskillnaderna i Sverige och då särskilt i Skåne är oroande. [...] I allt större utsträckning separeras fattiga och rika individer från varandra. Fattigdomen är påtaglig i stadsdelarna Rosengård, Fosie och Södra Innerstaden [i Malmö] men förhållandevis hög också i exempelvis Perstorp och Landskrona. Rikedomen är starkt koncentrerad till Skånes kuster, särskilt till de delar av länets städer som vetter mot kusterna. Fattigdomen är däremot koncentrerad till andra delar av Skånes städer (exempelvis i Malmö, Landskrona, Helsingborg och Kristianstad) och landsbygd (exempelvis Sjöbo, Tomelilla och Perstorp).”

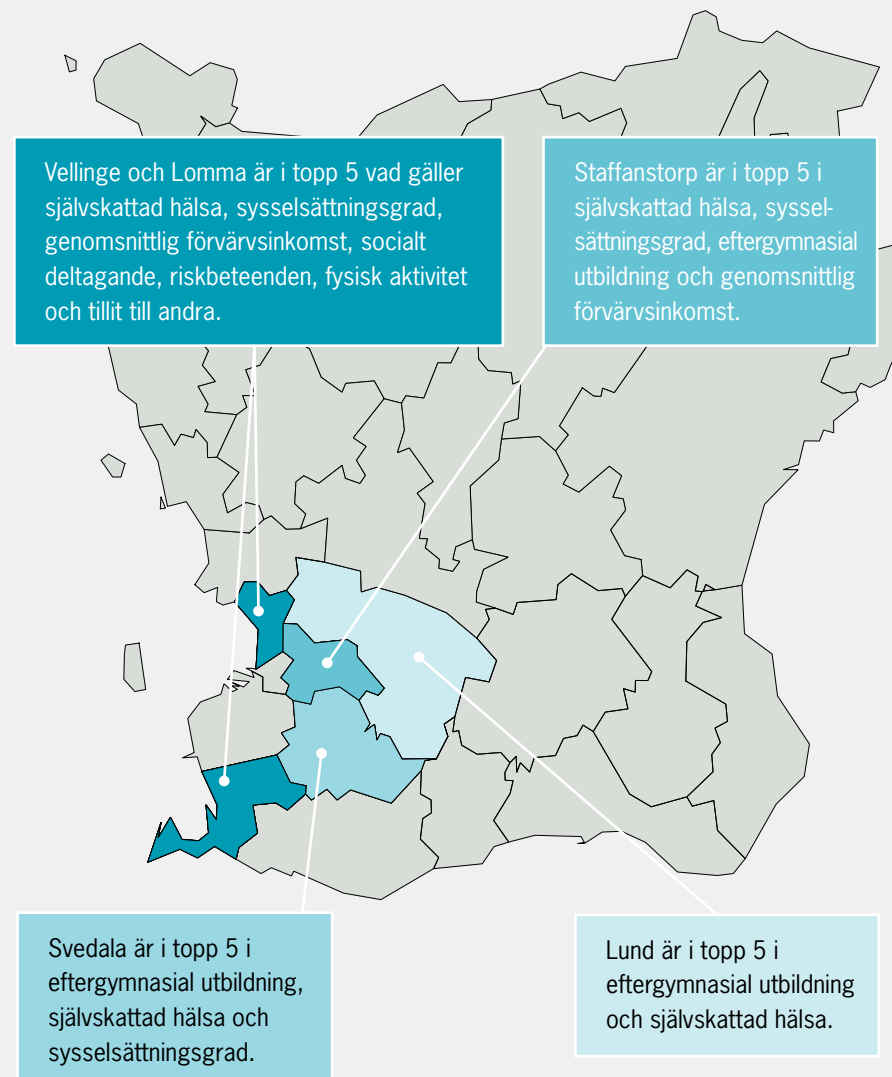
Boendesegregationen i Skåne

Att förstå den socioekonomiska strukturen är en avgörande komponent för att förstå befolkningens hälsa. Sociala och ekonomiska faktorer måste alltså beaktas i arbetet för att nå de nationella och regionala målen om jämlik hälsa och social hållbarhet, och i förlängningen även ekonomisk utveckling på grund av relationen mellan hälsa och ekonomisk tillväxt.

Ansamling av hälsa och socioekonomi

Ranking för alla variabler

För definitioner av begreppen i kartan, se tidigare kartor samt metodbeskrivning.



Källa: SCB, Öresundsdatan, Region Skåne, bearbetat av Region Skåne

Källförteckning och metodbeskrivning

Metodbeskrivning

Alla kartor, med undantag för de två sista, är illustrerade med standardavvikelse. Skalan utgår ifrån en mittpunkt mellan -0,5 och +0,5 standardavvikelser och går sedan från 0,5 till 1,5 över/under medel. Kommuner med mer än 1,5 standardavvikelser anges ligga mycket över/under genomsnittet.

Kartorna som visar olika dimensioner av självrapporterad hälsa använder data från Folkhälsorapport Skåne 2013. Dessa är viktade efter befolkningsammansättningen, exempelvis för att en kommuns åldersstruktur inte ska påverka genomsnittet. För att få stabilitet i svaren så har åren 2008 och 2012 kombinerats för alla dimensioner av självrapporterad hälsa.

Sysselsättningsgrad, utbildningsnivå och medelinkomst är registerdata för år 2012. Sysselsättningsgraden är beräknad med data från Statistiska Centralbyrån och Öresundsdatan och inkluderar gränspendlare.

Kommunernas andel av löneinkomster från Malmö är beräknad med data från SCB RAMS och inkluderar gränspendlares löner. Data är för år 2014.

Kontaktpersoner

Anton Westholm anton.westholm@skane.se, GIS-analytiker och projektledare
Anna Bjärenlöv anna.bjarenlov@skane.se, analyschef.

Källförteckning

Alla påståenden utan explicit källhänvisning:

- Folkhälsorapport Skåne 2013 – Region Skåne
- Ett socialt hållbart Skåne 2030 – Handlingsplan för Region Skånes folkhälsoarbete 2015–2018
utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/

Övriga källor

- Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete – Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2016:55
- Det öppna Skåne 2030 – Region Skåne
www.skane2030.se
- Malmö stads sammanfattning av Kommission för ett socialt hållbart Malmös slutrapport – Malmö stad 2013
malmo.se/Kommun-politik/Sa-arbetar-vi-med.../Socialt-hallbart-Malmo
- Social Hållbarhet, Ekonomisk standard – Folkhälsomyndigheten
www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/
www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/livsvillkor/ekonomisk-standard/
- Boendesegregationen i Skåne – Region Skåne 2015
utveckling.skane.se/publikationer/rapporter-analyser-och-prognoser/boendesegregationen-i-skane/
- Produktivitetens nya geografi – Pernilla Johansson, Dialogos Förlag 2017
www.produtivitetsskommissionen.se/

Foto

Malin Lauterbach (s 2), Mikael Svensson (s 5), Jenny Brandt (s 7), Christiaan Dirksen (s 8), Jörgen Wiklund (s 14), Scandinav (s 17), Astrakan (s 18), Karl-Johan Hjertström (s 20). Övriga iStockphoto.



Bästad

Osby

Örkelljunga

Ängelholm

Östra Göinge

Höganäs

Perstorp

Hässleholm

Bromölla

Åstorp

Klippan

Helsingborg

Bjuv

Svalöv

Höör

Kristianstad

Landskrona

Eslöv

Hörby

Kävlinge

Lomma

Lund

Sjöbo

Burlöv

Staffanstorps

Malmö

Svedala

Tomelilla

Simrishamn

Vellinge

Skurup

Ystad

Trelleborg

Denna skrift visar med hjälp av kartor skillnaderna i självskattad hälsa mellan Skånes kommuner. Den visar också hur hälsa och socioekonomi följs genom att jämföra kartor över självskattad hälsa och socioekonomiska faktorer.