

Folkhälsan i Kronobergs län – ett kunskapsunderlag och utmaningar.

Charlotte Post Sennehed
Utvecklingsledare, Med. dr.

Ingrid Edvardsson Aurin
Folkhälsoutvecklare, Med. Dr.

Sammanfattning

Denna rapport är en sammanställning av aktuellt folkhälsoläge i Kronobergs län. Rapportens syfte är att vara underlag för prioriteringar av befolkningsinriktade folkhälsoinsatser i länet under kommande år.

I flera avseenden är folkhälsan god men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika grupper i samhället och för ytterligare förbättringar behöver hälsan stärkas för dem med sämst hälsa. Hälsan påverkas av både individuella och samhällsliga faktorer och är inte jämlik sett till utbildningsnivå, födelseland och kön.

Självskattad hälsa är ett brett mått på hälsa som har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt. Andelen som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra har minskat mellan 2014 och 2018 i Kronobergs län. Män skattar sin hälsa högre än kvinnor och personer med förgymnasial utbildning skattar sin hälsa lägre än personer med eftergymnasial utbildning.

Medellivslängd är resultatet av många faktorer under lång tid, som mäter den yttersta konsekvensen av ohälsa. Medellivslängden ökar, dock inte i alla grupper, där de med förgymnasial utbildning har sämre förutsättningar. Skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan dem med förgymnasial utbildning och dem med eftergymnasial utbildning är sex år, jämfört med 1992 då skillnaden är tre år.

Barn i ekonomisk utsatthet och behörighet till gymnasiet är två indikatorer för förutsättningar som lägger grunden för en god och jämlik hälsa. I Kronobergs län lever drygt elva procent av alla barn i ekonomisk utsatthet i Kronobergs län, något högre än riket. Av andelen barn med utländsk bakgrund lever drygt 25 procent i ekonomiskt utsatta hushåll och andelen har inte förändrats sedan 2001.

Skillnaderna mellan andelen elever som har behörighet till gymnasiet är stora beroende på föräldrarnas utbildningsnivå och födelseland. Andelen elever med behörighet till gymnasiet har sjunkit mellan 2006 och 2019 för dem vars föräldrar har förgymnasial utbildning. Skillnaden är nästan dubbelt så stor mellan dem med förgymnasial utbildning och de med eftergymnasial utbildning.

Såväl andelen dagligrökare som riskkonsumenter av alkohol har minskat under de senaste 15 åren, oavsett kön. Dock finns skillnader i gällande utbildningsnivå där gruppen med förgymnasial utbildning röker i större utsträckning än dem med eftergymnasial utbildning. Andelen med rekommenderad fysisk aktivitet har minskat bland både kvinnor och män sedan 2004 och stillasittandet har ökat. Även övervikt och fetma har ökat sedan 2004 oavsett kön.

Kvinnor rapporterar psykiska besvär i högre grad än män i alla åldersgrupper. Generellt sett har det emellertid varit en negativ utveckling av psykiska besvär bland både män och kvinnor i den yngsta åldersgruppen (18–29 år) sedan 2004.

Inledning

Syftet med denna rapport är att kartlägga folkhälsoläget samt dess utmaningar i Kronobergs län. Folkhälsoläget redovisas i den vuxna befolkningen (16 - 84 år) utifrån tillgängliga data 2020. Data för befolkningen är hämtad från Folkhälsomyndighetens folkhälsodata, som bygger på data från de nationella enkätundersökningarna "Hälsa på lika villkor" och "Skolbarns hälsovanor" samt data från populationsbaserade register från Skolverket och SCB.

Nationellt har undersökningen Hälsa på lika villkor genomförts årligen sedan 2004 och vartannat år sedan 2016. Region Kronoberg har deltagit med ett så kallat utökat urval vid fyra tillfällen – 2004, 2009, 2014 och 2018. Vid den senaste undersökningen 2018 skickades enkäten ut till drygt 13 000 personer i Kronobergs län. Urvalet var obundet och slumpmässigt i åldrarna 16–84 år, 43 procent besvarade enkäten. Resultat från dessa undersökningar finns även redovisade i rapporten.

För beskrivning av barns och ungas hälsa hänvisas till senaste rapporten Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronoberg län 2018¹.

Hur den pågående pandemin kommer att påverka folkhälsan i Sverige och i Kronobergs län, på kort och på lång sikt, är för tidigt att säga. Därför kan lägesbilden se helt annorlunda ut om något år. Både Covid-19 - pandemin och de vidtagna smittskyddsåtgärderna kan få negativa konsekvenser för även annan ohälsa och förtidig död. Hälsoskillnaderna riskerar att öka mellan grupper i befolkningen utifrån socioekonomisk situation vid en pandemi.

Rapporten ger inte anspråk på att vara en heltäckande beskrivning av folkhälsoläget i Kronobergs län utan ett urval av indikatorer har valts ut för att beskriva det mest väsentligaste. Resultatet, som är deskriptivt, visar skillnader i hälsa utifrån kön, utbildningsnivå och födelseland. Jämförelser som görs avseende utbildningsnivå eller födelseland grundar sig på nationella data. Skillnader i hälsa kan även påvisas utifrån andra grupper, exempelvis funktionsnedsättning, sexuell läggning, här hänvisas till andra nationella studier.

Resultaten som redovisas i diagram har 100, 50 alternativt 25 procent som högsta värde på y-axeln.

¹ https://www.regionkronoberg.se/contentassets/759ea481223640c3b02b8c96d0ec0fa8/rekr0468_rapport_barns-halsa-och-levnadsvanor_final_190520.pdf

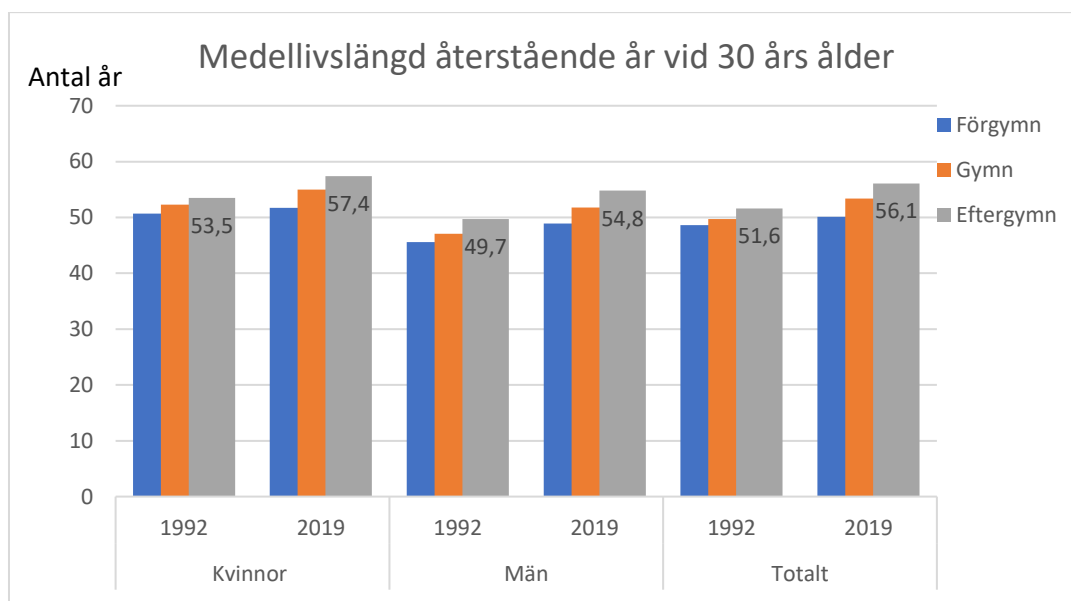
Befolkningen i Kronobergs län

Folkmängd

Kronobergs län har ökat sin folkmängd med drygt 20 000 invånare mellan 1998 och 2018. Av nästan 200 000 invånare år 2018 var 20 procent födda utanför Sverige, jämfört med 1998 då andelen utlandsfödda var knappt nio procent.

Medellivslängd

Medellivslängden har ökat sedan början av 1990-talet för både män och kvinnor och i alla utbildningsgrupper (figur 1) undantaget kvinnor med förgymnasial utbildning. Skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan dem med förgymnasial utbildning och dem med eftergymnasial utbildning är sex år. År 1992 var skillnaden tre år.



Figur 1. Återstående medellivslängd vid 30 år utifrån utbildningsnivå för riket.

Hälsans bestämningsfaktorer

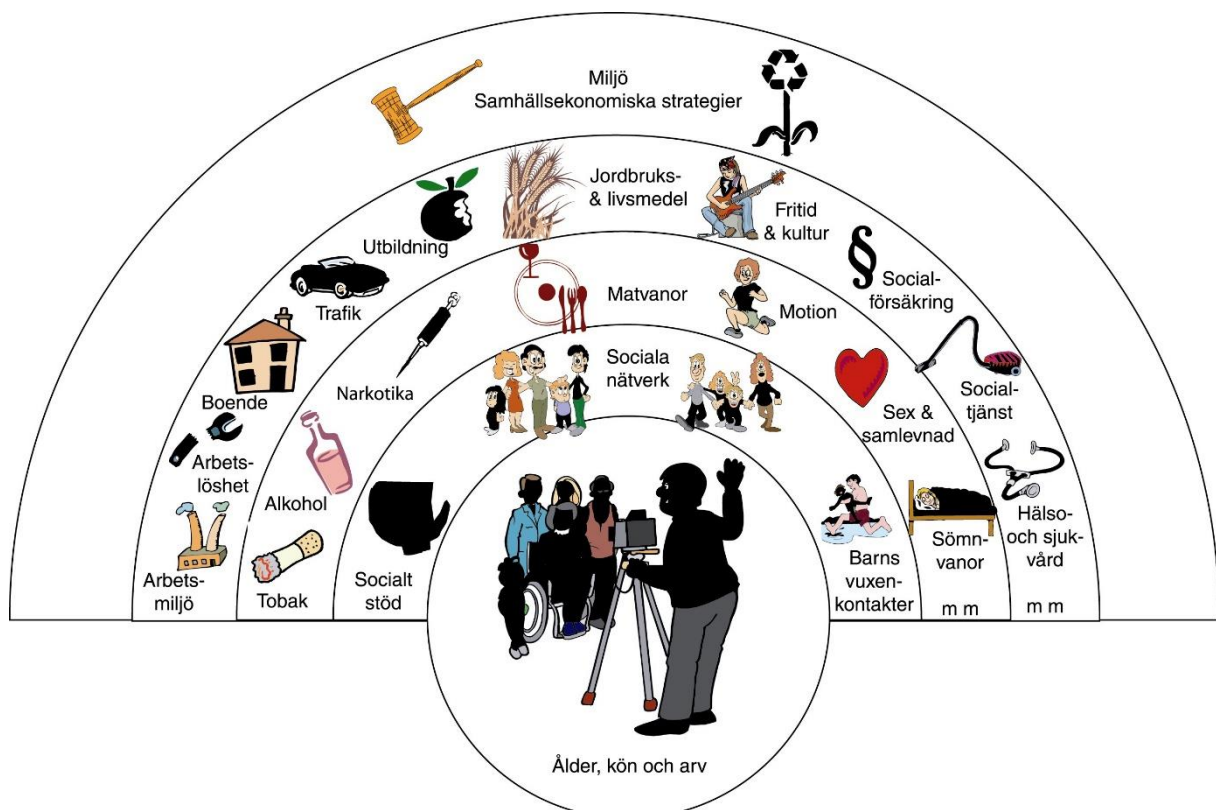
En god folkhälsa innebär att så många som möjligt i befolkningen har en bra fysisk och psykisk hälsa, och att hälsan är jämnt fördelad mellan olika grupper i samhället. Hälsan är viktig för den enskilda individen och bidrar även till att stärka samhällets utveckling.

Folkhälsan bestäms av samhälleliga förutsättningar, individens livsvillkor, levnadsförhållanden, sociala nätverk och levnadsvanor samt faktorer som individen bär på i form av ålder, kön och arv.

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Dessa benämns ofta som hälsans bestämningsfaktorer. Bredden på faktorer som påverkar hälsan visas i bilden nedan. Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplexa. Olika levnadsvanor påverkar risken för många sjukdomar vilka utgör den största sjukdomsbördan, livsvillkoren i sin tur påverkar möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut påverkar livsvillkoren för invånarna.

Hälsa är ett viktigt värde i sig, och den formas av de villkor och möjligheter människor lever under, men hälsan är samtidigt en avgörande förutsättning för att upprätthålla och utveckla dessa livsvillkor.

Bild 1 Hälsans bestämningsfaktorer, efter Dahlgren och Whitehead.



Ojämlighet i hälsa

Ojämlighet i hälsa kan generellt sägas när det finns systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position.

Den social gradienten innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socioekonomisk position de har. Den sociala hälsogradienten innebär att det inte bara är människors absoluta livsvillkor som påverkar vår hälsa, utan att även de relativa villkoren har betydelse – det vill säga var en person befinner sig i förhållande till andra. Skillnader i resurser leder inte bara till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper utan också till skillnader i mottaglighet eller motståndskraft och skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa.

En bestämningsfaktor (t.ex. ekonomisk utsatthet eller rökning) påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av faktorn beror på om en person också är exponerad för andra riskfaktorer. Personer med lägre social position utsätts oftare för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan. Effekten av en faktor blir därmed ofta starkare bland personer med låg social position än bland personer med hög.

I denna rapport används utbildningsnivå som indikator på socioekonomisk position. Gruppen med förgymnasial utbildning har minskat under de senaste decennierna och utgör i dag cirka 20 procent av befolkningen. Gruppen består av fler unga personer och personer födda utanför Sverige än övriga utbildningsgrupper. Denna grupp är mer utsatta på arbetsmarknaden och även i andra sociala och ekonomiska avseenden.

Kommissionen för jämlik hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa har 2016 - 2017 överlämnat tre betänkanden med förslag för ett långsiktigt arbete för en jämlik hälsa. Kommissionen diskuterar i slutbetänkandet vilken inriktning arbetet bör ha och vilka åtgärder som kan krävas för att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Med mer likvärdiga livsvillkor och möjligheter till sådant som en god uppväxt, en bra utbildning, ett arbete och en rimlig försörjning kommer också en mer jämlik hälsa. Samtidigt är det troligen svårare att formulera och genomföra ytterligare insatser för mer jämlika villkor och möjligheter i Sverige då vi redan har kommit långt. Därför tror kommissionen inte att vägen mot en mer jämlik hälsa går via en eller ett par avgörande åtgärder, utan att det är ett tålmodigt arbete med många olika frågor inom ett brett spektrum av sektorer som krävs. I betänkanden betonas bl.a. på betydelsen av mer jämlika uppväxtvillkor, kunskaper, arbete och försörjning.

Ojämligheten i hälsa börjar således inte med levnadsvanorna, och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Det är även viktigt att se att det omvända också gäller; utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa.

Folkhälsopolitikens målområden

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det beslutade riksdagen i juni 2018. Syftet med förändringen var att skapa en mer långsiktig och förebyggande struktur för en mer jämlik hälsa i hela befolkningen som underlättar folkhälsoarbetet på samtliga samhällsnivåer. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa.

Det övergripande nationella folkhälsomålet och målstrukturen med åtta målområden syftar till att underlätta folkhälsoarbetet på alla samhällsnivåer genom en tydligare fördelning av ansvaret på nationell nivå. Samtidigt understryks vikten av att utvärdera folkhälsoarbetet med inriktning mot skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen.

Folkhälsopolitikens målområden är:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Folkhälsomyndigheten fick i uppdrag av regeringen (maj 2019) att utveckla en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet som möjliggör systematiska och samlade insatser som kan bidra till en god och jämlik hälsa, och därmed till det övergripande folkhälsomålet. Utgångspunkten för översynen är det övergripande folkhälsomålet och de åtta målområdena. Arbetet har påbörjats och ska redovisas senast den 1 december 2020.

Beskrivning av folkhälsan i Kronobergs län utifrån åtta målområden.

De åtta folkhälsopolitiska målområdena utgör områden med stor betydelse för en god och jämlik hälsa samt visar inriktningen för arbete som främjar god och jämlik hälsa. Nedan redovisas utvalda indikatorer från Folkhälsomyndigheten under varje målområde.

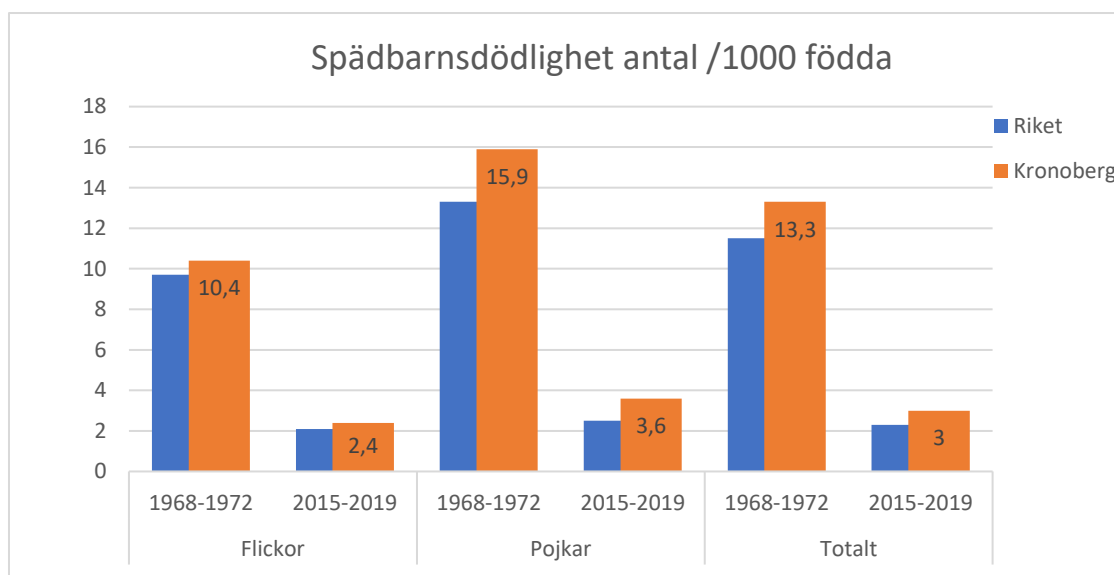
Målområde 1. Det tidiga livets villkor

Målområdet: Att alla barn får en bra start i livet med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa är avgörande för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen. Barn som haft möjlighet att utveckla de grundläggande förmågorna tidigt i barndomen har fått en mer stabil grund att stå på och i förlängningen bättre hälsa. Barn som växer upp i ekonomisk utsatthet får oftare sämre hälsa som vuxna.

Målområdets inriktning: Ojämlighet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas under det tidiga livet. Åtgärder för en mer jämlik hälsa bör därför inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. Viktiga arenor för jämlik hälsa är en jämlik mödra- och barnhälsovård och en förskola av god kvalitet.

Spädbarnsdödlighet

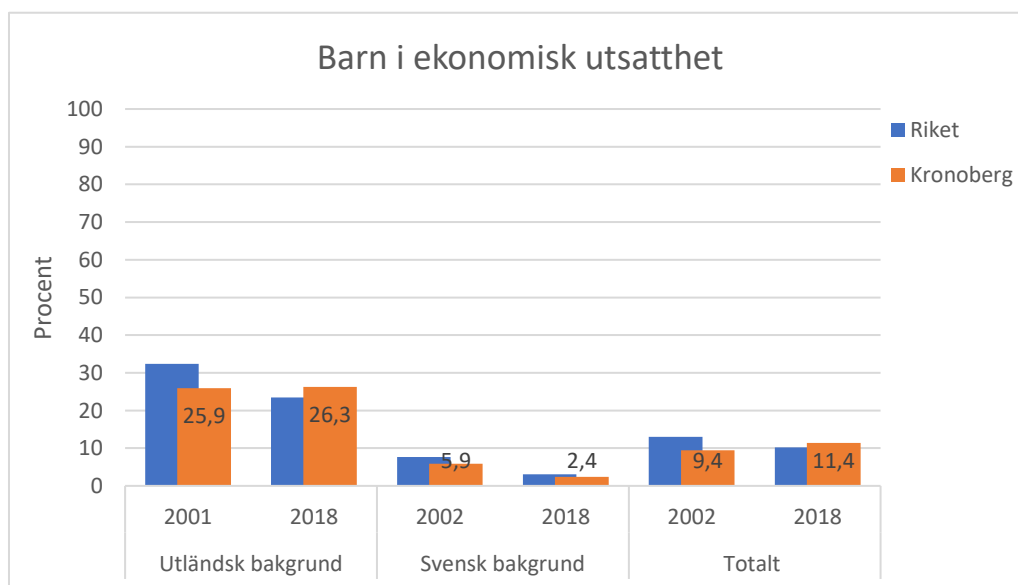
Spädbarnsdödligheten under det första levnadsåret har minskat i Kronobergs län från 13,3 dödsfall per 1000 levande födda under åren 1968 - 1972 till 3 dödsfall per 1000 levande födda 2015 – 2019 (figur 2). Pojkar har något högre spädbarnsdödlighet än flickor och Kronobergs län ligger något över riket. Trots att spädbarnsdödligheten är låg i Sverige är dödligheten högre bland spädbarn vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå och vars mamma är född utanför Europa, jämfört med övriga utbildningsgrupper och födelseregioner.



Figur 2. Spädbarnsdödlighet, kön, antal/1000 födda, Kronobergs län och riket, jämförelse två tidsperioder.

Barn i ekonomisk utsatthet

Totalt lever drygt elva procent i ekonomisk utsatthet i Kronobergs län, något högre än riket (figur 3). Eftersom det inte är några större skillnader mellan pojkar och flickor redovisas de tillsammans här. Av barn med utländsk bakgrund lever drygt 25 procent i ekonomiskt utsatta hushåll och andelen har inte förändrats sedan 2001. Andelen barn med svensk bakgrund som lever i ekonomisk utsatthet är drygt två procent och har minskat sedan 2002.



Figur 3. Barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll, Kronobergs län och riket, 2002 och 2018.

Barn vars föräldrar har förgymnasial utbildning lever i betydligt större utsträckning i ekonomisk utsatthet (67 procent) än dem med föräldrar med gymnasial (20 procent) och eftergymnasial (12 procent) utbildningsnivå.

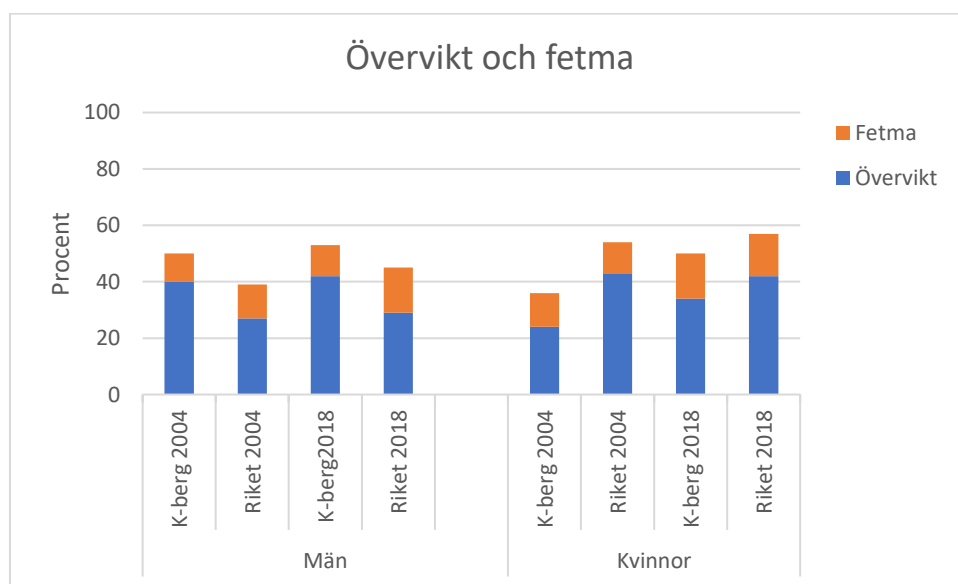
Enligt Folkhälsomyndighetens folkhälsodata är andelen barn med psykosomatiska besvär även korrelerat till familjens ekonomiska situation. Bland flickorna uppger 83 procent bland de med dålig ekonomi att de har psykosomatiska besvär jämfört med pojkar 55 procent. För flickor med bra ekonomi uppger 49 procent psykosomatiska besvär jämfört med pojkar 29 procent. Upplevelsen med psykosomatiska besvär har ökat för båda könen under det senaste decenniet.

Övervikt och fetma

Andelen med övervikt (BMI mellan 25 och 29,9) i Kronobergs län har ökat mellan 2004 och 2018 främst för kvinnor, från 24 till 34 procent. För män ses en mindre ökning på två procentenheter och det är ingen skillnad mellan länet och riket (figur 4). Däremot är det en lägre andel kvinnor med övervikt i Kronobergs län jämfört med riket.

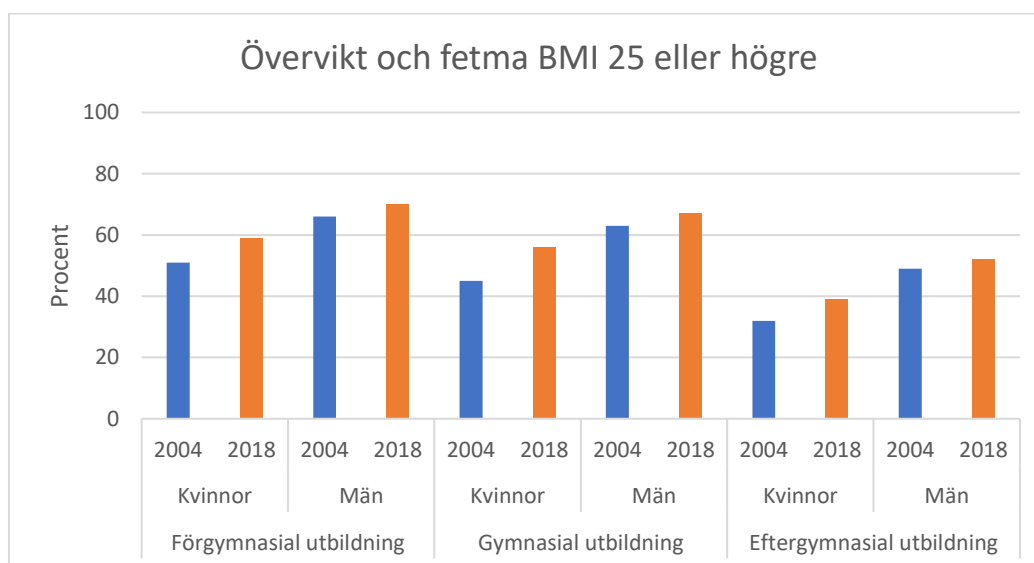
Fetma definieras som BMI över 30. År 2004 var skillnaden mellan mäns och kvinnors fetma obetydlig, både i Kronobergs län och i riket, runt 11 procent hade fetma. År 2018 ökade andelen med fetma bland kvinnor i Kronobergs län till 16 procent, vilket är något högre än för riket. För män i Kronobergs län var motsvarande siffra 11 procent (figur 4).

Totalt uppger 50 procent av kvinnorna och 53 procent av männen i Kronobergs län 2018 att de har övervikt eller fetma.



Figur 4. Andelen med övervikt respektive fetma, kön, riket, länet, 2004 och 2018

Övervikt och fetma har ökat i alla grupper oavsett utbildningsnivå mellan åren 2004 och 2018 (figur 5). Största ökningen är i gruppen med kvinnor med gymnasial utbildning från 45 procent till 56 procent. Män med förgymnasial utbildning är den grupp med högst andel med övervikt och fetma, 70 procent.



Figur 5. Andelen med övervikt och fetma, kön, utbildningsnivå, riket, 2004 och 2018.

Omkring 20 procent av alla barn (9 år) i Kronobergs län har BMI över 25, vilket definieras som övervikt eller fetma. Det är lägre än riket där 33 procent av barnen har övervikt/fetma. I denna ålder är det inga nämnvärda skillnader mellan könen.

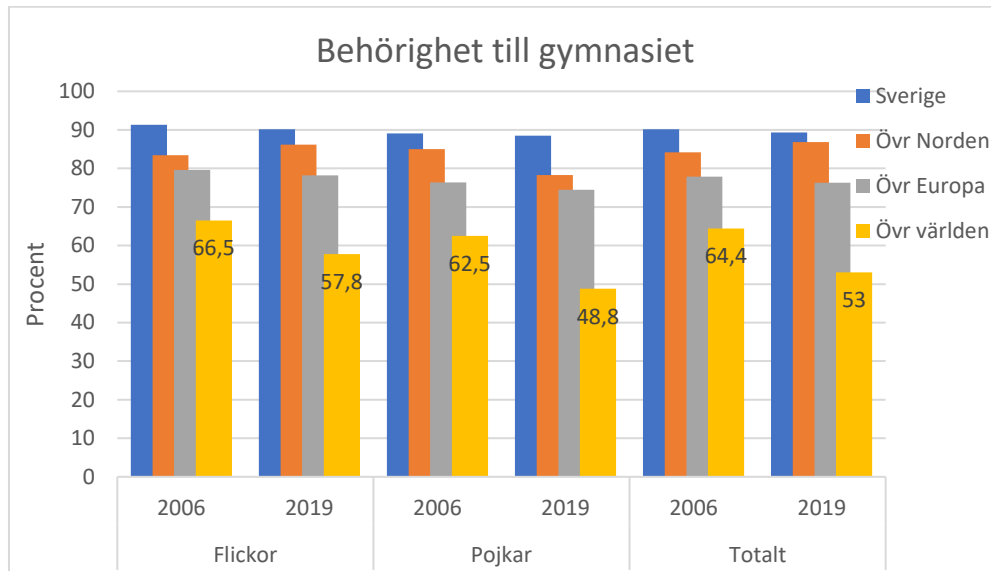
Målområde 2. Kunskaper, kompetenser och utbildning

Målområdet: Att utveckla människors kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning är väsentligt för att uppnå jämlik hälsa. Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå. Förvärvade kunskaper och kompetenser genom utbildning ger möjlighet till högre status men också till att stärka psykologiska och sociala resurser samt reell möjlighet att påverka den egna situationen, vilket kan minska fysiska och psykosociala risker.

Målområdets inriktning: Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. Åtgärder för en mer jämlik hälsa bör därför inriktas på att alla barn, unga och vuxna har möjlighet att utveckla kompetenser och kunskaper samt tillgodogöra sig en god utbildning oberoende av sociala och ekonomiska förhållanden, ålder, könstillhörighet och funktionsnedsättning. Viktiga arenor för jämlik hälsa är: grundskolan, gymnasieskolan, vuxenutbildningen och det ideella föreningslivet. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är: likvärdig utbildning, god lärandemiljö som främjar trygga uppväxtvillkor, att tidigt identifiera elever som behöver stödinsatser för att fullfölja utbildningen. Även hälso- och livsstilsfrågor ska uppmärksammas inom ramen för skolan.

Gymnasiebehörighet

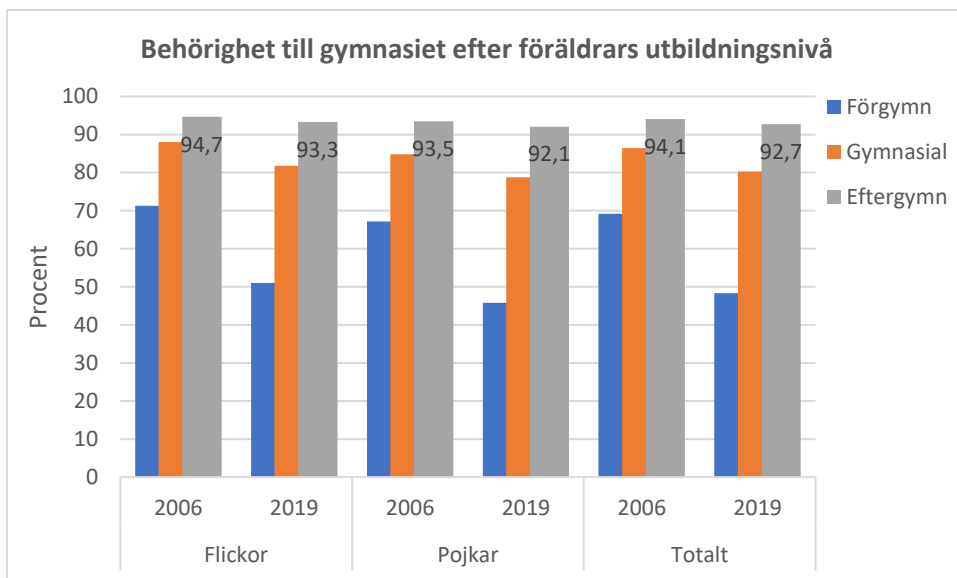
Flickor födda utanför Sverige har en högre andel behöriga till gymnasiet än pojkar födda utanför Sverige. Totalt sett, för både flickor och pojkar, har andelen sjunkit sedan 2006 för gruppen som är född utanför Europa (figur 6). Detta riskerar att på sikt öka skillnaderna i hälsa hos befolkningen.



Figur 6. Behörighet till gymnasiet, födelseland, kön, riket, 2006 samt 2019

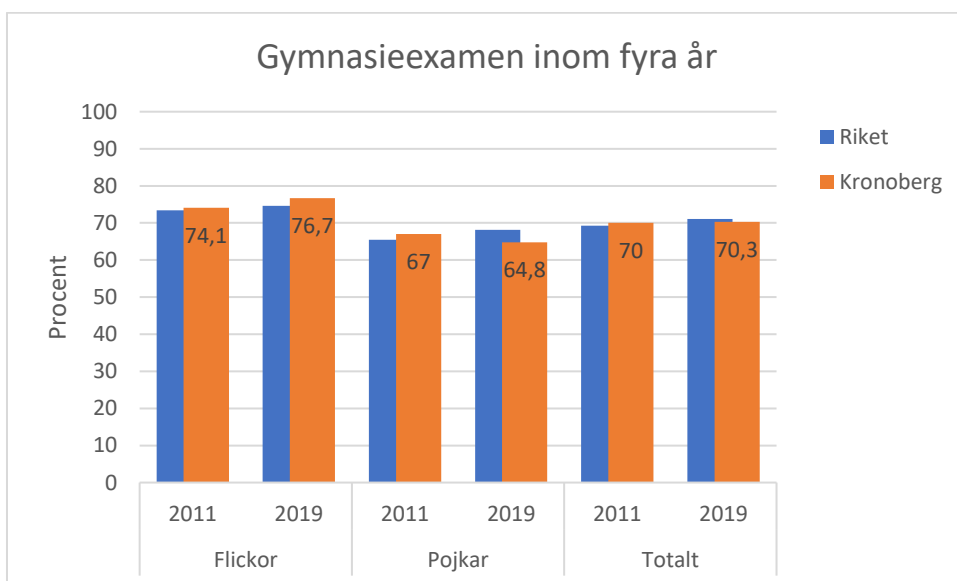
I Kronobergs län har andelen behöriga till gymnasiet minskat totalt från 2006 till 2019 från 91 procent till 81 procent. I jämförelse med riket är andelen lägre i Kronobergs län 2019.

För dem vars föräldrar som har förgymnasial utbildning har andelen elever med behörighet till gymnasiet sjunkit mellan 2006 och 2019. Skillnaden är nästan dubbelt så stor mellan dem med förgymnasial utbildning och de med eftergymnasial utbildningsnivå (figur 7).



Figur 7. Behörighet till gymnasiet, föräldrarnas utbildningsnivå, riket, 2006 samt 2019.

Andelen elever som tar sin gymnasieexamen inom fyra år är något högre för flickor än för pojkar (figur 8). Andelen som blir klara med gymnasieexamen har även ökat något för flickorna men minskat bland pojkarna mellan 2011 och 2019.



Figur 8. Andelen som tagit gymnasieexamen inom fyra år i Kronobergs län och riket, 2011 och 2019.

Utbildningsnivå

Utbildningsnivån i Kronoberg län ligger något under rikets. Kvinnor har en högre utbildningsnivå än män (tabell 1). Andelen med eftergymnasial utbildning har ökat i länet sedan 2006, för både män och kvinnor.

Tabell 1. Utbildningsnivå, andel procent, 25 - 74 år efter kön, riket och Kronoberg län, 2019.

2019	Förgymnasial		Gymnasial		Eftergymnasial	
	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)
Riket	11,3	14,9	39,9	46,0	47,0	36,6
Kronobergs län	12,3	17,0	42,9	49,1	42,9	31,3

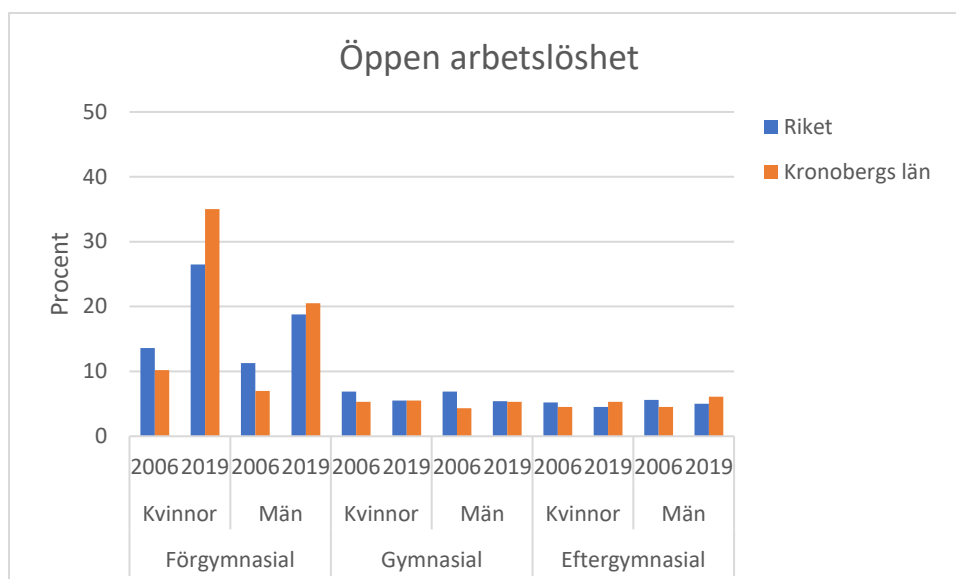
Målområde 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Målområdet: Arbete och god arbetsmiljö är viktiga områden för att uppnå jämlik hälsa. Människor som arbetar har i regel bättre hälsa än de som saknar ett arbete eller sysselsättning. Gynnsamma arbetsförhållanden stärker personlig utveckling, hälsa och välbefinnande, medan ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa. Personer i arbetaryrken har generellt en sämre arbetsmiljö.

Målområdets inriktning: Sysselsättning och ekonomisk trygghet är viktigt för hälsan, och för de allra flesta är arbete den primära källan till inkomster. Åtgärder för en mer jämlik hälsa bör därför inriktas mot att människor ges möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att generera egna resurser och handlingsutrymme. En viktig arena för att öka sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten är arbetsförmedlingen samt arbetsmarknadens parter och Arbetsmiljöverket för att underlätta för arbetstagare att byta arbete vid behov och främja en god arbetsmiljö samt ett hållbart arbetsliv över hela arbetsmarknaden. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är att stärka humankapitalet (genom utbildningsinsatser) för personer som saknar gymnasieutbildning och att motverka diskriminering och minska inträdeshinder för att underlätta för särskilt utsatta grupper att ta sig in på arbetsmarknaden.

Arbetslöshet

Den öppna arbetslösheten är högst i den grupp som har förgymnasial utbildningsnivå. I denna grupp har arbetslösheten även ökat sedan 2006, mest tydligt för kvinnor (figur 9). För kvinnor med förgymnasial utbildning i Kronobergs län har arbetslösheten ökat från tio till 35 procent, vilket är högre än riket.



Figur 9. Öppen arbetslöshet, utbildningsnivå, kön, 16 – 64 år, Kronobergs län och riket, 2006 och 2019.

Långtidsarbetslösheten² bland 25 - 64-åringar är högst i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning. Sedan 2005 har långtidsarbetslösheten fördubblats till nästan fyra procent år 2019 för gruppen med förgymnasial utbildningsnivå till. I gruppen med eftergymnasial utbildning har långtidsarbetslösheten minskat sedan 2005 och år 2019 drygt en halv procent.

Långtidsarbetslösheten är lägst bland personer som är födda i Sverige (mindre än 0,5 procent) och högst bland personer som var födda utanför Europa (drygt fem procent).

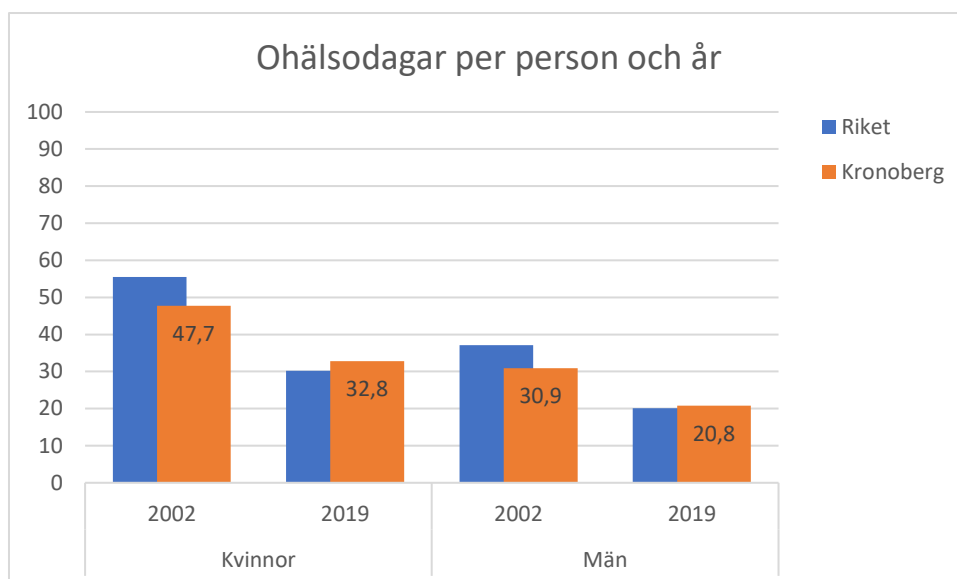
Andelen unga som varken arbetar eller studerar har legat mellan 6 och 8 procent under perioden 2007–2018, förutom 2009, då drygt nio procent i åldern 15–24 år varken arbetade eller studerade. Skillnad fanns i samma åldersgrupp beroende på födelseland och andelen var högst bland personer födda utanför Europa, nästan nio procent 2018. Lägst var andelen bland personer födda i Sverige, sex procent, som varken arbetar eller studerar.

Ohälsotal³

Ohälsotalet har minskat från 2002 till 2019 i Kronobergs län liksom i riket. Mäns ohälsotal är lägre än kvinnors (figur 10).

² Med långtidsarbetslös menas här att arbetslösheten varat i minst ett år. Resultaten baseras på Arbetskraftsundersökningen (AKU) som är en urvalsundersökning bland befolkningen 15-74 år.

³ Ohälsotalet beräknas under en 12-månadersperiod och är en summering av 12 månaders värden. Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning per försäkrad från socialförsäkringen (före år 2003 förtidspension och sjukbidrag). Alla dagar är omräknade till heldagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en dag. Ohälsotalet innehåller inte dagar med sjuklön från arbetsgivare.



Figur 10. Ohälsotal för åldrarna 25 - 64 år i Kronobergs län, riket, 2002 och 2019.

Målområde 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter

Målområdet: Inkomster och försörjningsmöjligheter är betydelsefullt för att uppnå jämlik hälsa och en av de viktigaste faktorerna för sociala skillnader i hälsa. Ju högre inkomsterna är, åtminstone i de lägre inkomstskikten, desto friskare är individen och desto längre är den förväntade livslängden.

Målområdets inriktning: Människors ekonomiska och sociala trygghet är viktiga för hälsan. Åtgärder för en mer jämlik hälsa bör riktas mot att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser, men också på att stödja människor när deras egna ekonomiska resurser inte räcker till. De sociala trygghetssystemen är en viktig arena för att åstadkomma förbättringar för grupper i särskilt utsatta situationer med knappa ekonomiska marginaler.

Ekonomisk standard⁴

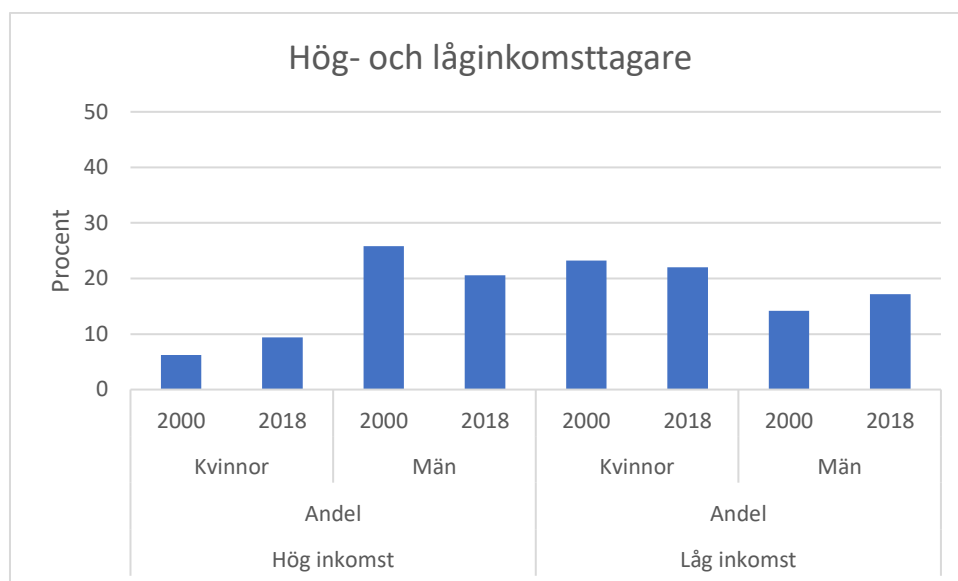
Disponibel inkomst används för att beskriva indikatorn ekonomisk standard. Den disponibla inkomsten har ökat mellan 2011 och 2018 för alla utbildningsgrupper. Män har generellt högre disponibel inkomst än kvinnor. I Kronobergs län har både män och kvinnor en lägre disponibel inkomst än i riket.

⁴ Ekonomisk standard definieras som ett hushålls disponibla inkomst, efter att skatt och andra negativa transfereringar har dragits av och hänsyn tagits till hushållets storlek och sammansättning. Den sammanlagda hushållsinkomsten fördelas på hushållets konsumtionsenheter, vilket ger ett mått där alla personer inom ett hushåll antas ha samma ekonomiska standard. Ett annat namn för ekonomisk standard är ekvivalerad disponibel hushållsinkomst.

Inkomstnivå⁵

I Kronobergs län är 20 procent av männen och 10 procent av kvinnorna höginkomsttagare (figur 11). Andelen har ökat för kvinnor men minskat för män sedan år 2000. Andelen höginkomsttagare i Kronobergs län ligger under riket för båda könen.

Andelen låginkomsttagare är högre bland kvinnor, 22 procent än för män 17 procent. Andelen har minskat något för kvinnor men ökat för män sedan år 2000. Andelen låginkomsttagare i Kronobergs län ligger på samma nivå som riket för båda könen.



Figur 11. Hög- och låginkomsttagare, kön, Kronobergs län, jämförelse två tidsperioder.

Målområde 5. Boende och närmiljö

Målområdet: Boende och närmiljö är en viktig komponent för en god och jämlik hälsa. Bostaden är en viktig plats för återhämtning, vila och rekreation. En sund, trygg och trivsamt boendemiljö är också ett grundläggande mänskligt behov och den som inte har rimligt goda boendeförhållanden har svårt att klara övriga delar av livet, såsom t.ex. utbildning och arbete, som i sin tur har stor betydelse för hälsan. Att känna sig trygg i sitt boende har också stor betydelse för viljan och lusten att vistas utomhus i närområdet. Låg socioekonomisk position samvarierar med hög exponering för olika riskfaktorer i boende och närmiljön, och genom detta ökar risken för ohälsa, sjukdom och en ojämlig hälsa.

Målområdets inriktning: Att ha tillgång till en god bostad i ett område som ger samhälleliga förutsättningar för social gemenskap bidrar till trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa.

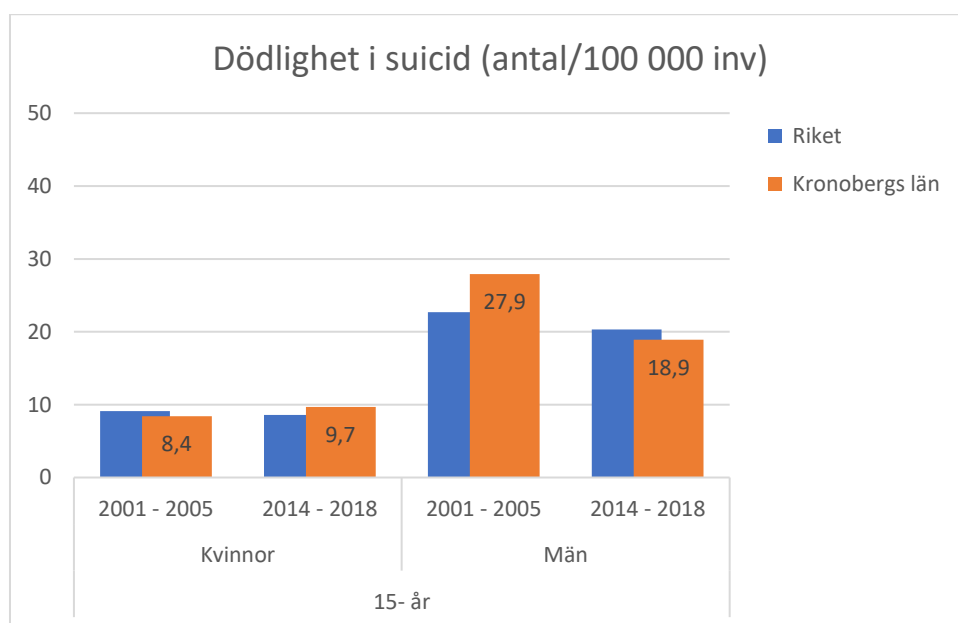
⁵ Med höginkomsttagare menas de 20 % av inkomsttagarna i riket med de högsta inkomsterna. Med låginkomsttagare menas de 20 % av inkomsttagarna i riket med de lägsta inkomsterna. Inkomstgränserna varierar mellan olika år. De angivna gränserna gäller förvärvsinkomst, åldersgruppen 20 - 64 år och samtliga inkomsttagare ingår i beräkningen, även de med noll förvärvsinkomst. Inkomstnivåerna för 2018: Minst 470 605 kr resp. 0 - 149 800 kr

Åtgärder för en mer jämlik hälsa bör riktas mot att bryta boendesegregation men också på hållbart byggande med som motverkar exponering för skadliga miljöfaktorer. Med jämlik hälsa-perspektiv inom samhällsplanering kan förändringar åstadkommas som påverkar människors levnadsvillkor och minskar ojämlikhet i hälsa. Viktiga komponenter för en jämlik hälsa är att skapa bostadsområden som är socialt hållbara och boendemiljöer som präglas av goda miljöfaktorer.

Suicid

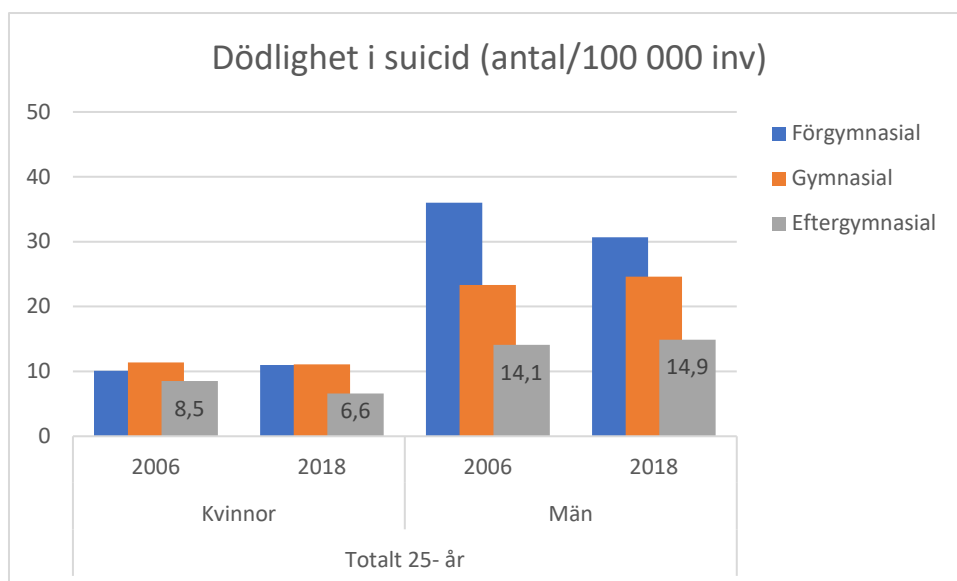
Från undersökningen Hälsa på lika villkor i Kronobergs län 2018 var andelen som rapporterar suicidtankar och suicidförsök under de senaste 12 månaderna högst bland män och kvinnor i åldern 18–29 år. Bland männen i denna åldersgrupp var det sex procent som övervägt suicid och knappt två procent som gjort ett suicidförsök. Motsvarande för kvinnorna i samma åldersgrupper var åtta respektive två procent.

Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15år och äldre har ökat något för kvinnor i Kronobergs län sedan 2005 - 2009 och är något högre än riket (figur 12). För män har antalet minskat under samma tidsperiod och är något lägre än riket.



Figur 12. Dödlighet i suicid, 15 år och äldre, män och kvinnor, Kronobergs län och riket, jämförelse två tidsperioder.

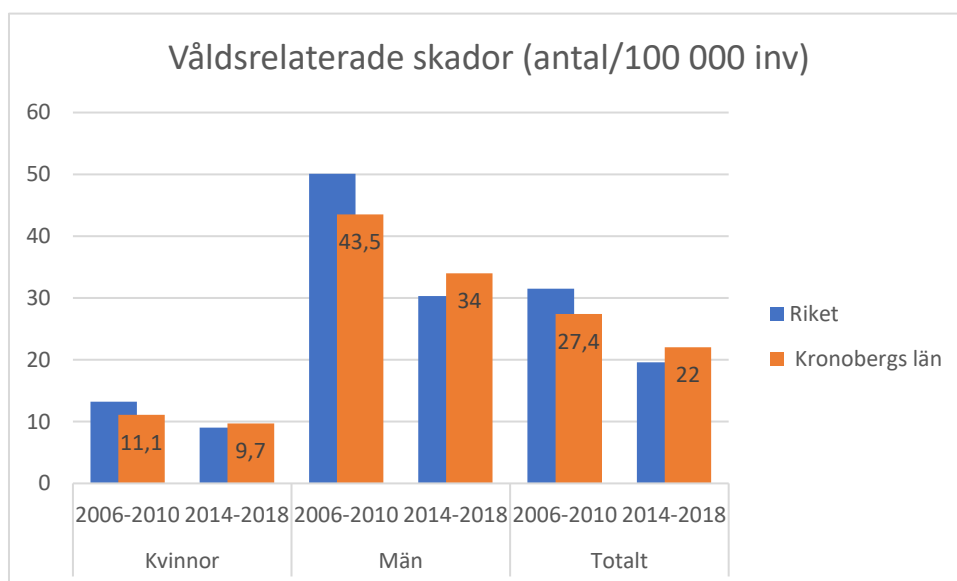
Antalet avlidna i suicid efter utbildningsnivå är högre bland dem med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med den som har eftergymnasial utbildningsnivå (figur 13). Antalet avlidna i suicid är mer än dubbelt så högt bland män och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland kvinnor och dem med eftergymnasial utbildningsnivå.



Figur 13. Dödlighet i suicid, 25-år och äldre, utbildningsnivå, riket, jämförelse 2006 och 2018.

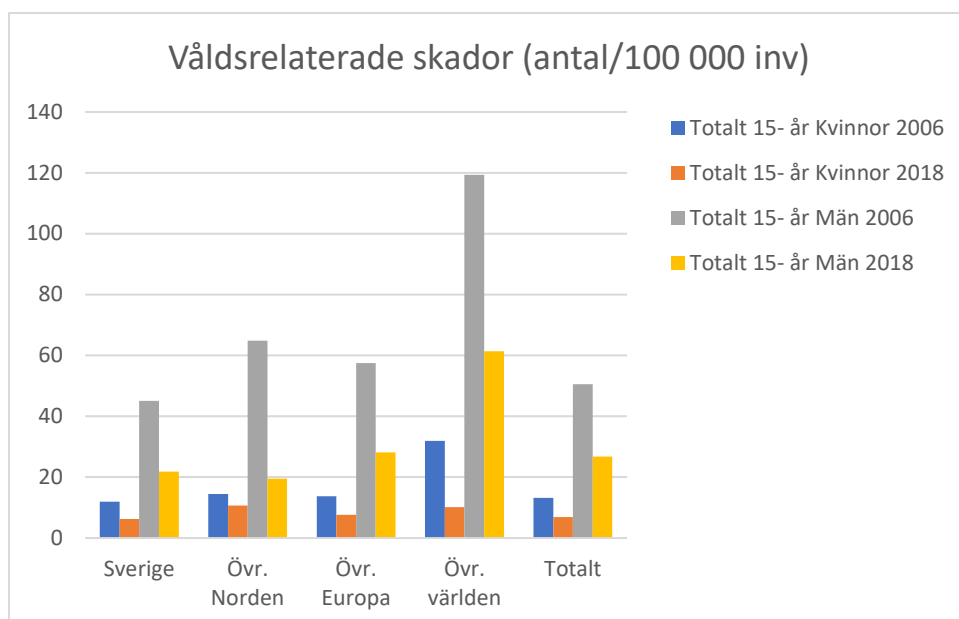
Våldsrelaterade skador

Män är betydligt mer utsatta för våldsrelaterade skador än kvinnor i Kronobergs län (figur 14). Antalet har minskat sedan 2006 - 2010 för båda könen.



Figur 14. Antal våldsrelaterade skador antal per 100 000 inv. i riket och i Kronobergs län, från 15 år.

Personer som är födda utanför Europa är den mest utsatta gruppen för våldsrelaterade skador (figur 15). Totalt sett har antalet våldsrelaterade skador minskat mellan 2006 och 2018.



Figur 15. Våldsrelaterade skador, antal per 100 000 inv, efter födelseland, från 15 år, i riket.

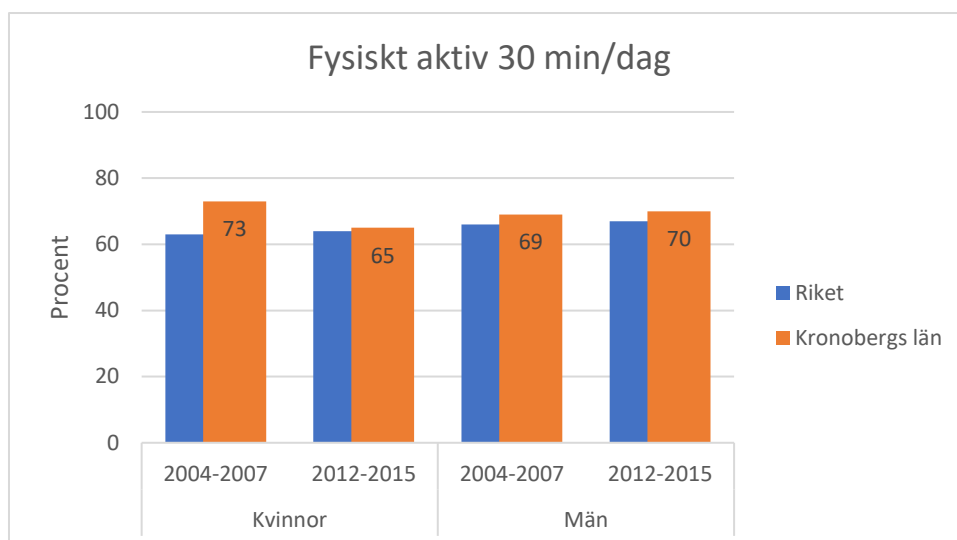
Målområde 6. Levnadsvanor

Målområdet: Levnadsvanor är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Många av förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Individens levnadsvanor skiljer sig åt beroende på deras sociala miljö, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. Rökning, alkohol, dåliga matvanor, fysisk inaktivitet och sömnproblem är välkända riskfaktorer för att insjukna i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Socioekonomiska skillnader är tydliga för samtliga av dessa levnadsvanor och återfinns i alla åldersgrupper.

Målområdets inriktning: En god och jämlik hälsa inom målområdet uppnås genom främjande av människors handlingsutrymme och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor samtidigt som hänsyn tas till hur olika sociala grupper påverkas. Åtgärder för en mer jämlik hälsa är begränsad tillgänglighet till hälsoskadliga produkter och motsvarande ökad tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Viktiga arenor för en jämlik hälsa är exempelvis hälsofrämjande och förebyggande arbete med levnadsvanor i välfärdens verksamheter, till exempel hälso- och sjukvård samt omsorg.

Fysiskt aktiv

Den vuxna befolkningen rekommenderas att vara fysisk aktiv på en måttlig ansträngningsnivå minst 150 minuter per vecka, alternativt minst 75 minuter per vecka på en hög ansträngningsnivå. Här redovisas hur stor andel av befolkningen som uppnår 30 minuters aktivitet om dagen (3,5 timmar/vecka). Både män och kvinnor är något mer aktiva i Kronobergs län jämfört med riket (figur 16). Andelen fysiskt aktiva har minskat bland kvinnor men är ungefär detsamma för män sedan 2004.



Figur 16. Fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag, män och kvinnor i Kronobergs län jämförelse mellan två tidsperioder.

Graden av stillasittande⁶ är något som på senare år blivit allt mer uppmärksammat. Stillasittande är inte detsamma som fysisk inaktiv då det är fullt möjligt att nå rekommendationerna för fysisk aktivitet samtidigt som man kan räknas som stillasittande, inte minst då andelen stillasittande arbeten ökar. Många korta pauser från långvarigt stillasittande har positiva effekter på metabola riskfaktorer. Det är därför relevant att se på stillasittande som en särskild viktig riskfaktor.

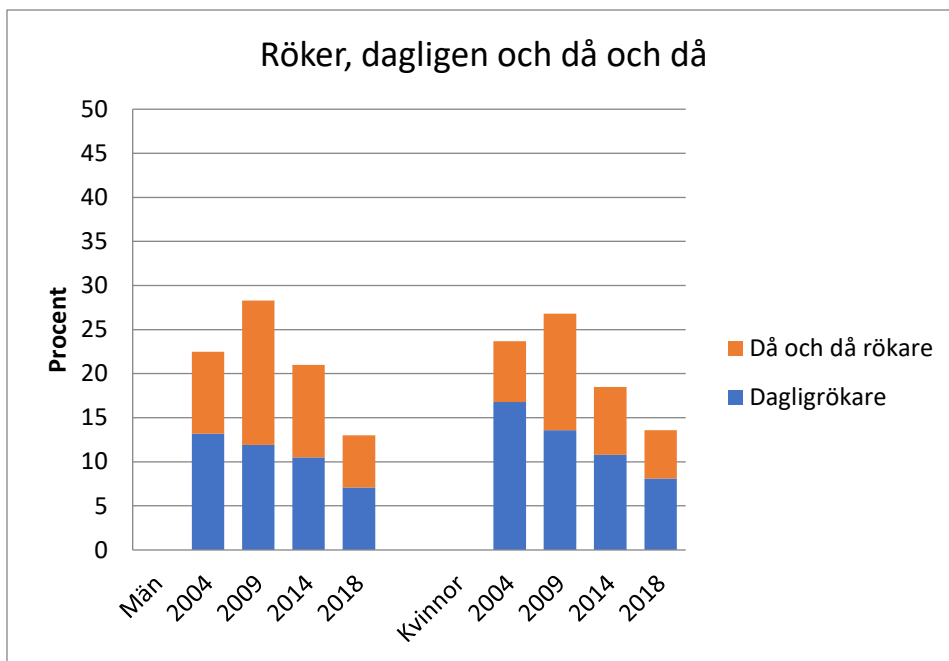
Andelen som är stillasittande bland kvinnor har ökat sedan 2004 och är nu som riket, 13 procent. Män än något mindre stillasittande, 11 procent, vilket är mindre än riket.

Tobaksvanor

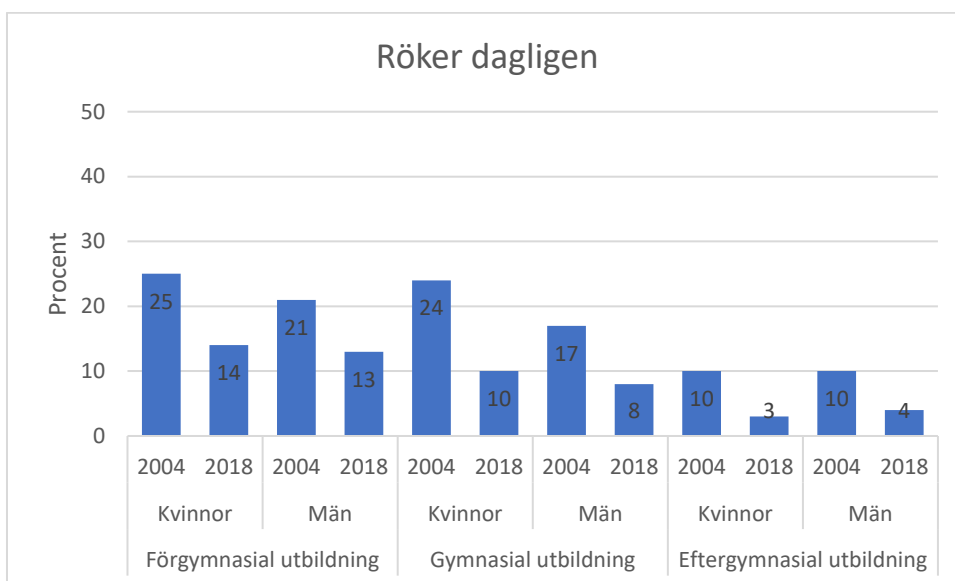
Daglig tobaksrökning är den mest väldokumenterade riskfaktorn bland levnadsvanor för sjukdom. Det är inte längre så stora skillnader i andelen män och kvinnor som röker dagligen, runt sju procent (figur 17). Omkring sex procent av båda könen uppger att de röker då och då. Andelen rökande kvinnor är lägre i Kronobergs län än riket medan andelen rökande män är högre än riket.

Andelen som uppgett att de röker dagligen har minskat sedan 2004 bland både män och kvinnor samt i alla utbildningsgrupper. Det är en högre andel som röker i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå än gruppen med eftergymnasial utbildning (figur 18).

⁶ Stillasittande definieras som muskulär inaktivitet i de stora muskelgrupperna.



Figur 17. Andelen som röker dagligen samt då och då, män och kvinnor, jämförelse mellan år, Kronobergs län.



Figur 18. Andelen dagligrökare, män och kvinnor, efter utbildningsnivå, i riket.

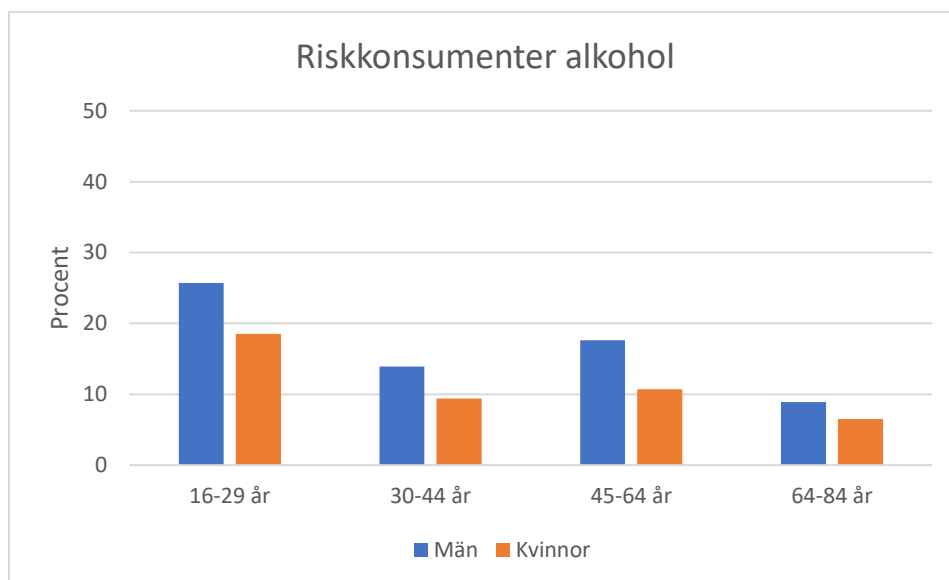
Utifrån födelseland är kvinnor födda utanför Europa den grupp med lägst andel som röker dagligen, två procent, medan män födda utanför Europa är den grupp med högst andel dagligrökare, 16 procent. Dagligrökning har minskat i alla grupper mellan 2004 och 2018 oberoende av födelseland.

Rökning minskar i befolkningen i stort och barn som blir utsatta för tobaksrök av föräldrar har minskat sedan 2002. Av mammorna är det drygt tre procent som anger röker och av papporna omkring tio procent, både då barnet är 0 - 4 veckor och vid 8 månaders ålder. Det var inga större skillnader mellan Kronobergs län och riket.

Riskbruk alkohol

Riskbruk av alkohol mäts utifrån screeningstestet AUDIT⁷ (Alcohol Use Disorder Identification Test), som utvecklats av WHO som ett verktyg för att tidigt upptäcka personer med en skadlig konsumtion av alkohol.

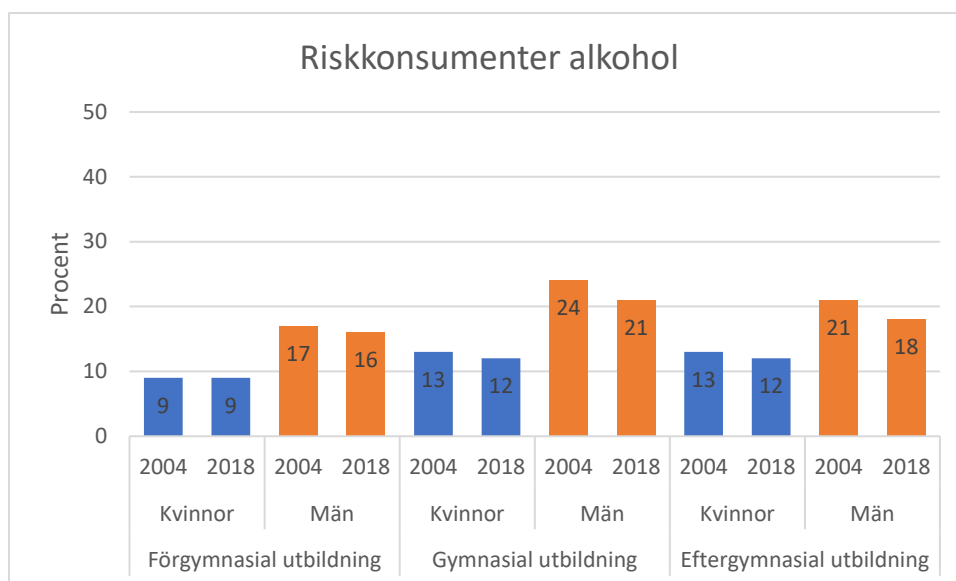
Sett över tid har det varit en tydlig ökning av andelen med riskbruk av alkohol för män och kvinnor 65–84 år, framför allt mellan åren 2014 och 2018. Trots ökningen bland äldre är det alltså jämt bland män och kvinnor i den yngsta åldersgruppen (18–29 år) som riskbruket är störst, 28 procent av männen och 19 procent av kvinnorna rapporterar detta (figur 17). Sett över tid har dock riskbruk av alkohol minskat i denna åldersgruppen med sex procentenheter för männen och tio procentenheter för kvinnorna sedan 2004.



Figur 17. Andelen med riskbruk av alkohol, män och kvinnor i fyra åldersgrupper, i Kronobergs län

Andelen riskkonsumenter av alkohol utifrån utbildningsnivå har minskat något sedan 2004, främst bland dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning (figur 18). Bland män med gymnasial utbildning är andelen 21 procent, och män med förgymnasial utbildning 16 procent. För kvinnor med förgymnasial utbildning är andelen lägst, nio procent, och för övriga utbildningsgrupper tolv procent.

⁷ AUDIT beräknas genom frågorna: *Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna? Hur många "glas" drack du en typisk dag då du drack alkohol under de senaste 12 månaderna?* och *Hur ofta drack du sex "glas" eller fler vid ett och samma tillfälle under de senaste 12 månaderna?* Läs mer om beräkningen i Folkhälsomyndighetens tekniska rapport, s.32-33. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf>



Figur 18. Andelen med riskbruk efter kön och utbildningsnivå, riket.

Högst andel risikkonsumenter av alkohol utifrån födelseland finns bland män och kvinnor födda i Sverige 22 respektive 15 procent. Lägst andel finns i gruppen födda utanför Europa, där sju procent av männen och fyra procent av kvinnorna är riskbrukare. Riskbruk av alkohol har minskat mellan 2004 och 2018 för båda könen, oberoende födelseland.

Narkotika

Generellt sett har andelen som använt cannabis under det senaste året varit stabil över tid. I alla åldersgrupper rapporterar män cannabisbruk i större utsträckning än kvinnor. Män och kvinnor i åldersgruppen 18–29 år står för största delen av missbruket. I den gruppen har sju procent av männen och tre procent av kvinnorna använt cannabis under det senaste året i Kronobergs län. Tre procent av befolkningen i riket anger att de använt cannabis någon gång under de senaste 12 månaderna under 2018.

Unga män 18–29 år är också den grupp som i högst utsträckning använt annan narkotika, än cannabis, under det senaste året (två procent).

I gruppen med förgymnasial- och gymnasial utbildning samt bland personer födda i Sverige och övriga Norden har läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfallen ökat mellan 2006 och 2018 bland både män och kvinnor. I Kronobergs län var det 7,4 dödsfall per 100 000 invånare, ungefär som i riket. I gruppen män var det 12,9 dödsfall per 100 000 invånare att jämföra med 15 dödsfall per 100 000 i riket.

Målområde 7. Kontroll, inflytande och delaktighet

Målområdet: Att människor har kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är centrala områden för att uppnå jämlik hälsa. Sannolikheten är större bland personer med lägre socioekonomisk position att uppleva sig ha sämre kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort, samt mindre gemenskap och delaktighet.

Målområdets inriktning: En god och jämlik hälsa inom målområdet uppnås genom att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Individer och grupper som i lägre utsträckning än andra har möjlighet till kontroll, inflytande och delaktighet bör särskilt prioriteras. Åtgärder för en mer jämlik hälsa är jämlikt deltagande i demokratiska processer och det civila samhället samt arbete för de mänskliga rättigheterna och med att motverka diskriminering och annan kränkande behandling samt frihet från hot och våld, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Valdeltagande

I Kronobergs län är valdeltagandet i stort sett lika som i landet (tabell 2). Det var drygt 88 procent som röstade i riksdagsvalet 2018 vilket är sex procentenheter högre än för 20 år sedan. Valdeltagandet är något lägre i kommunal- och landstingsval, runt 84 procent.

Tabell 2. Andelen röstande av de röstberättigade i Kronobergs län och riket 1998 och 2018

	Kommunval		Landstingsval		Riksdagsval	
	2018 (%)	1998 (%)	2018 (%)	1998 (%)	2018 (%)	1998 (%)
Riket	84,1	78,6	83,7	78,1	87,2	81,4
Kronobergs län	84,7	80,2	84,3	79,6	88,2	82,3

Emotionellt och praktiskt stöd

Frågorna i enkätundersökningen Hälsa på lika villkor som berör emotionellt respektive praktiskt stöd lyder: *Har du någon att dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?* samt *Kan du få hjälp med någon eller några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?*⁸. Här redovisas andelen som upplever sig sakna emotionellt respektive praktiskt stöd.

Undantaget den äldsta åldersgruppen (65–84 år) rapporterar män i större utsträckning än kvinnor att de saknar emotionellt stöd. Män 18–29 år är den grupp där bristen på emotionellt stöd är störst (20 procent). Motsvarande bland kvinnor i samma åldersgrupp är tolv procent. I denna åldersgrupp (18–29 år) har bristen på emotionellt stöd ökat mest jämfört med tidigare undersökningar, fyra procentenheter bland männen och sju procentenheter bland kvinnorna. Bland män och kvinnor 65–84 år angav tio procent att de saknar emotionellt stöd, vilket är en lägre andel jämfört med tidigare undersökningsår.

⁸ Exemplifieras med *T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.*

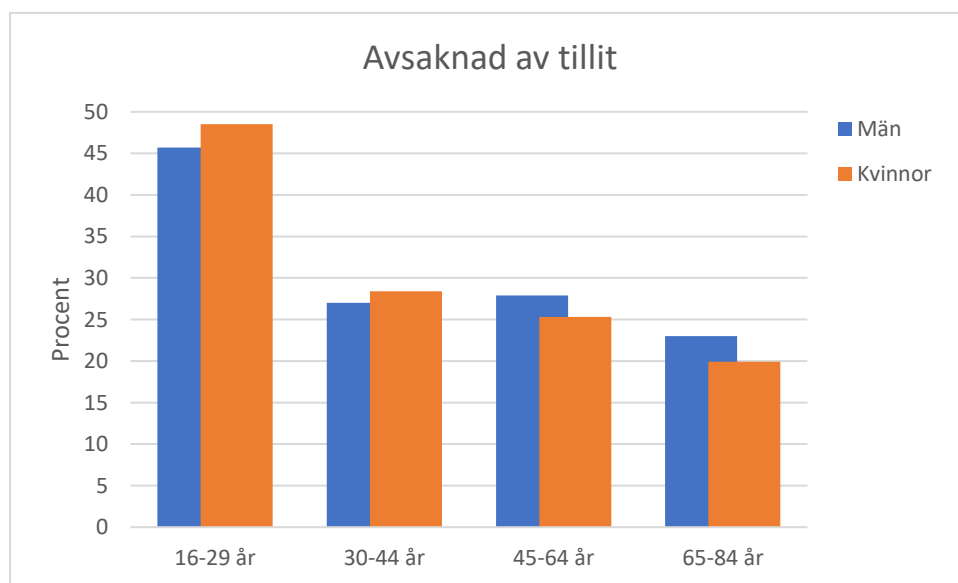
Män 30–44 år är den grupp som upplever brist på praktiskt stöd i störst utsträckning (nio procent). Bland dem har även bristen på praktiskt stöd ökat över tid (tre procentenheter). Denna negativa utveckling syns även bland män och kvinnor 18–29 år. I den äldsta åldersgruppen (65–84 år) har det varit en positiv utveckling över tid, där en lägre andel anger att de saknar praktiskt stöd. Vid den senaste undersökningen (2018) angav sex procent av männen och tre procent av kvinnorna 65–84 år att de inte hade tillgång till praktiskt stöd.

Tillit till andra människor

Kopplingen mellan jämlikhet och tillit är stark. En ökande ojämlikhet kan vid viss fördröjning förändras leda till sjunkande tillit.

I enkäten Hälsa på lika villkor frågas om tillit till andra människor. Frågan om tillit lyder: *Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?* Nedan redovisas andelen som *inte* litar på andra människor.

För tillit till andra människor syns det en tydlig gradient där bristen på tillit är störst bland de yngsta och lägst bland de äldsta. Däremot är det små skillnader mellan män och kvinnor i de olika åldersgrupperna (figur 19). I åldersgruppen 18–29 år anger nästan hälften en avsaknad av tillit till andra människor. Sett över tid har andelen ökat med omkring elva procentenheter i denna åldersgrupp, vilket är betydligt högre jämfört med de andra åldersgrupperna. Bland män och kvinnor i den äldsta åldersgruppen (65–84 år) anger omkring 20 procent avsaknad av tillit till andra människor.



Figur 19. Andelen som i allmänhet inte litar på andra människor, utveckling över tid. Uppdelat på åldersgrupper och kön, Kronobergs län.

Målområde 8. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

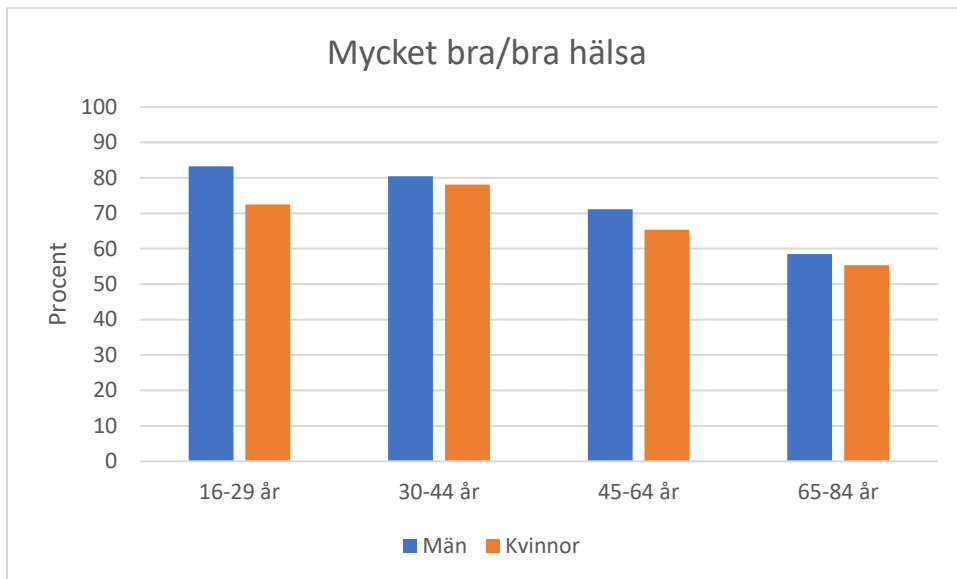
Målområdet: Hälso- och sjukvård bör erbjuda vård som ger bästa hälsoresultat med befintliga resurser. Vården bör vara tillgänglig efter behov, patienter erbjudas hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser av god kvalitet samt delaktighet och kontinuitet.

Målområdets inriktning: Det förekommer, för de flesta diagnoser, omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper. Vården bör verka hälsofrämjande och förebyggande samt baseras på systematiskt jämlikhetsfokus där behandling utgår från patientens behov och möjligheter. Åtgärder som främjar en jämlik hälsa handlar bland annat om tillgänglighet som motsvarar olika behov i befolkningen, om vårdmöten som är hälsofrämjande och som skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat, samt om hälsofrämjande arbete utanför själva vårdmötet med patienten.

Allmän hälsa

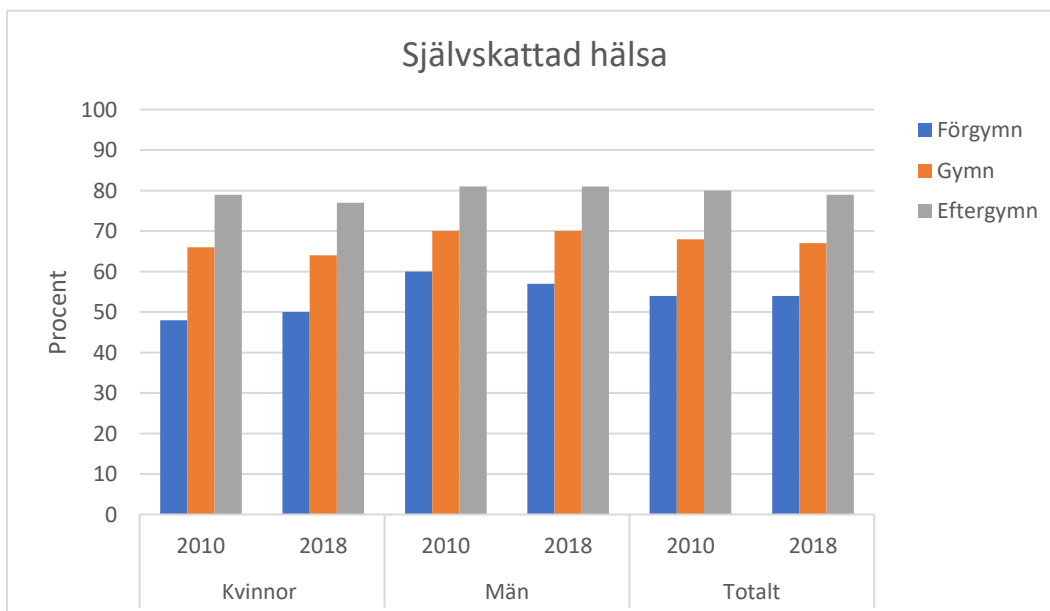
Självskattad allmän hälsa är en subjektiv bedömning, och ett omfattande mått, på hälsa. Att skatta sin hälsa som dålig är en riskfaktor för framtida ohälsa och sjukdom, oavsett individens nuvarande hälsostatus. Enkätfrågan i Hälsa på lika villkor om allmänt hälsotillstånd lyder: *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*

Det finns skillnader mellan både kön och ålder avseende en upplevd bra/mycket bra allmän hälsa (figur 20). En större andel män upplever en bra hälsa i alla åldersgrupperna jämfört med kvinnorna. Upplevelsen av bra hälsa är störst i den yngsta åldersgruppen 16 - 29 år, män anger detta i större utsträckning än kvinnor, 83 respektive 72 procent. Däremot har upplevelsen av att ha dålig hälsa ökat sedan 2004 bland både män och kvinnor 18 – 29 år (4 procentenheter). I den äldsta åldersgruppen är det en lägre andel som upplever bra hälsa, 59 procent av männen och 55 procent av kvinnorna. Totalt sett har upplevelsen av god hälsa minskat för båda könen mellan 2014 och 2018.



Figur 20. Andelen som upplever sig ha en bra eller mycket bra allmän hälsa, uppdelat på ålder och kön, Kronobergs län.

Skillnaderna är stora vid jämförelse mellan utbildningsnivåerna. En lägre andel med förgymnasial utbildningsnivå uppger en god självskattad hälsa jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå, 54 respektive 79 procent (figur 21). Skillnaderna mellan grupperna har varit i stort sett oförändrade sedan 2010.

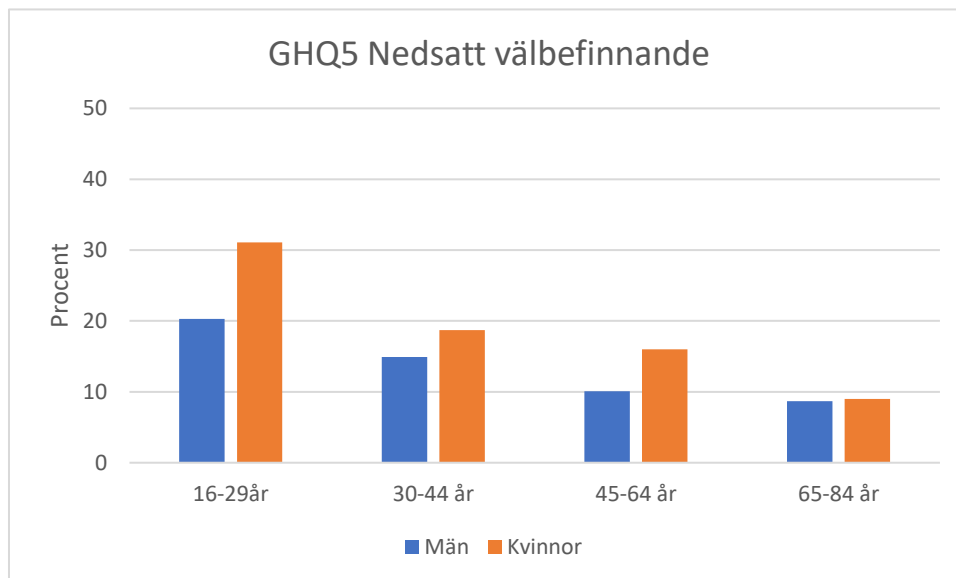


Figur 21. Självskattad bra/mycket bra hälsa efter utbildningsnivå, kön, riket, 2010 samt 2018.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

Nedsatt psykiskt välbefinnande mäts via ett frågeinstrument bestående av fem frågor – GHQ5 (General Health Questionnaire)⁹. Frågorna avser att mäta individens subjektiva psykiska välbefinnande och psykiska reaktioner på påfrestningar.

Det finns skillnader i nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån åldersgrupper och kön (figur 22). Generellt sett rapporterar större andel kvinnor ett nedsatt psykiskt välbefinnande än män. Könsskillnaderna är störst i den yngsta åldersgruppen (18–29 år). I denna åldersgrupp har 26 procent av kvinnorna och 15 procent av männen ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Sett över tid syns den tydligaste ökningen bland kvinnor 18–29 år.

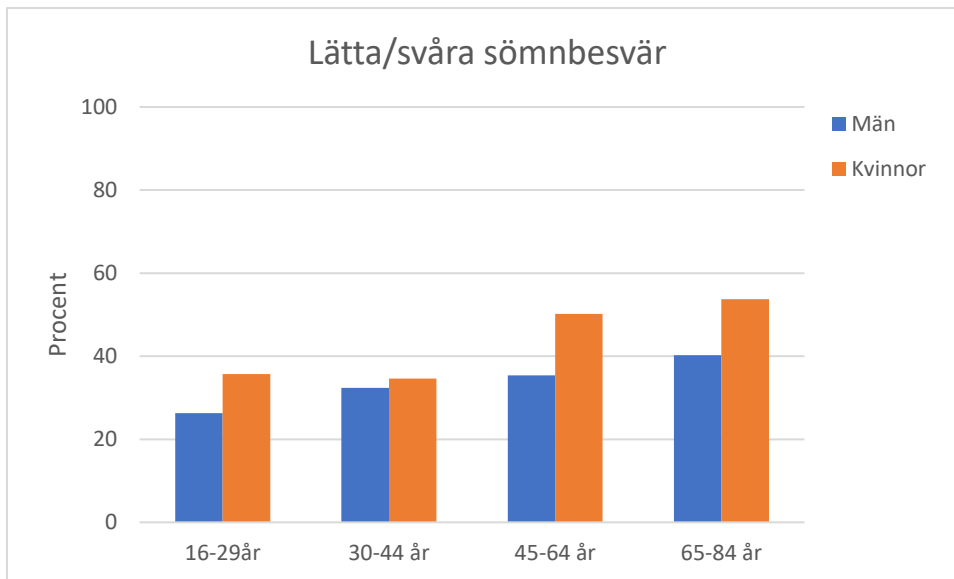


Figur 22. Andelen som har ett nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5), åldersgrupper och kön i Kronobergs län, 2018.

Sömnsvårigheter

Äldre kvinnor (65–84 år) upplever besvär av sömnsvårigheter i större utsträckning än yngre åldersgrupper (figur 23). Kvinnor rapportera sömnbesvär i högre utsträckning än män. Sett över tid har dock utvecklingen av sömnsvårigheter varit störst i åldersgruppen 18–29 år, där en ökning ses med 6 procentenheter bland män och 10 procentenheter bland kvinnor sedan 2004.

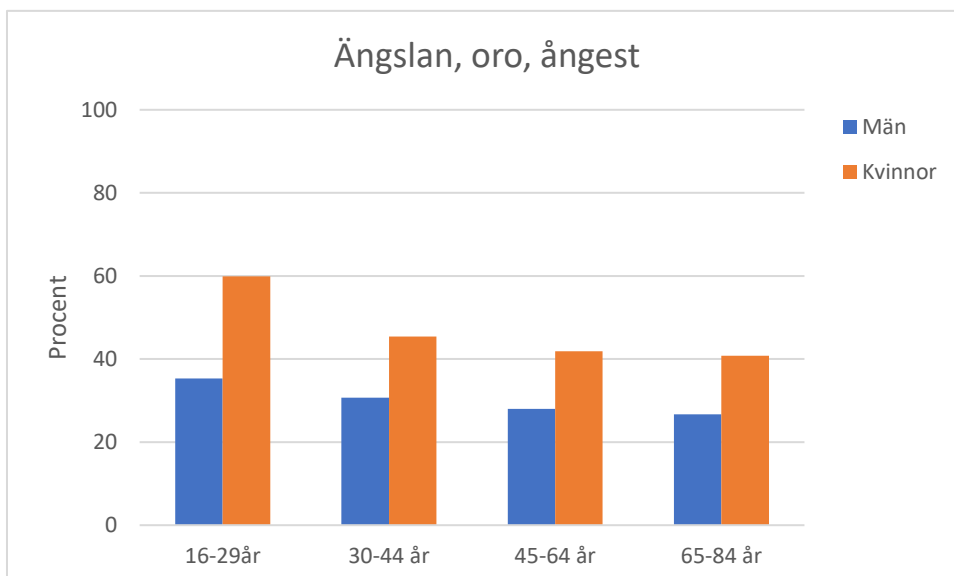
⁹ GHQ5 beräknas av ett summaindex utifrån fem frågor med fyra svarsalternativ. Frågorna: *Har du ständigt de senaste veckorna känt dig olycklig och nedstämd? Har du de senaste veckorna förlorat tron på dig själv? Har du ständigt känt dig spänd de senaste veckorna? Har du tyckt att du varit värdelös de senaste veckorna?* och *Har du de senaste veckorna känt att du inte kunnat klara av dina problem?* Svarsalternativen: *Inte alls, Inte mer än vanligt, Mer än vanligt, Mycket mer än vanligt.* Läs mer om beräkningen i Folkhälsomyndighetens tekniska rapport, s.18-19. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7fbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf>



Figur 23. Andelen som har lätta eller svåra besvär av sömnsvårigheter, uppdelat på åldersgrupper och kön, Kronobergs län, 2018.

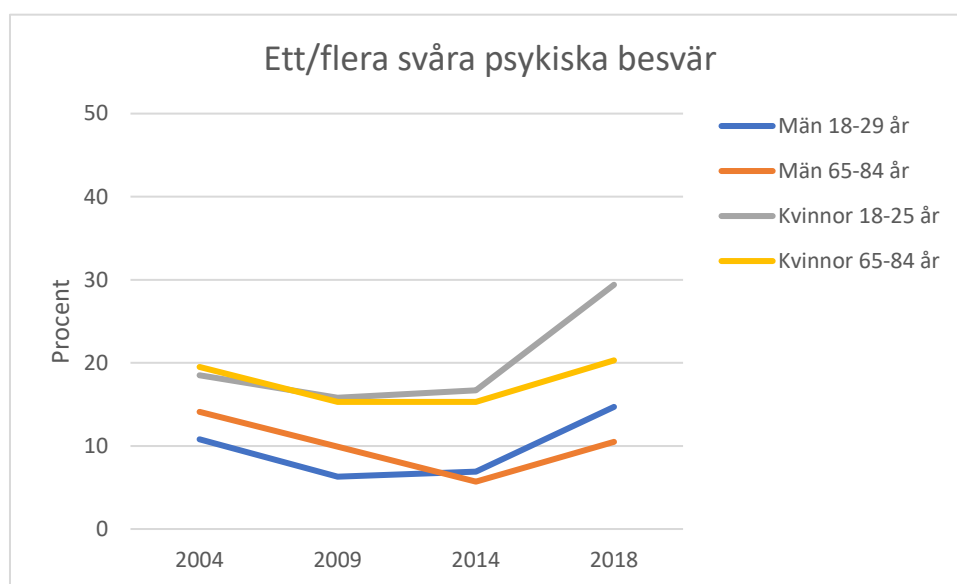
Ängslan, oro, ångest

Kvinnor rapporterar besvär av ängslan, oro eller ångest i större utsträckning än män (figur 24). Sett över tid har dock detta besvär ökat för både män och kvinnor. Värt att notera är att kvinnor 18–29 år är den grupp där andelen med besvär av ängslan, oro eller ångest är störst (60 procent) samt ökat mest över tid (13 procentenheter).



Figur 24. Andelen som har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, uppdelat på åldersgrupper och kön, Kronobergs län, 2018.

I figuren nedan redovisas andelen med ett eller flera *svåra* psykiska besvär¹⁰. Gruppen kvinnor 18–29 år upplever ett eller flera svåra psykiska besvär i störst uträkning (figur 25). Sett över hela mätperioden (2004–2018) är det även denna grupp som det syns en ökning över tid (även om det varit en negativ utveckling för samtliga grupper sedan undersökningstillfället 2014). Värt att notera är att kvinnor 18–29 år både den grupp där andelen med svåra psykiska besvär är störst (29 procent) samt ökat mest över tid (11 procentenheter). Även bland männen är det den yngsta åldersgruppen (18–29 år) som står för den högsta andelen (15 procent) och den största ökningen över tid (fyra procent). Äldre män (64–85 år) är den grupp som har lägst andel med psykiska besvär (tio procent).



Figur 25. Andelen som har ett eller flera svåra psykiska besvär, utveckling över tid. Uppdelat på yngre och äldre åldersgrupper och kön, Kronobergs län.

Depression

Resultatet från undersökningen 2018 visar att kvinnor i högre grad än män har fått diagnosen depression av läkare. Andelen som fått diagnosen under de senaste 12 månaderna är högst bland män (fyra procent) och kvinnor (sju procent) i den yngsta åldersgruppen (18–29 år).

Tandhälsa

Det är inte några större skillnader mellan tandhälsan i Kronobergs län och i riket, där 75 procent upplever en god tandhälsa. Över tid har inte den upplevda tandhälsan förändrats nämnvärt mellan 2004 och 2018. Skillnader kan ses mellan utbildningsgrupper där andelen med förgymnasialutbildning upplever en sämre tandhälsa, 15 procent för båda könen, jämfört med fem procent för dem med eftergymnasial utbildning.

¹⁰ Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, svåra besvär av sömnsvårigheter, svåra besvär av trötthet och känner sig för närvarande väldigt stressad.

Utmaningar

I fler avseenden har Kronobergs län en god folkhälsa, men samtidigt finns mer att göra för att nå en mer jämlik hälsa. Individens egna möjligheter att agera och generera resurser måste stärkas, liksom det allmännas förmåga att bidra med resurser under perioder i livet eller i situationer där de egna resurserna eller handlingsutrymmet inte räcker till.

Levnadsförhållanden och hälsa hänger samman för såväl individer som för samhället. Därför är det i allas intresse att bidra till att alla medborgare har rimliga villkor och möjligheter.

En förklaring till att hälsoproblem kan ansamlas i vissa grupper i särskilt utsatta situationer i samhället är att skillnader i resurser inte bara leder till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper utan också till skillnader i mottaglighet eller motståndskraft och skillnader i social och ekonomiska konsekvenser av ohälsa.

Utmaningarna nedan är kopplade till utvalda målområden som är viktiga för att förbättra folkhälsan i Kronobergs län. Till dessa målområden finns indikatorer som kan följas över tid för att bedöma och följa upp om någon förändring sker.

Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

Barns uppväxtvillkor och förhållanden, fysiskt, psykiskt, ekonomiskt, socialt

Mödra- och barnhälsovården har en viktig roll i att främja hälsa i småbarnsfamiljer samt uppmärksamma och stödja föräldrar och barn som behöver extra stöd och insatser.

Barnhälsovårdens årsrapport 2019 visar att hälsan hos barn är ojämlikt fördelad och att resurserna inom barnhälsovården inte alltid anpassas efter behovet enligt CNI¹¹. Det skiljer mycket på den barnhälsovård som barnet får del av beroende på föräldrars val. För att bidra till en jämlik hälsa behöver mer riktade insatser finnas till de familjer som har ökad risk för att utveckla ohälsa. Barn i Kronoberg har olika förutsättningar redan från start och hälso- och sjukvården klarar inte fullt ut att möta upp de olika behov som detta innebär.

BHV behöver kunna erbjuda universella insatser, men även ytterligare insatser till de familjer som behöver mer. Det är först då vi kan bidra till en jämlik barnhälsa. Tillgängligheten till BHV för de mest sårbara familjerna behöver ökas och stöd behöver ges i samarbete med exempelvis socialtjänst, tandhälsa, förskola samt familjecentral. I Kronobergs län finns åtta familjecentraler, dessutom planeras det för familjecentraler på Teleborg i Växjö samt i Alvesta och Tingsryd. Verksamhetens arbete är hälsofrämjande, generell, tidigt

¹¹ Care Need Index (CNI) är ett mått för att mäta socioekonomi, vilket är ett vedertaget mått för ökad risk för ohälsa. CNI beräknas på vårdcentralens samtliga listade individer utifrån följande variabler: 65+ och ensamboende, arbetslösa eller i åtgärd, 16–64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, 0–4 år, födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika, 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt i länet, 25-64 år, med låg utbildningsnivå.

förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral ska minst innehålla mödravård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete.

Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning

Kunskap och kompetens är en central bestämningfaktor för vår hälsa och utvecklas genom livet utifrån olika former av lärande. Det finns tydliga samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Utbildning kan ha direkta konsekvenser såsom ökad förståelse för vikten av hälsosamma levnadsvanor, men ur ett folkhälsoperspektiv handlar det i första hand om indirekta hälsokonsekvenser som beror på att utbildning har samband med arbete och försörjning. Utbildningens nivå och innehåll är ofta en förutsättning för att komma in på arbetsmarknaden. Det påverkar också vilka arbeten personer kan få och därmed arbetsvillkor, arbetsmiljö och arbetsinkomst.

Barn från hem med föräldrar som har lång utbildning går till längre utbildningar oberoende av hur ojämlikt det är i samhället. Ju högre ojämlikheten är i samhället desto lägre är sannolikheten att barn från hem med kort utbildning söker sig till längre utbildningar.

Unga som varken arbetar eller studerar är en särskilt utsatt grupp då de riskerar att få det svårt att ta sig in på arbetsmarknaden genom att de går miste om kunskaper och erfarenheter som krävs för att få ett arbete i framtiden. Arbetslöshet ökar risken för negativa hälsoutfall, och sambandet mellan arbetslöshet och nedsatt psykisk hälsa är särskilt tydligt. Om fler kan komma genom skolsystemet med en utbildning, om fler kan försörja sig på arbete, om fler kan ha en god arbetsmiljö så kan också fler vara friska längre.

Målområde 6 - Levnadsvanor

Majoriteten av alla dödsfall i Sverige orsakas av icke-smittsamma sjukdomar (mestadels av hjärt-kärlsjukdomar och cancer). Tobak, alkohol, ohälsosamma matvanor samt fysisk inaktivitet utgör de fyra största riskfaktorerna. Enligt WHO kan en övervägande delen av hjärt-kärlsjukdom samt en tredjedel av all cancer i världen förebyggas med förbättrade levnadsvanor. Det finns också evidens för att typ 2-diabetes kan förebyggas eller fördröjas med hälsosamma levnadsvanor. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor.

Hälsosamma levnadsvanor är en viktig förutsättning för hälsa och livskvalitet, och fungerar samtidigt som skyddsfaktor för en rad olika sjukdomar och dödsorsaker. Individerna kan själv påverka sina levnadsvanor, men samhället behöver också skapa gynnsamma förutsättningar och stödjande miljöer för att underlätta hälsofrämjande val. De val vi gör påverkas av både personliga preferenser och handlingsutrymme, vilka skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen.

Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Regionen ansvarar för hälso- och sjukvården där sjukvården har en viktig hälsofrämjande roll och kan, till exempel genom en utbyggd primärvård med ett tydligare fokus på förebyggande arbete, bidra till att förbättra hälsan och minska hälsoklyftorna. Hälso- och sjukvårdens verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa.

I en hälsofrämjande hälso- och sjukvård arbetar verksamheterna med ett hälsofrämjande perspektiv i hela vårdkedjan; vid hälsofrämjande insatser, förebyggande insatser, behandling, rehabilitering, uppföljning, råd och stöd samt egenvård. Det innebär även att hälso- och sjukvården stödjer befolkningsinriktade insatser och samverkar med olika sektorer i lokalsamhället i gemensamma initiativ.

Det förebyggande arbetet kan ske både före och efter insjuknande. Begreppet primär prevention innebär insatser som avser att förhindra att sjukdom uppkommer, medan sekundär prevention avser insatser för att förhindra återinsjuknande men också tidig upptäckt av sjukdom. Det är viktigt att tydliggöra primärvårdens preventiva och hälsofrämjande roll för att kunna bidra till ett skifte i dagens hälsosystem. En effektiv prevention och ett hälsofrämjande förhållningssätt kan innebära ekonomiska besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället men också i ökat välbefinnande hos individen.

Konklusion

Resultatet av denna rapport visar på att det finns skillnader i hälsa och livsvillkor utifrån födelseland och utbildningsnivå såväl hos föräldrar som hos barn. För att en jämlik folkhälsa ska möjliggöras för alla krävs såväl generella som riktade åtgärder.

Följande bör poängteras:

- Genomgående är barns och ungdomars fysiska, psykiska och socioekonomiska uppväxtvillkor avgörande för deras framtida hälsa.
- Utbildningsnivå är en betydande faktor för såväl barn som vuxnas hälsa.
- En bristfällig integration avspeglar sig genomgående i hälsoutfallet.
- Riskfyllda levnadsvanor har betydelse för framtida ohälsa och sjukdom.

Avslutande ord

Enligt propositionen En god och jämlik hälsa är folkhälsoarbetet ett gemensamt ansvar som kräver insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från de ideella organisationerna samt från individerna själva. En strävan att minska de jämlika förutsättningarna för en god och jämlik folkhälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer.

Referenser

Barn och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronoberg län 2018.

https://www.regionkronoberg.se/contentassets/759ea481223640c3b02b8c96d0ec0fa8/rekr0468_ra pport barns-halsa-och-levnadsvanor final 190520.pdf

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO: strategy paper for Europe Copenhagen: World Health Organization, 1992.

Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling Solna: Folkhälsomyndigheten. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2020/> .

Folkhälsomyndighetens folkhälsodata – hämtad från: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/?rxid=94676cee-3dac-439c-b83c-55a0091cc785

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47

https://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf

God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik (Prop. 017/18:249). Socialdepartementet. Hämtad från: https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/god-och-jamlik-halsa---en-utvecklad_H503249

Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: 2016. Hämtad från:

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>.

Barnhälsovårdens i Kronoberg. För en jämlik barnhälsa, årsrapport 2019.

<https://www.regionkronoberg.se/contentassets/917a001acd1142f5920179050b38d09a/arsredovisning-barnhalsovard-2019.pdf>

Data från Hälsa på lika villkor i Kronobergs län 2018. SPSS version 26.