

Hälsa på lika villkor

Rapport för Härjedalens kommun 2014

Dnr: RS/596/2015

Ansvarig: Lars Eriksson, Folkhälsocentrum, Region Jämtland Härjedalen

Databearbetning och författare av rapport:

Frida Hansson, Folkhälsocentrum, Region Jämtland Härjedalen

Analysprocess genomfördes under hösten 2014 i samverkan med länets kommuner, Regionförbundet Jämtlands län, Länsstyrelsen och Samordningsförbundet

Foto: Bergs kommun, Östersunds kommun, Roger Strandberg, Therese Winberg/
Scandinav bildbyrå, Strömsunds kommun, Åre kommun, Härjedalens kommun, Birgitta
Sjöström.

1	SAMMANFATTNING	5
2	INLEDNING	7
2.1	Styrande dokument för Jämtlands län	8
2.2	Lokalt folkhälsoarbete	9
3	SYFTE OCH METOD	10
3.1.1	Definitioner	11
4	BEFOLKNINGEN	12
4.1	Utbildningsnivå och medellivslängd	13
5	RESULTAT	14
5.1	Hälsa	14
5.1.1	Definitioner hälsa	14
5.1.2	Hälsa i Härjedalens kommun	14
5.1.3	God hälsa i länet	15
5.1.4	Nedsatt psykiskt välbefinnande i länet	15
5.1.5	Tandhälsa i länet	16
5.2	Trygghet och sociala relationer	16
5.2.1	Definitioner trygghet och sociala relationer	16
5.2.2	Trygghet och sociala relationer	17
5.2.3	Tillit i länet	18
5.2.4	Socialt deltagande i länet	18
5.2.5	Emotionellt och praktiskt stöd i länet	18
5.2.6	Kontantmarginal i länet	19
5.2.7	Otrygghet utomhus i länet	19
5.2.8	Kränkande bemötande eller behandling i länet	19
5.2.9	Hot om våld eller utsatthet för fysiskt våld i länet	19

5.3	Levnadsvanor	19
5.3.1	Definitioner levnadsvanor	19
5.3.2	Levnadsvanor i Härjedalens kommun	20
5.3.3	Riskabla alkoholvanor i länet	22
5.3.4	Narkotika i länet	22
5.3.5	Tobaksbruk i länet	23
5.3.6	Riskabla spelvanor i länet	23
5.3.7	Fysisk aktivitet i länet	23
5.3.8	Intag av frukt och grönsaker i länet	23
5.4	Sjukdomar och besvär	23
5.4.1	Definitioner sjukdomar och besvär	24
5.4.2	Sjukdomar och besvär i Härjedalens kommun	24
5.4.3	Stress i länet	25
5.4.4	Sömn i länet	25
5.4.5	Fetma i länet	25
5.4.6	Högt blodtryck och diabetes i länet	26
6	DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS	26
7	REFERENSER	30

1 SAMMANFATTNING

Jämtlands län har deltagit med utökad urval i folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” år 2006, 2010 och 2014. Den här rapporten beskriver resultat för Härjedalens kommun utifrån deltagande i folkhälsoenkäten år 2014. Totalt skickades 821 enkäter ut i kommunen varav 418 besvarades, en svarsfrekvens på cirka 51 procent. Populationen utgjordes av personer i åldern 16-84 år.

Befolkningsstrukturen visar på en åldrande befolkning och i Härjedalen är medellivslängden något kortare än i länet, faktorer som också speglar hur hälsan ser ut i befolkningen. Resultatet visar att 66 procent av kommunens invånare upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. 17 procent av invånarna uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande, i nivå med länets siffror. Kvinnor i kommunen uppger att de är socialt deltagande i mindre utsträckning än kvinnor i länet i snitt. När det kommer till levnadsvanor snusar män dagligen i högre utsträckning än kvinnor. Invånarna är fysiskt aktiva liknande länsgenomsnittet och en större andel kvinnor har fetma i kommunen jämfört med övriga länet.

I jämförelse med länet är det en mindre andel i kommunen, både män och kvinnor, som upplever otrygghet utomhus. Det är dock en betydligt större andel kvinnor än män i kommunen som upplever otrygghet utomhus. Vad det gäller kontantmarginal finns i likhet med länet i stort en signifikant skillnad mellan män och kvinnors ekonomiska förutsättningar.

I länet är det vanligare att män rapporterar en god hälsa än att kvinnor gör det. Kvinnor i den äldsta åldersgruppen 65-84 år, skattar en bättre hälsa än vid tidigare mätningar. Personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa lägre än övrig befolkning. Det är i länet en högre andel kvinnor än män som upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande och särskilt stor är skillnaden i åldersgruppen 16-29 år. 30 procent av unga vuxna kvinnor har ett nedsatt psykiskt välbefinnande och 10 procent av unga vuxna män. Sammanfattningsvis kvarstår behov av att förbättra det psykiska välbefinnandet bland unga vuxna kvinnor.

Några av levnadsvanorna har förbättrats över tid. Det är till exempel en betydligt lägre andel som röker dagligen i länet än vid tidigare mättillfällen. Särskilt stor är minskningen bland kvinnor 16-64 år. Resultatet visar också att riskkonsumtion av alkohol har minskat något, men dock inte bland kvinnor i den äldsta åldersgruppen. Även unga vuxna dricker mindre riskfyllt än vid tidigare mätningar. Över tid har andelen länsinvånare med fetma ökat från år 2006 till år 2014. Det är också fortsatt personer med sämre ekonomiska förutsättningar och med lägre utbildningsnivå som är överviktiga eller feta i högre utsträckning än övrig befolkning.

Genomgående visar resultatet på länsnivå att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsoutfall. Även kön, sexuell

läggning/identitet, om man har en funktionsnedsättning eller ej och ålder är viktiga bakgrundsfaktorer.

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

- Förbättrat psykiskt välbefinnande

Att särskilt beakta är att psykisk ohälsa på länsnivå är vanligare bland unga vuxna kvinnor, personer som definierar sig som annat än heterosexuella och för personer med funktionsnedsättning.

- Förutsättningar för ekonomisk trygghet

Att särskilt beakta vad det gäller tillgång till kontantmarginal finns i likhet med länet en signifikant skillnad mellan män och kvinnors ekonomiska förutsättningar.

- Främja goda levnadsvanor

En större andel har fetma i kommunen jämfört med länsnittet. Att särskilt beakta är att ekonomiska förhållanden och utbildningsnivå spelar en betydande roll för hur levnadsvanorna ser ut i länet.

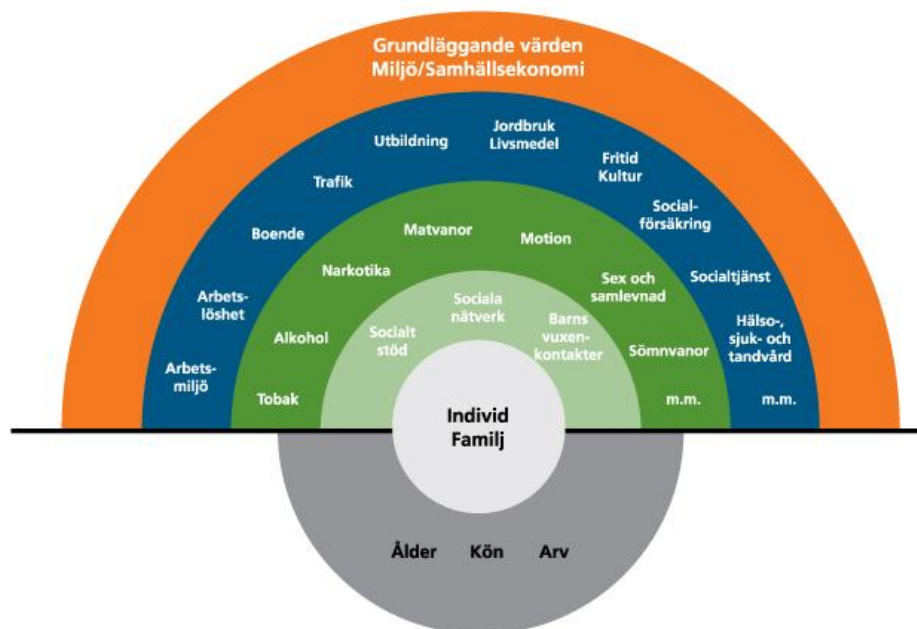
- Möjligheter till social samvaro och ökad tillgång till socialt stöd

Att särskilt beakta är att skillnader finns på länsnivå när det gäller socialt deltagande utifrån kön, utbildningsnivå, ekonomisk kapacitet samt om man har en funktionsnedsättning eller ej.

2 INLEDNING

Folkhälsa kan definieras som *"ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa handlar således inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämlikt fördelad som möjligt."* (Janlert, 2000).

Figur 1. Hälsans bestämningfaktorer, baserad på (Dahlgren & Whitehead, 1991).



En individs hälsa är en följd av en mängd olika faktorer, vilket figuren visar. Förhållanden nära individen men också faktorer på en mer strukturell nivå spelar roll för individens förutsättningar till en god hälsa. En del av hälsans bestämningfaktorer kan påverkas av individen själv, men i allmänhet krävs politiska beslut och kollektiva åtgärder för att påverka de faktorer som utgör individens livsvillkor. Bestämningfaktorerna samspelar inom och mellan nivåerna och detta gör att insatser för befolkningens hälsa också behöver ske inom ett flertal nivåer och i samverkan.

Folkhälsan i Sverige har förbättrats över tid, vilket visas bland annat genom ökad medellivslängd. Men skillnader i hälsa mellan grupper i samhället (exempelvis utifrån utbildning, inkomst och kön) ökar och hälsan är därmed inte jämlikt fördelad (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2013).

Ett arbete som tydligt visar detta är den kommission för sociala bestämningsfaktorer som tillsattes av Världshälsoorganisationen (WHO) år 2005. Där fastslås att hälsa och sjukdom är socialt betingade, dvs. ju lägre socioekonomisk ställning desto sämre hälsa (WHO, 2008). De villkor som en befolkning lever under påverkas av politiska, sociala och ekonomiska faktorer och då vår hälsa har ett samband med dessa villkor går ojämlikhet i hälsa att undvika. Detta genom att påverka de förhållanden under vilka vi växer upp, lever, arbetar och åldras samt förhållanden i hälso- och sjukvården. Kommissionen menar därmed att för att uppnå jämlikhet i hälsa krävs åtgärder för att påverka dessa sociala bestämningsfaktorer och insatserna måste omfatta alla politikområden.

En av kommissionens övergripande rekommendationer för en mer jämlik hälsa är att mäta och analysera ojämlikheten i hälsa, då detta är en viktig utgångspunkt för åtgärder samt ett instrument för att utvärdera politikens och olika åtgärders effekter (WHO, 2008).

2.1 Styrande dokument för Jämtlands län

För det länsgemensamma folkhälsoarbetet i Jämtlands län finns ett politiskt styrande dokument, "Vår Hälsa - länets möjlighet", Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2011-2015. Policyn togs fram år 2010 i en bred samverkan mellan Jämtlands läns landsting, länets kommuner, frivilligorganisationer samt näringslivet. Det nyinrättade Regionförbundet Jämtlands län fick uppdraget att ansvara för policyn. Folkhälsopolicyn utgår ifrån faktorer som påverkar hälsan med fyra huvudsakliga insatsområden:

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

Ett kompletterande dokument till folkhälsopolicyn är "Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025". Dokumentet är styrande för Region Jämtland Härjedalen och kommunernas egna och gemensamma arbete inom området. Visionen är "*Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län*". Dokumentet lyfter mål, prioriteringar och samverkansformer att arbeta utifrån. Tre övergripande mål är formulerade:

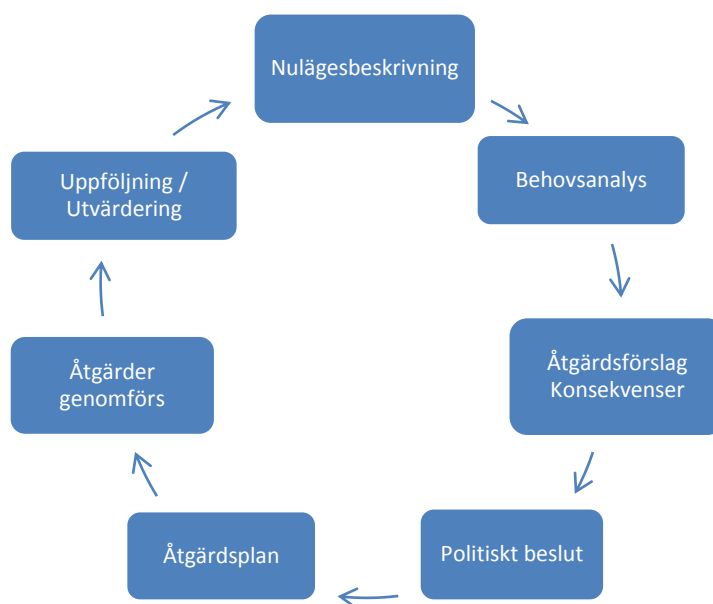
- Förbättrad psykisk hälsa
- Hälsöfrämjande och trygga levnadsvillkor
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

2.2 Lokalt folkhälsoarbete

Utifrån länets folkhälsopolicy har kommuner och dåvarande landsting, numera Region Jämtland Härjedalen, tagit fram handlingsplaner, välfärdsboksut eller strategier utifrån lokala förutsättningar och behov.

Att skapa en struktur vad gäller systematiska förbättringsarbeten inom folkhälsoarbetet med planering, genomförande av aktiviteter, utvärdering med analys och förbättringar är en nödvändig förutsättning.

Figur 2 Arbetsprocess



Som ett verktyg i arbetsprocessen sker en systematisk folkhälsorapportering för att dels kartlägga hälsoläget i befolkningen och dels göra behovsanalyser som kan fungera som underlag för prioriteringar och beslut. Det är i sammanhanget särskilt viktigt att beakta skillnader i hälsa mellan olika grupper i länet. Den rapport som skrevs 2010 innehåller den behovsanalys som tog fasta på särskilt viktiga områden att beakta långsiktigt i Härjedalen.

- 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.

Härjedalens kommun har använt resultatet för ”Hälsa på lika villkor” och sammanställningar av ett flertal dialoger med olika grupper i samhället som underlag för att skapa kommunens folkhälsoplan. I planen ingår fem prioriterade områden i folkhälsa;

- Delaktighet, inflytande och tillgänglighet
- Fysiska aktiviteter och kost
- Hälsöfrämjande miljöer
- Trygghet för alla och ett drogförebyggande arbete
- Utbildning och arbete

Här följer några exempel på aktiviteter som skett:

Skapandet av måltidspolicy i kommun, -erbjudande om by- vaktmästeri för äldre, -hjälp med bredbandsanslutning till byarna, -hemsändning av dagligvaror till äldre och funktionsnedsatta, kommuner erbjuder sommarjobb för skolungdomar, - gymnasieskolan erbjuder möjlighet att vara med i UF (ung företagsamhet) -kommunen byter ut skyltar och se över utomhusmiljöer, - en upprustad skola i Funäsdalen har färdigställts, -röjning på kommunens marker pågår kontinuerligt under barmarksperioden för att skapa välkomnande miljöer, - en ny lekplats har invigts i Ytterhogdal, -aktivt arbete inom ANTD-området med bl.a. ”Mentor”, ”Tobaksfri Duo” och utbildningen ”Ansvarsfull alkoholserving” för restauranger och krogar.

Fullständiga presentationer om kommunens arbete finns på www.herjedalen.se

3 SYFTE OCH METOD

Syftet med föreliggande rapport är att fungera som ett kunskaps- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemän i kommun och Region Jämtland Härjedalen men också inom den ideella sektorn, förenings- och näringsliv. Till rapportens målgrupp hör också forskare, studenter, lärare samt en bredare allmänhet.

Syftet med rapporten är vidare att:

- ge stöd för att fatta beslut och göra prioriteringar gällande hälsofrämjande och förebyggande åtgärder
- ge kunskap om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer i befolkningen,
- ge förutsättningar för samverkan om befolkningens hälsa

Den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” har genomförts årligen sedan 2004. Undersökningen syftar till att visa hur befolkningen mår samt till att följa förändringar i hälsa över tid. Enkäten består av 88 frågor, som med delfrågor totalt genererar 146 frågor. Dessa kompletteras av folkbokföringsuppgifter från SCB. Frågorna handlar om bland annat hälsa, levnadsvanor, trygghet och sociala relationer, ekonomiska förhållanden och sysselsättning. Det nationella urvalet består varje år av 20 000 personer i åldrarna 16-84 år. Ungefär hälften av personerna i urvalet besvarar enkäten, dock med en sjunkande andel

svarande varje år. År 2014 var den nationella svarsfrekvensen 48,1 procent, medan motsvarande siffra i Jämtlands län var 52,5 procent. Region Jämtland Härjedalen har sedan år 2006 deltagit med utökat urval vart fjärde år. Enkäten går att finna i sin helhet på www.folkhalsomyndigheten.se

Totalt skickades 821 enkäter ut i kommunen varav 418 besvarades, en svarsfrekvens på cirka 51 procent. Populationen utgjordes av personer i åldern 16-84 år. Det fanns också möjlighet att få frågorna upplästa med hjälp av programmet [Talande Webb](#).

Undersökningen är en slumpmässig urvalsundersökning där individer tillfrågas och efter statistisk bearbetning kan deras svar användas för att uttala sig om hela befolkningen. Då urvalets storlek ibland är litet är det svårt att uttala sig om signifikanta skillnader och vi hänvisar i detta fall till länets siffror. De skillnader som är statistiskt säkerställda markeras i diagrammen med en asterisk (*). Resultatet på kommunnivå presenteras uppdelat på kön. För vidare analyser av olika grupper, t.ex. utifrån utbildningsnivå, ålder, funktionsnedsättning, hänvisas till resultaten för länet, vilka också presenteras kortfattat i anslutning till kommunens resultat.

Datamaterialet har bearbetats av Folkhälsocentrum, Region Jämtland Härjedalen. Dataanalys har gjorts med en så kallad ”kalibreringsvikt”. Vikten beräknas för varje svarande person och syftar till att kunna redovisa resultat för hela populationen, inte bara de svarande. Ett annat ord för kalibreringsvikten är ”uppräkningsstal”. Vikten ger ett ”beräknat antal” som till exempel kan användas för att se hur stor förekomsten av en indikator är i en viss grupp. Det är till exempel förhållandevis få unga vuxna som svarat på enkäten, något som skulle kunna ha en snedvridande effekt på resultatet. Detta kompenseras dock till viss del av kalibreringsvikten. För en närmare beskrivning av kalibreringsvikten hänvisas till tekniska rapporter som finns att läsa på Folkhälsomyndighetens hemsida.

3.1.1 Definitioner

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

Åldersindelning - Åldersvariabeln består av fyra grupper (16-29, 30-44, 45-64 samt 65-84) och följer samma indelning som Folkhälsomyndighetens för nationella data.

Utbildningsnivå - Utbildningsvariabeln består av tre grupper *Kort utbildning* – Högst grundskoleutbildning eller motsvarande, *Medellång utbildning* - Högst gymnasieutbildning eller motsvarande och *Lång utbildning* – Eftergymnasial utbildning, exempelvis högskoleutbildning.

Kontantmarginal - Har möjlighet att vid en oförutsedd situation skaffa fram 15 000 kr på en vecka.

Ekonomisk kris - Har haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för hyra, mat, räkningar mm de senaste 12 månaderna.

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

Personer med funktionsnedsättning har definierats utifrån fyra frågor:

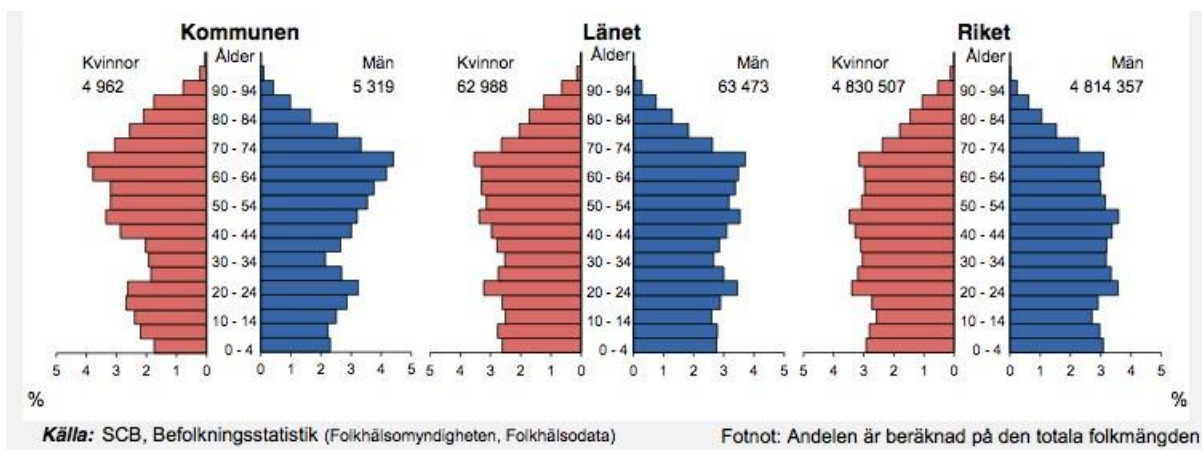
1. "Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?" Personer som svarat "Ja" på den här frågan och också svarat "Ja, i hög grad" på följdfrågan: "Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga 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.

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. Det är också i första hand fysiska funktionshinder som tas upp. Det kan också finnas funktionshinder som är av annan karaktär men som alltså inte avses här.

4 BEFOLKNINGEN

I Härjedalens kommun visar åldersfördelningen på en högre andel äldre än yngre i jämförelse med länet och riket. Likaså är det fler män än kvinnor.

Figur 3 Folkmängd 31 december 2013



4.1 Utbildningsnivå och medellivslängd

Förväntad livslängd vid födseln för kvinnor i Härjedalens kommun var i genomsnitt 82,7 år och för män 78,7 år under åren 2009-2013. Medellivslängden ökar för både män och kvinnor. Livslängden är lägre än i länet (kvinnor 83,2 och män 79,3) och riket (kvinnor 83,5 och män 79,7) både för kvinnor och män i kommunen.

Kvinnor i Härjedalens kommun har genomgående högre andel med en eftergymnasial utbildning än män i kommunen. Andelen kvinnor med längre utbildning är dock lägre än i länet och riket. Likaså andelen män är tydligt lägre i jämförelse med länet och riket (se tabell 1).

Tabell 1. Befolkningen efter utbildningsnivå, åldersgrupp och kön år 2013, procent

<i>Procentfördelning, %</i>		Härjedalen			Jämtlands län			Riket		
Åldersgrupp	Utbildningsnivå	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25-44 år	Förgymnasial	10	12	11	7	10	9	9	11	10
	Gymnasial	53	69	62	42	58	50	37	46	42
	Eftergymnasial	35	15	24	49	30	39	52	39	46
	Uppgift saknas	2	4	3	2	2	2	2	3	3
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
45-64 år	Förgymnasial	12	21	17	10	17	13	13	18	16
	Gymnasial	60	63	61	52	57	55	47	49	48
	Eftergymnasial	28	14	21	37	26	31	39	32	35
	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	36	41	39	25	34	29	28	32	30
	Gymnasial	45	45	45	50	45	47	43	41	42
	Eftergymnasial	17	13	15	24	21	23	28	25	27
	Uppgift saknas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: Folkhälsodata, Folkhälsomyndigheten

5 RESULTAT

Genomgående i detta avsnitt presenteras först resultaten för kommunen och sedan resultatet för länet inom samma områden, och då främst med fokus på skillnader mellan olika grupper i befolkningen. De skillnader som syns på länsnivå finns sannolikt även i Härjedalens kommun.

5.1 Hälsa

Under detta avsnitt redovisas allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande samt tandhälsa.

5.1.1 Definitioner hälsa

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

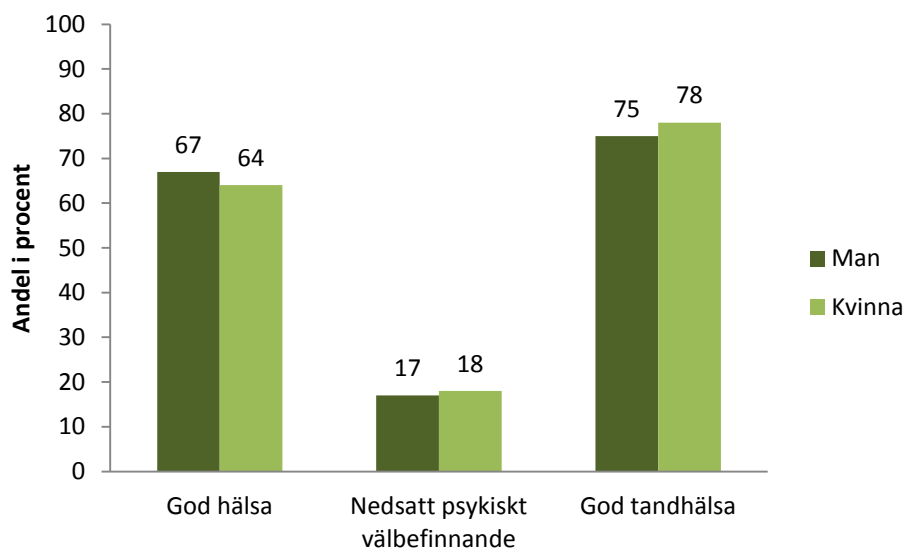
Psykiskt välbefinnande avser att mäta förmåga att klara av vardagens krav samt psykiska reaktioner på påfrestningar. Räknas fram via ett index baserat på 12 frågor i enkäten.

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

5.1.2 Hälsa i Härjedalens kommun

Jämfört med riket skattar befolkningen i kommunen sin hälsa som god i mindre utsträckning (74 procent i riket och i Härjedalen 66 procent). Jämfört med länet syns ingen skillnad. När det kommer till psykiskt välbefinnande är det på länsnivå vanligare att kvinnor än män uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Särskilt stor är skillnaden bland unga vuxna (se länets siffror). 17 procent av kommuninvånarna uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande, i nivå med länets siffror. En högre andel kvinnor (79 procent) än män (74 procent) skattar en god tandhälsa på länsnivå, Härjedalen ligger i nivå med länet.

Figur 4 Andel män och kvinnor mellan 16-84 år med gott allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande och god tandhälsa. Härjedalens kommun år 2014 (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



Källa: Hälsa på lika villkor 2014

5.1.3 God hälsa i länet

Jämfört med riket skattar både män och kvinnor i Jämtlands län i mindre utsträckning sin hälsa som god. Länet skattar sin hälsa sämre än länen runt omkring, men över tid har kvinnors självskattade hälsa ökat, framförallt för kvinnor i den äldsta åldersgruppen 64-85 år. Även personer med högre utbildningsnivå skattar sin hälsa bättre än tidigare. Samma goda utveckling syns däremot inte för unga vuxna, personer med kort utbildning, funktionsnedsatta eller personer utan kontantmarginal.

5.1.4 Nedsatt psykiskt välbefinnande i länet

Jämfört med riket syns inga skillnader i hur länets män skattar sitt psykiska välbefinnande. Länet skattar sitt psykiska välbefinnande bättre än rikets kvinnor. I Jämtlands län är det en större andel kvinnor än män som upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande och skillnaden är särskilt stor bland unga vuxna. Bland unga vuxna rapporterar en betydligt större andel kvinnor än män besvär såsom ångslan, oro, ångest och trötthet. Stress har ökat över tid för kvinnor 16-29 år. Att ha haft suicidtankar, där man övervägt att ta sitt eget liv, är vanligare bland yngre än bland äldre. Bland 16-29 åringar har 10 procent av kvinnorna haft självmordstankar, en eller flera gånger under det senaste året.

Det finns en markant skillnad vad gäller psykiskt välbefinnande utifrån ekonomiska förutsättningar och utifrån funktionsnedsättning. Det finns även en tendens till att personer som definierar sig som homo, bi eller osäker på sin sexuella läggning/identitet skattar ett nedsatt psykiskt välbefinnande i högre grad än tidigare, men skillnaden är inte säkerställd.

5.1.5 Tandhälsa i länet

En högre andel kvinnor (79 procent) än män (74 procent) skattar en god tandhälsa i Jämtlands län. Jämfört med riket skattar en något högre andel män och kvinnor i länet en god tandhälsa. Sedan mätningen år 2010 skattar den äldsta åldersgruppen en bättre tandhälsa. I övrigt består de skillnader utifrån utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar som även var signifikanta vid föregående mätning.

5.2 Trygghet och sociala relationer

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/behandling, hot om våld och utsatthet för fysiskt våld.

5.2.1 Definitioner trygghet och sociala relationer

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

Socialt deltagande utgår ifrån deltagande i två eller fler aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Alternativen innefattar 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.

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

I enkäten definieras kontantmarginal utifrån svaret "Ja" på 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?"

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

Frågeformuleringen för kränkande bemötande lyder: "Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?" Svaren "Ja, någon gång" och "Ja, flera gånger" räknas som kränkande bemötande.

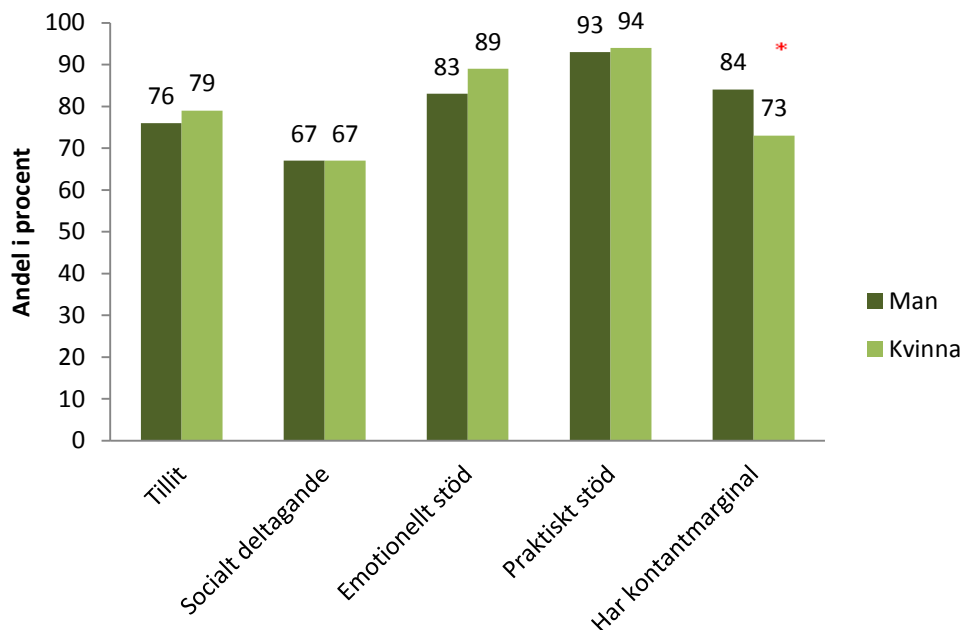
Hot om våld utgår från frågan: "Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?" med svaret "Ja". Utsatt för våld räknas svaret "Ja" på frågan: "Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?"

5.2.2 Trygghet och sociala relationer i Härjedalens kommun

Invånarna har svarat i likhet med länet när det gäller tillit till andra. I likhet med föregående mätning är kvinnor i Härjedalens kommun socialt deltagande i mindre utsträckning än kvinnor i länet. I länet är kvinnor i högre grad delaktiga i sociala aktiviteter än män men denna skillnad syns inte i Härjedalens kommun. Det är på länsnivå även vanligare att kvinnor har tillgång till emotionellt stöd än att män har det, denna skillnad kan inte påvisas för kommunen. Vad det gäller kontantmarginal finns i likhet med länet i stort en signifikant skillnad mellan män och kvinnors ekonomiska förutsättningar.

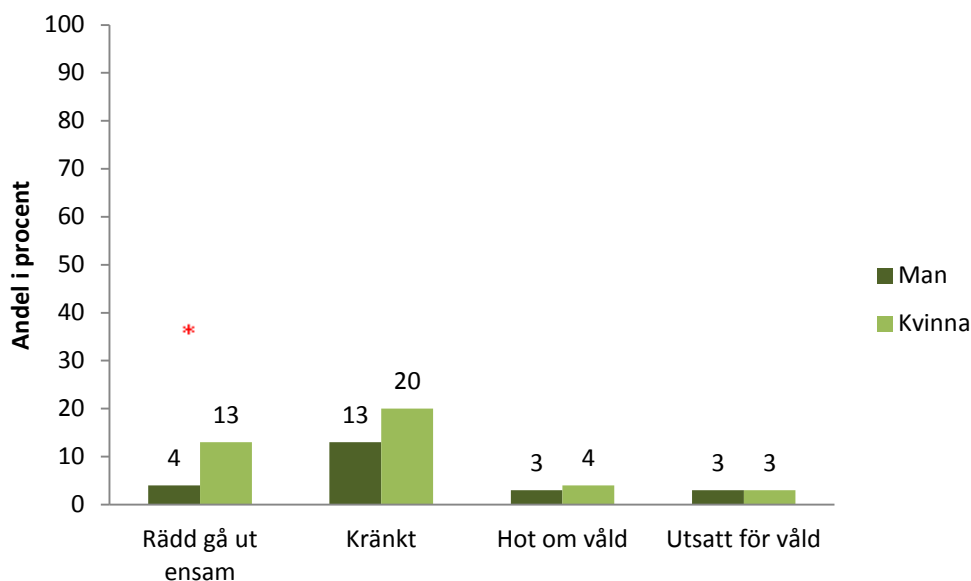
I jämförelse med länet är det en mindre andel kvinnor i kommunen som upplever otrygghet utomhus. Det är dock en större andel kvinnor än män i kommunen som upplever otrygghet utomhus (13 procent mot 4 procent). En större andel kvinnor än män på länsnivå har blivit utsatta för kränkande bemötande eller behandling, men denna skillnad syns inte för Härjedalens kommun. När det kommer till hot om våld och fysiskt våld är siffrorna jämförbara med länets. Utsatthet för kränkande bemötande eller behandling är på länsnivå vanligast bland unga vuxna. Även hot om våld är vanligare bland unga vuxna än övrig befolkning på länsnivå.

Figur 5 och 6 Andel män och kvinnor mellan 16-84 år vad avser trygghet och sociala relationer. Härjedalens kommun år 2014 (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014



*Skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

5.2.3 Tillit i länet

Jämfört med riket är tilliten till andra människor högre i länet, både för män och kvinnor, men tilliten har dock sjunkit sedan föregående mätning. I den yngsta åldersgruppen 16-29 år är tilliten fortsatt lägre än i övriga grupper och den har också minskat sedan 2010. När det kommer till tillit och förtroende för myndigheter har även den sjunkit bland unga vuxna sedan föregående mätning. Detsamma gäller för personer med kortare utbildning och utifrån ekonomisk kapacitet.

5.2.4 Socialt deltagande i länet

Jämfört med riket visar Jämtlands län på ett lägre deltagande i sociala aktiviteter, 75 procent jämfört med 80 procent i riket. Män i länet deltar i lägre utsträckning än tidigare och kvinnor 65-84 år i länet deltar i sociala aktiviteter i högre utsträckning än män. Män 65-84 år deltar i minst utsträckning. Markanta skillnader finns även utifrån utbildningsnivå, ekonomisk kapacitet samt om man har en funktionsnedsättning.

5.2.5 Emotionellt och praktiskt stöd i länet

Jämfört med riket uppger personer i länet att man har emotionellt och praktiskt stöd i samma utsträckning, detta både för kvinnor och män. Kvinnor har dock tillgång till både emotionellt och praktiskt stöd i större omfattning än vad män har. I åldern 16-29 år syns en tydlig skillnad i tillgång till emotionellt stöd mellan män och kvinnor. Sedan 2010 uppger personer med funktionsnedsättning och de med mindre ekonomisk kapacitet tillgång till emotionellt stöd i mindre utsträckning. Det finns även en tendens till att homo, bi eller personer osäkra på sin sexuella läggning/identitet uppger att de har emotionellt stöd i mindre utsträckning, men denna skillnad är inte statistiskt säkerställd.

5.2.6 Kontantmarginal i länet

Personer i Jämtlands län har kontantmarginal i samma utsträckning som i riket. Män har kontantmarginal i högre grad än kvinnor (84 procent jämfört med 77 procent). Andelen som har kontantmarginal har blivit större sedan mätningen 2010 och detta gäller särskilt 65-84 åringar samt personer med kort utbildning.

5.2.7 Otrygghet utomhus i länet

Jämfört med riket är otryggheten att visats utomhus mindre i Jämtlands län, detta både för män och kvinnor (män 5 procent mot 8 procent i riket och kvinnor 26 procent mot 34 procent i riket). Det är betydligt vanligare att kvinnor någon gång avstår från att gå ut ensam jämfört med män. Andelen som avstått från att gå ut har dock minskat sedan 2006 och kvinnor med lång utbildning står för den största minskningen. Kvinnor 16-29 år samt 64-85 år avstår i störst utsträckning från att gå ut ensamma.

5.2.8 Kränkande bemötande eller behandling i länet

Jämfört med riket är det mindre vanligt att personer i Jämtlands län har blivit utsatta för behandling eller bemötande som upplevs kränkande. Dock upplever 19 procent av kvinnorna i länet och 13 procent av männen ibland eller ofta kränkningar av olika slag. Dessa siffror har legat stadigt över tid. Det är vanligare att yngre personer upplevt kränkningar och i synnerhet kvinnor. Dock upplever andelen unga vuxna kvinnor i åldersgruppen 16-29 år kränkningar i mindre utsträckning jämfört med 2010 medan män i högre utsträckning än tidigare. Bland personer som definierar sig som homo, bi eller är osäkra på sin sexuella läggning/identitet har andelen som upplever kränkande bemötande ökat sedan föregående mätning. Så även om man har en kortare utbildning.

5.2.9 Hot om våld eller utsatthet för fysiskt våld i länet

Jämfört med riket uppger personer i Jämtlands län i samma utsträckning att man blivit utsatta för hot om våld, 3 procent av männen och 4 procent av kvinnorna. Andelen som uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld är för män i länet 3 procent, detsamma som i riket. En något lägre andel kvinnor, 2 procent, uppger detta jämfört med rikets kvinnor, 3 procent. Hot om våld och utsatthet för fysiskt våld är vanligare i de yngre åldersgrupperna och då särskilt bland unga män 16-29 år. Sedan 2006 har dock andelen unga vuxna män som uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld minskat från 13 procent till 7 procent.

5.3 Levnadsvanor

I detta avsnitt kommer riskabel alkoholkonsumtion, narkotikabruk, tobaksbruk, riskabelt spelande, fysisk aktivitet, stillasittande samt intag av frukt och grönt att redovisas.

5.3.1 Definitioner levnadsvanor

Riskabel alkoholkonsumtion är ett summaindex av tre frågor om alkoholvanor (hur ofta man druckit alkohol de senaste 12 månaderna, hur många glas man dricker en typisk dag då man dricker alkohol, samt hur ofta man dricker fem glas (för kvinnor) sex glas (för män)- eller fler vid samma tillfälle).

Frågan gällande narkotika lyder: *Har du någon gång använt hasch eller marijuana? ”Ja, under de senaste 12 månaderna”* (2006 och 2010 under det senaste året).

Daglig rökning utgår ifrån svaret ”Ja” på frågan: *”Röker du dagligen?”*

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

Riskabla spelvanor utgår ifrån ett flertal frågor som bildar ett kortinstrument: *”Hur ofta har du spelat för mer än du verkligen haft råd att förlora de senaste 12 månaderna?”* *”Hur ofta har du behövt spela för större summor för att få samma känsla av spänning de senaste 12 månaderna?”* *”Hur ofta har det hänt att du återvänt någon annan dag för att vinna tillbaka det du förlorat de senaste 12 månaderna?”* *”Hur ofta har du lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för de senaste 12 månaderna?”* Svartalternativen är *Aldrig/Ibland/Ofta/Nästan alltid*. Den som svarar något annat än *Aldrig* på minst en av frågorna anses ha riskabla spelvanor

Fysisk aktivitet minst 30 min/dag bildas av två frågor: *”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”*. Samt frågan *”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna? ”* Fysisk aktivitet definieras utifrån svaren *”Måttlig, regelbunden motion på fritiden”* samt *”Regelbunden motion och träning”*
Stillasittande fritid - Personer som promenerar, cyklar eller rör på sig mindre än två timmar i veckan.

Frukt- och grönsaks konsumtion 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.”*

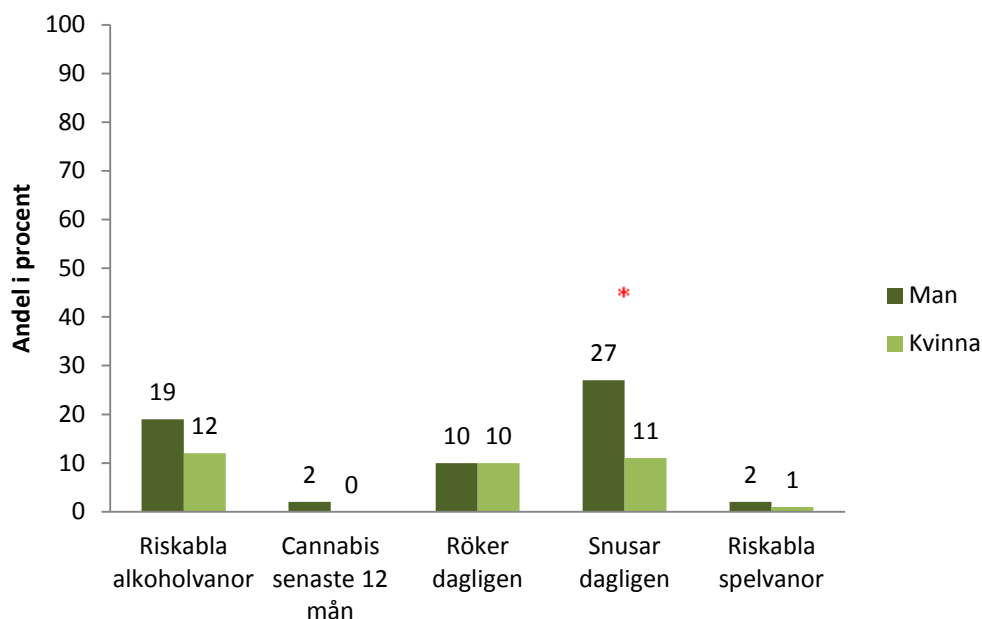
5.3.2 Levnadsvanor i Härjedalens kommun

Det är vanligare bland män än bland kvinnor att ha riskabla alkoholvanor i länet. I Härjedalens kommun har nära var femte man riskabla alkoholvanor, vilket är i nivå med länet. I länet i stort har kvinnors rökning minskat över tid. Vid föregående mätning var det 15 procent av kvinnorna och 4 procent av männen i kommunen som rökte dagligen och år 2014 är det en mindre andel kvinnor som röker än tidigare. Vad avser mäns rökning finns det en tendens till en uppgång, men då urvalet är litet kan detta inte sägas med säkerhet. En större andel män än kvinnor i kommunen snusar dagligen och så ser det även ut på länsnivå där både andelen män och kvinnor snusar i något högre utsträckning än tidigare mätningar. På länsnivå har en större andel män än kvinnor riskabla spelvanor (5 procent jämfört med 1 procent).

När det kommer till vilja att förändra levnadsvanor i kommunen och önskan om stöd finns ett tydligt behov i kommunen. Av dem som röker dagligen uppger 3 av 4 att de vill sluta.

Cirka 150 personer vill ha stöd och hjälp i att sluta. Cirka 100 personer önskar hjälp att sluta snusa. Av de som har riskabla alkoholvanor vill 500 personer minska sin alkoholkonsumtion och 50 uppger att de önskar stöd för att dricka mindre.

Figur 7 Andel män och kvinnor mellan 16-84 år vad gäller alkohol, narkotika, daglig rökning och snusning samt riskabla spelvanor. Härjedalens kommun år 2014 (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



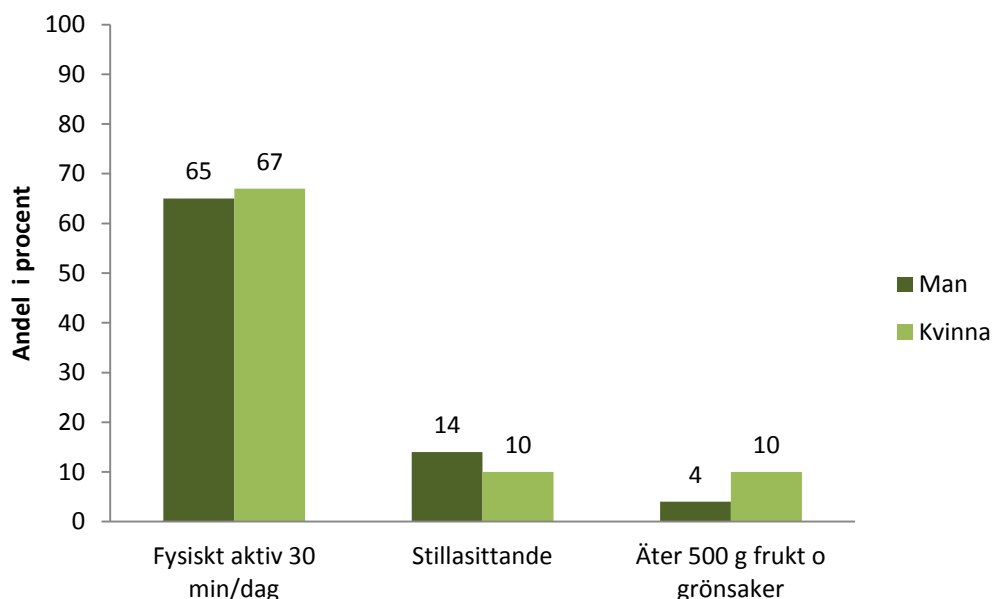
*Skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

I likhet med länet når 66 procent av invånarna i kommunen upp till rekommenderad nivå av fysisk aktivitet, om minst 30 minuter/dag. På länsnivå är det vanligast att ha en stillasittande fritid i den äldsta åldersgruppen 65-84 år. På länsnivå äter kvinnor frukt och grönsaker i större utsträckning än vad män gör.

I kommunen vill 5/10 öka sitt intag av frukt och grönt och 300 personer önskar stöd när det kommer till goda matvanor. Av de som är fysiskt inaktiva önskar 7/10 bli mer fysiskt aktiva och 1000 personer önskar stöd för att öka fysisk aktivitet.

Figur 8 Andel män och kvinnor mellan 16-84 år vad gäller fysisk aktivitet, stillasittande och intag av frukt och grönsaker. Härjedalens kommun år 2014 (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



Källa: Hälsa på lika villkor 2014

5.3.3 Riskabla alkoholvanor i länet

Jämfört med riket är det en lägre andel i Jämtlands län som har en riskabel alkoholkonsumtion, detta gäller för män såväl som kvinnor. Det är betydligt vanligare att män (17 procent) har en högre konsumtion än kvinnor (10 procent) i länet. Andelen med riskabla alkoholvanor har minskat något sedan 2010 och minskningen är särskilt stor för unga män 16-29 år, från 40 procent 2006 till 27 procent 2014. Riskkonsumtionen av alkohol är dock fortsatt högst i åldern 16-29 år (25 procent) och sjunker med stigande ålder. Dock ökar riskkonsumtionen över tid för kvinnor 65-84 år från 1 procent 2006 till 4 procent 2014. Det är vanligare att män avstår från alkohol än vid tidigare mätningar. Andelen som anger att de inte dricker alkohol har alltså ökat, då särskilt i åldergruppen 16-29 år. I åldergruppen 65-84 år är det en lägre andel än tidigare som inte dricker. 2006 var andelen 31 procent och 2014 är andelen 24 procent.

5.3.4 Narkotika i länet

Jämfört med riket är det en lägre andel män i länet som använt cannabis de senaste 12 månaderna, 2 procent i Jämtlands län och 3 procent i riket. Kvinnorna har använt i nivå med riket (1 procent). Av de som använt cannabis de senaste 12 månaderna återfinns de flesta i den yngsta åldergruppen 16-29 år.

5.3.5 Tobaksbruk i länet

Rökningen har minskat kraftigt i Jämtlands län sedan 2006. Daglig rökning har minskat i länet över tid och särskilt stor är minskningen bland kvinnor, från 15 procent 2006 till 8 procent 2014. Jämfört med 2010 har dagligrökningen minskat i alla studerade åldersgrupper för kvinnor, utom för de äldsta. Rökningen minskar dock ej heller för personer med kort utbildning, funktionsnedsatta eller för män.

Jämfört med riket snusar både män och kvinnor i större omfattning i Jämtlands län. 27 procent av männen jämfört med rikets 18 procent snusar dagligen. För kvinnor i länet är andelen som snusar dagligen mer än dubbelt så stor, 10 procent jämfört med rikets 4 procent. Unga och medelåldersmän snusar i störst utsträckning. Sedan 2010 är det en större andel som uppger att de snusar dagligen, detta gäller både män och kvinnor.

5.3.6 Riskabla spelvanor i länet

Jämfört med riket uppvisar Jämtlands län en lägre andel med riskabla spelvanor. I riket 6 procent för män och 4 procent för män i länet. Kvinnor i länet har riskabla spelvanor i samma utsträckning som i riket, 2 procent. Män 45-64 år är den grupp som spelar mest riskfyllt i länet, 5 procent. Det är vanligare att ha riskabla spelvanor för personer med kortare utbildning och lägre ekonomisk kapacitet.

5.3.7 Fysisk aktivitet i länet

66 procent av befolkningen i länet når upp till rekommenderad nivå av fysisk aktivitet, i nivå med riket. Över tid är kvinnor i länet mer fysiskt aktiva än tidigare. Personer i åldern 16-29 år är fysiskt aktiva i högre grad än andra åldersgrupper. Kvinnor och män med en kortare utbildning, som saknar kontantmarginal eller som har en funktionsnedsättning rör sig i mindre utsträckning än jämförbara grupper. Dock har den fysiska aktivitetsnivån ökat för personer med kort utbildning och med sämre ekonomiska förutsättningar. Jämfört med riket är en lägre andel stillasittande i Jämtlands län, detta gäller för både män och kvinnor. Att ha en stillasittande fritid är vanligast i de äldsta åldersgrupperna 65-84 år. Personer med fetma anger i dubbelt så stor utsträckning att man har en stillasittande fritid. Personer med lägre utbildningsnivå har i högre grad en stillasittande fritid än högre utbildade.

5.3.8 Intag av frukt och grönsaker i länet

I Jämtlands län äter vi mindre frukt och grönt än i riket. Bland kvinnor i länet kommer 10 procent upp i rekommenderade nivåer jämfört med i riket där 13 procent kommer upp i 500 gram frukt och grönt dagligen. Män har ökat sitt intag av frukt och grönt från 3 till 4 procent och i den äldsta åldersgruppen 65-84 år har andelen fördubblats från 2 procent till 4 procent sedan föregående mätning.

5.4 Sjukdomar och besvär

I detta avsnitt redovisas fetma, stress, högt blodtryck, diabetes, smärta och sömnsvårigheter.

5.4.1 Definitioner sjukdomar och besvär

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 *"Ganska mycket"* och *"Väldigt mycket"*.

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

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.

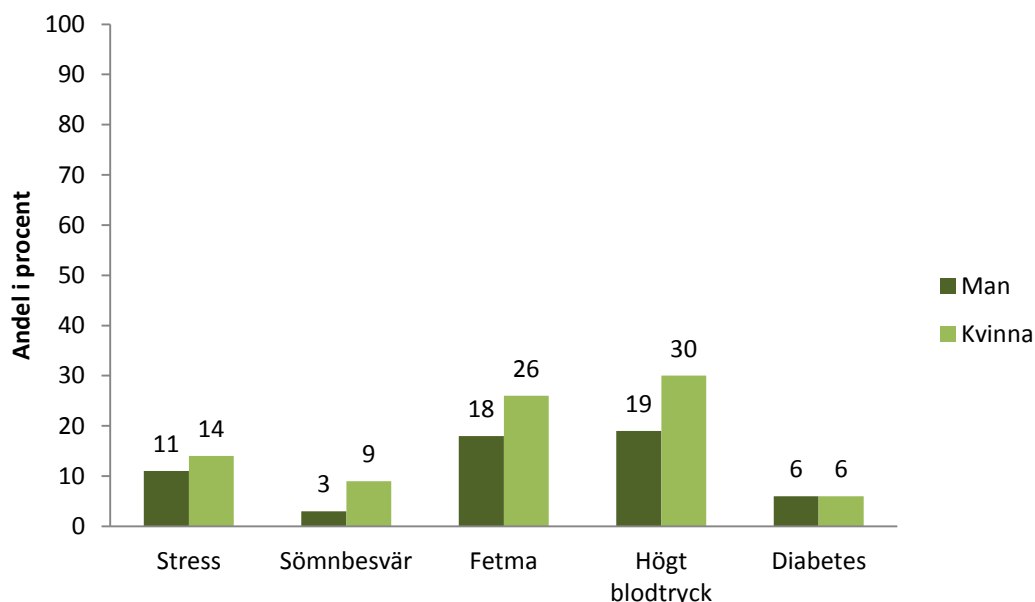
Högt blodtryck redovisas här som *"Ja oavsett besvär eller ej"* på frågan: *"Har du något/några av följande sjukdomar?"* "Högt blodtryck", "Nej", *"Ja, men inga besvär"*, *"Ja, lätta besvär"*, *"Ja, svåra besvär."*

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."*

5.4.2 Sjukdomar och besvär i Härjedalens kommun

Det finns en tendens till att en större andel kvinnor upplever stress jämfört med föregående mätning år 2010 (8 procent år 2010). På länsnivå upplever en större andel kvinnor än män stress, men denna skillnad är inte signifikant för Härjedalens kommun. En större andel kvinnor i kommunen har fetma jämfört med länsgenomsnittet. Över tid har andelen länsinvånare med fetma ökat från 9 procent 2006 till 13 procent 2010 och 13 procent även 2014. Högst andel med fetma finns på länsnivå för både män och kvinnor i åldern 45-84 år. Det finns även en tendens till att en mindre andel män än kvinnor rapporterar högt blodtryck. På länsnivå rapporterar 24 procent av befolkningen högt blodtryck, men skillnaden mot Härjedalens kvinnor är inte signifikant.

Figur 9 Andel män och kvinnor mellan 16-84 år vad gäller stress, sömnbesvär, fetma, högt blodtryck och diabetes. Härjedalens kommun år 2014 (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



Källa: Hälsa på lika villkor 2014

5.4.3 Stress i länet

Kvinnor i Jämtlands län upplever sig vara stressade i mindre utsträckning än kvinnor i riket (13 procent jämfört med rikets 16 procent). Andelen män i länet som upplever mycket stress är jämfört med riket densamma. I länet upplever kvinnor sig vara stressade i högre utsträckning än män, då särskilt i åldergruppen 16-29 år. Där har andelen unga vuxna kvinnor som upplever stress i hög grad ökat från 19 till 24 procent sedan 2010. För personer med högre utbildning har stress minskat. Kvinnor och män med ekonomiska svårigheter upplever fortsatt stress i högre utsträckning än de med ekonomisk trygghet.

5.4.4 Sömn i länet

Jämfört med riket syns inga skillnader. I länet har kvinnor sömnsvårigheter i högre grad än män, 8 procent jämfört med 5 procent. Över tid ligger siffrorna stabilt. Att ha sömnsvårigheter har dock blivit vanligare bland personer med funktionsnedsättning sedan senaste mätningen. I övrigt kvarstår skillnader vad avser ekonomiska förutsättningar.

5.4.5 Fetma i länet

Jämfört med riket är andelen män med fetma lika hög i Jämtlands län. En högre andel av länets kvinnor har fetma jämfört med i riket (16 procent jämfört med 13 i riket). Resultatet visar att andelen med fetma ökat från 12 procent 2006 till 16 procent 2010 för att ligga kvar på samma nivå 2014. Samma trend finns vad det gäller övervikt och 57 procent av männen och 46 procent av kvinnorna är överviktiga eller feta. Fetma och övervikt är vanligast i

åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor. Personer med kort utbildning och personer utan kontantmarginal har fetma i högre grad än övriga jämförbara grupper. Personer med lång utbildning är feta i mindre utsträckning än vid tidigare mätningar. För unga vuxna finns det en tendens till ökad fetma men skillnaden är inte statistiskt signifikant.

5.4.6 Högt blodtryck och diabetes i länet

Länets befolkning rapporterar högt blodtryck i högre grad än riket, 24 procent i länet och 21 procent i riket. Över tid har andelen som rapporterar högt blodtryck ökat. Andelen med högt blodtryck varierar med utbildningsnivå och funktionsnedsättning och bland personer med kort utbildning är det en större andel än tidigare som rapporterar att de har högt blodtryck.

Jämfört med riket är andelen män med diabetes högre i Jämtlands län. Av männen uppger 8 procent och av kvinnorna 5 procent att de har diabetes. Åldersgruppen 65-84 år har högst andel med diabetes, men sedan 2010 har andelen sjunkit från 19 procent till 16 procent. Personer med kort utbildning, funktionsnedsatta samt personer som saknar kontantmarginal uppger diabetes i högre grad än jämförbara grupper.

6 DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS

Resultatet visar att 66 procent av kommunens invånare upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Sedan undersökningen senast genomfördes har folkhälsan förbättrats inom ett flertal områden. Samtidigt som folkhälsan har förbättrats syns fortfarande tydliga skillnader i hälsa på *länsnivå* mellan olika grupper i befolkningen, skillnader som till viss del också ökar. Att endast lite mer än hälften av de tillfrågade svarat på frågorna innebär att det finns risk för att enkätsvaren i vissa avseenden är en överskattning av hur hälsan ser ut i befolkningen, då enkäten troligt inte speglar de grupper där hälsan är mest ojämnt fördelad. Detta kompenseras dock till viss del av kalibreringsvikten (om kalibreringsvikt se s.11)

Genomgående visar resultatet på *länsnivå* att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll. Det är fortsatt vanligare att män rapporterar en bättre hälsa än vad kvinnor gör samt att personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa lägre än övrig befolkning. Mot bakgrund av detta behöver skillnader i hälsa beaktas i hög utsträckning när folkhälsoinsatser planeras.

Befolkningsstrukturen i kommunen visar på en åldrande befolkning och den förväntade medellivslängden något kortare än i länet. Dessa bakgrundsfaktorer speglar också i hur hälsan ser ut i befolkningen.

Följande områden har identifierats som särskilt viktiga att fokusera på i Härjedalens kommun. I beskrivningen är hur folkhälsan ser ut på länsnivå även av vikt då kommunresultatet endast delats upp på kön. Då kommunens resultat liknar länets är det sannolikt att de skillnader som syns utifrån andra bakgrundsfaktorer såsom ålder, utbildningsnivå och ekonomi, även finns i kommunen

- **Förbättrat psykiskt välbefinnande**

17 procent av invånarna i kommunen uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande, i nivå med länets siffror. Resultatet på *länsnivå* visar att psykisk hälsa fortsatt är ett viktigt insatsområde. På länsnivå är det framförallt unga vuxna kvinnor som skattar en sämre psykisk hälsa än tidigare. Andelen unga kvinnor som upplever stress är större än tidigare. En större andel kvinnor än män rapporterar besvär såsom ångslan, oro, ångest och trötthet. Personer med funktionsnedsättning rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande i högre utsträckning än övrig befolkning. Det finns även en tendens till att personer som definierar sig som homo, bi eller osäker på sin sexuella läggning/identitet skattar ett nedsatt psykiskt välbefinnande i högre grad än tidigare men skillnaden är inte säkerställd. Bland unga vuxna män ökar kränkningar av olika slag. Bland personer som definierar sig som homo, bi eller är osäkra på sin sexualitet/identitet har andelen som upplever kränkande bemötande ökat sedan föregående mätning. Så även om man har en kortare utbildning.

Som tänkbara bidragande orsaker till den ökade psykiska ohälsan bland unga i Sverige lyfts den ökade individualiseringen i samhället samt en minskad framtidstro. Arbetsmarknaden för unga har förändrats med en hög arbetslöshet och tillfälliga anställningar. Situationen är särskilt svår för unga som inte påbörjar eller avslutar gymnasiet. Vilka faktorer som ligger bakom den ökade psykiska ohälsan hos dagens unga kräver dock fördjupade analyser. (Socialstyrelsen, 2009).

- **Förutsättningar för ekonomisk trygghet**

När det gäller tillgång till kontantmarginal finns i likhet med länet i kommunen en signifikant skillnad mellan män och kvinnors ekonomiska förutsättningar. Genomgående visar resultatet att ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsan. Ett område som också tydligt lyfts fram i folkhälsopolicyen är förutsättningar för utbildning och arbete som tydligt tangerar hälsans bestämningsfaktorer.

Några av levnadsvanorna har förbättrats över tid men ett fortsatt långsiktigt fokus på att *främja goda levnadsvanor* är av vikt.

- **Minskad alkoholkonsumtion**

Det är i kommunen vanligare bland män än bland kvinnor att ha riskabla alkoholvanor. I Härjedalens kommun har nära var femte man riskabla alkoholvanor, vilket är i nivå med länet. Att minska alkoholkonsumtionen bland unga vuxna lyftes i föregående mätning fram som ett område att särskilt fokusera på. Andelen med riskabla alkoholvanor har minskat något sedan 2010 på länsnivå. Unga vuxna är den grupp som dricker mest riskfyllt men här har det över tid skett en minskning av den riskabla alkoholkonsumtionen. När det kommer till behov vill 500 personer av de som har riskabla alkoholvanor minska sin alkoholkonsumtion och 50 uppger att de önskar stöd för att dricka mindre.

- **Minskad övervikt och fetma**

En större andel kvinnor i kommunen har fetma jämfört med länsgenomsnittet och en hög andel rapporterar högt blodtryck. Övervikt och fetma lyftes fram som ett prioriterat område även vid föregående mätning. Fetma och övervikt är på länsnivå vanligast i åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor. Det finns också en tydlig koppling till socioekonomi då personer med kort utbildning och personer utan kontantmarginal har fetma i högre grad än jämförbara grupper. Övervikt och fetma i medelåldern kräver tidiga insatser och generella insatser men behöver även kombineras med riktade insatser till resurssvaga grupper.

Ohälsosamma levnadsvanor har ofta ett samband med livsmiljö och levnadsförhållanden. Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har i allmänhet mindre inflytande över sin livssituation och mindre möjligheter att förändra sina levnadsvanor i positiv riktning än personer med goda socioekonomiska förhållanden. (Folkhälsomyndigheten 2014). När det kommer till insatser för att främja goda levnadsvanor till resurssvaga grupper är ett brett perspektiv på hälsans bestämningsfaktorer nödvändigt så att inte resultatet blir en ytterligare ökning av hälsans sociala ojämlikhet (Malmö Stad, 2013).

- **Möjligheter till social samvaro och ökad tillgång till socialt stöd**

I likhet med föregående mätning är kvinnor i Härjedalens kommun socialt deltagande i mindre utsträckning än kvinnor i länet. På länsnivå deltar den äldsta åldersgruppen i minst utsträckning i sociala aktiviteter. I stort finns på länsnivå i alla åldersgrupper markanta skillnader i socialt deltagande utifrån utbildningsnivå, ekonomisk kapacitet samt om man har en funktionsnedsättning eller ej. Sedan år 2010 uppger på länsnivå personer med funktionsnedsättning och de med mindre ekonomisk kapacitet tillgång till socialt stöd i mindre utsträckning.

Äldre utgör en allt större del av befolkningen och medellivslängden ökar stadigt både för män och kvinnor. Bland äldre finns det stora skillnader, både när det gäller förutsättningarna för ett gott åldrande och hur åldrandet faktiskt ser ut. Att skapa förutsättningar för ett hälsosamt åldrande är en viktig och stor utmaning där många olika aktörer kan samverka i länet.

Hälsofrämjande insatser under hela livet blir allt viktigare för att ha en god hälsa och kunna leva självständigt med en god livskvalitet så länge som möjligt. Samhället kan också stödja och uppmuntra val som innebär ett hälsosamt sätt att leva längre utan funktionsnedsättningar och beroende (Statens Folkhälsoinstitut 2011)

Avslutande ord

För att nå jämlikhet i hälsa krävs åtgärder för att påverka de förhållanden under vilka vi växer upp, lever, arbetar och åldras samt förhållanden i hälso- och sjukvården. (WHO 2008). Folkhälsoarbete är ett brett område som rymmer många olika aktörer där insatser

behöver ske på olika nivåer och i samverkan. Många av hälsans bestämningsfaktorer påverkas på nationell nivå, andra kan påverkas i en kommun eller på regional nivå, där hälso- och sjukvården är en viktig del. Skillnader i hälsa är därmed påverkbara genom politiska beslut. Viktiga aktörer finns även i det civila samhället, föreningslivet och näringslivet. Slutligen ligger andra delar hos individen själv att påverka, men hälsosamma val blir lättare om förutsättningar finns.

Många insatser genomförs och har påbörjats runtom i länet. När det kommer till att se resultat av de insatser som genomförs krävs uthållighet och en långsiktighet. Dock finns behov av förbättringar vad gäller att följa effekter av åtgärder. Genom att använda resultaten av Hälsa på lika villkor som planerings- och uppföljningsunderlag har många aktörer möjlighet att bidra till en god, jämlik och jämställd hälsa i länet. Detta betonar vikten av samarbete då folkhälsan finns i alla politikområden.

7 REFERENSER

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Folkhälsomyndigheten (2013). *Hälsa på lika villkor "Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten"*. Östersund, 2013.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12665/Syfte-bakgrund-fragorna-HLV.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2014) *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*.

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

Malmö Stad (2013), *Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd, rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö*, Upplaga 2, 2013

SCB Befolkningsstatistik. Återstående medellivslängd för 0-åringar 2009-2013

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

Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut (2013) *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Artikelnummer 2013-3-26

Statens Folkhälsoinstitut (2011) *Äldres hälsa, Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Rapport 2011:12. Östersund

WHO (2008). Commission on Social Determinants of Health WHO. *Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Final report. Geneva: 2008