



## Förord

På uppdrag av Region Västernorrland och inom ramen för samverkan med länets kommuner och samverkan kring God och Nära vård, sammanfattas här Västernorrland läns befolknings hälsa utifrån ett folkhälso- och jämlikhetsperspektiv.

Syftet med rapporten är att beskriva skillnader i hälsa och livsvillkor mellan olika grupper av västernorrlänningar inom länet men även inom respektive kommun. Rapporten syftar även till att följa utvecklingen över tid med fokus på 2011–2020 samt ett möjligt befolkningsscenario inför 2030. Slutligen ämnar rapporten att ge beslutsfattare ett kunskapsunderlag som stärker förutsättningarna att fatta kunskapsgrundade beslut kring befolkningens hälsa och livsvillkor.

Författare till rapporten är Alexandra Sundberg, projektledare och verksamhetsanalytiker vid Planerings- och uppföljningsenheten och Nina Nordin, folkhälsostrateg vid Enheten för folkhälsa. I projektgruppen ingick även Christian Forsberg vid Tillväxtverksamheten, Elisabeth Henrysdotter vid Planerings- och uppföljningsenheten, Gunnar Holmgren vid Tillväxtverksamheten och Petra Oldenmark vid Ekonomienheten. Stort tack till övriga medarbetare på Enheten för folkhälsa och Planerings- och uppföljningsenheten för kloka synpunkter på rapporten. Samtliga arbetar inom Region Västernorrland.

Rapporten är skriven under våren 2021.



Målet för god och nära vård är att invånaren upplever att:

- Jag har en vård som är tillgängligt för mina behov
- Jag har en kontinuitet i min kontakt med vården
- Mitt behov är i fokus och jag är delaktig i min egen vård
- Vården är hälsofrämjande och förebyggande för min hälsa

## Innehållsförteckning

<b>FOLKHÄLSORAPPORT 2021</b> .....	<b>1</b>
FÖRORD .....	2
<i>Innehållsförteckning</i> .....	3
<i>Sammanfattning</i> .....	5
Demografi och socioekonomiska förutsättningar .....	5
Hälsoläget .....	6
Levnadsvanor .....	6
Trygghet och tillit .....	6
Ojämlighet i hälsa .....	7
<i>Inledning</i> .....	8
<i>Syfte och metod</i> .....	8
Avgränsningar .....	8
Det statistiska underlaget .....	10
Analys .....	14
DEL 1 KUNSKAPSUNDERLAG .....	16
<i>Hållbar utveckling</i> .....	16
Social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet .....	16
Socialt hållbar utveckling .....	16
Globalt och lokalt arbete för en socialt hållbar samhällsutveckling .....	16
<i>Samhällskostnader för skillnader i hälsa</i> .....	18
Samhällsvinster med minskade skillnader i hälsa .....	19
Hälsa och goda levnadsvanor som lönsamt investeringsområde .....	19
Tidiga insatser är mest lönsamma .....	20
<i>Förutsättningar för en god och jämlik folkhälsa</i> .....	20
Den sociala positionen påverkar hälsoutvecklingen .....	21
Strategier för att minska skillnader i hälsa .....	21
Arbetet för att minska skillnader i hälsa .....	22
DEL 2 KARTLÄGGNING .....	25
<i>Demografi</i> .....	25
Sammanfattning .....	25
Befolkningsutveckling 2011–2020 .....	26
Befolkningsscenario 2020–2030 .....	28
<i>Socioekonomiska förutsättningar</i> .....	31
Sammanfattning .....	31
Utbildningsnivå .....	32
Arbetsmarknadsposition .....	34
Ekonomiska villkor .....	39
<i>Hälsoläget</i> .....	41
Sammanfattning .....	42
Medellivslängd .....	45
Självskattad hälsa .....	46
Folksjukdomar .....	49
Psykisk ohälsa .....	56
Tandhälsa .....	63
Befolkningens upplevelse av vården .....	66
<i>Levnadsvanor</i> .....	69

Sammanfattning .....	69
Fysisk aktivitet och stillasittande .....	70
Matvanor .....	74
Tobak.....	76
Alkohol .....	79
Narkotika.....	82
Spel om pengar .....	84
<i>Delaktighet, inflytande och sammanhållning.....</i>	<i>87</i>
Sammanfattning .....	87
Demokratisk delaktighet.....	88
Inflytande .....	88
Socialt och kulturellt deltagande .....	89
<i>Trygghet och tillit.....</i>	<i>91</i>
Sammanfattning .....	91
Trygghet .....	92
Tillit .....	93
Brott och våld.....	95
<b>DEL 3 SAMMANFATTNING AV KARTLÄGGNINGEN OCH FÖRSLAG PÅ RIKTNINGAR FRAMÅT .....</b>	<b>102</b>
<i>Barn och unga.....</i>	<i>102</i>
Sammanfattning .....	103
<i>Vuxna .....</i>	<i>107</i>
Sammanfattning .....	107
<i>Ojämlighet i hälsa .....</i>	<i>113</i>
Kön och ålder .....	114
Utbildningsnivå .....	115
Utrikesfödda .....	117
<i>Förslag på riktningar framåt.....</i>	<i>119</i>
SKR:s förslag 1: Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning .....	120
SKR:s förslag 2: Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder ...	121
SKR:s förslag 3: Ge alla barn och unga en bra start i livet .....	122
SKR:s förslag 4: Ge alla förutsättningar till egen försörjning.....	123
SKR:s förslag 5: Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen .....	124
Övriga förslag .....	124
Avslutande reflektion.....	126
REFERENSER.....	127

## Sammanfattning

### Demografi och socioekonomiska förutsättningar

Västernorrland har en högre andel äldre personer i jämförelse med riket, samtidigt som andelen i arbetsför ålder är lägre i länet jämfört med riket.

Befolkningsscenariot för länet fram till 2030 visar att andelen invånare, 0–64 år, förväntas minska med 3 procent medan andelen invånare 80 år och äldre förväntas öka med nästan 40 procent. Försörjningskvoten är högre i vårt län jämfört med riket, vilket betyder att personer i yrkesför ålder behöver försörja allt fler yngre och äldre.

Andelen invånare med eftergymnasial utbildning ökar i länet men är lägre än rikssnittet. Kvinnor i länet har ett betydligt högre ohälsotal jämfört med män i länet samt har ett något högre ohälsotal jämfört med rikssnittet för kvinnor. Ohälsotalet har dock minskat över tid, såväl inom länet som i hela riket. Arbetslösheten i länet är något högre än i riket. Högst arbetslöshet finns i grupperna utrikesfödda samt unga i åldern 18–24 år där drygt en fjärdedel respektive drygt var tionde person är arbetslös. Detta är högre än rikssnittet för samma grupper. Andelen ungdomar som är etablerade på arbetsmarknaden efter gymnasiet är lägre i länet än i riket.



### **Hälsoläget**

Vi lever allt längre både i Västernorrland och i riket men medellivslängden i länet är fortfarande kortare än rikssnittet. Den självskattade hälsan är lägre i Västernorrland än i riket och kvinnor har lägre självskattad hälsa än män. Övervikt och fetma i den vuxna befolkningen fortsätter att öka i länet och vi ligger högre än riket. Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer har minskat mycket under de senaste årtiondena men länet ligger fortfarande på en högre nivå än riket för insjuknade i hjärt- och kärlsjukdomar. Psykisk ohälsa är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män och då särskilt bland unga kvinnor som i allt högre grad upplever ängslan, oro, ångest och depression. Den psykiska ohälsan har också ökat för både vårt län och för riket. Men även om kvinnor generellt sett upplever mer psykisk ohälsa så är det män som i betydligt högre grad begår självmord.



När det gäller barn har de generellt sett en god hälsa och uppvisar inte samma ökning av övervikt och fetma som den vuxna befolkningen i länet gjort under den senaste tioårsperioden. Övervikt och fetma hos barn ligger dock på en relativt hög nivå i länet. Den självskattade hälsan bland unga har dock försämrats under de senaste tio åren. Speciellt bland flickor i högstadiet och gymnasiet.

### **Levnadsvanor**

Tobaksrökning har minskat mycket de senaste årtiondena i länet och vi ligger lägre än riket vad gäller tobaksrökning. Riskabla alkoholvanor är ganska vanligt fortfarande och är också betydligt mer vanligt bland män jämfört med kvinnor. Jämfört med riket är västernorränningarna något mindre fysiskt aktiva och äter mindre frukt och grönt. Barn rör sig generellt sett för lite (enligt nationella rekommendationer) både i länet och i riket och så har det sett ut under en ganska lång tid. Barn sitter också mer stilla idag jämfört med tidigare, men fler undersökningar behövs för att mäta stillasittandet. Både alkoholbruk och tobaksrökning har minskat för barn och ungdomar i länet.

### **Trygghet och tillit**

Att känna tillit till andra, det vill säga att man i allmänhet anser att det går att lita på andra människor är lika hög i länet som i riket. Det är vanligare med låg tillit bland yngre men med stigande ålder ökar tilliten generellt sett. Unga kvinnor i länet är den grupp som känner sig mest otrygg att vistas utomhus. Inom norra polisregionen är antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation lägre än rikssnittet. På grund av att endast ett fåtal kvinnor anmäler

misshandelsbrott inom parrelation är det svårt att göra jämförelser och dra några säkra slutsatser om våld i nära relation.

### **Ojämlikhet i hälsa**

Det finns skillnader i hur hälsoläget ser ut mellan olika grupper i samhället, exempelvis för kön, ålder och socioekonomi. En del av dessa skillnader kanske aldrig kan åtgärdas helt och kan bero på faktorer som inte går att påverka, men påverkbara skillnader kvarstår. Både förutsättningarna för en god hälsa och levnadsvanorna är generellt sett bättre för de med högre socioekonomisk position jämfört med de med lägre. Samma förhållande ses för psykisk och fysisk hälsa. Ju högre position i samhället människor har desto bättre är hälsan generellt sett. I denna rapport redovisas socioekonomiska skillnader främst utifrån utbildningslängd. Stora skillnader kan ses för flertalet indikatorer, exempelvis för självskattad hälsa och medellivslängd. Det skiljer 7 år för män och 5 år för kvinnor i medellivslängd mellan de med förgymnasial utbildning och de med eftergymnasial utbildning i vårt län. Betydligt fler kvinnor och män med lång utbildning rapporterar en god självskattad hälsa jämfört med de med kort eller medellång utbildning.



## **Inledning**

Det generella hälsoläget i Sverige har förbättrats under lång tid men samtidigt har skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper ökat. Skillnaderna kan ibland förklaras av att ett område med en äldre befolkning kan tänkas ha sämre hälsa jämfört med ett annat område med en yngre befolkning. I andra fall är det skillnader som beror på ojämlika livsvillkor. För att ge alla invånare förutsättningar för ett hälsosamt liv behöver de bakomliggande faktorerna till ojämlikheter och skillnader i livsvillkor och hälsa belysas. Kartläggningen av befolkningens hälsa och livsvillkor inom Västernorrlands län avser att belysa några av dessa bakomliggande faktorer.

Rapporten består av tre delar. Den första delen är ett kunskapsunderlag som beskriver och definierar social hållbarhet samt redovisar de förutsättningar som krävs för att uppnå en god och jämlik folkhälsa. Den andra delen utgörs av kartläggningen av Västernorrlands län och dess kommuners invånares folkhälsa och livsvillkor. Den tredje och sista delen presenterar förslag på riktningar framåt.

Rapporten är bland annat inspirerad av Göteborgs stads jämlikhetsrapport 2017 *Skillnader i livsvillkor i Göteborg*, Lilla Edets kommuns kartläggning *Hälsa och livsvillkor i Lilla Edets kommun*, Malmökommissionens slutrapport *Malmös väg mot en hållbar framtid* och Världshälsoorganisationens rapport *Closing the Gap in a Generation*.

## **Syfte och metod**

Syftet med rapporten är att kartlägga folkhälsan och beskriva ojämlika skillnader i hälsa och livsvillkor mellan olika grupper av västernorränningar inom länet och dess kommuner. Rapporten syftar även till att följa utvecklingen över tid. Slutligen ämnar rapporten att ge beslutsfattare ett kunskapsunderlag som stärker förutsättningarna att fatta kunskapsgrundade beslut kring befolkningens hälsa och livsvillkor.

Den metod som används i rapporten är en kartläggning av aktuell kunskap och statistik från nationella myndigheter, Region Västernorrland och dess kommuner samt litteratur och vetenskapliga studier inom området.

## **Avgränsningar**

Rapporten tar avstamp i Förenta nationernas (FNs) Agenda 2030 med fokus på social hållbar utveckling i relation till jämlik hälsa och livsvillkor utifrån ett folkhälsoperspektiv, vilket utgör rapportens största avgränsning. Det innebär att fokus ligger på mönster, trender och utvecklingen av befolkningens hälsa och livsvillkor samt skillnader mellan olika grupper.

Kartläggningen avgränsas och utgår ifrån Västernorrlands län som geografisk enhet, men jämförs mot riket och bryts ned per kommun när möjlighet finns.

Västernorrlands läns kommuner är Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Ånge och Örnsköldsvik.

Vidare avgränsas rapporten på så sätt att befolkningens hälsa och livsvillkor presenteras mellan grupper i samhället utifrån ett på förhand valda faktorer som har påvisats påverka individens hälsa och livsvillkor. Enligt forskning har den sociala positionen störst påverkan på hälsa och livsvillkor, samtidigt som hälsa i sin tur påverkar individens egen sociala position. Den sociala positionen, här redovisad utifrån individens utbildningslängd, är därför en genomgående jämförelsefaktor i rapporten. Ytterligare jämförelsefaktorer som valts ut är kön, ålder och inrikes/utrikesfödda.

#### *HBQ*

Att få fram lokal statistik av god kvalitet som beskriver hälsan och livsvillkoren för homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner (HBQ-identitet) är svårt då det statistiska underlaget är begränsat. Med anledning av detta redovisas HBQ-perspektivet inte löpande i rapporten.

På nationell nivå mår dock de flesta HBQ-personer bra och har goda livsvillkor jämfört med HBQ-personer i många andra länder [1]. Men samtidigt är den självskattade hälsan lägre för homo- och bisexuella och för de personer som är osäkra på sin sexuella läggning, jämfört med den övriga befolkningen [2]. HBQ-personer utsätts ofta för fler stressfaktorer som ett resultat av diskriminering och negativt bemötande [3]. Inom gruppen homo- och bisexuella är psykisk ohälsa dubbelt så vanligt jämfört med gruppen heterosexuella. Transpersoner har i sin tur ytterligare nedsatt psykisk hälsa [4], varav yngre transpersoner har sämre hälsa än äldre transpersoner [2]. Det är också vanligare att HBQ-personer upplevt osynliggörande, negativ särbehandling och mobbning, vilket är särskilt förekommande för transpersoner. Det är också vanligare med självdestruktivitet och självmordsförsök [4].

#### *Funktionsnedsättning*

Att få fram lokal statistik av god kvalitet som beskriver hälsan och livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning är svårt då det statistiska underlaget är begränsat. Med anledning av detta redovisas personer med funktionsnedsättning inte som en egen grupp löpande i rapporten.

På nationell nivå framgår att personer med funktionsnedsättning genomgående har sämre förutsättningar för en god hälsa jämfört med övriga befolkningen [5].



Det finns flera förklaringar till varför personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa jämfört med övriga befolkningen. Några betydande faktorer är att gruppen generellt har lägre utbildningsnivå, förvärvsarbetar i lägre utsträckning och har sämre ekonomi än övriga befolkningen [6]. Enligt en undersökning av Myndigheten för delaktighet undersöktes vilka faktorer, förutom funktionsnedsättningen, som påverkar hälsan hos gruppen. De faktorer som framkom var bland annat avsaknad av kontantmarginal, lågt socialt deltagande, stillasittande, sämre självskattad hälsa, lågt praktiskt stöd för kvinnor och utsatthet för kränkande särbehandling. Hälsan hos personer med funktionsnedsättningar skulle kunna stärkas med insatser som riktar in sig mot dessa faktorer [7].

### **Det statistiska underlaget**

Statistiken som används i kartläggningen är registerdata hämtad från myndigheter och Region Västernorrlands egna datalager samt enkätdata från nationella undersökningar. Underlaget syftar till att påvisa

- skillnader mellan Västernorrlands län, dess kommuner och riket
- skillnader mellan grupper inom Västernorrlands län
- trender och utveckling över tid med fokus på 2011–2020.

När registerdata används redovisas underlaget med en decimal. När enkätdata används redovisas underlaget utan decimal med anledning av att det oftast finns en större osäkerhet i enkätdata på regional och kommunal nivå.

### *Registerdata*

Registerdata har hämtats från Arbetsförmedlingen, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), Polisen, Socialstyrelsen, Skolverket, Statistiska Centralbyrån (SCB), Valmyndigheten och Region Västernorrlands egna datalager.

Registerdata från Region Västernorrlands egna datalager omfattar åren 2016–2020 och visar antalet unika patienter som haft kontakt med primärvård, öppen och/eller sluten specialistvård under respektive år. I de fall patienten haft kontakt med såväl primärvård som öppen/sluten specialistvård under året räknas denne bara en gång i statistiken. Materialet omfattar patienter folkbokförda i Västernorrlands län med vårdkontakt där aktuell diagnos registrerats som huvuddiagnos [8].

### *Enkätundersökningar*

De enkätundersökningar som har använts i kartläggningen är

- *Hälsa på lika villkor* (Folkhälsomyndigheten)
- *Hälsosamtalet i skolan* (Region Västernorrland)

- *Hälso- och sjukvårdsbarometern* (Sveriges Kommuner och Regioner, SKR)
- *Medborgarundersökningen* (SCB)
- *Nationell patientenkät* (SKR)
- *Skolelevers drogvanor* (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN).

Den nationella enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor* genomförs vartannat år av Folkhälsomyndigheten med syfte att följa befolkningens hälsoutveckling, levnadsvanor och livsvillkor. Det nationella urvalet för 2020 var 40 000 personer i åldrarna 16–84 år fördelat över hela befolkningen och svarsfrekvensen var 42,3 procent. Det nationella urvalet är obundet och slumpmässigt och resultatet viktas så att det återges för hela befolkningen [9]. I den här rapporten inhämtas resultaten från det nationella urvalet från Kommun- och landstingsdatabasen [10] eller via Folkhälsomyndighetens databas [11] där resultatet redovisas som treårsmedelvärden för att göra urvalet större. Treårsmedelvärdena baseras på ca 1 000 svar från Västernorrlands län.

Vart fjärde år gör Region Västernorrland extra urval av undersökningen och senast (år 2018) deltog 4 900 personer i undersökningen (svarsfrekvens 46 %) [12]. Det extra urvalet gör det möjligt med fördjupade analyser över åldersgrupper, könsfördelning, födelseland, utbildningsnivå och kommunjämförelser. I denna kartläggning används både det nationella urvalet för att beskriva länets hälsoutveckling jämfört med riket samt det extra urvalet från 2018 för att beskriva skillnader i hälsa för olika grupper i länet. I de fall där det extra urvalet är tillräckligt stort för att bryta ned på kommunnivå visas även kommundata.

Utbildningslängd används i denna rapport för att beskriva socioekonomiska skillnader. För den socioekonomiska analysen har länsdata från åldersgruppen 30–84 år använts. Åldersgruppen 16–29 år har uteslutits på grund av att många ännu inte slutfört sin högsta utbildning. Indelningen som används för utbildningslängd är kort utbildningslängd som innebär upp till gymnasium 2 år, medellång utbildningslängd som innebär gymnasial utbildning 3–4 år eller eftergymnasial utbildning upp till 2 år samt lång utbildningslängd som innebär 3 år eller mer på högskola eller universitet. På Region Västernorrlands webbsida finns en mer fördjupad dataanalys av *Hälsa på lika villkor* 2018, där data från hela norra sjukvårdsregionen uppdelats på socioekonomi, ålder och kön.

För data uppdelat på utrikesfödda kontra inrikesfödda, indelades grupperna efter födelseland där inrikesfödda är alla respondenter födda i Sverige och utrikesfödda är alla respondenter födda i annat land än Sverige. Gruppen utrikesfödda är inte en homogen grupp men eftersom datamaterialet var för litet för att dela upp i grupper om specifika födelseländer så slogs alla respondenter födda utanför Sverige ihop

till en grupp. Gruppen utrikesfödda från datamaterialet som används i denna rapport omfattar ca 400 respondenter. Gruppen består av en något högre andel med yngre jämfört med det totala urvalet men innehåller ungefär lika många kvinnor som män som det totala urvalet. Det fanns inga större skillnader i utbildningslängd mellan utrikesfödda och inrikesfödda. I gruppen utrikesfödda var de vanligaste födelseområdena Asien inkl. mellanöstern (31 %), Norden utom Sverige (27 %), EU utom Norden (16 %), Afrika (14 %), Sydamerika (4 %).



*Hälsosamtalet i skolan* genomförs årligen av elevhälsans medicinska insats där alla barn och unga i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och gymnasiet år 1 deltar i ett hälsosamtal med sin skolsköterska. Hälsosamtalet är ett enskilt samtal mellan skolsköterskan och eleven för att få en bild av elevens hälsoläge samt ge kunskap och uppmuntran i hur hälsan kan stärkas. Hälsosamtalet genomförs utifrån ett läns gemensamt hälsofrågeformulär och svaren registreras i en databas [13]. Registreringsfrekvensen för enkäten är ca 90 procent. I denna kartläggning redovisas läns- och kommundata, jämförande statistik på riksnivå finns inte att tillgå.

Den nationella enkätundersökningen *Hälso- och sjukvårdsbarometern* samordnas årligen av SKR. Undersökningen syftar till att följa befolkningens attityder till och förtroende för hälso- och sjukvården. I det nationella urvalet deltar alla regioner och vissa gör extra urval. Region Västernorrland gjorde år 2020 inget extra urval. Totalt svarade 1 253 personer från Västernorrland på 2020 års enkät (31 % svarsfrekvens, 4 000 personer i bruttourvalet) [14].

Den nationella enkätundersökningen *Medborgarundersökningen* genomförs årligen av SCB på uppdrag av kommuner för att mäta hur invånarna 18–84 år ser på sin kommun. Undersökningen ger bland annat svar på frågor om hur olika grupper i kommunen tycker att verksamheter, samhällsservice, klimat- och miljöarbete och underhåll av den offentliga miljön i kommunen fungerar. Alla kommuner inom länet förutom Timrå har en eller flera gånger deltagit i Medborgarundersökningen. Härnösand deltar årligen, Örnsköldsvik deltar vartannat år, Kramfors deltar vart tredje år medan Ånge och Sundsvall har deltagit men utan konsekvent periodicitet. Som standard dras ett urval om 800 personer i kommuner med färre än 10 000 invånare i åldrarna 18–84 år, 1 200 personer i kommuner med 10 000–59 999 invånare och 1 600 personer i kommuner med 60 000 eller fler invånare i dessa åldrar. Rikssnittet för svarsfrekvensen år 2020 var 42 procent [15].

Den nationella enkätundersökningen *Nationell patientenkät* samordnas av SKR och sedan år 2009 deltar samtliga regioner i Sverige. Resultaten från patientenkäterna kan användas för att förbättra och utveckla vården från ett patientperspektiv då patienter får möjlighet att förmedla sina erfarenheter och upplevelser av den vård

de tagit del av [16]. I denna kartläggning används data från enkätens primärvårdsresultat för år 2019 där 2 614 personer i Västernorrland svarade på enkäten (svarsfrekvens 46 %).

Den nationella enkätundersökningen *Skolelevers drogvanor* genomförs årligen av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och undersöker drogvanor bland elever i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2. Region Västernorrland genomför extra urval av undersökningen vart annat år. Då utförs en totalundersökning av samtliga klasser i årskurs 9 och i gymnasiet årskurs 2 i länet. I skolundersökningar finns det två huvudtyper av bortfall. Den ena utgörs av elever vars klasser inte deltagit i undersökningen (så kallat klassbortfall) och den andra utgörs av elever som var frånvarande i samband med datainsamlingen eller av andra anledningar inte ingår i databearbetningen (så kallat elevbortfall). För år 2019 var klassbortfallet 8–9 procent och elevbortfallet 17–18 procent i Västernorrland. Totala antalet elever i urvalet var 5 391 och 4 045 enkäter besvarades (75 % total svarsfrekvens) [17].

#### *Det statistiska underlaget i relation till covid-19*

Rapporten har skrivits under 2021 och statistik har inhämtats från 2020 (och tidigare), vilket är under den tidsperiod som covid-19 pandemin startade och fortlöpte. Folkhälsomyndigheten gjorde under våren 2021 en översyn kring hittills noterade effekter på folkhälsan i relation till pandemin med utgångspunkt i det folkhälsopolitiska övergripande målet att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. En sammanfattning av rapporten [18] presenteras nedan.

Vissa grupper i samhället har drabbats mer än andra av pandemin. Exempelvis har distansundervisningen påverkat de unga i framförallt gymnasiet, på högskolan och universitetet. För unga med problematiska hemförhållanden eller för unga som saknar digital utrustning och lugna studiemiljöer kan distansundervisningen ha upplevts ansträngande.

Arbetslösheten har ökat under pandemin och sysselsättningen har minskat. De som drabbats värst är de som redan innan pandemin hade en svagare position på arbetsmarknaden, exempelvis utrikesfödda, unga och anställda inom vissa branscher som exempelvis restaurang, handel och transport. Nedstängda verksamheter och en ökande isolering har också drabbat grupper av människor som har ett stort behov av trygga sammanhang och stöd i vardagen. Vissa grupper verkar också ha upplevt det svårare att komma i kontakt med myndigheter och hälso- och sjukvården. En delförklaring till detta kan vara den ökande digitaliseringen.

När det gäller levnadsvanorna har pandemin resulterat i att människor är mindre fysiskt aktiva (speciellt unga) och äter mindre grönsaker och mer snacks och sötsaker. Däremot har ingen ökning skett av andelen som röker varje dag.

Risikkonsumtion av alkohol verkar vara i stort sett oförändrad även om det ses en svag ökning för medelålders vuxna. För unga verkar dock risikkonsumtionen ha minskat något under pandemin i jämförelse med innan.

Andelen med bra självskattad hälsa har sjunkit och vissa lätta psykiska besvär ökar. Precis som innan pandemin är det främst unga och kvinnor som rapporterar en högre andel med psykiska besvär. Det finns också tendenser och oro för grupperna med migranterfarenhet, HBTQ-personer och barn i familjer med psykisk ohälsa, beroende eller våld när det gäller psykisk hälsa. En ökad oro i samband med pandemin har också rapporterats av de äldre i befolkningen.

Andra infektionssjukdomar har minskat, såsom säsongsinfluensa och vinterkräksjuka, samt en minskning har rapporterats när det kommer till de sexuellt överförbara sjukdomarna klamydia och gonorré. SOS Alarm rapporterar att de fått fler samtal om självmord sedan pandemin började, men i skrivande stund är det inte fler som begår självmord eller vårdas för suicidförsök.

I skrivandets stund anser Folkhälsomyndigheten att det är svårt att förutspå pandemins effekt på folkhälsan på längre sikt, där det behövs många års undersökningar och forskning för att kunna säkerställa pandemins fulla effekt på folkhälsan [18]. När rapporten refererar till statistik som antas ha påverkats av pandemin noteras det i samband med redovisningen av denna statistik.

### **Analys**

Den statistik och analys som ingår i rapporten har skapats av Region Västernorrland, en myndighet eller genom en tidigare genomförd nationell eller regional enkätundersökning. Baserat på detta statistiska underlag har en kartläggning av länets folkhälsa och livsvillkor gjorts. Rapporten kan utgöra underlag för att kunna dra slutsatser kring regionens framtida behov av hälso- och sjukvård. Rapporten inkluderar i viss mån hälsoekonomiska beräkningar men utgår ifrån att ojämlikheter i hälsa är den allra största samhällskostnaden för Region Västernorrland och dess kommuner.



# Del 1

## Kunskapsunderlag



## Del 1 Kunskapsunderlag

### Hållbar utveckling

#### Social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet

År 1987 presenterade Brundtlandkommissionen rapporten Vår gemensamma framtid i vilken en definition för hållbar utveckling formades:

”En hållbar utveckling är en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov” [19].

Sedan dess har definitionen av hållbar utveckling förtydligats och innefattar idag att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en god miljö och hälsa, ekonomisk och social välfärd samt rättvisa [20]. Hållbar utveckling är en process för att stärka samhällsutvecklingen och kräver en helhetssyn. Arbetet tar sin utgångspunkt i en social, miljömässig och ekonomisk dimension och det är balansen mellan dem som är det centrala i arbetet.

#### Socialt hållbar utveckling

Social hållbarhet är ett brett begrepp som saknar en tydlig och enhetlig definition, men i ett bredare sammanhang handlar social hållbarhet om social rättvisa, hälsa, välbefinnande, välfärd och mänskliga rättigheter.

Ett socialt hållbart samhälle beskrivs av Folkhälsomyndigheten som ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett gott liv med god hälsa, utan orättfärdiga<sup>1</sup> skillnader. Det är också ett samhälle med hög tolerans och där människors lika värde står i centrum, vilket förutsätter att människor känner tillit och förtroende till varandra och är delaktiga i samhällsutvecklingen [21].

Slutligen beskriver SKR social hållbarhet som att människor, oavsett behov och förutsättningar, ges möjlighet till en livsmiljö där de kan utvecklas, tillgodogöra sig kunskap och ha förutsättningar för en god hälsa. Människors behov måste därför tas hänsyn till i såväl samhällsstruktur som samhällsplanering och det kan göras genom att arbeta med bland annat integration, tillgänglighet, jämställdhet, folkhälsa, livskvalitet, kultur med mera [22].

#### Globalt och lokalt arbete för en socialt hållbar samhällsutveckling

Stöd för frågor som handlar om social hållbarhet återfinns på alla strukturella nivåer i samhället, så som globala och lokala. Den tydligaste och tyngsta är Förenta

---

<sup>1</sup> Orättfärdiga skillnader innebär skillnader i hälsa som kan undvikas. Det finns då inga biologiska eller psykologiska orsaker bakom dem utan de beror på orättvisa skillnader i de förutsättningar som man har när man föds, lever, arbetar och åldras.

Nationens (FN) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Den här rapporten tar sin utgångspunkt i artikel 25:

”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll” [23].

Vidare är FN:s globala agenda för hållbar utveckling Agenda 2030 central för arbetet för en socialt hållbar samhällsutveckling. Agendan antogs år 2015 och innehåller 17 globala mål för en hållbar utveckling med syfte att förverkliga de mänskliga rättigheterna, utrota fattigdom och hunger, uppnå jämställdhet och egenmakt för att kvinnor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Den här rapporten utgår särskilt från agendans mål nummer tio:

”Minskad ojämlikhet - Grunden för ett hållbart samhälle är en rättvis fördelning av resurser och såväl ekonomiskt, socialt och politiskt inflytande i samhället. Globala målens ledord är Leave No One Behind och mål 10 belyser vikten av att verka för ett samhälle där ingen lämnas utanför i utvecklingen” [24].

På nationell nivå är Sveriges övergripande mål för nationell folkhälsopolitik att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta påverkbara hälsoklyftor inom en generation. Folkhälsopolitiken består i sin tur av åtta målområden i syfte att uppnå en god och jämlik hälsa:

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 [25].

Lokalt sker ett strategiskt arbete för social hållbarhet och för en god och jämlik folkhälsa inom Region Västernorrland i samverkan med kommunerna och länsstyrelsen. Genom att lyfta Agenda 2030 i relevanta nätverk, kompetensutveckla i form av kunskapsdagar och utbyta erfarenheter inom länet finns ambitionen om att nå de globala målen [26].

I Västernorrlands Regionala utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2030 belyses även vikten om en god och jämlik folkhälsa inom målområdet:

”2030 är Västernorrland den plats som människor väljer för att leva och besöka” [27].

I målområdet ligger fokus på vikten av en god och jämlik folkhälsa i relation till utbildning och ett livslångt lärande [27].

### **Samhällskostnader för skillnader i hälsa**

Ojämlighet i hälsa beror delvis på strukturella faktorer i samhället och kostnaden för dessa faktorer bör anses som onödiga eftersom de egentligen går att undvika. Faktorerna som påverkar en jämlik hälsa är många och kräver ett helhetsperspektiv vilket gör det svårt att beräkna samhällskostnaderna för ojämlikhet i hälsa.

Gemensamt för de flesta hälsoekonomiska beräkningar som genomförts är dock att kostnaderna för samhället är stora. Beräkningarna får ofta en del kritik där en av dem är att det är orimligt att anta att en hel befolkning ska kunna uppnå samma goda hälsa som de friskaste har. En annan kritik är att varje hälsoekonomisk beräkning baseras på ett antal antaganden och uppskattningar och inte nödvändigtvis vetenskapliga teorier och forskning om orsakssamband. Sådana faktorer ska alltid tas i beaktning när man tolkar resultat från hälsoekonomiska beräkningar [28].

”Mycket talar för att ett samhälle tjänar på att försöka optimera hälsan i sin befolkning eftersom förebyggande av ohälsa kostar betydligt mindre än att ta hand om konsekvenserna när de väl har uppstått. Detta är detsamma som att säga att det finns mycket goda skäl att investera i förebyggande insatser för att öka hälsan i en befolkning” [29].

Enligt Malmökommissionen beräknades den samlade ohälsobördan i Sverige uppgå till ungefär 823 miljarder kronor per år (baserat på en uträkning från 2008) eller runt 90 000 kronor per invånare för sjukvård, läkemedel och produktionsbortfall till följd av sjukdom eller förtidig död före 65 års ålder. För beräkningar kring Sveriges bruttonationalprodukt (BNP) under samma år (2008) som då var 3 157 miljarder kronor, ger uträkningen att kostnaderna för

ohälsobördan i Sverige motsvarade ungefär 25 procent av BNP. För ohälsa som specifikt anses bero på ojämlika skillnader mellan grupper uppskattade Malmökommissionen kostnaderna till omkring 5–6 procent av BNP eller ca 200 miljarder per år<sup>2</sup> [29].

Nyare beräkningar från 2017 genomförda av *Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi* (IHE) landade på 872 miljarder kronor för den samlade ohälsobördan i Sverige. Den sjukdomsgrupp som stod för den markant största delen av den totala ohälsobördan år 2017 var psykiska sjukdomar (24 %). Därefter kom sjukdomar i rörelseorganen<sup>3</sup> (13 %), sjukdomar i cirkulationsorganen<sup>4</sup> (9 %) och slutligen tumörer (8 procent) [30].

Specifika hälsoekonomiska beräkningar inom olika delområden kommer presenteras löpande i rapporten.

### **Samhällsvinster med minskade skillnader i hälsa**

Det finns ett fundamentalt värde för den enskilde individen att leva med god hälsa men även ett värde för samhället. Detta beror främst på att om en mindre del av samhällets resurser går till att behandla ohälsa så finns mer resurser kvar som kan användas till annat som alla i befolkningen får nytta av, exempelvis investeringar i skolan, investera i hälsofrämjande vård och omsorg, eller skattelättnader. Det kan leda till att fler människor arbetar, vilket innebär att produktiviteten ökar vilket i sin tur gynnar samhället. Effektiva åtgärder som främjar folkhälsan kan därmed få avgörande betydelse för både individen och för hela samhällsutvecklingen [25] [31] [32].

### **Hälsa och goda levnadsvanor som lönsamt investeringsområde**

Att arbeta förebyggande och hälsofrämjande är ett sätt att spara på både nutida och framtida resurser inom den offentliga sektorn. Ett förebyggande och hälsofrämjande arbete innebär en viss investeringspuckel innan de mer långsiktiga vinsterna som minskat vårdbehov och förbättrad folkhälsa blir synliga. På grund av detta diskuteras satsningar i hälsofrämjande arbete allt mer som investeringar istället för att ses som kostnader.

Levnadsvanorna har stor betydelse för den totala sjukdomsbördan och enligt Världshälsoorganisationen kan goda levnadsvanor förebygga upp till 80 procent av all hjärt- och kärlsjukdom och 30 procent av all cancer. De fyra levnadsvanor som

---

<sup>2</sup> Vid beräkning av kostnaden som beror på ojämlikhet i samhället jämförs den faktiska sjukligheten i befolkningen med den sjuklighet som skulle varit om alla hade haft samma hälsa som de friskaste. Här tar kostnaderna inte hänsyn till kommunala eller övriga kostnader, utebliven nytta eller lidande som samhället i stort kan drabbas av samt kostnaden för funktionsnedsättning [28].

<sup>3</sup> Till rörelseorganens sjukdomar räknas benskörhet, artros i knä och höft, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Patienter med dessa sjukdomar kan ibland behöva livslång uppföljning och rehabilitering [116].

<sup>4</sup> Till cirkulationsorganens sjukdomar räknas sjukdomar i hjärta och blodkärl, exempelvis hjärtinfarkt och stroke [117].

bidrar mest till den samlande sjukdomsördan i Sverige är ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet, rökning och riskbruk av alkohol [33].

### **Tidiga insatser är mest lönsamma**

Ett viktigt investeringsområde inom folkhälsoarbetet är barn. Att sätta in tidiga förebyggande insatser riktat till yngre barn är en av de mest effektiva investeringarna ett samhälle kan göra, där varje ursprunglig insats ger mångdubblat värde tillbaka. Insatser bland äldre barn och ungdomar tycks inte ge riktigt samma goda resultat och brukar därför inte betraktas som lika kostnadseffektiva. Däremot ses sådana insatser som nödvändiga både för målgruppen och som ett komplement till de tidiga insatserna. Här ska också poängteras att oavsett lönsamhet är det viktigt att erbjuda och skapa goda uppväxtvillkor för alla barn. Alla insatser till barn, oavsett ålder, ger dem en bra start i livet och bättre förutsättningar inför framtiden [34].

### **Förutsättningar för en god och jämlik folkhälsa**

En viktig del i att skapa ett socialt hållbart samhälle är att förstå sambandet mellan social hållbarhet, jämlikhet och hälsa. I ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige god. Under åren 2006–2018 ökade andelen med god självskattad hälsa, dödligheten före 65 års ålder sjönk och medellivslängden ökade med 1,7 år i genomsnitt. Men skillnader både i hälsa och förutsättningarna för en god hälsa består och har delvis även ökat under de senaste 30 åren, både mellan olika socioekonomiska grupper och mellan män och kvinnor [35].

En god folkhälsa, det vill säga summan av alla individers hälsa, bör vara så bra som möjligt och jämlikt fördelad. Jämlikhet i hälsa innebär inte direkt att alla ska ha exakt lika god hälsa utan att alla ska få samma möjligheter att uppnå en god hälsa oavsett socioekonomisk position eller ekonomiska förutsättningar. Arbetet med att främja befolkningens hälsa syftar därför till att påverka de faktorer och förhållanden som bidrar till en positiv och jämlik hälsoutveckling för befolkningen [36] [34].

Det finns både individuella och strukturella faktorer som antingen kan skapa eller förhindra ohälsa. De individuella faktorerna är de som individen själv kan påverka genom sina val och beteenden när det gäller levnadsvanor, till exempel mat- och motionsvanor, tobak och alkohol. Det är inte bara individen som styr sina levnadsvanor. Forskning visar att både samhällets normer och förutsättningar under uppväxten påverkar individens levnadsvanor och sociala relationer livet ut. De individuella faktorerna styrs således inte till fullo av individen själv men individen har möjlighet att påverka och styra dem i stor omfattning. Hälsan påverkas också stort av våra sociala relationer till familj och vänner och av hur våra nätverk ser ut [36] [34] [37] [38].

De strukturella faktorerna består av livsvillkor och livsmiljöer, de så kallade hälsans bestämningsfaktorer. Här spelar till exempel boende- och arbetsförhållanden, arbetsmarknad, skolsystem och socialförsäkringssystem stor roll för hur hälsan i befolkningen utvecklas. De flesta av bestämningsfaktorerna kan påverkas genom politiska beslut. I Sverige finns redan en god tillgång till dessa grundläggande bestämningsfaktorer. Det är kvaliteten på dessa faktorer och hur de är fördelade i befolkningen som är viktigast för folkhälsans utveckling i vårt land [34].

### **Den sociala positionen påverkar hälsoutvecklingen**

Forskning visar att den ställning man har i samhällsstrukturen, den sociala positionen, består av en kombination av tillgången till exempelvis utbildning, inkomst, bostad och vilket arbete man har. Statistiskt sett finns det ett samband som innebär att ju högre social position en person har, desto bättre är hälsan och desto längre blir livet. Detta brukar kallas för den sociala gradienten och innebär att hälsan förbättras gradvis med stigande social position. Det innebär att de som har en låg social position i ett samhälle har en sämre hälsoutveckling och högre utsatthet för ohälsa men också att ohälsan får ekonomiska och sociala konsekvenser [22] [39] [31].

### **Strategier för att minska skillnader i hälsa**

Det finns olika strategier för att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa i en befolkning. Forskningslitteraturen lyfter fram tre olika strategier som effektiva: *universella*, *selektiva* och *indikerade* insatser.

Universella insatser riktar sig till hela befolkningen och är av främjande karaktär. Det har visat sig att en relativt liten insats som riktas till många har större preventiv effekt än stora insatser till få. Detta kallas för den preventiva paradoxen. Exempel på universella insatser är barnbidrag, kulturskola och föräldrastöd.

Selektiva insatser riktar sig istället till grupper i en befolkning som är utsatta för en risk. Insatserna handlar om att förhindra en negativ vidareutveckling och att problem uppstår. Det kan till exempel vara genom att rikta stöd till barn som skolkar eller vuxna med beteendeproblem.

Indikerade insatser riktas enbart till individer som har en allvarlig och identifierad problematik. Det kan till exempel handla om individuella råd, stödsamtal eller behandling för personer med missbruk [40].



Utifrån dessa tre strategier kan beslutsfattare bygga sina olika insatser för att förbättra folkhälsan och minska ojämlikheter i hälsa i befolkningen. Insatserna bör inte stå ensamma utan planeras som en kombination av de olika strategierna för att uppnå bästa möjliga resultat.

### **Arbetet för att minska skillnader i hälsa**

För att lyckas med att uppnå en förbättrad och mer jämlik hälsa krävs tvärsektoriell och tvärprofessionell samverkan mellan olika nivåer, aktörer, arenor och medborgarna själva. Detta ställer krav på både organisationers styr- och ledningsarbete och på att strukturella förutsättningar för ett sådant arbete skapas.

För att förstå hur ojämlikheter uppstår samt hur de kan förebyggas och motverkas, behövs ett *normkritiskt förhållningssätt*. Det innebär en förståelse för och kunskap om hur vissa normer och samhällsideal utesluter, hindrar eller rentav diskriminerar personer som bryter mot dem. Ett normkritiskt förhållningssätt innebär även en förståelse för att diskrimineringen är strukturell – det vill säga att den ofta sker omedvetet, utan uttrycklig avsikt. Diskriminering är en av flera bidragande orsaker till ojämlikhet, så som de ojämlikheter vi kan se i den statistik som presenteras i den här rapporten [32].

Inom forskningen används begreppet intersektionalitet för att beskriva hur flera faktorer så som ålder, kön och hudfärg samverkar och påverkar till exempel hur vi blir bemötta i samhället. Dessa, med flera, perspektiv omfattas av Diskrimineringslagen och utgör de sju *diskrimineringsgrunderna*: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder [32].

Enligt Diskrimineringslag (2008:567) krävs följande omständigheter för att det ska kunna definieras som diskriminering:

- måste vara en person som blivit missgynnad eller kränkt,
- ska finnas ett samband med en diskrimineringsgrund (sexuella trakasserier kräver inte detta samband),
- måste handla om en av de former som beskrivs i lagen (det vill säga direkt eller indirekt diskriminering, bristande tillgänglighet, trakasserier, inklusive sexuella trakasserier samt instruktioner att diskriminera),
- måste ha skett inom ett av de samhällsområden där lagen gäller.

Lagen gäller inom följande samhällsområden: arbetslivet, utbildning, arbetsmarknadspolitisk verksamhet och arbetsförmedling utan offentligt uppdrag, start eller bedrivande av näringsverksamhet, yrkesbehörighet, medlemskap i vissa organisationer, varor, tjänster och bostäder, anordnande av allmän sammankomst

eller offentlig tillställning (exempelvis konserter, marknader eller mässor), hälso- och sjukvården, socialtjänsten, färdtjänst och bidrag för bostadsanpassning, socialförsäkringssystemet (Försäkringskassans tjänster), arbetslöshetsförsäkring, statligt studiestöd samt värn- och civilplikt. Diskrimineringslagen innehåller ytterligare en bestämmelse om förbud mot diskriminering när offentligt anställda möter allmänheten. Bestämmelsen kompletterar de diskrimineringsförbud som gäller inom ovanstående områden och omfattar anställda inom stat, kommuner och regioner. Förbudet stärker den enskildes rätt till ett korrekt bemötande när upplysningar, vägledning, råd eller annan hjälp ges.

Ett annat begrepp som beskriver förutsättningar för en god och jämlik hälsa är *hälsolitteracitet*. Kortfattat handlar hälsolitteracitet om kunskapen, motivationen och kompetensen att inhämta, förstå, bedöma och använda information som rör hälsa och ohälsa. Även tilliten till myndigheter och myndigheters information om frågor som vaccination och levnadsvanor påverkar en persons agerande. Att förstå hur dessa faktorer påverkar en individs förutsättningar att fatta välgrundade beslut som rör hälsan är särskilt viktigt inom organisationer som hälso- och sjukvård, där hälsoinformation ofta ges i mellanmänniska möten. Förutom individperspektivet av hälsolitteracitet finns även ett organisatoriskt eller strukturellt perspektiv, som omfattar till exempel myndigheter, eller delar av myndigheter. Sammanfattat handlar frågeställningen om:

”Hur stor är organisationens förmåga att inhämta, förstå och använda information om hälsa?” [32].

Detta perspektiv flyttar fokus från individens förmåga till samhällets förmåga att förhålla sig till hälsa på ett förebyggande och hälsofrämjande sätt, som inkluderar hela befolkningen. För regioner och kommuner kan det vara värdefullt att granska om beslutfattare och tjänstepersoner kan tillräckligt mycket om hälsa och dess påverkansfaktorer för att kunna planera och genomföra sina uppdrag så att det främjar folkhälsan och så att insatser verkligen når hela befolkningen [32].



# Del 2

## Kartläggning



## Del 2 Kartläggning

### Demografi

I följande kapitel ges en översikt av Västernorrlands läns och dess kommuners demografi, befolkningsutveckling sedan år 2011 och ett möjligt befolkningsscenario inför år 2030. Statistiken i följande kapitel är från 2020 om inget annat årtal anges och är inhämtad från SCB:s databas [41].

#### Sammanfattning

- Länets befolkning har ökat med 1 procent sedan 2011 till och med 2020 men förväntas minska 1 procent till 2030.
- Länets befolkning är äldre än rikssnittet och medelåldern förväntas öka till 2030.
- Länets demografiska försörjningskvot har ökat med 8,2 enheter sedan 2011 och förväntas öka ytterligare 3,9 enheter till 2030, vilket innebär att ett lägre antal invånare i arbetsför ålder 20–64 år förväntas försörja ett högre antal i icke-arbetsför ålder.
- Ett ökat flyttningsöverskott inträffade i mitten av tiotalet. Dock har det inte gett en långvarig effekt sett till totalt antal invånare i länet men har lett till ett bestående ökat antal invånare som har utländsk bakgrund.

Figur 1. Befolkningsbeskrivning av Västernorrlands län jämfört med riket år 2020. Källa: Statistiska Centralbyrån.

Befolkning	Västernorrlands län	Riket
Invånarantal	244 554	10 379 295
Kvinnor	49,4 %	49,7 %
Män	50,6 %	50,3 %
Utländsk bakgrund	14,0 %	25,9 %
Utrikesfödda	11,3 %	19,7 %
0 - 19 år	22,3 %	23,3 %
20 - 64 år	53,4 %	56,6 %
65 - 79 år	18,0 %	14,9 %
80 år eller äldre	6,4 %	5,2 %
Medelålder	43,9 år	41,4 år
Försörjningskvot	87,6	76,6
Fruksamhet (2019)	1,8 barn	1,7 barn



### Befolkningsutveckling 2011–2020

Figur 2 visar befolkningsutvecklingen inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner mellan åren 2011 och 2020. Enligt helårsstatistiken 2020 bor det 244 554 personer i Västernorrlands län, vilket innebär att länet är det femte minsta i Sverige sett till antal invånare. Befolkningsutvecklingen sedan 2011 har legat relativt oförändrad med en liten ökning på 1 procent. Antalet invånare har som mest varit 245 968 och som minst 241 981 vilket är en procentuell skillnad mellan högsta och lägsta på 1,7 procent under en tioårsperiod. Sedan år 2012 bor det något fler män än kvinnor i länet, vilket också ligger i linje med rikssnittet. På kommunal nivå har Ånge (-6,2 %), Timrå (-0,3 %), Kramfors (-3,2 %) och Sollefteå (-5,5 %) minskat i antal invånare sedan 2011 medan Härnösand (2,3 %), Sundsvall (3,5 %) och Örnsköldsvik (1,6 %) har ökat något.

Av länets invånare är 11,3 procent utrikesfödda, att jämföra med 2011, då andelen låg på 7,7 procent. Länet ligger 8,4 procentenheter lägre än rikssnittet (19,7 %) när det kommer till andel invånare som är utrikesfödda.

Figur 3 visar befolkningsförändringar inom riket, länet och dess kommuner uppdelat på svensk eller utländsk bakgrund. Andelen av länets invånare med utländsk bakgrund<sup>5</sup> är 14,0 procent vilket även det är en ökning sedan 2011 då andelen låg på 9,2 procent. På kommunal nivå har Härnösand (17,7 %) och Kramfors (16,0 %) störst andel invånare med utländsk bakgrund. Minst andel invånare med utländsk bakgrund har kommunerna Ånge (9,3 %) och Örnsköldsvik (11,5 %). Det har varit en kontinuerlig ökning av invånare med utländsk bakgrund

<sup>5</sup> Med utländsk bakgrund menas att individen är född utomlands eller har två utrikesfödda föräldrar.

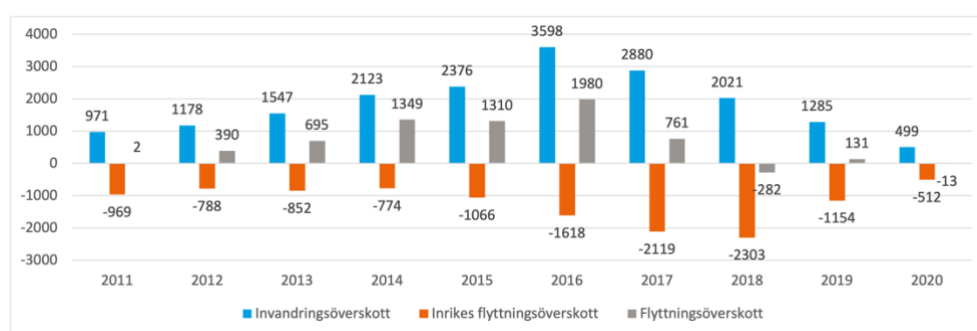
inom samtliga kommuner sedan 2011. I Härnösand och Kramfors har andelen utlandsfödda ökat mest. Minst ökning av invånare med utländsk bakgrund sedan 2011 har Timrå kommun.

Medelåldern inom Västernorrlands län är 43,9 år vilket är högre än riket som ligger på 41,4 år. Det innebär att länet har en äldre befolkning än snittet för alla län i Sverige. Andelen yngre i befolkningen mellan 0 och 19 år är 1 procent lägre än rikssnittet och invånare i arbetsför ålder 20 till 64 år är 3,4 procent lägre än rikssnittet. Andelen äldre i befolkningen inom länet är dock högre än rikssnittet, där invånare mellan 65 och 79 år är 3,1 procent högre än rikssnittet och invånare som är 80 år eller äldre utgör 1,2 procent större andel inom Västernorrlands län jämfört med riket. En äldre befolkning innebär en ökad demografisk försörjningskvot<sup>6</sup> inom länet, vilket i praktiken innebär att en lägre andel invånare i arbetsför ålder ska försörja en högre andel i icke-arbetsför ålder. Länets försörjningskvot har sedan 2011 ökat med 8,2 enheter från 79,4 till 87,6 år 2020 och förväntas öka ytterligare 3,9 enheter till 2030. Länets försörjningskvot år 2020 är högre än rikssnittet som ligger på 76,6 enheter.

Länets fruktsamhet, det vill säga antal födda barn per kvinna under sin livstid, är 1,8 barn vilket är något högre än rikets genomsnitt på 1,7 barn per kvinna. En svag negativ trend i antalet födda barn per kvinna återfinns både på nationell och regional nivå sedan 2011. Kvinnans medelålder vid sitt första barns födsel är inom länet 28,7 år vilket är något lägre än rikets genomsnitt på 29,3 år, enligt 2019 års statistik.

Figur 4. Flyttningsöverskott (antal) i Västernorrlands län åren 2011–2020.

Flyttningsöverskott definieras som antalet inflyttade minus antalet utflyttade. Källa: Statistiska centralbyrån.



Figur 4 visar invandringsöverskott, inrikes flyttningsöverskott och flyttningsöverskott i antal mellan åren 2011 och 2020 i Västernorrlands län.

<sup>6</sup> Demografisk försörjningskvot är antalet personer yngre än 20 år och äldre än 64 år, dividerat med antalet personer i åldern 20–64 år. Därefter multiplicerat med 100. Tolkning: En nivå på försörjningskvot på exempelvis 75, innebär att på 100 personer i åldrar där flest förvärvsarbetar, 20–64 år, finns det 75 personer som är yngre eller äldre. Måttet är rent demografiskt och tar inte hänsyn till hur många som verkligen förvärvsarbetar i olika åldrar (källa: SCB).

Flyttningsöverskott definieras som antalet inflyttade minus antalet utflyttade. Flyttningsöverskottet har ökat mellan 2011 och 2016 men har sedan dess minskat fram till 2020. Ökningen i flyttningsöverskottet berodde på ett ökat invandringsöverskott under denna period, det vill säga antalet inflyttade till länet från utlandet var större än antalet utflyttade från länet till utlandet samma år. Samtidigt ökade inrikes flyttningsunderskottet, det vill säga antalet utflyttade från Västernorrlands län till ett annat län inom landet, under efterföljande period 2017 till 2020. Det ökade flyttningsöverskottet under mitten av tioalet har därför inte gett en långvarig effekt sett till totalt antal invånare i länet.

### **Befolkningsscenario 2020–2030**

Figur 2 visar befolkningsutvecklingen inom Västernorrlands län och dess kommuner mellan 2011 och 2020 samt ett möjligt befolkningsscenario inför 2030. Ett befolkningsscenario är i stort en framskrivning av den nuvarande befolkningen och rådande trend. Skulle exempelvis en större etablering av ett företag ske inom en kommun eller en världskris inträffa som ökar flyktingströmmarna till länet är det att betrakta som exogena händelser som påverkar befolkningsscenarioet.

På länsnivå förväntas invånare 0 till 64 år minska med omkring 3 procent och invånare mellan 65 och 79 år beräknas minska med 7 procent. Invånare som är 80 år eller äldre förväntas däremot öka med nästan 40 procent fram till 2030. Totalt sett beräknas länets folkmängd minska med 1 procent till och med år 2030.

På kommunal nivå förväntas Ånge (-9,6 %), Timrå (-2,1 %), Härnösand (-1,9 %), Kramfors (-8,9 %) och Sollefteå (-8,5 %) minska i antal invånare medan Sundsvall (1,6 %) och Örnsköldsvik (1,5 %) beräknas öka tills 2030. Alla kommuner förväntas ha en stor ökning av invånare som är 80 år eller äldre till och med år 2030.



Figur 2. Översikt över befolkningsförändringar inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner uppdelat per åldersgrupp, för åren 2011–2020 och prognos för åren 2020–2030. Källa: Statistiska Centralbyrån.

Område	Ålder	2011 Antal	Andel %	2020 Antal	Andel %	2011–2020 Förändring %	2030 Antal	Andel %	2020–2030 Förändring %
<b>Riket</b>	0–19 år	2 176 646	23,0	2 414 374	23,3	10,9	2 395 582	22,1	-0,8
	20–64 år	5 521 541	58,2	5 876 835	56,6	6,4	6 067 234	55,9	3,2
	65–79 år	1 286 450	13,6	1 544 366	14,9	20,0	1 580 834	14,6	2,4
	80+ år	498 218	5,3	543 720	5,2	9,1	810 216	7,5	49,0
	Totalt	9 482 855	100	10 379 295	100	9,5	10 853 866	100	4,6
<b>Västernorrland</b>	0–19 år	52 976	21,9	54 420	22,3	2,7	52 865	21,8	-2,9
	20–64 år	134 963	55,7	130 473	53,4	-3,3	126 382	52,2	-3,1
	65–79 år	39 373	16,3	43 988	18,0	11,7	40 916	16,9	-7,0
	80+ år	14 843	6,1	15 673	6,4	5,6	21 846	9,0	39,4
	Totalt	242 155	100	244 554	100	1,0	242 009	100	-1,0
<b>Ånge</b>	0–19 år	2 040	20,7	1 806	19,6	-11,5	1 619	19,4	-10,4
	20–64 år	5 278	53,6	4 881	52,9	-7,5	4 125	49,5	-15,5
	65–79 år	1 758	17,9	1 859	20,2	5,7	1 839	22,1	-1,1
	80+ år	763	7,8	680	7,4	-10,9	759	9,1	11,6
	Totalt	9 839	100	9 226	100	-6,2	8 342	100	-9,6
<b>Timrå</b>	0–19 år	4 309	23,9	4 045	22,5	-6,1	3 942	22,4	-2,5
	20–64 år	9 937	55,1	9 728	54,2	-2,1	9 293	52,9	-4,5
	65–79 år	2 884	16,0	3 192	17,8	10,7	2 791	15,9	-12,6
	80+ år	896	5,0	998	5,6	11,4	1 552	8,8	55,5
	Totalt	18 026	100	17 963	100	-0,3	17 578	100	-2,1
<b>Härnösand</b>	0–19 år	5 273	21,5	5 551	22,1	5,3	5 251	21,3	-5,4
	20–64 år	13 427	54,7	12 962	51,6	-3,5	12 630	51,3	-2,6
	65–79 år	4 256	17,3	4 899	19,5	15,1	4 225	17,2	-13,8
	80+ år	1 585	6,5	1 702	6,8	7,4	2 519	10,2	48,0
	Totalt	24 541	100	25 114	100	2,3	24 625	100	-1,9
<b>Sundsvall</b>	0–19 år	21 489	22,4	22 775	22,9	6,0	22 350	22,1	-1,9
	20–64 år	55 272	57,5	54 957	55,3	-0,6	55 061	54,5	0,2
	65–79 år	14 257	14,8	15 912	16,0	11,6	15 374	15,2	-3,4
	80+ år	5 095	5,3	5 795	5,8	13,7	8 237	8,2	42,1
	Totalt	96 113	100	99 439	100	3,5	101 022	100	1,6
<b>Kramfors</b>	0–19 år	3 614	19,3	3 587	19,8	-0,7	3 157	19,1	-12,0
	20–64 år	10 092	53,9	9 269	51,1	-8,2	8 116	49,1	-12,4
	65–79 år	3 591	19,2	3 942	21,7	9,8	3 542	21,4	-10,1
	80+ år	1 445	7,7	1 335	7,4	-7,6	1 711	10,4	28,2
	Totalt	18 742	100	18 133	100	-3,2	16 526	100	-8,9
<b>Sollefteå</b>	0–19 år	4 027	20,2	3 914	20,7	-2,8	3 517	20,4	-10,1
	20–64 år	10 676	53,5	9 447	50,1	-11,5	8 208	47,5	-13,1
	65–79 år	3 702	18,5	4 004	21,2	8,2	3 597	20,8	-10,2
	80+ år	1 559	7,8	1 507	8,0	-3,3	1 943	11,3	28,9
	Totalt	19 964	100	18 872	100	-5,5	17 265	100	-8,5
<b>Örnsköldsvik</b>	0–19 år	12 224	22,3	12 742	22,8	4,2	13 029	23,0	2,3
	20–64 år	30 281	55,1	29 229	52,4	-3,5	28 949	51,1	-1,0
	65–79 år	8 925	16,3	10 180	18,2	14,1	9 548	16,9	-6,2
	80+ år	3 500	6,4	3 656	6,6	4,5	5 125	9,1	40,2
	Totalt	54 930	100	55 807	100	1,6	56 651	100	1,5

Figur 3. Översikt över befolkningsförändringar inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner uppdelat på svensk eller utländsk bakgrund. Personer med utländsk bakgrund definieras som personer som är utrikesfödda, eller inrikesfödda med två utrikesfödda föräldrar. Personer med svensk bakgrund definieras som personer som är födda i Sverige med två inrikesfödda föräldrar eller en inrikes född och en utrikes född förälder. Källa: Statistiska Centralbyrån.

Område	Bakgrund	2011 Antal	Andel %	2015 Antal	Andel %	2020 Antal	Andel %
<b>Riket</b>	Svensk	7 625 306	80,4	7 663 997	77,8	7 693 255	74,1
	Utländsk	1 857 549	19,6	2 187 020	22,2	2 686 040	25,9
	Totalt	9 482 855	100	9 851 017	100	10 379 295	100
<b>Västernorrland</b>	Svensk	219 930	90,8	215 620	88,4	210 329	86,0
	Utländsk	22 225	9,2	28 277	11,6	34 225	14,0
	Totalt	242 155	100	243 897	100	244 554	100
<b>Ånge</b>	Svensk	9 185	93,4	8 710	91,8	8 366	90,7
	Utländsk	654	6,6	783	8,2	860	9,3
	Totalt	9 839	100	9 493	100	9 226	100
<b>Timrå</b>	Svensk	16 211	89,9	15 948	88,7	15 701	87,4
	Utländsk	1 815	10,1	2 039	11,3	2 262	12,6
	Totalt	18 026	100	17 987	100	17 963	100
<b>Härnösand</b>	Svensk	22 177	90,4	21 396	85,4	20 665	82,3
	Utländsk	2 364	9,6	3 670	14,6	4 449	17,7
	Totalt	24 541	100	25 066	100	25 114	100
<b>Sundsvall</b>	Svensk	86 100	89,6	85 567	87,6	84 774	85,3
	Utländsk	10 013	10,4	12 066	12,4	14 665	14,7
	Totalt	96 113	100	97 633	100	99 439	100
<b>Kramfors</b>	Svensk	17 090	91,2	16 132	87,9	15 235	84,0
	Utländsk	1 652	8,8	2 227	12,1	2 898	16,0
	Totalt	18 742	100	18 359	100	18 133	100
<b>Sollefteå</b>	Svensk	18 300	91,7	17 339	87,6	16 223	86,0
	Utländsk	1 664	8,3	2 444	12,4	2 649	14,0
	Totalt	19 964	100	19 783	100	18 872	100
<b>Örnsköldsvik</b>	Svensk	50 867	92,6	50 528	90,9	49 365	88,5
	Utländsk	4 063	7,4	5 048	9,1	6 442	11,5
	Totalt	54 930	100	55 576	100	55 807	100

## Socioekonomiska förutsättningar

Utifrån ett internationellt perspektiv är Sverige ett relativt jämlikt samhälle om man tittar på hur välfärden fördelas. Trots detta finns tydliga skillnader mellan olika socioekonomiska grupper i befolkningen. Med begreppet socioekonomi menas indikatorer som beskriver sociala och ekonomiska förhållanden. Det kan till exempel vara tillgång till utbildning, arbete, inkomst och boende. Tillgången till dessa faktorer påverkar individens sociala position, vilket i sin tur påverkar individens livsvillkor och hälsa. Som ett exempel har personer med kort utbildning eller låga inkomster generellt sett sämre hälsa och drabbas i högre grad av sjuklighet jämfört med personer med längre utbildning eller högre inkomster [35].

I följande kapitel beskrivs Västernorrlands län och dess kommuners socioekonomiska status med fokus på befolkningens utbildningsnivå, arbetsmarknadsposition och ekonomiska villkor. Statistiken i följande kapitel är inhämtad från SCB:s databas, Skolverket och Försäkringskassans statistikdatabas.

### Sammanfattning

- Utbildningsnivån inom länet har ökat sedan 2011 men ligger år 2019 fortfarande 6,6 procentenheter lägre för befolkningen 25–64 år än rikssnittet när det kommer till invånare med en treårig eftergymnasial utbildning eller mer. Andelen gymnasieelever som tar examen inom tre år är inom länet på samma nivå som riket och ligger strax över 70 procent.
- Andelen förvärvsarbetande har ökat sedan 2011 och ligger 2019 på 80,9 procent inom länet, vilket ligger i linje med rikssnittet. Fler män än kvinnor förvärvsarbetar och invånare med svensk bakgrund förvärvsarbetar i högre grad än invånare med utländsk bakgrund. Invånare med utländsk bakgrund i länet förvärvsarbetar i lägre grad jämfört med rikssnittet inom samma grupp.
- Medelinkomsten inom länet är 334 800 kronor år 2019 vilket är något lägre än rikssnittet. Män tjänar mer än kvinnor. Dock har löneökningen varit högre bland kvinnor än män sedan 2011 vilket gör att den relativa löneskillnaden mellan könen har minskat.
- År 2020 var i genomsnitt 9 procent av den registerbaserade arbetskraften arbetslösa inom länet vilket var något högre än rikets 8,5 procent. Män är i högre grad arbetslösa jämfört med kvinnor och utrikesfödda är i högre grad arbetslösa jämfört med inrikesfödda. Andelen arbetslösa utrikesfödda är betydligt högre inom Västernorrlands län (28 %) jämfört med rikssnittet inom samma grupp (20,5 %). Andelen unga 18–24 år som är arbetslösa inom länet uppgick 2020 till 14,0 procent, vilket var högre än rikssnittet på 11,6 procent.

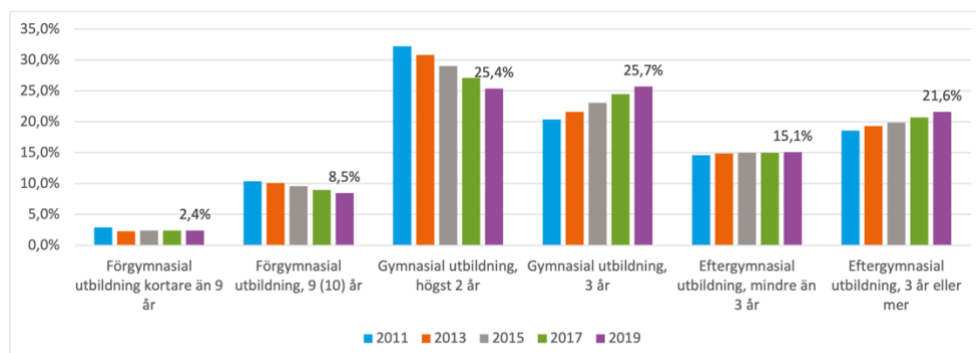
- Ohälsotalet är högre bland kvinnor än män inom länet vilket ligger i linje med rikssnittet. Dock är antalet dagar i genomsnitt högre i länet jämfört med riket både bland män och kvinnor.
- I Västernorrlands län lever 14,4 procent av invånarna 20 år eller äldre med låg ekonomisk standard (2019), vilket ligger i linje med rikssnittet. Sedan 2011 har andelen personer som lever i hushåll med låg ekonomisk standard ökat med 1,7 procentenheter inom länet, vilket följer samma utveckling som riket. Andelen med låg ekonomisk standard är högre bland de invånare som har utländsk bakgrund (34,3 %) jämfört med de invånare som har svensk bakgrund (11,6 %), vilket skiljer sig från rikssnittet. Nationellt sett lever 25,9 procent av invånarna med utländsk bakgrund med låg ekonomisk standard och 10 procent med svensk bakgrund.
- Inom Västernorrlands län är 5,8 procent av familjerna ensamstående med barn 0–24 år vilket ligger i linje med rikssnittet på 6 procent.
- Inom Västernorrlands län lever 20 procent av barn och unga 0–19 år med låg ekonomisk standard (2019) vilket ligger i linje med rikssnittet på 20 procent. På nationell nivå har barn som lever med låg ekonomisk standard ökat något sedan 2011 då andelen låg på 18 procent vilket ligger i linje med länets utveckling sedan 2011.

### **Utbildningsnivå**

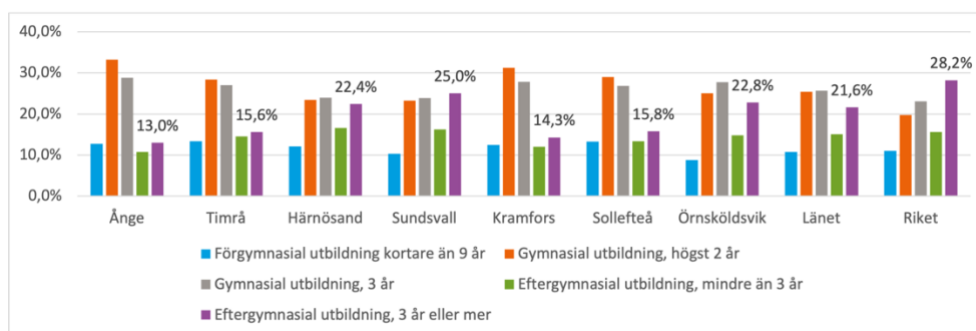
Det finns ett starkt samband mellan hälsa och utbildningsnivå. En högre utbildning ger människor generellt sett både bättre livsvillkor och förutsättningar samt bättre levnadsvanor. Alla dessa faktorer påverkar i sin tur människors hälsa genom hela livet och slutligen också livslängden. Utbildningsnivå är ett av flera uppdelningsmått som används för att beskriva ojämlikhet i hälsa och social position. Andra mått som kan användas för att beskriva ojämlikhet i hälsa är att visa hälsoskillnader utifrån människors inkomstnivå, arbete eller sysselsättningsgrad [42].

Vidare kan en högre utbildning ge en lättare etablering på arbetsmarknaden, färre hälsorisker i arbetslivet, ökade möjligheter till högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Mekanismerna bakom detta är inte helt utforskade men en förklaring är att en högre utbildning verkar ge människor bättre verktyg och färdigheter för att tillgodose sig information, omsätta detta till handling och enklare göra hälsosamma val. Samtidigt finns det en ekonomisk möjlighet att upprätthålla dessa vanor genom högre inkomster som leder till mindre ekonomisk utsatthet och stress. Högre utbildning ger således bättre hälsa, samtidigt som en bra hälsa ger förutsättningar att tillägna sig högre utbildning [43].

Figur 5. Utbildningsnivåer i Västernorrlands län åren 2011–2019, 25–64 år. Siffrorna i figuren visar 2019 års resultat. Källa: Statistiska centralbyrån.



Figur 6. Utbildningsnivåer i Västernorrlands län och dess kommuner, år 2019, 25–64 år. Siffrorna i figuren visar eftergymnasial utbildning, 3 år eller mer. Källa: Statistiska centralbyrån.



### Utbildningsnivå bland vuxna

Figur 5 visar andelen i befolkningen med olika utbildningsnivåer i Västernorrlands län mellan åren 2011 och 2019 för åldersgruppen 25 – 64 år. Utbildningsnivån har ökat över tid, där andelen som studerat en treårig eftergymnasial utbildning eller längre har gått från 18,6 procent år 2011 till 21,6 procent år 2019. Andelen med treårig gymnasial utbildning har också ökat medan andelen med kortare gymnasial utbildning (högst två år) har minskat från 32,2 procent till 25,4 procent mellan åren 2011–2019. Andelen med förgymnasial utbildning (9 år i grundskola) har minskat från 10,4 procent till 8,5 procent under samma tidsperiod. Även om andelen med högre utbildning har ökat i länet, så är andelen med minst treårig eftergymnasial utbildning 6,6 procentenheter lägre inom länet i jämförelse med riksnittet, se figur 6 [41].

Betydligt fler kvinnor än män studerar på universitet eller högskola. Av befolkningen, 25–64 år, som har studerat en eftergymnasial utbildning tre år eller längre inom länet är andelen kvinnor 64,7 procent och andelen män 35,3 procent, vilket är en större differens än riksgenomsnittet (kvinnor 59,1 %, män 40,9 %) [41].

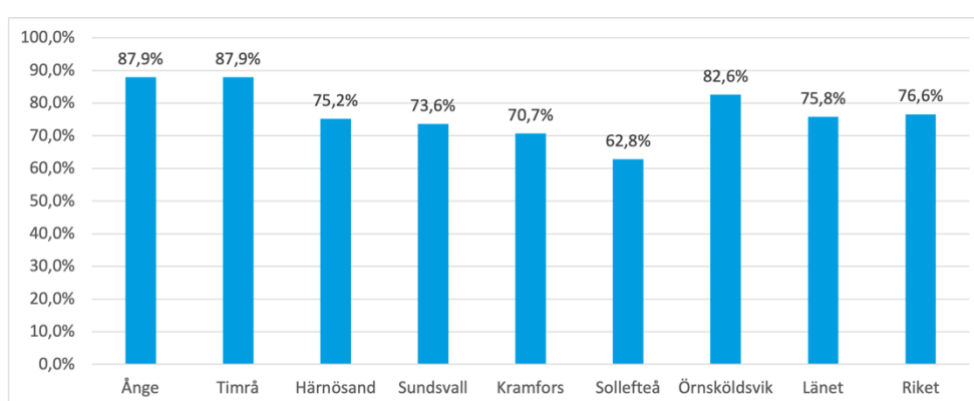
Figur 6 visar andelen i befolkningen med olika utbildningsnivåer inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner år 2019. I riket hade 28,2 procent eftergymnasial utbildning, 3 år eller längre, jämfört med 21,6 procent i Västernorrlands län. På kommunal nivå har Sundsvall (25 %), Örnsköldsvik (22,8 %) och Härnösand (22,4 %) störst andel invånare med eftergymnasial utbildning, tre år eller längre. Kommunerna Ånge (13,0 %) och Kramfors (14,3 %), Timrå (15,6 %) och Sollefteå (15,8 %) har lägst andel med eftergymnasial utbildning, tre år eller längre [41].

### *Utbildningsnivå bland unga*

Att ge alla elever förutsättningar att nå gymnasieexamen är av största vikt eftersom utbildningen i gymnasieskolan lägger grunden för ungdomars etablering i arbete och övergång till fortsatta studier.

Figur 7 visar andelen gymnasieelever som tagit examen från ett nationellt program inom tre år med start läsår 2016/2017 inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner. Med nationellt program menas ett yrkesförberedande eller högskoleförberedande program. Inom länet har 75,8 procent av gymnasieeleverna tagit examen inom tre år med start läsåret 2016/2017, vilket ligger något lägre än rikssnittet på 76,6 procent. De kommuner i länet med störst andel gymnasieelever som tagit examen inom tre år från ett nationellt program med start läsår 2016/2017 var Ånge (87,9 %), Timrå (87,9 %), Örnsköldsvik (82,6 %) samt Härnösand (75,2 %). Lägst andel hade Sollefteå (62,8 %) följt av Kramfors (70,7 %) och Sundsvall (73,6 %) [44].

Figur 7. Andel gymnasieelever som tagit examen från ett nationellt program inom tre år med start läsår 2016/2017 inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner. Källa: Skolverket.



### **Arbetsmarknadsposition**

För individen kan ett arbete med bra arbetsförhållanden stärka både ekonomin, sociala relationer, självförtroendet och ens personliga utveckling. Arbetslöshet kan däremot ha en stark negativ inverkan på individers hälsa. Även tidsbegränsade

anställningar kan sammankopplas med sämre hälsa. Vidare visar forskning att olika yrkespositioner ger olika förutsättningar för hälsa eftersom de är förknippade med olika arbetsförhållanden. Individer som har en hög arbets- eller yrkesposition har generellt sett bättre arbetsmiljövillkor med färre risker jämfört med de som har låg arbets- eller yrkesposition. Dessutom tenderar de att utsättas för färre arbetsrelaterade belastningar eller monotona arbetsställningar [32].

Kopplingen mellan hälsa och arbetsmarknadsposition är dock dubbelriktad. Personer med sämre hälsa kan ha svårt att både ta sig in på arbetsmarknaden och hålla sig kvar, samtidigt som en lägre arbetsmarknadsposition, sämre arbetsförhållanden och osäkra ekonomiska villkor kan i sig medföra en sämre hälsa [32].

### *Förvärvsarbete*

Andelen förvärvsarbetande, 20–64 år, i Sverige har ökat från 76,8 procent år 2011 till 79,3 procent år 2019. Västernorrlands län följer samma utveckling med en ökning från 77,9 procent till 80,9 procent under samma tidsperiod. Andelen förvärvsarbetande har ökat inom länets alla kommuner med störst ökning i Timrå (från 77,6 % till 82,1 %) och minst ökning i Härnösand (från 76,0 % till 77,1 %) [41].

När det kommer till skillnader mellan könen så förvärvsarbetar 1,7 procentenheter fler män än kvinnor på nationell och länsnivå. Inom länets kommuner varierar skillnaden mellan könen när det kommer till förvärvsarbetande. Sundsvalls kommun har minst skillnad där 0,6 procentenheter fler män än kvinnor förvärvsarbetar medan i Timrå kommun har störst skillnad. Där förvärvsarbetar 3,7 procentenheter fler män än kvinnor [41].

Invånare som är inrikesfödda förvärvsarbetar i högre grad jämfört med utrikesfödda invånare på nationell, läns- och kommunal nivå. Inom Västernorrlands län arbetar utrikesfödda invånare (60,5 %) i lägre grad jämfört med rikssnittet för samma grupp (64,9 %). På kommunal nivå är andelen förvärvsarbetande utrikesfödda invånare störst inom Timrå kommun (64,0 %) och lägst inom Härnösands kommun (55,0 %). Inom utrikesfödda förvärvsarbetande arbetar män (63,4 %) i högre grad än kvinnor (57,6 %) vilket ligger i linje med rikssnittet [41].

### *Medelinkomst*

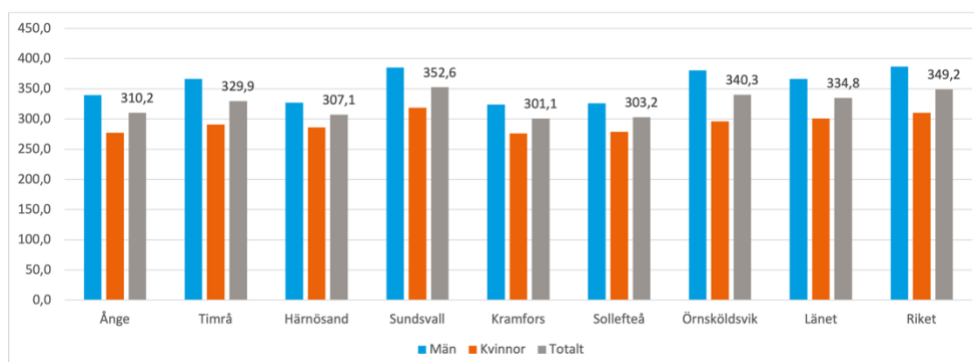
Med medelinkomst menas den genomsnittliga inkomsten för förvärvsarbetande 20–64 år. Figur 8 visar medelinkomsten (tusentalskronor) för män och kvinnor inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner år 2019. Medelinkomsten inom Västernorrlands län var 334 800 kronor under 2019, vilket är något lägre än rikssnittet som låg på 349 200 kronor. Medelinkomsten bland länets män är högre och ligger på 366 500 kronor medan kvinnornas medelinkomst är lägre och ligger

på 301 000 kronor. Medelinkomsten har i genomsnitt ökat med 23,3 procent sedan 2011, vilket ligger i linje med rikssnittet på 24,5 procent. Ökningen bland kvinnors medelinkomst (26,2 %) har i genomsnitt varit högre än männens (21,0 %) sedan 2011, vilket ligger i linje med rikets genomsnittliga ökning bland kvinnor (28,5 %) och män (21,4 %).

Den relativa löneskillnaden inom länet mellan män och kvinnor har således minskat, då det låg på 21,3 procent år 2011 och ligger på 17,9 procent år 2019. Skillnaderna mellan män och kvinnor på nationell nivå har även minskat från 24,2 procent år 2011 till 19,8 procent år 2019. Västernorrlands län har något mindre löneskillnad mellan män och kvinnor jämfört med riket [41].

När det gäller medelinkomsten har kommunerna Kramfors (301 100 kronor), Sollefteå (303 200 kronor) samt Härnösand (307 100 kronor) lägst medelinkomst medan Sundsvall (352 600 kronor) och Örnsköldsvik (340 300 kronor) har högst medelinkomst, se figur 8 [41].

Figur 8. Medelinkomst (tusentalskronor) för män och kvinnor inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner år 2019. Källa: Statistiska centralbyrån.



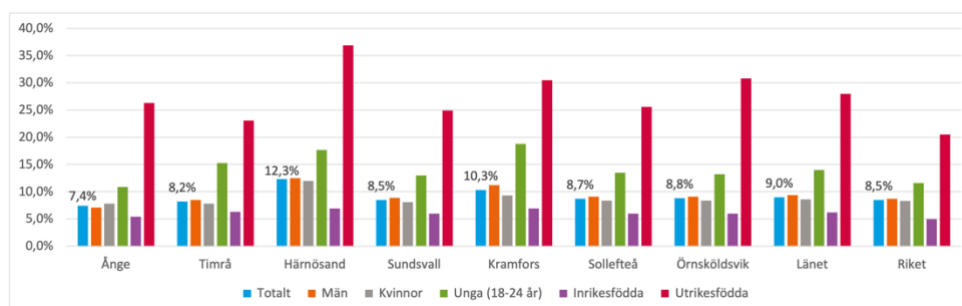
### Arbetslöshet

Sambandet mellan arbetslöshet och hälsa är komplext. Arbetslösheten i sig påverkar hälsan negativt, men ohälsa påverkar också risken för att drabbas av arbetslöshet. Även om sambandets riktning varierar är det många fler studier som visar att arbetslösheten leder till ohälsa än att ohälsan leder till arbetslöshet [32].

I en kunskapsöversikt av *Kommissionen för jämlik hälsa* konstateras att arbetslöshet ökar risken för sjukdom, förtidig död, riskbruk av alkohol, tobak och narkotika och nedsatt hälsa för både män och kvinnor. Dessutom är sambandet mellan arbetslöshet och nedsatt psykisk hälsa särskilt tydligt och ju längre arbetslösheten varar desto tydligare blir de psykiska besvären. Personer med kortare utbildning och arbetaryrken drabbas också i högre utsträckning av negativa hälsoeffekter av arbetslösheten jämfört med personer med längre utbildning och tjänstepersonsyrken [45].

Figur 9 visar andelen arbetslösa av den registerbaserade arbetskraften inom Västernorrlands län för olika grupper (män, kvinnor, unga, inrikesfödda samt utrikesfödda). I december 2020 var 9,0 procent av den registerbaserade arbetskraften 16–64 år arbetslösa, vilket är något högre än rikssnittet på 8,5 procent. Män är i lite högre grad arbetslösa (9,4 %) än kvinnor (8,6 %). Utrikesfödda är i betydligt högre grad arbetslösa jämfört med inrikesfödda. Bland de utrikesfödda är 28 procent arbetslösa av den registerbaserade arbetskraften vilket är 7,5 procentenheter högre än rikssnittet. Bland de inrikesfödda i länet är 6,2 procent arbetslösa vilket är 1,2 procentenheter högre än rikssnittet. Bland kommunerna har Härnösand högst andel arbetslösa (12,3 %) och högst andel utrikesfödda utan arbete (36,9 %). Alla kommuner i länet har en högre andel arbetslöshet bland utrikesfödda i jämförelse med rikssnittet för utrikesfödda. Kommunen med lägst andel arbetslösa är Ånge (7,4 %) [41].

Figur 9. Andelen arbetslösa av den registerbaserade arbetskraften, 16–64 år, i december år 2020 inom grupperna män, kvinnor, unga 18–24 år, inrikesfödda samt utrikesfödda. Uppdelat för riket, Västernorrlands län och dess kommuner. Källa: Statistiska Centralbyrån



### Ohälsotal

Ohälsotal är ett mått på hur många dagar som Försäkringskassan har betalat ut ersättning under en 12-månadsperiod vid nedsatt arbetsförmåga i förhållande till antalet försäkrade i åldrarna 16–64 år. Ersättningar som ingår i måttet är sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Måttet baseras på antalet utbetalda nettodagar [46].

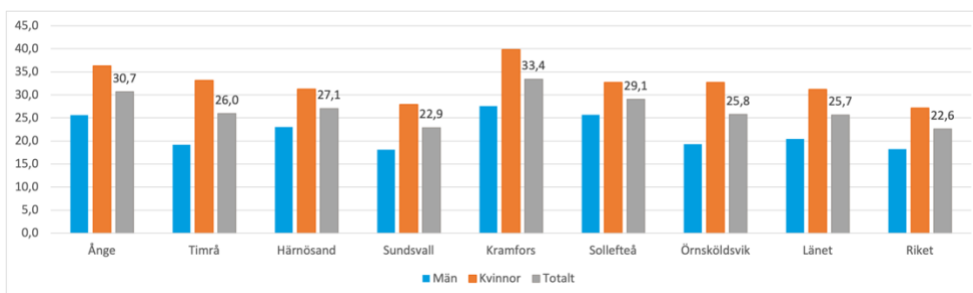
Figur 10 visar ohälsotalet (antal nettodagar i genomsnitt med ersättning från Försäkringskassan) för män och kvinnor i riket, Västernorrlands län och dess kommuner, år 2020 i åldrarna 16–64 år. Kvinnor har ett högre ohälsotal än män inom samtliga kommuner, vilket ligger i linje med länet och rikssnittet. Länet och riket har ett högre ohälsotal i jämförelse med rikets män och kvinnor. Enligt Försäkringskassan kan delar av de stora skillnaderna i ohälsotalen mellan kvinnor och män förklaras av den könssegregerade arbetsmarknaden. Skillnader råder mellan kvinnodominerade yrken och mansdominerade yrken sett till arbetsförhållanden och arbetsvillkor, samt att kvinnor i högre utsträckning än män dubbelarbetar (det vill säga både förvärvsarbetar och bär huvudansvar för hem- och

omsorgsarbete). Den könssegregerade arbetsmarknaden bidrar till att kvinnor i högre grad blir sjukskrivna och leder således till ett högre ohälsotal [47].

Sedan 2011 har ohälsotalet minskat över tid inom samtliga kommuner, länet och riket [41]. En anledning till minskningen är delvis att många som tidigare varit förtidspensionärer har blivit ålderspensionärer, samtidigt som kraven för att få permanent sjukersättning har höjts. Minskningen av ohälsotalet kan därför inte i sin helhet förklaras av att Sveriges befolkning generellt blir friskare [48].

Ohälsotalet i länet är 25,7 och i riket 22,6. Alla kommuner i länet ligger högre än rikssnittet. För kommunerna ligger Sundsvalls ohälsotal under länssnittet med 22,9 dagar. Övriga kommuner ligger över länssnittet: Ånge (30,7 dagar), Timrå (26 dagar), Härnösand (27,1 dagar), Kramfors (33,4 dagar), Sollefteå (29,1 dagar) och Örnsköldsvik (25,8 dagar). I alla kommuner har kvinnorna ett högre ohälsotal än männen, se figur 10 [49].

Figur 10. Ohälsotal (antal nettodagar med ersättning från Försäkringskassan) för män och kvinnor i riket, Västernorrlands län och dess kommuner, år 2020, 16–64 år. Siffrorna i figuren visar det totala ohälsotalet. Källa: Försäkringskassan.



#### *Arbetsmarknadsposition bland unga*

Unga personer som varken arbetar eller studerar är ur ett folkhälsoperspektiv, en särskilt utsatt grupp. Dessa personer riskerar att missa de erfarenheter och kunskaper som ett arbete eller studier kan ge och som också krävs för att få ett arbete framöver. Detta kan i sin tur påverka deras sociala position i samhället och därmed även deras framtida hälsoutveckling [45].

Andelen ungdomar som är etablerade på arbetsmarknaden eller studerar två år efter fullföljd gymnasieutbildning är inom länet 76 procent år 2018 vilket är lägre än rikssnittet på 80,8 procent samma år. Inom länet är kvinnor (77,3 %) i högre grad etablerade på arbetsmarknaden eller studerar jämfört med männen (74,6 %), vilket skiljer sig mot riket där skillnaden mellan könen är nästintill obefintlig. Bland kommunerna hade Ånge (69,7 %) lägst andel ungdomar som etablerat sig jämfört med Sollefteå (80,2 %) som hade högst andel ungdomar som hade etablerat sig på arbetsmarknader eller påbörjat studier 2 år efter fullföljd gymnasieutbildning enligt 2018 års statistik [41].

Andelen unga 18–24 år som är arbetslösa inom länet uppgick 2020 till 14,0 procent, vilket är något högre än rikssnittet på 11,6 procent. Bland kommunerna har Kramfors (18,8 %) och Härnösand (17,7 %) högst andel unga arbetslösa medan Ånge (10,9 %) har lägst andel unga arbetslösa [41].

### **Ekonomiska villkor**

Ekonomiska tillgångar är en tydlig bestämningsfaktor för hälsan och kan ses som ett resultat av tidiga goda livsvillkor och stark social position. Det finns en tydlig koppling mellan inkomst och hälsa då människor med högre inkomst har mer resurser att kunna påverka sina liv och sin hälsa. En högre inkomst kan göra det enklare att kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor och levnadsvanor. Att studera de ekonomiska villkoren ger därmed en snabb och tydlig bild av befolkningens livsvillkor [32]. Det finns däremot ett omvänt orsakssamband där ett sämre hälsotillstånd kan leda till en sämre ekonomi [50].

#### *Låg ekonomisk standard*

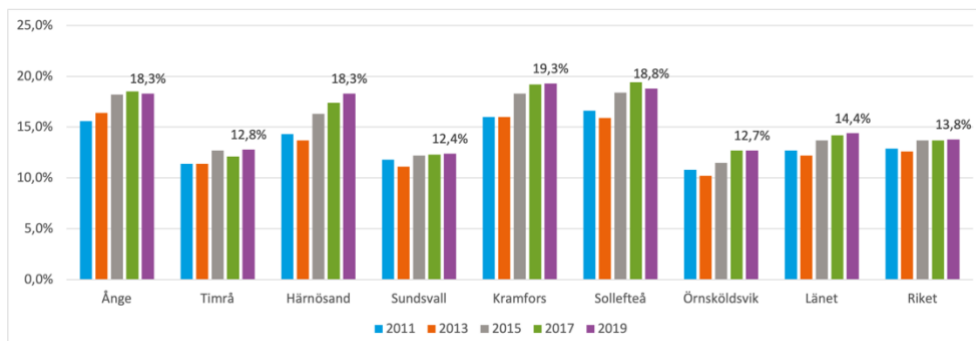
Låg ekonomisk standard är ett relativt fattigdomsmått och avser andelen personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet för riket.

Figur 11 visar andelen personer som lever i hushåll med låg ekonomisk standard i riket, Västernorrlands län och dess kommuner, åren 2011–2019. I länet levde 14,4 procent av invånarna 20 år eller äldre med låg ekonomisk standard under år 2019, vilket ligger i linje med rikssnittet på 13,8 procent. Sedan 2011 har andelen personer som lever i hushåll med låg ekonomisk standard ökat med 1,7 procentenheter inom länet, vilket följer samma utveckling som riket [41].

På kommunal nivå har Kramfors (19,3 %), Sollefteå (18,8 %), Härnösand (18,3 procent) och Ånge (18,3 %) högst andel invånare som lever i hushåll med låg ekonomisk standard. Samma kommuner har störst andel unga 0 till 19 år som lever i hushåll med låg ekonomisk standard, förutom Ånge kommun som har en större andel 65 år eller äldre som lever i hushåll med låg ekonomisk standard [41].

I Västernorrlands län var andelen med låg ekonomisk standard högre bland de invånare som har utländsk bakgrund (34,3 %) jämfört med de invånare som har svensk bakgrund (11,6 %), vilket skiljer sig från rikssnittet. Nationellt sett levde 25,9 procent av invånarna med utländsk bakgrund med låg ekonomisk standard och 10,0 procent med svensk bakgrund, vilket innebär att invånare inom Västernorrlands län med utländsk bakgrund i högre grad lever med låg ekonomisk standard jämfört med rikssnittet inom samma grupp [41].

Figur 11. Andelen personer som lever i hushåll med låg ekonomisk standard i riket, Västernorrlands län och dess kommuner, åren 2011–2019. Siffrorna i figuren visar 2019 års resultat. Källa: Statistiska centralbyrån.



### Ekonomisk kris

I folkhälsoundersökningen *"Hälsa på lika villkor"* undersöktes befolkningens ekonomiska förhållanden genom att mäta ekonomisk kris. Ekonomisk kris innebär att man har svårt att klara löpande utgifter som exempelvis mat, hyra och räkningar. Orsakerna till ekonomisk kris kan till exempel bero på bristande tillgång till inkomst eller på överkonsumtion.

I Västernorrlands län uppgav 11 procent att de har haft en ekonomisk kris under de senaste 12 månaderna, vilket är lägre än rikssnittet på 13 procent (baserat på genomsnittsdata baserat på perioden 2017–2020). Sedan tidsperioden 2010–2013 har andelen med ekonomisk kris minskat med 2 procentenheter inom riket och länet. Ekonomisk kris är vanligare bland män (13 %) jämfört med kvinnor (10 %) inom länet, vilket skiljer sig mot riket där ekonomisk kris är vanligare bland kvinnor [12].

Ekonomisk kris är ungefär dubbelt så vanligt bland utrikesfödda i länet jämfört med inrikesfödda. I länet anger 21 procent av de utrikesfödda att de haft svårigheter med löpande utgifter jämfört med 12 procent av länets inrikesfödda [12]. Liknande fördelning mellan utrikesfödda och inrikesfödda går att återfinna på nationell nivå [11] men på grund av att dataunderlaget inte är direkt jämförbart kan inga jämförelser göras mellan länet och rikets siffror.

### Andel familjer som är ensamstående med barn

Familjer som består av en ensamstående 20 år eller äldre med barn 0 till 17 år är en utsatt grupp. De har oftare sämre ekonomi än andra grupper och barn i enföräldershushåll har oftare sämre hälsa än barn som bor med två föräldrar [51].

Inom Västernorrlands län är 5,8 procent av familjerna ensamstående med barn vilket ligger i linje med rikssnittet på 6 procent. Andelen familjer med ensamstående med barn har legat nästintill oförändrat sedan 2011 på nationell,

läns- och kommunal nivå. Andelen ensamstående med barn varierar inom länets kommuner från 6,6 procent i Timrå till 4,4 procent i Ånge [41].

#### *Ekonomiska villkor bland barn och unga*

Att växa upp i fattigdom kan påverka ett barns liv negativt på flera sätt. Ekonomiska problem eller låg ekonomisk status kan påverka föräldrars och deras barns hälsa, sociala relationer och skolresultat negativt. Barn till ensamstående kvinnor, och utrikesfödda barn, löper särskilt stor risk att växa upp i ekonomisk utsatthet. Även barn till föräldrar med kort utbildningslängd lever i högre grad med låg ekonomisk standard jämfört med barn till föräldrar med lång utbildning [52].

Inom Västernorrlands län lever 20 procent av barn och unga 0–19 år med låg ekonomisk standard år 2019, vilket ligger i linje med riksnittet på 20 procent. På nationell nivå har barn som lever med låg ekonomisk standard ökat något sedan 2011 då andelen låg på 18 procent och samma trend går att återfinna inom Västernorrlands län [41].



### **Hälsoläget**

I det här avsnittet kommer faktorer som beskriver befolkningens allmänna hälsotillstånd belysas. Det görs genom att redovisa befolkningens självskattade hälsouppfattningar från enkätundersökningarna *Hälsa på lika villkor* och *Hälsosamtalet i skolan*. Upplevelse av vården baseras på enkätundersökningarna *Nationell patientenkät* samt *Hälso- och sjukvårdsbarometern*. Statistik om länets folksjukdomar baseras främst på registerdata från Region Västernorrlands egna datalager samt *Hälsa på lika villkor*.

### Sammanfattning

- Under tidsperioden 2016–2020 var medellivslängden inom Västernorrland 79,8 år bland män och 83,4 år bland kvinnor, vilket är nästintill ett år kortare än rikssnittet för bägge könen. Medellivslängden är högre för personer med eftergymnasial utbildning jämfört med förgymnasial utbildning.
- År 2018 skattade 66 procent av länets invånare sin hälsa som god eller mycket god och andelen har varit relativt konstant sedan år 2010, även om det finns en svag negativ trend bland kvinnor. Män, yngre och personer med längre utbildning har bättre självskattad hälsa jämfört med kvinnor, äldre och personer med kortare utbildning.
- Den självskattade hälsan bland barn och unga har försämrats sedan 2011. Andelen pojkar som uppgett att de mår bra eller mycket bra har försämrats med 5–7 procentenheter beroende på ålder. Försämringen för flickor ligger mellan 5–16 procentenheter beroende på ålder. Störst försämring syns bland flickors mående i årskurs 7 och bland flickor i gymnasiet årskurs 1.
- Antalet incidenser av cancer har i genomsnitt ökat nationellt och inom Västernorrland sedan 2011. Män drabbas i högre grad än kvinnor av cancer. År 2020 stod invånare som var 60 år eller äldre för 87 procent av alla cancerfall.
- Både insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt har minskat mycket under de senaste årtiondena och män drabbas betydligt oftare av hjärtinfarkt än kvinnor. År 2020 skedde majoriteten av både hjärtinfakterna (85 %) och av strokefallen (88 %) i åldersgruppen 60 år eller äldre. Män stod för 64 procent av hjärtinfakterna och för 55 procent av strokefallen.
- Diabetesprevalensen för typ 1 och 2 har varit relativt konstant de senaste åren. Diabetes typ 2 är vanligare bland män (58 % av alla patienter) och i de äldre åldersgrupperna där 53 procent av alla sjukdomsfall finns i gruppen 70 år och äldre. Diabetes typ 1 är också vanligare bland män men inte bland äldre.
- Högt blodtryck är relativt vanligt både i den vuxna arbetsföra befolkningen och i den äldre befolkningen. Antalet patienter i länet med diagnosen högt blodtryck och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 15 400 personer. Detta är något färre än åren innan då ungefär 18 000–19 000 patienter årligen med högt blodtryck besökt vården.
- I Västernorrland drabbades 8 551 personer av fallolyckor år 2020 och fick uppsöka vård. Äldre personer och kvinnor drabbades oftare av fallolyckor. Fallolyckor drabbar även yngre i länet där barn per 100 000 invånare i åldern 0–6 år som slutenvårdars till följd av skadehändelse uppgick till 1 030 barn år 2019, vilket är den tredje högsta siffran i landet i jämförelse med alla landets regioner där rikssnittet låg på 657.

- Demens ökar i hela landet i takt med att befolkningen blir äldre. Antalet patienter i länet med en demensdiagnos och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 1 930 personer. Demens är något vanligare bland kvinnor och med ökande ålder. Patienter i åldersgruppen 70 år och äldre stod för 92 procent av alla sjukdomsfall av demens.
- Övervikt och fetma har ökat stadigt i både riket och länet de senaste årtiondena och ännu syns ingen tendens till avmattning. År 2018 hade 63 procent av männen och 51 procent av kvinnorna i Västernorrland övervikt eller fetma (57 % totalt). Andelen som hade fetma var ungefär lika stor (18 %) hos både män och kvinnor. Motsvarande siffror för riket under samma år var 57 procent för männen och 44 procent för kvinnorna, varav de med fetma var 15 procent för båda könen. Socioekonomi har betydelse för förekomsten av övervikt och fetma där andelen är betydligt högre bland de med kort utbildning. För utrikesfödda personer i länet är andelen med övervikt och fetma däremot lägre (52 %) jämfört med inrikesfödda (56 %). Övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västernorrland har inte ökat på samma sätt som för vuxna under de senaste tio åren. Däremot har det ökat de senaste 20 – 30 åren.
- Andelen invånare i länet som uppger besvär av ångslan, oro eller ångest har ökat sedan år 2010 för både män och kvinnor. Kvinnor i den yngsta åldersgruppen 16–29 år upplever mest besvär, både lätta och svåra. 18 procent av kvinnorna i åldrarna 16–29 år uppger att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Svåra besvär sjunker med ökande ålder och i åldersgruppen 65–84 år har bara 3 procent av kvinnorna och 2 procent av männen svåra besvär. Totalt i länet är det 8 procent av kvinnorna och 4 procent av männen som har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.
- I länet har 32 procent av männen och 45 procent av kvinnorna (38 % totalt) lätta eller svåra besvär med sömnen. Länet uppvisar ungefär samma siffror som i riket. Svåra sömnbesvär rapporteras hos 5 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i länet (7 % totalt). Sömnbesvär har ökat över tid för både män och kvinnor i länet.
- Kvinnor upplever mer stress än män i alla åldersgrupper. I länet anger 11 procent av männen och 18 procent av kvinnorna (15 % totalt) att de känner sig ganska eller väldigt stressade. Länet uppvisar samma siffror som i riket. Högst andel med stress finns i åldersgruppen 16–29 år där 33 procent av kvinnorna och 17 procent av männen (24 % totalt) känner sig ganska eller väldigt stressade. I den äldre åldersgruppen är stress inte lika vanligt.
- Att ha fått diagnosen depression är ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män och majoriteten av de som fått depression är unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år har 10 procent av kvinnorna men bara 1 procent av

männen har fått diagnosen depression det senaste året. I den äldsta åldersgruppen 65 - 84 år är det bara 2 procent av kvinnorna och mindre än 1 procent av männen som fått diagnosen depression det senaste året. Totalt i länet är det 5 procent av kvinnorna och 2 procent av männen (4 % totalt) som fått diagnosen det senaste året, vilket är ungefär samma siffror som i riket.

- Unga kvinnor rapporterar i högre utsträckning självmordstankar men det är flest män som begår självmord. I åldersgruppen 16–29 år anger 10 procent av kvinnorna och 6 procent av männen (8 % totalt) att de övervägt självmord det senaste året. I åldersgruppen 65–84 år är siffran 1 procent för både män och kvinnor. Totalt sett i länet är det 4 procent för både män och kvinnor som haft självmordstankar under det senaste året, vilket är liknande siffror som för riket. Självmordstalet för män i länet har ökat något de senaste årtiondena och är idag 21,0 per 100 000 invånare, vilket är högre jämfört med rikets 17,0. För kvinnor i länet är självmordstalet 4,7 vilket är lägre än rikets 7,4.
- Andelen som skattar sin tandhälsa som mycket bra eller ganska bra har varit på en jämn nivå de senaste tio åren. År 2018 angav 75 procent av invånarna i Västernorrland att de hade en god tandhälsa. Kvinnor skattar i högre grad sin tandhälsa som god jämfört med män. I gruppen med en lång utbildning anger 83 procent att de har en god tandhälsa, jämfört med 71 procent för de med kort utbildning. Tandhälsan hos barn och ungdomar i Sverige är generellt sett god. Däremot finns sociala skillnader i kariesförekomsten som visar att barn som har föräldrar med kortare utbildningslängd eller med en sämre ekonomisk situation, generellt sett har en högre förekomst av karies. Totalt i länet för den regiondrivna tandvården så var andelen kariesfria 4-åringar 89 procent, 12-åringar 64 procent, 15-åringar 49 procent och 19-åringar 36 procent, år 2020.
- Hur länets invånare upplever vården ger en signal om hur den kan vidareutvecklas och förbättras. År 2020 hade 56 procent av länets invånare ett gott förtroende för regionens hälso- och sjukvård i sin helhet, vilket var 13 procentenheter lägre än rikssnittet. Länets invånare ansåg främst att det var väntetider till sjukhus som behöver förbättras. Mest positiva var invånarna till tillgången till hälso- och sjukvården där 86 procent var positiva. Regionen ligger dock lägre än rikssnittet för samtliga undersökta områden.



## Medellivslängd

Ett vanligt sätt att följa upp befolkningens samlade hälsoläge och hälsoutveckling är att studera den förväntade återstående medellivslängden vid födseln.

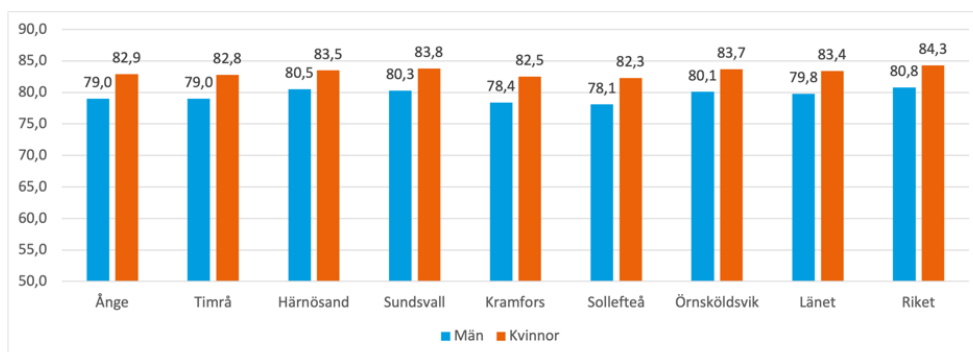
Medellivslängden visar den genomsnittliga ålder en person som föds ett visst år kan förväntas uppnå [53].

Medellivslängden i Sverige har ökat under många årtionden vilket förklaras av minskad dödlighet i högre åldrar [53]. Kvinnor lever längre än män, men under de senaste decennierna har könsskillnaderna minskat då mäns medellivslängd ökat snabbare än kvinnors. Däremot har skillnader mellan olika utbildningsgrupper ökat och idag är det större skillnader i medellivslängd mellan grupper med kort respektive lång utbildning än mellan könen [35].

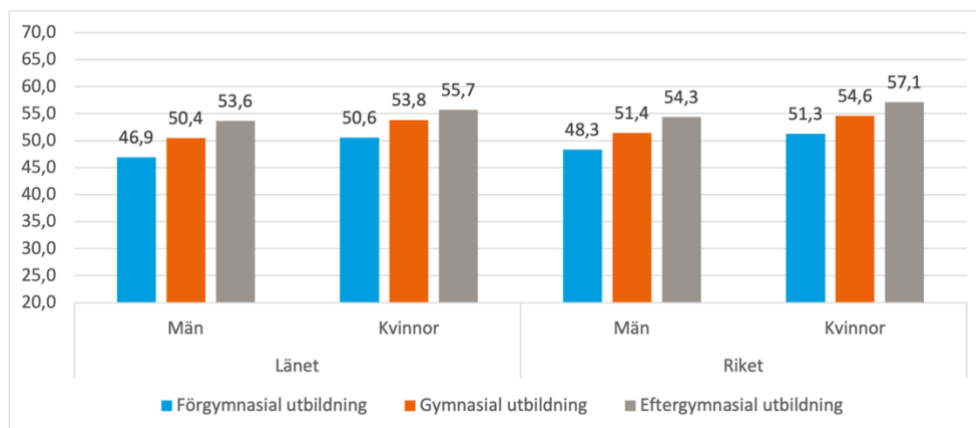
Figur 12 visar medellivslängden för män och kvinnor i riket, Västernorrlands län och dess kommuner, år 2020 (femårsmedelvärde 2016–2020). Medellivslängden för länets män är 79,8 år och för länets kvinnor 83,4 år vilket är nästintill ett år kortare än rikssnittet för bägge könen. I riket är medellivslängden 80,8 år för män och 84,3 år för kvinnor. Medellivslängden är lägre i alla länets kommuner i jämförelse med rikssnittet. Kvinnor förväntas leva längre än män inom samtliga kommuner, länet och riket. Bland länets kommuner förväntas männen leva längst i Härnösand (80,5 år) och kortast i Sollefteå (78,1 år). Bland kvinnor förväntas de leva längst i Sundsvall (83,8 år) och kortast i Sollefteå (82,3 år) [41].

Figur 13 visar återstående medellivslängd vid 30 års ålder uppdelat på utbildningsnivå, baserat på data från 2015–2019. Medellivslängden ökar med en högre utbildningsgrad bland både män och kvinnor inom riket och länet. Skillnaden i förväntad medellivslängd mellan att ha en förgymnasial utbildning jämfört med en eftergymnasial utbildning är 6,7 år för män inom länet och 5,1 år kvinnor inom länet [41].

Figur 12. Medellivslängd för män och kvinnor i riket, Västernorrlands län och dess kommuner, år 2020 (femårsmedelvärde 2016–2020). Källa: Statistiska centralbyrån.



Figur 13. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder inom Västernorrlands län och riket uppdelat på kön och utbildningslängd, år 2019 (femårsmedelvärde 2015–2019). Källa: Statistiska centralbyrån.



### Självskattad hälsa

Ett annat mått för att följa den övergripande hälsoutvecklingen i befolkningen är det självskattade allmänna hälsotillståndet. Självskattad hälsa är individens egen värdering av sin upplevda hälsa och ingår i befolkningsundersökningen *Hälsa på lika villkor* för våra vuxna invånare och i *Hälsosamtalet i skolan* för våra barn och ungdomar.

#### *Självskattad hälsa bland vuxna*

Självskattad hälsa speglar i stor utsträckning andra hälsoutfall. Forskning visar att självskattad hälsa verkar kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt, och flera studier visar att det kan förutsäga dödlighet [54].

Figur 14 visar andelen invånare med bra eller mycket bra självskattad hälsa för män och kvinnor inom riket, Västernorrlands län och dess kommuner. Här uppger 69 procent av männen och 63 procent av kvinnorna i länet (66 % totalt) att de har bra eller mycket bra hälsa. Det var lägre än rikssnittet på 75 procent för män och 70 procent för kvinnor (73 % totalt). Sedan 2010 har små eller inga förändringar skett på riks- och läns nivå när det kommer till befolkningens samlade självskattade hälsa. Dock ses en svag negativ trend för kvinnor i länet där andelen som skattar sin hälsa som god eller mycket god gått från 66 procent år 2010 till 63 procent år 2018 [12].

Andelen med bra/mycket bra hälsotillstånd sjunker med stigande ålder vilket till viss del beror på att sjukdomsförekomsten ökar i takt med att vi blir äldre. År 2018 skattade 76 procent av 16–29 åringarna i länet sin

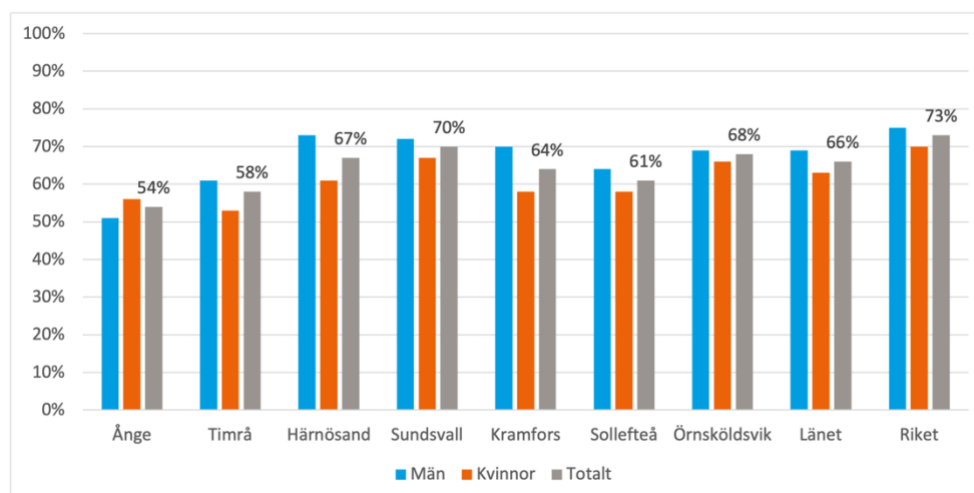


hälsa som god/mycket god medan motsvarande siffra för 65–84 åringarna var 57 procent [12].

Det finns vissa skillnader mellan kommunerna i självskattad hälsa. Figur 14 visar att högst andel med bra/mycket bra självskattad hälsa finns i Sundsvall (70 %) och Örnsköldsvik (68 %) och lägst andel i Ånge (54 %) och Timrå (58 %), se figur 14 [12].

Vidare skattar personer med lång utbildning (3 år eller mer på högskola eller universitet) sin hälsa som bättre (77 % anger bra/mycket bra hälsa) jämfört med de med kort utbildning där bara 57 procent anger sin hälsa som bra/mycket bra. För män är siffrorna 59 procent för de med kort utbildning och 81 procent för de med lång utbildning. För kvinnor är motsvarande siffror 54 procent för kort utbildning och 74 procent för de med lång utbildning. Utrikesfödda personer i länet skattar inte sin hälsa som sämre än inrikesfödda i länet [12].

Figur 14. Andelen invånare med bra eller mycket bra självskattad hälsa för män och kvinnor i Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.

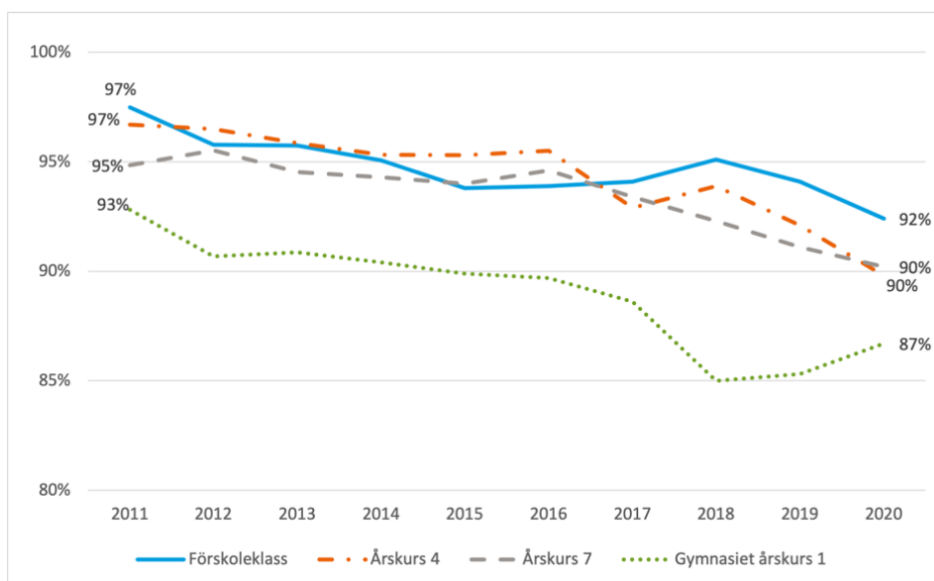


### *Självskattad hälsa bland unga*

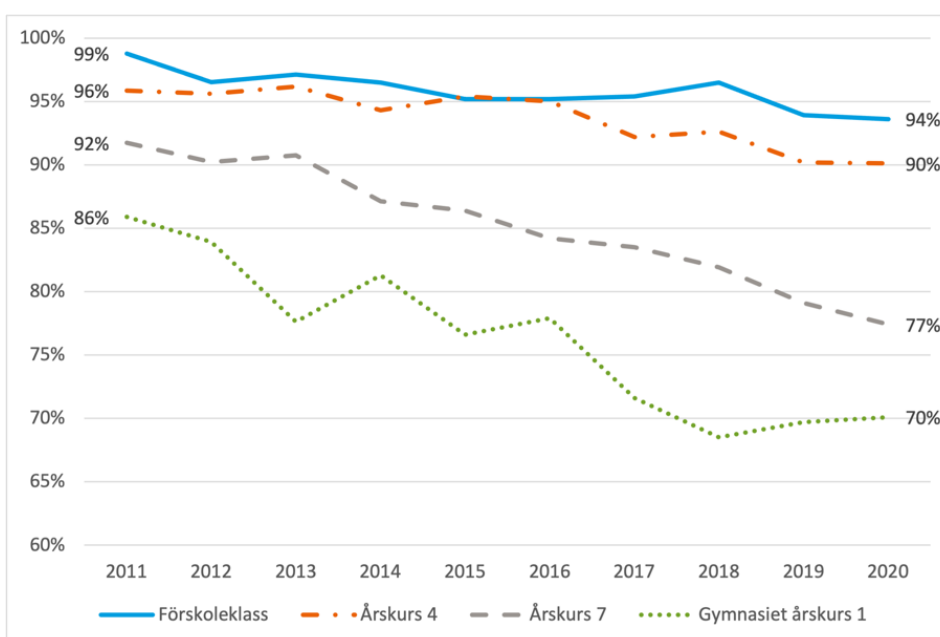
Bland länets unga (förskoleklass, årskurs 4 och 7 samt gymnasiet årskurs 1) visar figur 15 och 16 på att ju yngre de är, desto högre skattar de sin hälsa. I förskoleklass var andelen som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra 92 procent för pojkar och 94 procent för flickor år 2020. På gymnasiet år 1 var andelarna 87 procent för pojkar och 70 procent för flickor. Det finns en negativ trend över tid bland både flickor och pojkar inom samtliga åldrar. Sedan 2011 har andelen pojkar som uppgett att de mår bra eller mycket bra minskat med 5–7 procentenheter beroende på åldersgrupp. Hos flickor är minskningen ännu större, mellan 5–16

procentenheter. Störst försämring syns bland flickors mående i årskurs 7 och i gymnasiet årskurs 1 [13].

Figur 15. Andelen pojkar i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 samt gymnasiet årskurs 1 inom länet som uppger att de mår bra eller mycket bra, åren 2011–2020. Årtalet betyder avslutat läsår, exempelvis 2011 är läsåret 2010–2011. Källa: Region Västernorrland, Hälsosamtalet i skolan.



Figur 16. Andelen flickor i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 samt gymnasiet årskurs 1 inom länet som uppger att de mår bra eller mycket bra, åren 2011–2020. Årtalet betyder avslutat läsår, exempelvis 2011 är läsåret 2010–2011. Källa: Region Västernorrland, Hälsosamtalet i skolan.



## Folksjukdomar

En folksjukdom är en sjukdom med hög förekomst i befolkningen och som bedöms ha en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd. Folksjukdomarna har ofta gemensamma riskfaktorer som kan förebyggas genom samhällsliga och individfokuserade insatser. En del folksjukdomar kan förebyggas genom till exempel hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet samt genom att undvika tobaksrökning och minska skadligt bruk av alkohol [55].

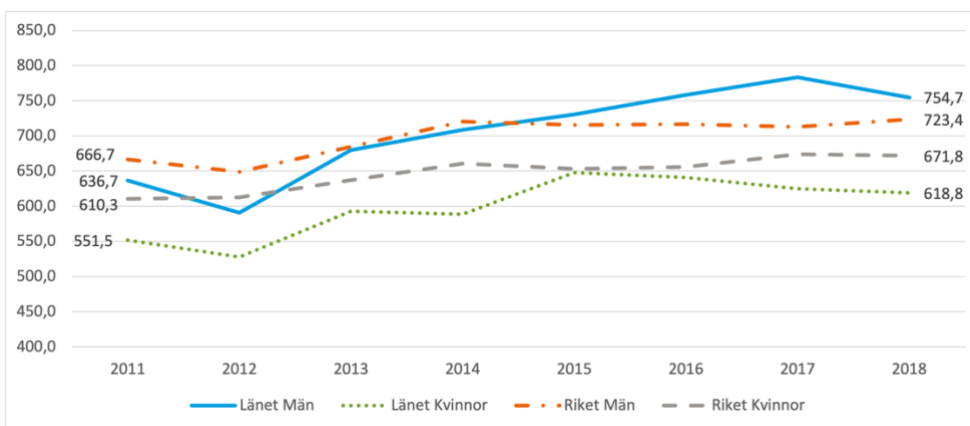
### Cancer

Figur 17 visar antalet nya cancerfall per 100 000 invånare för män och kvinnor i riket och Västernorrlands län mellan åren 2011 och 2018. I länet var antalet cancerfall lägre än i riket för kvinnor, men högre för män. År 2018 var antalet cancerfall (per 100 000 invånare) 754,7 för länets män, vilket är högre jämfört med rikets 723,4. För kvinnorna i länet var antalet cancerfall (per 100 000 invånare) 618,8, vilket är lägre än för rikets kvinnor på 671,8 [56].

Sedan 2011 har antalet incidenser (nyinsjuknandet) för cancer i genomsnitt ökat såväl nationellt som inom Västernorrland [56]. År 2020 stod invånare som var 60 år eller äldre för 87,0 procent av fallen medan invånare som var 59 år eller yngre stod enbart för 13,0 procent [8].

De tre vanligaste cancerformerna för män inom länet år 2020 var prostatacancer, hudcancer och urinblåsecancer. Prostatacancer stod för 52 procent av samtliga cancerfall för män. För kvinnor var de tre vanligaste cancerformerna inom länet bröstcancer, hudcancer och lungcancer. Bröstcancer stod för 24,4 procent av samtliga registrerade cancerfall för kvinnor [8].

Figur 17. Antalet nya cancerfall (enbart maligna och primära tumörer) per 100 000 invånare för män och kvinnor i riket och Västernorrlands län, åren 2011–2018. Källa: Socialstyrelsen, Cancerregistret.



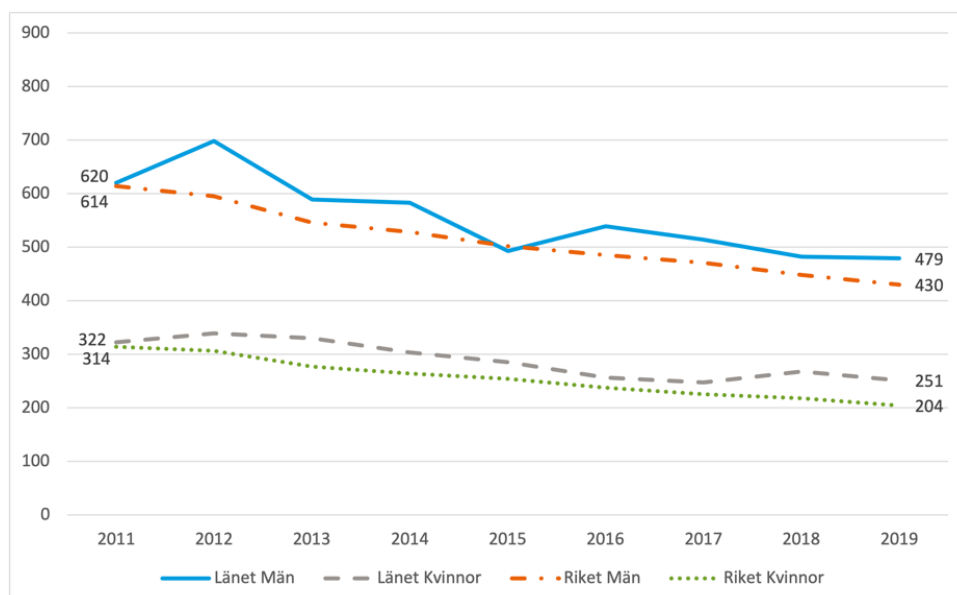
### Hjärtinfarkt och stroke

Hjärtinfarkt och stroke är akuta, livshotande tillstånd som beror på syrebrist till hjärtat respektive hjärnan. Sjukdomarna kan i stor utsträckning förebyggas genom bland annat bättre levnadsvanor men också genom tidig upptäckt av riskfaktorer och ett snabbt medicinskt omhändertagande. Trots att både insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt har minskat mycket i hela landet de senaste årtiondena, är hjärtinfarkt fortfarande en av de allra vanligaste dödsorsakerna [57].

Figur 18 visar antalet akuta hjärtinfarkter per 100 000 invånare för Västernorrland och riket mellan åren 2011 och 2019. För Västernorrlands män var antalet 620 per 100 000 år 2011 men har till år 2019 sjunkit till 479 per 100 000. För Västernorrlands kvinnor var antalet 322 per 100 000 år 2011 och har sjunkit till 251 per 100 000 år 2019. Män drabbas betydligt oftare av hjärtinfarkt än kvinnor. I jämförelse med riket ligger länet högre i insjuknande för både män och kvinnor [8].

Antalet patienter i länet som sökt vård och drabbats av akut hjärtinfarkt år 2020 var ca 700 personer och antalet för stroke var ca 900 personer. Majoriteten av hjärtinfarktarna (85 %) och stroke (88 %) skedde i åldersgruppen 60 år eller äldre. Män stod för 64 procent av hjärtinfarktarna men för stroke var könsskillnaden mindre där lite drygt hälften av fallen (55 %) skedde hos män [8].

Figur 18. Incidens (nya fall) i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare för män och kvinnor i riket och Västernorrlands län, ålder 20 år eller äldre, åldersstandardiserat, åren 2011–2019. Källa: Socialstyrelsen.



### *Diabetes*

Diabetes typ 1 är en kronisk sjukdom där kroppens egen insulinproduktion upphört helt till skillnad mot diabetes typ 2 där kroppen fortfarande kan bilda insulin, men i otillräcklig mängd [58]. För diabetes typ 2 har levnadsvanorna stor betydelse. Bra matvanor, mer fysisk aktivitet, mindre stress och mindre tobaksrökning kan minska både risken för diabetes typ 2 samt mildra sjukdomens utveckling.

Antalet patienter i länet med diagnosen diabetes typ 2 och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 11 700 personer. Diabetesprevalensen har varit ganska konstant de senaste åren med ca 12 000 patienter årligen som lever med sjukdomen och som varit i kontakt med vården. Diabetes typ 2 är vanligare bland män (58 % av alla patienter) och i de äldre åldersgrupperna där 53 procent av alla sjukdomsfall finns i gruppen 70 år och äldre [8].

Diabetes typ 2 kan utvecklas långsamt och många har under lång tid innan sin diagnos så kallad prediabetes som är ett förstadium till diabetes typ 2. Resultaten från en analys av Region Västernorrlands hälsosamtal för 40-, 50- och 60-åringar visade på att hela 10 procent av deltagarna hade oupptäckt prediabetes. De riskfaktorer för prediabetes som framkom av analysen var fetma, ärftlighet för diabetes, manligt kön, otillräcklig fysisk aktivitet och låg socioekonomisk status (matvanor studerades inte) [59].

Diabetes typ 1 är vanligare bland män men inte bland äldre. År 2020 var antalet patienter i Västernorrland med diabetes typ 1 och som varit i kontakt med vården, ca 1 600 personer. Av dessa patienter var 41 procent yngre än 40 år. Förekomsten av diabetes typ 1 har varit relativt oförändrad de senaste åren med ca 1 600–1 700 patienter årligen som lever med sjukdomen [8]. Det totala antalet diabetespatienter som kommit i kontakt med vården under år 2020 var 13 300 [8], vilket antyder att åtminstone 5–6 procent av den totala befolkningen i länet har en diabetessjukdom.

### *Högt blodtryck*

Högt blodtryck (hypertoni) är ett vanligt tillstånd och förekomsten i Sveriges totala befolkning uppskattas till ca 27 procent. Att ha högt blodtryck innebär en ökad risk för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar och många går med ett oupptäckt tillstånd av för högt blodtryck. Tillståndet ses ofta samtidigt med exempelvis fetma, diabetes och blodfetsrubbingar [60].

Antalet personer i länet med diagnosen högt blodtryck och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 15 400 personer. Detta är något färre än åren innan då ungefär 18 000–19 000 personer årligen med högt blodtryck besökt vården. Högt blodtryck är relativt vanligt både i den vuxna arbetsföra befolkningen och i den äldre befolkningen. Ungefär hälften av alla sjukdomsfall återfinns i gruppen 70 år och äldre, men hela 40 procent av alla sjukdomsfall återfinns i åldersgruppen 50–69 år [8]. Covid-19 pandemin har gjort att färre personer sökt vård generellt sett,

vilket kan ha påverkat antalet personer som sökt vård för högt blodtryck i länet [61].

Befolkningsdata från Region Västernorrlands hälsosamtal för 40/50/60-åringar har visat att ungefär 30 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i länet hade högt blodtryck vid sin hälsoundersökning [62].



### *Fallskador*

Fallolyckor är mycket vanligt och är den olyckstyp som leder till att flest personer läggs in på sjukhus varje år. De flesta som faller och skadas är över 65 år men fallolyckor sker i alla åldrar. Små barn faller från stolar och skötbord, lite äldre barn faller i samband med lekar och fritidsaktiviteter och vuxna faller från byggställningar, tak eller halkar under vintern. Med ökande ålder ökar risken att falla men också för att olyckan ska leda till frakturer och svåra skador och ibland dödsfall [63].

Figur 19 visar antalet fallolyckor och påföljande frakturer uppdelat på åldersgrupper för Västernorrlands befolkning år 2020. År 2020 drabbades 8 551 personer av fallolyckor och fick uppsöka vård. Ungefär en tredjedel (2 722 fallolyckor) av olyckorna skedde i åldersgruppen 70 år och äldre. Fallolyckor är vanligast i de äldre grupperna men också bland de yngre där barn upp till 9 år stod för 15 procent av alla fallolyckor (1 252 fallolyckor). Frakturer till följd av fallolyckorna är dock vanligast i de äldre åldersgrupperna där drygt 50 procent av alla fallolyckor leder till fraktur jämfört med de yngre åldersgrupperna upp till 9 år där 25 % av fallolyckorna leder till fraktur [8].

Kvinnor drabbades något oftare än män (54 % av alla fallolyckor), men framförallt drabbades kvinnor oftare av frakturer till följd av fallolyckorna (60 % av alla frakturer av fall skedde hos kvinnor) [8].

När det gäller fallolyckor för yngre och barn finns indikatorn antalet barn per 100 000 invånare i åldern 0–6 år som slutenvårdats till följd av en skadehändelse. För Västernorrland var denna siffra 1 030 barn per 100 000 (1 077 för pojkar och 981 för flickor) år 2019. Detta är den tredje högsta siffran i landet i jämförelse med alla landets regioner där rikssnittet låg på 657 [64].

Figur 19. Antal fallolyckor och påföljande frakturer uppdelat på åldersgrupper, Västernorrlands län, år 2020. Källa: Region Västernorrland.

Ålder	Fallolyckor år 2020, n (%)	Varav resulterade i fraktur, n (%)
Upp till 9 år	1252 (15 %)	311 (25 %)
10-19 år	1148 (13 %)	400 (35 %)
20-29 år	547 (6 %)	147 (27 %)
30-39 år	469 (5 %)	140 (30 %)
40-49 år	543 (6 %)	217 (40 %)
50-59 år	839 (10 %)	397 (47 %)
60-69 år	1031 (12 %)	527 (51 %)
70-79 år	1209 (14 %)	652 (54 %)
80 år eller äldre	1513 (18 %)	802 (53 %)
<b>Totalt antal</b>	<b>8551 (100 %)</b>	<b>3593 (42 %)</b>

### Demens

Demens är ett samlingsnamn för olika symtom som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Förmågor som påverkas av demenssjukdomar är vanligtvis kognitiva förmågor, omdöme, tidsuppfattning, oro och beteendeförändringar. Idag lever ungefär 160 000 personer i Sverige med demenssjukdom och prognosen är att antalet kommer att öka i takt med att personer födda på 1940-talet uppnår en högre ålder [65].

Antalet patienter i länet med en demensdiagnos och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 1 930 personer. Demenssjukdom var något vanligare bland kvinnor, 1063 patienter (55 %), och betydligt vanligare med ökande ålder. Patienter i åldersgruppen 70 år och äldre står för 92 procent av alla sjukdomsfall av demens. De mest vanligt förekommande diagnoserna inom demenssjukdomar var övrig/ospecificerad demens (47 %) följt av alzheimer (27 %) och vaskulär demens (23 %) [8].

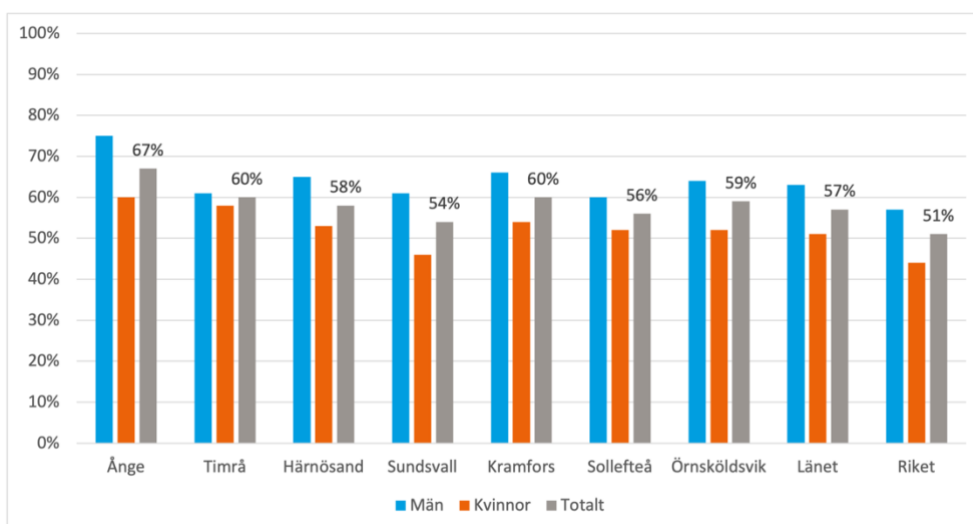
### Övervikt och fetma

Övervikt och fetma blir allt mer vanligt förekommande i Sverige och globalt. I Sverige har andelen med övervikt och fetma ökat från 46 procent till 51 procent sedan år 2006 [11]. Övervikt definieras som ett kroppsmasseindex (BMI) mellan 25–29,9 och fetma definieras som ett BMI på 30 eller mer. Övervikt och fetma är ett samhällsfenomen och folkhälsoproblem som har vuxit i nästan alla åldersgrupper. Övervikt och fetma är i sig också en riskfaktor för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och cancer samt är en av de främsta orsakerna till sjukdomsburden i Sverige [66].

Att minska förekomsten av övervikt och fetma skulle också minska samhällets kostnader. Enligt en hälsoekonomisk beräkning för ett scenario där förekomsten av fetma i länet minskar med 2 procentenheter (från dagens 18 % till 16 %) under en tioårsperiod skulle 188 sjukdomsfall kunna undvikas (inom främst diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer), beräknat på åldrarna 20–84 år. Den totala kostnadsminskningen för länets hälso- och sjukvård beräknas då till minst 7 338 000 kronor. Därtill kommer stora kostnadsminskningar för kommunen och Försäkringskassan för exempelvis minskat produktionsbortfall och sjukskrivningar [67].

Figur 20 visar andelen män och kvinnor med övervikt och fetma (BMI 25 eller högre) för riket, Västernorrlands län och dess kommuner, år 2018 i åldrarna 16–84 år. 63 procent av männen och 51 procent av kvinnorna i länet (57 % totalt) hade övervikt eller fetma. Andelen som hade fetma var ungefär lika stor (18 %) hos både män och kvinnor [12]. Män är mer överviktiga än kvinnor men fetma är lika vanligt hos båda könen. Motsvarande siffror för riket under samma år var 57 procent för männen och 44 procent för kvinnorna som hade övervikt och fetma, varav de med fetma var 15 procent för båda könen [11].

Figur 20. Andel män och kvinnor med övervikt och fetma (BMI 25 eller högre) för Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



Övervikt och fetma har ökat stadigt i Västernorrland de senaste årtiondena och ännu syns ingen tendens till avmattnig. År 2006 var andelen med övervikt 45 procent bland männen och 32 procent bland kvinnorna (15 % av männen och 14 % av kvinnorna hade fetma) [12].

Övervikt och fetma är vanligare hos gruppen med kort utbildningslängd där 76 procent av männen och 61 procent av kvinnorna har övervikt eller fetma. Motsvarande siffror för de med lång utbildning är 55 procent för män och 45 procent för kvinnor. För utrikesfödda personer i länet är andelen med övervikt och fetma lägre (52 %) jämfört med inrikesfödda (56 %). Vissa skillnader finns mellan olika åldersgrupper där andelen med övervikt och fetma i åldersgruppen 16–29 år är 35 procent för inrikesfödda och 27 procent för utrikesfödda. I åldersgruppen 65 - 84 år har istället 70 procent av utrikesfödda övervikt eller fetma jämfört med 63 procent bland inrikesfödda [12].

På kommunal nivå finns en viss skillnad i andelen med övervikt och fetma men alla kommuner har högre andelar i jämförelse med riket. Figur 20 visar andelen med övervikt och fetma för kommunerna i Västernorrland uppdelat på män, kvinnor och totalt. Totalt i kommunerna är andelen med övervikt och fetma: Ånge (67 %), Timrå (60 %), Härnösand (58 %), Sundsvall (54 %), Kramfors (60 %), Sollefteå (56 %), Örnsköldsvik (59 %). För länet är siffran 57 % och för riket 51 % [11] [12].

#### *Övervikt bland barn och unga*

I Västernorrland erbjuds alla elever i förskoleklass (6-åringar), årskurs 4, årskurs 7 samt gymnasiet årskurs 1, i enlighet med Skollag (2010:800), ett hälsobesök med hälsosamtal av sin skolsköterska. Elevhälsosamtalen och dess data gör att barns hälsoutveckling har kunnat följas sedan år 2006.

År 2019 förekom övervikt och fetma hos var femte barn i förskoleklass i länet och förekomsten ökar sedan med stigande ålder, främst för pojkar. I årskurs 4 har ca 27 procent av både flickor och pojkar övervikt eller fetma och på gymnasiet har pojkars övervikt och fetma ökat till ca 31 procent. För flickor minskar dock förekomsten med högre ålder och på gymnasiet har 24 procent av flickorna övervikt eller fetma. Både flickor i årskurs 7 och gymnasiet årskurs 1 har mindre övervikt och fetma än pojkar i samma ålder [13], se figur 21.

Övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västernorrland har inte ökat på samma sätt som för vuxna under de senaste tio åren. Bara för flickor och pojkar på gymnasiet ses en mindre ökning i andelen med övervikt och fetma där ökningen gäller främst övervikt och inte fetma [13]. Om man däremot tittar 20–30 år bakåt i tiden har övervikt och fetma hos barn och ungdomar ökat över hela Sverige [66].

Det kan vara svårt att jämföra kommunerna med varandra när det gäller förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Det beror på att registreringsfrekvensen för hälsosamtalen i skolan och data som den baseras på, skiljer sig åt mellan kommunerna. Det kan också vara så att för de små kommunerna kan enskilda grupper av barn med hög eller låg övervikts- eller fetmaförekomst påverka resultatet mycket.

Figur 21 visar andelen med övervikt och fetma inom länet och dess kommuner för förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och gymnasiet årskurs 1. För Ånge är dataunderlaget för litet för att siffror ska kunna redovisas, detsamma gäller för förskoleklass i Timrå. Sundsvall är den kommun med lägst förekomst av övervikt och fetma följt av Örnsköldsvik. Högst andel med övervikt och fetma hos ungdomar på gymnasiet finns i Timrå och Sollefteå. Totalt i länet är andelarna med övervikt och fetma 20 procent i förskoleklass, 27 procent i årskurs 4, 26 procent i årskurs 7 och 28 procent i gymnasiet årskurs 1 [12].

Figur 21. Andel flickor och pojkar med övervikt och fetma i Västernorrlands län och dess kommuner, år 2019. Källa: Region Västernorrland, Hälsosamtalet i skolan.

Skolklass	Timrå	Härnösand	Sundsvall	Kramfors	Sollefteå	Örnsköldsvik	Länet
Förskoleklass	-	20 %	18 %	25 %	23 %	21 %	20 %
Årskurs 4	30 %	29 %	26 %	30 %	30 %	26 %	27 %
Årskurs 7	29 %	34 %	22 %	30 %	30 %	24 %	26 %
Gymnasiet årskurs 1	36 %	30 %	25 %	28 %	36 %	29 %	28 %

För litet dataunderlag för att kunna redovisa siffror för Ånge samt Förskoleklass Timrå.

### Psykisk ohälsa

Psykisk hälsa omfattar allt från god psykisk hälsa till psykisk ohälsa. God psykisk hälsa innebär psykiskt välbefinnande där individen till exempel känner sig lugn, tillfreds med livet och sover bra. Psykisk ohälsa kan innebära psykiska besvär som tex oro, ångslan, nedstämdhet och sömnbesvär samt psykiatriska tillstånd som tex ångestsyndrom, depression och/eller sömnstörningar. Ofta är psykiska besvär normala reaktioner på en påfrestande livssituation och besvären brukar vara övergående. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara normala reaktioner på livet. Samtidigt är det viktigt att förebygga och upptäckta besvär tidigt för att undvika att psykiatriska tillstånd utvecklas [68].

Andelen människor med svår psykisk sjukdom har varit relativt konstant över tid men befolkningsundersökningar visar att symtom på lättare psykisk ohälsa såsom stress, depression och ångest blir allt vanligare och ligger bakom stora andelar av sjukskrivningarna i Sverige idag, särskilt bland kvinnor [69].

Psykisk ohälsa påverkas av flera olika faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i det förebyggande arbetet. Förekomsten är exempelvis högre bland kvinnor, de med förgymnasial utbildning, arbetslösa, mottagare av ekonomiskt bistånd, ensamstående föräldrar, HBTQ-personer och personer som inte är födda i Sverige. Personer med funktionsnedsättning rapporterar också oftare att de har psykiska besvär, och den psykiska hälsan har blivit sämre bland unga med funktionsnedsättning. Ojämlighet i psykisk ohälsa bland vuxna är också ofta

kopplat till sysselsättning och ekonomi. Insatser för att minska ekonomisk utsatthet och öka sysselsättningen samt arbeta för ett mer inkluderande samhälle kan ha positiv effekt på den psykiska hälsan och för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa [70].

För individer är det värdefullt att se och förstå sambandet mellan psykisk och fysisk hälsa. Det finns goda möjligheter att främja den psykiska hälsan och förebygga psykiska besvär genom goda levnadsvanor som bra sömn, rörelse, bra mat och minskat stillasittande [71].

### *Ängslan, oro och ångest*

Att känna ängslan, oro eller ångest är mycket vanligt och drabbar de flesta människor under livet. Känslor av oro och ångest är en naturlig reaktion på att något inte känns bra eller att någonting skrämmer en eller gör en orolig. Svåra eller långvariga besvär kan däremot bero på olika former av ångestsyndrom som ofta är mycket påfrestande för individen och gör det svårare att hantera vanliga vardagssituationer. Ångestsyndrom ger oftast en nedsatt livskvalitet för de som drabbas [72].

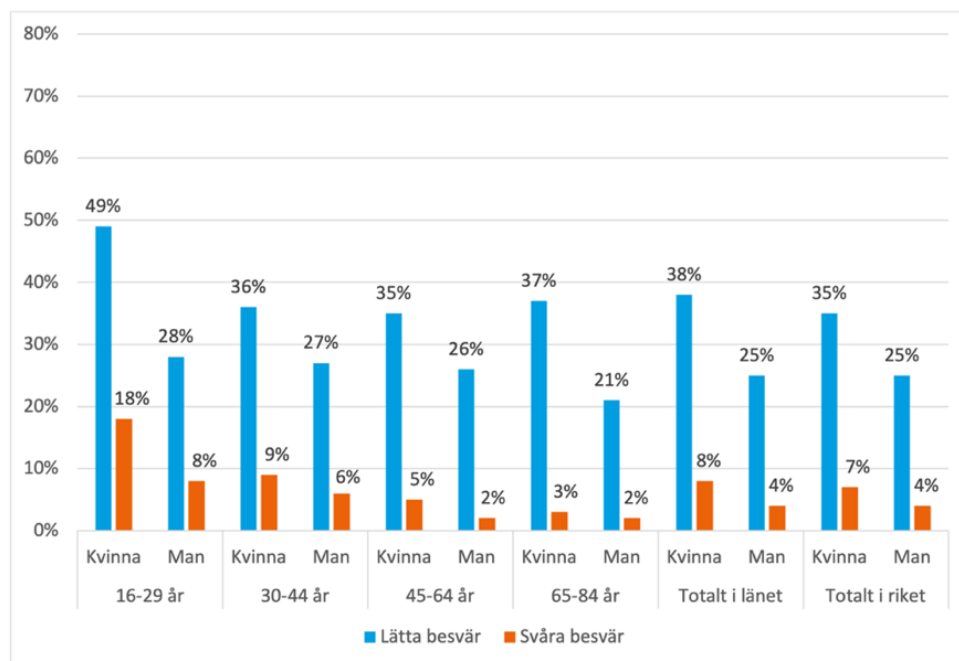
Andelen invånare i länet som uppger besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat över tid för både män och kvinnor. År 2010 rapporterade 30 procent av kvinnorna och 21 procent av männen lätta besvär av ängslan, oro eller ångest. År 2018 hade detta ökat till 38 procent för kvinnorna och 25 procent för männen. Svåra besvär har också ökat några procentenheter [12]. Länet uppvisar ungefär samma andelar med både svåra och lätta besvär som i riket [11].



Figur 22 visar andelen män och kvinnor som uppger svåra eller lätta besvär av oro, ängslan eller ångest, uppdelat på olika åldersgrupper.

Kvinnor i den yngsta åldersgruppen 16–29 år upplever mest besvär, både lätta och svåra. 18 procent av kvinnorna i åldrarna 16–29 år uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest och 49 procent har lätta besvär. Männen i samma åldersgrupp har inte lika mycket besvär (28 % lätta besvär och 8 % svåra besvär). Svåra besvär sjunker med ökande ålder och i åldersgruppen 65–84 år har 3 procent av kvinnorna och 2 procent av männen svåra besvär. Däremot så är lätta besvär av ängslan, oro och ångest ganska vanligt över alla åldersgrupper. Svåra besvär av ängslan, oro och ångest är något vanligare för de med kort- eller medellång utbildning (5 %) jämfört med de med lång utbildning (3 %). Lätta besvär är ganska vanligt oavsett utbildningslängd. Ängslan, oro och ångest är ungefär lika vanligt bland utrikesfödda som bland inrikesfödda [12].

Figur 22. Andelen män och kvinnor med lätta samt svåra besvär av ängslan, oro eller ångest för Västernorrlands län uppdelat på åldersgrupper samt riket totalt, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



### Sömn

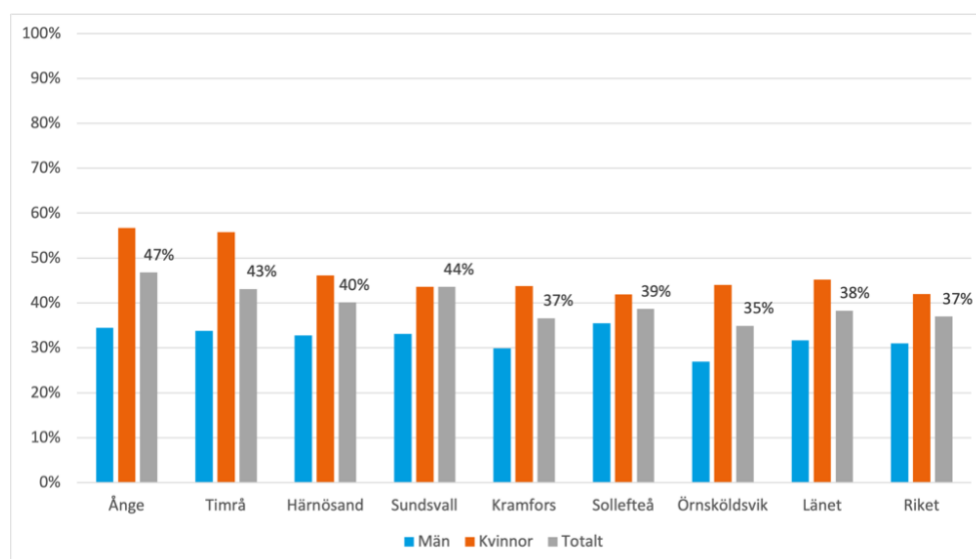
De allra flesta har besvär med sömnen av och till utan att det får allvarliga konsekvenser, det är kroniska sömnstörningar som försämrar hälsan och på sikt kan leda till sjukdomar. Sömnen kan förbättras av exempelvis regelbundna sovtider, utomhusvistelse på dagen, tillräcklig fysisk aktivitet, minskad aktivering före sänggåendet (exempelvis minska mobilanvändandet) samt ett minskat intag av alkohol, nikotin och koffein [73].

Figur 23 visar andelen män och kvinnor med lätta eller svåra sömnbesvär i riket, Västernorrlands län och dess kommuner år 2018. I länet har 32 procent av männen och 45 procent av kvinnorna (38 % totalt) lätta eller svåra besvär med sömnen. Svåra besvär rapporteras hos 5 procent av männen och 8 procent av kvinnorna (7 % totalt). Riket uppvisar ungefär samma siffror som i länet, där 31 procent av männen och 42 procent av kvinnorna (37 % totalt) uppger lätta eller svåra besvär med sömnen [11]. Både äldre och yngre har problem med sömnen men lätta besvär är vanligare i äldregruppen 65–84 år med 34 procent jämfört med den yngre åldersgruppen 16–29 år med 27 procent. Svåra besvär med sömnen är dock vanligast i den yngre åldersgruppen där 10 procent har svåra sömnbesvär jämfört med den äldre gruppen där 5 procent har svåra sömnbesvär. Svåra sömnproblem är något vanligare för de med kort utbildning (7 %) jämfört med de med lång utbildning (5 %). Lätta sömnproblem är också vanligare bland de med kort utbildning (35 %) jämfört med de med lång utbildning (30 %). Svåra eller lätta

sömnbesvär är något vanligare bland utrikesfödda (42 %) jämfört med inrikesfödda (38 %). Sömnproblem har ökat över tid bland både kvinnor och män [12].

För kommunerna finns vissa skillnader i rapporterade sömnbesvär. Högst andel med sömnbesvär finns i Ånge där 57 procent av kvinnorna och 35 procent av männen (47 % totalt) rapporterar lätta eller svåra sömnbesvär. Lägst andel finns i Örnsköldsvik där 44 procent av kvinnorna och 27 procent av männen (35 % totalt) rapporterar lätta eller svåra sömnbesvär [12], se figur 23.

Figur 23. Andelen män och kvinnor med lätta eller svåra sömnbesvär för Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



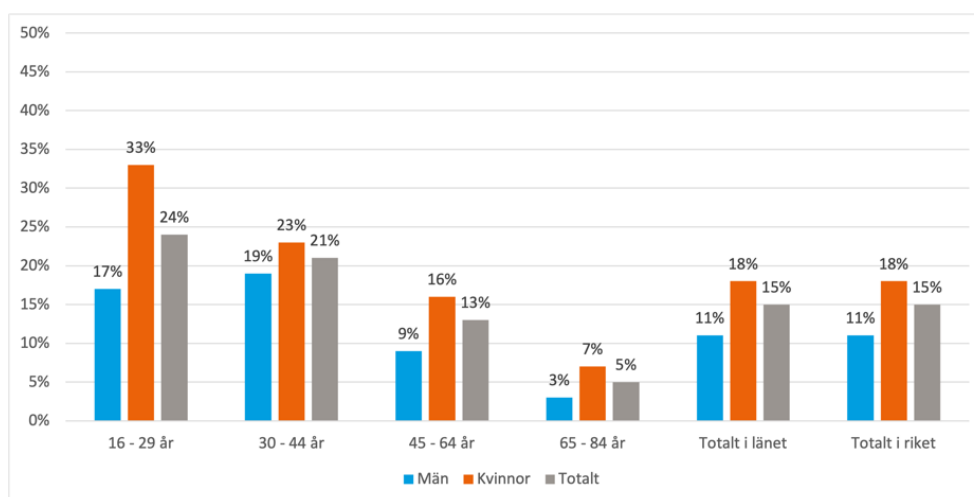
### Stress

Stress kan bero på en mängd olika faktorer och de allra flesta människor känner stress av och till. Kortvarig stress är sällan skadlig utan det är om stressen pågår under en längre tid, utan återhämtning, som kroppen kan ta skada både fysiskt och psykiskt. Sjukdomar som har kopplingar till stress är bland annat depression och hjärt- och kärlsjukdomar. Utmattningssyndrom är ofta kopplat till en alltmer vanligt förekommande arbetsrelaterad stress. Det viktigaste för att motverka stress är återhämtning och vila men även goda levnadsvanor såsom fysisk aktivitet [74]. Sjukskrivningar till följd av stressrelaterad psykisk ohälsa blir allt vanligare och står idag för en stor del av alla sjukskrivningar. Kvinnor och unga vuxna drabbas oftare än andra och stressrelaterad psykisk ohälsa är allra vanligast förekommande i åldersspannet 30–39 år [69].

Figur 24 visar andelen som känner sig ganska eller väldigt stressade i länet uppdelat på kön och åldersgrupper samt för riket totalt. I länet anger 11 procent av männen och 18 procent av kvinnorna (15 % totalt) att de känner sig ganska eller

väldigt stressade. Länet uppvisar samma siffror som riket. Kvinnor upplever mer stress än män i alla åldersgrupper. Högst andel med stress finns i åldersgruppen 16–29 år där 33 procent av kvinnorna och 17 procent av männen (24 % totalt) känner sig ganska eller väldigt stressade. Med ökande ålder minskar andelen som uppger stress och i gruppen 65–84 år är det bara 7 procent av kvinnorna och 3 procent av männen som känner sig ganska eller väldigt stressade. En hög stressnivå är inte riktigt kopplat till utbildningsnivå utan personer med både lång och kort utbildningslängd uppger ungefär lika andelar vad gäller stress. Bland utrikesfödda är det däremot en något högre andel (18 %) som anger att de är ganska eller väldigt stressade jämfört med inrikesfödda (14 %) [12] [11].

Figur 24. Andelen män och kvinnor som känner sig ganska eller väldigt stressade, uppdelat på åldersgrupper för Västernorrlands län samt riket totalt, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



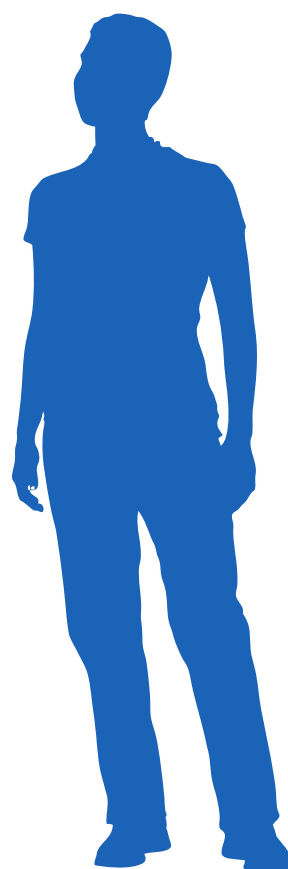
### Depression

Depression är ett av de vanligaste psykiatriska tillstånden bland vuxna och räknas idag som en av de allra vanligaste folksjukdomarna. För att ställa diagnosen depression behöver ett visst antal symtomkriterier vara uppfyllda och symtomen ska ha funnits under en sammanhängande tid. Några av symtomen är sömnsvårigheter, ihållande nedstämdhet, minskat intresse för vardagliga aktiviteter, koncentrationssvårigheter, känslor av skuld eller tomhet samt återkommande tankar om döden och självmordstankar. Det är vanligare bland kvinnor än bland män att få diagnosen depression och man räknar med att ungefär var fjärde kvinna och var åttonde man drabbas någon gång under livet [75].

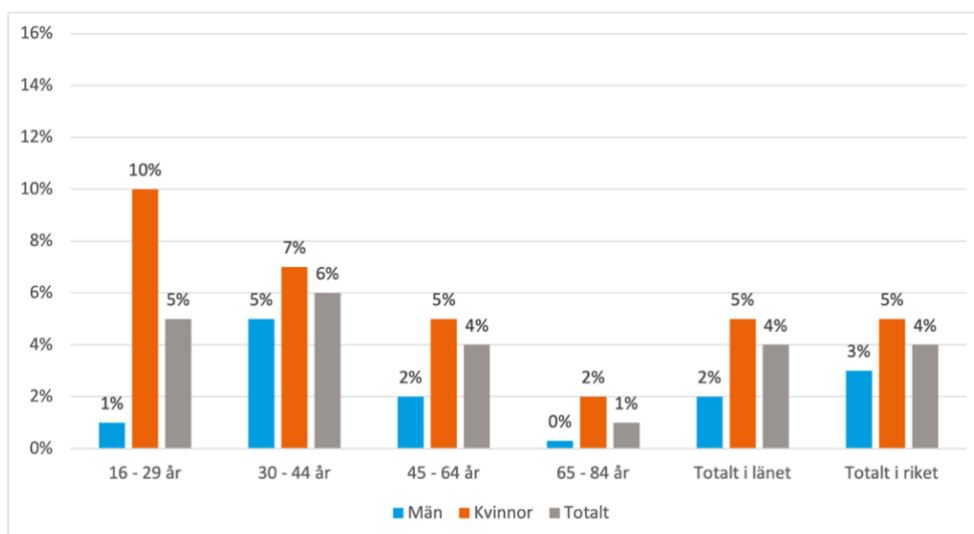
Figur 25 visar andelen som fått diagnosen depression de senaste 12 månaderna uppdelat på kön och åldersgrupper för länet samt totalt för riket. Totalt i länet är det 5 procent av kvinnorna och 2 procent av männen (4 % totalt) som fått diagnosen

det senaste året, vilket är ungefär samma siffror som i riket. Majoriteten av de som fått depression är unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år har 10 procent av kvinnorna men bara 1 procent av männen fått diagnosen depression det senaste året. I åldersgruppen 30–44 år är könsskillnaden mindre (5 % för män och 7 % för kvinnor). I den äldsta åldersgruppen 65 - 84 år är det 2 procent av kvinnorna och mindre än 1 procent av männen som fått diagnosen depression det senaste året [11] [12].

Andelen personer i länet som någon gång fått diagnosen depression är 23 procent för kvinnor och 12 procent för männen (17 % totalt). Det är alltså dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män att någon gång ha fått diagnosen depression. Depression är främst kopplat till kön men också delvis till socioekonomi. För kvinnor med kort- eller medellång utbildning är andelen som någon gång fått depression 25 procent och för män 14 procent. För kvinnor och män med lång utbildning är andelarna 22 procent respektive 9 procent [12].



Figur 25. Andel män och kvinnor som fått diagnosen depression av läkare under de senaste 12 månaderna i Västernorrlands län uppdelat på åldersgrupper samt för riket totalt, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.

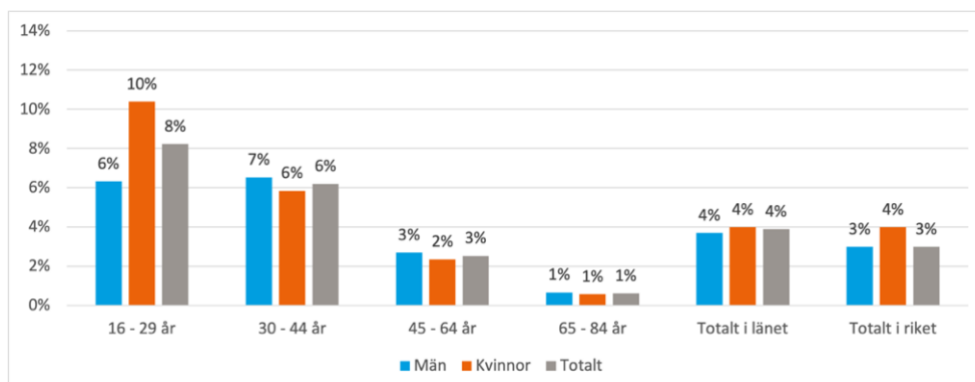


### Självordstankar och självmord

Självord föregås alltid av tankar på och ibland av försök till självmord. Självordsriskerna ökar för personer som gjort tidigare självmordsförsök och nästan alla som har självmordstankar är också deprimerade. Självord är en av de allra vanligaste dödsorsakerna hos unga personer. Dödsfallen får betydande konsekvenser och leder till stort lidande för anhöriga. I hela riket var två tredjedelar av de som avled av självmord år 2019 män. Högst självmordstal finns bland äldre män. Både självmordsförsök och självmordstankar är däremot vanligare bland kvinnor än bland män [76].

Figur 26 visar andelen som övervägt självmord de senaste 12 månaderna (haft självmordstankar) uppdelat på kön och åldersgrupper för länet samt totalt för riket. För både kvinnor och män i länet är det 4 procent som haft självmordstankar senaste året, riket uppvisar liknande siffror. Högst andel med självmordstankar finns i åldersgruppen 16–29 år där 10 procent av kvinnorna och 6 procent av männen (8 % totalt) anger att de övervägt självmord det senaste året. I åldersgruppen 65–84 år är självmordstankar ovanligt där 1 procent av både män och kvinnor övervägt självmord. Figuren visar även åldersgruppen 30–44 år där 6 procent av kvinnorna och 7 procent av männen (6 % totalt) respektive 2 procent av kvinnorna och 3 procent av männen (3 % totalt) i åldersgruppen 45–64 uppgett att de övervägt självmord det senaste året. Självordstankar är kopplat till socioekonomi där det i gruppen med kort- eller medellång utbildning är ungefär dubbelt så vanligt med självmordstankar jämfört med gruppen med lång utbildning [12].

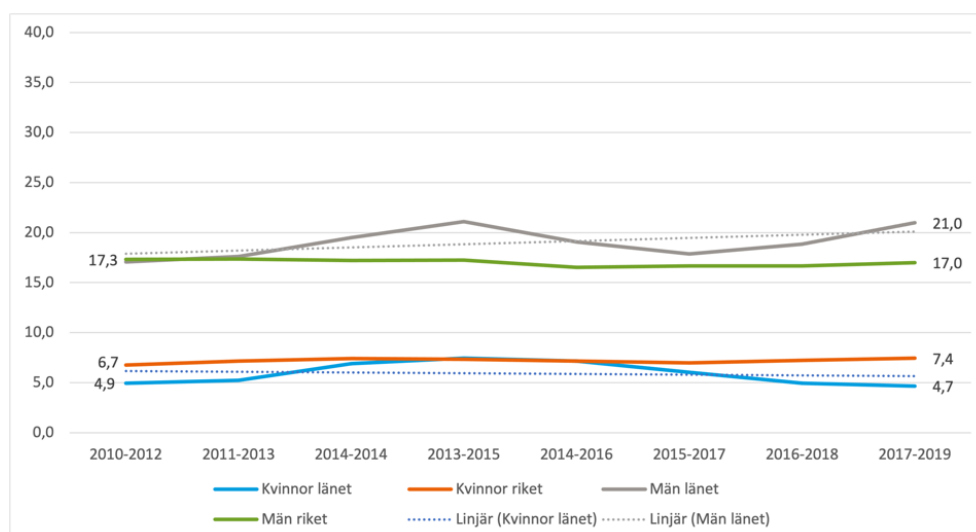
Figur 26. Andel män och kvinnor som uppger att de har övervägt självmord de senaste 12 månaderna (haft självmordstankar) för Västernorrlands län uppdelat på åldersgrupper samt riket totalt, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



Figur 27 visar antalet självmord per 100 000 invånare (självordstalet) för män och kvinnor i länet och i riket mellan åren 2010–2019. För männen ligger länet högre med 21 i självmordstal, jämfört med rikets 17 för åren 2017–2019

(treårsmedelvärde). Kvinnorna i länet har ett lägre självmordstal jämfört med riket (4,7 i länet och 7,4 i riket). För männen i länet ses en svag ökning i självmordstalen över tid, medan det för kvinnor ligger på en oförändrad nivå [77].

Figur 27. Antalet självmord per 100 000 invånare (självmordstalet) för män och kvinnor i länet och i riket mellan åren 2010–2019, treårsmedelvärden, ålder 0 - 85 år. Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksstatistik.



## Tandhälsa

WHO framhåller att tandhälsa är en integrerad del av människors generella hälsa och att god tandhälsa i sig är en viktig del av människors livskvalitet och välbefinnande [78]. Tandhälsan i den vuxna befolkningen visar nationellt sett en positiv utveckling [79]. Dock finns det skillnader mellan individer med olika socioekonomiska positioner. Personer med låg socioekonomisk position tenderar att ha sämre tandhälsa och att i högre utsträckning avstå från tandvårdsbesök än de som har högre socioekonomisk position [80].

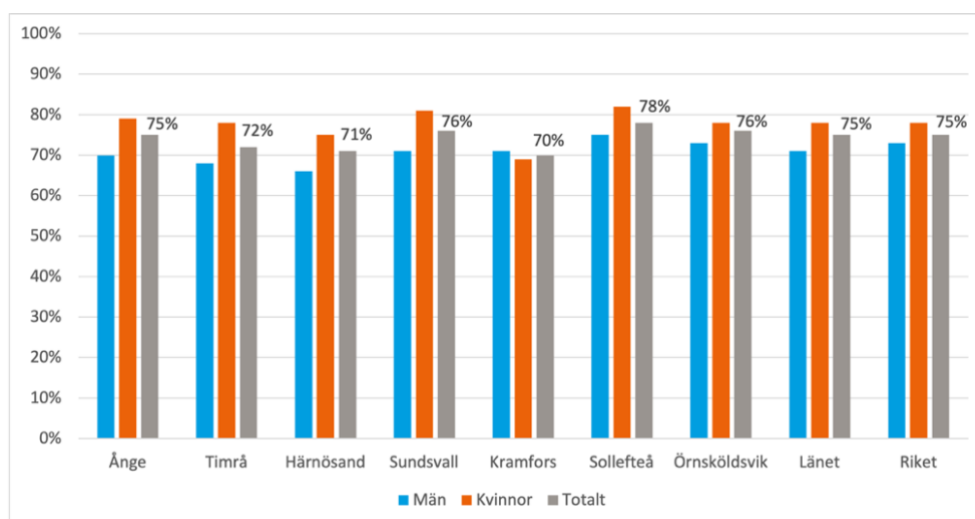
### Självskattad tandhälsa

Andelen män och kvinnor som skattar sin tandhälsa som mycket bra eller ganska bra har legat på en jämn nivå de senaste tio åren. År 2018 angav 75 procent av invånarna (79 % av kvinnorna och 71 % av männen) i Västernorrland att de hade en god tandhälsa, se figur 28 [12]. För riket var siffrorna snarlika, 78 procent för kvinnorna och 73 procent för männen [11]. Det finns alltså en viss skillnad vad gäller kön för självskattad tandhälsa. För ålder syns ingen direkt skillnad, både äldre och yngre skattar sin tandhälsa som ungefär lika god. Däremot finns vissa skillnader ur ett socioekonomiskt perspektiv. I gruppen med en lång utbildning anger 83 procent att de har en god tandhälsa, jämfört med 71 procent för de med kort utbildning. Lägre självskattad tandhälsa är också vanligare bland utrikesfödda

i länet där 66 procent anger att de har bra eller ganska bra tandhälsa, jämfört med inrikesfödda i länet där andelen är högre, 76 procent [12].

Figur 28 visar andelen med ganska bra eller mycket bra självskattad tandhälsa i varje kommun samt länet och riket för män, kvinnor och totalt för båda könen. Totalt i länet år 2018 rapporterade 78 procent av kvinnorna och 71 procent av männen (75 % totalt) att de hade en god tandhälsa. För riket var siffrorna 78 procent för kvinnor och 73 procent för män (75 % totalt). På kommunal nivå finns en viss skillnad. Högst andel med god självskattad tandhälsa finns i Sollefteå (78 %) följt av Sundsvall (76 %), Örnsköldsvik (76 %) och Ånge (75 %). Lägst andel i länet med god självskattad tandhälsa finns i Kramfors (70 %) följt av Härnösand (71 %) och Timrå (72 %) [12].

Figur 28. Andelen med mycket bra eller ganska bra självskattad tandhälsa för Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



#### Haft behov av tandvård men avstått

År 2018 var andelen invånare i länet som de senaste tre månaderna ansett sig vara behov av läkartandvård med ändå avstått från att söka vård 17 procent både för män och kvinnor. Det är lika stor andel som i riket. Det är ingen större skillnad mellan könen för de som avstår tandvård, men däremot finns vissa skillnader för ålder där vuxna i åldersgruppen 30–44 år har högst andel som avstått tandvård (21 %) jämfört med åldersgruppen 65–84 år där 13 procent avstått tandvård. Invånare med kort- eller medellång utbildning anger oftare (18 %) att de avstått tandvård jämfört med invånare med lång utbildning (12 %). För de som haft behov av tandvård men avstått så var den vanligaste orsaken till detta ekonomiska skäl (57 %) följt av tandläkarskräck (22 %), tidsbrist (16 %) samt ”besvären gick över” (10 %) [11] [12].

Figur 29 visar andelen invånare i varje kommun som anser sig haft behov av läkartandvård under de senaste tre månaderna men ändå avstått från att söka vård. Lägst andel finns i Örnsköldsvik med 13 procent följt av Timrå och Sollefteå med 17 procent. Ånge och Sundsvall har 17 procent och högst andel har Härnösand med 22 procent följt av Kramfors med 21 procent [12].

Figur 29. Andelen invånare som anser att de under de senaste tre månaderna varit i behov av läkartandvård men ändå avstått från att söka vård, för Västernorrlands län och dess kommuner, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018.

Kommun	Andel (%) som haft behov av tandvård men avstått
Härnösand	22 %
Kramfors	21 %
Sundsvall	17 %
Ånge	17 %
Sollefteå	16 %
Timrå	16 %
Örnsköldsvik	13 %
Totalt (Länet)	17 %

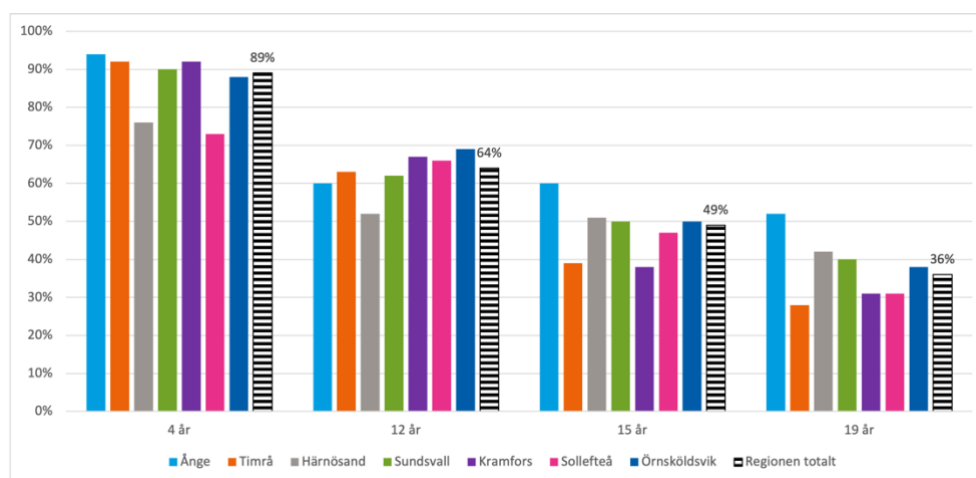
#### *Kariesfrihet bland barn och unga*

Tandhälsan hos barn och ungdomar i Sverige är generellt sett god. Däremot finns sociala skillnader i kariesförekomsten som visar att barn som har föräldrar med kortare utbildningslängd eller med en sämre ekonomisk situation, generellt sett har en högre förekomst av karies [81].

Kariesutveckling hos barn och ungdomar kan användas för att beskriva tandhälsan för våra yngre invånare. Måttet andelen kariesfria individer (inga kariesskador som behövt lagas) i figur 30 visar andelen barn och ungdomar per kommun och i åldersgrupperna 4 år, 12 år, 15 år och 19 år. Siffrorna omfattar 90 procent av den totala patientkategorin, endast regiondriven tandvård (ej privata vårdgivare). Vid fyra års ålder är de flesta kariesfria, men med stigande ålder ökar kariesförekomsten succesivt. I Ånge finns högst andel kariesfria i alla åldersgrupper utom för 12-åringarna. Den senaste tioårsperioden har andelen kariesfria barn och ungdomar ökat något i regionen för alla åldersgrupper utom för 4-åringarna. Totalt i länet för den regiondrivna tandvården så var andelen kariesfria 4-åringar 89 procent, 12-åringar 64 procent, 15-åringar 49 procent och 19-åringar 36 procent, år 2020 [82].



Figur 30. Andelen kariesfria barn och ungdomar uppdelat på åldrar, per kommun för regiondriven tandvård, år 2020. Källa: Region Västernorrland, Tandvårdsstatistik.



### Befolkningens upplevelse av vården

Hur länets invånare upplever vården ger en signal kring hur den kan vidareutvecklas och förbättras. Ett sätt att inhämta befolkningens upplevelse av hälso- och sjukvården på nationell, regional och kommunal nivå är genom enkätundersökningar. Två av de största enkätundersökningarna är *Nationell patientenkäten* och *Hälso- och sjukvårdsbarometern* varav bägge samordnas av SKR [14] [16]. Utifrån perspektivet God och nära vård i relation till folkhälsa ligger fokus i rapporten på tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och samordning [83].

### Invånarnas upplevelse av regionens hälso- och sjukvård i sin helhet

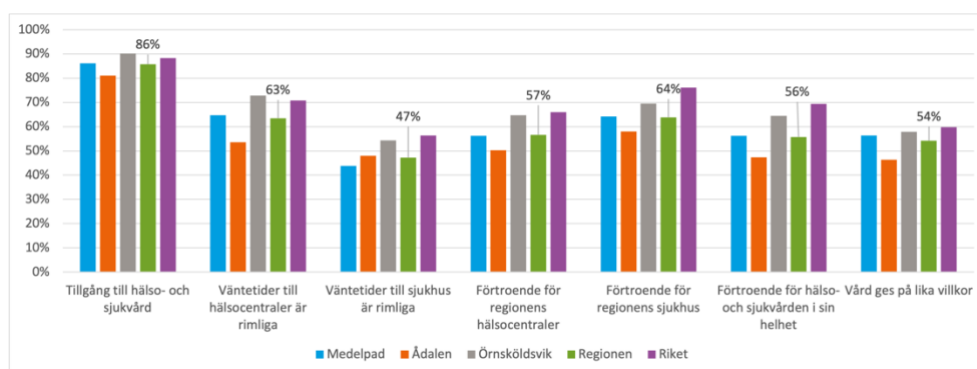
Figur 31 visar Västernorrlands resultat från *Hälso- och sjukvårdsbarometern* år 2020 där 56 procent av länets invånare hade ett gott förtroende för regionens hälso- och sjukvård i sin helhet, vilket var 13 procentenheter lägre än rikssnittet. Högst förtroende för hälso- och sjukvården fanns inom upptagningsområdet Örnsköldsvik (64 %) medan lägst förtroende finner vi bland invånarna i upptagningsområdet Ådalen (47 %), vilket inkluderar kommunerna Sollefteå och Kramfors [14].

Totalt inom regionen var 86 procent positiva till tillgången till hälso- och sjukvård och 63 procent var positiva till att väntetiderna till hälsocentralerna var rimliga. För frågan om väntetider till sjukhus ansåg 47 procent att väntetiderna till sjukhusen var rimliga. På frågor om förtroende ansåg 64 procent att de har förtroende för regionens sjukhus och 57 procent att de har förtroende för regionens hälsocentraler. För frågan som berör jämlik vård var 54 procent positivt inställda till påståendet att vård ges på lika villkor. Generellt ligger Region, Medelpad och Ådalen under rikssnittet i de flesta frågor från *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, förutom för Örnsköldsvik som har liknande siffror som riket.

Sedan 2016 har förtroendet för länets sjukhus dock ökat med 9 procentenheter men väntetiderna till sjukhusen anses fortfarande i låg grad som rimliga [14]. En möjlig förklaring till den ökade positiva inställningen till hälso- och sjukvården generellt sett under 2020 anses vara covid-19 pandemin, då samhällen i kristid tenderar att gå samman, vilket genererar en positiv attitydförändring i samhället. Även SOM<sup>7</sup> -undersökningen under 2020 visar på samma tendenser kring ökat förtroende för olika samhälleliga institutioner under pandemin [84].

Sammanfattningsvis tenderade män att vara lite mer positivt inställda till regionens hälso- och sjukvård jämfört med kvinnor, specifikt när det kommer till att vård upplevs ges på lika villkor. Samtidigt ökade förtroendet för och den positiva upplevelsen av länets hälso- och sjukvård med åldern [14].

Figur 31. Andelen positivt inställda invånare per fråga gällande hälso- och sjukvården generellt sett för riket, Region Västernorrland och sjukhusens upptagningsområden. Siffrorna i figuren visar regionens resultat år 2020. Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, år 2020.



### Invånarnas upplevelse av länets primärvård

Figur 32 visar Västernorrlands resultat från *Nationell patientenkät* år 2019 där Västernorrlands invånare i genomsnitt ställde sig positiva till dess primärvård när det kommer till emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet. Länet låg strax under rikssnittet inom samtliga dimensioner år 2019. Ingen större förändring har skett i resultaten sedan 2015 förutom inom dimensionen delaktighet och involvering som har ökat med 5 poäng<sup>8</sup>. Länets invånare ställde sig mest positiva till primärvårdens respekt och bemötande (85 poäng) medan invånarna ställde sig minst positiva till dess kontinuitet och koordinering (69 poäng) inom primärvården. Övriga resultat för regionens primärvård var helhetsintryck (80 poäng), emotionellt stöd (76 poäng), delaktighet

<sup>7</sup> SOM-institutet är en oberoende undersökningsorganisation vid Göteborgs universitet.

<sup>8</sup> På dimensionsnivå i Nationell patientenkät beräknas dimensionspoängen fram genom ett medelvärde av underliggande frågor indexerat 0–100.

och involvering (79 poäng), information och kunskap 75 (poäng) och tillgänglighet (82 poäng) [16].

På kommunal nivå skiljde sig invånarnas upplevelse av primärvården mycket beroende på vart de bodde. Invånarna i Örnsköldsvik (83 poäng) var mest positiva till deras helhetsintryck av primärvården medan invånarna i Timrå (68 poäng) var minst positiva. Örnsköldsvik ligger strax över rikssnittet (plus 2 poäng) medan Timrå ligger långt under rikssnittet (minus 14 poäng) [16].

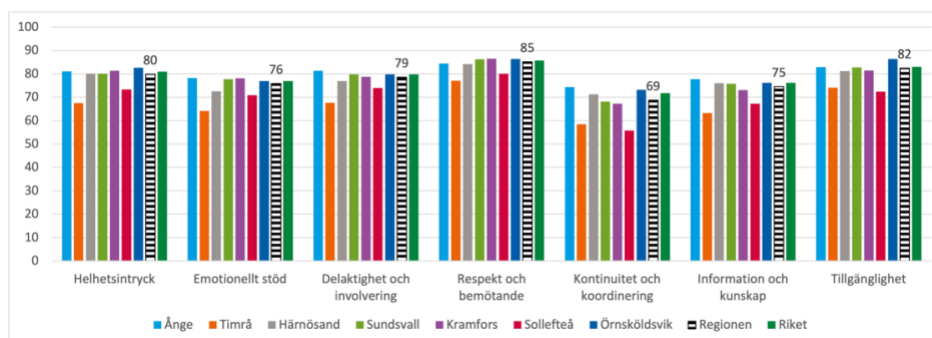
Dimensionen respekt och bemötande hade högst dimensionspoäng inom länet år 2019. Några av de frågor som ingår i dimensionen belyser att invånarna upplevde att de kände sig bemötta med respekt och värdighet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (91 %)⁹. Invånarna upplevde vidare att personalen bemötte dem (86 %) och svarade dem (81 %) med medkänsla och omsorg och att de kände sig inkluderade i samtalet (74 %) [16].

På kommunal nivå fick samtliga kommuner i genomsnitt goda resultat när det kommer till respekt och bemötande. Dock urskiljer sig Timrå kommun till det negativa när det kommer till huruvida invånarna kände sig inkluderade i samtalet när sjukvårdspersonalen inom primärvården pratade om dem, där enbart 57 procent ställde sig positiva vilket är 17 procentenheter lägre än regionens genomsnitt [16].

Dimensionen kontinuitet och koordinering hade lägst dimensionspoäng inom länet år 2019. Några av de frågor som ingår i dimensionen belyser att invånarna upplevde att de i mindre grad får träffa samma läkare vid sina besök på hälsocentralen (42 %). I övrigt upplevde Västernorrlands invånare att personalen inom primärvården samarbetade väl (85 %), var samstämmiga i sin kommunikation (81 %), att det togs beslut om nästa steg i deras vård (73 %) och att man samordnade deras vårdkontakter i den utsträckning de behövde (70 %) [16].

Figur 32. Dimensionspoäng per dimension gällande primärvården för riket, Region Västernorrland och dess kommuner. Siffrorna i figuren visar regionens resultat år 2019.

Källa: Nationell patientenkät, år 2019.



⁹ På frågenivå i Nationell patientenkät redovisas andelen positiva (%).

## Levnadsvanor

Risikfaktorer så som riskabel alkoholkonsumtion, tobaksrökning, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet är väl kända för att påverka hälsan negativt. Dessa faktorer ökar risken för att drabbas av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar.



Levnadsvanor grundläggs tidigt i livet. Därför är det viktigt med hälsofrämjande arbete i miljöer som barn och unga vistas mycket i, tillgängliggöra fysisk aktivitet för alla barn och unga samt vägleda vårdnadshavare till hälsosamma levnadsvanor i vardagen.

I det här kapitlet kartläggs vuxnas vanor kring kost och motion samt ungdomars och vuxnas alkohol-, tobak- och narkotikavanor. Statistiken är främst inhämtad från de nationella befolkningsenkäterna *Hälsa på lika villkor* och *Skolelevers drogvanor*.

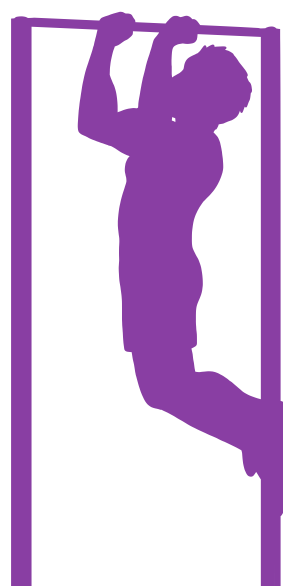
### Sammanfattning

- I länet är 61 procent av både män och kvinnor tillräckligt fysiskt aktiva (minst 150 min per vecka), vilket är något mindre än i riket. Personer med längre utbildning är mer fysiskt aktiva än de med kortare utbildning. Andelen med stillasittande livsstil (sitter stilla 7 timmar eller mer per dag) är 44 procent i länet och 47 procent i riket.
- Jämfört med andra regioner är Västernorrland ett av de länen med lägst intag av frukt och grönt i hela landet. I länet äter 30 procent av invånarna grönsaker och rotfrukter 2 gånger per dag eller oftare (21 % för män och 40 % för kvinnor). För frukt och bär är siffrorna 25 procent (17 % för män 33 % för kvinnor). Män och personer med kortare utbildning äter betydligt mindre frukt och grönt än kvinnor och personer med längre utbildning.
- Tobaksrökning har gått ner stadigt de senaste årtiondena och idag röker 6 procent av både män och kvinnor dagligen i Västernorrland. Rökning är vanligare bland de med kort utbildning och är ungefär lika vanligt förekommande i alla åldersgrupper, förutom bland yngre och unga vuxna 16–29 år där en lägre andel, bara 4 procent, anger att de röker dagligen. Tobaksrökning hos barn och ungdomar har liksom för vuxna minskat de senaste årtiondena. Bara 2 procent av ungdomarna röker dagligen och 10 procent röker ibland. Snusningen har inte gått ner på samma sätt som rökningen. Idag snusar 15 procent dagligen eller ibland och snusningen är dubbelt så vanlig hos pojkar (21 %) som hos flickor (9 %).

- I länet har 17 procent av männen och 11 procent av kvinnorna riskabla alkoholvanor. Motsvarande siffra för riket är 19 procent och 13 procent. Män har oftare riskabla alkoholvanor än kvinnor och yngre personer oftare än äldre. I åldersgruppen 16–29 år har 21 procent riskabla alkoholvanor medan det i åldersgruppen 65–84 år bara är 9 procent. Andelen äldre som har riskabla alkoholvanor har ökat senaste tio åren. Socioekonomiska skillnader finns främst för män där det är dubbelt så vanligt med riskabla alkoholvanor bland män med kort- eller medellång utbildning jämfört med män med lång utbildning. För barn och unga har andelen som druckit alkohol gått ner de senaste åren i länet. År 2019 angav 38 procent i årskurs 9 och 66 procent i gymnasiet årskurs 2 att de någon gång druckit alkohol de senaste 12 månaderna, vilket är några procentenheter lägre än i riket.
- Andelen som någon gång använt narkotika är som störst i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år där det i båda grupperna är totalt 13 procent som provat hasch/marijuana och 6 procent som har provat annan narkotika. Lägst andel som någon gång använt narkotika finns i åldersgruppen 65–84 år. Tillgången till narkotika har ökat generellt sett sedan 2000-talet och utbudet av olika sorters narkotikapreparat har ökat. För barn och ungdomar hade 6 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna använt narkotika någon gång de senaste 12 månaderna år 2019 (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2), andelarna har varit oförändrade de senaste åren.
- Spel om pengar är vanligt, för män var andelen som spelat eller köpt lotter de senaste 12 månaderna 68 procent och för kvinnor 60 procent (64 % totalt). Riskabelt spelande om pengar var ungefär lika vanligt i länet som i riket, 6 procent för män och 2 procent för kvinnor. Riskabelt spelande har inte ökat.

### **Fysisk aktivitet och stillasittande**

De rekommendationer som finns kring befolkningens motionsvanor kan sammanfattas som ”rör dig mer och sitt mindre, all rörelse räknas”. För vuxna finns rekommendationen om minst 150 minuters pulshöjande fysisk aktivitet per vecka, vilket ses som ett minimum. När det gäller stillasittande finns ännu inga rekommendationer kring antalet timmar man (inte) bör sitta still, däremot anges att allt stillasittande ska begränsas så långt det går och alla rörelsepauser är viktiga. Regelbunden och tillräcklig fysisk aktivitet har visat sig kunna minska risken för de flesta folksjukdomar samt förbättrar vår sömn, minskar stressnivån och förbättrar kognitiva funktioner [12].

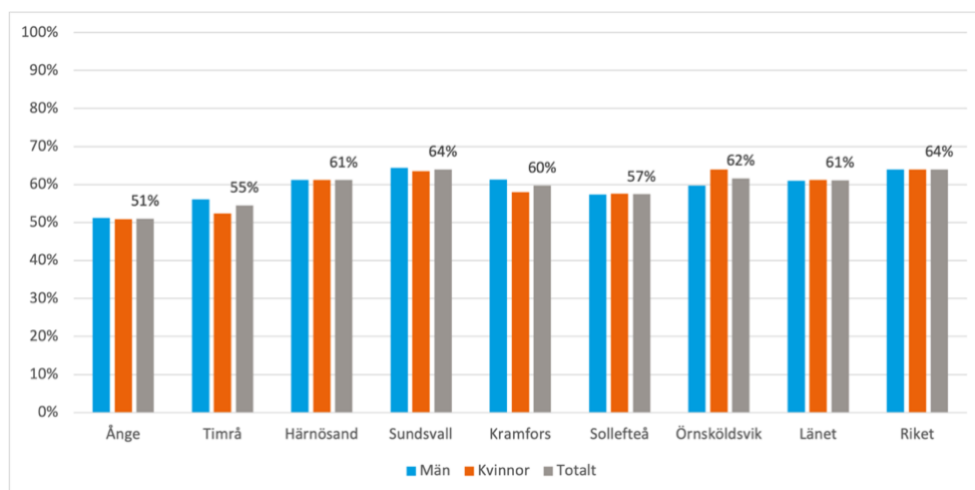


Att arbeta förebyggande och hälsofrämjande för att minska andelen i befolkningen som är fysiskt inaktiva har stor potential att minska samhällskostnader som uppkommer till följd av sjukdomar kopplade till för lite fysisk aktivitet. Enligt en hälsoekonomisk beräkning för ett scenario där andelen i åldrarna 20–84 år i länet som är fysiskt inaktiva (mindre än 150 minuter per vecka) minskar med 5 procentenheter (från dagens 39 % till 34 %) under en tioårsperiod skulle 337 sjukdomsfall kunna undvikas (inom främst diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer). Den totala kostnadsminskningen för hälso- och sjukvården i länet beräknas då till minst 16 121 000 kronor. Dessutom tillkommer stora kostnadsminskningar för kommunen och Försäkringskassan för exempelvis minskat produktionsbortfall och sjukskrivningar [67].

I Västernorrland är 61 procent av både män och kvinnor tillräckligt fysiskt aktiva (år 2018), det vill säga ägnar sig åt minst 150 minuters fysisk aktivitet per vecka [12]. Motsvarande siffra för riket är 64 procent för män och kvinnor, se figur 33 [11]. Det är alltså ingen skillnad mellan könen, däremot finns skillnader utifrån ålder och socioekonomi. I åldersgruppen 16–29 år är 70 procent tillräckligt fysiskt aktiva men i åldersgruppen 65–84 år är denna siffra 51 procent. Personer med längre utbildning är också mer fysiskt aktiva (71 % har minst 150 minuters fysisk aktivitet per vecka) än sina jämnåriga med kortare utbildning (50 %). Utrikesfödda i länet är mindre fysiskt aktiva än inrikesfödda. Andelen med tillräcklig fysisk aktivitetsnivå (150 timmar eller mer per vecka) är 63 procent för inrikesfödda och 48 procent för utrikesfödda i länet [12]. När det gäller förändringar över tid så har enkätfrågorna som ställts till befolkningen kring motionsvanor ändrats den senaste tioårsperioden och därför redovisas inga jämförande siffror över tid i denna rapport.

Figur 33 visar andelen tillräckligt fysiskt aktiva i länets kommuner (fysiskt aktiv i 150 minuter eller mer per vecka). Högst andel med tillräckligt fysiskt aktiva finns i Sundsvall (64 %) följt av Örnsköldsvik (62 %) och lägst andel finns i Ånge (51 %). Snittet för länet är 61 procent och 64 procent för riket. Timrå (55 %), Kramfors (60 %) och Sollefteå (57 %) ligger under länssnittet medan Härnösand (61 %) uppnår länssnittet. Som ett komplement till fysisk aktivitet tillfrågas invånarna om hur många timmar de sitter stilla varje dag. Figur 34 visar andelen som sitter stilla 7 timmar eller mer per dag, för varje kommun. Högst andel med stillasittande finns i Sundsvall (46 %) följt av Härnösand (45 %) och Ånge (45 %). Lägst andel med stillasittande finns i Kramfors (33 %). Timrå har 41 procent, Sollefteå 42 procent och Örnsköldsvik har 43 procent. För länet är siffran 44 procent och för riket 47 procent [12] [11]. Stillasittande mer än 7 timmar per dag eller mer är vanligare bland personer med lång utbildning där det är 49 procent stillasittande jämfört med personer med kort utbildning där siffran är 35 procent [12].

Figur 33. Andelen män och kvinnor i Västernorrlands län och dess kommuner samt riket som är tillräckligt fysiskt aktiva (150 minuter eller mer per vecka), ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



Figur 34. Andelen invånare med stillasittande 7 timmar eller mer per dag för Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.

Kommun	Andel (%) stillasittande 7 timmar eller mer per dag
Ånge	45 %
Timrå	41 %
Härnösand	45 %
Sundsvall	46 %
Kramfors	33 %
Sollefteå	42 %
Örnsköldsvik	43 %
Länet	44 %
Riket	47 %

#### *Fysisk aktivitet och stillasittande bland barn och unga*

Fysisk aktivitet har en mängd positiva hälsoeffekter för barn och unga i skolåldern och effekterna kan ses både på kort sikt och långt upp i vuxen ålder. Enligt rekommendationer från WHO bör barn och unga vara fysiskt aktiva minst en timme varje dag. Den fysiska aktiviteten kan vara att gå eller cykla till skolan eller olika idrottsaktiviteter eller lekar. Internationella studier har visat att hela 81 procent av skolungdomar rör sig för lite. Dessutom tillbringar många barn och ungdomar en stor del av sin vakna tid stillasittande. Barn blir generellt sett mindre fysiskt aktiva ju äldre de blir och flickor tenderar att röra sig mindre än pojkar [85]. Barn till socioekonomiskt gynnade föräldrar deltar i högre grad i organiserad

träning på fritiden. Att skolan främjar fysisk aktivitet blir därför extra viktigt för att nå alla barn [85].

På nationell nivå är det få som är tillräckligt fysiskt aktiva (minst en timmes fysisk aktivitet per dag) av 11-, 13- och 15-åringar och andelen har varit i princip oförändrad sedan början av 2000-talet. Av 15-åriga flickor i riket var bara 9 procent tillräckligt fysiskt aktiva vilket var lägst bland de uppmätta åldersgrupperna (år 2017/2018). Högst andel fanns hos 11-åriga pojkar där 23 procent var tillräckligt fysiskt aktiva [85].

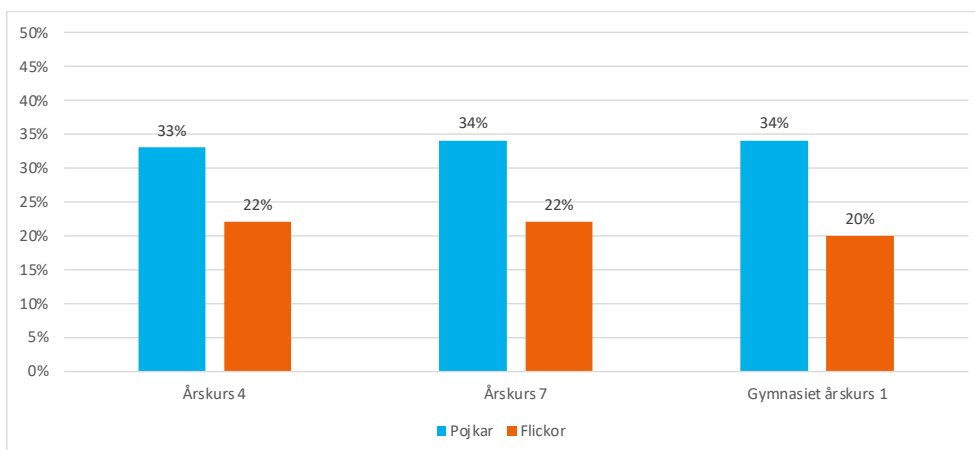
Från *Hälsosamtalen i skolan* finns enkätdata om barn och ungdomars fysiska aktivitet för Västernorrlands län. Figur 35 visar andelen pojkar och flickor inom länet i årskurs 4 och 7 samt gymnasiet årskurs 1 som anger att de rör på sig så att de blir andfådda och svettiga 5 dagar eller fler per vecka (läsåret 2019/2020). Pojkar rör sig mer än flickor i alla tre årskurser. För pojkarna är andelarna 33 procent i årskurs 4 och 34 procent i både årskurs 7 och gymnasiet år 1. För flickorna är andelarna 22 procent i både årskurs 4 och 7 samt 20 procent i gymnasiet årskurs 1 [13].

För de yngre barnen visar data från hälsosamtalen i skolan att 45 procent av pojkarna och 37 procent av flickorna i förskoleklass leker och rör sig på sin fritid så att de känner sig varma eller andfådda 5 dagar eller fler per vecka. Ingen jämförelse över tid är möjlig när det kommer till fysisk aktivitet för barn och ungdomar inom länet då frågeställningen har ändrats mellan mätningar [13].

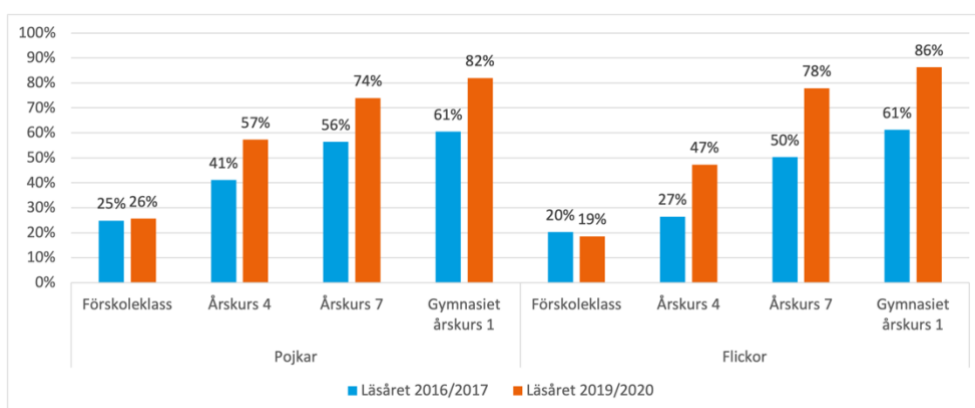
Figur 36 visar andelen pojkar och flickor i Västernorrlands län som är stillasittande framför skärm tre timmar eller mer per dag, uppdelat i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och gymnasiet årskurs 1 för läsåret 2019/2020 i jämförelse med läsåret 2016/2017. Stillasittandet är störst bland gymnasieelever och minst bland de yngre i förskoleklass. På gymnasiet årskurs 1 var andelen stillasittande 82 procent för pojkar och 86 procent för flickor. I årskurs 7 var siffrorna 74 procent för pojkar och 78 procent för flickor och i årskurs 4 var motsvarande siffror 57 procent för pojkar och 47 procent bland flickor. I förskoleklass var siffrorna 26 procent för pojkar och 19 procent för flickor (läsåret 2019/2020).

För alla åldersgrupper utom förskoleklass har stillasittandet ökat sedan läsåret 2016/2017. Störst ökning ser vi bland flickor i årskurs 7 som har ökat sitt stillasittande med 28 procentenheter sedan 2016/2017. Alla årskurser förutom barn i förskolan har haft en ökning i stillasittande mellan 16 och 28 procentenheter under denna period. Stillasittandet ökar med åldern och äldre flickor (årskurs 7 och gymnasiet årskurs 1) är i lite högre grad stillasittande än pojkar i samma ålder [13].

Figur 35. Andelen pojkar och flickor i Västernorrlands län som är fysiskt aktiva 5 dagar eller fler per vecka, uppdelat på årskurs 4 och 7 samt gymnasiet årskurs 1, läsåret 2019/2020. Källa: Region Västernorrland, Hälsosamtalet i skolan.



Figur 36. Andelen pojkar och flickor som är stillasittande framför tv, dator, surfplatta eller skärm tre timmar eller mer per dag, uppdelat på förskoleklass, årskurs 4 och 7 samt gymnasiet årskurs 1, läsåret 2019/2020. Källa: Region Västernorrland, Hälsosamtalet i skolan.



## Matvanor

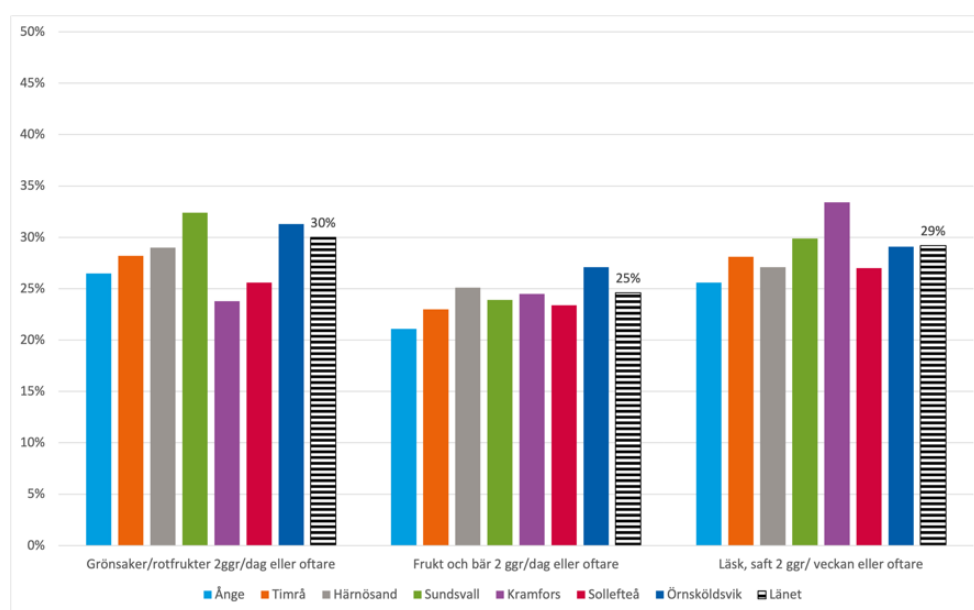
Matvanorna har stor betydelse för vår hälsa och påverkar risken att utveckla flera olika sjukdomar. Enligt Livsmedelsverket ska vi äta minst 500 gram grönsaker, frukt och bär varje dag. Detta motsvarar ungefär två frukter och två nävar med grönsaker, rotfrukter eller baljväxter (linser och bönor). Andra råd inkluderar minskat salt- och sockerintag, minskat intag av chark och rött kött samt ökat intag av fullkorn och fibrer [86]. Jämfört med andra regioner är Västernorrland ett av de länen med lägst intag av frukt och grönt [11].

Figur 37 visar andelen som äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär samt läsk och sötade drycker 2 gånger per dag eller oftare inom länet och dess kommuner för år 2018. I Västernorrland äter 30 procent av invånarna grönsaker och rotfrukter 2

gångar per dag eller oftare (21 % för män och 40 % för kvinnor). För frukt och bär är siffrorna 25 procent (17 % för män 33 % för kvinnor). För sötade drycker som läsk och saft är det 36 procent av männen och 22 procent av kvinnorna som dricker sötade drycker 2 gånger i veckan eller oftare. Förutom dessa könsskillnader så är matvanor kopplade till socioekonomi där personer med kort utbildningslängd i länet oftare äter otillräckliga mängder frukt och grönsaker jämfört med personer med lång utbildning i länet [12].

Det finns vissa skillnader mellan kommunerna där intaget av grönsaker är högst i Sundsvall med 32 procent och lägst i Kramfors med 24 procent. Högst intag av frukt och bär finns i Örnsköldsvik med 27 procent och lägst i Ånge med 21 procent. Intag av sötade drycker (läsk och saft) är högst i Kramfors (33 %) och lägst i Ånge (26 %), se figur 37 [12].

Figur 37. Andelen som äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär samt läsk, saft och sötade drycker 2 gånger per dag eller oftare, uppdelat för Västernorrlands län och dess kommuner, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018.



### Matvanor bland barn och unga

För barn och ungdomar gjordes nyligen en omfattande nationell matvaneundersökning av Livsmedelsverket *Riksmaten* för elever i årskurs 5, årskurs 8 och gymnasiet årskurs 2. Resultaten visade att de flesta äter för lite frukt och grönsaker, knappt 250 gram per dag och att flickor äter mer frukt och grönt än pojkar. De flesta äter också för mycket kött och chark även om konsumtionen har minskat sen den senaste mätningen år 2003. Pojkar äter mer kött och dricker mer läsk än flickor, men flickor äter mer godis. Andelen energi som kommer från

sockerhaltiga produkter verkar ha minskat sedan 2003, trots det kommer en för stor del av energin från dessa typer av produkter istället för från vanlig mat [87].

### **Tobak**

Hälsoriskerna med tobaksrökning är väl kända och inkluderar ökade risker att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och flera cancersjukdomar. Även passiv rökning har visat sig öka risken för exempelvis lungcancer och hjärt- och kärlsjukdom [88]. När det gäller snusning är sambandet mellan snusning och risken att drabbas av exempelvis cancer och flera andra sjukdomar inte helt klarlagt. Däremot finns en förhöjd risk att drabbas av diabetes typ 2 vid hög snuskonsumtion. Snusning påverkar också blodtrycket och hjärt-kärlsystemet på ett negativt sätt och kan även ge skador i munslemhinnan [89].

Rökningen bidrar mycket till sjukdomsburden i Sverige och hälsofrämjande insatser har stor potential till att minska samhällskostnaderna för rökning. Enligt en hälsoekonomisk beräkning för ett scenario där andelen i länet som röker dagligen minskar med så lite som 1 procentenhet (från dagens 6 % till 5 %), skulle 296 sjukdomsfall kunna undvikas under en tioårsperiod (inom främst KOL, lungcancer och hjärt- och kärlsjukdomar), för åldrarna 20–84 år. Den totala kostnadsminskningen för hälso- och sjukvården i länet beräknas då till minst 19 431 000 kronor. Dessutom tillkommer stora kostnadsminskningar för kommunen och Försäkringskassan för exempelvis minskat produktionsbortfall och sjukskrivningar [67].

Tobaksrökning har gått ner stadigt de senaste årtiondena och i 2006 års folkhälsoenkät angav ca 16 procent av kvinnorna och 12 procent av männen i länet att de rökte dagligen [12]. Idag är motsvarande siffror 6 procent för både män och kvinnor. Rökning är ungefär lika vanligt förekommande i alla åldersgrupper, förutom bland yngre och unga vuxna 16–29 år där en lägre andel, bara 4 procent, anger att de röker dagligen. Det finns socioekonomiska skillnader i rökning för länets invånare. Kvinnor och män med kort utbildning röker oftare (10 % respektive 8 %) jämfört med kvinnor och män med lång utbildning (3 % respektive 2 %). Bland utrikesfödda i länet är daglig rökning något vanligare (8 %) jämfört med inrikesfödda (6 %). I den yngsta åldersgruppen 16–29 år är skillnaden störst där 7 procent bland utrikesfödda och 4 procent bland inrikesfödda röker dagligen. Det är också fler som röker ibland för utrikesfödda i åldersgruppen 16–29 år [12].

Bara 2 procent av invånarna i länet anger att de ibland eller dagligen använder e-cigarett eller andra elektroniska rökprodukter med nikotin. För e-cigarett utan nikotin var andelen bara 1 procent. Yngre och unga vuxna 16–29 år står för den största delen av de som använder e-cigarett [12].

I Västernorrland snusar 19 procent av männen och 7 procent av kvinnorna dagligen (14 % totalt), se figur 38. I riket snusar 18 procent av männen och 4 procent av

kvinnorna dagligen (11 % totalt). Snusningen har inte gått ner på samma sätt som rökning de senaste tio åren. År 2010 snusade 23 procent av männen och 7 procent av kvinnorna (15 % totalt) [12]. När det gäller ålder så är snusning ganska vanligt över alla åldersgrupper förutom för äldregruppen 65–84 år där bara 8 procent snusar dagligen jämfört med 18 procent bland 30–44 åringar. Det finns också socioekonomiska skillnader i länet gällande snusning där 15 procent i gruppen med kort- eller medellång utbildning snusar dagligen, jämfört med 9 procent i gruppen med lång utbildning. För män är skillnaderna störst där 21 procent av män med kort utbildning snusar dagligen jämfört med 14 procent hos män med lång utbildning [12].

Det finns vissa skillnader mellan kommunerna gällande rökning och snusning. Högst andel som röker dagligen finns i Timrå (9 %) och lägst i Örnsköldsvik (4 %). Högst andel som snusar dagligen finns i Timrå (15 %) och lägst i Ånge (12 %), se figur 38 [11] [12].

Figur 38. Andelen som röker dagligen och snusar dagligen för Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.

Kommun	Röker dagligen	Snusar dagligen
Ånge	-	12 %
Timrå	9 %	15 %
Härnösand	5 %	14 %
Sundsvall	6 %	13 %
Kramfors	7 %	14 %
Sollefteå	7 %	14 %
Örnsköldsvik	4 %	13 %
Länet	6 %	14 %
Riket	9 %	11 %

För litet urval eller antal svar för att kunna redovisa statistik för Röker dagligen Ånge.

#### *Tobaksbruk bland barn och unga*

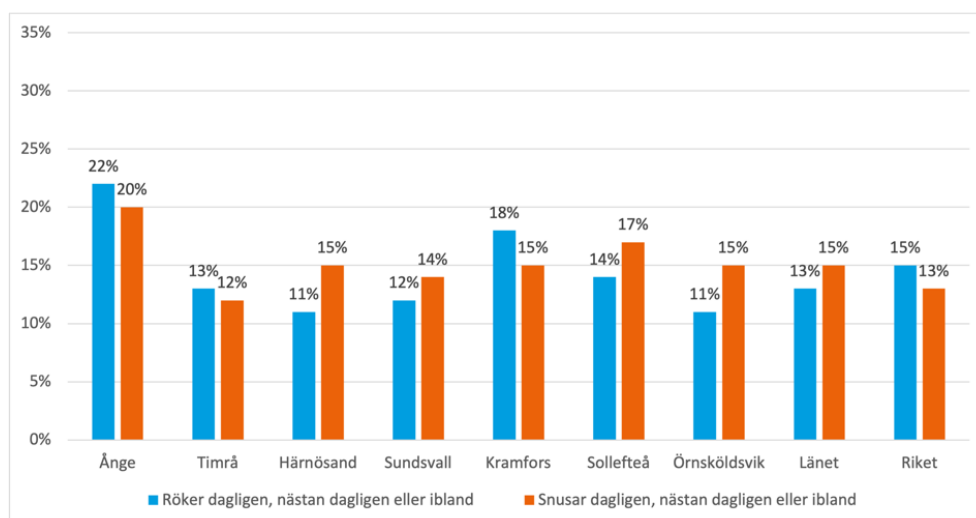
Tobaksrökning hos barn och ungdomar har liksom för vuxna minskat de senaste årtiondena. De senaste åren har andelen som rökt någon gång minskat från 21 procent år 2013 till 13 procent år 2019 (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2). Dagligrökarna är idag bara 2 procent och 10 procent anger att de röker bara ibland. Snusningen har inte gått ner på samma sätt som rökningen utan ligger kvar på ungefär lika nivå nu som år 2013. Idag snusar 15 procent dagligen/nästan dagligen eller ibland och snusningen är dubbelt så vanligt hos pojkar (21 %) som hos flickor (9 %), se figur 39 [90].

Figur 39. Andelen pojkar och flickor som röker eller snusar i Västernorrlands län, årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, år 2019. Källa: Region Västernorrland, Skolelevers drogvanor 2019.

	Årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2		
	Pojkar	Flickor	Totalt
Röker dagligen	2 %	2 %	2 %
Röker nästan dagligen	1 %	1 %	1 %
Röker ibland	10 %	9 %	10 %
<b>Total andel som röker någon gång</b>	<b>13 %</b>	<b>12 %</b>	<b>13 %</b>
Snusar dagligen	13 %	2 %	8 %
Snusar nästan dagligen	2 %	1 %	2 %
Snusar ibland	6 %	6 %	6 %
<b>Total andel som snusar någon gång</b>	<b>21 %</b>	<b>9 %</b>	<b>15 %</b>

Figur 40 visar andelen ungdomar som röker eller snusar dagligen/nästan dagligen eller ibland inom Västernorrlands län och dess kommuner samt riket för årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, år 2019. Lägst andel som röker finns i Örnsköldsvik (11 %), Härnösand (11 %) och Sundsvall (12 %). I Timrå röker 13 procent och i Sollefteå 14 procent. Högst andel som röker finns i Ånge (22 %) och i Kramfors (18 %). För snusning finns lägst andel i Timrå (12 %) och högst andel i Ånge (20 %). För övriga kommuner var siffrorna för snusning: Härnösand (15 %), Sundsvall (14 %), Kramfors (15 %), Sollefteå (17 %) och Örnsköldsvik (15 %) [90].

Figur 40. Andelen ungdomar som röker eller snusar dagligen, nästan dagligen eller ibland inom Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, år 2019. Källa: Region Västernorrland, Skolelevers drogvanor 2019.



## Alkohol

Alkoholkonsumtionen har både medicinska och sociala risker och är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och död. När det gäller hälsorisker visar den senaste forskningen att det inte finns några positiva effekter av alkohol utan ju mindre intag desto bättre. Alkoholkonsumtion ökar risken av drabbas av vissa folksjukdomar samt smittsamma sjukdomar (framförallt luftvägsinfektioner). När det gäller de sociala inverkningarna av alkoholkonsumtion är påverkan på samhället och individer stort. Alkohol är i omfattande grad inblandat när det gäller dödsfall i trafiken, självskadebeteende och suicid samt vid alla typer av våldsbrott [91].

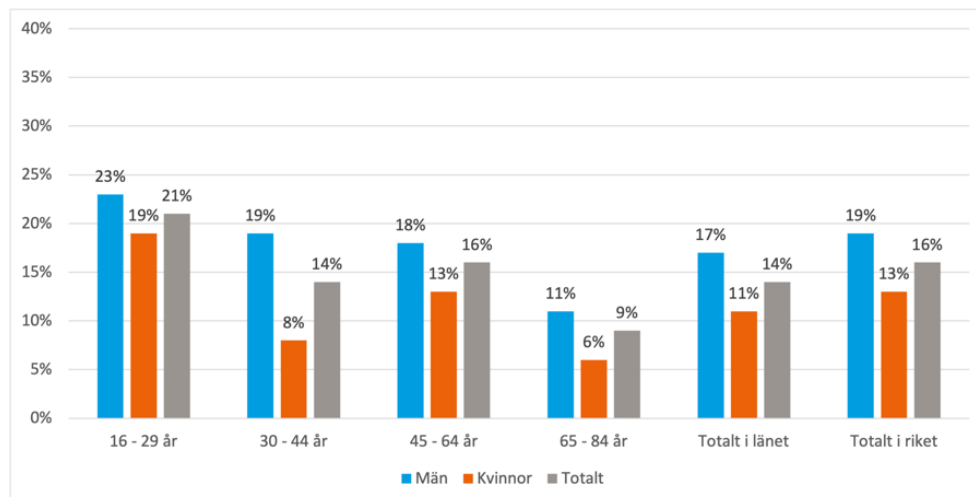
Att arbeta förebyggande med alkohol har potential att minska samhällskostnader och sociala konsekvenser av missbruk. Enligt en hälsoekonomisk beräkning för ett scenario där andelen i åldrarna 20–84 år i länet med riskabla alkoholvanor minskar med 3 procentenheter (från 14 % till 11 %) under en tioårsperiod skulle 315 sjukdomsfall kunna undvikas (inom alkoholrelaterade och psykiska sjukdomar). Den totala kostnadsminskningen i länet för hälso- och sjukvården beräknas då till minst 11 245 000 kronor. Dessutom tillkommer stora kostnadsminskningar för kommunen och Försäkringskassan för exempelvis minskat produktionsbortfall och sjukskrivningar samt minskade kostnader för sociala och brottsrelaterade konsekvenser [67].

Figur 41 visar andelen män och kvinnor med riskabla alkoholvanor för olika åldersgrupper i Västernorrlands läns samt totalt för riket, år 2018. Totalt hade 17 procent av männen och 11 procent av kvinnorna i Västernorrland riskabla alkoholvanor (14 % totalt)<sup>10</sup>, år 2018 [12]. Motsvarande siffra för riket var 19 procent respektive 13 procent [11]. Män har oftare riskabla alkoholvanor än kvinnor och yngre oftare än äldre. I åldersgruppen 16–29 år har totalt 21 procent riskabla alkoholvanor medan motsvarande siffra är 9 procent i gruppen 65–84 år. Andelen vuxna med riskabla alkoholvanor har inte ökat de senaste tio åren utan ligger kvar på en relativt hög nivå. Däremot ses en viss ökning av riskabla alkoholvanor i åldersgruppen 65–84 år. När det gäller socioekonomi finns främst skillnader för männen i länet där män med kort eller medellång utbildning nästan dubbelt så ofta (18 %) har riskabla alkoholvanor jämfört med män med lång utbildning (11 %). Bland utrikesfödda i länet är riskabla alkoholvanor betydligt mindre vanligt jämfört med inrikesfödda i länet. Bland utrikesfödda kvinnor har 3 procent riskabla alkoholvanor jämfört med 12 procent bland inrikesfödda kvinnor. För män är motsvarande siffror 11 procent bland utrikesfödda och 18 procent bland inrikesfödda [12].

---

<sup>10</sup> Mättet riskabla alkoholvanor räknas ut från tre frågor (AUDIT-C) om alkoholkonsumtionen (hur ofta man druckit de senaste 12 mån, hur många glas man dricker en typisk dag vid alkoholintag samt hur ofta man drack sex glas eller mer vid ett och samma tillfälle). 6–12 poäng för män och 5–12 poäng för kvinnor definieras som riskabla alkoholvanor.

Figur 41. Andelen män och kvinnor med riskabla alkoholvanor för Västernorrlands län, uppdelat på åldersgrupper, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018.



Figur 42 visar andelen män och kvinnor med riskabla alkoholvanor per kommun i Västernorrland. Sundsvall är den kommun med högst andel med riskabla alkoholvanor (17 %) medan Sollefteå har lägst andel (12 %) [11] [12].

Figur 42. Andelen män och kvinnor med riskabla alkoholvanor för Västernorrlands län och dess kommuner samt riket, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.

Kommun	Män	Kvinnor	Totalt
Timrå	19 %	7 %	13 %
Härnösand	17 %	11 %	14 %
Sundsvall	20 %	14 %	17 %
Kramfors	16 %	9 %	13 %
Sollefteå	14 %	9 %	12 %
Örnsköldsvik	16 %	10 %	13 %
Länet	17 %	11 %	14 %
Riket	19 %	13 %	16 %

För litet urval eller antal svar för att kunna redovisa statistik för Ånge.

#### Alkoholbruk bland barn och unga

Andelen som druckit alkohol (så kallade alkoholkonsumenter) bland barn och unga har minskat de senaste åren i länet. År 2019 angav 38 procent i årskurs 9 och 66 procent i gymnasiet årskurs 2 i länet att de någon gång druckit alkohol de senaste 12 månaderna. År 2013 var motsvarande siffror 44 procent och 76 procent. Rikets siffror för år 2019 var 42 procent i årskurs 9 och 69 procent i gymnasiet årskurs 2.

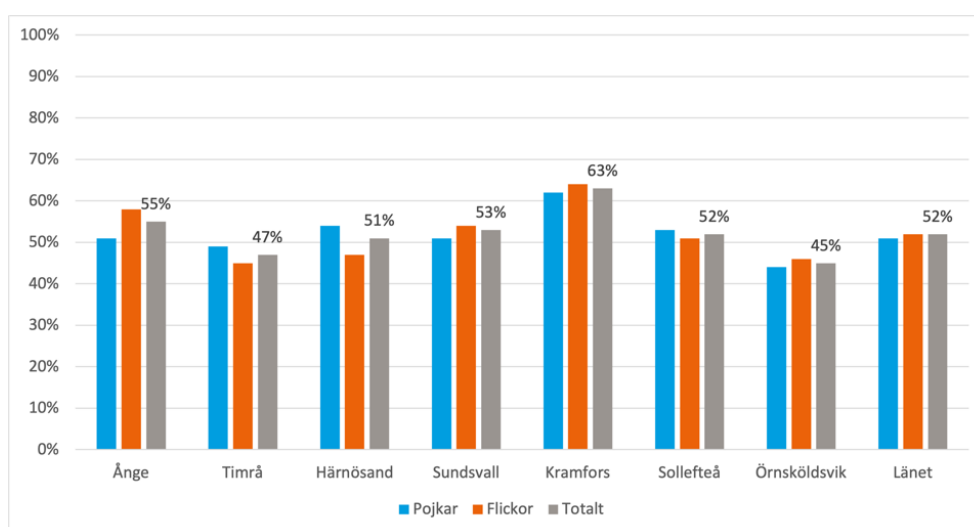
Västernorrlands ungdomar har inte en högre andel alkoholkonsumenter än riket men däremot är årskonsumtionen av alkohol, det vill säga hur mycket man dricker, högre bland länets ungdomar jämfört med rikets.

Årskonsumtionen av alkohol samt andelen ungdomar med tidig berusningsdebut (13 års ålder) har ändå sjunkit betydligt under de senaste decennierna [90].



Figur 43 visar andelen ungdomar i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 sammanslaget som druckit alkohol de senaste 12 månaderna (alkoholkonsumenter), per kommun i Västernorrland. Totalt i länet var andelen som druckit alkohol de senaste 12 månaderna 52 procent. Kommuner som låg över länsnittet var Kramfors (63 %) och Ånge (55 %). I Sundsvall (53 %), Sollefteå (52 %) och Härnösand (51 %) var andelarna i nivå med länsnittet. Timrå (47 %) och Örnsköldsvik (45 %) hade lägst andel som druckit alkohol i länet. I Ånge, Sundsvall, Kramfors och Örnsköldsvik var andelen flickor som druckit alkohol större än andelen pojkar. I Timrå, Härnösand och Sollefteå var andelen pojkar större [90].

Figur 43. Andelen pojkar och flickor som druckit alkohol de senaste 12 månaderna (alkoholkonsumenter) i Västernorrlands län och dess kommuner, årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, år 2019. Källa: Region Västernorrland, Skolelevers drogvanor 2019.



## Narkotika

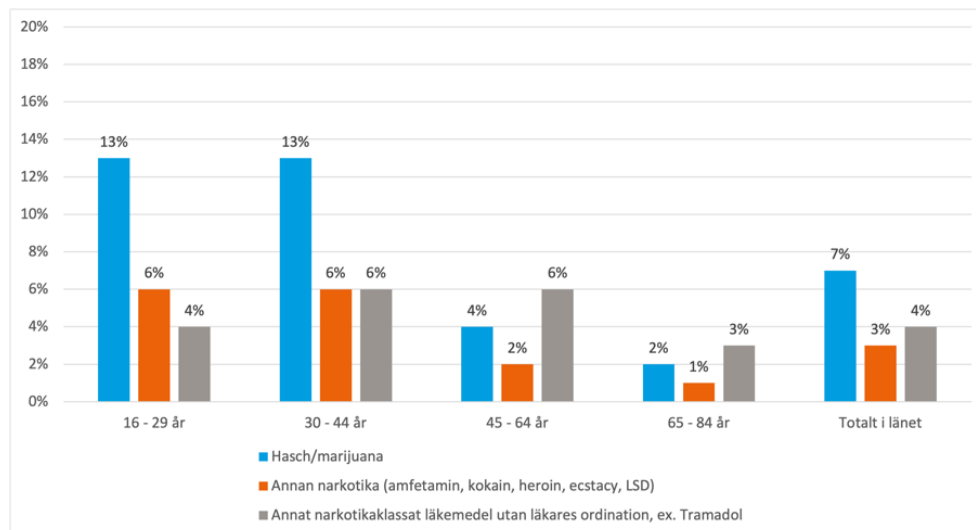
Narkotikaanvändning leder till ökade risker för både sjuklighet och dödlighet och påverkar människor ur ett socialt och medicinskt perspektiv. De sociala inverkningarna handlar om social utsatthet, utanförskap, ekonomiska konsekvenser samt kriminalitet. Narkotika har starkt beroendeframkallande egenskaper och skadar människors hälsa. De vanligaste långsiktiga effekterna av exempelvis hasch och marijuana är beroendeproblematik, försämrad kognitiv funktion samt ökade risker för psykiska problem. All hantering och användning av narkotika är olaglig i Sverige [92].

Figur 44 visar andelen invånare i Västernorrland som någon gång använt olika typer av narkotika uppdelat på olika åldersgrupper. I länet anger 9 procent av männen och 5 procent av kvinnorna (7 % totalt) att de har någon gång använt hasch eller marijuana. För annan narkotika som exempelvis amfetamin, kokain och heroin är siffrorna 5 procent för män och 2 procent för kvinnor (3 % totalt). Andelen som använt narkotika är som störst i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år där det i båda grupperna är totalt 13 procent som provat hasch/marijuana någon gång och 6 procent som har provat annan narkotika. Lägst andel som någon gång använt narkotika finns i åldersgruppen 65–84 år [12].

Figur 45 visar andelen invånare som någon gång använt olika typer av narkotika, uppdelat på kommunerna i Västernorrland. Det är små skillnader mellan kommunerna och därför svårt att dra några slutsatser om skillnader faktiskt föreligger, men Örnsköldsvik uppvisar de lägsta siffrorna för hasch/marijuana samt för annat narkotika [12].

Narkotikaanvändningen har möjligtvis ökat något den senaste tioårsperioden. År 2010 var det ca 1 procent som angav att de använt hasch eller marijuana de senaste 12 månaderna. År 2018 var denna siffra drygt 2 procent [11]. Tillgången till narkotika har ökat generellt sett sedan 2000-talet och dessutom har också utbudet av olika sorters narkotikapreparat ökat. En del undersökningar pekar på att både tillgången och användandet av narkotika har ökat de senaste åren [93].

Figur 44. Andelen invånare som angett att de någon gång använt (olika typer av) narkotika i Västernorrlands län uppdelat på åldersgrupper, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018.



Figur 45. Andelen invånare som angett att de någon gång använt (olika typer av) narkotika i Västernorrlands län och dess kommuner, ålder 16–84 år, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018.

Kommun	Hasch/marijuana	Annan narkotika (amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD)	Annat narkotikaklassat läkemedel utan läkares ordination, ex. Tramadol
Härnösand	9 %	3 %	4 %
Sundsvall	8 %	4 %	4 %
Kramfors	8 %	4 %	6 %
Sollefteå	7 %	3 %	3 %
Örnsköldsvik	5 %	2 %	4 %
Länet	7 %	3 %	4 %

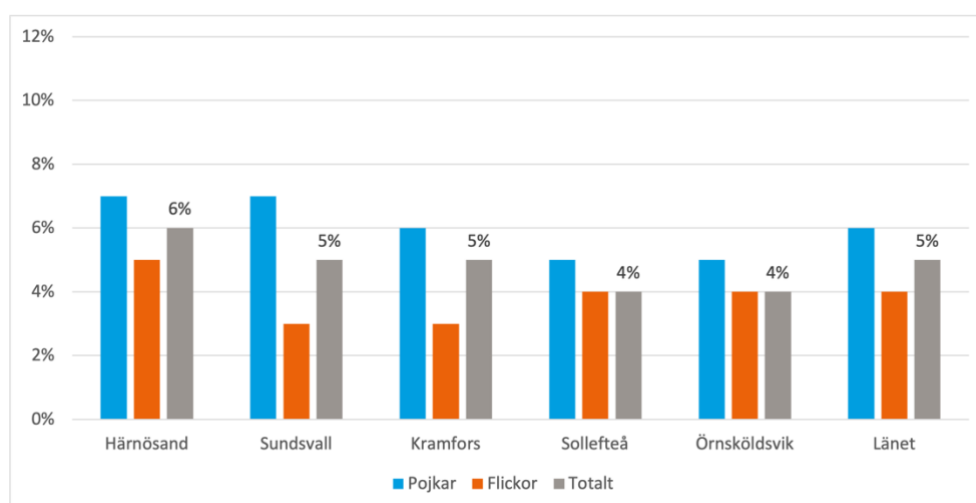
För litet urval eller antal svar för att kunna redovisa statistik för Ånge och Timrå.

#### Narkotikabruk hos barn och unga

På frågan ”har du använt narkotika under de senaste 12 månaderna?” svarade 6 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna ja på frågan år 2019 (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2). Andelen har varit oförändrad de senaste mätningarna (sedan 2013). År 2019 var andelen på gymnasiet årskurs 2 som använt narkotika betydligt lägre i länet jämfört med riket, både för flickor och pojkar. I länet hade 8 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna testat narkotika jämfört med 15 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna i riket [90].

Figur 46 visar andelen ungdomar i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 sammanslaget som använt narkotika de senaste 12 månaderna, uppdelat per kommun och kön. Det är ingen uppenbar skillnad mellan kommunerna samt små andelar som använt narkotika vilket gör det svårt att tala om faktiska skillnader. För pojkarna i kommunerna är det mellan 5–7 procent och för flickorna mellan 3–5 procent som angett att de använt narkotika det senaste året [90].

Figur 46. Andelen pojkar och flickor som använt narkotika de senaste 12 månaderna för Västernorrlands län och dess kommuner, årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, år 2019. Källa: Region Västernorrland, Skolelevers drogvanor 2019.



För litet urval eller antal svar för att kunna redovisa statistik för Ånge och Timrå.

### Spel om pengar

Precis som för alkohol och droger kan spel om pengar ge negativa konsekvenser eller till och med ett beroende för den som spelar. För den som får problem av att spela om pengar kan hälsan påverkas negativt framförallt psykiskt men även ge sociala- och ekonomiska problem. Det spelande som ger mest upphov till problem är nätkasino och nätpoker och det som ger minst problem är lotterier [94].

Det är vanligt att satsa pengar på spel eller köpa lotter. Figur 47 visar andelen män och kvinnor som de senaste 12 månaderna satsat pengar på spel eller köpt lotter, uppdelat per kommuner i länet för år 2018. Det saknas jämförande siffror för riket. För män var den totala andelen som spelat eller köpt lotter 68 procent och för kvinnor 60 procent (64 % totalt för båda könen). Högst andel som spelat fanns i Ånge (69 %) följt av Härnösand och Timrå med vardera 66 procent. Lägst andelsom spelat fanns i Sollefteå (58 %) och i Kramfors (62 %). I Örnsköldsvik var andelen som spelat 63 procent och i Sundsvall 65 procent. Andel som spelar om pengar har gått ned över tid inom både länet och riket [12].

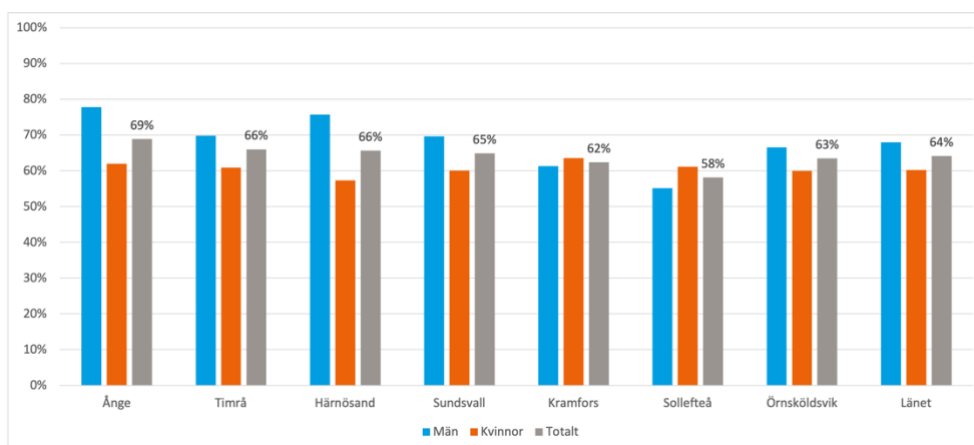
Medelålders och äldre i länet spelar oftare än yngre och unga vuxna i länet. Personer med lång utbildning spelar mindre än personer med kort- eller medellång utbildning [12]. För kommunerna finns vissa könsskillnader. Av männen finns högst andel som spelat i Ånge (78 %) och Härnösand (76 %) och för kvinnorna finns högst andel i Kramfors (64 %) följt av Ånge (62 %). Lägst andel både män och kvinnor som spelat finns i Sollefteå [12].



Riskabelt spelande är vanligare bland män (speciellt yngre män) än bland kvinnor.

Med riskabelt spelande menas att man exempelvis spelar för mer än man har råd att förlora eller att man behövt låna pengar för att kunna spela. I Västernorrland har totalt 6 procent av männen och 2 procent av kvinnorna ett riskabelt spelande, vilket är i nivå med rikets siffror [11]. Riskabla spelvanor har inte ökat det senaste tio-femton åren utan ligger på en oförändrad nivå [12].

Figur 47. Andelen män och kvinnor som de senaste 12 månaderna satsat pengar på spel eller köpt lotter, per kommun, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018.



### *Spel om pengar hos barn och unga*

År 2019 angav 21 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna (13 % totalt) att de spelat om pengar de senaste 12 månaderna (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2). Motsvarande siffror för riket var 23 procent för pojkar och 4 procent för flickor (totalt 14 %). Pojkarna spelar alltså betydligt oftare om pengar än vad flickor gör. Av alla tillfrågade ungdomar var det 2 procent som svarat att de någon gång spelat för mer pengar än de verkligen haft råd att förlora. Även på frågan om de lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för, svarade 1 procent att de någon gång gjort detta. Spel om pengar bland unga har minskat sedan 2013 inom riket men inom Västernorrlands län syns enbart en minskning bland flickor. För kommunerna finns endast små skillnader i hur stor andel som någon gång spelat om pengar senaste 12 månaderna: Timrå, Sundsvall och Kramfors (12 %), Örnsköldsvik (13 %), Härnösand (14 %), Ånge och Sollefteå (15 %) [90].



## Delaktighet, inflytande och sammanhållning

Människors möjlighet till delaktighet och inflytande påverkas av resurser såsom tid, pengar och kunskap. Resurserna är i sin tur beroende av faktorer som sysselsättning, utbildningsbakgrund och sociala nätverk och relationer. Tillgången till både resurser och andra faktorer är ofta ojämnt fördelade i samhället vilket leder till att olika grupper har olika möjligheter till delaktighet och inflytande. Personer med låg socioekonomisk position upplever i lägre grad att de har kontroll eller inflytande över sin situation i jämförelse med personer med hög socioekonomisk position [95].

Brist på delaktighet och inflytande kan skapa en känsla av maktlöshet och utanförskap vilket kan påverka människors hälsa negativt. För att uppnå en jämlik hälsa är det därför av stor vikt att arbeta för att skapa goda förutsättningar för att alla ska känna sig delaktiga och ha möjlighet till inflytande. I den här delen av kartläggningen presenteras uppgifter om befolkningens delaktighet och inflytande samt socialt och kulturellt deltagande. Statistiken är inhämtad från Valmyndighetens databas, SCB:s enkätundersökning *Medborgarundersökningen*, folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* samt *Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada)*.

### Sammanfattning

- Nationellt sett har valdeltagandet ökat de senaste riksdagsvalen och det gäller även inom Västernorrland. Vid senaste riksdagsvalet röstade 87,8 procent av länets röstberättigade vilket var högre än riksnittet på 87,2 procent. Bland kommunerna har Örnsköldsvik (88,6 %) högst valdeltagande i riksdagsvalen medan Ånge (85,6 %) har lägst.
- När det kommer till invånarnas upplevelse av inflytande så finns det bristfälligt underlag från länets kommuner. Den senaste Medborgarundersökningen år 2020 visade dock på att de deltagande kommunerna Örnsköldsvik (62,0) och Härnösand (60,0) fick ett godkänt medelbetyg när det kommer till invånarnas helhetsupplevelse av kommunen som en plats att bo och leva i. Resterande av kommunerna deltog vid mätningen 2018 eller tidigare och alla har sedan 2016 ett godkänt medelbetyg mellan 55,0 och 66,0 (förutom Timrå som aldrig har deltagit i undersökningen).
- Andelen med lågt socialt deltagande i Västernorrland är 24 procent för männen och 19 procent för kvinnorna (22 % totalt). Äldre rapporterar ett en högre andel med lågt socialt deltagande än yngre. I åldersgruppen 65–84 år uppger 28 procent av männen och 21 procent av kvinnorna ett lågt socialt deltagande jämfört med gruppen 30–44 år där andelarna är 13 procent för män och 14 procent för kvinnor. Personer med kort utbildningslängd har en högre andel med lågt socialt deltagande (31 %) jämfört med personer med lång utbildning (8 %).

- Att delta i fritidsaktiviteter har stor betydelse för barns och ungas utveckling. Kulturskolan är en frivillig verksamhet för barn och unga som vill utveckla sin kreativitet inom ämnesområdena musik, sång, dans, film, teater samt bild och form. Inom Västernorrlands län innehåller statistiken från Kulturrådet stora bortfall på kommunal och därmed på länsnivå när det kommer till ungas (6–15 år) deltagande i musik- eller kulturskola och redovisas därför inte i denna rapport. Antalet deltagartillfällen i idrottsföreningar bland unga har dock legat relativt konstant sedan 2016 med en svag negativ trend på nationell, läns- och kommunal nivå. Deltagandet i idrottsföreningar är högre bland pojkar jämfört med flickor på nationell, läns- och kommunal nivå.

### **Demokratisk delaktighet**

Delaktighet och deltagande i samhället kan mätas på flera olika sätt. Ofta används deltagande i allmänna val som en indikator på delaktighet då valdeltagandet bedöms kunna ge en bra bild över människors makt, inflytande och delaktighet i ett samhälle. Unga har ett lägre valdeltagande än äldre på en nationell nivå, men sedan år 2006 har förstagsängsväljarnas valdeltagande ökat. Kvinnor har ett högre valdeltagande än män. Valdeltagandet är också kopplat till socioekonomisk position då personer med lång utbildning har högre valdeltagande än personer med kort utbildning [32].

Nationellt sett har valdeltagandet ökat de senaste riksdagsvalen [96] och det gäller även inom Västernorrland. Vid senaste riksdagsvalet röstade 87,8 procent av länets röstberättigade vilket var högre än rikssnittet på 87,2 procent. Bland kommunerna har Örnsköldsvik (88,6 %) högst valdeltagande i riksdagsvalet medan Ånge (85,6 %) har lägst [97].

### **Inflytande**

För att mäta medborgarnas upplevelse av inflytande används betygsindexet Nöjd-Inflytande-Index (NII) som är ett mått på hur invånarna bedömer möjligheterna till inflytande över kommunala beslut och verksamheter. Statistiken kommer från SCB:s *Medborgarundersökning* som senast genomfördes 2020. Varje kommun väljer huruvida de önskar delta och hur ofta de deltar vilket resulterar i att statistik inte finns tillgänglig för alla år och kommuner. Betygsindex går från 0 till 100 där 100 innebär total nöjdhet. Värden under 40 klassas som ”inte godkänt”, gränsen för ”nöjd” går vid 55 och 75 eller högre tolkas som ”mycket nöjd” [15].

Alla kommuner inom länet förutom Timrå har en eller flera gånger deltagit i Medborgarundersökningen. Härnösand deltar årligen, Örnsköldsvik deltar vartannat år, Kramfors deltar vart tredje år medan Ånge och Sundsvall har deltagit men utan konsekvent periodicitet. Vid samtliga mätningar har alla kommuner fått ett genomsnittligt NII-värde som ligger under eller kring 40 vilket innebär att invånarna bedömer möjligheterna till inflytande över kommunala beslut och verksamheter som ”inte godkänt” [15].

I Medborgarundersökningen undersöks också hur invånarna ser på kommunen som en plats att bo och leva i, det så kallade Nöjd-Region-Index (NRI). Undersökningen innefattar frågeområden gällande bland annat utbildning- och arbetsmöjligheter, trygghet, kommunikationer och fritidsmöjligheter, men även hur nöjd man är med kommunen i dess helhet och hur väl kommunen uppfyller medborgarnas förväntningar [15].

Vid den senaste mätningen 2020 fick de deltagande kommunerna Örnsköldsvik (62,0) och Härnösand (60,0) ett godkänt betyg när det kommer till invånarnas helhetsupplevelse av kommunen som en plats att bo och leva i. Kramfors, Sollefteå, Sundsvall och Ånge som alla deltagit i mätningar någon gång mellan 2014–2018 har alla fått ett godkänt betyg mellan 55,0 och 66,0. Timrå har inte deltagit i undersökningen. Mer fördjupande statistik per år och kommun finns att tillgå via SCB:s hemsida [15].

### **Socialt och kulturellt deltagande**

För att vi människor ska uppleva sammanhang och meningsfullhet behöver vi få känna oss socialt delaktiga. Ett begrepp som beskriver en teori om detta är KASAM - Känsla Av Sammanhang och Meningsfullhet. Denna teori menar att ju högre KASAM en person har desto större är chansen att personen mår bra och kan behålla en god hälsa. Social delaktighet har visat sig ge bättre chanser till bra levnadsvanor, snabbare tillfrisknande från sjukdom och bättre generell hälsa jämfört med ofrivillig ensamhet och social isolering [32].

I den senaste folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* år 2018 undersöktes befolkningens sociala och kulturella deltagande, där social aktivitet inkluderar exempelvis kurser, teater eller deltagande i diskussioner på internet<sup>11</sup>. Det låga sociala deltagandet, det vill säga att ha deltagit i mindre än två sociala aktiviteter under de senaste 12 månaderna, är högre inom länet jämfört med rikssnittet. Män har generellt ett lägre socialt deltagande jämfört med kvinnor både på nationell och länsnivå. Sedan 2012 har det låga sociala



<sup>11</sup> Fullständig definition av social aktivitet räknas här som studiecirkel eller kurs på din arbetsplats och fritid, fackföreningsmöte eller annat föreningsmöte, teater eller bio, konstutställning eller museum, religiös sammankomst, sporttillställning, skrivit i blogg eller insändare i tidning eller tidskrift, demonstration av något slag, offentlig tillställning till exempel danstillställning, marknadsbesök eller liknande, större släktsammankomst, privat fest, följt sociala nätverkssajter på internet, skrivit inlägg, deltagit i diskussioner eller spelat med andra på internet.

deltagandet minskat bland män och kvinnor på nationell nivå medan det enbart har minskat bland kvinnor inom Västernorrlands län.

Andelen med lågt socialt deltagande i Västernorrland är 24 procent för männen och 19 procent för kvinnorna (22 % totalt). Äldre rapporterar ett en högre andel med lågt socialt deltagande än yngre. I åldersgruppen 65–84 år uppger 28 procent av männen och 21 procent av kvinnorna ett lågt socialt deltagande jämfört med gruppen 30–44 år där andelarna är 13 procent för män och 14 procent för kvinnor. Personer med kort utbildningslängd har en högre andel med lågt socialt deltagande (31 %) jämfört med personer med lång utbildning (8 %) [12].

### *Socialt och kulturellt deltagande bland barn och unga*

Att delta i fritidsaktiviteter har stor betydelse för barns och ungas utveckling. En viktig del i detta är vuxennärvaron som barn och unga får i de organiserade aktiviteterna inom kulturen och fritiden. Om barn och unga spenderar mycket av sin fritid utan vuxna ökar risken för destruktiva beteendemönster [98].

Kulturskolan är en frivillig verksamhet för barn och unga som vill utveckla sin kreativitet inom ämnesområdena musik, sång, dans, film, teater samt bild och form. Inom Västernorrlands län innehåller statistiken från Kulturrådet stora bortfall på kommunal och därmed på länsnivå när det kommer till ungas (6–15 år) deltagande i musik- eller kulturskola och redovisas därför inte i denna rapport [10].

Idrottsföreningar är en annan vanlig arena för socialt deltagande bland barn och unga. I uppföljningsrapporten *Statens stöd till idrotten* av Centrum för idrottsforskning, framkommer att det finns socioekonomiska kopplingar mellan barn och ungas föreningsidrottande och föräldrarnas socioekonomiska status. Det är fler barn och unga från familjer med stark socioekonomisk status som deltar i idrottsföreningar. Det finns också indikationer på att ojämlikheten inom föreningsidrottandet är större bland flickor än bland pojkar [99].

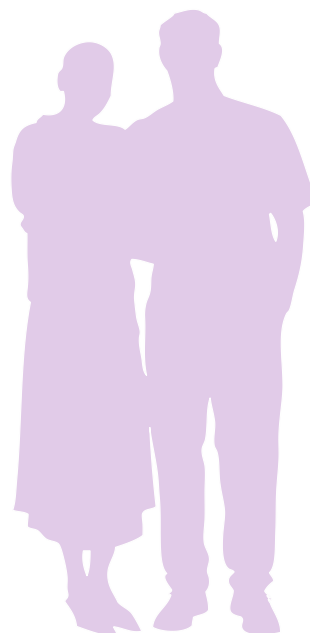
Sett till antal deltagartillfällen i idrottsföreningar inom Västernorrland är antalet 32 tillfällen per invånare och år vilket ligger i linje med rikssnittet. Högst antal deltagartillfällen i idrottsföreningar bland unga har Örnsköldsviks kommun (42) medan Ånge kommun (21) har lägst antal tillfällen. Antalet deltagartillfällen i idrottsföreningar bland unga har legat relativt konstant sedan 2016 med en svag negativ trend på nationell, läns- och kommunal nivå. Deltagandet i idrottsföreningar är högre bland pojkar jämfört med flickor på nationell, läns- och kommunal nivå [10].



## Trygghet och tillit

Det är viktigt att möta upplevelser av otrygghet i ett samhälle, eftersom känslor av otrygghet tenderar att smitta av sig och generera ännu mer otrygghet.

Känslan av trygghet hänger ofta samman med god självskattad fysisk och psykisk hälsa. Även tillit till andra människor har en positiv effekt på hälsan. De som upplever tillit till andra är ofta mindre stressade och mer benägna att delta i sociala nätverk och aktiviteter [100]. Upplevelsen av trygghet och den faktiska tryggheten (det vill säga säkerheten) i ett område är två olika saker. Ett exempel på detta är att män upplever sig mer trygga utomhus än kvinnor [12] samtidigt som det är fler män än kvinnor som utsätts för brott utomhus. Dessutom är det betydligt vanligare att kvinnor utsätts för våld i hemmet än våld utomhus [101].



I den här delen av kartläggningen kommer medborgarnas upplevda otrygghet och tillit att redogöras för, både vad gäller nuläget och utvecklingstrender. Även brott och brottsutveckling i länet ingår. Statistiken är främst inhämtad från Brottsförebyggande rådet (Brå) samt Polisen.

### Sammanfattning

- Unga kvinnor 16–29 år inom länet är den grupp som känner sig mest otrygg att vistas utomhus ensam med rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt bli ofredad (57 %). Kvinnor (40 %) upplever otrygghet utomhus i mycket högre grad än män (8 %), men upplevelsen av otrygghet utomhus minskar med åldern.
- 2018 uppgav 27 procent av männen och 28 procent av kvinnorna (28 % totalt) i länet att de har låg tillit till andra, det vill säga att de i allmänhet inte tycker att de kan lita på de flesta människor. Detta är i nivå med riket där 28 procent av både män och kvinnor rapporterade låg tillit under samma år. För länet ses en liten ökning från 2010 års nivå då 24 % av männen och 25 % av kvinnor (25 % totalt) kände låg tillit. Dock är ålder en avgörande faktor där tilliten till andra människor är lägre desto yngre personen är.
- På nationell nivå ökar antalet anmälda brott i totalt antal men sett till antal anmälda brott per 100 000 invånare så återfinns ingen tydlig ökning över tid. Dock har den självrapporterade utsattheten för brott ökat på nationell nivå vilket ger en indikation på att antalet anmälda brott inte överensstämmer med faktiskt genomförda brott.

- Inom Polisregion Nord är antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation 118 per 100 000 invånare år 2020 vilket är lägre än rikssnittet på 131. På grund av att endast ett fåtal kvinnor anmäler misshandelsbrott inom parrelation är det svårt att dra jämförelser och slutsatser om våld i nära relation. Ett ökat antal misshandelsbrott mot kvinna kan både innebära ett faktiskt ökat våld (negativt) samtidigt som det enbart kan betyda en ökad benägenhet att anmäla dessa brott (positivt), eller en kombination av dem båda.

### **Trygghet**

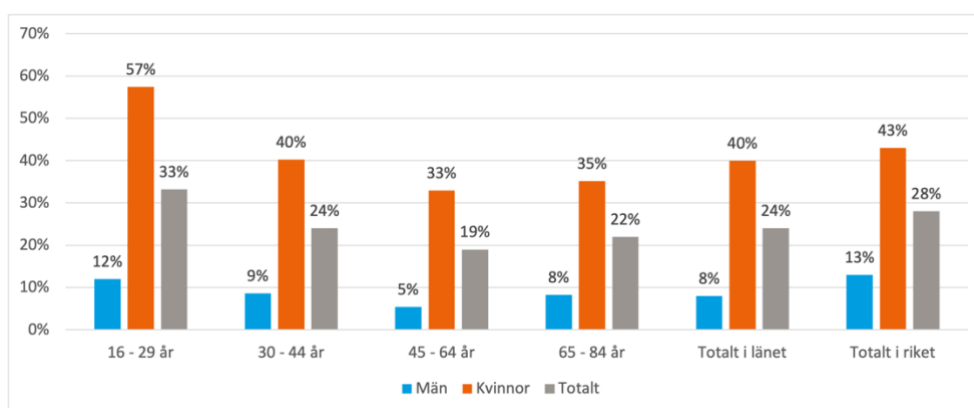
Överlag tyder den nationella trenden på att allt fler känner sig otrygga i sin närmiljö. Kvinnor, lågutbildade, lägre tjänstepersoner och utrikesfödda är de grupper där flest känner sig otrygga. Men även personer med funktionsnedsättning, de allra äldsta, ensamstående och de som bor i flerfamiljshus är mer otrygga än andra grupper [101].

Ett sätt att mäta den upplevda tryggheten i kommunen är genom SCB:s Medborgarundersökning och dess trygghetsindex. I undersökningen mäts en samlad bild av den upplevda tryggheten i samhället genom frågor kring upplevd trygghet utomhus, trygghet mot hot, rån och misshandel och trygghet gällande inbrott i hemmet som tillsammans bildar ett sammantaget index. Vid den senaste mätningen 2020 fick de deltagande kommunerna Örnsköldsvik (64,0) och Härnösand (55,0) ett godkänt betyg när det kommer till invånarnas helhetsupplevelse av kommunen som en trygg plats att leva och bo i. Resterande av kommunerna deltog vid mätningen 2018 eller tidigare och alla har sedan 2016 fått ett godkänt betyg mellan 55,0 och 68,0 (förutom Timrå som aldrig har deltagit i undersökningen). Härnösands helhetsbetyg gällande trygghet minskade dock mellan 2015 till 2020 och varierade mellan 45 (2017) och 55 (2020) under denna tidsperiod, det vill säga att kommunen inte uppnådde gränsvärdet för ”nöjd” när det kommer till invånarnas upplevelse av tryggheten under en begränsad tidsperiod. Vidare upplever män sig tryggare i sin kommun jämfört med kvinnor. Mer fördjupande statistik kring upplevelsen av trygghet per år och kommun finns att tillgå via SCB:s hemsida [15].

Invånarnas upplevelse av otrygghet utomhus återfinns i *enkätundersökningen Hälsa på lika villkor*. Figur 48 visar andelen män och kvinnor som känner sig otrygga att vistas utomhus ensam med rädsla för att bli överfallen, rånad, eller på annat sätt bli ofredad, i Västernorrlands län och uppdelat på åldersgrupper. Totalt sett i länet upplever 40 procent av kvinnorna och 8 procent av männen otrygghet utomhus. Kvinnor upplever otrygghet i betydligt högre grad än män i alla åldersgrupper. Otryggheten är högst i den yngsta åldersgruppen och minskar med ökande ålder. Unga kvinnor 16–29 år är den grupp som upplever mest otrygghet utomhus. I denna grupp anger 57 procent att de undviker att vistas utomhus ensamma med rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt bli ofredad. Motsvarande siffra för männen i samma åldersgrupp är 12 procent. I åldersgruppen

65 – 84 år anger 35 procent av kvinnorna och 8 procent av männen att de känner otrygghet utomhus [12]. Siffrorna för länet stämmer överens med riket och upplevelsen av otrygghet har ökat över tid både bland män och kvinnor och inom samtliga åldersgrupper [11]. För inrikesfödda är det en något högre andel (24 %) som känner otrygghet utomhus jämfört med utrikesfödda (21 %). Det är liten eller ingen skillnad mellan grupper med lång eller kort utbildning vad gäller upplevelse av otrygghet utomhus [12].

Figur 48. Andelen män och kvinnor som känner sig otrygga att vistas utomhus ensam med rädsla för att bli överfallen, rånad, eller på annat sätt bli ofredad, i Västernorrlands län uppdelat på åldersgrupper samt för riket totalt, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



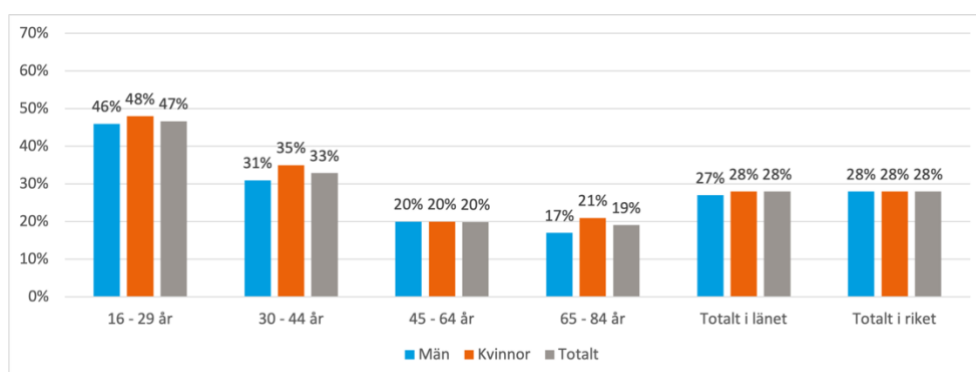
### Tillit

I en rapport om den svenska tilliten konstateras att den mellanmännsliga tilliten i Sverige är hög, till och med bland den högsta i hela världen. Med detta menas att människor i hög grad uppfattar att de i allmänhet kan lita på andra. Flera studier visar att hög mellanmännslig tillit kan ses som ett slags socialt kapital vilket är centralt i ett välfungerande samhälle [102].

För att belysa den mellanmännsliga tilliten på lokal nivå redovisas befolkningens uppfattning kring sitt sociala kapital. I den senaste folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* från år 2018 uppgav 27 procent av männen och 28 procent av kvinnorna (28 % totalt) i länet att de har låg tillit till andra, det vill säga att de i allmänhet inte tycker att de kan lita på de flesta människor, se figur 49. Detta är i samma nivå som riket där 28 procent av både män och kvinnor rapporterade låg tillit under samma år. Den senaste tioårsperioden har låg tillit legat konstant i riket. För länet ses en liten ökning från 2010 års nivå då 24 % av männen och 25 % av kvinnor (25 % totalt) kände låg tillit [12].

Inga större skillnader finns i avsaknad av tillit mellan män och kvinnor inom Västernorrland medan män i lite högre grad upplever en avsaknad av tillit till andra på nationell nivå. Dock är ålder en avgörande faktor. Figur 49 visar att tilliten till andra människor är lägre ju yngre personen är. Bland utrikesfödda i länet är det också vanligare med låg tillit (40 %) jämfört med bland inrikesfödda (26 %). För de med kort- eller medellång utbildning anger 23 % av männen och 27 % av kvinnorna (25 % totalt) att de inte kan lita på de flesta människor. För de med lång utbildning är siffran 16 % av männen och 17 % av kvinnorna (16 % totalt) [12].

Figur 49. Andelen män och kvinnor som anger att de i allmänhet inte kan lita på andra människor (känner låg tillit), i Västernorrlands län uppdelat på åldersgrupper samt för riket totalt, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.



#### Tillit bland barn och unga

I enkätundersökningen *Skolelevers drogvanor* från 2019 uppgav varannan elev i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 i Västernorrland att de hade låg tillit till andra, vilket låg i linje med rikssnittet. Tilliten till andra var lägre bland unga kvinnor jämfört med unga män. 62 procent av de unga kvinnorna inom länet uppgav att de inte kunde lita på de flesta människor, medan siffran för unga män var 47 procent. Skillnaden mellan unga män och kvinnor var därmed större än den genomsnittliga skillnaden mellan män och kvinnor i den vuxna befolkningen (18–64 år).

Figur 49 som baseras på enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor* från 2018 visade på liknande data där unga 16–29 år hade lägst tillit bland alla åldersgrupper. Exempelvis uppgav nästan varannan ung invånare (47 %) att de upplevde låg tillit till andra människor, jämfört med invånare 30–44 år där var tredje (33 %) invånare upplevde detsamma och äldre invånare 65–84 år där var femte (19 %) upplevde detsamma. I åldersgrupperna 45–64 år (20 %) och 65–84 år (19 %) upplevde var femte invånare låg tillit [90].

## Brott och våld

Antalet anmälda brott ger en annan infallsvinkel när det kommer till invånarens upplevelse av trygghet och faktiskt ökning av antalet brott. Det är dock viktigt att poängtera att brottsstatistiken endast visar de brott som anmäls. Det innebär att den anmälda brottsligheten inte är densamma som den faktiska brottsligheten. Mörkertalet är svårt att bedöma, då benägenheten att anmäla brott kan variera från år till år och beroende på brottskategori. Detta är viktigt att ha i åtanke när statistiken granskas och jämförs. Statistiken kompletteras därför med självrapporterad utsatthet av brott från den *Nationella trygghetsundersökningen* som genomförs årligen av Brottsförebyggande rådet (Brå).

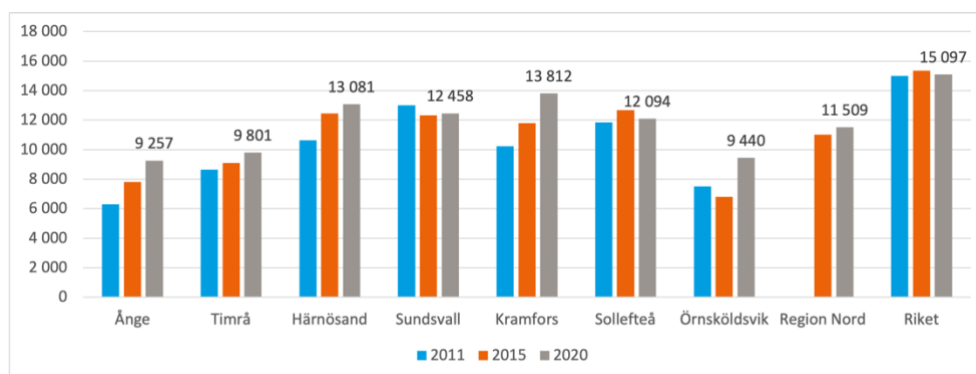
På nationell nivå ökar antalet anmälda brott i totalt antal men sett till antal anmälda brott per 100 000 invånare återfinns ingen tydlig ökning över tid [103]. Dock har den självrapporterade utsattheten för brott ökat på nationell nivå vilket ger en indikation på att antalet anmälda brott inte överensstämmer med faktiskt genomförda brott [101]. Antalet anmälda brott inom Polisregion Nord (sedan 2015<sup>12</sup>) var 11 509 per 100 000 invånare år 2020 vilket är lägre än rikssnittet på 15 097 under samma år. Länet ligger generellt lägre än rikssnittet över tid och ingen tydlig trend i ett ökat eller minskat antal brott per 100 000 invånare brott återfinns på länsnivå i likhet med riket [103].

Figur 50 visar antal anmälda brott per 100 000 invånare inom riket, Polisregion Nord och Västernorrland läns kommuner åren 2011 – 2020. På kommunal nivå har Kramfors (13 812), Härnösand (13 081) och Sundsvall (12 458) flest antal anmälda brott per 100 000 invånare. Därefter följer Sollefteå (12 094), Timrå (9 801) och Örnsköldsvik (9 440). Ånge har lägst antal anmälda brott med 9 257 per 100 000 invånare. Dock har Ånge kommun ökat med 46,8 procent i antal anmälda brott per 100 000 invånare sedan 2011 vilket är störst procentuell ökning inom länet. Andra kommuner med stor ökning i anmälda brott sedan 2011 är Kramfors (35,0 %), Örnsköldsvik (25,8 %) och Härnösand (22,9 %). Ökningen inom dessa kommuner 2011–2020 beror främst på ett ökat antal anmälda brott mot narkotikastrafflagen samt ett ökat antal anmälda bedrägeribrott [103].

---

<sup>12</sup> Polisregion Nord bildades den 1 januari 2015, och är en av sju regioner i Sverige. Länet består av Jämtlands län, Norrbottens län, Västerbottens län och Västernorrlands län, vilka i sig utgör var sitt polisområde. Respektive polisområde är vidare indelat i lokalpolisområden. Polisregionerna ersatte de tidigare till antalet 21 polismyndigheterna [113].

Figur 50. Antal anmälda brott per 100 000 invånare inom riket, Polisregion Nord och Västernorrland läns kommuner åren 2011–2020. År 2015 upphörde länspolismyndigheten i Västernorrland att upphöra vilket innebär att 2015 och 2020 års statistik baseras på Polisregion Nord som Västernorrlands län idag är en del av. Siffrorna i figuren visar år 2020. Källa: Brottsförebyggande rådet.



### Misshandel

Antalet anmälda brott om misshandel inklusive grov misshandel per 100 000 invånare har minskat sedan 2011 på nationell nivå [103]. Dock har den självrapporterade utsattheten för misshandelsbrott ökat på nationell nivå vilket ger en indikation på att antalen anmälda misshandelsbrott är missvisande [101]. Polisregion Nord ligger under riksnittet och antalet anmälda brott om misshandel har minskat sedan 2011 [103]. Minskningen återspeglas dock inte i statistiken gällande självrapporterade misshandelsbrott inom Polisregion Nord [101].

På kommunal nivå har Härnösand (1 095 per 100 000 invånare) flest antal anmälda brott om misshandel medan Örnsköldsvik har lägst (507 per 100 000 invånare). En tydlig ökning av antalet anmälda misshandelsbrott mellan 2011 och 2020 syns inom kommunerna Ånge och Kramfors. Under samma tidsperiod syns en tydlig minskning av anmälda misshandelsbrott inom kommunerna Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik [104]. När det kommer till den självrapporterade utsattheten för misshandelsbrott på kommunal nivå finns ingen tillgänglig statistik.

Data från 2020 bör analyseras med försiktighet då covid-19-pandemins påverkan på samhället har förändrat befolkningens beteende. Pandemin har inneburit att regler och rekommendationer om social distansering har införts, vilket har lett till minskad rörelse och aktivitet i samhället. Det i sin tur kan ha påverkat den anmälda brottsligheten. Framförallt har minskningen av anmälda brott som vanligtvis sker i det offentliga rummet kopplats samman med pandemin [105].

### Våld i nära relation

Våld i nära relation är ett samlingsbegrepp för brott där offer och förövare har eller har haft en nära relation. Brotten kan begås genom fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld, men kan också vara brott där man tvingar, hotar, stänger in eller befinner sig

hemma hos någon utan lov [106]. Våld i nära relation är ett stort samhällsproblem som drabbar både kvinnor och män. Däremot drabbas kvinnor oftare av upprepat och mer allvarligt våld. Förövaren är i majoriteten av fallen en man [107]. Mäns våld mot kvinnor innebär förutom mänskligt lidande även ett hinder för jämställdhet och jämlikhet och en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Utsattheten för våld i nära relation är högst bland personer i åldrarna 16–34 år. Utsatta kvinnor har dessutom ofta sämre ekonomiska förutsättningar än kvinnor som inte blivit utsatta [108].

Vidare är barn som upplever våld i hemmet en särskilt utsatt grupp och utvecklar ofta posttraumatiskt stressyndrom i kombination med att barnet faller in i tystnad som en strategi för att minimera riskerna för våld eller att föräldrarna förbjuder barnet att berätta. Barn reagerar olika på våld i hemmet och avgörande faktorer är ålder, kön och personliga egenskaper. Pojkar tenderar exempelvis att identifiera sig med förövaren för att bli sedd och accepterad medan flickor tenderar att hänge sig åt och stötta förövaren när denne visar ångest, skam och skuld [109]. Att minska våld i hemmet är därför inte enbart en fråga som berör kvinnans hälsa utan även den kort- och långsiktiga hälsan för de eventuella barn som upplever detta våld i hemmet.

När statistiken i detta avsnitt granskas och jämförs är det viktigt att ha i åtanke att mörkertalet är mycket stort för denna brottstyp. Enligt en kartläggning av brott i nära relationer från BRÅ polisanmälde knappt 4 procent av de som blev utsatta för våld i nära relation 2012 [108]. Dessutom kan våld i nära relation ske på fler sätt än genom misshandel exempelvis genom ofredande, förföljelse och frihetsberövande med mera. Statistiken som presenteras ger alltså en begränsad bild av utsattheten av våld i nära relation.

Under 2020, nationell nivå, anmäldes totalt 29 174 misshandelsbrott mot kvinna 18 år eller äldre varav nästan hälften (46,7 %) begåts av en närstående i en parrelation [104] där förövaren oftast är en man. Sett till antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinna från en närstående i en parrelation är rikssnittet 131 per 100 000 invånare. Sedan 2019 har nya brottskoder införts inom misshandelsbrott vilket resulterar i att ingen jämförelse över tid går att göra i relation till 2020 års statistik. Inom Polisregion Nord är antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation 118 per 100 000 invånare år 2020 vilket är lägre än rikssnittet på 131 [107].



På kommunal nivå har Sollefteå (185 per 100 000 invånare) flest antal anmälda misshandelsbrott mot kvinna från närstående i parrelation medan Härnösand (85 per 100 000 invånare) har lägst antal. Alla kommuner förutom Sollefteå ligger under rikssnittet för misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation [107].

På grund av att endast ett fåtal kvinnor anmäler misshandelsbrott inom parrelation är det svårt att göra jämförelser och dra några säkra slutsatser om våld i nära relation. Ett ökat antal misshandelsbrott mot kvinnor kan både innebära ett faktiskt ökat våld samtidigt som det enbart kan betyda en ökad benägenhet att anmäla dessa brott, eller en kombination av dem båda.

I och med stora mörkertal arbetar Region Västernorrland sedan 2018 strategiskt mot mäns våld mot kvinnor där hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal utbildas i att upptäcka våld mot kvinnor genom kompetenshöjande utbildningar och tydliga rutiner. Målen är bland annat att identifiera och dokumentera våldsutsatthet, bemöta och stödja våldsutsatta, hänvisa patienter till socialtjänst eller kvinnojour samt göra anmälningar eller orosanmälningar när barn far illa eller vid misstanke om att barn far illa i enlighet med lagstadgad skyldighet. Beslut finns att varje verksamhet inom Region Västernorrland som möter patienter ska ha tydliga rutiner kring hur man uppfyller ovanstående mål [110].

Vidare genomförde Kommunförbundet Västernorrland en kartläggning under 2019 av kommunernas systematiska arbete för att motverka mäns våld mot kvinnor och hur väl det upplevs fungera. Kartläggningen visade på att arbetet fungerade väl när det till exempelvis kom till baskunskaper inom området, det kollegiala stödet, att det finns en tydlig samordnarroll och att aktörerna har en gemensam syn på det könsrelaterade våldet. Det som bedömdes fungera mindre väl var till exempel det systematiska arbetet, marknadsföring av stödet till invånarna och utveckling av systematisk uppföljning. Ett förslag på förbättringsområde var bland annat att personalen ska börja och våga ställa frågor om våld vid patientkontakt vilket ligger i linje med regionens initiativ inom samma område. För mer djupgående information om kommunernas arbete kring det könsrelaterade våldet finns rapporten i sin helhet på Kommunförbundet Västernorrlands hemsida [111].

#### *Brott och våld bland barn och unga*

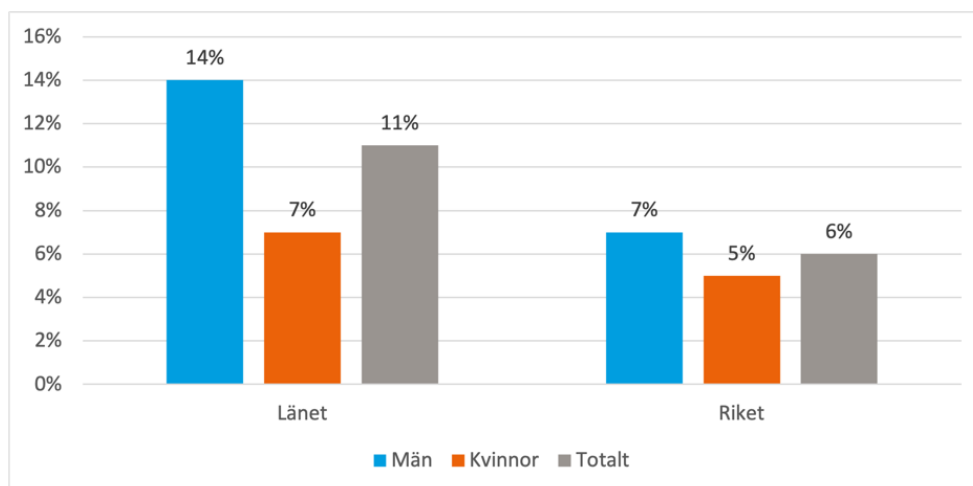
I enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor* undersöks länets och rikets självrapporterade utsatthet av fysiskt våld. Figur 51 visar andelen unga vuxna i åldrarna 16–29 år som uppger att de utsatts för fysiskt våld de senaste 12 månaderna, år 2018. För män är andelen 14 procent och för kvinnor 7 procent. Detta är högre än för riket där andelen är 7 procent för män och 5 procent för kvinnor [12].

I *Hälsosamtalen i skolan* i Västernorrland informeras elever om Barnkonventionen och att alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Eleverna får också frågan: Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra? Bakom ett ”ja” finns olika berättelser om både fysiska och psykiska



händelser. Från att någon kommenterat utseendet och oönskade blickar till att man har blivit knuffad, utsatt för oönskad beröring eller övergrepp. Kränkningar och övergrepp är något som lika väl kan ske mellan jämnåriga som mellan vuxna och barn. För ungdomar i gymnasiet år 1 svarade 16 procent av flickorna och 5 av pojkarna ja på frågan, läsåret 2019/2020. Under läsåret 2019/2020 gick andelen bland flickor på gymnasiet för första gången ned med flera procentenheter från att ha varit omkring 22–26 procent årligen [13].

Figur 51. Andel unga 16–29 år som uppger att de utsatts för fysiskt våld de senaste 12 månaderna inom Västernorrlands län jämfört med riket, år 2018. Källa: Region Västernorrland, Hälsa på lika villkor 2018 samt Folkhälsomyndighetens databas.




Brottsförebyggande rådets (Brå) *Skolundersökningen om brott* undersöker utsatthet av och delaktighet i brott och delaktighet i brott bland elever i årskurs 9. Undersökningen inkluderar endast data på nationell nivå. Undersökningen 2019 visade på att nästan hälften (48 %) av eleverna uppgav att de utsatts för stöld, misshandel, hot, rån eller sexualbrott minst en gång under de senaste 12 månaderna. Andelen utsatta var något mindre än 2017, då nästan 51 procent uppgav att de utsatts, men är åter igen på samma nivå som 2015 [112].

Bland flickor är det vanligast att ha utsatts för stöldbrott, följt av sexualbrott, och bland pojkar är stöldbrott vanligast, följt av misshandel. Elever med utrikesfödda föräldrar uppger större utsatthet för brott jämfört med elever med minst en svenskfödd förälder. Störst andel utsatta finns bland elever med skilda eller separerade föräldrar samt bland elever från familjer med små ekonomiska resurser [112]. Den vanligaste platsen att ha blivit utsatt för brott på var skolmiljön där utsattheten utgjordes av både lindrig och grov misshandel samt för fysiska sexuella kränkningar bland pojkar. Sedan 2015 har andelen som uppgett utsatthet för lindrig misshandel i skolmiljö ökat. Bland flickor har det gått från nästan 38 procent 2015 till drygt 47 procent 2019 och bland pojkar har det gått från drygt 58 procent till drygt 65 procent. Att utsättas för någon sexuell handling genom tvång är vanligast i någon annans hem, medan den vanligaste brottsplatsen för hot är på internet/sociala medier [112].



Ungefär hälften (52 %) av eleverna i riket uppger år 2019 att de begått något brott vid minst ett tillfälle under de senaste 12 månaderna (stöldbrott, våldsbrott, skadegörelse eller narkotikabrott). Detta är på samma nivå sedan 2015. Samtliga brottstyper är vanligast bland pojkar. För narkotikabrott och stöld är könsskillnaderna däremot små. För elever med minst en svenskfödd förälder är det vanligare med stöldbrott medan det för elever med utrikesfödda föräldrar är vanligare med delaktighet i brott. Delaktighet i brott är också vanligare bland elever med skilda föräldrar och för elever från familjer med små ekonomiska resurser [112].



# Del 3

## Sammanfattning av kartläggningen och förslag på riktningar framåt

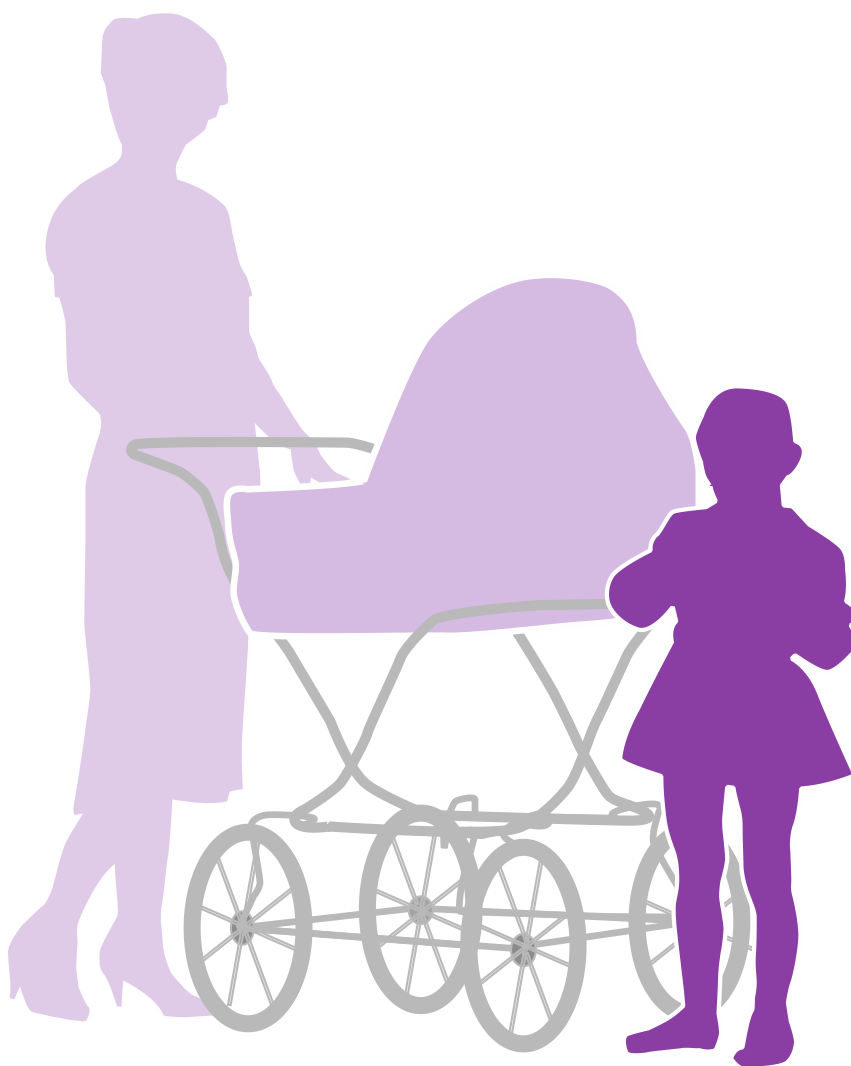


## Del 3 Sammanfattning av kartläggningen och förslag på riktningar framåt

### Barn och unga

Att sätta in tidiga förebyggande insatser riktat till barn är en av de mest effektiva investeringarna ett samhälle kan göra, där varje ursprunglig insats ger mångdubblat värde tillbaka. Insatser bland äldre barn och ungdomar tycks inte ge riktigt samma goda resultat men är ett komplement till de tidiga insatserna. Här ska också poängteras att oavsett lönsamhet är det viktigt att erbjuda och skapa goda uppväxtvillkor för alla barn. Alla insatser till barn, oavsett ålder, ger dem en bra start i livet och bättre förutsättningar inför framtiden [34].

Här redovisas en sammanfattning kring barn och ungas hälsa och livsvillkor inom Västernorrlands län 2021.



### **Sammanfattning**

*Andelen barn och unga inom länet har ökat sedan 2011 men förväntas minska till 2030*

Barn och unga utgör 22,3 procent (54 420 invånare år 2020) av Västernorrland läns befolkning år 2020 vilket är 1,0 procentenheter lägre än rikssnittet. Sedan 2011 har andelen barn och unga 0–19 år ökat med 2,7 procent. Dock förväntas de minska med 2,9 procent till år 2030 och hamna på liknande nivåer som 2011.

*Lägre andel gymnasielever inom länet tar examen jämfört med rikssnittet*

Inom Västernorrlands län hade 75,8 procent av gymnasieeleverna tagit examen inom tre år från ett nationellt program med start läsåret 2016/2017, vilket är något lägre än rikssnittet på 76,6 procent.

*Ungdomar etablerar sig i lägre grad på arbetsmarknaden jämfört med rikssnittet*

År 2018 är andelen ungdomar som är etablerade på arbetsmarknaden eller studerar två år efter fullföljd gymnasieutbildning i länet 76 procent, vilket är lägre än rikssnittet på 80,8 procent samma år. Inom länet är kvinnor (77,3 %) i högre grad etablerade på arbetsmarknaden eller studerar jämfört med männen (74,6 %), vilket skiljer sig mot riket där skillnaden mellan könen är nästintill obefintlig.

*Större andel arbetslösa ungdomar inom Västernorrlands län jämfört med riket*

Andelen unga 18–24 år som är arbetslösa inom länet uppgick 2020 till 14,0 procent, vilket är högre än rikssnittet på 11,6 procent.

*Barnfattigdomen i länet ligger i linje med rikssnittet men ökar över tid*

Inom Västernorrlands län levde 20 procent av barn och unga 0–19 år med låg ekonomisk standard år 2019 vilket låg i linje med rikssnittet på 20 procent samma år. På nationell nivå har barn som lever med låg ekonomisk standard ökat något sedan 2011 då andelen låg på 18 procent vilket ligger i linje med länets utveckling sedan 2011.

*Ungas mående har försämrats sedan 2011*

Länets unga (förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och gymnasiet årskurs 1) skattar sin hälsa högre ju yngre de är. Dock påvisas en negativ trend över tid bland både flickor och pojkar inom samtliga åldrar, det vill säga att de ungas upplevelse av deras eget mående har försämrats sedan 2011. Sedan 2011 har andelen pojkar som uppgett att de mår bra eller mycket bra försämrats med 4,6–6,0 procentenheter beroende på ålder medan försämringen för flickor ligger mellan 5,2–15,8 procentenheter beroende på ålder. Störst försämring syns bland flickors mående i årskurs 7 och gymnasiet årskurs 1. Vidare upplever unga kvinnor 16–29 år i högre grad oro, ångslan eller ångest, stress, depression och/eller suicidtankar jämfört med män och övriga åldersgrupper, både inom länet och riket.

*Västernorrlands län har tredje högsta siffran i Sverige när det kommer till antalet fallolyckor bland barn*

År 2019 hade Västernorrlands län den tredje högsta siffran i landet i jämförelse med alla landets regioner när det kommer till fallolyckor bland barn 0–6 år som slutenvårdats till följd av en skadehändelse. För länet var denna siffra 1 030 barn per 100 000 (1 077 för pojkar och 981 för flickor) i jämförelse med rikssnittet som låg på 657.

*Oförändrad andel med övervikt och fetma bland barn och unga sen 2011*

Övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västernorrland har inte ökat på samma sätt som för vuxna under de senaste tio åren. Om man däremot tittar 20–30 år bakåt i tiden har övervikt och fetma hos barn och ungdomar ökat. År 2019 förekom övervikt och fetma hos var femte barn i förskoleklass i länet och förekomsten ökar sedan med stigande ålder, främst för pojkarna.

*Tandhälsan bland barn och unga har förbättrats*

Den senaste tioårsperioden har andelen kariesfria barn och ungdomar ökat något i regionen för nästan alla åldersgrupper. Kariesförekomsten ökar successivt med ökande ålder. Totalt i länet för den regiondrivna tandvården så är andelen kariesfria 4-åringar 89 procent, 12-åringar 64 procent, 15-åringar 49 procent och 19-åringar 36 procent.

*Markant ökning av stillasittande framför skärm bland länets pojkar och flickor*

Andelen barn och ungas stillasittande framför tv, dator, surfplatta eller skärm tre timmar eller mer per dag har ökat markant mellan läsåren 2016/2017 och 2019/2020 inom samtliga årskurser i länet bland både pojkar och flickor, bortsett från flickor i förskolan som ligger på liknande nivåer som läsåret 2016/2017. Störst ökning ser vi bland flickor i årskurs 7 som har ökat sitt stillasittande med 28 procentenheter sedan 2016/2017. Alla årskurser förutom barn i förskolan har haft en ökning i stillasittande mellan 16 och 28 procentenheter under denna period. Ingen jämförelse med riket är möjlig då statistiken enbart är en regional undersökning.

*Barn och ungas konsumtion av sockerhaltiga produkter har minskat men ligger fortfarande för högt*

Lokal statistik saknas när det kommer till barn och ungas matvanor. På nationell nivå äter de flesta för lite frukt och grönsaker och flickor äter mer frukt och grönt än pojkar. De flesta äter också för mycket kött och chark även om konsumtionen har minskat sen den senaste mätningen år 2003. Pojkar äter mer kött och dricker mer läsk än flickor, men flickor äter mer godis. Andelen energi som kommer från sockerhaltiga produkter verkar ha minskat sedan 2003. Trots det kommer en för stor del av energin från dessa typer av produkter istället för från vanlig mat.

### *Tobaksrökning minskar hos barn och unga men snusning ligger på samma nivåer som tidigare*

Tobaksrökning bland barn och ungdomar har liksom för vuxna minskat de senaste årtiondena inom länet och riket. Från år 2013 har andelen som rökt någon gång minskat från 21 procent till 13 procent år 2019. Snusningen har inte gått ner på samma sätt som rökningen utan ligger kvar på ungefär lika nivå nu som år 2013.

### *Alkoholkonsumtionen bland barn och unga har minskat*

Andelen som druckit alkohol bland barn och unga (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2) har gått ner de senaste åren i länet. År 2019 angav 38 procent i årskurs 9 och 66 procent i gymnasiet årskurs 2 i länet att de någon gång druckit alkohol de senaste 12 månaderna. År 2013 var motsvarande siffror 44 procent och 76 procent. Västernorrlands ungdomar har inte en högre andel alkoholkonsumenter än riket men däremot är årskonsumtionen (hur mycket man dricker) av alkohol högre bland Västernorrlands ungdomar jämfört med rikssnittet.

### *Länets ungdomar har i lägre grad använt narkotika jämfört med rikssnittet*

År 2019 uppgav 6 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2). Andelen har varit oförändrad de senaste mätningarna. År 2019 var andelen i gymnasiet årskurs 2 som använt narkotika betydligt lägre i länet jämfört med riket, både för flickor och pojkar. I länet hade 8 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna testat narkotika jämfört med 15 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna i riket.

### *Allt färre unga spelar om pengar inom riket men inte bland länets pojkar*

År 2019 angav 21 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna (13 % totalt) att de spelat om pengar de senaste 12 månaderna (årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2). Motsvarande siffror för riket var 23 procent för pojkar och 4 procent för flickor (totalt 14 %). Pojkarna spelar alltså betydligt oftare om pengar än vad flickor gör. Spel om pengar bland unga har minskat sedan 2013 inom riket men inom Västernorrlands län syns enbart en minskning bland flickor. Pojkar spelar i lika hög grad som tidigare.





*Unga kvinnor känner sig mest otrygga att vistas ensamma utomhus och upplevelsen har ökat över tid*

Unga kvinnor 16–29 år inom länet är den grupp som känner sig mest otrygg att vistas utomhus ensam med rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt bli ofredad (57 %). Kvinnor (40 %) upplever otrygghet utomhus i mycket högre grad än män (8 %) samt att upplevelsen av otrygghet utomhus minskar med åldern. Siffrorna stämmer överens med riket och upplevelsen av otrygghet har ökat över tid både bland män och kvinnor och inom samtliga åldersgrupper.

*Unga känner lägre tillit till andra människor jämfört med övriga åldersgrupper*

Varannan elev i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 inom Västernorrland uppgav att de hade låg tillit till andra, vilket låg i linje med rikssnittet. Tilliten till andra var lägre bland unga kvinnor jämfört med unga män.

*Flickor mer utsatta för kränkningar och oönskade fysiska och psykiska händelser*

Betydligt fler flickor (16 %) än pojkar (5 %) på gymnasiet har varit med om oönskade fysiska eller psykiska händelser och kränkningar. Under läsåret 2019/2020 gick andelen som blivit utsatta ned för första gången på flera år.

*Unga män inom länet uppger i högre grad än rikssnittet att de blivit utsatta för fysiskt våld*

Unga män 16–29 år inom Västernorrland har uppgett i högre grad att de blivit utsatta för fysiskt våld (14 %) jämfört med rikssnittet för samma grupp (7 %). Lokal statistik saknas när det kommer till självrapporterad utsatthet av andra brott än misshandel bland unga. På nationell nivå uppgav nästan hälften (48 %) av de unga att de utsatts för stöld, misshandel, hot, rån eller sexualbrott minst en gång under de senaste 12 månaderna. Skolmiljön är den vanligaste brottsplatsen.

*Varannan ung svensk uppger att de begått brott*

När det kommer till självrapporterad brottslighet så saknas det lokal statistik. Ungefär hälften (52 %) av eleverna 2019 på nationell nivå uppger att de begått något brott (stöldbrott, våldsbrott, skadegörelse eller narkotikabrott) vid minst ett tillfälle under de senaste 12 månaderna. Ingen förändring har skett över tid.

*Unga transpersoner är en särskilt utsatt grupp när det kommer till psykisk ohälsa*  
Nationella undersökningar visar på att inom gruppen homo- och bisexuella är sämre psykisk ohälsa dubbelt så stor jämfört med heterosexuella. Transpersoner har i sin tur ytterligare nedsatt psykisk ohälsa, varav yngre transpersoner har sämre hälsa än äldre transpersoner.

## **Vuxna**

Under vuxenlivet påverkas människors hälsa mycket av arbetslivet, sysselsättning och familjesituation. Många hanterar både ett alltmer kravfyllt arbetsliv och ett hektiskt familjeliv. Samtidigt blir skillnaderna i hälsa allt mer synliga och en del börjar drabbas av arbetsrelaterad ohälsa eller kroniska sjukdomar.

Här redovisas en sammanfattning kring vuxnas hälsa och livsvillkor inom Västernorrlands län 2021.

### **Sammanfattning**

*Länets befolkning sett till antal invånare ligger relativt konstant över tid*

Enligt helårsstatistiken 2020 bor det 244 554 personer i Västernorrlands län. Länets befolkning har ökat med 1 procent sedan 2011 till och med 2020 men förväntas minska 1 procent till 2030.

*Antalet västernorrlänningar med utländsk bakgrund har ökat*

Ett ökat flyttningsöverskott inträffade i mitten av tiotalet. Dock har det inte gett en långvarig effekt sett till totalt antal invånare i länet men har lett till ett bestående ökat antal invånare som har utländsk bakgrund.

*Västernorrlänningen är i genomsnitt äldre än rikssvensken*

Medelåldern inom Västernorrlands län är 43,9 år vilket är högre än riket som ligger på 41,4 år. Medelåldern förväntas öka till 2030.

*Ett lägre antal i arbetsför ålder förväntas försörja ett högre antal i icke-arbetsför ålder*

Länets demografiska försörjningskvot har ökat med 8,2 enheter sedan 2011 och förväntas öka ytterligare 3,9 enheter till 2030, vilket innebär att ett lägre antal invånare i arbetsför ålder 20–64 år förväntas försörja ett högre antal i icke-arbetsför ålder.

*Lägre utbildningsnivå i länet jämfört med riket*

Utbildningsnivån inom länet har ökat sedan 2011 men ligger år 2019 fortfarande 6,6 procentenheter lägre för befolkningen 25–64 år än rikssnittet när det kommer till invånare med en treårig eftergymnasieutbildning eller mer.

*Fler förvärvsarbetar jämfört med 2011*

Andelen förvärvsarbetare har ökat sedan 2011 och ligger 2019 på 80,9 procent inom länet vilket ligger i linje med rikssnittet. Fler män än kvinnor förvärvsarbetar.

*Den relativa löneskillnaden mellan män och kvinnor minskar*

Medelinkomsten inom länet var 334 800 kronor år 2019 vilket var något lägre än rikssnittet. Män tjänar mer än kvinnor. Dock har löneökningen varit högre bland kvinnor än män sedan 2011 vilket gör att den relativa löneskillnaden mellan könen har minskat.

*Något högre arbetslöshet inom länet jämfört med riket*

År 2020 var i genomsnitt 9 procent av den registerbaserade arbetskraften arbetslösa inom länet vilket var något högre än rikets 8,5 procent. Män är i högre grad arbetslösa jämfört med kvinnor.

*Högre ohälsotal bland kvinnor än män*

Ohälsotalet är högre bland kvinnor än män inom länet vilket ligger i linje med rikssnittet. Dock är antalet dagar med ohälsa i genomsnitt högre i länet jämfört med riket både bland män och kvinnor.

*Andelen invånare med låg ekonomisk standard har ökat sedan 2011*

I Västernorrlands län levde 14,4 procent av invånarna 20 år eller äldre med låg ekonomisk standard under år 2019, vilket ligger i linje med rikssnittet. Sedan 2011 har andelen personer som lever i hushåll med låg ekonomisk standard ökat med 1,7 procentenheter inom länet, vilket följer samma utveckling som riket.

*Västernorränningar lever kortare än rikssvensken*

Under tidsperioden 2016–2020 var medellivslängden inom Västernorrland 79,8 år bland män och 83,4 år bland kvinnor, vilket är nästintill ett år kortare än rikssnittet för bägge könen.

#### *Länets invånare skattar sin hälsa som lika god idag som för tio år sedan*

År 2018 skattade 66 procent av länets invånare sin hälsa som god eller mycket god och andelen har varit relativt konstant sedan år 2010, även om det finns en svag negativ trend bland kvinnor. Män och har bättre självskattad hälsa jämfört med kvinnor.

#### *Fler drabbas av cancer än tidigare*

Sedan 2011 har antalet incidenser för cancer i genomsnitt ökat nationellt och inom Västernorrland. Män drabbas i högre grad än kvinnor av cancer. År 2020 stod invånare som var 60 år eller äldre för 87 procent av alla cancerfall.

#### *Färre drabbas och dör av hjärtinfarkt än tidigare*

Både insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt har minskat mycket de senaste årtiondena men länet ligger fortfarande högre än riket för både män och kvinnor när det gäller hjärtinfarkt. År 2020 skedde majoriteten av både hjärtinfarkterna (85 %) och av strokefallen (88 %) i länet i åldersgruppen 60 år eller äldre. Män stod för 64 procent av hjärtinfarkterna och för 55 procent av strokefallen.

#### *Ingen förändring i diabetesprevalensen i länet*

Diabetesprevalensen för typ 1 och 2 har varit ganska konstant de senaste åren. Diabetes typ 2 är vanligare bland män (58 %) och i de äldre åldersgrupperna där 53 procent av alla sjuksdomsfall finns i gruppen 70 år och äldre. Diabetes typ 1 är också vanligare bland män men inte bland äldre.

#### *Högt blodtryck fortsatt vanligt i den vuxna befolkningen och ökar med åldern*

Högt blodtryck är relativt vanligt i både i den vuxna arbetsföra befolkningen och i den äldre befolkningen. Antalet patienter i länet med diagnosen högt blodtryck och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 15 400 personer. Detta är något färre än åren innan då ungefär 18 000–19 000 patienter årligen med högt blodtryck besökt vården. I och med att färre har sökt vård under covid-19 pandemin generellt sett så kan det möjligtvis haft effekt på antalet personer som varit i kontakt med vården på grund av högt blodtryck.

#### *Fler kvinnor än män drabbas av fallolyckor*

I Västernorrland drabbades 8 551 personer av fallolyckor år 2020 och fick uppsöka vård. Kvinnor drabbades något oftare än män och är vanligast bland äldre.

#### *Demens ökar i takt med att befolkningen blir äldre*

Demens ökar i hela landet i takt med att befolkningen blir äldre. Antalet patienter i länet med en demensdiagnos och som varit i kontakt med vården, var år 2020 ca 1 930 personer. Demens är något vanligare bland kvinnor och med ökande ålder. Patienter i åldersgruppen 70 år och äldre stod för 92 procent av alla sjuksdomsfall av demens.

#### *Övervikt och fetma fortsätter att öka bland vuxna*

Övervikt och fetma har ökat stadigt i både riket och länet de senaste årtiondena och ännu syns ingen tendens till avmattning. År 2018 hade 63 procent av männen och 51 procent av kvinnorna i Västernorrland övervikt eller fetma (57 % totalt). Andelen som hade fetma var ungefär lika stor (18 %) hos både män och kvinnor. Motsvarande siffror för riket under samma år var 57 procent för männen och 44 procent för kvinnorna, varav de med fetma var 15 procent för båda könen.

#### *Ängslan, oro eller ångest ökar i länet bland både män och kvinnor*

Andelen invånare i länet som uppger besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat sedan år 2010 för både män och kvinnor. Svåra besvär sjunker med ökande ålder och i åldersgruppen 65–84 år har bara 3 procent av kvinnorna och 2 procent av männen svåra besvär. Totalt i länet är det 8 procent av kvinnorna och 4 procent av männen som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.

#### *Sömnbesvär ökar i länet bland både män och kvinnor*

I länet har 32 procent av männen och 45 procent av kvinnorna (38 % totalt) lätta eller svåra besvär med sömnen. Länet uppvisar ungefär samma siffror som i riket. Sömnbesvär har ökat över tid för både män och kvinnor i länet.

#### *Kvinnor upplever stress i högre grad än män*

Kvinnor upplever mer stress än män i alla åldersgrupper. I länet anger 11 procent av männen och 18 procent av kvinnorna (15 % totalt) att de känner sig ganska eller väldigt stressade. Länet uppvisar samma siffror som i riket. Stress är inte lika vanligt bland äldre.

#### *Depression är ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor jämfört med män*

Att ha fått diagnosen depression är ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor än bland män. Totalt i länet är det 5 procent av kvinnorna och 2 procent av männen (4 % totalt) som fått diagnosen det senaste året, vilket är ungefär samma siffror som i riket.

#### *Själv mord bland män är vanligare i Västernorrland jämfört med riket*

Totalt sett i länet är det 4 procent för både män och kvinnor som haft självmordstankar under det senaste året, vilket är liknande siffror som för riket. Själv mordstalet för män i länet har ökat något de senaste årtiondena och är idag 21 per 100 000 invånare, vilket är högre jämfört med rikets 17. För kvinnor i länet är självmordstalet 4,7 vilket är lägre än rikets 7,4.

### *God självskattad tandhälsa bland länets invånare*

Andelen som skattar sin tandhälsa som mycket bra eller ganska bra har varit på en jämn nivå de senaste tio åren. År 2018 angav 75 procent av invånarna i Västernorrland att de hade en god tandhälsa. Kvinnor skattar i högre grad sin tandhälsa som god jämfört med män.

### *Lågt förtroende till regionens hälso- och sjukvård bland länets invånare*

År 2020 hade 56 procent av länets invånare ett gott förtroende för regionens hälso- och sjukvård i sin helhet, vilket är 14 procentenheter lägre än rikssnittet. Länets invånare anser främst att det är väntetider till sjukhus och förtroendet för dessa sjukhus som har hög utvecklingspotential då andelen positiva är långt under rikssnittet.



### *Fysisk aktivitet är något lägre inom länet jämfört med riket*

I länet är 61 procent av både män och kvinnor tillräckligt fysiskt aktiva (minst 150 min per vecka), vilket är något mindre än i riket. Andelen med stillasittande livsstil (sitter stilla 7 timmar eller mer per dag) är 44 procent i länet och 47 procent i riket.

### *Lågt intag av frukt och grönt bland länets invånare jämfört med andra län*

Jämfört med andra regioner är Västernorrland ett av de länen med lägst intag av frukt och grönt i hela landet. I länet äter 30 procent av invånarna grönsaker och rotfrukter 2 gånger per dag eller oftare (21 % för män och 40 % för kvinnor). För frukt och bär är siffrorna 25 procent (17 % för män 33 % för kvinnor).

### *Tobaksrökning fortsätter att minska bland både män och kvinnor*

Tobaksrökning har gått ner stadigt de senaste årtiondena och idag röker 6 procent av både män och kvinnor dagligen.

### *Riskabla alkoholvanor ökar bland de äldre*

I länet har 17 procent av männen och 11 procent av kvinnorna riskabla alkoholvanor. Motsvarande siffra för riket är 19 procent och 13 procent. Män har oftare riskabla alkoholvanor än kvinnor och yngre personer oftare än äldre. I åldersgruppen 16–29 år har 21 procent riskabla alkoholvanor medan det i åldersgruppen 65–84 år bara är 9 procent. Andelen äldre som har riskabla alkoholvanor har ökat den senaste tioårsperioden.

### *Narkotikaanvändning är vanligast bland yngre*

Narkotikaanvändningen har ökat något den senaste tioårsperioden. År 2010 var det ca 1 procent som angav att de använt hasch eller marijuana de senaste 12

månaderna. År 2018 var denna siffra drygt 2 procent. Andelen som någon gång använt narkotika är som störst i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år.

#### *Spel om pengar har minskat över tid*

Spel om pengar är vanligt, för män var andelen som spelat eller köpt lotter de senaste 12 månaderna 68 procent och för kvinnor 60 procent (64 % totalt). Riskabelt spelande var ungefär lika vanligt i länet som i riket, 6 procent för män och 2 procent för kvinnor. Andelen som spelar om pengar har gått ned över tid inom både länet och riket. Riskabelt spelande har inte ökat.

#### *Valdeltagandet inom länet är högre än rikssnittet och ökar över tid*

Nationellt sett har valdeltagandet ökat de senaste riksdagsvalen och det gäller även inom Västernorrland. Vid senaste riksdagsvalet röstade 87,8 procent av länets röstberättigade vilket var högre än rikssnittet på 87,2 procent.

#### *Tillförlitligt statistiskt underlag saknas när det kommer till länsinvånarnas upplevelse av inflytande*

När det kommer till invånarnas upplevelse av inflytande så finns det bristfälligt underlag från länets kommuner. Den senaste Medborgarundersökningen år 2020 visade dock på att de deltagande kommunerna Örnsköldsvik (62) och Härnösand (60) fick ett godkänt betyg när det kommer till invånarnas helhetsupplevelse av kommunen som en plats att bo och leva i.

#### *Kvinnor upplever otrygghet utomhus i mycket högre grad än män*

Kvinnor (40 %) upplever otrygghet utomhus i mycket högre grad än män (8 %) samt att upplevelsen av otrygghet utomhus minskar med åldern.

#### *Västernorränningen upplever lika hög tillit jämfört med rikssvensken*

2018 uppgav 27 procent av männen och 28 procent av kvinnorna (28 % totalt) i länet att de har låg tillit till andra, det vill säga att de i allmänhet inte tycker att de kan lita på de flesta människor. Detta är i nivå med riket där 28 procent av både män och kvinnor rapporterade låg tillit under samma år. För länet ses en liten ökning från 2010 års nivå då 24 % av männen och 25 % av kvinnor (25 % totalt) kände låg tillit. Ålder en avgörande faktor där tilliten till andra människor är lägre desto yngre personen är.

#### *Den självrapporterade utsattheten för brott ökar inom riket men återspeglas inte sett till antalet anmälda brott per 100 000 invånare*

På nationell nivå ökar antalet anmälda brott, men sett till antal anmälda brott per 100 000 invånare så återfinns ingen tydlig ökning över tid. Dock har den självrapporterade utsattheten för brott ökat på nationell nivå vilket ger en indikation på att antalet anmälda brott inte överensstämmer med faktiskt genomförda brott.

*Antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation är lägre i länet jämfört med riksnittet men stora mörkertal finns*

År 2020 anmäldes 118 per 100 000 invånare misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation till Polisregion Nord, vilket är lägre än riksnittet på 131. På grund av att endast ett fåtal kvinnor anmäler misshandelsbrott inom parrelation gör det svårt att jämföra och dra några säkra slutsatser om eventuella förändringar när det gäller våld i nära relation.

*Invånare med HBTQ-identitet skattar sin hälsa lägre än övriga befolkningen*

Den självskattade hälsan är lägre för homo- och bisexuella och för de personer som är osäkra på sin sexuella läggning, jämfört med den övriga befolkningen. Inom gruppen homo- och bisexuella är exempelvis sämre psykisk ohälsa dubbelt så stor jämfört med heterosexuella. Transpersoner har i sin tur ytterligare nedsatt psykisk ohälsa, varav yngre transpersoner har sämre hälsa än äldre transpersoner. Det är också vanligare för HBTQ-personer med ett upplevt osynliggörande, negativ särbehandling och mobbning, vilket är särskilt förekommande för transpersoner. Det är också vanligare med självdestruktivitet och självmordsförsök. Lokal statistik saknas när det kommer till invånare med HBTQ-identitet.

*Invånare med funktionsnedsättning har sämre förutsättningar för god hälsa jämfört med övriga befolkningen*

På nationell nivå har personer med funktionsnedsättning genomgående sämre förutsättningar för en god hälsa jämfört med övriga befolkningen. Inom gruppen med funktionsnedsatta är vissa grupper mer utsatta än andra, där exempelvis kvinnor med funktionsnedsättning har sämre livsvillkor jämfört med funktionsnedsatta män. Det finns flera förklaringar till varför personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa jämfört med övriga befolkningen. Några betydande faktorer är att gruppen generellt har lägre utbildningsnivå, förvärvsarbetar i lägre utsträckning och har sämre ekonomi än övriga befolkningen. Lokal statistik saknas när det kommer till invånare med funktionsnedsättning.

## **Ojämlighet i hälsa**

Ojämlighet i hälsa definieras som systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Ojämligheten syns både mellan olika grupper inom befolkningen, exempelvis utsatta grupper eller marginaliserade grupper, och som en social gradient som skär genom hela samhället. Denna sociala gradient visar ett generellt men tydligt mönster. Ju högre social position personer har desto bättre hälsa. Ojämlighet i hälsa har sin främsta orsak i att förutsättningarna, förhållandena och miljöerna som människor lever i ser olika ut för människor i olika positioner. I denna rapport har den sociala positionen redovisats utifrån faktorerna utbildningslängd, utrikesfödda samt kön och ålder.

För att lyckas med att uppnå en förbättrad och jämlik hälsa krävs tvärsektoriell och tvärprofessionell samverkan mellan olika nivåer, aktörer och arenor och det

tillsammans med medborgarna själva för att skapa delaktighet och medskapande. Arbetet mot en mer jämlik hälsa ställer högre krav på organisationers styr- och ledningsarbete, jämställdhetsarbete, normkritiska arbetsätt samt arbete med diskrimineringsgrunderna.

Här redovisas en sammanfattning kring ojämlik hälsa inom Västernorrlands län 2021.

### **Kön och ålder**

#### *Kvinnor lever längre än män men har sämre självskattad hälsa*

Kvinnor lever längre än män och under tidsperioden 2016–2020 var medellivslängden inom Västernorrland 79,8 år bland män och 83,4 år bland kvinnor. Kvinnor och äldre skattar sin hälsa som sämre jämfört med män och yngre.

#### *Kvinnor har högre utbildning men lägre inkomst*

Kvinnor har en högre andel eftergymnasial utbildning men har en lägre medelinkomst än män. Ohälsotalet är högre för kvinnor jämfört med män.

#### *Män drabbas oftare av folksjukdomar*

Förekomsten av olika folksjukdomar ökar med stigande ålder men är också vanligare bland män. Män drabbas oftare av cancer, hjärtinfarkt och typ 2 diabetes.

#### *Fallolyckor och frakturer drabbar äldre och kvinnor*

Fallolyckor drabbar kvinnor något oftare men är framförallt vanligare i de äldre åldersgrupperna. En tredjedel av alla fallolyckor i länet år 2020 skedde i åldersgruppen 70 år och äldre och av dessa fallolyckor ledde drygt hälften till en fraktur.

#### *Män har generellt sett sämre levnadsvanor än kvinnor*

Män har oftare riskabla alkoholvanor och sämre matvanor än kvinnor. Riskabelt spelande om pengar och narkotikaanvändning är också vanligare bland män. Däremot är tobaksrökning och fysisk aktivitet ungefär lika vanligt för båda könen.

#### *Fetma lika vanligt hos män och kvinnor men män är mer överviktiga*

År 2018 hade 63 procent av männen och 51 procent av kvinnorna i Västernorrland övervikt eller fetma (57 % totalt). Andelen som hade fetma var ungefär lika stor (18 %) hos både män och kvinnor.

#### *Ängslan, oro och ångest samt depression är vanligare bland kvinnor*

Ängslan, oro och ångest drabbar kvinnor oftare (38 % av länets kvinnor) än män (25 % av länets män). Att ha fått diagnosen depression de senaste 12 månaderna är också vanligare bland länets kvinnor (5 %) än bland länets män (2 %). Depression är vanligast bland yngre kvinnor där det i åldersgruppen 16–29 år är 10 procent av

kvinnorna men bara 1 procent av männen som fått diagnosen depression det senaste året.

*Kvinnor och män har lika ofta självmordstankar men fler män begår självmord*  
Både män och kvinnor har självmordstankar ungefär lika ofta, 4 procent anger att de någon gång det senaste året hamnat i den situationen att de övervägt att ta sitt liv. I den yngsta åldersgruppen, 16–29 år, är självmordstankar vanligast där 10 procent av kvinnorna och 6 procent av männen (8 % totalt) anger att de övervägt självmord det senaste året. Män begår oftare självmord dock och i länet ligger självmordstalet på 21 per 100 000 för män och 4,7 per 100 000 för kvinnor.

*Låg tillit lika vanligt mellan könen men kvinnor känner mer otrygghet utomhus*  
Att känna låg tillit till andra, det vill säga att man i allmänhet inte kan lita på människor, är lika vanligt bland kvinnor (28 %) som bland män (27 %) i länet. Yngre personer känner mindre tillit än äldre personer. I länet anger fler kvinnor (40 %) än män (8 %) att de upplever otrygghet utomhus, det vill säga att de avstår från att gå ut ensam för rädsla att bli överfallen eller på annat sätt utsatt. Störst otrygghet känner kvinnor i åldersgruppen 16–29 år (57 %).

#### *Mäns våld mot kvinnor*

Inom Polisregion Nord är antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinna inom en parrelation 118 per 100 000 invånare år 2020 vilket är lägre än riksnittet på 131. Förövaren är oftast en man. På grund av att endast ett fåtal kvinnor anmäler misshandelsbrott inom parrelation (ca 4 %) gör det svårt att göra jämförelser och dra några slutsatser om våld i nära relation. Ett ökat antal misshandelsbrott mot kvinna kan både innebära ett faktiskt ökat våld (negativt) samtidigt som det enbart kan betyda en ökad benägenhet att anmäla dessa brott (positivt), eller en kombination av dem båda. Dock kvarstår faktumet att mäns våld mot kvinnor är ett samhällsproblem och måste belysas, prioriteras och förebyggas i samverkan mellan region, kommuner och myndigheter.

#### **Utbildningsnivå**

##### *Utbildningsnivån i länet har ökat men är fortfarande lägre än i riket*

Utbildningsnivån inom länet har ökat sedan 2011 men ligger år 2019 fortfarande 6,6 procentenheter lägre för befolkningen 25–64 år än riksnittet när det kommer till invånare med en eftergymnasieutbildning 3 år eller mer. År 2019 hade 21,7 procent i länet minst eftergymnasial utbildning 3 år eller mer.

##### *Stora skillnader i medellivslängd och självskattad hälsa utifrån utbildningsnivå*

När det gäller förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder skiljer det sig 6,7 år för män mellan gruppen med förgymnasial utbildning och gruppen med eftergymnasial utbildning. För kvinnor är skillnaden 5,1 år mellan grupperna. Vidare skattar personer med lång utbildning (3 år eller mer på högskola eller universitet) sin hälsa som bättre (77 % anger bra/mycket bra hälsa) jämfört med de

med kort utbildning där bara 57 procent anger sin hälsa som bra/mycket bra. För män är siffrorna 59 procent för de med kort utbildning och 81 procent för de med lång utbildning. För kvinnor är motsvarande siffror 54 procent för kort utbildning och 74 procent för de med lång utbildning.

*Övervikt och fetma vanligare bland gruppen med kortare utbildningslängd*  
Övervikt och fetma är vanligare hos gruppen med kort utbildningslängd där 76 procent av männen och 61 procent av kvinnorna har övervikt eller fetma. Motsvarande siffror för de med lång utbildning är 55 procent för män och 45 procent för kvinnor.

*Sömnbesvär och ångest, men inte hög stressnivå, vanligare bland de med kort utbildning*

Svåra besvär av ängslan, oro och ångest är något vanligare för de med kort- eller medellång utbildning (5 %) jämfört med de med lång utbildning (3 %). Lätta besvär är ganska vanligt oavsett utbildningslängd. Svåra sömnproblem är något vanligare för de med kort utbildning (7 %) jämfört med de med lång utbildning (5 %). Lätta sömnproblem är också vanligare bland de med kort utbildning (35 %) jämfört med de med lång utbildning (30 %). En hög stressnivå är inte riktigt kopplat till utbildningsnivå utan personer med både lång och kort utbildningslängd uppgjer ungefär lika andelar vad gäller stress.

*Självordstankar betydligt vanligare bland de med kort- eller medellång utbildningslängd*

Självordstankar är kopplat till socioekonomi där det i gruppen med kort- eller medellång utbildning är ungefär dubbelt så vanligt med självordstankar jämfört med gruppen med lång utbildning.

*God tandhälsa vanligare med längre utbildning*

Tandhälsan skiljer sig mellan utbildningsgrupper där det bland invånare med lång utbildning är 83 procent som uppgjer att de har en bra eller ganska bra tandhälsa jämfört med 71 procent för de med kort utbildning. Invånare med kort- eller medellång utbildning anger också oftare (18 %) att de haft behov av tandvård men avstått från att söka vård jämfört med invånare med lång utbildning (12 %).

*Mindre stillasittande bland personer med kort utbildning men inte tillräcklig fysisk aktivitet*

Stillasittande mer än sju timmar eller mer per dag är vanligare bland personer med lång utbildning (49 %) jämfört med personer med kort utbildning (35 %). Även om kortutbildade sitter stilla i mindre utsträckning så får de inte lika stor fysisk aktivitet från fysisk träning och vardagsmotion. För personer med lång utbildning anger 71 procent av de ägnar sig åt fysisk aktivitet minst 150 minuter eller mer per vecka, motsvarande siffra för de med kort utbildning är 50 procent.

### *Riskabla alkoholvanor för män och rökning vanligare bland invånare med kort utbildning*

Det finns skillnader i rökning för länets invånare där kvinnor och män med kort utbildning röker oftare (10 % respektive 8 %) jämfört med kvinnor och män med lång utbildning (3 % respektive 2 %). När det gäller riskabla alkoholvanor finns främst skillnader för männen där män med kort- eller medellång utbildning nästan dubbelt så ofta (18 %) har riskabla alkoholvanor jämfört med män med lång utbildning (11 %).

### *Låg tillit och lågt socialt deltagande vanligare bland invånare med kort- eller medellång utbildning*

För de med kort- eller medellång utbildning anger 23 % av männen och 27 % av kvinnorna (25 % totalt) att de inte kan lita på de flesta människor. För de med lång utbildning är siffran lägre, 16 % av männen och 17 % av kvinnorna (16 % totalt). Personer med kort utbildningslängd har en högre andel med lågt socialt deltagande (31 %) jämfört med personer med lång utbildning (8 %).

## **Utrikesfödda**

### *Låg ekonomisk standard vanligare bland personer med utländsk bakgrund*

Invånare i Västernorrlands län med utländsk bakgrund lever i högre grad med låg ekonomisk standard jämfört med riksnittet för personer med utländsk bakgrund. Andelen med låg ekonomisk standard för länets invånare med utländsk bakgrund var 34,3 procent jämfört med rikets 25,9 procent. För länets invånare med svensk bakgrund var andelen 11,6 procent och för riket 10 procent. Att ha haft svårigheter med löpande utgifter (haft ekonomisk kris) är ungefär dubbelt så vanligt bland utrikesfödda i länet jämfört med inrikesfödda. I länet anger 21 procent av de utrikesfödda att de haft svårigheter med löpande utgifter jämfört med 12 procent av länets inrikesfödda.

### *Arbetslöshet bland utrikesfödda är betydligt vanligare i Västernorrland jämfört med riket*

Under år 2020 var den totala andelen arbetslösa 16–64 år inom Västernorrlands län 9 procent av den registerbaserade arbetskraften, vilket var något högre än riksnittet på 8,5 procent. Män var i lite högre grad arbetslösa (9,4 %) än kvinnor (8,6 %) i länet. Bland de utrikesfödda i länet var 28 procent arbetslösa vilket är 7,5 procentenheter högre än riksnittet bland utrikesfödda. Bland de inrikesfödda i länet var 6,2 procent arbetslösa vilket är 1,2 procentenheter högre än riksnittet.

### *Utrikesfödda har sämre tandhälsa men bra självskattad hälsa*

Bland utrikesfödda personer i länet 16–84 år anger 66 procent att de har bra eller mycket bra tandhälsa vilket är lägre än för länets inrikesfödda där andelen är 76 procent. När det gäller det övergripande hälsoläget, självskattad hälsa, är andelen som anger sin hälsa som bra eller mycket bra högre för utrikesfödda (73 %) jämfört med inrikesfödda (65 %).

*Fysisk inaktivitet, men inte övervikt och fetma, är vanligare bland utrikesfödda*

Personer i Västernorrland som är födda i Sverige är generellt sett mer fysiskt aktiva än utrikesfödda personer. Andelen med tillräcklig fysisk aktivitetsnivå (150 timmar eller mer per vecka) är 63 procent för inrikesfödda och 48 procent för utrikesfödda i länet. Övervikt och fetma är dock något vanligare bland inrikesfödda (56 %) jämfört med utrikesfödda (52 %). Även fetma är något vanligare bland inrikesfödda (19 %) jämfört med utrikesfödda (16 %). Vissa skillnader finns mellan olika åldersgrupper där andelen med övervikt och fetma i åldersgruppen 16–29 år är 35 procent för inrikesfödda och 27 procent för utrikesfödda. I åldersgruppen 65–84 år har istället 70 procent av utrikesfödda övervikt eller fetma jämfört med 63 procent bland inrikesfödda.

*Rökning vanligare bland utrikesfödda men färre har riskabla alkoholvanor*

Andelen som röker dagligen är något vanligare bland utrikesfödda (8 %) jämfört med inrikesfödda (6 %). I den yngsta åldersgruppen 16–29 år är skillnaden störst där 7 procent bland utrikesfödda och 4 procent bland inrikesfödda röker dagligen. Det är också fler som röker ibland för utrikesfödda i åldersgruppen 16–29 år. Att ha riskabla alkoholvanor är betydligt vanligare bland inrikesfödda jämfört med utrikesfödda, speciellt bland kvinnor. Av kvinnor inrikesfödda har 12 procent riskabla alkoholvanor och bland utrikesfödda kvinnor är andelen bara 3 procent. För män är motsvarande siffror 18 procent bland inrikesfödda och 11 procent bland utrikesfödda.

*Sömnsvårigheter och stress vanligare bland utrikesfödda*

Svåra eller lätta sömnbesvär är något vanligare bland utrikesfödda (42 %) jämfört med inrikesfödda (38 %). Andelen som känner sig ganska eller mycket stressad är också något vanligare bland utrikesfödda (18 %) jämfört med inrikesfödda (14 %). För ångslan, oro eller ångest var det ingen skillnad mellan inrikes och utrikesfödda.

*Låg tillit vanligare bland utrikesfödda men inte otrygghet utomhus*

Att känna låg tillit till andra människor (att man i allmänhet inte kan lita på andra människor) är vanligare bland utrikesfödda personer (40 %) jämfört med



inrikesfödda (26 %). På frågan om det händer att man avstår att gå ut ensam på grund av rädsla (känner otrygghet utomhus) så är andelen något högre bland inrikesfödda (24 %) jämfört med utrikesfödda (21 %).

### **Förslag på riktningar framåt**

Kartläggningen visar på betydande ojämlikheter i hälsa i Västernorrlands län. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ger fem övergripande förslag kring hur regioner och kommuner enskilt och i samverkan kan arbeta för en god och jämlik hälsa. Förslagen kan bidra till ett bättre hushållande med samhällets resurser och ökad kostnadseffektivitet. Ett exempel är att göra sociala investeringar i tidig ålder som ger positiva effekter senare. Förslagen kan också bidra till att delaktigheten ökar i samhället och att den sociala sammanhållningen stärks. Slutligen bidrar förslagen till en bättre miljö och begränsar effekterna av klimatförändringarna genom ökad användning av gång- och cykelvägar, kollektivtrafik och värnande av naturen [22].

Förslagen presenteras nedan och ska ses som inspiration till hur Region Västernorrland och länets kommuner kan rikta, samverka och organisera det fortsatta folkhälsoarbetet för att uppnå en god och jämlik hälsa. Inget ställningstagande görs huruvida dessa förslag redan används idag eller inte. Slutligen presenteras övriga förslag som har uppkommit i samband med kartläggningen samt en avslutande reflektionsdel.



### **SKR:s förslag 1: Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning**

Målet är att organisationer ska ha strukturer, verktyg och arbetssätt som skapar långsiktiga förutsättningar för att minska skillnader i hälsa. Det krävs ett politiskt uppdrag och tydliga mål för att minska skillnader i hälsa. De organisatoriska förutsättningarna är därför viktiga, liksom att social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa införlivas i befintliga verktyg inom styrning och ledning.

#### *Formulera kortsiktiga och långsiktiga mål*

För att minska skillnader i hälsa i samhället är det nödvändigt att organisationer med betydelse för människors livsvillkor och hälsa formulerar mål i sina styrdokument som bidrar till att minska skillnader i hälsa. Målen bör utformas på lång sikt men bör även innefatta delmål som visar om arbetet på kort sikt går i rätt riktning.

#### *Organisera för hållbar styrning och ledning*

Organisera och skapa förutsättningar för tvärasektoriell samverkan. Involvera idéburen sektor, statliga myndigheter, högskolor och näringsliv som verkar på lokal och regional nivå. Kommuner och regioner kan till exempel inrätta en särskild politisk styrgrupp med ansvar över denna fråga.

#### *Använd budgeten som styrmedel*

Med utgångspunkt i behovsanalyser kan budgeten bli ett styrmedel för att minska skillnader i hälsa genom prioriteringar till de grupper som har störst behov. För detta krävs bland annat att befolkningsdata finns tillgänglig.

#### *Gör ekonomiska beräkningar och satsa på sociala investeringar*

Sociala investeringar ger möjlighet att skapa en hållbar finansiering för framtiden. Investeringar kan ske i kommuner eller regioner inom ramen för samordningsförbund eller i samverkan med staten. Investeringarna kan bygga på ekonomiska beräkningar som belyser möjliga vinster för olika samhällsaktörer som satsar på förebyggande och hälsofrämjande insatser.

#### *Använd upphandling som styrmedel*

Genom sociala krav i offentliga upphandlingar kan kommuner och regioner påverka skillnader i hälsa på lokal och regional nivå. Ställ rätt krav och sätt upp rutiner för uppföljning.

#### *Bedöm konsekvenser för skillnader i hälsa i samband med beslutsfattande på olika nivåer*

Konsekvenserna av skillnader i hälsa kan ställas i relation till bedömningar gällande ekonomi, miljö och klimat och andra viktiga faktorer. Modeller som används för hälso- och miljökonsekvensbedömningar kan utgöra lämpliga förebilder för ett sådant arbete.

### *Genomför insatser som bidrar till ökad delaktighet hos alla invånare*

Möjligheten att påverka och förändra sitt liv, sin vardag och det som är viktigt för var och en har också stor påverkan på hälsan. En ökad grad av delaktighet i samband med politiska beslut som berör invånarna ökar därför förtroendet och tilliten i samhället.



### **SKR:s förslag 2: Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder**

Målet är att organisationer mäter, analyserar och bedömer effekterna av de åtgärder som vidtas för att minska skillnader i hälsa. För detta behövs befolkningsdata som är nedbrytbar på lokal och regional nivå och som synliggör eventuella skillnader i hälsa. Indikatorer för social hållbarhet bör skapas och knytas samman med ordinarie system för analys och uppföljning. Ett sådant system bör formas i samverkan med olika aktörer i samhället.

### *Säkra tillgängligheten till befolkningsdata i allmänhet och barnhälsodata i synnerhet*

Säkra att befolkningsdata finns tillgänglig som synliggör utvecklingen av hälsan och den sociala hållbarheten för olika grupper i samhället. Exempelvis genom att samla tillgänglig registerdata eller komplettera med undersökningar som på olika sätt, och helst på bostadsområdesnivå, mäter invånarnas livsvillkor och olika socioekonomiska variabler. Data för barns utveckling är i dagsläget eftersatt och bör därför prioriteras.

### *Formulera indikatorer för social hållbarhet*

Formulera indikatorer för hållbar utveckling som innefattar de ekonomiska, ekologiska och sociala dimensionerna. De indikatorer som identifieras bör vara stabila över tid, synliggöra olika gruppers behov och vara möjliga att bryta ned på lokal och regional nivå, helst på bostadsområdesnivå.

### *Säkra kunskapsnivån i organisationen om normkritik, interkulturalitet och folkhälsa*

Det behövs ett normkritiskt och interkulturellt förhållningssätt för att synliggöra hur ojämlikheter skapas och upprätthålls. Ett sådant förhållningssätt bidrar också till att motverka diskriminering.

### *Använd vetenskapligt stöd för åtgärder på lokal och regional nivå*

I möjligaste mån bör vetenskapligt stöd användas när åtgärder för ökad social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa ska genomföras. Om sådant stöd saknas är det särskilt viktigt med noggrann uppföljning och utvärdering av åtgärderna.

### **SKR:s förslag 3: Ge alla barn och unga en bra start i livet**

Målet är att skillnader i barns och ungas hälsa minskar. Hälsosituationen för svenska barn är i flera avseenden bland de bästa i världen. Samtidigt finns det relativt stora och i vissa fall växande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället, vilket påverkar möjligheterna att få en bra start i livet.

Kommuner och regioner bör arbeta för att skapa goda förutsättningar så att barn och unga kan ges en bra start i livet. Fokus kan riktas på tidig utveckling av fysisk och emotionell hälsa och på att höja den kognitiva, språkliga och sociala förmågan. Att investera i flickors och pojkars utveckling är en av de viktigaste vägarna till social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa.

Det är av högsta prioritet att verksamheter som har stor påverkan på barns och ungas hälsa, exempelvis hälso- och sjukvård, förskola och skola, socialtjänst och kriminalvård, håller den kvalitet som krävs för att tillgodose alla barns behov.

#### *Skapa goda förutsättningar för samverkan*

Barn och unga samt föräldrar och anhöriga bör stå i centrum när verksamheter som exempelvis hälsovård, socialtjänst och förskola och skola organiseras. Förmågan till samverkan dem emellan är en framgångsfaktor i arbetet för barns och ungas hälsa. Det behövs också mötesplatser för barn, föräldrar och anhöriga oavsett ålder. Via organiserade mötesplatser kan aktiviteter erbjudas för att stärka hälsan hos alla barn och chansen öka för att barn med särskild risk för ohälsa uppmärksammas.

#### *Säkra kunskapsnivån och kompetensen bland personal och förtroendevalda om barns och ungas ojämlika villkor*

Organisationer med verksamheter som direkt eller indirekt berör barn bör säkra personalens och förtroendevaldas kunskapsnivå och kompetens om barns och ungas ojämlika villkor. Professionella kompetenser ska finnas tillgängliga oavsett var barnen bor. Det handlar exempelvis om professionella kompetenser inom hälso- och sjukvården, förskola och skola, elevhälsa samt inom verksamheter som arbetar med vuxna som kan vara föräldrar inom exempelvis kriminalvård och sjukvård.

#### *Ta fram lokala och regionala handlingsstrategier för att minska antalet barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll*

Handlingsstrategier för barn och unga i ekonomiskt utsatta hushåll behövs på såväl nationell som regional och lokal nivå. Gapet mellan lägre och högre inkomstgrupper har ökat och barn som växer upp i familjer med svag ekonomi löper högre risk för sjukdom, dödlighet och skador. Det är viktigt att säkerställa att barn och unga i enlighet med barnkonventionen har tillgång till social trygghet, en skälig levnadsstandard samt möjlighet till lek, vila, och fritid.

#### **SKR:s förslag 4: Ge alla förutsättningar till egen försörjning**

Målet är att människor har grundläggande förutsättningar att efter egen förmåga delta i arbetslivet. Människors deltagande i arbetslivet är viktigt av flera anledningar. Det är en förutsättning för egen försörjning och det är viktigt för känslan av delaktighet i samhället. Arbetslöshet är omvänt en riskfaktor för psykisk ohälsa och för att dö i förtid. Även ungdomar som inte fullföljer grund- och gymnasieskola löper en ökad risk för psykosociala problem.

Det behövs hållbara strukturer för samverkan och stöd som tar hänsyn till individen och som underlättar både inträde och återinträde på arbetsmarknaden. Ännu en väg att gå för att skapa nya arbeten för grupper som idag har svårt att göra sig gällande på arbetsmarknaden är att uppmuntra socialt företagande, vilket också är ett sätt att uppmuntra företagande i allmänhet.

#### *Vidta åtgärder för att barn och unga ska fullgöra grundskola och gymnasieskola med godkända betyg*

Fullständiga betyg från grund- och gymnasieskolan ger förutsättningar för att i vuxen ålder etablera sig på arbetsmarknaden. Utveckla åtgärder som hjälper barn och unga att klara skolan. Exempelvis bör skolgången anpassas efter barnens behov. I övergången mellan grund- och gymnasieskola är det viktigt att elever med särskilda behov får fortsatt stöd och att överlämning av information sker oavsett huvudman. Åtgärderna bör innefatta möjligheten att i vuxen ålder komplettera den grundläggande utbildningen.

#### *Utveckla en gemensam syn för den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbets- och samhällsliv*

Det är viktigt att skola, arbetsgivare och samhälle utvecklar en gemensam syn på den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbetsliv. Ökad samverkan mellan aktörerna inom utbildning och arbetsmarknad kan vara en väg att gå.

#### *Samverka för en samlad och vid ingång till arbetsmarknaden*

För att möta de krav som samhället, arbetslivet och vardagen ställer på enskilda individer är det nödvändigt med ökad samordning, samorganisation och anpassning av stöd, där individens olika behov och förutsättningar ligger som grund. Det samhälleliga ansvaret är idag splittrat mellan en rad aktörer med olika, delvis överlappande, uppdrag.

#### *Stimulera utvecklingen av sociala företag och kooperativ*

Det är viktigt att stimulera utvecklingen av sociala företag och arbetskooperativ. Det handlar om att främja företagande i allmänhet, och kan vara en väg till arbete för grupper som idag har svårt att göra sig gällande på arbetsmarknaden. Sociala företag tillämpar ofta arbetsmetoder som kan bidra till personlig utveckling, ökad självkänsla och höjd kompetens för att hävda sig i arbetsmarknaden.



### **SKR:s förslag 5: Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen**

Målet är att alla människor har en bostads-, boende- och närmiljö som bidrar till minskade skillnader i hälsa. I Sverige, liksom i övriga världen, pågår en urbanisering där delar av glesbygden utarmas samtidigt som befolkningen i storstadsområden växer. Denna utveckling ställer krav på beslutsfattares och samhällsplanerarens förmåga att väga samman socialt ansvarstagande med miljömässiga och ekonomiska hänsyn.

Arbetet för att skapa goda vardagsförhållanden utgör en viktig del i arbetet för att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa. Tillgång till bostäder av god kvalitet och rent vatten och avlopp är mänskliga rättigheter och en grundförutsättning för god hälsa. Tätortsmiljöernas utformning påverkar också beteenden och upplevelsen av trygghet.

#### *Planera utifrån alla områdets och orters förutsättningar och behov i relation till ett större geografiskt sammanhang*

Samhällsplaneringen bör inte se geografiska områden som enskilda öar, utan uppmärksamma varje områdes styrkor, förutsättningar och behov, och ställa dem i relation till hur omgivande geografiska områden är planerade. När en plan för hållbar stadsdelsutveckling, en ny översiktsplan eller en regional utvecklingsplan ska tas fram bör olika bostadsområdens och bostadsorters unika kvaliteter tas till vara och ses i ett större sammanhang. Konsekvenser för hur planeringen påverkar olika grupper i befolkningen bör systematiskt ingå som del i samhällsplaneringen.

#### *Planera för en hälsofrämjande närmiljö*

Samhällsplanerare har stora möjligheter att påverka människors hälsorelaterade levnadsvanor. Denna påverkan kan till och med vara mer effektiv än att lägga fokus på individens eget ansvar. Genom förändringar i den fysiska och sociala miljö som påverkar människors vardagsrutiner, exempelvis i fråga om förflyttning som inte är motordriven, kan man stimulera till ökad fysisk aktivitet. En rätt utformad närmiljö kan ge positiva hälsoeffekter som kommer alla till del, särskilt de socioekonomiskt utsatta och de mest inaktiva. Närmiljön bör också planeras med utgångspunkt i barns behov av rörelse, spontanlek, spontanidrott, kontakt med naturmiljöer och möjlighet att på egen hand utforska hela närmiljön.

### **Övriga förslag**

I samband med kartläggningen av Västernorrlands läns folkhälsa och livsvillkor har det uppkommit återkommande förslag från regionens och kommunernas medarbetare kring vilka behov som finns inför det fortsatta arbetet för att minska skillnader i hälsa. Nedan presenteras två av dessa förslag.

### *Kartlägga befintliga hälsofrämjande aktiviteter inom Region Västernorrland och i länets kommuner*

Regionens och kommunernas medarbetare har uttryckt ett behov och intresse att kartlägga befintliga hälsofrämjande aktiviteter för att uppnå en jämlik hälsa inom vårt län. Syftet med kartläggningen skulle vara att samla befintlig kunskap kring hälsofrämjande aktiviteter, dess eventuella effekt och sprida kunskap och erfarenheter till andra verksamheter inom länet. Fokus skulle exempelvis kunna ligga inom SKR:s fem förslagsområden som presenteras i denna rapport för att få en övergripande kartläggning från regional till kommunal nivå kring vilka åtgärder som finns idag, dess eventuella effekt och vilka åtgärder som helt och hållet saknas. En sådan kartläggning ligger inom ramen för SKR:s förslag nummer två gällande att mäta och analysera problemet och bedöma effekterna av olika åtgärder. För att möjliggöra uppföljning av Region Västernorrlands och länets kommuners hälsofrämjande aktiviteter krävs en kartläggning av nuläget vilket idag upplevs saknas.



### *Upprätta en återkommande beställning av en folkhälsorapport*

För att möjliggöra en systematisk uppföljning av länets folkhälsa över tid krävs tydliga direktiv kring hur ofta det ska göras. En folkhälsorapport som denna bör därför på förhand planeras att ta fram med bestämda årsintervall för att garantera att en uppdaterad helhetsbild kring länets folkhälsa alltid finns tillgänglig för Region Västernorrland och länets kommuner. Dialog bör också föras kring vilka indikatorer som ska följas i ett styr- och ledningsperspektiv.

Länets folkhälsa följs idag kontinuerligt upp genom folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* som denna folkhälsorapport delvis baseras på. Nästkommande folkhälsorapport bör beställas i samband med nästkommande folkhälsoenkät om fyra år eller mer. Det innebär att nästa folkhälsorapport bör skrivas under hösten 2026 med leverans under första kvartalet 2027.

Därefter rekommenderas folkhälsorapporten att skrivas med ett fyraårigt intervall, det vill säga följa samma årsintervall som folkhälsoenkäten (år 2026, år 2030, år 2034, och så vidare). På så vis effektiviseras analysen av folkhälsodata till vart fjärde år och resultatet från folkhälsoenkäten behöver inte redovisas enskilt utan sätts direkt i ett fördjupande sammanhang i folkhälsorapporten.

Vidare bör möjligheterna till en interaktiv rapport undersökas. Lokal och regional folkhälsodata skulle kunna samlas och visualiseras på en webbsida. Webbsidan kan sedan användas av alla intressenter för att ta fram statistik och underlag för egna valda indikatorer.

### **Avslutande reflektion**

För att öka hälsan i Västernorrland krävs en fortsatt samverkan mellan alla aktörer som möter människor och har möjlighet att påverka deras hälsa. Strategier för att öka hälsan i länet bör inkludera satsningar på barn och ungas fysiska och psykiska hälsa, en av de mest lönsamma investeringarna för framtiden.

Vi behöver även satsa på ökad delaktighet i befolkningen och på sociala investeringar. Vi behöver använda ett normkritiskt förhållningssätt och arbeta aktivt och konkret med diskrimineringsgrunderna, för att minska trösklar in på arbetsmarknad, i föreningsliv med mera, som beror på olika former av diskriminering. Riktade insatser för att ge så många som möjligt förutsättningar till en egen försörjning och utveckling ger långsiktiga positiva effekter. Att satsa på förebyggande och hälsofrämjande levnadsvanearbete är en god investering för framtiden och minskar sjukdomsburden på kort och lång sikt. Jämlikhet i hälsa bör integreras i ordinarie ledning och styrning och i politiken, på alla områden och över partigränser. Frågeställningar för ett vidare arbete är exempelvis:

*Vilka utmaningar ser vi som kommun/region?*

*Hur ska vi möta de utmaningar som den förändrade demografin innebär?*

*Vilka trösklar finns för att etablera sig på arbetsmarknaden i länet?*

*Hur kan vi aktivt bidra till en mindre könssegregerad arbetsmarknad, där både kvinnor och män, unga och äldre, har en rimlig arbetsbörda och goda arbetsvillkor?*

*Vilka insatser behövs för att unga ska känna framtidstro och ha en chans att få ett arbete eller ha fullständiga gymnasiebetyg för att kunna studera vidare?*

*Hur riktar vi hälsofrämjande och förebyggande insatser till de som behöver det mest?*

*Vilka stödfunktioner bör förstärkas/upprättas för att bromsa och vända en specifik negativ hälsoutveckling?*

*Vilka goda exempel finns och hur ser vi till att lära av dem?*

## Referenser

- [1] Socialstyrelsen, ”Att främja HBTQ-personers lika rättigheter och möjligheter. Förutsättningar och exempel,” Socialstyrelsen, Stockholm, 2015.
- [2] Socialstyrelsen, ”Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården,” Socialstyrelsen, Stockholm, 2011.
- [3] Socialstyrelsen, ”Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap,” Socialstyrelsen, Stockholm, 2016.
- [4] Ungdomsstyrelsen, ”HON HEN HAN,” 2010. [Online]. Tillgänglig: [https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer\\_uploads/hon-hen-han.pdf](https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/hon-hen-han.pdf) [Använd 03 05 2021].
- [5] Statens offentliga utredningar (SOU), ”Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete,” Statens offentliga utredningar, Stockholm, 2016.
- [6] Myndigheten för delaktighet, ”Utvärdering och analys av funktionshinderspolitiken 2011–2016,” Myndigheten för delaktighet, Sundbyberg, 2016.
- [7] Myndigheten för delaktighet, ”Samlad uppföljning av funktionshinderspolitiken – Hur är läget 2015?,” Myndigheten för delaktighet, Sundbyberg, 2015.
- [8] Region Västernorrland, ”Region Västernorrlands datalager för statistik och uppföljning” (NCS Cross), 2016 – 2020.
- [9] Folkhälsomyndigheten, ”Fakta om den nationella folkhälsoenkäten,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d7a60768b3b6444096a3b8c5c429d1a8/fakta-om-nationella-folkhalsoenkaten-2020.pdf> [Använd 08 04 2021].
- [10] Kommun- och landstingsdatabasen, ”Kolada,” [Online]. Tillgänglig: [www.kolada.se](http://www.kolada.se) [Använd 08 04 2021].
- [11] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsomyndighetens databas,” [Online]. Tillgänglig: <http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/> [Använd 08 04 2021].
- [12] Region Västernorrland, ”Hälsa på lika villkor 2010-2018,” 2018. [Online]. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/Regionens-folkhalsoarbete/halsa-pa-lika-villkor-folkhalsoenkaten/> [Använd 08 04 2021].
- [13] Region Västernorrland, ”Hälsosamtalet i skolan,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/Regionens-folkhalsoarbete/Halsosamtal-i-skolan/> [Använd 08 04 2021].
- [14] Sveriges kommuner och regioner (SKR), ”Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2020,” 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvardsbarometern-2020.html> [Använd 08 04 2021].

- [15] Statistiska centralbyrån (SCB), "Medborgarundersökningen," [Online]. Tillgänglig: [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_ME\\_ME0003/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_ME_ME0003/) [Använd 09 04 2021].
- [16] Sveriges kommuner och regioner (SKR), "Nationell patientenkät," 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://patientenkät.se/> [Använd 08 04 2021].
- [17] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), "ANDT-erfarenheter i Region Västernorrland. I årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2," 2019. [Online]. Tillgänglig: [https://www.rvn.se/globalassets/om-region-vasternorrland/regionens-folkhalsoarbete/rapporter-inom-folkhalsa/rapport\\_region-vasternorrland-2019.pdf](https://www.rvn.se/globalassets/om-region-vasternorrland/regionens-folkhalsoarbete/rapporter-inom-folkhalsa/rapport_region-vasternorrland-2019.pdf) [Använd 08 04 2021].
- [18] Folkhälsomyndigheten, "Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin?," Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2021.
- [19] World Commission on Environment and Development, "Our Common Future," United Nations, Genève, 1987.
- [20] SOU, "Att lära för hållbar utveckling," Statens offentliga utredningar, Stockholm, 2004.
- [21] Folkhälsomyndigheten, "Mötesplats social hållbarhet," [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/> [Använd 17 03 2021].
- [22] Sveriges kommuner och regioner (SKR), "Gör jämlikt - gör skillnad!," SKR, Stockholm, 2013.
- [23] Regeringskansliet, "Regeringens webbplats om de mänskliga rättigheterna," [Online]. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/demokrati-och-manskliga-rattigheter/fakta-om-manskliga-rattigheter/> [Använd 17 03 2021].
- [24] United Nations Development Programme (UNDP Sverige), "Globala målen: För hållbar utveckling," [Online]. Tillgänglig: <https://www.globalamalen.se/> [Använd 17 03 2021].
- [25] Folkhälsomyndigheten, "Nationella folkhälsomål och målområden," [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/> [Använd 17 03 2021].
- [26] Region Västernorrland, "Agenda 2030 i Västernorrland," [Online]. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/sv/Utveckling/Miljo/agenda-2030/> [Använd 20 04 2021].
- [27] Region Västernorrland, "Regional utvecklingsstrategi," 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/sv/Utveckling/regional-utvecklingsstrategi/> [Använd 22 04 2021].
- [28] Gerdttham, U-G., Lyttkens, C-H., "Vad kostar ojämlikhet i hälsa? (Och varför vill vi veta det?)," Läkartidningen, nr 46, 19 11 2013.
- [29] Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, "Malmöns väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa," Malmö Stad, Malmö, 2013.

- [30] Hjalte, F., Gralén, K., Persson, U. , ”Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017. IHE Rapport,” Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund, 2019.
- [31] Wilkinson, R., Pickett, K., Jämlikhetsanden -Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen, Stockholm: Karneval förlag, 2010.
- [32] Göteborgs stad, ”Jämlikhetsrapporten 2014: skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg,” Göteborgs stad, Göteborg, 2014.
- [33] Socialstyrelsen, ”Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning,” 2018. [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf> [Använd 18 05 2021].
- [34] Rostila, M., Toivanen, S., ”Den orättvisa hälsan: Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd,” Liber, Stockholm, 2012.
- [35] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2020.,” Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2020.
- [36] Statens folkhälsoinstitut, ”Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa - allas ansvar,” Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2010.
- [37] Holt-Lundstad, J., Smith, T-B., Layton, J-B., ”Social relationship and mortality risk: A meta-analytic review,” PLoS Med. 2010 Jul 27;7(7):e1000316.
- [38] Centers for disease control and prevention, ”Adverse childhood experiences (ACE) Study,” 1998.
- [39] CSDH, ”Closing the gap in a generation: Health Equity through action on the social determinants of Health. Final report on the Commission on,” World Health Organization, Geneva, 2008.
- [40] Göteborgs stad, ”Tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbruksproblem. begrepp och erfarenheter,” Göteborgs stad, Göteborg, 2013.
- [41] Statistiska centralbyrån (SCB), ”Statistikdatabasen,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/> [Använd 22 03 2021].
- [42] Folkhälsomyndigheten, ”Utbildningsnivå och hälsa - hur hänger de ihop? Socioekonomiska skillnader i hälsa ur ett utbildningsperspektiv,” 2015. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ca6067606d8847f7945e922642853caf/utbildning-halsa-faktablad.pdf> [Använd 18 05 2021].
- [43] Statens folkhälsoinstitut, ”Ekonomiska och sociala förutsättningar: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010,” Statens folkhälsoinstitut, Stockholm, 2011.
- [44] Skolverket, ”Statistik,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.skolverket.se/skolutveckling/statistik> [Använd 06 05 2021].
- [45] Kommissionen för jämlik hälsa, ”Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa. En kunskapsöversikt.,” Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm, 2016.

- [46] Försäkringskassan, ”Statistik inom området sjuk,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjukpenning-rehabiliteringspenning> [Använd 30 03 2021].
- [47] Försäkringskassan, ”Sjukfrånvarons utveckling,” Försäkringskassan, Stockholm, 2018.
- [48] SVT Nyheter, ”Ohälsotalet i länet har minskat,” 10 02 2017. [Online]. Tillgänglig: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/ohalsotalet-i-lanet-har-minskat> [Använd 30 03 2021].
- [49] Försäkringskassan, ”Försäkringskassans statistikdatabas,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistikdatabas#!/> [Använd 24 05 2021].
- [50] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsan i Sverige årsrapport 2014,” Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2014.
- [51] Statistiska centralbyrån (SCB), ”Barns hälsa,” Statistiska centralbyrån (SCB), Stockholm, 2007.
- [52] Folkhälsomyndigheten, ”Låg ekonomisk standard, barn,” 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/livsvillkor/lag-ekonomisk-standard-barn/> [Använd 13 05 2021].
- [53] Statistiska centralbyrån (SCB), ”Medellivslängden i Sverige,” 25 03 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/> [Använd 08 04 2021].
- [54] Folkhälsomyndigheterna, ”Självskattat allmänt hälsotillstånd,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/> [Använd 08 04 2021].
- [55] Folkhälsomyndigheterna, ”Vad är en folksjukdom?,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/> [Använd 08 04 2021].
- [56] Socialstyrelsen, ”Statistikdatabas för cancer,” [Online]. Tillgänglig: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_can/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_can/val.aspx) [Använd 06 04 2021].
- [57] Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin, ”Hjärtinfarkt och stroke,” 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapporten/sjukdomar-och-skador/hjartinfarkt-och-stroke/> [Använd 14 06 2021].
- [58] World health organization (WHO), ”Diabetes,” 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> [Använd 14 06 2021].
- [59] Nordin, N., ”Region Västernorrland,” 2020. [Online]. Tillgänglig: [https://www.rvn.se/globalassets/om-region-vasternorrland/regionens-folkhalsoarbete/rapporter-inom-folkhalsa/prediabetes-och-riskfaktorer\\_magisteruppsats\\_nina-nordin.pdf](https://www.rvn.se/globalassets/om-region-vasternorrland/regionens-folkhalsoarbete/rapporter-inom-folkhalsa/prediabetes-och-riskfaktorer_magisteruppsats_nina-nordin.pdf) [Använd 14 06 2021].

- [60] Bengtsson-Boström, K., Manhem, K., "Läkemedelsboken, kap. Hypertoni," 2016. [Online]. Tillgänglig: <https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hypertoni.html> [Använd 14 06 2021].
- [61] Socialstyrelsen, "Coronapandemin har fått färre att söka vård på akutmottagningarna," 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/coronapandemin-har-fatt-farre-att-soka-var-d-pa-akutmottagningarna/> [Använd 24 05 2021].
- [62] Region Västernorrland, Hälsosamtal för 40/50/60-åringar, 2020.
- [63] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), "Balansera rätt - faktaunderlag om fall och fallrelaterade skador bland äldre personer," 2010. [Online]. Tillgänglig: <https://rib.msb.se/filer/pdf/26046.pdf> [Använd 14 06 2021].
- [64] Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), "Jämföraren," 2019. [Online]. Tillgänglig: [https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?\\_p=jamforelse&focus=27510&tab\\_id=84758](https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=27510&tab_id=84758) [Använd 14 06 2021].
- [65] Socialstyrelsen, "Vård och omsorg vid demenssjukdom," 2017. [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf> [Använd 14 06 2021].
- [66] Folkhälsomyndigheten, "Övervikt och fetma," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/> [Använd 14 06 2021].
- [67] Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, "Hälsokalkylatorn," [Online]. Tillgänglig: <http://www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn/> [Använd 18 05 2021].
- [68] Folkhälsomyndigheten, "Vad är psykisk hälsa?," 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fokus-psykisk-halsa/vad-ar-psykisk-halsa/> [Använd 18 05 2021].
- [69] Försäkringskassan, "Stressrelaterad psykisk ohälsa: 41 procent högre risk för kvinnor," 2020. [Online]. Tillgänglig: [https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/LcyxCsMwDATQb-ngUdihnbrlL0KWImI1NnYkI5mU\\_n0d6HS8Ozi\\_-sWvjGfesWdhrMPLZzueDXty0312YRPuxN3opWRN2PJJLrQB-8dBMVJFjsQuWL8qHe6kGKHZt2QrIAmrITwmaCrbOIQkuxLoNb5FoZyZWdS3Mt9-RkLcrQ!!/](https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/LcyxCsMwDATQb-ngUdihnbrlL0KWImI1NnYkI5mU_n0d6HS8Ozi_-sWvjGfesWdhrMPLZzueDXty0312YRPuxN3opWRN2PJJLrQB-8dBMVJFjsQuWL8qHe6kGKHZt2QrIAmrITwmaCrbOIQkuxLoNb5FoZyZWdS3Mt9-RkLcrQ!!/) [Använd 18 05 2021].
- [70] Folkhälsomyndigheten, "Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige," Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2019.
- [71] Folkhälsomyndigheten, "Dina vanor kan påverka din psykiska hälsa," 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fokus-psykisk-halsa/paverkar-psykisk-halsa/levnadsvanor-har-betydelse/> [Använd 18 05 2021].

- [72] Folkhälsomyndigheten, "Ängslan, oro eller ångest," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/angslan-oro-eller-angest/> [Använd 18 05 2021].
- [73] Stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet, "En introduktion till sömn," 2013. [Online]. Tillgänglig: [https://www.stressforskning.su.se/polopoly\\_fs/1.230059.1427289971!/menu/standard/file/Introduktion%20till%20sömn%20webb.pdf](https://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.230059.1427289971!/menu/standard/file/Introduktion%20till%20sömn%20webb.pdf) [Använd 18 05 2021].
- [74] Folkhälsomyndigheten, "Stress," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/stress/> [Använd 18 05 2021].
- [75] Internetpsykiatri vid Region Stockholm, "Vad är depression?," [Online]. Tillgänglig: <https://www.internetpsykiatri.se/behandling/depression/> [Använd 18 05 2021].
- [76] Folkhälsomyndigheten, "För dig som arbetar med att förebygga självmord," [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/> [Använd 18 05 2021].
- [77] Socialstyrelsen, "Statistik om dödsorsaker," [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/dodsorsaker/> [Använd 18 05 2021].
- [78] World Health Organization (WHO), "Oral Health," [Online]. Tillgänglig: [https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1) [Använd 22 04 2021].
- [79] Socialstyrelsen, "Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård," Socialstyrelsen, Stockholm, 2018.
- [80] Engstrom, S., Holmlund, A., "Self-estimated oral and general health are related and associated with clinically investigated dental health," Swedish Dental Journal, vol. 35, nr 4, pp. 169-176, 2011.
- [81] Socialstyrelsen, "Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga," 2013. [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-5-34.pdf> [Använd 14 06 2021].
- [82] Region Västernorrland, Tandvårdsstatistik, 2018.
- [83] Socialstyrelsen, "Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård," 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6445.pdf> [Använd 09 04 2021].
- [84] Göteborgs Universitet, "SOM-undersökningen om coronaviruset," [Online]. Tillgänglig: <https://www.gu.se/som-institutet/resultat-och-publikationer/som-undersokningen-om-coronaviruset#F%C3%B6rtroende-f%C3%B6r-sjukv%C3%A5rd-regering-och-andra-samh%C4llsinstitutioner> [Använd 09 04 2021].
- [85] Folkhälsomyndigheten, "Skolbarns hälsovanor 2017-18," Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2018.

- [86] Livsmedelsverket, ”Kostråden - hitta ditt sätt,” 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt> [Använd 14 06 2021].
- [87] Livsmedelsverket, ”Riksmaten ungdom del 1,” 2018. [Online]. Tillgänglig: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2018/2018-nr-14-riksmatenungdom-huvudrapport-del-1-livsmedelskonsumtion.pdf> [Använd 14 06 2021].
- [88] Folkhälsomyndigheten, ”Hälsorisker med rökning,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobak-och-liknande-produkter/halsorisker-med-rokning/> [Använd 14 06 2021].
- [89] Folkhälsomyndigheten, ”Snusbruk och hälsorisker,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobak-och-liknande-produkter/snusbruk-och-halsorisker/> [Använd 14 06 2021].
- [90] Region Västernorrland, Skolelevers drogvanor (CAN-undersökning) 2013 - 2019, 2019.
- [91] Folkhälsomyndigheten, ”Alkoholens skadeverkningar,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/> [Använd 14 06 2021].
- [92] Folkhälsomyndigheten, ”Att använda narkotika medför ökade risker för hälsoproblem,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotika-medfor-okade-risker-for-halsoproblem/> [Använd 14 06 2021].
- [93] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), ”Drogutvecklingen i Sverige 2019,” 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-180-drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf> [Använd 14 06 2021].
- [94] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), ”Att förebygga problem med spel om pengar,” 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/att-forebygga-problem-med-spel-om-pengar/> [Använd 14 06 2021].
- [95] Regeringskansliet, ”God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik,” 2018. [Online]. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/> [Använd 27 04 2021].
- [96] Statistiska centralbyrån (SCB), ”Valdeltagande i Sverige,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/valdeltagande-i-sverige/> [Använd 09 04 2021].
- [97] Valmyndigheten, ”Statistik,” 2018. [Online]. Tillgänglig: <https://data.val.se/val/val2018/statistik/index.html> [Använd 24 05 2021].

- [98] Mahoney, J-L., Stattin, H., "Leisure Activities and Adolescent Behaviour: The Role of Structure and Social Context," *Journal of Adolescence*, 2000.
- [99] Centrum för idrottsforskning, "Statens stöd till idrotten uppföljning 2018," Centrum för idrottsforskning, 2019.
- [100] Folkhälsomyndigheten, "Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten," 2018. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf> [Använd 18 05 2021].
- [101] Brottsförebyggande rådet (Brå), "Nationella trygghetsundersökningen 2020," Brottsförebyggande rådet (Brå), Stockholm, 2020.
- [102] Holmberg, S., Rothstein, B., "Hög mellanmänsklig tillit i Sverige men inte bland alla," Göteborgs Universitet, Göteborg, 2015.
- [103] Brottsförebyggande rådet (Brå), "Statistik," [Online]. Tillgänglig: <https://www.bra.se/statistik.html> [Använd 12 04 2021].
- [104] Brottsförebyggande rådet (Brå), "Anmälda brott," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.bra.se/statistik/kriminalstatistik/anmalda-brott.html> [Använd 16 04 2021].
- [105] Brottsförebyggande rådet (Brå), "Kriminalstatistik 2020. Anmälda brott. Slutlig statistik," Brottsförebyggande rådet (Brå), Stockholm, 2020.
- [106] Polisen, "Brott i nära relation," 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://polisen.se/utsatt-for-brott/olika-typer-av-brott/brott-i-nara-relation/> [Använd 27 04 2021].
- [107] Socialstyrelsen, "Våld i nära relation," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/> [Använd 27 04 2021].
- [108] Brottsförebyggande rådet (Brå), "Våld i nära relationer," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html> [Använd 27 04 2021].
- [109] Nationellt centrum för kvinnofrid (NCC), "Barn som upplever våld," 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/barn-som-upplever-vald/barn-som-upplever-vald/> [Använd 12 05 2021].
- [110] Region Västernorrland, "Våld i nära relation," 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/sv/For-vardgivare/vald-i-nara-relation/> [Använd 27 04 2021].
- [111] Kommunförbundet Västernorrland, "Mäns våld mot kvinnor - I Västernorrland," 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://kfvn.se/socialtjanstens-samverkan-och-stodstrukturer/kvinnofridssatsning-och-vald-i-nara-relationer/> [Använd 29 04 2021].
- [112] Brottsförebyggande rådet (Brå), "Skolundersökningen om brott," 2019. [Online]. Tillgänglig: <https://www.bra.se/statistik/statistiska-undersokningar/skolundersokningen-om-brott.html> [Använd 12 05 2021].

- [113] Polisen, ”Polismyndighetens organisation,” [Online]. Tillgänglig: <https://polisen.se/om-polisen/organisation/> [Använd 12 04 2021].
- [114] Region Västernorrland, ”Hållbarhetsplan,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.rvn.se/sv/Utveckling/Miljo/hallbarhetsplan/> [Använd 20 04 2021].
- [115] Folkhälsomyndigheten, ”Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan,” 2020. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/c/covid-19-pandemins-tankbara-konsekvenser-pa-folkhalsan/?pub=76637> [Använd 04 05 2021].
- [116] Vårdgivarguiden, ”RPO rörelseorganens sjukdomar,” 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/sakkunniga/regionala-programomraden/ortopediska-sjukdomar/> [Använd 06 05 2021].
- [117] Folkhälsomyndigheten, ”Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar,” 2021. [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/> [Använd 06 05 2021].
- [118] Folkhälsomyndigheten, ”Vad är psykisk hälsa?,” [Online]. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fokus-psykisk-halsa/vad-ar-psykisk-halsa/> [Använd 12 05 2021].