

# Hälsa på lika villkor

Rapport för Härjedalens kommun 2018

HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR  
RAPPORT FÖR HÄRJEDALENS KOMMUN 2018  
DNR RS/296/2019

HANDLÄGGARE  
Hanna Viklund och Adam Edler  
Folkhälsosamordnare  
Region Jämtland Härjedalen

GODKÄND AV:  
Susanne Högberg  
Folkhälsoschef  
Region Jämtland Härjedalen

GILTIG FR O M:  
2019-07-05

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN  
BOX 654, 831 27 ÖSTERSUND  
[WWW.REGIONJH.SE](http://WWW.REGIONJH.SE)

# Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	4
INLEDNING .....	4
<i>Styrande dokument för Jämtland Härjedalen</i> .....	6
<i>Regionalt folkhälsoarbete</i> .....	6
<i>Lokalt folkhälsoarbete</i> .....	7
SYFTE OCH MÅL MED RAPPORTEN.....	7
METOD FÖR RAPPORTEN .....	8
<i>Undersökningen, urval och svaranden</i> .....	8
<i>Analys och tolkning av resultat</i> .....	8
<i>Definitioner av bakgrundsvariabler</i> .....	8
BEFOLKNINGEN I HÄRJEDALENS KOMMUN .....	11
<i>Medellivslängd och befolkningsstruktur</i> .....	11
<i>Utbildningsnivå</i> .....	12
RESULTAT HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR.....	12
<i>Hälsa och välbefinnande</i> .....	12
<i>Trygghet och sociala relationer</i> .....	16
<i>Levnadsvanor</i> .....	20
<i>Sjukdomar och besvär</i> .....	24
DISKUSSION MED BEHOVSANALYS.....	26
<i>Avslutande ord</i> .....	28
REFERENSER .....	30

# 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 Härjedalens kommun med nuläge men också sett över tid. Under våren 2018 skickades 832 enkäter ut i kommunen till personer i åldern 16–84 år. Av dessa besvarades 387, en svarsfrekvens på 47 procent.

Över tid har medellivslängden i kommunen ökat och i Härjedalens kommun ligger den något högre jämfört med länet men något lägre än riket. Det är 71 procent av kommunens befolkning som upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd vilket är i nivå med länet och riket. Resultatet visar att Härjedalens kommun sticker ut positivt inom området psykisk hälsa. Det är en lägre andel med nedsatt välbefinnande, upplevd stress och som fått diagnosen depression de senaste 12 månaderna jämfört med riket. Resultatet visar även att andelen personer som är stillasittande 10 timmar eller mer är färre än i riket. När det gäller levnadsvanor framkommer det att bland kvinnor är en lägre andel som har provat cannabis jämfört med riket.

I rapporten lyfts tre utvecklingsområden fram som sticker ut negativt. Andelen socialt deltagande i kommunen är lägre än både länet och riket. När det kommer till levnadsvanor är det en större andel som snusar dagligen i kommunen jämfört med riket. Det tredje området som sticker ut negativt är andelen med högt blodtryck som är högre än både länet och riket.

På länsnivå visar resultatet genomgående att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsoutfall. Även kön, ålder, funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelseland är viktiga bakgrundsfaktorer för hälsan. **Det är därför viktigt att beakta socioekonomi<sup>1</sup> vid folkhälsoarbetet.**

**Utifrån resultaten finns behov att arbeta långsiktigt med följande områden:**

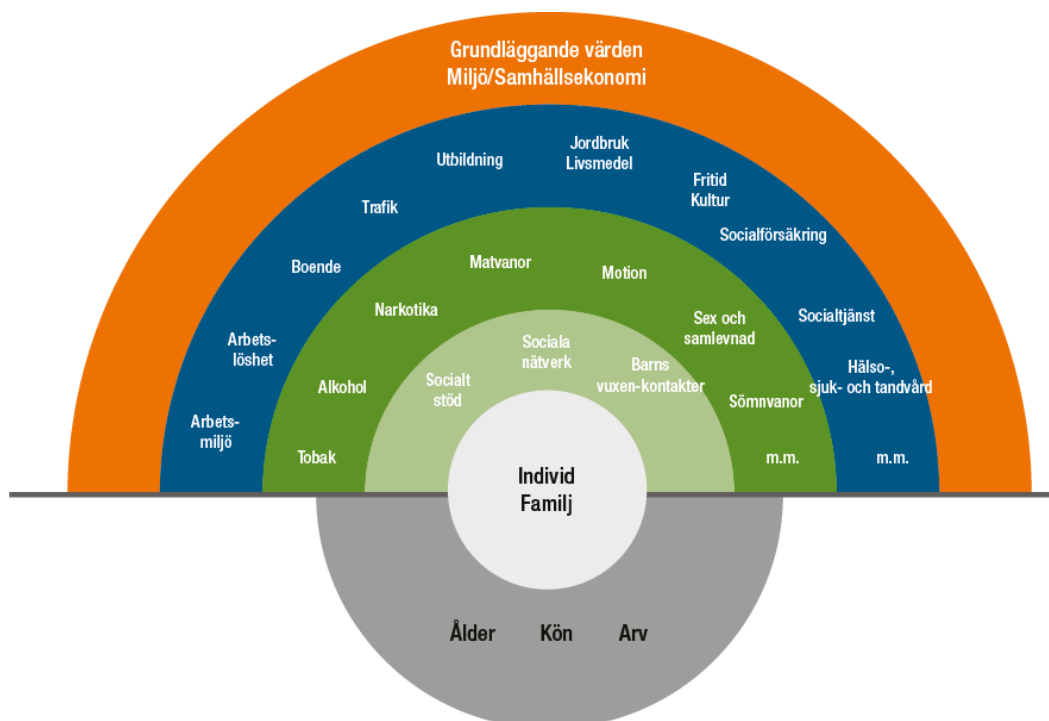
- Socialt deltagande
- Högt blodtryck
- Levnadsvanor, främst frukt och grönt och daglig snusning

---

<sup>1</sup> 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, 2018). Över tid har folkhälsan i Sverige överlag utvecklats positivt, vilket visas bland annat genom ökad medellivslängd och förbättrad självskattad 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 & Whitehead<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> 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 halvcirklarna står för omgivningsfaktorer som behöver politiska beslut och kollektiva åtgärder för att kunna påverkas. 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 läns gemensam 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:

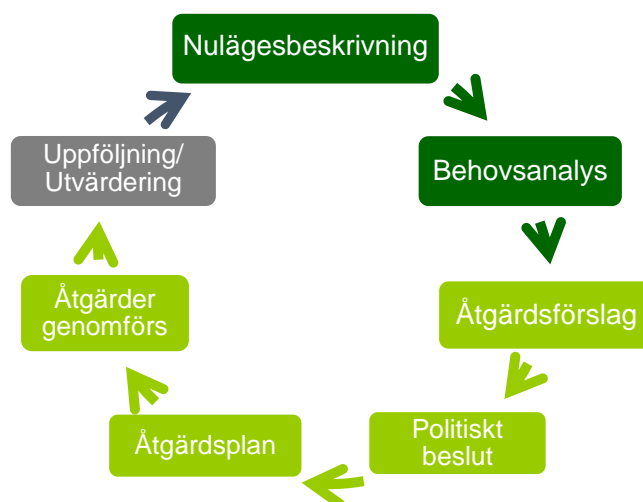
- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsöfrämjande miljö
- Delaktighet och inflytande

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.

## Lokalt folkhälsoarbete

I Härjedalens kommun bedrivs folkhälsoarbetet i alla kommunens förvaltningar. Arbetet samordnas strategiskt genom Folkhälso- och trygghetsrådet samt kommunens folkhälsosamordnare. I april 2018 antogs en folkhälsoplan för perioden 2018–2020. Folkhälsoplanen innehåller fyra utvecklingsområden samt prioriterade områden. Målområdena för kommunen att arbeta med är:

- Trygga uppväxtvillkor – trygghet åt alla
- Utbildning, arbete och sysselsättning
- Hälsofrämjande miljöer och ett drogforebyggande arbete
- Delaktighet och inflytande.

De prioriterade områdena grundar sig på resultat från Hälsa på lika villkor 2014 där bland annat kvinnliga mötesplatser och aktiviteter ska prioriteras, skapa handlingsplan mot psykisk ohälsa och suicidprevention, motivera till högskolestudier för unga män, den fysiska aktiviteten ska öka i alla åldrar samt ge hälsofrämjande information mot övervikt, diabetes och högt blodtryck. Flera av de variabler som mäts genom "Hälsa på lika villkor" 2018 kommer att användas som nyckeltal för uppföljning av folkhälsoplanens mål och aktiviteter.

## Syfte och mål med rapporten

Syftet med den här kommunrapporten är att ge en nulägesbild av hälsan hos personer mellan

16–84 år i Härjedalens kommun. För att få en mer heltäckande bild av hur hälsan har utvecklats över tid, har även jämförelser gjorts med tidigare genomförda "Hälsa på lika villkor" undersökningar i kommunen. Målet med rapporten är att vara ett kunskaps- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemannaledning.

## Metod för rapporten

I processen med att ta fram länsrapporten 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](http://www.folkhalsomyndigheten.se).

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med utökat urval vart fjärde år 2006, 2010, 2014 och nu 2018, vilket innebär att ett större antal enkäter slumpmässigt skickas ut till länets befolkning. Vid undersökningen 2018 skickades det totalt ut 9 600 enkäter i länet. Under våren 2018 skickades 832 enkäter ut i Härjedalens kommun varav 387 enkäter besvarades, en svarsfrekvens på 47 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, på länsnivå besvarades drygt hälften via webben.

## 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 stor 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](http://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 Härjedalens kommun har svarsfrekvensen sjunkit från 54,1 procent vid undersökningen år 2010 till 51 procent år 2014 och 47 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 vissa grupper som ex. förvärvsarbetande och personer med hög disponibel inkomst har högre svarsbenägenhet. Grupper med lägre svarsbenägenhet är de med lägre inkomst, mindre kontantmarginall 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 trender. 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 analysen 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 denna rapport beskrivs de resultat som är statistiskt säkerställda i text. I diagrammen presenteras alla kommunresultat uppdelat på kön och de signifikanta skillnaderna är markerade med en \*, övriga resultat går ej att uttala sig om det är signifikanta skillnader. Där det finns skillnader mellan resultatet i kommunen jämfört med länet och/eller 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 registerdata<sup>3</sup>.

**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 länsrapporten 2018 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 funktionsnedsättning** 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, 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 funktionsnedsättning inte svarat på enkäten just för att funktionsnedsättningen hindrat dem att delta. Det är också i första hand fysisk funktionsnedsättning som tas upp i enkäten. Det kan också finnas funktionsnedsättning 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

---

<sup>3</sup> Ålder, utbildning och födelseland är uppgifter hämtade från registerdata.

eller jag vet inte är den andra gruppen. För gruppen sexuell identitet är inga jämförelser gjorda över tid då frågan har reviderats sedan 2014.

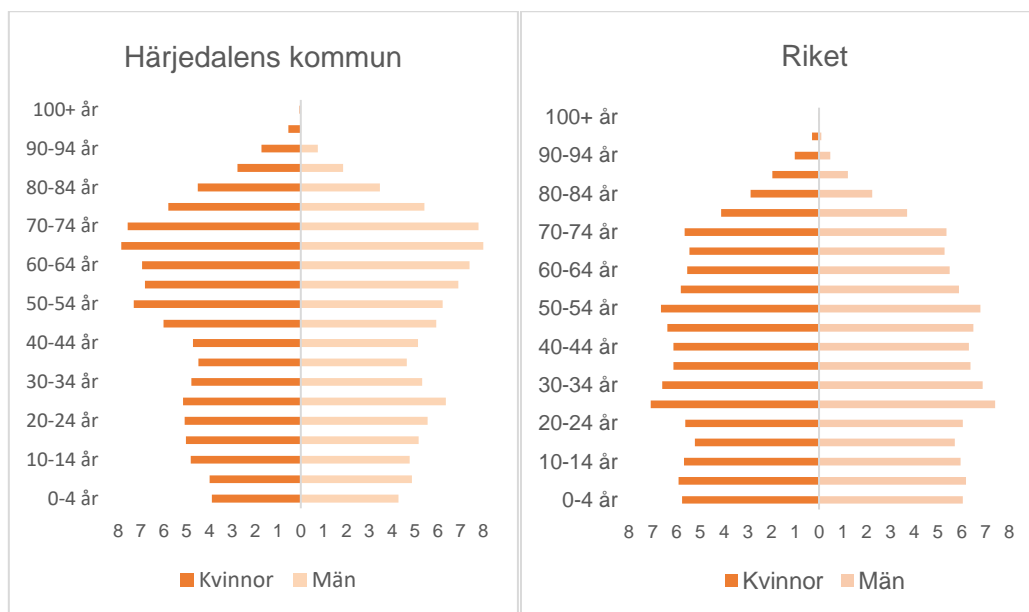
**Utlandsfödd** – person som är född utanför Sverige (övriga Norden, övriga Europa, Sovjetunionen, Asien, Afrika, Nordamerika, Oceanien, Sydamerika, övriga och okänt). Utlandsfödd kan därmed vara en 60-årig kvinna född i Norden likväl som en 20-årig man född i Afrika men som nu är bosatt i länet.

## Befolkningen i Härjedalens kommun

### Medellivslängd och befolkningsstruktur

Medellivslängd ger en uppfattning om hur befolkningen mår. I Härjedalens kommun var förväntad medellivslängd vid födseln för kvinnor 83,3 år och för män 80,2 år under åren 2014–2018. Kvinnornas medellivslängd i kommunen ligger mellan riket och länet, riket ligger högst på 84,1 år. Medellivslängden för männen i kommunen ligger mellan riket och länet, medellivslängden för män i länet är 80,04 respektive 80,55 i riket. (SCB Befolkningsstatistik, 2019). Medellivslängden i kommunen har sedan år 2005–2009 ökat med 1,8 år för kvinnor och 3,3 år för män.

Befolkningsstrukturen visar på en åldrande befolkning och att det i kommunen är en äldre befolkning än i riket. Det är en större andel personer som närmar sig 65 år än vad det är som närmar sig 20 år. Det är fler kvinnor i de högre åldrarna och även sett till totalen, 5 299 män och 4 848 kvinnor (totalt 10 147) i kommunen 31 december 2018.



**Figur 3.** Folkmängd 31 december 2018, Härjedalens kommun och riket, andel i procent av totala befolkningsmängden. Källa SCB, 2019.

## Utbildningsnivå

I Härjedalens kommun liksom i både länet och riket, studerar kvinnor i högre utsträckning än män. I åldersgruppen 25–44 år är det störst andel som har eftergymnasial utbildning i kommunen, det är också den åldersgrupp där det är störst skillnad mellan kvinnor och män som har eftergymnasial utbildning. Alla åldersgrupper i Härjedalens kommun har en mindre andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med länet. Den största andelen personer med förgymnasial utbildning finns inom den äldsta åldersgruppen där två av fem har kortare utbildning.

		Härjedalens kommun			Jämtland Härjedalen			Riket		
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25–44 år	Förgymnasial	9	16	13	6	7	6	6	6	6
	Gymnasial	49	62	56	36	53	44	29	39	34
	Eftergymnasial	42	21	31	58	41	49	65	55	60
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
45–64 år	Förgymnasial	2	12	8	7	12	9	10	12	11
	Gymnasial	67	72	70	53	56	54	48	54	51
	Eftergymnasial	31	16	23	41	32	36	42	34	38
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
65–84 år	Förgymnasial	42	37	40	25	29	27	28	34	31
	Gymnasial	36	50	43	50	52	51	50	44	47
	Eftergymnasial	22	14	18	26	19	23	22	22	22
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**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

Genomgående i denna rapport presenteras först resultaten för kommunen och sedan resultatet för länet inom samma områden, och då främst med fokus på skillnader mellan olika grupper i befolkningen. I länsrapporten för Jämtland Härjedalen finns mer detaljerad information om hur det skiljer sig mellan olika grupper beskrivet med andel i procent och med konfidensintervall. De skillnader som syns på länsnivå finns sannolikt även i Härjedalens kommun.

### Hälsa och välbefinnande

I detta avsnitt presenteras resultat gällande allmänt hälsotillstånd, tandhälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, depression, upplevd stress, ängslan-oro-ångest, depression och suicid. Det är önskvärt med en låg siffra för nedsatt psykiskt välbefinnande, upplevd stress, ängslan-oro-ångest, depression, suicidtankar och suicidförsök.

## Definitioner hälsa och välbefinnande

**Allmänt hälsotillstånd** – utgår ifrån frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". "Mycket bra" och "Bra" räknas som gott allmänt hälsotillstånd.

**God tandhälsa** – frågan som ställs i enkäten lyder: "Hur tycker du att din tandhälsa är?" svarsalternativen "Mycket bra" och "Ganska bra" redovisas nedan som god tandhälsa.

**Nedsatt psykiskt välbefinnande** – i enkäten 2018 mäts psykiskt nedsatt välbefinnande genom indexet General Health Questionnaire 5 och ett summaindex beräknas utifrån de fem frågorna. Respondenterna får jämföra hur det varit de senaste veckorna jämfört med hur det vanligtvis är.

**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". Resultatet för stress redovisas utifrån svaren "Ganska mycket" och "Väldigt mycket".

**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?".

**Depression** – redovisas utifrån de som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan: "Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare". Frågan är ny och inga jämförelser kan göras över tid.

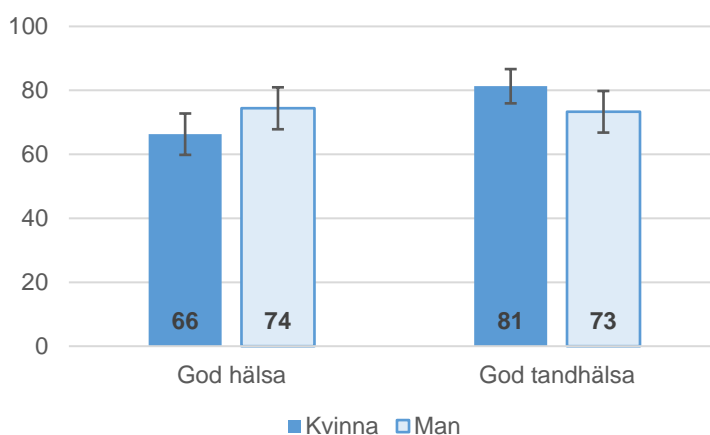
**Suicidtankar** – baseras på de som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan: "Har du någon gång kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?".

**Suicidförsök** – de personer som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan: "Har du någon gång försökt ta ditt liv?" redovisas som suicidförsök.

### Upplevd hälsa i Härjedalens kommun

I Härjedalens kommun är det 71 procent mellan 16–84 år som upplever att de har god hälsa, vilket är i nivå med riket och det är ingen säkerställd skillnad i förhållande till länet.

Andelen personer i kommunen som upplever att de har en god tandhälsa är 77 procent, vilket är i nivå med både länet och riket.



**Figur 4.** Upplevd hälsa Härjedalens kommun 2018. Inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

### ***Länsnivå – 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 länet är det en större andel män än kvinnor som skattar sin hälsa som god. Det är en tydlig social gradient<sup>4</sup> utifrån utbildningsnivå. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelseland. Sedan 2006 är det ingen skillnad mellan hur stor andel kvinnor eller män som skattar sin hälsa som god. 2018 är det dock en mindre andel kvinnor som skattar sin hälsa som god jämfört med 2014. 2018 är det en större andel personer i åldersgruppen 65–84 år som upplever sin hälsa som god jämfört med 2010, motsatt utveckling syns i den yngsta åldersgruppen.

### ***Länsnivå – 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 och störst skillnad mellan könen syns i åldersgruppen 16–29 år. Det är en tydlig skillnad utifrån socioekonomi. Andelen personer som upplever sin tandhälsa som god har minskat över tid bland 16–29 åringar och även bland personer som haft ekonomisk kris.

### **Psykisk ohälsa i Härjedalens kommun**

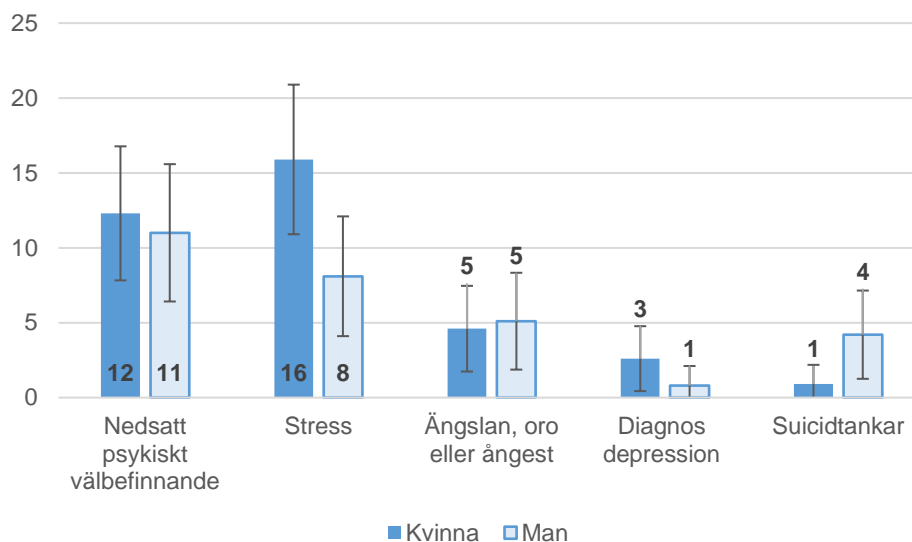
I kommunen är det 12 procent som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande vilket är en lägre andel jämfört med riket där det är 17 procent. Inga signifikanta skillnader finns jämfört med länet. I Härjedalens kommun är det mindre andel personer som upplever stress 12 procent jämfört med riket där det är 16 procent. Jämfört med länet är det ingen statistisk säkerställd skillnad.

I Härjedalens kommun är andelen personer som upplevt ångslan, oro eller ångest 5 procent, vilket inte skiljer sig signifikant gentemot varken länet och riket. Det är en lägre andel personer i kommunen 2 procent jämfört med riket 4 procent som har fått diagnosen depression av läkare de senaste 12 månaderna.

I Härjedalens kommun är det 3 procent som har haft suicidtankar vilket är i nivå med länet och riket. Andelen kvinnor som haft suicidtankar är lägre jämfört med länet, 1 procent jämfört med 3 procent i länet.

---

<sup>4</sup> Med social gradient menas det att ju högre social position, desto bättre hälsa.



**Figur 5.** Psykisk ohälsa Härjedalens kommun 2018.  
Det finns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

**Länsnivå – det är en större andel kvinnor än män som har nedsatt psykiskt välbefinnande**

På länsnivå är det en signifikant skillnad mellan könen, den största skillnaden finns i den yngsta åldersgruppen. Andelen personer som har nedsatt psykiskt välbefinnande är större bland personer med eftergymnasial utbildning jämfört med personer som har förgymnasial utbildning. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland. Andelen medelålders kvinnor som har nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit större sedan 2010. Dock är det män i åldersgruppen 30–44 år som har den största ökningen i andel personer som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande 2018 jämfört med 2010. Både bland personer som har för- och eftergymnasial utbildning, bland personer som haft ekonomisk kris och bland personer med funktionsnedsättning har andelen ökat till 2018.

**Länsnivå – andelen unga som upplever stress har ökat**

Det är en mindre andel män än kvinnor som upplever stress. Störst är skillnaden mellan könen i åldersgruppen 16–29 år. Det finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år och bland personer med funktionsnedsättning som upplever stress 2018 jämfört med 2010.

**Länsnivå – ingen skillnad mellan andel kvinnor och män som upplever ängslan, oro eller ångest**

Det är störst andel personer i åldersgruppen 16–29 år som upplever ängslan, oro eller ångest. Det är en större andel personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte och personer födda utanför Sverige som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Andelen personer i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år som har svåra besvär av ängslan,

oro eller ångest, har dubblerats år 2018 jämfört med 2010. Även bland personer som haft ekonomisk kris och bland personer med funktionsnedsättning har andelen som har ångslan, oro eller ångest ökat sedan 2010.

### **Länsnivå – det är en större andel kvinnor än män som har fått diagnosen depression**

På totalen är det en större andel kvinnor än män som de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression av läkare. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning.

### **Länsnivå – suicidtankar och suicidförsök vanligare utifrån ekonomiska förhållanden och sexuell identitet**

Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som haft suicidtankar de senaste 12 månaderna. Signifikanta skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning och sexuell identitet. Män i åldersgruppen 65–84 år är den grupp där det finns en säkerställd minskning över tid.

Det är en större andel män än kvinnor som gjort suicidförsök de senaste 12 månaderna. Andelen män i länet är dessutom högre än riket. Det är en större andel bland personer som har eftergymnasial utbildning, personer som haft ekonomisk kris, personer som är födda utanför Sverige och personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, som gjort suicidförsök de senaste 12 månaderna.

## **Trygghet och sociala relationer**

I detta avsnitt presenteras resultatet om frågorna tillit, socialt deltagande, socialt stöd, ekonomisk kris, otrygghet utomhus, kränkande bemötande och våld. Det är önskvärt med låga siffror vid frågorna om ekonomisk kris, otrygghet utomhus, kränkande bemötande, hot om våld och utsatt för fysiskt våld.

## **Definitioner trygghet och sociala relationer**

**Tillit** – mäts utifrån svaret "Ja" på frågan: "Tycker du i allmänhet att man kan lita på de flesta människor?"

**Socialt deltagande** – utgår ifrån deltagande i två eller fler aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Alternativen innefattar exempelvis bio, museum, religiös sammankomst, sporttillställning, skrivit i blogg eller insändare i tidning/tidskrift, offentlig tillställning, större släktsammankomst, privat fest, följt sociala nätverkssajter på internet, skrivit inlägg/deltagit i diskussioner eller spelat med andra på nätet. Då svarsalternativen har reviderats har inga jämförelser över tid genomförts.

**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."



**Ekonomisk kris** – 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.?”.

**Otrygghet utomhus** – personer som svarat ”Ja, ibland” och ”Ja, ofta” på enkätfrågan: ”Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?”.

**Kränkande bemötande** – frågan angående 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.

**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”.

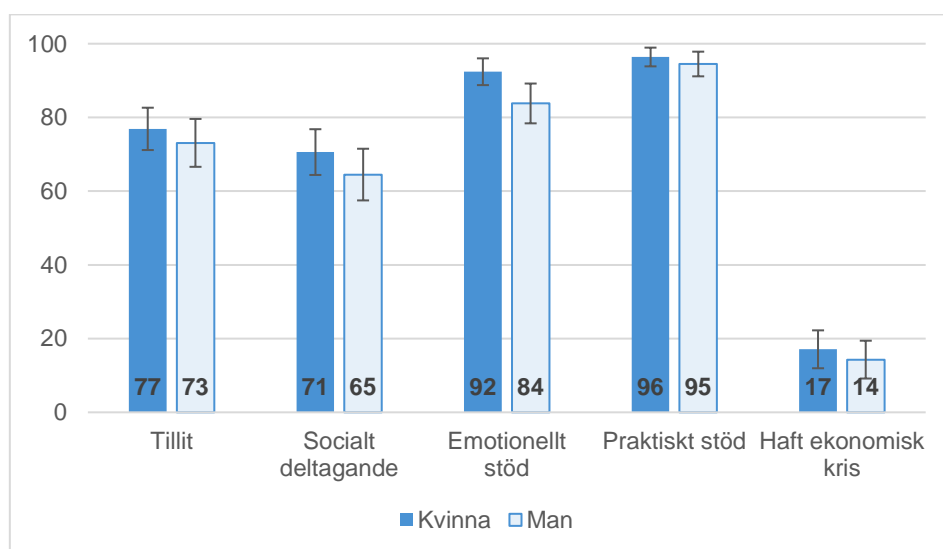
**Utsatt för fysiskt våld** – räknas svaret ”Ja” på frågan: ”Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?”.

### Trygghet och sociala relationer i Härjedalens kommun

I kommunen är det 85 procent som upplever att de har tillit till andra människor vilket är i nivå med länet och riket. Det är en mindre andel personer i Härjedalens kommun som är socialt deltagande jämfört med både länet och riket (67 procent i kommunen, 78 procent i länet, 83 procent i riket). Denna skillnad syns både bland kvinnorna och männen.

I Härjedalen är det 88 procent som har emotionellt stöd och 96 procent som har praktiskt stöd. Bland kvinnorna har andelen som upplever att de har praktiskt stöd minskat sedan 2010 från 100 procent till 96 procent 2018. Det finns inga statistiska säkerställda skillnader jämfört med länet eller riket.

I Härjedalens kommun uppgav 16 procent att de hade haft en ekonomisk kris under det senaste året vilket är i nivå med länet och riket.



**Figur 6.** Sociala relationer Härjedalens kommun 2018.  
Det finns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

### ***Länsnivå – en minskning av andelen personer som upplever tillit till andra människor***

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, funktionsnedsättning och personer som är födda utomlands. Det är en mindre andel personer som upplever tillit till andra människor 2018 än 2010. Den största minskningen har skett i åldersgruppen 16–29 år. I alla utbildningsgrupper, bland personer som haft ekonomisk kris och bland personer som har funktionsnedsättning har andelen som upplever tillit till andra människor minskat från 2010 till 2018.

### ***Länsnivå – stora skillnader utifrån utbildningsnivå gällande socialt deltagande***

De aktiviteter som är mest frekvent i länsresultatet är privat fest, teater eller bio, offentlig tillställning, följt sociala nätverkssajter på internet och sporttillställning. I länet är det en högre andel kvinnor än män som har ett socialt deltagande. Det är minst andel bland 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, funktionsnedsättning och födelseland.

### ***Länsnivå – majoriteten har socialt stöd men det är en nedåtgående utveckling***

Det är en högre andel kvinnor jämfört med män som har emotionellt stöd och det gäller personer mellan 16–29 år. Det finns säkerställda skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning och födelseland. 2018 är det en mindre andel bland personer i åldersgruppen 16–29 år och bland personer som haft ekonomisk kris som har emotionellt stöd jämfört med 2010.

Det är en större andel bland personer med eftergymnasial utbildning, personer som identifierar sig som heterosexuella, personer som inte haft ekonomisk kris, personer som inte har funktionsnedsättning och personer 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. Det är en lägre andel kvinnor i alla åldersgrupper 2018 jämfört med 2010 som har praktiskt stöd. Den största minskningen har skett bland personer som haft ekonomisk kris. Det är även en nedåtgående trend hos personer med funktionsnedsättning.

### ***Länsnivå – minst andel äldre som haft ekonomisk kris***

Det är minst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som haft ekonomisk kris. Utifrån utbildningsnivå är det ingen skillnad. Signifikanta skillnader finns utifrån sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland. Inga säkerställda skillnader finns 2018 jämfört med 2010.

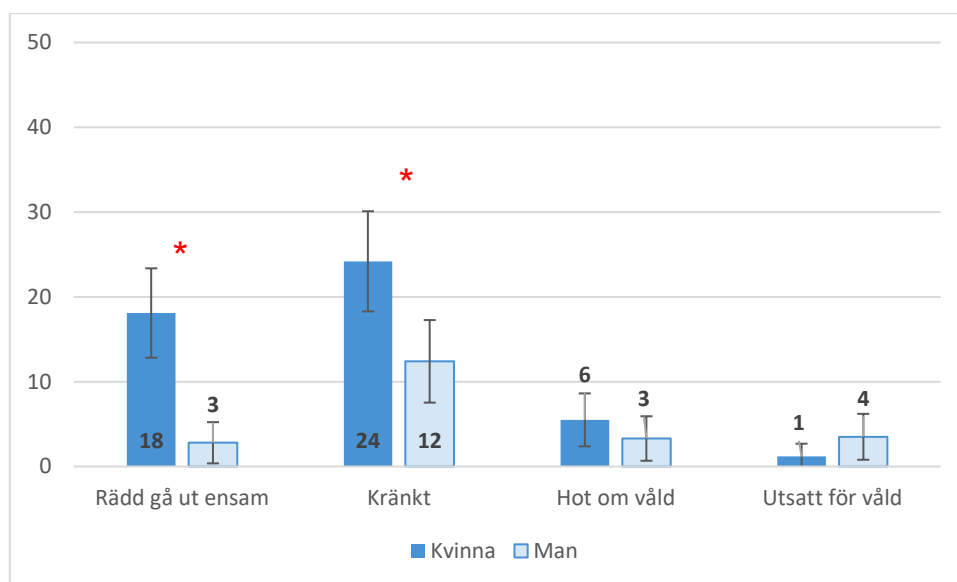
### **Otrygghet i Härjedalens kommun**

I Härjedalen är andelen som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla att bli överfallen 10 procent vilket är en lägre andel jämfört med länet där andelen är 19 procent. Likt på länsnivå är det en skillnad mellan kvinnor och män då 18 procent av kvinnorna i kommunen

uppgav att de hade avstått från att gå ut ensam medan samma siffra hos männen är 3 procent. Det är färre kvinnorna i Härjedalens kommun som uppger att de avstått från att gå ut ensam jämfört med kvinnorna i länet.

I Härjedalens kommun är det 18 procent som uppgett att de har upplevt kränkande bemötande de senaste tre månaderna vilket inte är någon statistiskt säkerställd skillnad jämfört med länet. Det är en signifikant högre andel kvinnor än män som uppgett att de upplevt kränkande bemötande de senaste tre månaderna.

Andelen som har blivit utsatt för hot om våld i Härjedalens kommun är 4 procent. Andelen personer som har blivit utsatt för fysiskt våld är 2 procent. Det finns inga säkerställda skillnader mellan Härjedalens kommun och länet utifrån dessa frågor.



**Figur 7. Otrygghet Härjedalens kommun 2018.**

Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med \*.

### **Länsnivå – lägre upplevd otrygghet i länet jämfört med riket men stora könsskillnader**

Jämfört med riket är det en mindre andel personer i Jämtland Härjedalen som avstått från att gå ut ensam. Det är en större andel kvinnor än män i länet som någon gång avstått från att gå ut ensam och könsskillnaden är störst i den yngsta åldersgruppen. Det är en mindre andel personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning som upplever otrygghet utomhus. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning. I alla åldersgrupper förutom den äldsta, har det blivit en större andel personer som upplever otrygghet utomhus 2018 än 2010. Störst är skillnaden i den yngsta åldersgruppen och där finns även en ökning av andel män. Även utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden och funktionsnedsättning ses en ökning från 2010 till 2018.

### **Länsnivå – unga kvinnor är störst till andel att ha blivit utsatt för kränkande bemötande**

I Jämtland Härjedalen är det en signifikant lägre andel personer jämfört med riket som blivit utsatt för kränkande bemötande de senaste tre månaderna. I länet är det en större andel kvinnor än män som blivit utsatt för kränkande bemötande, störst är könsskillnaden i den yngsta åldersgruppen. Ju högre utbildningsnivå, desto större andel är det som blivit utsatt för kränkande bemötande. Även personer som haft ekonomisk kris, personer som har funktionsnedsättning eller personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, är större till andel som blivit utsatt för kränkande bemötande. Det är en signifikant ökning av andelen kvinnor, personer i åldersgruppen 45–64 år, personer med eftergymnasial utbildning, personer som ej haft ekonomisk kris och personer som har funktionsnedsättning som blivit utsatt för kränkande bemötande 2018 jämfört med 2010.

### **Länsnivå – det är ingen skillnad utifrån utbildningsnivå vad gäller hot om våld eller utsatthet för fysiskt våld**

I Jämtland Härjedalen är det en mindre andel personer än i riket som blivit utsatt för hot om våld. Det finns säkerställda skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning. Andelen personer som har funktionsnedsättning och som har blivit utsatt för hot om våld har ökat från 2010 till 2018.

I Jämtland Härjedalen är det en större andel män än kvinnor som blivit utsatt för fysiskt våld. Bland personer som haft ekonomisk kris, personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, och personer som är födda utanför Sverige är det en större andel som har blivit utsatt för fysiskt våld. 2018 är det en större andel personer med funktionsnedsättning som blivit utsatta för fysiskt våld än vad det var 2010.

## **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. Det är önskvärt med låga siffror på frågorna stillasittande, riskabel alkoholkonsumtion, daglig rökning och snusning, cannabis och riskabla spelvanor.

### **Definitioner levnadsvanor**

**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. Frågorna är reviderad och jämförelser över tid är därför inte genomförda.

**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 reviderad och jämförelser över tid är därför inte genomförda.

**Frukt- och grönsakskonsumtion** – är en sammanslagning av två frågor: *"Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?"* och *"Hur ofta äter du frukt och bär?"*. De som äter minst 500 gram frukt och grönt per dag redovisas i denna rapport.

**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 därför är jämförelser över tid inte genomförda.

**Riskabel alkoholkonsumtion** – är ett summaindex av tre frågor om alkoholvanor om mängd och hur ofta. Samtliga som svarat på minst en av frågorna ingår i beräkningen. Maxpoäng är 12, fem poäng eller högre för kvinnor respektive sex poäng eller högre för män talar för riskbruk.

**Daglig rökning** – utgår från dem som svarat *"Ja, dagligen"* på frågan *"Röker du?"*.

**Daglig snusning** – utgår ifrån svaret *"Ja, dagligen"* på frågan: *"Snusar du?"*.

**Cannabis** – definieras utifrån frågan: *"Har du någon gång använt hasch eller marijuana"*, de som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* redovisas nedan.

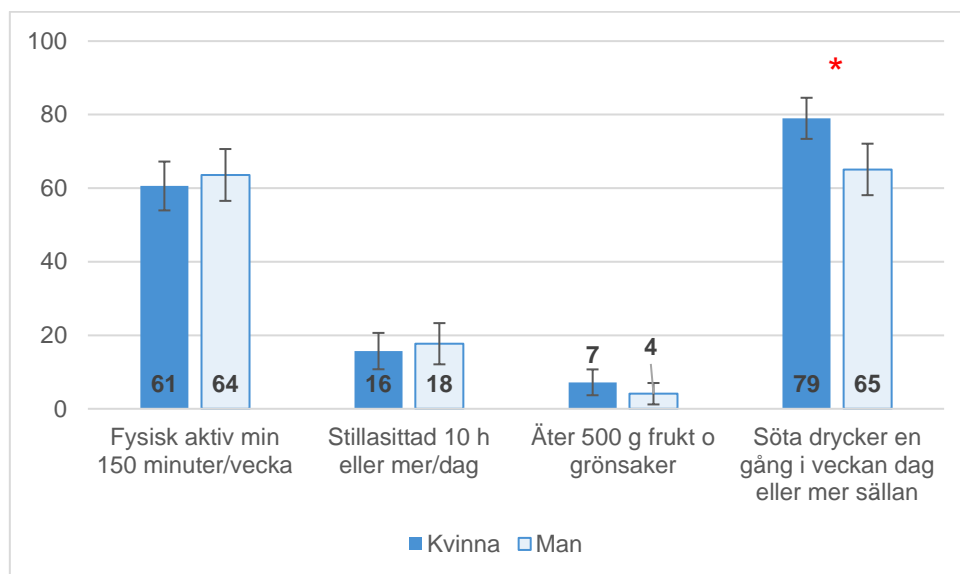
**Riskabla spelvanor** – utgår ifrån fyra frågor som bildar ett index. Frågan reviderades 2014 och därför kan inga jämförelser göras längre tillbaka än så.

### **Fysisk aktivitet och matvanor i Härjedalens kommun**

I Härjedalens kommun är det 62 procent som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, vilket är i nivå med länet och riket. Det är en mindre andel personer i Härjedalens kommun, 17 procent som är stillasittande minst 10 timmar per dygn jämfört med riket, där det är 22 procent. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader jämfört med länet.

Det är 6 procent av personer mellan 16–84 år i Härjedalens kommun som når rekommendationerna om 500 gram frukt och grönsaker per dag. Till skillnad från länet och riket finns det ingen statistisk säkerställd skillnad mellan kvinnor och män i Härjedalens kommun.

I Härjedalens kommun är det 72 procent som dricker söta drycker en gång i veckan eller mindre. Det är en högre andel kvinnor som dricker söta drycker en gång i veckan eller mer sällan.



**Figur 8.** Fysisk aktivitet och matvanor Härjedalens kommun 2018. Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med \*.

#### **Länsnivå – tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå och fysisk aktivitet**

Det är en större andel personer i de yngre åldersgrupperna jämfört med de äldre åldrarna som är fysiskt aktiva. Det är en tydlig social gradient utifrån utbildningsnivå. Signifikanta skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelse-land.

#### **Länsnivå – kvinnor är stillasittande i mindre utsträckning än män**

Det är en mindre andel kvinnor i länet som är stillasittande jämfört med andelen kvinnor i riket. Det är även en mindre andel kvinnor än män i länet 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. Skillnader finns också utifrån utbildningsnivå där det är en större andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med gymnasial utbildning som är stillasittande. Det finns även signifikanta skillnader utifrån sexuell identitet och funktionsnedsättning.

#### **Länsnivå – 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. Det är en större andel kvinnor än män i Jämtland Härjedalen som når rekommendationerna. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå och ekonomiska förhållanden. Personer som är födda utanför Sverige är större till andel som når rekommendationerna. Sedan 2010 finns inga skillnader i någon grupp gällande andel personer som når upp till 500 gram frukt och grönsaker per dag.

### **Länsnivå – det är en större andel kvinnor som sällan dricker sötade drycker**

Det är en större andel män än kvinnor i länet som dricker söta drycker mer frekvent, främst i de två äldsta åldersgrupperna. Den yngsta åldersgruppen, personer mellan 16–29 år, är den åldersgrupp som har minst andel personer som når rekommendationerna om att dricka söta drycker en gång per vecka eller mer sällan. Skillnader finns också utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, födelse- och sexuell identitet.

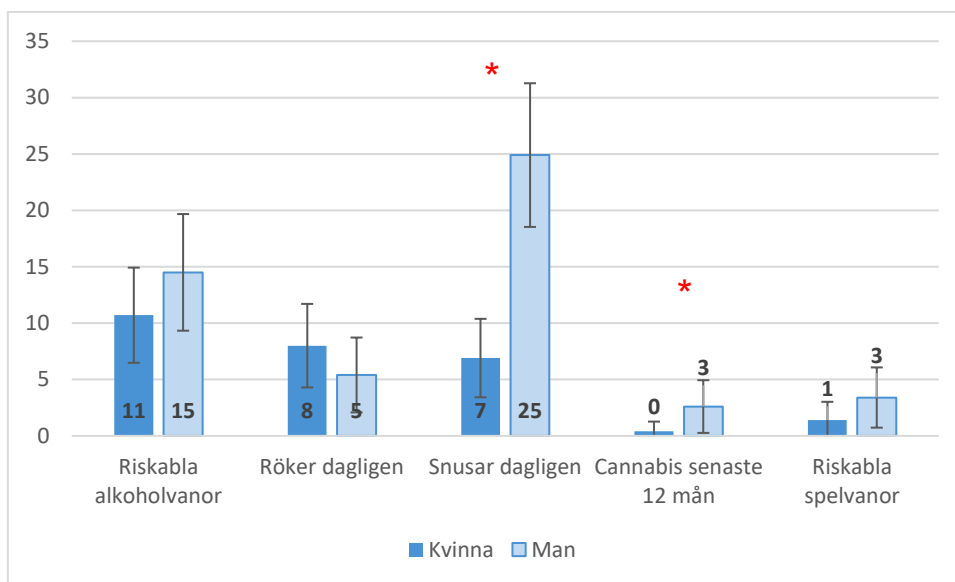
### **Alkohol, narkotika, droger, tobak och spel i Härjedalens kommun**

Det är 13 procent som har riskkonsumtion av alkohol i Härjedalens kommun, vilket är i nivå med länet och riket.

I Härjedalens kommun är det 7 procent som röker dagligen. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader jämfört med länet eller riket. Det är en större andel personer i Härjedalens kommun som snusar dagligen (17 procent) jämfört med riket (11 procent). Det är en större andel män än kvinnor som snusar dagligen både på kommun- och på länsnivå.

I Härjedalens kommun är det 2 procent mellan 16–84 år som provat cannabis någon gång under det senaste året, vilket är i nivå med länet och riket. Det är en större andel män än kvinnor i kommunen som provat cannabis, vilket är en skillnad som också kan ses i länet och riket.

I kommunen är det 3 procent som haft riskabla spelvanor det senaste året. Vilket inte är någon signifikant skillnad jämfört med länet.



**Figur 9.** Alkohol, narkotika, droger, tobak och spel Härjedalens kommun 2018. Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med \*.

**Länsnivå – en ökning av andelen äldre personer som har riskkonsumtion av alkohol**

Det är en större andel män än kvinnor som har riskkonsumtion av alkohol, det gäller alla åldersgrupper förutom den yngsta. Utifrån utbildningsnivå är det störst andel personer med gymnasial utbildning som har riskkonsumtion av alkohol. Det är en större andel personer som är födda i Sverige jämfört med personer födda utanför Sverige som har riskkonsumtion av alkohol. Det är en större andel personer i åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år och bland personer som har funktionsnedsättning som har riskkonsumtion av alkohol 2018 jämfört med 2010. Riskkonsumtion av alkohol har dessutom ökat oavsett ekonomiska förhållanden.

**Länsnivå – en positiv utveckling att daglig rökning minskar**

I åldersgruppen 45–64 år är det en mindre andel män än kvinnor som röker dagligen. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning 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.

**Länsnivå – det är en större andel personer i länet jämfört med riket som snusar dagligen**

Det är en större andel personer i länet jämfört med riket som snusar dagligen. I länet är det en högre andel män än kvinnor som snusar dagligen. Den åldersgrupp som har minst andel personer som snusar dagligen är den äldsta. Säkerställda skillnader finns utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden och funktionsnedsättning. 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 och personer med funktionsnedsättning som snusar dagligen 2018 jämfört med 2010.

**Länsnivå – könsskillnad i andelen personer som prövat hasch eller marijuana**

Det är en mindre andel personer i länet jämfört med riket som någon gång det senaste året har prövat hasch eller marijuana och i länet finns det en säkerställd skillnad mellan kvinnor och män. Det är störst andel yngre personer som använt hasch eller marijuana. Det är en större andel personer som haft ekonomisk kris än andelen som inte haft det, som använt hasch eller marijuana senaste året.

**Länsnivå – riskabelt spelande vanligare bland män**

Det är en mindre andel kvinnor än män i länet som har riskabelt spelande och framförallt i den yngsta åldersgruppen. Det finns inga skillnader utifrån utbildningsnivå. Signifikanta skillnader finns dock utifrån ekonomiska förhållanden, födelseland och sexuell identitet. Jämfört med 2014 finns inga säkerställda skillnader gällande riskabelt spelande på något sätt.

## **Sjukdomar och besvär**

I detta avsnitt redovisas fetma, övervikt eller fetma, högt blodtryck, diabetes och svåra besvär av sömnsvårigheter. Det är önskvärt med en låg siffra på alla fyra frågorna.



## Definitioner sjukdomar och besvär

**Fetma och övervikt** – 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.

**Högt blodtryck** – redovisas här utifrån svaren, "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär.", på frågan om man har högt blodtryck.

**Diabetes** – redovisas här som "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär", på frågan om man har diabetes.

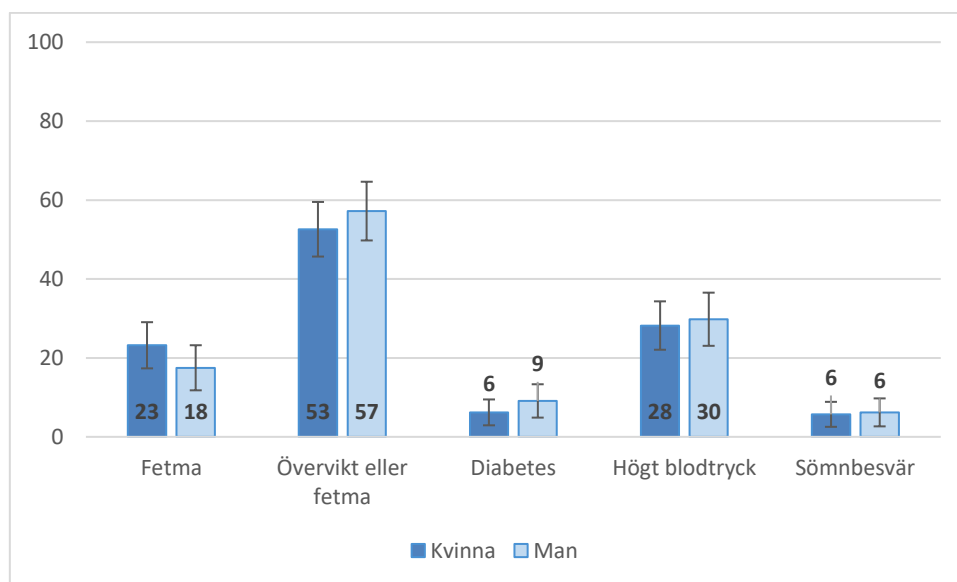
**Sömnsvårigheter** – redovisas här som "Ja, svåra besvär" på frågan om man har sömnbesvär.

## Sjukdomar och besvär i Härjedalens kommun

Det är 20 procent i Härjedalens kommun som har fetma. Andelen med övervikt eller fetma i Härjedalens kommun är 55 procent. Det finns inga statistiska skillnader jämfört med länet eller riket.

Andelen som har diabetes i kommunen är 8 procent vilket inte är någon signifikant skillnad jämfört med länet. Det är en större andel personer i kommunen som har högt blodtryck jämfört med länet och riket. I kommunen är det 29 procent som har högt blodtryck jämfört med länet där det är 23 procent. Detta är en skillnad som gäller båda könen i jämförelse med länet.

I Härjedalens kommun är det 6 procent som har svåra sömnbesvär, vilket inte skiljer sig signifikant jämfört med länet.



**Figur 10.** Sjukdomar och besvär Härjedalens kommun 2018.  
Det finns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

### ***Länsnivå – skillnader i fetma finns utifrån socioekonomi***

Det är ingen skillnad mellan könen gällande andelen som har fetma. 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 funktionsnedsättning. Länsresultatet visar att andelen personer som har fetma har ökat från 2006 till 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.

I Jämtland Härjedalen är det en mindre andel kvinnor än män som har övervikt eller fetma. Det är en könsskillnad som finns i alla åldersgrupper förutom den yngsta mellan 16–29 år. Det är störst andel personer i åldersgruppen 45–64 år och minst andel i åldersgruppen 16–29 år 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.

### ***Länsnivå – drygt var femte person i länet har högt blodtryck***

Det är störst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som har högt blodtryck. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå, funktionsnedsättning och födelseland.

### ***Länsnivå – en minskning av andelen med diabetes i den äldsta åldersgruppen***

Det är en större andel män än kvinnor i länet som har diabetes. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå och funktionsnedsättning. Den enda förändring över tid är en minskning av andelen personer som har diabetes i åldersgruppen 65–84 år.

### ***Länsnivå – skillnader i sömnsvärigheter utifrån socioekonomi***

Det är bara i åldersgruppen 65–84 år som det är en högre andel kvinnor än män som har svåra sömnbesvär. Det finns säkerställda skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, födelseland och funktionsnedsättning. 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.

### **Områden att prioritera i Härjedalens kommun 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 följande områden är särskilt viktiga att arbeta vidare med för att begränsa de negativa trenderna:

## Socialt deltagande

Social isolering är en accepterad riskfaktor för sjuklighet och dödlighet (Leigh-Hunt, 2017). Resultatet från "Hälsa på lika villkor" 2018 visar på att Härjedalens kommun har en lägre andel personer som är socialt deltagande; en skillnad som finns både bland kvinnor och män i kommunen jämfört med länet och riket. Dessa skillnader kunde även påvisas 2014 där en lägre andel kvinnor var socialt deltagande jämfört med kvinnor i länet.

Ser man på länsnivå finns det skillnader i socialt deltagande utifrån utbildningsnivå, ålder, sexualitet och huruvida man är utlandsfödd eller Sverigefödd. Det är fler socialt deltagande med eftergymnasial utbildning, minst socialt deltagande i åldersgruppen 65–84 år, färre bland de som definieras som homo, bi eller som är osäkra på sin sexuella identitet samt en lägre andel personer som är utlandsfödda.

## Högt blodtryck

Högt blodtryck är förenligt med en rad olika risker bland annat förhöjda risker för hjärt- och kärlsjukdomar. Resultatet i denna kommunrapport visar att andelen med högt blodtryck i Härjedalens kommun är högre än i länet och riket. Detta är en skillnad som finns både bland kvinnor och män.

Resultatet på länsnivå visar att det finns en koppling mellan utbildningsnivå och högt blodtryck, då fler med förgymnasial utbildning har högt blodtryck jämfört med de som har en eftergymnasial utbildning. Det går även att se skillnader utifrån ålder, då andelen med högt blodtryck är högst i den äldsta åldersgruppen 65–84 år.

## Levnadsvanor, främst frukt och grönt och snusning

En positiv utveckling i länet sedan 2010 är att andelen personer som röker dagligen har minskat. Minskningen finns framförallt bland kvinnor. 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 och styrdokument på lokal nivå, Tobaksfri Duo<sup>5</sup> och tobaksavvänjare på länets hälsocentraler. Det som däremot sticker ut i motsatt riktning i Härjedalens kommun är den dagliga snusningen där kommunen ligger högre än riket och där det främst är männen som sticker ut.

I Härjedalens kommun är det 6 procent som äter 500g frukt och grönt. Över tid ser vi inga statistiska säkerställda skillnader av intag av frukt och grönt i kommunen. Länsrapporten visar att det är fler med eftergymnasial utbildning som når rekommendationerna jämfört med de som har gymnasial utbildning. Det finns även en koppling till att kvinnor i större utsträckning än männen når rekommendationerna samt att de som inte har ekonomisk kris i större omfattning når upp till rekommendationerna.

---

<sup>5</sup> Tobaksfri Duo är en vetenskapligt utvärderad kontraktsmetod för att förebygga tobaksbruk bland skolelever i mellan- och högstadiet.

Människors socioekonomiska förhållanden och sociala position är en faktor som bidrar till att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen (Regeringen, 2018). Det är en större andel män än kvinnor som har sämre levnadsvanor. Det som är tydligast gällande levnadsvanor på länsnivå 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. Detta behöver beaktas i arbetet med att främja goda levnadsvanor.

Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsördan 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. På länsnivå är det tydligt att det finns en 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 på en fortsatt väldigt låg nivå.

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

I länsrapporten för Jämtland Härjedalen visar resultatet genomgående att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället utifrån kön, ålder, socioekonomi men också utifrån funktionsnedsättning, 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 män. 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. Det är en större andel personer som har längre utbildning än med kortare som är fysiskt 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.

## **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 Härjedalens kommun liksom 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

- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2019*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- 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.
- Regeringen. (2018). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. (Prop. 2017/18:249). Stockholm: Socialdepartementet.
- Region Jämtland Härjedalen. (2014). *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025*. Härjedalen: Region Jämtland Härjedalen.
- Region Jämtland Härjedalen. (2016). *Vår hälsa – länets möjlighet: Folkhälsopolitik för Jämtlands län 2016–2019*. Härjedalen: Region 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](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/>.

