



Hälsa på lika villkor

Rapport för Östersunds kommun 2018



HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR
RAPPORT FÖR ÖSTERSUNDS KOMMUN 2018
DNR RS/296/2019

HANDLÄGGARE
Hanna Viklund
Folkhälsosamordnare
Region Jämtland Härjedalen

GODKÄND AV:
Susanne Högberg
Folkhälsoschef
Region Jämtland Härjedalen

GILTIG FR O M:
2019-06-28

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

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
<i>Styrande dokument för Jämtland Härjedalen</i>	6
<i>Regionalt folkhälsoarbete</i>	6
<i>Lokalt folkhälsoarbete</i>	7
SYFTE OCH MÅL MED RAPPORTEN.....	8
METOD FÖR RAPPORTEN	8
<i>Undersökningen, urval och svaranden</i>	8
<i>Analys och tolkning av resultat</i>	9
<i>Definitioner av bakgrundsvariabler</i>	10
BEFOLKNINGEN I ÖSTERSUNDS KOMMUN	12
<i>Medellivslängd och befolkningsstruktur</i>	12
<i>Utbildningsnivå</i>	12
RESULTAT HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR.....	13
<i>Hälsa och välbefinnande</i>	13
<i>Trygghet och sociala relationer</i>	17
<i>Levnadsvanor</i>	22
<i>Sjukdomar och besvär</i>	26
DISKUSSION MED BEHOVSANALYS.....	28
<i>Avslutande ord</i>	30
REFERENSER	32

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med utökad urval i folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" år 2006, 2010, 2014 och nu 2018. Den här rapporten beskriver resultat för Östersunds kommun med nuläge men också sett över tid. Under våren 2018 skickades cirka 4 000 enkäter ut i kommunen till personer i åldern 16–84 år. Av dessa besvarades 1 996 stycken, en svarsfrekvens på 47 procent.

Över tid har medellivslängden i kommunen ökat och i Östersunds kommun ligger den något högre jämfört med länet. Resultatet visar att 66 procent av kommunens befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd vilket är signifikant lägre än riket, och jämfört med 2006 är det en mindre andel av kommunens befolkning som upplever sin hälsa som god. Det är även en negativ trend i kommunen gällande det psykiska måendet då det jämfört med tidigare undersökningar har blivit en större andel personer som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande, personer som upplever stress och personer som har ångslan, oro eller ångest.

Ytterligare områden som visar på en nedåtgående trend är området trygghet och sociala relationer, där upplevelsen av tillit till andra människor har minskat. Andelen som avstår från att gå ut ensam på grund av rädsla har ökat och andelen personer som upplever att de har tillgång till socialt stöd har minskat.

Den positiva trend som denna kommunrapport visar på är att andelen personer som röker dagligen minskar. Den levnadsvana som sedan undersökningen 2010 har haft en negativ trend är riskkonsumtion av alkohol och då framförallt en större andel bland män.

I och med det utökade urvalet som Östersunds kommun har valt att göra är det möjligt att se skillnader på kommundelsområden och det visar på att det finns skillnader mellan exempelvis Odensala, Lit och Frösön som sticker ut positivt på vissa indikatorer i jämförelse med Torvalla och Brunflo. På länsnivå visar resultatet genomgående att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsoutfall. Även kön, ålder, funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelseland är viktiga bakgrundsfaktorer för hälsan. **Det är därför viktigt att beakta socioekonomi¹ vid folkhälsoarbetet.**

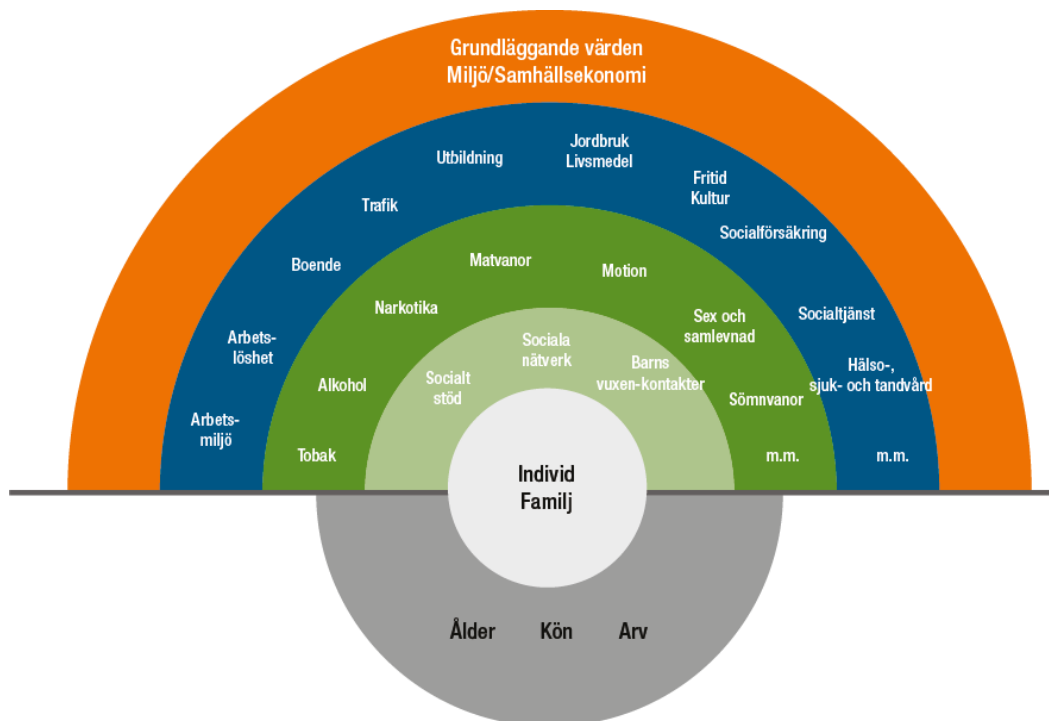
Utifrån resultaten finns behov att arbeta långsiktigt med följande områden:

- Den psykiska hälsan
- Trygghet och sociala relationer
- Levnadsvanor, framförallt riskkonsumtion av alkohol

¹ I den här rapporten syftar begreppet socioekonomi på utbildningsnivå och ekonomiska förhållanden.

Inledning

Ur ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och för de flesta är det en positiv utveckling som syns men utvecklingen har för vissa grupper gått långsammare eller stått stilla (Folkhälsomyndigheten, 2018). Över tid har folkhälsan i Sverige överlag utvecklats positivt, vilket visas bland annat genom ökad medellivslängd och förbättrad självsattad hälsa. Samtidigt syns ökade skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället, hälsan är därmed inte jämlikt fördelad. Förutsättningar för en god hälsa utifrån exempelvis utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, social miljö och kön har påverkan på individens levnadsvanor och livsvillkor och därmed individens hälsa. (Folkhälsomyndigheten, 2018). I den nya folkhälsopropositionen som godtogs i juni 2018 finns det reviderade folkhälsomålet om att främja en god och jämlik hälsa och arbeta för målet att minska de påverkbara klyftorna inom en generation (Regeringen, 2018). Målet har därmed omformulerats med ett tydligare fokus på jämlik hälsa. För att uppnå folkhälsomålet om en god och jämlik hälsa, omvandlades de elva målområdena till åtta stycken som syftar till att förtydliga vilka bestämningsfaktorer som är avgörande. De första sju målområdena utgör livsområden som omfattar viktiga resurser som är grundläggande för en god och jämlik hälsa. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är det åttonde målområdet, syftar till att påvisa att dess verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa. Därtill finns ett särskilt delmål, att långsiktigt arbeta för ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer, figur av Dahlgren & Whitehead².

² Bild hämtad från "Vår hälsa – länets möjligheter: Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016–2019" (Region Jämtland Härjedalen, 2016).

Figuren på föregående sida synliggör att det är en mängd olika faktorer som påverkar individens hälsa. I mitten av figuren finns individen och nedanför faktorerna ålder, kön och arv som individen inte kan påverka. Halvcirkeln närmast individen utgör dennes sociala nätverk, något som individen är en del av och som har betydelse för dennes hälsa. Sedan kommer levnadsvanor där individen har större möjlighet att själv påverka. De yttre halvcirkelarna står för omgivningsfaktorer som behöver politiska beslut och kollektiva åtgärder för att kunna påverkas. I och med att de så kallade bestämningsfaktorerna samspekar inom och mellan nivåerna innebär det att insatser för befolkningens hälsa behöver ske i samverkan och på ett flertal nivåer. (Region Jämtland Härjedalen, 2016).

Styrande dokument för Jämtland Härjedalen

Länets åtta kommuner har tillsammans med Region Jämtland Härjedalen arbetat fram en läns gemensam folkhälsopolicy för 2016–2019 *"Vår hälsa – länets möjlighet"* som också är antagen av respektive organisations högsta politiska församling. I arbetet med att ta fram policyn enades de nio deltagande organisationerna om fyra utvecklingsområden som ansågs vara utmaningar som påverkar folkhälsan:

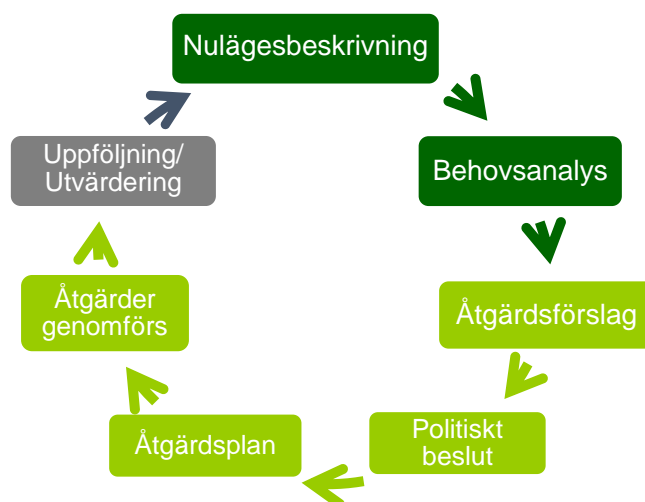
- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsöfrämjande miljö
- Delaktighet och inflytande

Policyn är ett vägledande dokument för folkhälsoarbetet i Jämtland Härjedalen och har visionen *"Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län"*. (Region Jämtland Härjedalen, 2016).

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

Regionalt folkhälsoarbete

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



Figur 2. Processen med folkhälsorapportering i Region Jämtland Härjedalen.

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

Lokalt folkhälsoarbete

I Östersunds kommun bedrivs folkhälsoarbetet i alla kommunens förvaltningar. Arbetet samordnas strategiskt från Kommunledningsförvaltningen. I april 2019 antogs en folkhälsostrategi för perioden 2019–2023. Strategin lyfter tre prioriterade utvecklingsområden för kommunen att arbeta med:

- Utveckla hälsofrämjande livsmiljöer med fokus på rörelse och trygghet
- Öka delaktighet och inflytande med fokus på mötesplatser och inkludering
- Utveckla förutsättningar för utbildning och arbete med fokus på fullföljda studier och trygg försörjning.

Flera av de variabler som mäts genom "Hälsa på lika villkor" kommer att användas som nyckeltal för uppföljning av folkhälsostrategin. Enkätresultatet ingår också i kommunens övergripande uppföljning utifrån Agenda 2030 samt används som underlag vid planering av insatser för ökad folkhälsa.

En av många viktiga delar inom folkhälsoarbete är det drogförebyggande arbetet inom alkohol, narkotika, doping, tobak och spel (ANDTS). I Östersunds kommun samordnas det förebyggande arbetet kring ANDTS på samma sätt som folkhälsoarbetet men styrs genom egna styrdokument och därmed inte genom folkhälsostrategin.

Syfte och mål med rapporten

Syftet med den här kommunrapporten är att ge en nulägesbild av hälsan hos personer mellan 16–84 år i Östersunds kommun. För att få en mer heltäckande bild av hur hälsan har utvecklats över tid, har även jämförelser gjorts med tidigare genomförda "Hälsa på lika villkor" undersökningar i kommunen. Målet med rapporten är att vara ett kunskaps- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemannaledning.

Metod för rapporten

I processen med att ta fram länsrapporten har de tjänstepersoner med folkhälsoansvar från länets kommuner och tjänstepersoner med kompetenser inom folkhälsa i Region Jämtland Härjedalen, deltagit vid gemensamma analysmöten samordnade av Folkhälsoenheten vid Region Jämtland Härjedalen. Det har varit ett forum att diskutera rapportens spridning och de sammanställda resultaten. I analysprocessens slutskede, när prioriteringar utifrån olika grupper lyftes fram till behovsanalysen deltog även ytterligare representanter från Region Jämtland Härjedalen och Länsstyrelsen.

Undersökningen, urval och svaranden

Folkhälsomyndigheten har årligen mellan 2004–2016 genomfört den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" hos personer mellan 16–84 år, men sedan 2016 genomförs den nationellt vartannat år. Undersökningen syftar till att visa hur befolkningen mår samt till att följa förändringar i hälsa över tid. 2018 bestod enkäten av 64 frågor, som med delfrågor totalt genererade 146 frågor. Dessa kompletteras med folkbokföringsuppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB). Frågorna handlar om bland annat hälsa, levnadsvanor, trygghet och sociala relationer, ekonomiska förhållanden och sysselsättning. Det nationella urvalet består sedan 2016 av 40 000 personer. Ungefär hälften av personerna i urvalet har besvarat enkäten, dock med en sjunkande andel svarande över tid. Svarsfrekvensen var 42 procent vid den nationella undersökningen 2018. Enkäten och övrig information om undersökningen går att finna i sin helhet på www.folkhalsomyndigheten.se.

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med utökat urval vart fjärde år 2006, 2010, 2014 och nu 2018, vilket innebär att ett större antal enkäter slumpmässigt skickas ut till länets befolkning. Vid undersökningen 2018 skickades det totalt ut 9 600 enkäter i länet. Östersunds kommun har för tredje gången, valt att delta med ytterligare enkäter. Under våren 2018 skickades totalt 4 000 enkäter ut i Östersunds kommun varav 1 996 enkäter besvarades, en svarsfrekvens på 47 procent. Enkäten fanns tillgänglig att svara på engelska och svenska. Det fanns också möjlighet att få frågorna upplästa med hjälp av programmet Talande Webb. Respondenterna fick välja om de ville besvara enkäten i pappersformat eller digitalt via webben, på länsnivå besvarades drygt hälften via webben.

Analys och tolkning av resultat

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

Generellt minskar svarsfrekvensen för alla typer av undersökningar och för den årliga nationella enkäten har svarsfrekvensen sjunkit med tio procentenheter under en tioårsperiod. För Östersunds kommun har svarsfrekvensen sjunkit från 59 procent vid undersökningen år 2010 till 55 procent år 2014 och 47 procent vid 2018 års undersökning. När svarsfrekvensen sjunker innebär det att det finns risk för att enkätsvaren i vissa avseenden är en överskattning av hur hälsan ser ut i befolkningen, då enkäten troligtvis inte speglar de grupper där hälsan är mest ojämnt fördelad. Den bortfallsanalys gjord av SCB visar att det framförallt är unga vuxna som inte svarat på enkäten och att vissa grupper som ex. förvärvsarbetande och personer med hög disponibel inkomst har högre svarsbenägenhet. Grupper med lägre svarsbenägenhet är de med lägre inkomst, mindre kontantmarginal och ensamstående. Då syftet med den inledande statistiska bearbetningen är att korrigera för olikheter i urvalet i relation till den faktiska befolkningens mängd, finns risk att detta enbart delvis uppnås vid större bortfall för specifika grupper. Detta innebär att presenterade resultat inte bör användas som exakta mått, utan snarare ses som indikationer och trender. Av samma skäl bör heller inte resultaten jämföras med andra undersökningar som baseras på andra urvalsprinciper eller metoder.

Datamaterialet på läns- och kommunnivå har bearbetats av Folkhälsoenheten, Region Jämtland Härjedalen. Den statistiska analysen som är vald att användas för att säkerställa om det är signifikanta skillnader mellan olika grupper är konfidensintervall. Konfidensintervall är ett mått på osäkerheten i ett skattat värde och gränserna för konfidensintervallen markerar inom vilket intervall som det "sanna" värdet befinner sig med 95 procentig sannolikhet. Konfidensintervallet antyder även hur många svarande det är som resultatet baserar sig på, ju bredare konfidensintervall desto färre antal personer baserar sig svaren på. Om två grupper (ex. kvinnor och män) konfidensintervall ej överlappar varandra innebär det att det är en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. I denna rapport beskrivs de resultat som är statistiskt säkerställda i text. I diagrammen presenteras alla kommunresultat uppdelat på kön och de signifikanta skillnaderna är markerade med en *, övriga resultat går ej att uttala sig om det är signifikanta skillnader. Där det finns skillnader mellan resultatet i kommunen jämfört med länet och/eller riket beskrivs det, om det inte står något om sådana skillnader

innebär det att det inte finns några säkerställda skillnader. Alla resultat redovisas i andelar i procent avrundat till närmaste heltal.

Definitioner av bakgrundsvariabler

I rapporten används olika bakgrundsvariabler som har definierats utifrån frågeställningar i enkäten eller registerdata³.

Åldersindelning – åldersvariabeln består av fyra grupper (16–29 år, 30–44 år, 45–64 år samt 65–84 år).

Utbildningsnivå – utbildningsvariabeln består av tre grupper:

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

I länsrapporten 2018 redovisas endast personer som är 25–84 år vid utbildningsnivå. Vid de tidigare länsrapporterna 2010 och 2014 ingick alla respondenter mellan 16–84 år i utbildningsvariabeln. För att jämföra utbildningsvariabeln över tid, har därför 2010 och 2014 års resultat justerats utifrån ålder.

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

Personer som har 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.

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

³ Ålder, utbildning och födelseort är uppgifter hämtade från registerdata.

Sexuell identitet – utifrån hur individen definierar sin sexuella identitet. I denna rapport är det indelat som två grupper, heterosexuell är den ena gruppen och homo-, bisexuell, annat eller jag vet inte är den andra gruppen. För gruppen sexuell identitet är inga jämförelser gjorda över tid då frågan har reviderats sedan 2014.

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

Kommundelsområde – Östersunds kommun har valt att lägga till ytterligare enkäter för att kunna få resultatet uppdelat även utifrån geografiska områden. Dessa är uppdelade utifrån SCB:s nyckelkodsområde (summeringsregister 4 enligt bild 1 nedan): Brunflo, Centrala stan, Frösön, Lit, Odensala och Torvalla.

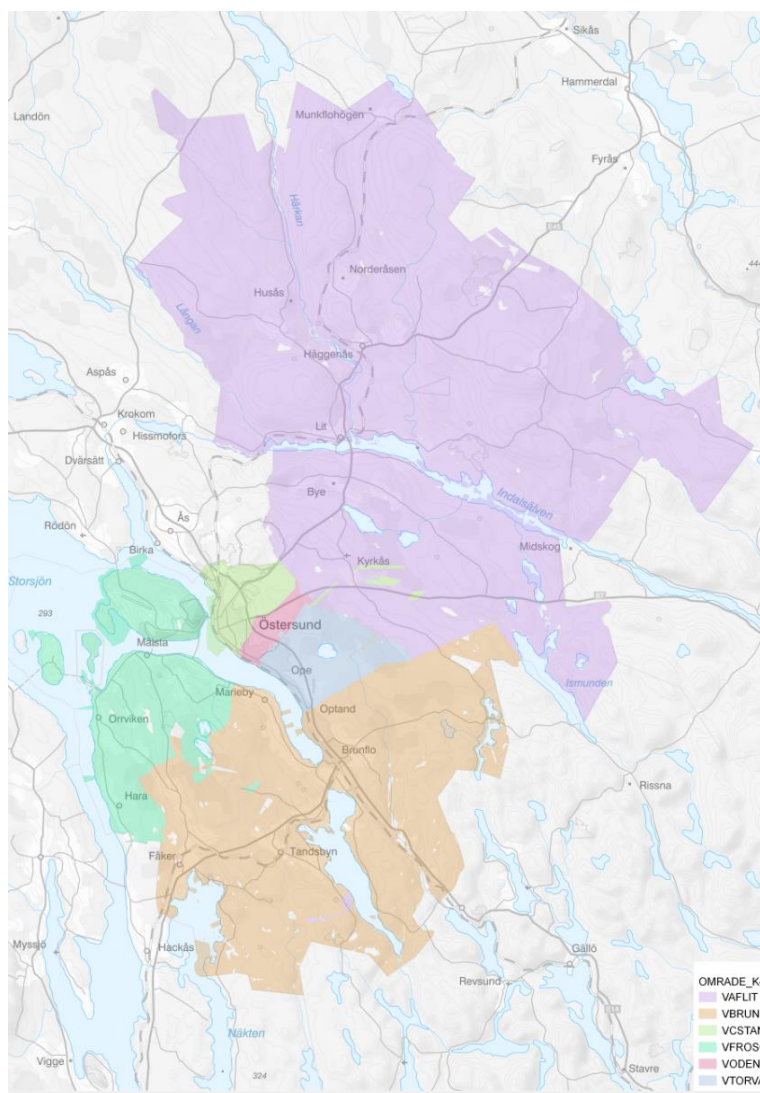


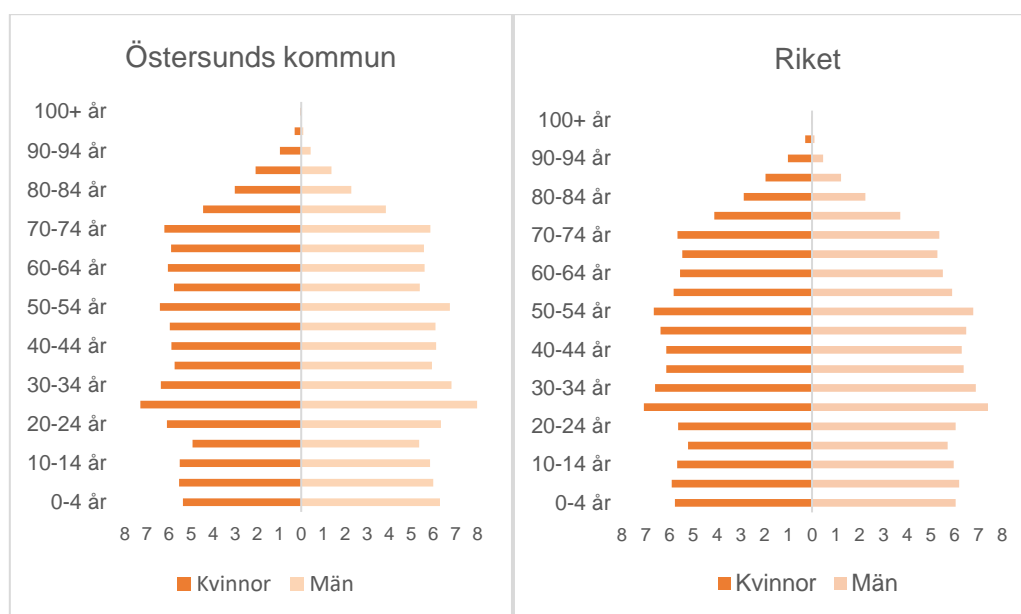
Bild 1. Karta över de sex kommunalsområden som resultatet för Östersunds kommun är geografiskt uppdelat efter.

Befolkningen i Östersunds kommun

Medellivslängd och befolkningsstruktur

Medellivslängd ger en uppfattning om hur befolkningen mår. I Östersunds kommun var förväntad medellivslängd vid födseln för kvinnor 83,8 år och för män 80,6 år under åren 2014–2018. Kvinnornas medellivslängd i kommunen ligger mellan riket och länet, riket ligger högst på 84,1 år. Männens i kommunen ligger i nivå med riket vilket är knappt högre än medellivslängden för män i länet. (SCB Befolkningsstatistik, 2019). Medellivslängden i kommunen har sedan år 2005–2009 ökat med 0,9 år för kvinnor och 1,9 år för män.

Befolkningsstrukturen visar på en något åldrande befolkning och att det i kommunen är en något äldre befolkning än i riket. Det är en större andel personer som närmar sig 65 år än vad det är som närmar sig 20 år. Det är fler kvinnor i de högre åldrarna och även sett till totalen, 31 132 män och 32 095 kvinnor (totalt 63 227) i kommunen 31 december 2018.



Figur 3. Folkmängd 31 december 2018, Östersunds kommun och riket, andel i procent av totala befolkningmängden. Källa SCB, 2019.

Utbildningsnivå

I Östersunds kommun liksom i både länet och riket, studerar kvinnor i högre utsträckning än män. I åldersgruppen 25–44 år är det störst andel som har eftergymnasial utbildning i kommunen, det är också den åldersgrupp där det är störst skillnad mellan kvinnor och män som har eftergymnasial utbildning. Alla åldersgrupper i Östersunds kommun har en större andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med länet. Den största andelen personer med förgymnasial utbildning finns inom den äldsta åldersgruppen där en av fem har kortare utbildning.

		Östersunds kommun			Jämtland Härjedalen			Riket		
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
25–44 år	Förgymnasial	6	3	4	6	7	6	6	6	6
	Gymnasial	29	44	36	36	53	44	29	39	34
	Eftergymnasial	66	53	60	58	41	49	65	55	60
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
45–64 år	Förgymnasial	6	7	6	7	12	9	10	12	11
	Gymnasial	44	47	45	53	56	54	48	54	51
	Eftergymnasial	51	46	48	41	32	36	42	34	38
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
65–84 år	Förgymnasial	18	22	20	25	29	27	28	34	31
	Gymnasial	49	55	52	50	52	51	50	44	47
	Eftergymnasial	34	24	29	26	19	23	22	22	22
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 1. Befolkningen efter utbildningsnivå (SUN2000Niva), åldersgrupp och kön år 2018, presenterat i procent, avrundat till närmaste heltal. Källa: Hälsa på lika villkor 2018.

Resultat Hälsa på lika villkor

Genomgående i denna rapport presenteras först resultaten för kommunen och sedan resultatet för länet inom samma områden, och då främst med fokus på skillnader mellan olika grupper i befolkningen. I länsrapporten för Jämtland Härjedalen finns mer detaljerad information om hur det skiljer sig mellan olika grupper beskrivet med andel i procent och med konfidensintervall. De skillnader som syns på länsnivå finns sannolikt även i Östersunds kommun.

Hälsa och välbefinnande

I detta avsnitt presenteras resultat gällande allmänt hälsotillstånd, tandhälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, depression, upplevd stress, ångslan-oro-ångest, depression och suicid. Det är önskvärt med en låg siffra för nedsatt psykiskt välbefinnande, upplevd stress, ångslan-oro-ångest, depression, suicidtankar och suicidförsök.

Definitioner hälsa och välbefinnande

Allmänt hälsotillstånd – utgår ifrån frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?".

"Mycket bra" och "Bra" räknas som gott allmänt hälsotillstånd.

God tandhälsa – frågan som ställs i enkäten lyder: "Hur tycker du att din tandhälsa är?" svarsalternativen "Mycket bra" och "Ganska bra" redovisas nedan som god tandhälsa.

Nedsatt psykiskt välbefinnande – i enkäten 2018 mäts psykiskt nedsatt välbefinnande genom indexet General Health Questionnaire 5 och ett summaindex beräknas utifrån de fem

frågorna. Respondenterna får jämföra hur det varit de senaste veckorna jämfört med hur det vanligtvis är.

Stress – definierats utifrån frågan: *"Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad"*. Resultatet för stress redovisas utifrån svaren *"Ganska mycket"* och *"Väldigt mycket"*.

Ängslan, oro eller ångest – redovisas här som *"Ja, svåra besvär"* på frågan: *"Har du något/några av följande besvär eller symtom? - ängslan, oro eller ångest?"*.

Depression – redovisas utifrån de som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* på frågan: *"Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare"*. Frågan är ny och inga jämförelser kan göras över tid.

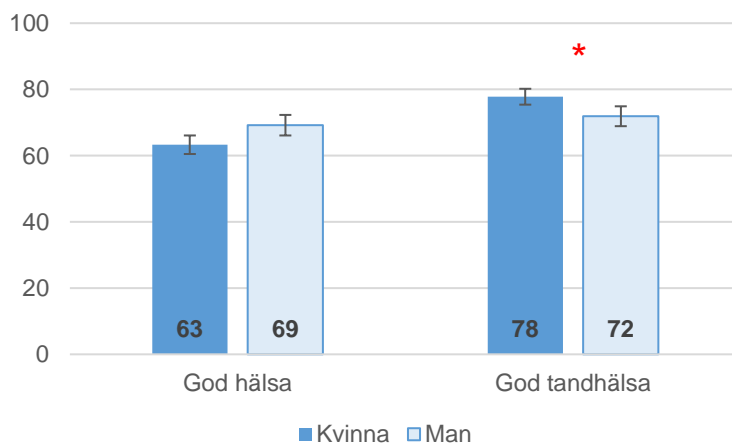
Suicidtankar – baseras på de som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* på frågan: *"Har du någon gång kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?"*.

Suicidförsök – de personer som svarat *"Ja, under de senaste 12 månaderna"* på frågan: *"Har du någon gång försökt ta ditt liv?"* redovisas som suicidförsök.

Upplevd hälsa i Östersunds kommun

Jämfört med riket är det en mindre andel personer i Östersunds kommun som upplever sin hälsa som god (71 procent i riket och 66 procent i kommunen). Andelen personer i kommunen som upplever sin hälsa som god har sjunkit från 71 procent 2010 till 66 procent 2018.

I kommunen är det en större andel kvinnor som skattar sin tandhälsa som god jämfört med män. Det är en större andel personer i Odensala (81 procent) jämfört med Torvalla (71 procent) som upplever sin tandhälsa som god.



Figur 4. Upplevd hälsa Östersunds kommun 2018.
Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med *.

Länsnivå – den självskattade hälsan är god och den positiva utvecklingen finns hos de äldsta

Det är en mindre andel personer i Jämtland Härjedalen än i riket som skattar sin hälsa som god. I länet är det en större andel män än kvinnor som skattar sin hälsa som god. Det är en

tydlig social gradient⁴ utifrån utbildningsnivå. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelseland. Sedan 2006 är det ingen skillnad mellan hur stor andel kvinnor eller män som skattar sin hälsa som god. 2018 är det dock en mindre andel kvinnor som skattar sin hälsa som god jämfört med 2014. 2018 är det en större andel personer i åldersgruppen 65–84 år som upplever sin hälsa som god jämfört med 2010, motsatt utveckling syns i den yngsta åldersgruppen.

Länsnivå – kvinnor skattar sin tandhälsa som god i större utsträckning än män

Det är en större andel kvinnor i länet som skattar sin tandhälsa som god jämfört med män och störst skillnad mellan könen syns i åldersgruppen 16–29 år. Det är en tydlig skillnad utifrån socioekonomi. Andelen personer som upplever sin tandhälsa som god har minskat över tid bland 16–29 åringar och även bland personer som haft ekonomisk kris.

Psykisk ohälsa i Östersunds kommun

I kommunen är det 17 procent som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande vilket är i nivå med både länet och riket. I kommunen liksom i länet är det en större andel kvinnor än män som har nedsatt psykiskt välbefinnande. I Östersunds kommun är det en större andel personer 2018 (17 procent) som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med 2010 då andelen var 14 procent. Det är en större andel män 2018, 15 procent jämfört med 10 procent 2010 som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande.

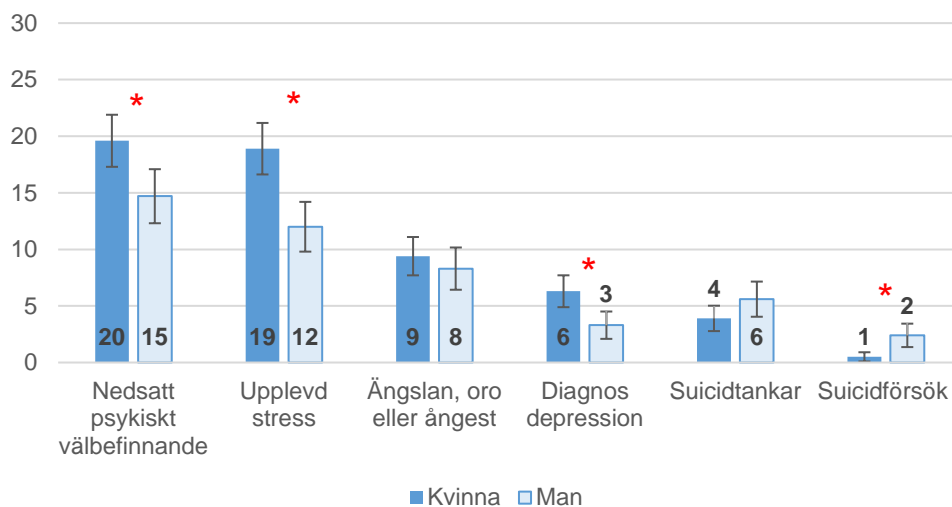
Kommunen ligger på samma nivå som länet och riket gällande andelen personer som upplever stress, 16 procent. Det är en större andel kvinnor än män som upplever stress. Jämfört med 2010 är det en större andel personer i kommunen som upplever stress 2018, andelen har ökat från 12 till 16 procent. Det är en signifikant skillnad i andelen kvinnor mellan 2010 och 2018 som upplever stress, det har ökat från 15 till 19 procent.

Det är en större andel personer i kommunen (9 procent) som har ängslan, oro eller ångest jämfört med länet och riket (7 procent). Andelen personer i Östersunds kommun som har ängslan, oro eller ångest har ökat från 4 procent 2010 till 9 procent 2018. Det är männen i kommunen som blivit större till andel då de har ökat från 2 procent 2010 till 8 procent 2018.

Det är inga skillnader mellan varken kommunen, länet eller riket gällande andelen personer som fått diagnosen depression det senaste året, 4 procent. Det är en större andel personer i Torvalla (9 procent) som har fått diagnosen depression jämfört med kommunsnittet.

Det är en större andel personer i kommunen som har haft suicidtankar jämfört med riket, 5 procent respektive 3 procent. Även andelen personer som gjort suicidförsök är större i Östersunds kommun 1 procent jämfört med riket 0,5 procent. 2018 är det en större andel män (2 procent) som gjort suicidförsök jämfört med 2010 (0,5 procent).

⁴ Med social gradient menas det att ju högre social position, desto bättre hälsa.



Figur 5. Psykisk ohälsa Östersunds kommun 2018.
Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med *.

Länsnivå – det är en större andel kvinnor än män som har nedsatt psykiskt välbefinnande

På länsnivå är det en signifikant skillnad mellan könen, den största skillnaden finns i den yngsta åldersgruppen. Andelen personer som har nedsatt psykiskt välbefinnande är större bland personer med eftergymnasial utbildning jämfört med personer som har förgymnasial utbildning. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland. Andelen medelålders kvinnor som har nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit större sedan 2010. Dock är det män i åldersgruppen 30–44 år som har den största ökningen i andel personer som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande 2018 jämfört med 2010. Både bland personer som har för- och eftergymnasial utbildning, bland personer som haft ekonomisk kris och bland personer med funktionsnedsättning har andelen ökat till 2018.

Länsnivå – andelen unga som upplever stress har ökat

Det är en mindre andel män än kvinnor som upplever stress. Störst är skillnaden mellan könen i åldersgruppen 16–29 år. Det finns skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år och bland personer med funktionsnedsättning som upplever stress 2018 jämfört med 2010.

Länsnivå – ingen skillnad mellan andel kvinnor och män som upplever ängslan, oro eller ångest

Det är störst andel personer i åldersgruppen 16–29 år som upplever ängslan, oro eller ångest. Det är en större andel personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte och personer födda utanför Sverige som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Andelen personer i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, har dubblats år 2018 jämfört med 2010. Även bland personer som haft

ekonomisk kris och bland personer med funktionsnedsättning har andelen som har ängslan, oro eller ångest ökat sedan 2010.

Länsnivå – det är en större andel kvinnor än män som har fått diagnosen depression

På totalen är det en större andel kvinnor än män som de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression av läkare. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning.

Länsnivå – suicidtankar och suicidförsök vanligare utifrån ekonomiska förhållanden och sexuell identitet

Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som haft suicidtankar de senaste 12 månaderna. Signifikanta skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning och sexuell identitet. Män i åldersgruppen 65–84 år är den grupp där det finns en säkerställd minskning över tid.

Det är en större andel män än kvinnor som gjort suicidförsök de senaste 12 månaderna. Andelen män i länet är dessutom högre än riket. Det är en större andel bland personer som har eftergymnasial utbildning, personer som haft ekonomisk kris, personer som är födda utanför Sverige och personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, som gjort suicidförsök de senaste 12 månaderna.

Trygghet och sociala relationer

I detta avsnitt presenteras resultatet om frågorna tillit, socialt deltagande, socialt stöd, ekonomisk kris, otrygghet utomhus, kränkande bemötande och våld. Det är önskvärt med låga siffror vid frågorna om ekonomisk kris, otrygghet utomhus, kränkande bemötande, hot om våld och utsatt för fysiskt våld.

Definitioner trygghet och sociala relationer

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

Socialt deltagande – utgår ifrån deltagande i två eller fler aktiviteter under de senaste 12 månaderna. Alternativen innefattar exempelvis bio, museum, religiös sammankomst, sporttillställning, skrivit i blogg eller insändare i tidning/tidskrift, offentlig tillställning, större släktsammankomst, privat fest, följt sociala nätverkssajter på internet, skrivit inlägg/deltagit i diskussioner eller spelat med andra på nätet. Då svarsalternativen har reviderats har inga jämförelser över tid genomförts.

Socialt stöd – redovisas både som emotionellt 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."

Ekonomisk kris – personer som har svarat ”Ja, vid ett tillfälle” eller ”Ja, vid flera tillfällen” på frågan ”Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?”.

Otrygghet utomhus – personer som svarat ”Ja, ibland” och ”Ja, ofta” på enkätfrågan: ”Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?”.

Kränkande bemötande – frågan angående kränkande bemötande lyder ”Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?” Svaren ”Ja, någon gång” och ”Ja, flera gånger” räknas som kränkande bemötande.

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

Utsatt för fysiskt våld – räknas svaret ”Ja” på frågan: ”Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?”.

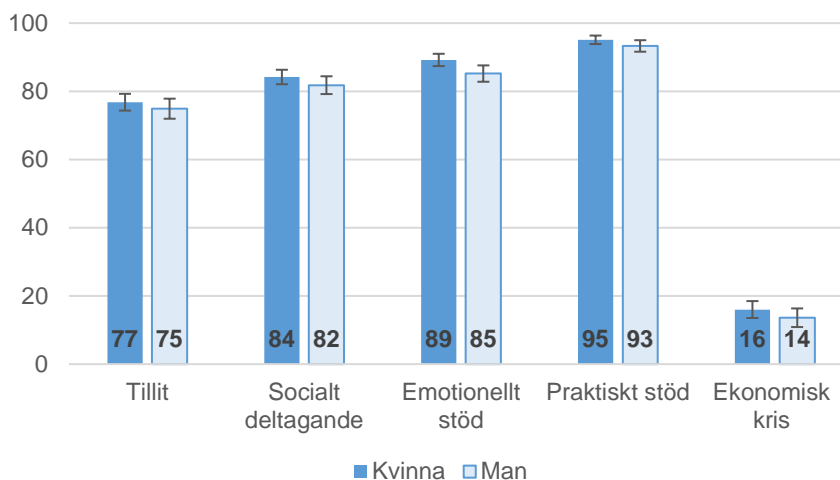
Trygghet och sociala relationer i Östersunds kommun

Det är en större andel personer i Östersunds kommun jämfört med riket som upplever tillit till andra människor (76 procent i kommunen och 72 procent i riket). Andelen personer i Odensala som upplever tillit är signifikant större jämfört med andelen personer i Torvalla, 83 respektive 72 procent. Det är en mindre andel personer i kommunen som upplever tillit till andra människor 2018 (76 procent) än vad det var 2010 (81 procent). Det är andelen män som upplever tillit till andra människor som minskat från 82 procent 2010 till 75 procent 2018.

Det är en större andel personer i kommunen som är socialt deltagande jämfört med länet, 83 procent jämfört med 78 procent. Det är en större andel personer på Frösön och i Odensala (86 procent) som är socialt deltagande i jämförelse med Torvalla (77 procent). Inga könsskillnader finns och frågan är inte heller jämförbar över tid.

I Östersunds kommun är det 87 procent som har emotionellt stöd och 94 procent har praktiskt stöd. I Odensala är det en större andel personer (97 procent) jämfört med kommunnivå (94 procent) som har praktiskt stöd. Andelen personer som har emotionellt och praktiskt stöd har minskat sedan 2010. 2010 var det 90 procent som upplevde emotionellt stöd jämfört med 87 procent 2018. Motsvarande siffror för praktiskt stöd är 99 procent 2010 och 94 procent 2018. Gällande praktiskt stöd är det en minskning bland både kvinnor och män. Andelen bland kvinnor har sjunkit från 99 procent till 95 procent och andelen bland män har sjunkit från 99 procent till 93 procent.

I kommunen är det 15 procent som haft ekonomisk kris. Jämfört med kommunsnittet är det en mindre andel bland personer i Lit och Odensala som har haft ekonomisk kris, 9 respektive 8 procent.



Figur 6. Sociala relationer Östersunds kommun 2018.
Det finns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

Länsnivå – en minskning av andelen personer som upplever tillit till andra människor

Det är minst andel personer i åldersgruppen 16–29 år som upplever tillit till andra människor. Utifrån utbildningsnivå är det en större andel med eftergymnasial utbildning som upplever tillit till andra människor jämfört med personer med gymnasial utbildning. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsnedsättning och personer som är födda utomlands. Det är en mindre andel personer som upplever tillit till andra människor 2018 än 2010. Den största minskningen har skett i åldersgruppen 16–29 år. I alla utbildningsgrupper, bland personer som haft ekonomisk kris och bland personer som har funktionsnedsättning har andelen som upplever tillit till andra människor minskat från 2010 till 2018.

Länsnivå – stora skillnader utifrån utbildningsnivå gällande socialt deltagande

De aktiviteter som är mest frekvent i länsresultatet är privat fest, teater eller bio, offentlig tillställning, följt sociala nätverkssajter på internet och sporttillställning. I länet är det en högre andel kvinnor än män som har ett socialt deltagande. Det är minst andel bland personer i åldersgruppen 65–84 år som deltar i sociala aktiviteter. Det är stor skillnad i socialt deltagande utifrån utbildningsnivå. Det finns även skillnader utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland.

Länsnivå – majoriteten har socialt stöd men det är en nedåtgående utveckling

Det är en högre andel kvinnor jämfört med män som har emotionellt stöd och det gäller personer mellan 16–29 år. Det finns säkerställda skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning och födelseland. 2018 är det en mindre andel bland personer i åldersgruppen 16–29 år och bland personer som haft ekonomisk kris som har emotionellt stöd jämfört med 2010.

Det är en större andel bland personer med eftergymnasial utbildning, personer som identifierar sig som heterosexuella, personer som inte haft ekonomisk kris, personer som inte

har funktionsnedsättning och personer som är födda i Sverige som har praktiskt stöd. Bland både kvinnor och män är det en mindre andel som har praktiskt stöd 2018 än vad det var 2010. Det är en lägre andel kvinnor i alla åldersgrupper 2018 jämfört med 2010 som har praktiskt stöd. Den största minskningen har skett bland personer som haft ekonomisk kris. Det är även en nedåtgående trend hos personer med funktionsnedsättning.

Länsnivå – minst andel äldre som haft ekonomisk kris

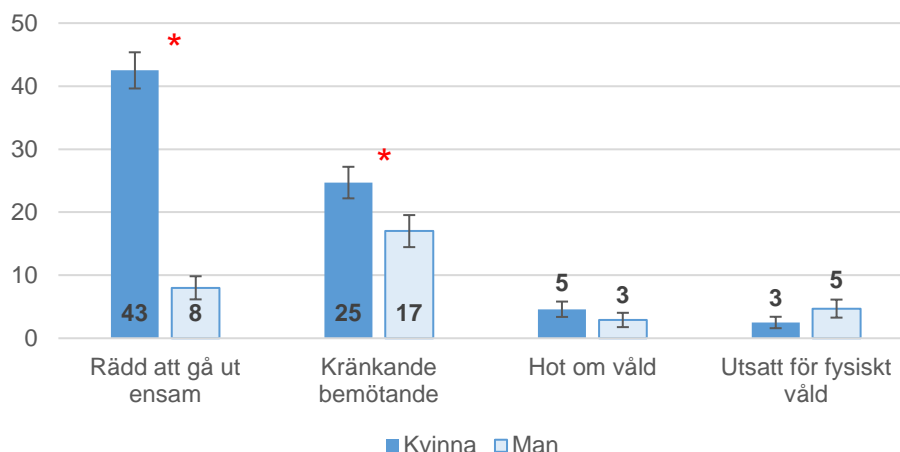
Det är minst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som haft ekonomisk kris. Utifrån utbildningsnivå är det ingen skillnad. Signifikanta skillnader finns utifrån sexuell identitet, funktionsnedsättning och födelseland. Inga säkerställda skillnader finns 2018 jämfört med 2010.

Otrygghet i Östersunds kommun

Östersund är den kommun i länet som har störst andel personer som avstått från att gå ut ensam, 26 procent respektive i länet 19 procent. Det gäller framförallt andelen kvinnor i kommunen jämfört med länsnivå, 43 procent av kvinnorna i kommunen jämfört med 33 procent av kvinnorna på länsnivå. Det är en mindre andel personer i Lit (16 procent) som har avstått från att gå ut ensam jämfört med kommunsnittet (26 procent). I kommunen är det en signifikant skillnad mellan könen där andelen bland kvinnor ligger betydligt högre än andelen bland män. 2018 är det en större andel personer som p.g.a. rädsla avstått från att gå ut ensam än vad det var 2010, en ökning från 19 till 26 procent. Det är framför allt bland kvinnor som andelen har ökat, från 31 procent till 43 procent.

Var femte person (21 procent) i Östersunds kommun har upplevt kränkande bemötande och det är en större andel kvinnor än män som uppger detta. I kommunen är det ingen signifikant skillnad jämfört med 2010 angående andelen personer som upplevt kränkande bemötande.

I kommunen är andelen personer som har blivit utsatt för hot om våld 4 procent. Andelen personer som har blivit utsatt för fysiskt våld ligger på samma nivå. Det finns inga säkerställda skillnader mellan kvinnor och män, geografiska områden i kommunen eller över tid gällande någon av frågorna.



Figur 7. Otrygghet Östersunds kommun 2018.
Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med *.

Länsnivå – lägre upplevd otrygghet i länet jämfört med riket men stora könsskillnader

Jämfört med riket är det en mindre andel personer i Jämtland Härjedalen som avstått från att gå ut ensam. Det är en större andel kvinnor än män i länet som någon gång avstått från att gå ut ensam och könsskillnaden är störst i den yngsta åldersgruppen. Det är en mindre andel personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning som upplever otrygghet utomhus. Skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning. I alla åldersgrupper förutom den äldsta, har det blivit en större andel personer som upplever otrygghet utomhus 2018 än 2010. Störst är skillnaden i den yngsta åldersgruppen och där finns även en ökning av andel män. Även utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden och funktionsnedsättning ses en ökning från 2010 till 2018.

Länsnivå – unga kvinnor är störst till andel att ha blivit utsatt för kränkande bemötande

I Jämtland Härjedalen är det en signifikant lägre andel personer jämfört med riket som blivit utsatt för kränkande bemötande de senaste tre månaderna. I länet är det en större andel kvinnor än män som blivit utsatt för kränkande bemötande, störst är könsskillnaden i den yngsta åldersgruppen. Ju högre utbildningsnivå, desto större andel är det som blivit utsatt för kränkande bemötande. Även personer som haft ekonomisk kris, personer som har funktionsnedsättning eller personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, är större till andel som blivit utsatt för kränkande bemötande. Det är en signifikant ökning av andelen kvinnor, personer i åldersgruppen 45–64 år, personer med eftergymnasial utbildning, personer som ej haft ekonomisk kris och personer som har funktionsnedsättning som blivit utsatt för kränkande bemötande 2018 jämfört med 2010.

Länsnivå – det är ingen skillnad utifrån utbildningsnivå vad gäller hot om våld eller utsatthet för fysiskt våld

I Jämtland Härjedalen är det en mindre andel personer än i riket som blivit utsatt för hot om våld. Det finns säkerställda skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, sexuell identitet och funktionsnedsättning. Andelen personer som har funktionsnedsättning och som har blivit utsatt för hot om våld har ökat från 2010 till 2018.

I Jämtland Härjedalen är det en större andel män än kvinnor som blivit utsatt för fysiskt våld. Bland personer som haft ekonomisk kris, personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte, och personer som är födda utanför Sverige är det en större andel som har blivit utsatt för fysiskt våld. 2018 är det en större andel personer med funktionsnedsättning som blivit utsatta för fysiskt våld än vad det var 2010.

Levnadsvanor

I detta avsnitt presenteras resultatet för fysisk aktivitet, stillasittande, intag av frukt och grönt, söta drycker, daglig rökning och snusning, riskkonsumtion av alkohol, narkotika och riskabelt spelande. Det är önskvärt med låga siffror på frågorna stillasittande, riskabel alkoholkonsumtion, daglig rökning och snusning, cannabis och riskabla spelvanor.

Definitioner levnadsvanor

Fysisk aktivitet minst 150 min/vecka – bildas av två frågor: "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, t.ex. löpning, motionsgymnastik eller bollsport?" och "Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, t.ex. promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)". Resultatet från de två frågorna vägs samman till ett gemensamt mått som kallas aktivitetsminuter. Frågorna är reviderad och jämförelser över tid är därför inte genomförda.

Stillasittande – definieras utifrån frågan "Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?" Personer som fyllt i att de sitter 10 timmar eller mer betraktas i denna rapport vara stillasittande. Frågan är reviderad och jämförelser över tid är därför inte genomförda.

Frukt- och grönsakskonsumtion – är en sammanslagning av två frågor: "Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?" och "Hur ofta äter du frukt och bär?". De som äter minst 500 gram frukt och grönt per dag redovisas i denna rapport.

Söta drycker – definieras utifrån frågan "Hur ofta dricker du läsk, saft eller andra sötade drycker? De som en gång i veckan eller mer sällan dricker söta drycker presenteras i denna rapport. Frågan är ny och därför är jämförelser över tid inte genomförda.

Riskabel alkoholkonsumtion – är ett summaindex av tre frågor om alkoholvanor om mängd och hur ofta. Samtliga som svarat på minst en av frågorna ingår i beräkningen. Maxpoäng är 12, fem poäng eller högre för kvinnor respektive sex poäng eller högre för män talar för riskbruk.

Daglig rökning – utgår från dem som svarat "Ja, dagligen" på frågan "Röker du?".

Daglig snusning – utgår ifrån svaret "Ja, dagligen" på frågan: "Snusar du?".

Cannabis – definieras utifrån frågan: "Har du någon gång använt hasch eller marijuana", de som svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" redovisas nedan.

Riskabla spelvanor – utgår ifrån fyra frågor som bildar ett index. Frågan reviderades 2014 och därför kan inga jämförelser göras längre tillbaka än så.

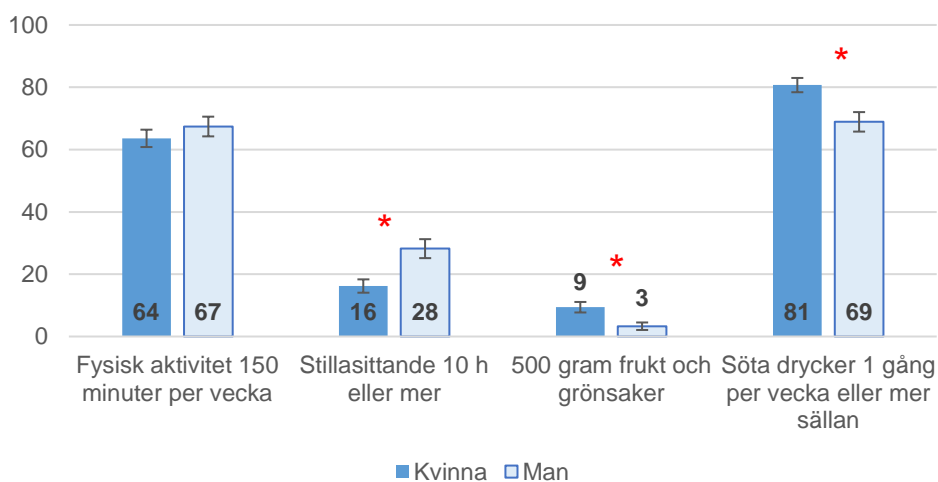
Fysisk aktivitet och matvanor i Östersunds kommun

I Östersunds kommun är det 65 procent som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka. Det är en större andel personer i Odensala (73 procent) som är fysiskt aktiva jämfört med kommunsnittet (65 procent). Samtidigt är det en mindre andel personer i Torvalla (53 procent) och Brunflo (55 procent) som är fysiskt aktiva jämfört med kommunsnittet.

Det är en större andel personer i Östersunds kommun, 22 procent som är stillasittande minst 10 timmar per dygn jämfört med länet, där det är 19 procent. Det är en mindre andel personer i Lit som är stillasittande jämfört med kommunen, 16 respektive 22 procent. I Östersunds kommun är det en mindre andel kvinnor än män som är stillasittande 10 timmar eller mer per dag.

Det är 6 procent av personer mellan 16–84 år i Östersunds kommun som når rekommendationerna om 500 gram frukt och grönsaker per dag. Liksom på läns- och riksnivå är det en större andel kvinnor än män som äter 500 gram frukt och grönt per dag i Östersunds kommun.

I Östersunds kommun är det 75 procent som dricker söta drycker en gång i veckan eller mer sällan. I kommunen är det en signifikant högre andel kvinnor än män som når rekommendationerna om söta drycker en gång i veckan eller mer sällan.



Figur 8. Fysisk aktivitet och matvanor Östersunds kommun 2018. Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med *.

Länsnivå – tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå och fysisk aktivitet

Det är en större andel personer i de yngre åldersgrupperna jämfört med de äldre åldrarna som är fysiskt aktiva. Det är en tydlig social gradient utifrån utbildningsnivå. Signifikanta skillnader finns även utifrån ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelse-land.

Länsnivå – kvinnor är stillasittande i mindre utsträckning än män

Det är en mindre andel kvinnor i länet som är stillasittande jämfört med andelen kvinnor i riket. Det är även en mindre andel kvinnor än män i länet som är stillasittande. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som är stillasittande jämfört med andelen i åldersgruppen 65–84 år. Skillnader finns också utifrån utbildningsnivå där det är en större andel personer med eftergymnasial utbildning jämfört med gymnasial utbildning som är stillasittande. Det finns även signifikanta skillnader utifrån sexuell identitet och funktionsnedsättning.

Länsnivå – det är en fortsatt väldigt låg andel av länets befolkning som når rekommendationerna

Det är en mindre andel personer i länet jämfört med riket som äter 500 gram frukt och grönsaker per dag. Det är en större andel kvinnor än män i Jämtland Härjedalen som når rekommendationerna. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå och ekonomiska förhållanden. Det är en större andel personer som är utlandsfödda som når rekommendationerna. Sedan 2010 finns inga skillnader i någon grupp gällande andel personer som når upp till 500 gram frukt och grönsaker per dag.

Länsnivå – det är en större andel kvinnor som sällan dricker sötade drycker

Det är en större andel män än kvinnor i länet som dricker söta drycker mer frekvent, främst i de två äldsta åldersgrupperna. Den yngsta åldersgruppen, personer mellan 16–29 år, är den åldersgrupp som har minst andel personer som når rekommendationerna om att dricka söta drycker en gång per vecka eller mer sällan. Skillnader finns också utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, födelse-land och sexuell identitet.

Alkohol, narkotika, droger, tobak och spel i Östersunds kommun

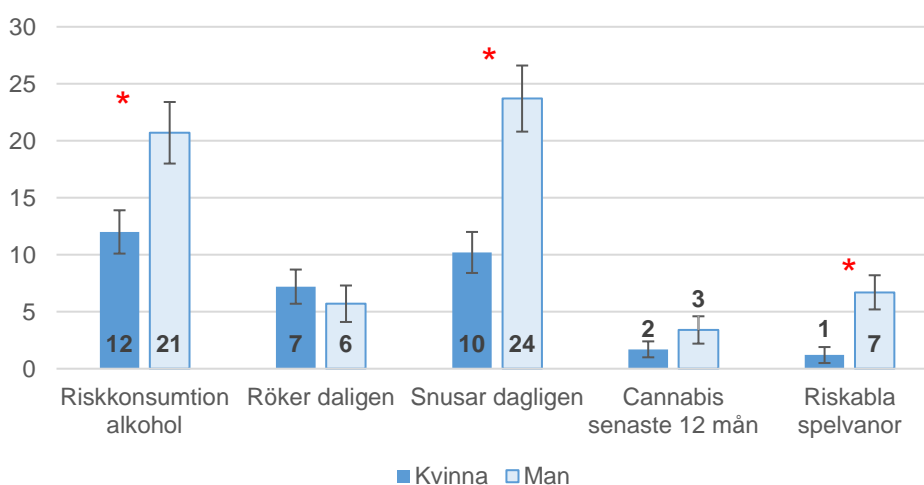
Det är 16 procent som har riskkonsumtion av alkohol i Östersunds kommun och det är en signifikant större andel män än kvinnor. I kommunen är det en ökning av andelen personer som har riskkonsumtion av alkohol 2018 (16 procent) jämfört med 2010 (12 procent). Andelen män som har riskkonsumtion av alkohol har blivit större över tid, en ökning från 15 procent 2010 till 21 procent 2018.

I Östersunds kommun är det 6 procent som röker dagligen. Det är en mindre andel personer i Odensala, 3 procent, som röker dagligen jämfört med kommunsnittet. 2018 är det en mindre andel personer som röker dagligen jämfört med 2010 (10 procent 2010 och 6 procent 2018). I kommunen är det andelen kvinnor som har en signifikant minskning över tid, från 12 till 7 procent.

Det är en större andel personer i Östersunds kommun (17 procent) som snusar dagligen jämfört med riket (11 procent). Det är en mindre andel personer i Odensala jämfört med Torvalla som snusar dagligen, 13 respektive 23 procent. Det är en större andel män än kvinnor som snusar dagligen.

I Östersunds kommun är det 3 procent som provat cannabis senaste året, vilket varken skiljer sig från länet eller riket.

I kommunen är det 4 procent som haft riskabla spelvanor det senaste året och det är en större andel män än kvinnor.



Figur 9. Alkohol, narkotika, droger, tobak och spel Östersunds kommun 2018. Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med *.

Länsnivå – en ökning av andelen äldre personer som har riskkonsumtion av alkohol

Det är en större andel män än kvinnor som har riskkonsumtion av alkohol, det gäller alla åldersgrupper förutom den yngsta. Utifrån utbildningsnivå är det störst andel personer med gymnasial utbildning som har riskkonsumtion av alkohol. Det är en större andel personer som är födda i Sverige jämfört med personer födda utanför Sverige som har riskkonsumtion av alkohol. Det är en större andel personer i åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år och bland personer som har funktionsnedsättning som har riskkonsumtion av alkohol 2018 jämfört med 2010. Riskkonsumtion av alkohol har dessutom ökat oavsett ekonomiska förhållanden.

Länsnivå – en positiv utveckling att daglig rökning minskar

I åldersgruppen 45–64 år är det en mindre andel män än kvinnor som röker dagligen. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, funktionsnedsättning och sexuell identitet. Sedan undersökningen 2006 är det en halvering av både andel kvinnor och män som röker dagligen 2018. Från 2010 har minskningen skett i åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år. Minskningen finns även i alla utbildningsnivåer.

Länsnivå – det är en större andel personer i länet jämfört med riket som snusar dagligen

Det är en större andel personer i länet jämfört med riket som snusar dagligen. I länet är det en högre andel män än kvinnor som snusar dagligen. Den åldersgrupp som har minst andel personer som snusar dagligen är den äldsta. Säkerställda skillnader finns utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden och funktionsnedsättning. Det är en mindre andel personer som är födda utanför Sverige som snusar dagligen jämfört med personer som är födda i Sverige. Det är en större andel kvinnor i åldersgruppen 65–84 år och personer med funktionsnedsättning som snusar dagligen 2018 jämfört med 2010.

Länsnivå – könsskillnad i andelen personer som prövat hasch eller marijuana

Det är en mindre andel personer i länet jämfört med riket som någon gång det senaste året har prövat hasch eller marijuana och i länet finns det en säkerställd skillnad mellan kvinnor och män. Det är störst andel yngre personer som använt hasch eller marijuana. Det är en större andel personer som haft ekonomisk kris än andelen som inte haft det, som använt hasch eller marijuana senaste året.

Länsnivå – riskabelt spelande vanligare bland män

Det är en mindre andel kvinnor än män i länet som har riskabelt spelande och framförallt i den yngsta åldersgruppen. Det finns inga skillnader utifrån utbildningsnivå. Signifikanta skillnader finns dock utifrån ekonomiska förhållanden, födelseland och sexuell identitet. Jämfört med 2014 finns inga säkerställda skillnader gällande riskabelt spelande på något sätt.

Sjukdomar och besvär

I detta avsnitt redovisas fetma, övervikt eller fetma, högt blodtryck, diabetes och svåra besvär av sömnsvårigheter. Det är önskvärt med en låg siffra på alla fyra frågorna.

Definitioner sjukdomar och besvär

Fetma och övervikt – mäts genom BMI, body mass index, uträknad med hjälp av längd och vikt som respondenten själv har fått fylla i. Fetma definieras som ett BMI högre än 30 och övervikt definieras som ett BMI mellan 25-30.

Högt blodtryck – redovisas här utifrån svaren, "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär.", på frågan om man har högt blodtryck.

Diabetes – redovisas här som "Ja, men inga besvär", "Ja, lätta besvär", "Ja, svåra besvär", på frågan om man har diabetes.

Sömnsvårigheter – redovisas här som "Ja, svåra besvär" på frågan om man har sömnbesvär.

Sjukdomar och besvär i Östersunds kommun

Det är en mindre andel personer i Östersunds kommun som har fetma (13 procent) jämfört med både länet (17 procent) och riket (16 procent). Det är en signifikant mindre andel kvinnor som har fetma i Östersunds kommun än vad det är i länet, 13 jämfört med 17 procent. Det är

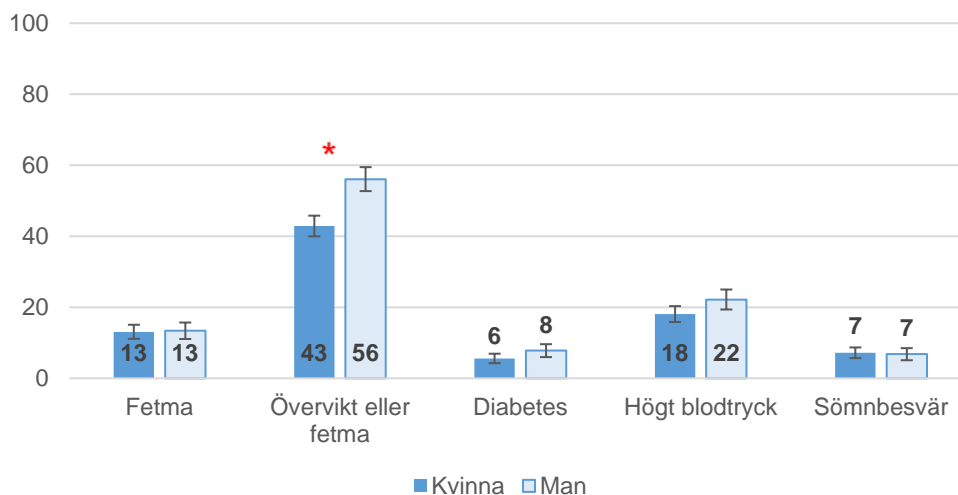
en större andel personer i Brunflo (22 procent) jämfört med kommunen (13 procent) som har fetma. Samtidigt är det en mindre andel personer i Odensala (11 procent) som har fetma jämfört med Brunflo.

Det är en mindre andel personer i Östersunds kommun som har övervikt eller fetma (49 procent) jämfört med länet (53 procent). Liksom vid andelen fetma är det en signifikant mindre andel kvinnor som har övervikt eller fetma i Östersunds kommun än andelen bland kvinnor i länet, 43 jämfört med 48 procent. I Östersunds kommun är det en signifikant lägre andel kvinnor än män som har övervikt eller fetma. Det är en signifikant större andel personer i Brunflo (64 procent) som har övervikt eller fetma jämfört med kommunsnittet (49 procent).

Andelen personer som har diabetes i kommunen är 7 procent. Det är inga signifikanta skillnader mellan kön, kommundelsområden eller jämfört med 2010 beträffande andelen personer som har diabetes.

Det är en mindre andel personer i kommunen som har högt blodtryck jämfört med länet, 20 jämfört med 23 procent. I Östersunds kommun är det en mindre andel kvinnor jämfört med andel kvinnor på länsnivå som har högt blodtryck, 18 respektive 22 procent.

I Östersunds kommun är det 7 procent som har svåra sömnbesvär. Det är en mindre andel personer på Frösön som har svåra sömnbesvär jämfört med kommunen, 4 procent jämfört med 7 procent. Andel personer på Frösön som har svåra sömnbesvär är mindre i jämförelse med både Brunflo och Torvalla där det är 10 procent.



Figur 10. Sjukdomar och besvär Östersunds kommun 2018.
Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män är markerade med *.

Länsnivå – skillnader i fetma finns utifrån socioekonomi

Det är ingen skillnad mellan könen gällande andelen som har fetma. Det är en lägre andel personer i åldersgruppen 16–29 år och 30–44 år jämfört med 45–64 år som har fetma. Det

finns skillnader i fetma utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och funktionsnedsättning. Länsresultatet visar att andelen personer som har fetma har ökat från 2006 till 2010 för att ligga på samma nivå år 2018. Det är en större andel personer i åldersgruppen 16–29 år som har fetma 2018 jämfört med 2010.

I Jämtland Härjedalen är det en mindre andel kvinnor än män som har övervikt eller fetma. Det är en könsskillnad som finns i alla åldersgrupper förutom den yngsta mellan 16–29 år. Det är störst andel personer i åldersgruppen 45–64 år och minst andel i åldersgruppen 16–29 år som har övervikt eller fetma. Det är en mindre andel män i åldersgruppen 30–44 år som har övervikt eller fetma 2018 jämfört med 2010.

Länsnivå – drygt var femte person i länet har högt blodtryck

Det är störst andel personer i åldersgruppen 65–84 år som har högt blodtryck. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå, funktionsnedsättning och födelseland.

Länsnivå – en minskning av andelen med diabetes i den äldsta åldersgruppen

Det är en större andel män än kvinnor i länet som har diabetes. Det finns signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå och funktionsnedsättning. Den enda förändring över tid är en minskning av andelen personer som har diabetes i åldersgruppen 65–84 år.

Länsnivå – skillnader i sömnsvärigheter utifrån socioekonomi

Det är bara i åldersgruppen 65–84 år som det är en högre andel kvinnor än män som har svåra sömnbesvär. Det finns säkerställda skillnader utifrån utbildningsnivå, ekonomiska förhållanden, sexuell identitet, födelseland och funktionsnedsättning. Över tid ligger andelen med svåra sömnbesvär konstant och det finns inga signifikanta skillnader hos någon grupp.

Diskussion med behovsanalys

Att knappt hälften av de tillfrågade har valt att svara på enkäten innebär att det finns risk att resultatet i vissa avseenden skulle kunna vara en överskattning av hur hälsan i befolkningen ser ut, då svarsbenägenheten är större i grupper med bl.a. högre disponibel inkomst.

Områden att prioritera i Östersunds kommun utifrån utvecklingen över tid och nuläge

Utifrån den utveckling som visar sig vid jämförelser med 2010 års undersökning av "Hälsa på lika villkor" och det nuläge som framkommer i undersökningen 2018 är det tydligt att följande områden är särskilt viktiga att arbeta vidare med för att begränsa de negativa trenderna:

Den psykiska hälsan

En av vår tids stora utmaningar är den psykiska ohälsan (Regeringen, 2018). Resultatet från "Hälsa på lika villkor" 2018 visar på att det i Östersunds kommun är en nedåtgående utveckling gällande den upplevda hälsan, och framförallt kopplat till den psykiska hälsan då

det på flera områden blivit en försämring. Det är ett fortsatt område att arbeta med för att vända den negativa trenden som fortfarande finns.

Resultatet på länsnivå visar på att det psykiska välbefinnandet är ett viktigt område att stärka bland gruppen unga vuxna. Det är också viktigt att ta hänsyn till bl.a. sexuell identitet och ekonomiska förhållanden då det är en större andel personer som haft ekonomisk kris och bland personer som identifierar sig som homo-, bisexuell, annat eller vet inte som rapporterar ett mindre bra psykiskt mående.

Trygghet och sociala relationer

Att ha en god social tillvaro och uppleva trygghet är en viktig del i människors hälsa. Det är också en skyddsfaktor för hälsan att vara del i ett socialt sammanhang (Regeringen, 2018). Många indikatorer inom området trygghet och sociala relationer som inkluderar att man avstått från att gå ut ensam, tillit till andra människor och har socialt stöd visar på en negativ trend sedan år 2010 i Östersunds kommun. Kommunen sticker fortfarande ut negativt jämfört med länets övriga kommuner då det finns en högre andel personer som avstår från att gå ut ensamma. Det är en stor könsskillnad då kvinnor i högre utsträckning upplever otrygghet utomhus och på länsnivå är det tydligt att det främst gäller den yngsta åldersgruppen och att det sedan 2010 är en större andel personer i alla åldersgrupper förutom den äldsta som avstått från att gå ut ensam.

Levnadsvanor, framförallt riskkonsumtion av alkohol

Den positiva utvecklingen som finns i Östersunds kommun sedan undersökningen 2010 är att andelen personer som röker dagligen har minskat. Minskningen finns framförallt bland kvinnor. Olika styrmedel som exempelvis skatter, lagar och riktlinjer är en av många faktorer som påverkat minskningen av rökning (Folkhälsomyndigheten, 2019). Samtidigt bedrivs ett aktivt arbete på regional och kommunal nivå genom bl.a. ANDT-strategi på länsnivå och styrdokument på lokal nivå, Tobaksfri Duo⁵ och tobaksavvänjare på länets hälsocentraler. Det som däremot sticker ut i motsatt riktning i Östersunds kommun är riskkonsumtionen av alkohol i och med den negativa trend som finns, och det gäller framförallt andelen bland män i kommunen som ökat sedan 2010.

Människors socioekonomiska förhållanden och sociala position är en faktor som bidrar till att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen (Regeringen, 2018). Det är en större andel män än kvinnor som har sämre levnadsvanor. Det som är tydligast gällande levnadsvanor på länsnivå är dock att socioekonomi har betydelse för att ha goda levnadsvanor, med fördel till personer som har längre utbildning och som inte haft ekonomisk kris. Detta behöver beaktas i arbetet med att främja goda levnadsvanor.

⁵ Tobaksfri Duo är en vetenskapligt utvärderad kontraktmetod för att förebygga tobaksbruk bland skolelever i mellan- och högstadiet.

Olika levnadsvanor kan påverka risken för sjukdomar som cancer, kardiovaskulära sjukdomar, kronisk luftvägssjukdom och viss form av diabetes (Folkhälsomyndigheten, 2019). Levnadsvanor och då främst fysisk aktivitet och matvanor men även tobaksbruk och riskkonsumtion av alkohol är faktorer som påverkar de sjukdomar och besvär som lyfts i den här rapporten. På länsnivå är det tydligt att det finns en social gradient utifrån socioekonomi, vilket är viktigt att beakta i prioriteringar och planering av folkhälsoinsatser. Liknande typ av styrmedel som finns vid arbetet med att minska rökning saknas i arbetet med att förbättra övriga levnadsvanor. Exempelvis ligger andelen personer som når upp till rekommendationerna om 500 gram frukt och grönsaker per dag på en fortsatt väldigt låg nivå.

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

I länsrapporten för Jämtland Härjedalen visar resultatet genomgående att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället utifrån kön, ålder, socioekonomi men också utifrån funktionsnedsättning, sexuell identitet och födelseland. På vissa områden är det mer tydligt än på andra. Exempelvis att kvinnor i högre utsträckning har goda levnadsvanor, att det är större andel kvinnor som är socialt deltagande och har emotionellt stöd jämfört med män. Samtidigt finns det områden som är omvända. Att det är en större andel män än kvinnor som upplever sin hälsa som god, det är en mindre andel män som har nedsatt psykiskt välbefinnande och i mindre utsträckning än kvinnor blivit utsatta för kränkande bemötande.

Resultatet visar på att det finns områden med en tydlig social gradient utifrån utbildningsnivå. Det är en större andel personer som har längre utbildning än med kortare som är fysiskt aktiva utifrån rekommendationerna, upplever sin hälsa som god, är socialt deltagande och når rekommendationerna om 500 gram frukt och grönt per dag. Motsatt finns också, att det är en större andel personer som har längre utbildning som upplevt kränkande bemötande än personer som har kortare utbildning.

Avslutande ord

Många av hälsans bestämningsfaktorer ligger utanför individens direkta påverkansmöjligheter och kräver politiska beslut både på nationell nivå men också på regional och kommunal nivå. Att minska ojämlikheten i hälsa är påverkbart genom politiska beslut. Vi människor har olika förutsättningar för att ha god hälsa men genom att skapa goda förutsättningar för alla, underlättar det för individen att göra hälsosamma val.

Folkhälsoarbetet måste ses som ett långsiktigt arbete då resultat sällan visar sig på en gång. Att ha en god samverkan med olika aktörer som föreningslivet, näringslivet och det civila samhället har betydelse då hälsan påverkas av många faktorer i vårt samhälle. I den nya folkhälsopropositionen lyfts det också att det även vid folkhälsoinsatser behöver vara ett stort utbud, både gällande inriktning och innehåll (Regeringen, 2018). Vikten av att samordna länets alla aktörer i regionalt arbete för en jämlik folkhälsa bör lyftas ytterligare. Det finns stora variationer mellan länets kommuner vad det gäller förutsättningar för att arbeta för en jämlik folkhälsa och stöd för detta bör erbjudas. Det krävs gemensamt ansvarstagande mellan den

offentliga, privata och idéburna sektorn i Jämtland Härjedalen för att kunna utjämna skillnader i hälsa.

Då Östersunds kommun liksom länet har en åldrande befolkning är det viktigt att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att vi ska kunna bibehålla hälsan längre och må väl under tiden. Tidiga insatser av hälsofrämjande och förebyggande karaktär är viktiga för att skapa god hälsa i vår befolkning istället för att försöka motverka ohälsa och sjukdom när den väl uppstått.

För att nå visionen i länets folkhälsopolicy och med det reviderade nationella folkhälsomålet som ytterligare trycker på vikten av att minska hälsoklyftorna mellan olika grupper i samhället, är det viktigt att beakta de skillnader som finns i hälsa mellan olika grupper som lyfts i denna rapport. Det är något som måste beaktas i hög utsträckning när folkhälsoinsatser planeras och genomförs.

Referenser

- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2019*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Regeringen. (2018). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. (Prop. 2017/18:249). Stockholm: Socialdepartementet.
- Region Jämtland Härjedalen. (2014). *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025*. Östersund: Region Jämtland Härjedalen.
- Region Jämtland Härjedalen. (2016). *Vår hälsa – länets möjlighet: Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016–2019*. Östersund: Region Jämtland Härjedalen.
- SCB. (2019). Hämtad från Statistikdatabasen
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/?rxid=c017bdc7-5b79-4e11-8753-6c5450e17b25.
- SCB Befolkningsstatistik. (2019). Hämtad från Folkhälsomyndighetens FolkhälsoStudio
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/datavisualisering/>.

