

# Hälsa på lika villkor Rapport för Östersunds kommun 2010



Dnr: LS/1146/2010

Ansvarig: Ronny Weylandt, Folkhälsocentrum, Jämtlands läns landsting.

Handläggare: Ida Johansson, Jämtlands läns landsting.

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



Folkhälsocentrum

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

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>6</b>
2.1	Nationella mål för folkhälsa .....	6
2.2	Hälsa och dess bestämningsfaktorer .....	6
2.3	Folkhälsoarbete.....	7
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
4.1	Definitioner .....	10
<b>5</b>	<b>RESULTAT ÖSTERSUNDS KOMMUN</b> .....	<b>11</b>
5.1	Hälsa.....	12
5.1.1	Definitioner hälsa .....	12
5.1.2	Hälsa i Östersunds kommun.....	12
5.1.3	God hälsa i länet.....	13
5.1.4	Nedsatt psykiskt välbefinnande i länet .....	13
5.1.5	Tandhälsa i länet .....	13
5.2	Trygghet.....	13
5.2.1	Definitioner trygghet.....	14
5.2.2	Trygghet i Östersunds kommun.....	15
5.2.3	Tillit i länet .....	16
5.2.4	Socialt deltagande i länet .....	16
5.2.5	Emotionellt och praktiskt stöd i länet .....	16
5.2.6	Kontantmarginal i länet.....	16
5.2.7	Otrygghet utomhus i länet .....	16
5.2.8	Kränkande bemötande i länet.....	17
5.2.9	Hot om våld och utsatt för våld i länet .....	17
5.3	Levnadsvanor.....	17
5.3.1	Definitioner levnadsvanor.....	18
5.3.2	Levnadsvanor i Östersunds kommun .....	18
5.3.3	Stress i länet .....	20
5.3.4	Rökning i länet .....	20
5.3.5	Snusning i länet.....	20
5.3.6	Alkohol i länet .....	20
5.3.7	Spel i länet.....	20
5.3.8	Fysisk aktivitet i länet.....	21

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

# 1 SAMMANFATTNING

---

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

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

Rapporten baseras på enkäten Hälsa på lika villkor 2010, som Statens folkhälsoinstitut anordnar men Jämtlands läns landsting står för bearbetningen och ansvarar för innehållet i denna rapport. Totalt skickades 4131 enkäter ut i Östersunds kommun varav 2445 stycken besvarades. Det ger en svarsfrekvens på 59,2 procent.

Östersund är länets i särklass största kommun, med nära hälften av invånarantalet. Detta påverkar naturligtvis genomsnittsvärdena för länet. Medellivslängden är högre i kommunen jämfört med länet. Andel med en god tandhälsa har ökat mellan år 2006 och år 2010. Befolkningen i Östersunds kommun deltar även i samhällslivet i högre utsträckning än i länet. Andelen män med fetma och värk är lägre än i länet, liksom andelen invånare med högt blodtryck och diabetes. Otrygghet utomhus har minskat och tilliten till andra har ökat bland kvinnorna sedan förra mätningen 2006. En högre andel av kvinnorna i kommunen upplever dock otrygghet utomhus än i länet. I övrigt är resultatet väldigt likt hur det ser ut i länet. I länet uppger en fjärdedel av unga vuxna en riskabel alkoholkonsumtion och nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland yngre än bland äldre. Daglig rökning är vanligast bland medelålders kvinnor. Bland äldre är sjuklighet vanligare än bland yngre och social delaktighet i samhällslivet sjunker betydligt efter 65 års ålder. Till viss del speglar åldersstruktur och utbildningsnivå i kommunen hälsoläget. Det kan dock inte förklara allt utan även lokala förhållanden i kommunen har förmodligen betydelse.

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

- Ökad trygghet utomhus.
- Förbättrad psykiskt välbefinnande bland unga vuxna.
- Minskad alkoholkonsumtion särskilt bland unga vuxna.
- Minskad rökning särskilt bland medelålders kvinnor.

## 2 INLEDNING

---

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

### 2.1 Nationella mål för folkhälsa

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

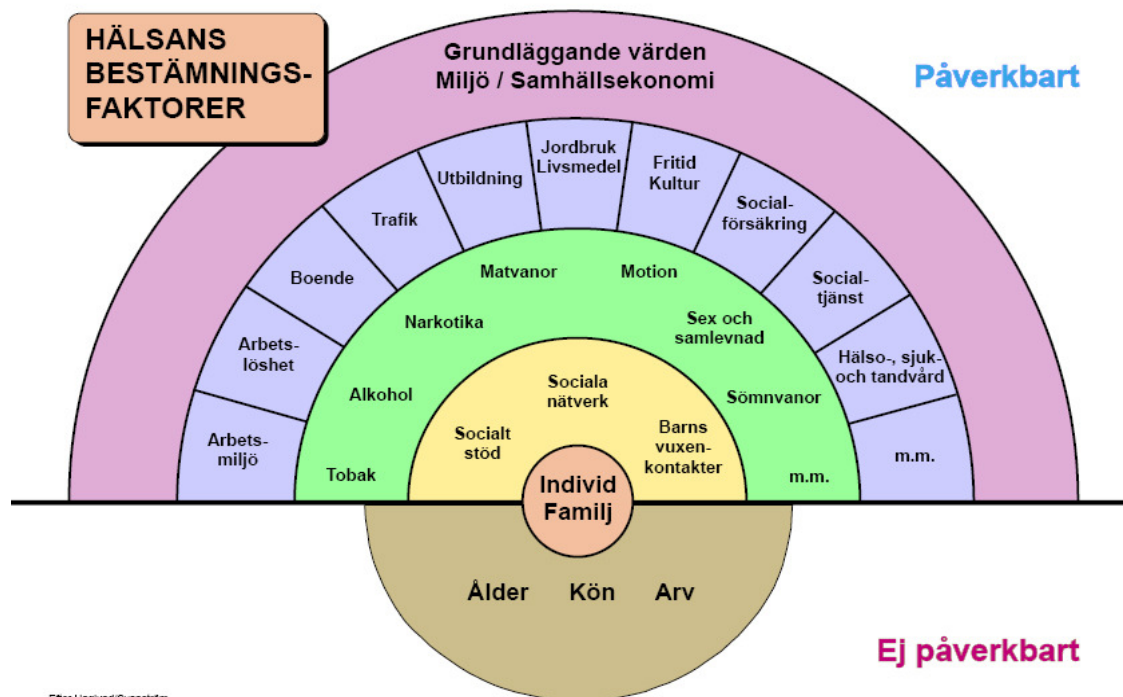
1. Delaktighet och inflytande i samhället
  2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
  3. Barns och ungas uppväxtvillkor
  4. Hälsa i arbetslivet
  5. Miljöer och produkter
  6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
  7. Skydd mot smittspridning
  8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
  9. Fysisk aktivitet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

### 2.2 Hälsa och dess bestämningsfaktorer

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

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

Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer



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

## 2.3 Folkhälsoarbete

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

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

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

blodtryck samt rehabiliterande efter till exempel en operation. Marmot (2010) understryker betydelsen av att stärka det sjukdomsförebyggande arbetets roll och påverkan.

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

### 3 SYFTE

---

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

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

### 4 METOD

---

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

Enkäten Hälsa på lika villkor 2010 innehåller 81 frågor om hälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, trygghet och sociala relationer samt några bakgrundsfrågor. Totalt skickades 4131 enkäter ut i Östersunds kommun varav 2445 stycken besvarades. Det ger en svarsfrekvens på 59,2 procent. I Jämtlands län skickades 9 871 enkäter ut, varav 5 638 stycken besvarades, vilket ger en svarsfrekvens på 57,1 procent.

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



kommunen tillfrågas. Det gör att exempelvis andelen kvinnor i Östersunds kommun med gott allmänt hälsotillstånd med 95 procentig säkerhet ligger någonstans i intervallet mellan 65 procent och 70 procent. Denna osäkerhet beror på att endast en mindre del av kvinnorna i Östersunds kommun har tillfrågats och svarat. I Jämtlands län ligger andelen kvinnor med gott allmänt hälsotillstånd med 95 procentig säkerhet någonstans mellan 64 procent och 68 procent. Intervallet är något smalare för att beräkningen är gjord på ett större antal. Frågan är då om kvinnors allmänna hälsotillstånd i Östersunds kommun skiljer sig från kvinnorna i länet. I det här fallet gör det inte det eftersom konfidensintervallen överlappar varandra. Vad gäller rädsla för att gå ut i Östersunds kommun anger mellan 28 till 33 procent av kvinnorna otrygghet och mellan 5 till 7 procent av männen detsamma, intervallet betyder alltså att med 95 procentig säkerhet ligger ”sant värde” mellan dessa siffror. Här överlappar inte konfidensintervallen varandra. Det övre värdet 7 procent bland männen når inte upp till kvinnornas lägsta värde 28 procent. Skillnaden mellan kvinnor och män gällande rädsla för att gå ut är således statistisk säkerställd. Konfidensintervallen är i rapporten markerade som svarta streck i diagrammen och alla skillnader som beskrivs i text är statistiskt säkerställda. De skillnader som är statistiskt säkerställda markeras dessutom i diagrammen med en asterix.

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

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

## 4.1 Definitioner

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

**Personer med funktionsnedsättning** har definierats utifrån fyra frågor:

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

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

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

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

Ytterligare begrepp som förekommer i rapporten beskrivs nedan.

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

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

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

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

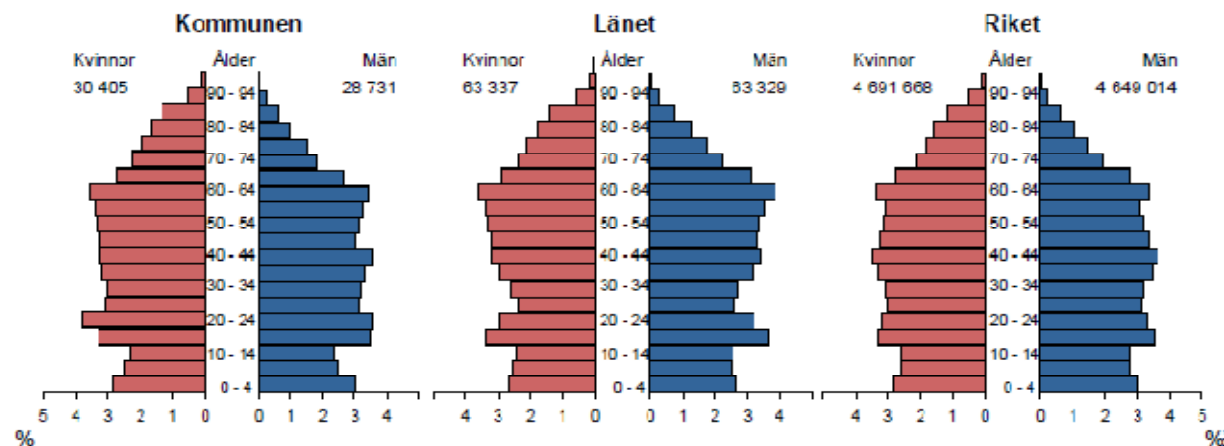
**Ekonomisk kris** – har under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara löpande utgifter för hyra mat, räkningar mm.

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

## 5 RESULTAT ÖSTERSUNDS KOMMUN

Förväntad livslängd vid födseln för kvinnor i Östersunds kommun var i genomsnitt 82,9 år och för män 78,7 år under åren 2005-2009. Det är en längre medellivslängd än vad både kvinnor och män i Jämtlands län har men kortare jämfört med kvinnor och män i riket.

Figur 2. Folkmängd 31 december 2009



Källa: Kommunala basfakta, Statens folkhälsoinstitut.

Östersunds kommun har en lägre andel äldre och en högre andel yngre människor i befolkningen än i länet. Det bor fler kvinnor än män i Östersunds kommun (se figur 1).

Tabell 1. Befolkningen efter utbildningsnivå år 2009

Utbildningsnivå	Procentuell fördelning			Länet			Riket		
	Kommunen Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
<b>Ålder</b>									
<b>25-44 år</b>									
Förgymnasial	6	9	8	7	10	8	9	11	10
Gymnasial	40	51	45	46	59	52	41	49	45
Eftergymnasial	53	39	46	46	30	38	48	37	42
Uppgift saknas	1	2	2	1	2	2	2	3	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>45-64 år</b>									
Förgymnasial	10	17	14	12	21	17	17	22	19
Gymnasial	48	50	49	53	54	53	47	47	47
Eftergymnasial	41	33	37	35	24	29	35	30	33
Uppgift saknas	0	0	0	0	1	0	1	1	1
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>65-74 år</b>									
Förgymnasial	28	32	30	34	40	37	35	38	37
Gymnasial	18	44	46	46	41	43	40	39	39
Eftergymnasial	23	24	24	19	10	19	23	22	23
Uppgift saknas	0	0	0	1	1	1	2	1	1
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Källa: Kommunala basfakta, Statens folkhälsoinstitut.

Kvinnor 25-64 år i Östersunds kommun har eftergymnasial utbildning i högre grad än män. Andelen med lång utbildning är dock högre både för kvinnor och män i alla åldrar i kommunen jämfört med Jämtlands län och riket (se tabell 1).

## 5.1 Hälsa

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

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

### 5.1.1 Definitioner hälsa

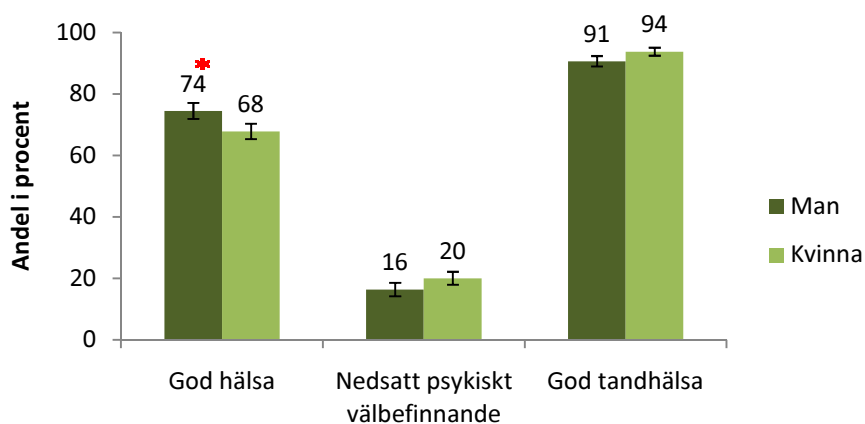
Gott allmänt hälsotillstånd utgår ifrån frågan: ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” med svaren ”Mycket bra” och ”Bra”.

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

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

### 5.1.2 Hälsa i Östersunds kommun

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



\* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

I Östersunds kommun upplever män i högre grad ett gott allmänt hälsotillstånd än vad kvinnorna i kommunen gör (74% mot kvinnornas 68%). God tandhälsa har ökat i kommunen från 89 procent år 2006 till 92 procent år 2010. Ytterligare information finns i Östersunds kommuns välfärdsbokslut. Nedan redovisas analyser på länsnivå.

### **5.1.3 God hälsa i länet**

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

### **5.1.4 Nedsatt psykiskt välbefinnande i länet**

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

### **5.1.5 Tandhälsa i länet**

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

## **5.2 Trygghet**

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

Att ha kontantmarginal dvs att ha möjligheten att på en vecka skaffa fram 15 000 kronor används som en indikator på ekonomisk kapacitet. Brist på kontantmarginal är ekonomiskt stressande. I områden med stora inkomstskillnader är individer mindre benägna att lita på varandra, det är mer vanligt med våld och svaga sociala relationer. Tillit och socialt deltagande brukar ses som en delkomponent i socialt kapital och har visats ha samband med till exempel självsattad hälsa, tillfredsställelse med livet, funktionell hälsa och förtida död. Individer med starka band till familj eller omgivning lever längre, har bättre hälsa och lättare att återhämta sig från sjukdom än socialt isolerade individer (Boström & Nyqvist, 2008).

Trygghet och säkerhet i närhet av ens bostad har i studier visats sig vara av störst betydelse för de flesta människor vad gäller ett bra boende (Boström & Nyqvist, 2008). Kränkande bemötande är tänkt att ge en viss indikation på diskriminering. Diskriminering kan begränsa deltagande i samhället och minska inflytandet och en fientlig omgivning kan påverka beteendemönster och livsstilsfaktorer. Erfarenheter av diskriminering kan vidare ge upphov till både akut och kronisk stress, vilket kan orsaka nedsatt psykiskt välbefinnande och förändringar i fysiologiska processer (Frykman, 2006).

### 5.2.1 Definitioner trygghet

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

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

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

Praktiskt stöd utgår ifrån frågan: *"Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc."* med svaren "Ja, alltid" eller "Ja, för det mesta".

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

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

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

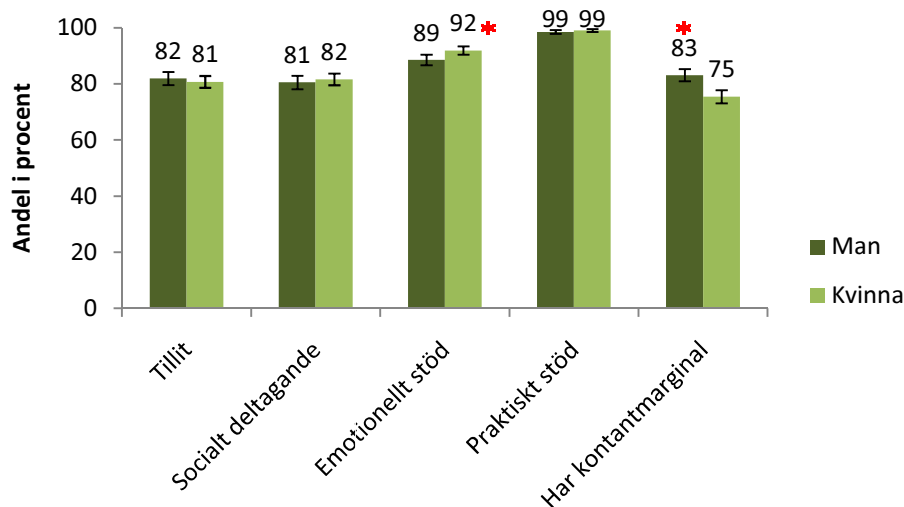
Hot om våld utgår ifrån frågan: *"Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?"* med svaret "Ja".

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

## 5.2.2 Trygghet i Östersunds kommun

Andelen som känner tillit till andra har ökat i Östersunds kommun från 76 procent år 2006 till 81 procent år 2010. I kommunen är invånarna i högre grad delaktiga i sociala aktiviteter än vad övriga länsbor är (81% mot 76%). I Östersunds kommun uppger 99 procent av de tillfrågade att de kan få hjälp med praktiska göromål när det behövs. Andelen har ökat sedan mätningen 2006 då den var 95 procent. Det är vanligare att kvinnor (92%) har emotionellt stöd än bland männen i kommunen (89%). Kvinnor i kommunen uppger i högre grad än männen att de saknar kontantmarginal (25% mot 17%).

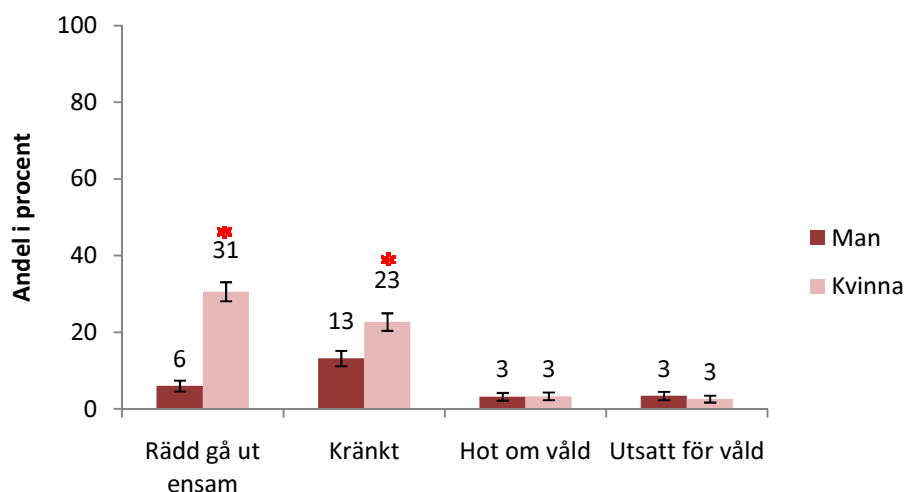
**Figur 4.** Andel män och kvinnor mellan 16-84 år i Östersunds kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall) som känner trygghet gällande:



\* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

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



\* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Andelen kvinnor i Östersunds kommun som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för att bli ofredade har sjunkit betydligt sedan förra mätningen och är nu 31 procent jämfört med 47 procent år 2006. Det finns också en betydande skillnad mellan könen. Kvinnor i Östersunds kommun har i mycket högre utsträckning än män i kommunen avstått från att gå ut ensamma av rädsla för att bli ofredade (31% mot 6%). Kvinnor i Östersunds kommun uppger även otrygghet utomhus i högre grad än bland kvinnor i länet, där andelen är i genomsnitt 24 procent. Fler kvinnor än män i kommunen uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling (23% mot 13%). Nedan redovisas ytterligare skiftningar i trygghet bland befolkningen på länsnivå.

### **5.2.3 Tillit i länet**

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

### **5.2.4 Socialt deltagande i länet**

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

### **5.2.5 Emotionellt och praktiskt stöd i länet**

Andelen som uppger praktiskt stöd har ökat mellan år 2006 och år 2010 i Jämtlands län. Kvinnor har både emotionellt och praktiskt stöd i större utsträckning än män. Gällande emotionellt stöd syns det tydligast i åldern 16-29 år; 92 procent bland kvinnor jämfört med 85 procent bland männen. Svenskfödda, heterosexuella och personer utan definierad funktionsnedsättning har emotionellt och praktiskt stöd i högre grad än utrikesfödda, homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning samt personer med funktionsnedsättning.

### **5.2.6 Kontantmarginal i länet**

Män har kontantmarginal i högre grad än kvinnor i Jämtlands län, 82 jämfört med 75 procent. Män i åldern 16-29 år saknar kontantmarginal i högre grad än övriga åldersgrupper och kvinnor i åldern 16-44 år saknar kontantmarginal i högre grad än äldre kvinnor. Heterosexuella personer har i högre grad kontantmarginal än homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning. Även utbildningsnivå har betydelse och kvinnor och män med funktionsnedsättning saknar kontantmarginal i högre grad än den övriga befolkningen. Svenskfödda har i högre grad kontantmarginal än utrikesfödda skillnaden har dessutom ökat mellan år 2006 och år 2010.

### **5.2.7 Otrygghet utomhus i länet**

Det är genomgående mycket vanligare att kvinnor än män i Jämtlands län någon gång avstår från att gå ut ensam, 24 jämfört med 4 procent. Det är framför allt unga och äldre kvinnor som någon



gång avstått från att gå ut. Det är dock en lägre andel kvinnor, förutom i åldern 65-84 år, som år 2010 någon gång avstått från att gå ut än år 2006. Särskilt stor är minskningen bland kvinnor med lång utbildning, från 33 procent år 2006 till 17 procent år 2010.

### **5.2.8 Kränkande bemötande i länet**

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

### **5.2.9 Hot om våld och utsatt för våld i länet**

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

## **5.3 Levnadsvanor**

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

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

Rökning förvärrar eller orsakar många sjukdomar såsom exempelvis olika typer av cancer, lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, stroke, benskörhet och sår i magen. En hög konsumtion av alkohol kan orsaka eller bidra till en mängd olika negativa hälsoeffekter som till exempel levercirros, alkoholpsykos, alkoholförgiftning och olycksfall. En hög konsumtion kan också ha en rad negativa sociala konsekvenser som påverkar hälsotillståndet samt bidra till övervikt och fetma (Boström & Nyqvist, 2008).

Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. En vanlig rekommendation är minst 30 minuters fysisk aktivitet per dag. Fysisk aktivitet stärker muskler, leder och immunförsvar samt lindrar ångest, oro och sömnsvårigheter. Regelbunden fysisk aktivitet har visats motverka uppkomsten av en mängd sjukdomar till exempel minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ II, högt blodtryck, fetma, tjocktarmscancer samt depressioner. Fysisk aktivitet minskar också risken att dö i förtid. Genom den mat vi äter får vi i oss vitaminer, mineraler, fibrer och energi. Rekommendationerna för intaget av frukt och grönsaker är minst

500 gram per dag. Goda matvanor har samband med minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer, diabetes typ II, övervikt och karies (Boström & Nyqvist, 2008).

### 5.3.1 Definitioner levnadsvanor

Stress utgår ifrån frågan: *"Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad"* med svarsalternativen: *"Inte alls", "I viss mån", "Ganska mycket", "Väldigt mycket"*. Här redovisas svaret *"Väldigt mycket"*.

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

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

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

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

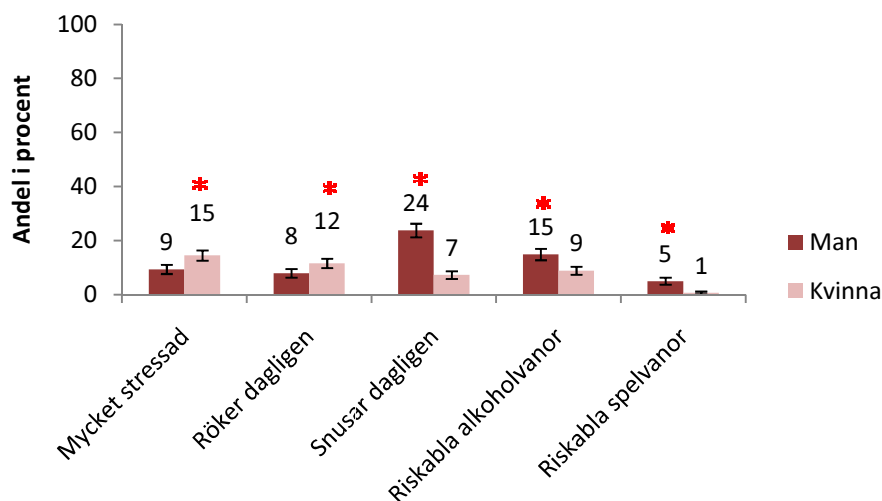
Frukt- och grönsakskonsumtion är en sammanslagning av två frågor. *"Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter? Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm."* *"Hur ofta äter du frukt och bär?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

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

### 5.3.2 Levnadsvanor i Östersunds kommun

I Östersunds kommun är daglig rökning vanligare bland kvinnor än bland män (12% mot 8%). Det är också vanligare att kvinnor känner mycket stress än vad männen gör, 15 procent av kvinnorna jämfört med 9 procent av männen uppger stress. En betydligt större andel av männen i kommunen snusar dagligen jämfört med kvinnorna (24% mot 7%). En större andel av männen har riskabla alkoholvanor jämfört med kvinnorna i kommunen (15% mot 9%). En större andel av männen har också riskabla spelvanor jämfört med kvinnorna i kommunen (5% jämfört med 1%).

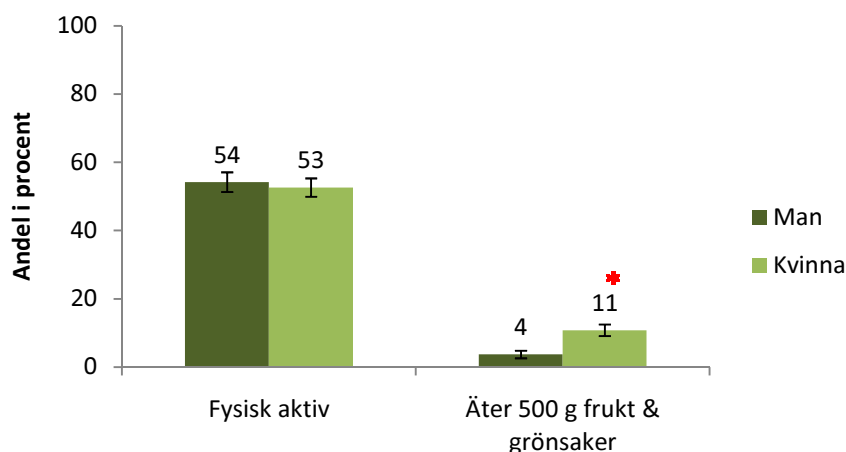
**Figur 6.** Levnadsvanor bland män och kvinnor mellan 16-84 år i Östersunds kommun år 2010 (medelvärde och 95 procentigt konfidensintervall).



\* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

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



\* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

Det är 76 procent i Östersunds kommun som vill öka sin fysiska aktivitet, varav nästan 5 000 personer vill ha stöd i sin förändring. Öka sitt intag av frukt och grönsaker vill 60 procent och närmare 2 000 personer vill ha hjälp. Cirka 13 procent av den vuxna befolkningen i kommunen vill minska sin alkoholkonsumtion och drygt 300 personer önskar stöd i sin minskning. Drygt 1 500 personer vill ha hjälp att sluta röka och nästan 1 300 stycken vill ha stöd för att sluta snusa i Östersunds kommun.

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

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

Tillfrågad om...	
kostvanor	20
motionsvanor	24
tobaksvanor	11
alkoholvanor	12

Källa: Patientenkäten Jämtlands län 2010.

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

### **5.3.3 Stress i länet**

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

### **5.3.4 Rökning i länet**

Daglig rökning har minskat i länet mellan år 2006 och år 2010. Dock har skillnaden i daglig rökning ökat mellan personer med kontantmarginal och personer utan. Personer i åldern 45-64 år röker i högre grad än övriga åldrar och kvinnor mer än män. Utbildningsnivå och ekonomisk situation har betydelse för hur vanligt daglig rökning är.

### **5.3.5 Snusning i länet**

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

### **5.3.6 Alkohol i länet**

Det är vanligare att män har riskabel alkoholkonsumtion än kvinnor i Jämtlands län. Detta gäller inte i åldern 16-29 år där den riskabla alkoholkonsumtionen ligger runt 26 procent för både kvinnor och män. Andelen med riskabel alkoholkonsumtion sjunker med åldern. Särskilt stor är skillnaden mellan unga och äldre kvinnor. Kvinnor och män med högst gymnasieutbildning har riskabel alkoholkonsumtion i högre grad än andra. Svenskfödda har riskabel alkoholkonsumtion i större utsträckning än utrikesfödda.

### **5.3.7 Spel i länet**

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

### 5.3.8 Fysisk aktivitet i länet

Personer i åldern 16-29 år är fysiskt aktiva i högre grad än andra åldersgrupper och äldre män 65-84 år rör på sig i högre grad än jämnåriga kvinnor. Kvinnor och män som saknar kontantmarginal eller har en funktionsnedsättning är fysiskt aktiva i lägre grad än personer med kontantmarginal eller än övriga befolkningen.

### 5.3.9 Frukt- och grönsakskonsumtion i länet

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

## 5.4 Sjukdomar/besvär

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

### 5.4.1 Definitioner sjukdomar/besvär

Fetma mäts genom BMI, body mass index, som räknas ut med hjälp av längd och vikt, vilket respondenten själv har fått fylla i. Fetma definieras som BMI högre än 30 kg/m<sup>2</sup>.

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

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

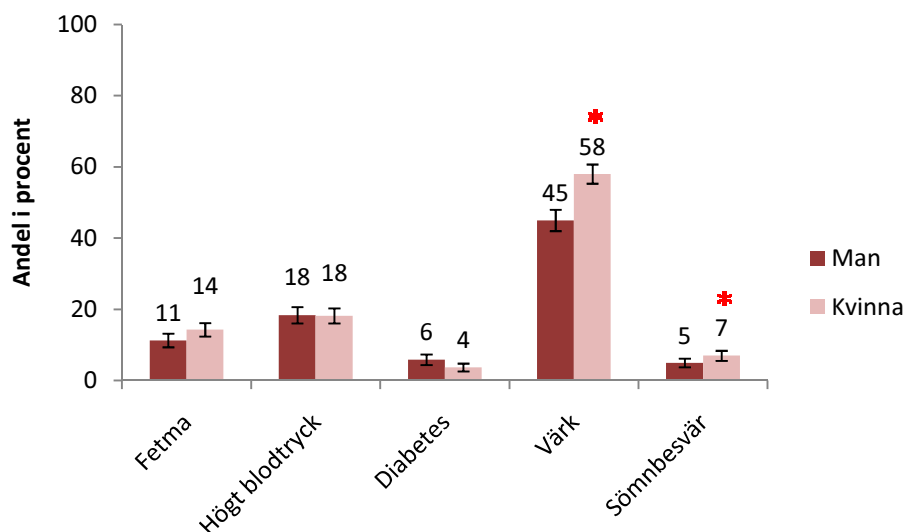
Andelen som uppger sömnsvårigheter har besvarat frågan med svaret: *“Ja, svåra besvär.”*

### 5.4.2 Sjukdomar/besvär i Östersunds kommun

Jämfört med övriga länet är förekomsten av fetma lägre bland män i kommunen. Andelen i Östersunds kommuns befolkning med fetma har dock ökat i Östersunds kommun sedan förra mätningen år 2006, då andelen var 9 procent medan andelen idag är 13 procent. Ökningen ses i hela länet och är tydligast i åldersgruppen 45-64 år. Andelen som uppgett högt blodtryck är lägre i Östersunds kommun än i övriga länet (18% mot 23%) skillnaden gäller både män och kvinnor. Andelen som uppger att diabetes är också något lägre i Östersunds kommun än i övriga länet, här är skillnaden 5 procent jämfört med länets 7 procent.

En lägre andel män i kommunen uppger att de har smärtor än vad man gör i länet i övrigt (45% mot 51%). I kommunen finns även skillnader mellan män och kvinnor, 58 procent av kvinnorna och 45 procent av männen uppger att de lider av smärtor. Kvinnor har i högre grad än män svåra besvär av sömnsvårigheter, 7 procent av kvinnorna jämfört med 5 procent av männen.

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



\* skillnaden mellan män och kvinnor är statistiskt säkerställd.

Källa: Hälsa på lika villkor 2010.

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

### 5.4.3 Fetma i länet

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

### 5.4.4 Högt blodtryck i länet

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

### 5.4.5 Diabetes i länet

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

### 5.4.6 Smärta i länet

Kvinnor i länet känner måttlig till svår smärta i högre grad än männen. Ett observandum är att bland kvinnor 16-29 år uppger 42 procent måttliga till svåra smärtor, vilket är en hög andel med tanke på den låga åldern. Andelen med smärta stiger sedan signifikant med åldern för både kvinnor och män. Både kvinnor och män med funktionsnedsättning upplever smärta i betydligt högre grad än övriga befolkningen och kvinnor med funktionsnedsättning i högre grad än män med funktionsnedsättning. Särskilt vanligt med smärta är det bland personer som uppger sig vara begränsade i sin dagliga sysselsättning på grund av olycka eller långvarig sjukdom.

### 5.4.7 Sömnsvårigheter

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

## 6 KORTFATTAT OM OJÄMLIK HÄLSA I LÄNET

---

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

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

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

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

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

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

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

En lägre andel bland homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning i Jämtlands län uppger kontantmarginal, psykiskt välbefinnande, tillit, känslomässigt stöd och socialt deltagande än bland heterosexuella. Samtidigt är andelen som röker dagligen eller har riskabla spelvanor högre bland homo-, bisexuella och personer osäkra på sin läggning än bland heterosexuella.

## **6.1 Förklaringar på ojämlikhet i hälsa**

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



## 7 DISKUSSION OCH BEHOVSANALYS

---

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

### 7.1 Trygghet

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

Medellivslängden för kvinnor och män i Östersunds kommun är högre än i länet. Andelen som uppger tillit, trygghet utomhus och praktiskt stöd har ökat sedan år 2006 i Östersunds kommun och socialt deltagande är högre än i länet. En lägre andel känner dock trygghet utomhus i kommunen än i länet. På länsnivå ser vi stora skillnader mellan olika grupper och då ojämlikhet i hälsa är starkt kopplad till grundtrygghet är det viktigt att arbeta för att skillnaderna minskar. I länet är utsatthet för hot och våld samt tillitsbrist och avsaknad av kontantmarginal vanligare bland unga män och kvinnor än bland äldre. Unga kvinnor uppger även nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, smärta, kränkande bemötande, otrygghet utomhus i högre grad än unga män. Det är viktigt att arbeta för social trygghet bland hela befolkningen men särskilt bland unga vuxna vad gäller:

- Trygghet utomhus.
- Förbättrat psykiskt välbefinnande.
- Trygg ekonomisk situation.

### 7.2 Levnadsvanor

Tobak, alkohol, lågt intag av grönsaker och fetma är enskilda riskfaktorer som har en stor inverkan på sjukdomsburden i Sverige. Bland annat vad gäller hjärt- och kärlsjukdomar, olika former av cancer, diabetes och en rad olika besvär såsom magsår och värk. Ytterligare riskfaktorer som påverkar folksjukdomar inom Sverige är högt blodtryck och kolesterol, fysisk inaktivitet, övrigt drogmissbruk, oskyddat sex och järnbrist. Främjande av goda levnadsvanor är

således en viktig del i det sjukdomsförebyggande arbetet (Boström & Nyqvist, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2008; Marmot, 2010).

I Östersunds kommun vill nästan åtta av tio öka sin fysiska aktivitet, sex av tio vill öka sin frukt- och grönsakskonsumtion. Drygt en av tio vill minska sin alkoholkonsumtion. Hjälp med att sluta röka önskar drygt 1 500 personer av Östersunds kommuns befolkning och cirka 1 300 personer vill ha stöd att sluta snusa. Det finns således ett uttryckt behov av stöd för att förändra sina levnadsvanor och önskan om stöd är högre bland exempelvis personer med funktionsnedsättning. Det är därför viktigt att generellt arbeta för stöd till förändring men med större kraft för grupper med större behov, för att arbetet verkligen ska omfatta alla.

Vad gäller levnadsvanor skiljer sig inte Östersunds kommun från länssnittet. Riskabel alkoholkonsumtion och daglig rökning är densamma i Östersunds kommun som i länet. På länsnivå är riskabel alkoholkonsumtion vanligare bland unga vuxna än bland äldre åldrar. Daglig rökning är vanligast bland kvinnor i åldern 45-64 år. Rökning står som en stor orsak till sjukdomsburden, varför det är viktigt att rökning fortsätter att minska (Dahlgren & Whitehead, 2006). Det är också av stor betydelse att arbeta för att ekonomiskt svagare grupper minskar sin dagliga rökning i minst samma takt som ekonomisk starkare grupper, då vi har sett att skillnaden grupperna emellan har ökat. Vad gäller snusning är det vanligare i länet än i riket.

Östersunds kommun har en lägre andel personer med högt blodtryck och fetma än i länet. Andelen med fetma har dock ökat i kommunen sedan år 2006 och nästan hälften av befolkningen har övervikt eller fetma. På länsnivå märks redan från 30-årsåldern en högre andel av fetma och en lägre andel fysiskt aktiva än bland yngre. Det är bekymmersamt att fetma blir vanligare med ökad ålder, då det har stor inverkan på kommande följsjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom (Boström & Nyqvist, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2006). Det är viktigt att arbeta för bättre levnadsvanor bland hela befolkningen men särskilt vad gäller:

- Minskad riskabel alkoholkonsumtion bland unga vuxna.
- Minskad rökning bland kvinnor i åldern 45-64 år och personer med svag ekonomi.
- Minskad övervikt och fetma.

### **7.3 Hälsosamt åldrande**

I Östersunds kommun är andelen med diabetes, högt blodtryck och smärta lägre än i länet. Bland äldre är dock förekomsten av sjuklighet större än bland yngre åldrar och i Östersunds kommun är nästan en femtedel av befolkningen 65 år eller äldre. Nilsson, Nilsson, Räftegård Färggren och Åkeson (2009) framhåller fyra viktiga områden för att skapa förutsättningar för ett hälsosamt åldrande: Mötesplatser för social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet samt goda matvanor. Då det är just dessa områden som äldre på länsnivå ligger sämre till jämfört med övriga åldersgrupper kan det därför vara av stor betydelse att arbeta med detta. Ett hälsosamt åldrande inbegriper:

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

## **7.4 Folkhälsopolicy i Jämtlands län**

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

### **7.4.1 Trygga uppväxtvillkor**

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

### **7.4.2 Utbildning och arbete**

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

### **7.4.3 Hälsöfrämjande miljö**

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

### **7.4.4 Delaktighet och inflytande**

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

## 8 LÄSTIPS

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9 REFERENSER

---

- Arnhof, Y. (2008). *Onödig ohälsa. Hälsoläget bland personer med funktionsnedsättning*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Bartley, M. (2004). *Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity press.
- Boström, G., & Nyqvist, K. (2008). *Hälsa på lika villkor Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Hämtat den 28 december år 2010 från <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/A2008-06-Framebakgrund.pdf>
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom: en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Crenshaw, K. (2003). Mapping the margins: interseccionality, identity politics, and violence against women of color. In *Identities: race, class, gender, and nationality*. (s. 175-200). Malden, MA: Blackwell Publications.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO Collaborating centre for policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Hämtat den 24 januari 2011 från [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf)
- Faskunger, J. (2007). *Den byggda miljöns påverkan för fysisk aktivitet*. Östersund: Folkhälsoinstitutet. Hämtat den 11 februari 2011 från [http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703\\_Byggd\\_miljo\\_web.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703_Byggd_miljo_web.pdf)
- Frykman, J. Red. (2006). *Diskriminering ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. Östersund: Folkhälsoinstitutet. Hämtat den 3 januari 2011 från [http://www.do.se/Documents/Material/Gamla%20ombudsm%C3%A4nnens%20material/Diskriminering ett hot mot folkhalsan.pdf](http://www.do.se/Documents/Material/Gamla%20ombudsm%C3%A4nnens%20material/Diskriminering%20ett%20hot%20mot%20folkhalnsan.pdf)
- Haglund, B. J. A. & Svanström, L. (1995). 2a uppl. *Sambällsmedicin: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Janlert, U.(2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ljung, T. & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen* 2004; 101:1089-1094.
- Marmot, M. (2010). *Fair society. Healthy lifes. The Marmot review. Executive summary*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Hämtat den 18 januari 2011 från <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLivesExecSummary.pdf>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). 2nd edition. *Health promotion Foundations for practice*. New York: Baillière.

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

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

Socialdepartementet. (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm. Hämtat den 23 december år 2010 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf>

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

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

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

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





Folkhälsocentrum

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