



Hälsa på lika villkor

Rapport för Jämtland Härjedalen 2018

HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR
RAPPORT FÖR JÄMTLAND HÄRJEDALEN 2018
DNR RS/296/2019

HANDLÄGGARE
Hanna Viklund
Folkhälsosamordnare
Region Jämtland Härjedalen

GODKÄND AV:
Susanne Högberg
Folkhälsoschef
Region Jämtland Härjedalen

GILTIG FR O M:
2019-04-02

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
BOX 654, 831 27 ÖSTERSUND
WWW.REGIONJH.SE

Innehållsförteckning

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	6
<i>Styrande dokument för Jämtland Härjedalen</i>	7
<i>Regionalt folkhälsoarbete</i>	7
SYFTE OCH MÅL MED LÄNSRAPPORTEN	8
METOD FÖR LÄNSRAPPORTEN	8
<i>Undersökningen, urval och svaranden</i>	8
<i>Analys och tolkning av resultat</i>	9
<i>Definitioner av bakgrundsvariabler</i>	10
BEFOLKNINGEN I JÄMTLAND HÄRJEDALEN	11
<i>Befolkningsstruktur</i>	11
<i>Medellivslängd</i>	12
<i>Utbildningsnivå</i>	12
RESULTAT HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR	13
<i>Hälsa och välbefinnande</i>	13
<i>Trygghet och sociala relationer</i>	19
<i>Levnadsvanor</i>	26
<i>Sjukdomar och besvär</i>	35
DISKUSSION MED BEHOVSANALYS	38
<i>Nationella målet om en god och jämlik hälsa och att minska hälsoklyftorna</i>	38
<i>Hur ser folkhälsan i länet ut nu jämfört med tidigare undersökningar?</i>	38
<i>Områden att prioritera utifrån utvecklingen över tid och nuläge</i>	39
<i>Avslutande ord</i>	41
REFERENSER	42

Förord

Det är fjärde gången sedan 2006 som Region Jämtland Härjedalen presenterar resultat från folkhälsosenkäten "Hälsa på lika villkor". Att få en bild av hur hälsan ser ut och dess tendenser över tid är ett första steg i arbetet för en god och jämlik hälsa och att minska hälsoklyftorna. Nästa steg är att utifrån resultatet prioritera och ta beslut, politiska likväl som organisatoriska på insatser som kan bidra till en bättre folkhälsa. Region Jämtland Härjedalen behöver i nära samverkan med länets kommuner, Länsstyrelsen, frivilligsektor, näringslivet och andra aktörer i samhället, fortsatt arbeta för att skapa en god och jämlik hälsa och minska hälsoklyftorna som finns.

Det viktigaste vi måste beakta i vårt arbete framåt är att hälsan är ojämnt fördelad. Resultatet visar genomgående på att kön, ålder, utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, funktionshinder, sexuell identitet och födelseland har betydelse för hälsan.

Resultatet från "Hälsa på lika villkor" 2018 om upplevd hälsa, levnadsvanor, trygghet och sociala relationer visar på tendenser till positiv utveckling inom några områden. Exempelvis fortsätter den dagliga rökningen att minska och vi är nu nära att nå den målsättning som vi som en del av Tobacco Endgame står bakom, att mindre än 5 procent röker år 2025. I den äldsta åldersgruppen 65–84 år syns en positiv utveckling sedan 2010, att det är en större andel som upplever sin hälsa som god och att andelen som har diabetes har minskat mellan 2010 och 2018.

På flera områden inom sociala relationer och upplevd otrygghet utomhus syns en negativ utveckling i vårt län. Att personer inte vågar gå ut för att vara fysiskt aktiva eller delta i sociala sammanhang har i allra högsta grad betydelse för hur vi upplever vår hälsa. Det är en mindre andel i vårt län jämfört med riket som upplever otrygghet utomhus, men det är en ökande andel, och 2018 uppger hälften av kvinnor 16–29 år att de inte vågar gå ut ensam.

Vi kan ställa oss frågan varför hälsan har utvecklats i olika riktningar inom olika områden? Visar det på goda effekter av insatser eller att insatser uteblivit på ett område? Oavsett behöver vi arbeta hälsofrämjande och förebyggande, gemensamt och långsiktigt, riktade insatser till särskilda grupper för att hälsan i befolkningen ska vara god och jämlikt fördelad och för att vi ska vara *"en region att längta till och växa i"*.

Mats Gärd (c), Regionråd
Regionstyrelsens ordförande
Region Jämtland Härjedalen

Anton Nordqvist (mp), Regionråd
Folkhälsopolitiskt ansvarig
Regionstyrelsen, Region Jämtland
Härjedalen

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med utökad urval i folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" år 2006, 2010, 2014 och nu 2018. Den här rapporten beskriver resultat för Jämtland Härjedalen med nuläge men också sett över tid. Under våren 2018 skickades totalt 9 600 enkäter ut i länet till personer i åldern 16–84 år. Av dessa besvarades 4 595 stycken, en svarsfrekvens på 46 procent.

Resultatet visar att 67 procent av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Det är en större andel personer i den äldsta åldersgruppen 65–84 år, som skattar en bättre hälsa jämfört vid tidigare mätningar. Det är också fortsatt vanligare att det är en större andel män än kvinnor som rapporterar upplevd god hälsa.

Det är en högre andel kvinnor än män som upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande och särskilt stor är skillnaden i åldersgruppen 16–29 år (unga vuxna) där det är 28 procent av kvinnorna jämfört med 17 procent av männen. Det finns även en tendens till att den psykiska hälsan har försämrats för personer som haft ekonomisk kris.

Även om länet ligger förhållandevis bra till i jämförelse med riket, i alla fall gällande otrygghet utomhus, är det en negativ utveckling över tid hos personer mellan 16–64 år. Ytterligare områden som visar på en nedåtgående tendens är andelen personer som har tillgång till praktiskt stöd och andelen som har tillit till andra människor. När det kommer till socialt deltagande är det personer i den äldsta åldersgruppen 65–84 år, som är den grupp som i minst utsträckning deltar i sociala aktiviteter.

Den levnadsvana som har förbättrats över tid i länet är den dagliga rökningen. Minskningen har särskilt skett bland personer mellan 30–64 år. Intaget av frukt och grönsaker ligger fortsatt på en mycket låg nivå. Resultatet visar att andelen personer som har fetma har ökat mellan mätningarna år 2006 och år 2010 för att sedan ligga kvar på samma nivå 2018. Det är fortsatt personer med sämre ekonomiska förutsättningar och med lägre utbildningsnivå som är överviktiga eller feta i högre utsträckning än övrig befolkning.

Genomgående visar resultatet att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsoutfall. Även kön, ålder, funktionshinder, sexuell identitet och födelseland är viktiga bakgrundsfaktorer.

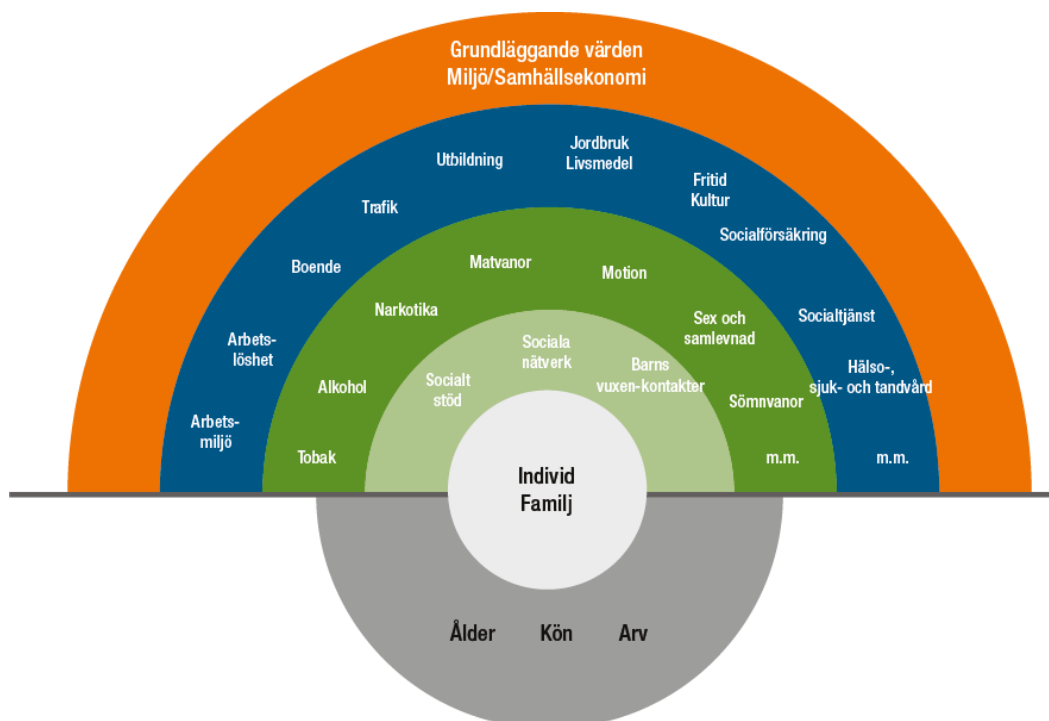
Utifrån resultaten finns behov att arbeta långsiktigt med följande områden:

- Det psykiska välbefinnandet hos unga vuxna behöver fortsatt prioriteras
- Trygghet och sociala relationer är viktiga områden att arbeta vidare med för att begränsa de negativa tendenserna
- Beakta socioekonomi¹ vid arbetet med att främja goda levnadsvanor

¹ I den här rapporten syftar begreppet socioekonomi på utbildningsnivå och ekonomiska förhållanden.

Inledning

Ur ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och för de flesta är det en positiv utveckling som syns men utvecklingen har för vissa grupper gått långsammare eller stått stilla (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Över tid har folkhälsan i Sverige överlag utvecklats positivt, vilket visas bland annat genom ökad medellivslängd och förbättrad självsattad hälsa. Samtidigt syns ökade skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället, hälsan är därmed inte jämlikt fördelad. Förutsättningar för en god hälsa utifrån exempelvis utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, social miljö och kön har påverkan på individens levnadsvanor och livsvillkor och därmed individens hälsa. (Folkhälsomyndigheten, 2018). I den nya folkhälsopropositionen som godtogs i juni 2018 finns det reviderade folkhälsomålet om att främja en god och jämlik hälsa och arbeta för målet att minska de påverkbara klyftorna inom en generation (Regeringen, 2018). Målet har därmed omformulerats med ett tydligare fokus på jämlik hälsa. För att uppnå folkhälsomålet om en god och jämlik hälsa, omvandlades de elva målområdena till åtta stycken som syftar till att förtydliga vilka bestämningsfaktorer som är avgörande. De första sju målområdena utgör livsområden som omfattar viktiga resurser som är grundläggande för en god och jämlik hälsa. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är det åttonde målområdet, syftar till att påvisa att dess verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa. Därtill finns ett särskilt delmål, att långsiktigt arbeta för ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer, figur av Dahlgren & Whitehead².

² Bild hämtad från "Vår hälsa – länets möjligheter: Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016–2019" (Region Jämtland Härjedalen, 2016).

Figuren på föregående sida synliggör att det är en mängd olika faktorer som påverkar individens hälsa. I mitten av figuren finns individen och nedanför faktorerna ålder, kön och arv som individen inte kan påverka. Halvcirkeln närmast individen utgör dennes sociala nätverk, något som individen är en del av och som har betydelse för dennes hälsa. Sedan kommer levnadsvanor där individen har större möjlighet att själv påverka. De yttre halvcirkelarna står för omgivningsfaktorer som behöver politiska beslut och kollektiva åtgärder för att kunna påverka. I och med att de så kallade bestämningsfaktorerna samspelar inom och mellan nivåerna innebär det att insatser för befolkningens hälsa behöver ske i samverkan och på ett flertal nivåer. (Region Jämtland Härjedalen, 2016).

Styrande dokument för Jämtland Härjedalen

Länets åtta kommuner har tillsammans med Region Jämtland Härjedalen arbetat fram en länsgemensam folkhälsopolicy för 2016–2019 *"Vår hälsa – länets möjlighet"* som också är antagen av respektive organisations högsta politiska församling. I arbetet med att ta fram policyn enades de nio deltagande organisationerna om fyra utvecklingsområden som ansågs vara utmaningar som påverkar folkhälsan:

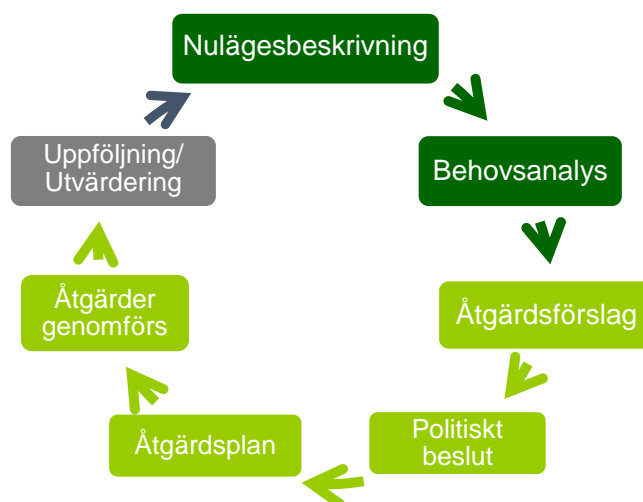
- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsöfrämjande miljö
- Delaktighet och inflytande

Policyn är ett vägledande dokument för folkhälsoarbetet i Jämtland Härjedalen och har visionen *"Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län"*. (Region Jämtland Härjedalen, 2016).

Ett kompletterande dokument till länets folkhälsopolicy är *"Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014–2025"*. Dokumentet är styrande för Region Jämtland Härjedalen och kommunernas egna och gemensamma arbete inom området. Visionen är *"Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län"*. Dokumentet lyfter mål, prioriteringar och samverkansformer att arbeta utifrån. Två av tre övergripande mål som lyfts är förbättrad psykisk hälsa och hälsöfrämjande och trygga levnadsvillkor. (Region Jämtland Härjedalen, 2014).

Regionalt folkhälsoarbete

En del av det regionala folkhälsoarbetet som bedrivs av Region Jämtland Härjedalen består av att kartlägga och analysera hälsan i befolkningen och utifrån det, ta fram behovsanalyser som kan användas som beslutsunderlag och till planeringsförutsättningar.



Figur 2. Processen med folkhälsorapportering i Region Jämtland Härjedalen.

Det regionala folkhälsoarbetet bygger på delaktighet och inflytande och att alla berörda aktörer tar sitt ansvar i det hälsofrämjande arbetet. Region Jämtland Härjedalens regionala uppdrag kring folkhälsorapportering berör främst de tre översta rutorna. De mörkgröna rutorna kan ses som utgångspunkt för respektive organisation när de arbetar vidare med de ljusgröna rutorna.

Syfte och mål med länsrapporten

Syftet med den här länsrapporten är att ge en nulägesbild av hälsan hos personer mellan 16–84 år i Jämtland Härjedalen. För att få en mer heltäckande bild hur hälsan har utvecklats över tid, har även jämförelser gjorts med tidigare genomförda "Hälsa på lika villkor" undersökningar i länet. Målet med länsrapporten är att vara kunskaps- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemannaledning.

Metod för länsrapporten

I processen med att ta fram denna länsrapport har de tjänstepersoner med folkhälsoansvar från länets kommuner och tjänstepersoner med kompetenser inom folkhälsa i Region Jämtland Härjedalen, deltagit vid gemensamma analysmöten samordnade av Folkhälsoenheten vid Region Jämtland Härjedalen. Det har varit ett forum att diskutera rapportens spridning och de sammanställda resultaten. I analysprocessens slutskede, när prioriteringar utifrån olika grupper lyftes fram till behovsanalysen deltog även ytterligare representanter från Region Jämtland Härjedalen och Länsstyrelsen.

Undersökningen, urval och svaranden

Folkhälsomyndigheten har årligen mellan 2004–2016 genomfört den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" hos personer mellan 16–84 år, men sedan 2016 genomförs den nationellt vartannat år. Undersökningen syftar till att visa hur befolkningen mår

samt till att följa förändringar i hälsa över tid. 2018 bestod enkäten av 64 frågor, som med delfrågor totalt genererade 146 frågor. Dessa kompletteras med folkbokföringsuppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB). Frågorna handlar om bland annat hälsa, levnadsvanor, trygghet och sociala relationer, ekonomiska förhållanden och sysselsättning. Det nationella urvalet består sedan 2016 av 40 000 personer. Ungefär hälften av personerna i urvalet har besvarat enkäten, dock med en sjunkande andel svarande över tid. Svarsfrekvensen var 42 procent vid den nationella undersökningen 2018. Enkäten och övrig information om undersökningen går att finna i sin helhet på www.folkhalsomyndigheten.se.

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med utökad urval vart fjärde år 2006, 2010, 2014 och nu 2018, vilket innebär att ett större antal enkäter slumpmässigt skickas ut till länets befolkning. Under våren 2018 skickades totalt 9 600 enkäter ut i Jämtland Härjedalen varav 4 595 enkäter besvarades, en svarsfrekvens på 46 procent. Enkäten fanns tillgänglig att svara på engelska och svenska. Det fanns också möjlighet att få frågorna upplästa med hjälp av programmet Talande Webb. Respondenterna fick välja om de ville besvara enkäten i pappersformat eller digitalt via webben och drygt hälften av respondenterna, 52 procent valde att besvara den digitalt.

Analys och tolkning av resultat

Undersökningen baseras på ett slumpmässigt urval av länets population där individer får besvara enkäten. Efter statistisk bearbetning, så kallad "kalibreringsvikt" som genomförs av SCB, kan svaren användas för att uttala sig om hela befolkningen. Vikten beräknas för varje svarande person och syftar till att kunna redovisa resultat för hela populationen, inte bara de svarande. Vikten ger ett "beräknat antal" som till exempel kan användas för att se hur stor förekomsten av en indikator är i en viss grupp. Det är till exempel förhållandevis få unga vuxna som svarat på enkäten, något som skulle kunna ha en snedvridande effekt på resultatet. Detta kompenseras dock till del av kalibreringsvikten. För en närmare beskrivning av kalibreringsvikten har SCB beskrivit det i en teknisk rapport som finns att läsa på www.folkhalsomyndigheten.se.

Generellt minskar svarsfrekvensen för alla typer av undersökningar och för den årliga nationella enkäten har svarsfrekvensen sjunkit med tio procentenheter under en tioårsperiod. För Jämtland Härjedalen har svarsfrekvensen sjunkit från 57 procent vid undersökningen år 2010 till 53 procent år 2014 och 46 procent vid 2018 års undersökning. När svarsfrekvensen sjunker innebär det att det finns risk för att enkätsvaren i vissa avseenden är en överskattning av hur hälsan ser ut i befolkningen, då enkäten troligtvis inte speglar de grupper där hälsan är mest ojämnt fördelad. Den bortfallsanalys gjord av SCB visar att det framförallt är unga vuxna som inte svarat på enkäten och att det är vissa grupper som ex. förvärvsarbetande och personer med hög disponibel inkomst har högre svarsbenägenhet. Grupper med lägre svarsbenägenhet är de med lägre inkomst, mindre kontantmarginal och ensamstående. Då syftet med den inledande statistiska bearbetningen är att korrigera för olikheter i urvalet i relation till den faktiska befolkningens mängd, finns risk att detta enbart delvis uppnås vid större bortfall för specifika grupper. Detta innebär att presenterade resultat inte bör användas

som exakta mått, utan snarare ses som indikationer och tendenser. Av samma skäl bör heller inte resultaten jämföras med andra undersökningar som baseras på andra urvalsprinciper eller metoder.

Datamaterialet på läns- och kommunnivå har bearbetats av Folkhälsoenheten, Region Jämtland Härjedalen. Den statistiska analys som är vald att användas för att säkerställa om det är signifikanta skillnader mellan olika grupper är konfidensintervall. Konfidensintervall är ett mått på osäkerheten i ett skattat värde och gränserna för konfidensintervallen markerar inom vilket intervall som det "sanna" värdet befinner sig med 95 procentig sannolikhet. Konfidensintervallet antyder även hur många svarande det är som resultatet baserar sig på, ju bredare konfidensintervall desto färre antal personer baserar sig svaren på. Om två gruppers (ex. kvinnor och män) konfidensintervall ej överlappar varandra innebär det att det är en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. I resultatet och diagrammen i denna rapport är det därför endast skillnader som är statistiskt säkerställda som presenteras vilket förtydligas med att konfidensintervallen finns markerade. Övriga resultat går ej att uttala sig om det är signifikanta skillnader. Där det finns skillnader mellan resultatet i länet och riket beskrivs det, om det inte står något om sådana skillnader innebär det att det inte finns några säkerställda skillnader. Alla resultat redovisas i andelar i procent avrundat till närmaste heltal.

Definitioner av bakgrundsvariabler

I rapporten används olika bakgrundsvariabler som har definierats utifrån frågeställningar i enkäten eller registerdata³.

Åldersindelning - åldersvariabeln består av fyra grupper (16–29 år, 30–44 år, 45–64 år samt 65–84 år).

Utbildningsnivå - utbildningsvariabeln består av tre grupper:

- *Förgymnasial* - högst grundskoleutbildning, realskolebildning eller motsvarande.
- *Gymnasial* - högst gymnasial utbildning eller motsvarande.
- *Eftergymnasial* - exempelvis gymnasial påbyggnadsutbildning, universitet- eller högskoleutbildning.

I denna rapport redovisas endast personer som är 25–84 år vid utbildningsnivå. Vid de tidigare länsrapporterna 2010 och 2014 ingick alla respondenter mellan 16–84 år i utbildningsvariabeln. För att jämföra utbildningsvariabeln över tid, har därför 2010 och 2014 års resultat justerats utifrån ålder.

Ekonomisk kris – personer som haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för hyra, mat, räkningar m.m. de senaste 12 månaderna.

Personer som har funktionshinder har definierats utifrån fyra frågor:

1. *"Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?"* Personer som svarat "Ja" på den här frågan och också svarat "Ja,

³ Ålder, utbildning och födelseort är uppgifter hämtade från registerdata.

i hög grad” på följdfrågan: *”Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?”*

2. *”Kan du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning?”* Personer som svarat *”Nej (inte ens med glasögon)”* på den här frågan.

3. *”Kan du utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer?”* Personer som svarat *”Nej (inte ens med hörapparat)”* på den här frågan.

4. Personer med rörelsehinder. Personer som inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär eller inte kan ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt eller behöver hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta sig utomhus.

Observera att av naturliga skäl har vissa personer med funktionshinder inte svarat på enkäten just för att funktionshindret hindrat dem att delta. Det är också i första hand fysiska funktionshinder som tas upp i enkäten. Det kan också finnas funktionshinder som är av annan karaktär men som alltså inte avses här.

Sexuell identitet – utifrån hur individen definierar sin sexuella identitet. I denna rapport är det indelat som två grupper, heterosexuell är den ena gruppen och homo-, bisexuell, annat eller jag vet inte är den andra gruppen. För gruppen sexuell identitet är inga jämförelser gjorda över tid då frågan har reviderats sedan 2014.

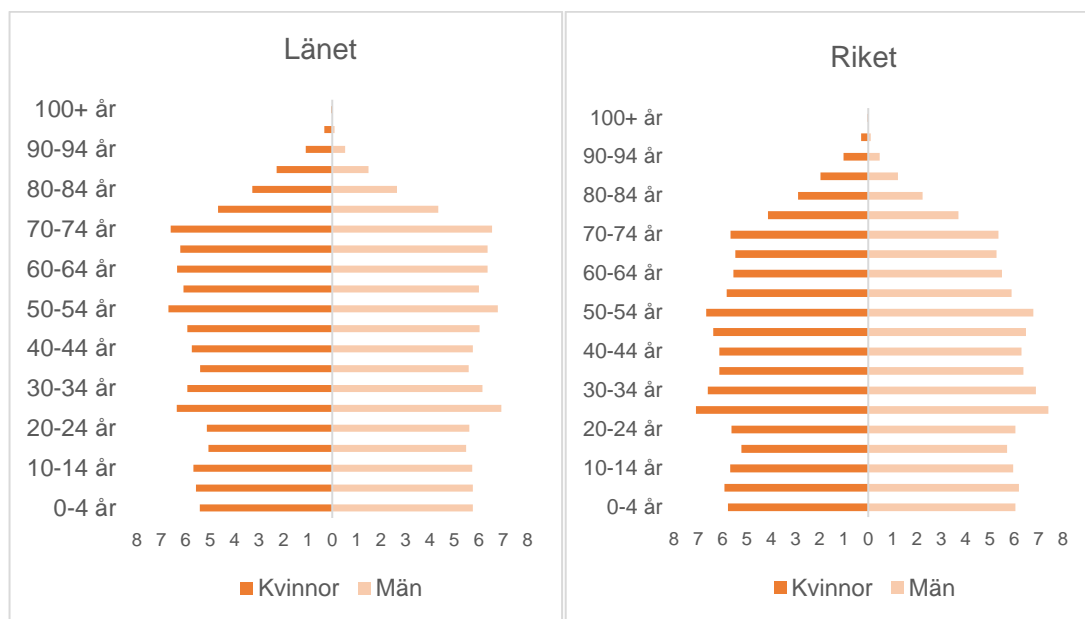
Utlandsfödd – person som är född utanför Sverige (övrige Norden, övrige Europa, Sovjetunionen, Asien, Afrika, Nordamerika, Oceanien, Sydamerika, övrige och okänt). Utlandsfödd kan därmed vara en 60-årig kvinna född i Norge likväl som en 20-årig man född i Afrika men som nu är bosatt i länet.

Befolkningen i Jämtland Härjedalen

Befolkningsstruktur

Befolkningsstrukturen visar på en något åldrande befolkning och att det i länet är en något äldre befolkning än i riket. Det är fler kvinnor i de högre åldrarna även om det är fler män sett till totalen, 65 974 män och 64 306 kvinnor i länet 31 december 2018. Det är en större andel personer som närmar sig 65 år än vad det är som närmar sig 20 år.

Inflyttningen från andra länder har bidragit till de senaste årens ökade folkmängd i länet men skillnaderna inom länet är stora då folkmängden i vissa kommuner fortsätter att minska, medan den ökar desto mer i andra delar (Region Jämtland Härjedalen & Länsstyrelsen Jämtlands län, 2018).



Figur 3. Folkmängd 31 december 2018, andel i procent av totala befolkningmängden. Källa SCB, 2019.

Medellivslängd

Medellivslängd ger en uppfattning om hur befolkningen mår. I Jämtland Härjedalen var förväntad medellivslängd vid födseln för kvinnor 83,5 år och för män 80,0 år under åren 2014–2018. Vilket är något lägre än riket där kvinnor under samma år var 84,1 år och män 80,6 år (SCB Befolkningsstatistik, 2019). Medellivslängden i länet har sedan år 2010 ökat med 1,1 år för kvinnor och 1,5 år för män.

Utbildningsnivå

Både i länet och i riket studerar kvinnor i längre utsträckning än män. Störst skillnad mellan länet och riket gällande gymnasial och eftergymnasial utbildning finns i åldersgruppen 25–44 år, där andelen i länet ligger lägre med cirka tio procentenheter. I åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år är det en något mindre andel i länet som har förgymnasial utbildning jämfört med riket. Störst skillnad mellan andelen kvinnor och män i länet som har eftergymnasial utbildning är bland 25–44 år, där 58 procent av kvinnorna respektive 41 procent av männen har längre utbildning. Den största andelen personer med förgymnasial utbildning finns inom den äldsta åldersgruppen där var tredje person har kortare utbildning.

		Jämtland Härjedalen			Riket		
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25–44 år	Förgymnasial	6	7	6	6	6	6
	Gymnasial	36	53	44	29	39	34
	Eftergymnasial	58	41	49	65	55	60
45–64 år	Förgymnasial	7	12	9	10	12	11
	Gymnasial	53	56	54	48	54	51
	Eftergymnasial	41	32	36	42	34	38
65–84 år	Förgymnasial	25	29	27	28	34	31
	Gymnasial	50	52	51	50	44	47
	Eftergymnasial	26	19	23	22	22	22

Tabell 1. Befolkningen efter utbildningsnivå (SUN2000Niva), åldersgrupp och kön år 2018, presenterat i procent, avrundat till närmaste heltal. Källa: Hälsa på lika villkor 2018.

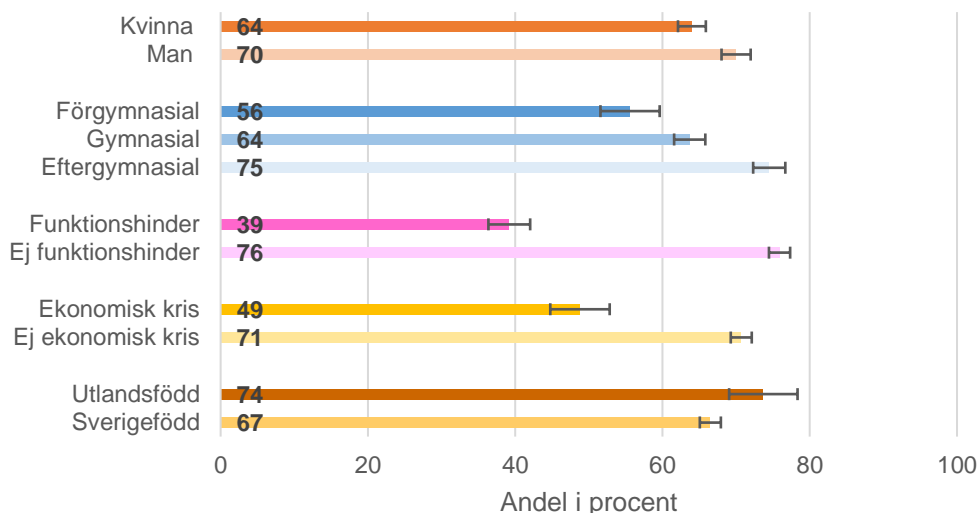
Resultat hälsa på lika villkor

Hälsa och välbefinnande

I detta avsnitt presenteras resultat gällande allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande, depression, upplevd stress, ångslan-oro-ångest, depression, suicid och tandhälsa.

Allmänt gott hälsotillstånd

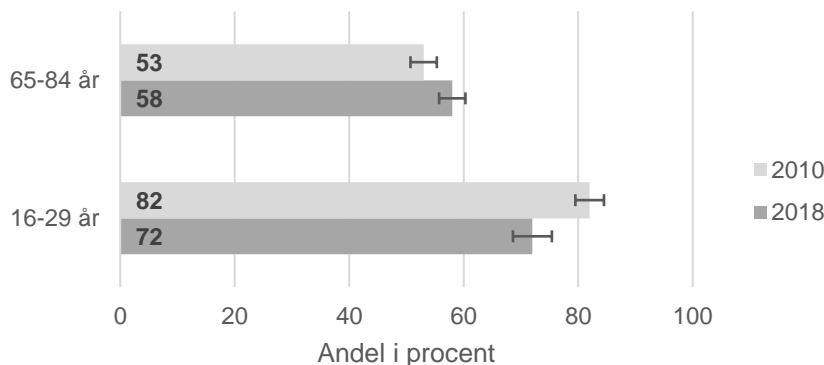
Den uppfattning som en person själv har om hur den mår, så kallad självskattad hälsa, har i forskning visat sig stämma överens med den faktiska hälsan. Hur individen skattar sin egen hälsa sägs även kunna förutspå dennes framtida hälsa. Risken att drabbas av sjukdomar i framtiden är större om individen själv upplever att den mår dåligt. (Blaxter, 2004; Burström & Fredlund, 2001; DeSalvo, Fan, McDonell & Fihn, 2005). Allmänt hälsotillstånd utgår ifrån frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt", "Mycket dåligt". "Mycket bra" och "Bra" räknas som gott allmänt hälsotillstånd.



Figur 4. Andel med allmänt gott hälsotillstånd 2018.

Den självskattade hälsan är god och den positiva utvecklingen finns hos de äldsta

Det är en mindre andel personer i Jämtland Härjedalen än i riket som skattar sin hälsa som god. I riket skattar 71 procent sin hälsa som god medan det är 67 procent i länet. I länet är det en större andel män än kvinnor som skattar sin hälsa som god. Det är en tydlig social gradient⁴ utifrån utbildningsnivå, ju längre utbildning desto större andel som skattar sin hälsa som god. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionshinder, sexuell identitet och födelse land.



Figur 5. Andel med gott allmänt hälsotillstånd över tid.

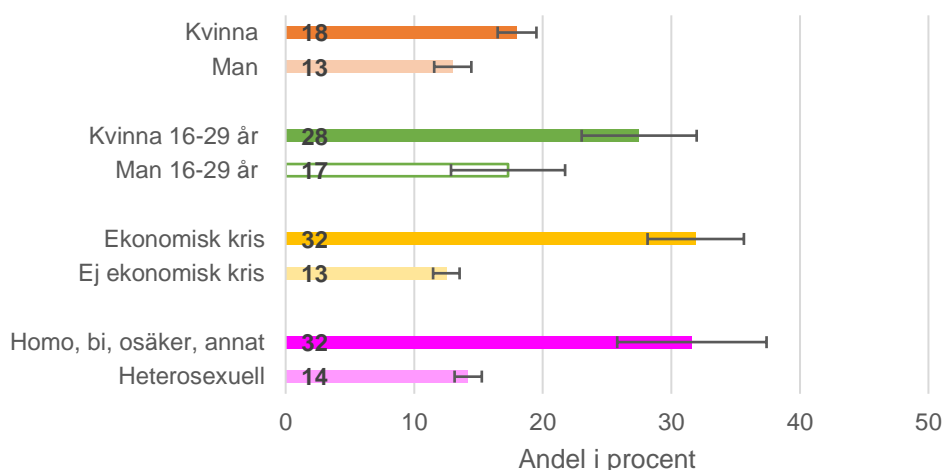
Sedan 2006 är det ingen skillnad mellan hur stor andel kvinnor eller män som skattar sin hälsa som god då det var 63 procent av kvinnorna och 68 procent av männen som skattade sin hälsa som god. 2018 är det dock en mindre andel kvinnor som skattar sin hälsa som god jämfört med 2014 då det var 68 procent. 2018 är det en större andel personer i åldersgruppen

⁴ Med social gradient menas det att ju högre social position, desto bättre hälsa.

65–84 år som upplever sin hälsa som bra jämfört med 2010. Samma goda utveckling finns inte i den yngsta åldersgruppen 16–29 år, där andelen som skattar sin hälsa som god har sjunkit sedan 2010.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som inrymmer allt från nedsatt psykiskt välbefinnande, i form av exempelvis oro eller nedstämdhet, till allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni (Vingård, 2015). I enkäten 2018 mäts psykiskt nedsatt välbefinnande genom indexet General Health Questionnaire 5 (GHQ-5)⁵ och ett summaindex beräknas utifrån de fem frågorna: *om man känt sig olycklig och nedstämd, förlorat tron på sig själv, känt sig spänd, varit värdelös och inte kunnat klara sina problem*. Respondenterna får jämföra hur det varit de senaste veckorna jämfört med hur det vanligtvis är. Det är önskvärt med en låg siffra.

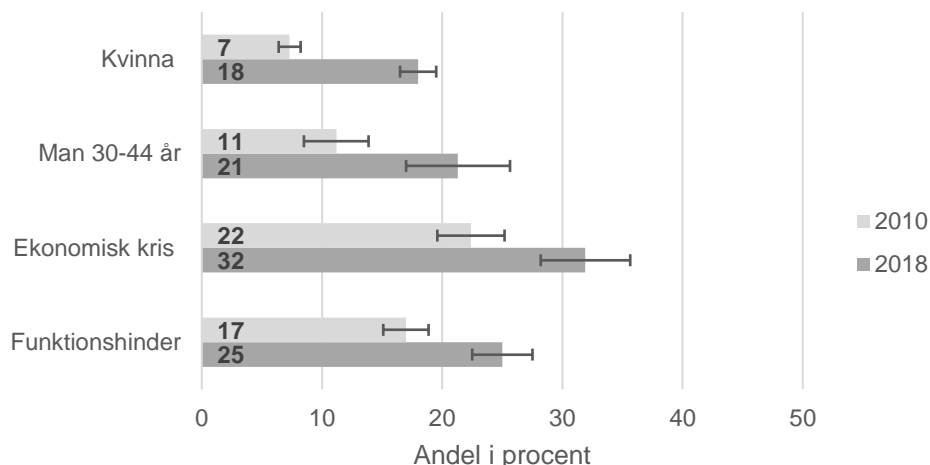


Figur 6. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande 2018.

Det är en större andel kvinnor än män som har nedsatt psykiskt välbefinnande

I länet är det 16 procent som har nedsatt psykiskt välbefinnande. Det är en mindre andel män än kvinnor i länet som har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Signifikanta könsskillnader finns i alla åldersgrupper förutom i åldersgruppen 30–44 år, störst är skillnaden i den yngsta åldersgruppen. Det finns skillnader i andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån utbildningsnivå då andelen personer som har eftergymnasial utbildning är större (16 procent) än de med förgymnasial utbildning (12 procent). Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionshinder och födelseland.

⁵ Vid undersökningarna 2010 och 2014 användes indexet GHQ-12, vid jämförelser över tid har det tidigare resultatet därför räknats om efter en intern valideringsstudie gjord av Folkhälsomyndigheten.

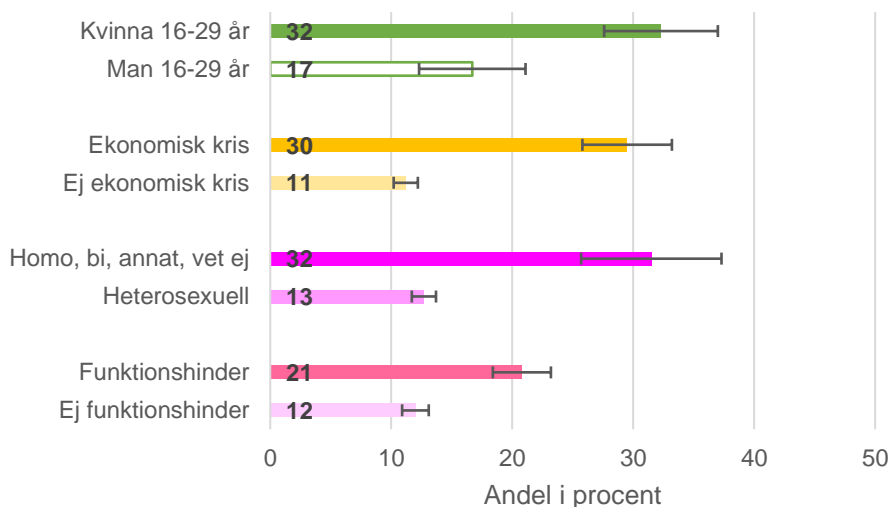


Figur 7. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande över tid.

Andelen kvinnor som har nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit större sedan 2010. Sedan 2010 är det en ökning med cirka fem procentenheter i åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år. Det är män i åldersgruppen 30–44 år som har den största skillnaden i andel personer som har nedsatt psykiskt välbefinnande 2018 jämfört med 2010 utifrån kön och ålder. Både personer som har för- och eftergymnasial utbildning har ökat i andel som har nedsatt psykiskt välbefinnande med cirka fem procentenheter 2018 jämfört med 2010. Även personer som haft ekonomisk kris och personer med funktionshinder är grupper där en ökning finns sedan 2010.

Upplevd stress

Det är ingen sjukdom att vara "stressad" men stress kan leda till både fysisk som psykisk sjukdom (Åsberg et al., 2010). Stress kan ha många olika betydelser för olika människor. I enkäten har stress definierats utifrån frågan: "Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad", med svarsalternativen: "Inte alls", "I viss mån", "Ganska mycket", "Väldigt mycket". Resultatet för stress redovisas utifrån svaren "Ganska mycket" och "Väldigt mycket". Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 8. Andel med upplevd stress 2018.

Andelen unga som upplever stress har ökat

Totalt i länet är det 14 procent som upplever stress, det är en mindre andel män 11 procent, än kvinnor 18 procent. Störst är skillnaden mellan kön i åldersgruppen 16–29 år men det finns även signifikanta skillnader mellan könen i åldersgrupperna 30–44 år och 65–84 år. Ingen skillnad finns utifrån utbildningsnivå. Däremot finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionshinder och personer födda utanför Sverige.

Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som upplever stress 2018 än vad det var 2010, det har ökat från 15 till 24 procent. Andelen personer med funktionshinder som upplever stress är större 2018 jämfört med 2010 då det har gått från 14 till 21 procent.

Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest

Ängslan, oro eller ångest redovisas här som "Ja, svåra besvär" på frågan: "Har du något/några av följande besvär eller symtom? - ängslan, oro eller ångest?" med svarsalternativen "Nej", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär". Det är önskvärt med en låg siffra.

Ingen skillnad mellan andel kvinnor och män som upplever ängslan, oro eller ångest

I Jämtland Härjedalen är det 7 procent som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är ingen signifikant skillnad mellan könen, 8 procent av kvinnorna och 6 procent av männen. Det är störst andel, 15 procent i åldersgruppen 16–29 år som upplever ängslan, oro eller ångest. Minst andel är det i åldersgruppen 65–84 år där andelen är 2 procent. Det är en större andel personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte som har svåra besvär jämfört med personer som identifierar sig som heterosexuella. Även en större andel av de personer som är födda utanför Sverige upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest (11 procent) jämfört med personer födda i Sverige (6 procent).

Andelen personer i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år som har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, har dubblerats år 2018 jämfört med 2010. Även andelen personer som haft ekonomisk kris och personer med funktionshinder har ökat sedan 2010.

Diagnosen depression under de senaste 12 månaderna

Depression är ett stort folkhälsoproblem och utgör idag den enskilt största orsaken till nedsatt hälsa, funktionsförlust och levnadsår (Folkhälsomyndigheten, 2017a). Depression redovisas utifrån de som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* på frågan: *Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare?* Övriga svarsalternativ är: *"Nej, aldrig"* och *"Ja, för mer än 12 månader sedan"*. Frågan är ny och inga jämförelser kan göras över tid. Det är önskvärt med en låg siffra.

Det är en större andel kvinnor än män som har fått diagnosen depression

I länet är det 3 procent som fått diagnosen depression det senaste året och det är en större andel kvinnor (5 procent) som de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression jämfört med män (2 procent) i länet. I åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år, är det en större andel kvinnor än män som fått diagnosen depression, 7 procent av kvinnor och 2 procent av män i åldersgruppen 30–44 år. Det finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionshinder.

Självordstankar och självmordsförsök

Resultatet för suicidtankar baseras på de som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* på frågan: *"Har du någon gång kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?"*. De personer som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* på frågan: *"Har du någon gång försökt ta ditt liv?"* redovisas som suicidförsök. Det är önskvärt med en låg siffra.

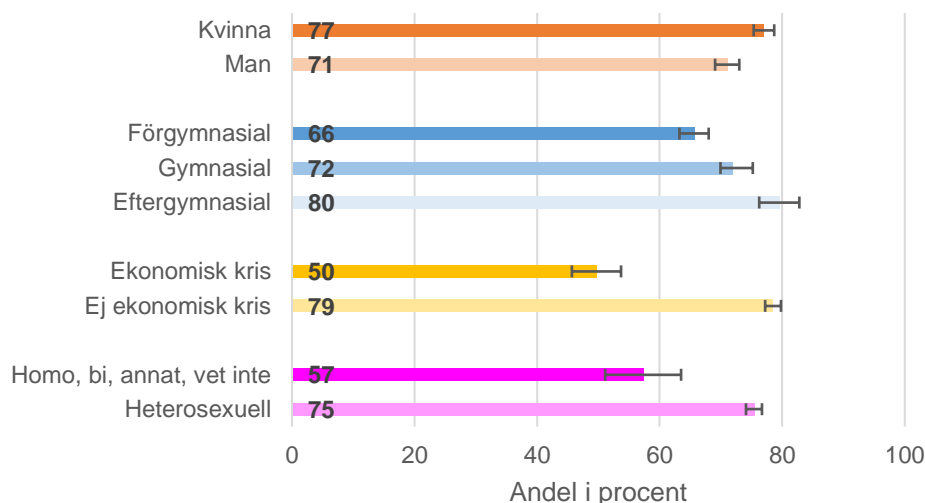
Suicidtankar och suicidförsök vanligare utifrån ekonomiska förhållanden och sexuell identitet

I Jämtland Härjedalen är det ingen skillnad mellan könen gällande andelen som haft suicidtankar, 3 procent av kvinnorna och 4 procent av männen, totalt i länet är det 4 procent. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år, som haft ekonomisk kris, som har funktionshinder och som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte som haft suicidtankar de senaste 12 månaderna. Män i åldersgruppen 65–84 år är den grupp där det finns en säkerställd skillnad över tid, då det blivit en mindre andel som haft suicidtankar, från 2 procent 2010 till 1 procent 2018.

I länet är det 1 procent, varav det är en större andel män (2 procent) än kvinnor (0,4 procent) som gjort suicidförsök de senaste 12 månaderna. Andelen män i länet är dessutom högre än riket där det är 1 procent av männen. Det är en större andel personer som har eftergymnasial utbildning, haft ekonomisk kris, som är födda utanför Sverige och som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, som gjort suicidförsök de senaste 12 månaderna.

God tandhälsa

Tandhälsan utgör en del av den allmänna hälsan och bidrar till livskvalitet och välbefinnande (SOU 2015:76). Frågan som ställs i enkäten lyder: "Hur tycker du att din tandhälsa är?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Ganska bra", "Varken bra eller dåligt", "Ganska dålig", "Mycket dålig". Alternativen "Mycket bra" och "Ganska bra" redovisas nedan som god tandhälsa.



Figur 9. Andel med god tandhälsa 2018.

Kvinnor skattar sin tandhälsa som god i större utsträckning än män

Det är en större andel kvinnor i länet som skattar sin tandhälsa som god jämfört med män. Störst skillnad mellan könen syns i åldersgruppen 16–29 år där det är 81 procent av kvinnorna och 71 procent av männen. Det är en tydlig skillnad utifrån socioekonomi.

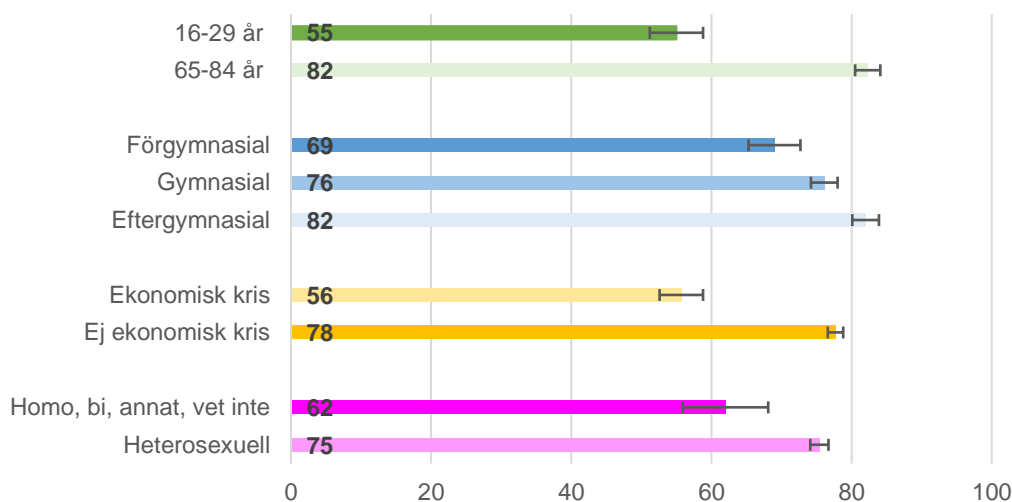
Andelen personer som upplever sin tandhälsa som god har minskat bland 16–29 åringar, från 82 procent 2010 till 76 procent 2018 och även personer som haft ekonomisk kris har minskat över tid från 59 procent till 50 procent.

Trygghet och sociala relationer

I detta avsnitt kommer tillit, socialt deltagande, emotionellt och praktiskt stöd och ekonomiska förhållanden att tas upp. Vidare redovisas otrygghet utomhus, kränkande bemötande/ behandling, hot om våld och utsatthet för fysiskt våld.

Tillit till andra människor

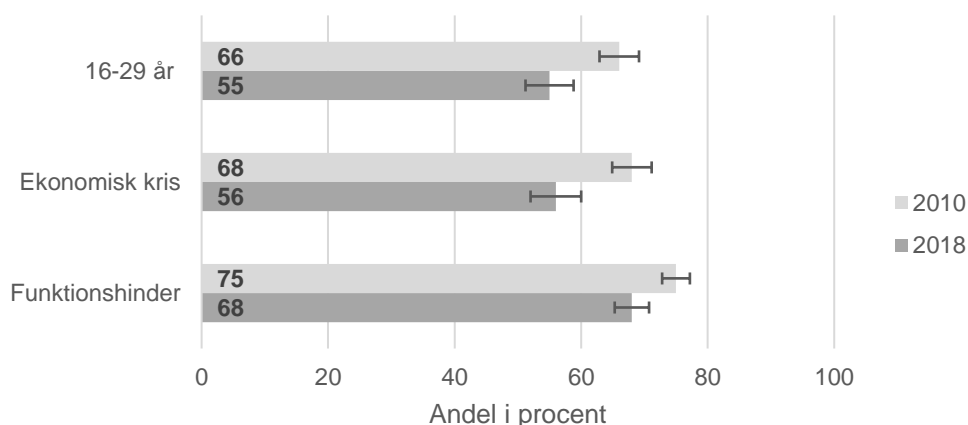
Tillit mellan människor har betydelse för hälsan. En hög grad av tillit kan sannolikt minska människors stress, vilket i sin tur har en positiv inverkan på hälsan. Den som känner tillit till andra är också mer benägen att delta i sociala nätverk och aktiviteter, något som ytterligare bidrar till en god hälsa (Jen et al., 2010). Tillit mäts utifrån svaret "Ja" på frågan: "Tycker du i allmänhet att man kan lita på de flesta människor?"



Figur 10. Andel som upplever tillit till andra människor 2018.

En minskning av andelen personer som upplever tillit till andra människor

I Jämtland Härjedalen är det 75 procent av kvinnorna och 73 procent av männen som upplever tillit men det är ingen säkerställd skillnad mellan könen, sett till länet totalt är det 74 procent. Det är minst andel personer i åldersgruppen 16–29 år som upplever tillit till andra människor. Utifrån utbildningsnivå är det en större andel med eftergymnasial utbildning som upplever tillit till andra människor jämfört med personer med gymnasial utbildning. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionshinder och födda utomlands.



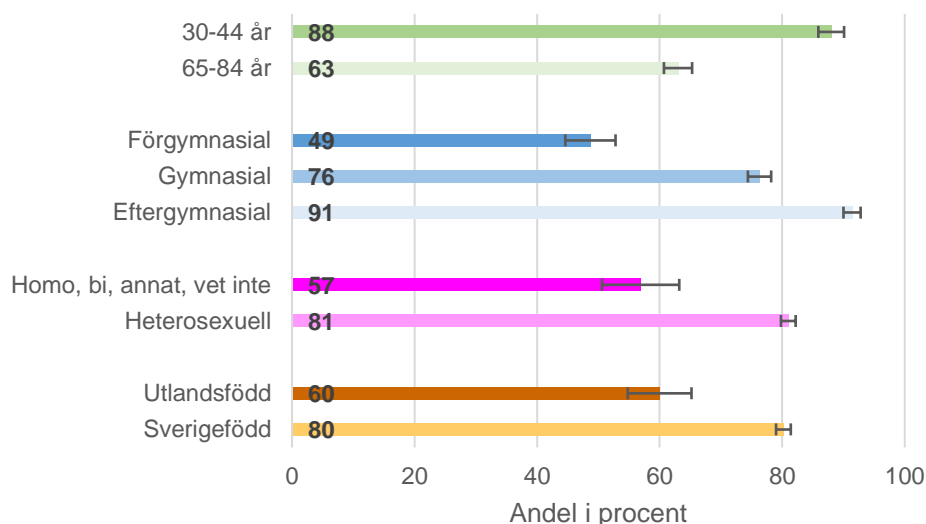
Figur 11. Andel som upplever tillit till andra människor över tid.

Det är en mindre andel både kvinnor och män som upplever tillit till andra människor 2018 än vad det var 2010, då både kvinnor och män låg på 79 procent. Det är en mindre andel personer i alla åldersgrupper förutom 65–84 år, som upplever tillit till andra människor 2018 jämfört med 2010, störst minskning är det i åldersgruppen 16–29 år. I alla utbildningsgrupper och personer som haft ekonomisk kris har andelen som upplever tillit till andra människor

minskat från 2010 till 2018. En signifikant minskning över tid finns även bland personer som har funktionshinder.

Socialt deltagande

Även om det har en liten påverkan, är social isolering en accepterad riskfaktor för sjuklighet och dödlighet (Leigh-Hunt, 2017). Socialt deltagande utgår ifrån deltagande i två eller fler aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Alternativen innefattar studiecirkel/kurs på arbetsplats och fritid, fack-/föreningsmöte, teater/bio, konstutställning/ museum, religiös sammankomst, sporttillställning, skrivit i blogg eller insändare i tidning/tidskrift, demonstration, offentlig tillställning t.ex. danstillställning/ marknadsbesök eller liknande, större släktsammankomst, privat fest, följt sociala nätverkssajter på internet, skrivit inlägg/deltagit i diskussioner eller spelat med andra på nätet. De aktiviteter som är mest frekvent i länsresultatet är privat fest, teater eller bio, offentlig tillställning, följt sociala nätverkssajter på internet och sporttillställning.



Figur 12. Andel som är socialt deltagande 2018.

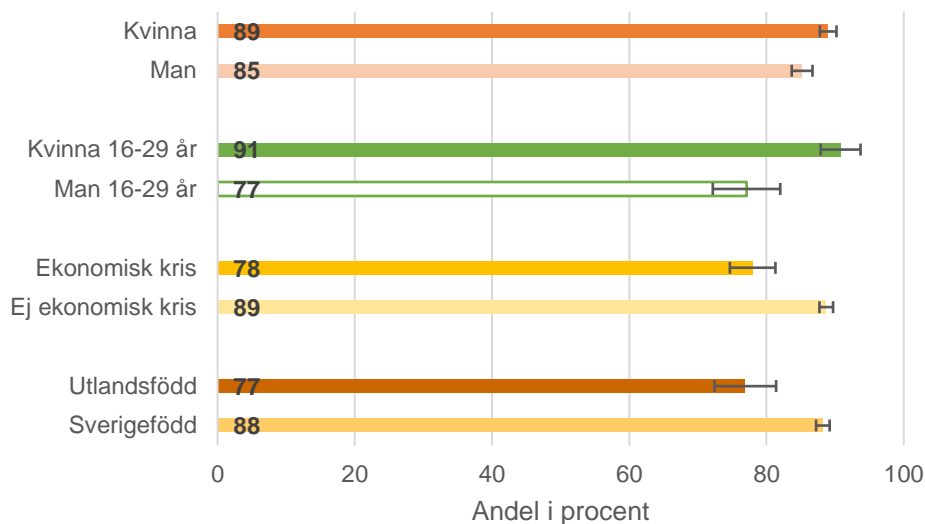
Stora skillnader utifrån utbildningsnivå gällande socialt deltagande

Jämfört med riket visar länet på en mindre andel personer som är deltagande i sociala aktiviteter, 78 procent jämfört med 83 procent i riket. I länet är det en högre andel kvinnor, 80 procent som har ett socialt deltagande jämfört med 76 procent av männen. Det är minst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som deltar i sociala aktiviteter. Det är stor skillnad i socialt deltagande utifrån utbildningsnivå. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionshinder och personer som är födda utomlands.

Socialt stöd

Socialt stöd redovisas både som emotionellt och praktiskt stöd. I enkäten definieras emotionellt stöd utifrån svaret "Ja" på frågan: "Har du någon du kan dela dina innersta känslor

med och anförtro dig åt?”. Praktiskt stöd definieras utifrån svaret ”Ja, alltid” eller ”Ja, för det mesta” på frågan: ”Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.”



Figur 13. Andel som har emotionellt stöd 2018.

Majoriteten har socialt stöd men tendens finns till en nedåtgående utveckling

I Jämtland Härjedalen är det 87 procent som har emotionellt stöd, men det är en högre andel kvinnor jämfört med män. Det är ingen skillnad mellan åldersgrupperna men i åldersgruppen 16–29 år finns en skillnad mellan könen, det är en större andel kvinnor än män som har emotionellt stöd. Likaså är det en större andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med personer med de lägre utbildningsnivåerna som har emotionellt stöd. Även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionshinder och födelse land finns säkerställda skillnader.

2018 är det en mindre andel personer i åldersgruppen 16–29 år som har emotionellt stöd, 89 procent 2010 och 84 procent 2018. Även för gruppen som har haft ekonomisk kris finns en negativ utveckling då det är en mindre andel, 78 procent 2018 jämfört med 2010 då det var 87 procent.

I Jämtland Härjedalen är det 95 procent av kvinnorna och 94 procent av männen som har praktiskt stöd men det är ingen säkerställd skillnad mellan könen. Det är en större andel personer med eftergymnasial utbildning, personer som identifierar sig som heterosexuella, som inte haft ekonomisk kris, som inte har funktionshinder och som är födda i Sverige som har praktiskt stöd.

Bland både kvinnor och män är det en mindre andel som har praktiskt stöd 2018 än vad det var 2010 och den minskningen har skett med 3–4 procentenheter i alla åldersgrupper. Det är en lägre andel kvinnor i alla åldersgrupper 2018 jämfört med 2010 som har praktiskt stöd men gällande män, finns en minskning i åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år. Den största

minskningen har skett bland personer som haft ekonomisk kris som har sjunkit från 97 procent 2010 till 86 procent 2018. Det är även en nedåtgående tendens hos personer med funktionshinder som har minskat från 98 procent 2010 till 91 procent 2018.

Ekonomiska förhållanden

Personer som har svarat "Ja, vid ett tillfälle" eller "Ja, vid flera tillfällen" på frågan "Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?". Det är önskvärt med en låg siffra.

Minst andel äldre som haft ekonomisk kris

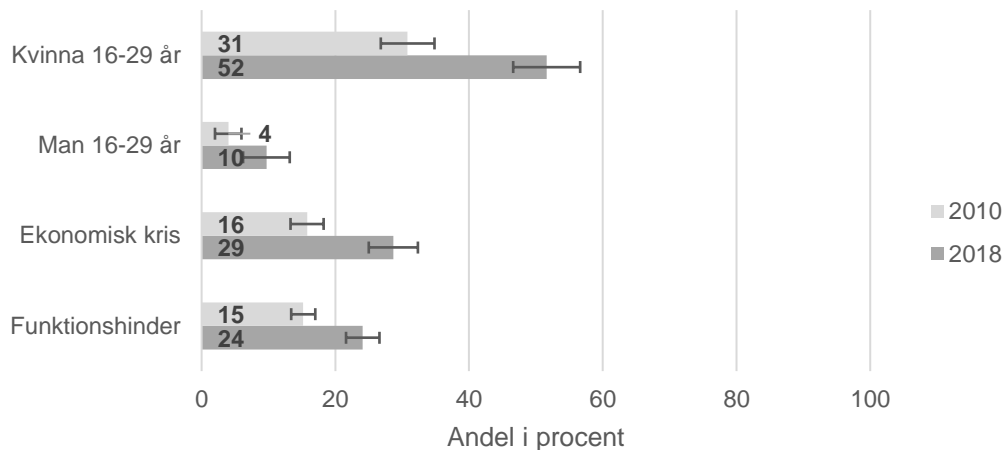
I länet är det 15 procent som haft ekonomisk kris det senaste året och det är ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män, 17 respektive 14 procent. Det är minst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som haft ekonomisk kris. Utifrån utbildningsnivå är det ingen skillnad, cirka 15 procent i de tre grupperna. Signifikanta skillnader finns utifrån sexuell identitet, funktionshinder och de som är födda utomlands. Inga säkerställda skillnader finns 2018 jämfört med 2010.

Otrygghet utomhus

Otrygghet utomhus utgår ifrån enkätfrågan: "Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?" med svarsalternativen "Nej, "Ja, ibland" eller "Ja, ofta". Presenterat resultat utgår ifrån en sammanslagning av svaren "Ja, ibland" och "Ja, ofta". Det är önskvärt med en låg siffra.

Lägre upplevd otrygghet i länet jämfört med riket men stora könsskillnader

Jämfört med riket är det en mindre andel personer i Jämtland Härjedalen som upplever otrygghet för att vistas utomhus, 19 procent i länet respektive 28 procent i riket. Det är en större andel kvinnor än män i länet som någon gång avstått från att gå ut ensam, 33 procent respektive 7 procent. Det är en större andel kvinnor i åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år och 45–64 år jämfört med männen i samma åldersgrupp som upplever otrygghet utomhus, skillnaden är dock störst i den yngsta åldersgruppen där det är 52 procent av kvinnorna och 10 procent av männen. Det är en mindre andel personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning som upplever otrygghet utomhus. Även skillnader finns utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionshinder.



Figur 14. Andel som upplever otrygghet utomhus över tid.

Vid jämförelse med 2006 när det var 32 procent av kvinnorna är det dock ingen skillnad mot undersökningen 2018. 2010 var det 24 procent av kvinnorna som upplevde otrygghet utomhus vilket var en mindre andel jämfört med 2018 när det är 33 procent av kvinnorna. I alla åldersgrupper förutom den äldsta, 65–84 år, har det blivit en större andel som upplever otrygghet utomhus 2018 än vad det var 2010. Störst är skillnaden i den yngsta åldersgruppen där det nästan är en dubbling och även där finns en ökning av andel män, vilket inte finns i de andra åldersgrupperna. Även andelen personer som har gymnasial och eftergymnasial utbildning, haft ekonomisk kris senaste året och personer med funktionshinder har ökat till 2018.

Kränkande bemötande

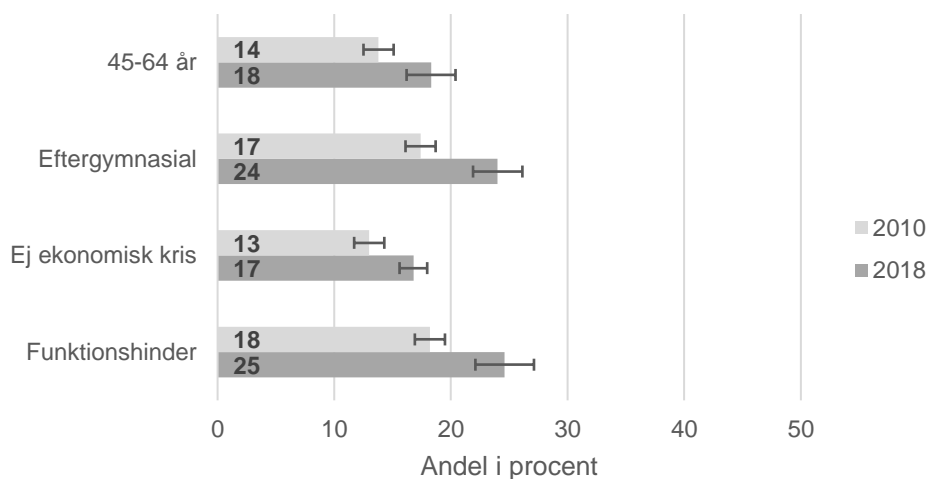
Kränkande bemötande är tänkt att ge en viss indikation på diskriminering. Diskriminering minskar möjligheten till delaktighet och inflytande i samhället, utestänger människor från arbetsmarknaden och särbehandlar människor. Erfarenheter av diskriminering kan vidare ge upphov till både akut och kronisk stress, vilket kan orsaka nedsatt psykiskt välbefinnande (Frykman, 2006). Frågeformuleringen för kränkande bemötande lyder: "Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?" Svaren "Ja, någon gång" och "Ja, flera gånger" räknas som kränkande bemötande. Det är önskvärt med en låg siffra.

Unga kvinnor är störst till andel att ha blivit utsatt för kränkande bemötande

Av de 19 procent som upplevt kränkande bemötande de senaste tre månaderna i länet är det 83 procent som upplevt det någon gång och 17 procent som upplevt det flera gånger. Bortsett från alternativet "Annat" var vanligaste orsaken till att ha blivit utsatt för kränkande bemötande enligt de svarande: kön, vet inte, ålder och utseende. Flera svarsalternativ kunde väljas.

I Jämtland Härjedalen är det 19 procent som blivit utsatt kränkande bemötande de senaste tre månaderna, vilket är en signifikant lägre andel jämfört med riket där det är 22 procent. I

länet är det en större andel kvinnor än män som blivit utsatt för kränkande bemötande, 24 respektive 14 procent. Personer i åldersgruppen 65–84 år uppger i lägst utsträckning (8 procent) att de blivit utsatta för kränkande bemötande de senaste tre månaderna. I de övriga åldersgrupperna finns en skillnad mellan könen som är störst i den yngsta åldersgruppen. Ju högre utbildningsnivå, desto större andel är det som blivit utsatt för kränkande bemötande. Även personer som haft ekonomisk kris, som har funktionshinder eller som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, är större till andel som blivit utsatt för kränkande bemötande de senaste tre månaderna.



Figur 15. Andel som blivit utsatt för kränkande bemötande/behandling över tid.

Det är en signifikant ökning av andelen kvinnor som blivit utsatt för kränkande bemötande 2018 jämfört med 2010, från 20 till 24 procent. 2018 jämfört med 2010 är det en större andel personer i åldersgruppen 45–64 år, personer med eftergymnasial utbildning, personer som ej haft ekonomisk kris och personer som har funktionshinder som har blivit utsatt för kränkande bemötande.

Hot om våld och utsatthet för fysiskt våld

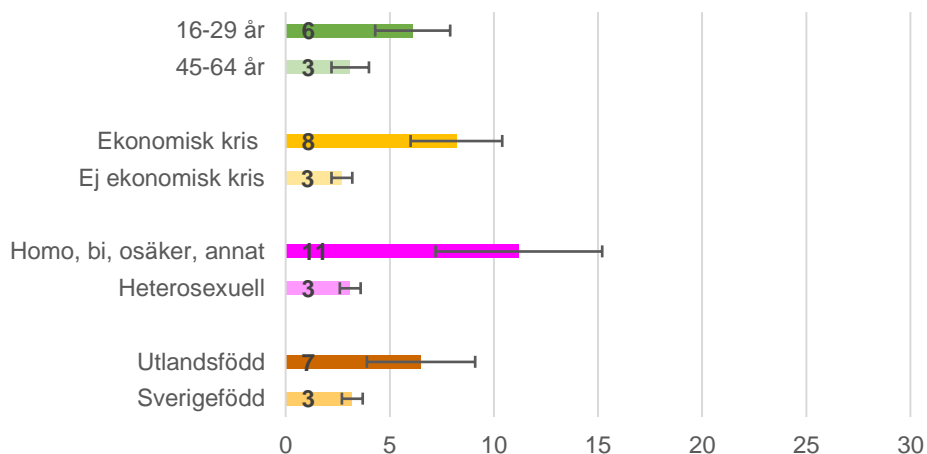
Att ha blivit utsatt för allvarligt fysiskt våld kan få både fysiska och psykiska konsekvenser, så som psykosomatiska symtom, PTSD-symtom, självskadebeteende eller riskbruk av alkohol (Lucas, 2014). Hot om våld utgår från frågan: "Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?" med svaret "Ja". Utsatt för våld räknas svaret "Ja" på frågan: "Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?". I båda frågorna är det önskvärt med en låg siffra.

De är ingen skillnad utifrån utbildningsnivå och hot om eller utsatthet för våld

I Jämtland Härjedalen är det en mindre andel personer än i riket som blivit utsatt för hot om våld, 4 procent i länet och 5 procent i riket. I länet är det ingen säkerställd skillnad mellan könen, kvinnor 4 procent och män 3 procent. Dock är det en mindre andel män i länet jämfört med riket som blivit utsatt för hot om våld, 3 procent respektive 5 procent. Det är en större

andel personer med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning. Även personer som haft ekonomisk kris, identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte och personer som har funktionshinder, uppger i högre utsträckning att de blivit utsatta för hot om våld.

Andelen personer som har funktionshinder och som har blivit utsatt för hot om våld har ökat från 3 procent 2010 till 5 procent 2018.



Figur 16. Andel som blivit utsatta för fysiskt våld 2018.

I Jämtland Härjedalen är det en större andel män än kvinnor som blivit utsatt för fysiskt våld, 4 procent respektive 3 procent. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år än i åldersgruppen 45–64 år som blivit utsatt för fysiskt våld. Personer som haft ekonomisk kris, som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, eller är född utanför Sverige har blivit utsatt för fysiskt våld i större utsträckning.

2018 är det en större andel personer med funktionshinder som blivit utsatta för fysiskt våld än vad det var 2010, 5 procent respektive 2 procent.

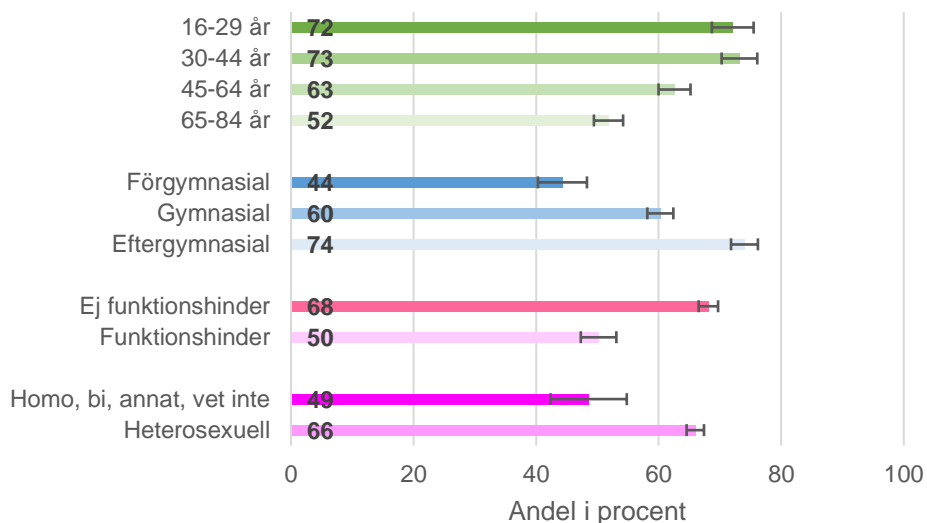
Levnadsvanor

I detta avsnitt presenteras resultatet för fysisk aktivitet, stillasittande, intag av frukt och grönt, söta drycker, daglig rökning och snusning, riskkonsumtion av alkohol, narkotika och riskabelt spelande.

Fysiskt aktiva 150 minuter per dag

Rekommendationerna för fysisk aktivitet med primärt syfte att främja hälsa är för vuxna sammanlagt minst 150 minuter per vecka på en måttligt ansträngande nivå (Jansson, Hagströmer & Andreassen, 2016). Att vara fysiskt aktiv minskar risken att dö i förtid och att insjukna i de flesta av våra stora folksjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, fetma, typ 2-diabetes, cancer och depression (Wennberg et al., 2016). Fysisk aktivitet minst 150 min/vecka

bildas av två frågor: "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, t.ex. löpning, motionsgymnastik eller bollsport?" och "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, t.ex. promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)". Resultatet från de två frågorna vägs samman till ett gemensamt mått som kallas aktivitetsminuter. Frågan är reviderad vilket innebär att inga jämförelser kan göras över tid.



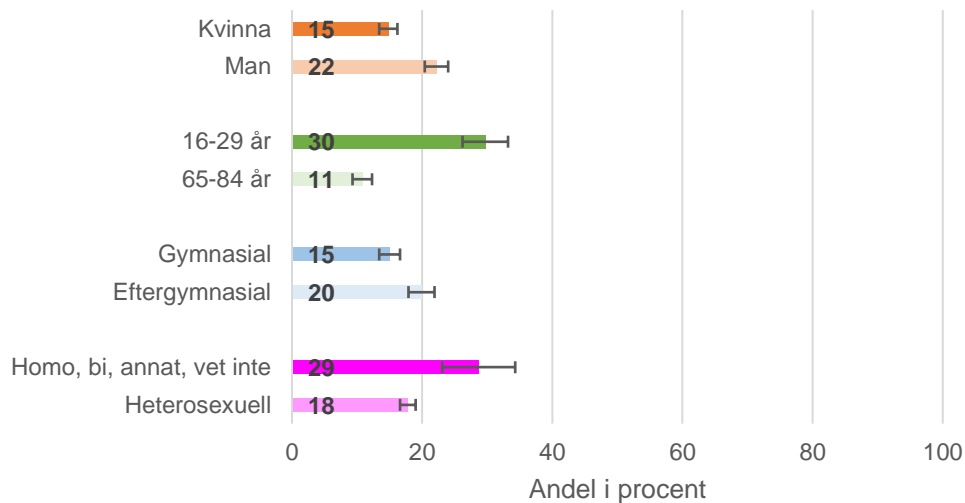
Figur 17. Andel som är fysiskt aktiva 150 minuter per vecka 2018.

Tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå och fysisk aktivitet

I länet är det 64 procent som är fysiskt aktiva och det är inte någon skillnad mellan könen, kvinnor 63 procent och män 65 procent. Det är en större andel personer i de yngre åldersgrupperna som är fysiskt aktiva jämfört med de äldre. Det är en tydlig social gradient utifrån utbildningsnivå, det är en högre andel personer som är fysiskt aktiva ju längre utbildning. Signifikanta skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, personer som har funktionshinder, sexuell identitet och utifrån födelse land.

Stillasittande 10 timmar eller mer per dygn

Långvarigt stillasittande bör undvikas och den totala tiden för tiden för stillasittande är relaterad till ökad risk för ohälsa så som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, typ 2-diabetes och att dö i förtid (Biswas et al., 2015). Stillasittande definieras utifrån frågan "Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?" Personer som fyllt i att de sitter 10 timmar eller mer betraktas i denna rapport vara stillasittande. Frågan är ny och jämförelser över tid är därför inte möjligt. Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 18. Andel som är stillasittande 10 timmar eller mer per dygn 2018.

Kvinnor är stillasittande i mindre utsträckning än män

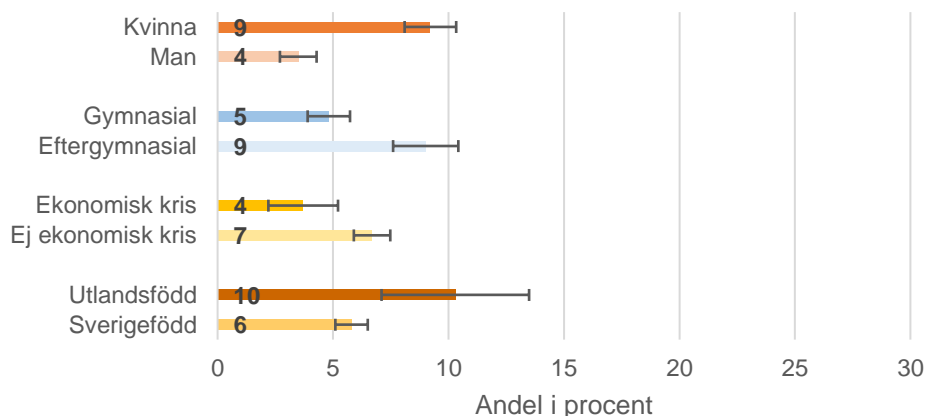
Det är en mindre andel kvinnor i Jämtland Härjedalen (15 procent) som är stillasittande jämfört med andelen kvinnor i riket (18 procent). Kvinnor i länet är även lägre till andel jämfört med männen i länet som är stillasittande. I länet är det totalt 19 procent som är stillasittande. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som är stillasittande jämfört med andelen i åldersgruppen 65–84 år. I de tre åldersgrupperna 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år är det en större andel män än kvinnor som är stillasittande. Skillnader finns också utifrån utbildningsnivå där det är en större andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med gymnasial utbildning som är stillasittande. Även utifrån sexuell identitet och funktionshinder finns skillnader.

Goda matvanor

Livsmedelsverket rekommenderar att äta minst 500 gram frukt och grönsaker per dag. Vid intag av mycket frukt och grönsaker minskar risken för bl.a. hjärt- och kärlsjukdom, vissa cancerformer och fetma. Vid konsumtion av två portioner sockersötade drycker eller fler per vecka finns en ökad risk för diabetes typ 2 (Brugård Konde et al., 2015).

500 gram frukt och grönsaker per dag

Frukt- och grönsakskonsumtion är en sammanslagning av två frågor: *"Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter? Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm"* och *"Hur ofta äter du frukt och bär? Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt."* De som äter minst 500 gram frukt och grönt per dag redovisas i denna rapport. Det är önskvärt med en hög siffra.



Figur 19. Andel som äter 500 gram frukt och grönsaker per dag 2018.

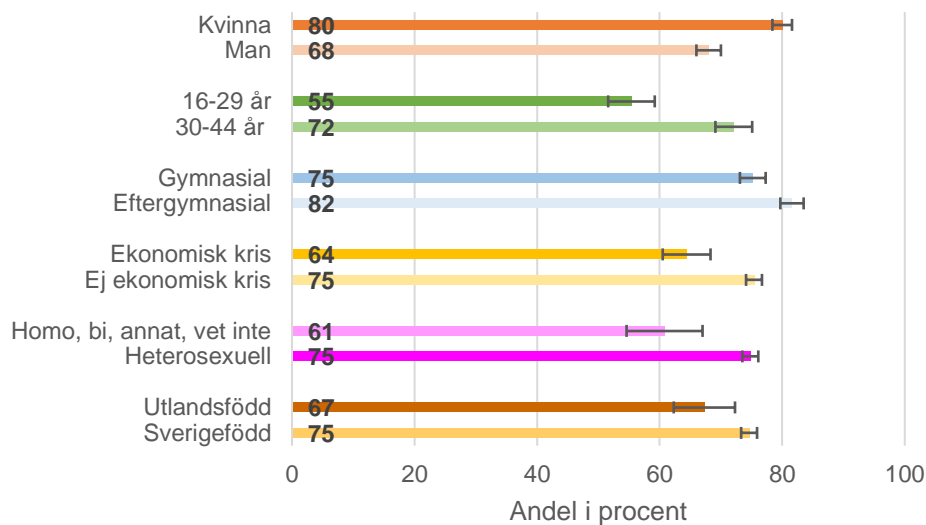
Det är en fortsatt väldigt låg andel av länets befolkning som når rekommendationerna

Det är en mindre andel personer i länet jämfört med riket som äter 500 gram frukt och grönsaker per dag, 6 procent i länet och 8 procent i riket. Det är en större andel kvinnor i Jämtland Härjedalen än män som når rekommendationerna om dagligt intag av frukt och grönsaker. I alla åldersgrupper är det en större andel kvinnor än män som äter 500 gram frukt och grönsaker per dag, störst skillnad är i åldersgruppen 16–29 år där det är 12 procent av kvinnorna respektive 3 procent av männen. Det är en större andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med gymnasial utbildning som når rekommendationerna. Personer som är födda utanför Sverige är större till andel som äter 500 gram frukt och grönsaker per dag. Det syns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden.

Sedan 2010 finns inga skillnader i någon grupp gällande andel personer som når upp till 500 gram frukt och grönsaker per dag.

Dricker sällan sötade drycker

Söta drycker definieras utifrån frågan "Hur ofta dricker du läsk, saft eller andra sötade drycker? De som en gång i veckan eller mer sällan dricker söta drycker presenteras i denna rapport. Frågan är ny och jämförelser över tid är därför inte möjligt. Det är önskvärt med en hög siffra.



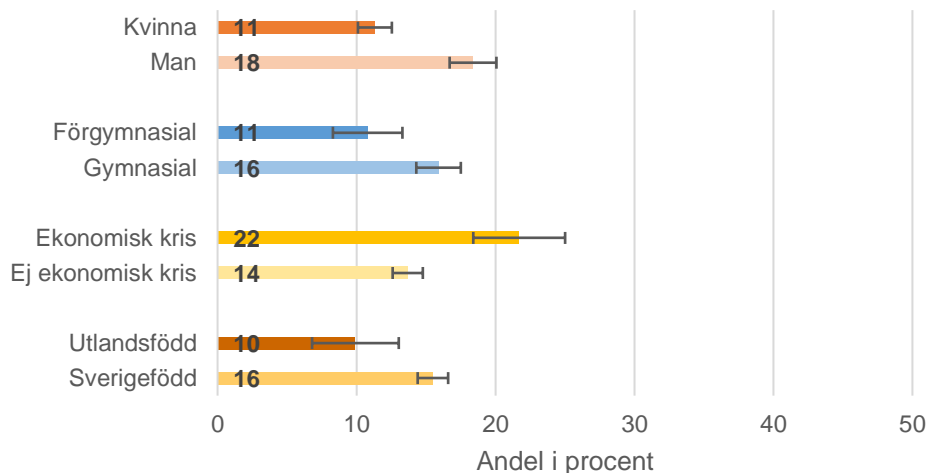
Figur 20. Andel som dricker sötade drycker en gång per vecka eller mer sällan 2018.

Det är en större andel kvinnor som sällan dricker sötade drycker

I länet är det 74 procent som dricker sötade drycker en gång per vecka eller mer sällan. Det är en större andel män i Jämtland Härjedalen jämfört med kvinnor som dricker söta drycker mer frekvent. Det är minst andel personer i åldersgruppen 16–29 år som dricker söta drycker en gång i veckan eller mer sällan. Skillnader mellan könen finns i de två äldsta åldersgrupperna där det är en större andel kvinnor än män som sällan dricker söta drycker. Skillnader finns också utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, födelseland och sexuell identitet.

Risikkonsumtion av alkohol

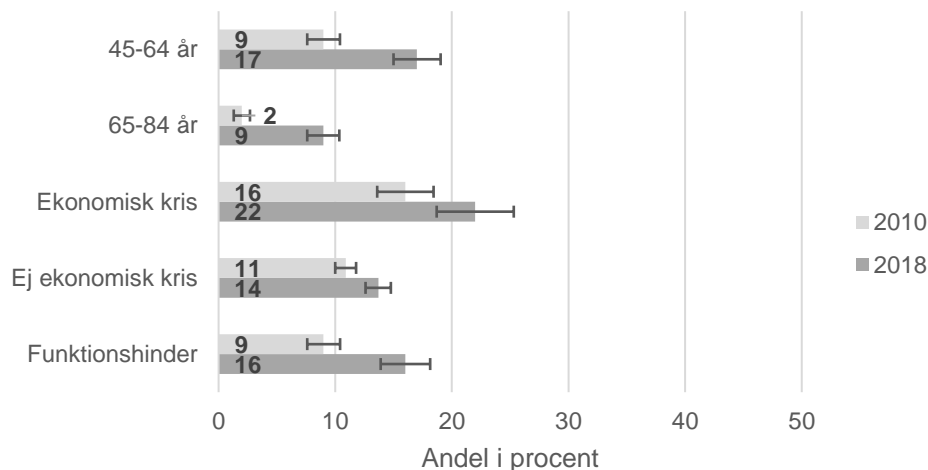
De personer som har en risikkonsumtion av alkohol har en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, leversjukdomar, cancer och typ 2-diabetes men också att det kan orsaka skador på andra människor (Allebeck et al., 2018). Riskabel alkoholkonsumtion är ett summaindex av tre frågor om alkoholvanor (*hur ofta man druckit alkohol de senaste 12 månaderna, hur många glas man dricker en typisk dag då man dricker alkohol, samt hur ofta man dricker fem glas eller fler vid samma tillfälle för kvinnor eller sex glas eller fler vid samma tillfälle för män*). Samtliga som svarat på minst en av frågorna ingår i beräkningen. Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 21. Andel som har riskkonsumtion av alkohol 2018.

En ökning av andelen äldre personer som har riskkonsumtion av alkohol

I länet är det 15 procent som har en riskkonsumtion av alkohol och det är en större andel män än kvinnor som har det. Riskkonsumtionen av alkohol är mindre till andel hos kvinnor än män i åldersgrupperna 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år. Utifrån utbildningsnivå är det störst andel personer med gymnasial utbildning som har riskkonsumtion av alkohol. Det är ingen säkerställd skillnad mellan personer med förgymnasial utbildning (11 procent och eftergymnasial utbildning 12 procent). Det är en större andel personer som haft ekonomisk kris och personer som är födda i Sverige som har riskkonsumtion av alkohol.

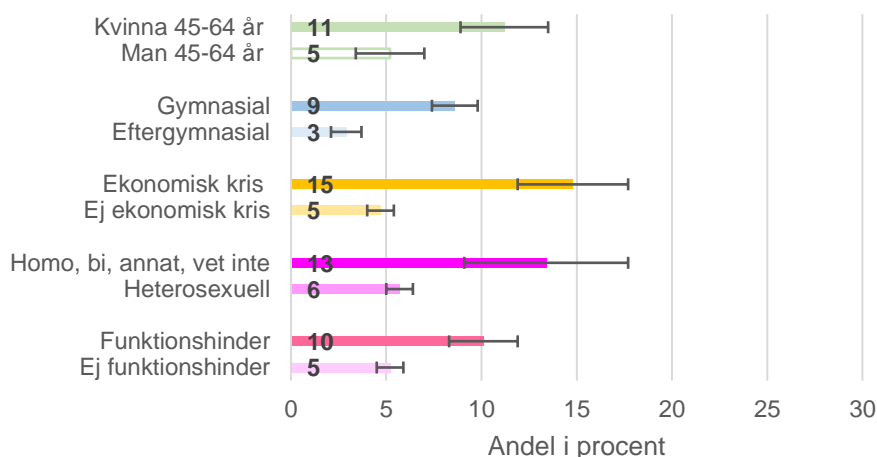


Figur 22. Andel som har riskkonsumtion av alkohol över tid.

Det är en större andel personer i åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år som har riskkonsumtion av alkohol 2018 jämfört med 2010. Även personer som har funktionshinder och som har riskkonsumtion av alkohol är större 2018 än vad den var 2010. Riskkonsumtion av alkohol har dessutom ökat oavsett ekonomiska förhållanden.

Daglig rökning

Rökning är den främsta riskfaktorn för bl.a. lungsjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och att dö i förtid (1177 Vårdguiden, 2018a). Daglig rökning utgår från dem som svarat "Ja, dagligen" på frågan "Röker du?". Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 23. Andel som röker dagligen 2018.

En positiv utveckling att daglig rökning minskar

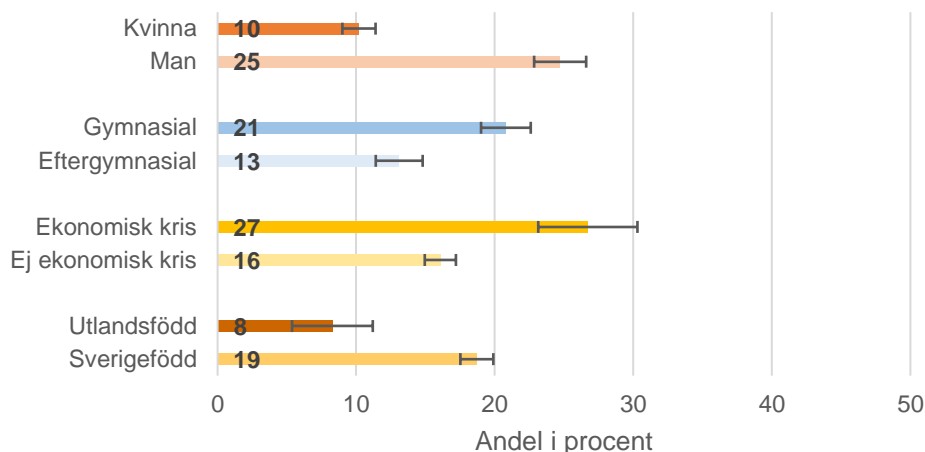
I länet är det 6 procent som röker dagligen och det är ingen säkerställd skillnad mellan könen, kvinnor 7 procent och män 5 procent. I åldersgruppen 45–64 år är det en mindre andel män än andelen kvinnor i samma åldersgrupp som röker dagligen. Det är en större andel personer med gymnasial utbildning som röker dagligen jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionshinder och sexuell identitet.

Sedan undersökningen 2006 är det en halvering av både andel kvinnor och män som röker dagligen 2018. Från 2010 har minskningen skett i åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år. Minskningen finns även i alla utbildningsnivåer, då andelen sjunkit från 15 till 9 procent i gruppen förgymnasial, från 13 till 9 procent för gruppen gymnasial och från 6 till 3 procent för gruppen med eftergymnasial utbildning.

I länet är det 0,5 procent som dagligen röker e-cigaretter med eller utan nikotin, vilket är en mindre andel än i riket. Inga andra säkerställda skillnader finns mellan några grupper på länsnivå eller över tid då frågan är ny.

Daglig snusning

Snus innehåller cancerframkallande ämnen och ger bl.a. en ökad risk för typ-2 diabetes (1177 Vårdguiden, 2018a). Daglig snusning utgår ifrån svaret "Ja, dagligen" på frågan: "Snusar du?". Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 24. Andel som snusar dagligen 2018.

Det är en större andel personer i länet jämfört med riket som snusar dagligen

Det är en större andel personer i Jämtland Härjedalen jämfört med riket som snusar dagligen, 18 respektive 11 procent. I länet är det en mindre andel kvinnor som snusar dagligen jämfört med andelen män. Åldersgruppen 65–84 år är den åldersgrupp med minst andel som snusar dagligen (10 procent). I de övriga åldersgrupperna är det cirka 20 procent. I alla åldersgrupper skiljer det 13–15 procentenheter mellan könen och det är en mindre andel kvinnor som snusar dagligen. Det är en större andel personer som haft ekonomisk kris som snusar dagligen jämfört med andelen personer som inte haft ekonomisk kris. Skillnader finns även utifrån utbildningsnivå och funktionshinder. Det är en mindre andel personer som är födda utanför Sverige som snusar dagligen jämfört med personer som är födda i Sverige.

Det är en större andel kvinnor i åldersgruppen 65–84 år som snusar dagligen 2018 jämfört med 2010, andelen har ökat från 1 till 3 procent. 2018 är det även en större andel personer med funktionshinder som snusar dagligen jämfört med 2010, då det ökat från 17 till 22 procent.

Provad cannabis senaste året

Bruk av cannabis kan leda till beroende och vid långvarigt bruk försämras vissa kognitiva funktioner och ökad risk att utveckla psykotiska symtom, schizofreni och psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2017b). Frågan gällande narkotika lyder: "Har du någon gång använt hasch eller marijuana", de som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" redovisas nedan. Det är önskvärt med en låg siffra.

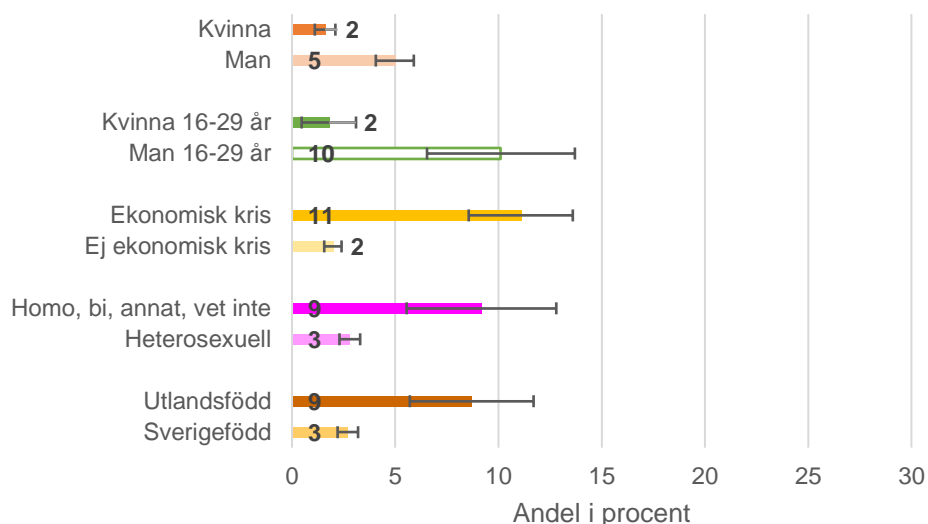
Könsskillnad i andelen personer som provat hasch eller marijuana

Det är en mindre andel personer i Jämtland Härjedalen (2 procent) jämfört med riket (3 procent) som någon gång det senaste året har provat hasch eller marijuana. Det är en signifikant skillnad mellan kvinnor och män i länet, 1 procent kvinnor respektive 3 procent män som använt hasch eller marijuana det senaste året. Dock ligger män i länet lägre än riket där

andelen är 4 procent. Det är störst andel yngre personer som använt hasch eller marijuana (7 procent). Det är dock i åldersgruppen 30–44 år som det är en signifikant skillnad mellan könen, 4 procent av männen och 1 procent av kvinnorna. Det är en större andel personer som haft ekonomisk kris (6 procent) än andelen som inte haft ekonomisk kris (1 procent) som använt hasch eller marijuana senaste året.

Riskabelt spelande

Spel om pengar kan få negativa konsekvenser såväl socialt, ekonomiskt och hälsomässigt, både fysiskt och psykiskt (Folkhälsomyndigheten 2018b). Riskabla spelvanor utgår ifrån fyra frågor som bildar ett index: "Har du under de senaste 12 månaderna... spelat för mer än du verkligen haft råd att förlora?", "...behövt spela för större summor för att få samma känsla av spänning?", "Hur ofta har det hänt att du återvänt någon annan dag för att vinna tillbaka det du förlorat?" och "Hur ofta har du lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för?" Svartalternativen är "Aldrig", "Ibland", "Ofta", "Nästan" och "Alltid". Frågan reviderades 2014 och därför kan inga jämförelser göras längre tillbaka än så. Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 25. Andel som har riskabelt spelande 2018.

Riskabelt spelande vanligare bland män

I länet är det 3 procent som har riskabelt spelande. Det är en mindre andel kvinnor än män i länet som har riskabelt spelande. Det är dubbelt så stor andel personer i åldersgruppen 16–29 år (6 procent) jämfört med andelen personer i åldersgruppen 45–64 år (3 procent) som har riskabelt spelande. 16–29 år är den åldersgrupp där det finns en skillnad mellan kvinnor och män. Det finns inga skillnader utifrån utbildningsnivå. Det är en större andel personer som haft ekonomisk kris och personer som är födda utanför Sverige som har riskabelt spelande. Det finns även säkerställda skillnader utifrån sexuell identitet.

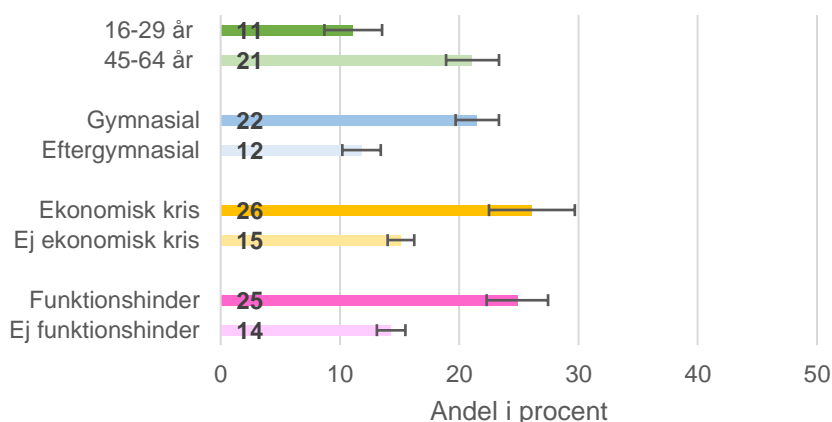
Det finns inga tendenser som är signifikant säkerställda om varken positiv eller negativ utveckling sedan 2014 gällande riskabelt spelande.

Sjukdomar och besvär

I detta avsnitt redovisas fetma, högt blodtryck, diabetes och svåra besvär av sömnsvårigheter.

Fetma

Fetma är en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och att dö i förtid. Risken för högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, stroke och typ 2-diabetes ökar om man har fetma (World Health Organization. 2014). Fetma mäts genom BMI, body mass index, uträknad med hjälp av längd och vikt som respondenten själv har fått fylla i. Fetma definieras som ett BMI högre än 30 och övervikt definieras som ett BMI mellan 25-30. Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 26. Andel som har fetma 2018.

Skillnader i fetma finns utifrån socioekonomi

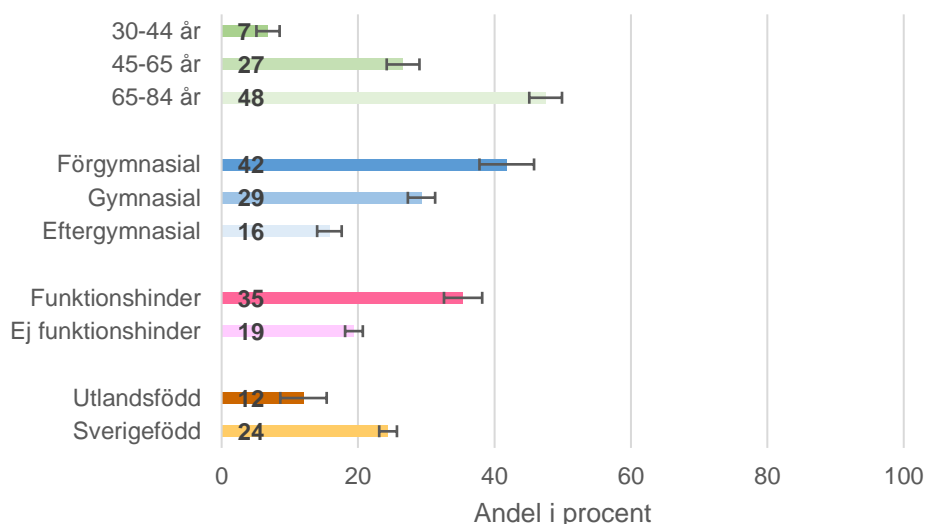
I Jämtland Härjedalen är det 17 procent som har fetma. Det är ingen skillnad mellan könen gällande andelen som har fetma, 17 procent av kvinnorna och 16 procent av männen. Det är en lägre andel personer i åldersgruppen 16–29 år och 30–44 år jämfört med 45–64 år som har fetma. Det finns skillnader i fetma utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och funktionshinder.

Resultatet visar att andelen personer som har fetma har ökat från 12 procent 2006 till 16 procent 2010 för att ligga på samma nivå år 2018. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som har fetma 2018 jämfört med 2010, det är en ökning från 7 till 11 procent.

53 procent av de mellan 16–84 år i länet har övervikt eller fetma. I Jämtland Härjedalen är det en mindre andel kvinnor som har övervikt eller fetma än män, 48 procent respektive 58 procent. Det är störst andel i åldersgruppen 45–64 år där det är 64 procent och minst andel i åldersgruppen 16–29 år. I de tre äldsta åldersgrupperna är det en större andel män än kvinnor som har övervikt eller fetma. Det är en mindre andel män i åldersgruppen 30–44 år som har övervikt eller fetma 2018 jämfört med 2010, en minskning från 65 procent till 54 procent 2018.

Högt blodtryck

Högt blodtryck redovisas här som "Ja oavsett besvär eller ej" på frågan: "Har du något/några av följande sjukdomar?" "Högt blodtryck", "Nej", "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär." Det är önskvärt med en låg siffra.



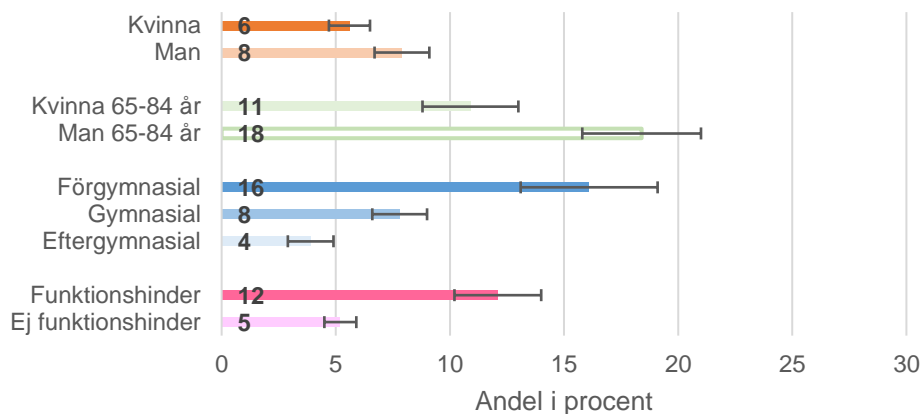
Figur 27. Andel som har högt blodtryck oavsett besvär 2018.

Drygt var femte person i länet har högt blodtryck

I Jämtland Härjedalen är det ingen skillnad mellan könen gällande andelen som har högt blodtryck, 22 procent av kvinnorna och 24 procent av männen och totalt i länet är andelen personer med högt blodtryck 23 procent. Andelen personer med högt blodtryck tenderar att bli större med ålder och det är störst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som har högt blodtryck. Det är en mindre andel personer med eftergymnasial utbildning som har högt blodtryck jämfört med andelen personer med förgymnasial utbildning. Det finns signifikanta skillnader utifrån funktionshinder och födelseland. Jämfört med år 2010 finns inga signifikanta skillnader vad gäller besvär av högt blodtryck i någon grupp.

Diabetes

Diabetes redovisas här som "Ja oavsett besvär eller ej" på frågan: "Har du något/några av följande sjukdomar?" "Diabetes", "Nej", "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär". Det är önskvärt med en låg siffra.



Figur 28. Andel som har diabetes oavsett besvär 2018.

En minskning med andel diabetes i den äldsta åldersgruppen

I Jämtland Härjedalen är det 17 procent som har diabetes. Det är en större andel män i länet som har diabetes jämfört med kvinnor. Det är specifikt i åldersgruppen 65–84 år som det finns en signifikant skillnad mellan könen. Det är även tydligt utifrån utbildningsnivå att ju längre utbildning, desto mindre andel har diabetes. Personer med funktionshinder som har diabetes är större till andel jämfört med personer som inte har funktionshinder.

Den enda förändring över tid är en minskning av andelen personer i åldersgruppen 65–84 år som har diabetes, från 19 till 15 procent mellan 2010–2018.

Svåra besvär av sömnsvärigheter

En god sömn är en viktig del för människans hälsa, framförallt för återhämtningen, både den kroppsliga och den mentala och en god sömn kan också minska risk för sjukdomar (1177 Vårdguiden, 2018b). Sömnsvärigheter redovisas här som "Ja, svåra besvär" på frågan: "Har du något/några av följande besvär eller symtom?" "Sömnsvärigheter?" "Nej", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär". Det är önskvärt med en låg siffra.

Skillnader i sömnsvärigheter utifrån socioekonomi

I Jämtland är det ingen skillnad mellan könen gällande andelen som har svåra sömnbesvär, 7 procent av kvinnorna och 6 procent av männen. Totalt för personer mellan 16–84 år är det 6 procent. Det är ingen skillnad mellan åldersgrupperna men i åldersgruppen 65–84 år är det en högre andel kvinnor (8 procent) än män (3 procent) som har svåra sömnbesvär. En större andel personer som har förgymnasial utbildning, haft ekonomisk kris, definierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, är födda utanför Sverige och som har funktionshinder har svåra sömnsvärigheter i större utsträckning.

Över tid ligger andelen med svåra sömnbesvär konstant och det finns inga signifikanta skillnader hos någon grupp.

Diskussion med behovsanalys

Att knappt hälften av de tillfrågade har valt att svara på enkäten innebär att det finns risk att resultatet i vissa avseenden skulle kunna vara en överskattning av hur hälsan i befolkningen ser ut, då svarsbenägenheten är större i grupper med bl.a. högre disponibel inkomst.

Nationella målet om en god och jämlik hälsa och att minska hälsoklyftorna

Genomgående visar resultatet att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället utifrån kön, ålder, socioekonomi men också utifrån funktionshinder, sexuell identitet och födelseland, på vissa områden är det mer tydligt än på andra. Exempelvis att kvinnor i högre utsträckning har goda levnadsvanor, att det är större andel kvinnor som är socialt deltagande och har emotionellt stöd jämfört med männen. Samtidigt finns det områden som är omvända. Att det är en större andel män än kvinnor som upplever sin hälsa som god, det är en mindre andel män som har nedsatt psykiskt välbefinnande och i mindre utsträckning än kvinnor blivit utsatta för kränkande bemötande.

Resultatet visar på att det finns områden med en tydlig social gradient utifrån utbildningsnivå. Att det är en större andel personer som har längre utbildning än med kortare som är fysisk aktiva utifrån rekommendationerna, upplever sin hälsa som god, är socialt deltagande och når rekommendationerna om 500 gram frukt och grönt per dag. Motsatt finns också, att det är en större andel personer som har längre utbildning som upplevt kränkande bemötande än personer som har kortare utbildning.

Hur ser folkhälsan i länet ut nu jämfört med tidigare undersökningar?

Folkhälsans utveckling sedan de tidigare undersökningarna i länet visar på en positiv utveckling inom några områden. Den tydligaste är att den dagliga rökningen går ner i länet och att vi närmar oss den nationella målsättningen om ett rökfritt Sverige år 2025 som opinionsbildningsprojektet Tobacco Endgame⁶ driver. Trots att minskningen har skett oavsett utbildningsnivå är det fortsatt en större andel personer som har kortare utbildning än med längre utbildning som röker dagligen. Olika styrmedel som exempelvis skatter, lagar och riktlinjer är en av många faktorer som påverkat minskningen av rökning (Folkhälsomyndigheten, 2019). Samtidigt bedrivs ett aktivt arbete på regional och kommunal nivå genom bl.a. ANDT-strategi på länsnivå, Tobaksfri Duo⁷ och tobaksavvänjare på länets hälsocentraler.

Den positiva utvecklingen över tid finns framförallt bland de äldre åldersgrupperna, främst 65–84 år, där andelen med diabetes har minskat sedan 2010. Även andelen som upplever sin hälsa som god fortsätter att öka i den äldsta åldersgruppen, om än det är den åldersgrupp

⁶ Region Jämtland Härjedalen var som första landsting att ställa sig bakom initiativet Tobacco Endgame år 2014 vars målsättning är att mindre än 5 procent av befolkningen röker.

⁷ Tobaksfri Duo är en vetenskapligt utvärderad kontraktmetod för att förebygga tobaksbruk bland skolelever i mellan- och högstadiet.

med minst andel personer som upplever sin hälsa som god. Samma positiva utveckling finns inte för personer mellan 16–29 år där det bl.a. är en mindre andel som upplever sin hälsa som god år 2018 jämfört med 2010. En tendens till negativ utveckling från 2010 till 2018 finns hos personer mellan 45–84 år, det är en större andel som har riskkonsumtion av alkohol.

Många indikatorer inom området trygghet och sociala relationer som inkluderar upplevd otrygghet utomhus, tillit till andra människor, emotionellt stöd, kränkande bemötande och hot om fysiskt våld visar på en negativ tendens sedan år 2010 för den yngsta åldersgruppen. En liknande tendens finns inte på samma sätt för personer mellan 65–84 år.

I de tidigare rapporterna från 2010 och 2014 har specifika fokusområden lyfts utifrån tre åldersgrupper. Specifikt för 2014 var det för unga vuxna *förbättrat psykiskt välbefinnande*, för gruppen medelåldern (30–64 år) var det *att främja goda levnadsvanor* och för gruppen äldre var det *förutsättningar för social samvaro och ökad tillgång till socialt stöd*.

Resultatet från "Hälsa på lika villkor" 2018 visar på att det är en ökning av personer i den yngsta åldersgruppen som upplever stress och det är även den åldersgrupp som har störst andel personer som anger att de upplever ångslan, oro eller ångest. Det är ett fortsatt område att arbeta med för att vända den negativa utvecklingen. Samtidigt har det även i åldersgruppen 30–44 år blivit en större andel som har nedsatt psykiskt välbefinnande och som upplever stress 2018 jämfört med 2010.

Minskat tobaksbruk var den levnadsvana som lyftes specifikt för gruppen i medelåldern år 2014 och årets resultat visar på en fortsatt positiv utveckling inom området, dock är det fortfarande var femte person i åldersgrupperna 30–64 år som snusar dagligen. Tobaksbruket har dock en tydlig koppling till socioekonomi. I och med att det är en större andel personer som har kortare utbildning och som haft ekonomisk kris som brukar tobak dagligen, jämfört med personer som har längre utbildning och som inte haft ekonomisk kris. Att fokusera långsiktigt på övervikt och fetma för gruppen i medelåldern var det andra området att jobba vidare med utifrån 2014 års resultat. Resultatet från 2018 visar på att det är nästan dubbelt så stor andel i åldersgruppen 45–64 år som har fetma jämfört med 16–29 år, dock är det i den yngsta gruppen som andelen har ökat sedan 2010.

För den äldsta gruppen lyftes det sociala deltagandet som ett viktigt område att fokusera på utifrån ett gott åldrande. Det är fortfarande den åldersgrupp som har minst andel personer som deltar i sociala aktiviteter. Dessutom finns tydliga skillnader utifrån utbildningsnivå, att det är större andel personer som har längre utbildning jämfört med kortare som är socialt deltagande. Därtill finns det tendens till en nedåtgående utveckling gällande socialt stöd, främst att det är en mindre andel som har praktiskt stöd 2018 jämfört med tidigare.

Områden att prioritera utifrån utvecklingen över tid och nuläge

Utifrån den utveckling som visar sig vid jämförelser med 2010 års undersökning av "Hälsa på lika villkor" och det nuläge som framkommer i undersökningen 2018 är det tydligt att:

Det psykiska välbefinnandet hos unga vuxna behöver fortsatt prioriteras

En av vår tids stora utmaningar är den psykiska ohälsan (Regeringen, 2018). Nästan var tredje kvinna i åldersgruppen 16–29 år har ett nedsatt psykiskt välbefinnande och det är var femte person mellan 16–44 år i länet som har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. 2018 är det nästan var tredje kvinna som upplever stress jämfört med knappt var femte man i åldersgruppen 16–29 år. Det är i den yngsta åldersgruppen som andelen personer som upplever stress har ökat mellan 2010 och 2018. Den åldersgrupp som upplever ängslan, oro eller ångest i störst utsträckning är den yngsta.

Resultatet som presenteras i denna rapport visar på att det psykiska välbefinnandet är ett viktigt område att stärka bland gruppen unga vuxna. Det är också viktigt att ta hänsyn till bl.a. sexuell identitet och ekonomiska förhållanden då det är en större andel personer som haft ekonomisk kris och som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte som rapporterar ett mindre bra psykiskt mående.

Trygghet och sociala relationer är viktiga områden att arbeta vidare med för att begränsa de negativa tendenserna

Att ha en god social tillvaro och uppleva trygghet är en viktig del i människors hälsa. Det är också en skyddsfaktor för hälsan att vara del i ett socialt sammanhang (Regeringen, 2018). Resultatet i den här rapporten visar på att den äldsta åldersgruppen fortsatt ligger lägst med andel personer som deltar i sociala aktiviteter.

Gällande otrygghet utomhus ligger länet bra till i jämförelse med riket. Det är dock en stor könsskillnad då kvinnor i högre utsträckning känner sig otrygga utomhus, vilket främst gäller den yngsta åldersgruppen. I länet är det en av fem som upplever otrygghet utomhus och har upplevt kränkande bemötande de senaste tre månaderna och båda områdena har haft en negativ utveckling sedan 2010. Sedan 2010 är det en större andel personer i alla åldersgrupper förutom den äldsta som upplever otrygghet utomhus. Störst skillnad finns i yngsta åldersgruppen där det även finns en ökning bland männen vilket inte finns i de övriga åldersgrupperna. Ytterligare områden som visar på en nedåtgående tendens är andelen personer som har tillgång till praktiskt stöd och även andelen som har tillit till andra människor. I Jämtland Härjedalen har det dessutom skett en större minskning jämfört med riket mellan år 2010 och 2018 gällande andelen personer som upplever tillit till andra människor. 2018 ligger inte länet längre signifikant högre än riket utan det är på samma nivå, att det är tre av fyra personer som upplever tillit till andra människor.

Beakta socioekonomi vid arbetet med att främja goda levnadsvanor

Människors socioekonomiska förhållanden och sociala position är en faktor som bidrar till att hälsan är ojämlikt fördelad i befolkningen (Regeringen, 2018). Resultatet visar att det är en större andel män än kvinnor som har sämre levnadsvanor. Det som är tydligast gällande levnadsvanor är dock att socioekonomi har betydelse för att ha goda levnadsvanor, med fördel till personer som har längre utbildning och som inte haft ekonomisk kris.

Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsbördan i Sverige idag (Folkhälsomyndigheten, 2019). Levnadsvanor och då främst fysisk aktivitet och matvanor men även tobaksbruk och riskkonsumtion av alkohol är faktorer som påverkar de sjukdomar och besvär som lyfts i den här rapporten. Resultatet visar på en tydlig social gradient utifrån socioekonomi, vilket är viktigt att beakta i prioriteringar och planering av folkhälsoinsatser. Liknande typ av styrmedel som finns vid arbetet med att minska rökning saknas i arbetet med att förbättra övriga levnadsvanor. Exempelvis ligger andelen personer som når upp till rekommendationerna om 500 gram frukt och grönsaker per dag ligger på en fortsatt väldigt låg nivå.

Avslutande ord

Många av hälsans bestämningsfaktorer ligger utanför individens direkta påverkansmöjligheter och kräver politiska beslut både på nationell nivå men också på regional och kommunal nivå. Att minska ojämlikheten i hälsa är påverkbart genom politiska beslut. Vi människor har olika förutsättningar för att ha god hälsa men genom att skapa goda förutsättningar för alla, underlättar det för individen att göra hälsosamma val.

Folkhälsoarbetet måste ses som ett långsiktigt arbete då resultat sällan visar sig på en gång. Att ha en god samverkan med olika aktörer som föreningslivet, näringslivet och det civila samhället har betydelse då hälsan påverkas av många faktorer i vårt samhälle. I den nya folkhälsopropositionen lyfts det också att det även vid folkhälsoinsatser behöver vara ett stort utbud, både gällande inriktning och innehåll (Regeringen, 2018). Vikten av att samordna länets alla aktörer i regionalt arbete för en jämlik folkhälsa bör lyftas ytterligare. Det finns stora variationer mellan länets kommuner vad det gäller förutsättningar för att arbeta för en jämlik folkhälsa och stöd för detta bör erbjudas. Det krävs gemensamt ansvarstagande mellan den offentliga, privata och idéburna sektorn i Jämtland Härjedalen för att kunna utjämna skillnader i hälsa.

Då länet har en åldrande befolkning är det viktigt att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att vi ska kunna bibehålla hälsan längre och må väl under tiden. Tidiga insatser av hälsofrämjande och förebyggande karaktär är viktiga för att skapa god hälsa i vår befolkning istället för att försöka motverka ohälsa och sjukdom när den väl uppstått.

För att nå visionen i länets folkhälsopolicy och med det reviderade nationella folkhälsomålet som ytterligare trycker på vikten av att minska hälsoklyftorna mellan olika grupper i samhället, är det viktigt att beakta de skillnader som finns i hälsa mellan olika grupper som lyfts i denna rapport. Det är något som måste beaktas i hög utsträckning när folkhälsoinsatser planeras och genomförs.

Referenser

- Allebeck, P., Andreasson, S., Wåhlin, S., Ramstedt, M., Gripenberg, J., Damström-Thakker, K., & Heinemans, N. (2018). *Alkoholkonsumtion och risknivåer: Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer*. Rapport 2018:1. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Från <http://folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf>
- Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S., & Alter, D. A. (2015). *Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis*. *Annals of internal medicine*, 2015; 162:123-32.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Brugård Konde, Å., Bjerselius, R., Haglund, L., Jansson, A., Pearsson, M., Sanner Färnstrand, J., & Johansson, A-K. (2015). *Råd om bra matvanor: Risk – och nyttohanteringsrapport. Rapport 5 – 2015*. Livsmedelsverket.
- Burström, B. & Fredlund, P. (2001). Self-rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 55; 836–840.
- DeSalvo, KB., Fan, VS., McDonell, MB., & Fihn, SD. (2005). Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*, 40(4): 1234–46.
- Folkhälsomyndigheten. (2017a). *Depression – ett stort folkhälsoproblem som kan förebyggas*. Hämtad 20 mars, 2019, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/april/depression-ett-stort-folkhalsoproblem-som-kan-forebyggas/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017b). *Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2018a). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2018b). *Spelproblem påverkar både spelare och närstående negativt*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2019*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Frykman, J. Red. (2006). *Diskriminering ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. Östersund: Folkhälsoinstitutet.

- Jansson, E., Hagströmer, M., & Andreassen, S. A. (2016). Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. I A. Ståhle (Red.), *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandling* (s. 85–97). Stockholm: Läkartidningen Förlag AB/Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet.
- Jen, M. H., Johnston, R., Jones, K., & Sund, E. R. (2010). *Trustful societies, trustful individuals and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey*. *Health and Place*, 16(1), 1022-1029.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. *Public Health*. 2017;152:157–171. doi: 10.1016/j.puhe.2017 07 035.
- Lucas, S. (2014). Del 2. Utsatthet för våld – koppling till hälsa. I *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och män våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. (s.73–87). Uppsala: Nationellt Centrum för kvinnofrid, Uppsala Universitet.
- Regeringen. (2018). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. (Prop. 2017/18:249). Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2015:76. *Ett tandvårdsstöd för alla: Fler och starkare patienter*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från <https://www.regeringen.se/contentassets/215dfdb4959942bca6e032c6b4f9c2af/ett-tandvardsstod-for-alla-fler-och-starkare-patienter-sou-2015-76.pdf>.
- Region Jämtland Härjedalen. (2014). *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025*. Östersund: Region Jämtland Härjedalen.
- Region Jämtland Härjedalen. (2016). *Vår hälsa – länets möjlighet: Folkhälsopolitik för Jämtlands län 2016–2019*. Östersund: Region Jämtland Härjedalen.
- Region Jämtland Härjedalen & Länsstyrelsen i Jämtlands län. (2018). *Läget i länet 2017: en uppföljning av utvecklingsstrategins prioriteringar och mål*. Östersund: Region Jämtland Härjedalen och Länsstyrelsen i Jämtland Härjedalen.
- SCB. (2019). Hämtad från Statistikdatabasen http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/?rxid=c017bdc7-5b79-4e11-8753-6c5450e17b25.
- SCB Befolkningsstatistik. (2019). Hämtad från Folkhälsomyndighetens FolkhälsoStudio <https://www.folkhalsomyndigheten.se/datavisualisering/>.
- Wennberg, P., Cider, Å., Hellénus, M-L., Trolle Lagerros, Y., Grahn Kronhed, A-C., Ribom, E. L., ... Jonsdottir, I. H. (2016). Fysisk aktivitet som prevention. I A. Ståhle (Red.), *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandling* (s. 66–84). Stockholm: Läkartidningen Förlag AB/Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet.
- Vingård, E. (2015). *En kunskapsöversikt: psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm: Forte, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

- World Health Organization. (2014). *Global status report: on noncommunicable diseases 2014*. World Health Organization. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/gbd>.
- Åsberg, M., Grape, T., Krakau, I., Nygren, Å., Rodhe, M., Wahlberg, A. & Währborg, P. (2010). Stress som orsak till psykisk ohälsa. *Läkartidningen*, 107 (19–20), 1307-1310. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se>.
- 1177 Vårdguiden (2018a). *Rökning och snusning*. <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/Tema/Halsa/Alkohol-och-tobak/Rokning-och-snusning/>. [2019-03-20].
- 1177 Vårdguiden (2018b). *Sömnen är viktig för din hälsa*. <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/Tema/Halsa/Somn/Somn/>. [2019-03-14].