



Hälsa på lika villkor Rapport för Härjedalens kommun 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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	5
2	INLEDNING	6
2.1	Nationella mål för folkhälsa	6
2.2	Hälsa och dess bestämningsfaktorer	6
2.3	Folkhälsoarbete	7
3	SYFTE.....	8
4	METOD.....	8
4.1	Definitioner	10
5	RESULTAT HÄRJEDALENS KOMMUN	11
5.1	Hälsa	12
5.1.1	Definitioner hälsa	12
5.1.2	Hälsa i Härjedalens kommun	12
5.1.3	God hälsa i länet.....	13
5.1.4	Nedsatt psykiskt välbefinnande i länet	13
5.1.5	Tandhälsa i länet	13
5.2	Trygghet.....	13
5.2.1	Definitioner trygghet.....	14
5.2.2	Trygghet i Härjedalens kommun.....	14
5.2.3	Tillit i länet	15
5.2.4	Socialt deltagande i länet	16
5.2.5	Emotionellt och praktiskt stöd i länet	16
5.2.6	Kontantmarginal i länet.....	16
5.2.7	Otrygghet utomhus i länet	16
5.2.8	Kränkande bemötande i länet.....	16
5.2.9	Hot om våld och utsatt för våld i länet	16
5.3	Levnadsvanor.....	17
5.3.1	Definitioner levnadsvanor.....	17
5.3.2	Levnadsvanor i Härjedalens kommun.....	18
5.3.3	Stress i länet	19
5.3.4	Rökning i länet	19
5.3.5	Snusning i länet.....	20
5.3.6	Alkohol i länet	20
5.3.7	Spel i länet.....	20

5.3.8	Fysisk aktivitet i länet.....	20
5.3.9	Frukt- och grönsakskonsumtion i länet.....	20
5.4	Sjukdomar/besvär	21
5.4.1	Definitioner sjukdomar/besvär.....	21
5.4.2	Sjukdomar/besvär i Härjedalens kommun	21
5.4.3	Fetma i länet.....	22
5.4.4	Högt blodtryck i länet.....	22
5.4.5	Diabetes i länet	22
5.4.6	Smärta i länet.....	22
5.4.7	Sömnsvårigheter i länet	22
6	KORTFATTAT OM OJÄMLIK HÄLSA I LÄNET.....	23
6.1	Förklaringar på ojämlikhet i hälsa	24
7	DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS	24
7.1	Trygghet.....	24
7.2	Levnadsvanor.....	25
7.3	Hälsosamt åldrande	26
7.4	Folkhälsopolicy i Jämtlands län	26
7.4.1	Trygga uppväxtvillkor	26
7.4.2	Utbildning och arbete	27
7.4.3	Hälsofrämjande miljö.....	27
7.4.4	Delaktighet och inflytande.....	27
8	LÄSTIPS.....	28
9	REFERENSER	29

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, som Statens folkhälsoinstitut anordnar men Jämtlands läns landsting står för bearbetningen och ansvarar för innehållet i denna rapport. Totalt skickades 822 enkäter ut i Härjedalens kommun varav 445 stycken besvarades. Det ger en svarsfrekvens på 54,1 procent.

Resultatet visar på att likheterna mellan länets kommuner, fränsett Östersund, är stora. Det finns ändå lokala förhållanden som skiljer sig något från länets genomsnitt. Glädjande är att betydligt färre män röker jämfört med förra undersökningen.

Medellivslängden är lägre än i länet. I Härjedalen är också andelen som deltar i sociala aktiviteter lägre än i länet. En högre andel av invånarna har högt blodtryck än i länet och diabetes har ökat sedan år 2006. Hälften av befolkningen har övervikt eller fetma, intag av frukt och grönsaker är stadigvarande lågt och runt hälften av befolkningen är fysiskt aktiv 30 minuter per dag. I övrigt är resultatet väldigt likt hur det ser ut i länet. I länet är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare bland unga kvinnor än bland äldre och en fjärdedel av unga vuxna uppger en riskabel alkoholkonsumtion. Daglig rökning är vanligast bland medelålders kvinnor och ekonomi hör ihop med de flesta studerade variabler. Till viss del speglar åldersstruktur och utbildningsnivå i kommunen hälsoläget. Det kan dock inte förklara allt utan även lokala förhållanden i kommunen har förmodligen betydelse.

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

- Ekonomisk trygghet.
- Minskad övervikt och fetma.
- Minskad alkoholkonsumtion särskilt bland unga vuxna.
- Förbättrat psykiskt välbefinnande bland unga vuxna.
- Ökade förutsättningar för social samvaro bland äldre.

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 Härjedalens kommun och 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 samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Till hjälp för att nå det övergripande målet finns elva delmål:

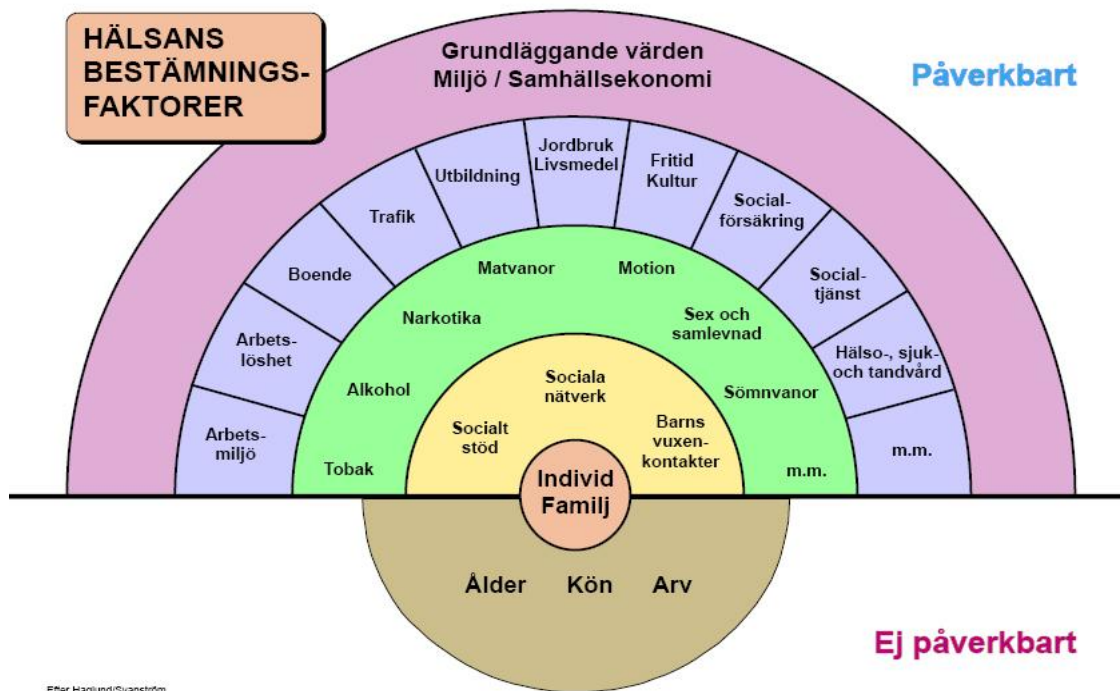
1. Delaktighet och inflytande i samhället
 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
 3. Barns och ungas uppväxtvillkor
 4. Hälsa i arbetslivet
 5. Miljöer och produkter
 6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
 7. Skydd mot smittspridning
 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
 9. Fysisk aktivitet
 10. 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 inträffat (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 utökat 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. Totalt skickades 822 enkäter ut i Härjedalens kommun varav 445 stycken besvarades. Det ger en svarsfrekvens på 54,1 procent. I Jämtlands län skickades 9 871 enkäter ut, varav 5 638 stycken besvarades, vilket ger en svarsfrekvens på 57,1 procent.

Undersökningen är således en urvalsundersökning där några tillfrågas och efter statistisk bearbetning kan deras svar användas för att uttala sig om hela befolkningen. Konfidensintervall används för att beskriva osäkerheten i svaren, vilka beror på att endast ett urval av befolkningen i

kommunen tillfrågas. Det gör att exempelvis andelen kvinnor i Härjedalens kommun med gott allmänt hälsotillstånd med 95 procentig säkerhet ligger någonstans i intervallet mellan 60 procent och 72 procent. Denna osäkerhet beror på att endast en mindre del av kvinnorna i Härjedalens kommun har tillfrågats och svarat. I Jämtlands län ligger andelen kvinnor med gott allmänt hälsotillstånd med 95 procentig säkerhet någonstans mellan 64 procent och 68 procent. Intervallet är smalare för att beräkningen är gjord på ett större antal. Frågan är då om kvinnors allmänna hälsotillstånd i Härjedalens kommun skiljer sig från kvinnorna i länet. I det här fallet gör det inte det eftersom konfidensintervallen överlappar varandra. Vad gäller rädsla för att gå ut i Härjedalens kommun anger mellan 15 till 25 procent av kvinnorna otrygghet och mellan 1 till 5 procent av männen detsamma, intervallet betyder alltså att med 95 procentig säkerhet ligger ”sant värde” mellan dessa siffror. Här överlappar inte konfidensintervallen varandra. Det övre värdet 5 procent bland männen når inte upp till kvinnornas lägsta värde 15 procent. Skillnaden mellan kvinnor och män gällande rädsla för att gå ut är således statistisk säkerställd. Konfidensintervallen är i rapporten markerade som svarta streck i diagrammen och alla skillnader som beskrivs i text är statistiskt säkerställda. De skillnader som är statistiskt säkerställda markeras dessutom i diagrammen med en asterix.

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. Det flesta av dessa indelningar har dock behövts göras på länsnivå för att få större säkerhet i resultaten. 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.

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 beskrivs nedan.

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

Kort utbildning - Förgymnasialutbildning

Medellång utbildning - Gymnasieutbildning

Lång utbildning – Eftergymnasial utbildning

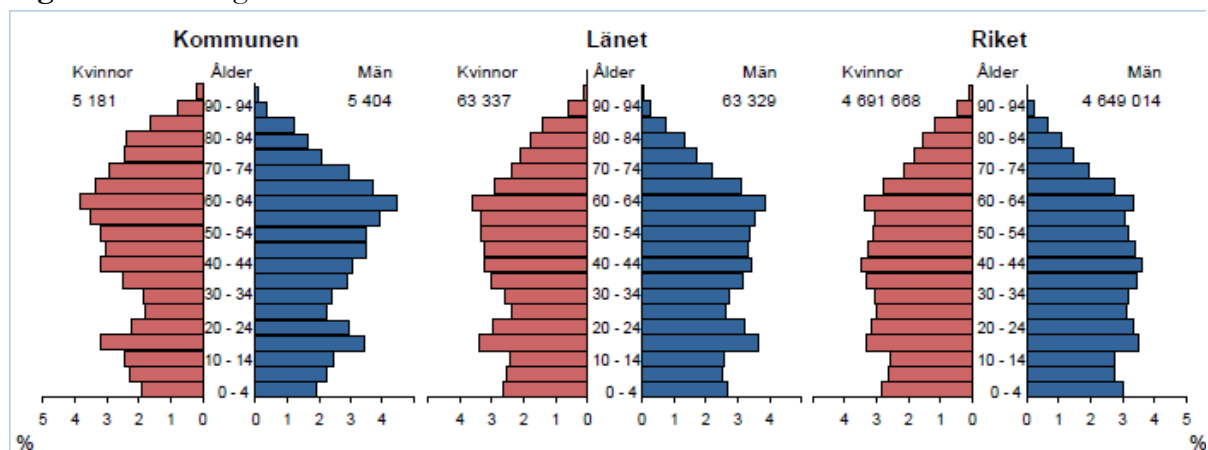
Ekonomisk kris – har under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara löpande utgifter för hyra mat, räkningar mm.

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

5 RESULTAT HÄRJEDALENS KOMMUN

Förväntad livslängd vid födseln för kvinnor i Härjedalens kommun var i genomsnitt 81,6 år och för män 77,0 år under åren 2005-2009. Det är en kortare medellivslängd än vad både kvinnor och män i Jämtlands län och riket har.

Figur 2. Folkmängd 31 december 2009



Källa: Kommunala basfakta, Statens folkhälsoinstitut.

Härjedalens kommun har en högre andel äldre människor i befolkningen än riket. I åldern 20 till 40 år är andelen lägre än i Jämtlands län (se figur 2).

Tabell 1. Befolkningen efter utbildningsnivå år 2009

Utbildningsnivå	Procentuell fördelning			Länet			Riket			
	Ålder	Kommunen Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25-44 år										
Förgymnasial		9	11	10	7	10	8	9	11	10
Gymnasial		58	71	64	46	59	52	41	49	45
Eftergymnasial		32	15	23	46	30	38	48	37	42
Uppgift saknas		2	3	2	1	2	2	2	3	2
Totalt		100	100	100	100	100	100	100	100	100
45-64 år										
Förgymnasial		16	27	22	12	21	17	17	22	19
Gymnasial		59	58	58	53	54	53	47	47	47
Eftergymnasial		25	15	19	35	24	29	35	30	33
Uppgift saknas		1	1	1	0	1	0	1	1	1
Totalt		100	100	100	100	100	100	100	100	100
65-74 år										
Förgymnasial		48	47	47	34	40	37	35	38	37
Gymnasial		37	42	40	46	41	43	40	39	39
Eftergymnasial		13	10	12	19	18	19	23	22	23
Uppgift saknas		1	1	1	1	1	1	2	1	1
Totalt		100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: Kommunala basfakta, Statens folkhälsoinstitut.

Kvinnor i Härjedalens kommun har genomgående eftergymnasial utbildning i högre grad än män. Andelen med lång utbildning är dock lägre både för kvinnor och män i alla åldrar i Härjedalens

kommun jämfört med Jämtlands län och riket. I åldern 25-44 år har en högre andel gymnasial utbildning i Härjedalens kommun än i länet och i riket, särskilt bland männen. Det medför att andelen män med hög utbildning i Härjedalens kommun är relativt liten (se tabell 1).

5.1 Hälsa

Under detta stycke redovisas allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande samt tandhälsa. Först nivåerna i kommunerna och sedan ojämlikhet i länet inom dessa områden.

Allmänt hälsotillstånd har visat sig vara en bra indikator på att förutsäga förtida död. Frågorna gällande psykiskt välbefinnande avser att mäta förmåga att klara av vardagens krav samt psykiska reaktioner på påfrestningar. Tandhälsan utgör en viktig del av individens livskvalitet, välbefinnande och påverkar kostintaget samtidigt som kosten påverkar tandhälsan (Boström & Nyqvist, 2008).

5.1.1 Definitioner hälsa

Gott allmänt hälsotillstånd utgår ifrån frågan: *"Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?"* med svaren *"Mycket bra"* och *"Bra"*.

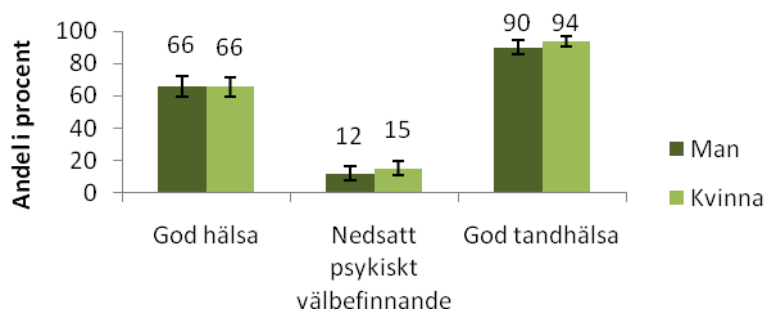
Nedsatt psykiskt välbefinnande räknas fram via ett index baserat på 12 frågor i enkäten.

Tandhälsa utgår ifrån frågan: *"Hur tycker du att din tandhälsa är?"* med svaren *"Mycket bra"* och *"Bra"*.

5.1.2 Hälsa i Härjedalens kommun

I Härjedalens kommun uppger två tredjedelar gott allmänt hälsotillstånd, 14 procent uppger nedsatt psykiskt välbefinnande och 92 procent god tandhälsa. Det går dock inte att se några statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män eller mellan kommunen och länet gällande allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande eller god tandhälsa.

Figur 3. Andel män och kvinnor mellan 16-84 år i Härjedalens kommun år 2010 som upplever god hälsa, nedsatt psykisk välbefinnande och god tandhälsa (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall).



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Antalet besvarade enkäter i Härjedalens kommun är alltså för litet för att kunna analysera ojämlikhet i hälsa, därför måste vi istället titta på länsnivå. Det är mest troligt att ojämlikheter vi ser på länsnivå även finns i Härjedalens kommun.

5.1.3 God hälsa i länet

I Jämtlands län har andelen som upplever gott hälsotillstånd ökat mellan år 2006 och 2010. Det är vid båda mättillfällena vanligare att män uppger ett gott allmänt hälsotillstånd än kvinnor. Könsskillnaden är störst bland personer med kort utbildning. Kvinnor och män i övrig befolkning uppger i dubbel omfattning god hälsa än vad kvinnor och män med funktionsnedsättning gör oavsett ålder.

5.1.4 Nedsatt psykiskt välbefinnande i länet

Det är vanligare att kvinnor än män uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i Jämtlands län. Särskilt unga kvinnor uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i hög grad. I övrigt har ekonomi tydligt samband med förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande men även sexuell läggning och funktionsnedsättning.

5.1.5 Tandhälsa i länet

Kvinnor uppger i högre grad god tandhälsa än män i Jämtlands län 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.

5.2 Trygghet

I detta stycke kommer trygghet i form av tillit, delaktighet i det sociala samlivet, emotionellt och praktiskt stöd och kontantmarginal att tas upp. Det går sedan vidare med otrygghet utomhus, kränkande bemötande, hot om våld och utsatthet för fysiskt våld. I den första delen beskrivs det vi kan se i kommunen och sedan vidgas vår blick till länet, där det som gäller för länet mest troligt även gäller för kommunen i stora delar.

Att ha kontantmarginal dvs 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. Tillit och socialt deltagande brukar ses som en delkomponent i socialt kapital och har visats ha samband med till exempel självskattad hälsa, tillfredsställelse med livet, funktionell hälsa och förtida död. Individer med starka band till familj eller omgivning lever längre, har bättre hälsa och lättare att återhämta sig från sjukdom än socialt isolerade individer. 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). Kränkande bemötande är tänkt att ge en viss indikation på diskriminering. Diskriminering kan begränsa deltagande i samhället och 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).

5.2.1 Definitioner trygghet

Tillit utgår ifrån frågan: *"Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?"* med svaret *"Ja"*.

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

Emotionellt stöd utgår ifrån frågan: *"Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?"* med svaret *"Ja"*.

Praktiskt stöd utgår ifrån 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."* med svaren *"Ja, alltid"* eller *"Ja, för det mesta"*.

Kontantmarginal utgår ifrån frågan: *"Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?"* med svaret *"Ja"*.

Trygghet utomhus utgår ifrån frågan: *"Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?"* med svaren *"Ja, ibland"* eller *"Ja, ofta"*.

Kränkande bemötande utgår ifrån frågan: *"Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?"* med svaren *"Ja, någon gång"* och *"Ja, flera gånger"*.

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"*.

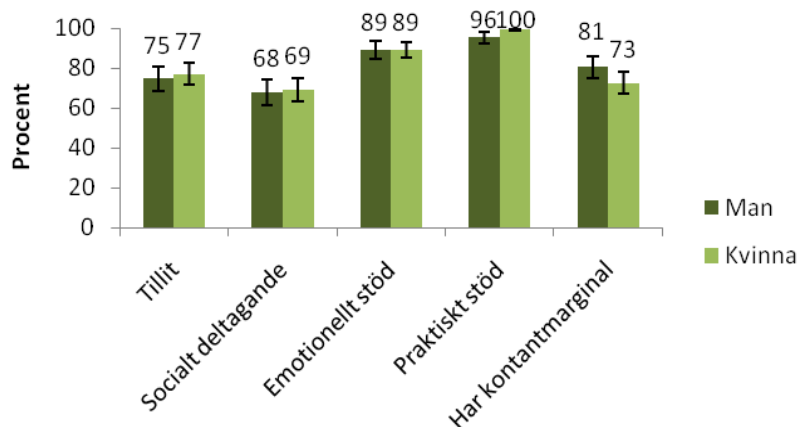
Utsatt för våld utgår ifrån frågan: *"Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?"* med svaret *"Ja"*.

5.2.2 Trygghet i Härjedalens kommun

I Härjedalens kommun är kvinnor i lägre grad delaktiga i sociala aktiviteter än kvinnor i länet som helhet (69% mot 76%). I kommunen uppger nästan alla tillfrågade att de kan få hjälp med praktiska göromål när det behövs och andelen har ökat sedan mätningen 2006. Kvinnor i

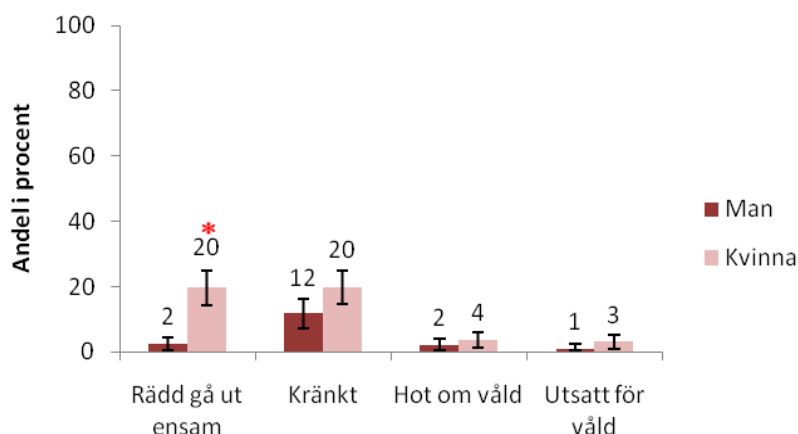
Härjedalens kommun har i mycket högre utsträckning än männen avstått från att gå ut ensamma av rädsla för att bli ofredade (20% mot 2%). Cirka 16 procent av befolkningen har blivit kränkande bemötta och 3 procent har blivit hotade.

Figur 4. Andel män och kvinnor mellan 16-84 år i Härjedalens kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall) som känner trygghet gällande:



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Figur 5. Andel män och kvinnor mellan 16-84 år i Härjedalens kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall) som känner otrygghet gällande:



* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Urvalets storlek i kommunen begränsar möjligheten att dela in befolkningen i alltför många grupper. Istället speglas detta på länsnivå.

5.2.3 Tillit i länet

Män och kvinnor i åldern 16-29 år känner tillit i lägre grad än övriga åldersgrupper i Jämtlands län. Stora skillnader i tillit syns även utifrån ekonomisk kapacitet och sexuell läggning.

5.2.4 Socialt deltagande i länet

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

5.2.5 Emotionellt och praktiskt stöd i länet

Andelen som uppger praktiskt stöd har ökat mellan år 2006 och 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. Svenskfödda, heterosexuella och personer i övriga befolkningen har emotionellt och praktiskt stöd i högre grad än utrikesfödda, homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning samt personer med funktionsnedsättning.

5.2.6 Kontantmarginal i länet

Män har kontantmarginal i högre grad än kvinnor i Jämtlands län, 82 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. Heterosexuella personer har i högre grad kontantmarginal än homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning. Även utbildningsnivå har betydelse och kvinnor och män med funktionsnedsättning saknar kontantmarginal i högre grad än den övriga befolkningen. Svenskfödda har i högre grad kontantmarginal än utrikesfödda skillnaden har dessutom ökat mellan år 2006 och år 2010.

5.2.7 Otrygghet utomhus i länet

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. 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.

5.2.8 Kränkande bemötande i länet

Utsatthet för kränkande bemötande i Jämtlands län är särskilt vanligt bland unga kvinnor och personer som har haft svårt att betala löpande utgifter.

5.2.9 Hot om våld och utsatt för våld i länet

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 uppges 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.

5.3 Levnadsvanor

I detta stycke kommer stress, daglig rökning, daglig snusning, riskabel alkoholkonsumtion, riskabelt spelande, frukt- och grönsakskonsumtion samt fysisk aktivitet att redovisas. Efter definitionerna beskrivs skillnader mellan könen i kommunen, mot länet samt jämfört med år 2006. Urvalet i kommunen är för litet för att se skillnader mellan övriga grupper, varför detta sedan redovisas på länsnivå för varje faktor.

Stress anses ha stor betydelse för uppkomsten av exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och värk (Ljung & Friberg, 2004). All stress är inte skadlig utan blir det om kraven blir större än förmågan och individen inte får tillfälle till återhämtning. Individens sätt att klara en påfrestning kallas copingförmåga och beror på förmåga och resurser såsom stöd, kontroll, mening, goda levnadsvanor och belöningar. Som krav nämns ofta ansvar, dubbelarbete, prestation, långa arbetstider, livshändelser och monoton (Boström & Nyqvist, 2008).

Rökning förvärrar eller orsakar många sjukdomar såsom exempelvis olika typer av cancer, lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, stroke, benskörhet och sår i magen. 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 bidra till övervikt och fetma (Boström & Nyqvist, 2008).

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 minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ II, högt blodtryck, fetma, tjocktarmscancer samt depressioner. Fysisk aktivitet minskar också risken att dö i förtid. Genom den mat vi äter får vi i oss vitaminer, mineraler, fibrer och energi. Rekommendationerna för intaget av frukt och grönsaker är minst 500 gram per dag. Goda matvanor har samband med minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer, diabetes typ II, övervikt och karies (Boström & Nyqvist, 2008).

5.3.1 Definitioner levnadsvanor

Stress utgår ifrån 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 svaret *"Väldigt mycket"*.

Daglig rökning utgår ifrån frågan: *"Röker du dagligen?"* med svaret *"Ja"*.

Snusning utgår ifrån frågan: *"Snusar du dagligen?"* med svaret *"Ja"*.

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.

Riskabla spelvanor utgår ifrån att någon gång under de senaste 12 månaderna gjort eller känt följande: "Försökt minska ditt spelande?" / "Känt dig rastlös och irriterad om du inte kunnat spela?" / "Ljugit om hur mycket du spelat?"

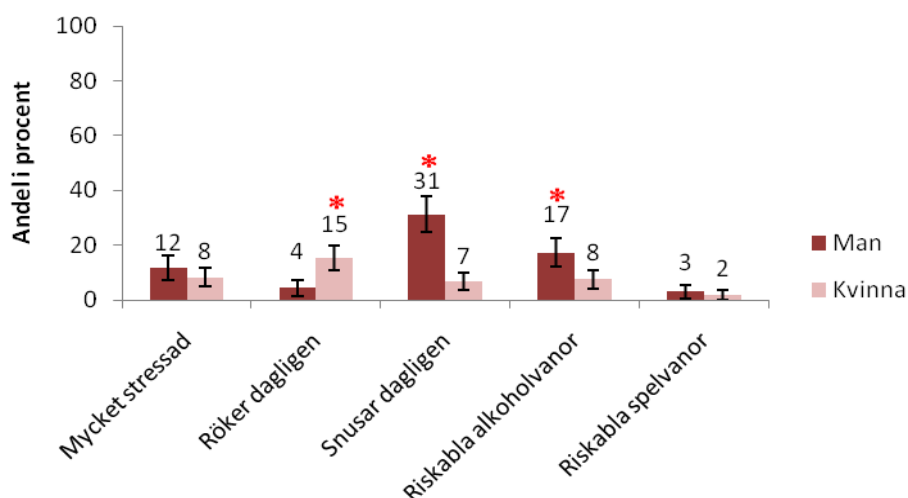
Frukt- och grönsakskonsumtion är en sammanslagning av två frågor. "Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter? Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsaks-soppor mm." "Hur ofta äter du frukt och bär? Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt."

Fysisk aktivitet utgår ifrån frågan: "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." Här redovisas svaren "5 timmar per vecka eller mer" samt "Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka".

5.3.2 Levnadsvanor i Härjedalens kommun

Andelen dagligrökare bland män i Härjedalens kommun har minskat från 12 procent år 2006 till 4 procent år 2010. Det är vanligare att kvinnor än män i Härjedalens kommun röker dagligen (15% mot 4%) och kommunens män röker i lägre grad än de 8 procent bland männen i länet. Män snusar dagligen och har riskabla alkoholvanor i större utsträckning än kvinnor i Härjedalens kommun (se figur 6). Det finns tecken som tyder på att män i Härjedalens kommun röker dagligen i lägre grad än män i länet.

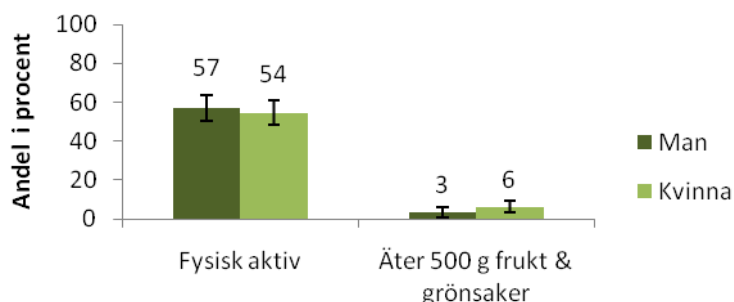
Figur 6. Levnadsvanor bland män och kvinnor mellan 16-84 år i Härjedalens kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall).



* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Figur 7. Fysisk aktivitet och frukt- och grönsakskonsumtion bland män och kvinnor mellan 16-84 år i Härjedalens kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall).



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Det är 80 procent i Härjedalens kommun som vill öka sin fysiska aktivitet, varav nästan 1 000 vill ha stöd i sin förändring. Nästan två tredjedelar vill öka sitt intag av frukt och grönsaker och närmare 400 personer vill ha hjälp. Drygt 300 personer vill ha hjälp att sluta röka och 150 stycken vill ha stöd för att sluta snusa i Härjedalens kommun. Hundra personer önskar stöd för att minska sin alkoholkonsumtion medan 13 procent av befolkningen i Härjedalens kommun tror sig klara det själv.

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

Tabell 2. Tillfrågad om sina levnadsvanor i Härjedalens primärvård. Angett som andel i procent.

Tillfrågad om...	Andel i procent
kostvanor	20
motionsvanor	28
tobaksvanor	24
alkoholvanor	15

Källa: Patientenkäten Jämtlands län 2010.

Mer om levnadsvanor beskrivs i följande stycken men då på länsnivå, eftersom det ger mer pålitlighet för hur det ser ut i mer specifika grupperingar i befolkningen.

5.3.3 Stress i länet

I Jämtlands län är kvinnor mycket stressade i större utsträckning än män, särskilt i åldern 16-44 år (19 jämfört med 10 procent). Kvinnor och män i ekonomisk kris känner stress i stor utsträckning.

5.3.4 Rökning i länet

Daglig rökning har minskat i länet mellan år 2006 och år 2010. 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 har betydelse för hur vanligt daglig rökning är.

5.3.5 Snusning i länet

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.

5.3.6 Alkohol i länet

Det är vanligare att män har riskabel alkoholkonsumtion än kvinnor 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. Kvinnor och män med högst gymnasieutbildning har riskabel alkoholkonsumtion i högre grad än andra. Svenskfödda har riskabel alkoholkonsumtion i större utsträckning än utrikesfödda.

5.3.7 Spel i länet

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

5.3.8 Fysisk aktivitet i länet

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. Kvinnor och män som saknar kontantmarginal eller har en funktionsnedsättning är fysiskt aktiva i lägre grad än personer med kontantmarginal eller än övriga befolkningen.

5.3.9 Frukt- och grönsakskonsumtion i länet

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

5.4 Sjukdomar/besvär

I detta avsnitt redovisas indikatorerna fetma/övervikt, högt blodtryck, diabetes, smärta och sömnsvårigheter. Först på kommunnivå och sedan vidare hur det ser ut i länet.

5.4.1 Definitioner sjukdomar/besvär

Fetma mäts genom BMI, body mass index, som räknas ut med hjälp av längd och vikt, vilket respondenten själv har fått fylla i. Fetma definieras som BMI högre än 30 kg/m².

Andelen som uppger diabetes eller högt blodtryck har besvarat frågan med något av svarsalternativen: "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär."

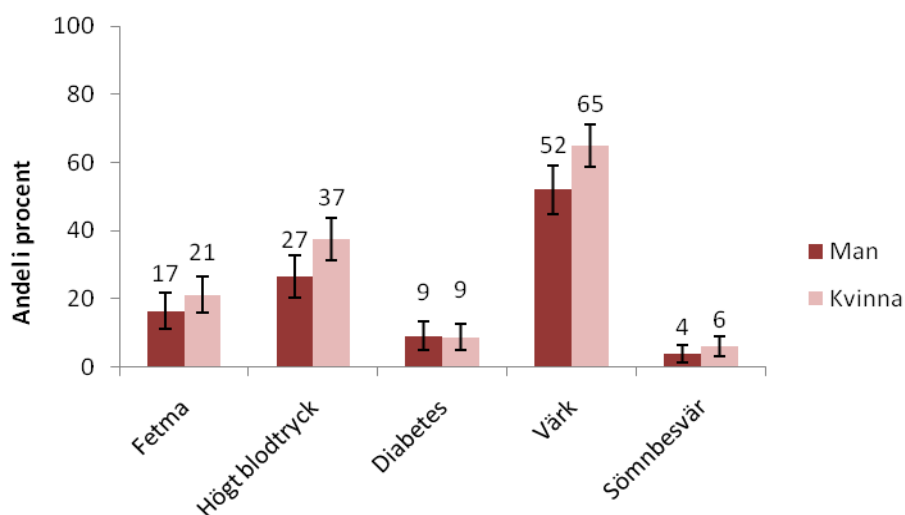
Andelen som uppger smärta har besvarat frågan med något av svarsalternativen: "Jag har måttliga smärtor eller besvär", "Jag har svåra smärtor."

Andelen som uppger sömnsvårigheter har besvarat frågan med svaret: "Ja, svåra besvär."

5.4.2 Sjukdomar/besvär i Härjedalens kommun

Andelen kvinnor som uppgett högt blodtryck har ökat sedan mätningen år 2006. Andelen är också högre än bland övriga länets kvinnor, 37 procent jämfört med 23 procent. Även andelen kvinnor som uppgett diabetes har ökat sedan mätningen 2006. Cirka en femtedel av befolkningen har fetma.

Figur 8. Sjukdomar/besvär bland män och kvinnor mellan 16-84 år i Härjedalens kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall).



Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

I efterkommande stycken redovisas sjukdomar/besvär mellan olika grupper på länsnivå.

5.4.3 Fetma i länet

Andelen med fetma har ökat i Jämtlands län mellan år 2006 och 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. 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/m²).

5.4.4 Högt blodtryck i länet

Andelen med högt blodtryck har ökat i Jämtlands län mellan år 2006 och år 2010. Andelen med högt blodtryck stiger med åldern men skillnaderna är också stora beroende på utbildningsnivå och funktionsnedsättning.

5.4.5 Diabetes i länet

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. Män som saknar kontantmarginal uppger diabetes i högre grad än män med kontantmarginal (11 jämfört med 5 procent).

5.4.6 Smärta i länet

Kvinnor i länet känner måttlig till svår smärta i högre grad än männen. 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 sedan signifikant med åldern för både kvinnor och män. Både kvinnor och män med funktionsnedsättning upplever smärta i betydligt högre grad än övriga befolkningen 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.

5.4.7 Sömnsvårigheter i länet

Kvinnor upplever genomgående svåra sömnsvårigheter i högre grad än män i Jämtlands län. Förekomst av sömnsvårigheter är också högre bland personer som saknar kontantmarginal eller har en funktionsnedsättning än bland personer med kontantmarginal eller än 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 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.

Kvinnor och män i Härjedalens kommun har en lägre medellivslängd än i länet. Till viss del speglar åldersstruktur och utbildningsnivå i Härjedalens kommun hälsoläget. Det kan dock inte förklara allt utan även lokala förhållanden i kommunen har förmodligen betydelse. En viktig del i folkhälsoarbetet är att ägna kraft åt att nå hela befolkningen oavsett utbildningsnivå.

7.1 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 med samband 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 Härjedalens kommun skiljer sig inte från länsnittet. I Jämtlands län är trygghet i form trygghet utomhus, tillit och socialt stöd 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 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 viktigt att arbeta för social trygghet bland hela befolkningen men särskilt bland unga vuxna vad gäller:

- Förbättrat psykiskt välbefinnande.
- Ekonomisk trygghet.

7.2 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 Härjedalens kommun vill åtta av tio öka sin fysiska aktivitet, sex av tio vill öka sin frukt- och grönsakskonsumtion och drygt en av tio vill minska sin alkoholkonsumtion. Hjälp med att sluta röka önskar drygt 300 personer av Härjedalens befolkning och cirka 150 personer vill ha stöd att sluta snusa. 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 män som uppger daglig rökning sjunkit i Härjedalens kommun i övrigt är levnadsvanorna lika som i länet. Rökning står som en stor orsak till sjukdomsburden (Dahlgren & Whitehead, 2006) och i länet är daglig rökning vanligast bland kvinnor i åldern 45-64 år. Vad gäller snusning är det vanligare i länet än i riket och riskabel alkoholkonsumtion är vanligare bland unga vuxna än bland äldre åldrar.

I länet märks redan från 30-årsåldern en högre andel av fetma och en lägre andel fysiskt aktiva än bland unga vuxna. I Härjedalens kommun har hälften av befolkningen övervikt eller fetma och andelen kvinnor som uppger högt blodtryck har ökat mellan år 2006 och år 2010. Det är en bekymmersam situation, då fetma och högt blodtryck har stor inverkan på kommande följsjukdomar 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 övervikt och fetma.
- Minskad riskabel alkoholkonsumtion bland unga vuxna.
- Minskad rökning bland kvinnor i åldern 45-64 år.

7.3 Hälsosamt åldrande

I Härjedalens kommun är förekomsten av sjuklighet i form diabetes och högt blodtryck högre än i länet. Sjuklighet stiger även med åldern och i Härjedalens kommun är en fjärdedel av befolkningen 65 år, vilket är en högre andel än i länet och i riket. 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. Socialt deltagande är lägre i Härjedalens kommun än i länet och vad gäller fysisk aktivitet och frukt- och grönsakskonsumtion ligger äldre sämre till jämfört med övriga åldersgrupper. Det kan det därför vara av stor betydelse att arbeta med detta. 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 samhällliga 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, Hälsofrämjande 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

Jämlik spridning av inkomst, arbete och utbildning är viktiga hälsofrämjande faktorer, särskilt för att minska skillnader i hälsa (Dahlgren & Whitehead, 2006). Exempel i folkhälsopolicyn som framhålls inom detta område är hälsofrämjande 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 Hälsofrämjande miljö

Hälsofrämjande 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). I folkhälsopolicyn för Jämtlands län innefattar hälsofrämjande 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 både i länet och riket. Inom området lyfter folkhälsopolicyn fram hälsofrämjande ledarskap som främjar delaktighet i styrning och utveckling av samhället.

8 LÄSTIPS

Svenska nätverket för hälsofrämjande sjukhus. 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 kunskaps-sammanställning 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). *Onödigt 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: interseccionality, 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
- 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
- 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%20ett%20hot%20mot%20folkhalosan.pdf)
- Haglund, B. J. A. & Svanström, L. (1995). 2a uppl. *Sambällsmedicin: 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 lifes. 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 bbt-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/c6/10/09/78/2ee01484.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

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



Folkhälsocentrum

www.jll.se/folkhalsa