

– FoUI RAPPORT 82:2018 –

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FOLKHÄLSA OCH FOLKHÄLSOLÄGET I SMÅKOMMUNER

Mats Jakobsson

Innehåll	Sida
Inledning	2
Data och analys	3
Resultat	5
Förutsättningar för folkhälsa	5
Folkhälsan i olika kommuntyper	8
Finns samband mellan kommuners förutsättningar och folkhälsa?	10
Befolkningsmässiga förutsättningar och folkhälsa – en beskrivande multivariat analys	11
Sammanfattande diskussion	14

Inledning

Länsstyrelserna har under 2017 tagit initiativ att göra en gemensam insats för att stärka små kommuners ANDT och BRÅ förebyggande arbete inom ramen för satsningen på små kommuner. I denna satsning ingår också att ta fram olika underlag som beskriver mindre kommuners ANDT och folkhälsosituation. ANDT situationen med avseende på användning av alkohol, narkotika och tobak i små kommuner har redovisats i en CAN-rapport 2017.¹ Syftet med föreliggande rapport är att belysa små kommuners demografiska och sociala förutsättningar som påverkar folkhälsan men som också påverkar aspekter av ANDT-frågor. Definitionen av ”små kommuner” är densamma som i nämnda CAN-rapport vilket innebär kommuner som är mindre än 10 000 invånare. Detta motsvarar ingen vedertagen indelning i olika kommuntyper som exempelvis SCB använder, vilket innebär att man i viss mån riskerar att bortse från den kontext som kommunen finns. Det kan exempelvis vara en påtaglig skillnad med avseende på demografiska förutsättningar om man jämför en liten kommun som ligger flera mil från en större regional tätort med en liten kommun som ligger i nära en sådan eller som finns i en storstadsregion. I denna studie kommer också små kommuner att jämföras med större kommuner för att tydliggöra skillnader och likheter med avseende på befolkningsmässiga förutsättningar och exempel på utfall i några folkhälsoindikatorer som brukar betraktas vara en konsekvens av dessa förutsättningar. De kommunstorlekar eller kommuntyper som kommer att jämföras är nämnda små kommuner, kommuner med 10 001 – 20 000 invånare, 20 001-50 000 invånare, 50 001 – 100 000 invånare och kommuner med fler än 100 000 invånare. När det gäller storleken på rikets befolkningen i de olika kommuntyperna så lever 5% i små kommuner (färre än 10 000 invånare) i 73 olika kommuner. Andelen av befolkningen som lever i kommuner med färre än 50 000 invånare är 42 % medan en majoritet av befolkningen finns i de 47 kommuner som är större än 50 000 invånare.²

Syftet med att belysa förutsättningarna för folkhälsa med hänsyn till olika kommuntyper som nämnts ovan är dels att ge inblickar i att kommuner kan ha olika utmaningar att hantera i ett arbete med att stärka folkhälsan eller förebyggande arbete inom ANDT-området men också en bild av folkhälsoläget i olika kommuntyper. De frågeställningar som kommer att besvaras i föreliggande studie är således:

- Vilka skillnader finns mellan olika kommuntyper med avseende på egenskaper i befolkningen och som påverkar folkhälsan?
- Vilken samvariation finns mellan dessa egenskaper och utfall i folkhälsoindikatorer i de olika kommuntyperna?

¹ Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner?

² Se bilaga 1.

Data och analys

Att jämföra folkhälsoläget, ANDT och BRÅ situationen mellan olika delar av Sverige, mellan olika län och olika kommuner inom ett län kan få karaktären av att jämföra äpplen och päron eftersom respektive län och kommuner har olika förutsättningar med hänsyn till befolkningens sammansättning. När det gäller folkhälsan har en åldrande befolkning på utflyttningsorter inte sällan en sämre folkhälsa jämfört med regionala centrum och större städer. För att kunna göra jämförande analyser mellan olika kommuntyper krävs att man har tillgång till olika statistiska data som innefattar indikatorer som kan betraktas ”mäta” befolkningsmässiga förutsättningar och sådana som motsvarar folkhälsoindikatorer. Idealt vore också att ha data på individnivå, dvs uppgifter om en och samma individ med avseende olika bakgrundsegenskaper, exempelvis ålder, kön, etnicitet var man bor osv, samt indikatorer som på olika sätt mäter hälsa exempelvis personens användning av alkohol och tobak, hälsobesvär, kostvanor, motion, tillit till andra människor och myndigheter och exempelvis att ha blivit utsatt för brott. När dessa uppgifter är insamlade för ett stort antal individer är det möjligt att studera och analysera samband mellan olika bakgrundsfaktorer och folkhälsa. I denna studie fanns inte möjlighet att få tillgång till nämnda typ av data som gör det möjligt att genomföra ”multivariata” statistiska analyser där man kan undersöka flera olika faktorer samtidigt för att bedöma eventuella och olika samband mellan bakgrundsfaktorer och hälsoutfall.

I denna studie har istället ”aggregerade” data tillämpats vilket innebär att data består ”siffror” som presenteras som tabeller i offentliga databaser, exempelvis hur stor andel av män respektive kvinnor som är dagliga rökare i en kommun. Att ”konstanthålla” eller kontrollera för andra ”variabler” som ålder eller medborgerlig bakgrund är inte möjliga att göra med ambitionen att uttala sig om vilken betydelse dessa faktorer har för individers rökvanor. Det data visar på är egenskaper hos grupper av människor i kommuner, exempelvis att andelen dagliga rökare (grupp A) är större i kommun X samtidigt som andelen födda utomlands (grupp B) också är större vid en jämförelse med kommun Z. Samvariationen mellan andel dagliga rökare och andel födda utomlands behöver dock inte innebära att detta också speglar ett substantiellt samband, dvs att personer födda utomlands i större utsträckning är dagliga rökare, eftersom dessa jämförelser inte vilar på data om individer där både rökvanor och olika medborgerliga bakgrunder framgår om respektive individ.

Tillämpningen av denna typ av data innebär att den analys som genomförs i föreliggande studie framförallt är deskriptiv. Denna beskrivande analys tar hänsyn till kommuners olika förutsättningar för folkhälsa vilka i viss mån också utgör förutsättningar med avseende på olika aspekter av ANDT-frågor, tex att användning av tobak och alkohol. Ett sätt att göra en sådan analys av kommuners olika förutsättningar är att utnyttja verktyget ”**Resultat efter förutsättningar**” tillgängligt via SKL:s webbplats som innehåller indikatorer avseende förutsättningar och för folkhälsa. I detta verktyg så rankas kommuner och län utifrån sina förutsättningar och i förhållande till varandra. Denna ranking jämförs sedan mot den ranking kommuner eller län får med avseende på utfall i ett antal hälsoindikatorer. Detta innebär att en kommun eller län kan vara bättre, lika med eller sämre än sina förutsättningar.

Indikatorerna när det gäller förutsättningar för hälsa i befolkningen är följande:

- Andel tjänstemän = ju större andel, bättre ranking
- Arbetslöshet = ju mindre andel, bättre ranking
- Medelålder = ju yngre medelålder, bättre ranking
- Medianinkomst = ju högre, desto bättre ranking
- Utbildning, minst 3 år gymnasiestudier = större andel, bättre ranking
- Andel utrikes födda = ju mindre andel bättre ranking

Kommunerna har sedan rankats sedan i förhållande till varandra utifrån indikatorerna ovan enligt följande: Om exempelvis arbetslösheten var lägst bland männen i kommun X jämfört med män i andra kommuner fick de rankingen 1. Om medelåldern hade varit högst bland män i kommun X jämfört med män i andra kommuner så hade de fått rankingen 290. Samma procedur gjordes för kvinnor. Rankingerna för respektive indikator summeras ihop till en sammanlagd rankingsumma som divideras med antalet indikatorer för män respektive kvinnor, samt en samt en totalranking (män och kvinnor) för samtliga kommuner i Sverige avseende deras förutsättningar för folkhälsa. För varje kommun erhålls således en ranking för män, kvinnor och kommunen som helhet som kan tolkas som en "sammanlagd rangordning som visar hur livsvillkoren och bakgrundvariablerna ser ut i respektive område och möjliggör en jämförelse mellan resultat och socioekonomisk befolkningsstruktur." ³

I denna rapport kommer endast rankingen av förutsättningar för folkhälsa att tillämpas i den deskriptiva analysen i syfte att illustrera skillnaderna mellan små och större kommuner med avseende på demografiska och socioekonomiska förutsättningar. När det gäller utfall i olika folkhälsoindikatorer kommer ett urval av 7 indikatorer att redovisas med avseende på faktiskt utfall, exempelvis andel män som har fetma, och inte som en ranking bland män i jämförelse med andra kommuner. ⁴ Anledningen till detta är att skillnader i hälsoutfall blir konkreta och därmed lättare att tolka jämfört med ett rankingtal för respektive indikator på hälsa, men också att det gör det möjligt att använda multivariata statistiska beräkningar i ett beskrivande syfte. De folkhälsoindikatorer som kommer att redovisas finns tillgängliga för kommuner i olika databaser som Öppna jämförelser där de redovisas som utfallsvariabler på kommunnivå, Kolada, SCB och Folkhälsomyndighetens databas. De folkhälsoindikatorer som används i föreliggande analys är:

- Självskattad hälsa (andel i procent som angett den som god)
- Nedsatt psykiskt välbefinnande, GHQ12 > 3 (andel i procent som angett)
- Upplevelse av tillit till andra människor (andel i procent som angett)
- Fetma, BMI över 30 (andel i procent)
- Återstående livslängd vid födsel (förväntat antal levnadsår)
- Dagliga rökare (andel i procent)

³ SKL "Resultat efter förutsättningar",

https://skl.se/halsasjukvard/folkhalsa/metoderochverktyg/anvandningoppnajokfoelsoerfolkhalsa/uppfoljningocha_nalys/undvikfallgroparieresultatutifranforutsattningar.8868.html

⁴ I verktyget "Resultat efter förutsättningar" relateras rankingen av förutsättningar till ett antal indikatorer som var och för sig utgör ett mått på olika aspekter av folkhälsa. Dessa indikatorer har rankats för respektive kommun, exempelvis om kommun X har störst andel män som har fetma i jämförelse med män i alla andra kommuner så får den kommunen rankingen 290 bland män. Den kommun som har den minsta andelen med män som har fetma får rankingen 1, motsvarande procedur har också gjorts för kvinnor. Sammantaget rankas Sveriges kommuner i ett tjugotal indikatorer på hälsa. Detta gör det möjligt för respektive kommun att jämföra sina rankade förutsättningar mot rankade utfall i nämnda indikatorer avseende folkhälsa.

- Riskabla alkoholvanor⁵ (andel i procent)

Det hade också varit relevant att ha med en indikator som antalet insjuknade i hjärtsjukdom men denna finns inte tillgänglig på kommunnivå senare än 2014 (dock tillgängliga på länsnivå tom 2016) medan övriga indikatorer är tillgängliga från 2017. Indikatorerna ovan ger emellertid en bild av hur folkhälsostatusen ser ut i dessa aspekter i de olika kommuntyperna i denna studie.

Resultat

Förutsättningar för folkhälsa

De befolkningsmässiga förutsättningarna för folkhälsa följer ett tydligt mönster med avseende storlek på kommuner och vilken sammanlagd ranking av förutsättningarna för folkhälsa som de olika kommuntyperna har. De större kommunerna har bättre förutsättningar för folkhälsa enligt denna ranking med tämligen avsevärda skillnader mellan de minsta och största kommunerna, se tabell 1 nedan.

Tabell 1. *Kommuntyp och genomsnittlig ranking avseende förutsättningar för folkhälsa*. Källa: SKL, Resultat efter förutsättningar

Kommuntyp	Män	Kvinnor	Totalt
<i>Mindre än 10 000 inv</i>	216	212	216
<i>10 001-20 000 inv</i>	159	159	159
<i>20 001-50 000 inv</i>	100	110	103
<i>50 001 -100 000</i>	83	84	83
<i>100 001 och större</i>	73	72	73

Småkommuner har en genomsnittlig ranking på 216 vilket innebär att de i jämförelse med större kommuner har mer utmanande eller sämre förutsättningar för folkhälsa med hänsyn till befolkningsstruktur. Det finns variationer inom varje kommuntyp där kommuner har en betydligt bättre ranking jämfört med den genomsnittliga rankingen för den kommuntyp den tillhör. När det gäller småkommuner som har en bättre ranking än andra kommuner som kategoriserats som samma kommuntyp så finns ett par gemensamma egenskaper för dessa. Antingen är de geografiskt belägna i en storstadsregion eller ligger inom pendlingsavstånd till ett större regionalt centrum. Småkommuner med en sämre ranking ligger oftare längre bort från olika regionala centrum eller storstadsområden och har inte sällan karaktären av gamla industri- eller bruksorter. Gemensamt för de sämre rankade kommunerna är också de att ofta är utflyttningsorter där framförallt yngre personer flyttar vilket avspeglar sig i en äldre åldersstruktur.

⁵Kolada: Invånare 16 - 84 år med riskabla alkoholvanor kommun, andel (%) (U01404) Ett summaindex beräknas utifrån de tre första frågorna om alkoholkonsumtion: "Hur ofta har du druckit ...", "Hur många "glas"...", "Hur ofta [...] sex "glas" ...". Se enkätformulär för detaljer. Första och tredje frågan får poängen 4, 3, 2, 1, 0 och den andra frågan får 0, 1, 2, 3, 4 och svarsalternativet vet inte räknas som internbortfall. Poängen från de tre frågorna summeras så att bortfall på en av frågorna inte betyder att det blir bortfall för summaindexet. Indexet kan anta värdet 0-12. Män med en summa på 6-12 poäng räknas som riskkonsumenter av alkohol. Motsvarande gräns är för kvinnor är 5-12 poäng. Lägre gränsvärden ger orealistiskt höga andelar riskkonsumenter. Män med en summa på 6-12 poäng och kvinnor med 5-12 poäng, enligt summaindexet ovan dividerat med antal som besvarat frågan Källa: Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV).

En intressant fråga är vilka faktiska skillnader som finns mellan de olika kommuntyperna med avseende på faktorerna för förutsättningarna för folkhälsa, vilka i sin tur utgör grunden för rankingen av kommunernas förutsättningar. Av tabell 2 och 3 nedan framgår bäst och sämst rankade kommuner i respektive kommuntyp och de värden i respektive indikator som ligger till grund för rankingen av kommunernas befolkningsmässiga förutsättningar.

Tabell 2. Bäst rankad kommun i respektive kommuntyp och indikatorer som grund för rankingen.

Kommuntyp	Andel arbetslösa 2017	Medel-ålder 2017	Median-inkomst kr/år 2017	Andel tjänstemän 2014	Andel, minst 3 år Gy-studier 2017	Andel utrikes födda 2017	Ranking totalt för kommunen
Mindre än 10 000 inv	3,4	41,4	243 500	44	54,7	9,9	31
10 001-20 000 inv	2,2	36,3	285 300	56	66,7	12,8	5
20 001-50 000 inv	2,5	40,8	290 100	70	74,1	9,2	1
50 001 – 100 000 inv	2,6	40,9	268 800	55	65,4	8,2	2
100 001 och fler inv	4,5	38,8	223 900	52	70,9	11,7	19

Tabell 3. Sämst rankad kommun i respektive kommuntyp och indikatorer som grund för rankingen.

Kommuntyp	Andel arbetslösa 2017	Medel-ålder 2017	Median-inkomst kr/år 2017	Andel tjänstemän 2014	Andel, minst 3 år Gy-studier 2017	Andel utrikes födda 2017	Ranking totalt för kommunen
Mindre än 10 000 inv	11,3	46,7	180 800	26	39,2	20,8	290
10 001-20 000 inv	7,5	44,1	199 700	28	43,9	23,4	268
20 001-50 000 inv	7,7	43,8	197 500	29	46,8	17,9	240
50 001 – 100 000 inv	12,0	39,2	213 400	36	50,4	39,1	185
100 001 och fler inv	11,4	40,8	209 600	41	53,2	25,0	168

Det är tämligen stora skillnader mellan bäst och sämst rankad kommun för respektive kommuntyp med avseende på de befolkningsmässiga förutsättningarna. I *småkommuner* är exempelvis arbetslösheten nära tre gånger större, medelåldern drygt fem år äldre, medianinkomsten drygt 60 000 kr lägre, andelen tjänstemän 18 % mindre, andelen med minst tre års gymnasiestudier ca 15 % mindre och andelen utrikes födda dubbelt så stor vid en jämförelse mellan den bäst och sämst rankade kommunen. Liknande skillnader mellan bäst och sämst rankade kommun framgår också för de andra kommuntyperna.

Granskar man bäst respektive sämst rankad kommun bland småkommuner lite närmare framgår tidigare nämnda skillnader med avseende på geografisk belägenhet. Den bäst rankade småkommunen ligger i en befolkningstät region i södra Sverige inom pendlingsavstånd till större orter och är mer en boendeort än en arbetsort, vilket statistiken över pendling talar för. Kommunen kännetecknas också av en befolkningsökning och nybyggnation av bostäder. Den

sämst rankade småkommunen kännetecknas å andra sidan av att ligga i mellersta Sverige, relativt långt från närmaste större ort och har en liten utpendling. Kommunen kännetecknas också av en befolkningsminskning som i sin tur medför en äldre befolkning eftersom det är yngre personer som flyttar i störst utsträckning.

Noterbart är också att de två kommuner som har bäst förutsättningar (rankade 1 och 2) för folkhälsa återfinns bland kommuntyperna med 20 - 100 tusen invånare. Gemensamt för dessa kommuner är att de är de inte är representativa för den kommuntyp som de tillhör utan har en betydligt bättre ranking än genomsnittet för kommuntypen. Dessa kommuner kan också beskrivas som pendlingskommuner till storstadsområden eller större regionalt centrum med en stor andel högutbildade i befolkningen, goda inkomster och en stor andel tjänstemän. Pendlingskommuner beskrivs också i en kommande rapport från Reglab som den kommuntyp som ”*De kommuner som uppvisar högst indexvärde för livskvalitet enligt BRP+ är pendlingskommuner nära en större stad, medan storstäderna ligger förvånansvärt lågt på skalan*”.⁶

När det gäller skillnader i förutsättningar för hälsa med hänsyn till män och kvinnor så kvarstår mönstret över skillnaderna mellan kommuntyperna, men det finns också skillnader mellan könen inom respektive kommuntyp, se tabell 4 och 5 nedan.

Tabell 4. Indikatorer på förutsättningar för folkhälsa, **kvinnor**. Genomsnittliga värden för respektive kommuntyp

Kommuntyp	Andel tjänstemän	Andel arbetslösa	Medel-ålder	Median-inkomst	Andel utrikes födda	Andel med minst tre år gymnasieutbildning
Mindre än 10 000 inv	36,9	6,1	46,3	179 401	14,4	50,2
10 001-20 000 inv	41,1	5,5	44,6	189 484	14,1	54,2
20 001-50 000 inv	48	5,3	43,2	204 513	15,0	58,9
50 001 -100 000	51,3	5,3	42,3	208 843	17,2	62,2
100 001 och större	55,9	5,8	40,6	208 153	21,4	66,1

Tabell 5. Indikatorer på förutsättningar för folkhälsa, **män**. Genomsnittliga värden för respektive kommuntyp

Kommuntyp	Andel tjänstemän	Andel arbetslösa	Medel-ålder	Median-inkomst	Andel utrikes födda	Andel med minst tre år gymnasieutbildning
Mindre än 10 000 inv	23,3	8,4	44,4	224 449	13,6	42,0
10 001-20 000 inv	28,6	7,0	42,9	243 422	14,0	46,1
20 001-50 000 inv	36,7	6,6	41,2	262 908	14,6	52,4
50 001 -100 000	41,1	6,8	40,2	259 497	17,0	57,3
100 001 och större	46,6	7,2	38,6	255 355	21,4	61,8

I småkommuner jämfört med större kommuner både bland kvinnor och män, är andelen tjänstemän mindre, andelen arbetslösa något större, medelåldern högre, medianinkomsten är lägre och andelen med minst tre års gymnasieutbildning är mindre. Andelen utrikes födda är däremot mindre, särskilt i jämförelse med de två största kommuntyperna.

Vid en jämförelse mellan män och kvinnor så framgår att oavsett kommuntyp så är andelen med minst tre års gymnasieutbildning och andel tjänstemän högre bland kvinnor. Detta beror

⁶ <http://www.reglab.se/wp-content/uploads/2018/03/BRP-artikel-1.pdf>

framförallt på att kvinnor oftare arbetar i yrken som klassificeras som tjänstemannayrken och som kräver minst gymnasieutbildning och högskola, exempelvis sjuksköterska och förskollärare. Andelen arbetslösa är också mindre bland kvinnor medan medelåldern är högre eftersom kvinnor har en längre livslängd än män. Däremot är medianinkomsten högre bland män.

Sammanfattningsvis så finns det en tydlig samvariation mellan kommunstorlek och rankingen (1-290) av befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa. Rankingens korrelerar också mot de genomsnittliga och faktiska värdena för respektive indikator och kommuntyp där småkommuner generellt har andra befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa jämfört med större kommuner. Bland småkommuner finns några kommuner som avviker jämfört med andra ungefär lika stora kommuner genom att ha en bättre ranking och bättre befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa. Utifrån de indikatorer som betraktas som förutsättningar för folkhälsa i ”Öppna jämförelser” och verktyget ”Resultat efter förutsättningar” så har småkommuner därmed påtagligt större utmaningar att möta i ett arbete med att främja en folkhälsa jämfört med större kommuner, i synnerhet de som är större än 50 000 invånare.

Folkhälsan i olika kommuntyper

Eftersom småkommuner kan bedömas ha större befolkningsmässiga utmaningar för folkhälsa jämfört med större kommuner är en intressant fråga ifall detta också avspeglar sig i skillnader i folkhälsa när småkommuner jämförs med större kommuner. I detta avsnitt beskrivs folkhälsan i de olika kommuntyperna utifrån indikatorerna *självuppskattad hälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, avsaknad av tillit till andra människor, fetma, förväntad livslängd vid födsel, daglig rökning och riskabla alkoholvanor*.

I tabellerna 5, 6 och 7 nedan redovisas utfallet i de nämnda indikatorerna med hänsyn till kommuntyp och kön.

Tabell 5. *Kommuntyp, kön och andelar med god självuppskattad hälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande och avsaknad av tillit till andra människor.*

Kommuntyp	Mindre än 10 000 inv	10 001 – 20 000	20 001 – 50 000	50 001 – 100 000	100 001 och större
God <i>självuppskattad hälsa, kvinnor</i> , procent	64	67	69	71	72
God <i>självuppskattad hälsa, män</i> , procent	68	72	73	75	77
<i>Nedsatt psykiskt välbefinnande, kvinnor</i> , procent	17	17	19	19	24
<i>Nedsatt psykiskt välbefinnande, män</i> , procent	12	12	12	14	15
<i>Avsaknad av tillit till andra människor, kvinnor</i> , procent	25	24	25	25	28
<i>Avsaknad av tillit till andra människor, män</i> , procent	26	25	26	26	28

Tabell 6. *Kommuntyp, kön och andelar med fetma samt förväntad livslängd vid födsel.*

Kommuntyp	Mindre än 10 000 inv	10 001 – 20 000	20 001 – 50 000	50 001 – 100 000	100 001 och större
Andel med <i>fetma</i> , kvinnor , procent	19	17	16	14	13
Andel med <i>fetma</i> , män , procent	19	18	17	14	13
<i>Förväntad medellivslängd</i> vid födsel, kvinnor , år	83,2	83,5	83,8	83,9	84,0
<i>Förväntad medellivslängd</i> vid födsel, män , år	79,2	79,7	80,2	80,4	80,3

Tabell 7. *Kommuntyp, kön och daglig rökning samt riskabla alkoholvanor.*

Kommuntyp	Mindre än 10 000 inv	10 001 – 20 000	20 001 – 50 000	50 001 – 100 000	100 001 och större
<i>Daglig rökning</i> kvinnor , procent	13	12	12	11	11
<i>Daglig rökning</i> män , procent	11	10	10	9	11
<i>Riskabla alkoholvanor</i> kvinnor , procent	9	10	10	12	14
<i>Riskabla alkoholvanor</i> män , procent	17	17	17	19	21

När det gäller den *självuppskattade hälsan* finns ett tydligt mönster där andelen män och kvinnor som anser sig ha en god hälsa är större ju större orten är. Oavsett kommuntyp så är det en större andel män jämfört med kvinnor som anser sig ha en god hälsa. När det gäller andelar som upplever sig ha *nedsatt psykiskt välbefinnande* är utfallet det motsatta där andelarna är mindre i småkommuner jämfört med större kommuntyper. Det är också skillnader mellan män och kvinnor oavsett kommuntyp där de senare i större utsträckning anger att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Skillnaderna mellan kommuntyperna samt män och kvinnor är små med avseende på *avsaknad av tillit till andra människor*. Andelen med avsaknad av tillit är emellertid störst i kommuner med fler än 100 000 invånare.

Då det gäller förekomst av *fetma* så är det vanligare med fetma i befolkningen i småkommuner bland både män och kvinnor i jämförelse med större kommuner. Det är små skillnader mellan män och kvinnor i respektive kommuntyp när det gäller förekomst av fetma. En *förväntad återstående livslängd vid födsel* är lägre i småkommuner jämfört med de större kommuntyperna. Det är också genomgående skillnader mellan män och kvinnor oavsett kommuntyp där de senare förväntas ha en längre livslängd.

Andelen *dagliga rökare* är störst bland kvinnor i småkommuner och minst i den allra största kommuntypen. Bland män är skillnaderna mellan kommuntyperna mindre och med undantag för den allra största kommuntypen så är andelen dagliga rökare något större bland kvinnor jämfört med män. *Riskabla alkoholvanor* förekommer i minst uträkning i småkommuner både bland män och kvinnor vid en jämförelse med de större kommuntyperna. I samtliga kommuntyper är andelen män med riskabla alkoholvanor större vid en jämförelse med kvinnor.

Sammanfattningsvis är det inga enhetliga skillnader mellan småkommuner och övriga kommuntyper där småkommuner genomgående kännetecknas av en sämre folkhälsa jämfört med större kommuner i de indikatorer som använts i denna analys. Småkommuner ligger sämre till med avseende på självuppskattad hälsa, fetma, förväntad livslängd och rökning bland kvinnor. Däremot ligger småkommuner bättre till med avseende på nedsatt psykiskt välbefinnande och riskabla alkoholvanor. Det är också genomgående skillnader mellan män och kvinnors hälsa oavsett kommuntyp med undantag för fetma och avsaknad av tillit.

Finns det samband mellan kommuners förutsättningar och folkhälsa?

I föregående avsnitt konstaterades att småkommuner rankades sämre med avseende på befolkningsmässiga förutsättning för folkhälsa men att utfallet i folkhälsa inte följde något enhetligt mönster med hänsyn till kommunernas storlek. En intressant fråga är således i vilken mån som indikatorerna för befolkningsmässiga förutsättningar samvarierar med indikatorerna för folkhälsa. I tabellerna 8 och 9 nedan framgår utfallet i folkhälsoindikatorerna för de kommuner som var bäst och sämst rankade med avseende på befolkningsmässiga förutsättningar i respektive kommuntyp.

Tabell 8. Bäst rankad kommun i respektive kommuntyp och indikatorer för folkhälsa, procent.

Kommuntyp	God självuppskattad hälsa	Nedsatt psykiskt välbefinnande	Avsaknad av tillit till andra människor	Andel med fetma	Förväntad medellivslängd vid födsel (år)	Daglig rökning	Riskabla alkoholvanor
Mindre än 10 000 inv	72	15	23	15	83,7	12	11
10 001-20 000 inv	76	18	20	11	82,9	7	14
20 001-50 000 inv	77	14	21	12	82,9	8	15
50 001 – 100 000 inv	79	14	21	11	82,7	8	15
100 001 och fler inv	75	18	19	12	82,2	5	15

Tabell 9. Sämst rankad kommun i respektive kommuntyp och indikatorer för folkhälsa, procent

Kommuntyp	God självuppskattad hälsa	Nedsatt psykiskt välbefinnande	Avsaknad av tillit till andra människor	Andel med fetma	Förväntad medellivslängd vid födsel (år)	Daglig rökning	Riskabla alkoholvanor
Mindre än 10 000 inv	65	16	28	20	79,4	14	15
10 001-20 000 inv	70	15	32	17	80,9	14	12
20 001-50 000 inv	68	15	29	15	80,6	11	14
50 001 – 100 000 inv	67	21	34	18	81,3	15	14
100 001 och fler inv	73	23	35	14	81,4	13	17

När det gäller *småkommuner* (mindre än 10 000 invånare) så är det tydliga skillnader mellan bäst och sämst rankad kommun och utfall i hälsoindikatorer. Den sämst rankade kommunen har ett sämre utfall i samtliga hälsoindikatorer jämfört med den bäst rankade småkommunen. Utvidgar man jämförelsen mellan sämst rankade småkommun till att omfatta de två bäst rankade kommunerna i Sverige (bäst rankad kommun 20 001-50 000 invånare och 50 001-100 000 invånare) så blir skillnaderna med avseende på hälsa ännu större. Exempelvis anger

65 % av invånarna i den sämst rankade småkommunen en god självuppskattad hälsa medan motsvarande andelar är 77 respektive 79 % i de kommuner som hade bäst ranking avseende befolkningsmässiga förutsättningar. Detta mönster gäller samtliga indikatorer med undantag för andelen med riskabla alkoholvanor som är densamma i nämnda kommuner. Jämför bäst och sämst rankad kommun i de övriga kommuntyperna så är det tydligt att de sämst rankade kommunerna har ett sämre utfall i de hälsoindikatorerna som tillämpats i denna analys.

Sammanfattningsvis så kan resultaten i tabellerna ovan tolkas som att det finns en samvariation mellan vilka befolkningsmässiga förutsättningar som kommuner har också påverkar folkhälsan i olika aspekter. Detta innebär således att i kommuner med en sämre ranking avseende befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa, kan man också förvänta sig en sämre folkhälsa. I tabellerna ovan framgår dock bara den bivariata samvariation mellan kommunstorlek och utfall i folkhälsoindikatorerna, exempelvis mellan kommunstorlek och andel med god självuppskattad hälsa.

Befolkningsmässiga förutsättningar och folkhälsa - beskrivande multivariat analys

En intressant fråga är dock hur utfallet med avseende på folkhälsa blir om man försöker ta hänsyn till effekten av samtliga faktorer som ligger till grund för ranking av befolkningsmässiga förutsättningar och hur de påverkar folkhälsoindikatorer. I tabellerna 10 och 11 nedan framgår resultatet av en sådan analys. Man bör dock ha i beaktande att analysen baseras på aggregerade data och inte individdata. Detta innebär att det är egenskaper hos enskilda kommuner, exempelvis hur stor andel arbetslösa eller andel med minst 3 års gymnasieutbildning och hur dessa egenskaper påverkar utfallet i någon hälsoindikator. Det analysen således kan visa på är om, och i vilken utsträckning som egenskaper i befolkningen i olika kommuner har ett samband med utfallet i olika folkhälsoindikatorer. Analysen kan däremot inte med säkerhet belysa om individer med vissa egenskaper, exempelvis arbetslösa personer i större utsträckning har ett nedsatt psykiskt välbefinnande eller är dagliga rökare. Däremot kan analysen visa på om det finns något samband i kommuner mellan andel arbetslösa och andelen med psykiskt välbefinnande. Analysenheten är således kommuner och inte individer vilket innebär att den visar på hur olika egenskaper i befolkningen (förutsättningar för folkhälsa) samvarierar med andra egenskaper (folkhälsoindikatorer) i befolkningen i olika kommuner.

Av tabellerna nedan framgår således vilka samband som finns mellan olika faktorer för förutsättningar för folkhälsa och indikatorer på folkhälsa. I tabell 10 och 11 redovisas utfallet för avsaknad av tillit, nedsatt psykiskt välbefinnande och självuppskattad hälsa, fetma, återstående livslängd, daglig rökning och riskabla alkoholvanor.

Tabell 10. Indikatorer för befolkningsmässiga förutsättningar och folkhälsoindikatorer, tillit, psykiskt välbefinnande och självuppskattad hälsa. Multipel regression (OLS).

Förutsättningar för folkhälsa ⁷	Andel med avsaknad av tillit till andra människor		Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande		Andel med god självuppskattad hälsa	
	B ⁸	Beta ⁹	B	Beta	B	Beta
Andel arbetslösa	,310**	,206	,113 es	,122	-,470**	-,230
Andel med minst 3 år gymnasium	-,276***	-,545	-,082**	-,261	,275***	,403
Andel kvinnor i befolkning	,757**	,162	,091 es	,031	,668 es	,106
Andel utrikes födda	,171***	,281	,042 es	,112	,051 es	,062
Medianinkomst tusental kronor	-,004 es.	-,024	-,021 es	-,182	,012 es	,048
Medelålder	-,554***	-,371	-,352***	-,382	-,231 es	-,115
Folkmängd tusental personer	,005 es.	,112	,004**	,162	-,004 es	-,067
<i>Konstant</i>	23,1		25,1		32,6	
<i>Justerat R2</i>	42,1		38,9		48,4	

Signifikans * = 0,05 ** = 0,01 *** = 0,01 > es = ej signifikant

Utfallet¹⁰ av analysen med avseende på andel med *avsaknad av tillit till andra människor* visar att andel arbetslösa, andel kvinnor i befolkningen, andel utrikes födda har signifikanta effekter som ökar andelen med avsaknad av tillit. Även befolkningens gymnasieutbildning och medelålder har signifikanta effekter men med motsatt effekt, dvs ju större andel som har minst tre år gymnasiestudier och ju äldre befolkning är så minskar andelen som upplever sig sakna tillit till andra människor. Däremot har inte befolkningens storlek eller medianinkomst några signifikanta effekter. När det gäller *andel med nedsatt psykiskt välbefinnande* så har gymnasieutbildning, medelålder och folkmängd signifikanta effekter. Ju fler gymnasieutbildade och ju äldre befolkning är så minskar andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande. Ju större folkmängden är i en kommun så ökar andelen med nedsatt psykisk hälsa. De faktorer som har signifikant effekt på *andel med god självuppskattad hälsa* är andel arbetslösa och andel med minst tre års gymnasieutbildning där arbetslöshet kan tolkas som att leda till mindre andelar som upplever sig ha en god hälsa medan det omvända gäller för gymnasieutbildning.

⁷ Faktorerna avseende förutsättningar för folkhälsa skiljer sig något från de presenterats tidigare. Egenskapen "andel tjänstemän" har tagits bort eftersom den korrelerar starkt ($R_{xy} 0,95$) med "andel med minst 3 år gymnasium" vilket medför korrelationseffekter, att variablerna mäter samma sak. Data för andel tjänstemän fanns inte heller tillgängliga för 2017 vilket var fallet för gymnasieutbildning. Till analysen har faktorerna "andel kvinnor i befolkningen" och "folkmängd" lagts till för att kunna beskriva eventuella samband mellan kön, kommunstorlek tillsammans med de övriga faktorerna avseende förutsättningar och utfall folkhälsoindikatorer.

⁸ B är en ostandardiserad regressionskoefficient, enhet i procent, eftersom indikatorerna för folkhälsa är i procentandelar med undantag för "återstående livslängd" som är antal år. Tolkningen av B är följande: I den första analysen som avser kolumnen "Andel med avsaknad av tillit till andra människor" framgår för raden "Andel arbetslösa" värdet ",310". Eftersom bägge variabelernas enhet är procent så blir tolkningen följande; för varje procent arbetslösa det finns i kommun så ökar andelen med avsaknad av tillit med 0,31 %. När det gäller effekten av variabeln "Minst tre års utbildning" så är motsvarande tolkning att andelen med avsaknad av tillit minskar med 0,275 %.

⁹ Beta är en standardiserad regressionskoefficient som tolkas som att ju högre värde desto större effekt har den "oberoende variabeln" (faktorer för förutsättningar för folkhälsa) och kan ha värden mellan -1 till 1. Eventuellt minustecken anger riktningen på sambandet, inte styrkan.

¹⁰ När man tolkar värdena i tabellen (koefficienterna B och Beta) framgår effekten av faktorer (oberoende variabler) som utgör förutsättningar för folkhälsa, exempelvis andel arbetslösa. Koefficienten för andel arbetslösa (liksom de andra oberoende variablerna) är beräknad med hänsyn till de andra oberoende variablernas effekt på folkhälsan för att den unika effekten av varje enskild variabel skall framgå.

Tabell 11. Indikatorer för befolkningsmässiga förutsättningar och folkhälsoindikatorer, tillit, psykiskt välbefinnande och självuppskattad hälsa. Multipel regression (OLS).

Förutsättningar för folkhälsa	Fetma		Återstående livslängd		Dagliga rökare		Riskabla alkoholvanor	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta
Andel arbetslösa	,240**	,192	-,161***	-,379	,052 es	,055	-,144 es	-,142
Andel med minst 3 år gymnasium	-,262***	-,626	,041***	,309	-,251***	-,781	,046 es	,133
Andel kvinnor i befolkning	-,328 es	-,085	,198**	,150	,822***	,277	,051 es	,134
Andel utrikes födda	-,122***	-,242	,019*	,112	,127***	,328	,054 es	,138
Medianinkomst tusental kronor	,001 es	,007	,005 es	,122	,022 es	,184	,012 es	,096
Medelålder	-,016 es	-,013	,031 es	,077	,068 es	,072	,053 es	,052
Folkmängd tusental personer	,001	-,013	-,001*	-,102	,004 es	,130	,005*	,175
<i>Konstant</i>	46,9		68,1		-26,5		-20,5	
<i>Justerat R2</i>	59,1		50,1		38,8		24,7	

Signifikans *= 0,05 **=0,01 ***=0,01 > es=ej signifikant

Andel arbetslösa, andel med minst tre år med gymnasieutbildning och andel utrikes födda har signifikant effekt på andel i befolkningen som kan sägas lida av *fetma*. Ju större arbetslöshet desto större andel som lider av fetma i befolkningen. Däremot medför större andelar med minst treårig gymnasiebakgrund och utrikes födda motsatt effekt, dvs mindre andelar som lider av fetma. När det gäller *återstående livslängd*¹¹ så innebär större andelar arbetslöshet och storlek på befolkning i kommuner att den förväntas bli kortare. Ju större andel med gymnasieutbildning, större andel kvinnor i befolkningen, och större andel utrikes födda att gör att den förväntade livslängden blir längre. Andelen med *daglig rökning* påverkas i denna analys av variablerna gymnasieutbildning som minskar andelen dagliga rökare i befolkningen medan andel kvinnor och andel utrikes födda medför större andel rökare. När det kommer till *riskabla alkoholvanor* är det endast en variabel som har en signifikant effekt och utgörs av folkmängd och innebär att ju större folkmängd desto större andel med riskabla alkoholvanor.

Även om resultatet från denna multivariata analys bör tolkas med försiktighet eftersom analysenheten är kommuner och inte individer så visar *helheten* på utfallet av analysen på intressanta resultat. När det gäller befolkningsmässiga förutsättningar och hur dessa påverkar folkhälsan i kommunerna är det särskilt utbildning som har effekt på folkhälsan. Andelen med *minst tre års gymnasieutbildning* har signifikanta effekter på alla folkhälsoindikatorer utom en (riskabla alkoholvanor). Effekterna kan dessutom beskrivas som *folkhälsofrämjande* genom att de minskar andelen personer som upplever sig sakna tillit, nedsatt psykiskt välbefinnande, lida av fetma eller är dagliga rökare och ökar andelarna med god självuppskattad hälsa och leder till en längre förväntad livslängd. Motsatt effekt har andel arbetslösa i befolkningen som har negativa effekter på folkhälsan. Arbetslöshet hade signifikanta effekter på fyra folkhälsoindikatorer – avsaknad av tillit, självuppskattad god hälsa, fetma och förväntad livslängd. I samtliga indikatorer kan resultaten tolkas som att *arbetslöshet är en riskfaktor* för folkhälsa.

När det kommer till kön och utrikes födda är inte resultaten lika entydiga på samma sätt som utbildning och arbetslöshet. Större andel kvinnor i befolkningen innebär också större andel av

¹¹ Observera att enheten är år i variabeln återstående livslängd vilket exempelvis innebär att för varje procentandel kvinnor det finns i befolkningen så ökar den förväntade livslängden med 0,198 år (ca 2 månader).

personer med avsaknad av tillit till andra. Möjligen kan detta relateras till studier av trygghet som BRÅ genomför där kvinnor generellt upplever en större otrygghet och utsatthet jämfört med män. Det är dock en angelägen uppgift att studera detta närmare utifrån individdata eftersom man i andra studier funnit samband mellan tillit och hälsa och att resultatet också rymmer aspekter av *jämställdhet och folkhälsa*, dvs att kvinnor kan vara mer utsatta för folkhälsorisker i detta avseende. Andel kvinnor i befolkningen har också effekt på andelen dagliga rökare i befolkningen, ju större andel kvinnor desto större andel rökare. Detta korresponderar mot studier och statistik från Folkhälsomyndigheten där det framgår att kvinnor generellt röker i större utsträckning än män. Det finns också klassmönster i detta som bestått över tid även om skillnaderna jämnats ut. Exempelvis var 25% av kvinnor i arbetaryrken dagliga rökare år 2004 jämfört med 12 % bland kvinnor med tjänstemannayrken. År 2016 var motsvarande andelar 15 respektive 6 %.¹² Möjligen kan man tolka detta som att resultatet också rymmer aspekter av *jämlikhet och folkhälsa*. Andel kvinnor i befolkningen har effekter på *förväntad återstående livslängd vid födsel* vilket följer ett mönster som funnits länge där kvinnor i allmänhet lever längre än män. Befolkningens storlek har effekt på två av hälsoindikatorerna, återstående livslängd och riskabla alkoholvanor. Relaterar man detta utfall mot de bivariata analyserna där kommunstorlek hade betydelse för utfallet i de olika folkhälsoindikatorerna så är utfallet i den multivariata analysen intressant och kan tolkas som att effekterna av befolkningens storlek delvis försvinner när man kontrollerar för andra faktorer avseende befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa. Medianinkomst har inga signifikanta effekter på någon av folkhälsoindikatorerna vilket skulle innebära att inkomster i kommunernas befolkning i sig saknar betydelse för folkhälsa i de indikatorer som tillämpats i denna studie. Från andra studier av folkhälsa som baserats på individdata finns emellertid samband olika inkomstnivåer och hälsa där personer med lägre inkomst oftare har sämre hälsa.

Sammanfattande diskussion

Syftet denna studie var att belysa vilka befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa som småkommuner har i jämförelse med större kommuner samt skillnader i folkhälsoläget i de olika kommuntyperna. Ytterligare en ambition var att visa på vilka eventuella effekter som olika befolkningsfaktorer kan ha på olika indikatorer på folkhälsa.

När det gäller förutsättningarna för folkhälsa så kan småkommuner sägas ha mer utmanande befolkningsmässiga förutsättningar för folkhälsa jämfört med kommuner som har 20 000 eller fler invånare. Detta innebär att småkommuner generellt har en äldre befolkning som har lägre utbildning, lägre inkomster, färre tjänstemän och oftare är arbetslös. Andelen utrikes födda är på ungefär samma nivå i de olika kommuntyperna. Rankingen av kommunernas befolkningsmässiga förutsättningar som baseras på nämnda indikatorer visar således på att småkommuner har andra förutsättningar för folkhälsa jämfört med större kommuner.

¹² Källa: Statistik från Folkhälsomyndigheten

Folkhälsoläget i småkommuner jämfört med större kommuner visade på ett mer varierat resultat jämfört med det för befolkningsmässiga förutsättningar. Småkommuner hade exempelvis mindre andelar både bland män och kvinnor som hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med större kommuner, vilka å sin sida hade större andelar som angivit en god självuppskattad hälsa. Läger man samman resultaten för samtliga indikatorer för hälsa så är bilden att befolkning i småkommuner har en sämre hälsa. Oavsett kommuntyp så fanns också skillnader mellan män och kvinnor exempelvis att kvinnor i större utsträckning angav nedsatt psykiskt välbefinnande och i mindre utsträckning en god självuppskattad hälsa.

Resultaten av den multivariata analysen visade att särskilt två faktorer var av betydelse för folkhälsan, arbetslöshet och utbildning. Den förstnämnda kan beskrivas som riskfaktor för hälsa i befolkningen medan större andelar med minst tre års gymnasieutbildning är en hälsofrämjande faktor. Ett annat resultat vara befolkningsstorlek hade mindre betydelse för resultaten i folkhälsoindikatorerna när effekten av andra faktorer vägts in i analysen, vilket kan tolkas som att kommunernas storlek i sig är inte avgörande för folkhälsan. Avgörande är i stället befolkningens sammansättning exempelvis med avseende på ålder, utbildning, utbildning, kön och förankring i arbetsliv.

Bilaga 1.

Kommuntyp och antal invånare och andel av rikets befolkning 2017. Källa:SCB

Kommuntyp	Antal kommuner	Antal invånare	Andel av rikets befolkning, procent
Färre än 10 000 inv	73	499 353	5
10 001-20 000	95	1 326 512	13
20 001-50 000	75	2 406 453	24
50 001 – 100 000	30	2 155 316	21
100 001 och fler inv	17	3 716 402	37