



# Hälsa på lika villkor Rapport för Jämtlands län 2010



Dnr:LS/1146/2010

Ansvarig: Ronny Weylandt, Folkhälsocentrum, Jämtlands läns landsting.

Handläggare: Ida Johansson, Jämtlands läns landsting.

Foto: Ida Johansson, Helen Boström, Sara Klockervold, Karin Wåhlén-Götzmann, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Kent Bergström, Ida Johansson.



Folkhälsocentrum  
[www.jll.se/folkhalsa](http://www.jll.se/folkhalsa)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>FÖRORD</b> .....	<b>5</b>
<b>1 SAMMANFATTNING</b> .....	<b>6</b>
<b>2 INLEDNING</b> .....	<b>7</b>
2.1 Nationella mål för folkhälsa .....	7
2.2 Hälsa och dess bestämningsfaktorer .....	7
2.3 Folkhälsoarbete .....	8
<b>3 SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>4 METOD</b> .....	<b>9</b>
4.1 Definitioner .....	11
<b>5 RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
5.1 Befolkningsstruktur.....	12
5.2 Medellivslängd.....	12
5.3 Utbildningsnivå.....	12
5.4 Hälsa .....	14
5.4.1 Allmänt hälsotillstånd.....	14
5.4.2 Nedsatt psykiskt välbefinnande .....	15
5.4.3 Tandhälsa .....	16
5.5 Trygghet.....	17
5.5.1 Tillit.....	17
5.5.2 Socialt deltagande .....	17
5.5.3 Emotionellt och praktiskt stöd .....	18
5.5.4 Kontantmarginal.....	19
5.5.5 Trygghet utomhus .....	20
5.5.6 Kränkande bemötande.....	21
5.5.7 Hot om våld och utsatt för våld .....	22
5.6 Levnadsvanor.....	23
5.6.1 Stress .....	23
5.6.2 Fysisk aktivitet .....	24
5.6.3 Frukt och grönsakskonsumtion .....	25
5.6.4 Rökning .....	26
5.6.5 Snusning.....	26
5.6.6 Alkohol .....	27
5.6.7 Spel.....	28

5.6.8	Vill du förändra dina levnadsvanor? .....	29
5.6.9	Tillfrågad om sina levnadsvanor .....	30
5.7	Sjukdomar och besvär .....	30
5.7.1	Övervikt och fetma .....	30
5.7.2	Högt blodtryck .....	31
5.7.3	Diabetes .....	32
5.7.4	Smärta/värk .....	33
5.7.5	Sömnsvårigheter .....	34
5.7.6	Kontakt med sjukvården .....	34
<b>6</b>	<b>KORTFATTAT OM OJÄMLIK HÄLSA I LÄNET.....</b>	<b>35</b>
6.1	Lokala skillnader i länet.....	36
6.2	Förklaringar på ojämlikhet i hälsa .....	36
<b>7</b>	<b>DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS .....</b>	<b>36</b>
7.1	Unga vuxna och trygghet.....	37
7.2	Personer i medelåldern och levnadsvanor .....	37
7.3	Hälsosamt åldrande .....	38
7.4	Folkhälsopolicy i Jämtlands län .....	39
7.4.1	Trygga uppväxtvillkor .....	39
7.4.2	Utbildning och arbete .....	39
7.4.3	Hälsöfrämjande miljö .....	39
7.4.4	Delaktighet och inflytande.....	39
<b>8</b>	<b>LÄSTIPS.....</b>	<b>39</b>
<b>9</b>	<b>REFERENSER .....</b>	<b>41</b>

---

## FÖRORD

---

Denna rapport har framställts i samarbete mellan länets kommuner och primärvård, kvalitetsstab samt folkhälsocentrum på Jämtlands läns landsting. Rapporten syftar till att vara ett underlag för beslut om åtgärder för att förbättra hälsan i befolkningen. Det är därför ett särskilt fokus på förbättringsområden.

En framgångsfaktor i allt folkhälsoarbete är samverkan, varför rapporten också syftar till att hitta områden för just samverkan. Samverkan bör fortgå, breddas och fördjupas - dels mellan kommun, primärvård och övrig landstingsverksamhet - men också mellan andra aktörer i samhället såsom frivilligorganisationer och näringsliv.

Underlaget har i huvudsak varit folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor 2010”, vilken Statens folkhälsoinstitut genomför och Jämtlands läns landsting bearbetar och ansvarar för materialet. Förtjänsten med denna undersökning är att den ger en bild över hälsosituation hos den vuxna befolkningens mellan 16-84 år.

Nytt för i år är att enkäten innehåller frågor angående vilja till att förändra sina levnadsvanor, vilket vi tidigare inte har haft någon kunskap om på länsnivå. Dessutom ingår också en fråga från och med i år om sexuell läggning, vilket gör det möjligt att spegla hälsa utifrån människors sexuella identitet.

Deltagandet i enkätundersökningen har minskat. Därför är det extra viktigt att berätta om resultaten - både de goda och mindre goda - till så många som möjligt. Men framförallt ska vi ta vårt ansvar och agerar utifrån dessa resultat. Ett sätt att göra det är att använda denna rapport i det fortsatta arbetet med folkhälsopolicyn.

Avslutningsvis vill jag också betona folkhälsoarbete som en viktig grundpelare för det regionala utvecklingsarbetet. Det är nödvändigt att vi alltjämt reflekterar över människors hälsosituation när vi planerar nya satsningar för en positiv och livskraftig samhällsutveckling.

Anna Hildebrand (mp), landstingsråd Jämtlands läns landsting.

## 1 SAMMANFATTNING

---

Syftet med föreliggande rapport är att fungera som ett underlag för diskussion bland politiker och verksamhetsföreträdare inom kommun och landsting men också inom förenings- och näringsliv.

Syftet med rapporten är vidare att:

- ge kunskap om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer i befolkningen,
- ge kunskap om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete,
- ge förutsättningar för samverkan om befolkningens hälsa,
- ge stöd för att fatta beslut och göra prioriteringar gällande hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,
- stimulera vilja till fördjupad kunskap.

Rapporten baseras på enkäten Hälsa på lika villkor 2010, vilken anordnas av Statens folkhälsoinstitut men Jämtlands läns landsting står för bearbetningen och ansvarar för innehållet i denna rapport. Totalt skickades 9 871 enkäter ut i Jämtlands län varav 5 638 stycken besvarades. Det ger en svarsfrekvens på 57,1 procent.

Utifrån resultatet ser vi bland annat att nedsatt psykisk välbefinnande är vanligare bland unga kvinnor än bland äldre. Fysiskt våld och brist på emotionellt stöd är vanligare bland unga män än bland unga kvinnor och äldre män. En fjärdedel av unga vuxna uppger en riskabel alkoholkonsumtion. Intag av frukt och grönsaker är stadigvarande lågt, knappt en av tio äter rekommenderat dagligt intag. Runt hälften av befolkningen är fysiskt aktiv enligt rekommendation på 30 minuter per dag. Daglig rökning är vanligast bland medelålders kvinnor. Samtidigt har andelen personer som uppger högt blodtryck och andelen kvinnor med fetma ökat mellan år 2006 och år 2010 i Jämtlands län. Hälften av länets befolkning har övervikt eller fetma. Bland äldre är sjuklighet vanligare än bland yngre och social delaktighet i samhällslivet sjunker betydligt efter 65 års ålder.

Personer med bristande ekonomisk kapacitet har genomgående sämre hälsa i nästintill alla studerade faktorer. Kön har bland mycket annat en betydande roll vad gäller rädsla för att gå ut. Medan skillnaden i egenupplevd hälsa är mycket stor mellan personer med funktionsnedsättning och personer i övrig befolkning.

Hälsan är olikt spridd i länet. Till viss del speglar åldersstruktur och utbildningsnivå i kommunerna hälsoläget. Det kan dock inte förklara allt utan även lokala förhållanden i kommunerna har förmodligen betydelse.

Utifrån rapporten ser vi bland annat behov av att arbeta med följande områden:

- Förbättrat psykiskt välbefinnande bland unga vuxna.
- Minskad rökning särskilt bland medelålders kvinnor.
- Ökade förutsättningar för social samvaro bland äldre.
- Minskad övervikt och fetma.
- Ökad ekonomisk trygghet.

## 2 INLEDNING

---

Folkhälsa handlar om hur befolkningen mår och hur hälsan är fördelad (Janlert, 2000). För att kunna fatta beslut och göra prioriteringar, inom folkhälsoarbetet, är det viktigt att veta hur befolkningen mår och lever. Den här rapporten ger en bild av hälsan i Jämtlands län samt en analys över områden där befolkningen har behov av insatser, för att förbättra den generella folkhälsan och minska hälsoskillnader. Analysen baseras på enkätundersökning Hälsa på lika villkor 2010, som Statens folkhälsoinstitut anordnar, men Jämtlands läns landsting ansvarar för innehållet i denna rapport.

### 2.1 Nationella mål för folkhälsa

Det nationella målet för folkhälsa är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Till hjälp för att nå det övergripande målet finns elva målområden:

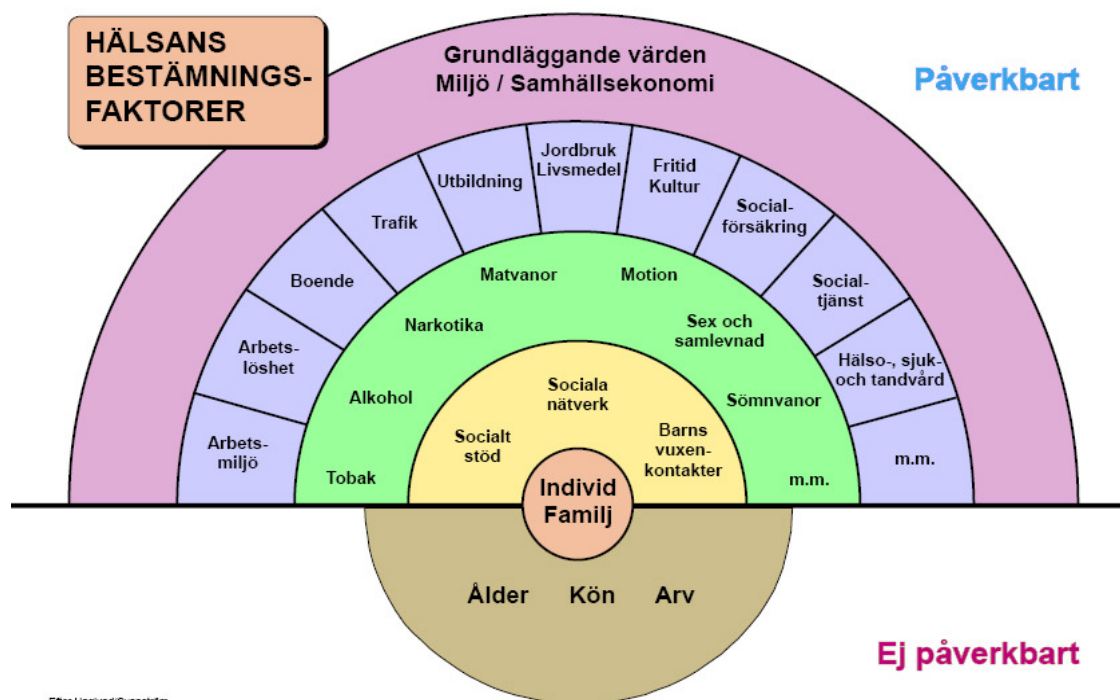
1. Delaktighet och inflytande i samhället
  2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
  3. Barns och ungas uppväxtvillkor
  4. Hälsa i arbetslivet
  5. Miljöer och produkter
  6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
  7. Skydd mot smittspridning
  8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
  9. Fysisk aktivitet
  10. Matvanor och livsmedel
  11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel
- (Socialdepartementet, 2008, s. 21).

### 2.2 Hälsa och dess bestämningsfaktorer

Hälsa är ett svårdefinierat begrepp och det finns många olika förklaringar till begreppet (Brülde & Tengland, 2003; Naidoo & Wills, 2000). Det engelska ordet för hälsa, health, anses ha sitt ursprung från det gammalengelska ordet hael, vilket betyder hel. Det indikerar att hälsa är något som rör hela människan (Naidoo & Wills, 2000). Regeringens proposition En förnyad folkhälsopolitik (2008) skriver att en helhetssyn på människans kroppsliga, själsliga och andliga behov utgör en utgångspunkt inom folkhälsopolitik. Vidare skrivs det om hälsa som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

En individs hälsa beror på en mängd olika faktorer. Figur 1 visar en bild över hälsans bestämningsfaktorer. Bilden vill betona samspelet mellan levnadsvanor i samklang med sociala normer, nätverk, levnads- och arbetsvillkor, vilket i sin tur står i förhållande till ett bredare socioekonomiskt och kulturellt samhällsklimat (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer



Källa: Dahlgren & Whitehead, 1993 beskriven i Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21.

## 2.3 Folkhälsoarbete

Folkhälsoarbete kan delas in i primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention brukar kallas för hälsofrämjande arbete och sker innan sjukdom (Haglund & Svanström, 1995). Hälsofrämjande arbete beskrivs som en process vilken ”ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den” (Världshälsoorganisationen, 1986, s. 1; Socialdepartementet, 2008, s. 9). Ett sätt att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa är att skapa hälsofrämjande miljöer. Hälsofrämjande miljöer syftar till att stärka människors makt i vardagen och självförtroende samt att minska riskfaktorer både i den psykosociala och i den fysiska miljön. Det kan handla om att bryta individers isolering samt ge alla möjlig tillgång till hjälpsamma strukturer vid krissituationer (Socialdepartementet, 2008).

Sekundär prevention, också kallat sjukdomsförebyggande arbete, handlar om att i ett tidigt stadium upptäcka sjukdomar samt motverka så kallade riskfaktorer. Tertiär prevention är detsamma som behandling och rehabilitering (Haglund & Svanström, 1995).

Samma insats kan vara både sjukdomsförebyggande och behandlande exempelvis kan behandling av alkoholberoende även vara sjukdomsförebyggande av hjärt- och kärlsjukdom och olika former av cancer. På samma sätt kan exempelvis fysisk aktivitet och goda matvanor vara hälsofrämjande för alla genom att det stärker vitalitet, muskelstyrka, immunförsvar och höjer energinivån, sjukdomsförebyggande genom att fysiska aktivitet och frukt- och grönsakskonsumtionen gör att



risken för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar minskar, behandlande av exempelvis fetma och högt blodtryck samt rehabiliterande efter till exempel en operation. Marmot (2010) understryker betydelsen av att stärka det sjukdomsförebyggande arbetes roll och påverkan.

Enbart fokus på grupper med mest ohälsa och sjuklighet är dock inte tillräckligt för att minska hälsoskillnader, utan allmänna insatser behövs men med fokuserad kraft på grupper med större behov (Marmot, 2010). Samhälleliga förutsättningar för en jämlik hälsa menar WHO (2008) är att underlätta för människor att klara av sin vardag. Vidare att noga undersöka om organisationer och samhälleliga system på osakliga grunder gynnar eller missgynnar vissa grupper genom hur organisationen fördelar sina pengar och resurser men också genom vilka som ges inflytande över organisationen och dess verksamhet .

### 3 SYFTE

---

Syftet med föreliggande rapport är att fungera som ett underlag för diskussion bland politiker och verksamhetsföreträdare inom kommun och landsting men också inom förenings- och näringsliv. Syftet med rapporten är vidare att:

- ge kunskap om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer i befolkningen,
- ge kunskap om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete,
- ge förutsättningar för samverkan om befolkningens hälsa,
- ge stöd för att fatta beslut och göra prioriteringar gällande hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,
- stimulera vilja till fördjupad kunskap.

### 4 METOD

---

Jämtlands läns landsting har som ambition att delta med utökad urval i den nationella folkhälsoundersökningen Hälsa på lika villkor vart fjärde år. Det gjordes år 2006 och nu år 2010. På riksnivå genomförs enkäten Hälsa på lika villkor av Statens folkhälsoinstitut varje år sedan år 2004. Urvalet i Jämtland blir då litet och därför utökar Jämtlands läns landsting med jämna mellanrum urvalet och bearbetar själva materialet. Även tidigare, år 1997 och år 2003, deltog Jämtlands läns landsting i liknande undersökningar tillsammans med de tre andra landstingen i norra regionen. Då de inte är identiska med nuvarande enkät har inga jämförelser gjorts med dessa års undersökningar.

Enkäten Hälsa på lika villkor 2010 innehåller 81 frågor om hälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, trygghet och sociala relationer samt några bakgrundsfrågor. Enkäten går att finna på [www.fhi.se](http://www.fhi.se). Totalt skickades 9 871 enkäter ut i Jämtlands län varav 5 638 stycken besvarades. Det ger en svarsfrekvens på 57,1 procent. Bland kommunerna i länet varierade svarsfrekvensen mellan 53 procent i Ragunda kommun och 59 procent i Östersunds kommun.

Undersökningen är således en urvalsundersökning där några tillfrågas och efter statistisk bearbetning kan deras svar användas för att uttala sig om hela befolkningen. Alla kommentarer och diagram som visas i rapporten är grundade i statistiskt säkerställda skillnader utifrån jämförelse mellan konfidensintervall.

Folkhälsa handlar om att spegla nivåer av hälsa i befolkningen men också skillnader mellan olika grupper (Janlert, 2000). Kvinnor och män har varit en traditionell uppdelning av befolkningen men också ålder och socioekonomisk position, definierat utifrån utbildningslängd, typ av arbete eller ekonomi (Socialstyrelsen, 2009). I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 fanns ett kapitel med om hälsa och immigration, år 2006 gjorde Folkhälsoinstitutet en särskild rapport om hälsa bland homo-, bisexuella och transpersoner (Roth, Boström & Nykvist, 2006) samt år 2008 en rapport om hälsan bland personer med funktionsnedsättning (Arnhof, 2008). Dessa visar på skillnader i hälsa som borde gå att påverka.

Det finns alltid en etisk aspekt i rapporteringar och att spegla skillnader i olika grupper kan uppfattas som utpekande av gruppen samt spä på eller skapa fördomar. Ett undvikande av att visa skillnader mellan grupper bidrar å andra sidan till osynliggörande och försvårar initiativ till förändring (Crenshaw, 2003). WHO (2008) skriver dessutom att en viktig del i arbetet för att motverka hälsoskillnader är att följa ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskap och öka människors medvetenhet om hälsans sociala bestämningsfaktorer. Vi har därför valt att dela in befolkningen och presentera resultat utifrån utbildningsnivå, ekonomisk kapacitet, kön, ålder, funktionsnedsättning, födelseland och sexuell läggning. Frågan om sexuell läggning fanns inte med vid den tidigare mätningen år 2006 och därför går det inte att göra jämförelser bakåt i tiden på länsnivå. Utifrån enkätens utformning kan rapporten inte heller uttala sig om transpersoners hälsosituation.

Behovsanalysen i slutet av dokumentet utgår ifrån vad som utmärker åldersgrupperna ”unga vuxna”, ”medelålders” och ”äldre” jämfört med varandra samt vad som bedöms vara en orimlig nivå även om det inte ligger sämre till än andra åldrar. Detta kopplas även ihop med indikatorers betydelse för hälsa och sjukdomar. Har något försämrats sedan år 2006 eller att länet ligger sämre till i förhållande till riket ges detta extra tyngd åt att behov finns.

## 4.1 Definitioner

I rapporten används olika begrepp som har definierats utifrån frågeställningar i enkäten.

**Personer med 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.

Personer som tillhör en eller flera av de här fyra kategorierna definieras som personer med funktionsnedsättning. Oavsett om en person har en eller flera av ovanstående nedsättningar räknas personen endast en gång.

Av naturliga skäl har vissa personer med funktionsnedsättning inte svarat på enkäten just för att funktionsnedsättningen hindrat dem att delta, som till exempel personer med demens.

**Övrig befolkning** är den del av befolkningen som inte har funktionsnedsättning enligt ovanstående definition.

Ytterligare begrepp som förekommer i rapporten:

**Kontantmarginal** – har möjlighet att vid en oförutsedd situation skaffa fram 15 000 kr på en vecka.

**Kort utbildning** – Högst grundskoleutbildning eller motsvarande.

**Medellång utbildning** - Högst gymnasieutbildning eller motsvarande.

**Lång utbildning** – Eftergymnasial utbildning, exempelvis högskoleutbildning.

**Ekonomisk kris** – har under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara löpande utgifter för hyra mat, räkningar mm.

**Ekonomisk likviditet** – har utan svårigheter klarat löpande utgifter under de senaste 12 månaderna.

## 5 RESULTAT

### 5.1 Befolkningsstruktur

Befolkningen består av fler män än kvinnor i alla kommuner i Jämtlands län förutom i Östersunds kommun. Länet har färre unga vuxna och en högre andel äldre än i riket. Åre och Östersunds kommun följer åldersstrukturen i riket mer än övriga kommuner i länet (SCB, 2010).

### 5.2 Medellivslängd

Länets kvinnor blir i genomsnitt 82,4 år och män blir i genomsnitt 78,5 år, vilket är lägre än medellivslängden i riket. Det skiljer nästan 3 år i förväntad medellivslängd mellan kvinnor i Åre kommun (83,6 år) och Strömsunds kommun (80,8 år). I Bräcke och Härjedalens kommuner är förväntad livslängd för män 77,0 år och i Krokoms kommun 79,5 år. Det ger en skillnad på 2,5 år i livslängd. Jämförs den högsta medellivslängden för män fattas det fortfarande ett drygt år i livslängd för att nå upp till kvinnornas lägsta medellivslängd. Jämförs kvinnornas medellivslängd i Åre kommun med männens i Bräcke och Härjedalens kommuner är skillnaden 6,6 år. (2005-2009 års medelvärde, Statens folkhälsoinstitut, 2010). Förväntad medellivslängd skiljer sig således mellan könen och mellan boendekommun i länet.

### 5.3 Utbildningsnivå

I Jämtlands län har kvinnorna ungefär samma utbildningsnivå som i riket. Både bland kvinnor och män är det fler som har lång utbildning bland 25-44 åringar än bland äldre åldersgrupper. Kvinnor i Jämtlands län har genomgående högre utbildning, inom här använda definitioner, än män (se tabell 1 och 2) (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

**Tabell 1** Utbildningsnivån angett som andel i procent bland kvinnor 25-74 år i Jämtlands län och dess kommuner år 2009

	25-44 år			45-64 år			65-74 år		
	Kort	Medel	Lång	Kort	Medel	Lång	Kort	Medel	Lång
Berg	10	57	32	15	56	29	41	44	14
Bräcke	7	56	35	15	57	27	35	48	15
Härjedalen	9	58	32	16	59	25	48	37	13
Krokom	7	49	43	11	53	35	32	46	22
Ragunda	10	61	29	15	61	24	43	42	15
Strömsund	9	58	32	15	59	25	41	43	16
Åre	6	45	47	13	52	35	33	48	18
Östersund	6	40	53	10	48	41	28	48	23
Länet	7	46	46	12	53	35	34	46	19
Riket	9	41	48	17	47	35	35	40	23

Källa: Kommunala basfakta, Statens folkhälsoinstitut, 2010.

Kvinnor och män i Östersunds kommun har högre utbildning än i länet och i riket. Utbildningsnivån bland kvinnor och män i Krokoms kommun och bland kvinnor i Åre kommun speglar medelvärden i Jämtlands län. I Berg, Bräcke, Härjedalen, Ragunda och Strömsunds kommuner har fler 25-64 åriga kvinnor och män lägre utbildningsnivå än i länet och i riket (se tabell 1 och 2) (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

**Tabell 2** Utbildningsnivån angett som andel i procent bland män 25-74 år i Jämtlands län och dess kommuner år 2009

	25-44 år			45-64 år			65-74 år		
	Kort	Medel	Lång	Kort	Medel	Lång	Kort	Medel	Lång
Berg	12	71	16	25	59	16	46	40	14
Bräcke	11	73	14	24	59	16	47	41	11
Härjedalen	11	71	15	27	58	15	47	42	10
Krokom	9	62	27	22	55	23	39	41	18
Ragunda	15	69	15	23	62	15	49	37	13
Strömsund	12	71	14	21	64	14	46	40	13
Åre	10	61	27	26	50	23	48	35	16
Östersund	9	51	39	17	50	33	32	44	24
Länet	10	59	30	21	54	24	40	41	18
Riket	11	49	37	22	47	30	38	39	22

Källa: Kommunala basfakta, Statens folkhälsoinstitut, 2010.

## 5.4 Hälsa

Detta kapitel kommer redogöra för allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande och tandhälsa.

### 5.4.1 Allmänt hälsotillstånd

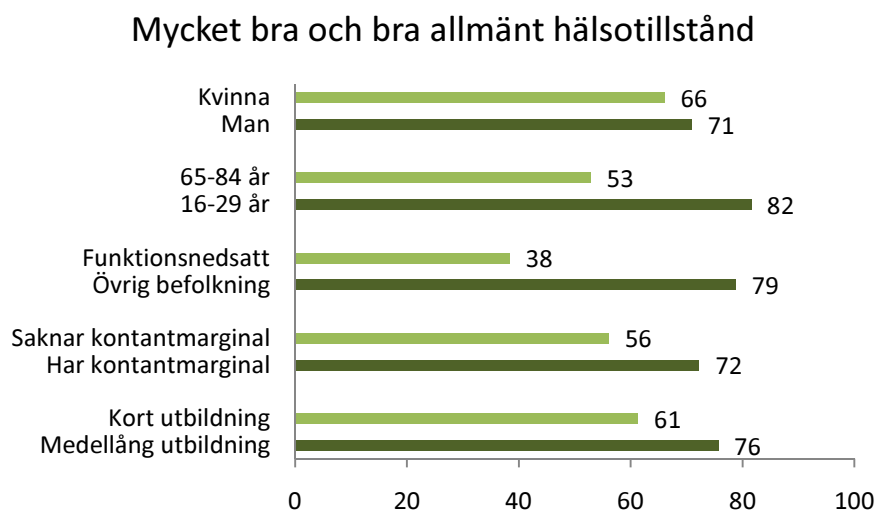
Allmänt hälsotillstånd utgår ifrån frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt", "Mycket dåligt". "Mycket bra" och "Bra" räknas som gott allmänt hälsotillstånd. Denna fråga har visat sig vara en bra indikator på att förutsäga förtida död (Boström & Nyqvist, 2008).

Jämfört med riket syns inga skillnader i hur länets män uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd. Länets kvinnor däremot, uppfattar i lägre omfattning sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra (66 procent mot rikets 69 procent).

I Jämtlands län upplever 69 procent av befolkningen en bra eller mycket bra hälsa år 2010, vilket är en något högre andel än år 2006 då andelen var 65 procent. Det är vid båda mätillfällena vanligare att män uppger ett gott allmänt hälsotillstånd än kvinnor. Könsskillnaden är störst bland personer med kort utbildning.

Kvinnor och män utan definierad funktionsnedsättning uppger i dubbelt så hög grad god hälsa än vad kvinnor och män med funktionsnedsättning gör (se figur 2). Skillnaden syns i alla åldersgrupper.

**Figur 2.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande allmänt hälsotillstånd i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

En lägre andel skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott i Ragunda kommun jämfört med länsnittet. Det beror till viss del på en äldre befolkning och lägre utbildningsnivå. Detta förklarar dock inte hela skillnaden utan även andra lokala faktorer i kommunen har förmodligen betydelse.

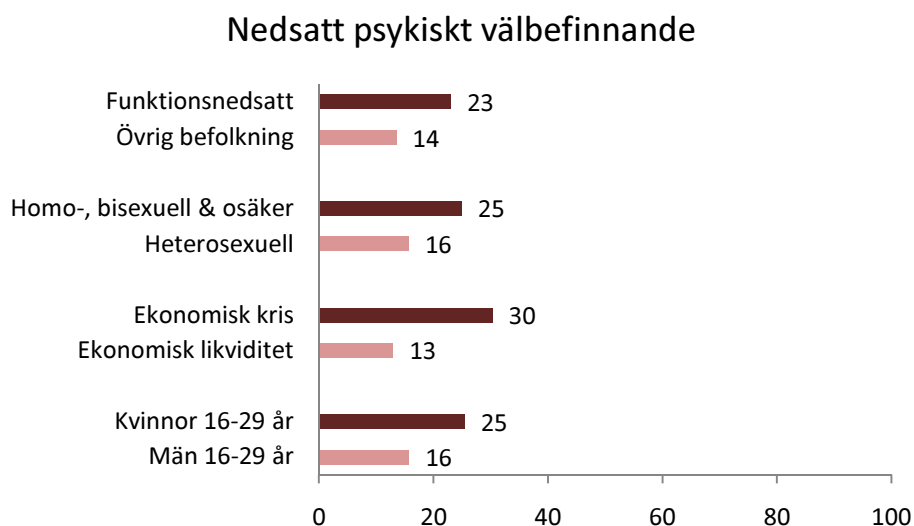
### 5.4.2 Nedsatt psykiskt välbefinnande

Nedsatt psykiskt välbefinnande räknas fram via ett index baserat på 12 frågor i enkäten. Frågorna avser att mäta förmåga att klara av vardagens krav samt psykiska reaktioner på påfrestningar (Boström & Nyqvist, 2008).

Jämfört med riket syns inga skillnader i hur länets män uppfattar sitt psykiska välbefinnande. Länets kvinnor däremot, uppfattar i något högre omfattning sitt psykiska välbefinnande som gott eller mycket gott (82 procent mot rikets 80 procent).

Det är 14 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i Jämtlands län som känner nedsatt psykiskt välbefinnande. Särskilt unga kvinnor uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i hög grad (25 procent). I övrigt har ekonomi särskilt starkt samband med förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande men även sexuell läggning och funktionsnedsättning (se figur 3).

**Figur 3.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande nedsatt psykiskt välbefinnande i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

I Krokoms kommun uppger männen bra psykiskt välbefinnande i högre grad än i länet. Bland kvinnor i Åre kommun är andelen med psykiskt välbefinnande högre än bland kvinnor i länet. I Strömsunds kommun uppger männen psykiskt välbefinnande i högre utsträckning än kvinnorna.

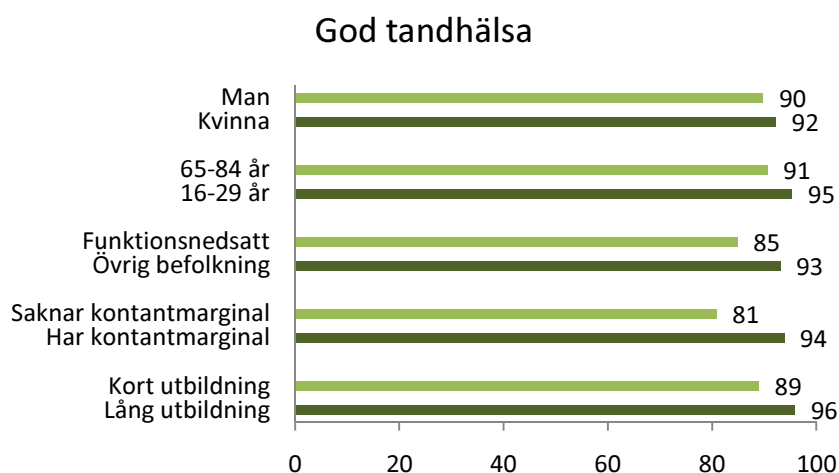
### 5.4.3 Tandhälsa

Tandhälsan utgör en viktig del av individers livskvalitet och välbefinnande. Tandkvaliteten påverkar kostintaget och kosten påverkar tandhälsan (Boström & Nyqvist, 2008). Frågan som ställs i enkäten lyder: "Hur tycker du att din tandhälsa är?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Bra", "Varken bra eller dåligt", "Dåligt", "Mycket dåligt." "Mycket bra" och "Bra" redovisas nedan som god tandhälsa.

Jämfört med riket syns inga skillnader i upplevd tandhälsa bland länets invånare. År 2010 uppger 92 procent av kvinnorna och 90 procent av männen i Jämtlands län en god tandhälsa, vilket är fler än år 2006. Att en högre andel upplever en god tandhälsa syns främst i den yngsta och den äldsta åldersgruppen.

Kvinnor uppger i högre grad god tandhälsa än män och 16-29 åringar har i större utsträckning god tandhälsa än övriga åldersgrupper, särskilt bland männen. Det är vanligare att personer med kontantmarginal har bättre tandhälsa än personer som saknar kontantmarginal. Både kvinnor och män med funktionsnedsättning har i lägre grad god tandhälsa än övriga befolkningen i Jämtlands län (se figur 4).

**Figur 4.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande god tandhälsa i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Ökningen i god tandhälsa mellan år 2006 och år 2010 syns tydligast i Krokoms kommun men tendensen syns även i Bräcke, Åre och Östersunds kommuner.



## 5.5 Trygghet

I detta kapitel kommer tillit, delaktighet i det sociala samlivet, emotionellt och praktiskt stöd och kontantmarginal att tas upp. Vidare redovisas otrygghet utomhus, kränkande bemötande, hot om våld och utsatthet för fysiskt våld.

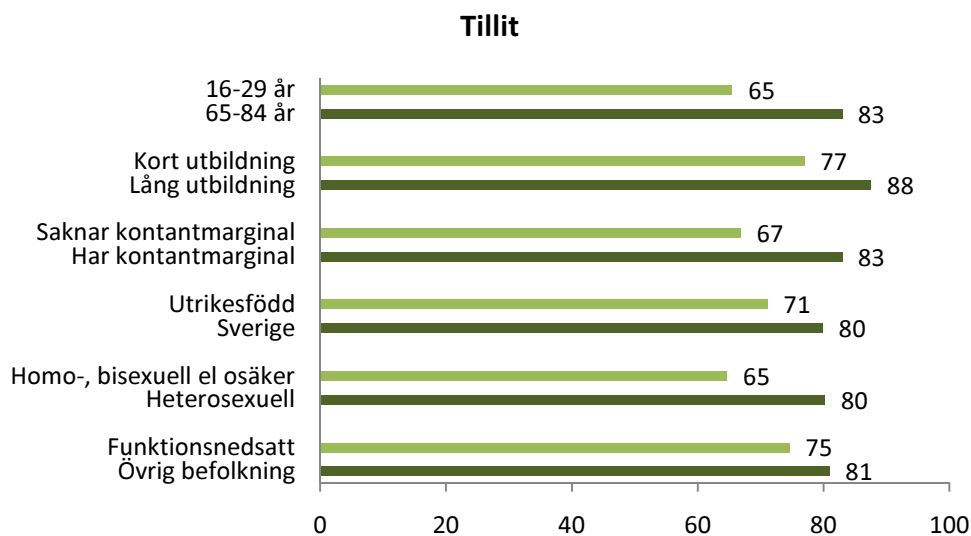
### 5.5.1 Tillit

Tillit har visats ha samband med till exempel självskattad hälsa, tillfredsställelse med livet, funktionell hälsa och förtida död (Boström & Nyqvist, 2008). Tillit mäts utifrån svaret "Ja" på frågan: "Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?"

Jämfört med riket uppvisar invånarna i länet en högre tillit, 79 procent mot rikets 73 procent. Skillnaden är lika stor både hos kvinnor och män. Tilliten har dessutom ökat i Jämtlands län från 76 procent år 2006 till 79 procent år 2010.

Män och kvinnor i åldern 16-29 år känner tillit i lägre grad än övriga åldersgrupper. Stora skillnader i tillit syns även utifrån ekonomisk kapacitet och sexuell läggning (se figur 5).

**Figur 5.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande tillit i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Ökningen mellan år 2006 och år 2010 av andelen som känner tillit, syns tydligast i Östersunds kommun.

### 5.5.2 Socialt deltagande

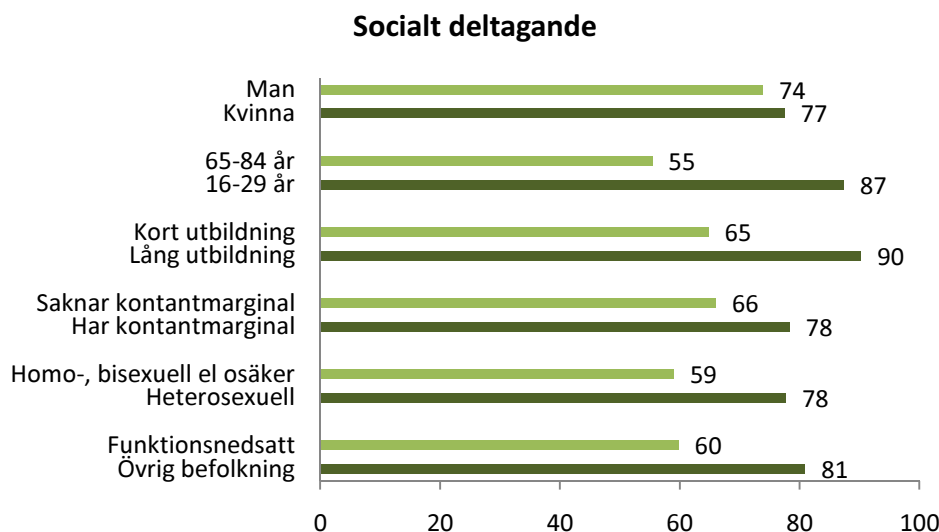
Socialt deltagande associeras även med begrepp som social integration och sociala relationer eller det omvända social isolering. Social isolering är en accepterad men i liten grad förstådd riskfaktor för sjuklighet och förtida död. Mekanismer bakom sambanden är inte helt klarlagda, vilket även

gäller för socialt deltagande. Formerna för socialt deltagande kan variera mellan olika åldersgrupper, olika utbildningsnivåer och mellan olika socioekonomiska grupper (Boström & Nyqvist, 2008).

Socialt deltagande utgår ifrån deltagande i två eller fler aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Alternativen innefattar studiecirkel/kurs på din arbetsplats eller på din fritid, fack-/föreningsmöte, teater/bio, konstutställning, religiös sammankomst, sportutställning, insändare i tidning, demonstration, nattklubb/danställning, större släktsammankomst eller privat fest.

Jämfört med riket uppvisar jämtländska män en lägre grad av socialt deltagande, 74 procent mot rikets 80 procent. Även bland kvinnorna syns denna skillnad, 77 procent av länets kvinnor är socialt deltagande mot 83 procent av kvinnor i riket.

**Figur 6.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande socialt deltagande i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Det är vanligare att kvinnor än män är delaktiga i det sociala samhällslivet och deltagandet tenderar att sjunka med åldern. Skillnad i socialt deltagande är också markant utifrån utbildningsnivå, funktionsnedsättning och sexuell läggning (se figur 6).

Invånarna i Härjedalen, Ragunda och Strömsunds kommuner är i mindre utsträckning än i länet delaktiga i det sociala samlivet. Medan befolkningen i Östersunds kommun är aktivare än i länet som helhet.

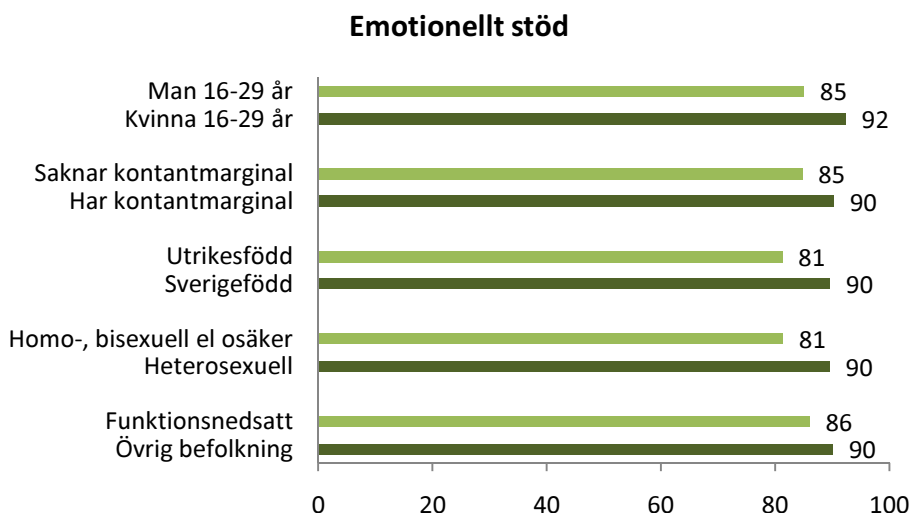
### 5.5.3 Emotionellt och praktiskt stöd

Individer med starka band till familj eller omgivning lever längre, har bättre hälsa och lättare att återhämta sig från sjukdom än socialt isolerade individer (Boström & Nyqvist, 2008). I enkäten definieras emotionellt stöd utifrån svaret "Ja" på frågan: "Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra 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.”*

Jämfört med riket uppger en lika stor andel emotionellt stöd som i länet. När det gäller praktiskt stöd är andelen i länet högre än den i riket. Det gäller både kvinnor och män. Andelen som uppger praktiskt stöd har ökat från 95 procent år 2006 till 98 procent år 2010 i Jämtlands län. Kvinnor har både emotionellt och praktiskt stöd i större utsträckning än män. Gällande emotionellt stöd syns det tydligast i åldern 16-29 år; 92 procent bland kvinnor jämfört med 85 procent bland männen. Födelse-land, funktionsnedsättning och sexuell läggning har samband med emotionellt och praktiskt stöd (se figur 7).

**Figur 7.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande emotionellt stöd i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

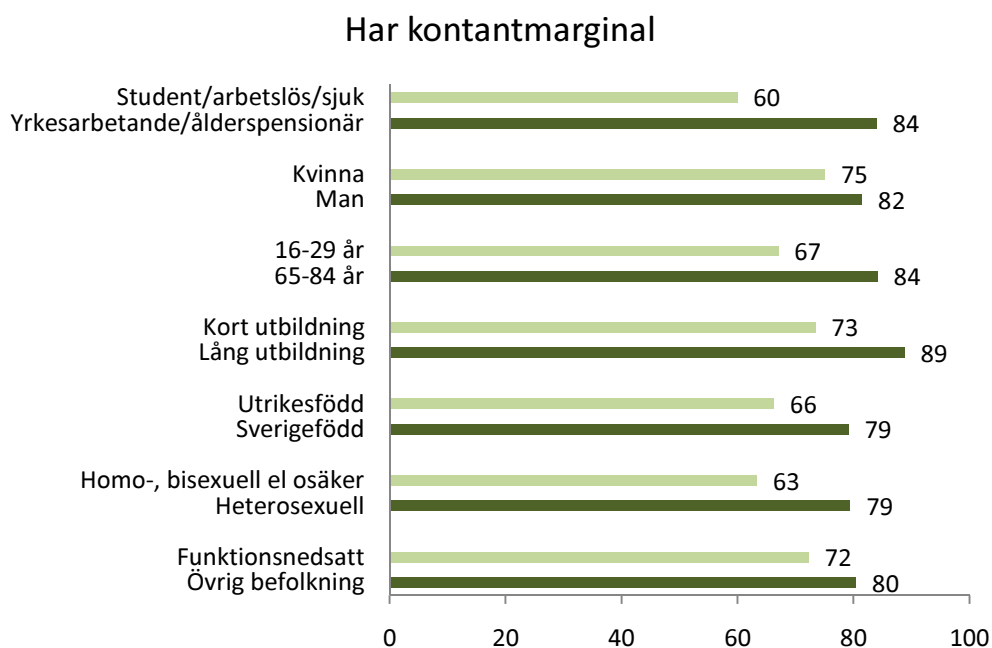
Könsskillnaden i emotionellt stöd syns även i Berg, Bräcke och Krokoms kommuner och i Härjedalens kommun har kvinnor praktiskt stöd i högre grad än män. Andelen med praktiskt stöd har ökat mellan år 2006 och år 2010 i Bräcke, Ragunda, Strömsund, Åre och Östersunds kommuner.

### 5.5.4 Kontantmarginal

Att ha kontantmarginal, det vill säga att ha möjligheten att på en vecka skaffa fram 15 000 kronor, används som en indikator på ekonomisk kapacitet. Brist på kontantmarginal är ekonomiskt stressande. I områden med stora inkomstskillnader är individer mindre benägna att lita på varandra, det är mer vanligt med våld och svaga sociala relationer. Låg social status lyfts fram i sammanhanget, vilket kan medföra känslor av underlägsenhet och otrygghet, vilka samspelar med andra viktiga hälsovariabler (Boström & Nyqvist, 2008).

Kvinnor och män i Jämtlands län har kontantmarginal i samma utsträckning som i riket. Män har kontantmarginal i högre grad än kvinnor i Jämtlands län, 82 procent jämfört med 75 procent. Män i åldern 16-29 år saknar kontantmarginal i högre grad än övriga åldersgrupper och kvinnor i åldern 16-44 år saknar kontantmarginal i högre grad än äldre kvinnor. Gällande denna faktor har vi även tittat på hur den fördelar sig utifrån sysselsättning. Stora skillnader syns mellan yrkesarbetande/ålderspensionärer där 84 procent har kontantmarginal jämfört med 60 procent bland studerande/arbetslösa/sjukskrivna.

**Figur 8.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande kontantmarginal i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Heterosexuella personer har i högre grad kontantmarginal än homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning. Personer med kort utbildning samt personer med funktionsnedsättning saknar kontantmarginal i högre grad än den övriga befolkningen (se figur 8). Svenskfödda har i högre grad kontantmarginal än utrikesfödda och skillnaden har dessutom ökat mellan år 2006 och år 2010.

I Jämtlands län har män kontantmarginal i större utsträckning än kvinnor, vilket slår igenom även i Bräcke, Ragunda och Östersunds kommuner. Kvinnor i Bräcke och Ragunda kommuner saknar kontantmarginal i högre grad än kvinnor i länet.

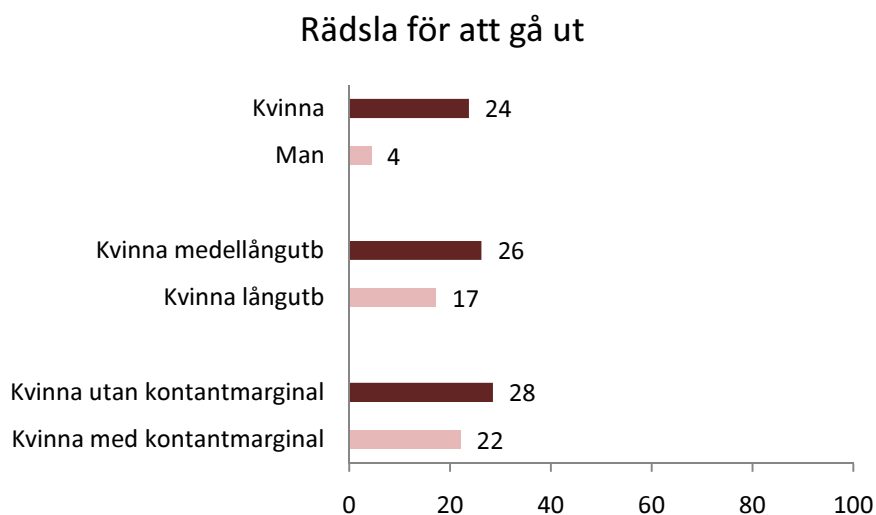
### 5.5.5 Trygghet utomhus

Trygghet och säkerhet i närhet av ens bostad har i studier visats sig vara av störst betydelse för de flesta människor vad gäller ett bra boende (Boström & Nyqvist, 2008). Trygghet 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”.

Jämfört med riket uppger både kvinnor och män i länet en lägre grad av otrygghet utomhus (män 4 procent mot 8 procent i riket och kvinnor 24 procent mot 35 procent i riket). Det är genomgående mycket vanligare att kvinnor än män i Jämtlands län någon gång avstår från att gå ut ensam, 24 jämfört med 4 procent (se figur 9). Det är framför allt unga och äldre kvinnor som någon gång avstått från att gå ut. Det är dock en lägre andel kvinnor, förutom i åldern 65-84 år, som år 2010 någon gång avstått från att gå ut än år 2006. Särskilt stor är minskningen bland kvinnor med lång utbildning, från 33 procent år 2006 till 17 procent år 2010.

**Figur 9.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande rädsla för att gå ut i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

I alla länets kommuner avstår kvinnor från att gå ut i högre grad än män och kvinnor i Östersunds kommun avstår i högre grad än kvinnor i länets övriga kommuner.

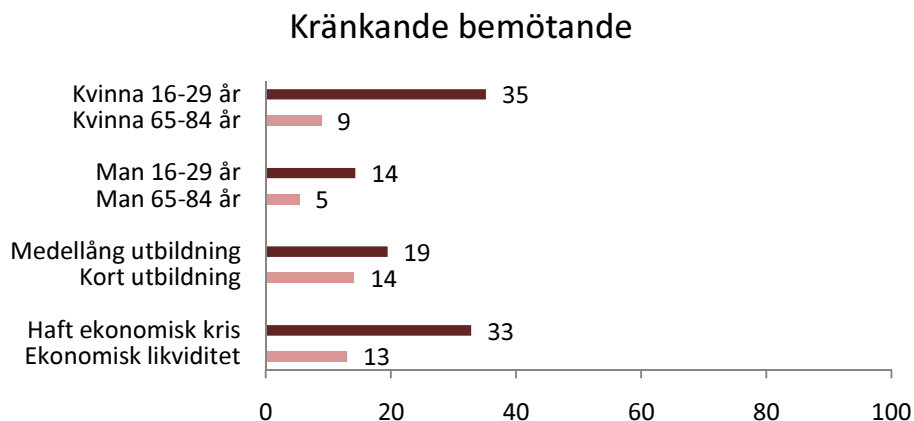
### 5.5.6 Kränkande bemötande

Kränkande bemötande är tänkt att ge en viss indikation på diskriminering. Diskriminering kan begränsa deltagande i samhällslivet samt minska inflytandet och en fientlig omgivning kan påverka beteendemönster och livsstilsfaktorer. Erfarenheter av diskriminering kan vidare ge upphov till både akut och kronisk stress, vilket kan orsaka nedsatt psykiskt välbefinnande och förändringar i fysiologiska processer (Frykman, 2006). Frågeformuleringen i enkäten 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.

Jämfört med riket uppger en lägre andel av både kvinnor och män att de blivit utsatta för kränkande behandling, 20 procent av kvinnorna i länet mot rikets 24 procent respektive 12

procent av männen mot rikets 16 procent. Utsatthet för kränkande bemötande i Jämtlands län är särskilt vanligt bland unga kvinnor och personer som har haft svårt att betala löpande utgifter (se figur 10).

**Figur 10.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande kränkande bemötande i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.

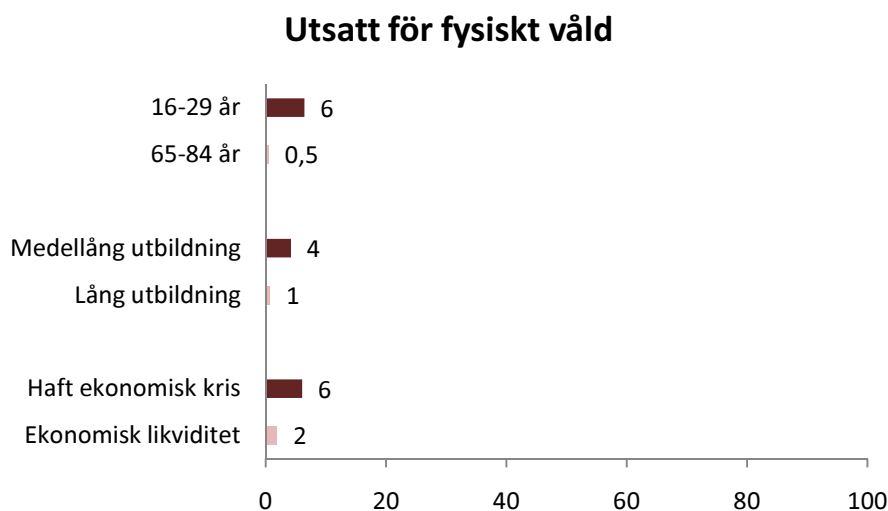


Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

### 5.5.7 Hot om våld och utsatt för våld

Hot om våld utgår ifrån 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?"

**Figur 11.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande utsatthet för fysiskt våld i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Jämfört med riket uppger en något lägre andel av både kvinnor och män att man blivit utsatta för hot om våld, 3 procent av kvinnorna i länet mot rikets 5 procent respektive 2 procent av männen mot rikets 4 procent. Andelen utsatta för fysiskt våld är densamma i länet som i riket, 3 procent.

Hot om våld och utsatthet för våld förekommer i alla åldersgrupper men det är vanligare att kvinnor och män i åldern 16-29 år varit utsatta för hot om våld, där 5 procent uppger sig blivit hotade. Unga män har varit utsatt för fysiskt våld i högre grad än jämnåriga kvinnor. Utbildningsnivå och ekonomi har också samband med förekomst av hot och fysiskt våld.

Män i Krokoms kommun och kvinnor i Ragunda kommun uppger i lägre grad utsatthet för fysiskt våld än i länet.

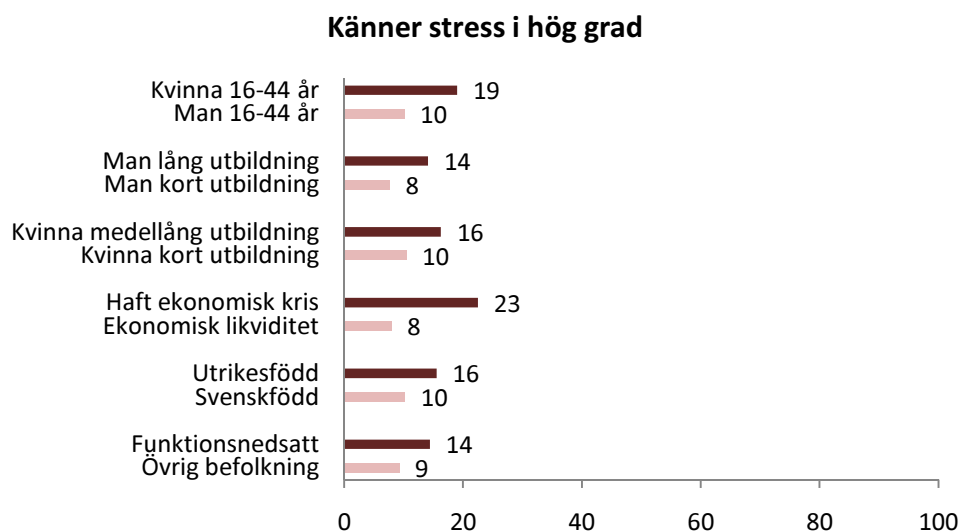
## 5.6 Levnadsvanor

I detta kapitel kommer stress, fysisk aktivitet, frukt och grönsakskonsumtion, daglig rökning, daglig snusning, riskabel alkoholkonsumtion samt riskabelt spelande att redovisas.

### 5.6.1 Stress

Stress anses ha stor betydelse för uppkomsten av exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och värk. All stress är inte skadlig utan blir det om kraven blir större än tillgångarna och individen inte får tillfälle till återhämtning (Boström & Nyqvist, 2008). Stress har i enkäten 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". Här redovisas svaren "Väldigt mycket".

**Figur 12.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande stress i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Jämfört med riket är andelen män som upplever mycket stress densamma, 9 procent. Länets kvinnor däremot, uppfattar i något lägre omfattning sig vara mycket stressade (13 procent mot rikets 15 procent). I Jämtlands län är kvinnor mycket stressade i större utsträckning än män, särskilt i åldern 16-44 år (19 procent jämfört med 10 procent). Kvinnor och män i ekonomisk kris känner stress i stor utsträckning (se figur 12).

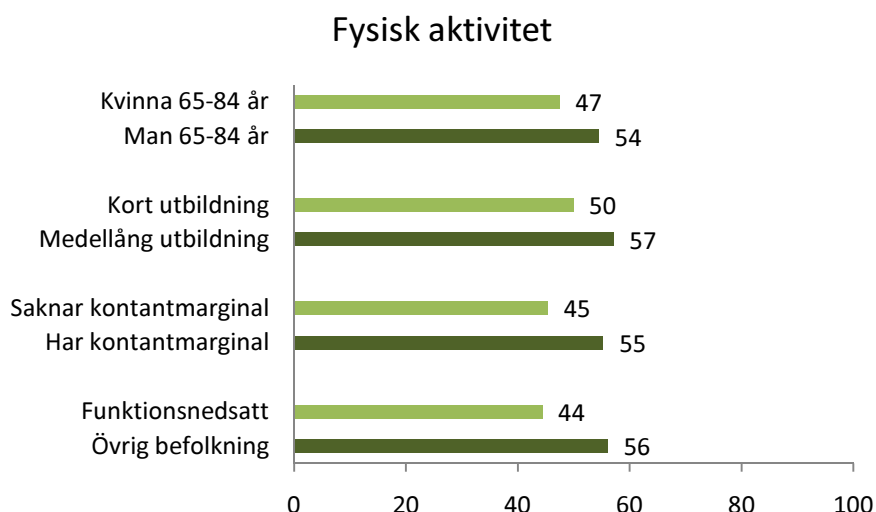
## 5.6.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. En vanlig rekommendation är minst 30 minuters fysisk aktivitet per dag. Fysisk aktivitet stärker muskler, leder och immunförsvar samt lindrar ångest, oro och sömnsvårigheter. Regelbunden fysisk aktivitet har visats motverka uppkomsten av en mängd sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ II, högt blodtryck, fetma, tjocktarmscancer samt depressioner. Fysisk aktivitet minskar också risken att dö i förtid (Boström & Nyqvist, 2008).

Frågan i enkäten lyder: *”Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm? T.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt.”* Fysisk aktivitet definieras utifrån svaren *”5 timmar per vecka eller mer”* samt *”Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka”*.

Jämfört med riket syns inga skillnader, varken bland kvinnor eller män, i fysisk aktivitet. Andelen som är fysiskt aktiva i Jämtlands län är 54 procent. Personer i åldern 16-29 år är fysiskt aktiva i högre grad än andra åldersgrupper och äldre män 65-84 år rör på sig i högre grad än jämnåriga kvinnor.

**Figur 13.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande fysisk aktivitet i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Kvinnor och män som saknar kontantmarginal eller har en funktionsnedsättning är fysiskt aktiva i lägre grad än personer med kontantmarginal eller jämfört med övriga befolkningen (se figur 13).



Personer i Ragunda kommun är fysiskt aktiva i lägre grad än i länet medan personer i Åre kommun är fysiskt aktiva i högre grad än i länet.

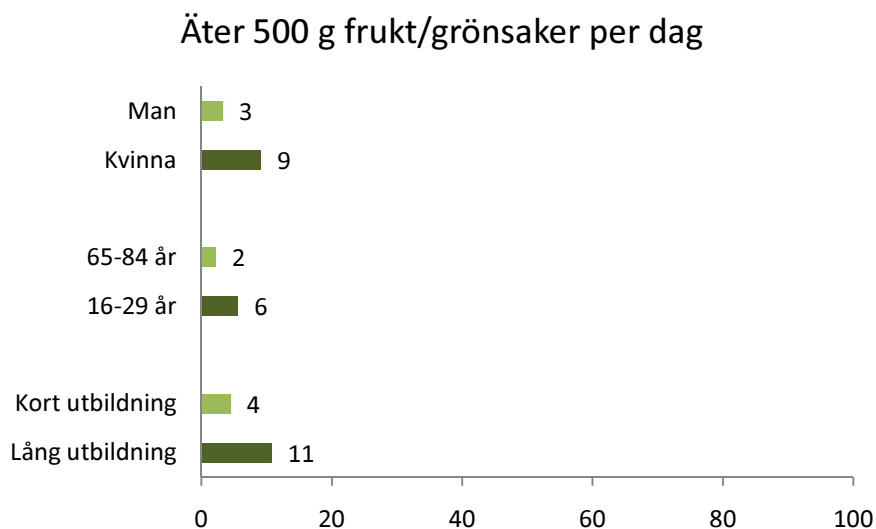
### 5.6.3 Frukt och grönsakskonsumtion

Genom den mat vi äter får vi i oss vitaminer, mineraler, fibrer och energi. Vi rekommenderas att äta minst 500 gram frukt och grönsaker per dag. Goda matvanor har samband med minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer, diabetes typ II, övervikt och karies (Boström & Nyqvist, 2008).

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.”

Jämfört med riket äter länets invånare, både män och kvinnor, mindre frukt och grönt. Tydligast är skillnaden bland kvinnor där 9 procent i länet mot 14 procent i riket äter 500 gram frukt/grönt dagligen. Motsvarande bland jämtländska män är 3 procent mot 5 procent i riket.

**Figur 14.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande frukt- och grönsakskonsumtion i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Överlag äter kvinnor i Jämtlands län frukt och grönsaker i högre grad än män och unga i högre grad än äldre. Andelen som äter grönsaker ökar med utbildningsnivå (se figur 14). Kvinnor som saknar kontantmarginal äter grönsaker i lägre grad än kvinnor med kontantmarginal.

Kvinnor i Ragunda kommun konsumerar frukt och grönsaker i lägre grad än kvinnor i länet.

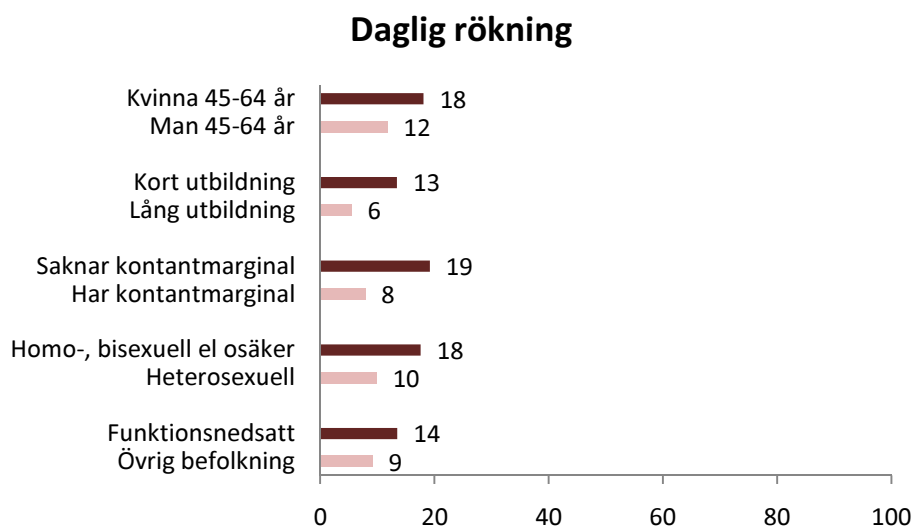
### 5.6.4 Rökning

Rökning förvärrar eller orsakar många sjukdomar såsom exempelvis olika typer av cancer, lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, stroke, benskörhet och magsår (Boström & Nyqvist, 2008). Daglig rökning utgår ifrån svaret "Ja" på frågan: "Röker du dagligen?"

Jämfört med riket röker jämtländska män i lägre omfattning (8 procent mot rikets 12 procent), medan jämtländska kvinnor röker i samma omfattning som kvinnorna i riket.

Daglig rökning har minskat i länet från 15 procent bland kvinnor år 2006 till 12 procent år 2010 och för män från 11 procent till 8 procent. Dock har skillnaden i daglig rökning ökat mellan personer med kontantmarginal och personer utan. Personer i åldern 45-64 år röker i högre grad än övriga åldrar och kvinnor mer än män. Utbildningsnivå och ekonomisk situation hör också samman med hur vanligt daglig rökning är (se figur 15).

**Figur 15.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande daglig rökning i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Män och kvinnor i Ragunda kommun röker dagligen i högre grad än i länet. Nedgången i daglig rökning mellan år 2006 och år 2010 syns tydligast bland män i Härjedalens kommun och kvinnor i Bräcke kommun.

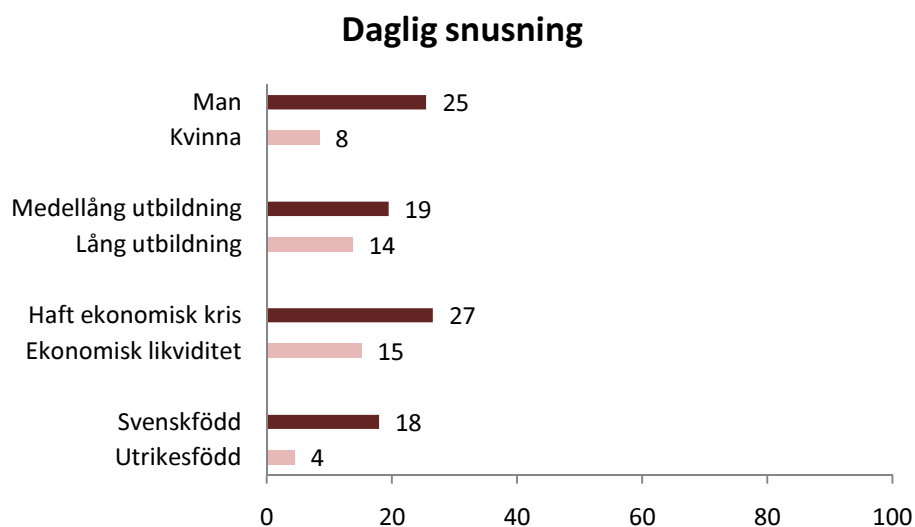
### 5.6.5 Snusning

Snusning utgår ifrån svaret "Ja" på frågan: "Snusar du dagligen?"

Jämfört med riket snusar jämtländska män i högre omfattning (25 procent mot rikets 20 procent). För kvinnor syns denna skillnad ännu tydligare. Jämtländska kvinnor snusar i dubbelt så stor utsträckning som kvinnorna i riket (8 procent mot 4 procent).

Män snusar dagligen i större utsträckning än kvinnor. Vanligast med snusning är det bland unga och medelålders män och bland unga kvinnor. Svenskfödda snusar dagligen i högre utsträckning än utrikesfödda. Kvinnor och män som saknar kontantmarginal snusar dagligen i högre grad än personer med kontantmarginal (se figur 16).

**Figur 16.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande daglig snusning i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Män snusar dagligen i högre grad än kvinnor i alla länets kommuner. Män i Åre kommun snusar mer än män i länet.

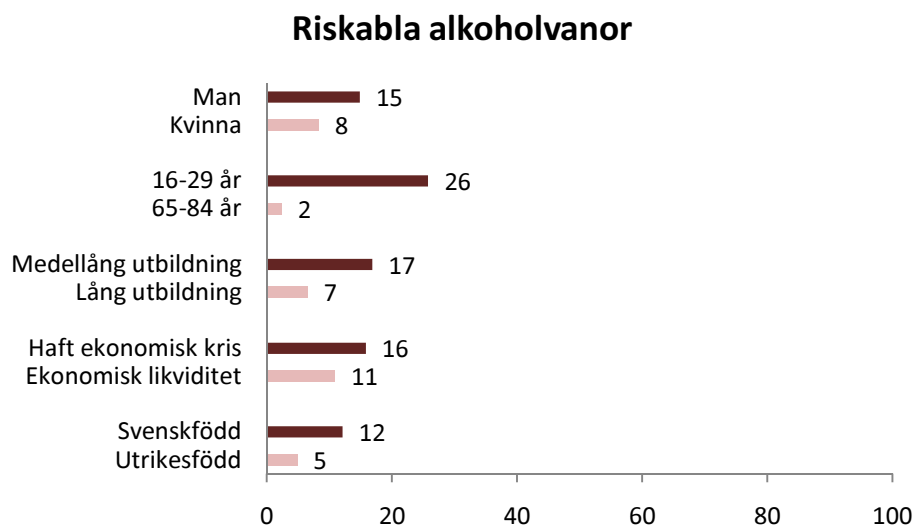
### 5.6.6 Alkohol

En hög konsumtion av alkohol kan orsaka eller bidra till en mängd olika negativa hälsoeffekter som till exempel levercirros, alkoholpsykos, alkoholförgiftning och olycksfall. En hög konsumtion kan också ha en rad negativa sociala konsekvenser som påverkar hälsotillståndet samt kan bidra till övervikt och fetma (Boström & Nyqvist, 2008).

Frågorna kring riskkonsumtion av alkohol innefattar hur ofta och hur mycket alkohol man dricker samt hur ofta man under de senaste 12 månaderna druckit så mycket att man känt sig berusad.

Jämfört med riket syns ingen skillnad gällande riskabel alkoholkonsumtion. Det är vanligare att män (15 procent) har riskabel alkoholkonsumtion än kvinnor (8 procent) i Jämtlands län. Detta gäller inte i åldern 16-29 år där den riskabla alkoholkonsumtionen ligger runt 26 procent för både kvinnor och män. Andelen med riskabel alkoholkonsumtion sjunker med åldern. Särskilt stor är skillnaden mellan unga och äldre kvinnor.

**Figur 17.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande riskabel alkoholkonsumtion i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Kvinnor och män med högst gymnasieutbildning har riskabel alkoholkonsumtion i högre grad än andra. Personer med lång utbildning har riskabla alkoholvanor i lägst utsträckning. Svenskfödda har riskabel alkoholkonsumtion i större utsträckning än utrikesfödda (se figur 17).

Kvinnor i Bergs kommun uppger riskabel alkoholkonsumtion i lägre grad än kvinnor i länet.

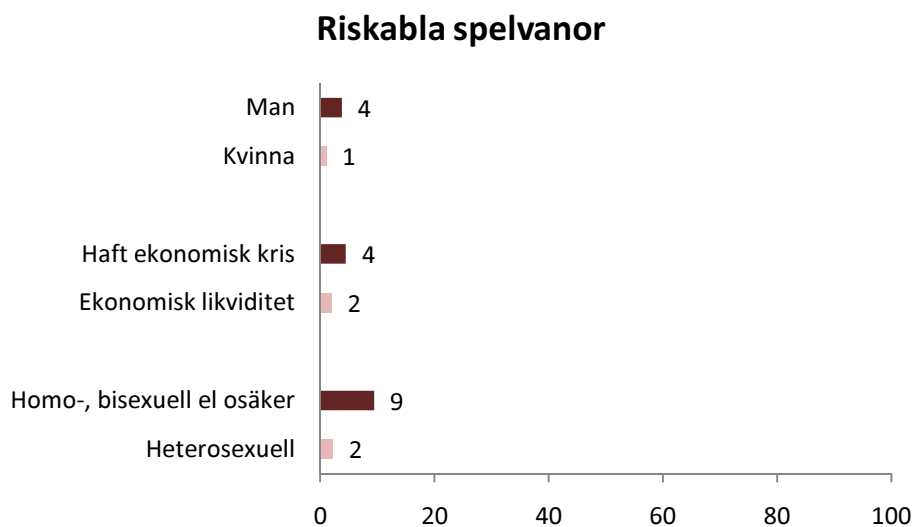
### 5.6.7 Spel

Riskabla spelvanor utgår ifrån att någon gång under de senaste 12 månaderna: *"försökt minska ditt spelande?"* / *"känt dig rastlös och irriterad om du inte kunnat spela?"* / *"ljugit om hur mycket du spelat?"*

Jämfört med riket uppvisar en lika stor andel jämtländska män riskabla spelvanor, 4 procent. Jämtländska kvinnor har i mindre omfattning riskabla spelvanor än kvinnor i riket (1 procent mot rikets 2 procent).

Män har riskabla spelvanor i högre grad än kvinnor förutom i åldern 65-84 år. Homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning har riskabla spelvanor i högre grad än heterosexuella. Även ekonomi har samband med graden av spelande (se figur 18).

**Figur 18.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande riskabelt spelande i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

### 5.6.8 Vill du förändra dina levnadsvanor?

I enkäten ställs frågor om vilja till förändrade levnadsvanor. Frågorna som ställs är: ”Vill du öka din fysiska aktivitet?” ”Vill du öka ditt intag av frukt och grönsaker?” ”Vill du sluta röka?” ”Vill du sluta snusa?” ”Vill du minska din alkoholkonsumtion?” med svarsalternativen ”Ja, och jag tror att jag klara det själv”, ”Ja, men jag behöver stöd”, ”Nej”. Gällande rökning och snusning finns också alternativen ”Röker/Snusar ej”.

I Jämtlands län vill 60 procent av befolkningen höja sitt intag av frukt och grönsaker. Av dessa vill drygt 4 000 personer ha stöd. Fördelningen är jämn mellan kvinnor och män trots att kvinnor i högre grad äter 500 gram frukt och grönsaker om dagen. Öka sin fysiska aktivitet vill 77 procent av befolkningen i länet, varav cirka 12 000 personer vill ha stöd. Runt 2400 personer av dessa vill dessutom både ha stöd med att öka sin grönsakskonsumtion och sin fysiska aktivitet. Bland personer med funktionsnedsättning önskar 23 procent få stöd med att öka sin fysiska aktivitet jämfört med 8 procent i övriga befolkningen och runt 20 procent bland personer med ekonomiska svårigheter (saknar kontantmarginal eller varit i ekonomisk kris) vill ha stöd.

Två tredjedelar av länets dagliga rökare vill sluta röka och 3 000 personer av dessa vill ha stöd för att sluta. Nästan hälften av snusande personer vill sluta och över 2 000 personer önskar stöd, vilket motsvarar 13 procent av dagliga snusare. Minska sin alkoholkonsumtion vill 14 procent av länets befolkning och av dessa vill 800 personer ha stöd. Bland personer som uppger riskabelt alkoholbruk vill 35 procent minska sin konsumtion.

### 5.6.9 Tillfrågad om sina levnadsvanor

Primärvården har ett uppdrag att vid besöket tillfråga patienten om dennes levnadsvanor. Frågorna avser kostvanor, motionsvanor, alkoholvanor samt tobaksvanor. I patientenkäten får patienten uppge om dessa frågor blivit ställda vid besöket. I tabell 3 redovisas hur stor andel i procent av patienterna som uppgett att de fått dessa frågor någon gång under året.

**Tabell 3** Tillfrågad om sina levnadsvanor i primärvården. Angett som andel i procent.

Tillfrågad om...	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund
kostvanor	16	20	21	16	24	20	20	20
motionsvanor	16	25	28	23	22	20	23	24
tobaksvanor	11	13	24	7	12	10	16	11
alkoholvanor	9	8	15	9	6	7	8	12

Källa: Patientenkäten Jämtlands län 2010.

Personer i Härjedalen uppger i högre grad att de har blivit tillfrågade om sina levnadsvanor än i andra kommuner.

## 5.7 Sjukdomar och besvär

I detta avsnitt redovisas fetma, högt blodtryck, diabetes, smärta, sömnsvårigheter och kontakt med sjukvården.

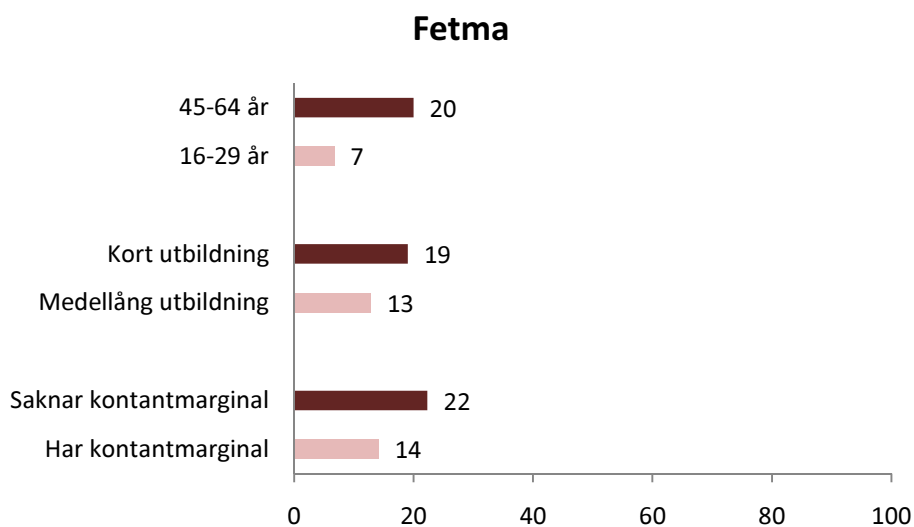
### 5.7.1 Övervikt och fetma

Fetma och övervikt är en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och förtida död. Personer med fetma upplever oftare trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga. Bukfetma ökar risken för högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes typ II (Boström & Nyqvist, 2008). Fetma mäts genom BMI, body mass index, som räknas ut med hjälp av längd och vikt som respondenten själv har fått fylla i. Fetma definieras som ett bmi högre än 30 kg/m<sup>2</sup>.

Jämfört med riket är andelen män med fetma lika hög i länet. Däremot har en högre andel av länets kvinnor fetma jämfört med riket (17 procent jämfört med 14 procent i riket).

Andelen med fetma har ökat i Jämtlands län från 12 procent år 2006 till 16 procent år 2010. Andelen med övervikt är densamma, vilket betyder att befolkningen i länet har blivit tyngre. Cirka 46 procent av kvinnorna och 59 procent av männen i Jämtlands län uppger år 2010 övervikt eller fetma. Det är vanligast i åldern 45-64 år där 69 procent av männen och 54 procent av kvinnorna uppger övervikt eller fetma. Personer utan kontantmarginal har fetma i högre grad än personer med kontantmarginal (se figur 19). Andelen personer över 70 år med undervikt i länet uppgår till 12 procent (för 70 åringar och äldre definieras undervikt här som ett BMI under 22 kg/m<sup>2</sup>).

**Figur 19.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande fetma i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



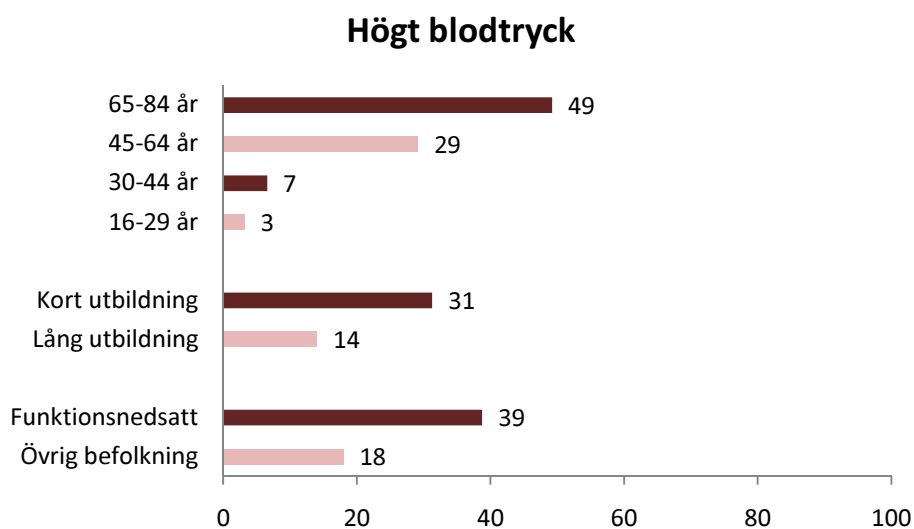
Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Män i Bräcke och Strömsunds kommuner samt kvinnor i Ragunda kommun uppger fetma i högre grad än länet. Män i Östersunds kommun uppger fetma i lägre grad än i länet.

### 5.7.2 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."

**Figur 20.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande högt blodtryck i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Jämfört med riket har en något högre andel av länets befolkning högt blodtryck, 23 procent i länet mot 20 procent i riket.

År 2010 uppger 23 procent högt blodtryck av befolkningen i Jämtlands län, vilket är mer än år 2006 när andelen var 21 procent. Andelen med högt blodtryck stiger med åldern men skillnaderna är också stora beroende på utbildningsnivå och funktionsnedsättning (se figur 20).

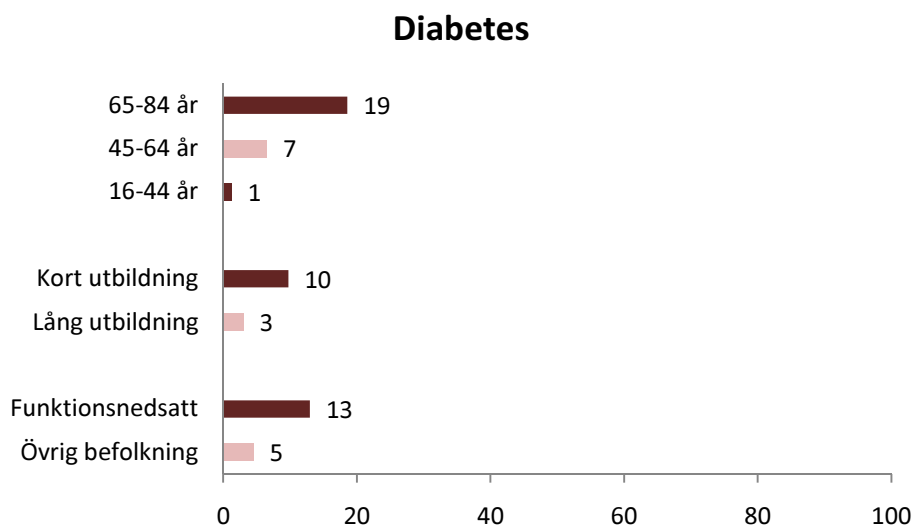
Andelen som uppger högt blodtryck är högre än i länet bland personer boende i Berg, Härjedalen och Strömsunds kommuner samt bland kvinnor i Bräcke kommun. I Östersunds kommun uppges högt blodtryck däremot i lägre grad än i länet. Andelen som uppger högt blodtryck har stigit mellan år 2006 och år 2010 bland kvinnor i Bräcke och Härjedalens kommuner, personer i Strömsunds kommun och män i Åre kommun.

### 5.7.3 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.”

Jämfört med riket syns inga skillnader i andelen invånare med diabetes. Detta gäller både kvinnor och män.

**Figur 21.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande diabetes i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Det är 21 procent av männen och 16 procent av kvinnorna i åldern 65-84 år som uppger sig ha diabetes. Både kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger diabetes i högre grad än övriga befolkningen (se figur 21). Män som saknar kontantmarginal uppger diabetes i högre grad än män med kontantmarginal (11 jämfört med 5 procent).



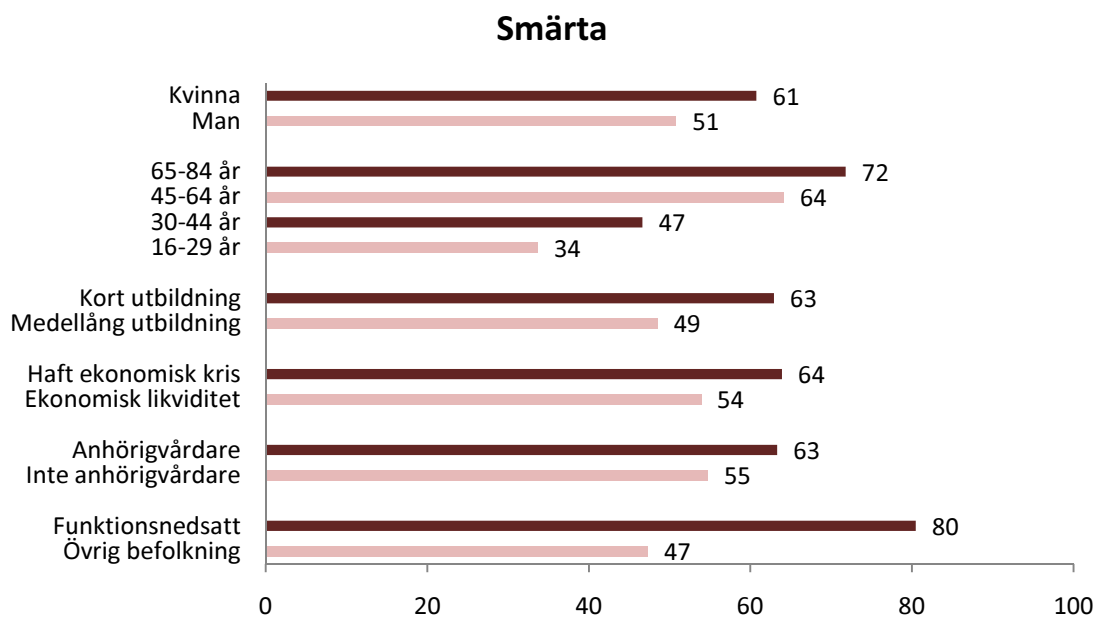
Personer, främst kvinnor, i Strömsunds kommun uppger diabetes i högre grad än personer i länet medan kvinnor i Östersunds kommun uppger diabetes i lägre grad än i länet. Kvinnor i Härjedalen och Strömsunds kommuner uppger diabetes i högre grad år 2010 än år 2006.

### 5.7.4 Smärta/värk

Smärta utgår svaren om vad som bäst beskriver ditt hälsotillstånd idag. ”Jag har varken smärtor eller besvär”, ”Jag har måttliga smärtor eller besvär”, ”Jag har svåra smärtor.” Här redovisas de två senare svarsalternativen.

Kvinnor i länet känner måttlig till svår smärta i högre grad än männen, 61 procent jämfört med 51 procent. Skillnaden är mest markant i åldern 16-44 år. Ett observandum är att bland kvinnor 16-29 år uppger 42 procent måttliga till svåra smärtor, vilket är en hög andel med tanke på den låga åldern. Andelen med smärta stiger signifikant med åldern för både kvinnor och män. Bland kvinnor 65-84 år är andelen 74 procent. Bland män 16-29 år uppger 26 procent måttliga till svåra smärtor och 69 procent bland män 65-84 år.

**Figur 22.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande måttlig till svår smärta i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Både kvinnor och män med funktionsnedsättning upplever smärta i betydligt högre grad än övriga befolkningen (se figur 22) och kvinnor med funktionsnedsättning i högre grad än män med funktionsnedsättning. Särskilt vanligt med smärta är det bland personer som uppger sig vara begränsade i sin dagliga sysselsättning på grund av olycka eller långvarig sjukdom.

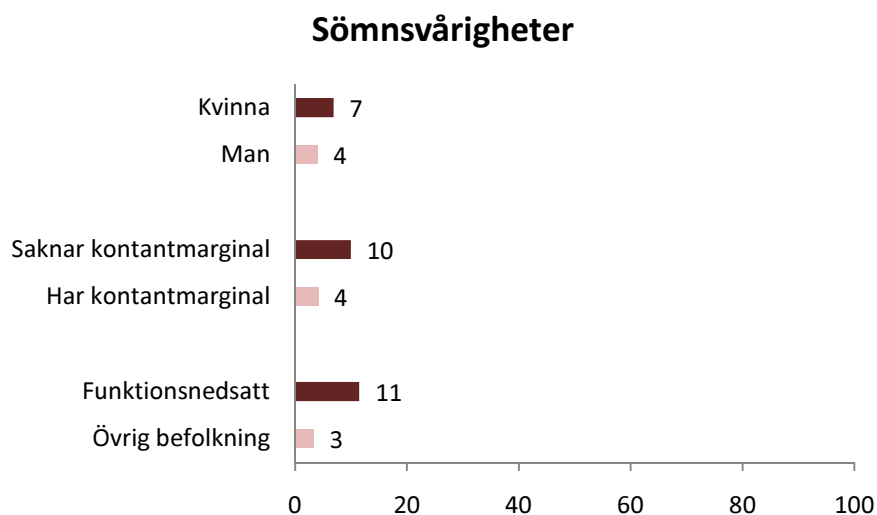
Personer i Berg, Ragunda och Strömsunds kommuner upplever måttlig till svår smärta i högre grad än personer i länet. I Östersunds kommun är andelen däremot lägre än i länet och i Bräcke kommun har andelen med smärta sjunkit bland männen mellan år 2006 och år 2010.

### 5.7.5 Sömnsvårigheter

Sömnsvårigheter redovisas här som Ja svåra besvär frågan: *"Har du något/ några av följande besvär eller symtom?" "Sömnsvårigheter?" "Nej", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär"*.

Jämfört med riket syns inga skillnader, när det gäller andelen invånare med sömnsvårigheter. Kvinnor upplever genomgående svåra sömnsvårigheter i högre grad än män i Jämtlands län, 7 procent jämfört med 4 procent. Förekomst av sömnsvårigheter har också samband med kontantmarginal och funktionsnedsättning (se figur 23).

**Figur 23.** Statistiskt säkerställda skillnader gällande sömnsvårigheter i Jämtlands län år 2010. Angett som andel i procent.



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Män i Strömsunds kommun uppger sömnsvårigheter i lägre grad än män i länet.

### 5.7.6 Kontakt med sjukvården

Kontakt med sjukvården utgår ifrån frågan: *"Har du under de senaste tre månaderna haft kontakt med sjukvården? Gäller egna besvär eller sjukdom"* med svaret *"Ja"*. Kvinnor (50 procent) uppger i högre grad kontakt med vården än män (42 procent), förutom i åldern 65-84 år, vilket även är den åldersgrupp som uppger kontakt med vården i högre grad än övriga åldersgrupper. Kvinnor som saknar kontantmarginal (58 procent) har varit i kontakt med vården i högre grad än kvinnor med ekonomisk stabilitet (49 procent). Både kvinnor och män med funktionsnedsättning har varit i kontakt med sjukvården i högre grad än övriga befolkningen (63 procent bland personer med funktionsnedsättning och 40 procent bland övriga befolkningen).

## 6 KORTFATTAT OM OJÄMLIK HÄLSA I LÄNET

---

Socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå, kontantmarginal och att klara löpande utgifter har samband med i princip alla faktorer vi har tittat på. När det gäller ekonomi är det skillnad mellan personer med ekonomisk likviditet och personer i ekonomisk kris gällande alla faktorer utom högt blodtryck. Gällande stress är det kvinnor med lång utbildning som känner mer stress än kvinnor med kortare utbildning.

Kvinnor har i allmänhet högre utbildning och lever längre än män, medan män i högre grad än kvinnor uppger god hälsa, psykiskt välbefinnande och kontantmarginal. Kvinnor är socialt deltagande och har praktiskt och emotionellt stöd i högre grad än män samt uppger god tandhälsa i större utsträckning. Kvinnor har generellt sett bättre levnadsvanor gällande grönsaks-konsumtion, snusning, alkoholkonsumtion och spelvanor, medan män således ligger sämre till gällande detsamma. Däremot känner kvinnor stress, måttlig till svår smärta och rädsla för att gå ut i högre grad än män och blir utsatta för kränkande bemötande, har sömnsvårigheter samt röker dagligen i högre utsträckning.

Unga mår i allmänhet bra. Nedsatt psykiskt välbefinnande är dock vanligare bland yngre än bland äldre. Unga kvinnor och män känner tillit och har kontantmarginal i lägre grad än äldre och riskabel alkoholkonsumtion, utsatthet för kränkande bemötande, hot och våld är vanligare bland unga än bland äldre.

Kvinnor i åldern 16-44 år känner mycket stress och en lägre andel har kontantmarginal än män och äldre kvinnor. Kvinnor och män i åldern 45-64 år röker dagligen i högre grad än andra åldersgrupper. I gruppen 30 år och äldre är andelen med fetma högre och andelen med fysisk aktivitet lägre än bland yngre.

Äldre, 65-84 år, i Jämtlands län äter i lägre grad frukt och grönsaker och är socialt deltagande i lägre grad än yngre. Äldre kvinnor avstår dessutom att gå ut på grund av rädsla för att bli ofredade i högre grad än medelålders kvinnor och jämnåriga män. Måttlig till svår smärta, sömnsvårigheter, diabetes och högt blodtryck är vanligare bland äldre än bland yngre.

Personer med funktionsnedsättning har i lägre grad gott allmänt hälsotillstånd, psykiskt välbefinnande och god tandhälsa än övriga befolkningen. Även tillit, kontantmarginal, känslomässigt och praktiskt stöd är lägre och socialt deltagande i samhällslivet är betydligt lägre än i övriga befolkningen. Andelen fysiskt aktiva är också lägre än i övriga befolkningen och andelen som känner stress, har sömnsvårigheter, högt blodtryck, diabetes eller röker dagligen är högre än bland andra. Måttliga till svåra smärtor är mycket vanligt bland personer med funktionsnedsättning.

Svenskfödda i Jämtlands län har i högre grad kontantmarginal, tillit, emotionellt och praktiskt stöd och färre känner mycket stress än utrikesfödda. Svenskfödda snusar dock och har riskabla alkoholvanor i högre grad än utrikesfödda.

En lägre andel bland homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning i Jämtlands län uppger kontantmarginal, psykiskt välbefinnande, tillit, känslomässigt stöd och socialt deltagande

än bland heterosexuella. Samtidigt är andelen som röker dagligen eller har riskabla spelvanor högre bland homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning än bland heterosexuella.

## 6.1 Lokala skillnader i länet

Mellan kommunerna i länet finns vissa skillnader. Exempelvis uppger personer i Krokoms och Åre kommuner högre andel med psykiskt välbefinnande än i länet. Personer i Östersunds kommun uppger sjuklighet i lägre grad än i länet och socialt deltagande i högre grad. Medan Bräcke, Härjedalen, Ragunda och Strömsunds kommuner har lägre medellivslängd jämfört med länet. Dessa kommuner har även lägre andel med socialt deltagande och högre andel med exempelvis fetma och högt blodtryck, där både fetma och högt blodtryck har ökat sedan år 2006. Till viss del speglar åldersstruktur och utbildningsnivå hälsoläget i kommunerna. Det kan dock inte förklara allt utan andra lokala förhållanden har förmodligen också betydelse.

## 6.2 Förklaringar på ojämlikhet i hälsa

Teorier om förklaringar av hälsans ojämlika fördelning brukar delas upp i bland annat livsloppsanalys, skillnader i beteende och skillnader i materiella tillgångar och övriga resurser. Livsloppsanalyser pekar på att skillnader i hälsa vid barnåren och under uppväxten tenderar att öka under livets gång. Skillnader i beteende handlar om att personer med kort utbildning i högre grad uppvisar riskbeteenden. Samtidigt som stödjande faktorer i form av exempelvis socialt stöd hemma och på arbetet är mindre vanligt förekommande än bland personer med lång utbildning. Det gör att exempelvis samma nivå av riskabel alkoholkonsumtion ger generellt större påverkan bland personer med kort utbildning än bland personer med lång utbildning. Skillnader i materiella tillgångar och övriga resurser visar sig på olika sätt. Det är bland annat vanligare att personer med kort utbildning upplever psykosocial stress relaterat till ekonomiska bekymmer än att personer med lång utbildning gör det. Personer med kort utbildning har också oftare arbeten med lågt inflytande och stora krav på arbetsplatser med fler fysiska hälsorisker än på exempelvis ett kontor. Slutligen har personer med kort utbildning i högre grad sjukdomar och riskerar dessutom i högre grad att bli av med sitt arbete vid sjukdom än personer med lång utbildning (Bartley, 2004; Dahlgren & Whitehead, 2006; Naidoo & Wills, 2000).

## 7 DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS

---

Ojämlikhet i hälsa syns genomgående i studerade faktorer. Vad gäller kontantmarginal eller ekonomisk kapacitet har det betydelse för alla studerade faktorer utom högt blodtryck. Skillnaden i egenupplevd hälsa är dock störst mellan personer med funktionsnedsättning och personer i övrig befolkning. Medan kön har en mer betydande roll vad gäller rädsla för att gå ut. Det är av stor betydelse att inom alla områden arbeta för en jämlik hälsa. Det är därför viktigt att se över fördelningen av resurserna i våra verksamheter, arbeta för ett respektfullt bemötande samt förbättra möjligheter till inflytande, kontroll och påverkan på sitt eget liv inom områden som personen i fråga värdesätter.

## 7.1 Unga vuxna och trygghet

Ekonomi och inkomstskillnader har samband med tillit, styrkan i sociala relationer samt hur vanligt det är med våld. Tillit och socialt deltagande har visats sig ha samband med självskattad hälsa, tillfredsställelse med livet, funktionell hälsa och förtida död. Samtidigt lever individer med starka band till familj eller omgivning längre, har bättre hälsa och har lättare att återhämta sig från sjukdom än socialt isolerade individer (Boström & Nyqvist, 2008). Kränkande bemötande kan däremot begränsa deltagande i samhället och ge upphov till både akut och kronisk stress, nedsatt psykiskt välbefinnande och förändringar i fysiologiska processer (Frykman, 2006).

Upplevelsen av trygghet i Jämtlands län i form av bland annat trygghet utomhus, tillit och socialt stöd är högre än i riket och har ökat sen mätningen år 2006. Dock ser vi stora skillnader mellan olika grupper och då ojämlikhet i hälsa är starkt kopplad till grundtrygghet är det viktigt att trenden håller i sig men också att arbeta för att skillnaderna minskar.

Unga vuxna mår i allmänhet bra men en riskabel alkoholkonsumtion, utsatthet för hot och våld samt tillitsbrist och avsaknad av kontantmarginal är vanligare bland unga män och kvinnor än bland äldre. Unga kvinnor uppger även nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, smärta, kränkande bemötande, otrygghet utomhus i högre grad än unga män och i stor del även jämfört med äldre kvinnor. Det är därför viktigt att arbeta för social trygghet bland unga vuxna för att förbättra situationen.

Det är viktigt att arbeta för social trygghet bland hela befolkningen men särskilt bland unga vuxna vad gäller:

- En trygg miljö utan hot, våld och kränkande bemötande
- Förbättrat psykiskt välbefinnande.
- Tryggare ekonomisk situation.
- Minskad riskabel alkoholkonsumtion.

## 7.2 Personer i medelåldern och levnadsvanor

Tobak, alkohol, lågt intag av grönsaker och fetma är enskilda riskfaktorer som har en stor inverkan på sjukdomsburden i Sverige. Bland annat vad gäller hjärt- och kärlsjukdomar, olika former av cancer, diabetes och en rad olika besvär såsom magsår och värk. Ytterligare riskfaktorer som påverkar folksjukdomar inom Sverige är högt blodtryck och kolesterol, fysisk inaktivitet, övrigt drogmissbruk, oskyddad sex och järnbrist. Främjande av goda levnadsvanor är således en viktig del i det sjukdomsförebyggande arbetet (Boström & Nyqvist, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2008; Marmot, 2010).

I Jämtlands län vill åtta av tio öka sin fysiska aktivitet, sex av tio vill öka sin frukt- och grönsakskonsumtion. Sju av tio som röker dagligen och hälften bland personer som snusar dagligen vill sluta och en tredjedel av personer med riskabla alkoholvanor vill minska sin alkoholkonsumtion. Många anser sig klara det själv men det är ändå 12 000 personer som vill ha stöd med att öka sin

fysiska aktivitet och 2 000-4 000 personer som vill ha hjälp att sluta snusa eller röka eller öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Det finns således ett uttryckt behov av stöd för att förändra sina levnadsvanor och önskan om stöd är högre bland exempelvis personer med funktionsnedsättning. Det är därför viktigt att generellt arbeta för stöd till förändring men med större kraft för grupper med större behov, för att arbetet verkligen ska omfatta alla.

Jämfört med år 2006 har andelen som uppger daglig rökning sjunkit i länet. Det är positivt att rökningen minskar men då rökning står som den största orsaken till sjukdomsburden är det viktigt att nedgången fortsätter (Dahlgren & Whitehead, 2006). Det är också av stor betydelse att arbeta för att ekonomiskt svagare grupper minskar sin dagliga rökning i minst samma takt som ekonomisk starkare grupper, då vi har sett att skillnaden mellan grupperna emellan har ökat. Daglig rökning är vanligast bland kvinnor i åldern 45-64 år. Vad gäller snusning är det vanligare i länet än i riket.

Redan från 30-årsåldern märks en högre andel av fetma och en lägre andel fysiskt aktiva. Andelen personer som uppger högt blodtryck och andelen kvinnor med fetma har ökat mellan år 2006 och år 2010 i Jämtlands län. Det är bekymmersamt att fetma och högt blodtryck ökar då det har stor inverkan på kommande folksjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom (Boström & Nyqvist, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2006).

Det är viktigt att arbeta för bättre levnadsvanor bland hela befolkningen men särskilt vad gäller:

- Minskad rökning bland kvinnor i åldern 45-64 år och personer med svag ekonomi.
- Minskad snusning.
- Minskad övervikt och fetma.

### **7.3 Hälsosamt åldrande**

Bland äldre är förekomsten av sjuklighet i form av bland annat diabetes, smärta och högt blodtryck högre än bland yngre åldrar. I Jämtlands län är en högre andel av befolkningen 65 år eller äldre än i riket, vilket visar sig särskilt i Härjedalen, Ragunda och Strömsunds kommuner. Det är en stor grupp och Nilsson, Nilsson, Räftegård Färggren och Åkeson (2009) framhåller fyra viktiga områden för att skapa förutsättningar för ett hälsosamt åldrande. Mötesplatser för social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet samt goda matvanor. Då det är just dessa områden som äldre ligger sämre till jämfört med övriga åldersgrupper kan det därför vara av stor betydelse med insatser inom dessa områden.

Ett hälsosamt åldrande inbegriper:

- Meningsfullhet.
- Social gemenskap och samvaro.
- Goda matvanor.
- Fysisk aktivitet.

## 7.4 Folkhälsopolicy i Jämtlands län

Sveriges nationella mål för folkhälsa är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Socialdepartementet, 2008, s. 21). Till hjälp för att nå detta finns elva målområden. I Jämtlands län har under år 2010 en folkhälsopolicy arbetats fram, vilket i sammanhanget kan vara bra att känna till. Stor enighet har där rått kring att fokusera på de första nationella målområdena som handlar om livsvillkor. I folkhälsopolicyn kallas områdena för: Trygga uppväxtvillkor, Utbildning och arbete, Hälsöfrämjande miljö och Delaktighet och inflytande.

### 7.4.1 Trygga uppväxtvillkor

Dahlgren och Whitehead (2006) framhåller ett livsloppsperspektiv på hälsa där goda uppväxtvillkor är viktigt för en gynnsam hälsoutveckling varefter personen växer upp. I folkhälsopolicyn framhålls en god föräldra-/barnrelation, goda sociala villkor för barnfamiljer samt en trygg ekonomisk situation som förutsättningar för trygga uppväxtvillkor. Utifrån enkäten Hälsa på lika villkor går det emellertid inte att uttala sig om barns hälsa utan enbart om unga vuxna.

### 7.4.2 Utbildning och arbete

Jämlig spridning av inkomst, arbete och utbildning är viktiga hälsöfrämjande faktorer, särskilt för att minska skillnader i hälsa (Dahlgren & Whitehead, 2006). Exempel i folkhälsopolicyn som framhålls inom detta område är hälsöfrämjande skolutveckling, tryggare arbetsmarknad för ungdomar, tillvaratagande av mångfalden i arbetslivet samt förutsättningar för att kunna stanna kvar och återkomma i arbetslivet. Utbildning och arbete är socioekonomiska faktorer som hör samman med många av de faktorer denna rapport har studerat. Exempelvis har nedsatt psykiskt välbefinnande, rökning, riskabel alkoholkonsumtion och fysisk inaktivitet samband med brist på kontantmarginal och lägre utbildning.

### 7.4.3 Hälsöfrämjande miljö

Hälsöfrämjande miljöer syftar till att stärka människors självförtroende och makt i vardagen samt att minska riskfaktorer både i den psykosociala och i den fysiska miljön (Socialdepartementet, 2008; 11). I folkhälsopolicyn för Jämtlands län innefattar hälsöfrämjande miljöer bland annat sociala mötesplatser, trygghet utomhus och närhet till naturmiljöer, där det senare har visat sig främja fysisk aktivitet och minska hälsoskillnader (Faskunger, 2007). Vad gäller socialt deltagande i samhällslivet är det lägre i Jämtlands län än i riket enligt föreliggande rapport.

### 7.4.4 Delaktighet och inflytande

En grund för en god hälsa på lika villkor är samhällen där människor har goda möjligheter att påverka sin närmiljö samt där sociala band och tillit kan utvecklas inom grupper eller organisationer (Socialdepartementet, 2008). Det är en högre andel i befolkningen som känner tillit i länet än i riket, yngre känner dock tillit i lägre grad än äldre. Inom området lyfter folkhälsopolicyn fram hälsöfrämjande ledarskap som främjar delaktighet i styrning och utveckling av samhället.

## 8 LÄSTIPS

---

Svenska nätverket för hälsofrämjande sjukhus. [www.natverket-hfs.se](http://www.natverket-hfs.se)

Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2011:1 *Bästa listan 2011—Best practice i folkhälsoarbete. En sammanställning av erfarenheter, metoder och verktyg inom folkhälsoarbete.*

*Folkhälsopolitisk rapport. Framtidens folkhälsa – allas ansvar.* (R 2010:16) Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen. *Svenska lärdomar av Marmot- kommissionens rapport Closing the gap.* <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Marmot.pdf>

*Bra mat och rörelse för barn och unga med funktionsnedsättning.* (A 2010:04) Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

*Aktivt liv i byggda miljöer manual för kommunal planering.* (R 2010:04). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

*FYSS Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.* (2008). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

*Tobaksfri kommun – en guide för att det tobaksförebyggande arbetet.* (R 2010:10). Östersund: Statens folkhälsoinstitut

*Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal.* (2007). Statens folkhälsoinstitut i samarbete med socialstyrelsen

*Ett nytt sätt att förebygga alkoholproblem. En modell för arbetslivet.* (2011). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Nilsson, E., Nilsson, S., Räftegård Färggren, T.& Åkeson N. (2009). *Det är aldrig för sent. Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktiviteter.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Holmgren, G., Berg, L., Sjögren M. & Söderström P. (2010). *Prata bort mansvåld. Våldspreventivt arbete riktat mot unga män.* Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Arnhof, Y (2008). *Onödig ohälsa. Hälsoläget bland personer med funktionsnedsättning.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.



## 9 REFERENSER

---

Arnhof, Y. (2008). *Onödig ohälsa. Hälsoläget bland personer med funktionsnedsättning*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Bartley, M. (2004). *Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity press.

Boström, G., & Nyqvist, K. (2008). *Hälsa på lika villkor Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Hämtat den 28 december år 2010 från <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/A2008-06-Framebakgrund.pdf>

Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom: en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Crenshaw, K. (2003). Mapping the margins: interseccionalidad, identity politics, and violence against women of color. In *Identities: race, class, gender, and nationality*. (s. 175-200). Malden, MA: Blackwell Publications.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO Collaborating centre for policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Hämtat den 24 januari 2011 från [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf)

Faskunger, J. (2007). *Den byggda miljöns påverkan för fysisk aktivitet*. Östersund: Folkhälsoinstitutet. Hämtat den 11 februari 2011 från [http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703\\_Byggd\\_miljo\\_web.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703_Byggd_miljo_web.pdf)

Frykman, J. Red. (2006). *Diskriminering ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. Östersund: Folkhälsoinstitutet. Hämtat den 3 januari 2011 från [http://www.do.se/Documents/Material/Gamla%20ombudsm%C3%A4nnens%20material/Diskriminering\\_ett\\_hot\\_mot\\_folkhalsan.pdf](http://www.do.se/Documents/Material/Gamla%20ombudsm%C3%A4nnens%20material/Diskriminering_ett_hot_mot_folkhalsan.pdf)

Haglund, B. J. A. & Svanström, L. (1995). 2a uppl. *Samhällsmedicin: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ljung, T. & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen* 2004; 101:1089-1094.

Marmot, M. (2010). *Fair society. Healthy lives. The Marmot review. Executive summary*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Hämtat den 18 januari 2011 från <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLivesExecSummary.pdf>

Naidoo, J. & Wills, J. (2000). 2nd edition. *Health promotion Foundations for practice*. New York: Baillière.

Nilsson, E., Nilsson, S., Räftegård Färggren, T. & Åkeson N. (2009). *Det är aldrig för sent. Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktiviteter*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Roth, N., Boström, G. & Nykvist, K. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Socialdepartementet. (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm. Hämtat den 23 december år 2010 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ec01484.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Kommunala basfakta. faktablad 2010 hösten*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Hämtat den 28 december år 2010 från [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

WHO, Commission of social determinants of health. (2008). *Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna: sammanfattning av slutrapporten/ Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Hämtat den 25 november 2010 från <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Utjamna-halsoskillnaderna-inom-en-generation1/>

Världshälsoorganisationen. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 –WHO/HPR/HEP/95.1* Hämtat den 28 december 2010 från [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)





Folkhälsocentrum

[www.jll.se/folkhalsa](http://www.jll.se/folkhalsa)