

HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR

Rapport för Jämtland Härjedalen
2022



HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR
RAPPORT FÖR JÄMTLAND HÄRJEDALEN 2022
DNR RS/284/2023

HANDLÄGGARE
Hanna Viklund
Folkhälsosamordnare
Region Jämtland Härjedalen

GODKÄND AV:
Johan Börjesson
Folkhälsoschef
Region Jämtland Härjedalen

GILTIG FR O M:
2024-02-19

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

OMSLAGSFOTO: KJELL LJUNGSTRÖM/SCANDINAV

Innehållsförteckning

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	6
Folkhälsa på nationell nivå	6
Hälsans bestämningsfaktorer	7
Covid-19	7
Styrande dokument för Jämtland Härjedalen	8
SYFTE OCH MÅL MED LÄNSRAPPORTEN	8
METOD FÖR LÄNSRAPPORTEN	9
Undersökningen, urval och svaranden	9
Analys och tolkning av resultat	9
Definition av bakgrundsvariabler	10
BEFOLKNINGEN I JÄMTLAND HÄRJEDALEN	11
Befolkningsstruktur	11
Medellivslängd	12
Utbildningsnivå	12
RESULTAT	14
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter	14
Målområde 5 – Boende och närmiljö	15
Målområde 6 – Levnadsvanor	17
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet	27
Målområde 8 – En hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård	32
Hälsa, hälsoutfall och psykisk hälsa	33
Hälsan för gruppen 85 år och äldre i länet	45
DISKUSSION OCH PRIORITERADE OMRÅDEN	46
Nationella målet om en god och jämlik hälsa och att minska hälsoklyftorna	46
Hur har hälsan i länet utvecklats sedan den senaste undersökningen?	46
Hur har folkhälsa i länet utvecklats sedan 2010?	48
Områden att prioritera utifrån nuläge och utvecklingen över tid	49
REFERENSER	52

Förord

Region Jämtland Härjedalen genomför gemensamt med länets åtta kommuner regelbundet undersökningar inom folkhälsoområdet för att kartlägga och följa förändringar över tid gällande hälsan, levnadsvanor och livsvillkor hos länets befolkning. Den här rapporten baserar sig på resultatet från den nationella undersökningen "Hälsa på lika villkor" och ger oss en bild av länets befolkning 16 år och äldre. Det är nu femte gången som undersökningen genomförs med ett utökat urval i vårt län, och det ger oss möjligheten till att få en bättre bild om hälsoläget som vi har i Jämtland Härjedalen. Detta underlag är en viktig förutsättning för planering och styrning av vårt arbete för att skapa en god och jämlik hälsa i vårt län. Det är också ett underlag som kan användas av och tillsammans med andra organisationer, för samverkan är ett nyckelord i folkhälsoarbetet. Att främja och stärka befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor är det inte bara en aktör som kan göra ensam, utan det är något vi måste hjälpas åt med. Såväl offentliga aktörer som föreningsliv, civilsamhället och näringsliv är viktiga för att nå ut till alla människor i olika skeden av livet.

Resultatet i den här rapporten visar genomgående på skillnader i vårt län gällande hälsa, utifrån kön, ålder och utbildningsnivå men också utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland. Vi måste jobba för att utjämna skillnaderna, i alla fall de som är påverkbara. Det handlar om att skapa förutsättningar för hälsa och att människan kan bibehålla sin hälsa. För det är många faktorer som påverkar vår hälsa. En del av de så kallade bestämningsfaktorerna för hälsa är faktorer som ligger utanför individens direkta handlingsutrymme, och de beror på förhållanden, livsvillkor och miljöer som människan lever i. Det är bestämningsfaktorer som bland annat kan påverkas av politiska beslut.

Slutligen vill vi passa på att tacka er alla som tagit er tid att besvara enkäten. Utan er hade det inte varit möjligt att få det här viktiga kunskaps- och beslutsunderlaget för att fortsätta arbetet för en god och jämlik hälsa i Jämtlands län.

Jämtland Härjedalen april 2023

**Bengt Bergqvist (S), regionråd
Regionstyrelsens ordförande
Region Jämtland Härjedalen**

**Anders Byström
Tf regiondirektör
Region Jämtland Härjedalen**

Sammanfattning

Sedan 2006 har Region Jämtland Härjedalen vart fjärde år deltagit med ett utökat urval i folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor", 2022 var det därför dags för femte gången. Mellan februari till maj 2022 fick 9 600 slumpmässigt utvalda personer 16 år eller äldre i länet enkäten. Av dessa var det 4 017 personer som besvarade enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 40 procent. Den här rapporten beskriver resultat för länet, en nulägesbild av hälsan, levnadsvanor och livsvillkor, hur det har utvecklats över tid men också hur hälsan skiljer sig åt mellan olika grupper.

Resultatet visar att 70 procent av länets befolkning (16–84 år) upplever att de har ett allmänt gott hälsotillstånd. Det är en större andel personer äldre, som skattar en god hälsa jämfört vid tidigare mätningar. Det är fortsatt fler män än kvinnor som rapporterar god hälsa. Inom området psykisk hälsa är det fler kvinnor än män som uppger psykiska besvär såsom mycket stress och svåra besvär av ångslan, oro eller ångest och störst är skillnaderna ibland unga vuxna. Även grupperna som har haft ekonomisk kris, är homo-bisexuell/osäker/annat eller har en funktionsnedsättning sticker ut negativt gällande psykisk hälsa.

Det är en fortsatt negativ utveckling bland unga vuxna kvinnor som upplever otrygghet gällande att gå ut ensam, mer än hälften av länets kvinnor mellan 16–29 år rapporterar det. Ytterligare områden som visar på en nedåtgående trend inom området trygghet och sociala relationer gäller unga män, sedan 2010 är det fortsatt en minskande andel som upplever sig ha socialt stöd. Det är dock den grupp som inte har minskat i andel som är socialt deltagande jämfört med 2018, i alla övriga åldersgrupper har andelen minskat.

Den dagliga rökningen i länet fortsätter den positiva utvecklingen och ligger nu på 5 procent. Det är även en positiv tendens gällande den fysiska aktiviteten, det är en större andel som är fysiskt aktiva. Det är främst i åldersgruppen 65–84 år som andelen som är fysiskt aktiva som har ökat signifikant jämfört med 2018. Hälsoutfall som fetma och högt blodtryck har ökat över tid. Resultatet visar att andelen personer i länet mellan 16–84 år som har fetma har ökat från 16 procent 2010 till 19 procent 2022, den grupp som ökat signifikant är män 45–64 år.

Resultatet visar att kön, ålder, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för den upplevda hälsan, levnadsvanor och livsvillkor. Även funktionsförmåga, sexuell identitet och födelseland är viktiga bakgrundsfaktorer att ta hänsyn till vid planering av hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att nå målet om en god och jämlik hälsa och minska hälsoklyftorna även i vårt län. För indikatorer kopplat till den fysiska hälsan, så som den självskattade hälsan, högt blodtryck och diabetes är det en tydlig social gradient¹ men också utifrån vissa levnadsvanor, där fysisk aktivitet är den tydligaste. Samtidigt är det levnadsvanor som inte alls skiljer sig åt utifrån utbildningsnivå exempelvis riskkonsumtion av alkohol och ofta stillasittande. Inom området psykisk hälsa är skillnader utifrån utbildningsnivå inte lika tydligt utan där har ekonomiska förhållanden en tydligare inverkan och även sexuell identitet och funktionsförmåga. Utifrån resultatet är det även av vikt att vid planerade och genomförande av insatser och åtgärder av folkhälsoarbetet, att ta hänsyn till att hälsan ser olika ut i olika grupper och att förutsättningar för hälsa ser olika ut.

Utifrån resultaten från "Hälsa på lika villkor" finns fortsatt behov att arbeta långsiktigt med följande områden:

- Det psykiska välbefinnandet hos unga vuxna främst kvinnor
- Trygghet och sociala relationer är viktiga områden att fortsatt prioritera
- Främja goda levnadsvanor för bättre hälsoutfall

¹ Med social gradient menas att ju högre social position desto bättre hälsa, i den här rapporten innebär det att en stegvis ökning av utbildningsnivå också en stegvis ökning av hälsa.

Inledning

Folkhälsa på nationell nivå

Folkhälsan i Sverige är relativt god, både ur ett europeiskt och internationellt perspektiv, och sett ur ett längre perspektiv har hälsoutvecklingen varit god. Samtidigt är inte hälsan på samma nivå för alla grupper, exempelvis skiljer den sig åt mellan olika socioekonomiska grupper. (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

I den nya folkhälsopropositionen som godtog i juni 2018 finns det reviderade folkhälsomålet om att främja en god och jämlik hälsa och arbeta för målet att minska de påverkbara klyftorna inom en generation. Målet har därmed omformulerats med ett tydligare fokus på jämlik hälsa. För att uppnå folkhälsomålet om en god och jämlik hälsa finns åtta målområden som syftar till att förtydliga vilka bestämningsfaktorer som är avgörande. De första sju målområdena utgör livsområden som omfattar viktiga resurser som är grundläggande för en god och jämlik hälsa. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är det åttonde målområdet, syftar till att påvisa att dess verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa. Därtill finns ett särskilt delmål, att långsiktigt arbeta för ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla. (Regeringen, 2018).

Övergripande nationella folkhälsomålet

Skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara klyftorna inom en generation.

Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning

Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

Målområde 5 – Boende och närmiljö

Målområde 6 – Levnadsvanor

Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälsa- och sjukvård

(Regeringen, 2018)



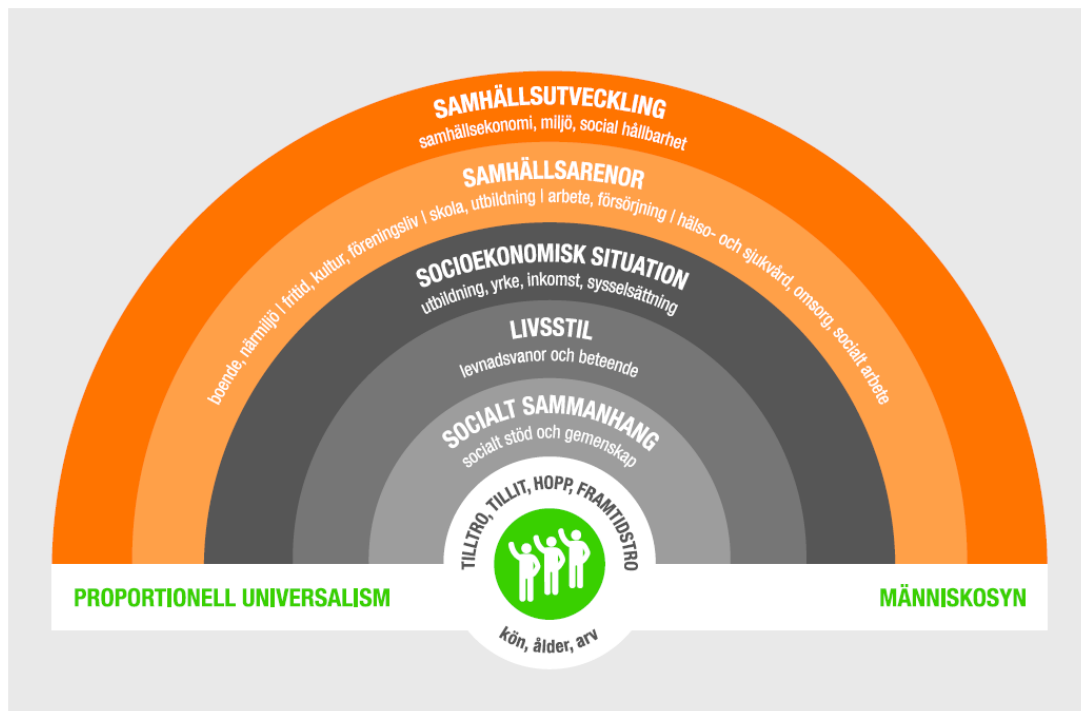
En god och jämlik hälsa – åtta målområden

Figur 1. Bild över de åtta målområden där cirkeln i mitten representerar livslöppsperspektivet och vikten av god och jämlik hälsa genom hela livet. Illustration: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten har valt ut så kallade kärnindikatorer för att kunna följa upp de mest centrala aspekterna inom varje målområde. Utöver dessa har även kärnindikatorer för hälsa valts ut, där både fysiska och psykiska aspekter ingår för att sammanfatta hälsotillståndet. (Folkhälsomyndigheten, 2020). I den här rapporten beskrivs resultatet utifrån de enkätfrågor i "Hälsa på lika villkor", som återfinns inom målområde 4–8 och även en del av indikatorerna som valts ut för att följa hälsan kommer att presenteras i resultatdelen i den här rapporten.

Hälsans bestämningsfaktorer

Figuren nedan synliggör att det är en mängd olika faktorer som påverkar individens hälsa. I mitten av figuren finns individen och nedanför faktorerna ålder, kön och arv som individen (oftast) inte kan påverka. Halvcirkeln närmast individen utgör dennes sociala nätverk, något som individen är en del av och som har betydelse för dennes hälsa. Sedan kommer levnadsvanor där individen har större möjlighet att själv påverka. De yttre halvcirkelarna står för omgivningsfaktorer som behöver politiska beslut och kollektiva åtgärder för att kunna påverkas. I och med att de så kallade bestämningsfaktorerna samspelar inom och mellan nivåerna innebär det att insatser för befolkningens hälsa behöver ske i samverkan och på ett flertal nivåer. (Region Jämtland Härjedalen, 2020).



Figur 2. Hälsans bestämningsfaktorer, figur bearbetad efter förlagor från Dahlgren & Whitehead samt van Vleet och Kristensson, 2014, hämtad från *Vår hälsa – länets möjligheter: Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2020–2024* (Region Jämtland Härjedalen, 2020).

Covid-19

Sedan mitten av 1900-talet har folkhälsoarbetet fokuserat på att bekämpa icke-smittsamma sjukdomar, de så kallade livsstilssjukdomar så som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, kroniska luftvägssjukdomar, psykisk ohälsa och cancer. Men 2020-talet inleddes med en smittsam sjukdom, den 1 februari 2020 bedömdes covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom i Sverige och i mars klassificerades covid-19 som en pandemi av Världshälsoorganisationen. För att begränsa smittspridningen beslutas det om ett antal restriktioner på nationell nivå (Folkhälsomyndigheten, 2021a). Exempelvis distansundervisning för skolor, begränsning av antal personer att träffas samtidigt, begränsade öppettider för restauranger och serveringsställen, distansarbete utifrån möjlighet och begränsningar inom föreningslivet. I februari 2022 tas de flesta restriktioner som införts p.g.a. covid-19 tas bort och månaden efter föreslår regeringen att covid-19 inte längre ska klassas som en samhällsfarlig sjukdom (Krisinformation, 2023).

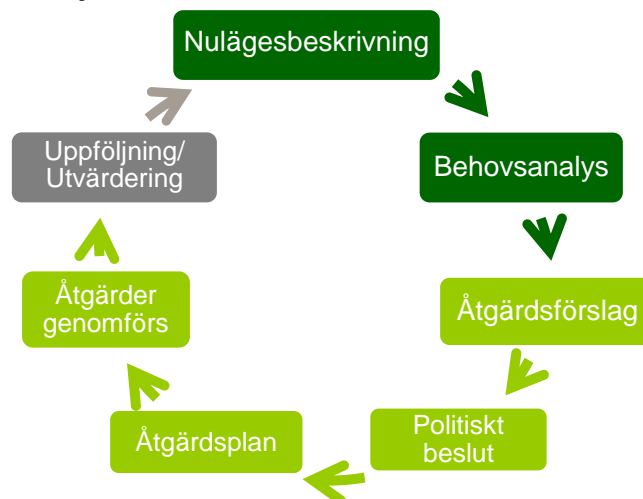
Styrande dokument för Jämtland Härjedalen

I länet finns en folkhälsopolicy "Vår hälsa – länets möjlighet – folkhälsopolicy för Jämtlands län 2020–2024", den är antagen av länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen. I policyn lyfts fyra utvecklingsområden: trygga uppväxtvillkor, utbildning och arbete, hälsofrämjande miljö och delaktighet och inflytande. Policyn är ett vägledande dokument för folkhälsoarbetet i Jämtland Härjedalen och har visionen "Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län". (Region Jämtland Härjedalen, 2020).

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

Regionalt folkhälsoarbete

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



Figur 3. Processen med folkhälsorapportering i Region Jämtland Härjedalen.

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

Syfte och mål med länsrapporten

Syftet med den här länsrapporten är att ge en nulägesbild av hälsan hos personer 16 år och äldre i Jämtland Härjedalen. För att få en mer heltäckande bild av hur hälsan har utvecklats över tid, har även jämförelser gjorts med tidigare genomförda "Hälsa på lika villkor" undersökningar i länet. Ett syfte är också att belysa hur hälsan i länet är fördelad mellan olika grupper i samhället. Målet med länsrapporten är att vara kunskaps- och beslutsunderlag, för politiker och tjänstepersoner, såväl inom som utanför organisationen Region Jämtland Härjedalen.

Metod för länsrapporten

I processen med att ta fram denna länsrapport har tjänstepersoner med folkhälsoansvar från länets kommuner och tjänstepersoner från Folkhälsoenheten, Region Jämtland Härjedalen, deltagit vid gemensamma analysmöten samordnade av Folkhälsoenheten vid Region Jämtland Härjedalen. Det har varit ett forum att diskutera rapportens spridning och de sammanställda resultaten. I analysprocessens slutskede, som underlag till prioriteringarna anordnades en analysworkshop och där deltog även ytterligare representanter från Region Jämtland Härjedalen, (representanter från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, regional utveckling och regionstaben) men också representanter från Länsstyrelsen, RF-SISU Jämtland-Härjedalen och Hjärnkoll.

Undersökningen, urval och svaranden

Folkhälsomyndigheten har årligen mellan 2004–2016 genomfört den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” hos personer mellan 16–84 år. Sedan 2016 genomförs den nationellt vartannat år, 2021 genomfördes dock en extra undersökningsomgång med tillagda frågor utifrån covid-19-pandemin. 2021 utökades även enkäten till att inte ha någon övre åldersgräns. Undersökningen syftar till att visa hur befolkningen mår samt till att följa förändringar i hälsa över tid. 2022 bestod enkäten av 61 frågor, som med delfrågor totalt genererade 106 frågor. Dessa kompletteras med folkbokföringsuppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB). Frågorna handlar om bland annat hälsa, levnadsvanor, trygghet och sociala relationer, ekonomiska förhållanden och sysselsättning. Det nationella urvalet bestod 2022 av 44 800 slumpmässigt utvalda personer som fördelas utifrån länens befolkningsmängd, vilket innebär att det till Jämtland skickas knappa 600 enkäter. Svarsfrekvensen var 38 procent vid den nationella undersökningen 2022. Enkäten, syfte och bakgrund om frågorna och övrig information om undersökningen går att finna i sin helhet på www.folkhalsomyndigheten.se.

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med utökad urval vart fjärde år 2006, 2010, 2014, 2018 och nu 2022, vilket innebär att ett större antal enkäter slumpmässigt skickas ut till länets befolkning. Under våren 2022 skickades totalt 9 600 enkäter ut i Jämtland Härjedalen varav 4 017 personer besvarade den, en svarsfrekvens på 40 procent. Enkäten fanns tillgänglig att besvara på engelska och svenska. Det fanns också möjlighet att få frågorna upplästa med hjälp av programmet Talande Webb. Respondenterna fick välja om de ville besvara enkäten i pappersformat eller digitalt via webben, 60 procent valde att besvara den digitalt. Insamlingsperioden pågick från februari till maj 2022.

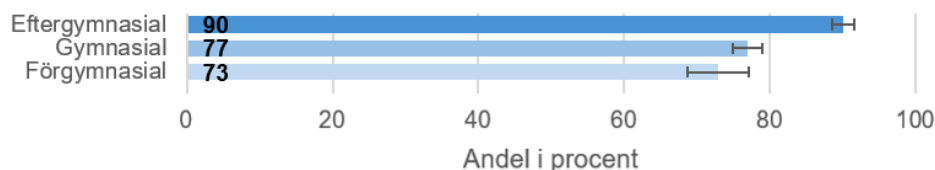
Analys och tolkning av resultat

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

Generellt minskar svarsfrekvensen för alla typer av enkätundersökningar. I länet har andelen sjunkit succesivt från 57 procent vid undersökningen år 2010 till 53 procent år 2014 och 46 procent vid 2018 års undersökning och nu senast 2022 var andelen svarande i länet 40 procent. När svarsfrekvensen sjunker innebär det att det finns risk för att enkätsvaren i vissa avseenden är en överskattning av hur hälsan ser ut i befolkningen, då enkäten troligtvis

inte speglar de grupper där hälsan är mest ojämnt fördelad. Den bortfallsanalys gjord av SCB visar att det framför allt är unga vuxna som inte svarat på enkäten och att vissa grupper som ex. förvärvsarbete och personer med hög disponibel inkomst har högre svarsbenägenhet. Grupper med lägre svarsbenägenhet är de med lägre inkomst, mindre ekonomiska marginal och ensamstående. Då syftet med den inledande statistiska bearbetningen är att korrigera för olikheter i urvalet i relation till den faktiska befolkningens mängd, finns risk att detta enbart delvis uppnås vid större bortfall för specifika grupper. Detta innebär att presenterade resultat inte bör användas som exakta mått, utan snarare ses som indikationer och trender. Av samma skäl bör heller inte resultaten jämföras med andra undersökningar som baseras på andra urvalsprinciper eller metoder.

Datamaterialet på läns- och kommunnivå har bearbetats av Folkhälsoenheten, Region Jämtland Härjedalen. Den statistiska analys som är vald att användas för att säkerställa om det är signifikanta skillnader mellan olika grupper är konfidensintervall. Konfidensintervall är ett mått på osäkerheten i ett skattat värde och gränserna för konfidensintervallen markerar inom vilket intervall som det "sanna" värdet befinner sig med 95 procentig sannolikhet. Konfidensintervallet antyder även hur många svarande det är som resultatet baseras på, ju bredare konfidensintervall desto färre antal personer baseras svaren på. Om två gruppers konfidensintervall ej överlappar varandra innebär det att det är en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. I figur 4 nedan visas ett exempel, att det är en signifikant större andel med eftergymnasial utbildning jämfört med gymnasial och förgymnasial utbildning. Mellan grupperna gymnasial och förgymnasial är det dock ingen signifikant skillnad i och med att deras konfidensintervall överlappar varandra.



Figur 4. Exempel på konfidensintervall.

I resultatet och diagrammen i denna rapport är det därför endast skillnader som är statistiskt säkerställda som presenteras vilket förtydligas med att konfidensintervallen finns markerade. Övriga resultat går ej att uttala sig om det är signifikanta skillnader. Alla resultat redovisas i andelar i procent avrundat till närmaste heltal. Trots att undersökningen numera inte har någon övre åldersgräns som den skickas ut till, redovisas resultatet många gånger på totalen ändå bara för åldersspannet 16–84 år. Det är för att det många gånger är samma andel som för 16 år och äldre men på vissa frågor skiljer det sig någon procentenhet. Att det är 16–84 års intervallet som främst redovisas beror framför allt för att kunna jämföra med resultat från tidigare undersökningar när data bara finns för åldersspannet 16–84 år. Utifrån detta finns ett sammanfattande avsnitt för just den äldsta gruppen sist i resultatdelen.

Definition av bakgrundsvariabler

I denna rapport används ett antal olika bakgrundsvariabler som har definierats utifrån vissa frågor i enkäten medan andra baseras på registerdata. De sistnämnda är markerade med * i beskrivningen nedan.

Kön* - kvinna eller man.

Åldersgrupper* – den åldersindelning som är gjord i denna rapport är i fem grupper; 16–29 år, 30–44 år, 45–64 år, 65–84 år och 85 år och äldre. Observera att den äldsta åldersgruppen endast redovisas på totalen och inte uppdelat på kön då underlaget var för litet för det.

Utbildningsnivå* – endast personer mellan 25–84 år ingår och utbildningsnivå delas in i tre grupper:

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

Ekonomiska förhållanden – definieras utifrån en fråga i enkäten och delas in i två grupper enligt nedan:

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

Personer som har funktionsnedsättning – definieras utifrån fyra frågor:

1. "Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?" Personer som svarat "Ja" på den här frågan och också svarat "Ja, i hög grad" på följdfrågan: "Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?"
2. "Kan du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning?" Personer som svarat "Nej (inte ens med glasögon)" på den här frågan.
3. "Kan du utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer?" Personer som svarat "Nej (inte ens med hörapparat)" på den här frågan.
4. Personer med rörelsehinder. Personer som inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär eller inte kan ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt eller behöver hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta sig utomhus.

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

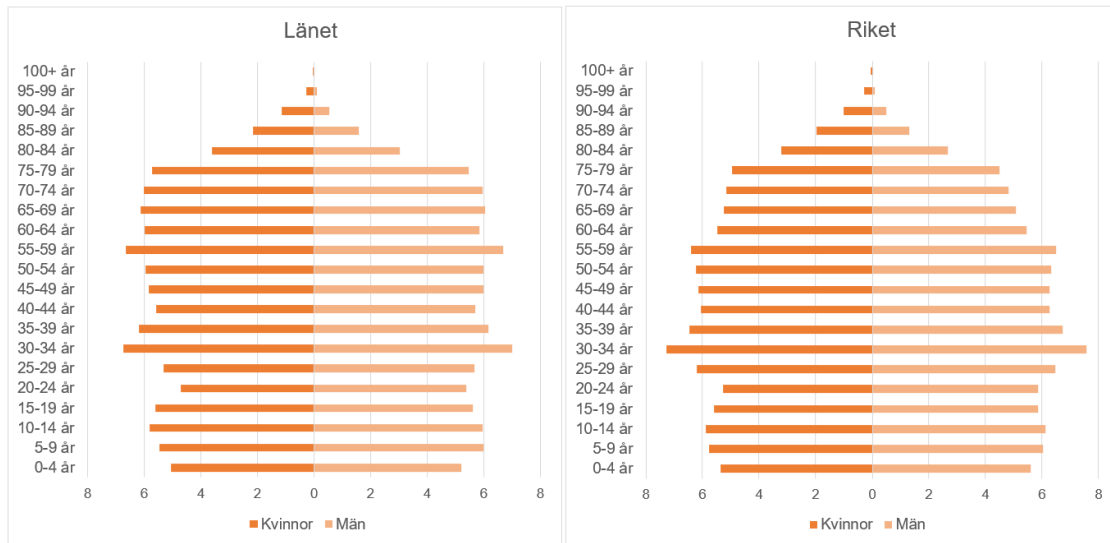
Sexuell identitet – utifrån hur individen själv definierar sin sexuella identitet på frågan i enkäten. I den här rapporten är sexuell identitet indelad i två grupper, heterosexuell är den ena gruppen och i den andra gruppen ingår de som kryssat i att de är homo-, eller bisexuell, osäker eller annat.

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

Befolkningen i Jämtland Härjedalen

Befolkningsstruktur

Befolkningsstrukturen visar på en något åldrande befolkning och att befolkningen i länet är något äldre än befolkningen i riket. Det är fler kvinnor i de högre åldrarna men sett till totalen är det fler män (67 337) än kvinnor (65 333) per 31 december 2022. Det är en större andel personer som närmar sig 65 år än vad det är som närmar sig 25 år.



Figur 5. Folkmängd 31 december 2022, andel i procent per kön och åldersgrupper i 5-års intervaller, av totala befolkningmängden per kön. Källa SCB, 2023a.

Medellivslängd

Medellivslängden ger en uppfattning om hur befolkningen mår. Den förväntade medellivslängden vid födseln var i länet under åren 2017–2021 för kvinnor 83,99 år och för män 80,50 år. Det är något lägre jämfört med riket där motsvarande siffror var 84,43 år för kvinnor och 80,93 år för män. I länet har den förväntade medellivslängden sedan 2010–2014 ökat med 0,76 år för kvinnor och 1,1 år för män. (SCB, 2023b).

Utbildningsnivå

Det är en större andel kvinnor än män som har eftergymnasial utbildningsnivå, det gäller både för länet och riket. Störst är könsskillnaden i åldersgruppen 25–44 år. Skillnaderna mellan könen i andel som har eftergymnasial utbildning minskar sedan ju äldre åldersgrupp det är. Andelen med eftergymnasial utbildningsnivå är störst i åldersgruppen 25–44 år för att sedan minska gradvis ju äldre åldersgrupp det är. Det är dock en mindre andel med eftergymnasial utbildning i åldersgruppen 25–44 år i länet jämfört med riket. På länsnivå för de tre åldersgrupperna är det ungefär hälften i som har gymnasial utbildningsnivå, det skiljer sig åt jämfört med riket där andel med gymnasial utbildningsnivå i åldersgruppen 25–44 år är lägre, där är det en tredjedel som har gymnasial utbildning. Andel med förgymnasial utbildning är störst i åldersgruppen 65–84 år. I länet är andelen lika stor som har förgymnasial och eftergymnasial utbildning i åldersgruppen 65–84 år. Samtidigt skiljer det sig åt mellan könen, det är fler män än kvinnor i åldersgruppen som har förgymnasial utbildning men det är fler kvinnor än män som har eftergymnasial utbildning.

		Jämtland Härjedalen			Riket		
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25–44 år	Förgymnasial	6	6	6	5	6	5
	Gymnasial	38	55	47	25	38	32
	Eftergymnasial	56	40	48	70	55	62
45–64 år	Förgymnasial	7	8	8	8	11	9
	Gymnasial	50	58	54	49	52	50
	Eftergymnasial	42	34	38	43	37	40
65–84 år	Förgymnasial	18	27	23	27	33	30
	Gymnasial	56	53	55	53	50	51
	Eftergymnasial	26	19	23	20	17	19

Tabell 1. Befolkningen efter utbildningsnivå (SUN2000Niva), åldersgrupp och kön år 2022, presenterat i procent, avrundat till närmaste heltal. Källa: Hälsa på lika villkor 2022.

Resultat

Folkhälsomyndigheten har valt ut så kallade kärnindikatorer för att kunna följa upp de mest centrala aspekterna inom varje målområde. Utöver dessa har även kärnindikatorer för hälsa valts ut, där både fysiska och psykiska aspekter ingår för att sammanfatta hälsotillståndet. Kärnindikatorerna utifrån hälsa har valts ut både för att följa upp folkhälsoläget och hur det utvecklas över tid. (Folkhälsomyndigheten, 2022a). I detta avsnitt kommer de kärnindikatorer som hämtas från undersökningen "Hälsa på lika villkor" att presenteras utifrån ett länsperspektiv.

Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter



Att ha ekonomisk trygghet har betydelse för hälsan och ett av fokusområdena inom målområde 4 är ekonomiska resurser för de med knappa ekonomiska marginaler och minskad långvarig ekonomisk utsatthet. Det syftar bland annat till att ha ekonomiska möjligheter till hälsosamma levnadsvanor och deltagande i samhällslivet. Att inte ha ekonomiska marginaler för att kunna klara av oförutsedda utgifter kan skapa stress och leda till ohälsa. (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Illustration:
Folkhälsomyndigheten

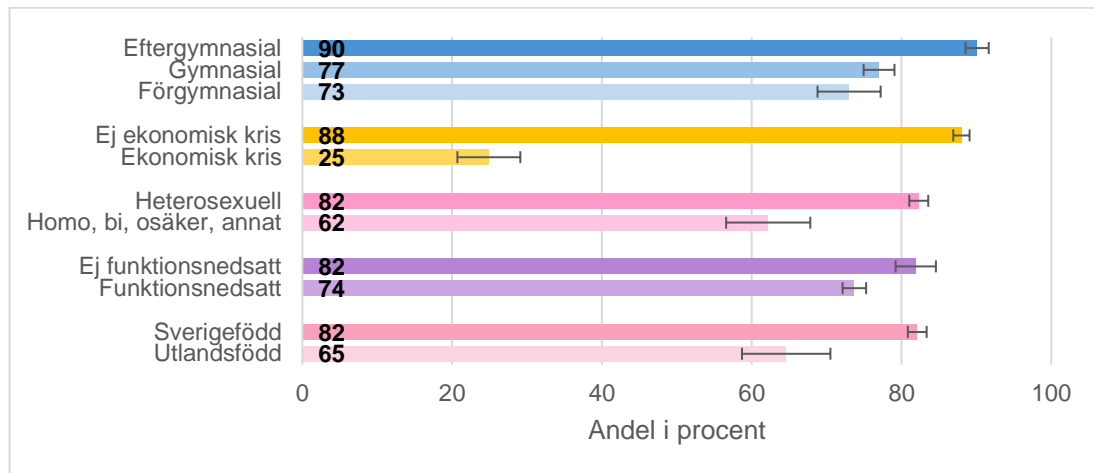
Klarar av oväntad utgift

Personer som svarat "ja" på frågan: "Skulle du eller ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 13 000 kronor utan att låna eller be om hjälp?".

Skillnader mellan olika grupper och andelen som klarar av en oväntad utgift ökar för gruppen med eftergymnasial utbildning

Det är en signifikant mindre andel i länet jämfört med riket som klarar en oväntad utgift, 80 procent i länet och 83 procent i riket. Skillnaden är även signifikant för män, det är en mindre andel män i länet jämfört med riket, 80 procent av männen i länet och 85 procent av männen i riket. Samma signifikanta skillnad mellan läns- och riksnivå finns inte för kvinnor, andelen för kvinnor i länet 80 procent motsvarande siffra för kvinnor i riket är 81 procent. På riksnivå är det en signifikant större andel män än kvinnor som klarar en oväntad utgift men samma skillnad finns inte på länsnivå då andelen är 80 procent för både kvinnor och män. Det är en signifikant större andel i åldersgruppen 65–84 år klarar av en oväntad utgift jämfört med de två yngsta åldersgrupperna.

Det är en signifikant större andel med eftergymnasial utbildning som klarar oväntad utgift jämfört med de kortare utbildningsgrupperna. Signifikanta skillnader förekommer även gällande ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland.



Figur 6. Andel som klarar av oväntad utgift 2022.

Det är en större andel i länet mellan 16–84 år som klarar en oväntad utgift 2022 jämfört med 2018, en signifikant ökning från 76 till 80 procent. Av könen är det framför allt kvinnor som haft en signifikant ökning från 74 till 80 procent. Även åldersgruppen 16–29 år sticker ut positivt med under tidsperioden, från 66 till 73 procent och än en gång är det kvinnor i åldersgruppen som har ökat i andel, från 64 procent 2018 till 77 procent 2022.

En signifikant ökning finns också för gruppen med eftergymnasial utbildning som ökat från 85 till 90 procent mellan 2018 och 2022. Även grupperna heterosexuella, funktionsnedsatta, utlandsfödd och född i Sverige har ökat signifikant från 2018.

Målområde 5 – Boende och närmiljö



Illustration:
Folkhälsomyndigheten

Att boendeområdet är socialt hållbara och att det är sunda boendemiljöer på jämlika villkor är två fokusområden som lyfts inom målområde 5 som viktiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Att bostadsområden ska vara socialt hållbara kan handla om bland annat upplevd trygghet i området att kunna gå eller cykla till arbete och skola, att vistas på idrottsplatser, i terrängspår eller liknande med andra ord att kunna nyttja de utomhusmiljöer som främjar hälsa. Fokusområdet sunda boendemiljöer på jämlika villkor syftar till den fysiska miljön så som luftkvalitet, både inom- och utomhus men också störande trafikbuller. (Folkhälsomyndigheten, 2020). Att människan ska fungera bra både fysiskt och mentalt är en förutsättning att ha en ostörd sömn. Kroppens förmåga till återhämtning försämras om människan under en längre tid sover dåligt till följd av buller. Att under lång tid utsättas för trafikbuller kan också öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar såsom högt blodtryck, hjärtinfarkt och stroke (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Otrygghet utomhus

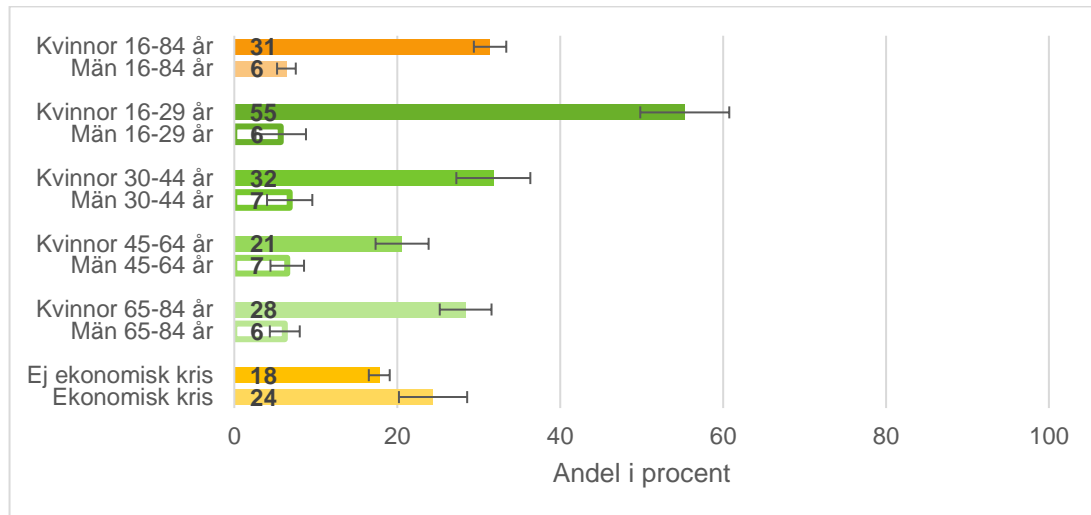
Otrygghet utomhus är en kärnfråga och utgår ifrån enkätfrågan: "Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?" med svarsalternativen "Nej", "Ja, ibland" eller "Ja, ofta". Presenterat resultat utgår ifrån en sammanslagning av svaren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

Mindre andel i länet jämfört med riket som upplever otrygghet utomhus men stora skillnader mellan könen

Det är en mindre andel personer i Jämtlands län jämfört med riket, 19 respektive 27 procent, som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen. Både på län- och riksnivå är det en större andel kvinnor än

män som upplever otrygghet utomhus, på länsnivå är det 31 procent av kvinnorna och 6 procent av männen, vilket andelen ungefär ligger på för män i alla åldersgrupper mellan 16–84 år. Andelen kvinnor skiljer sig dock åt beroende på ålder, andelen är störst bland kvinnor i åldersgruppen 16–29 år. Skillnaden mellan könen är signifikant i alla fyra åldersgrupper mellan 16–84 år.

I övrigt är det endast skillnad inom gruppen ekonomiska förhållanden där det är en signifikant större andel gruppen som har haft ekonomisk kris som upplever otrygghet utomhus jämfört med gruppen som ej haft ekonomisk kris.



Figur 7. Andel som avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad 2022.

I åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år och 45–64 år var det framför allt en signifikant ökning mellan 2014 och 2018 av andelen personer som upplevde otrygghet utomhus men andelen ligger kvar på samma nivåer vid undersökningen 2022. För ovan nämnda åldersgrupper är det främst kvinnor som står för ökningen och störst är ökningen i åldersgruppen 16–29 år där andelen kvinnor ökat från 32 till 55 procent. I samma åldersgrupp var det även en ökning för män mellan 2014 och 2018. Även för grupperna gymnasial och eftergymnasial utbildning sker en ökning mellan 2014 och 2018, och andelen (17 procent) ligger kvar på samma nivå vid 2022 års undersökning.

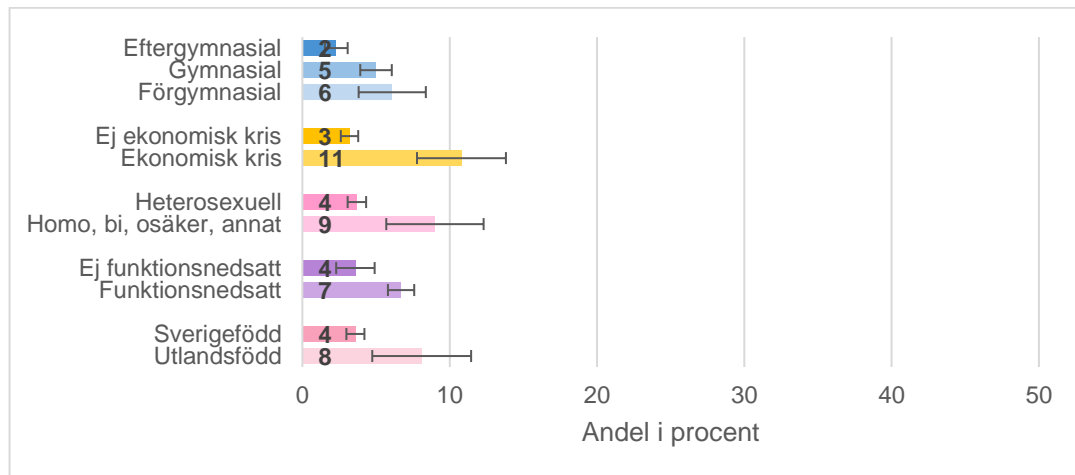
Störd sömn av trafikbuller

Kärnindikatorn störd sömn av buller redovisas utifrån de som svarat "ja, dagligen" eller "ja, varje vecka året runt" på minst en av frågorna: "Medför trafikbuller (väg-, tåg eller flygtrafik) i eller i närheten av din bostad några av följande störningar; svårt att somna eller blir väckt". Det är önskvärt med en låg siffra.

Att ha störd sömn av trafikbuller skiljer sig åt mellan olika grupper

Det skiljer sig inte signifikant mellan länet och riket gällande andelen som ofta har störd sömn av trafikbuller, i länet är andelen 4 procent och i riket är det 5 procent. Det är en signifikant större andel kvinnor än män som har störd sömn av trafikbuller på nationell nivå.

Det är en signifikant mindre andel i gruppen eftergymnasial utbildning jämfört med grupperna som har kortare utbildningslängd. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland.



Figur 8. Andel som har störd sömn av trafikbuller 2022.
Observera att x-axeln endast är upp till 50 procent.

Andelen mellan 16–84 år i länet som har störd sömn av trafikbuller har ökat signifikant mellan 2018 och 2022, från 3 till 4 procent och det är främst andelen kvinnor i åldersgruppen som ökat signifikant, från 3 till 5 procent. Det har även varit en signifikant ökning mellan 2018 och 2022 för åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år. Gällande åldersgruppen 45–64 år har det varit kvinnor som haft en signifikant ökning, från 3 procent 2018 till 6 procent 2022.

Andelen som har störd sömn av trafikbuller har ökat för gruppen med gymnasial utbildning, från 2 procent 2018 till 5 procent 2022. Det är även signifikanta ökningarna för grupperna ej ekonomisk kris, heterosexuella och Sverigefödda.

Målområde 6 – Levnadsvanor



Illustration:
Folkhälsomyndigheten

Hälsosamma levnadsvanor främjar en god hälsa. Ett fokusområde som lyfts inom målområde 6 är: ökad tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter och syftar bland annat till fysisk aktivitet, stillasittande och hälsosamma matvanor. Fysisk aktivitet har samband med minskad risk för bland annat hjärt- och kärlsjukdom, vissa cancerformer, psykisk ohälsa och förtida död. Även för personer som är fysiskt aktiva kan långvarigt sittande utgöra en hälsorisk. (Folkhälsomyndigheten, 2020). Folkhälsomyndigheten har tagit fram svenska rekommendationer som baserar sig på WHO:s globala riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande (Folkhälsomyndigheten, 2021). Även den evidensbaserade handboken FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) har allmänna rekommendationer gällande fysisk aktivitet och stillasittande. Rekommendationerna är samstämmiga, för den vuxna befolkningen 18 år och äldre är rekommendationerna, pulshöjande aktivitet minst 150–300 minuter per vecka och att begränsa stillasittandet (Folkhälsomyndigheten 2021; Jansson et al., 2021).

Ett sätt att förebygga fetma och karies och på lång sikt även minska risken för hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och cancer är att ha en hälsosam kost som exempelvis att dagligen äta grönsaker och rotfrukter (Folkhälsomyndigheten, 2020). Att äta mycket fiberrika livsmedel som exempelvis fullkorn, grönsaker, baljväxter, frukt och bär gör det lättare att hålla vikten, en förklaring är att en sådan typ av kost innehåller generellt mindre energi jämfört med livsmedel med mycket fett och socker (Livsmedelverket, 2023).

Ett annat fokusområde som lyfts inom målområdet är begränsad tillgänglighet till hälsoskadliga produkter, vilket syftar till alkohol, narkotika, tobak och spel men också ohälsosamma matvanor som hög konsumtion av sötdryck och läsk. Trots en minskning sedan 1980-talet av den dagliga tobaksrökningen är det en av de främsta riskfaktorerna för sjukdomsburden och förtida död i Sverige då rökning är förknippat med ökad risk för lungcancer, diabetes, KOL och hjärt- och kärlsjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2020). Ny svensk forskning visar på att snusning är associerat med ökad dödlighet, framför allt utifrån en ökad risk för död i hjärt- och kärlsjukdom (Byhamre, 2022). Även riskkonsumtion av alkohol leder till ökad risk för bland annat vissa blodtrycks-, lever och cancersjukdomar men det kan också leda till att utsätta sig själv eller andra för olyckor exempelvis i trafiken (Folkhälsomyndigheten, 2020). Att ha riskabla spelvanor kan resultera i negativa konsekvenser inte bara för individen utan också för dennes närstående och samhället (Folkhälsomyndigheten, 2020). Det finns samband mellan en hög konsumtion av sötdryck och läsk och övervikt och fetma men också tandhälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020; Te Morenga et al., 2013). Forskning visar också på att ett frekvent intag av socker sötdryck även är förknippat med utveckling av det metabola syndromet och typ 2-diabetes (Malik et al., 2010).

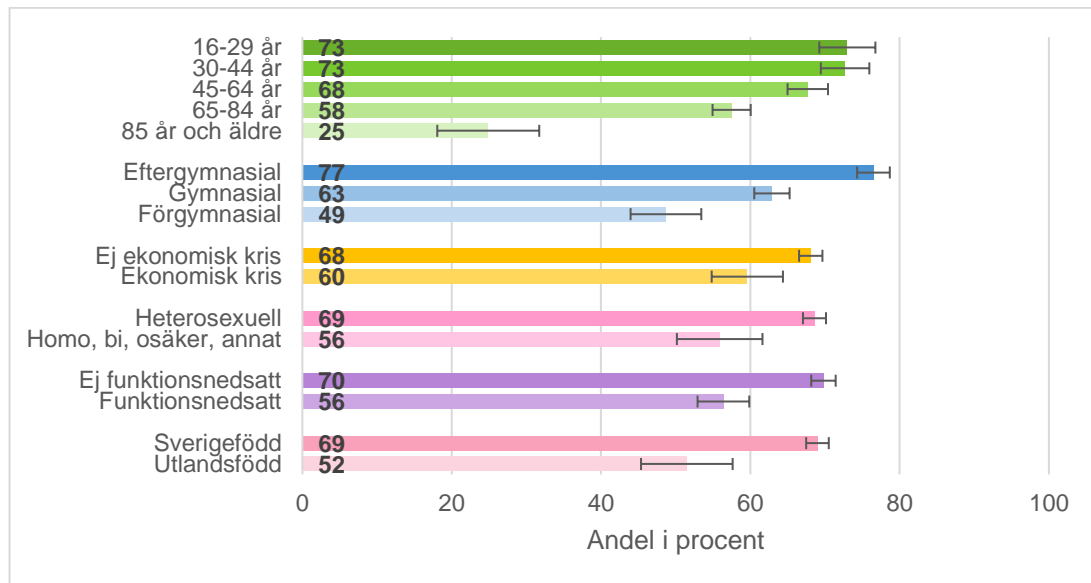
Fysisk aktivitet, 150 minuter fysiskt aktiv eller mer per vecka

I enkäten används två frågor för att mäta den fysiska aktiviteten: "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?" och "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)". Resultatet från de två frågorna vägs samman till ett gemensamt mått som kallas aktivitetsminuter och är en av kärnindikatorerna i den nationella uppföljningen av stödstrukturen.

En positiv utveckling men tydliga skillnader utifrån utbildningsnivå kvarstår

Andelen i länet som är fysiskt aktiva 150 minuter eller mer per vecka skiljer sig inte signifikant från riket, i åldersgruppen 16–84 år är andelen i länet 67 procent och i riket 68 procent. På riksnivå är det en signifikant större andel män (69 procent) än kvinnor (67 procent) som når rekommendationerna om fysisk aktivitet, men för samma åldersspann (16–84 år) på länsnivå är andelen både för kvinnor och män 67 procent. Det är signifikant lägre andel personer i åldersgrupperna 65 år och äldre som är fysiskt aktiva enligt rekommendationen jämfört med de yngre åldersgrupperna.

Det är en tydligt social gradient gällande fysisk aktivitet och utbildningslängd, ju längre utbildning desto större andel som är fysiskt aktiva. Det är även signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållande, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseled.



Figur 9. Andel som är fysiskt aktiva 150 minuter eller mer per vecka 2022.

På länsnivå är det en ökning av andelen personer mellan 16–84 år som är fysiskt aktiva, en ökning från 64 procent 2018 till 67 procent 2022. Under samma period är det en signifikant ökning i åldersgruppen 65–84 år som ökat från 52 till 58 procent. Det är även i ökning för gruppen födda i Sverige som har ökat från 65 procent 2018 till 69 procent 2022.

Stillasittande tio timmar eller mer per dygn

Stillasittande definieras utifrån frågan "Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?" Att sitta still 10 timmar eller mer betraktas i denna rapport som att vara ofta stillasittande. Det är önskvärt med en låg siffra.

Mindre andel som är stillasittande i länet än i riket och skillnader finns utifrån kön, ålder och utbildningsnivå

Det är en mindre andel personer mellan 16–84 år i länet (20 procent) jämfört med riket (24 procent), som sitter still tio timmar eller mer per dygn. Både i länet och i riket är det en mindre andel kvinnor än män som ofta är stillasittande. I Jämtland är det 18 procent av kvinnorna och 22 procent av männen, motsvarande siffror för riket är 22 procent för kvinnor och 26 procent för männen. Utifrån åldersgrupperna är det endast i åldersgruppen 45–64 år som skillnaden mellan könen är signifikant, det är en mindre andel kvinnor än män som ofta är stillasittande. Den åldersgrupp som har signifikant högst andel som ofta sitter still är åldersgruppen 16–29 år där andelen är 31 procent. Åldersgruppen 65–84 år är den som har signifikant lägst andel med 11 procent. För övriga åldersgrupper är andelen cirka 20 procent.

Det är en signifikant större andel med eftergymnasial utbildning, 23 procent, jämfört med gymnasial utbildning, 17 procent, som är stillasittande tio timmar eller mer per dygn. Det är även en större andel i gruppen homo- eller bisexuell, osäker eller annat jämfört med gruppen heterosexuella som ofta är stillasittande, 29 procent respektive 19 procent.

Det är inte någon skillnad för någon grupp gällande andelen som är stillasittande tio timmar eller mer per dygn 2022 jämfört med 2018, då frågan för första gången fanns med i länets tilläggsurval.

Ofta ute i park-, natur- och grönområden

De som svarat "varje dag" eller "några gånger per vecka" på frågan: "Hur ofta är du utomhus i park, natur- eller grönområden (till exempel gått promenader eller cyklat)?", redovisas i denna rapport som ofta ute i park-, natur och grönområden. Frågan fanns inte med 2018 eller tidigare och det är därför inte möjligt att följa utveckling över tid.

Lägst andel bland de yngsta, främst de unga männen som ofta är ute i park-, natur och grönområden

Det är en större andel av länsinvånarna som ofta är ute i park-, natur- eller grönområden jämfört med riket, på totalen är det 77 procent i länet och 73 procent i riket. Det är även en skillnad mellan könen, att det är en signifikant större andel kvinnor än män både på läns- och riksnivå. I länet är andelen för kvinnor 81 procent och för män 73 procent. Motsvarande siffror för riket är 77 respektive 69 procent. I länet förekommer det även en könsskillnad i åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år och 45–64 år, störst skillnad mellan könen är i den yngsta åldersgruppen där det är 76 procent av kvinnorna och 55 procent av männen. Det är en signifikant större andel i åldersgrupperna 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år som ofta är ute i naturen jämfört med gruppen 16–29 år.

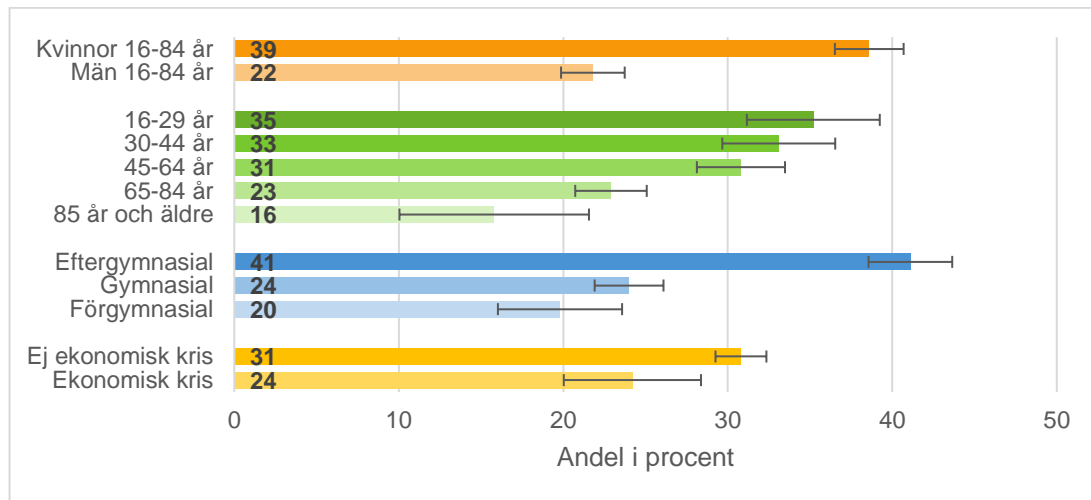
Det är en signifikant större andel i gruppen eftergymnasial (81 procent) jämfört med förgymnasial (74 procent) som ofta är ute i naturen. Det finns också skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, där andelen med ekonomisk kris är 78 procent och för gruppen som ej haft ekonomisk kris 69 procent. Det är en signifikant större andel i gruppen födda i Sverige (79 procent) jämfört med gruppen utlandsfödda (63 procent).

Grönsaker eller rotfrukter två eller fler gånger per dag

Att ofta äta grönsaker eller rotfrukter är en kärnindikator. De som svarat "2 gånger per dag" eller "3 gånger per dag eller oftare" på frågan: "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".

En mindre andel personer i länet än i riket, men fler kvinnor än män äter ofta grönsaker eller rotfrukter

Det är en signifikant mindre andel personer mellan 16–84 år i länet (30 procent) jämfört med riket (34 procent) som äter grönsaker eller rotfrukter två eller fler gånger per dag. Det är en signifikant större andel kvinnor än män som ofta äter grönsaker eller rotfrukter, det gäller för alla åldersgrupper mellan 16–84 år men också generellt mellan kvinnor och män på riksnivå. Det är en signifikant lägre andel i åldersgrupperna från 65 år och äldre jämfört med de yngre åldersgrupperna som ofta äter grönsaker och rotfrukter. Det är en signifikant större andel i gruppen eftergymnasial utbildning som ofta äter grönsaker eller rotfrukter jämfört med de kortare utbildningsgrupperna. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden.



Figur 10. Andel som äter grönsaker eller rotfrukter två eller fler gånger per dag 2022. Observera att x-axeln endast är upp till 50 procent.

Inga signifikanta skillnader i någon grupp under perioden 2010 till 2022 gällande grönsaker och rotfrukter två eller fler gånger per dag.

Sötad dryck två eller fler gånger i veckan

Söta drycker definieras utifrån frågan "Hur ofta dricker du läsk, saft eller andra sötade drycker?" De som svarat "2-3 gånger per vecka" eller "4 gånger per vecka eller mer ofta" presenteras i den här rapporten som ofta dricker söttad dryck. Det är önskvärt med en låg siffra.

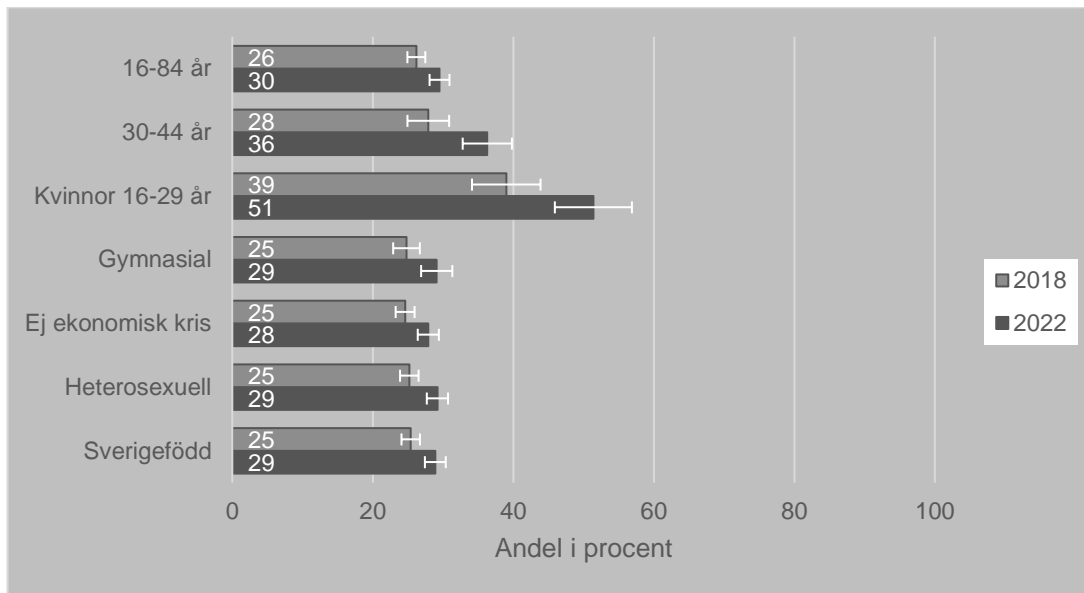
En ökning av andelen personer som ofta dricker ofta söttad dryck

I länet är det 30 procent som dricker söttad dryck två eller fler gånger i veckan, vilket är på samma nivå som riket. Det är en större andel män (35 procent) än kvinnor (24 procent) som ofta dricker söttad dryck. Liknande könsskillnad finns även på nationell nivå. Även i åldersgrupperna, 30-44 år, 45-64 år och 65-84 år är det en signifikant större andel män än kvinnor som ofta dricker söttad dryck. Det är störst andel som ofta dricker söttad dryck i åldersgruppen 16-29 år (53 procent), minst andel är det i åldersgruppen 65-84 år (15 procent).

I gruppen eftergymnasial utbildning är det 20 procent som ofta dricker söttad dryck vilket är en signifikant mindre andel jämfört med gruppen gymnasial utbildning där andelen är 29 procent. Skillnader finns utifrån ekonomiska förhållanden där andelen som två eller fler gånger per vecka dricker söttad dryck är 41 procent för gruppen som haft ekonomisk kris, motsvarande andel för gruppen som inte haft ekonomisk kris är 28 procent. Även utifrån sexuell identitet finns statistiskt säkerställda skillnader, andelen heterosexuella som ofta dricker söttad dryck är 29 procent och motsvarande andelen för homo-bisexuell/osäker/annat är 36 procent.

Det är en negativ utveckling i länet mellan 2018 och 2022, andelen som ofta dricker söttad dryck har ökat bland flera grupper, främst kvinnor och unga men även andra grupper. För de två yngsta åldersgrupperna har andelen ökat med åtta procentenheter. I den yngsta åldersgruppen 16-29 år är det kvinnor som haft en signifikant ökning, och 2022 är det ingen signifikant skillnad mellan andelen unga vuxna kvinnor och män som ofta dricker söttad dryck.

I gruppen med gymnasial utbildning har andelen som ofta dricker söttad dryck ökat sedan senaste undersökningen. Under samma tidsperiod har även andelen som ofta dricker söttad dryck ökat för grupperna som ej haft ekonomisk kris, heterosexuella och födda i Sverige.



Figur 11. Andel som ofta dricker sötdryck, utveckling mellan 2018 och 2022.

Daglig rökning

För att veta hur många som röker dagligen används frågan: "Röker du? Omfattar tobaksvaror som cigaretter, upphettade tobaksprodukter/Heat-not-burn, cigarrer, cigariller och piptobak. E-cigarett ingår inte". De som svarat "Ja, dagligen" redovisas nedan. Det är önskvärt med en låg siffra.

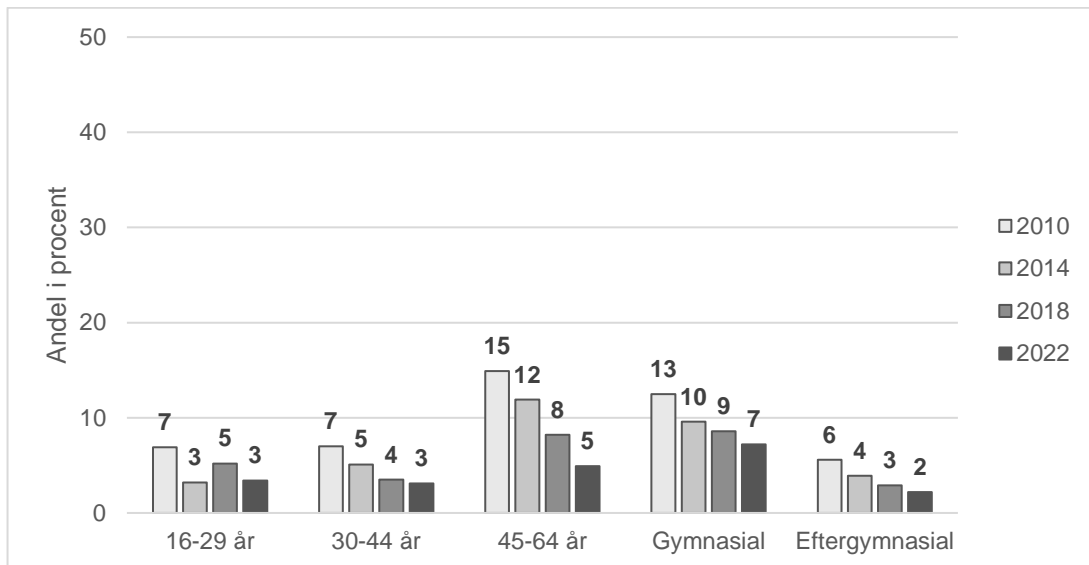
En fortsatt positiv minskning av andelen personer som röker dagligen, förutom i åldersgruppen 65–84 år

I länet är det 5 procent som röker dagligen, vilket är på samma nivå som riket där andelen är 6 procent. I länet är det 6 procent av kvinnorna och 5 procent av männen. Det är bara i åldersgruppen 64–84 år som det är en signifikant skillnad mellan könen, att det är en större andel kvinnor än män som röker dagligen, 11 procent kvinnor respektive 6 procent män. Det är också den åldersgrupp som har störst andel daglig rökare med 9 procent.

Det är 2 procent i gruppen eftergymnasial utbildning som röker dagligen vilket är signifikant lägre jämfört med grupperna förgymnasial och gymnasial utbildning som båda ligger på 7 procent. Det är också en signifikant skillnad utifrån ekonomiska förhållanden, andelen är 13 procent för de som haft ekonomisk kris medan andelen är 4 procent för de som inte haft ekonomisk kris.

Över tid har det varit en gradvis minskning av andelen personer som röker dagligen, från att ha varit på 10 procent 2010 till att halveras till 5 procent 2022, en utveckling som syns både för kvinnor och män mellan 16–84 år. Likadant mönster återfinns i åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år och 45–64 år medan gruppen 65–84 år ligger konstant på cirka 9 procent under tidsperioden. För åldersgruppen 45–64 år har minskningen varit signifikant för både kvinnor och män medan minskningen för åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år har minskningen varit särskilt för kvinnor.

En signifikant minskning av andelen som röker dagligen har även skett för att alla utbildningsgrupper. För grupperna homo-, bisexuell/osäker/annat och funktionsnedsatt har andelen personer som dagligen röker minskat 2022 jämfört med 2018.



Figur 12. Andel daglig rökning mellan 2010 och 2022. För alla grupper är det signifikanta skillnader mellan 2010 och 2022. Observera att y-axeln endast går till 50 procent.

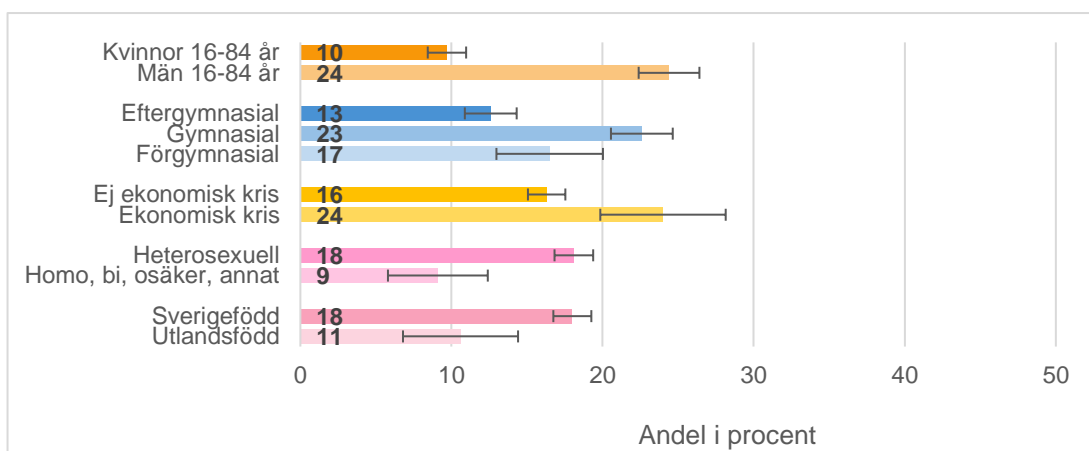
Daglig snusning av tobakssnus

Daglig snusning av tobakssnus redovisas utifrån de som svarat "Ja, dagligen" på frågan: "Använder du snus som innehåller tobak (portion- eller baksnus)?" Önskvärt med en låg siffra.

En positiv utveckling av det dagliga tobakssnuset bland unga kvinnor och motsatt utveckling hos de äldre kvinnorna men det är fortsatt en större andel män än kvinnor som snusar dagligen

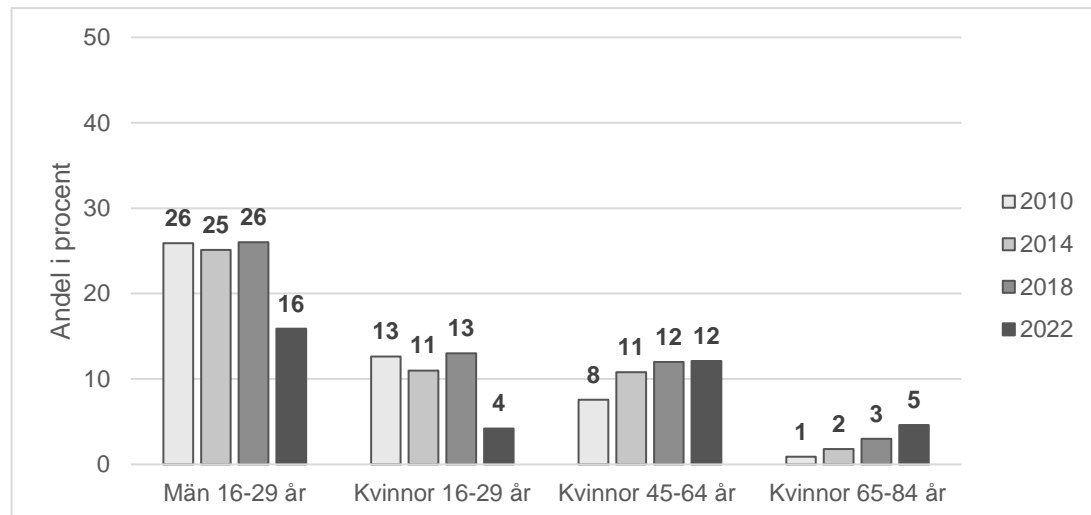
Det är 17 procent av länets befolkning mellan 16–84 år som snusar dagligen, vilket är en signifikant större andel än riket där motsvarande andel är 12 procent. Både på riks- och länsnivå är det en signifikant större andel män än kvinnor som dagligen snusar, i länet är 24 procent av männen och 10 procent av kvinnorna, motsvarande siffror för riket är 19 respektive 4 procent. Liknande skillnader mellan könen återfinns i de fyra åldersgrupperna mellan 16–84 år. Störst andel personer som snusar dagligen är det i åldersgrupperna 30–44 år (25 procent) och 45–64 år (22 procent). För den yngsta och de äldsta åldersgrupperna är andelen signifikant lägre (cirka 10 procent).

Gymnasial utbildning är den utbildningsgrupp som har signifikant störst andel som snusar dagligen. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och födelseland.



Figur 13. Andel som dagligen snusar tobakssnus 2022. Observera att x-axeln endast går till 50 procent.

Det är en signifikant minskning av andelen kvinnor och män i åldersgruppen 16–29 år som snusar dagligen 2022 jämfört med 2018, för kvinnor har andelen minskat från 13 till 4 procent, motsvarande andelar för män i samma åldersgrupp är 26 till 16 procent. På totalen för den yngsta åldersgruppen har andelen minskat från 20 till 10 procent. En motsatt utveckling, där en signifikant ökning har skett mellan 2010 och 2022, är för kvinnor i de två åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år.



Figur 14. Andel daglig snusning av tobakssnus mellan 2010 och 2022. För alla grupper är det signifikanta skillnader mellan 2010 och 2022. Observera att y-axeln endast går till 50 procent.

Det finns inga andra signifikanta skillnader över tid utifrån någon annan bakgrundsvariabel gällande daglig snusning.

En ny fråga som inte fanns med när länet senaste deltog med tilläggsurval 2018 är: "Använder du tobaksfritt nikotinsnus (nikotinportioner/nikotinpåsar)?", och med svarsalternativen: "Nej", "Ja, ibland" och "Ja, dagligen". Resultatet visar på att det är 2 procent i länet mellan 16–84 år som dagligen använder nikotinsnus, vilket är på samma nivå som för riket där andelen är 3 procent. Både i länet och riket är andelen 3 procent kvinnor som dagligen använder nikotinsnus vilket är en signifikant större andel än män där andelen i länet är 1 procent och i riket 2 procent. Det är en större andel i åldersgruppen 16–29 år (5 procent) jämfört med åldersgrupperna 45–64 år (2 procent) och 65–84 år (1 procent). I åldersgruppen 16–29 år är det 8 procent av kvinnorna och 3 procent av männen som använder tobaksfritt nikotinsnus dagligen, skillnaden mellan könen är dock inte statistiskt säkerställd. Det förekommer inte heller några signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå och andelen som dagligen snusar nikotinsnus, andelen förgymnasial är 3 procent och för gymnasial och eftergymnasial är andelen 2 procent.

Risikkonsumtion av alkohol

Risikabel alkoholkonsumtion är en kärndikator och mäts genom ett summaindex av tre frågor om alkoholvanor (hur ofta man druckit alkohol de senaste 12 månaderna, hur många glas man drack en typisk dag då man drack alkohol under de senaste 12 månaderna, samt hur ofta man dricker sex glas eller fler vid ett och samma tillfälle under de senaste 12 månaderna). Samtliga som svarat på minst en av frågorna ingår i beräkningen. Maxpoäng är 12, fem poäng eller högre för kvinnor respektive sex poäng eller högre för män talar för riskbruk. Det är önskvärt med en låg siffra.

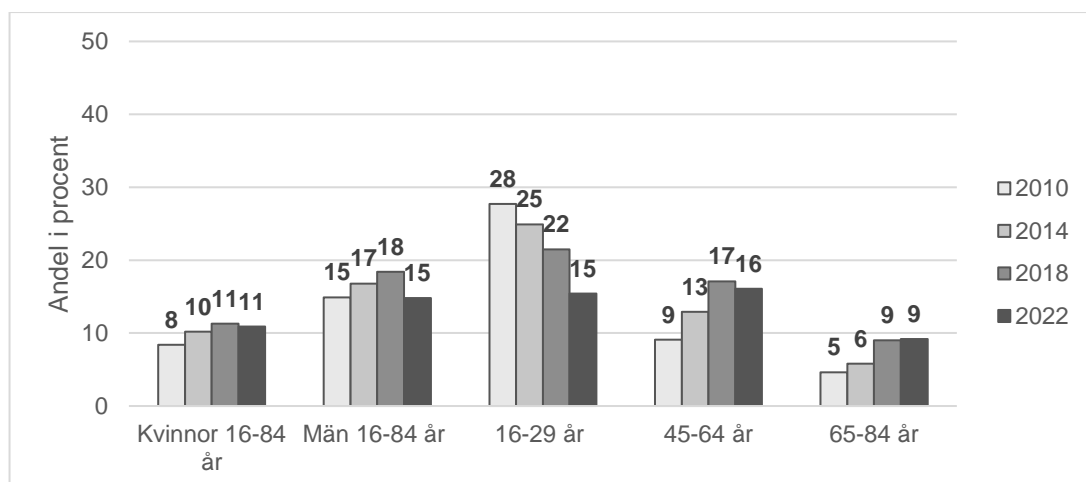
Tendenserna av risikkonsumtion av alkohol går åt olika håll för unga respektive äldre

Det är en signifikant mindre andel i länet jämfört med riket som har risikkonsumtion av alkohol, för befolkningen mellan 16–84 år är andelen i länet 13 procent och för riket är andelen 16 procent. Både på läns- och riksnivå är

det en signifikant större andel män än kvinnor som har riskkonsumtion av alkohol, för män mellan 16–84 år är andelen 15 procent och för kvinnor i samma åldersintervall är andelen 11 procent. Även i åldersgruppen 45–64 år är det en signifikant större andel män (20 procent) än kvinnor (12 procent) som har riskkonsumtion av alkohol. I åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år är det 15 respektive 16 procent som har riskkonsumtion av alkohol, vilket är signifikant högre än åldersgrupperna 65–84 år och 85 år och äldre där andelen är 9 respektive 2 procent.

Utifrån utbildningsnivå finns inga signifikanta skillnader gällande riskkonsumtion av alkohol. Det finns dock skillnader utifrån sexuell identitet och födelseled. Det är en större andel heterosexuella (14 procent) än homo-bisexuell/osäker/annat (7 procent). Det är även en signifikant större andel personer som är födda i Sverige än utanför Sverige som har riskkonsumtion av alkohol, 14 respektive 6 procent.

Det är en minskning av andelen män 16–84 år i Jämtlands län som har riskkonsumtion av alkohol 2022 jämfört med 2018, andelen har gått från 18 till 15 procent, vilket är tillbaka på samma nivå det var 2010. En positiv trend syns även bland unga vuxna 16–29 år där andelen med riskkonsumtion av alkohol 2010 var 28 procent men har minskat till 15 procent 2022. Det är särskilt männen i den åldersgruppen där minskningen är signifikant, och speciellt mellan 2018 och 2022 då andelen har gått från 24 till 13 procent. För kvinnor har utvecklingen över tid haft negativa tendenser särskilt mellan 2010 och 2018 för att 2022 ligga kvar på samma nivå. Liknande mönster, en gradvis ökning från 2010 till 2018 för att där vara kvar på samma nivå 2022 finns särskilt i åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år, både för kvinnor och män.



Figur 15. Andel som har riskkonsumtion av alkohol 2010–2022. För alla grupper är det signifikanta skillnader mellan 2010 och 2022. Observera att y-axeln endast går upp till 50 procent.

För gruppen gymnasial utbildning var det en negativ ökning mellan 2010 och 2014, från 10 till 14 procent och är 2022 kvar på samma nivå. Grupperna ekonomisk kris och homo-, bisexuella/osäker/annat har haft en positiv utveckling mellan 2018 och 2022, andelen med riskkonsumtion av alkohol har gått från 22 till 15 procent för gruppen ekonomisk kris, respektive från 16 till 7 procent för gruppen homo- eller bisexuell/osäker/annat.

Riskabla spelvanor

Riskabla spelvanor utgår ifrån fyra frågor som bildar ett index: "Har du under de senaste 12 månaderna... spelat för mer än du verkligen haft råd att förlora?", "...behövt spela för större summor för att få samma känsla av spänning?", "...återvänt en annan dag för att försöka vinna tillbaka pengarna du förlorat?" och "...lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för?" Svartalternativen är "Aldrig", "Ibland", "Ofta", "Nästan" och "Alltid". Om respondenten svarat något annat än "Aldrig" på någon fråga redovisas det som riskabla spelvanor. Det är önskvärt med en låg siffra.

Det är en större andel män än kvinnor som har riskabla spelvanor

I både länet och riket är det 3 procent av befolkningen som har riskabla spelvanor. Det är en signifikant större andel män än kvinnor som har riskabla spelvanor, 5 procent av männen och 1 procent av kvinnorna, liknande könsskillnad finns även på nationell nivå. Även för åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år och 65–84 år är det en signifikant större andel män än kvinnor som har riskabla spelvanor, störst är skillnaden i åldersgruppen 30–44 år, 1 procent av kvinnorna och 8 procent av männen. Det är också den åldersgrupp som sticker ut mest negativt med 5 procent som har riskabla spelvanor vilket är signifikant större än åldersgrupperna 65–84 år (2 procent) och 85 år och äldre där andelen är 0 procent.

Utifrån utbildningsnivå är det inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Det är en större andel som haft ekonomisk kris som har riskabla spelvanor jämfört med gruppen som inte har haft ekonomisk kris, 10 procent jämfört med 2 procent.

Det är en positiv utveckling av andel som har riskabla spelvanor i åldersgruppen 16–29 år som minskat signifikant från 6 procent 2018 till 2 procent 2022, vilket är tillbaka på samma nivå som 2014 då andelen var 3 procent.

Provat cannabis (hasch eller marijuana) senaste året

Frågan gällande narkotika lyder: "Har du någon gång använt cannabis (t.ex. hasch eller marijuana)?", de som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" eller "Ja, under de senaste 30 dagarna" redovisas tillsammans som att ha provat cannabis senaste året. Det är önskvärt med en låg siffra.

Mindre andel personer i länet jämfört med riket som provat cannabis senaste året

Det är en signifikant mindre andel personer mellan 16–84 år i länet än riket som provat cannabis senaste året, 2 procent i länet och 3 procent i riket. På nationell nivå är den en signifikant mindre andel kvinnor (2 procent) än män (3 procent), samma statistiskt säkerställda könsskillnad finns inte i länet för åldersgruppen 16–84 år. Dock finns det en signifikant skillnad mellan kvinnor och män i åldersgruppen 45–64 år, där andelen kvinnor är 0,1 procent och andelen män är 2 procent. Andel som har provat cannabis senaste året är en signifikant större andel i åldersgruppen 16–29 år (4 procent) i jämförelse med åldersgruppen 45–64 år (1 procent). I åldersgrupperna 65–84 år och 85 år och äldre är det ingen som provat cannabis det senaste året.

I gruppen förgymnasial utbildning är det ingen som provat cannabis senaste året. Det finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland. Det är en signifikant mindre andel med funktionsnedsättning (0,6 procent) jämfört med gruppen som ej har funktionsnedsättning (2 procent) som har provat cannabis senaste året.

Sedan 2014 har det varit en signifikant ökning av andelen i åldersgruppen 45–64 år som provat cannabis senaste året, från 0,1 procent till 1 procent 2022. I åldersgruppen är det en signifikant ökning hos både kvinnor och män under tidsperioden. För gruppen med förgymnasial utbildning har det varit en positiv utveckling mellan 2018 och 2022, andelen har minskat från 1 till 0 procent.

Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet



Illustration:
Folkhälsomyndigheten

Att främja individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet är viktigt för att nå en god och jämlik hälsa. Ett jämlikt deltagande i det civila samhället är ett av fokusområdena som lyfts under målområde 7, för att stärka tilliten i samhället, är det civila samhället en viktig part. Att delta i sociala aktiviteter kan göra människors förtroende för och relationer till varandra starkare, det i sin tur kan öka den sociala sammanhållningen och gör att människor känner tillit till varandra. (Folkhälsomyndigheten, 2020). Ett annat fokusområde som lyfts inom målområde 7 är arbetet för de mänskliga rättigheterna. Om man utsatts för kränkande behandling eller trakasserier kan det begränsa individers och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet och på så sätt även förutsättningarna för en god och jämlik hälsa. (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Socialt deltagande

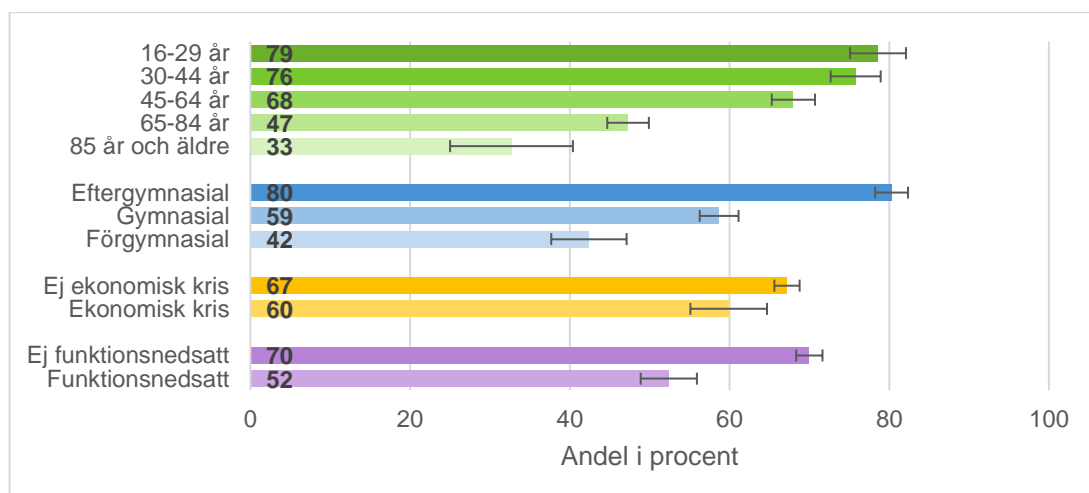
Socialt deltagande utgår ifrån deltagande i två eller fler aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Alternativen innefattar studiecirkel/kurs på arbetsplats och fritid, fack-/föreningsmöte, teater/bio, konstutställning/museum, religiös sammankomst, sportutställning, skrivit i blogg eller insändare i tidning/tidskrift, demonstration, offentlig tillställning till exempel danstillställning/marknadsbesök eller liknande, större släktsammankomst, privat fest, följt sociala nätverkssajter på internet, skrivit inlägg/deltagit i diskussioner eller spelat med andra på nätet.

Utifrån länets resultat, av de 66 procent (16–84 år) som varit socialt deltagande, är de aktiviteter som är mest vanligt förekommande i fallande ordning: privat fest, följt sociala medier, sportutställningar, teater/bio och offentlig tillställning till exempel danstillställning, marknadsbesök eller liknande.

Negativ utveckling och stora skillnader utifrån ålder och utbildningsnivå gällande socialt deltagande

Det är en mindre andel i länet jämfört med riket som är socialt deltagande, för åldersintervallet 16–84 år är andelen för länet 66 procent och för riket 71 procent. Det förekommer inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män på länsnivå, vilket speglar riket. Utifrån ålder är det minst andel personer i åldersgruppen 85 år och äldre som är socialt deltagande, andelen ökar sedan gradvis och är störst i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år.

Det är en tydlig gradient utifrån utbildningsnivå, andelen som är socialt deltagande är större ju längre utbildningslängden är. Det är även signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållanden och funktionsförmåga.



Figur 16. Andel som är socialt deltagande 2022.

Både på totalen, för båda könen och i alla åldersgrupper så är det en signifikant lägre andel som är socialt deltagande 2022 jämfört med 2018. Minskningen över tid är större ju äldre åldersgrupp det är. Det har varit en generell minskning i de flesta grupperna förutom grupperna förgymnasial utbildning, homo-, bi- annat eller osäker och utlandsfödd men det är dock grupper som ligger lägre sedan tidigare.

Socialt stöd

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

En minskning av andelen män, framför allt mellan 16–44 år, som upplever sig ha emotionellt stöd

Det är 87 procent av människorna i Jämtland län som upplever att de har emotionellt stöd, vilket är på samma nivå som riket. Både på läns- och riksnivå är det en signifikant större andel kvinnor än män som har emotionellt stöd, för länet är andelen 91 procent av kvinnorna mellan 16–84 år och 83 procent av männen i samma åldersintervall. Signifikanta skillnader mellan könen finns också i de två yngsta åldersgrupperna. Det är en signifikant mindre andel i den yngsta åldersgruppen (80 procent) än i de äldre åldersgrupperna (mellan 87–89 procent för åldersgrupperna mellan 30–84 år) som har emotionellt stöd.

Det är signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland gällande emotionellt stöd.

Mellan 2010 och 2022 är det en minskning av andel män som upplever att de har emotionellt stöd, från 87 till 83 procent, det är främst i de två yngsta åldersgrupperna som minskningen har skett, störst är minskningen i åldersgruppen 16–29 år som minskat från 85 till 72 procent. Minskningen för män i åldersgruppen 30–44 år har gått från 89 till 82 procent mellan 2010 och 2022.

Majoriteten av länsinvånarna upplever sig ha praktiskt stöd

I länet är det 95 procent som upplever att de har praktiskt stöd vilket är på samma nivå som riket. Både på läns- och riksnivå är det en större andel kvinnor än män som har praktiskt stöd, det skiljer tre procentenheter mellan könen. Sett till olika åldersgrupper är skillnaden endast signifikant mellan könen i den yngsta åldersgruppen, det skiljer 12 procentenheter, 98 procent av kvinnorna och 87 procent av männen.

Det är en signifikant mindre andel i gruppen förgymnasial utbildning som har praktiskt stöd jämfört med de två högre utbildningsnivåerna. Det är även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland.

Det är en grupp, kvinnor 65–84 år, som har en signifikant ökning mellan 2014 och 2022, från 94 till 97 procent. Annars har andelen som har praktiskt stöd minskat i alla åldersgrupper sedan 2010 och minskningen skedde framför allt mellan 2010 och 2014. Liknande mönster, en minskning mellan 2010 och 2014 för att sedan fortsatt vara kvar på samma nivå 2022, det gäller även för de tre utbildningsgrupperna.

Upplever besvär av ensamhet och isolering

De som svarat antingen "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär" på frågan "Upplever du besvär av ensamhet och isolering?", redovisas i den här rapporten som att uppleva besvär av ensamhet och isolering. Det är önskvärt med en låg siffra. Det går inte att följa utveckling över tid för länet då frågan inte fanns med i undersökningen 2018.

Drygt en av fyra upplever besvär av ensamhet och isolering, framför allt de unga och de allra äldsta

Det är 26 procent i länet som har besvär av ensamhet och isolering, vilket är på samma nivå som riket. I länet är det en signifikant större andel kvinnor (29 procent) än män (22 procent), liknande könsskillnader finns även på riksnivå. Det är bara i en av åldersgrupperna som det är en signifikant skillnad mellan könen, det är 24 procent av kvinnor och 13 procent av männen i åldersgruppen 65–84 år. I åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år är det 18 procent som har besvär av ensamhet och isolering, vilket är signifikant lägre andel jämfört med de övriga åldersgrupperna där andelen ligger mellan 32–39 procent.

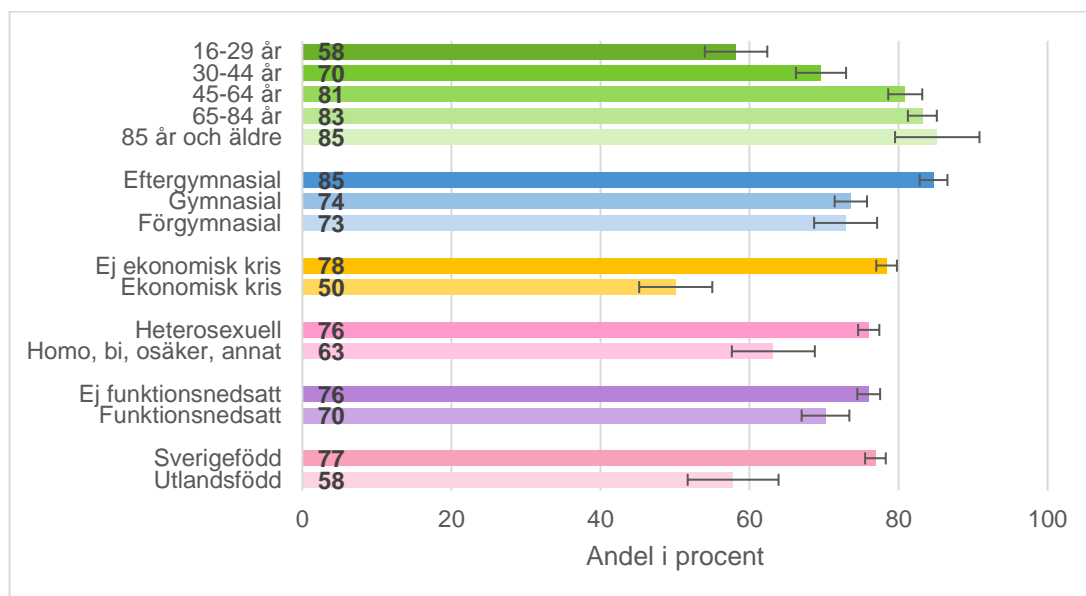
Det är även signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelse land. Störst är skillnaden mellan gruppen som har haft ekonomisk kris där andelen som har besvär av ensamhet och isolering är 48 procent och motsvarande andelen för gruppen som ej haft ekonomisk kris är 22 procent.

Tillit till andra människor

Att svara "Ja" på frågan: "Tycker du i allmänhet att man kan lita på de flesta människor?" redovisas i den här rapporten som att ha tillit till andra människor och är en kärnindikator.

Större andel äldre än yngre som upplever tillit till andra människor

I Jämtland Härjedalen är det 75 procent som upplever att de kan lita på de flesta människor i allmänhet, vilket är en signifikant större andel än riket där andelen är 72 procent (16–84 år). Andelen personer som litar på andra människor är minst i åldersgruppen 16–29 år, där andelen är 58 procent medan andelen i åldersgrupperna från 45 år och uppåt är andelen över 80 procent. Utifrån utbildningsnivå är det signifikant störst andel personer med eftergymnasial utbildning som upplever tillit till andra människor. Statistiskt säkerställda skillnader finns även i utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelse land.



Figur 17. Andel som i allmänhet upplever att de kan lita på de flesta människor 2022.

Sedan 2010 har det generellt varit en signifikant minskning av andelen personer som litar på andra människor, både bland kvinnor och män. På totalen har det minskat från 79 till 75 procent 2022. Minskningen har skett i alla åldersgrupper förutom i åldersgruppen 65–84 år. För gruppen personer med gymnasialutbildning är det en minskning sedan 2010. Även för gruppen personer med eftergymnasial utbildning var det en minskning av andelen

som upplever att de kan lita på andra människor men det är en tendens till brytning av negativa utvecklingen mellan 2018 och 2022 men den är dock inte signifikant säkerställd.

Kränkande bemötande

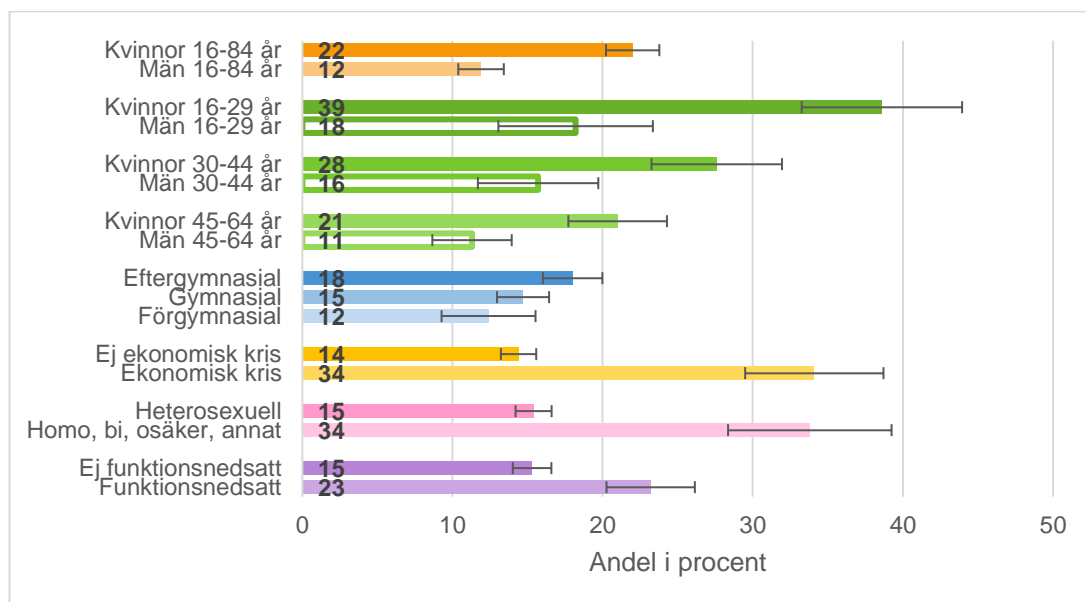
Frågeformuleringen för kränkande bemötande lyder: "Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?" Svaren "Ja, någon gång" och "Ja, flera gånger" räknas som kränkande bemötande och är en kärndikator. Det är önskvärt med en låg siffra.

Av de i länet som blivit kränkt någon eller några gånger de senaste tre månaderna är den vanligaste förekommande orsaken till kränkningen annat (51 procent) och sedan i fallande ordning kön, utseende, vet ej, ålder, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, hudfärg, sexuell identitet, religion och könsidentitet (3 procent). Flera svarsalternativ kunde väljas av respondenten.

Vanligare att kvinnor än män upplever kränkande bemötande och en positiv utveckling för vissa grupper

I länet är det 17 procent som upplevt kränkande bemötande de senaste tre månaderna, vilket är på samma nivå som riket. Det är en mindre andel män i länet jämfört med riket som upplevt kränkande bemötande, i länet är siffran 12 procent medan den i riket är 15 procent. Det är en signifikant större andel kvinnor än män som upplevt kränkande bemötande, både på läns- och riksnivå. Skillnaden mellan könen återfinns även i de tre yngsta åldersgrupperna. Det är störst andel personer i de yngsta åldersgrupperna som upplevt kränkande bemötande för att sedan vara en minskande andel ju äldre åldersgrupp det är.

Det är en signifikant större andel personer med eftergymnasial utbildning än med förgymnasial utbildning som upplevt kränkande bemötande. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 18. Andel som upplevt kränkande bemötande senaste tre månaderna 2022. Observera att x-axeln endast är upp till 50 procent.

På nationell nivå är det en minskning av andelen som upplevt kränkande bemötande 2022 jämfört med 2018, vilket gäller framför allt kvinnor. Det är inte samma tydliga utveckling på länsnivå då skillnaderna mellan 2018 och 2022 inte är signifikanta men det finns en antydning att den negativa utvecklingen som var mellan 2014 och 2018 är på väg att brytas.

Den negativa utvecklingen som var för gruppen med eftergymnasial utbildning mellan 2014 och 2018, att andelen som upplevt kränkande bemötande ökade från 18 till 24 procent är nu bruten och är nu 2022 tillbaka på samma nivå som 2014, det vill säga 18 procent. För de andra två utbildningsgrupperna har andelen som upplevt kränkande bemötande legat på samma nivå mellan 2010 och 2022. En positiv utveckling mellan 2018 och 2022 finns också för grupperna ej ekonomisk kris (från 17 till 14 procent) och heterosexuella (från 19 till 15 procent) att andelen som upplevt kränkande bemötande har minskat.

Utsatt för fysiskt våld och/eller hot eller hotelser om våld

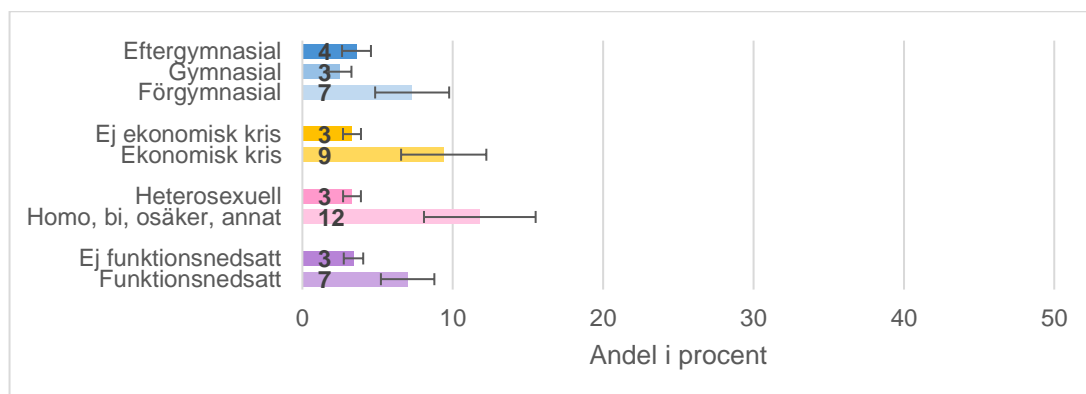
De som svarat "Ja" på någon av frågorna; "Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?" eller: "Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?", redovisas i den här rapporten som utsatt för hot eller våld och är en kärnindikator. Det är önskvärt med en låg siffra.

I enkäten var det också möjligt att uppge var våldet hade skett, av de personerna mellan 16–84 år i länet som blivit utsatt för fysiskt våld senaste året (2 procent) var på arbetsplatsen/i arbetet/i skolan mest förekommande (30 procent). Sedan i fallande ordning på allmän plats/på nöjesfält (23 procent), i hemmet (23 procent), i annans bostad/i bostadsområdet (11 procent), någon annanstans (7 procent) och på eller i anslutning till tåg/buss/tunnelbana (2 procent).

I många grupper är det en minskning av andel som utsatts för våld eller hot

Det är 4 procent i Jämtlands län som blivit utsatt för fysiskt våld och/eller hot eller hotelser om våld, vilket inte skiljer sig signifikant mot riket, där andelen är 5 procent. I länet är andelen 4 procent både för kvinnor och män, det är inte heller någon signifikant skillnad mellan könen i någon åldersgrupp. I åldersgruppen 16–29 år är det 8 procent som blivit utsatt för hot eller våld, andelen per åldersgrupp minskar sedan gradvis ju äldre åldersgrupp det är.

Utifrån utbildningsnivå är det signifikant störst andel för gruppen med förgymnasial utbildning som blivit utsatt för hot eller våld. Det är även signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 19. Andel som blivit utsatt för fysiskt våld och/eller utsatt för hot eller hotelser om våld 2022. Observera att x-axeln endast går upp till 50 procent.

Jämfört med 2018 är det en minskning av andelen länsinvånare mellan 16–84 år som utsatts för hot eller våld, andelen har minskat signifikant från 6 procent till 4 procent 2022. På samma sätt har andelen män 16–84 år minskat signifikant under samma tidsperiod, från 7 till 4 procent. Även för män i åldersgruppen 65–84 år har minskningen varit signifikant mellan 2018 och 2022. Emellertid gällande de tre ovan nämnda grupper var det en negativ utveckling fram till 2018 men den har nu brutits.

Gruppen förgymnasial utbildning har haft en negativ utveckling över tid, en signifikant ökning från 2 procent 2014 till 7 procent 2022. Andelen som blivit utsatt för hot eller våld har sedan undersökningen 2018 minskat för gruppen med gymnasial utbildning, från 5 till 3 procent 2022 och för gruppen eftergymnasial utbildning har andelen minskat signifikant från 6 till 4 procent. I och med det är andelen som blivit utsatt för hot eller våld i de två utbildningsgrupperna tillbaka på samma nivå som de var 2010. Det är en positiv utveckling mellan 2018 och 2022 för grupperna ej ekonomisk kris (från 5 till 3 procent), heterosexuell (från 6 till 3 procent), ej funktionsnedsatta (från 6 till 3 procent) och födda i Sverige (från 6 till 4 procent).

Målområde 8 – En hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård



Illustration:
Folkhälsomyndigheten

Det är av vikt att hälso- och sjukvården arbetar hälsofrämjande, förebyggande och med ett systematiskt jämlikhetsfokus för att kunna åstadkomma en god och jämlik hälsa. Ett fokusområde som lyfts under målområde 8 är en god, tillgänglig och jämlik tandvård. För att ha dålig tandhälsa är inte bara ett problem i sig utan det är också en riskfaktor för andra sjukdomar som exempelvis diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Dessutom är det vanligare att avstå från tandläkarvård (trots behov) av ekonomiska skäl än att avstå annan vård. (Folkhälsomyndigheten, 2020).

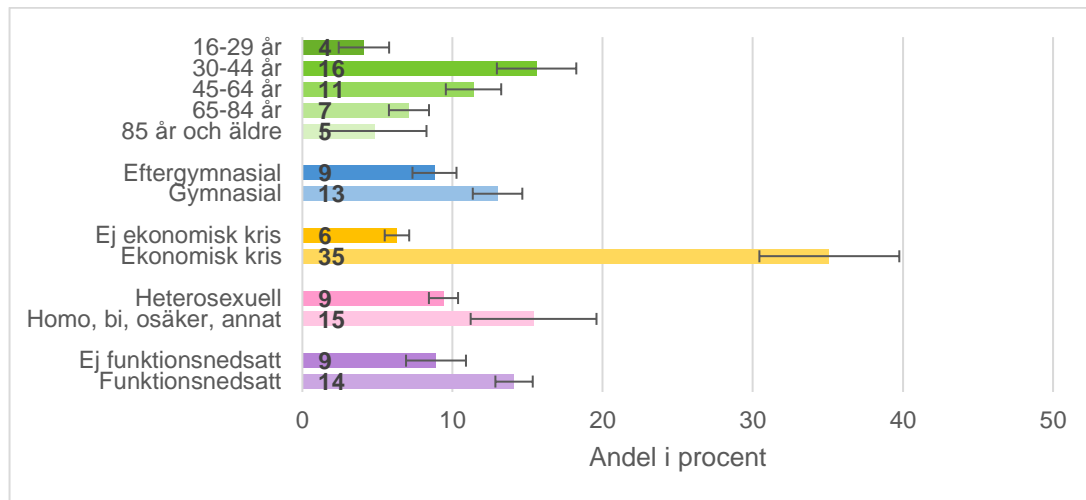
Avstått från att söka tandläkarvård trots behov, pga. ekonomiska skäl

De som svarat "Ja" på frågan: "Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av tandläkarvård men ändå avstått från att söka vård?", och sedan svarat av ekonomiska skäl på följdfrågan: "Vilken var orsaken eller orsakerna till att du inte sökte tandläkarvård? Flera alternativ kan anges.". Det är önskvärt med en låg siffra.

Personer mellan 30–64 år avstår i större utsträckning pga. ekonomiska skäl att söka tandläkarvård trots behov än övriga åldersgrupper

Det är 10 procent av länets befolkning som avstått från att söka tandläkarvård trots behov pga. ekonomiska skäl, det är på samma nivå som riket (9 procent). Varken på läns- eller riksnivå är det någon signifikant skillnad mellan könen. Det är en större andel i åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år jämfört med de tre övriga åldersgrupperna.

Det är en signifikant större andel med gymnasial utbildning än eftergymnasial utbildning som har avstått från att söka tandläkarvård pga. ekonomiska skäl. Det finns även skillnader utifrån sexuell identitet, funktionsförmåga och ekonomiska förhållanden. Störst är skillnaden mellan grupperna ekonomisk kris och ej ekonomisk kris.



Figur 20. Andel som avstått från att söka tandläkarvård trots behov, pga. ekonomiska skäl 2022. Observera att x-axeln endast går upp till 50 procent.

Mellan 2018 och 2022 har det varit en positiv utveckling för gruppen 16–29 år, andelen som har avstått från att söka tandläkarvård har minskat från 10 till 4 procent. Det är framför allt bland kvinnor i åldersgruppen som haft en signifikant minskning under tidsperioden, från 12 till 2 procent. Det har även varit en positiv utveckling för gruppen med funktionsnedsättning, där andelen som avstått från att söka tandläkarvård trots behov har minskat från 19 procent 2018 till 14 procent 2022.

Hälsa, hälsoutfall och psykisk hälsa

Det är viktigt att följa ett antal mer övergripande indikatorer för hälsa som sammanfattar hälsotillståndet och dess utveckling i befolkningen, detta för att kunna följa utvecklingen mot målet om en god och jämlik hälsa.

- Övergripande indikatorer på hälsa, hur människor uppfattar sin hälsa har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt. Tandhälsan kan i sin tur ofta spegla det allmänna hälsotillståndet hos människor eftersom tandhälsan påverkas av flera faktorer som påverkar vår hälsa i övrigt som levnadsvanor, socioekonomisk situation, vårdutnyttjande och hälsolitteracitet. (Folkhälsomyndigheten, 2020).
- Mellanliggande riskfaktorer för ohälsa (de ökar risken för sjukdom och påverkas samtidigt av riskfaktorer som exempelvis ohälsosamma levnadsvanor). Övervikt och fetma är bland de främsta orsakerna till förlorade friska levnadsår i Sverige då det ökar risken för bland annat typ 2-diabetes, hjärt- och kärlsjukdom och högt blodtryck. Högt blodtryck är i sig en riskfaktor för bland annat stroke, hjärtsvikt, kranskärls- och njursjukdom. (Folkhälsomyndigheten, 2020).
- Kroniska sjukdomar är en specifik aspekt av hälsa som också följs upp då det är sjukdomar som personer har under en mycket lång tid eller under hela sitt liv. Ett exempel är diabetes som kan leda till hjärt- och kärlsjukdom och därmed också till förtida död. Att ha diabetes typ 2 är den vanligaste formen av diabetes och risken att utveckla sjukdomen påverkas utöver genetiska faktorer, även av levnadsvanor (övervikt, stillasittande liv, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk, hög konsumtion av alkohol och stress) och miljö. (Folkhälsomyndigheten, 2020).
- Psykisk hälsa omfattar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Att ha psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för individen att kunna möta livets olika svårigheter. Medan varaktiga negativa känslomässiga reaktioner kan innebära psykisk påfrestning. De psykiatriska diagnoserna

depression, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa tillhör sedan 2014 de psykiatriska diagnoserna² och är även de vanligaste orsakerna till sjukskrivning i Sverige, framför allt bland kvinnor. Utan tillräcklig återhämtning kan en långvarig aktivering av stresssystemet öka risken för exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar och depression. (Folkhälsomyndigheten, 2020).

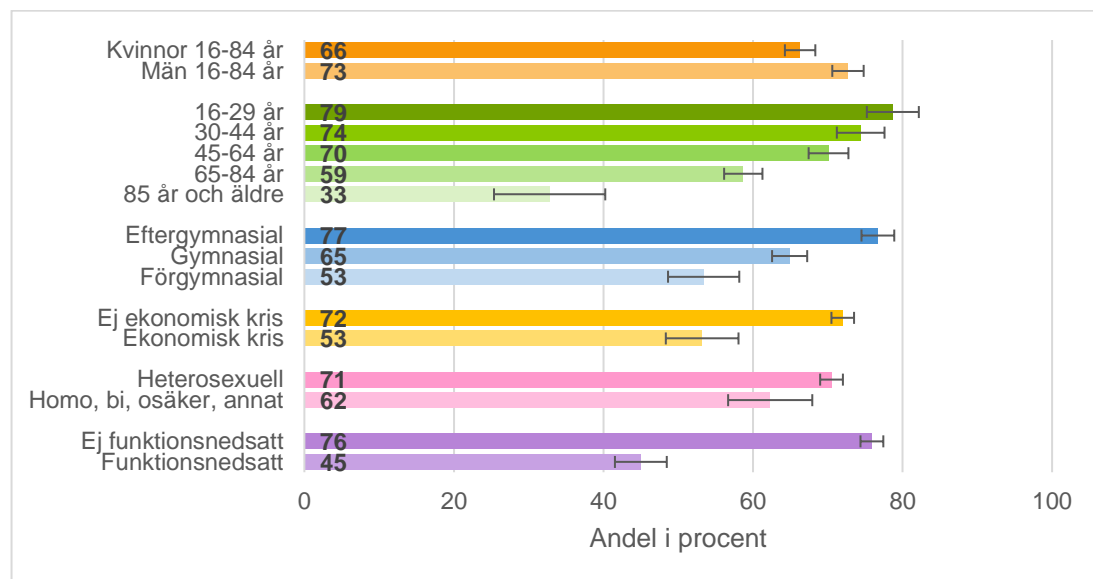
Allmänt gott hälsotillstånd

Allmänt hälsotillstånd utgår ifrån frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt", "Mycket dåligt". "Mycket bra" och "Bra" är i denna rapport sammanslagna och redovisas som gott allmänt hälsotillstånd.

Den självskattade hälsan är generellt god i befolkningen och det finns positiva tendenser, främst bland medelålders/äldre

I jämförelse med riket (73 procent) är det en signifikant mindre andel personer i länet (70 procent) som skattar sitt sig ha ett allmänt gott hälsotillstånd. Liksom på nationell nivå är det en större andel män än kvinnor med gott allmänt hälsotillstånd. Det är en större andel i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) som har ett gott allmänt hälsotillstånd jämfört med åldersgrupperna 45–64 år och de äldre.

Det är en tydlig social gradient utifrån utbildningsnivå, ju längre utbildning desto större andel som uppskattar sin hälsa som god. Det finns även skillnader i allmänt gott hälsotillstånd utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 21. Andel med allmänt gott hälsotillstånd 2022.

Andelen personer i länet mellan 16–84 år som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har legat relativt konstant sedan 2010. Åldersgruppen 65–84 år har dock haft en positiv utveckling sedan 2010, en ökning från 53 till 59 procent 2022 och då är det framför allt för kvinnor i åldersgruppen som haft en statistiskt säkerställd ökning.

² Det är endast en av frågorna i enkäten inom området psykisk hälsa som utgår från att ha fått diagnos av läkare, det gäller depression, dock är det respondenten själv som svara på frågan. Övriga frågor baseras på respondenternas egen upplevelse av känslomässiga tillstånd, stress, ångslan/oro/ångest, sömnsvårigheter, suicidtankar och suicidförsök.

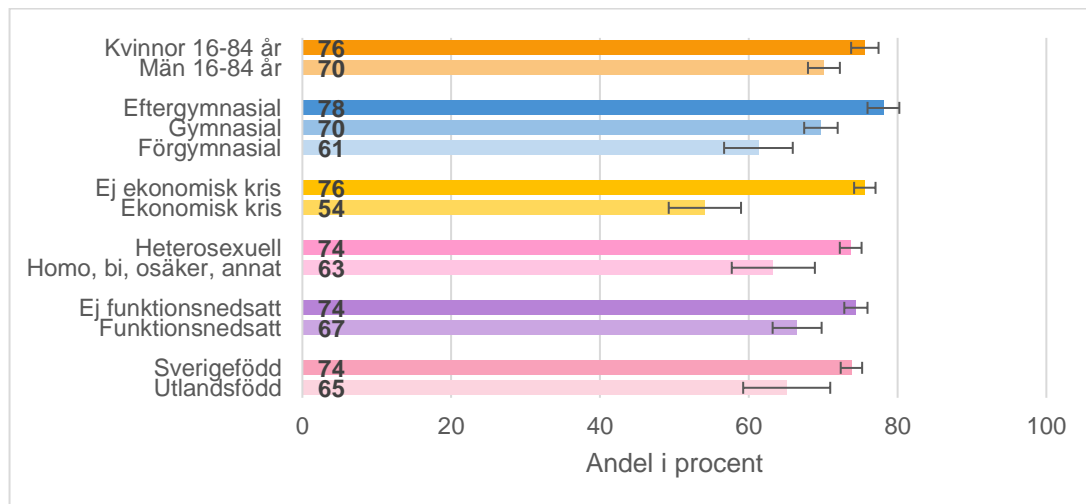
Sedan 2018 har det varit en positiv utveckling för kvinnor i åldersgruppen 45–64 år som har ökat från 60 till 67 procent 2022.

God tandhälsa

Frågan som ställs i enkäten lyder: "Hur tycker du att din tandhälsa är?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Ganska bra", "Varken bra eller dåligt", "Ganska dålig", "Mycket dålig". Alternativen "Mycket bra" och "Ganska bra" redovisas nedan som god tandhälsa.

Större andel kvinnor än män som skattar sin tandhälsa som god

Det är vanligare att kvinnor skattar sin tandhälsa som god jämfört med män, det gäller både för länet och riket. Det är en social gradient utifrån utbildningsnivå, ju längre utbildning, desto större andel är det som skattar sin tandhälsa som god. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelse land.



Figur 22. Andel med god tandhälsa 2022.

Sedan 2010 har andelen personer i åldersgruppen 16–29 år som uppskattar sin tandhälsa som god minskat, från 85 till 78 procent. En negativ utveckling har också skett för gruppen med förgymnasial utbildning som minskat från 70 procent 2014 till 61 procent 2022. Även grupperna som ej haft ekonomisk kris och ej har funktionsnedsättning har minskat signifikant mellan 2018 och 2022. Gruppen som ej haft ekonomisk kris och skattar sin tandhälsa som god har minskat från 79 till 76 procent och motsvarande siffror för gruppen ej funktionsnedsatta är från 78 till 74 procent.

Övervikt och fetma

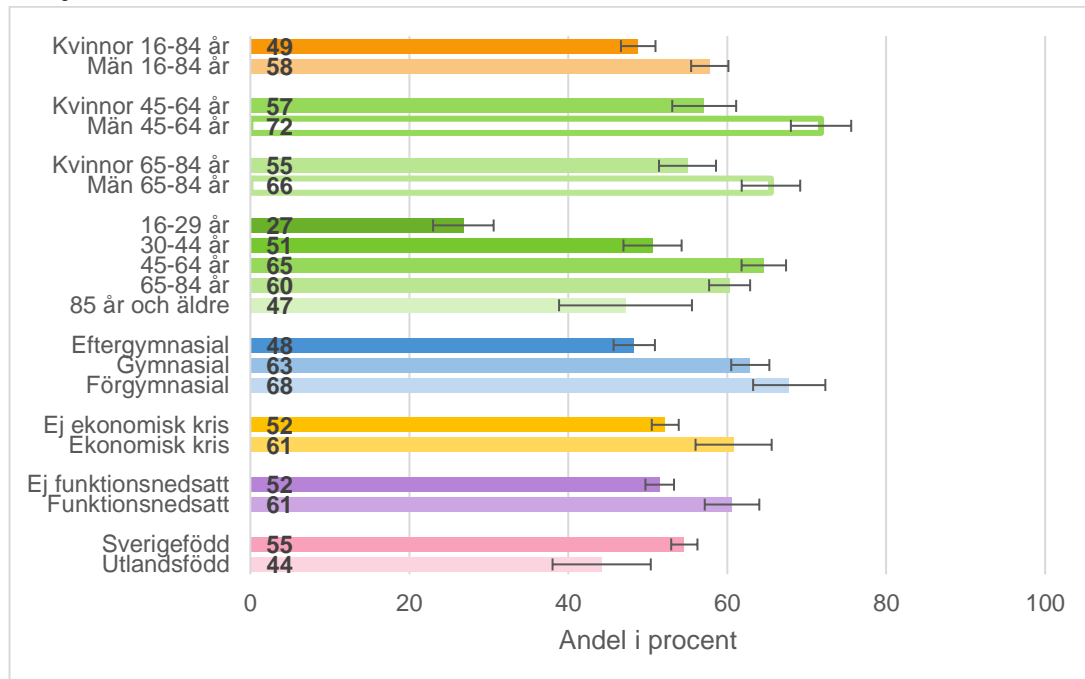
Övervikt och fetma mäts genom BMI, body mass index, uträknad utifrån den längd och vikt som respondenten själv har fått skriva i enkäten. Övervikt definieras som ett BMI mellan 25–30 och fetma definieras som ett BMI högre än 30. Det är önskvärt med en låg siffra.

Mer än varannan länsinvånare har övervikt eller fetma

I Jämtlands län är det 53 procent av befolkningen mellan 16–84 år som har övervikt eller fetma, det skiljer sig inte signifikant mot riket där andelen är 51 procent. Dock är det en större andel kvinnor i länet (49 procent) än i riket (45 procent) som har övervikt eller fetma. Både på läns- och riksnivå är det en större andel män än kvinnor som har övervikt eller fetma, 58 procent av männen i länet, motsvarande andel för riket är 57 procent. I åldersgrupperna

45–64 år och 65–84 år är det en större andel män än kvinnor som har övervikt eller fetma. Signifikant minst andel med övervikt eller fetma är det i åldersgruppen 16–29 år.

Det är en signifikant mindre andel med eftergymnasial utbildning som har övervikt eller fetma i jämförelse med grupperna med kortare utbildningslängd. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden och funktionsförmåga. Gällande födelseland är det en signifikant större andel som är födda i Sverige än födda utanför Sverige som har övervikt eller fetma.



Figur 23. Andel som har övervikt eller fetma 2022.

Det är en signifikant minskning av andelen män i åldersgruppen 30–44 år som har övervikt eller fetma, 2010 var andelen 65 procent och 2014 var andelen 53 procent och andelen ligger kvar på samma nivå 2022 för den gruppen.

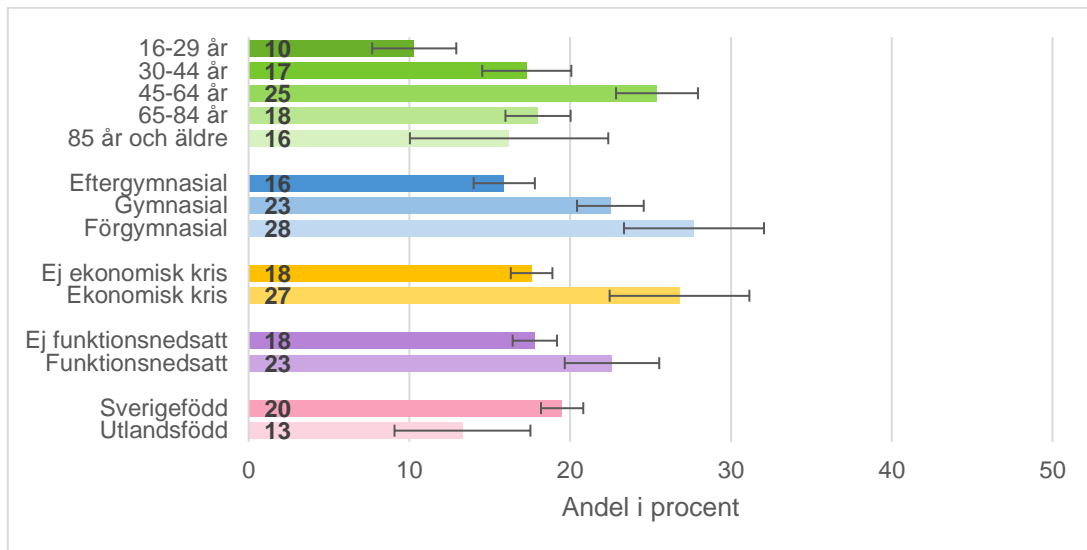
Fetma

Fetma mäts genom BMI, body mass index, uträknad utifrån den längd och vikt som respondenten själv har fått skriva i enkäten. Fetma definieras som ett BMI högre än 30. Det är önskvärt med en låg siffra.

En ökning av andelen män som har fetma

Det är en signifikant större andel av befolkningen i länet (19 procent) än i riket (16 procent) som har fetma. Varken på läns- eller riksnivå är det någon signifikant skillnad mellan könen. Den åldersgruppen som har signifikant störst andel med fetma är åldersgruppen 45–64 år. Signifikant minst andel med fetma är det i åldersgruppen 16–29 år.

Det är en signifikant mindre andel med fetma i gruppen som har eftergymnasial utbildning jämfört med grupperna gymnasial och förgymnasial utbildning. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsförmåga och födelseland, det är en större andel födda i Sverige än födda utanför Sverige som har fetma.



Figur 24. Andel som har fetma 2022. Observera att x-axeln endast går upp till 50 procent.

Sedan 2014 har andelen i befolkningen mellan 16–84 år som har fetma har ökat signifikant från 16 till 19 procent. Det är främst andelen män som har ökat, då det är en signifikant ökning från 15 till 18 procent under samma tidsperiod. Samma tendens syns även för kvinnor om än den inte är statistiskt säkerställd. Män i åldersgruppen 45–64 år står för den främsta ökningen mellan 2014 och 2022, då andelen som har fetma har ökat signifikant från 18 till 27 procent.

En signifikant ökning har även skett i gruppen förgymnasial utbildning, andelen som hade fetma 2010 var 20 procent och 2022 var andelen 28 procent. Mellan 2018 och 2022 har andelen som har fetma ökat signifikant för gruppen eftergymnasial utbildning från 12 till 16 procent. Även för grupperna ej ekonomisk kris, ej funktionsnedsatta och födda i Sverige har andelen med fetma ökat mellan 2018 och 2022.

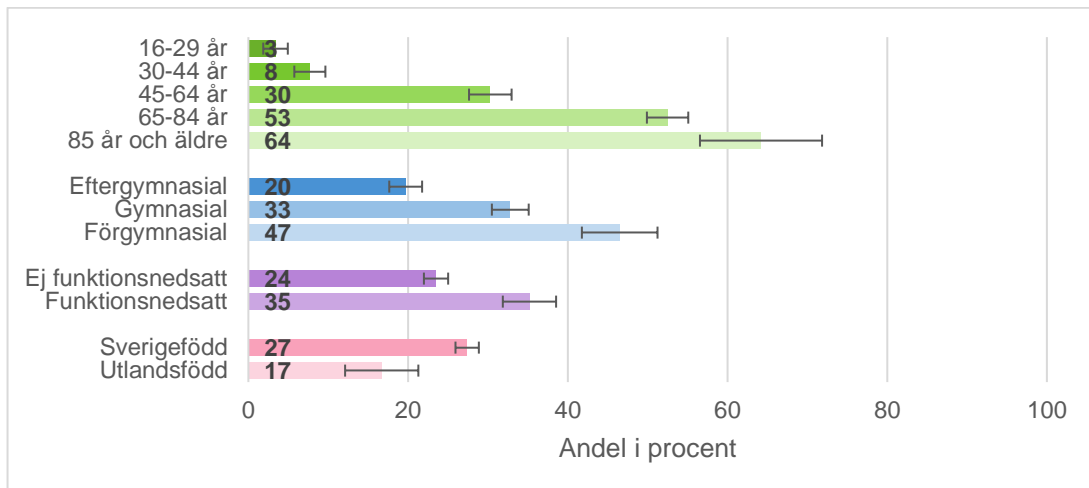
Högt blodtryck

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

En ökning av andelen som har högt blodtryck, nu har en av fyra personer i länet högt blodtryck

Andelen personer mellan 16–84 år som har högt blodtryck är i länet 26 procent, vilket är på samma nivå som riket där andelen är 25 procent. Det är inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män gällande andelen som har högt blodtryck för åldersintervallet 16–84 år, andelen är 26 procent hos båda könen. Det är signifikant störst andel i åldersgruppen 85 år och äldre och sedan minskar andelen signifikant ju yngre åldersgrupp det är.

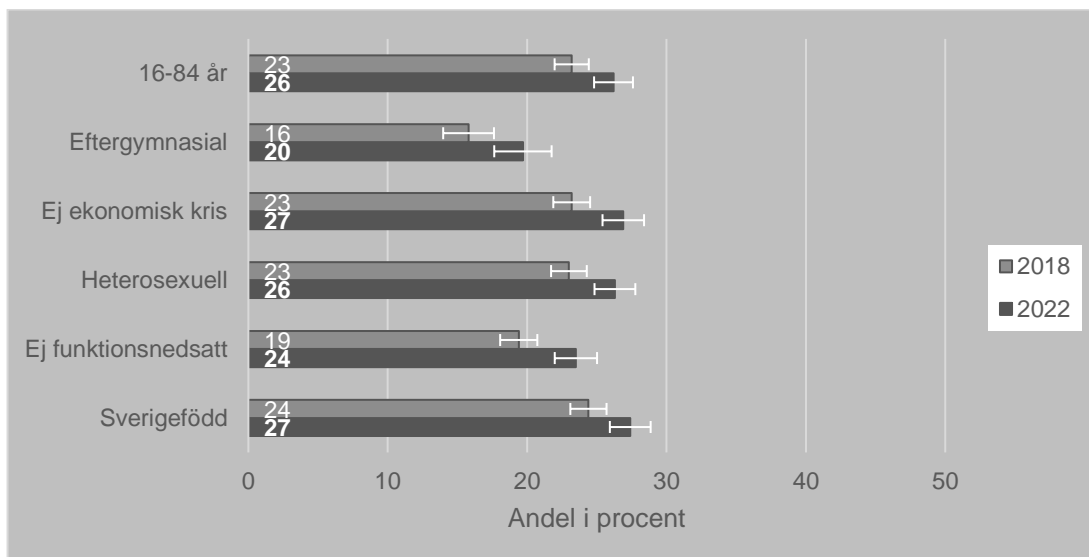
Det är en social gradient utifrån utbildningsnivå, att andelen som har högt blodtryck minskar signifikant ju högre utbildningsnivå. Det är även en signifikant större andel som har högt blodtryck i grupperna funktionsnedsatt och född i Sverige.



Figur 25. Andel med högt blodtryck 2022.

Det är en signifikant ökning av andelen personer mellan 16–84 år som har högt blodtryck 2022 (26 procent) jämfört med 2018 (23 procent). Under tidsperioden är det särskilt andelen kvinnor som ökat signifikant från 22 till 26 procent.

För gruppen med gymnasial utbildning är det en signifikant ökning från 28 procent 2010 till 33 procent 2022. Även i utbildningsgruppen eftergymnasial är det en signifikant ökning över tid men då från 2018. Det är även signifikant ökning mellan 2018 och 2022 för grupperna ej ekonomisk kris, heterosexuella, ej funktionsnedsatt och född i Sverige.



Figur 26. Andel med högt blodtryck 2018 jämfört med 2022.
Observera att x-axeln endast går upp till 50 procent.

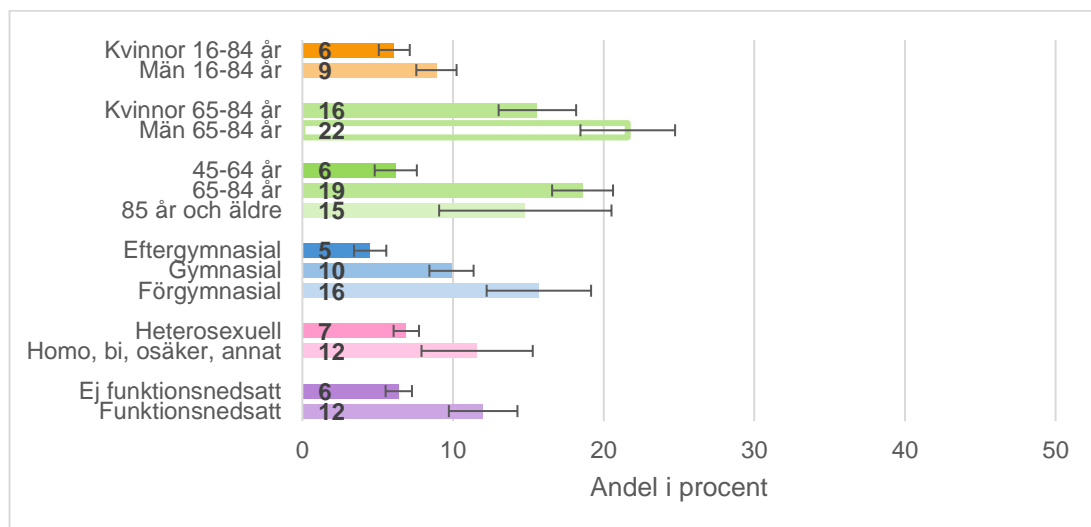
Diabetes

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

En positiv tendens är bruten, andelen äldre med diabetes har ökat till samma nivå som 2010

I Jämtlands län är det 8 procent av befolkningen som har diabetes, vilket är detsamma som på nationell nivå (7 procent). Både på läns- och riksnivå är det en signifikant större andel män än kvinnor (16–84 år) som har diabetes. I länet är andelen 9 procent av männen och 6 procent av kvinnorna, motsvarande siffror för riket är 8 respektive 6 procent. Sett utifrån åldersgrupper är det bara i åldersgruppen 65–84 år som det finns en signifikant skillnad mellan könen. De två åldersgrupper som har signifikant störst andel med diabetes är 65–84 år och 85 år och äldre.

Det är en social gradient utifrån utbildningsnivå, att ju längre utbildning, desto mindre andel är det som har diabetes. Det finns även skillnader utifrån sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 27. Andel som har diabetes 2022. Observera att x-axeln endast går upp till 50 procent.

Mellan 2010 och 2018 var det en positiv utveckling av andelen som har diabetes i åldersgruppen 65–84 år, andelen minskade från 19 till 15 procent. Den utvecklingen bröts dock för att vara uppe på samma nivå igen 2022. Samma mönster är det för kvinnor i åldersgruppen, att minska mellan 2010 och 2018, från 16 till 11 procent för att åter vara på samma nivå 2022 (16 procent). Liknande tendenser finns även hos männen i samma åldersgrupp men där är skillnaderna mellan åren inte statistiskt säkerställda.

Gott psykiskt välbefinnande

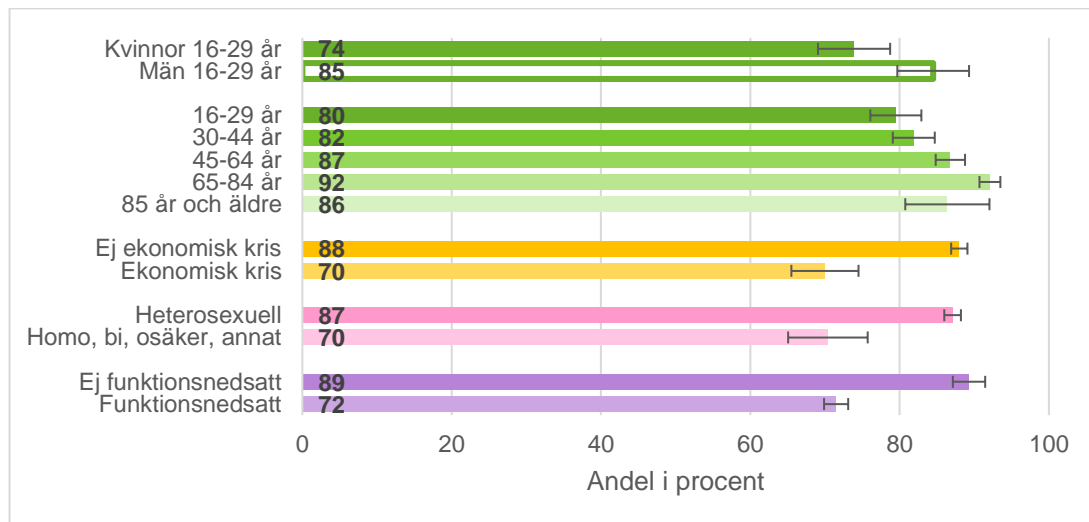
Det kortare instrumentet SWEMWBS³ används sedan 2018 i enkäten för att mäta den positiva sidan av psykisk hälsa. Instrumentet innehåller sju påståenden utifrån frågan: "Ange här hur väl påståendena nedan stämmer överens med hur du upplevt din situation de senaste 2 veckorna; jag har haft en positiv syn på framtiden; jag har känt att jag har varit till nytta; jag har känt mig lugn; jag har hanterat problem på ett bra sätt; jag har tänkt på ett klart sätt; jag har känt mig nära andra människor; jag har själv kunnat bestämma mig om saker och ting". Alla påståenden har följande svarsalternativ: "Alltid", "Oftast", "Ibland", "Sällan", "Aldrig". Svaren från påståenden har summerats till råpoäng för att sedan konverteras till metrisk skala där gott psykiskt välbefinnande är mellan 20.99 och 30 metriska poäng.

Majoriteten har gott psykiskt välbefinnande men unga kvinnor, grupperna ekonomisk kris, homo-bisexuella/osäker/annat och funktionsnedsatta sticker ut negativt

³ Den längre versionen är Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale (WEMWBS).

I länet är det 86 procent som har gott psykiskt välbefinnande vilket ligger på samma nivå som riket. På riksnivå är det en signifikant större andel män (87 procent) än kvinnor (85 procent) som har gott psykiskt välbefinnande. I länet är det endast en signifikant skillnad mellan könen i den yngsta åldersgruppen. I åldersgruppen 65–84 år är det signifikant större andel med gott psykiskt välbefinnande jämfört med alla de yngre åldersgrupperna.

Det finns inga signifikanta skillnader i andel som har gott psykiskt välbefinnande utifrån de tre utbildningsgrupperna men signifikanta skillnader finns dock utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 28. Andel med gott psykiskt välbefinnande 2022.

I länet ligger andelen personer som har gott psykiskt välbefinnande på samma nivå som 2018 när frågeinstrumentet användes för första gången i undersökningen.

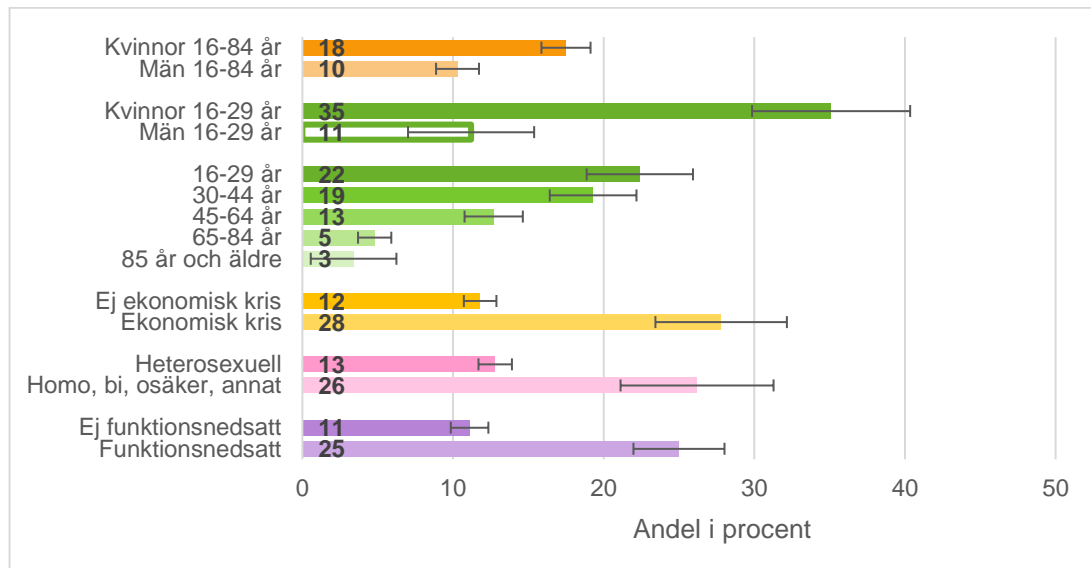
Upplever mycket stress

Stress kan ha många olika betydelser för olika människor. I enkäten har stress definierats utifrån frågan: "Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad", med svarsalternativen: "Inte alls", "I viss mån", "Ganska mycket", "Väldigt mycket". Resultatet för stress redovisas utifrån svaren "Ganska mycket" och "Väldigt mycket" och anges som mycket stress. Det är önskvärt med en låg siffra.

Mer än var tredje ung kvinna upplever mycket stress

I Jämtland Härjedalen är det 14 procent mellan 16–84 år som upplever ganska mycket eller väldigt mycket stress, vilket är på samma nivå som riket. Det är en signifikant mindre andel män än kvinnor som upplever mycket stress. Tydligast är det i yngsta åldersgruppen 16–29 år men det finns även en statistisk säkerställd skillnad i åldersgruppen 65–84 år, där 7 procent av kvinnorna respektive 3 procent av männen upplever mycket stress. Andelen som upplever mycket stress är signifikant större i de två yngsta åldersgrupperna jämfört med de äldre.

Det är inga signifikanta skillnader utifrån andel som upplever mycket stress utifrån utbildningsnivå, dock finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning.



Figur 29. Andel med ganska mycket eller väldigt mycket stress 2022.
Observera att x-axeln endast går till 50 procent.

Sedan undersökningen 2018 ligger andelen som upplever mycket stress på samma nivåer men sett över längre tid har andelen ökat, särskilt för kvinnor och för åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år. Exempelvis har andelen kvinnor 16–29 år ökat från 20 procent 2010 till 35 procent 2022. Sedan 2010 har även andelen som har mycket stress ökat bland grupperna med förgymnasial eller gymnasial utbildning. En positiv utveckling har dock skett för gruppen födda utanför Sverige, där andelen som upplever mycket stress har minskat mellan 2018 och 2022, från 21 till 12 procent 2022.

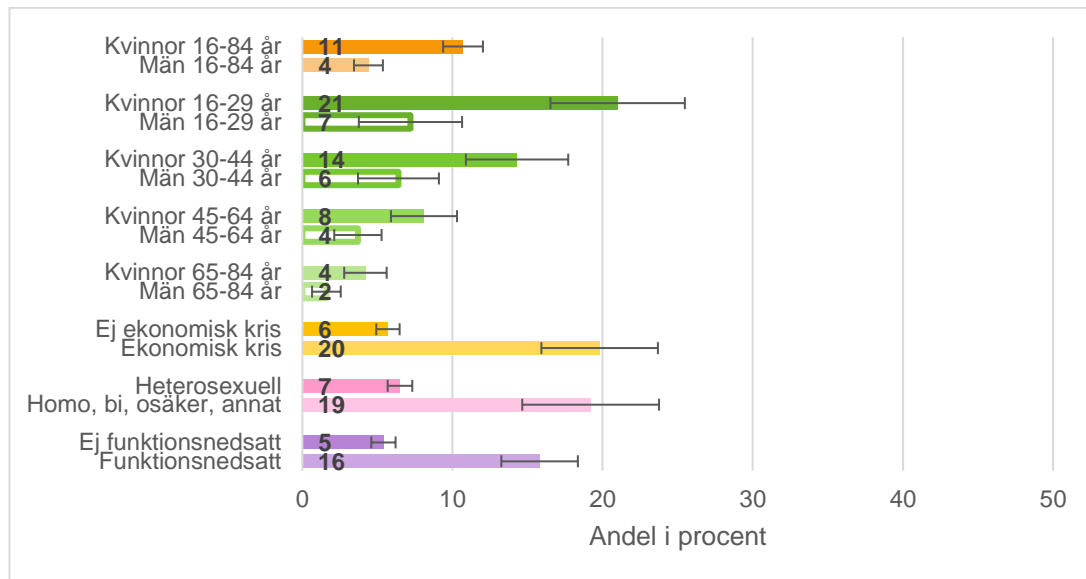
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest

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

Större andel kvinnor än män som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest och andelen kvinnor har ökat

Andelen person som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest ligger på samma nivå som riket, 8 procent för personer mellan 16–84 år. Liksom på nationell nivå är det även i Jämtland Härjedalen en mindre andel män än kvinnor som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, det gäller alla åldersgrupper mellan 16–84 år. Störst är skillnaden mellan könen i den yngsta åldersgruppen där det är tre gånger så stor andel kvinnor än män, i övriga åldersgrupper är skillnaden ungefär den dubbla. Det är en signifikant större andel i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med de äldre åldersgrupperna.

Det är inga signifikanta skillnader utifrån andel som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest utifrån utbildningsnivå, dock finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 30. Andel med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest 2022.
Observera att x-axeln endast går till 50 procent.

Sedan 2014 är det en signifikant stegvis ökning av andelen kvinnor som upplever svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, från 5 procent 2014 till 8 procent 2018 och nu upp till 11 procent 2022. Det är även en signifikant ökning av män men då mellan 2010 och 2022, från 3 till 4 procent. Sedan 2014 har andelen som har svåra besvär av ångslan, oro, ångest ökat i de tre åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år och 45–64 år och det är främst andelen kvinnor som ökat. Även andelen som upplever svåra besvär av ångslan, oro eller ångest har över tid ökat i alla utbildningsgrupper.

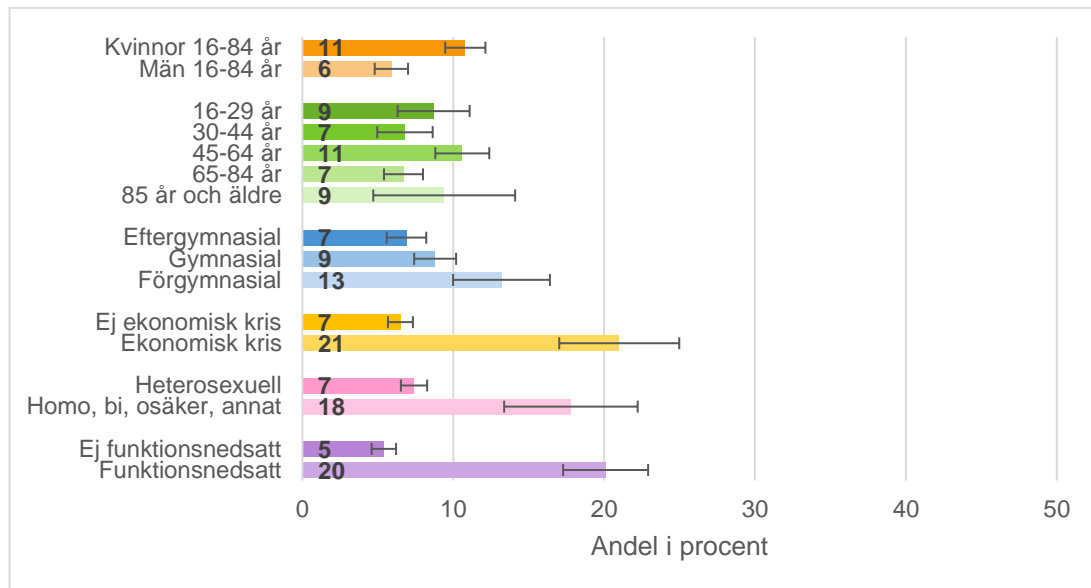
Svåra besvär av sömnsvarigheter

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

Det är vanligare med svåra besvär av sömnsvarigheter bland grupperna som har haft ekonomisk kris, har funktionsnedsättning eller homo-, bisexuell/osäker/annat

I Jämtland Härjedalen är det en signifikant större andel kvinnor (11 procent) än män (6 procent) som har svåra besvär av sömnsvarigheter, vilket är samma nivå som för riket. Utifrån ålder är det bara för åldersgruppen 65–84 år som könsskillnaden är statistiskt säkerställd, 10 procent av kvinnor och 3 procent av män. Det är en större andel som har svåra sömnsvarigheter i åldersgruppen 45–64 år jämfört med åldersgrupperna 30–44 år och 65–84 år.

Det är en större andel med förgymnasial utbildning än med eftergymnasial utbildning som har besvär av svåra sömnsvarigheter. Det är även signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.



Figur 31. Andel som har svåra besvär av sömnsvårigheter 2022.
Observera att x-axeln endast går upp till 50 procent.

Det är en signifikant större andel i länet som har svåra sömnsvårigheter 2022 än vad det var 2010, en ökning från 5 till 8 procent och den har skett både bland kvinnor och män. Under samma tidsperiod var det en negativ utveckling i åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år, i åldersgruppen 16–29 år det särskilt kvinnor som ökat i andel (från 5 till 10 procent) medan det har skett signifikant ökning både för kvinnor och män i åldersgruppen 45–64 år (från 6 till 11 procent för hela åldersgruppen). Generellt är det en ökning i ett antal grupper sedan 2018, både de med gymnasial utbildning, har haft ekonomisk kris, är heterosexuella och personer födda i Sverige.

Allvarlig psykisk påfrestning

Sedan undersökningen 2020 används instrumentet Kessler-6 (K6) och benämns som psykisk påfrestning. Frågan lyder: "Följande frågor handlar om hur du känt dig under de senaste 30 dagarna. För varje fråga, vänligen markera det som bäst beskriver hur ofta du hade denna känsla. Under den senaste månaden, hur ofta har du känt dig..." Frågan har sex påståenden: "orolig", "utan hopp", "rastlös", "så pass nedstämd att inget kunnat muntra upp dig", "som att allt varit ansträngande", "värdelös" och svarsalternativen var: "hela tiden", "mesta delen av tiden", "viss del av tiden", "liten del av tiden", "ingen del av tiden". De sex delfrågorna summeras och delas in i tre grupper: allvarlig psykisk påfrestning, psykisk påfrestning och låg psykisk påfrestning. Nedan presenteras allvarlig psykisk påfrestning som är en kärmindikator och skulle kunna uppfylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Frågeinstrumentet fanns inte med i undersökningen 2018 och går därför inte jämföra över tid.

Mer vanligt förekommande att ha allvarlig psykisk påfrestning bland grupperna unga, de som har haft ekonomisk kris, homo-bisexuell/osäker/annat och funktionsnedsatta

Det är en signifikant mindre andel i länet (8 procent) jämfört med riket (9 procent) som har allvarlig psykisk påfrestning. Både på läns- och riksnivå är det en signifikant större andel kvinnor än män som har allvarlig psykisk påfrestning, på länsnivå är det 9 procent kvinnor och 6 procent män. På länsnivå är det dock ingen statistisk säkerställd skillnad mellan könen i någon av åldersgrupperna. Det är en mindre andel i åldersgrupperna 45–64 år (6 procent) och 65–84 år (4 procent) jämfört med åldersgruppen 16–29 år (14 procent) som har allvarlig psykisk påfrestning.

Det är en större andel som har allvarlig psykisk påfrestning i gruppen med förgymnasial utbildning (12 procent) jämfört med de längre utbildningsgrupperna (eftergymnasial 6 procent och gymnasial 7 procent). Signifikanta

skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden (ekonomisk kris 20 procent – ej ekonomisk kris 6 procent), sexuell identitet (homo-, bisexuell/osäker/annat 20 procent – heterosexuell 7 procent) och funktionsförmåga (funktionsnedsatta 18 procent – ej funktionsnedsatta 5 procent).

Diagnosen depression av läkare

Depression redovisas utifrån de som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan: "Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare?". Övriga svarsalternativ är: "Nej, aldrig" och "Ja, för mer än 12 månader sedan". Det är önskvärt med en låg siffra.

Tre gånger så vanligare att ha fått diagnosen depression av läkare för gruppen som ej haft ekonomisk kris jämfört med gruppen som haft ekonomisk kris

Andelen kvinnor respektive män som det senaste året har fått diagnosen depression av läkare är densamma både på läns- och nationell nivå, 5 procent kvinnor och 2 procent män, skillnaden mellan könen är statistik säkerställd. Även i åldersgruppen 30–44 år är det en signifikant större andel kvinnor (7 procent) än män (2 procent).

Det är signifikanta skillnader utifrån ekonomiska förhållanden och funktionsförmåga. Andelen för de som ej haft ekonomisk kris är 9 procent och för gruppen som haft ekonomisk kris är andelen 3 procent. För gruppen med funktionsnedsättning är andelen 7 procent och för de som inte har funktionsnedsättning är andelen 3 procent som fått diagnosen depression av läkare senaste året.

Det är inga signifikanta skillnader sedan 2018 i någon grupp som fått diagnosen depression av läkare under senaste året.

Suicidtankar under det senaste året

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

Över tid minskar andelen som haft suicidtankar

Andelen personer i Jämtland Härjedalen som det senaste året haft suicidtankar är 3 procent, det är samma andel både för kvinnor och män och skiljer sig inte mot riket. Det är signifikant störst andel i åldersgruppen 16–29 år (8 procent) som haft suicidtankar senaste året för att sedan minska gradvis ju äldre åldersgrupp det är.

Det är ingen skillnad i andel som haft suicidtankar senaste året utifrån utbildningslängd. Signifikanta skillnader finns dock utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.

Andel i befolkningen mellan 16–84 år som haft suicidtankar har minskat signifikant mellan 2014 och 2022, från 5 till 3 procent. För kvinnor i länet mellan 16–84 år är det en signifikant minskning av andelen från 5 procent 2010 till 3 procent 2018 och ligger kvar på samma nivå 2022. Samma mönster finns också för åldersgruppen 65–84 år där det också är en signifikant minskning mellan 2010 och 2018 för att sedan vara kvar på samma nivå 2022. För åldersgruppen 45–64 år är den en signifikant mindre andel 2022 (2 procent) jämfört med 2010 (5 procent).

Det är en statistiskt säkerställd minskning gällande andelen med gymnasial utbildning som har haft suicidtankar, en positiv tendens från 4 procent 2014 till 2 procent 2022.

Hälsan för gruppen 85 år och äldre i länet

2022 var första gången som länet deltog med tilläggsurval som enkäten även skickades ut till personer 85 år och äldre, en grupp vars hälsa, levnadsvanor och livsvillkor vi tidigare inte har haft möjlighet att följa på samma sätt som för övriga befolkningen. Resultatet för 2022 visar att den äldsta åldersgruppen sticker ut negativt på några områden. Det är den åldersgrupp som har minst andel som upplever sin hälsa som god, endast en av tre gör det. Det är samma andel av åldersgruppen, en av tre, som är socialt deltagande. Det är även den åldersgrupp som har lägst andel som är fysiskt aktiva, bara en av fyra rör på sig 150 minuter eller mer per vecka. Denna åldersgrupp har dock även områden som sticker ut positivt jämfört med de yngre åldersgrupperna. Det är en större andel av åldersgruppen som har bättre levnadsvanor kopplade till ANDTS-området, då det är signifikant minst andel som har riskkonsumtion av alkohol, endast 2 procent och det är ingen i åldersgruppen som provat cannabis eller som har riskabla spelvanor.

Diskussion och prioriterade områden

Att knappt hälften av de tillfrågade har valt att svara på enkäten innebär att det finns risk att resultatet i vissa avseenden skulle kunna vara en överskattning av hur hälsan i befolkningen ser ut, då svarsbenägenheten är större i grupper med bland annat längre utbildning och högre inkomst, grupper som generellt har bättre hälsa.

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

Genomgående visar resultatet att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i länet utifrån kön, ålder och utbildningsnivå. Men hälsan skiljer sig också åt utifrån ekonomiska förutsättningar, funktionsförmåga, sexuell identitet och födelseland och på vissa områden är det mer tydligt än på andra. Exempelvis har kvinnor bättre levnadsvanor än män, det är en större andel unga än äldre som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott samtidigt som det är en större andel äldre än yngre som har ett gott psykiskt välbefinnande. På gruppnivå är det tydligt att det generellt är mer fördelaktigt för hälsan att ha en längre utbildning än en kortare. Resultaten i den här rapporten visar att det är en tydlig social gradient gällande områdena god hälsa, god tandhälsa, högt blodtryck och diabetes, men också för fysisk aktivitet. Just angående levnadsvanor är det inte alltid samma sociala gradient utifrån utbildningsnivå, det gäller särskilt ANDTS-området och då riskkonsumtion av alkohol, daglig snusning och riskabelt spelande. Det är dock en levnadsvana, att ofta vara stillasittande, där det är en större andel av gruppen med eftergymnasial utbildning som gör det jämfört med de kortare utbildningsgrupperna. Inom området psykisk hälsa är det över lag inga signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå utan där är det snarare, utöver kön och ålder, genomgående skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsförmåga.

Hur har hälsan i länet utvecklats sedan den senaste undersökningen?

För länets befolkning i åldrarna 16–84 år finns det några områden av folkhälsan som har haft positiv utveckling sedan undersökningen 2018. Det är fler länsinvånare som når rekommendationen om minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka, fler som klarar av en oväntad utgift och det är färre som har blivit utsatta för hot eller våld, positiva tendenser som också finns på nationell nivå. För män i Jämtlands län är det en positiv utveckling gällande riskkonsumtion av alkohol, andelen har minskat signifikant mellan 2018 och 2022.

Sett till hälsan bland länets invånare mellan 16–84 år finns det också områden som har haft en negativ tendens sedan 2018. Tydligast är att det är färre som är socialt deltagande, det gäller både män och kvinnor och alla åldersgrupper förutom unga vuxna män. Andra områden som haft en negativ utveckling är att det är större andel som har störd sömn av trafikbuller, större andel som har högt blodtryck och större andel som ofta dricker söttad dryck. Områden som även haft en negativ utveckling på nationell nivå under samma tidsperiod. Kvinnor i länet haft en negativ utveckling gällande psykiska besvär, det är en större andel som har svåra besvär av ångslan, oro, ångest och det är även signifikant större andel kvinnor som har svåra sömnsvårigheter 2022 än vad det var 2018.

Den hälsoutvecklingen som skett i länet sedan 2018 kan troligtvis till viss del förklaras av covid-19-pandemin och dess restriktioner med uppmaning till distans mellan människor. Det är tydligt att just det sociala deltagandet har minskat för majoriteten av länets befolkning och samma utveckling syns även på nationell nivå. När enkäten "Hälsa på lika villkor" skickades ut i början av 2022, var det i samma veva som covid-19 inte längre klassificerades som en samhällsfarlig sjukdom i Sverige. Om än de flesta restriktionerna redan hade börjat trappats ner vid det laget kan de personer som besvarat enkäten, haft tiden under pandemin i åtanke när de fyllde i enkäten. Detta eftersom en del frågor är formulerade som om att respondenten ska tänka tillbaka på senaste tiden, exempelvis senaste tre eller tolv månaderna. Även den positiva utvecklingen, att det är färre personer som blivit utsatt för hot eller

våld, skulle kunna vara en följd av restriktionerna med social distans. Det återstår att se om utvecklingen för dessa områden var en följd av pandemins restriktioner eller om det är en verklig nedgång.

För gruppen unga vuxna finns positiva tendenser kopplat till ekonomi, det är en större andel som klarar av en oväntad utgift och färre som avstått från att söka tandläkarvård (trots behov) p.g.a. ekonomiska skäl, det är främst kvinnor i åldersgruppen som haft en positiv signifikant utveckling mellan 2018 och 2022. För gruppen 16–29 år har det även varit en positiv utveckling av levnadsvanor sedan 2018. Det är en mindre andel som snusar tobakssnus dagligen, det är färre personer som har riskabla spelvanor och det är en mindre andel som har riskkonsumtion av alkohol och då är det främst män i åldersgruppen som minskat signifikant, det är en utveckling som har varit gradvis sedan 2010. Samtidigt är det en negativ utveckling inom levnadsvanor för åldersgruppen då andelen som ofta dricker söta drycker har ökat sedan 2018 och då är det framför allt att det är kvinnorna som kommit upp till männens nivå. Även för åldersgruppen 30–44 år är det fler som ofta dricker sötad dryck 2022 jämfört med 2018. Det är den enda signifikanta skillnaden för den åldersgruppen mellan 2018 och 2022.

För åldersgruppen 45–64 år har utvecklingen sedan 2018 också haft både positiva och negativa tendenser. Andelen som har allmänt gott hälsotillstånd har ökat och det är kvinnorna som står för den signifikanta ökningen. Den negativa utvecklingen handlar om att det är fler i åldersgruppen som har störd sömn på grund av trafikbuller, även här är det främst för kvinnor som har haft en signifikant ökning. Även för åldersgruppen 65–84 år är det fler som har störd sömn på grund av trafikbuller och det är även en större andel som har diabetes 2022 än 2018. Den positiva utvecklingen för åldersgruppen 65–84 år jämfört med 2018, är att det är fler som är fysiskt aktiva och färre som varit utsatta för hot eller våld.

Hur har hälsan i länet utvecklats sedan 2018 för grupperna utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsförmåga och födelseland?

Det krävs mindre skillnader, sett till procentenheter, för att det över tid ska vara statistiskt säkerställda skillnader för de stora grupperna, de grupper som majoriteten av länets befolkning tillhör dvs ej haft ekonomisk kris, är heterosexuella, ej har någon funktionsnedsättning och som är födda i Sverige. För att det ska bedömas som en signifikant ökning eller minskning för de mindre grupperna (som haft ekonomisk kris, homo-, bisexuell/osäker/annat, funktionsnedsatta och födda utanför Sverige) behöver förändringen över tid vara större i antal procentenheter, då dessa grupper består av färre personer och i med det får de större konfidensintervall.

Generellt har de stora grupperna av länets befolkning (ej haft ekonomisk kris, är heterosexuella, ej har någon funktionsnedsättning eller som är födda i Sverige) en bättre hälsa än deras respektive motsatta grupp. Det är dock de stora grupperna som står för de generella negativa tendenserna (mindre andel som är socialt deltagande, större andel som har störd sömn av trafikbuller, större andel som har högt blodtryck och större andel som ofta dricker sötad dryck) för länets befolkning mellan 2018 och 2022. Under samma period har de mindre grupperna legat kvar på samma nivå, skillnaderna mellan grupperna har därmed minskat på ovan nämnda områden.

Ett positivt konstaterande är att grupperna homo-bisexuell/osäker/annat respektive utlandsfödda endast har haft positiva tendenser sedan 2018. Bland annat har andelen som upplever mycket stress minskat för gruppen födda utanför Sverige. För de mindre grupperna är det en generell positiv utveckling sedan 2018 gällande levnadsvanor, framför allt en minskande andel som har riskabel alkoholkonsumtion (gäller grupperna homo-bisexuella/osäker/annat och de som har haft ekonomisk kris) och även daglig rökning (gäller grupperna homo-bisexuella/osäker/annat och funktionsnedsatta). Sedan 2018 syns en positiv tendens för två av de stora grupperna (ej haft ekonomiska kris och heterosexuella) inom området trygghet. Andelen som blivit utsatt för kränkande bemötande och andelen som blivit utsatt för hot eller våld har minskat, men deras respektive motsatta grupp

(ekonomisk kris och homo-bisexuell/osäker/annat) har inte minskat i andel på samma sätt, alltså har det blivit en ökad skillnad mellan grupperna inom området trygghet.

Utöver en ökning av andelen som har högt blodtryck i de fyra stora grupperna finns det negativa tendenser sedan 2018 gällande hälsoutfall (ökad andel med fetma och minskad andel med god tandhälsa) bland tre av de stora grupperna (ej funktionsnedsatta, ej haft ekonomisk kris och Sverigefödda). Grupperna födda i Sverige och heterosexuella har också haft en ökad andel som upplever svåra sömnsvårigheter.

Hur har folkhälsa i länet utvecklats sedan 2010?

Om vi följer trender av utveckling över tid för länets befolkning 16–84 år är det några områden som legat stabilt på samma nivåer. Dessa områden återfinns främst inom hälsa (allmänt gott hälsotillstånd, god tandhälsa och diabetes) och levnadsvanor (tobakssnus dagligen, provat cannabis senaste året och äter grönsaker och rotfrukter ofta) men också utifrån fokusområde om en god, tillgänglig och jämlik tandvård inom målområde 8 (avstått att söka tandläkarvård trots behov på grund av ekonomiska skäl).

En allmän positiv utveckling för länets befolkning mellan 2010 och 2022, är den dagliga rökningen som har minskat signifikant och ligger kvar på samma nivå. Att andelen har halverats från 10 till 5 procent tyder på att länet borde kunna nå målsättningen att mindre än 5 procent av befolkningen röker 2025⁴. Ytterligare en generell positiv utveckling i länet sedan 2010 är att det är färre kvinnor som har haft suicidtankar.

Sett till länets befolkning mellan 16–84 år är det främst inom områdena psykisk hälsa, trygghet och sociala relationer som har haft negativa tendenser sedan 2010. Det är större andel som har psykiska besvär (mycket stress, svåra besvär av ängslan, oro, ångest och svåra besvär av sömnsvårigheter), mindre andel som har socialt stöd och som känner tillit till andra människor, samtidigt är det en större andel som upplever otrygghet utomhus. För kvinnor i åldersgruppen 16–84 år är det en ökning av andelen som har riskkonsumtion av alkohol. Även hälsoutfallet fetma har ökat över tid, och då är det främst andelen män som ökat.

För alla tre utbildningsgrupper finns samma negativa mönster, det har varit signifikanta öknings av psykiska besvär sedan 2010, främst svåra besvär av ängslan, oro, ångest och svåra besvär av sömnsvårigheter. Utbildningsgrupperna förgymnasial och gymnasial har även haft en negativ utveckling gällande mycket stress men 2010 var det en större andel av gruppen med eftergymnasial utbildning som upplevde mycket stress men de skillnaderna har nu suddats ut. Även utvecklingen gällande sociala relationer och trygghet har haft negativ utveckling sedan 2010. Bland annat har det praktiska stödet minskat för alla grupper och det är fler i gruppen med förgymnasial utbildning som har blivit utsatt för hot eller våld, en ökning som resulterar i att det har blivit en signifikant skillnad utifrån utbildningsnivå, det är fler med kortare än längre utbildning som blivit utsatt för hot eller våld.

Det positiva som visar sig vid den längre tillbakablicken från 2010, är att andelen som röker dagligen har minskat för alla utbildningsgrupper. Skillnaderna mellan grupperna kvarstår dock, det är färre med längre utbildning än med kortare som röker dagligen. Andelen som har riskkonsumtion av alkohol har ökat signifikant sedan 2010 för gruppen gymnasial utbildningsnivå, det finns tendenser att andelen även har ökat i de andra utbildningsgrupperna men ökningarna är inte statistiskt säkerställda och 2022 är det ingen signifikant skillnad utifrån utbildningsnivå och riskkonsumtion av alkohol.

⁴ 2014 skrev dåvarande Jämtlands läns landsting under opinionsbildningsprojektet Tobacco Endgame som har den målsättningen.

Områden att prioritera utifrån nuläge och utvecklingen över tid

Med resultaten från senaste undersökningen 2022, tillsammans med tidigare genomförda undersökningar ger det oss en bild om hälsan och dess utveckling bland länets invånare. I de senaste tre länsrapporterna, baserade på länets resultat från undersökningen "Hälsa på lika villkor", har de tre områdena psykisk hälsa, levnadsvanor, sociala relationer och trygghet lyfts ut som prioriterade. Utifrån detta samlade material vill vi återigen lyfta prioriterade områden som är viktiga att fokusera på i det fortsatta regionala folkhälsoarbetet. Gällande alla prioriterade områden, är det vid planering och genomförande av folkhälsoarbetet, viktigt att ta hänsyn till de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper i vårt län.

Det psykiska välbefinnandet hos unga vuxna, framför allt kvinnor

Den psykiska ohälsan är en av vår tids stora utmaningar och det är en samhällstrend då samma utveckling även syns på nationell nivå (Regeringen, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2022a). I vårt län är det främst åldersgruppen 16–29 år men också åldersgruppen 30–44 år och då framför allt kvinnor i åldersgrupperna som i störst utsträckning upplever psykiska besvär så som mycket stress och svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Den långsiktiga utvecklingen för dessa grupper har gradvis varit negativ och inget tyder på att de negativa tendenserna för psykiska besvär håller på att brytas för unga kvinnor. Även grupperna som har haft ekonomisk kris, som har funktionsnedsättning och är homo-, bisexuell/osäker/annat, sticker ut negativt gällande psykiska besvär.

Det positiva inom området psykisk hälsa är att det i länet sett till befolkningen mellan 16–84 år är det färre som har haft suicidtankar det senaste året 2022 jämfört med 2014. Dock ligger suicidtalerna för länet fortsatt högst i landet med cirka 20 självmord per 100 000 invånare. Det är främst män och då framför allt medelålders och äldre män som oftast begår självmord (Socialstyrelsen, 2021). Siffrorna gällande vilka grupper som själv rapporterar psykiska besvär och suicidtankar, och grupper som faktiskt begår självmord går lite stick i stäv mot varandra. I resultatet för den här rapporten, som baseras på självrapporterad hälsa, är det inte medelålders och äldre män som uppger psykiska besvär eller suicidtankar i högst utsträckning. Frågan är varför? Är det en kulturell betingning kring män, känslor och mående och att man som man inte ska prata om hur man mår? En sammanställning av forskning på europeisk nivå, visar att suicid förekommer oftare i socioekonomiskt utsatta områden och att sambandet var starkast för män. Det finns faktorer både på individnivå (bland annat maktlöshet och stigma, ohälsosam livsstil och social exkludering) och på samhällsnivå (bland annat möjligheter till jobb, socialt kapital och närhet till service) som också visade sig ha samband med suicid. (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Trygghet och sociala relationer är viktiga områden att fortsatt prioritera

Att uppleva trygghet och att ha en god social tillvaro är en viktig del i människors hälsa. Att vara i ett socialt sammanhang är också en skyddsfaktor för hälsa (Regeringen, 2018). Resultatet i den här rapporten tyder på att det är långt ifrån alla i vårt län som har en social tillvaro, speciellt bland äldre där det är mindre än hälften mellan 65–84 år som varit socialt deltagande och i den äldsta gruppen är det endast en av tre. Vidare visar resultatet för länet att en av fyra upplever besvär av ensamhet eller isolering, framför allt är det de unga och de äldsta. Även gällande det sociala stödet syns en negativ utveckling över tid. För unga män (16–44 år) har det sedan 2010 varit en negativ utveckling, det är färre som upplever att de har emotionellt stöd, att ha någon att anförtro sig åt och dela sina innersta känslor med. Drygt hälften av unga kvinnor mellan 16–29 år har någon gång avstått från att gå ut ensam på grund av upplevd otrygghet, motsvarande siffra för män är en av tjugo. Att inte våga gå ut ensam begränsar individen och dess levnadsvanor och livsvillkor och därmed även hälsan.

Även i 2018 års länsrapport utifrån enkätundersökningen "Hälsa på lika villkor" lyftes trygghet och sociala relationer som ett prioriterat område. Sedan den undersökningen har en pandemi haft vissa direkta effekter på hur människor har behövt förhålla sig, vilket är tydligt med att det är färre länsinvånare som är socialt deltagande

2022 än innan pandemin. En positiv aspekt på området är att minskningen av hot eller våld, det återstår att se om det är faktiskt effekt av pandemin och återhållsamheten av ett socialt liv eller om det är en faktisk positiv tendens vi ser, oberoende av pandemin.

Främja goda levnadsvanor för ett bättre hälsoutfall

Utifrån utvecklingen av hälsoutfall, att andelen som har fetma och högt blodtryck är det viktigt att arbeta främjande och förebyggande med levnadsvanorna. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan en stor del av hjärt- och kärlsjukdom kan förebyggas av hälsosamma levnadsvanor (WHO, 2021). Det är positivt att andelen som är fysiskt aktiva har ökat men matvanorna har inte haft samma positiva utveckling. En anledning kan vara vår livsmiljö som bjuder in till överkonsumtion av mat, utbudet och tillgängligheten har ökat, idag går det att köpa mat och dryck på dygnets alla timmar, mat och dryck som många gånger är energirik (Folkhälsomyndigheten, 2022b). Det finns inte samma möjlighet att följa statistik gällande fysisk aktivitet över längre tid då frågan har reviderats. Men med den samhälls- och teknikutvecklingen som vi ser de senaste åren med tillgång till transportsätt som inte kräver att människan är fysisk aktiv och tillgången till skärmar som påverkar vårt beteende och främjar sittande snarare än rörelse (Folkhälsomyndigheten, 2022b) borde vi kunna anta att utvecklingen inte har gått i önskvärd riktning. För att öka andelen som är fysiskt aktiva kan samhällsplanering spela en viktig roll, speciellt i mer socioekonomiskt utsatta bostadsområden (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Bruk av tobak har över tid haft en positiv utveckling i länet vilket följer den nationella utvecklingen. Jämfört med 2018 års undersökningen är det en markant minskning av andelen unga vuxna som dagligen snusar tobakssnus. Nytt för enkäten 2022 är frågan om nikotinsnus, det så kallade vita snuset som innehåller nikotin (som är det beroendeframkallande ämnet) som i de flesta fall tillverkas av tobak och som de senaste åren etablerats på den svenska marknaden (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2022). Om andelen unga vuxna som dagligen snusar tobakssnus och som snusar nikotinsnus dagligen skulle läggas ihop, skulle vi inte se den signifikanta minskningen av dagligt snusande mellan 2018 och 2022 för gruppen unga vuxna.

Den minskning av riskabla alkoholvanor som gradvis har skett sedan 2010 för gruppen unga vuxna i länet går i linje med Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning senaste nationella skolundersökning som visar på en minskning av alkoholkonsumtion bland skolungdomar (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2022). Vi får dock vara uppmärksamma på riskkonsumtionen av alkohol bland länets äldre (45–84 år) som har ökat under samma tidsperiod. En utveckling som även den stämmer med den nationella bilden (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

Att den vuxna befolkningen i Jämtlands län har hälsosamma levnadsvanor främjar förhoppningsvis även goda levnadsvanor för barnen som växer upp länet, det är inte bara gener människor ärver utan också vanor. Vanor som påverkas av livsvillkoren i vårt samhälle.

Avslutande ord

Den här rapporten ger en bild av folkhälsan bland länets invånare 16 år och äldre, en bild som baserar sig på hur länets invånare själva upplever och skattar sin hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Det finns även annan data att tillgå för att få ytterligare dimensioner av folkhälsan i länet, exempelvis från Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister om incidens av hjärt- och kärlsjukdom och hur många som har en viss sjukdomsdiagnos. Fördelen med den här typen av enkätundersökning är att vi får ett kunskaps- och beslutsunderlag som ger oss möjlighet att arbeta främjande och förebyggande, i stället för att hämta kunskapen när befolkningen redan är i behov av vård och uppsöker hälso- och sjukvården. Det är svårare, och betydligt mer kostsamt i synnerhet ur ett hälsoekonomiskt perspektiv, att behandla sjukdomar än att arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Då Jämtlands län är ett län med en åldrande befolkning är det av vikt att arbeta för att minska sjukdomsburden då

det framöver är färre yngre som ska försörja fler äldre. Resultaten i den här rapporten visar bland annat på att andelen som har högt blodtryck ökar signifikant ju äldre åldersgrupp det är. Vikten av att arbeta främjande och förebyggande för att öka andelen personer med hälsosamma levnadsvanor som håller i sig över hela livsloppet är därför av vikt, då ohälsosamma levnadsvanor är en riskfaktor för bland annat högt blodtryck.

Andelen av länets invånare som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott, har sedan 2010 legat på samma nivå trots att det finns områden som under samma period har haft negativ utveckling. Utifrån perspektivet om att minska hälsoklyftorna som finns mellan olika grupper, är det positivt att de negativa utvecklingarna främst har skett i de stora grupperna i vårt län. Det innebär emellertid att de grupper som generellt har bättre hälsa har fått en något sämre hälsa. Fast att hälsan blir sämre för de som generellt sett har en god hälsa är ju inget mål att sträva efter. Önskvärt hade varit att i stället förbättra hälsan för de grupper som har sämst hälsa för att på så sätt höja lägstanivån, och att det skulle vara anledningen till att hälsan skulle bli jämlik. Det är därför viktigt att våga prioritera och göra olika. Att folkhälsoarbetet bedrivs utifrån proportionell universalism, att insatser för att förbättra folkhälsan kan vara generellt riktade till hela befolkningen, samtidigt som de bör vara proportionella till de behov som finns hos grupper med låg socioekonomisk position och andra utsatta grupper. Grupper som kanske många gånger har sämre förutsättningar.

Ojämligheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, därför sker förändringar i exempelvis hälsoutfall under lång tid (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Det måste därför finnas en långsiktighet i folkhälsoarbetet, det är också tydligt då det är samma prioriterade områden utifrån resultaten från "Hälsa på lika villkor" 2022 som även lyftes utifrån resultaten för 2018, 2014 och 2010. Det är även viktigt att arbeta med strukturer i samhället så att förutsättningarna för hälsa inte skiljer sig åt mellan grupper. För en god och jämlik folkhälsa handlar inte bara om individens förmåga till att exempelvis ändra sina levnadsvanor, utan det handlar också, utöver strukturer i samhället, även om den tekniska utveckling och samhällsutmaningar som har påverkan på individens hälsa och därmed också folkhälsan. De av hälsans bestämningsfaktorer som ligger utanför individens närmaste påverkansmöjligheter, är faktorer som kan påverkas av politiska beslut, både på nationell och regional nivå men även på kommunal nivå. Utmaningar inom länet finns då det förekommer variationer mellan länets kommuner vad gäller förutsättningar för att arbeta för en jämlik hälsa och stöd för detta bör erbjudas.

För att folkhälsan i Jämtlands län fortsatt ska utvecklas som god och jämlik, i linje med det nationella folkhälsomålet och även närma sig visionen i länets folkhälsopolicy om hälsa på lika villkor för hela befolkningen, krävs samverkan av flera aktörer i länet, både på regional- och kommunalnivå men också med civilsamhället, näringsliv och föreningsliv. För vi människor lever och verkar i hela vårt samhälle och behöver alla dess funktioner, och påverkas därmed också utav dem, i olika omfattning under hela livsloppet.

Referenser

- Byhamre, M., L. (2022). *Snus use and mortality – associations, potential mechanisms and socioeconomic aspects*. [Doktorsavhandling, Umeå Universitet].
- Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2022). CAN:s nationella undersökning 2022 – ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, doping, tobak och spel. CAN rapport nr 215. Stockholm.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Utblick folkhälsa – suicid förekommer oftare i socioekonomiskt utsatta områden. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-03-29
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/8cecb569d9ac43efba04c6cb37d38e5f/suicid-vanligare-utsatta-omraden-18019.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Hälsoeffekter av buller och höga ljudnivåer. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-03-06
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/106a679e1f6047eca88262bfdcbeb145/riktlinjer-fysisk-aktivitet-stillasittande.pdf>.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *På väg mot en god och jämlik hälsa – stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2021a). *Hur kan folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? – samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-03-15 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a016b4549def4b0baf1b3e23576e26c0/hur-har-folkhalsan-paverkats-covid-19-pandemin.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2021b). *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande – kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande*. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-03-06
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/106a679e1f6047eca88262bfdcbeb145/riktlinjer-fysisk-aktivitet-stillasittande.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Livsmiljö som främjar övervikt och fetma*. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-03-14 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/livsmiljo-som-framjar-overvikt-och-fetma/>
- Jansson, E., Wennberg, P., Anderssen, S. A., Ekelund, U., & Hagströmer, M. (2021). *Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för vuxna*. I: Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet (YFA). Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, redaktörer. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021.
- Krisinformation. (15 mars 2023). *Arkiverade notiser från aktuellt*. <https://www.krisinformation.se/detta-kan-handa/handelser-och-storningar/20192/myndigheterna-om-det-nya-coronaviruset/aktuellt-om-covid-19/arkiverade-notiser-fran-aktuellt>
- Livsmedelsverket. (2023). *Övervikt och fetma*. Hämtad 6 mars 2023. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma>

- Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Després, J-P., Willett, W. C., Hu, F. B. (2010). *Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis*. *Diabetes Care*. 2010 Nov;33(11):2477-83. doi: 10.2337/dc10-1079.
- Regeringen. (2018). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. (Prop. 2017/18:249). Stockholm: Socialdepartementet.
- Region Jämtland Härjedalen. (2014). *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025*. Östersund: Region Jämtland Härjedalen.
- Region Jämtland Härjedalen. (2020). *Vår hälsa – länets möjlighet: Folkhälsopolitik för Jämtlands län 2020–2024*. Region Jämtland Härjedalen.
- SCB. (2023a). Statistiska centralbyråns statistikdatabas. Hämtad 2023-03-08
https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/?rid=c017bdc7-5b79-4e11-8753-6c5450e17b25.
- SCB. (2023b.) Statistiska centralbyråns statistikdatabas. Hämtad 2023-03-08
https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101I/Medellivsl/
- Socialstyrelsen. (2021). Statistiskdatabas för dödsorsaker. Hämtad 2023-03-28
https://sdb.socialstyrelsen.se/lf_dor/val.aspx
- Te Morenga L, Mallard S, Mann J. (2013). Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ* 2013; 346.
doi: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.e7492>
- WHO. (2021). Cardiovascular diseases (CVDs). Hämtad 2023-03-20 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).