



UPPSALA UNIVERSITET

Institutet för bostadsforskning
Institute for Housing Research



Hälsa och migration – En studie av sambandet mellan lokala levnadsförhållanden och hälsa

Lena Magnusson & Lars-Erik Borgegård

Februari 1999

A decorative graphic consisting of a series of steps or a staircase, starting from the bottom left and moving upwards and to the right, ending near the top right corner of the page.

Arbetsrapport/Working Paper

1997

1. Patric H. Hendershott and Bengt Turner, *Estimating Capitalization Rates and Capitalization Effects in Stockholm*.
2. Robert A Murdie and Lars-Eric Borgegård, *Immigration, Spatial Segregation and Housing Segmentation in Metropolitan Stockholm, 1960-95*.
3. Jim Kemeny, *Social Markets in European Rental Housing*.
4. Jim Kemeny and Ceri Llewellyn-Wilson, *Both Rationed and Subsidised. Jersey's command economy in housing*.
5. Terry Hartig, Florian G. Kaiser & Peter A. Bowler, *Further development of a measure of perceived environmental restorativeness*.
6. Bo Bengtsson, K A Stefan Svensson & Cathrine Ugglå, *Hyresgästens dilemma. Samarbetsnormer och kollektivt handlande i bostadsområden*.
7. Patric H. Hendershott and Bengt Turner, *A New Look at Capitalization Rates and Capitalization Effects for Apartments and Commercial Properties: Evidence from Stockholm*. This Working Paper replaces Working Paper No. 1.
8. Gärd Folkesdotter och Inga Michaeli (red.), *Samhällsbygget och samhällsväven*.
9. Eva Sandstedt, Susanna Fork, Kerstin Jacobsson, Nader Ahmadi och Elisabeth Lindberg, *Förorten i ett senmodernt planeringsperspektiv*.
18. Evert Vedung, *Undantag som regel – Svenska kommuners förbryllande tillämpning av markvillkoret i bostadspolitik*.
19. Evert Vedung, *Ett stegvis knåpande och lappande – Staten, partisystemet och plan- och byggregleringen*.
20. Lennart Berg, *Småhuspriser på andrahandsmarknaden i storstadsregioner och andra regioner under 1980- och 1990-talet – samvariation, påverkan och bestämningsfaktorer*.
21. Gärd Folkesdotter (red.), *Könsblind planering och genuskontrakt*.
22. Lars Johan Waldén, *Housing and Economic Theory: A Comprehensive Approach to Housing Demand*.

1999

10. Inga Michaeli, *Mellan vardagsliv och lokal administration – En studie av miljöarbetet i Borlänge kommun*.
11. Eva Sandstedt, *Allergi och sjuka hussymptom i skolan. Att hantera risker*.
12. Lennart Berg and Johan Lyhagen, *The Dynamics in Swedish House Prices – An Empirical Time Series Analysis*.
13. Tommy Berger, Peter Englund, Patric H. Hendershott & Bengt Turner, *Another Look at the Capitalization of Interest Subsidies: Evidence from Sweden*.
14. Tommy Berger, *Priser på egenskaper hos småhus*.
15. Tommy Berger, *Småhusens prisutveckling 1981-1993*.
16. Lars-Erik Borgegård and Johan Håkansson, *Population and Housing Dynamics in a Metropolitan Region – The Case of Stockholm*.
17. Evert Vedung, *Exception as the Rule – The Puzzling Implementation of State Housing Land Policy by Swedish Municipalities*.
23. Jón Rúnar Sveinsson, *Society, Urbanity and Housing in Iceland*. (Licentiatavhandling framlagd vid Sociologiska Institutionen i Uppsala den 5 februari 1999).
24. Jim Kemeny, *Narratives, Sagas and Social Policy – State and Society in Housing Research*.
25. Lena Magnusson och Lars-Erik Borgegård, *Hälsa och migration – En studie av sambandet mellan lokala levnadsförhållanden och hälsa*.

Distribution:

Institutet för bostadsforskning

Uppsala Universitet

Box 785

801 29 Gävle

Tel: 026-420 65 00

Fax: 026-420 65 01

Internet: www.ibf.uu.se

Gävle, 1999

Förord

Det yttersta välfärds målet i vårt land, liksom i alla länder med en uttalad välfärdspolitik, är att förbättra individernas hälsa samt att minska dödligheten. Lång livslängd och ett gott hälsotillstånd är två av de viktigaste välfärdsindikatorerna. Vi vet emellertid att det finns stora skillnader såväl i hälsa som i dödlighet mellan länder, något som till stor del förklaras av olika kostvanor och olika miljöförutsättningar. Det räcker med att studera FN-statistik på nationell nivå för att konstatera att skillnaderna är stora mellan länder, men att det också sker en utjämning över tiden.

I den svenska välfärdsstaten finns skillnader mellan människor vad gäller hälsa och dödlighet. En del av dessa skiljelinjer går efter demografiska förhållanden. De som är födda under de senaste decennierna har bättre möjligheter att få en ökad livslängd och bättre hälsa än de som är födda under 1900-talets första hälft, något som bland annat visats sig i Göteborgsprojektet, det vill säga en kohorteffekt. Däremot finns stora skillnader vad gäller såväl hälsa som dödsrisker mellan olika socio-ekonomiska grupper. Så har till exempel arbetarhushåll generellt sett sämre hälsotillstånd än högre tjänstemannahushåll. Det finns ytterligare en skiljelinje mellan hushåll, nämligen efter geografiska områden. Inom vissa regioner har hushållen såväl högre dödlighet som sämre hälsa – efter en skala som i princip går efter urbanitet. I storstadsområdena finner man en större andel hushåll med hälsoproblem än på landsbygden. Bilden är dock inte så enkel; variationerna är stora inom storstadsområdena, liksom för övrigt inom hela det urbana systemet. Det finns geografiska öar av ohälsa, liksom av god hälsa.

Gävleborgs län kan ses som ett typiskt utsnitt ur Sverige, med tydliga skillnader mellan kommuner, där tidigare studier visat att Hofors är den ena extremen och Ovanåker den andra. Hofors är visserligen ingen stor stad, men väl en kommun som domineras av tung industri med en stor arbetardominans i näringslivet. Ovanåker är dess motsats, en kommun med en stor andel hushåll sysselsatta i areella näringar.

Samhällsproblemet kan sålunda formuleras som en rättvisefråga – det finns stora skillnader i hälsostatus och dödlighet mellan hushåll och dessutom stora variationer efter geografiska lägen. I förlängningen av detta problem finns en dimensioneringsfråga – hur gör man för att fördela vårdinsatser på ett geografiskt rättvis sätt.

Det vetenskapliga problemet är: hur kan man förklara skillnaderna i hälsotillstånd och dödlighet mellan olika hushåll och kommuner? De demografiska och socio-ekonomiska skillnaderna är välkända, och därför behöver den vetenskapliga frågan preciseras till att gälla om det finns förklaringar utöver de demografiska och socioekonomiska? Hur mycket betyder den fysiska respektive den sociala miljön för variationen i hälsotillstånd och dödlighet?

Det är bakgrunden och syftet för projektet *Hälsa och migration – om lokala levnadsförhållanden i Gävleborgs län*. Projektet finansieras gemensamt av Samhällsmedicin Gävleborg och Uppsala universitet, Institutet för bostadsforskning. Projektet bedrivs gemensamt av under-tecknade. Denna arbetsrapport är en översikt över samhällsvetenskaplig forskning om hälsa och medellivslängd.

Gävle, 29 januari 1999

Lena Magnusson

Lars-Erik Borgegård

Innehållsförteckning

Inledning	1
Syfte och frågeställningar	1
Arbetets uppläggning	2
Teoretiska utgångspunkter	4
Den sociala organisationens inverkan på folkhälsan.....	4
Hälsa och miljö.....	7
Hälsa och migration.....	9
Levnadsvillkor i Sverige och i Gävleborgs län.....	16
Levnadsvillkor i länets kommuner	19
Medellivslängd och dödstal	19
Hälsa och ohälsotal	22
Inkomster och bidrag	25
Befolkningsutveckling	27
Sysselsättning.....	29
Bruttoregionprodukt.....	29
Förvärvsintensitet och arbetslöshet.....	30
Utbildning	35
Bostadsförhållanden och hushållssammansättning.....	37
Socioekonomiska grupper och politiskt system.....	42
Vad förklarar variationen i medellivslängd	46
Modell – variation i männens medellivslängd	47
Avslutning	49
Litteraturförteckning	51

Inledning

För ett par år sedan genomförde landstinget i Halland en undersökning av dödsorsaker och sociala förhållanden i länets kommuner.¹ Undersökningen hade sin uppkomst i att dagens sjukdomar sträcker sig utanför den traditionella medicinska diagnosramen. Konsekvenser av skillnader i människors levnadsvillkor manifesterat i sociala klyftor i samhället, har kommit att bli en del av sjukdomsbegreppet. Åtgärder för att vända negativa tender inom folkhälsan är med andra ord mycket komplexa, men där den samhällsvetenskapliga forskningen kan bidra med kunskap om sociala och ekonomiska relationen mellan individ och samhälle till den redan etablerade medicinska forskningen.

Undersökningen i Halland bekräftade det vi alla känner till - länet har den i genomsnitt högsta medellivslängden i landet. Men undersökningen visar också på skillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Skilda och ogifta löper större risk att dö i de traditionella sjukdomarna jämfört med gifta. Samma förhållande råder mellan arbetare å ena sidan och tjänstemän samt lantbrukare å andra sidan. Även utbildningens längd som mått på skilda levnadsförhållanden bidrar till att förklara skillnader i medellivslängd inom Hallands län.

Samma iakttagelser kan vi göra av variationen i sjuklighet och medellivslängd i Gävleborgs län. Socioekonomiska skillnader mellan människor kommer till uttryck i skillnader i medellivslängd. Emellertid, Gävleborg har som län bland den i genomsnitt lägsta medellivslängden i landet. År 1996 var medellivslängden för en man bosatt i Gävleborgs län 75,1 år och för en kvinna 80,0 år.² Motsvarande värden för Hallands län var 77,0 respektive 81,8. För riket som helhet var medellivslängden under samma tidsperiod för män 75,8 år och för kvinnor 80,8 år.

Skillnaden i medellivslängd mellan Gävleborgs län och Hallands län respektive riket framstår både ur ett individuellt som ur ett samhälleligt perspektiv som avsevärd. Även andra mått på den så kallade folkhälsan uppvisar samma skillnader. Mot bakgrund av den bild vi har av Sverige som ett i många avseenden homogent land, präglad av decennier av en välfärdspolitik vars främsta syfte varit att utjämna skillnader i levnadsförhållanden och levnadsstandard mellan olika socioekonomiska grupper och mellan regioner, är en både självklar och berättigad fråga: *Varför 'kostar' det i kortare medellivslängd att bo i Gävleborgs län?*

Syfte och frågeställningar

Denna studie har ett samhällsvetenskapligt perspektiv på variationer i hälsoläge och medellivslängd. Syftet är att ge en bred översikt över olika förklaringsmodeller till den rumsliga variationen i hälsa och medellivslängd. Den övergripande frågeställningen för studien är: *Hur kan man förklara variationen i hälsotillstånd och dödlighet inom Gävleborgs län och mellan länet och övriga Sverige?* Den tydliga indikatorn på dessa skillnader är variationen i medellivslängd mellan länets kommuner och det övriga riket.

Av särskilt intresse i denna studie är det geografiska perspektivet. Ofta förklaras geografiska skillnader i hälsa och medellivslängd med olikheter i klimat, den omgivande miljön, livsstil och ärftliga faktorer. Men vad betyder rummet för variationen på den lokala nivån? Är det

¹ Landstinget Halland (1996).

² Beräknat som ett medelvärde för tidsperioden 1992 - 1996.

individuella variationer formade i samspel med den byggda miljön och den sociala miljön som skapar lokala och regionala variationer, eller är rummet en oberoende dimension? Dessa frågor diskuteras inledningsvis utifrån tidigare forskning om hälsa och medellivslängd.

I den empiriska undersökningen ställer vi Gävleborgs län i centrum. Vi inleder kapitlet med en översiktlig beskrivning av levnadsvillkoren i Sverige och särskilt i kommunerna i Gävleborgs län. Frågan som vi söker svaret på är: *Hur varierar levnadsvillkoren i Sverige och i Gävleborgs län?* Till levnadsvillkoren räknas de materiella villkoren såsom förvärvsinkomst och disponibel inkomst. Andra indikatorer på levnadsvillkor är arbete och utbildning samt stödberoende. I möjligaste mån ges här också en beskrivning av levnadsvillkorens utveckling över tiden.

En aspekt som betonas i samhällsvetenskaplig forskning om hälsa och medellivslängd är boendet. Det är väl känt att låga inkomster och fattiga bostadsförhållanden har en negativ inverkan på hälsan. Samtidigt finns starka samband mellan socioekonomiska förhållande och boende. Den andra frågeställningen som vi därför kommer att belysa i denna undersökning är: *Hur varierar bostadsförhållandena i Sverige och Gävleborgs län?* Men utgångspunkt från den frågeställningen skall vi också knyta an till den urbangeografiska respektive urbansociologiska forskningen. Här betonas den byggda miljös betydelse för människors levnadsförhållanden, och särskilt skillnaden mellan det urbana och det rurala samt mellan olika livsstilar och livsformer. Vi tangerar här även miljöpsykologisk forskning.

En annan aspekt som i den samhällsvetenskapliga forskningen betraktas som betydelsefull för geografiska variationer i hälsoläget, är demografiska förändringar. En av dessa förändringar är migrationen. Av samtliga demografiska processer, det vill säga fertilitet, mortalitet och migration, är det den senare som har störst betydelse för förändringar i en befolknings storlek och sammansättning. Närmare 15 procent av befolkningen flyttar varje år. Flyttning är dessutom en form av selektionsprocess - vissa individer flyttar medan andra inte gör det. I mångt och mycket är migrationen selektiv efter samma kriterier som hälsan, det vill säga de unga flyttar, de med längre skolutbildning och de med högre inkomster flyttar också, liksom de som har en förankring på arbetsmarknaden.

Här kan vi åter anknyta till Halland. Hallands län är den region som under flera decennier haft en stadig nettoutflyttning. Härvid skiljer sig länet från alla andra i landet. Man kan fråga sig vad det beror på. Är det en följd av att arbetsmöjligheterna är goda, miljön är särskilt gynnsam, klimatet behagligt eller beror det på länets geografiska läge med närhet till kontinenten. Det faktum att invånarna i länet har en sådan hög medellivslängd kan diskuteras i termer av just dessa miljöfaktorer och individbundna faktorer. Stannar människor kvar i länet för att levnadsförhållandena är så gynnsamma och dras människor till länet just på grund av dessa förväntade förhållanden. Av intresse i denna studie är dock de omvända förhållandena, nämligen betydelsen av utflyttning och relativt sett låg medellivslängd. Den tredje frågeställningen för denna studie är därför: *Vilken betydelse har migrationen för den samlade bilden av hälsoläget i länets olika kommuner?* Är det rimligt att anta att individer med ett gott hälsotillstånd flyttar medan andra stannar kvar i länets kommuner?

Arbetets uppläggning

Studien inleds med en översikt över olika samhällsvetenskapliga förklaringsmodeller till den rumsliga variationen i hälsa och medellivslängd. Därefter följer en genomgång av levnadsvillkoren i Sverige och i kommunerna i Gävleborgs län. Denna genomgång ligger till grund för det avslutande kapitlet som består av en statistik analys för att förklara den geografiska varia-

tionen i medellivslängd.

Teoretiska utgångspunkter

Filosofen Thomas Hobbes och författare till *Leviatan* sade om livet att det var ”ensamt, eländigt, fult, djuriskt och kort”.³ Denna pessimistiska syn på livet går igen i många bevingade uttryck, varav flera av dem hämtade från Bibeln. Livet må beskrivas som en strid eller som ett helvete, men att ha hälsan, att vara frisk är för de flesta människor ett oomtvistat livsvärde av högsta rang. Det kanske bör understrykas att hälsa inte bara är sjukdomar och dödens motsats, utan också en i grunden filosofisk och ideologisk fråga.⁴ Den diskussionen kommer vi dock inte att behandla i denna studie.

Det samhällsvetenskapliga intresset för hälsa handlar om samhällets betydelse, särskilt den socioekonomiska strukturen, arbetets sociala organisation och de nära sociala relationerna. Samtidigt som befolkningens hälsa påverkas av samhället, påverkas också samhället av befolkningens hälsa.⁵

Den socialmedicinska forskningen har visat hur hälsoläget mätt i bland annat medellivslängd och förekomst av olika sjukdomar varierar geografiskt inom riket och mellan olika socioekonomiska grupper och inom olika sociala miljöer.⁶ I denna studie skall vi vidga förklaringsmodellen till att omfatta den samhällsvetenskapliga forskningen om rumsliga variationer i hälsa och medellivslängd. Även i denna forskning betonas förutom individens socioekonomiska tillhörighet också bostadsortens egenskaper och befolkningens demografiska sammansättning. Vi inleder med en sociologisk ansats och övergår därefter till en geografisk.

Den sociala organisationens inverkan på folkhälsan

Socioekonomisk tillhörighet är ett mångdimensionellt begrepp ofta baserat på utbildning, yrke och inkomst. Internationella jämförelser visar att det finns ett samband mellan socioekonomisk tillhörighet och hälsa men att styrkan i sambandet varierar. Den främsta förklaringen till detta är välfärdspolitiken, vars syfte varit just att utjämna skillnader i levnadsvillkor mellan olika socioekonomiska grupper i samhället.

Redan under 1800-talet visade studier av befolkningens hälsa att det fanns tydliga klasskillnader i sjuklighet och dödlighet. Dessa skillnad har inte bara bestått över tiden utan har också visat sig vara universella. Den förklaring som ges är att det finns tydliga klasskillnader i många andra avseenden och att hälsoskillnader därför bör tolkas utifrån teorier om *relativ deprivation*. Utgångspunkten i dessa teorier är den begränsning av handlingsutrymme och de begränsade resurser som utmärker låga klasspositioner.⁷ Jämförande studier av medellivslängd i England och Sverige i mitten på 1980-talet visade inte helt oväntat att klasskillnaderna i hälsa, där klass definierades enligt engelsk konvention baserat på yrke och utbildning, var större i England jämfört med i Sverige. Men även i Sverige framkom en hierarkisk uppdelning med sämre hälsa i lägre klass och bättre hälsa i högre klasser.

³ Fredriksson (1997).

⁴ Tengvald (1988).

⁵ A.a.

⁶ Westin, Sundman och Östlund (1995), Haglund och Svanström (1995), Östlund (1996).

⁷ Östlund (1996).

Det finns tre skilda ansatser för att förklara dessa skillnader mellan olika sociala klasser eller socioekonomiska grupper. Den första är att hänföra till *sociala orsaksfaktorer*. Med det avses att den sociala miljön som skapas av samhällets sociala stratifiering direkt eller indirekt, ger upphov till skillnader i hälsa, sjuklighet och dödlighet. Så är till exempel tillgången till bil och ägd bostad klassbundet. Den andra ansatsen benämns *hälsorelaterad social rörlighet*, där ohälsans sociala fördelning betraktas som resultatet av rörligheten mellan yrken. Av litteraturen att döma är detta en ansats som saknar relevans för svenskt vidkommande. Den tredje ansatsen benämns *artefaktförklaringar* och är en metodologisk och källkritisk ansats som har sin utgångspunkt i att sociala skillnader i hälsan är resultatet av klassificeringsfel

Teorier och förklaringsmodeller om sociala orsaksfaktorer till ohälsa beskrivs bland annat i en översikt av socialmedicinarna Bo J A Haglund och Leif Svanström.⁸ En traditionell sociologisk modell för att förklara ohälsa är den *materiella deprivationen*. Den bygger på att fattigdom, hunger, trångboddhet etc leder till skillnader i hälsa. Den fråga Haglund och Svanström reser är huruvida det är möjligt att i välfärdsstaten Sverige anlägga ett dylikt perspektiv för att förklara hälsoskillnader mellan klasser. Denna ansats var självklar under tidigt 1900-tal, fram till dess en politik började skönjas som syftade till att lindra de negativa effekterna av industrialisering och urbanisering, det vill säga trångboddhet, ohyra, brister i sanitära förhållandet etc. Trots välståndets utveckling har den materiella deprivationen fortfarande aktualitet för att förklara skillnader i ohälsa. Författarna hänvisar här till i en studie från början på 1990-talet om inkomstfördelning och ohälsa i olika industriländer. Resultatet visade på att medellivslängden ökade med stigande inkomster, men till en viss nivå för att sedan sjunka. Samma samband kunde iaktas för andra indikatorer på hälsa. Av studien framkom också att 70 procent av variationen i medellivslängd kunde förklaras av skillnader i inkomstfördelning och BNP. Ett sådant exempel utgör Japan som är ett land med hög medellivslängd och samtidigt med den snabbaste ökningen av den ekonomiska jämlikheten. Slutsatsen av studien var att den relativa fattigdomen, det vill säga den andel av befolkningen som tjänar mindre än 50 procent av medelinkomsten, är en hälsofara för industriländerna.

Sambandet mellan inkomstfördelning och ohälsa har på samma sätt diskuterats i en rad svenska undersökningar.⁹ Till dessa undersökningar återkommer vi i nästa kapitel.

En annan förklaring till klasskillnader i ohälsa ges av den *ideella deprivationen*. Här finner vi bland annat studier om alienationen. Innebörden i detta klassiskt marxistiska begreppet är att när arbetsmarknaden tvingar människor att sälja sin arbetskraft till högstbjudande likt en vara, avsondras en del av personligheten och människan blir ett opersonligt och främmande ting. Centralt för forskningen inom detta område har varit kopplingen mellan de krav som ställs på individen samt den frihet och de resurser som individen har för att möta dessa krav.¹⁰

En annan ansats för att förklara ohälsa tar sin utgångspunkt i betydelsen av *sociala nätverk och socialt stöd*. Individens integration i samhället i form av social förankring eller social isolering framhävs i många olika sammanhang. Den sociala integrationen har betydelse för både den fysiska och psykiska hälsan. Social integrationen är ett värdeladdat begrepp med många dimensioner som getts skiftande innebörd.¹¹

⁸ Haglund och Svanström (1992).

⁹ Nelander och Lindgren (1997), Vårdfacket (1994).

¹⁰ Smith (1994), Haglund och Svanström (1992).

¹¹ SOU 1996:55.

Integration diskuteras ofta i relation till invandrare, men har naturligtvis även relevans för den som tillhör majoritetsbefolkningen i ett samhälle. Integration handlar om jämlikhet i deltagandet i olika typer av sociala relationer som till exempel arbetsliv, boende och politik. Betydelsen av sociala nätverk har givits en särskild uppmärksamhet inom bostadsforskningen och den forskning som handlar om bostadsområdets betydelse för socialisationsprocessen.¹²

Den socialpsykologiska forskningen som rör sambandet mellan sociala och psykosociala faktorer samt hälsa fokuserar på förhållande till omvärlden. Haglund och Svanström nämner här bland annat Antonovskys forskning om varför vissa personer förefaller opåverkade och ibland till och med stärkta av förhållanden som normalt betraktas som stressfaktorer och allvarliga påfrestningar. Dessa 'stryktåliga' personer karaktäriseras enligt Antonovskys av sin syn på tillvaron och de problem och kriser som uppkommer. Det gemensamma är *känslan av sammanhang*. En person som upplever sin tillvaro som meningsfull, begriplig och som dessutom anser sig kunna hantera de problem som uppkommer antas bättre kunna klara påfrestningar jämfört med dem som inte har detta förhållningssätt.¹³

Den sista förklaringsmodell som Haglund och Svanström berör och som är av intresse för denna studie är *levnadssätt och hälsorelaterade beteenden*. Sociala skillnader i levnadssätt och hälsorelaterade beteenden finns i till exempel rökning, kost- och motionsvanor. Ofta finns det speciella subkulturer som utvecklas inom sociala grupper. Samtidigt är det viktigt att ha i minnet att förändringar i beteenden sker relativt sett snabbare än förändringar i underliggande sociala strukturer. Individuella faktorer har betydelse för valet av livsstil, men dispositionen för att anamma en viss stil är däremot klassbunden.

De olika ansatserna och traditionerna i forskning om hälsa diskuteras också av kulturgeograferna John Eyles och Kevin J. Woods.¹⁴ Hälsan kan, menar författarna, analyseras utifrån olika perspektiv - det biomedicinska, ekonomiska, behavioristiska, materialistiska och slutligen det geografiska. Innebörden i dessa perspektiv har stora likheter med Haglund och Svanströms diskussion. Men eftersom författarna är geografer är det ett rumsligt perspektiv som står i fokus för deras analys.

Det främsta skälet för att anlägga ett rumsligt perspektiv i forskningen om hälsa är att hälsan varierar över ytan liksom omsorgen om densamma. Trots denna variation är det inte i rummet i sig vi finner förklaringen till variationen. Eyles och Wood hävdar istället att omgivningsfaktorer med all säkerhet fungerar som stimuli till hälsa eller sjukdom, men förklaringen finns i ekonomin, samhället och i psykologiska förhållanden eller i det som av Dubos benämns "accidents of birth or live".

I ett flertal undersökningar som Eyles och Wood refererar till, understryks variationen i dödlighet mellan olika sociala klasser, snarare än över det geografiska rummet. I en genomgång från början av 1980-talet av forskningen kring hälsa och sociala klasser framhölls att skillnader i dödlighet mellan olika klasser är konstant över livstiden, men mer påtaglig vid födelsen och under det tidiga vuxenlivet. De största enskilda skillnaderna mellan sociala grupper var dödsfall på grund av olyckshändelser och lungsjukdomar. Med ökad ålder ökar också variationen i dödsorsaker och det blir också tydliga könsskillnader. Även om dödligheten sjunkit under de senaste 100 åren finns det inget, menar Eyles och Wood, som tyder på att klasskill-

¹² Turner och Vedung (1997).

¹³ Haglund och Svanström (1992).

¹⁴ Eyles och Woods (1983).

naderna minskat. Det är dock viktigt att i analysen beakta den betydelse som olika politiska system har för att förstärka social klasstillhörighet som förklarande variabel till skillnaderna i dödlighet.

Betydelsen av politiskt system betonas också i en rad undersökningar. Förklaringar till skillnader i både hälsa och medellivslängd ges i termer av inflytande och jämlikhet. Werkö diskuterar skillnaderna mellan Japan och forna öststaterna.¹⁵ Ett framgångsrikt arbete för att förebygga olika typer av sjukdomar är inte en tillräcklig förklaring till de stora förändringarna i dödlighet. I det sammanhanget är Japan av intresse. Befolkningen i Japan äter både en fetthaltig kost, röker och har högt blodtryck. Det som trots detta förklarar den ökade medellivslängden i Japan är, menar Werkö, en grupptrygghet. Sociala förhållanden, god ekonomi, arbetsdisciplin och lojalitet till företagen kan ha gett en trygghet som har större betydelse än olika riskfaktorer.

Sammanfattningsvis visar forskningen att få faktorer betyder så mycket för hälsa och medellivslängd som just social tillhörighet. Social klass eller socioekonomisk grupp är emellertid ett mångdimensionellt och tillika omtvistat begrepp som sammanför människor i grupper efter ett antal dimensioner framför allt yrke, utbildning och även inkomst. Samtidigt som begreppet klass sorterar individer efter tillgång på resurser, kan klasstillhörigheten i enlighet med ekonomisk terminologi betraktas som en mellanliggande vara, som i sig ger tillgång till andra varor. En av dessa är bostad, där socioekonomiska förhållanden bidrar till en segmentering på bostadsmarknaden, vilket i sin tur skapar olika förutsättningar för att nå tillgång till resurser för hälsa.

Vi skall inte heller underskatta värdet av trygghet, både på ett individuellt plan med sociala nätverk och på ett institutionellt plan med en, låt oss kalla det, grundtrygghet i form av till exempel ett försäkringssystem.

Hälsa och miljö

Det är inte bara den sociala miljön som spelar en stor roll för hälsan, utan också den fysiska. Den geografiska och sociologiska forskningen om skillnader i levnadsförhållanden mellan staden och landsbygden har visat på detta. Tonvikten i forskningen har legat på betydelsen av storleken på befolkningsagglomerationerna, samhällets strukturen och den livsstil som utvecklas i staden respektive på landsbygden.

Inom flera samhällsvetenskaper har den så kallade Chicagoskolan influerat teoribildningen kring sambandet mellan människan och den fysiska miljön, till skillnad mot den ovan beskrivna sociala miljön, och hur detta samband kommer till uttryck rumsligt. Här skall vi begränsa oss till den teoribildning som handlar om urbanisering, och vilka konsekvenser urbaniseringen har för människors hälsa.

Begreppet urbanisering har definierats på olika sätt. En definition, som kan betecknas som den mest grundläggande och tillika den enklaste, är den *demografiska* som tar fasta på den andel av befolkningen som lever i ett stadssamhälle. Innebörden i begreppet urbanisering är att bosättningen koncentreras till allt större tätorter. Sverige har en tätortsgrad på 85 procent, vilket är den andel av befolkningen som bor i ett samhälle som uppfyller den statistiska definitionen

¹⁵ Werkö (1993).

på tätort.¹⁶

En annan definition är den *strukturella* i vilken urbanisering betecknar både ett koncentrerat boende och förändringar i ekonomi och näringsstruktur. Utgångspunkten för denna definition är strukturomvandlingen inom jordbruket och övergången till ett industrisamhälle.

Den definition som vi skall intressera oss för här och som återknyter till Chicagoskolan är den *beteendeorikta*d som handlar om livsstil. Livet i det urbana samhället skapar en egen livsstil. Sociologen George Simmel betraktade denna livsstil som liktydig med den individuella frihet där människor reagerar med hjärnan i stället för med hjärtat.

De sociala teorier som syftar till att förklara sociala och psykologiska konsekvenser av urbaniseringen har som gemensam kärna samhällets storlek och moral/värdering. I såväl äldre teori- bildning som i människors föreställningsvärld är det negativa förtecken kring det urbana livet. Forskningen har visat att människor föredrar livet på landet. Samtidigt finns en ambivalens i inställningen till det urbana, till staden – ett intellektuellt motstånd mot staden samtidigt som den utövar en attraktionskraft. Denna ambivalenta inställning har av geografen Paul Knox sammanfattas i fyra motsattpar. Det urbana livet står för *tillgjordhet, främlingskap, individualism* och *förändring*. Det rurala livet däremot står för *naturlighet, familism, gemenskap* och *tradition*.

Förebilden för Chicagoskolans sociala teorier är det förindustriella samhället. Då levde människorna i små samhällen, befolkningen var homogen och man kände varandra, utförde ungefär samma typ av arbete och hade samma intressen. Av särskild betydelse var att det rådde konsensus om normer och värderingar.

Med en ökad befolkningskoncentration uppstod nya former av ekonomier och social organisation, vilket resulterade i specialisering och innovationer inom transporter och kommunikationer. Människor hade fler men ytliga kontakter och de nära familjära kontakterna var dessutom svåra att upprätta. De sociala skillnader som uppstod i det urbana samhället förde med sig skilda livsstilar, skilda normer och värderingar, och slutligen en störd social ordning.

Sociologen Louis Wirth menade att urbaniseringen gav till följd en individualism och ett avståndstagande mellan människor. Livet på landsbygden betecknade Wirth som det normala livet präglad av samarbete mellan människor. Det urbana livet karaktäriserades av svaga band mellan människor, vilket resulterade i en social inkompetens, ensamhet och mental ohälsa.

Det är inte bara bland Chicagoskolans sociologer vi finner en avvisande attityd till moderna tidens urbana liv. Om vi gör en åtskillnad mellan den medeltida staden och den moderna staden, finner vi hos till exempel författaren François de Voltaire och samhällsforskaren Adam Smith en samfäll uppfattning om den medeltida staden som ett föredöme för utvecklingen. Den medeltida staden stod för demokrati, kultur och fred. Det var annat med den moderna staden. Den symboliserade anonymitet, kaos och turbulens samt brutalitet. I våra dagar har Los Angeles kommit att bli urtypen för den postmoderna staden, hyperurban och brutal. Någon har sagt att ingenstans är avståndet mellan himmel och helvete så kort som i Los Angeles.

Forskning om stadens och landets för- och nackdelar är inte entydig. Studierna har framför allt handlat om hjälpsamhet, konflikter, sociala relationer och psykologiska tillstånd. Det har visat sig att stadsbon är mindre hjälpsam och att konflikter, såväl etniska, sociala som ekonomiska är mer frekventa i större samhällen. Däremot har forskningen visat att vänskap och sociala

¹⁶ Som tätort räknas samhällen med minst 200 invånare där avståndet mellan hushållen inte överstiger 200 meter.

relationer finns i både små och stora samhällen. De eventuella skillnader som finns pekar mot både djupare och fler sociala relationer i det större samhället. Detsamma gäller olika psykosociala tillstånd såsom stress och alienation. Dessa tillstånd är lika ofta förekommande i de små som i de stora samhällena, om inte mer ofta.¹⁷

Förklaringen till att livet i staden inte ger den ensamhet och sociala oordning som Wirth förknippade med urbanism, skull kunna vara skillnaden mellan hur staden upplevs av främlingen och hur staden upplevs av stadsbon. Staden producerar rädsla och misstroende för den publika sfären, den som främlingen möter. Däremot påverkas inte den privata, sociala värld för dem som lever i staden.

För att förbättra och för att rätta till missförhållanden i den fysiska miljön spelar stadsplaneringen en stor roll. Under sekelskiftet var denna planering starkt influerad av *sanitary movement*. Bostaden och bostadsbyggandet är för alltid intimt förknippat med folkhälsan. Industrialisering och urbanisering gav upphov till negativa effekter i form av trångboddhet i städerna och i dessutom eländiga bostäder. Den stadsförnyelse som inleddes i Sverige under 1920-talet präglades av hygien och sociala faktorer – man byggde för att föra in ljus och luft i bostäderna. Under hela 1900-talet har diskussionen förs om de negativa konsekvenserna av täthet och trångboddhet. De engelska trädgårdsstäderna byggde på idén att varje bostad förutom luft och ljus, skulle ha en egen trädgård. I trädgårdsstaden skulle människorna erbjudas ett sundare och hälsosammare liv.

På liknande sätt har senare tiders förorter varit ett sätt att minska den täthet och trångboddhet som förknippas med sjukdomar, kriminalitet, mentala störningar och ett socialt avvikande beteende. Men även om tanken varit att förorten skulle främja människors hälsa har utvecklingen gått i en annan riktning. Många av åtminstone storstadens förortsområden har fått beteckningen utsatta och blivit föremål för särskilda insatser.¹⁸

Hälsa och migration

Vi har slutligen kommit fram till den frågeställning som närmar sig det egentliga fokus för denna uppsats. *Vad betyder migrationen för hälsoläget på en bestämd plats?* Detta är inte den första frågeställning man stöter på i forskning om hälsa och migration. Den omfattande forskningen inom detta område har snarare fokuserat på migrationen ur ett integrationsperspektiv, och frågor kring betydelsen av att bryta upp från den invanda miljön. Av särskilt intresse har varit den internationella migrationen.

Här är vi emellertid intresserade av den nationella nivån och vilken betydelse som omgivningsfaktorerna där har för människors hälsa och levnadsförhållanden. Vad är det specifikt geografiska? Och finns det överhuvudtaget något som är specifikt geografiskt eller kan alla rumsliga variationer i hälsa och levnadsförhållanden förklaras av individuella skillnader? Vi vill till exempel veta om den fysiska och sociala miljön i Halland bidrar till att förklara hallänningarnas relativt sett högre medellivslängd? Och vad är det då som förklarar varför människorna i Hofors har en kortare medellivslängd än i övriga kommuner i länet? Som framgått ovan har även geograferna betonat socioekonomiska förklaringsfaktorer till förmån för rumsliga. Men innan vi kommer in på frågan om migrationen skall vi uppehålla oss något vid begreppet *omgivningsfaktorer*.

¹⁷ Knox (1995).

¹⁸ Jmfr bostadspolitiska utredningens betänkande SOU 1996:156.

Det är komplicerat att avgöra betydelsen av omgivningsfaktorerna. Den första frågan är också vad som avses med omgivning. Begreppet omgivning och omgivningsförhållanden diskuteras av Roslyn Lindheim och S. Leonard Syme i en artikel om omgivningens betydelse för hälsan.¹⁹ Omgivning beskrivs här som resultatet av den ständigt pågående interaktionen mellan å ena sidan naturen och å andra sidan de av människan skapade rumsliga attribut samt sociala processer och relationer mellan individer och grupper. Människan ingår med andra ord i en omgivning som den både påverkar och påverkas av.

Förhållandet mellan omgivning och hälsa är vare sig enkelt eller linjärt. Dessutom betyder omgivningen olika för olika människor, vilket leder Lindheim och Syme fram till slutsatsen att en 'hälsosam omgivning' är en omgivning som erbjuder en uppsättning möjligheter för invånarna att skapa de förhållanden som påverkar deras liv. Begreppet omgivning innehåller allt och blir med andra ord meningslös om vi inte operationaliserar det till ett antal aspekter som vi önskar undersöka betydelsen av för hälsan.

Sambandet mellan hälsa och ett urval omgivningsfaktorer har studerats av bland andra geografen Anders Schærström. Schærström har i sin avhandling om sambandet mellan omgivning och uppkomsten av olika sjukdomare undersökt inverkan av födelseorten och dess egenskaper. Utgångspunkten är att människor flyttar för att leva längre eller kortare perioder i andra länder eller på andra orter än där de föddes eller där de växte upp. Detta faktum, menar Schærström, har betydande epidemiologiska implikationer. För det första är man exponerade på två eller flera platser och för det andra för man med sig kvaliteter som utvecklas i en viss bestämd miljö. Det senare är influenser från den gamla miljön, från den nya miljön samt från själva migrationen och anpassningsprocessen. Det betyder att migrationen bidrar till en omfördelning av sjukdomar och hälsotillstånd genom 'smittade' individer och genom en selektion av de som flyttar respektive ej flyttar. Ur ett epidemiologiskt perspektiv betyder det också att verkan kan ha sin orsak på en annan plats än där den uppenbaras. Det är också en slutsats som Schærström finner stöd för i sina empiriska studier.²⁰

Migrationens betydelse för hälsan/ohälsans geografiska fördelning blir tydlig i perspektivet av migrationens omfattning. Under år 1995 uppgick antalet flyttningar i Sverige till närmare 1,2 miljoner (exklusive den internationella migrationen). Merparten av dessa flyttningar, mellan 800 000 och 900 000 (drygt 70 procent) företogs inom kommuner. De inomkommunala flyttningarnas andel av det totala antalet flyttningar per år är ett förhållandevis stabilt förhållande.

Även om orsakerna bakom den geografiska rörligheten är komplexa, finns ett samband mellan orsakerna till flyttning och avståndet över vilket flyttningen sker. Den lokala omflyttningen är framför allt relaterad till bostadsmarknaden och dess struktur, medan flyttningar mellan bostadsmarknader mer har sin orsak i förändringar och möjligheter på arbetsmarknaden

Vi flyttar uppskattningsvis tio gånger under vår livstid. Åtta av dessa flyttningar företas över ett avstånd som understiger 50 km - en andel som varit stabil under de senaste 200 åren - trots att möjligheterna att förflytta sig har förändrats dramatiskt. Vi flyttar först tillsammans med våra föräldrar och sedan från föräldrahemmet för att bilda ett eget hushåll. Vi flyttar när hushållet växer och när det minskar och kanske också några gånger när vi blir äldre. Flyttning är med andra ord en selektiv process sedd över livsrytmen.

Ålder som en diskriminerande faktor i fråga om benägenheten att flytta, har även det visat sig

¹⁹ Lindheim och Syme (1983).

²⁰ Schærström (1996).

vara ett över tiden stabilt samband. Det är också ett samband som uppträder i skilda kulturella sammanhang och på olika geografiska nivåer (land eller kommun). Däremot varierar nivån. I till exempel USA och i Nya Zeeland flyttar 40-45 procent av alla unga i åldern 20-24 år. Motsvarande för unga i ett urval västeuropeiska länder och i Japan är kring 20 procent.²¹

Omkring 40 procent av alla ungdomar i 20-års ålder flyttar. I denna ålder inträffar många förändringar som ofta leder fram till en flyttning, som till exempel hushållsbildning, studier, barnafödande, yrkeskarriär och inkomstförändringar. Här finner vi också förklaringen till att flyttningsbenägenheten bland små barn är förhållandevis hög.

Benägenheten att flytta avtar starkt i början av 30-års ålder och fortsätter att avta med ökad ålder, för att sedan åter stiga efter 75-års åldern. Flyttningar i livets senare skeden sammanhänger vanligtvis med en bostadsanpassning förorsakad av förändrad hushållssammansättning och förändrad hälsa.

Profilen ovan över de aggregerade flyttningarna återfinner vi även i andra länder. I en studie över migrationsmönstret i USA presenteras åldersspecifika migrationsfrekvenser från 1948 - 1988. Det råder inte bara en regularitet över tiden i de amerikanska migrationsprofilerna, utan också mellan länder i västvärlden. De amerikanska profilerna är i de närmaste identiska med de svenska, fränsett en något högre benägenhet att flytta bland amerikanska barn i förskoleåldern jämfört med svenska barn.²²

Omkring 200 000 (15 procent) av samtliga flyttningar i Sverige sker mellan län. Orsakerna bakom regionala flyttningar hänger ofta samman med den regionala utvecklingen och framför allt arbetsmarknadens förändring. En långväga flyttning gör man i genomsnitt en eller två gånger i livet. Varför vi flyttar mellan regioner förklaras många gånger av att någon i hushållet får ett nytt arbete, att vi skall börja studera eller till följd av hushållsbildning. Forskningen om den regionala flyttningen utgår vanligtvis från att hushållens flyttningsbeslut är styrt av geografiska skillnader i förväntad inkomstutveckling, faktorer som kan sammanfattas under rubriken livskvalitet och transaktionskostnader vid en flyttning.²³

De långväga flyttningarna ökar i omfattning med individens längd på sin utbildning. Det har sin främsta förklaring i möjligheterna att få ett arbete - med ökad utbildningstid är utbudet av möjligheterna större i storstaden jämfört med i det mindre samhället med färre sådana arbeten. Samtidigt minskar mängden av möjliga arbeten med ökad utbildning, och det är sannolikare att det begränsade utbudet återfinns i storstaden jämfört i den mindre orten eller på landsbygden.

Samtidigt kan vi inte bortse ifrån vad informationsteknologin kan komma att innebära för flyttningsmönstret. För individer med fria yrkan ger elektronikens landvinningar nya möjligheter att göra val av bostadsort efter andra kriterier än just tillgången på arbetstillfällen. Tänkbart är att en ökad andel av fritidshusen övergår till att bli permanentbostäder och att landsbygden kan komma att vinna befolkning på bekostnad av storstaden.

Betraktat i ett längre tidsperspektiv har riktningen på den regionala omflyttningen varierat, utan att arbetsmarknaden förändrats i motsvarande utsträckning. Under 1960-talet gick en stor våg av flyttare *till* storstäderna från särskilt mellersta Norrland och under 1970-talet hade vi

²¹ Clark och Dieleman (1996).

²² Roger och Taylor Wilson (1996).

²³ Gabriel m fl (1993) sid 40.

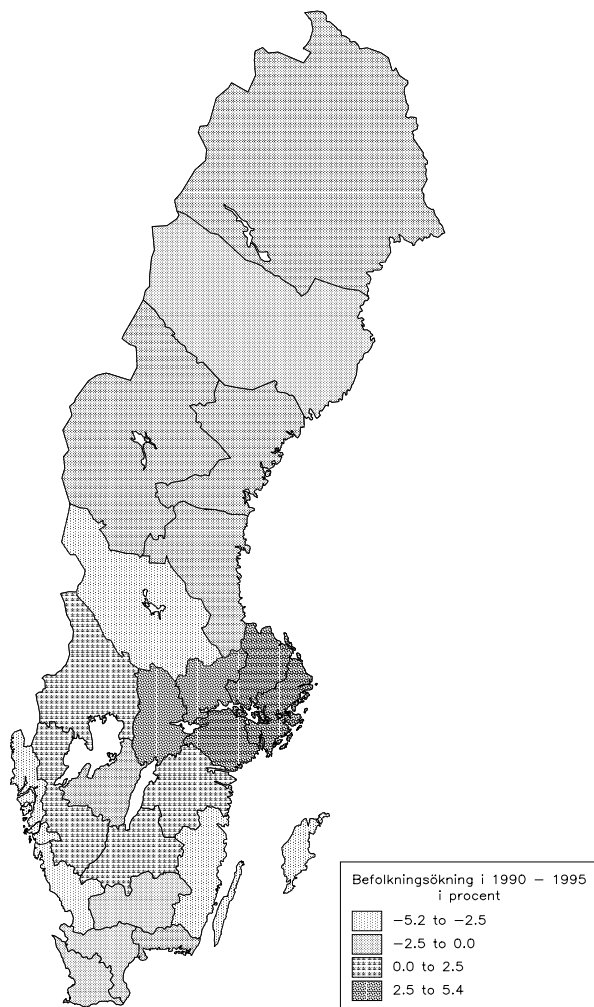
som bekant den gröna vågen med en ström *ut* från storstäderna till mindre orter i, i första hand Mellansverige. Och återigen under 1980-talet en inflyttning till storstäderna. Gröna vågen var ett trendbrott som kom samtidigt i flera välfärdsstater och, menar man, hade sannolikt en förklaring i en allmän värdeförskjutning.

Idag finns åter tecken på att strömmarna går mot landsbygden. Kanske inte till den genuina glesbygden, utan till det som i statistiska sammanhang benämns *småort*. Småorter benämns också befolkningskoncentrationer i glesbygd. Dessa har mellan 50 - 200 invånare, och enligt definitionen ska det i allmänhet inte vara mer än 150 meter mellan byggnaderna inom en småort. Antalet småorter är drygt 2 700 (enligt beräkningar 1995) och där bor 263 000 personer. Detta motsvarar 18 procent av glesbygdsfolkmängden och 3 procent av hela Sveriges folkmängd. Den sammanlagda arealen i småorterna är 827 km², vilket motsvarar 0,2 procent av landarealen. En tätort däremot har minst 200 invånare och det är normalt högst 200 meter mellan husen i en tätort. Antalet tätorter är 1938 (enligt beräkningar 1995). Tätorterna har 84 procent av Sveriges totala befolkning, men omfattar bara 1,3 procent av landarealen.²⁴

Befolkningsökningen i riket var 3 procent mellan 1990 och 1995. Det kan jämföras med tätorterna där ökningen var 4 procent. Den största procentuella ökningen skedde i Lund och Umeå (13,6 procent) samt i Uppsala (9,6 procent) och Linköping (9,5 procent).

I glesbygden minskade däremot befolkningen under samma period med 0,6 procent. Men om man skiljer ut småorterna ur glesbygden framträder en annan utveckling. Under perioden 1990 - 1995 var folkökningen i småorterna 6 procent. Den relativt snabba ökningstakten i småorterna beror nästan helt på en permanentning av fritidshusområden i 10 procent av småorterna. Övriga småorter, som inte domineras av fritidshus, hade en ökningstakt på 4 procent. De geografiska variationerna är emellertid stora. Av kartan nedan (karta 1) framgår att det är i glesbygden och i småorter i Mälardalen som den största relativa befolkningsökningen skett.

²⁴ Statistiska centralbyrån <http://www.scb.se/press/p194.htm>.



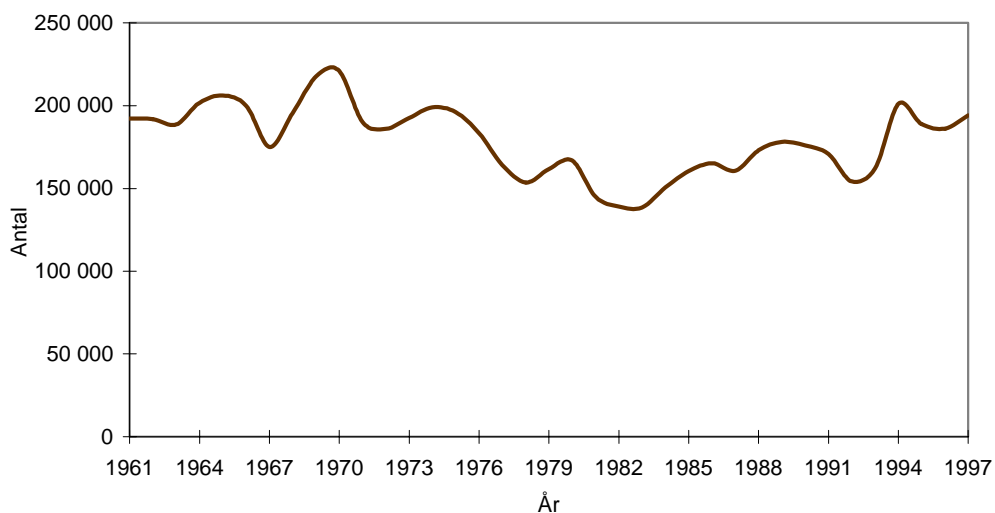
Karta 1 Befolkningsökning i glesbygden 1990 – 1995

Källa: SCB (1998).

Ekonomhistorikerna Tommy Bengtsson och Mats Johansson ställer i boken *90-talets befolkningsfråga*, frågan om befolkningens geografiska rörlighet minskar.²⁵ De konstaterar att flyttningsintensiteten minskat från 1960-talet fram till slutet på 1980-talet. Under denna period har arbetsmarknadens tillväxt, särskilt den offentliga sektorn och samtidigt har de offentliga transfereringarna möjliggjort för människor att finna försörjning och även utbildning på hemorten eller i hemregionen.

Bengtsson och Johansson ser emellertid att nedskärningen inom den offentliga sektor kommer att leda till en ökad rörlighet. För det första leder bristen på arbetstillfällen till ökad rörlighet. Eftersom den offentliga sektorn är en av kvinnornas viktigaste arbetsmarknader, menar Bengtsson och Johansson att en sjunkande kvinnlig förvärvsfrekvens ger ökade möjligheter till rörlighet bland gifta sambo-ende par. Rörligheten gynnas av att endast den ena parten behöver söka arbete. Som framgår av figuren nedan (figur 1) har de långväga flyttningarna mycket riktigt också ökat under 1990-talet.

²⁵ Bengtsson och Johansson (1992).



Figur 1 Flyttningar mellan län, 1961 - 1997

Källa: SCB (1998).

Det är många faktorer som samverkar till den relativt sett stora regionala omflyttningen fram till början på 1970-talet, och som i sig inte behöver betyda en värdeförändring. Einar Holm och Sture Öberg pekar på de möjligheter till en tidigarelagd hushållsbildning som det omfattande bostadsbyggandet under senare delen av 1960-talet gav.²⁶ Det var också under denna period som högskoleväsendet byggdes ut. Goda utsikter att få ett arbete efter avslutade studier, i kombination med förbättrade ekonomiska förutsättningar, möjliggjorde för fler unga att bedriva fortsatta studier. Vi kan också notera att rekryteringen till högskolan breddades såväl geografiskt som socioekonomiskt.²⁷

Migrationen kan ibland ta sig uttryck i att människor som besitter vissa gemensamma karaktärsdrag samlas på vissa platser. Ibland är detta val självvalt, men ibland inte. Huruvida valet av plats tillsammans med likar är positivt eller negativt varierar, och det varierar också med ur vilket perspektiv valet värderas. Detta är några av de frågor som forskningen om segregation sysslar med, nämligen konsekvenser av att människor som besitter vissa gemensamma karaktäristiska samlas geografiskt och huruvida det är ett fritt val eller ej. Med segregationen följer också skillnader i till exempel social och kommersiell service, i infrastruktur, i skolornas kvalitet etc. Vi skall inte här fördjupa oss i segregationsforskningen utan endast belysa det komplicerade samband som råder mellan omgivningsfaktorer och migration med den koncentration av människor med dålig hälsa som vi finner i flera av miljonprogramsförorterna i Stockholm. Vad betyder här omgivningen och vad är individuella förklaringsfaktorer?

Vi kan avslutningsvis konstatera att migrationen selekterar befolkningen geografiskt. De senare årens låga födelsetal har också inneburit att befolkningens omflyttning i större utsträckning påverkar befolkningsutvecklingen i rikets olika delar. De regioner som tillväxer är där vi återfinner universiteten. Under 1997 var det fem län som tillväxte. Det var Stockholm, Uppsala,

²⁶ Holm och Öberg (1984).

²⁷ Arbete och fritid (1993).

Skåne, Halland samt Göteborgs och Bohus län.

Det är universitetsorter, högskoleorter och attraktiva kustorter som tillväxer. Åke E Andersson och Åsa Sohlman visar i en studie av Sveriges långsiktiga utveckling och omvandling hur den regionala obalansen ökar. Stockholmsregionens attraktivitet som inflyttningsregion illustreras i hög grad av dess inkomstövertag. År 1995 var regionens andel av rikets inkomster 26 procent medan dess befolkningsandel var inte fullt 20 procent Andersson och Sohlman menar att det finns en synergieffekt mellan olika typer av infrastruktur vilka är av avgörande betydelse för en regions inkomstbildning och attraktionskraft för kvalificerad arbetskraft. Av betydelse är tillgången på kapacitet för högre utbildning och forskning samt flygkapacitet. En regions långsiktiga utveckling visar författarna, kan till 60 procent förklaras av den *allmänna tillgängligheten till vägar och kollektivsystem* samt närheten till *högskola eller universitet och flygplats*. Enbart flygplats har inte tillräcklig betydelse som utvecklingsfaktor, utan det är kombination flygplats/högre utbildning. Det är således snabba kommunikationssystem och forsknings- och utvecklingskapacitet som i hög grad kommer att bestämma den regionala utvecklingen i Sverige. För de regioner som saknar denna kapacitet återstår, enligt Andersson och Sohlman, bara möjligheten att skapa överlägsna bostadsmiljöer.²⁸

Kommunerna i Gävleborgs län tillhör de kommuner i riket som minskar sin befolkning. Hög arbetslöshet och ett generellt minskat barnafödande tillsammans med en sjunkande invandring är bara några av orsakerna. Det bör dock understrykas att under det senaste året var det bara Umeå av samtliga kommuner i Norrland som ökade sin befolkning.

Ur ett geografiskt perspektiv har utvecklingen på arbetsmarknaden i Gävleborgs län också bidragit till att öka den regionala obalansen. Det tillväxt som finns i länet koncentreras till länets södra delar och i första hand till Gävle. I länets norra delar är utflyttningen av ungdomar i åldern 20 - 24 år särskilt påtaglig. Även om många flyttar till ett arbete på annan ort, är det en betydande andel av de unga som flyttar till andra universitets- och högskoleorter för fortsatta studier. Det är i ljuset av denna utveckling som utbyggnaden av högskolan i Gävle skall ses. Stora förhoppningar står till att en utbyggd högskolan som så småningom skall uppnå statusen universitet, både skall fungera som motor i utvecklingen av arbetsmarknaden och locka kvar ungdomarna länet samt locka nya att flytta till Gävleborgs län.

²⁸ Andersson och Sohlman (1997).

Levnadsvillkor i Sverige och i Gävleborgs län

Studier av hälsan och sjuklighetens utbredning i samhället och vilka faktorer som påverkar densamma har en lång historia, ända tillbaka till Hippokrates dagar. Under 1800-talet utvecklades medicinen som en samhällsvetenskap och blev inte bara en vetenskap om människan och hennes sjukdomar utan också en vetenskap om samhället. Den medicinska vetenskapens bild av människan och syn på samhället präglades under 1800-talet av upplysningstidens ideal. Dessa ideal innebar en stor optimism och en tro på möjligheterna att med uppfostran och med hjälp av vetenskap lösa alla sociala problem och all oordning i samhället.

Överhuvudtaget har det medicinska kunnandet haft en stor betydelse för välfärdssamhällets uppbyggnad. Med kunskap om sambandet mellan sanitära förhållanden och föda, att epidemier inte berodde på atmosfäriska störningar utan hade bakteriologiska orsaker, om betydelsen av hygien på sjukhusen, vatten- och avloppsledningar samt inte minst utformningen av arbetsmiljö och bostäder, har både sjukdomar hejdats och livslängden ökat.

Sverige är fortfarande en välfärdsstat även om den börjat bli krakelerad. Uppbyggnaden av det svenska folkhemmet och välfärdsstaten – två av våra honnörsord - har sina rötter i 1930-talet. Innebörden i folkhemmet är att samhället skall vara det goda hemmet, samhället tar ansvar för individens trygghet och levnadsstandard. Reformerna i samhället präglades av rättigheter som alla kunde få del av oberoende av inkomst: sjukförsäkring, ATP, semester, barnbidrag och grundskola. Perioden 1930-1960 var folkhemmets bästa tid. De politiska målen under denna period var full sysselsättning, rättvis fördelning och höjd levnadsstandard samt effektivitet och demokrati i näringslivet.

Tiden efter 1960-talet innebar en successiv förändring av folkhemmet. 1970-talet karakteriserades av strukturomvandling, omflyttning och byggandet av de omtalade miljonprogramsområdena. Strukturomvandlingen innebar ökad arbetslöshet inom jord- och skogsbruk samt inom småindustrin. Samtidigt växte den offentliga sektorn i städerna och fångade de människor som till följd av arbetsbrist lämnade glesbygden. Tillväxten i den offentliga sektorn avtog under 1980-talet och under 1990-talet har den offentliga sektorn utmärkts av nedskärningar följt av effektivitetskrav.

De krav som under 1990-talet riktats mot välfärdsstaten har varit att den skall anpassas till nya yttre förutsättningar. Såväl massarbetslöshet som yttre tryck på budgetnedskärningar har minskat den offentliga sektorn. Flera av målen för välfärdsstaten har kommit på skam. Det gäller full sysselsättning som ersatts med karensdagar och en arbetslöshet jämförbar med den som rådde under 1930-talet. Den långsiktiga utjämningen mot ökad jämlikhet och materiella villkor, bröts redan under 1980-talet. För stora grupper är också inkomstryggheten borta. Arbetslöshet ger lägre ersättning och det råder allmänt en större risk att inte kunna försörja sig själv.

Icke desto mindre, har utvecklingen sedan tiden efter andra världskriget obrutet gått mot en allt högre levnadsnivå i Sverige samtidigt som levnadsförhållandena har blivit allt mer jämnt fördelade mellan generationer och mellan sociala grupperingar. Men 1990-talet har inneburit förändringar. Det sker fortfarande förbättringar i välfärden, men däremot har utvecklingen mot ökad jämlikhet avstannat och i flera avseenden vänts mot en ökad ojämlikhet.²⁹ En påtaglig

²⁹ SCB (1997).

förändring i utvecklingen är att andelen fattiga hushåll ökat.³⁰ Det är särskilt barnfamiljerna som har fått uppleva en ökad fattigdom. En annan påtaglig utveckling är att skillnaderna mellan olika generationers materiella standard har ökat. De unga och de yngre medelålders har haft en sämre inkomstutveckling i jämförelse med de äldre generationerna. En förklaring är att allt fler har en allt längre utbildning och det är först i 25-årsåldern som inkomsterna blir permanenta. En annan förklaring är naturligtvis den ökade arbetslöshet som varit särskilt påtaglig i de yngre åldersgrupperna. Därtill kommer alla förändringar i välfärdssystemet.³¹

Välfärdsforskningen skiljer mellan tre övergripande och tillika samverkande försörjningssystem nämligen marknaden, sociala nätverk och offentliga sektorn. Betydelsen av dessa olika system för välfärden speglar också ett samhälles produktionsförhållanden och ideologiska system. I många länder har det sociala nätverket framför allt i egenskap av familjen, av tradition haft en stor betydelse för välfärden. I Sverige spelar fortfarande välfärdsstaten en större roll än både familjen och marknaden gör, även om 90-talet inneburit att marknaden fått en allt större betydelse för välfärdsfördelningen.³²

I den skandinaviska välfärdsforskningen har begreppet välfärd knutits till resurser med vilka goda levnadsförhållanden kan skapas, snarare än upplevelser och behovstillfredsställelse. En anledning till fokuseringen på resurser är välfärdsforskningens knytning till planering och politik. Via politiska beslut har resurser stärkts eller begränsats.³³

En av de centrala resurserna för välfärden är *hälsan*. God hälsa betyder dels frånvaro av plågor dels ett välbefinnande. God hälsa och är också en grund för god levnadsnivå. Däremot är sambandet mellan hälsa och livskvalitet inte lika självklart. Många människor har trots en dålig hälsa en hög självupplevd livskvalitet, samtidigt som det omvända förhållandet naturligtvis också gäller. En allmän slutsats från den forskning som bedrivits om sambandet mellan hälsa och levnadsnivå är att högre välfärd generellt leder till bättre hälsa, längre liv och mindre sjuklighet. Samtidigt talar vi om välfärdssamhällets baksida som består i en ökning av de så kallade välfärdssjukdomarna. Men dessa menar forskarna drabbar i stor utsträckning de som lever med en lägre välfärd det vill säga mindre ekonomiska resurser, sämre arbetsförhållanden, lägre bostadsstandard, fattigare fritid, svagare sociala nätverk etc.³⁴ Välfärden ger förvisso individen betingelser för att uppnå ett gott liv, samtidigt som individens egenansvar inte skall underskattas. Det förutsätter emellertid att individen förfogar över resurser för att både kontrollera och styra sina levnadsvillkor. Här finner vi ett komplicerat förhållande mellan individens rationalitet och till synes irrationalitet – vi vet alla att vissa saker inte gagnar hälsan med samtidigt har vi andra bevekelsegrunder för våra val - samt samhällets strävanden att med olika styrmedel förmå individen att göra ett rationellt val. Bland dessa styrmedel återfinns vi allt från utbildning, rådgivning, skatter till olika former av sanktioner.

Sverige har sedan 1960-talet en tradition av att mäta välfärd. Dessa undersökningar hade sin uppkomsten i den ekonomiska utvecklingen under 1960-talet som bland annat innebar generella löneökningar. Intresset riktades först mot fördelningen av inkomster och materiella vill-

³⁰ I SCB (1997) definieras fattiga som personer som lever under socialstyrelsens socialbidragsnorm.

³¹ Ringqvist (1995).

³² SCB (1997).

³³ SCB (1997).

³⁴ Haglund och Svanström (1992).

kor, då det goda livet i mångt och mycket var liktydigt med hög materiell standard.³⁵ Senare studier av välfärden och dess fördelning som till exempel Långtidsutredningarna och undersökning av levnadsförhållanden (ULF) inkluderar också icke-materiella förhållanden såsom hälsa, kunskap och sociala relationer.

Statistiska centralbyråns senaste undersökning av befolkningens levnadsförhållanden (ULF-undersökning) omfattar en analys av perioden 1975-1995.³⁶ Undersökningen bygger på 160 000 intervjuer och speglar Sverige i en tid av sjunkande reallöner, ekonomisk åtstramning och hög arbetslöshet. Samtidigt har de generella välfärdspolitiska målsättningarna gått förlorade som politiskt mål, men inte som värdenorm hos befolkningen. I undersökningen fokuseras jämlikhetsfrågan från olika perspektiv utgående från klass, socialpolitik, generationer, jämlikhetsperspektiv och ett regionalt perspektiv.

ULF-undersökningen visar på både positiva och negativa utvecklingslinjer. Om vi fokuserar på hälsan hör till de många positiva trenderna att allt färre bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt. Skillnaden mellan olika socioekonomiska grupper har också minskat liksom mellan olika generationer. Däremot har det psykiska välbefinnandet minskat, och det gäller särskilt i yngre åldersgrupper. Till dessa brister hör sömnsvårigheter och oro. Undersökningen pekar också på att en ökad andel kvinnor har långvarig sjukdom. Trots trenden mot en utjämnings mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår ojämlikheten i hälsa mellan arbetare och tjänstemän, mellan infödda svenskar och invandrare samt mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare.

Av särskilt intresse för denna studie är ULF-undersökningens regionala perspektiv. Den regionala indelning som tillämpats är en indelning efter urbaniseringsgrad.³⁷ Undersökningen konstaterar att de välfärdsskillnader som finns mellan olika delar av landet ofta hänger samman med hur arbetsplatserna är fördelade. Det är både en fråga om arbetsplatsernas geografiska läge, antal och karaktär. Det finns också ett klart samband mellan arbetsmarknad och befolkning vilket i sin tur har betydelse för utbyggnaden av service, bostäder, rekreation, infrastruktur etc. Inom denna miljö formas den lokala välfärden som ger betingelser för hälsa och livskvalitet. De regionala skillnader som betonas i undersökningen är skillnader efter urbaniseringsgrad. Andelen med gymnasieutbildning har ökat i hela riket, men andelen med högskoleutbildning är fortfarande högst i storstadsområdena. Ett liknande samband råder mellan urbaniseringsgrad och arbetslöshet, så till vida att med minskad urbaniseringsgrad stiger arbetslösheten. Däremot råder det omvända förhållandet vad gäller bostadsstandard. Trångboddheten är större i storstadsområdena och andelen som bor i småhus är lägre. Detta förhållande gäller också sociala relationer, trygghet och säkerhet samt medborgarinflytande.

Hälsan ur ett regionalt perspektiv uppvisar enligt ULF-undersökningen få skillnader, även om betingelserna för hälsa skiljer sig åt. Men sammantaget finns det i storstadsområden både goda betingelser för hälsa såsom högre utbildningsnivå, men samtidigt bor man i större utsträckning ensam. I glesbygden är fler arbetare med många gånger sämre arbetsmiljö och längre avstånd till både omsorg och service. Samtidigt erbjuder glesbygdens omgivningar bättre levnadsförhållanden, som till exempel närhet till natur och rekreation samt ofta en bättre bostadsmiljö.

³⁵ Johansson (1970).

³⁶ SCB (1997).

³⁷ Riket har delats in i sex grupper. Det är Stockholm, Göteborg och Malmö, övriga större städer, södra mellanbygden, norra tätbygden och slutligen norra glesbygden.

I den senaste ULF-undersökningen framhålls också betydelsen av selektionsmekanismer och demografiska förändringar. De marginella skillnader som finns i hälsa mellan olika regioner har möjligen en förklaring i förhållandet, att kvar i glesbygden och på mindre orter är de gamla och de sjukliga. De yngre och de friska har i stor utsträckning flyttat till arbete i större orter.

Levnadsvillkor i länets kommuner

En av frågeställningarna för denna uppsats är huruvida sociala och ekonomiska skillnader mellan kommunerna i Gävleborgs län och det övriga riket kan bidra till att förklara varför länet har den kortaste medellivslängden i riket. Det följande avsnittet är en översiktligt analys av levnadsvillkoren i Gävleborgs län. Frånsett att sambanden mellan levnadsvillkor och medellivslängd är komplicerade, begränsas denna analys av tillgången på empiriskt underlag. Analysen skall därför betraktas som hypotesgenererande och inledning till fortsatt forskning, snarare än som ett svar på frågan om levnadsvillkoren i Gävleborgs län är sämre än på andra platser i riket.

Tillvägagångssätt för att mäta levnadsvillkoren följer ett traditionellt tillvägagångssätt som bland annat tillämpas i ULF-undersökningarna och i en studie med regional ansats om materiella levnadsvillkor och hälsotillstånd i kommuner och samhällen i Västerbottens län.³⁸ Levnadsvillkoren mäts här som *materiella villkor, arbete och utbildning, stödberoende samt demografi och hälsotillstånd*. Vi inleder avsnittet med en beskrivning av medellivslängden och ohälsotalen i riket och i Gävleborgs län. Vi fortsätter därefter med en genomgång av samhällsliga förhållanden som på olika sätt kan bidra till att förklara variationen i framför allt medellivslängd. En utgångspunkt är att det förvisso finns en geografisk variation men också en socioekonomisk sådan. De samhällsliga förhållanden som framställningen koncentreras kring är inkomster, förvärvsarbete och arbetslöshet, utbildning och bostadsförhållanden. Kapitlet avslutas med diskussion sambandet mellan medellivslängd och det politiska systemet.³⁹

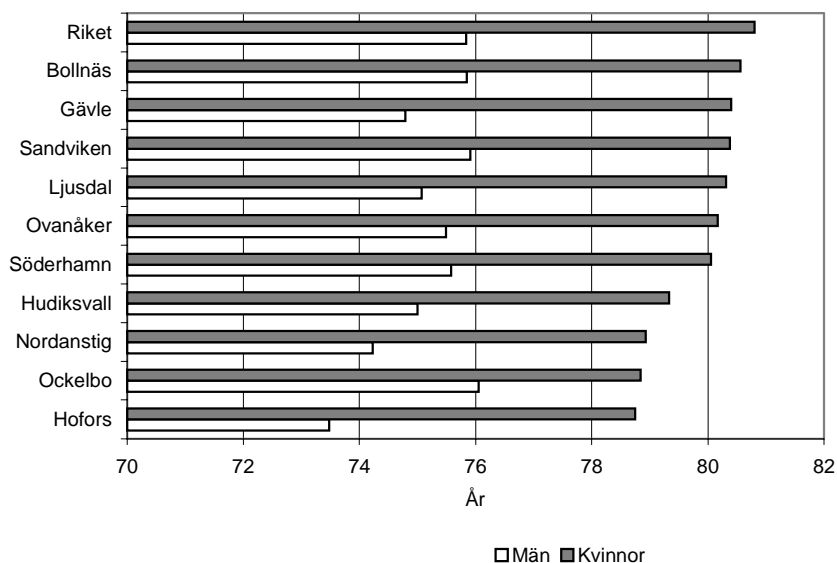
Medellivslängd och dödstal

Av figuren nedan framgår medellivslängden bland män och kvinnor, i länets kommuner och i förhållandet till riket (figur 2).⁴⁰

³⁸ Petterson, Persson och Wiberg (1996).

³⁹ Det empiriska underlaget till detta kapitel kommer när inget annat anges från Svenska kommunförbundets rapport *Levnadsförhållanden I Sveriges kommuner*.

⁴⁰ Data till figuren är hämtade från Socialstyrelsens register *Hur mår Sverige* och utgör ett medelvärde för perioden 1992-1995.



Figur 2 Medellivslängden bland män och kvinnor i Gävleborgs län och i riket

Medellivslängden bland såväl män som kvinnor i Gävleborgs län är den lägsta i landet. Det finns samtidigt ett stabilt och tydligt regionalt mönster i medellivslängden. Den är hög i sydvästra Sverige, något lägre i sydöstra och lägst i mellersta och norra Sverige. I rapporten *Livslängden i Sverige* pekar Jan Qvist och Åsa Sandén på att de regionala skillnaderna i medellivslängd till stor del är skillnader i livsstil och levnadsförhållanden.⁴¹ Med en enkel sambandsanalys undersökte de hur variationer i medellivslängden förklarades av variationer i sociala och ekonomiska förhållanden. De indikatorer som valdes som mått på sociala och ekonomiska förhållanden var andel boende i hyresrätt, andel med eftergymnasial utbildning, andelen arbetslösa och skilsmässofrekvensen. Dessa faktorer visade sig förklara 64 procent av variationen i medellivslängd för männen och 38 procent för kvinnorna i landets 80 största kommuner. Förklaringsgraden för kvinnorna ökade när männens arbetslöshet användes som indikator. Det visar att mäns arbetslöshet i kanske större utsträckning än kvinnornas har en både ekonomisk och social betydelse för hela familjen.

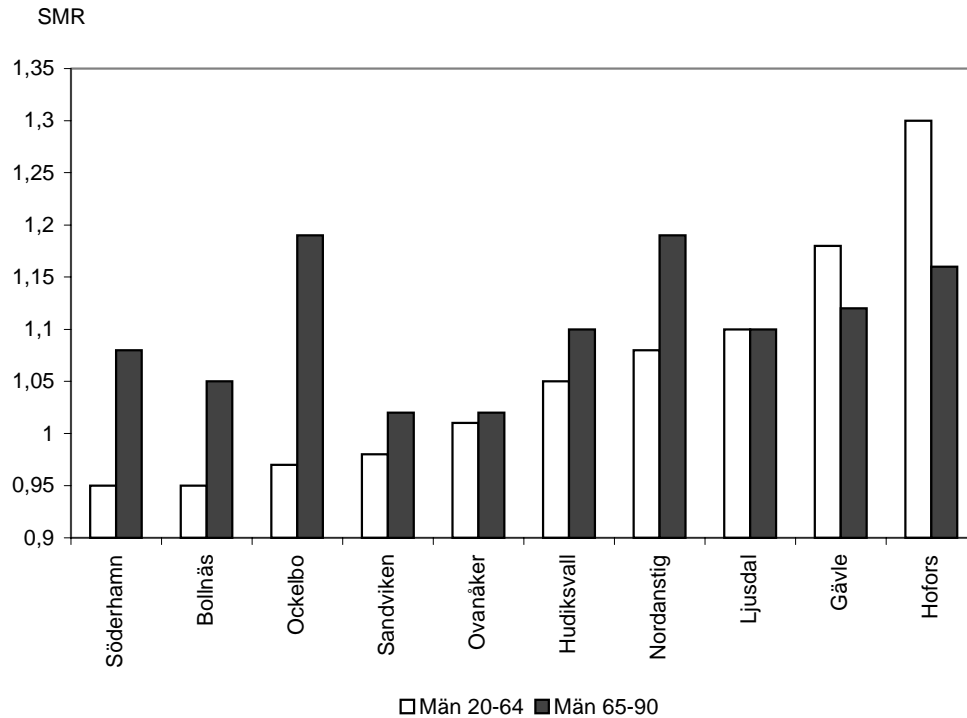
Men undersökningen visade också att det finns genuint geografiska variationer i medellivslängd som inte låter sig förklaras av sociala strukturer i kommunerna. Den geografiska variationen är dessutom större på kommunal nivå än på länsnivå. Fler av de större kommunerna i landets norra delar har en medellivslängd som överstiger motsvarande för riket. Det finns dock anledning att begrunda valet av variabler i undersökningen och om dessa både är tillräckliga och teoretiskt relevanta för att besvara frågan om det finns en rent geografisk dimension i förklaringen av variationen i medellivslängd. Den geografiska dimensionen skulle till exempel kunna vara klimat. Det är i detta sammanhang som det är av intresse att undersöka i vad mån de regionala skillnaderna förklaras av migrationen, och då i första hand utflyttningen. Det är frågeställningen för nästkommande kapitel i denna studie.

Det är icke förtydligt helt problemfritt att mäta medellivslängden på kommunal nivå, vilket blir tydligt i denna undersökning. Problemet består i att beräkna medellivslängd för de små kommunerna. Skattningarna blir mer osäkra och påverkan av slumpen blir stor.⁴² Ett annat mått

⁴¹ SCB (1997).

⁴² Lithman och Noreen (1991).

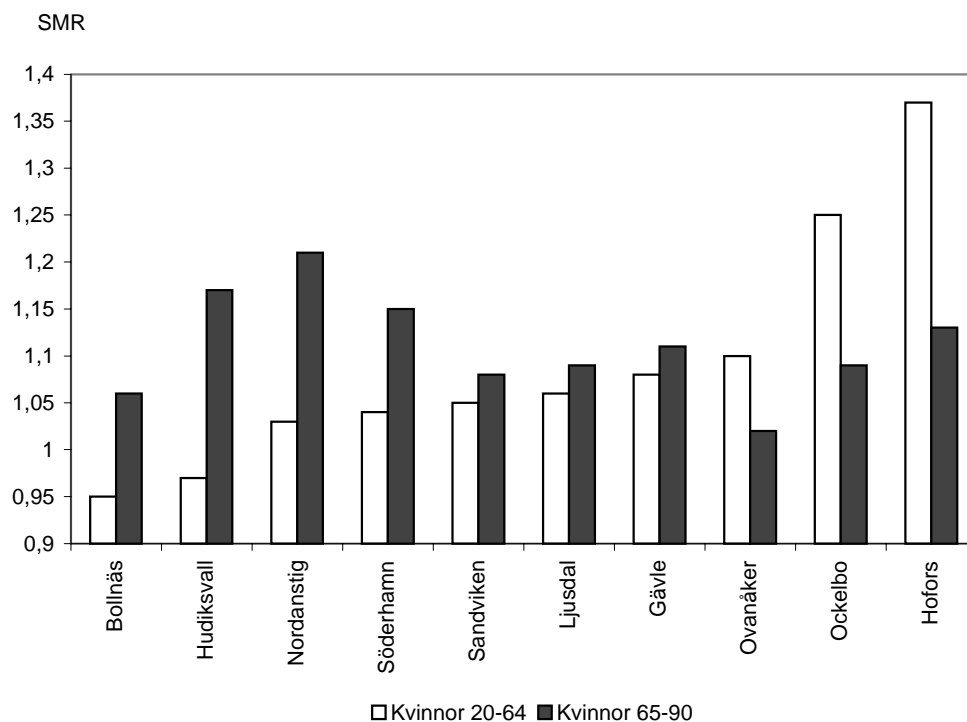
som är mer robust är åldersstandardiserade dödstal eller *standardised mortality ratio* (SMR). Detta mått visar över- eller underdödlighet i en kommun i förhållande till ett rikets nivå. Av figurerna nedan (figur 3 och 4) framgår dödstalen för män och kvinnor i kommunerna i Gävleborgs län som ett genomsnitt för tidsperioden 1986 - 1995.⁴³



Figur 3 Standardiserade dödstal för män i länets kommuner, i förhållande till rikets nivå 1986-1995 (rikt=1)

Källa: Socialstyrelsen (1996).

⁴³ A.a.



Figur 4 Standardiserade dödstal för kvinnor i länets kommuner, i förhållande till rikets nivå 1986-1995 (riket=1)

Källa: Socialstyrelsen (1996)

För hela Gävleborgs län är de standardiserade dödstalen 1,04 för de yngre männen (20-64 år) och 1,1 för de äldre (65-90 år). Motsvarande värden för kvinnorna är 1,06 och 1,1. Det betyder att dödstalen för män över 65 är de högsta i landet. De standardiserade dödstalen är särskilt höga i Hofors kommun. Det gäller både män och kvinnor i åldrarna upp till 64 år. I den äldsta åldersgruppen 65+ är dödstalen i Hofors förvisso höga, dock inte de högsta i länet. En enkel korrelationsberäkning visar också att det finns en viss korrelation mellan dödstalen för män oberoende av åldersgrupp, medan något sådant samband inte finns för kvinnorna.

Den samlade bild som presenterad i rapporten *Livslängden i Sverige* över dödstalens regionala mönster är att det inte bara finns skillnader mellan landets norra och södra delar, utan också mellan kustlandet och inlandet. Dock berör denna variation i liten utsträckning Gävleborgs län. Ytterligheterna utgörs här av Hofors å ena sidan och Bollnäs, Sandviken samt Ovanåker å andra sidan. Dödstal som understiger eller tangerar riksnittet återfinns vi dock bara i Bollnäs kommun.

Hälsa och ohälsotal

En vanlig indikator på förändringar i befolkningens hälsa är förändringar i dödlighet och medellivslängd. Enligt den senaste levnadsnivåundersökningen är den minskade dödlighet en stadig trend sedan många år tillbaka. Men för att citera undersökningen:

”Minskad dödlighet innebär emellertid inte med säkerhet minskad sjuklighet. Genom att ta hänsyn till såväl dödlighet som sjuklighet i olika grupper kan förväntade levnadsår med full hälsa, lätt, måttlig och svår ohälsa beräknas. Sådana beräkningar visar att de år som lagts till livet med den ökade medellivslängden

inte är helt friska år utan år med lätt eller måttligt svår ohälsa.”⁴⁴

Det är också väl känt att förändringar i befolkningens hälsa sker långsamt. ULF-undersökningen visa att det inte skett några dramatiska förändringar i befolkningens hälsa sedan 1975. Men:

”Även om allt färre bland såväl kvinnor som män bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt, rörelseförmågan har förbättrats och männen i minskande utsträckning har sjukdomar som påverkar arbetsförmågan finns uppgifter som talar för en försämring av befolkningens och framförallt kvinnors hälsa.”⁴⁵

Till del har förändringar i folkhälsan visat sig i nivån på förtidspensionering. Trenden att kvinnors medellivslängd ökar snabbare än männens är sedan 1980-talet bruten. Männens kortare medellivslängd är i stor utsträckning kulturellt betingad. Männen utsätts i jämförelse med kvinnorna för större hälsorisker, framför allt inom yrkeslivet. Den främsta förklaringen till att skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor nu tenderar att minska är förändringar i livsstil men också förändringar i arbetsmiljö. Men den främsta orsaken, menar epidemiologen Måns Rosén, är att männen inte röker i samma utsträckning som tidigare. Däremot minskar inte antalet kvinnor som röker. Till vinsterna för männen hör också att många tunga och ohälsosamma jobb försvunnit från arbetsmarknaden.⁴⁶

Flera av de mått som används för att mäta hälsa är komplicerade eftersom de inte alltid ger en sann bild av hur människor faktiskt mår. Hälsotillståndet är ju en subjektiv upplevelse som bara delvis kan mätas på ett objektivt sätt. Befolkningens hälsotillstånd beskrivs vanligtvis som frånvaro av hälsa. Förklaringen är svårigheterna att finna ett relevant mått på hälsotillståndet. Socialstyrelsen ger tre olika metoder för att bedöma individens hälsotillstånd. Det är en medicinsk bedömning grundad på läkarundersökning, individens egen bedömning av upplevda besvär och samhällets bedömning som resulterar i till exempel förtidspensionering.

Ohälsotalet är ett mått på framför allt samhällets bedömning av individens hälsoförhållanden. Det är summan av antalet dagar med sjukpenning, förtidspension, och vissa andra ersättningar dividerat med samtliga sjukpenningförsäkrade och förtidspensionärer inom en bestämd grupp.

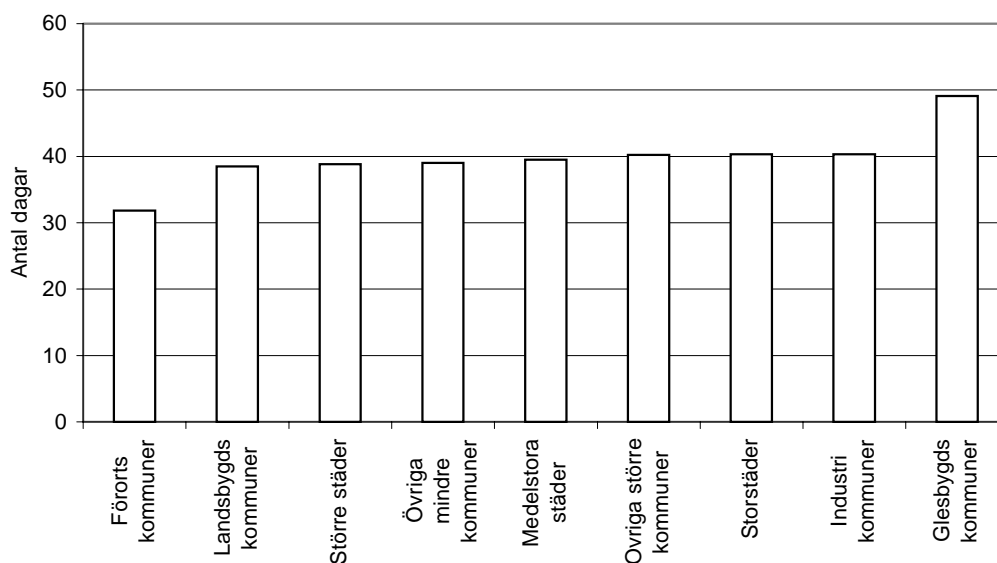
Införandet av karensdagar i sjukförsäkringen visar på ett minskar försäkringsutnyttjande. När konkurrensen på arbetsmarknaden ökar minskar också försäkringsutnyttjandet. Det ger en bild av bättre hälsa som inte alltid är med sanningen överensstämmande. Samtidigt är det otvivelaktigt så att dagens pensionärer lever längre med friska år.

Även om måttet ohälsotal inte är helt invändningsfritt är det ändå ett mått som används för att spegla hälsoläget i en kommun i förhållande till andra kommuner. Som jämförelse kan måttet vara användbart men däremot är det tveksamt att utnyttja det för jämförelser över tiden. Den tydliga regionala variationen i ohälsotal har sin förklaring i bland annat könsfördelning, åldersstruktur och förvärvsmönster. Medelvärdet och medianen i riket var år 1995 omkring 39 dagar per försäkrad. Av figuren nedan framgår det genomsnittliga ohälsotalet för olika grupper av kommuner. Kommungruppsindelningen nedan (figur 5) är en i statistiska sammanhang vedertagen indelning baserad på folkmängd, läge, tätortsgrad, inv/km² och näringsstruktur.

⁴⁴ SCB (1997) sid 353.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Landstingsvärlden (1995).

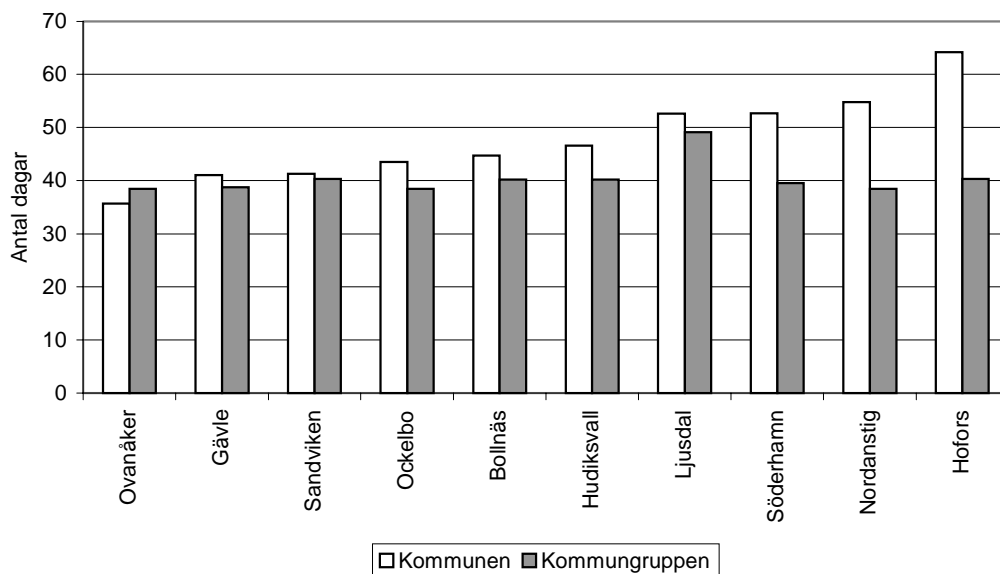


Figur 5 Befolkningens ohälsotal i riket år 1995, efter kommungrupper

Källa: Socialstyrelsen (1996).

I riket som helhet är ohälsotalen låga i förortskommuner, vilket framför allt förklaras av den relativt sett unga befolkningen i denna grupp av kommuner. Variationen mellan övriga kommungrupper är liten, med undantag av glesbygdskommunerna. Förklaringen till de relativt sett höga ohälsotalen i glesbygden finns att söka både på arbetsmarknaden och i den demografiska sammansättningen i dessa kommuner, med bland annat en hög medelålder.

Ohälsotalen i kommunerna i Gävleborgs län är något högre än i motsvarande kommungrupper, med undantag för landsbygdskommunen Ovanåker. Stora skillnader är det i den medelstora staden (kommunen) Söderhamn, landsbygdskommunen Nordanstig och industrikommunen Hofors (figur 6).



Figur 6 Befolkningens ohälsotal i kommuner i Gävleborgs län år 1995

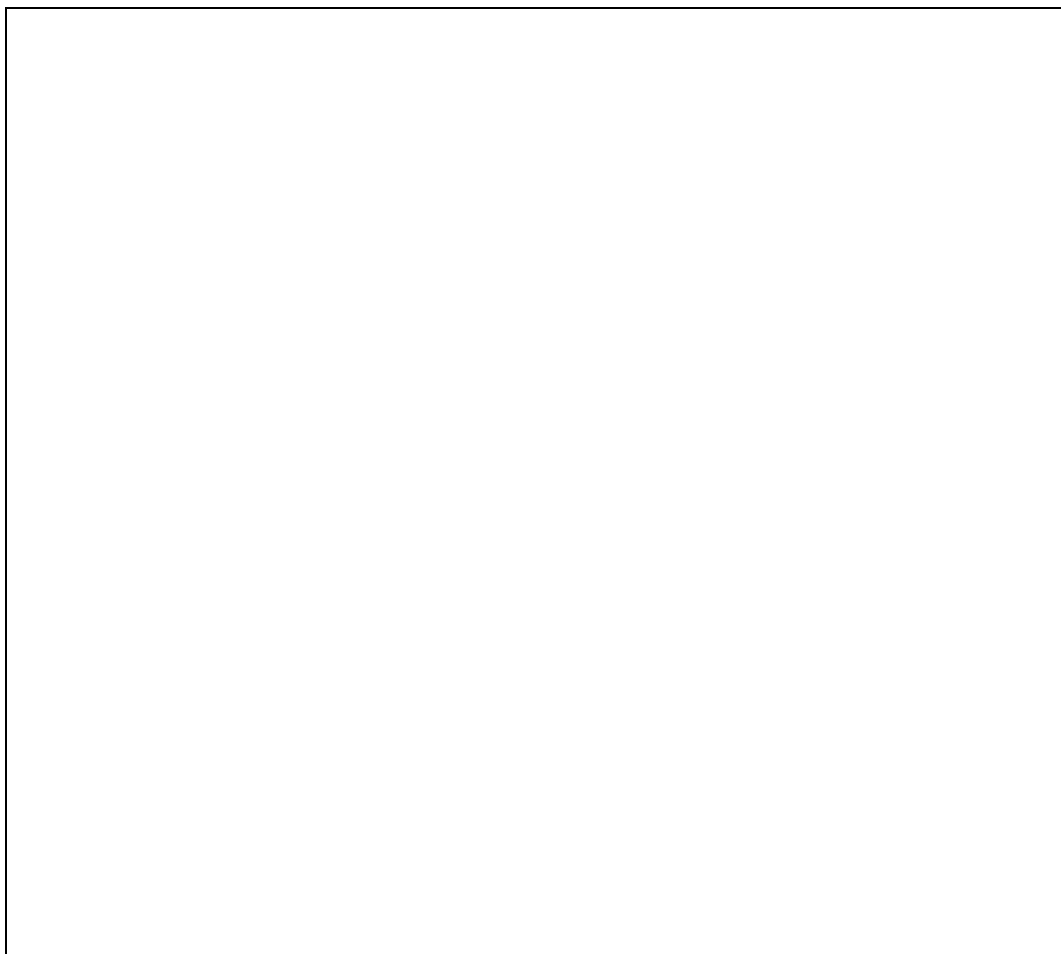
Källa: Socialstyrelsen (1996).

Om vi begränsar oss till länsnivå framgår att ohälsotalet år 1995 är högt i Gävleborgs län och i Norrbottens respektive Västerbottens län. Men det är samtidigt viktigt att understryka den variation som finns inom länen. Det finns också ett mycket starkt samband mellan andelen förtidspensionärer och ohälsotalet. Korrelationen mellan dessa faktorer är 0,97. Förklaringen är självklar – 75 procent av ohälsotalet består av förtidspension och sjukbidrag.

Det finns också ett förhållandevis starkt samband mellan ohälsotal och medellivslängd. Korrelationen mellan ohälsotal och medellivslängd är $-0,58$. Det antyder det samband som framhålls i flera andra studier av hälsa, nämligen arbetslivets betydelse för människors hälsa. Dessa resultat visar sig vara giltiga även för Gävleborgs län, så till vida att det finns ett starkt samband mellan hög andel förtidspensionärer och höga ohälsotal.

Inkomster och bidrag

Förhållandet mellan inkomster och hälsa är inte givet, även om föreställningen finns att med högre inkomst förbättras åtminstone förutsättningarna för bättre hälsa. Inkomståret 1994, vilket är det senast tillgängliga, var den genomsnittliga sammanräknade förvärvsinkomsten i riket 146 500 kronor. Skillnaden är stor mellan män och kvinnor, vilket avspeglar att deltidsarbete är betydligt större bland kvinnor. I Gävleborgs län är inkomsten något lägre, 140 600 kronor. Skillnaden mellan män och kvinnor är i det närmaste densamma i länet som i riket som helhet. Av kartan nedan (karta 2) framgår variationen bland länets kommuner. Bakom denna variation finns både skillnader i Ortsstruktur och i Näringsstruktur, vilket visar sig i att inkomsterna är högst i Gävle och i de traditionella industrierna Hofors och Sandviken.

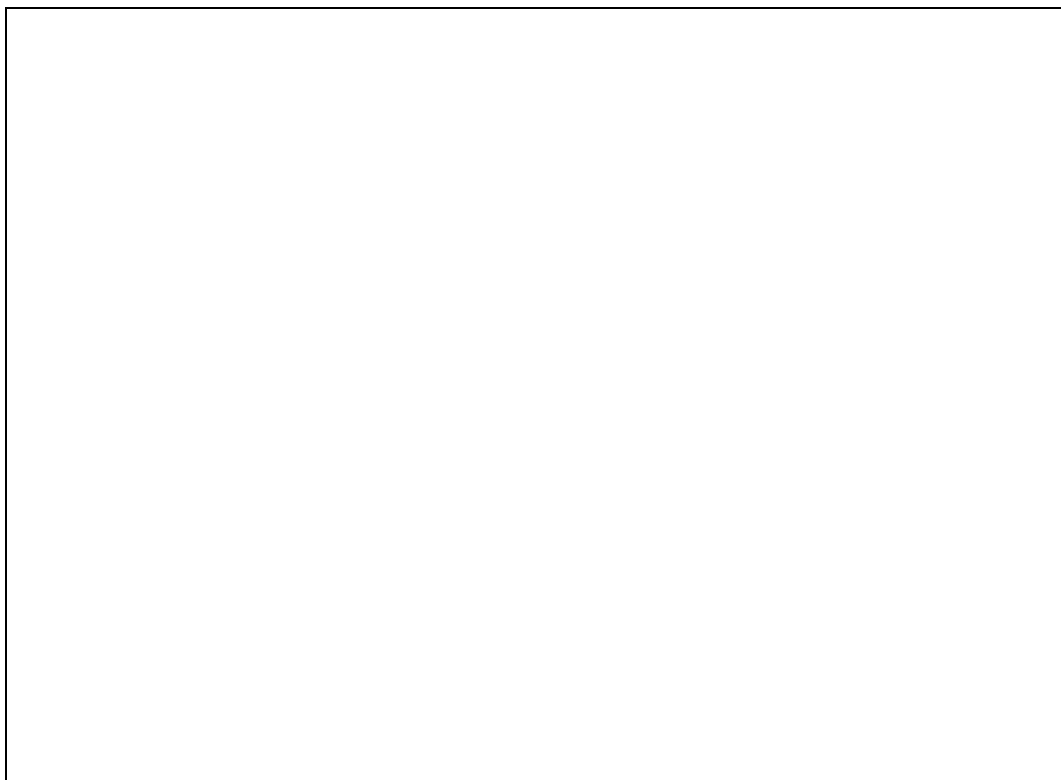


Karta 2 Sammanräknad inkomst i kommuner i Gävleborgs län, år 1994

Källa: Kommunförbundet (1997).

Den disponibla inkomsten, det vill säga inkomster efter positiva och negativa transfereringar såsom barnbidrag och inkomstskatt, anges här som hushållets inkomst och är ett mått på köpkraften. Den disponibla inkomsten varierar mellan hushållen efter sammansättning, så till vida att den är högre för hushåll med barn jämfört med dem utan barn. Inkomståret 1994 var den genomsnittliga disponibla årsinkomsten i riket för sammanboende utan barn 241 600 kronor och med barn 288 900 kronor. Motsvarande inkomst för ensamstående var 108 700 kronor respektive 146 500 kronor. I Gävleborgs län var den disponibla inkomsten något lägre. Bland sammanboende utan barn var den 221 300 kronor respektive 267 900 kronor och bland ensamstående utan barn 104 400 kronor respektive 141 400 kronor. Variationen inom länet är, beroende på hushållstyp, mellan 6 och 18 procent. Variationen är större bland hushåll utan barn än bland dem med barn.

Även betydelsen av de sociala transfereringar varierar mellan länets kommuner. Bland ensamstående utgör de sociala transfereringarna närmare 40 procent av den disponibla inkomsten medan de bland sammanboende svarar för drygt 20 procent av motsvarande inkomst. Transfereringarnas betydelse för hushållens disponibla inkomster är lägst i länets södra delar och högst i de norra delarna (karta 3).



Karta 3 Sociala transfereringar i kommuner i Gävleborgs län, år 1994

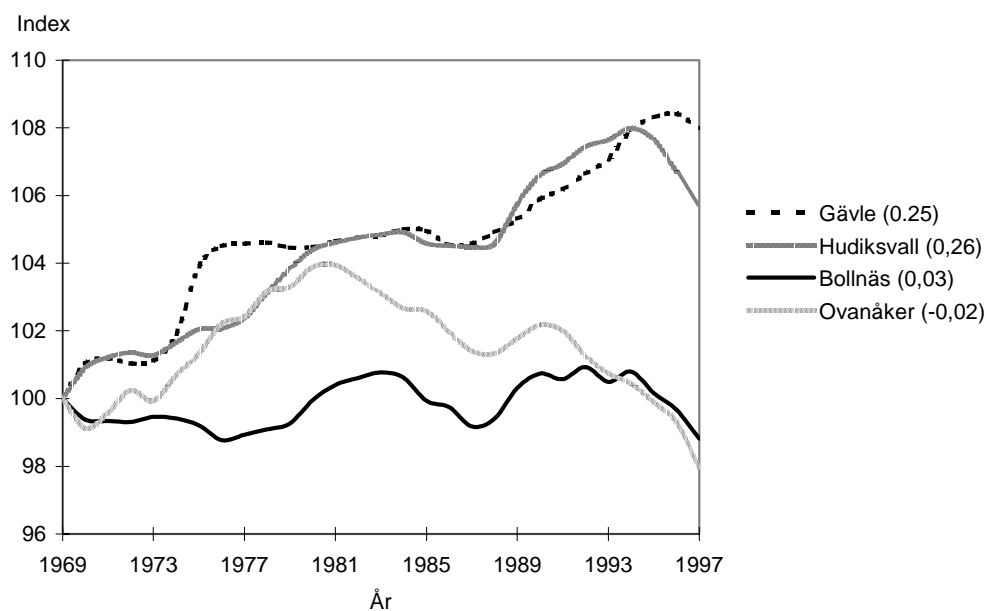
Källa: Kommunförbundet (1997)

Befolkningsutveckling

Inkomster, befolkningsutveckling och näringsstruktur är intimt förknippade. När industriutvecklingen i Sverige tog fart under 1960-talet var det mindre orter som Hofors som expanderade. Idag betraktas näringsstrukturen som ålderdomlig om den är baserad på tillverkningsindustri och jordbruk. Den innebär också ofta att arbetstillfällena minskar och därmed också befolkningen. I figurerna nedan (figur 7 och 8) illustreras befolkningsutvecklingen i kommunerna i Gävleborgs län från slutet på 1960-talet fram till idag. Klassificeringen av kommunerna har grundats på lutningskoefficienten. En koefficient större än eller omkring 0 har betraktats som en positiv eller måttligt negativ utveckling. En tydligt negativ lutningskoefficient har tolkats som en negativ befolkningsutveckling. Lutningskoefficienten för var och en av kommunerna anges inom parentes i figurerna nedan.

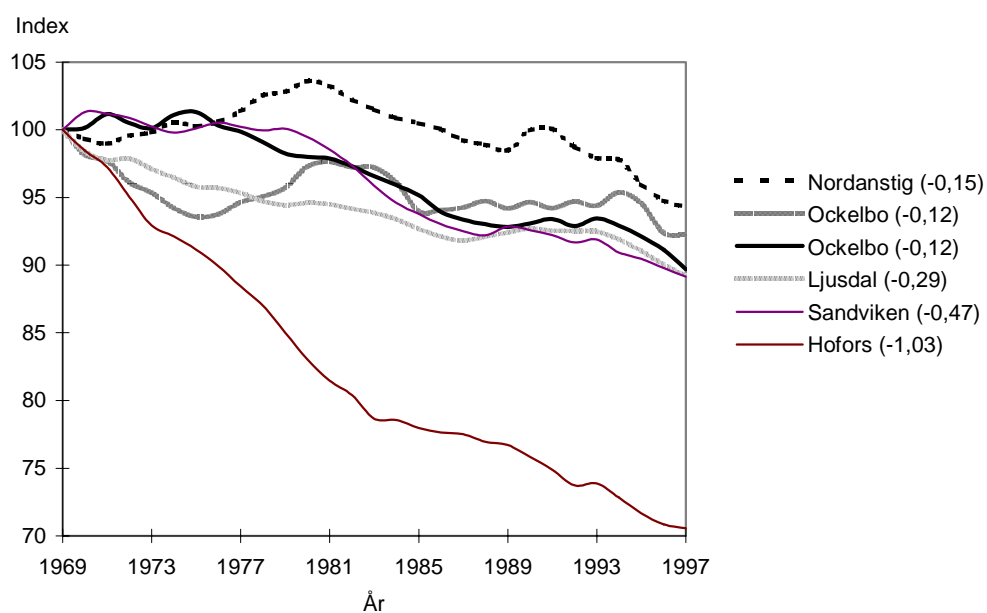
Den första figuren avser de kommuner som haft en befolkningsökning eller en måttlig befolkningsminskning. Dessa kommuner är Gävle, Hudiksvall, Bollnäs och Ovanåker (figur 7).

I övriga kommuner har befolkningsutvecklingen varit mer eller mindre negativ under perioden 1969 - 1997. I Nordanstig, Ockelbo, Söderhamn, Ljusdal och Sandviken (figur 8) har befolkningsminskningen under dessa närmare 30 år varit omkring 5 procent. I Hofors kommun har antalet invånare däremot minskat med 30 procent. Hofors tillhör en av de kommuner i landet som haft den största befolkningsminskningen sedan 1970-talet.



Figur 7 Kommuner i Gävleborgs län med positiv eller måttligt negativ befolkningsutveckling (År 1969=100)

Källa: SCB (1998).



Figur 8 Kommuner i Gävleborgs län med negativ befolkningsutveckling (År 1969=100)

Källa: SCB (1998).

Som kommer att framgå nedan har den negativa befolkningsutveckling, som är kännetecknande för merparten av länets kommuner, också satt sina spår på bostadsmarknaden i form av tomma lägenheter.

Sysselsättning

I Gävleborgs län var år 1995 drygt 23 procent av de förvärvsarbetande sysselsatta i tillverkningsindustrin, vilket är något högre än i riket (19 procent). Men som framgår av tabellen nedan (tabell 1) varierar betydelsen av tillverkningsindustrin högst betydligt i länets kommuner. Hofors kommun domineras av tillverkningsindustrin - en dominans kommunen delar med flera andra kommuner i riket, som till exempel Fagersta och Olofström.

Kommun	Privata företag		Offentliga företag	Offentlig verksamhet	Summa
	Varuproduktion	Tjänsteproduktion			
Bollnäs	27	20	8	45	100
Gävle	26	25	9	39	99
Hofors	48	15	7	29	99
Hudiksvall	31	23	7	38	99
Ljusdal	27	25	10	39	101
Nordanstig	34	22	6	38	100
Ockelbo	37	17	6	41	101
Ovanåker	43	19	6	31	99
Sandviken	41	20	8	32	101
Söderhamn	33	20	7	40	100

Tabell 1 Näringsstrukturen i kommuner i Gävleborgs län, år 1995 (andel)

Källa: Kommunförbundet (1997).

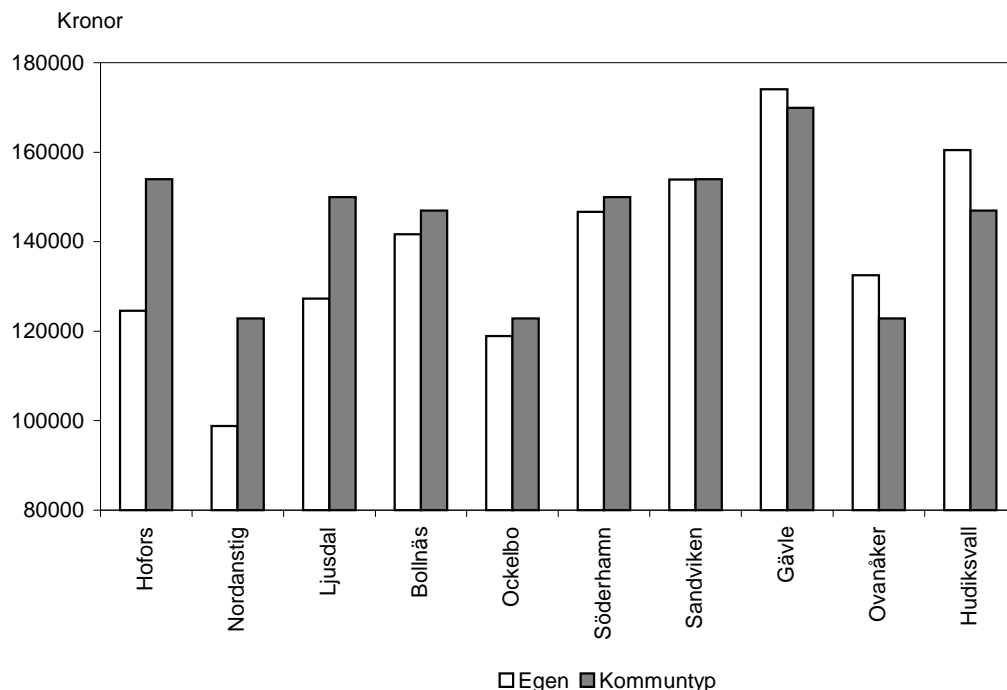
Den offentliga verksamheten som består av statlig, kommunal och landstingskommunal förvaltning samt statliga affärsverk sysselsatte år 1995 mellan 30 och 45 procent av de förvärvsarbetande i länets kommuner. Den dominerande arbetsgivaren är kommunen. Det gäller såväl kommunerna i Gävleborgs län som i riket som helhet. Av samtliga kommuner i länet är det bara i Gävle som staten är en arbetsgivare av större betydelse.

Vi kan också notera att den växande tjänstesektorn sysselsätter mellan 15 och 25 procent av länets förvärvsarbetande. Riksgenomsnittet var år 1995 närmare 30 procent. Även om variationen är stor mellan rikets kommuner kan vi konstatera att denna sektor av arbetsmarknaden utgör en förhållandevis liten del av arbetsmarknaden i länets kommuner. Den är liten även om vi beaktar att tjänstesektorns storlek har ett starkt samband med befolkningsstorleken i kommunen. Vi kan också notera att industrikommunerna har en liten tjänstesektor. Det är särskilt Hofors kommun som har en liten tjänstesektor, både i förhållande till befolkningsstorleken som till näringsstrukturen. Andra kommuner med motsvarande befolkningsstorlek har en tjänstesektor som sysselsätter drygt 20 procent av de förvärvsarbetande, medan andra industrikommuner har en tjänstesektor som sysselsätter strax under 20 procent. Vi kommer att återkomma till näringsstrukturen i länets kommuner, och särskilt Hofors.

Bruttoregionprodukt

BNP är ett mått på rikets produktion medan bruttoregionprodukten (BRP) är ett mått på värdet av den regionala produktionen (framför allt löner och driftöverskott). BRP uppgick år 1993 till i genomsnitt 356 000 kronor per sysselsatt. Det bör understrykas att BRP inte är ett mått på vare sig den regionala välfärden eller inkomsterna, utan bara produktionen. BRP är ett mått som skall användas med försiktighet då det ibland är tillfälligheter som avgör var i landet en verksamhets överskott redovisas. Av figuren nedan (figur 9) framgår BRP per sysselsatt i

länets kommuner. För jämförelsens skull relateras värdet för varje kommun till det genomsnittliga värdet på BPR i motsvarande kommuntyp, det vill säga Gävle relateras till andra större kommuner, Hofors till andra industrikommuner, Ovanåker till landsbygdskommuner och så vidare.



Figur 9 BPR per invånare i länets kommuner i jämförelse med motsvarande kommuntyper, år 1993

Källa: Kommunförbundet (1997).

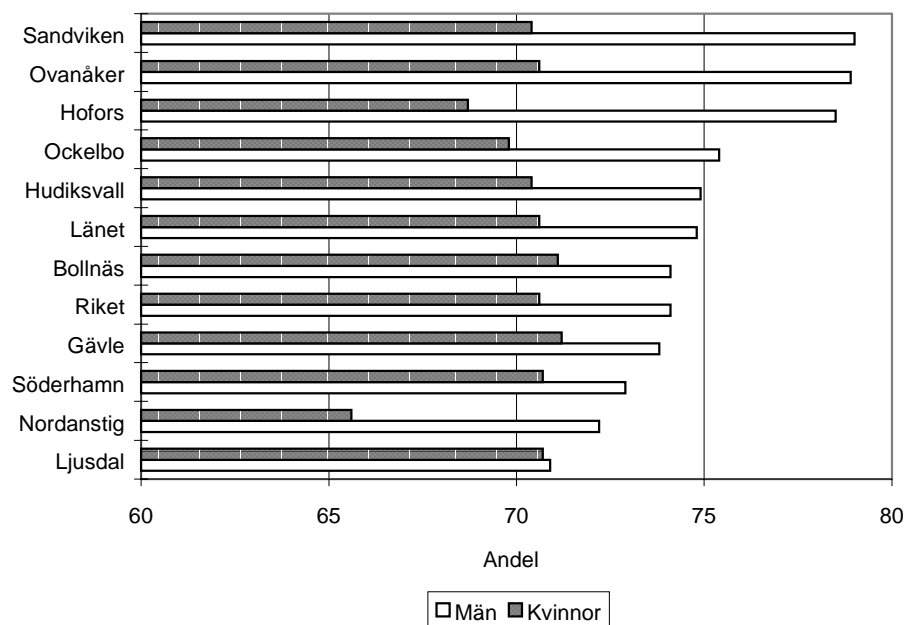
Det är marginella skillnader i BPR mellan länets kommuner och motsvarande kommuntyp. Undantagen är Ljusdal och Hofors kommuner. Eftersom förekomsten av exportindustri i en kommun påverkar nivån på BPR, kan det framstå som märkligt att Hofors kommun som är så dominerad av exportindustrin har en så låg BPR. En förklaring kan vara vart i landet överskotten inom ett företag bokförs, där anläggningen finns eller på annat ställe.

En nyligen genomförda undersökningar av den regionala produktiviteten har ytterligare förstärkt bilden av Gävleborgs län som en del av landet med hög produktivitet i jämförelse med övriga riket.

Förvärvsintensitet och arbetslöshet

Variationer i länets näringsstruktur avspeglar sig också i förvärvsintensitet, arbetslöshet och förtidspensionering. År 1995 var förvärvsintensiteten 72,7 procent i länet och 72,4 procent i riket. Skillnaden bestod i att männen i länet hade ett högre deltagande på arbetsmarknaden jämfört med männen i riket. Men variationen mellan kommunerna är stor, särskilt bland männen. Hög förvärvsintensitet bland männen återfinns i de traditionella industrikommunerna Hofors och Sandviken samt i Ovanåker. Det är också i Hofors och Sandviken som minskningen i förvärvsintensitet under början på 1990-talet var lägst. Hofors hade dessutom den lägsta

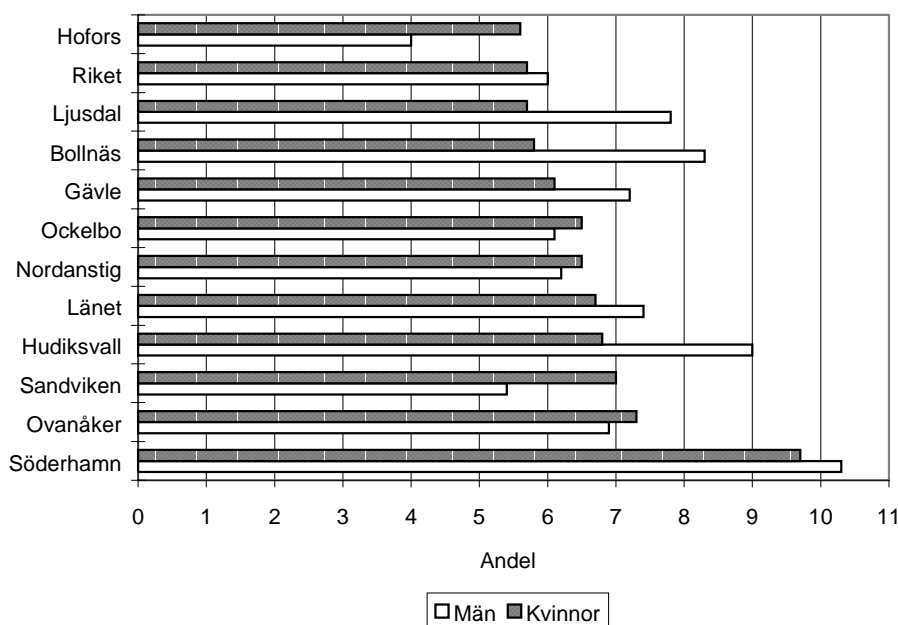
andelen öppet arbetslösa vid mätillfället maj 1996.⁴⁷ Men kvinnornas arbetsmarknad är sämre i dessa industrikommuner jämfört med genomsnittet för samtliga industrikommuner i riket. Andelen arbetslösa män och kvinnor i länets kommuner framgår av figurerna nedan (figur 10 och 11).



Figur 10 Förvärvsintensiteten bland män och kvinnor i åldern 20-64 år i riket och i kommuner i Gävleborgs län år 1995

Källa: Kommunförbundet (1997)

⁴⁷ Definitionen av öppet arbetslösa är personer i åldern 20-64 år som saknar arbete och är anmälda som arbetsökande vid arbetsförmedlingen.



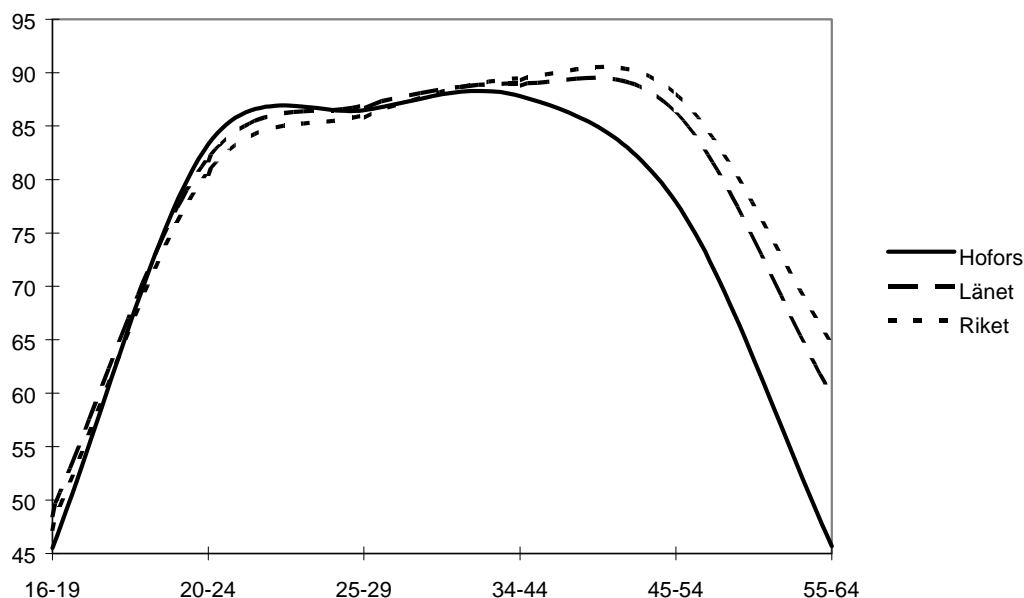
Figur 11 Andelen öppet arbetslösa män och kvinnor i åldern 20-64 år i riket och i kommuner i Gävleborgs län (maj 1996)

Källa: Kommunförbundet (1997).

I stort sett samtliga kommuner i länet har en högre arbetslöshet än det övriga riket (mättillfället maj 1996). Undantaget är alltså Hofors kommun. Om vi ser arbetslösheten i ett längre tidsperspektiv framgår att Hofors ända sedan mitten på 1980-talet haft en arbetslöshet som legat under eller kring genomsnittet för riket och således lägre än övriga kommuner i Gävleborgs län.

Hofors kommun har en hög förvärvsintensitet bland männen men, vilket kan framstå som märkligt, en låg förvärvsintensitet bland kvinnor. Det väcker frågan om hur vi skall förklara förekomsten av både låg arbetslöshet och låg förvärvsintensitet i en kommun. En förklaring är att figuren ovan endast återger den öppna arbetslösheten. En annan förklaring är att fler kvinnor väljer att stå utanför arbetsmarknaden - ett rationellt val eller ett val gjort utifrån den sammansättning arbetsmarknaden har i Hofors. Med ett traditionellt synsätt ger denna arbetsmarknad kvinnorna få möjligheter till ett förvärvsarbete.

Det är begränsade möjligheter att med stöd i aktuell statistik förklara kvinnornas ställning på arbetsmarknaden i Hofors. Men om vi går tillbaka till folk- och bostadsräkningen 1990 finner vi följande om den kvinnliga förvärvsintensiteten i Hofors kommun (figur 12).



Figur 12 Förvärvsintensiteten bland kvinnor i olika åldersgrupper, år 1990

Källa: SCB (1990).

Förvärvsintensiteten är ungefär densamma i Hofors kommun som i övriga länet och riket fram till 45-årsåldern. Därefter sjunker intensiteten bland kvinnorna i Hofors. Skillnaden blir särskilt tydlig bland kvinnor i åldern 55-64 år. Den genomsnittliga förvärvsintensiteten i riket för denna åldersgrupp var enligt folk- och bostadsräkningen 1990 65 procent, i länet 60 procent och i Hofors 46 procent.

En förklaring till den låga förvärvsfrekvensen i denna åldersgrupp är den höga andelen förtidspensionerade kvinnor i Hofors. År 1990 var 45 procent av kvinnorna i åldern 60-64 år förtidspensionerad. Den andelen steg till 53 procent 1993 och var år 1996, vilket är den senaste tillgängliga uppgiften åter 45 procent. I länet som helhet var andelen förtidspensionerade kvinnor år 1990 37 procent, 1993 38 procent och år 1996 35 procent. Som genomsnitt för hela riket var andelen förtidspensionerade kvinnor i åldern 60-64 år 32 procent år 1996. Varför kvinnorna i Hofors i större utsträckning än kvinnorna i både Gävleborgs län och samtliga övriga kommuner i riket lämnar arbetsmarknaden som förtidspensionärer ligger utanför frågeställningen för denna studie. Det finns dock anledning att understryka den jämförelsevis höga andelen förtidspensionerade kvinnor i samtliga åldersgrupper i Hofors kommun. Det framgår av tabellen nedan (tabell 2).

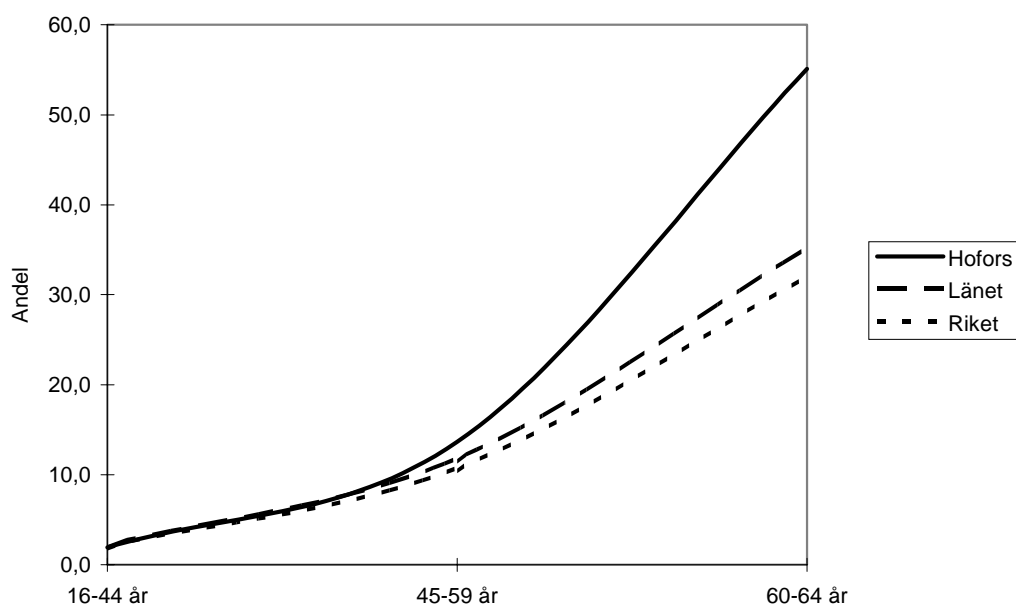
Kommun	16 - 44 år	45 - 59 år	60 - 64 år	16 - 64 år
Hofors	4	24	45	14
Söderhamn	3	19	41	11
Nordanstig	2	18	40	10
Hudiksvall	3	16	39	10
Ljusdal	3	16	36	10
Gävleborgs län	3	16	35	9
Ockelbo	2	15	34	9
Sandviken	2	15	33	9
Bollnäs	3	15	33	9
Gävle	2	14	31	8
Ovanåker	3	14	28	8

Tabell 2 Andelen förtidspensionerade kvinnor i kommuner i Gävleborgs län, år 1996

Källa: Socialstyrelsen (1998).

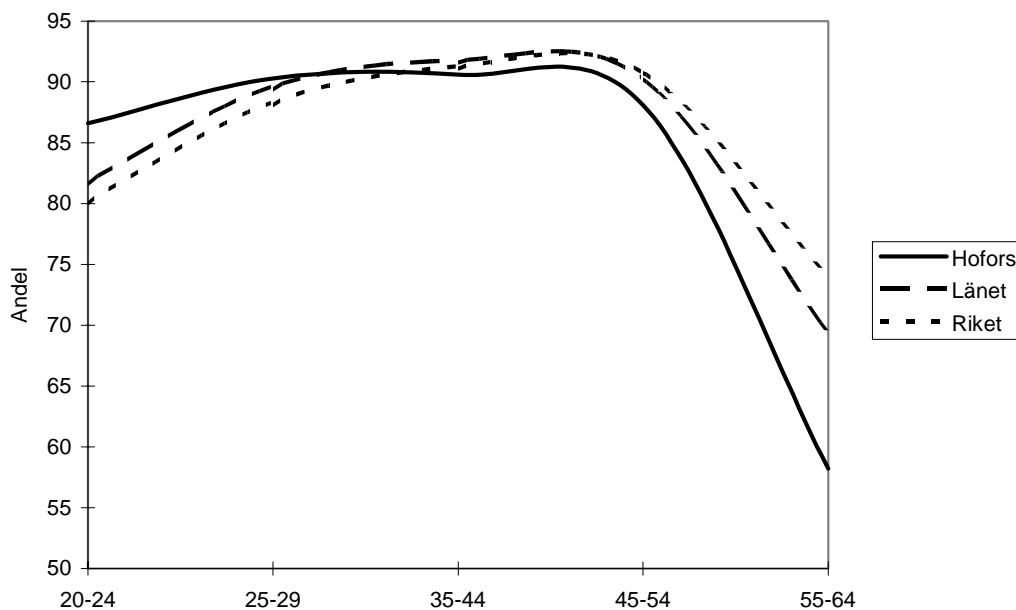
Det synes finnas anledning att ytterligare undersöka de materiella resurserna bland kvinnor i Hofors och vilken inverkan dessa har på kvinnornas hälsa och livskvalitet.

Men det är inte bara bland kvinnorna vi återfinner en hög andel förtidspensionerade. Det gäller också männen. Hofors är den kommun i landet som tillsammans med Haparanda och Pajala har den högsta andelen förtidspensionärer. Förklaringen finner vi i bland annat kommunernas näringsstruktur och dess åldersstruktur. Andelen män i ålder 16-64 som är pensionerade är högre i Hofors än i övriga kommuner i länet. Men andelen har sjunkit under 1990-talet, från närmare 14 procent till 12 procent. Även bland män i ålder 60-64 år är det många som lämnat arbetsmarknaden och blivit förtidspensionerade. År 1990 var 65 procent av dessa män pensionärer. Den andelen hade sjunkit till 55 procent år 1996 (figur 13).



Figur 13 Andelen förtidspensionerade män år 1995

Källa: Socialstyrelsen (1997).



Figur 14 Förvärvsintensiteten bland män år 1990

Källa: SCB (1990).

Analysen av förvärvsintensitet och arbetslöshet i Hofors visar att det förvisso är många som är eller har varit förvärvsarbetande, men antalet år på arbetsmarknaden är färre både i jämförelse med övriga länet som med riket. Utan att kunna ge belegg för slutsatsen att få förvärvsarbetar fram till 65-årsdagen, finns mycket som tyder på att Hofors är en kommun med många av de missförhållanden som människor tvingas leva med i de gamla industrikommunerna. Många av de förvärvsarbetande i dessa kommuner tillhör LO. Av LO's medlemmar arbetar ungefär hälften fram till 65-årsdagen. Den faktiska pensionsåldern är istället 57 år. Av industriarbetarna är det bara 15 procent som arbetar fram till 65-årsdagen. Senaste ULF-undersökningen bekräftar skillnader i hälsa efter facklig tillhörighet – 77 procent av de LO anslutna männen uppger god hälsa medan 87 respektive 89 av de TCO och de SACO anslutna männen gör samma bedömning. Förhållandena är desamma bland kvinnorna.

Orsakerna till skillnader i hälsa som så småningom manifesteras i förtidspensionering och eventuellt i för tidig död, är inte bara att hänföra till arbetsmiljö och arbetsskador, utan också till arbetets organisation. Kombinationen höga krav och små möjligheter att själv påverka sin situation är en grogrund för ohälsa.⁴⁸ Denny Vågerö, medicinsk sociolog, menar att framtidens arbetsmiljöproblem inte kommer att vara olyckor och andra påtagliga hälsofaror utan just organisationen. Två aspekter framhålls särskilt som stora faror. Det är ostimulerande stress och ensamarbete som båda bidrar till att höja blodtrycket – och därmed öka riskfaktorn för en dålig hälsa.

Utbildning

I forskning om levnadsförhållanden i utvecklingsländer har det visa sig att ingen annan faktor såsom nivån på utbildningen bidrar till att förklara ökningen i medellivslängd och även en förhöjd livskvalitet. Med ökad utbildning är människor mer benägna att uppsöka sjukvård och

⁴⁸ Vårdfacket (1994).

också mer benägna att följa ordinationer.⁴⁹

Utbildningens längd hos befolkningen i riket har sett över tiden ökat. Utbildningsnivån hos arbetskraften i Sverige är idag densamma som i övriga Västeuropa, men något lägre än i USA och Kanada.⁵⁰ I dag går alla svenska barn i den nioåriga grundskolan och 90 procent har en gymnasieutbildning. Däremot är det bara 25 procent som går vidare till en eftergymnasial utbildning. Men, vilket är viktigt att understryka, utbildning sker också på arbetsplatserna.

Utbildningstiden hos de som förvärvsarbetar varierar geografiskt, med de högsta värdena bland invånare i storstäderna och i de flesta residensstäder. Områden med kort utbildningstid finner vi i delar av Norrlands inland, Västra Götaland och Småland.⁵¹ Därtill är skillnaderna mellan generationer stora. Så har till exempel många av dagens pensionärer en kort utbildning, ofta bara folkskola. Det finns en gräns mellan de som är födda före mitten på 1940-talet och de födda därefter. Som i så många avseenden utgör andra världskriget en vattendelare i samhällsutvecklingen. Bland dem som är födda före 1945 har 50 procent endast grundskola/folkskola, medan det är 15 procent bland dem födda efter 1945. Höjningen av utbildningsnivån bland senare generationer är framför allt ett resultat av det reformerade skolväsendet och ökade krav från arbetsmarknaden. Ett ökat studiedeltagande har också sin grund i en ökad arbetslöshet, vilket varit särskilt tydligt under de senaste åren.

Om vi jämför utbildningsnivån i kommunerna i Gävleborgs län med övriga riket finner vi det som är allom bekant, nämligen att utbildningsnivån är låg i länet. År 1996 hade 25 procent av befolkningen i åldern 20-64 år endast förgymnasial utbildning (grundskola/folkskola), närmare hälften hade gymnasial utbildning och ytterligare 25 procent hade eftergymnasial utbildning. Motsvarande för Gävleborgs län var 30 procent, 51 procent och 19 procent. Bland länen i Norrland har Gävleborg den lägsta andelen invånare med eftergymnasial utbildning. Av tabellen (tabell 3) nedan framgår utbildningsnivån i länets kommuner.

	Förgymnasial utbildning	Gymnasial utbildning	Eftergymnasial utbildning
Ovanåker	40	48	12
Hofors	35	51	14
Ljusdal	31	54	14
Nordanstig	36	50	14
Ockelbo	37	48	14
Söderhamn	32	52	15
Bollnäs	28	54	17
Sandviken	29	53	18
Hudiksvall	29	51	19
Länet	30	51	19
Gävle	27	49	24

Tabell 3 Utbildningsnivån i länets kommuner, år 1996

Källa: Kommunförbundet (1997).

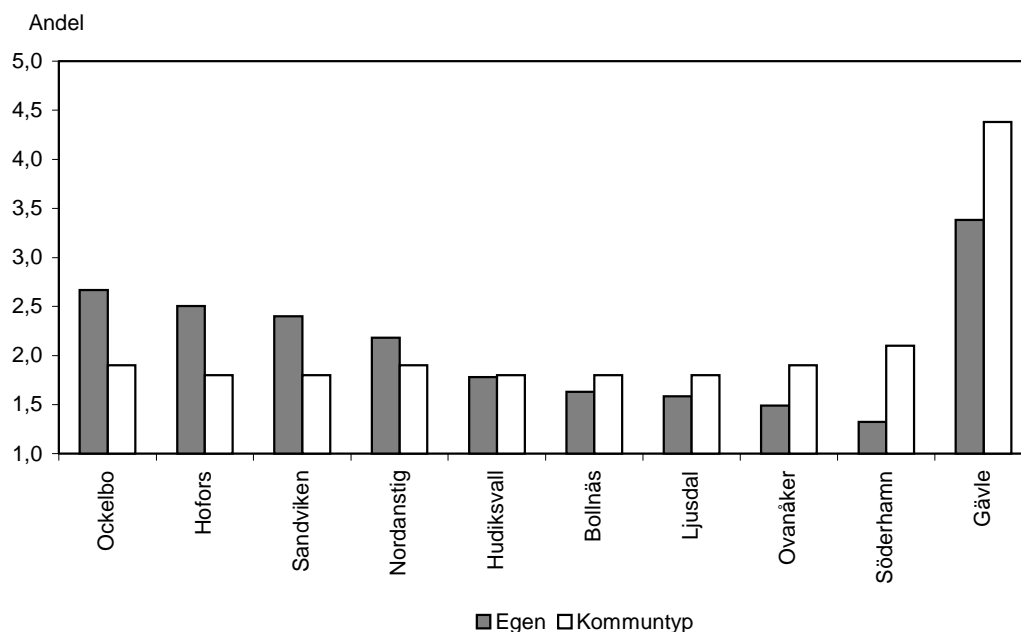
Det är i stort sett bara Gävle vars invånare har en utbildningsnivå som är i överensstämmelse

⁴⁹ Jones (1990).

⁵⁰ Arbete och fritid (1993).

⁵¹ A.a.

med övriga riket. I de mindre kommunerna i länet är det i jämförelse med riket hälften så många som har en eftergymnasial utbildning. Den låga utbildningsnivån i många av länets kommuner har regionalekonomiska konsekvenser. En relevant frågeställning är om också den låga utbildningsnivån tillhör en del av det sociala arv som bibringas den uppväxande generationen i dessa kommuner. I det sammanhanget kan det trots allt vara värt att notera den förändring i utbildningsnivå som skett i länets kommuner. Den framgår av figuren nedan (figur 15).



Figur 15 Utbildningsnivåns förändring mellan 1992 och 1996

Källa: Kommunförbundet (1997).

Mellan 1992 och 1996 har andelen invånare med eftergymnasial utbildning ökat i både riket och kommunerna i Gävleborgs län. Om vi jämför med andra kommuntyper såsom industrikommuner, glesbygdskommuner, större städer etc finner vi att flera av kommunerna i länet med en låg utbildningsnivå har haft en ökning av andelen med eftergymnasial utbildning som är större än i motsvarande kommuntyper. Förändringar i utbildningsnivå är en påtaglig förändring som skett över kort tid, men samtidigt från en förhållandevis låg nivå. Emellertid, andra förändringar som vi relaterar till en högre utbildningsnivå är mer tröga och kommer inte till uttryck i till exempel statistiken lika omedelbart.

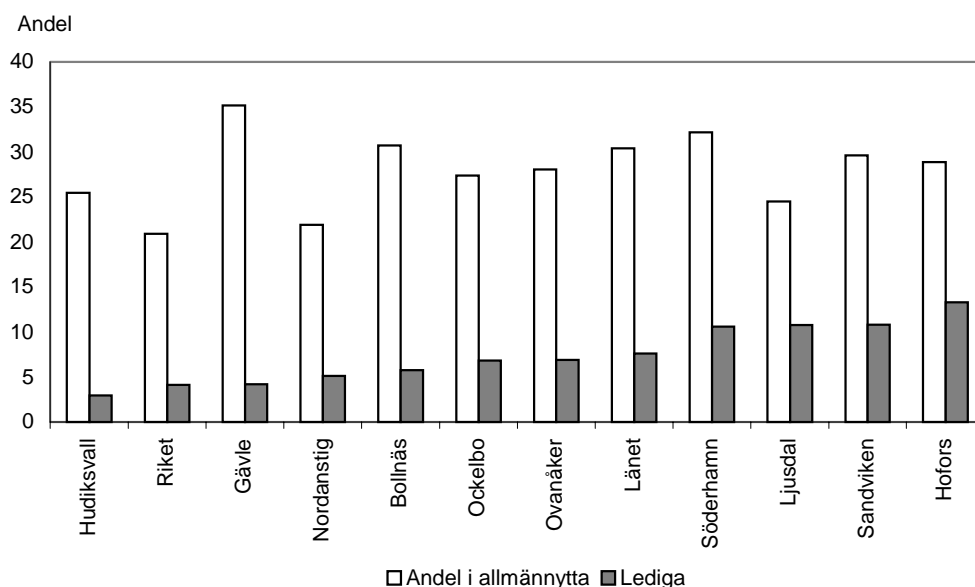
Bostadsförhållanden och hushållssammansättning

Bostaden och den omgivande bostadsmiljön betonas i den samhällsvetenskapliga forskningen om hälsa. Bostadsområdet är tillsammans med skolan och arbetsplatsen en av de mer betydelsefulla platserna för individers socialisation. I takt med den ökade arbetslösheten har bostadsområdets betydelse accentuerats. Bostadsområdet är utgångspunkten för det dagliga livet, platsen för möten mellan människor och den plats där individen enligt teorier om social inlärning formar sitt beteende och sina attityder.

Ett integrerat boende, såväl efter socioekonomiska som demografiska och etniska kriterier har sedan 1960-talet varit ett mål för den svenska bostadspolitiken. Med olika former av stöd och

subventioner har skillnader i inkomst mellan olika hushåll inte fått fullt genomslag i konsumtionsskillnader. Avvecklingen av bostadssubventionerna har emellertid ökat skillnaderna mellan hushållen. Det bosättningsmönster som vuxit fram i den svenska stadsbygden under de senaste decennierna har karaktäriserats av en polarisering mellan resursstarka och resurssvaga hushåll. Hushåll med mindre goda ekonomiska och sociala förutsättningar samt färre möjligheter att påverka samhällsutvecklingen tenderar att samlas i mindre attraktiva bostadsområden. Dessa minst attraktiva bostadsområden karaktäriseras i sin tur av storskalighet, anonymitet, otrygghet, dålig teknisk kvalitet, bristande service och kommunikationer. Bristande resurser i bostadsområdena bidrar också till att försämra levnadsvillkoren och livschanserna för de människor som bor där.

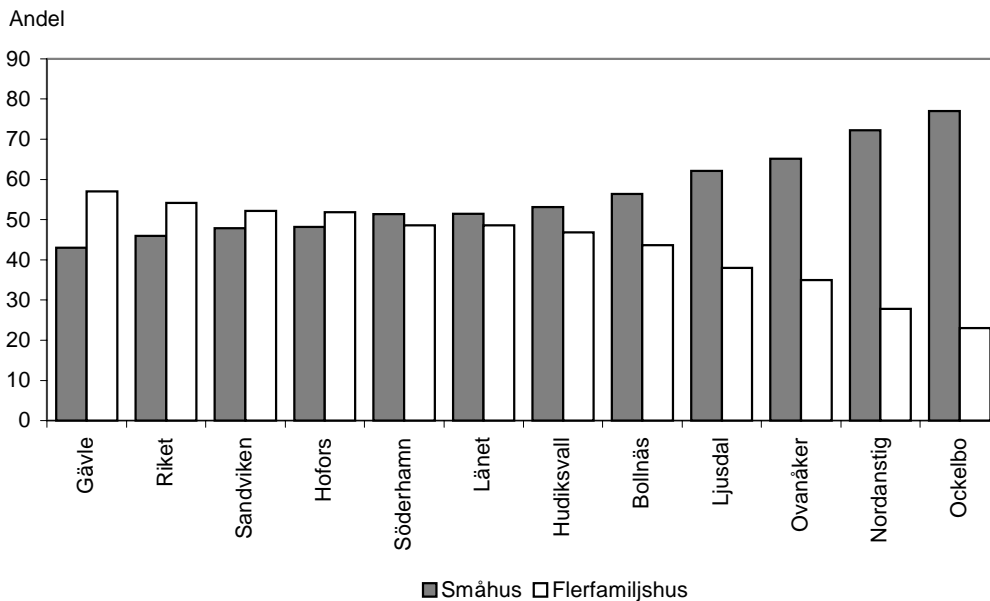
Även om många av de problem som vi associerar med mindre attraktiva bostadsområden är mer vanligt förekommande i storstadsområdena, finns även i kommunerna i Gävleborgs län en differentierad bostadsmarknad som rymmer bostadsområden med kö och områden med tomma lägenheter. Det är inte möjligt att i denna studie beskriva differentieringen inom var och en av länets kommuner. Däremot finns det uppgifter om andelen lediga bostäder i allmännyttan i respektive kommun (figur 16).



Figur 16 Andel bostäder och andel lediga bostäder i allmännyttan, september 1995

Källa: Kommunförbundet (1997).

Det finns flera faktorer som förklarar skillnaderna i bebyggelsemönster mellan olika kommuner. En faktor är folkmängden, en annan kommuntypen. I rikets större städer utgör småhusen 15 procent av bostadsbeståndet, medan de i glesbygds kommunerna utgör 75 procent. I de typiska industri kommunerna dominerar småhusen. Flertalet kommuner i Gävleborgs län har ett bostadsbestånd som väl överensstämmer med liknade kommuner i riket (figur 17). Undantaget är Hofors som har en betydligt högre andel lägenheter i flerfamiljshus i jämförelse med både andra industri kommuner och kommuner med motsvarande folkmängd. Som framgår av figuren ovan (figur 16) är Hofors dessutom den kommun i länet som har högst andel lediga lägenheter.



Figur 17 Andel lägenheter i småhus och i flerfamiljshus, år 1995

Källa: Kommunförbundet (1997).

Som framgått tidigare är år 1990 det senaste tillfället från vilket vi har kunskap om hushållens boendemönster. Den bristande aktualiteten gör att vi endast översiktligt beskriver hur hushåll i Gävleborgs län bor och beröra frågan om vi kan identifiera bostadsområden som skulle kunna betecknas som fattiga och som mindre attraktiva.

En vanlig indelningsgrund vid analyser av hushållens konsumtion, till exempel deras bostadskonsumtion, är efter ålder och storlek, vilket innebär förekomsten av barn. Vi kan till en början konstatera att andelen barn i Gävleborgs län under 16 år, minskat med 16 procent perioden 1975-1990. Minskningen varierar dock mellan de olika kommunerna. Minskningen är särskilt tydlig i industrikommunerna Hofors och Sandviken. Emellertid, baby-boomen under början av 1990-talet visade sig även i Gävleborgs län och antalet barn ökade. Barnafödandet har därefter åter minskat och Sverige har för första gången sedan 1809 ett födelseunderskott.

Som framgick inledningsvis varierar medellivslängden mellan individer efter hushållstillhörighet. Enboende, det vill säga skilda och ogifta, löper större risk att dö i de traditionella sjukdomarna jämfört med samboende/gifta.

Uppgifter om hushållens sammansättning insamlas i samband med folk- och bostadsräkningen, vilket betyder att uppgifter om andelen enboende i länets kommuner i förhållande till det övriga riket har låg aktualitet. Vi vet dock att andelen har ökat sedan den senaste folkräkningen. Samtidigt är andelen enboende något som varierar efter kommunstorlek. Högst andelen enboende återfinns i storstadsområdena (56 procent) och lägst andelen i förorterna (35 procent), på landsbygden (37 procent) och i småkommunerna (38 procent).

Kommun	Andel enboende	Kommungrupper	Genomsnitt för kommungrupp
Gävle	,46	Större städer	,43
Söderhamn	,43	Medelstora städer	,41
Hofors	,43	Industrikommuner	,38
Ljusdal	,43	Glesbygdskommuner	,41
Hudiksvall	,43	Övriga större kommuner	,39
Ockelbo	,42	Landsbygdskommuner	,38
Bollnäs	,42	Övriga större kommuner	,39
Sandviken	,41	Industrikommuner	,38
Nordanstig	,38	Landsbygdskommuner	,38
Ovanåker	,38	Landsbygdskommuner	,38

Tabell 4 Andel enboende i kommuner i Gävleborgs län, år 1990

Källa: SCB (1990).

Som framgår av tabellen ovan har flertalet av länets kommuner en högre andel enboende jämfört med övriga kommuner med samma folkmängd, läge, tätortsgrad, befolkningstäthet och näringsstruktur. Undantagen utgörs av länets landsbygdskommuner.

I stort sett är hushållssammansättningen densamma i länet som i det övriga riket. Däremot varierar bosättningsmönstret. Andelen småhus i riket var år 1990 46 procent, medan den i Gävleborgs län varierade mellan 45 procent i Gävle kommun och 79 procent i Ockelbo kommun (figur 19). Relativt sett låg andel småhus med beaktande av kommunstorlek hade Sandviken och Hofors kommun med vardera 51 procent. Trots att det gått åtta år sedan den senaste folk- och bostadsräkningen bör 1990 års siffror ge en förhållandevis god bild av bostadsbeståndet i riket och länet. Bostadsbyggandet har ju varit ytterst sparsamt, särskilt i denna del av landet.

Flera av länets landsbygdskommuner har ett äldre bostadsbestånd. I till exempel Ockelbo är en tredjedel av bostäderna byggda före 1921 och i Nordanstig en fjärdedel. Länets industrikommuner Hofors och Sandviken har ett bostadsbestånd som härrör från 1950- och 1960-talet. I till exempel Hofors är 40 procent av bostäderna byggda under den tidsperioden och i Sandviken 25 procent. Det är också under den perioden som både Hofors och Sandviken expanderar kraftigt. I Gävle kommun, länets enda större stad, är en fjärdedel av bostäderna byggda under miljonprogrammets skede. Det är under mitten på 1950-talet som tekniken för bostadsbyggandet går från hantverk till industrialiserat byggande. Bostadsområdena blir större, det statliga och kommunala engagemanget i byggandet ökar, bostäderna kommer bort från centrum och många områden byggda under denna tidsperiod hade under en lång period karaktären av ett slagfält. Just miljonprogramsområdena är typiska för detta teknikskifte.

En obetydlig andel av bostadsbeståndet är byggt under slutet på 1980-talet, vilket är den senaste perioden för vilken det finns uppgifter om byggår. I flertalet kommuner daterar sig 4-5 procent av beståndet från sent 1980-tal. Undantagen utgörs av Hofors och Sandviken, två kommuner i vilka bostäder från denna tid utgör 1-2 procent av beståndet. Under denna period byggs däremot förhållandevis mycket i Bollnäs och Ovanåker.

Det finns olika tillvägagångssätt för att mäta hushållens bostadskonsumtion. Hushållen i Sverige har en jämförelsevis hög bostadsstandard med en genomsnittlig bostadsyta på 50 m² per person. Samtidigt har hyresnivåerna stigit på ett sådant sätt att många ensamstående med barn och ensamstående pensionärer och arbetslösa har fått en svår ekonomisk situation. Det saknas

här möjligheter att göra en analys av förhållandena på bostadsmarknaden i länets kommuner i syfte att undersöka skillnader i hur mycket olika typer av hushåll betalar för sin bostad och vilken standard olika hushåll har. Vi får istället blicka tillbaka till 1990 och ta reda på hur stor andel av hushållen i respektive kommun som var trångbodda. I dagens bostadspolitik diskuteras förvisso inte hushållens bostadskonsumtion utifrån normer. Det finns trots det fortfarande anledning att fråga sig hur bostadsbeståndet är fördelat bland hushåll med olika sammansättning.

År 1990 var omkring 2 procent av hushållen i Gävleborgs län trångbodda. Men variationen är stor mellan hushåll av olika storlek. Det framgår av tabellen nedan (tabell 5).

Hushållsstorlek	Andel trångbodda (procent)
1 person	0
2 personer	1,7
3 personer	4,9
4 personer	1,4
5 personer	7,9
6 personer	11,0

Tabell 5 Andel trångbodda hushåll i Gävleborgs län år 1990, efter hushållsstorlek

Källa: SCB (1990).

Trångboddheten varierar också mellan länets kommuner. Det är få hushåll som är trångbodda i Ovanåker medan det är betydligt fler som är trångbodda i Ockelbo och Hofors kommuner. Av länets stora hushåll (fler är 4 personer), av vilka flertalet är flerbarnsfamiljer, är 9 procent trångbodda. I Ovanåker är det 5 procent medan det i Hofors och Ockelbo är 13 respektive 14 procent.

De olika lokala bostadsmarknaderna i Gävleborgs län tillhör inte de expansiva och attraktiva marknaderna i landet. Å andra sidan, ser vi till enskilda bostadsområden runt om i länet, kan vi inte heller peka ut områden som med bostadspolitiska utredningens terminologi kan betecknas som *utsatta*⁵². Beteckningen *utsatta* står för områden med en ensidig hushållssammansättning, en befolkning som är socioekonomiskt svag, som är född utomlands och som har en relativt sett dålig hälsa. En hög andel tomma lägenheter som ofta finns i dessa bostadsområden återfinns vi också runt om i Gävleborgs län, men i regel som en konsekvens av en svag arbetsmarknad.

Det finns dock enskilda områden runt om i Gävleborgs län som av hushållen betecknas som mindre attraktiva, utan att för den skull betraktas som *utsatta*. Det gemensamma för dessa områden är att de är byggda under 1960-talet och början på 1970-talet. Områdena tillhör ofta det allmännyttiga bostadsbeståndet och är belägna i ytterområden.⁵³ Även om dessa bostadsområden med objektiva mått mätt är belägna nära de centrala och mer attraktiva områdena är det upplevda avståndet långt. Det finns flera exempel på hur bostadsföretag satsat betydande resurser på att göra dessa områden mer attraktiva. Tekniskt sett har ombyggnaderna varit framgångsrika men däremot har områdenas rykte inte vara lika lätt att förändra. Resultatet har blivit fortsatt tomma lägenheter och på sikt även rivning.

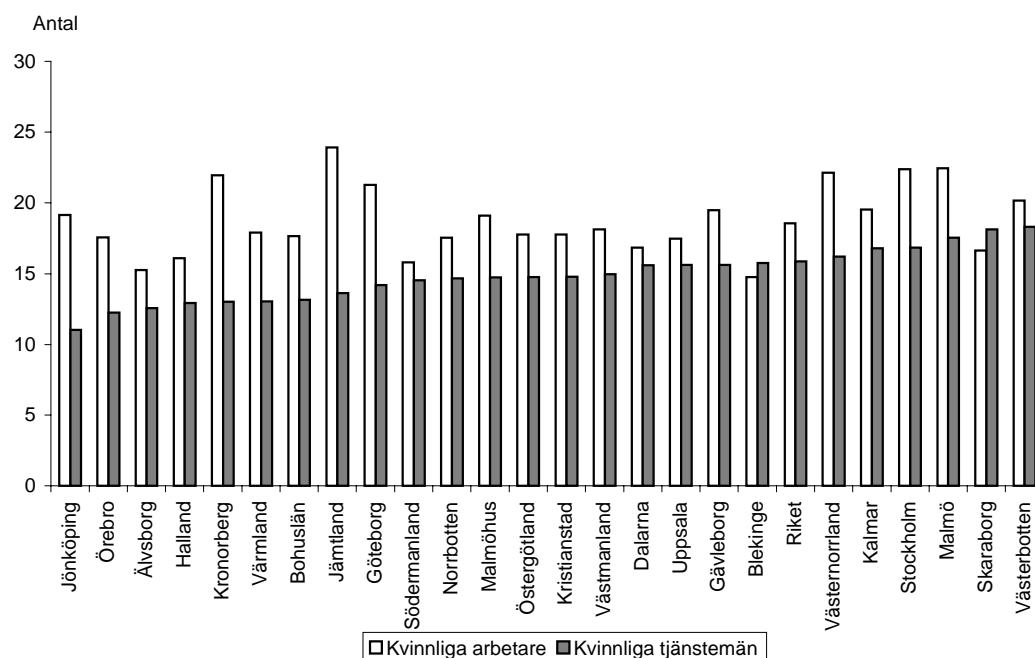
⁵² se SOU (1996:156) för en diskussion om *utsatta* bostadsområden.

⁵³ Se Magnusson och Berger (1996), Magnusson (1996a, 1996b), Magnusson (1997).

Socioekonomiska grupper och politiskt system

Det ligger nära till hands att tillskriva den relativt låga medellivslängden i länet den socioekonomiska sammansättningen. Som i flera andra avseenden finns det tecken som talar för att det delade samhället är på väg tillbaka i Sverige. Det finns tydliga klasskillnader, så även i fråga om medellivslängd. En levnadprofil för ohälsa och för tidig död kan, menar professorn i medicinsk sociolog Denny Vångerö, beskrivas med dålig arbetsmiljö, monotoni och maktlöshet på arbetet och därtill rökning, dålig mat, övervikt, hög alkoholkonsumtion och ingen motion. Den profilen är tre gånger vanligare bland arbetare jämfört med bland tjänstemän.⁵⁴

En grogrund för ohälsa, som framhålls av forskare, är kombinationen höga krav och små möjligheter att själv påverka sin situation. Överhuvudtaget utgör arbetet och arbetstillfredsställelsen en betydelsefull utgångspunkt för att förklara skillnader i livsstil mellan människor och därmed också mellan hälsa och ohälsa. Det är tydligt att de klasskillnader som har med jobbet att göra ökar i betydelse, medan däremot de välutbildades försprång när det gäller sunda levnadsvanor minskar med tiden.⁵⁵ Levnadsvanor och arbetsvillkor hänger samman. Skillnaderna mellan olika yrkeskategorier framgår tydligt av figurerna nedan (figur 18 och 19).

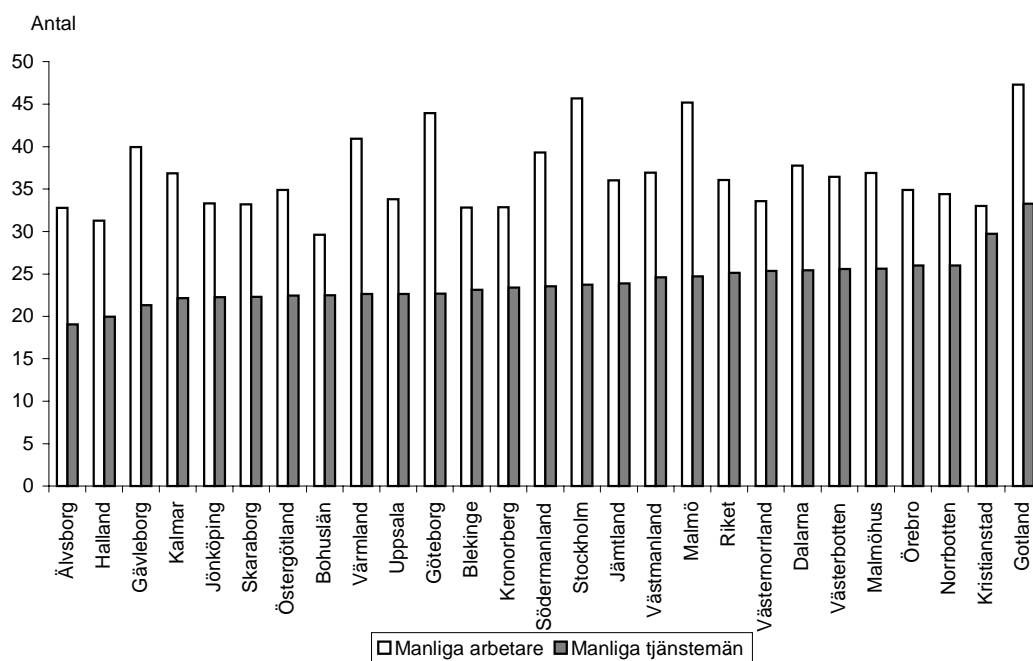


Figur 18 Antalet döda per 10 000 kvinnor i åldersgruppen 25 - 64 år, efter, län och socioekonomisk tillhörighet (medelvärde för tidsperioden 1990 - 1994)

Källa: Socialstyrelsen (1996).

⁵⁴ Vårdfacket (1994).

⁵⁵ LO-tidningen (1997).



Figur 19 Antalet döda per 10 000 män i åldersgruppen 25 - 64 år, efter, län och socio-ekonomisk tillhörighet (medelvärde för tidsperioden 1990 - 1994)

Källa: Socialstyrelsen (1996).

Variationen i dödlighet är stor mellan olika socioekonomiska grupper, och som kommer att framgå nedan är variationen ytterligare större om vi inkluderar grupperna förtidspensionärer och icke facklärd arbetare. Det regionala mönstret är också komplicerat. Vi kan konstatera att antalet döda per 10 000 är större i storstadsområden än i övriga områden i landet. Men vi kan också konstatera att det nordsydliga sambandet med dödligheten inte längre är lika tydligt. Så har till exempel Gävleborg bland den lägsta dödligheten bland mellan och högre manliga tjänstemän. Däremot är dödligheten bland den högsta för övriga grupper även om dödligheten bland kvinnor tillhörande samma grupp är under genomsnittet för riket. En förklaring till att dödligheten är förhållandevis hög för kvinnliga tjänstemän är att denna grupp är överrepresenterad i storstadsområdena, där också dödligheten är som högst. Samtidigt är spridningen i dödlighet förhållandevis begränsad i denna grupp av kvinnor. Det framgår av tabellen nedan (tabell 6).

Grupp	Riket	Lägsta värdet	Högsta värdet
Manliga arbetare	36,1	29,6 (Bohuslän) ⁵⁶	47,3 (Gotland)
Manliga mellan och högre tjänstemän	25,1	19,1 (Älvsborg)	33,2 (Gotland)
Kvinnliga arbetare	18,6	14,7 (Halland)	23,9 (Jämtland)
Kvinnliga mellan och högre tjänstemän	15,9	11,0 (Jönköping)	18,3 (Västerbotten)

Tabell 6 Antalet döda per 10 000 i åldersgruppen 25 - 64 år (medelvärde för tidsperioden 1990 - 1994)

Källa: Socialstyrelsen (1996).

⁵⁶ Exklusive Göteborg.

Även bland kommunerna i Gävleborgs län finns en variation i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper (tabell 7). Men beräkningsunderlaget blir mindre tillförlitligt nedbrutet på kommuner jämfört med på län. I vissa kommuner har det överhuvudtaget inte varit meningsfullt att beräkna antalet döda per 10 000 efter socioekonomisk tillhörighet. Dessa svårigheter speglar samtidigt den socioekonomiska sammansättningen i länets kommuner - relativt många arbetare och få tjänstemän.

Vi kan notera att dödligheten bland manliga arbetare varierar, eftersom denna socioekonomiska grupp är väl representerad i samtliga kommuner. Men däremot är det betydligt svårare att säga något om kvinnliga arbetare och om tjänstemän. För att öka tillförlitligheten får vi nöja oss med en jämförelse mellan länet och riket.

	Riket	Gävleborgs län
Manliga arbetare	36,1	39,9
Manliga mellan och högre tjänstemän	25,1	21,3
Kvinnliga arbetare	18,6	19,5
Kvinnliga mellan och högre tjänstemän	15,9	15,6

Tabell 7 Antalet döda i Gävleborgs län per 10 000 i åldersgruppen 25 - 64 år (medelvärde för tidsperioden 1990 - 1994)

Källa: Socialstyrelsen (1996).

Som klart framgår av tabellen ovan (tabell 7) är det större skillnader mellan manliga arbetare och tjänstemän jämfört med mellan kvinnliga arbetare och tjänstemän. Skillnaden är 10 respektive närmare 3 procentenheter. Den främsta förklaringen är att den manliga arbetarna återfinns inom riskfyllda yrken inom tillverkningsindustri medan kvinnorna återfinns inom handel och omsorg. Därmed inte sagt att riskerna är mindre inom de senare sektorerna av arbetsmarknaden, utan bara att de är av en annan karaktär och inte är förknippade med samma höga dödlighet.

En annan aspekt på livslängden som en klassfråga med särskild betoning på arbetsmarknad, är *trygghet* och *jämlikhet*. Lars Werkö, tidigare professor i medicin, jämför utvecklingen av livslängden i västvärlden och de forna öststaterna. Ökningen i väst och minskningen i öst menar han kan inte förklaras av att sjukvården är bättre i väst. Hälsan är, hävdar Werkö, snarare ett mått på hur stort inflytande människor har över sina liv.⁵⁷ Det finns, fortsätter Werkö, studier på både människor och djur som visar att såväl sociala nätverk som den egna livsstilen är viktiga för hälsan. Och beror den ökade dödligheten i de forna öststaterna mer på förtryck och minskad trygghet än materiellt usla förhållanden? Werkös slutsatser grundade på ett antal studier från Europa och USA, är att sociala och ekonomiska förhållanden har stor betydelse för människors hälsa och för medellivslängden. Men det är också av betydelse vilken social spännvidd som finns i samhället, så till vida att i länder där skillnaderna är relativt sett små är medellivslängden högre än i länder med stora sociala och ekonomiska skillnader. Därför bådar den utveckling Sverige erfarit under de senaste åren med en ökad polarisering i samhället inte gott för den framtida folkhälsan och medellivslängd.

På en internationell nivå är medellivslängden starkt korrelerad till ekonomisk utveckling och

⁵⁷ Werkö (1993).

sysselsättning. Långt liv kan betraktas som en ekonomisk vara, eftersom det visat sig att när den materiella levnadsstandarden ökar, ökar också medellivslängden.⁵⁸ Samtidigt finns ett negativt samband mellan ekonomisk utveckling och miljöförstöring, vilket i sin tur har en negativ inverkan på människors hälsa. Även på en lokal nivå finns studier som visar på ett starkt sambandet mellan livslängd och inkomst. Skillnaden mellan arbetarstadsdelen och det välbärgade småhusområdet i Malmö är sex år.⁵⁹ Men det är inte inkomsten i sig utan inkomsten som ett uttryck för vilken respekt, vilket inflytande och vilket ansvar människor både får och ges i sitt arbete.

I en nyligen genomförd undersökning studerades sambandet mellan klass- och könsmissiga skillnader i hälsa, där betydelsen av klass illustreras med skillnader mellan olika yrkesgrupper (arbetare, låg- och mellantjänstemän samt högre tjänstemän).⁶⁰ Slutsatsen av undersökningen är att klass har ett utomordentligt starkt samband med hälsan. I det närmaste alla mått på hälsa visar att arbetarna är mest utsatta för ohälsa, och arbetarkvinnorna de särskilt utsatta. Undersökningen visar också på ett starkt samband mellan hälsa och lön. Men återigen, det är inte lönen i sig utan värderingen av olika arbetsuppgifter vilket också betingar olika arbetsvillkor. Det finns ett starkt samband mellan låg lön, dålig arbetsmiljö och liten frihet i arbetet, vilket för att citera undersökningen *visar på hur strategiska förhållandena i arbetslivet är för skapandet av jämlikhet och ojämlikhet*.⁶¹ Återigen understryks betydelse av det aktiva deltagandet och möjligheterna att ha kontroll över sitt eget liv, förhållanden som ofta är betingade av det politiska systemet.

⁵⁸ Sickles och Taubman (1997).

⁵⁹ Vårdfacket (1994).

⁶⁰ Nelander och Lindgren (1997).

⁶¹ A.a sid 3.

Vad förklarar variationen i medellivslängd

Den fråga som ligger nära till hands att ställa är i vilken utsträckning variationen i medellivslängd och hälsa i kommuner i Gävleborgs län är ett resultat av länets näringsstruktur och socioekonomiska struktur som till del kan knytas till de dominerande näringarna. En fråga som vi vill resa här men som det inte finns utrymme för att diskutera ytterligare, är vilken betydelse som strukturomvandlingen inom de traditionella näringarna haft för utvecklingen av olika livsstilar på industriorterna och för på synen på arbetets betydelse.

Vi skall emellertid avsluta denna uppsats med en enkel statistisk analys av de strukturella faktorer som tidigare forskning visat har betydelse för medellivslängden (medelvärde för tiden 1991-1995), vilken vi också har refererat till ovan. Vi har pekat på de materiella villkoren såsom inkomster, förvärvsarbete och arbetslöshet, utbildningsnivå, befolkningens och bostadsmarknadens sammansättning samt det politiska systemet. Avsikten i detta avslutande kapitel är att formulera en statistisk modell som bidrar till att förklara den variation i medellivslängd som finns mellan rikets kommuner. Denna modell har vi valt att formulera som en linjär multivariat regressionsfunktion med medellivslängd som beroende variabel och ett antal oberoende variabler,



n = antal oberoende variabler.

De oberoende variabler (x_i) som prövas i denna modell är följande⁶²:

1. Andel utrikes födda (1996)
2. Andel arbetslösa (maj 1995)
3. Andel småhus (1995)
4. Andel med eftergymnasial utbildning (1995)
5. Andel socialbidragstagare (1995)
6. Andel enboende (1995)
7. Andel förtidspensionärer (1995)
8. Kommungruppsstillhörighet

Variablerna ovan speglar direkt eller indirekt den socioekonomiska sammansättningen, näringsstrukturen och den ekonomiska utvecklingen i rikets kommuner. Den teoretiska grunden för att pröva i vad mån variablerna ovan bidrar till att förklara variationen mellan olika kommuner varierar. Av de föregående kapitlen har bland annat framgått att hög utbildningsnivå, småhusboende och gift/samboende har ett positivt samband med medellivslängden. Däremot finns ett negativt samband mellan medellivslängden och hög arbetslöshet. Variabeln kommungruppsstillhörighet prövas som ett samlat mått på kommunens storlek, läge, tätortsgrad, befolkningstäthet och näringsstruktur. I modellen är den definierad som en dummy-variabel. Det finns anledning att också ge en kort motivering till varför vissa variabler har exkluderats

⁶² Variablerna är hämtade från Svenska kommunförbundets faktarapport *Levnadsförhållanden i Sveriges kommuner* (maj 1997), Socialstyrelsens program *Hur mår Sverige* (1998) och databaser tillgängliga via SCB.

från modellen nedan. En av dessa variabler är *andel sysselsatta i tillverkningsindustrin*. Det har framgått ovan att Gävleborgs län karaktäriseras av en hög andel sysselsatta i tillverkningsindustrin och att många andra kommuner med en liknande sysselsättningsstruktur har en relativt sett låg medellivslängd. En problem med denna typ av variabel är att i gruppen tillverkningsindustri faller verksamheter av det mest skiftande slag, såväl den tunga stålindustrin som till exempel små företag som sysslar med konsthantverk. Denna blandade sammansättning på variabeln är ett starkt skäl till varför variabeln inte ingår i modellen.

Andel sysselsatta i kommunen ingår inte heller. I stället mäts andelen arbetslösa. Andra variabler är också komplicerade att inkludera i modellen. En sådan är inkomst, som varierar mycket på individnivå, men uppvisar inte samma variation på kommunal nivå. Därför ingår inte heller inkomster i modellen, även om det på marginalen finns skillnader i åtminstone hälsa, mellan individer i olika inkomstgrupper.

Oaktat vissa teoretiska svagheter i regressionsfunktionen fångar modellen merparten av de samhällliga förhållanden som direkt eller indirekt påverkar människors levnadsförhållanden på den geografiska nivå som kommunen utgör.

Modell – variation i männens medellivslängd

Resultatet av en linjär multivariat regressionsfunktion med männens medellivslängd som beroende variabel och ovanstående oberoende variabler, framgår av tabellerna nedan. I den första tabellen (tabell 8) sammanfattas resultatet av modellen. I den andra tabellen (tabell 9) presenteras de enskilda parameterestimaten.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,702	,492	,466	,889

Tabell 8 Sammanfattning av modell över variationen i männens medellivslängd

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1,000	(Constant)	79,403	1,364		58,210	,000
	Andel utrikes födda 1996	-,019	,016	-,073	-1,212	,227
	Arbetslösa 9505	-,061	,036	-,092	-1,717	,087
	Andel småhus 1995	,002	,008	,022	,210	,834
	Eftergymnasial utb. 1996	,051	,014	,293	3,615	,000
	Andel socialbidrag 1995	,018	,032	,031	,581	,561
	Andel ensamstående	-,079	,021	-,306	-3,790	,000
	Storstäder	-,311	,581	-,026	-,535	,593
	Industrikommuner	,476	,253	,153	1,882	,061
	Landsbygdskommuner	,716	,301	,203	2,377	,018
	Glesbygdskommuner	-,010	,340	-,003	-,030	,976
	Övr större kommuner	,401	,270	,095	1,483	,139
	Övr mindre kommuner	,485	,262	,128	1,851	,065
	Medelstora städer	,422	,228	,120	1,851	,065
	Andel förtidspensionärer 1995	-,196	,038	-,323	-5,168	,000

Tabell 9 Regressionsanalys av medellivslängdens förklaringsfaktorer (män)

En modell med variablerna ovan förklarar 47 procent av variationen i människans medellivslängd (tabell 8). Vi skall dock betänka att det är variationer inom intervallet 71,3 – 79,7 år som vi söker förklaringen till.

Av estimaten ovan (tabell 9) framgår att människans medellivslängd i huvudsak är en oberoende faktor, åtminstone sett i perspektivet av de variabler som ingår i modellen. Den slutsatsen är baserad på det höga t-värdet för människans medellivslängd. De strukturella variablerna i modellen bidrar till att förklara 47 procent av variationen. Den övriga variationen får sannolikt tillskrivas individuella variationen.

De variabler som är signifikanta ($t > 0,05$) är eftergymnasial utbildning, andel ensamstående, andel arbetslösa ($t=0,053$) och andel förtidspensionerade. Utbildningsnivån har en positiv inverkan på medellivslängden, vilket framgår av parameterestimatet (B). Om andelen kommuninvånare med eftergymnasial utbildning ökar med en procentenhet ökar medellivslängden med 0,05 år. Om däremot andelen ensamstående (med och utan barn) ökar med en procentenhet minskar medellivslängden med närmare 0,1 år. Samma förhållande gäller andelen arbetslösa – en variabeln som nätt och jämnt är signifikant, men ändå kommenteras här. Om andelen arbetslösa ökar med en procentenhet minskar den medellivslängden med 0,07 år.

Andelen förtidspensionärer är en variabel vars berättigande i modellen kan diskuteras. Samtidigt är variabeln utan tvekan signifikant. Som framgår ovan har den ett relativt sett högt t-värde. Av parameterestimatet (B) framgår att ökar arbetslösheten med 1 procentenhet minskar den genomsnittliga medellivslängden med drygt 0,2 år. Övriga kontinuerliga variabler har däremot ingen signifikant betydelse för att förklara variationen i människans medellivslängd mellan kommuner.

Dummy-variablerna för kommungrupp behandlas i modellen i relation till den grupp som har den högsta medellivslängden, vilket är förortskommunerna. I förhållande till förortskommunerna är endast landsbygdskommun signifikant ($\text{sign}=0,018$). Medellivslängden för män i landsbygdskommuner är 0,72 år längre jämfört med medellivslängden bland män i förortskommuner, allt annat lika.

Även variationen i medellivslängden bland kvinnor har analyserat enligt regressionsmodellen ovan. Kvinnors medellivslängd varierar mellan 78,1 – 83,3 år. Resultatet av analysen visar även här på att andelen med eftergymnasial utbildning och andelen förtidspensionerade bidrar till att förklara variationen i medellivslängd. Men förklaringsgraden är betydligt längre jämfört med för männen, endast 0,37. Mycket tyder på att en annan uppsättning faktorer skulle ge ett större bidrag till att förklara denna variation, eller åtminstone ge stabilare parameterestimat. Vi väljer att inte presentera resultatet här utan nöjer oss att konstatera att vi med en enkel regressionsfunktion kan förklara närmare hälften av variationen mellan rikets kommuner i männens medellivslängd. En motsvarande modell för att förklara variationen i medellivslängd bland kvinnor i rikets kommuner kräver ytterligare analys.

Avslutning

Det övergripande syftet för denna uppsats är att ur olika samhällsvetenskapliga perspektiv belysa frågan:

Hur kan man förklara variationen i hälsotillstånd och dödlighet inom Gävleborgs län och mellan länet och övriga Sverige?

Den litteratur och de olika statistiska källor som denna uppsats grundas, liksom den avslutande regressionsanalysen pekar mot att förhållanden som vi kan knyta till arbetsmarknaden är en stark bidragande orsak till livsavgörande förhållanden för människor. Här har socioekonomiska förhållanden som till exempel utbildning en avgörande betydelse. Olika studier pekar också på den betydelse som arbetets organisation indirekt har för människors levnadsförhållanden. Det som framför allt understryks är möjligheterna att själv fatta avgörande beslut.

Den föreställning som fanns innan studien tog sin början var att vi skulle finna en klar geografisk dimension i variationen i medellivslängd. Förvissa finns denna dimension i så måtto att medellivslängden minskar i riket från söder till norr och från väster till öster. Samtidigt är variationen inom olika landsändar stor. Den geografiska variationen är i stället ett uttryck för den variation i levnadsförhållanden som trots allt finns inom det i så många avseenden homogena Sverige. Det finns som klart framgått tidigare signifikanta skillnader i medellivslängd mellan till exempel tjänstemän och arbetare. Även i Gävleborgs län har tjänstemannen/kvinnan goda förutsättningar till ett väl så långt liv som motsvarande yrkesgrupper har i till exempel Halland.

Den geografiska dimensionen är komplicerad. Tidigare forskning har visat på de individanknutna faktorernas betydelse och på arbetsmarknadens betydelse. Den fråga som återstår att undersöka är nu vilken betydelse migrationen har. Migrationen är ju selektiv, ofta efter samma kriterier som ohälsan. Vi har översiktligt berört vilken betydelse den selektiva migrationen har för det samlade hälsoläget i en kommun. Många av fram för allt industrikommunerna har fått vidkännas en betydande befolkningsminskning. Kommunerna saknar en alternativ arbetsmarknad. För den yngre generationen saknas möjligheter till arbete efter avslutad utbildning. Frågan är vilka flyttar och vilka stannar i dessa kommuner. Är det så att de som teoretiskt sett har ett bättre hälsotillstånd flyttar, medan övriga stannar kvar i de forna industrikommunerna.

Den fortsatta forskningen får visa i vilken mån migrationen är ytterligare en förklaringsfaktor till variationen i medellivslängd mellan rikets kommuner och särskilt kommunerna i Gävleborgs län. Den forskningen måste i så fall ta sin utgångspunkt i individerna. Utifrån den här genomförda regressionsanalysen är det av särskilt intresse att undersöka vilken utbildningsnivå och vilken ställning på arbetsmarknaden de individer har som *flyttar in* och *flyttar ut* respektive *stannar* i länets olika kommuner. Mot bakgrund av den strukturomvandling som pågår i många av länets kommuner, med en minskning av antalet sysselsatta i de traditionella basnäringarna, en ökad arbetslöshet samt ett tillskott av arbetstillfällen inom tjänste- och kunskapsnäringarna finns det också anledning att göra en sådan studie i ett längre tidsperspektiv. Samtidigt är här det geografiska perspektivet viktigt. Förändringen sker inte homogent över ytan, utan det finns tendenser till en syd- nordlig polarisering, med en koncentration av tillväxten till i första hand Gävle.

Litteraturförteckning

- Andersson, Åke E. och Åsa Sohlman (1997) Sveriges långsiktiga utveckling och omvandling i Åke E. Andersson (red) *Bostadsmarknaden på 2000-talet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arbete och fritid (1993) *Sveriges Nationalatlas*. Höganäs: SNA Förlag.
- Bengtsson, Tommy och Mats Johansson (1992) Befolkningens geografiska rörlighet – minskar den? I Persson, Lars-Olof och Mikael Wångmar (red) *90-talets befolkningsfrågor*. ERU-rapport. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet Ds 1992:16.
- Clark, William A.V. och Frans M. Dieleman (1996) *Households and Housing. Choice and Outcomes in the Housing Market*. New Jersey: Rutgers.
- Eyles och Woods (1983) *Social Geography of Medicine and Health*. London och Canberra: Croom Helm.
- Fredriksson, Gunnar (1997) *20 filosofer*. Stockholm: Bokförlaget Pan Nordstedts.
- Gabriel, Stuart A. Janice Schack-Marquez och William L. Wascher (1993) The effects of Regional House Price and Labour Market Variability on Interregional migration: Evidence from the 1980s, i G. Thomas Kingsley och Margery Austin Turner (red) *Housing Markets and Residential Mobility*. Washington D.C: Urban Institute Press.
- Haglund Bo J A och Leif Svanström (1992) *Folkhälsovetenskap – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Haglund Bo J A och Leif Svanström (1995) *Samhällsmedicin – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm, Einar och Sture Öberg (1984) Hushållsförändringar som förklaring till flyttningar, *SOU 1984:1*.
- Johansson, Sten (1970) *Om levnadsnivåundersökningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Jones, Huw (1990) *Population Geography*. London: Paul Chapman Publishing.
- Knox, Paul (1995) *Urban Social Geography. An Introduction*. Harlow: Longman.
- Landstinget Halland (1996) *Dödorsaker och sociala förhållanden i Halland*.
- LandstingsVärlden (1995) *Sunda män lever längre*. 33:28.
- Lindheim, Roslyn och S. Leonard Syme (1983) "Environments, people and health" *Ann. Rev. Public Health*. 4:335-359
- Lithman, Thor och Dennis Noreen (1991) Medellivslängden som mått på hälsoläget, *Läkartidningen 1991:16 1471-1474*.
- LO-tidningen (1997) *Livslängden en klassfråga 4:6-7*.
- Magnusson, Lena and Berger, Tommy (1996) *Marknadshyror på de boendes villkor*. Gävle: Meyers Förlag.
- Magnusson, Lena (1996a) "Boendepreferenser och hyressättning - en undersökning bland boende i det allmännyttiga bostadsföretaget Hudiksvallsbostäder". Gävle: Institutet för bostadsforskning, Uppsala universitet.
- Magnusson, Lena (1996b) "Boendepreferenser och hyressättning - en undersökning bland boende i det allmännyttiga bostadsföretaget Faxeholmen i Söderhamns kommun". Gävle: Institutet för bostadsforskning, Uppsala universitet.
- Magnusson, Lena (1997) "Boendepreferenser och hyressättning - en undersökning bland boende i det allmännyttiga bostadsföretaget AB Gavlegårdarna". Gävle: Institutet för bostadsforskning, Uppsala universitet.

- Nelander, Sven och Viveka Lindgren (1997) Hälsa, klass och kön. Rapport nummer 30. Stockholm: LO
- Petterson, Örjan. Persson, Lars-Olof och Ulf Wiberg (1996) *Närbilder av västerbottningar*. Regional Dimensions Working Paper, No 2. Umeå: Cerum.
- Roger, Andrei och Robin Taylor Wilson (1996) Representing Structural Change in U.S. Migration Patterns, *Geographical Analysis*, 28 (1):1-17.
- SCB (1990) Folk- och bostadsräkningen 1990. Stockholm: Liber Förlag.
- SCB (1995) *Befolkningsförändringar*. Stockholm: SCB
- SCB (1997) *Livslängden i Sverige. Livslängstabeller för riket och länen 1991-1995*. Demografiska rapporter 1997:1. Örebro: SCB.
- SCB (1997) *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1996. Rapport 91*. Stockholm: SCB
- SCB (1998) *Befolkningsförändringar*. Stockholm: SCB
- SCB (1998) Statistiska databaser www.scb.se
- Schærström Anders (1996) *Pathogenic paths? A time geographical approach in medical geography*. Avhandling 25. Lund: Lund University Press.
- Sickles, Robin C. och Paul Taubman (1997) Mortality and Morbidity among Adults and the Elderly, i Mark R. Rosenzweig och Oded Stark *Handbook of Population and Family Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Smith, David M. (1994) *Geography and Social Justice*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Socialstyrelsen (1997) *Hur mår Sverige*. CD-ROM utgiven av Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen.
- SOU 1996:55 *Sverige framtiden och mångfalden*. Slutbetänkande från Invandrarpolitiska kommittén. Stockholm: Inrikesdepartementet
- SOU 1996:156 *Bostadspolitik 2000 –från produktions- till boendepolitik*, Slutbetänkande och bilaga till den Bostadspolitiska utredningen. Stockholm: Inrikesdepartementet.
- Svenska kommunförbundet (1997) *Levnadsförhållanden i Sveriges kommuner*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Tengvald, Karin (1988) Samhället och folkhälsan, i Ulf Himmelstrand och Göran Svensson (red) *Sverige – vardag och struktur*. Stockholm: Nordstedts.
- Turner, Bengt och Evert Vedung, red (1997) *Bostadspolitik för tjugohundratalet. Återtåg och nya värden*. Gävle: Meyer Förlag.
- Werkö, Lars (1993) "Därför fortsätter livslängden att öka", *Forskning och framsteg* 6:36-41.
- Westin, Ola Sundman, Lars och Lotta Östlund (1995) Hälsa och sjukdom i Gävleborgs län. Rapport från samhällsmedicin Gävleborg. Rapport 1995:4.
- Vårdfacket (1994) *Sambandet mellan livslängd och inkomst är starkt, 1994:4*.
- Östlund, Lotta (1996) *Socioekonomisk position och hälsa. En litteraturgenomgång*. Rapport från Samhällsmedicin Gävleborg, 1996:5.