



Hälsa på lika villkor

Rapport för Jämtlands län 2014

Dnr: RS/596/2015

Ansvarig: Lars Eriksson, Folkhälsocentrum, Region Jämtland Härjedalen

Databearbetning och författare av rapport:

Frida Hansson, Folkhälsocentrum, Region Jämtland Härjedalen

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

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

1	FÖRORD	5
2	SAMMANFATTNING	6
3	INLEDNING	8
<hr/>		
3.1	Styrande dokument för Jämtlands län	9
3.2	Regionalt och lokalt folkhälsoarbete	10
4	SYFTE OCH METOD	12
<hr/>		
4.1	Enkät, svarsfrekvens och analys	12
4.1.1	Definitioner	13
5	BEFOLKNINGEN	15
<hr/>		
5.1	Befolkningsstruktur i länet	15
5.2	Medellivslängd	15
5.3	Utbildningsnivå	16
6	RESULTAT HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR	17
<hr/>		
6.1	Hälsa	17
6.1.1	Allmänt hälsotillstånd	17
6.1.2	Nedsatt psykiskt välbefinnande	18
6.1.3	Tandhälsa	20
6.2	Trygghet och sociala relationer	21
6.2.1	Tillit	21
6.2.2	Socialt deltagande	23
6.2.3	Socialt och praktiskt stöd	24
6.2.4	Kontantmarginal	26
6.2.5	Otrygghet utomhus	27
6.2.6	Kränkande bemötande	28

6.2.7	Hot om våld och utsatthet för fysiskt våld	30
6.3	Levnadsvanor	31
6.3.1	Fysisk aktivitet	31
6.3.2	Intag av frukt och grönsaker	33
6.3.3	Alkohol	35
6.3.4	Narkotika	36
6.3.5	Rökning	37
6.3.6	Snusning	39
6.3.7	Spel	40
6.4	Sjukdomar och besvär	41
6.4.1	Fetma	41
6.4.2	Stress	42
6.4.3	Högt blodtryck	43
6.4.4	Diabetes	44
6.4.5	Smärta/värk	44
6.4.6	Sömnsvårigheter	45
7	DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS	46
8	REFERENSER	49

1 FÖRORD

2014 års undersökning ”Hälsa på lika villkor” om livsvillkor och levnadsvanor i länet berättar både om glädjande och nedslående fakta. Glädjande är exempelvis att den dagliga rökningen har minskat, att äldre kvinnor har en förbättrad hälsa och att alkoholkonsumtionen bland unga vuxna män minskar.

Det som är mest alarmerande och absolut viktigast att ta fasta på är det faktum att hälsan är ojämlig. Personer med kortare utbildning, och personer med någon funktionsnedsättning har sämre hälsa än befolkningen i övrigt, och skillnaden i psykisk ohälsa mellan könen i gruppen unga vuxna är stor. Den utsatthet som ungdomsarbetslösheten ger, och då inte minst den ekonomiska osäkerheten, är ett område vi alltså ska ha i fokus. Vidare är fetman i befolkningen fortsatt hög och det sociala deltagandet bland äldre män är lågt. Frågor man kan ställa sig är om de förbättringar och försämringar i folkhälsan som undersökningen visar är en effekt av gjorda respektive uteblivna insatser? Vad ska vi göra mer av, vad ska vi sluta göra och vad ska göras annorlunda?

Vi behöver i alla politikområden arbeta med hälsa, attityder och mänskliga relationer. Viktiga delar i detta är att bejaka den utvecklingskraft som mångfalden ger, och att stödja, synliggöra och inkludera den enskilde individen. Här är ett åtagande som samtliga aktörer i Region Jämtland Härjedalen bör ta på sig och praktisera dagligdags. Genom att vi stärker varandra som medmänniskor, medarbetare, anställda, elever, patienter, nyinflyttade, med flera får vi också en ny skjuts i den regionala utvecklingen.

Summa summarum så ska vi utgå från det vi vet om diskrimineringsgrunder och hälsans bestämningsfaktorer och inte tappa bort att styra samordnat utifrån evidens och beprövad erfarenhet. De som uttrycker att man vill ha hjälp med att ändra sina levnadsvanor ska erbjudas stöd. Ambitionen måste vara hög och vi ska samarbeta kors och tvärs runtom i regionen.

Om vi fortsätter långsiktigt med mer hälsofrämjande och förebyggande arbete - och ger fler riktade insatser till särskilda grupper, så är jag övertygad om att betydligt fler än idag kommer att ha en god hälsa. Men, det händer bara om vi vill...

Anna Hildebrand (mp), Regionråd Region Jämtland Härjedalen

2 SAMMANFATTNING

Jämtlands län har deltagit med utökad urval i folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” år 2006, 2010 och 2014. Den här rapporten beskriver resultat för Jämtlands län utifrån deltagande med extra urval i folkhälsoenkäten år 2014. Totalt skickades 9600 enkäter ut i länet varav 5148 besvarades, en svarsfrekvens på 52,5 procent. Populationen utgjordes av personer i åldern 16-84 år.

Resultatet visar att närmare 70 procent av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Kvinnor i den äldsta åldergruppen 65-84 år, skattar en bättre hälsa än vid tidigare mätningar. Andelen med god hälsa ökar även för dem med en längre utbildning. Det är också fortsatt vanligare att män rapporterar en bättre hälsa än vad kvinnor gör. Personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa lägre än övrig befolkning.

Det är högre andel kvinnor än män som upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande och särskilt stor är skillnaden i åldersgruppen 16-29 år (unga vuxna). 30 procent av unga vuxna kvinnor har ett nedsatt psykiskt välbefinnande och 10 procent av unga vuxna män. Det finns även en tendens till att den psykiska hälsan har försämrats för personer som definierar sig som homo, bi eller osäker på sexuell läggning eller identitet. Sammanfattningsvis kvarstår behov av att förbättra det psykiska välbefinnandet bland unga vuxna.

Några av levnadsvanorna har förbättrats över tid. Det är till exempel betydligt lägre andel som röker dagligen i länet än tidigare. Särskilt stor är minskningen bland kvinnor 16-64 år. Resultatet visar också att riskkonsumtion av alkohol har minskat något, detta framförallt bland unga vuxna män. Intaget av frukt och grönsaker har ökat något, men från en tidigare låg nivå. Andelen fysiskt aktiva har blivit större, och då särskilt för kvinnor. Resultatet visar att fetman ökat mellan mätningarna år 2006 och år 2010 för att sedan ligga kvar på samma nivå 2014. Det är också fortsatt personer med sämre ekonomiska förutsättningar och med lägre utbildningsnivå som är överviktiga eller feta i högre utsträckning än övrig befolkning. När det kommer till social samvaro är det män i åldern 65-84 år som är den grupp som deltar i aktiviteter i minst utsträckning. Kvinnor i samma ålder har ett ökat deltagande i sociala aktiviteter sedan år 2010. Sedan år 2006 har andelen unga vuxna män som uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld minskat.

Genomgående visar resultatet att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsoutfall. Även kön, ålder, sexuell läggning/identitet och om man har en funktionsnedsättning eller ej är viktiga bakgrundsfaktorer. För lokala skillnader i hälsa spelar förutsättningar såsom utbildningsnivå, demografi och inkomster in.

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

För gruppen unga vuxna 16-29 år

- Förbättrat psykiskt välbefinnande

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

För gruppen i medelåldern 30-64 år

- Främja goda levnadsvanor

Att särskilt beakta är att ekonomiska förhållanden och utbildningsnivå spelar en betydande roll för hur levnadsvanorna ser ut i länet.

För gruppen äldre 65-84 år

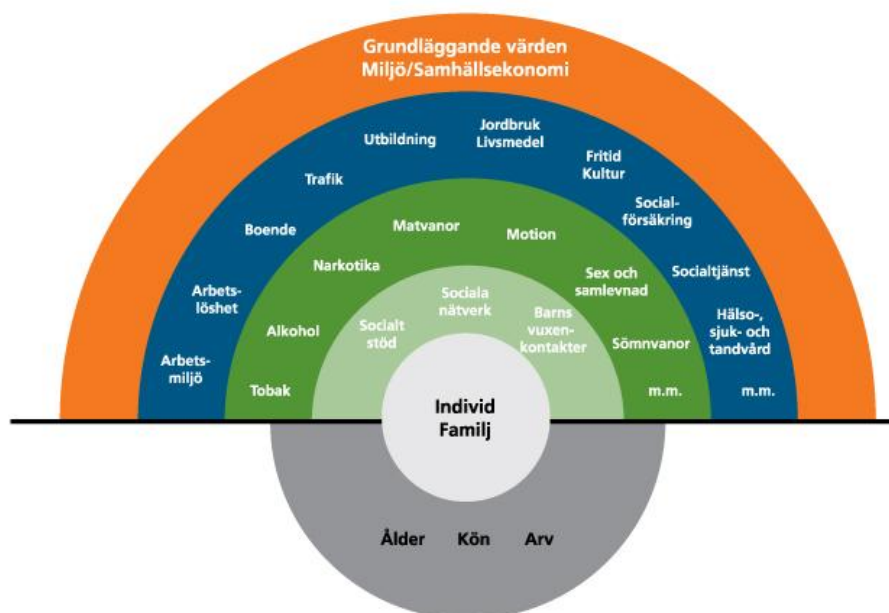
- Behov av möjligheter till social samvaro och ökad tillgång till socialt stöd.

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

3 INLEDNING

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

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



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

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

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

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

3.1 Styrande dokument för Jämtlands län

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

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

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

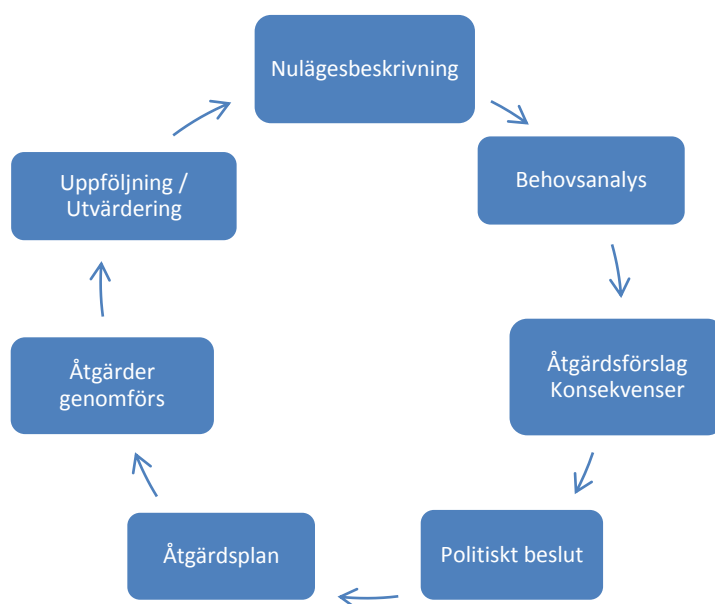
- Förbättrad psykisk hälsa
- Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

3.2 Regionalt och lokalt folkhälsoarbete

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

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

Figur 2 Arbetsprocess



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

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

Nedan följer ett axplock av insatser som genomförts eller påbörjats länsövergripande sedan år 2010 för att möta dessa behov.

Förbättrat psykiskt välbefinnande bland unga vuxna

- Ett nätverk för samordning av föräldrastöd har bildats med mål att synliggöra och tillgängliggöra det föräldrastöd som erbjuds i länet. Nätverket erbjuder även mötesplatser för samordnad utbildning och erfarenhetsutbyte inom föräldrastöd. Syftet är att bidra till trygga uppväxtvillkor för barn och unga i länet.
- Region Jämtland Härjedalen har i samarbete med Östersunds kommun deltagit i SKL:s projekt PSYNK med fokus på förbättrade skolresultat och psykisk hälsa.
- Studien ”dans mot psykisk ohälsa” kultur som komplement till behandling mot psykisk ohälsa, Folkhälsocentrum i samverkan med Östersunds kommun och Samordningsförbundet.
- Livskunskapsutbildningar riktade till de som möter barn och unga i sin profession har genomförts.
- En samverkansgrupp för ”blåljusmyndigheter” har bildats i syfte att förbättra samverkan kring suicidnära patienter vid fara för liv. Där ingår Polis, Räddningstjänst, SOS Alarm, Ambulans och Psykiatriska akutmottagningen.
- Ett avtal har tecknats med vårdgivare i Norge (SANKS – Samisk Nasjonalt Kompetansesenter – psykisk helsevern) för att erbjuda bättre vård och bemötande för samisk befolkning.
- En samarbetsöverenskommelse har slutits mellan vuxenpsykiatri och primärvård.

Minskad rökning särskilt bland medelålders kvinnor

- Ett flertal utbildningsinsatser inom tobaksavvänjning har genomförts till olika målgrupper inom bland annat företagshälsovård och primärvård.
- Den vetenskapligt utvärderade metoden Tobaksfri Duo har startats upp med syfte att förebygga tobaksbruk bland barn och unga.
- Jämtlands län har som första län i Sverige nyligen skrivit under Projektet Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025. Projektet är opinionsbildande och har som mål att tobaksrökningen ska fasas ut och ligga under 5 procent i befolkningen år 2025.
- I arbetet inom länets Mobilisering mot droger där Region Jämtland Härjedalen, länets kommuner, Länsstyrelsen och polisen samverkar är tobaksförebyggande arbete en viktig del.

Minskad övervikt och fetma (främja goda levnadsvanor)

- Ett flertal förebyggande generella insatser i tidig ålder för att främja goda levnadsvanor har genomförts eller påbörjats. Bland annat har ett nytt samtalsverktyg med tillhörande manual tagits fram för 4-årssamtalet på BVC. Projektet 'Rörelse av vikt' har genomförts med mål att öka medvetenheten och sätta fokus på levnadsvanornas effekt på hälsan hos barn och föräldrar.
- I 'Hälsa på lika villkor 2010' framkom att många önskade stöd för att öka sin fysiska aktivitet och som en följd av detta startades projektet 'Börja träna' i samverkan med Friskis & Svettis.
- Kampanjen "500 gram" genomfördes för att främja goda matvanor genom ökad konsumtion av grönsaker och frukt.
- Samordning av och deltagande i nationella uppmärksamhetsveckan 'Ett friskare Sverige'.

4 SYFTE OCH METOD

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

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

4.1 Enkät, svarsfrekvens och analys

Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" har genomförts årligen sedan 2004. Undersökningen syftar till att visa hur befolkningen mår samt till att följa förändringar i hälsa över tid. Enkäten består av 88 frågor, som med delfrågor totalt genererar 146 frågor. Dessa kompletteras av folkbokföringsuppgifter från SCB. Frågorna handlar om bland annat hälsa, levnadsvanor, trygghet och sociala relationer, ekonomiska förhållanden och sysselsättning. Det nationella urvalet består varje år av 20 000 personer i åldrarna 16-84 år. Ungefär hälften av personerna i urvalet besvarar enkäten, dock med en sjunkande andel svarande varje år. År 2014 var den nationella svarsfrekvensen 48 procent, medan motsvarande siffra i Jämtlands län var 52,5 procent. Region Jämtland Härjedalen har sedan år 2006 deltagit med utökad urval vart fjärde år. Enkäten går att finna i sin helhet på www.folkhalsomyndigheten.se

År 2014 skickades totalt 9 600 enkäter ut i Jämtlands län varav 5 148 besvarades, en svarsfrekvens på 52,5 procent. Populationen utgjordes av personer i åldern 16-84 år. Antalet webbsvar var 562 stycken eller 10,9 procent av de svarande. Det fanns också möjlighet att få frågorna upplästa med hjälp av programmet [Talande Webb](#).

Undersökningen baseras på ett slumpmässigt urval där individer tillfrågas och där svaren efter statistisk bearbetning kan användas för att uttala sig om hela befolkningen. Generellt minskar svarsfrekvensen för alla typer av undersökningar och för den årliga nationella enkäten har svarsfrekvensen sjunkit med 10 procentenheter under en tioårsperiod, enligt Folkhälsomyndigheten. För Jämtlands län var svarsfrekvensen 57 procent vid föregående mätning år 2010. Att endast lite mer än hälften (52,5 procent) av de tillfrågade svarat på frågorna innebär att det finns risk för att enkätsvaren i vissa avseenden är en överskattning av hur hälsan ser ut i befolkningen, då enkäten troligt inte speglar de grupper där hälsan är mest ojämnt fördelad. En bortfallsanalys visar att det framförallt är unga vuxna som inte svarat på enkäten. 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 tendenser. Av samma skäl bör heller inte resultaten jämföras med andra undersökningar som baseras på andra urvalsprinciper eller metoder. De skillnader som är statistiskt säkerställda markeras i diagrammen med en asterix (*).

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

4.1.1 Definitioner

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

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

Utbildningsnivå - Utbildningsvariabeln består av tre grupper *Kort utbildning* – Högst grundskoleutbildning eller motsvarande, *Medellång utbildning* - Högst gymnasieutbildning

eller motsvarande och *Lång utbildning* – Eftergymnasial utbildning, exempelvis högskoleutbildning.

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

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

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

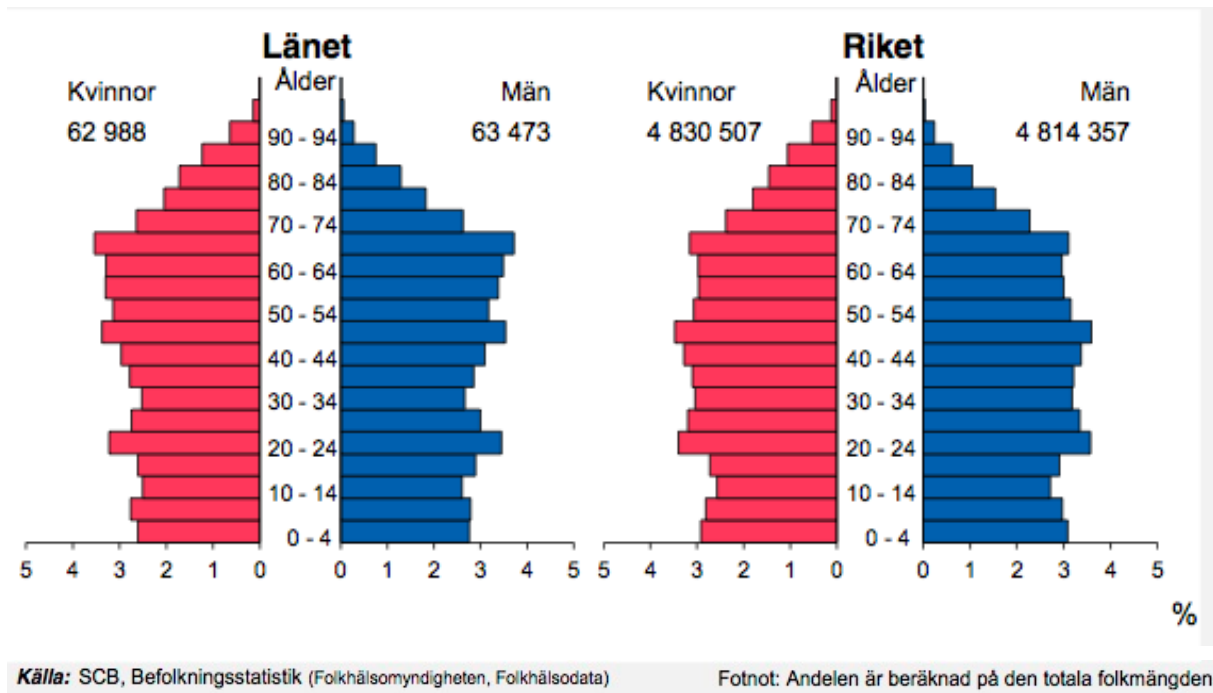
Personer med funktionsnedsättning har definierats utifrån fyra frågor:

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

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

5 BEFOLKNINGEN

Figur 3 Folkmängd 31 december 2013



5.1 Befolkningsstruktur i länet

Befolkningsstrukturen visar på en något åldrande befolkning. Det är fler kvinnor i de höga åldrarna än män, även om det är något fler män totalt sett. Det är fler som närmar sig 65 år än vad det är personer som närmar sig 20 år. Senaste årens ökade invandring har haft en positiv effekt på befolkningsantalet i länet.

5.2 Medellivslängd

Medellivslängden ökar för både män och kvinnor i Jämtlands län och ligger något under riksgenomsnittet, både för män och kvinnor. I genomsnitt blir kvinnorna i länet 83,2 år medan männen blir 79,3 i länet (83,5 respektive 79,7 i riket).

5.3 Utbildningsnivå

Kvinnor studerar längre i större utsträckning än män både i länet och i riket. Av kvinnorna mellan 25-44 i Jämtlands län har 49 procent en eftergymnasial utbildning av någon längd, vilket är något lägre än i riket (52 procent). Motsvarande andel bland männen i samma ålder är 30 procent i länet och 39 procent för riket. Ju högre ålder desto lägre andel med en längre utbildning. Drygt var tredje kvinna och var fjärde man i länet mellan åldern 45-64 år har en efter gymnasial utbildning, vilket är under riksnivåerna. Vid åldrarna över 45 år ökar andelen med en kortare utbildning. För de över 65 år har nästan en tredje del endast en förgymnasial utbildning.

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

<i>Procentfördelning, %</i>		Jämtlands län			Riket		
Åldersgrupp	Utbildningsnivå	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25-44 år	Förgymnasial	7	10	9	9	11	10
	Gymnasial	42	58	50	37	46	42
	Eftergymnasial	49	30	39	52	39	46
	Uppgift saknas	2	2	2	2	3	3
	Totalt	100	100	100	100	100	100
45-64 år	Förgymnasial	10	17	13	13	18	16
	Gymnasial	52	57	55	47	49	48
	Eftergymnasial	37	26	31	39	32	35
	Uppgift saknas	0	1	0	1	1	1
	Totalt	100	100	100	100	100	100
65-74 år	Förgymnasial	25	34	29	28	32	30
	Gymnasial	50	45	47	43	41	42
	Eftergymnasial	24	21	23	28	25	27
	Uppgift saknas	1	1	1	1	1	1
	Totalt	100	100	100	100	100	100

Källa: Folkhälsodata, Folkhälsomyndigheten

6 RESULTAT HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR

6.1 Hälsa

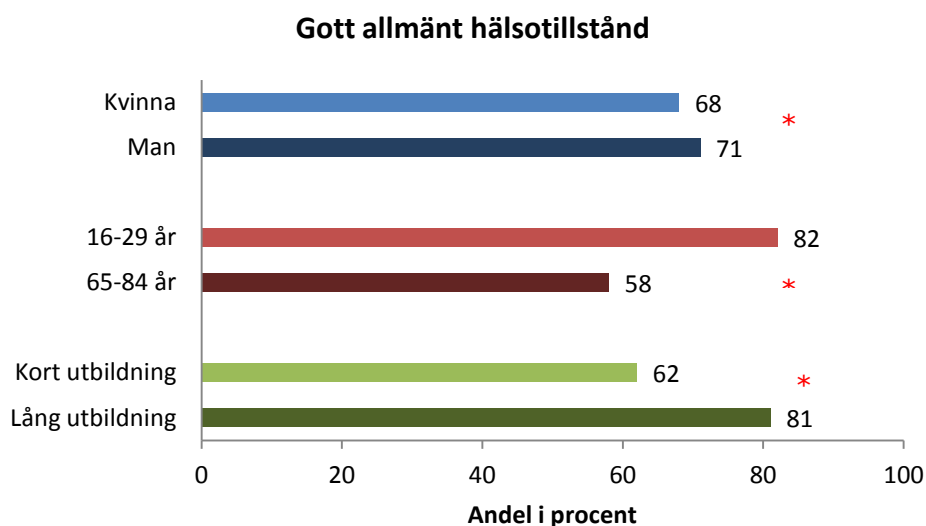
Detta kapitel redogör för gott allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande och god tandhälsa.

6.1.1 Allmänt hälsotillstånd

Allmänt hälsotillstånd utgår ifrån frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med svarsalternativen "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt", "Mycket dåligt". "Mycket bra" och "Bra" räknas som gott allmänt hälsotillstånd. Självs kattad hälsa har visat sig vara en god indikator på att kunna förutsäga förtida död (Folkhälsomyndigheten 2013).

Jämfört med riket skattar både män och kvinnor i Jämtlands län i mindre utsträckning sin hälsa som god. I riket skattar 74 procent sin hälsa som god och i länet 69 procent. Kvinnor upplever inte sin hälsa lika god som männen gör. Över tid, 2006-2014 har dock länets kvinnors självs kattade hälsa ökat från 63 procent till 68 procent, detta framförallt för kvinnor i den äldsta åldersgruppen 64-85 år. Likaså har andelen med god hälsa ökat för dem med lång utbildning. Samma goda utveckling syns inte för andelen med kort utbildning, funktionsnedsatta eller personer utan kontantmarginal.

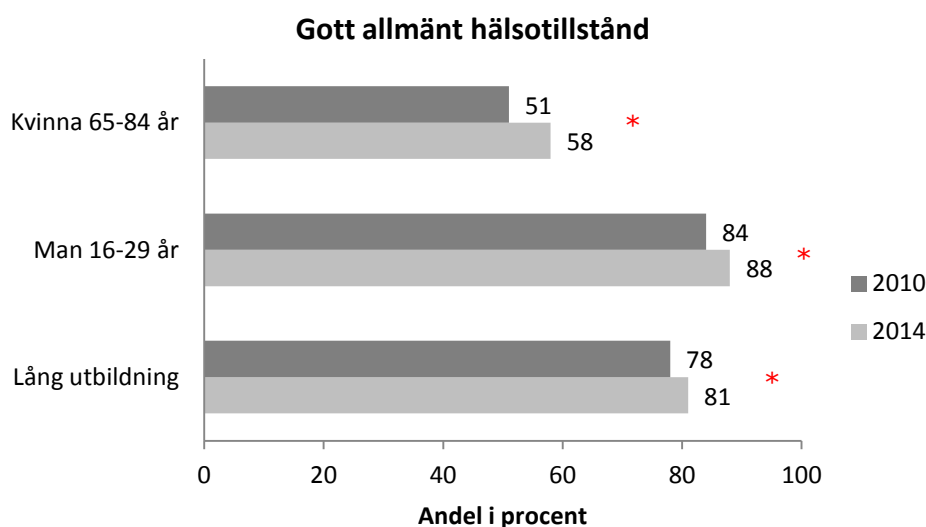
Figur 4 Figuren visar gott allmänt hälsotillstånd fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

Figur 5 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende gott allmänt hälsotillstånd fördelat på kön/ålder och utbildningsnivå. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

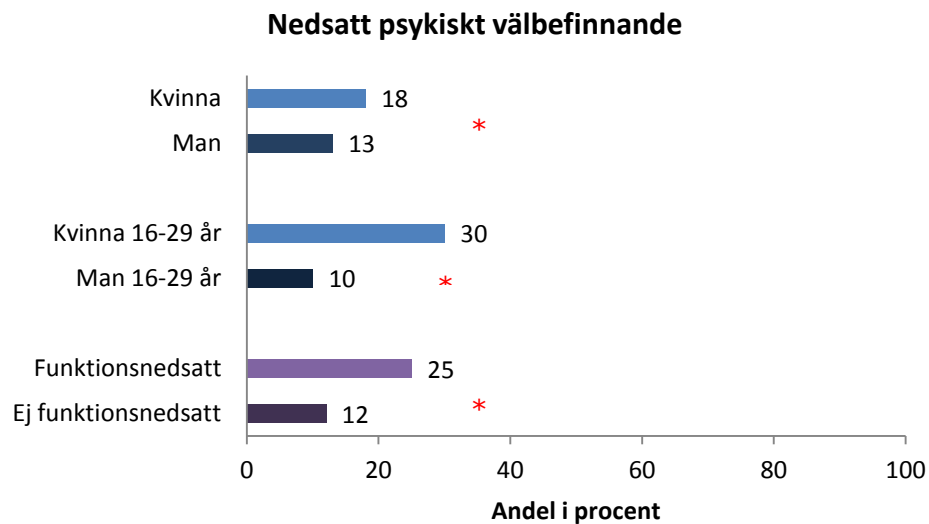
6.1.2 Nedsatt psykiskt välbefinnande

Nedsatt psykiskt välbefinnande mäts genom Ghq12- index som består av 12 olika frågor i enkäten. Indexet omfattar frågor om koncentration, uppskatta vardagssysslor, sömnproblem pga. oro, ta itu med problem, gjort nytta, beslutsförmåga, förlorat tron på sig själv, känt sig spänd, känt sig värdelös, klarat sina problem, känt sig lycklig.

Jämfört med riket syns inga skillnader i hur länets män skattar sitt psykiska välbefinnande. Länets kvinnor skattar sitt psykiska välbefinnande något bättre än rikets kvinnor. I riket skattar 21 procent av kvinnorna ett nedsatt psykiskt välbefinnande. I Jämtlands län är det liksom tidigare mätningar också visat, en större andel kvinnor än män som har ett nedsatt psykiskt välbefinnande, 18 procent av kvinnorna och 13 procent av männen. Särskilt stor är skillnaden bland unga vuxna där 30 procent av unga vuxna kvinnor har nedsatt psykiskt välbefinnande och 10 procent av unga vuxna män. Sedan föregående mätning skattar unga vuxna kvinnor en sämre psykisk hälsa. Det finns även en tendens till att personer som definierar sig som homo, bi eller osäker på sin sexuella läggning/identitet skattar ett nedsatt psykiskt välbefinnande i högre grad än tidigare men skillnaden är inte säkerställd. Det finns även en markant skillnad utifrån ekonomiska förutsättningar och utifrån funktionsnedsättning. I de äldre åldergrupperna syns ingen skillnad.

Bland unga vuxna rapporterar en betydligt större andel kvinnor än män besvär såsom ångslan, oro, ångest och trötthet. Att ha haft suicidtankar, där man övervägt att ta sitt eget liv, är vanligare bland yngre än bland äldre. Bland 16-29 åringar har 10 procent av kvinnorna haft självmordstankar, en eller flera gånger under det senaste året.

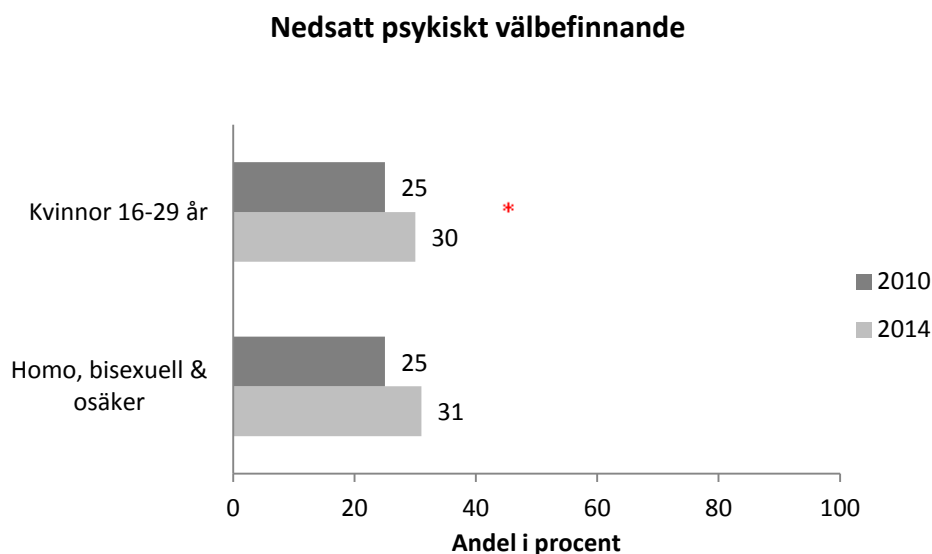
Figur 6 Figuren visar nedsatt psykiskt välbefinnande fördelat på kön, kön/ålder och funktionsnedsatt/ej i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall).



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

Figur 7 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende nedsatt psykiskt välbefinnande fördelat på kön/ålder och sexuell läggning (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

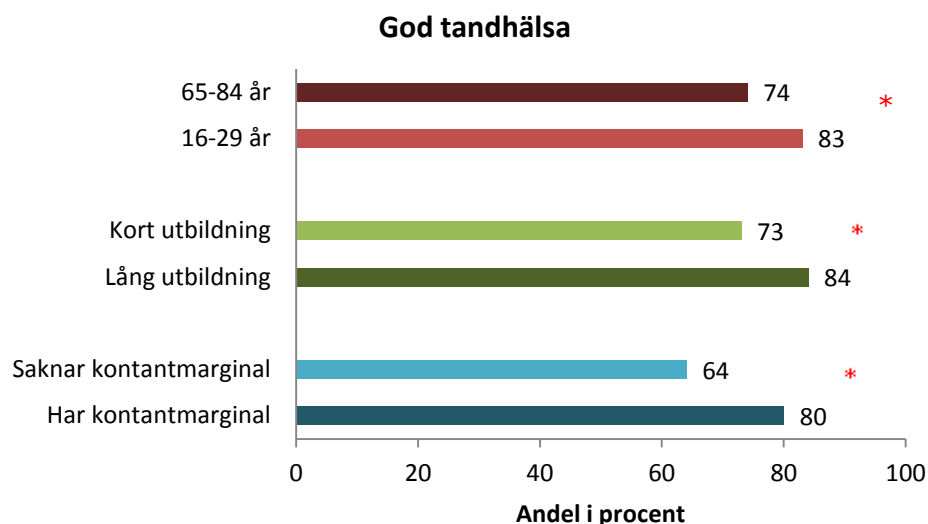
6.1.3 Tandhälsa

Tandhälsan utgör en viktig del av individers livskvalitet och välbefinnande.

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

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

Figur 8 Figuren visar andel som skattar god tandhälsa fördelat på ålder, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

6.2 Trygghet och sociala relationer

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

6.2.1 Tillit

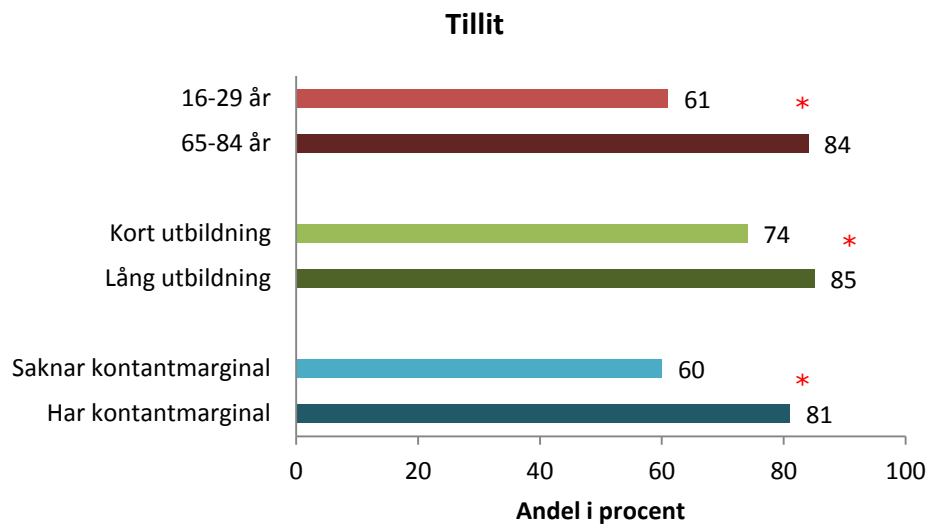
Tillit mellan människor har betydelse för hälsan. En hög grad av tillit kan sannolikt minska människors stress, vilket i sin tur har en positiv inverkan på hälsan. Den som känner tillit till andra är också mer benägen att delta i sociala nätverk och aktiviteter, något som ytterligare bidrar till en god hälsa (Jen et al., 2010). Även tillit till olika demokratiska institutioner och myndigheter är viktig. Människor som har blivit orättvist behandlade av samhället litar mindre på andra, och det kan påverka hälsan negativt (Rostila, 2008).

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

Jämfört med riket är tilliten till andra människor högre i länet. 76 procent av männen och 78 procent av kvinnorna i länet känner tillit till andra. Tilliten har dock sjunkit något sedan 2010, i nivå med mätningen år 2006. I den yngsta åldersgruppen 16-29 år är tilliten lägre än i övriga grupper och andelen unga som känner tillit har minskat något sedan 2010.

Detsamma gäller för personer med kortare utbildning och utifrån ekonomisk kapacitet. När det kommer till tillit och förtroende för myndigheter har även den sjunkit bland unga vuxna sedan föregående mätning.

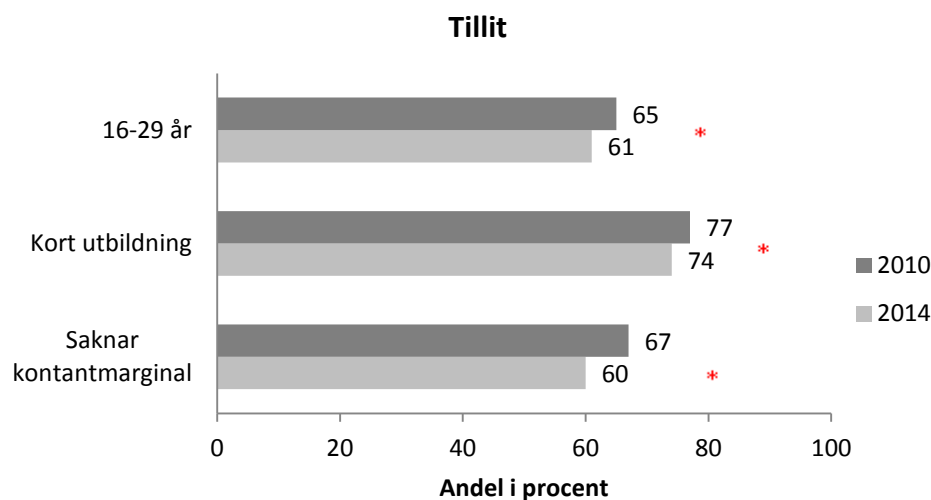
Figur 9 Figuren visar andel som i allmänhet känner tillit till de flesta andra människor fördelat på ålder, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

Figur 10 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende tillit fördelat på ålder, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall).



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

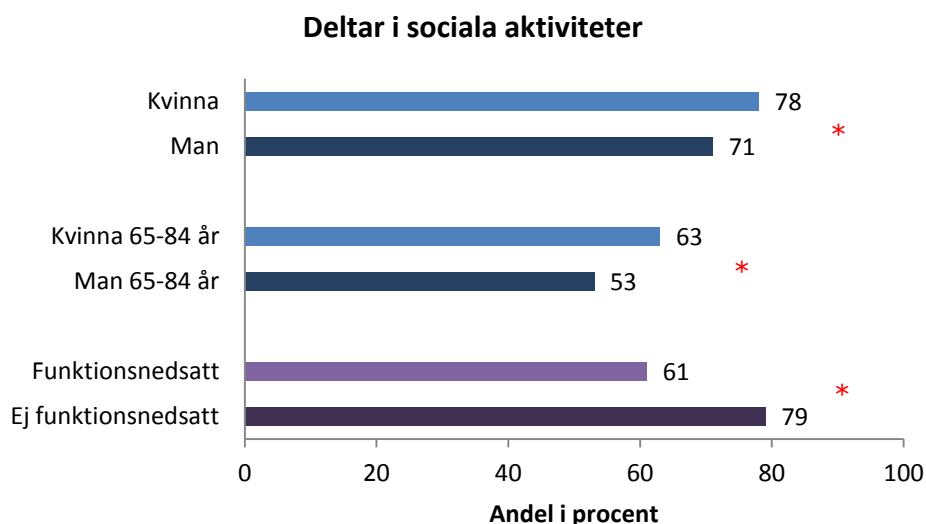
Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

6.2.2 Socialt deltagande

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

Jämfört med riket visar Jämtlands län på ett lägre deltagande i sociala aktiviteter, 75 procent jämfört med 80 procent i riket. Män i länet deltar i lägre utsträckning än vid tidigare mätningar, 71 procent år 2014 mot 74 procent 2010. Kvinnor i länet deltar i sociala aktiviteter i högre utsträckning än män, 78 procent. Den äldsta åldersgruppen deltar i minst utsträckning i föreslagna sociala aktiviteter där män 65-84 år deltar i minst utsträckning. Kvinnor 65-84 år deltar i högre utsträckning än vid tidigare mätningar. Markanta skillnader finns även utifrån utbildningsnivå, ekonomisk kapacitet samt om man har en funktionsnedsättning eller ej.

Figur 11 Figuren visar variabeln socialt deltagande fördelat på kön, kön/ålder och funktionsnedsatt/ej i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall).



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

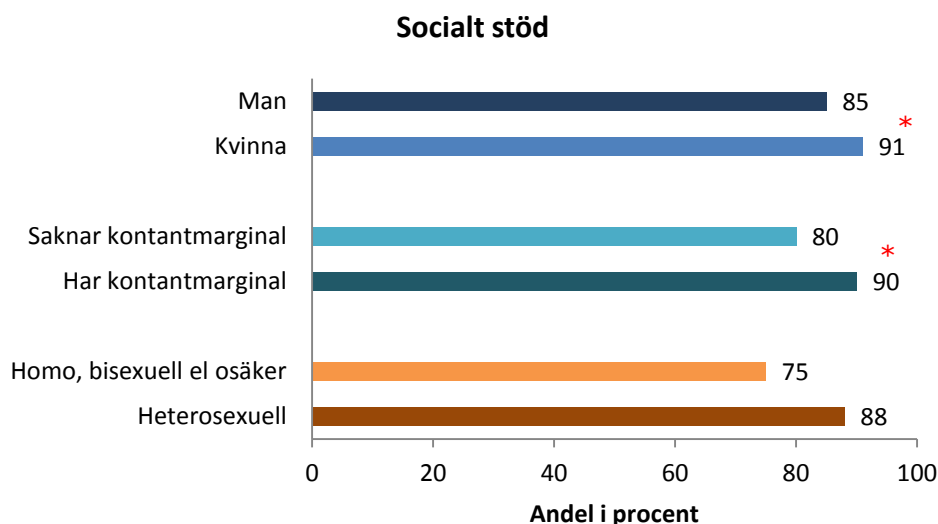
Källa: Hälsa på lika villkor 2014

6.2.3 Socialt 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."

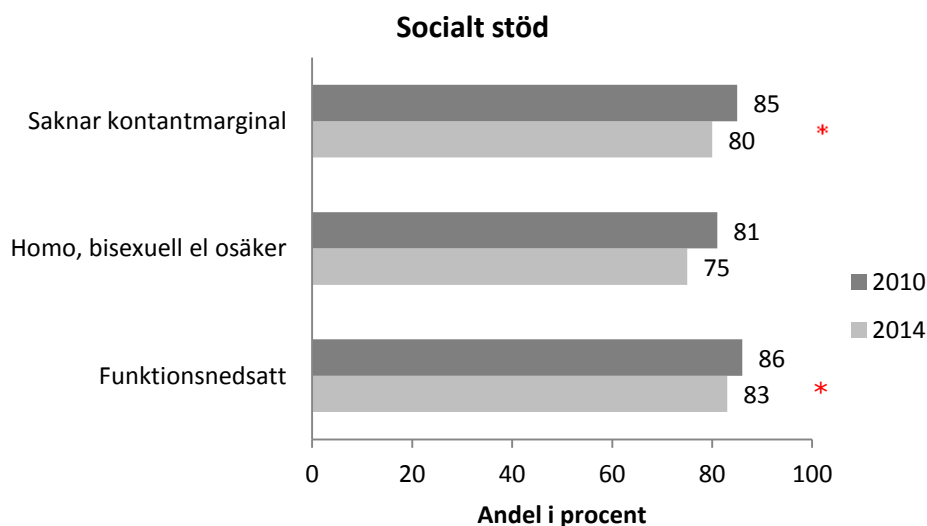
Jämfört med riket uppger personer i länet att man har emotionellt och praktiskt stöd i samma utsträckning. Kvinnor har tillgång till både emotionellt och praktiskt stöd i större omfattning än vad män har. I åldern 16-29 år syns en tydlig skillnad i tillgång till emotionellt stöd mellan män och kvinnor.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

Figur 12 Figuren visar tillgång till socialt/emotionellt stöd fördelat på kön, ekonomiska förutsättningar och sexuell läggning/identitet i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Figur 13 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende socialt stöd fördelat på ekonomiska förutsättningar, sexuell läggning/identitet och funktionsnedsättning/ej. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014.

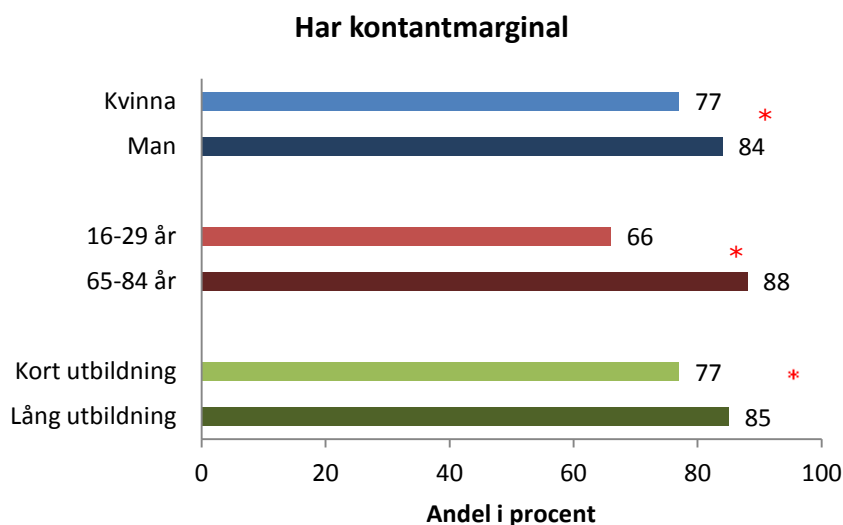
6.2.4 Kontantmarginal

I enkäten definieras kontantmarginal utifrån svaret "Ja" på frågan: "Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?"

Att ha kontantmarginal, det vill säga att ha möjligheten att på en vecka skaffa fram 15 000 kronor, används som en indikator på ekonomisk kapacitet. Brist på kontantmarginal kan verka ekonomiskt stressande och har samband med dåligt allmänt hälsotillstånd. (Folkhälsomyndigheten 2013).

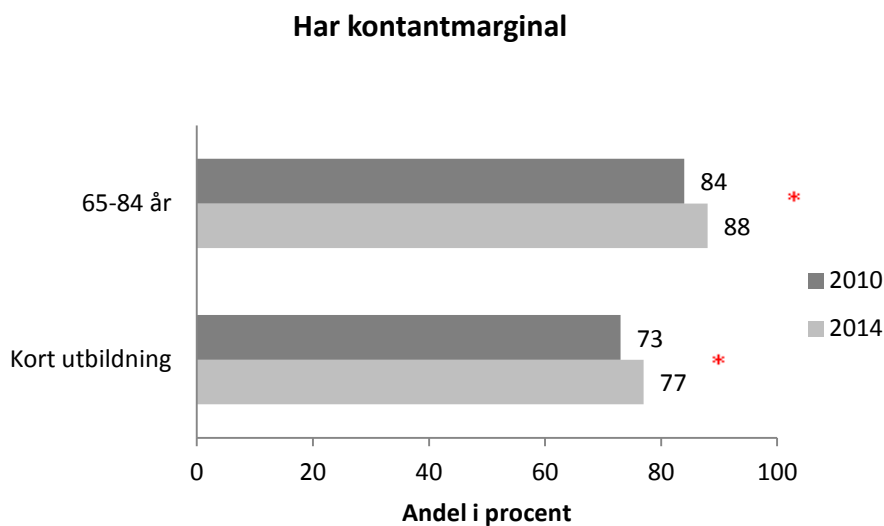
Personer i Jämtlands län har kontantmarginal i samma utsträckning som i riket. Män har kontantmarginal i högre grad än kvinnor (84 procent jämfört med 77 procent för kvinnor). Andelen som har kontantmarginal har blivit större sedan förra mätningen 2010. Detta gäller särskilt 65-84 åringarna, för både män och kvinnor, och så även personer med kort utbildning.

Figur 14 Figuren visar andel med kontantmarginal fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Figur 15 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende tillgång till kontantmarginal fördelat på ålder och utbildningsnivå. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

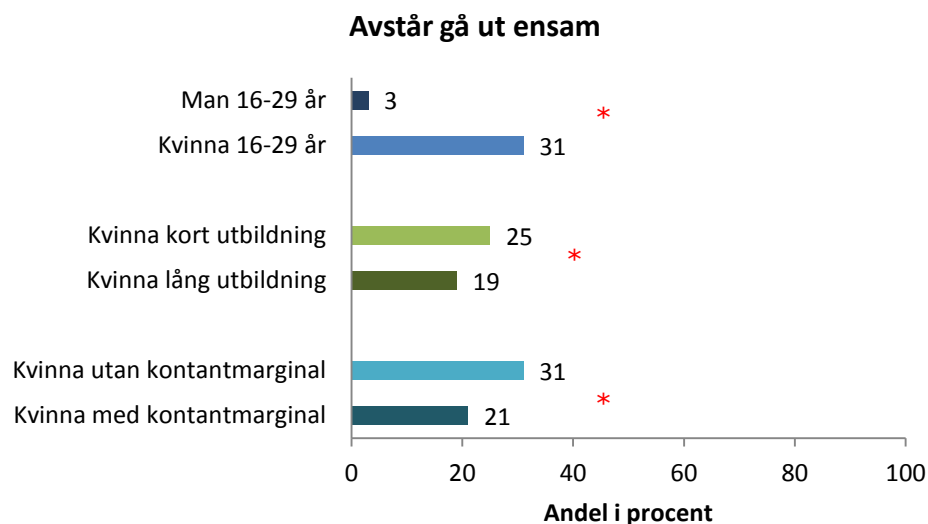
6.2.5 Otrygghet utomhus

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

Jämfört med riket är otryggheten att vistas utomhus mindre i Jämtlands län, detta både för män och kvinnor (män 5 procent i länet mot 8 procent i riket och kvinnor 26 procent i länet mot 34 procent i riket). Det är dock betydligt vanligare att kvinnor än män någon gång avstår från att gå ut ensam. Andelen har dock minskat sedan 2006 från 32 till 26 procent 2014. Kvinnor med lång utbildning står för den största minskningen. Kvinnor 16-29 år samt 64-85 år avstår i störst utsträckning från att gå ut ensamma.

Figur 16 Figuren visar andel som avstår från att gå ut ensam fördelat på kön/ålder, kön/utbildningsnivå och kön/ekonomiska förutsättningar i Jämtlands län år 2014.

(beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

6.2.6 Kränkande bemötande

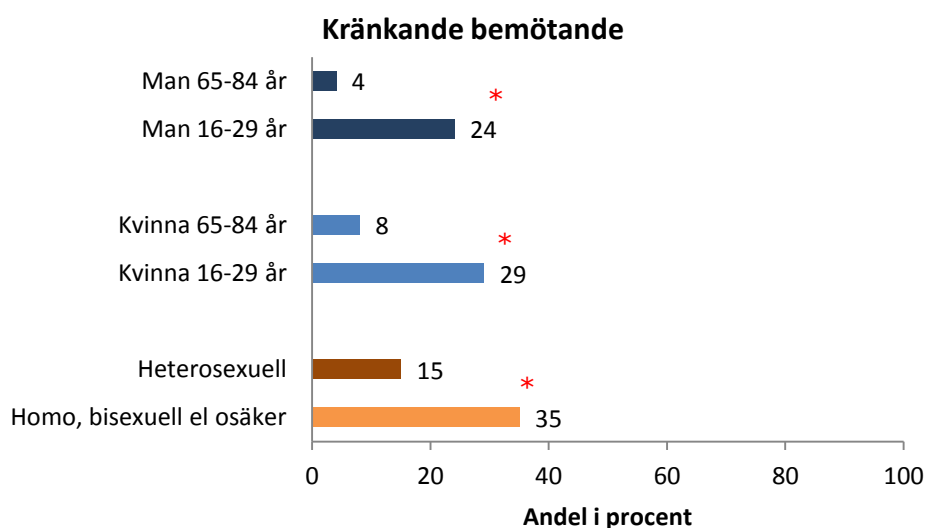
Kränkande bemötande är tänkt att ge en viss indikation på diskriminering. Diskriminering minskar möjligheten till delaktighet och inflytande i samhället, utestänger människor från arbetsmarknaden och särbehandlar människor. Erfarenheter av diskriminering kan vidare ge upphov till både akut och kronisk stress, vilket kan orsaka nedsatt psykiskt välbefinnande och förändringar i fysiologiska processer (Frykman, 2006).

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

Jämfört med riket är det mindre vanligt att personer i Jämtlands län har blivit utsatt för behandling eller bemötande som upplevs kränkande. Dock upplever 19 procent av kvinnorna i länet mot rikets 23 procent och 13 procent av männen i länet mot rikets 16 procent ibland eller ofta kränkningar av olika slag. Dessa siffror har legat stadigt över tid. Det är vanligare att yngre personer upplevt kränkningar och i synnerhet kvinnor. I åldersgruppen 16-29 år upplever andelen unga vuxna män kränkningar i högre utsträckning än tidigare medan kvinnor i mindre utsträckning jämfört med 2010. Bland personer som definierar sig som homo, bi eller är osäkra på sin sexualitet/identitet har andelen som

upplever kränkande bemötande ökat sedan föregående mätning. Så även om man har en kortare utbildning.

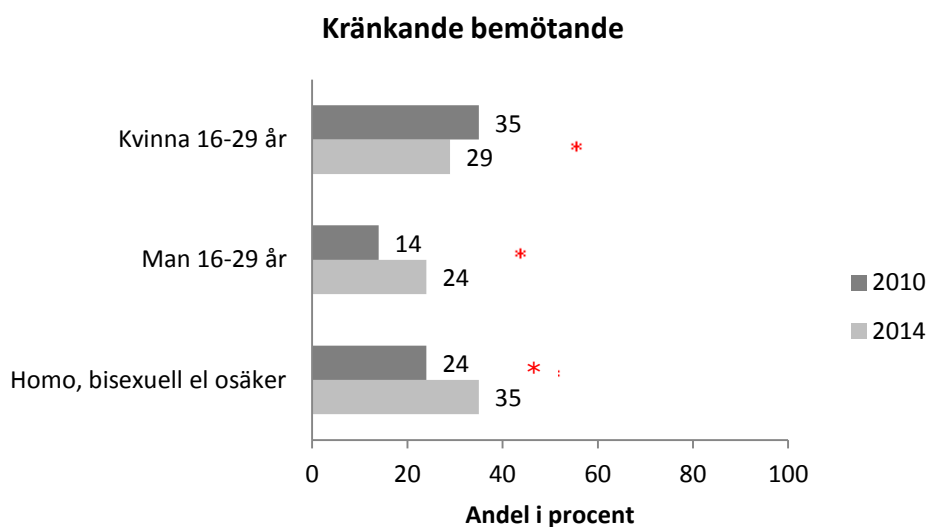
Figur 17 Figuren visar andel som upplevt kränkande bemötande eller behandling fördelat på kön/ålder och sexuell läggning eller identitet i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Figur 18 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 andel som upplevt kränkande bemötande eller behandling fördelat på kön/ålder och sexuell läggning eller identitet i Jämtlands län.

(beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

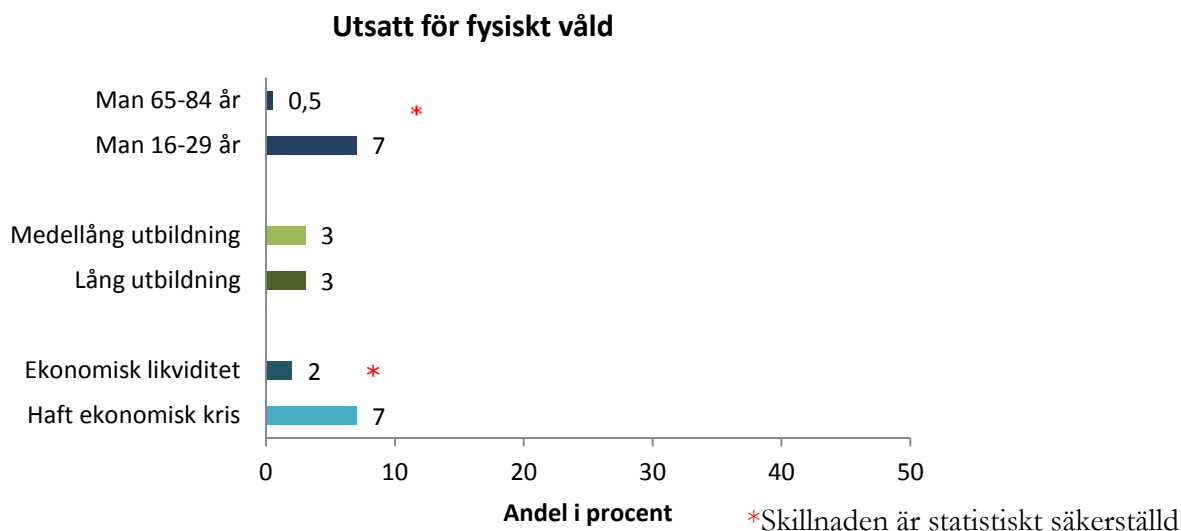
Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

6.2.7 Hot om våld och utsatthet för fysiskt våld

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

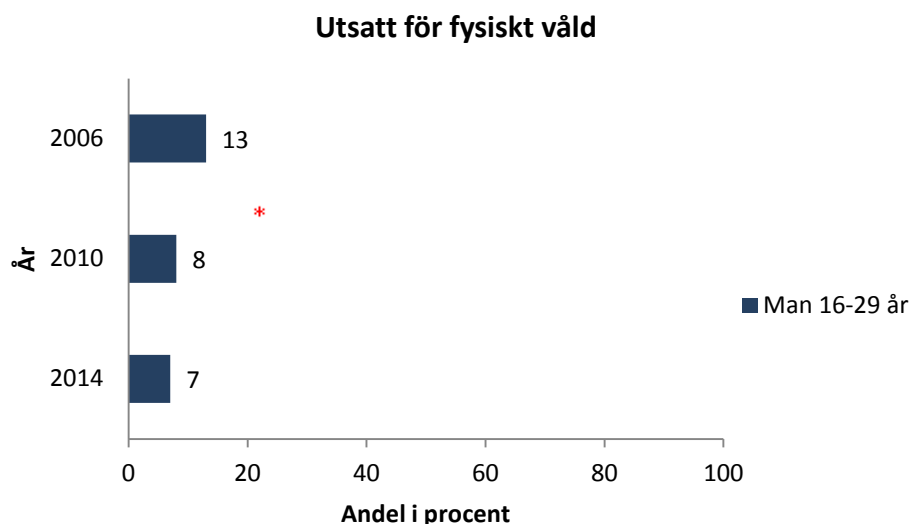
Jämfört med riket uppger personer i Jämtlands län i samma utsträckning att man blivit utsatta för hot om våld, 3 procent av männen och 4 procent av kvinnorna. Andelen som uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld är för män i länet 3 procent, detsamma som i riket. En något lägre andel kvinnor, 2 procent, uppger detta jämfört med rikets kvinnor, 3 procent. Sedan 2006 har andelen män som uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld blivit lägre, en minskning från 5 procent till 3 procent 2014. Hot om våld och utsatthet för fysiskt våld är vanligare i de yngre åldersgrupperna. Unga män 16-29 år är utsatta i högre utsträckning än andra. Sedan 2006 har dock andelen unga män som uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld minskat från 13 procent till 7 procent.

Figur 19 Figuren visar andel gällande utsatthet för fysiskt våld fördelat på kön/ålder, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



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

Figur 20 Skillnader mellan år 2006, 2010 och år 2014 gällande utsatthet för fysiskt våld bland unga vuxna män 16-29 år i Jämtlands län. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd Källa: Hälsa på lika villkor 2006, 2010 och 2014

6.3 Levnadsvanor

I detta avsnitt kommer fysisk aktivitet, stillasittande, intag av frukt och grönt, riskabel alkoholkonsumtion, cannabisbruk, tobaksbruk samt riskabelt spelande att redovisas. I enkäten ställs även frågor om vilja till förändrade levnadsvanor. Frågorna som ställs är: "Vill du öka din fysiska aktivitet?" "Vill du öka ditt intag av frukt och grönsaker?" "Vill du sluta röka?" "Vill du sluta snusa?" "Vill du minska din alkoholkonsumtion?" med svarsalternativen "Ja, och jag tror att jag klara det själv", "Ja, men jag behöver stöd", "Nej". Gällande rökning och snusning finns också alternativen "Röker/snusar ej"

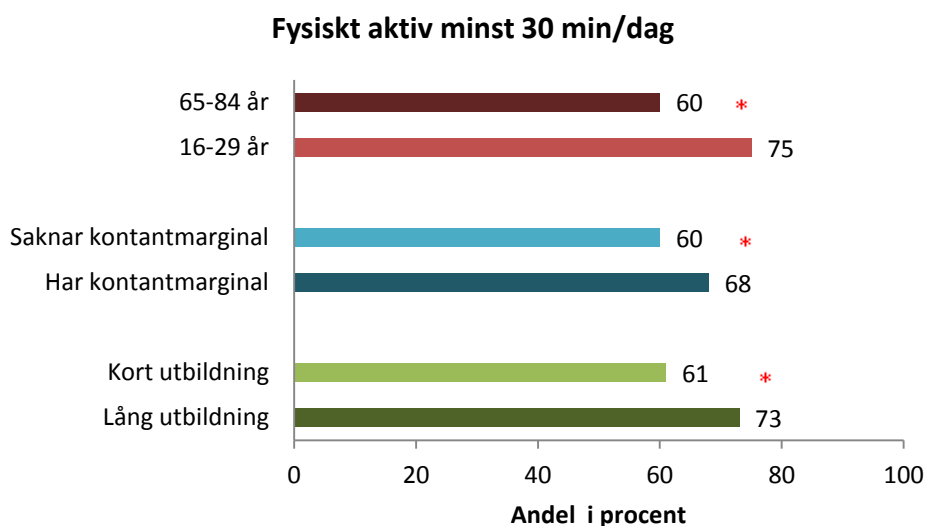
6.3.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är livsnödvändigt för att vi ska hålla oss friska och att vara fysiskt aktiv ger många hälsofördelar. Det gör oss piggare och starkare och ger en högre livskvalitet, och minskar också risker för ett flertal sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom och olika cancerformer. (Statens Folkhälsoinstitut 2012). För att främja hälsa, minska risk för kroniska sjukdomar, förebygga förtida död samt för att bevara eller förbättra fysisk kapacitet rekommenderas att: alla vuxna bör vara fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka på en måttligt ansträngande nivå (FYSS, 2015). I rekommendationerna står också att stillasittande bör undvikas, då man vet att längre stunder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet, är starkt kopplade till såväl fetma, diabetes, metabola syndromet, hjärt-kärlsjukdom, cancer som förtida död.

Fysisk aktivitet minst 30 minuter/dag bildas av två frågor: "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm? T.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt." Fysisk aktivitet definieras utifrån svaren "5 timmar per vecka eller mer" samt "Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka". Samt frågan "Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?" Fysisk aktivitet definieras utifrån svaren "Måttlig, regelbunden motion på fritiden" samt "Regelbunden motion och träning"
Stillasittande fritid - Personer som promenerar, cyklar eller rör på sig mindre än två timmar i veckan.

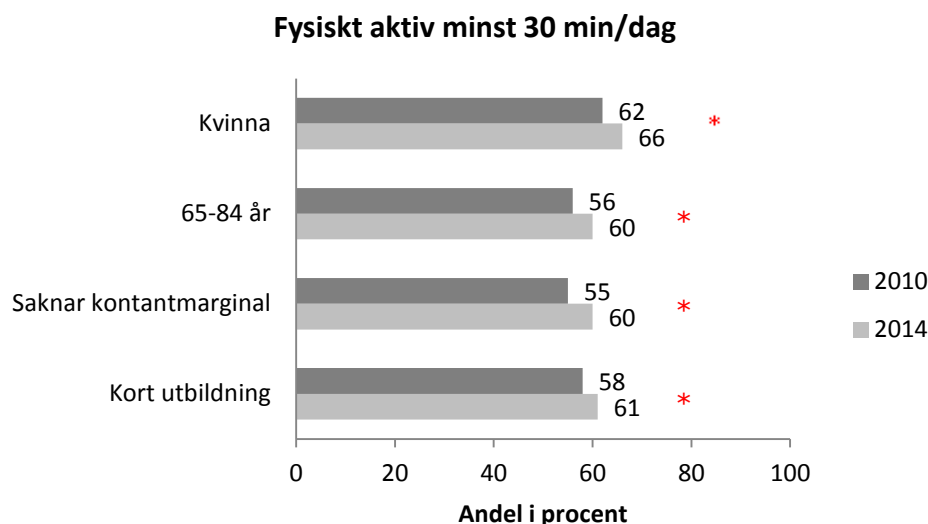
I länet når 66 procent av befolkningen upp till rekommenderad nivå av fysisk aktivitet. Jämfört med tidigare mätningar har andelen kvinnor som är fysiskt aktiva ökat och då främst i den äldsta åldersgruppen. Jämfört med riket syns inga skillnader när det gäller fysisk aktivitet 30 minuter om dagen. Personer i åldern 16-29 år är fysiskt aktiva i högre utsträckning än andra åldersgrupper. Kvinnor och män med en kortare utbildning, som saknar kontantmarginal eller som har en funktionsnedsättning rör sig i mindre utsträckning än jämförbara grupper. Dock har den fysiska aktivitetsnivån ökat för personer med kort utbildning och med sämre ekonomiska förutsättningar.

Figur 21 Figuren visar fysisk aktivitet minst 30 minuter per dag fördelat på ålder, ekonomiska förutsättningar och utbildningsnivå i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Figur 22 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende fysisk aktivitet minst 30 minuter per dag fördelat på kön, ålder, ekonomiska förutsättningar och utbildningsnivå i Jämtlands län. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

Jämfört med riket är en lägre andel stillasittande i Jämtlands län, detta gäller för både män och kvinnor. Att ha en stillasittande fritid är vanligast i den äldsta åldersgruppen 65-84 år. 17 procent av 65-84 åringar har en stillasittande fritid jämfört med 10 procent bland 16-29 åringarna. Personer med fetma anger i dubbelt så stor utsträckning att man har en stillasittande fritid. Personer med lägre utbildningsnivå har i högre grad en stillasittande fritid än högre utbildade.

Av de som är inaktiva önskar nära hälften att bli mer aktiva och cirka 7 500 önskar stöd och hjälp i den förändringen. Av personer som har en funktionsnedsättning önskar cirka 20 procent stöd.

6.3.2 Intag av frukt och grönsaker

Genom den mat vi äter får vi i oss vitaminer, mineraler, fibrer och energi. Vi rekommenderas att äta minst 500 gram frukt och grönsaker per dag. Goda matvanor har samband med minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer, diabetes typ II, övervikt och karies (Folkhälsomyndigheten, 2013).

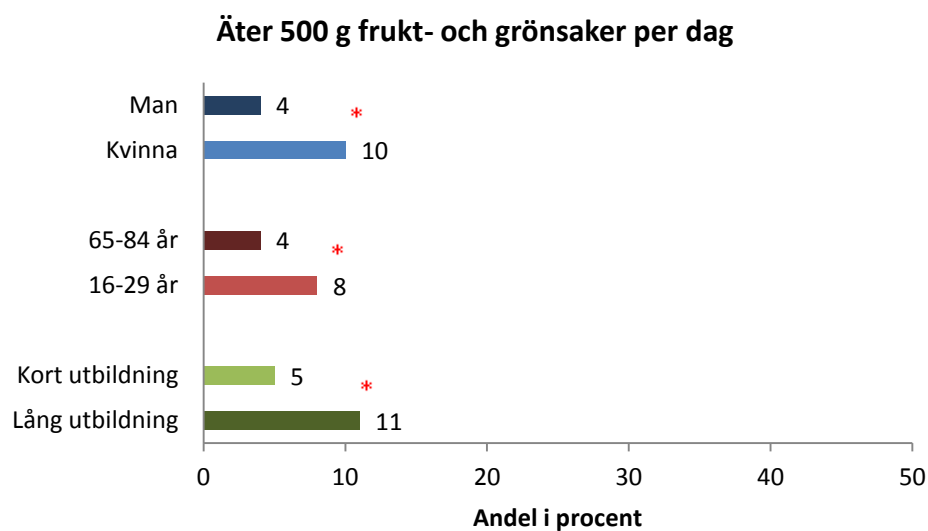
Frukt- och grönsakskonsumtion är en sammanslagning av två frågor: "Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter? Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm" och "Hur ofta äter du frukt

och bär? Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt.”

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

6 av 10 vill öka sitt intag av frukt och grönsaker och av dem som äter under rekommenderat intag önskar nära 3 000 personer stöd.

Figur 23 Figuren visar intag av frukt och grönsaker fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

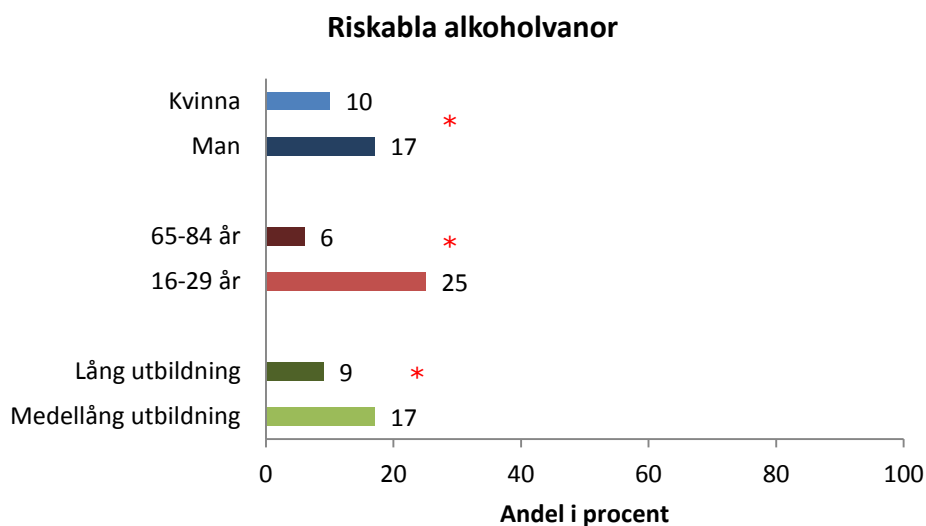
6.3.3 Alkohol

Alkohol orsakar mer än 60 olika sjukdomstillstånd, varav de vanligaste är olika former av hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa. Därtill kommer alkoholens skador på andra runt om än den som själv dricker, vilka är svåra att beräkna på grund av ett stort mörkertal (Statens Folkhälsoinstitut 2011).

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

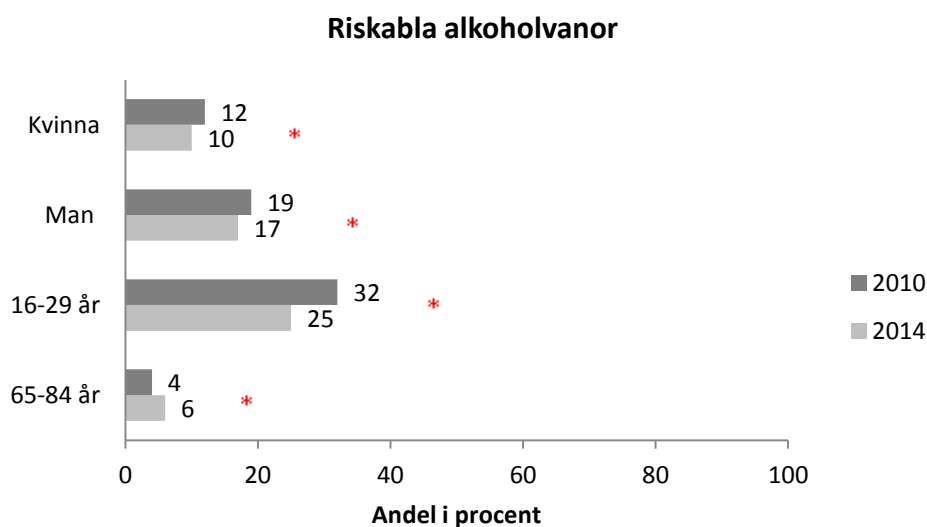
Jämfört med riket är det en lägre andel i Jämtlands län som har en riskabel alkoholkonsumtion, detta gäller för män såväl som kvinnor. Det är betydligt vanligare att män (17 procent) har en högre konsumtion än kvinnor (10 procent) i länet. Andelen med riskabla alkoholvanor har minskat något sedan 2010,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

Figur 24 Figuren visar andel med riskabla alkoholvanor fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall).



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Figur 25 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende andel med riskabla alkoholvanor fördelat på kön och ålder i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd Källa: Hälsa på lika villkor 2010 och 2014

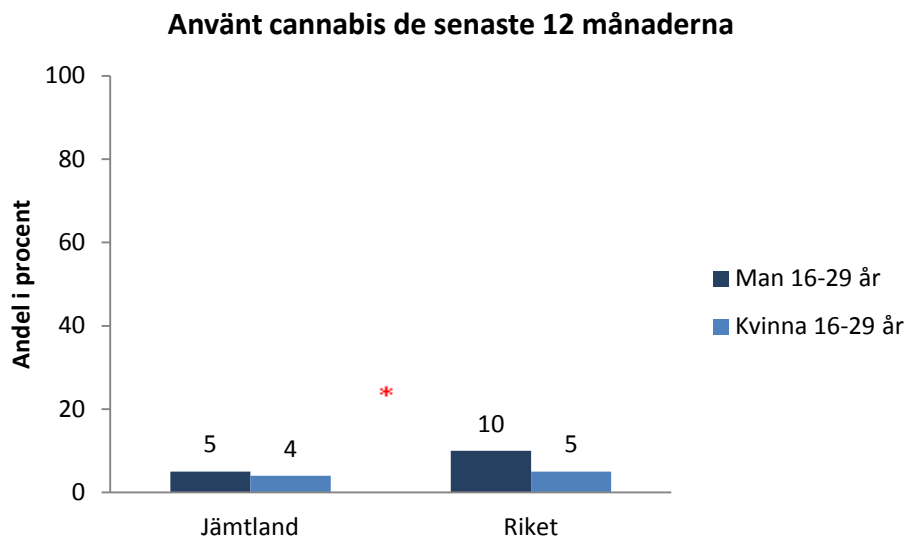
30 procent av länsinvånarna svarar att de vill minska sin alkoholkonsumtion. Av dem med riskabla alkoholvanor svarar 700 personer att de vill ha stöd.

6.3.4 Narkotika

Narkotikabruk innebär ökade risker för såväl medicinska som sociala skador samt ökad risk att dö i förtid. Olika typer av psykiska sjukdomar och besvär är också vanligare hos personer med ett skadligt narkotikabruk men även ett mindre regelbundet bruk ger i högre grad psykisk ohälsa (CAN 2013). Frågan lyder: *Har du någon gång använt hasch eller marijuana med svarsalternativen "Nej", "Ja, för mer än 12 månader sedan", "Ja, under de senaste 12 månaderna", "Ja, under de senaste 30 dagarna"* Här redovisas: *"Ja, under de senaste 12 månaderna" (2006 och 2010 under det senaste året).*

Jämfört med riket är det en lägre andel män som använt cannabis de senaste 12 månaderna, 2 procent i Jämtlands län och 3 procent i riket. Kvinnorna har använt i nivå med riket (1 procent). Av de som använt cannabis de senaste 12 månaderna så återfinns störst andel i den yngsta åldersgruppen 16-29 år. Dock är det en mindre andel unga vuxna män som använt cannabis i länet än i riket, 5 procent av män 16-29 år jämfört med 10 procent för riket i samma åldersgrupp. Det finns en tendens till att andelen kvinnor 16-29 år som testat hasch eller marijuana de senaste 12 månaderna har blivit större, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Figur 26 Figuren visar andel 16-29 åringar som använt hasch eller marijuana under det senaste året i Jämtlands län jämfört med riket år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden mellan Jämtland och riket är statistiskt säkerställd

6.3.5 Rökning

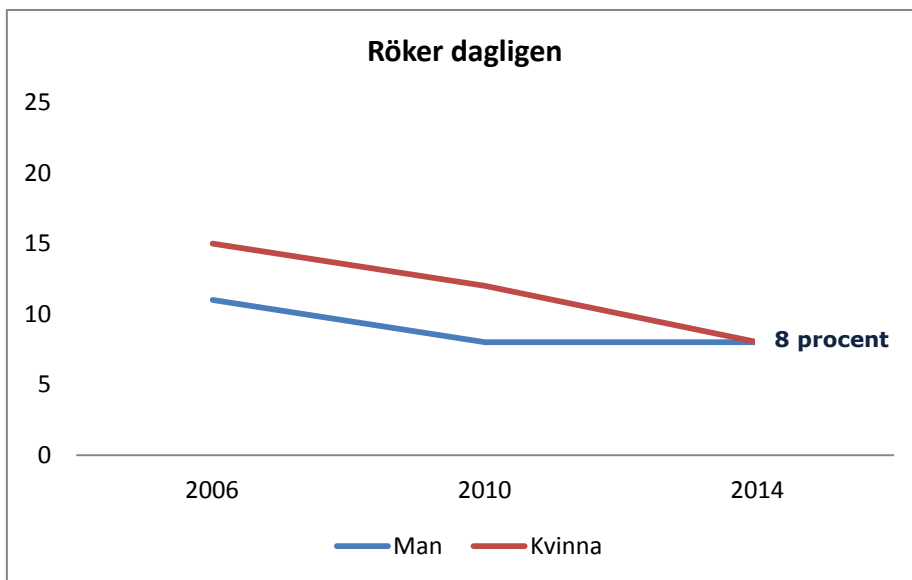
Tobaksrökning medför ökad risk för ett 60-tal diagnoser och är dominerande orsak till många folksjukdomar. Tobaksbruk är enligt WHO den ledande dödsorsaken globalt och dödligheten beräknas öka från drygt 5 miljoner per år i början på seklet till 8 miljoner per år 2030 (Gilljam, 2012). I Sverige var dödligheten på grund av tobaksrökning cirka 12 000 personer per år under perioden 2010-2012. Samtidigt insjuknade 100 000 personer i rökrelaterade sjukdomar under samma tid (Socialstyrelsen, 2014).

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

Daglig rökning har minskat kraftigt i Jämtlands län sedan år 2006 och särskilt stor är minskningen bland kvinnor, från 15 procent 2006 till 8 procent 2014. Jämfört med riket röker män i länet i samma utsträckning medan kvinnorna röker i mindre omfattning. I gruppen medelålderskvinnor är daglig rökning fortfarande vanligare än i övriga åldersgrupper, men även de röker i lägre omfattning jämfört med föregående mätning. Jämfört med 2010 har daglig rökning minskat i nästintill alla studerade åldersgrupper för kvinnor, dock ej för de äldsta. Däremot syns inte samma minskning bland män totalt sett. Andelen kvinnor med lång utbildning har minskat daglig rökning i större utsträckning än kvinnor med kort utbildning.

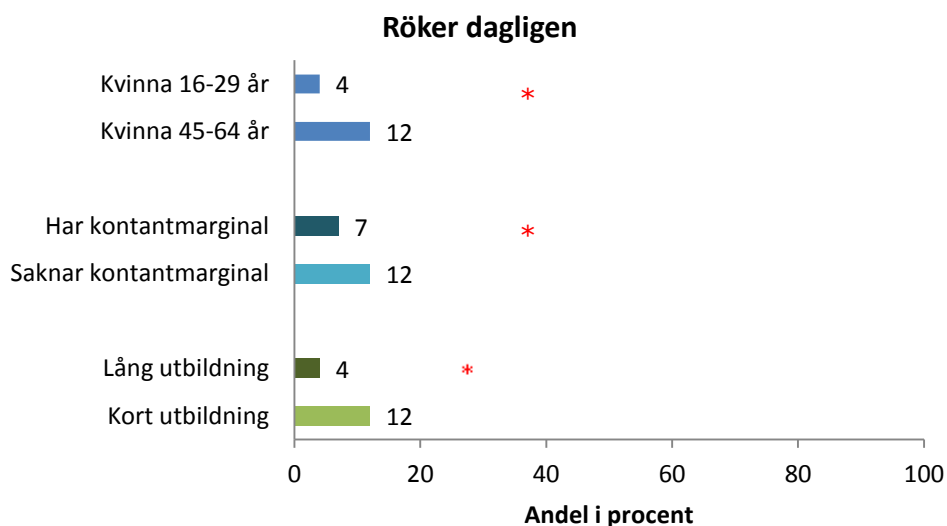
Av dem som röker dagligen uppger en stor andel (70 procent) att de vill sluta. Nära 2 000 personer vill ha stöd och hjälp att sluta röka.

Figur 27 Figuren visar andel dagligrökare män och kvinnor år 2006, 2010 och 2014 i Jämtlands län år 2014.



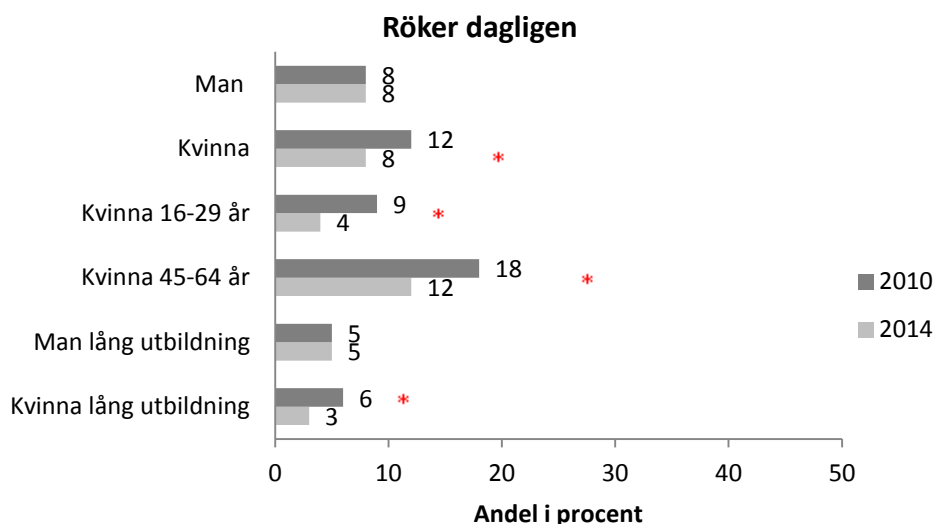
Källa: Hälsa på lika villkor 2006, 2010 och 2014

Figur 28 Figuren visar andel dagligrökare fördelat på kön/ålder, ekonomiska förutsättningar och utbildningsnivå i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Figur 29 Skillnader mellan år 2010 och år 2014 avseende daglig rökning fördelat på kön, kön/ålder och kön/utbildningsnivå i Jämtlands län år 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



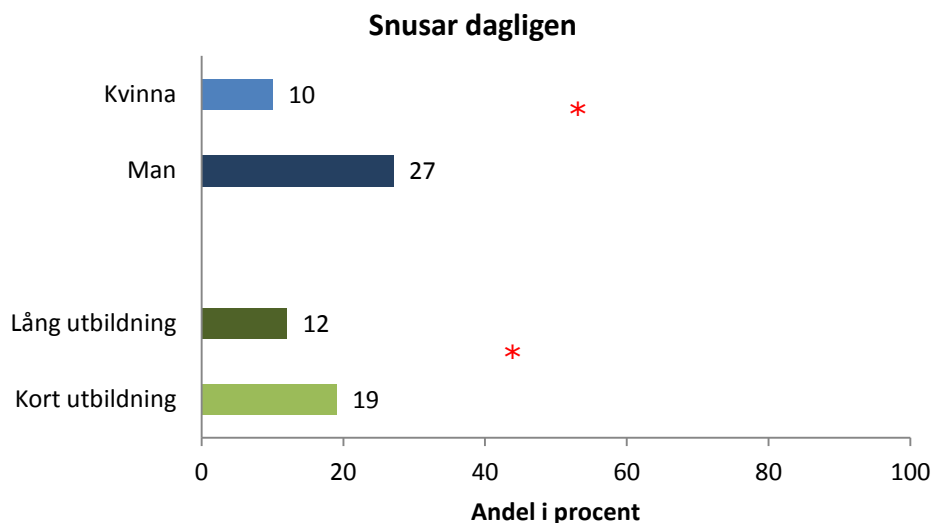
*Skillnaden är statistiskt säkerställd

6.3.6 Snusning

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

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

Figur 30 Figuren visar andel som snusar dagligen fördelat på kön och utbildningsnivå i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

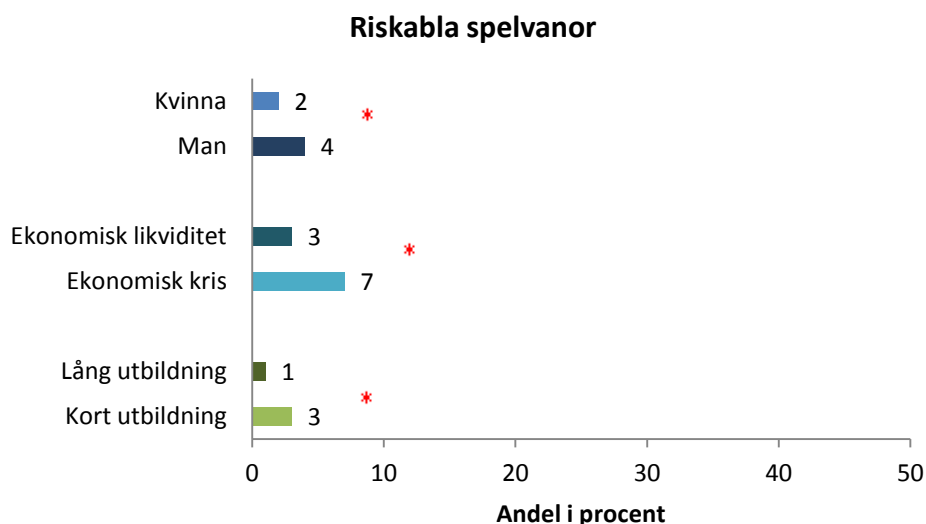
Nära hälften av de som snusar dagligen uppger att de vill sluta och drygt 2000 personer önskar stöd i att sluta.

6.3.7 Spel

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

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

Figur 31 Figuren visar andel som har riskabla spelvanor fördelat på kön, ekonomiska förutsättningar och utbildningsnivå i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

(Observera att mätinstrumentet för spelfrågorna är nytt och inte går att följa bakåt i tid)

6.4 Sjukdomar och besvär

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

6.4.1 Fetma

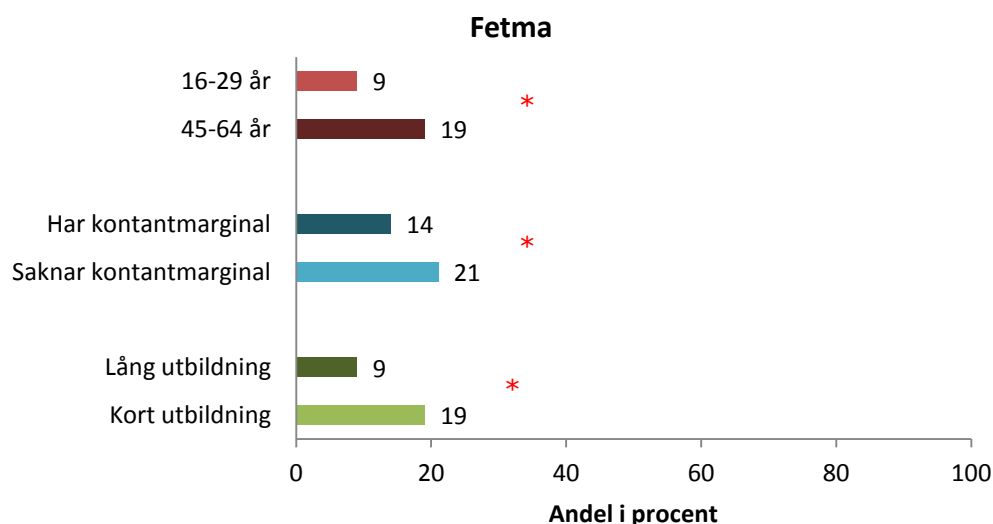
Andelen vuxna med fetma i Sverige har fördubblats sedan 1990-talet och i den nationella Folkhälsoenkäten syns en fortsatt ökning bland män och kvinnor från 2004-2012. Fetma är en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och förtida död. Personer med fetma upplever oftare trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga. Bukfetma ökar risken för högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes typ II (Folkhälsomyndigheten 2013). Fetma mäts genom BMI, body mass index, som räknas ut med hjälp av längd och vikt som respondenten själv får fylla i. Fetma definieras som ett BMI högre än 30.

Jämfört med riket är andelen män med fetma lika hög i Jämtlands län. En högre andel av länets kvinnor har fetma jämfört med i riket (16 procent jämfört med 13 i riket). Resultatet visar att andelen med fetma ökat från 12 procent 2006 till 16 procent 2010 för att ligga kvar

på denna nivå även 2014. 2014 är 57 procent av männen och 46 procent av kvinnorna i Jämtlands län överviktiga eller feta. Kvinnor i länet är överviktiga eller feta i högre utsträckning än i riket. Fetma och övervikt är vanligast i åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor.

Personer med kort utbildning och personer utan kontantmarginal har fetma i högre utsträckning än jämförbara grupper. Personer med lång utbildning är feta i mindre utsträckning än vid tidigare mätningar. För unga vuxna 16-29 år finns det en tendens till ökad fetma men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Figur 32 Figuren visar andel med fetma fördelat på ålder, ekonomiska förutsättningar och utbildningsnivå i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

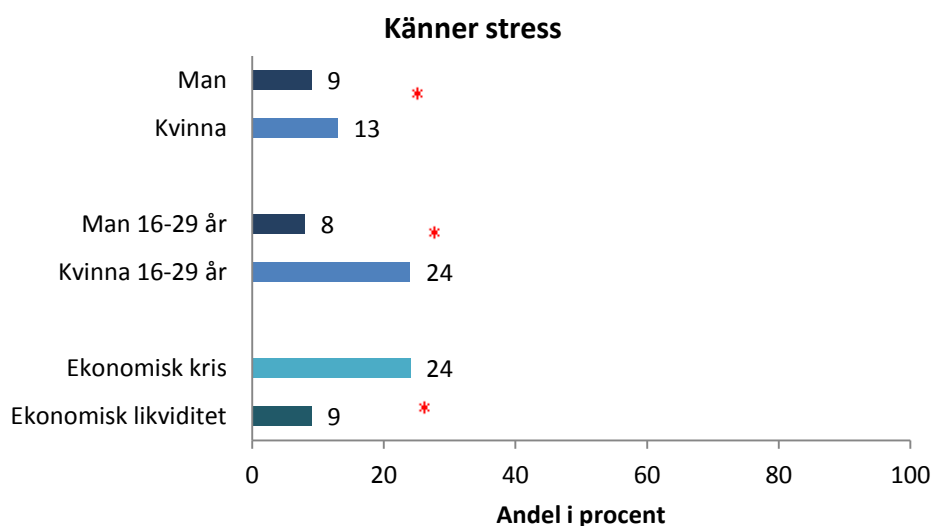
Källa: Hälsa på lika villkor 2014

6.4.2 Stress

Stress anses ha stor betydelse för uppkomsten av exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och värk. All stress är inte skadlig utan blir det om kraven blir större än tillgångarna och individen inte får tillfälle till återhämtning (Folkhälsomyndigheten 2013). Stress har i enkäten definierats utifrån frågan: "Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad", med svarsalternativen: "Inte alls", "I viss mån", "Ganska mycket", "Väldigt mycket". Här redovisas svaren "Ganska mycket" och "Väldigt mycket".

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

Figur 33 Figuren visar andel som känner stress fördelat på kön, kön/ålder och ekonomiska förutsättningar i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

6.4.3 Högt blodtryck

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

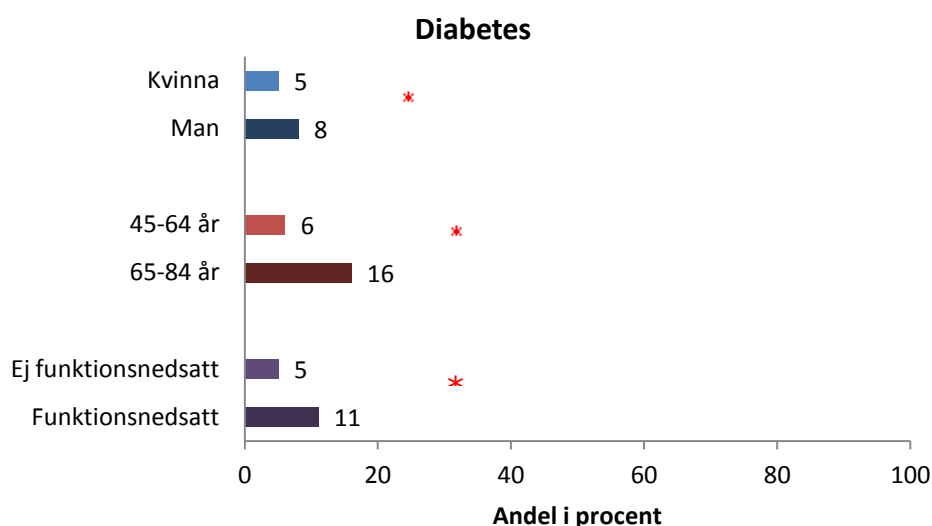
Länets befolkning rapporterar högt blodtryck i högre grad än riket, 24 procent i länet och 21 procent i riket. Över tid har andelen som rapporterar högt blodtryck ökat från 21 procent 2006 till 24 procent 2014. Andelen med högt blodtryck tenderar att bli större med åldern och funktionsnedsatta har högt blodtryck i större utsträckning än övrig befolkning. Det är en större andel med kort utbildning än tidigare som rapporterar att de har högt blodtryck.

6.4.4 Diabetes

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

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

Figur 34 Figuren visar andel med diabetes fördelat på kön, ålder och funktionsnedsättning/ej i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

6.4.5 Smärta/värk

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

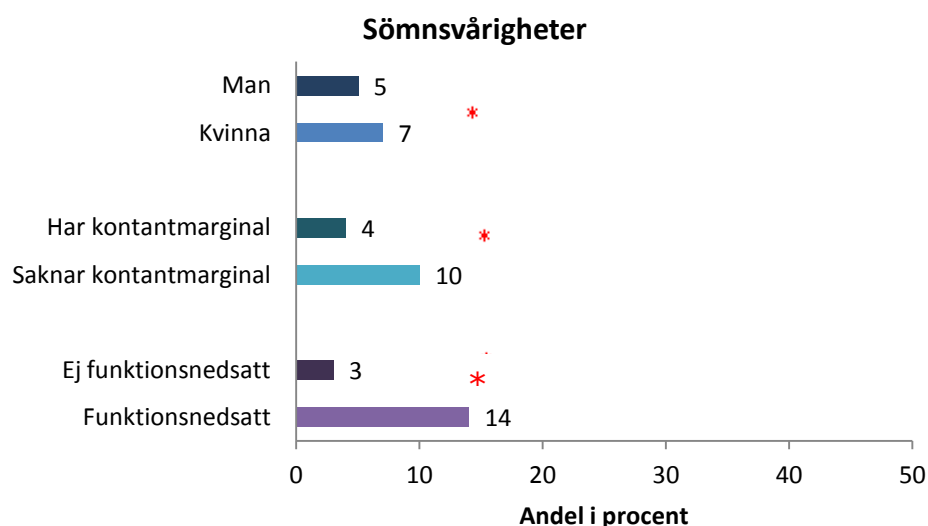
Kvinnor känner måttlig till svår smärta och besvär av detta i högre utsträckning än män i alla åldersgrupper. Personer med en funktionsnedsättning upplever smärta i betydligt högre grad än övrig befolkning.

6.4.6 Sömnsvårigheter

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

Jämfört med riket syns inga skillnader. I länet har kvinnor sömnsvårigheter i högre grad än män, 7 procent jämfört med 5 procent. Över tid ligger siffrorna stabilt. Att ha sömnsvårigheter har dock blivit vanligare bland personer med funktionsnedsättning sedan senaste mätningen. I övrigt kvarstår skillnader vad avser ekonomiska förutsättningar.

Figur 35 Figuren visar andel med sömnsvårigheter fördelat på kön, ekonomiska förutsättningar och funktionsnedsättning/ej i Jämtlands län 2014. (beräknat utifrån 95 procentigt konfidensintervall)



*Skillnaden är statistiskt säkerställd

Källa: Hälsa på lika villkor 2014

7 DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS

Sedan undersökningen senast genomfördes har folkhälsan i länet förbättrats inom ett flertal områden. Bland unga vuxna syns över tid en positiv utveckling vad det gäller riskabel alkoholkonsumtion. För kvinnor i medelåldern har dagligrökningen minskat betydligt. I den äldsta åldersgruppen rapporterar en större andel kvinnor en god hälsa än vid tidigare mätningar. Samtidigt som folkhälsan har förbättrats syns fortfarande tydliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen, skillnader som till viss del också ökar. Att endast lite mer än hälften av de tillfrågade svarat på frågorna innebär att det finns risk för att enkätsvaren i vissa avseenden är en överskattning av hur hälsan ser ut i befolkningen, då enkäten troligt inte speglar de grupper där hälsan är mest ojämnt fördelad. Detta kompenseras dock till del av kalibreringsvikten (om kalibreringsvikt se s.13)

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

I analysarbetet identifierades följande områden att särskilt fokusera på för det läns-gemensamma folkhälsoarbetet.

För gruppen unga vuxna 16-29 år

- *Förbättrat psykiskt välbefinnande*

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

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

För gruppen i medelåldern 30-64 år

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

- *Minskat tobaksbruk*

Att minska daglig rökning, och då särskilt bland medelålders kvinnor, lyftes fram som ett insatsområde vid föregående mätning. Dagligrökningen har minskat över tid i Jämtlands län och då särskilt bland kvinnor. Då rökning är betydligt vanligare bland personer med kort utbildning och om man har sämre ekonomiska förutsättningar, ställer detta krav på hur insatser utformas och riktas när det gäller förebyggande och främjande arbete. Även om dagligrökandet minskar är det *totala tobaksbruket* högt i länet. En högre andel både män och kvinnor snusar dagligen i länet jämfört med riket och andelen ökar sedan föregående mätning. Det sker en kraftsamling på strukturell nivå i Region Jämtland Härjedalen genom viljeyttringen Tobacco Endgame. För att förhindra nyrekrytering av tobaksanvändare används och sprids metoden Tobaksfri Duo i några av länets kommuner. Riktat och uppsökande arbete när det gäller tobaksavvänjning är ett framtida utvecklingsområde.

- *Minskad övervikt och fetma*

Vad det gäller sjukdomar och besvär lyftes övervikt och fetma fram som ett område att fokusera på långsiktigt vid föregående mätning. Utmaningen kvarstår, cirka hälften av länsinvånarna är överviktiga eller feta vid nuvarande mätning. Fetma och övervikt är vanligast i åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor. Det finns också en tydlig koppling till socioekonomi då personer med kort utbildning och personer utan kontantmarginal har fetma i högre grad än jämförbara grupper. För unga vuxna 16-29 år finns det en tendens till att fetman ökat sedan föregående mätning men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

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

Att främja goda matvanor och att fler får möjligheter till fysisk aktivitet är *en* förutsättning för att vända utvecklingen. Jämfört med tidigare mätningar har andelen kvinnor som är fysiskt aktiva ökat och då främst i den äldsta åldersgruppen. När det gäller fysisk aktivitet har skillnaderna utifrån ekonomi och utbildningsnivå inte ökat, den fysiska aktivitetsnivån har även ökat för personer med kort utbildning och med sämre ekonomiska förutsättningar. Av de som är inaktiva önskar nära hälften att bli mer aktiva och cirka 7 500

som önskar stöd och hjälp i den förändringen. Av personer som har en funktionsnedsättning önskar cirka 20 procent stöd.

När det kommer till intag av frukt och grönsaker når en liten andel av invånarna i länet upp till rekommenderat intag. Även här finns en tydlig koppling till utbildningsnivå, kön och ålder.

För gruppen äldre 65-84 år

- *Förutsättningar för social samvaro och ökad tillgång till socialt stöd*

Den äldsta åldersgruppen deltar i minst utsträckning i sociala aktiviteter, män 65-84 år i minst omfattning. Kvinnor 65-84 år deltar i något högre utsträckning än vid tidigare mätningar. Markanta skillnader finns i alla åldersgrupper utifrån utbildningsnivå, ekonomisk kapacitet samt om man har en funktionsnedsättning eller ej. Sedan år 2010 uppger personer med funktionsnedsättning och de med mindre ekonomisk kapacitet tillgång till socialt stöd i mindre utsträckning.

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

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

Avslutande ord

För att nå jämlikhet i hälsa krävs åtgärder för att påverka de förhållanden under vilka vi växer upp, lever, arbetar och åldras samt förhållanden i hälso- och sjukvården. (WHO 2008). Folkhälsoarbete är ett brett område som rymmer många olika aktörer där insatser behöver ske på olika nivåer och i samverkan. Många av hälsans bestämningsfaktorer påverkas på nationell nivå, andra kan påverkas i en kommun eller på regional nivå, där hälso- och sjukvården är en viktig del. Skillnader i hälsa är därmed påverkbara genom politiska beslut. Viktiga aktörer finns även i det civila samhället, föreningslivet och näringslivet. Slutligen ligger andra delar hos individen själv att påverka, men hälsosamma val blir lättare om förutsättningar finns.

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

8 REFERENSER

CAN (2013) *Drogutvecklingen i Sverige 2013*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

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

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

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

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

Frykman, J. Red. (2006). *Diskriminering ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. Östersund: Folkhälsoinstitutet.

FYSS (2015) www.fyss.se

Gilljam, H. (red.) (2012) *Tobak/Medicinsk kunskap från Läkartidningen*. Stockholm: Läkartidningens förlag

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

Jen, M. H., Johnston, R., Jones, K., & Sund, E. R. (2010). Trustful societies, trustful individuals and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health and Place*, 16(1), 1022-1029.

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

Rostila, M. (2008). *Healthy bridges: Studies of social capital, welfare, and health* (Thesis nr. 10). Stockholm: Stockholm University Centre for Health Equity Studies (CHESS).

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

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

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

Socialstyrelsen (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*. Art.nr. 2014-3-4

Statens Folkhälsoinstitut (2011) *Målområde 11 Alkohol. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Rapport 2011:16. Östersund

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

Statens Folkhälsoinstitut (2012). *Stillasittande och ohälsa - en litteratursammanställning*. Rapport 2012:07, Östersund

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