

Liv och Hälsa i Norrländ 2003





INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sidnummer
Sammanfattning	5
English summary	8
1. Introduktion	11
1.1 Förord	11
1.2 Bakgrund	12
1.3 Syfte	13
1.4 Material och metod	13
1.4.1 Enkät	13
1.4.2 Urval	14
1.4.3 Svarsfrekvens	14
1.4.4 Bortfall	15
1.4.5 Mer information	15
2. Hälsa och livskvalitet	17
2.1 Introduktion	17
2.2 Hälsotillstånd	18
2.2.1 Allmänt hälsotillstånd	18
2.2.2 Hälsotillstånd idag	19
2.2.3 Dagar med full hälsa	21
2.2.4 Besvär/sjukdomar	22
2.2.5 Stress	23
2.3 Vård och läkemedel	24
2.4 Tandhälsa och tandvård	26
2.4.1 Tandhälsa	26
2.4.2 Tandvård	27
2.5 Diskussion	28
2.6 Sammanfattning	30
2.7 Litteratur	31
3. Ekonomisk och social trygghet / Trygga och goda uppväxtvillkor	33
3.1 Introduktion	33
3.2 Självskattad hälsa i olika grupper	34
3.3 Social samvaro/fritidsaktiviteter tillsammans med andra	35
3.3.1 Socialt stöd	36
3.3.2 Samhörighet	37
3.4 Ekonomi	39
3.5 Trygga och goda uppväxtvillkor	40
3.6 Diskussion	41
3.7 Sammanfattning	42
3.8 Litteratur	43
4. Ökad hälsa i arbetslivet	45
4.1 Introduktion	45
4.2 Arbetsmiljöfrågor i "Liv och Hälsa i Norrland"	45
4.3 Anställningsformer och arbetstider	46

4.3.1 Anställningsformer	46
4.3.2 Arbetstider	46
4.4 Anställningsformer och självskattad hälsa	47
4.5 Trivsel med arbetet och självskattad hälsa	48
4.6 Arbete med samma yrke i två år?	50
4.6.1 ...i relation till nuvarande hälsoläge	50
4.6.2 ...i relation till trivseln på arbetet	51
4.7 Psykosocial arbetsmiljö	51
4.8 Fysisk arbetsmiljö	52
4.8.1 Fysisk ansträngning i arbetet	52
4.8.2 Tillgång till företagsvård	55
4.8.3 Träning på arbetstid	55
4.9 Otrygghet i anställningen	56
4.10 Diskussion	57
4.11 Sammanfattning	61
4.12 Litteratur	62
5. Ökad fysisk aktivitet/	
Goda matvanor och säkra livsmedel	63
5.1 Introduktion	63
5.1.1 Fysisk (in-) aktivitet	63
5.1.2 Övervikt och fetma	64
5.2 Resultat	65
5.3 Diskussion	67
5.4 Sammanfattning	68
5.5 Litteratur	69
6. Minskat bruk av tobak/	
Minskat bruk av alkohol	71
6.1 Introduktion	71
6.2 Tobak	71
6.2.1 Rökning	71
6.2.2 Snusning	72
6.2.3 När börjar man röka och snusa?	73
6.2.4 Önskan att sluta röka och snusa och behov av stöd för detta	74
6.2.5 Tobaksbruk och utbildning	74
6.2.6 Rökning och ekonomi	75
6.2.7 Miljötobaksrök	75
6.3 Alkoholkonsumtion	75
6.3.1 Berusningsdrickande	76
6.3.2 Önskan att minska sin alkoholkonsumtion	76
6.4 Diskussion	77
6.5 Sammanfattning	78
6.6 Litteratur	78
7. Bilaga	
7.1 Frågeformulär (utan framsida)	79

SAMMANFATTNING

Under våren 2003 genomförde de fyra nordligaste landstingen i Sverige en befolkningsundersökning, *"Liv och Hälsa i Norrland"*. En motsvarande undersökning genomfördes under samma namn 1997. Syftet med denna undersökning är att ge en bild över hur människor i denna region upplever sin hälsa, sina levnadsvanor och livsvillkor.

Enligt Folkhälsopropositionen "Mål för folkhälsan" (2002/03:35), har regeringen identifierat 11 målområden, mot vilka berörda samhälleliga aktörer bör sträva. I denna rapport beskrivs läget i Norrland inom några av målområdena, såsom det avspeglas genom reslutaten av *"Liv och Hälsa i Norrland"*.

Undersökningen *"Liv och Hälsa i Norrland"* genomfördes i form av en postenkät. Enkäten skickades i början av 2003 ut till delar av befolkningen i Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. Enkäten skickades ut till nära 25 000 personer. Sextiosex procent av enkäterna kom tillbaka ifyllda och användbara för resultatredovisningen.

I den första delen av enkäten ställdes frågor med rubriceringen hälsotillstånd, vård och läkemedel samt tandhälsa och tandvård. Andelen av befolkningen i de fyra länen som bedömde sitt hälsotillstånd gott eller mycket gott var 64 procent. Detta visar sig vara en försämring jämfört med 1997 års undersökning. De som upplevde sitt hälsotillstånd bättre än tidigare var de i åldern över 65 år. Kvinnorna upplevde både 1997 och 2003 sitt allmänna hälsotillstånd som sämre än männen.

Andelen av befolkningen som tillfälligt eller regelbundet använde läkemedel hade ökat vid en jämförelse med 1997 års befolkningsenkät. Dessa läkemedel var vitaminer, smärtstillande läkemedel med eller utan recept, blodtryckssänkande, naturläkemedel, medel mot astma och allergi, sömnmedel, magsårsmedicin och antidepressiv medicin.

74 procent av befolkningen ansåg sig ha ganska bra eller mycket bra tandhälsa.

Ett kapitel innehåller frågor som kan hänföras till tre av de elva målområden som föreslås i Folkhälsopropositionen.

Hälsan i Norrland är ojämnt fördelad mellan män och kvinnor och mellan människor med olika sociala grupper i vårt samhälle. Män har i allmänhet en bättre hälsa än kvinnor, högutbildade har en bättre hälsa än lågutbildade och tjänstemän har en bättre hälsa än arbetare. Liknande mönster finner vi också när vi undersöker social samvaro, socialt stöd och samhörighet. För både män och kvinnor har det sociala stödets kvalitet förbättrats samtidigt som det sociala stödets kvantitet har försämrats.

Män och kvinnor stämmer in i påståendet att man kan lita på de flesta människor i ungefär lika stor utsträckning, men de som har högskoleutbildning litar på människor i högre grad än de som endast har grundskoleutbildning.

År 2003 var det fler personer som på en vecka har möjlighet att skaffa fram 14 000 kronor än det var år 1997 att skaffa fram motsvarande summa. Bland dem som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt hade nära 40 procent svårt att klara sina löpande utgifter åtminstone någon gång det senaste året. Bland dem som skattade sitt allmänna hälsotillstånd som gott gällde detta för 20 procent.

Barn till ensamstående föräldrar har en sämre hälsoutveckling än andra barn. I Norrland finns cirka 18 000 ensamstående föräldrar. Av dessa är cirka 64 procent kvinnor och 36 procent män.

— — — — —

I det målområde i folkhälsopropositionen som handlar om ökad hälsa i arbetslivet framhålls att ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan.

Frågorna i *"Liv och Hälsa i Norrland"* gällande arbete och arbetsmiljö visar bland annat följande. Andelen förvärvsarbetande som skattar sin hälsa som mycket god är högst bland timanställda och lägst bland kvinnliga egenföretagare. Resultatet visar även att det självskattade hälsoläget är bättre i högre socialgrupper, sämre i lägre. Det är de kvinnliga egenföretagarna som trivs bäst med arbetet av alla kategorier förvärvsarbetande, och mindre än en procent av alla förvärvsarbetande inte trivs alls med arbetet. De personer som trivs med arbetet bedömer sitt allmänna hälsoläge som bättre än personer som inte trivs.

Vad gäller den fysiska arbetsmiljön visar *"Liv och Hälsa i Norrland"* att kvinnor med lätt och rörligt arbete skattar sin hälsa som god eller mycket god i större utsträckning än kvinnor i andra typer av arbete. Kvinnor i åldersgruppen 45-64 år har fysiskt tungt och måttligt tungt arbete i större utsträckning än män i samma åldersgrupp.

Denna undersökning ställde några frågor kring företagshälsovård. Resultaten visar att arbetare har sämre tillgång till företagshälsovård än tjänstemän. Detta innebär att de som har fysiskt ansträngade arbeten i lägre utsträckning har tillgång till företagshälsovård än de med lätta rörliga arbeten.

— — — — —

Resultatet från relevanta frågor valdes att bearbetas utifrån Statens Folkhälsoinstituts förslag till indikatorer på målområdet Ökad fysisk aktivitet samt rekommendationer antagna av Svenska Läkaresällskapets nämnd 2000. När det gäller målområdet Goda matvanor och säkra livsmedel har rapporten främst tittat på viktutvecklingen genom att följa huvudindikatorn BMI (Body Mass Index).

I *"Liv och Hälsa i Norrland"*, genomförd 2003, framkommer att närmare 60 procent av norrlänningarna är fysiskt aktiva i vardagen motsvarande minst tre timmar totalt per vecka. Trots detta visar enkäten att övervikt och fetma är vanligare bland norrlänningarna (kvinnor 42 procent, män 58 procent) än i övriga riket (kvinnor 35 procent, män 47 procent). Bland män med universitets- eller högskoleutbildning finns större andel överviktiga än bland män med utbildningsnivå motsvarande realskola.

Enkäten visar att de med ett högre BMI uppger ett sämre allmänt hälsotillstånd än de med normalvikt, detsamma gäller också för gruppen fysiskt inaktiva.

— — — — —

Folkhälsopropositionen innehåller en målområde som täcker tobak och alkohol. Frågor kring dessa områden ställdes även i *"Liv och Hälsa i Norrland"*.

Cirka 15 procent av Norrlands befolkning i åldern 16-84 år röker dagligen. Omräknat till antalet människor i norrlandslänen innebär det 125 000 dagligrökare. Nästan lika många röker någon gång då och då. Snusning är vanligast bland män i åldern 16-64 år där nästan en tredjedel av alla män snusar. Bland kvinnor är snusningen vanligast bland de yngsta, 16-24 år, där 10 procent snusar.

I jämförelse med samma undersökning från 1997 kan man se att bland män tycks det ha blivit fler rökare, medan andelen rökare bland kvinnor har minskat marginellt. Ser vi samtidigt till andelen som snusar dagligen blir det sammanlagda intrycket att tobaksförbrukningen har ökat.

Beträffande alkoholkonsumtionen är mängden alkohol som konsumeras osäker. Cirka 15 procent av männen och 5 procent av kvinnorna säger att de druckit mer än motsvarande 33 cl starksprit i veckan. Konsumtionen är allra högst i den yngsta åldersgruppen.

ENGLISH SUMMARY

In the spring of 2003, the four northernmost County Councils in Sweden conducted a population survey called *"Life and Health in Norrland"*. A similar survey with the same name had been done in 1997. The aim of this study is to form a picture of how the region's inhabitants see their own health, lifestyle and living conditions.

According to the bill entitled "Public Health Objectives" (2002/03:35), the Government has defined 11 target areas for all work in the field of public health that public agencies, authorities, and other actors should strive to achieve. This report, *"Life and Health in Norrland"*, has used these areas as far as possible in the analysis of the survey and in the formulation of the report.

A questionnaire was mailed to a large number of people in the region to collect information for the survey *"Life and Health in Norrland"*. This questionnaire was sent out in the beginning of 2003 to nearly 25,000 people living in the counties of Västernorrland, Jämtland, Västerbotten and Norrbotten. 66 % of the questionnaires were answered and returned, and they provided the basic data for the survey.

— — — — —

In the first part of the questionnaire, questions related to the areas of state of health, medical care and medicines, as well as dental health and dental care were asked. It was shown that 64 % of the people in the four counties answered that their state of health was good or very good. This figure indicates a change for the worse as compared with the survey made in 1997. Those who felt that their state of health was better than before were in the age group over 65 years. An alarming observation is that women, as a rule, in both surveys felt that their general state of health was worse than what the men felt.

The number of people who used medicinal preparations either temporarily or regularly had increased in comparison with the 1997 survey. The medicinal preparations involved vitamins, pain killers (both with and without prescription), medicine for lowering bloodpressure, natural remedies, drugs for asthma and allergies, sleeping pills, medicine for gastric ulcers and antidepressants.

In the survey, 74 % felt that their dental health was quite good or very good.

— — — — —

One chapter deals with information into three of the 11 target areas that were defined by the bill on "Public Health Objectives".

The distribution of health in Norrland is uneven among men and women, as well as among people in different social groups in our society. In general, men have better health than women, the well educated have better health than those with a low education, and white-collar workers have a better health than blue-collar workers. A similar pattern can also be found when we examine social relations,

social support and social bonds. While quality of social support for men and women has improved, the quantity of social support has decreased.

Men and women agree with the assertion that you can trust most of the people most of the time, but those who have higher education trust people more than those who have only received compulsory school education.

In 2003, there were more people who could get hold of SEK 14 000 in one week as compared to those who could obtain the equivalent sum in 1997. Among those who felt that their general state of health was poor, 62 % had not had difficulty managing their day-to-day expenses. In contrast, 80 % of those who felt their state of health was good had had no financial worries.

Children to single parents have poorer health development than other children. In the four counties in Norrland there are approximately 18,000 single parents of which 64 % are women and 36 % men.

— — — — —

One target area that is defined by the bill on "Public Health Objectives" adressed improved health in working life and it is emphasized that a good working life with well-functioning employment conditions reduces work-related ill health.

Answers to questions that were related to work and work environment in "*Life and Health in Norrland*" provided the following insights. The percentage of gainfully employed who considered their health as very good was highest for the hourly-paid employees and lowest for the womed who were self-employed. It was also indicated that the self-assessed health situation is better for those in upper social groups and worse in the lower.

As regards the physical job environment, it was shown in "*Life and Health in Norrland*" that women with light and flexible work felt that their health was good or very good more often than women in other types of work. Women in the age group 45 to 64 have physically heavy and moderately heavy work more often than men in the same age group.

Exercise during working hours is something that some gainfully employed are granted. This survey shows that only one out of five women and one out of seven men made use of this opportunity to exercise during working hours.

— — — — —

It was decided to use indicators from the public health target "Increased physical activity" as proposed by the National Institute of Public Health and recommendations adopted by the Swedish Medical Society Board 2000 in processing answers to relevant questions. As regards the target area "Good eating habits and safe foodstuffs" the report focused mainl on weight development by using the main indicator BMI (Body Mass Index).

In the survey *"Life and Health in Norrland"*, which was conducted in 2003, it could be concluded that close to 60 % of the Norrlanders are physically active on weekdays, at least three hours per week. Despite this, the questionnaire shows that overweight and obesity are more common among Norrlanders (women 42 %, men 58 %) than in the nation as a whole (women 35 %, men 47 %). Among men who have university or other higher education there is a larger proportion who are overweight than among men with the equivalent of a junior secondary school education.

The survey shows that those who report a higher BMI have a poorer general state of health than those who have normal weight. The same applied to the group physically inactive.

— — — — —

The bill entitled "Public Health Objectives" presents a target area for "Reduced use of tobacco and alcohol". Questions related to this area were also asked in *"Life and Health in Norrland"*.

Approximately 15 % of Norrland's inhabitants in three age groups, i.e 16-84 years, are daily smokers. In other words, if stated the actual number of people who live in these counties of Norrland, it means that 125,000 people are daily smokers. Almost as many people smoke occasionally. Taking snuff is more common among men between the ages of 16 and 84 where almost a third of all men take snuff. Among women, taking snuff is more common between the ages of 16 and 24, where 10 % take snuff.

In comparison with the survey of 1997, one can see that there seems to be an increase in the number of men who have become smokers, while the proportion of smokers among women has decreased only slightly. If we also look at the number who take snuff on a daily basis, the overall impression is that tobacco consumption has increased.

As regards alcohol consumption, the amount of alcohol that is consumed is uncertain. Approximately 15 % of the men and 5 % of the women say that they drink more than the equivalent of 33 c. strong spirits per week. Consumption is greatest in the youngest age group, 16 to 24 years.



1. INTRODUKTION

1.1 Förord

Under våren 2003 genomförde de fyra nordligaste landstingen i Sverige en befolkningsundersökning, *"Liv och Hälsa i Norrland"*. En motsvarande undersökning genomfördes under samma namn 1997.

Syftet med denna undersökning är att ge en bild över hur människor i denna region upplever sin hälsa, sina levnadsvanor och livsvillkor. Undersökningen ingår som en del i landstingens folkhälsoarbete för att kartlägga befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor.

Resultatet kommer att användas i planeringen av landstingens folkhälsoarbete. Resultatet kan också vara värdefullt på kommunnivå samt i andra sammanhang. Målgruppen är dels beslutsfattare på lokal, regional och central nivå, och dels aktörer inom hälso- och sjukvården. Rapporten riktar sig även till andra organisationer och myndigheter som arbetar med att förbättra människors hälsa samt till en intresserad allmänhet.

"Liv och hälsa i Norrland" utfördes i form av en postenkät, som skickades ut till delar av befolkningen i de olika länen; Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten. Arbetet med planering, utförande och uppföljning utfördes av en projektgrupp, bestående av olika professioner från alla fyra länen. I arbetet med denna rapport har följande personer deltagit:

Västernorrlands Län	Ove Björ, Anna Bostedt, Johannes Dock, Leif Hammarström, Maria Johansson, Birgitta Malker, Tove Olofsson, Kicki Wickberg
Jämtlands Län	Hans Fröling, Christina Reuterwall, Elsa Rudsby-Strandberg, Eva Söderberg
Västerbottens Län	Christina Ahlgren, Urban Janlert, Mats Nilsson, Karina Nygren
Norrbottens Län	Jenni Niska, Kerstin Sandberg, Harald Segerstedt, Åke Thörn

Vi vill tacka alla som deltagit i arbetet med *"Liv och Hälsa i Norrland"*. Ett särskilt tack riktas till Dig som svarat på enkäten.

Karina Nygren har varit redaktör för denna rapport. Information kring *"Liv och Hälsa i Norrland"* finns även på www.livohalsa.nu.

Februari 2004

1.2 Bakgrund

Olika registerdata som finns inom hälso- och sjukvården ger kunskap om hälsoläget i sitt respektive län. Dessa data ger värdefull, men i visst avseende begränsad, information i och med att de endast kartlägger den del av befolkningen i länet som har uppsökt hälso- och sjukvården. Att komplettera med en enkätundersökning ger stora möjligheter att få utökad kunskap om hälsoläget i och med att man når ett urval av hela befolkningen i länet. Det ger också möjlighet att samla in kunskap om levnadsvanorna och livsvillkoren för befolkningen.

Genom att de fyra nordligaste länen samarbetar ger möjligheter att jämföra resultaten länen emellan såväl som att resultatet kan komplettera den nationella bilden av dessa frågor. *"Liv och Hälsa i Norrland"* genomfördes även 1997. Att en i stort sett identisk undersökning har genomförts en gång tidigare ger en unik möjlighet att jämföra resultaten i undersökningen över tid.

Flera landsting i Sverige har under senare år genomfört enkätundersökningar bland befolkningen angående hälsoförhållanden. Ett sådant exempel är de så kallade CDUST-länen; Uppland, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro. Ett omfattande nationellt samarbete under ledning av Statens Folkhälsoinstitut och Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen arbetar för att utforma bra enhetliga frågor som alla landsting kan använda. *"Liv och Hälsa i Norrland"* är i möjligaste mån samordnad med motsvarande studier i Stockholms län och Västra Götalands region.

"Det övergripande målet för svenskt folkhälsoarbete skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen." Detta är regeringens förslag enligt Proposition 2002/03:35, "Mål för folkhälsan". I denna proposition har regeringen identifierat 11 målområden, mot vilka berörda samhälleliga aktörer bör sträva. Dessa är:

- Delaktighet och inflytande i samhället
- Ekonomisk och social trygghet
- Trygga och goda uppväxtvillkor
- Ökad hälsa i arbetslivet
- Sunda och säkra miljöer och produkter
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Gott skydd mot smittspridning
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
- Ökad fysisk aktivitet
- Goda matvanor och säkra livsmedel
- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

”Liv och Hälsa i Norrland” har i denna rapport utgått från dessa målområden i analysen av enkätsvaren. Formen på rapporten utgår också i möjligaste mån från uppdelningen i målområden. Syftet är att rapporten på så sätt ligger i linje med den nationellt utsatta riktningen i framtida folkhälsoarbete.

1.3 Syfte

Syftet med denna enkätundersökning var:

- Att samla in kunskap om hur befolkningen i regionen upplever sin hälsa
- Att samla in kunskap om levnadsvanorna samt livsvillkoren i regionen
- Att följa upp resultaten från den motsvarande enkätundersökningen *”Liv och Hälsa i Norrland”*, utförd 1997
- Att kunna komplettera nuvarande registerdata från hälso- och sjukvården med kunskap om hur befolkningen upplever hälsa och livsvillkor
- Att ge underlag för landstingens planering samt uppföljning av förebyggande åtgärder och hälsofrämjande åtgärder
- Att ge underlag för övriga samhällsliga intressenter i deras folkhälsoarbete

1.4 Material och metod

Undersökningen *”Liv och Hälsa i Norrland”* genomfördes i form av en post-enkät. Enkäten skickades i början av februari 2003 ut till ett urval av befolkningen i Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens respektive Norrbottens län.

Populationen, d v s de personer man vill undersöka, utgjordes i början av 2003 av cirka 697 000 personer; den sammantagna befolkningen i Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. Eftersom det storleksmässigt innebär stora svårigheter att hantera en enkätundersökning om alla i befolkningen skulle delta, fick endast ett urval av befolkningen möjlighet att svara på enkäten. För att förvissa sig om att resultatet verkligen är representativt för hela befolkningen och inte bara för de specifika personer som svarar på enkäten, är urvalsprocessen; hur de personer som ska svara på enkäten väljs ut, av avgörande betydelse för resultatets tillförlitlighet (se avsnitt 1.4.2 nedan).

1.4.1 Enkäten

Enkäten är indelad i olika frågeområden, som avser att beskriva folkhälsan ur ett antal olika aspekter. Dessa frågeområden är hälsotillstånd, tandhälsa, levnadsvanor (kost, alkohol och tobak), livskvalitet, socialt stöd, boendemiljö, arbete och

arbetslöshet, utbildning samt synen på framtiden. Dessutom finns det frågor som handlar om vård- och läkemedelskonsumtion och om eventuella otillfredsställda vårdbehov hos både vuxna och barn.

1.4.2 Urval

Utgångspunkten i urvalet var att personerna skulle vara folkbokförda i landstingets befolkningsregister samt att de var i åldern 16–84 år. Utifrån dessa förutsättningar, genomfördes sedan urvalet; ett så kallat stratifierat urval. Ett stratifierat urval innebär att populationen delas in i olika urvalsgrupper, så kallade strata. Varje kommun i dessa landsting utgjorde en egen urvalsgrupp. På liknande sätt delades befolkningen upp i tre åldersklasser, varvid varje åldersklass utgjorde en urvalsgrupp. Dessa åldersklasser är 16–24 år, 25–64 år samt 65–84 år. Inom varje urvalsgrupp, drogs ett slumpmässigt obundet urval av befolkningen, till vilka enkäten skickades.

Anledningen till ett stratifierat urval är att det skapar möjligheter att jämföra undersökningsresultaten mellan olika urvalsgrupper, i detta fall mellan olika kommuner och åldersgrupper. Invånarantalet varierar så pass mycket mellan olika kommuner. Om ingen stratifiering gjorts hade exempelvis majoriteten av dem som besvarat enkäten kommit från Umeå, Sundsvall och andra stora kommuner. På detta sätt blir de mindre kommunerna rättvist representerade. Resultaten kommer med andra ord att få rätt proportion av befolkningen i de fyra länen. Detta gäller även de stratifierade åldersklasserna.

1.4.3 Svarsfrekvens

Med början den 3 februari 2003 skickades 24 843 enkäter ut till det gjorda urvalet i befolkningen. Ju fler personer som svarar på enkäten, desto mer tillförlitligt blir resultatet. Med detta i åtanke genomfördes olika aktiviteter under våren för att få fler personer att svara på och skicka in enkäten. Efter två skriftliga påminnelser, genomfördes telefonintervjuer med ett urval av de personer som fortfarande inte hade svarat. Totalt inkom 17 611 enkäter, varav 16 494 enkäter kunde användas för resultatredovisningen. Anledningen till detta att vissa enkäter som inkom inte användes beror på ett antal olika anledningar, bland annat att de var dubletter och att det var tveksamt om rätt person fyllt i enkäten (troligen ifyllt av förälder till barn under 18 år, make/maka/släkting etc.). Efter den 9 maj 2003, avslutades datainsamlingen.

Tabell 1.1 Andelen svarade per län uppdelat på åldersgrupp (i procent).

	16–24 år	25–64 år	65–84 år	Totalt
Västernorrland	55,1	69,1	73,7	66,6
Jämtland	60,3	72,9	76,6	70,6
Västerbotten	62,2	71,2	75,3	69,0
Norrbottnen	56,9	73,5	70,5	68,3

1.4.4 Bortfall

När enkäten inte alls blir besvarad kallas det för primärt bortfall. I *”Liv och Hälsa i Norrland”* var det 24 843 enkäter som skickades ut, och 17 611 enkäter som kom in. Mellanskillnaden utgör det primära bortfallet. När endast vissa frågor i en inskickad enkät förblir obesvarade, utgör detta ett sekundärt bortfall.

Arbetet med att skicka ut enkäten samt ta emot och registrera alla svar gjordes av Infoscandic AB på uppdrag av de fyra landstingen. Den databas som Infoscandic AB skapade, skickades sedan till Statistiska Centralbyrån (SCB). Utifrån vissa registeruppgifter genomförde SCB två slags viktningar av materialet. Den ena viktningen kompenserar för olika svarsfrekvens i de olika urvalsgrupperna. Den andra viktningen kompenserar för olika svarsfrekvens i olika socioekonomiska grupper.

Syftet med viktning är att öka representativiteten i materialet. Det finns en önskan att varje befolkningsgrupp ska ha den inverkan på resultatet som motsvarar gruppens andel av totalbefolkningen. Genom att i efterhand korrigera, eller vikta, dessa felaktigheter i representativiteten uppnås detta; resultaten stämmer bättre överens med befolkningssammansättningen i landstingen.

Det datamaterial som sedan lämnades ut till analys och bearbetning, och som alltså är underlag för denna rapport, är helt anonymt. De personer som arbetar med uppgifterna i analys och bearbetning har inga möjligheter att identifiera enskilda personer.

1.4.5 Mer information

I rapporten kommer länsbeteckningarna att figurera i vissa figurer och jämförelser. AC står för Västerbottens län och BD står för Norrbottens län. Vidare står Y för Västernorrlands län samt Z för Jämtlands län.

Flera kapitel tar upp variabeln kontantmarginal, vilket är baserat på en av frågorna i enkäten. Denna fråga följer konsumentprisindex, vilket innebär att värdet 14 000 kronor år 2003 motsvarade 13 000 kronor då frågan ställdes 1997.

För mer information kring material och metod, hänvisas läsare till den tekniska rapporten (Nilsson, 2003). Där redovisas urval och svarsfrekvenser i detalj, samt att beskrivning ges av databasen. SCB har även genomfört kalibrering och tabellframställning, vilket de redovisar i fyra olika rapporter, ett per landsting.

Information kring *”Liv och Hälsa i Norrland”* finns även på www.livohalsa.nu.



2. HÄLSA OCH LIVSKVALITET

2.1 Introduktion

Det finns idag ingen enhälligt accepterad definition av vad begreppet hälsa betyder. I dagens folkhälsovetenskapliga diskussion räknas dock hälsa som något annat än bara frånvaro av sjukdom. Världshälsoorganisationen, WHO, beskriver hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp (Janlert U, 2000). Det är inte ovanligt att människor med kroniska sjukdomar ändå betraktar den egna hälsan som god. Hälsan är alltså ett subjektivt begrepp som utgår från individernas olika uppfattning.

En människas hälsotillstånd är beroende av både fysiska och biologiska förutsättningar såväl som sociala och ekonomiska faktorer. I samhället utsätts människan för både fysiska och psykiska påfrestningar som i många fall kan skapa olika typer av spänningstillstånd. Dessa kan i sin tur leda till olika grad av ohälsa. En viktig kunskap i ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är att ta reda på hur olika grupper i befolkningen upplever sin hälsa. Syftet med den här enkäten liksom den 1997 har varit att belysa det aktuella hälsotillståndet och också följa hälsoutvecklingen med jämförelse från tidigare undersökning.

En individs hälsa är beroende av många olika saker. I detta kapitel studeras norrlänningarnas upplevda hälsotillstånd utifrån några av dessa faktorer. Hälsotillståndet definieras utifrån tre olika perspektiv. I kapitlet studeras också frågor som rör besvär/sjukdomar de senaste tre månaderna, tandhälsa samt konsumtion av vård och läkemedel.

Det subjektivt upplevda hälsotillståndet mäts med en fråga och fem svarsalternativ, mycket gott, gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt. Frågan är väl utvärderad och har visat ett gott prognostiskt värde för sjuklighet och dödlighet. Även frågans tillförlitlighet har studerats. Frågan mäter inte bara den fysiska hälsan utan tar även hänsyn till psykiskt välbefinnande (Lundberg, O. and K. Manderbacka. 1996, Manderbacka, K. 1998, Idler, E.-L. and Y. Benyamini. 1997)

EQ-5D är ett instrument för att beskriva självskattad hälsorelaterad livskvalitet. Själva mätinstrumentet består av ett kort frågeformulär där individen kan klassificera sin hälsa inom fem områden: rörlighet, hygien (att kunna klä och

tvätta sig själv), huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär, samt oro och nedstämdhet. Graden av problem anges på en tregradig skala (inga problem, måttliga, svåra).

Instrumentet medger också en sammanvägning till ett index, som beskriver det självskattade hälsotillståndet. Indexvärdet kan anta värden mellan 0 och 1 där värdet 1 motsvarar full hälsa. Grunden för sammanvägningen kommer från ett urval av 17 000 vanliga medborgare i Storbritannien, som fått ange vilka besvär som är mest betungande att leva med. Svåra smärtor har fått den högsta vikten, måttliga problem med daglig aktivitet har fått den lägsta. En högre vikt belastar hälsoindex mer, och värdet sjunker (Burström 2002).

”Dagar med ohälsa” är tre frågor som beskriver hälsorelaterad livskvalitet. Först kommer två frågor om hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden den kroppsliga (pga. sjukdom eller skador) eller den psykiska (pga. stress, nedstämdhet, ångslan eller oro) hälsan inte varit god. Därefter följer en fråga som gäller hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden som dålig kroppslig eller psykisk hälsa hindrat din arbetsförmåga eller dina dagliga aktiviteter. (Alfredsson 2002).

2.2 Hälsotillstånd

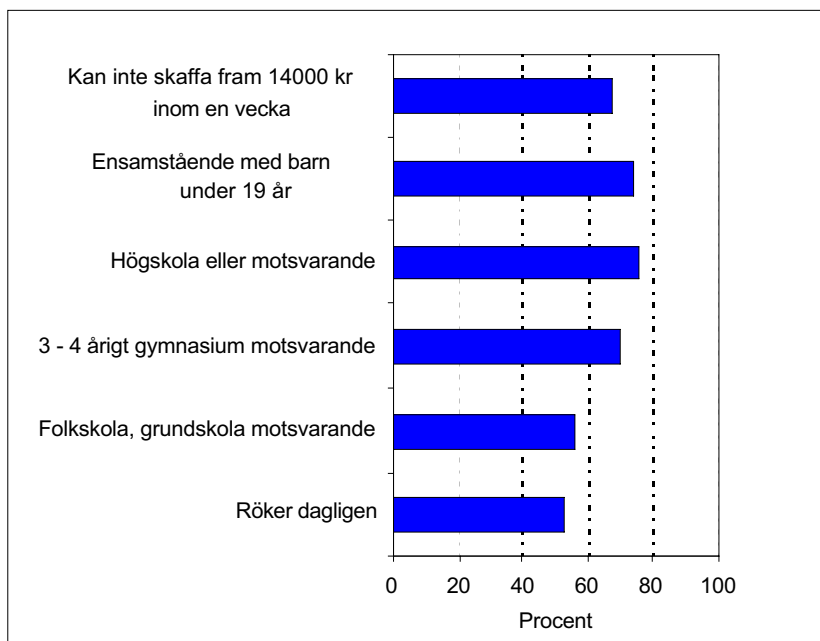
2.2.1 Allmänt hälsotillstånd

Tabell 2.1 Eget bedömt hälsotillstånd som gott eller mycket gott fördelat efter kön, län och i åldersgrupper. Inom parentes anges resultat från enkäten ”*Liv och Hälsa i Norrland*”, från 1997.

	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottnen
18–24 år	80 (82)	78 (81)	80 (80)	78 (81)
25–64 år	70 (73)	66 (74)	64 (65)	70 (72)
65–84 år	49 (41)	49 (44)	38 (39)	47 (41)
Män	67 (68)	67 (70)	66 (71)	70 (69)
Kvinnor	62 (65)	61 (65)	61 (53)	62 (64)
Total	65 (66)	64 (67)	63 (61)	66 (66)

Frågan om hur man bedömde sitt allmänna hälsotillstånd kunde besvaras med mycket gott, gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt. Resultatet visade att 79 procent av de yngre och 66 procent av de i medelåldern ansåg sitt hälsotillstånd vara gott eller mycket gott hälsotillstånd. Någon märkbar skillnad mellan de olika länen kunde inte ses. Vid en jämförelse med resultatet från befolkningsenkäten 1997, ”*Liv och Hälsa i Norrland*” har andelen med gott eller mycket gott hälsotillstånd minskat hos medelålders kvinnor och män medan gott eller mycket gott hälsotillstånd ökat bland dem över 65 år.

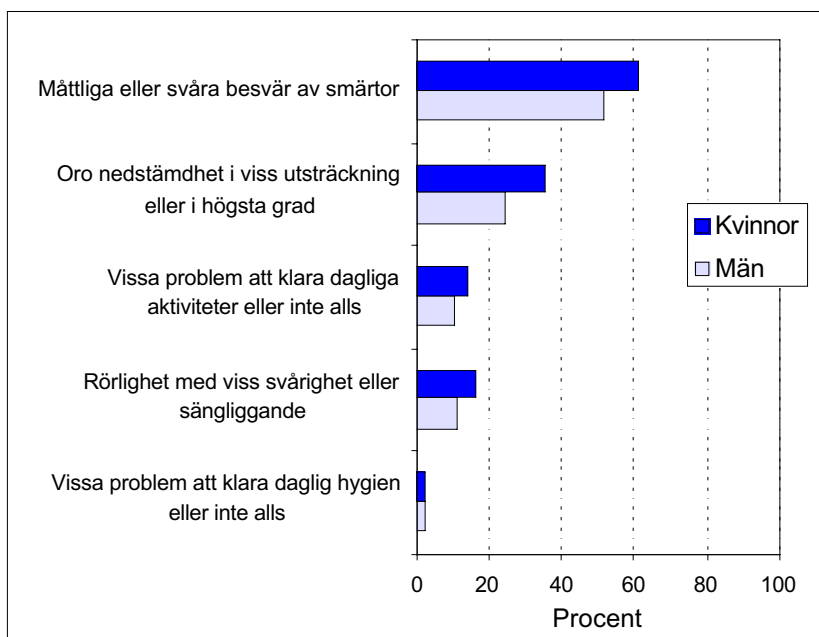
Kvinnor angav ett sämre hälsotillstånd än män och sämst hälsotillstånd angav äldre kvinnor medan 83 procent av de yngre männen upplevde sitt hälsotillstånd som mycket gott.



Figur 2.1 Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott i de fyra norrlandslänen.

Andelen med gott eller mycket gott hälsotillstånd var lägre bland dem som röker dagligen liksom bland personer med enbart folkskola, grundskola eller motsvarande utbildning.

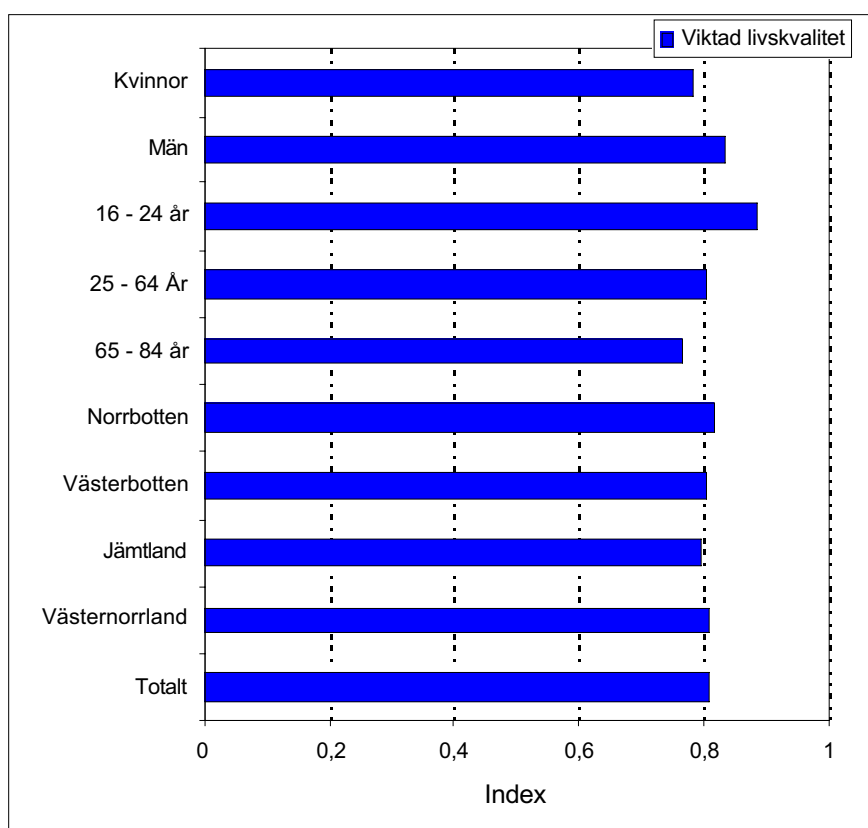
2.2.2 Hälsotillstånd i dag (EuroQol)



Figur 2.2 Självskattat hälsotillstånd mätt med instrumentet EQ-5D (EuroQol) i de fyra norrlandslänen. Andel män respektive kvinnor.

Frågorna med påståenden om vad som bäst beskriver hälsotillståndet vid frågetillfället belyser rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, och oro/nedstämdhet i syfte att beskriva en självskattad hälsorelaterad livskvalitet.

På frågan om smärtor/besvär uppgav 57 procent att de hade måttliga eller svåra smärtor eller besvär. En större andel kvinnor än män uppgav sig ha måttliga eller svåra smärtor eller besvär. Andelen som uppgav att de var oroliga eller nedstämda i viss utsträckning eller i högsta grad oroliga eller nedstämda var 29 procent i de fyra länen. Andelen kvinnor som var oroliga eller nedstämda var också här större än andelen män. Andelen oroliga eller nedstämda var lägre i Norrbotten (27 procent) och högst i Jämtland (34 procent).

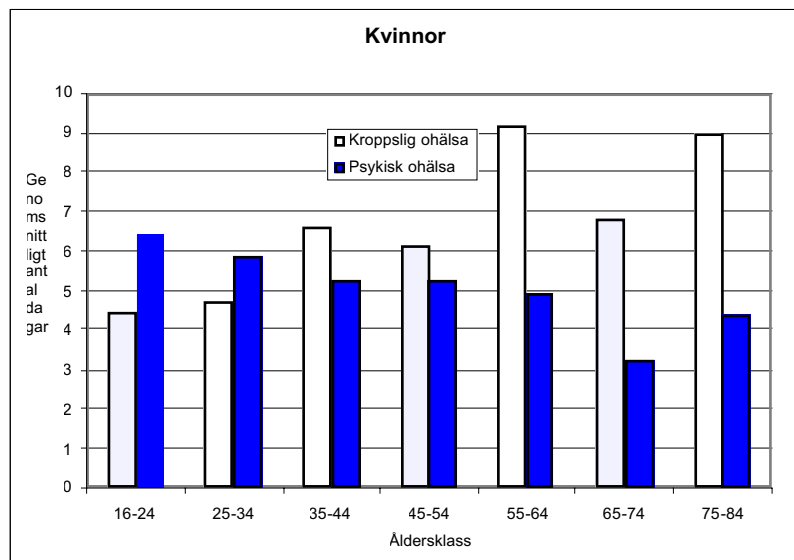


Figur 2.3 Viktad livskvalitet bland kvinnor och män samt i olika åldersgrupper och i de fyra norrlandslänen mätt med instrumentet EQ-5D (EuroQol) där 1,0 motsvarar full hälsa.

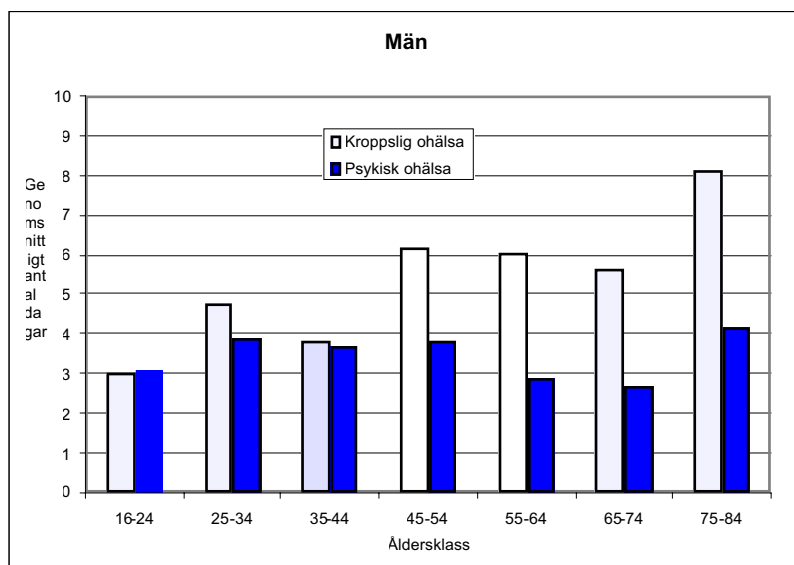
Figuren ger en översiktlig sammanfattning av självskattat hälsorelaterat livskvalitetsindex (EQ-5D). Index sjunker med ökad ålder. Män har ett högre index (skattar sin hälsa bättre) än kvinnor. Kvinnornas lägre index beror sannolikt på stor värkproblematik, som ger höga indexvärden. För samtliga delfrågor i indexet svarade kvinnorna att de upplevde sämre självskattat hälsotillstånd. Skillnaden mellan länen totalt sett är små, men Norrbotten har ett något högre värde än Jämtland.

2.2.3 Dagar med ohälsa

Genomsnittligt antal dagar den senaste 30-dagarsperioden med kroppslig eller psykisk ohälsa redovisas nedan för män och kvinnor i olika åldrar.



Figur 2.4 Kvinnor. Genomsnittligt antal dagar i olika åldrar då den kroppsliga eller psykiska hälsan inte varit god under den senaste 30-dagarsperioden.

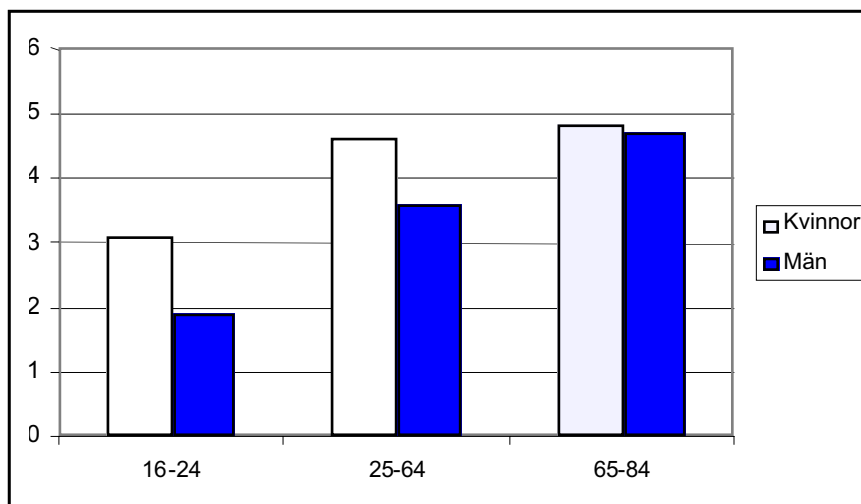


Figur 2.5 Män. Genomsnittligt antal dagar i olika åldrar då den kroppsliga eller psykiska hälsan inte varit god under den senaste 30-dagarsperioden.

Antal dagar då den kroppsliga hälsan inte varit god ökar med stigande ålder för både kvinnor och män. Kvinnorna anger något fler dagar med kroppslig ohälsa än männen. När det gäller dagar då den psykiska hälsan inte varit god är mönstret annorlunda. De yngre kvinnorna anger fler dagar med psykisk ohälsa, drygt 6 dagar i åldern 16-24 dagar medan männen anger 3-4 dagar i alla åldersklasser. Kvinnorna i åldern 55-64 år har flest antal dagar med ohälsa främst beroende på

många dagar med kroppslig hälsa. Andelen personer, som varken uppgivit dagar med nedsatt kroppslig eller psykisk ohälsa var 38 procent.

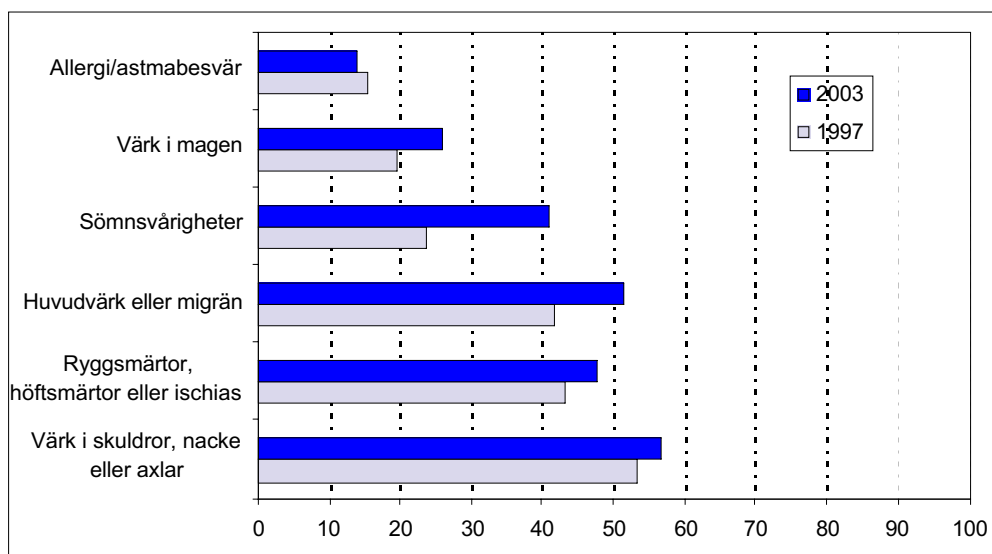
Totalt hade kvinnorna 6,6 dagar då den kroppsliga hälsan inte var god och 5,1 då den psykiska hälsan inte var god. Motsvarande för männen var 5,3 dagar och 3,4 dagar. Någon större skillnad mellan länen kunde inte påvisas.



Figur 2.6 Genomsnittligt antal dagar i olika åldrar då den kroppsliga eller psykiska hälsan förhindrat arbetsförmåga eller dagliga aktiviteter under den senaste 30-dagarsperioden.

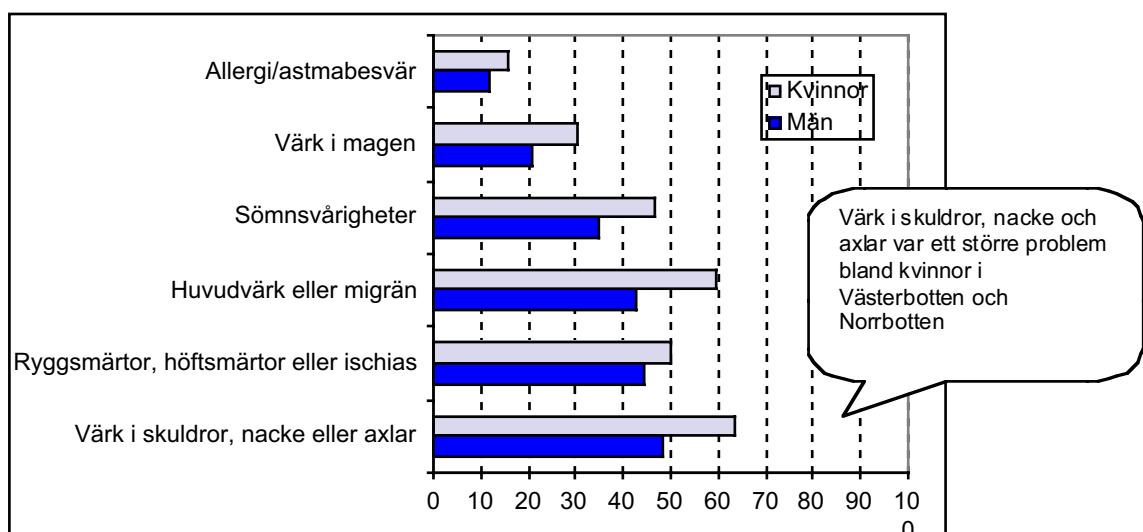
Kvinnor i Norrland uppgav i genomsnitt 4,4 dagar då dålig kroppslig eller psykisk hälsa hindrat arbetsförmåga eller dagliga aktiviteter under senaste 30-dagarsperioden. Männen uppgav 3,6 dagar. En klar ökning med stigande ålder observeras.

2.2.4 Besvär/sjukdomar



Figur 2.7 Andel av befolkningen i de fyra norrlandslänen som under de tre senaste månaderna har haft lätta eller svåra besvär.

På frågan om man under de tre senaste månaderna haft något eller några besvär eller sjukdomar avseende värk i magen, sömnsvårigheter, huvudvärk eller migrän, rygg eller höftsmärtor, ischias, värk i skuldror, nacke eller axlar visade vid en jämförelse med resultatet från 1997 års enkät ”Liv och Hälsa i Norrland” att andelen med lätta eller svåra besvär ökat i befolkningen i de fyra länen fram till 2003. Det var endast besvär av allergi/astma som inte ökat under perioden. Den största ökningen fanns bland de med sömnsvårigheter och huvudvärk. Där hade besvären ökat med 17 respektive 10 procent sedan 1997. Ryggsmärtor, höftsmärtor eller ischias hade ökat med 4 procent.

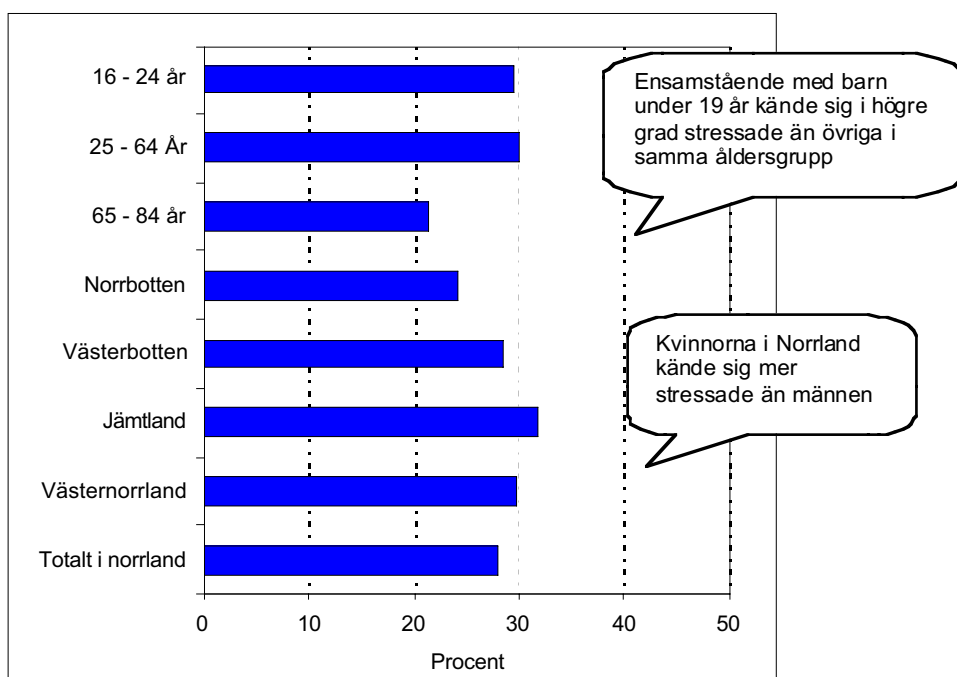


Figur 2.8 Andel kvinnor och män i de fyra norrlandsläna som under de tre senaste månaderna har haft lätta eller svåra besvär.

Vid en jämförelse mellan män och kvinnor på samma fråga visade att en större andel kvinnor än män hade lätta eller svåra besvär. Detta gällde samtliga redovisade besvär. I Västerbotten och Norrbotten var andelen högre än i övriga län när det gällde lätta eller svåra besvär av värk i skuldror axlar och nacke (57 procent) och där var också skillnaden mellan kvinnor och män med dessa besvär större. I Norrbotten hade man minst besvär när det gäller ryggsmärtor, höftsmärtor eller ischias och besvär i form av sömnsvårigheter.

2.2.5 Stress

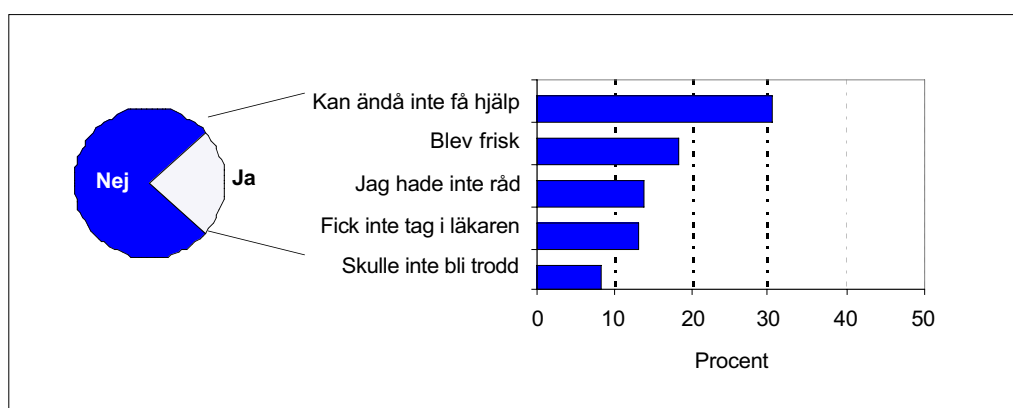
Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden. Resultatet visade att kvinnor kände sig mer stressade än männen i de fyra norrlandsläna och då främst kvinnorna i åldern 16–24 år (37 procent). Kvinnorna i Jämtland kände sig mer stressade än kvinnorna i övriga län. Ensamstående med barn i åldern 25–64 kände en högre grad av stress (38 procent) än övriga. De med otillräcklig kontantmarginal främst i åldersgruppen 25–64 kände sig i högre grad stressade (49 procent). Det var 19 procent fler än övriga i samma ålder i Norrland. Minst stressade kände sig männen i Norrbotten.



Figur 2.9 Andel kvinnor och män samt i olika åldersgrupper och i de fyra norrlandslänen med i viss mån, ganska mycket och mycket stress.

2.3 Vård och läkemedel

Frågor om vårdkonsumtion och användning av läkemedel kan också vara ett mått på befolkningens hälsotillstånd. Det kan vara frågor om olika vårdkontakter och hur ofta man använder vissa läkemedel.



Figur 2.10 Andel (procent) i de fyra norrlandslänen som under en tremånadersperiod har haft behov av läkarvård men inte sökt och vanligaste skälen till varför man inte sökt. Flera svarsalternativ kan anges.

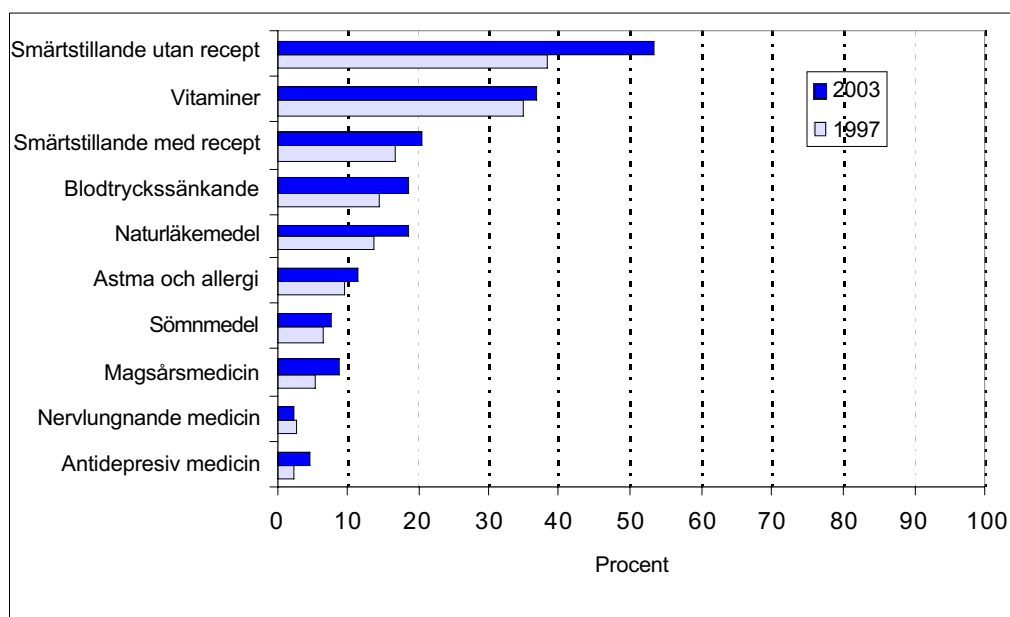
På frågan om man under den senaste tremånadersperioden haft behov av läkarvård men inte sökt ansåg sig 22 procent av befolkningen ha haft behov av läkarvård en eller flera gånger men inte sökt läkare. Anledningen till varför man inte sökte

läkarvård varierar beroende på bland annat ålder. Yngre angav i större utsträckning att de blev friska eller att de inte hade råd medan de äldre angav att de inte fick tag i läkaren eller att de ändå inte kunde bli hjälpta. Bland ensamstående med barn under 19 år uppgav 25 procent att de inte hade råd som skäl till varför man inte sökt läkarvård.

Tabell 2.2 Andel (procent) som trots behov av läkarvård, avstod från att söka i jämförelse mellan länen, olika åldersgrupper och kön. Inom parentes anges resultat från enkäten ”Liv och Hälsa i Norrland”, från 1997.

	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
18–24 år	19 (25)	23 (27)	25 (20)	21 (24)
25–64 år	25 (23)	23 (21)	24 (25)	25 (25)
65–84 år	16 (22)	19 (22)	18 (22)	20 (27)
Man	20 (21)	20 (23)	21 (24)	21 (22)
Kvinna	25 (24)	24 (22)	25 (33)	27 (28)
Total	22 (23)	22 (22)	23 (29)	24 (25)

Användning av läkemedel kan både ge en uppfattning om befolkningens hälsa och i vissa fall även vilken typ av sjukdom som man använder medicinen för och också om det sker en ökning eller minskning av läkemedelsanvändningen. Frågan ställdes om man under de tre senaste månaderna bland annat använt smärtstillande medel med eller utan recept, vitaminer, blodtryckssänkande medel, naturläkemedel, medel mot astma/allergi, sömnmedel, magsårsmedicin, nervlugnande och medel mot depression.



Figur 2.11 Andelen i befolkningen i de fyra norrlandslänen som 1997 och 2003 tillfälligt eller regelbundet har använt något läkemedel de tre senaste månaderna.

I resultatet redovisas enbart de medel eller preparat som kan jämföras med 1997 års enkät ”*Liv och Hälsa i Norrland*”. Användningen av samtliga läkemedel förutom nervlugnande medicin har ökat mellan 1997 och 2003. De vanligast använda läkemedlen var smärtstillande läkemedel utan recept, vitaminer, smärtstillande läkemedel med recept, blodtryckssänkande och naturläkemedel.

Smärtstillande medel utan recept användes i större utsträckning av kvinnor, främst i åldersgruppen 25–64 år. Även smärtstillande medel med recept användes mer av kvinnor än män. Någon större skillnad mellan länen kunde inte ses.

Användningen av blodtryckssänkande medicin var störst bland den äldre befolkningen. Andelen som använde blodtryckssänkande medel var större i Västernorrland än i de övriga länen.

Andelen kvinnor som använde medel mot astma eller allergi var högre i åldersgruppen 16–24 år än övriga grupper.

Kvinnor använde mer sömnmedel och medel mot depression än män, främst i äldre åldrar. Befolkningen i Norrbotten använde medel mot depression i mindre utsträckning än övriga län.

Andelen som de tre senaste månaderna fått medicin utskrivet på recept men inte hämtat ut den på apoteket var 4 procent av befolkningen i de fyra länen. Var tredje person angav som orsak att de inte hade råd och mer än var fjärde att de hade medicin så att det räckte. Var tionde angav att medicinen de kunde tänkas få ändå inte skulle hjälpa. Kvinnorna samt de i yngre åldrar i de fyra länen angav i större utsträckning än övriga att de inte hade råd att hämta ut medicinen. Det var fler i Norrbotten som ansåg sig inte ha råd att hämta ut medicinen än i de övriga länen. Där angav också mer än hälften av kvinnorna som skäl att de hade medicin så att det räckte.

2.4 Tandhälsa och tandvård

En bra tandhälsa kan också bidra till en god hälsa och en bra livskvalitet. Frågor om tandhälsan har inriktats på egen bedömd tandhälsa och när man senast var hos tandhygienist/tandläkare samt om man haft behov av tandvård men inte sökt och i så fall varför.

2.4.1 Tandhälsa

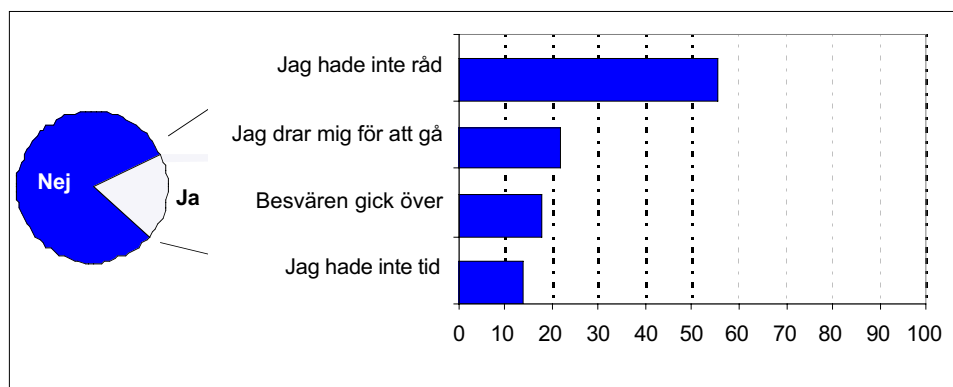
På frågan om vad man tyckte om den egna tandhälsan ansåg 74 procent av befolkningen att den var ganska bra eller mycket bra, 17 procent att den var varken bra eller dålig och 9 procent att den var ganska dålig eller mycket dålig. Vid en jämförelse mellan länen ansåg man sig ha något sämre tandhälsa i Jämtland än i

övriga län främst i åldern 25–64 år. Sämst tandhälsa i Norrland ansåg sig de ha som rökte dagligen och de med låg kontantmarginal. Andelen män med ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa var också något högre jämfört med kvinnorna.

Tabell 2.3 Andel (procent) av befolkningen i de fyra norrlandslänen som angav att tandhälsan var ganska dålig eller mycket dålig.

	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottnen
18–24 år	5,5	7,5	4,9	7,9
25–64 år	11,2	12,9	7,7	9,5
65–84 år	11,4	12,2	8,4	10
Man	12,5	12,6	7,9	12,4
Kvinna	8,4	11,4	6,8	6
Röker	22,4	23,7	19,2	18
Kontantmarginal	24,1	27,4	20,2	21,9
Total	10,5	12,1	8,4	9,3

2.4.2 Tandvård



Figur 2.12 Andel (procent) som under en tremånadersperiod har haft behov av tandläkarvård men inte sökt vård och de vanligaste skälen till varför man inte sökt.

På frågan om man haft behov av tandläkarvård de tre senaste månaderna men inte sökt angav 18 procent att de haft behov av tandläkarvård men inte sökt vård. Som skäl angav 56 procent att de inte hade råd, 22 procent att de drog sig för att gå (tandläkarskräck), 18 procent att besvären gick över och 14 procent att de inte hade tid. Någon större skillnad mellan länen fanns inte avseende de som haft behov av tandläkarvård men inte sökt. Bland de med låg kontantmarginal angav 39 procent att de haft behov av tandvård men inte sökt för det.

Andelen som angav att de besökt tandläkare/tandhygienist för mindre än ett år sedan i de fyra länen var 60 procent. För mellan ett år och två år sedan var det 20 procent, för två till fem år sedan var det 11 procent och för fem år sedan eller

aldrig var det 8 procent. Norrbotten hade den största andelen jämfört med övriga län som besökt tandläkare/tandhygienist för fem år sedan eller aldrig gjort något besök. När det gällde besöksfrekvens fanns ingen större skillnad mellan män och kvinnor som besökt tandvården i norrlandsläna.

2.5 Diskussion

Syftet med den här enkäten har varit att belysa det självskattade hälsotillståndet och följa hälsoutvecklingen med jämförelser från tidigare undersökning. I befolkningsenkäten ställdes frågor om det egna hälsotillståndet utifrån tre olika perspektiv. Det ena var ett eget bedömt hälsotillstånd det andra ett uppgivet hälsotillstånd utifrån bland annat rörlighet, olika aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet och det tredje upplevda hälsa de trettio senaste dagarna med utgångspunkt från kroppslig eller psykisk hälsa.

Andelen av befolkningen i de fyra läna som bedömde sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott var 64 procent, vilket visar sig vara en försämring i hälsotillståndet jämfört med 1997 års undersökning. De som upplevde sitt hälsotillstånd som bättre än tidigare undersökning var de i åldern över 65 år. Det som är oroande är att kvinnorna genomgående både 1997 och 2003 upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som sämre än männens. Detta var även ett faktum vid en jämförelse av frågorna om hälsotillståndet idag utifrån olika besvär (EQ-5D) samt kroppslig och psykisk hälsa de senaste trettio dagarna (Healthy days).

Både män och kvinnor skattade sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott i genomsnitt 10 procent lägre än resultatet från SCB:s levnadsnivåundersökning 2001. När det gällde hälsotillståndet utifrån smärtor och besvär bland kvinnorna i Norrland visade det sig vid en jämförelse med Västra Götalands enkät "Liv och Hälsa" 2003 att man upplever mer besvär av smärtor än kvinnorna i Västra Götaland.

Samstämmigheten var stor mellan svaren på frågorna om man kände oro/nedstämdhet eller ansåg sig stressad över hela Norrland. Kvinnorna upplevde också dessa besvär genomgående i högre grad än männen. Vid en jämförelse rådde samma förhållande i Västra Götalands enkät. Skillnaden var att andelen av befolkningen i norrlandsläna som kände oro och stress totalt sett var lägre än i Västra Götaland (Liv och Hälsa 2003, Västra Götalandsregionen).

Den upplevda hälsan över tid uttryckt som "Dagar med full hälsa" studerades i en undersökning från Samhällsmedicin i Gävleborg 2002. Vid en jämförelse med Liv och Hälsa hade kvinnorna i Västernorrland i genomsnitt 12 dagar med nedsatt hälsa, då kroppslig eller psykisk ohälsa hindrat arbetsförmågan eller dagliga aktiviteter. Männen i Västernorrland hade 8 dagar med nedsatt hälsa. Undersökningen i Gävleborg visade samma mönster men hade färre rapporterade antal dagar med ohälsa, 9 för kvinnor och 6 för män. Denna skillnad kan troligen

förklaras av att undersökningen i Gävleborg gjordes 1999 och utvecklingen har gått mot en ökning av ohälsodagar. Högst antal dagar med ohälsa hade kvinnorna i närheten av sin pensionsålder. Antalet aktivitetsbegränsade dagar på grund av kroppslig eller psykisk hälsa överensstämde mycket väl mellan de båda studierna. (Alfredsson, 2002).

Andelen med olika typer av besvär hade ökat i befolkningen i de fyra länen sedan 1997. Det gällde främst sömnsvårigheter, huvudvärk eller migrän, ryggsmärtor, höftsmärtor eller ischias samt värk i skuldror, nacke eller axlar. Kvinnorna bidrog med den största ökningen under åren och var också de som hade flest besvär. Värk eller besvär i rörelseorganen är också den klart dominerande orsaken till sjukskrivning 30 dagar eller mer.

Orsakerna till den ökade oron, stressen och olika typer av besvär kan inte förklaras med några enskilda faktorer utan är en samverkan av flera bakomliggande orsaker och faktorer som påverkar hälsan. I de följande kapitlen fördjupas beskrivningen av hälsan utifrån flera perspektiv såsom sociala och ekonomiska, arbete och arbetslöshet, matvanor och fysisk aktivitet, tobak, alkohol och droger.

Inom området vård och läkemedel ställdes bland annat frågor om användning av olika typer av läkemedel och om det under de tre senaste månaderna funnits behov av läkarvård men att man inte sökt vård. När det gällde tandvård frågades om hur man tyckte att den egna tandhälsan var och också om det funnits behov av tandvård men att man inte sökt.

Andelen av befolkningen som tillfälligt eller regelbundet använde vitaminer, smärtstillande läkemedel med eller utan recept, blodtryckssänkande, naturläkemedel, medel mot astma och allergi, sömnmedel, magsårsmedicin och antidepressiv medicin hade samtliga ökat från 1997 till 2003. En ökad användning av olika typer av läkemedel främst smärtstillande mediciner men även andra skulle kunna förklaras av den ökade andelen av befolkningen som upplever stress, oro och som besväras av värk eller sjukdom.

I de fyra norrlandslänen ansåg sig 22 procent av befolkningen haft behov av läkarvård en eller flera gånger och 18 procent sig vara i behov av tandläkarvård men inte sökt vård. Den vanligaste anledningen till att man inte sökt tandläkare var att man inte hade råd och så var det även i 1997 års undersökning. Samma resultat sågs i Västra Götalands enkät "Liv och Hälsa". Det har således en avgörande betydelse för tandhälsan om man har råd eller inte för att söka vård. Detta avspeglas också i att 19 procent inte besökt tandläkare/tandhygienist de senaste två till fem åren eller aldrig varit på besök.

2.6 Sammanfattning

En människas hälsotillstånd är beroende av både fysiska och biologiska förutsättningar såväl som sociala och ekonomiska faktorer. I samhället utsätts människan för både fysiska och psykiska påfrestningar som i många fall kan skapa olika typer av spänningstillstånd. Dessa kan i sin tur leda till olika grad av ohälsa. Syftet med den här enkäten har varit att belysa det aktuella hälsotillståndet och också följa hälsoutvecklingen med jämförelse från tidigare undersökning.

I befolkningsenkäten *"Liv och hälsa i Norrland"* i de fyra norrlandslänen ställdes frågor om det egna hälsotillståndet utifrån tre olika perspektiv. Det ena var ett eget bedömt hälsotillstånd det andra ett uppgivet hälsotillstånd utifrån bland annat rörlighet, olika aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet och det tredje upplevd hälsa de trettio senaste dagarna med utgångspunkt från kroppslig eller psykisk hälsa och hindrad arbetsförmåga eller hindrade dagliga aktiviteter.

Inom området vård och läkemedel ställdes bland annat frågor om användning av olika typer av läkemedel och om det under de tre senaste månaderna funnits behov av läkarvård men att man inte sökt vård. När det gällde tandvård frågades om hur man tyckte att den egna tandhälsan var och också om det funnits behov av tandvård men att man inte sökt.

- 64 procent av befolkningen i de fyra länen bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott.
- Kvinnor uppgav ett sämre allmänt hälsotillstånd än män.
- 57 procent angav att då de beskrev sitt hälsotillstånd att de hade måttliga eller svåra smärtor eller besvär.
- 29 procent angav då de beskrev sitt hälsotillstånd att de var oroliga eller nedstämda i viss utsträckning eller i högsta grad oroliga eller nedstämda.
- Fler kvinnor än män uppgav sig ha måttliga eller svåra smärtor eller besvär och fler var också i högsta grad oroliga eller nedstämda.
- Kvinnor i åldern 55–64 år hade högst antal dagar med nedsatt kroppslig eller psykisk ohälsa jämfört med övriga kvinnor och män
- Andelen med olika typer av besvär hade ökat i befolkningen i de fyra länen sedan 1997. Det gällde främst sömnsvårigheter, huvudvärk eller migrän, ryggsmärtor, höftsmärtor eller ischias samt värk i skuldror, nacke eller axlar.
- 28 procent av befolkningen kände sig stressade dvs. att man kände sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller inte kunde sova på natten.
- Kvinnor i åldern 16–24 år kände sig mer stressade än männen i de fyra norrlandslänen.
- Andelen av befolkningen som tillfälligt eller regelbundet använde läkemedel hade ökat vid en jämförelse med 1997 års befolkningsenkät. Dessa läkemedel var vitaminer, smärtstillande läkemedel med eller utan recept, blodtryckssänkande, naturläkemedel, medel mot astma och allergi, sömnmedel, magsårsmedicin och antidepressiv medicin.
- 74 procent av befolkningen ansåg sig ha ganska bra eller mycket bra tandhälsa.

2.7 Litteratur

Alfredsson, J. (2002). Dagar med full hälsa i Gävleborgs län - ett försök att mäta hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av CDC:s frågebatteri Healthy Days. Gävle: Landstinget Gävleborg, Samhällsmedicin, rapport 2002:3.

Västra Götalandsregionen, Liv och Hälsa 2003 - En enkät om hälsa och livsvillkor. Västra Götalandsregionen, <http://www.vgregion.se/loh/2003>

Burström, K. (2002). Hälsorelaterad livskvalité mätt med EQ-5D. Beskrivning av instrument samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, socialmedicinska enheten.

Idler, E.-L. & Benyamini, L. (1997). Selfrelated Health and Mortality: A review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38 (1), 21-37.

Janlert, U. (2000). Folkhälsovetenskapligt lexikon. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Levnadsnivåundersökningarna (ULF) 2001-2002. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Landstinget Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten (1999). Liv och Hälsa i Norrland. Jämförelser mellan länen, rapport 1999:1.

Lundberg, O. & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 24 (3), 218-224.

Manderbacka, K. (1998). Examining what self-related health question is understood to mean by respondents. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26 (2), 145-153.



3. EKONOMISK OCH SOCIAL TRYGGHET, SAMT TRYGGA OCH GODA UPPVÄXTVILLKOR

3.1 Introduktion

Under detta kapitel sammanförs tre av de elva målområden för folkhälsoarbete som regeringen särskilt pekat ut som viktiga för att nå det nationella folkhälso-målet att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Folkhälsopropositionen, 2002/03:35).

Olika grupper i samhället har olika förutsättningar för god hälsa. Enligt regeringens proposition om ”Mål för folkhälsan” är hälsan beroende av en persons samhällsklass och kön. I klassbegreppet räknas bland annat utbildning, inkomst och tillgång till arbete in. De könsrelaterade skillnaderna i hälsa är enligt samma proposition omfattande. Kvinnor uppsöker vård i större utsträckning än män, är sjukskrivna i större utsträckning och konsumerar mer läkemedel än män gör.

Andra faktorer som kan påverka hälsan är etnisk bakgrund. Detta beror bland annat på den diskriminering som många immigranter upplever i till exempel arbetslivet. En annan orsak kan vara de traumatiska händelser som legat till grund för invandringen till Sverige eller att invandrarna redan innan de kom till Sverige hade sämre hälsa än svenskar i motsvarande ålder.

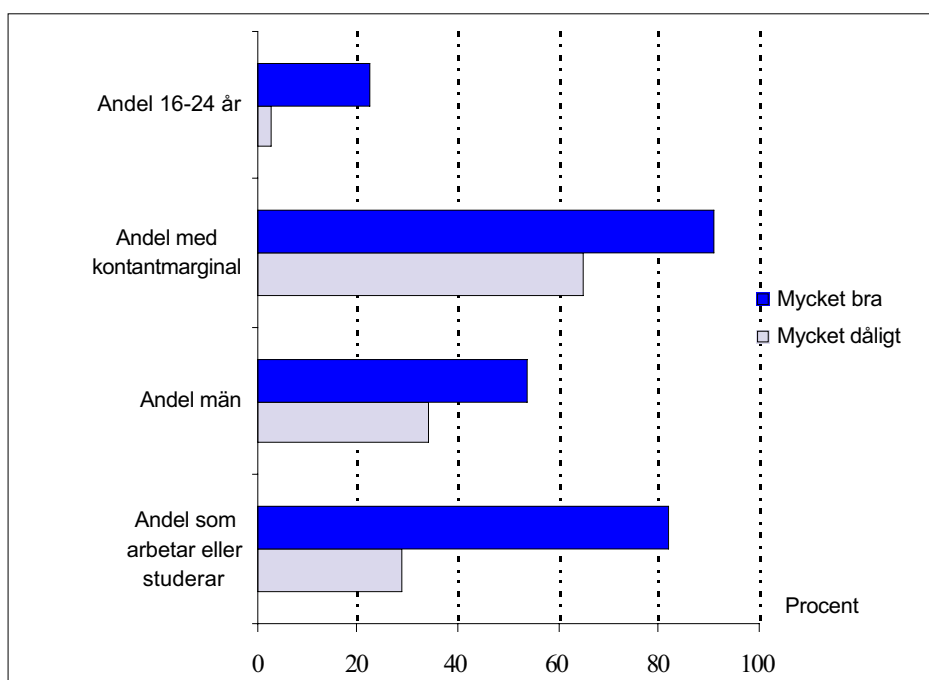
I propositionen konstateras också att lågutbildade har betydligt fler problem än högutbildade och att socialbidragstagare, barn till missbrukare och psykiskt sjuka löper större risk än andra att bli sjuka fysiskt eller att bli skadade. Ohälsan är också mer utbredd bland ensamstående föräldrar och barn till ensamstående föräldrar löper större risk att bli sjuka eller skadas.

Också i LO:s rapport Ohälsans trappa (Nelander och Lönnroos, 2001) konstateras att hälsan är ojämnt fördelad i samhället. I rapporten uppmärksammas att det finns stora skillnader mellan arbetares och tjänstemäns hälsa, men också att det finns tydliga skillnader mellan könen. Man konstaterar också att personer med låg lön i större utsträckning drabbas av ohälsa. Detta förklaras av att det på arbetsplatser med låg lönenivå också är relativt dålig arbetsmiljö, vilket i sin tur bidrar till en försämrad hälsa. I en uppföljning av rapporten (Nelander, 2002) kommenterar författaren uppfattningen om att ohälsoproblemen skulle vara starkt koncentrerade till dem som arbetar inom kommun och landsting. Andra rapporter pekar istället på att det är små skillnader mellan arbetare inom till exempel handel, övrig privat service och offentlig sektor.

Det civila samhällets och föreningslivets betydelse för att främja folkhälsan har uppmärksamrats allt mer på senare år. Hälsan påverkas positivt av ett rikt socialt liv. Detta innefattar både nära relationer med familj och vänner som sociala relationer utanför familjen såväl som den närmaste vänskretsen.

3.2 Självskattad hälsa i olika grupper

I figur 3.1 nedan har de som mår mycket dåligt respektive de som mår mycket bra studerats närmare. Det visar sig att av dem som mår mycket bra är en majoritet män (54 procent jämfört med 46 procent kvinnor). Bland dem som mår mycket dåligt är kvinnorna i majoritet. Vidare så arbetar eller studerar 82 procent av dem som uppger att man mår mycket bra. Hela 90 procent av dem som mår mycket bra har en kontantmarginal på minst 14 000 kronor. I gruppen som mår mycket bra är 22,5 procent ungdomar (16-24 år) och 10,4 procent är 65 år eller äldre.



Figur 3.1 Andelen personer mellan 16-24 år, personer med kontantmarginal, andel män samt andel personer som arbetar eller studerar bland dem som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som mycket dåligt respektive mycket gott.

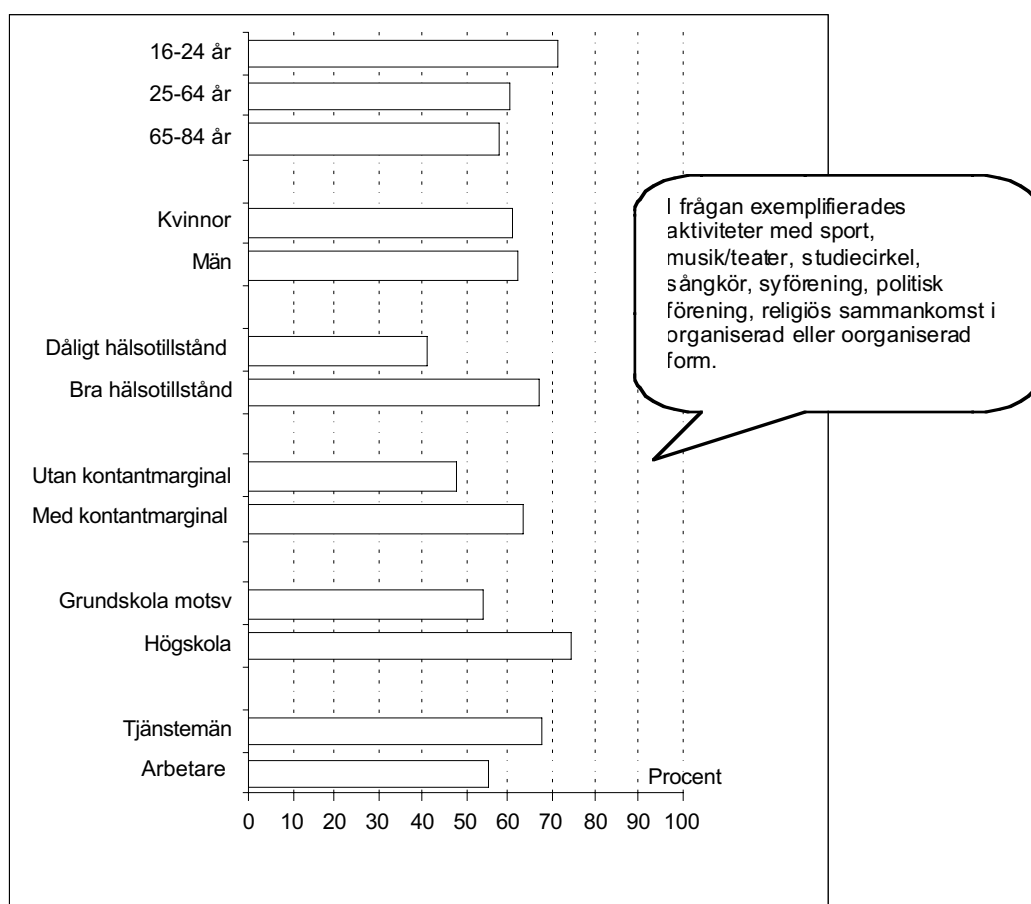
Bland dem som uppger sig må mycket dåligt är hela 66,3 procent kvinnor. I denna grupp är 2,6 procent ungdomar men hela 34 procent är 65 år eller äldre. Bland dem som mår mycket dåligt arbetar eller studerar 28,8 procent. 69,4 procent av dem som mår mycket dåligt kan skaffa fram 14 000 kronor inom en vecka vilket är klart färre än bland dem som mår bra.

Av figur 3.1 kan man konstatera att hälsan eller ohälsan har kopplingar till de socioekonomiska förhållanden i vilka en människa befinner sig i. 'Ålder, kön,

sysselsättning och ekonomi är faktorer som påverkar en individs hälsa. Detta konstaterande avspeglas i regeringens "Mål för folkhälsan" där man föreslår att det övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa.

3.3 Social samvaro/fritidsaktiviteter tillsammans med andra

Till en av hälsans hörnpelare, även i högre åldrar, hör att kunna leva ett socialt och aktivt liv efter sina förutsättningar och intressen. I figur 3.2 illustreras i vilken omfattning norrlänningarna under ett år aktivt och regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med andra människor.



Figur 3.2 Andel (procent) som på fritiden under de tolv senaste månaderna regelbundet har deltagit i aktiviteter tillsammans med andra människor bland män och kvinnor, åldersgrupper, utbildningsnivåer och hälsa.

Regelbundna fritidsaktiviteter avtar i medelåldern för att i stort kvarstå i samma utsträckning under resten av livet. Bland de yngsta, särskilt bland männen, är mycket av fritidsaktiviteterna sport- och motionsträning. Sammantaget finns inga större skillnader mellan män och kvinnor när det gäller att ha fritidsaktiviteter med andra människor (62 procent respektive 61 procent).

Att i någon form vara regelbundet aktiv på fritiden tillsammans med andra människor är vanligare bland personer med gott hälsotillstånd (67 procent) än bland dem som bedömer sin hälsa som dålig (41 procent). Det är också mer vanligt att tillbringa fritiden med människor som har samma intressen bland personer med högre utbildning (74 procent) än bland dem med lägre utbildning (54 procent). Samma förhållande gäller vid jämförelse mellan tjänstemän och arbetare (68 procent respektive 55 procent). De som har bättre ekonomi mätt som tillgång till kontantmarginal är oftare aktiva tillsammans med andra på fritiden än personer som saknar kontantmarginal (64 procent respektive 48 procent). Med att ha kontantmarginal avses att personen ifråga kan skaffa fram 14 000 kr inom en vecka genom eget kapital eller genom lån.

Den äldre generationen har blivit något mer aktiva tillsammans med andra under de sex senaste åren (tabell 3.1). Fyra av tio vuxna norrlänningar (undantaget unga vuxna) deltar inte i regelbundna aktiviteter tillsammans med andra.

Tabell 3.1 Andel (procent) som regelbundet deltar i aktiviteter tillsammans med andra i olika åldersgrupper.

	18-24 år	25-64 år	65-84 år
År 1997	73,3	63,5	52,9
År 2003	69,5	60,7	58,1

Minst nio av tio norrlänningar trivs bra där de bor. Bland dem som inte trivs så bra deltar en mindre andel i gemensamma fritidsaktiviteter (48 procent) än bland dem som trivs på sin hemort (62 procent).

3.3.1 Socialt stöd

Socialt stöd säger något om hur många människor man umgås med och hur nära man står dem. Vi har valt att kalla dessa två aspekter ”stödet omfattning” respektive ”stödet styrka”. I denna studie har vi mätt det sociala stödet genom att ställa frågor om hur många människor man vanligen träffar och hur förtroliga förhållanden man kan tala med dem om. Ett gott socialt stöd (dvs. höga värden både vad gäller stödets omfattning och stödets styrka) är vanligen förknippat med bättre hälsa och större möjligheter att stå emot påfrestningar av olika slag, såväl

materiellt som emotionellt. Stödet är mätt genom ett antal frågor vars summerade värde (index) kan variera mellan 3 och 8 vad gäller stödets omfattning och 3 till 7 vad gäller stödets styrka (tabell 3.2).

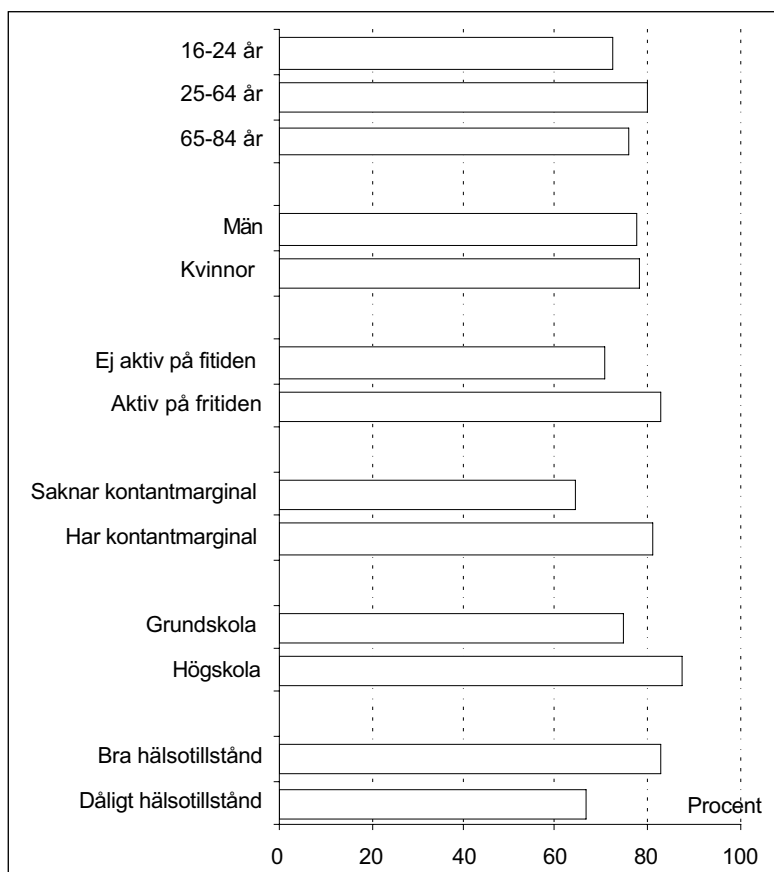
	Sociala stödets omfattning (index)		Sociala stödets styrka (index)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
År 1997	6,72	6,67	6,26	6,55
År 2003	6,53	6,50	6,36	6,64

Tabell 3.2 Omfattning och styrka av det sociala stödet mätt som indexvärden för 1997 och 2003.

Skillnaden i stödets omfattning mellan män och kvinnor är liten – män tenderar dock att ligga något högre. Då det gäller stödets styrka har kvinnorna däremot klart högre värden än männen. Över tid har stödets omfattning minskat något, ungefär lika mycket bland män och kvinnor. Då det gäller stödets styrka visar tabell 3.2 motsatt tendens: styrkan har ökat bland båda könen. Sammanfattningsvis innebär detta att vi tenderar att umgås med färre människor samtidigt som de människor som vi träffar står oss närmare. Det vi förlorat i kvantitet har vi förhoppningsvis vunnit i kvalitet.

3.3.2 Samhörighet

Ett demokratiskt samhälle bygger på en tillit mellan individerna i detta samhälle. Som vi kan se av figur 3.4 har den yngre generationen något mer avvaktande attityd till andra människor än äldre personer. I övrigt syns inte ålder och kön ha betydelse för tilliten till andra människor. Minst sju av tio norrlänningar tycker att man kan lita på de flesta människorna. Förtroendet till andra människor påverkas dock av utbildning, ekonomiska förutsättningar och hur mycket fritidsaktiviteter man har tillsammans med andra. 87 procent av dem som har högskoleutbildning litar på de flesta människorna mot 75 procent bland dem som har högst grundskoleutbildning. Motsvarande värden bland dem som har respektive inte har kontantmarginal är 64 och 81 procent. Det visar sig samtidigt att färre personer bland dem med dålig hälsa känner tillit till andra (66 procent) än personer med god hälsa (83 procent).



Figur 3.4 Andel (procent) som instämmer i påståendet att man kan lita på de flesta människornas inom olika åldersgrupper, bland män och kvinnor, bland aktiv eller icke aktiv på fritiden, inom olika utbildningsnivåer samt bland dem med bra eller dåligt hälsotillstånd.

Graden av samhörighet och delaktighet i lokalsamhället skulle också kunna framgå av om vi känner stolthet för vår bostadsort eller kommun. Som vi ser av tabell 3.3 känner norrlänningen mer stolthet för närsamhället (59–66 procent) än för kommunen i sin helhet (45–53 procent).

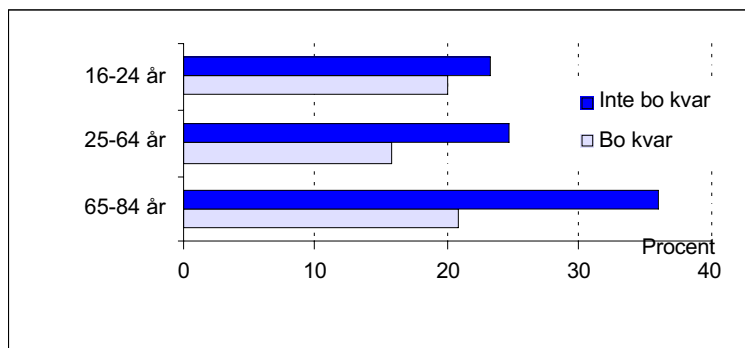
Tabell 3.3 Andel (procent) inom åldersgrupperna som känner stolthet över sin bostadsort och kommun.

	18-24 år	25-64 år	65-84 år
Stolt över sin bostadsort/kommundel	59	65	66
Stolt över sin kommun	45	48	53

Många av de unga norrlänningarna vet att de av utbildnings- eller arbetsmarknadsskäl inte har möjlighet att bo kvar på hemorten (tabell 3.4). Det finns också många ungdomar som gärna vill flytta från sin hemort för att se sig om i världen. Sju av tio ungdomar tror inte att de bor kvar på hemorten om fem år. Detta tycks dock inte påverka ungdomarnas tro inför framtiden i nämnvärd negativ grad (figur 3.5).

Tabell 3.4 Andel (procent) som tror att de inte bor kvar på sin nuvarande bostadsort om fem år.

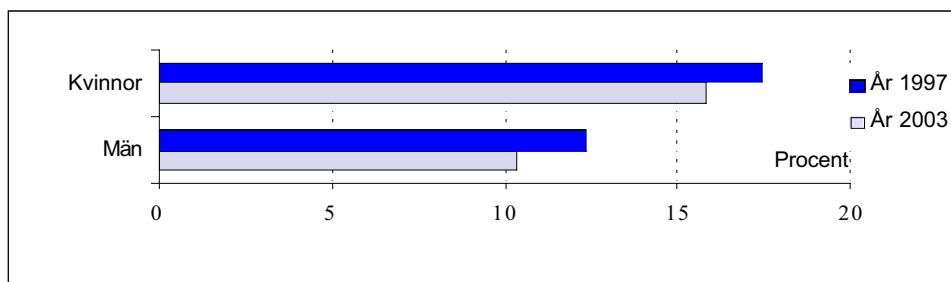
	18-24 år	25-64 år	65-84 år
Bor inte kvar på sin nuvarande hemort om fem år	71	18	17



Figur 3.5 Andel (procent) som känner missmod inför framtiden bland personer som tror sig bo kvar på sin hemort om fem år och bland dem som inte tror sig bo kvar. Redovisas för de olika åldersgrupperna.

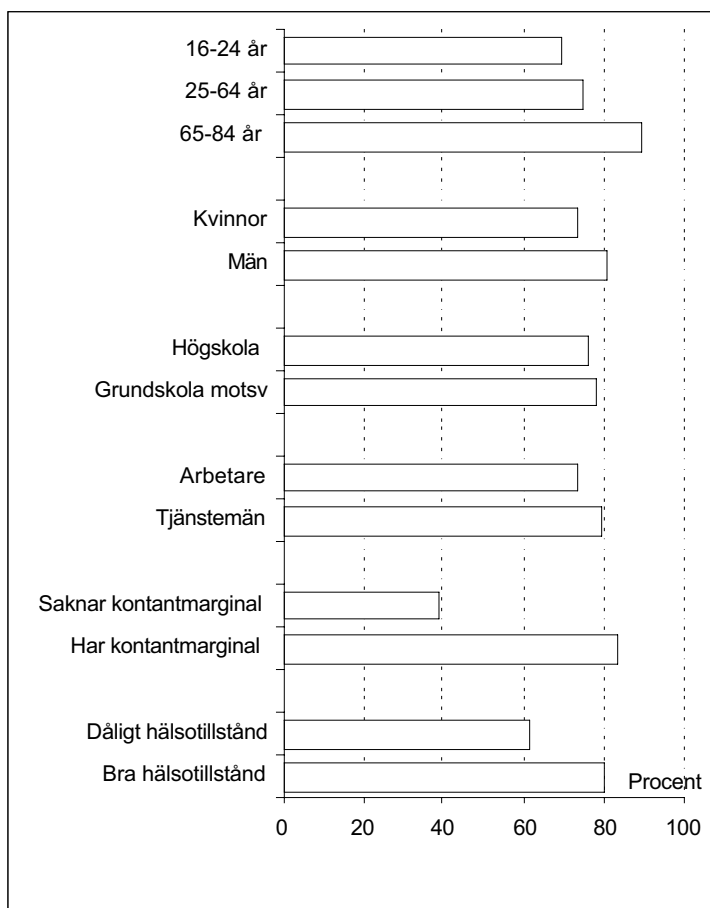
3.4 Ekonomi

Om vi låter förmågan till att snabbt skaffa fram en summa pengar (14 000 kronor inom en vecka) beskriva norrlänningarnas ekonomiska situation år 2003 och sex år tidigare har inga drastiska förändringar skett. Vi kan dock se en viss ökning av andelen människor som kan skaffa fram denna summa år 2003 (figur 3.6). År 2003 säger sig 10 procent av männen och 16 procent av kvinnorna inte ha möjlighet att få fram 14 000 kr inom en vecka. Dessa tal var 12 respektive 17 procent år 1997.



Figur 3.6 Andel (procent) av norrlänningarna mellan 18 och 84 år som saknar kontantmarginal åren 1997 och 2003. Med att sakna kontantmarginal avses personer som inte kan skaffa fram 14 000 kr inom en vecka.

En annan form av ekonomisk stress är om det finns tillfällen när man har svårt att klara de löpande utgifterna för mat, hyra och andra förnödenheter. Det är vanligast med ekonomiska problem bland dem som har dåligt hälsotillstånd och bland dem som saknar kontantmarginal (figur 3.7).



Figur 3.7 Andel som under det senaste året inte vid något tillfälle har haft svårigheter att klara nödvändiga utgifter under det senaste året.

Bland dem som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt har 62 procent inte haft tillfällena de senaste 12 månaderna när man har haft svårt att klara de löpande utgifterna. Samtidigt har 80 procent av dem som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott inte haft dessa ekonomiska svårigheter. 84 procent av dem som har kontantmarginal har inte haft några ekonomiska problem medan motsvarande siffra bland dem som saknar kontantmarginal är 39 procent. Dessa skillnader finner vi inte vid jämförelser mellan högre och lägre utbildningsnivåer eller social tillhörighet (arbetare/tjänsteman).

3.5 Trygga och goda uppväxtvillkor

Från tidigare studier vet vi att barn till ensamstående föräldrar har en sämre hälsoutveckling än andra barn (Ringbäck Weitoft, 2003). I Norrland finns cirka 18 000 ensamstående föräldrar. Av dessa är ca 64 procent kvinnor och 36 procent män.

Ett barns uppväxtmiljö påverkas av barnets boende. Genomsnittligt bor Norrlands barnfamiljer till 80 procent i villa, radhus eller liknande. Motsvarande siffra för barn till ensamstående är 40 procent. Drygt 90 procent av alla barnföräldrar tycke

att de bor i ett bostadsområde som är lugnt och tryggt. Nästan samtliga barnföräldrar trivs i sitt bostadsområde. Bland ensamstående föräldrar är det något färre, drygt 90 procent som trivs i sitt bostadsområde.

För att ett barn ska må bra är det viktigt att också föräldrarna mår bra både i kropp och i själ. Runt 73 procent av barnföräldrarna uppger att deras allmänna hälsotillstånd är gott eller mycket gott. Detta gäller både för barnfamiljer och ensamstående med barn.

Bland ensamstående föräldrar känner sig nästan 15 procent ganska eller mycket stressade. Motsvarande siffra bland föräldrar som inte är ensamstående är cirka 8 procent, vilket är nästan hälften så många. En del av denna stress kan ha med en ansträngd ekonomi att göra, vilket är vanligare bland ensamstående föräldrar där endast 37,6 procent uppger att man inte haft problem med att klara löpande utgifter det senaste året. Motsvarande siffra för föräldrar som inte är ensamstående är 73 procent.

En faktor som påverkar ett barns uppväxt är möjligheten att slippa tobaksrök i sin omgivning. Alla rökare röker inte inomhus, eller i närheten av ett barn, men andelen rökare bland föräldrarna kan ändå vara en indikator på barnens inomhusmiljö. Bland ensamstående föräldrar med barn röker 28 procent dagligen. Motsvarande siffra för föräldrar som inte är ensamstående är 13 procent, vilket är mindre än hälften så många.

3.6 Diskussion

Undersökningen bekräftar i stora drag den bild vi sedan tidigare känner till då det gäller samband mellan sociala förhållanden och hälsa (Folkhälsorapport 2001). Situationen i Norrland skiljer sig alltså inte från läget i stort i Sverige.

Frågor om det sociala kapitalets betydelse lyftes särskilt fram i Nationella Folkhälsokommitténs betänkande (Hälsa på lika villkor, SOU 2000: 91). Det sociala kapitalet syftar här på vår känsla av samhörighet i samhället – att vi litar på andra människor och delar vissa grundläggande värderingar. Utan en sådan samhörighet skulle vi knappast våga åka bil på våra vägar eller bo i hyreshus. På den klassiska frågan om man kan lita på de flesta människor svarar 80 procent att det stämmer ganska eller mycket väl, medan bara fyra procent svarar ”inte alls”. Det visar sig också att bättre sociala förutsättningar (ekonomi, utbildning etc.) samvarierar med en högre grad av denna samhörighetskänsla.

Nära förbundet med detta som vi kallar socialt kapital är fenomen som socialt stöd och sociala nätverk. Med de mätmetoder vi använder (standardiserade frågor för att skatta stödets omfattning och styrka) kan vi konstatera att de allra flesta anger ett omfattande stöd av hög styrka. Över tid förefaller det som om vi

skulle begränsa oss i kontakterna med andra kvantitativt, samtidigt som kvaliteten eller närheten i kontakten skulle bli högre. Ser vi till hur förekomsten av föreningsverksamhet och andra gemenskapsaktiviteter utvecklats kan vi hitta en förklaring till detta mönster. Frånsett situationen bland pensionärerna tycks vi lägga allt mindre tid på detta. Mönstret skulle alltså kunna vara förenligt med en utveckling där vi i allt större utsträckning begränsar gemensamhetsaktiviteter men där de kvarvarande kontakterna får allt större betydelse.

3.7 Sammanfattning

Hälsan i Norrland är ojämnt fördelad mellan män och kvinnor och mellan människor med olika sociala grupper i vårt samhälle. Män har i allmänhet en bättre hälsa än kvinnor, högutbildade har en bättre hälsa än lågutbildade och tjänstemän har en bättre hälsa än arbetare. Liknande mönster finner vi också när vi undersöker social samvaro, socialt stöd och samhörighet.

Socialt stöd är en indikator på hur ofta och hur nära en person umgås med andra människor. För både män och kvinnor har det sociala stödets kvalitet förbättrats samtidigt som det sociala stödets kvantitet har försämrats.

Män och kvinnor stämmer in i påståendet att man kan lita på de flesta människor i ungefär lika hög utsträckning, men de som har högst utbildning litar på människor i högre grad än de som endast har grundskoleutbildning. Undersökningen visar också att människor som är aktiva med olika fritidsaktiviteter på sin fritid litar på andra människor i högre utsträckning än de som inte gör det.

Äldre människor känner stolthet över sin bostadsort och sin kommun i högre grad än yngre människor och bland de äldre åldersgrupperna är det också fler som tror sig bo kvar på sin bostadsort om fem år än det är bland de yngre.

Eftersom hälsan påverkas av en människas ekonomiska förutsättningar är det också intressant att ta undersöka hur privatekonomin ser ut. År 2003 var det fler personer som på en vecka har möjlighet att skaffa fram 14 000 kronor än det var år 1997 att skaffa fram motsvarande summa. Bland dem som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt har 62 procent inte haft tillfällen de senaste 12 månaderna när man har haft svårt att klara sina löpande utgifter medan 80 procent av dem som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott inte haft dessa ekonomiska svårigheter.

Barn till ensamstående föräldrar har en sämre hälsoutveckling än andra barn. I Norrland finns ca 18 000 ensamstående föräldrar. Av dessa är ca 64 procent kvinnor och 36 procent män. Nästan samtliga barnföräldrar trivs i sitt bostadsområde. Bland ensamstående föräldrar är det något färre, drygt 90 procent som trivs i sitt bostadsområde. Bland ensamstående föräldrar med barn röker 28 procent dagligen. Motsvarande siffra för föräldrar som inte är ensamstående är 13 procent, vilket är mindre än hälften så många.

3.8 Litteratur

Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsa*. Stockholm: Socialdepartementet.

Nelander, S. & Lönnroos, E. (2001). *Ohälsans trappa*. Stockholm: Landsorganisationen, Löne- och välfärdsenheten, rapport mars 2001.

Nelander, S. Uppföljning av rapporten *Ohälsans trappa*. Stockholm: Landsorganisationen, Löne- och välfärdsenheten, rapport oktober 2002.

Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.

Ringbäck Weitoft, G. (2003). *Ensamförsörjarskap, socioekonomiska förhållanden och svårare ohälsa*. Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin.



4. ÖKAD HÄLSA I ARBETSLIVET

4.1 Introduktion

I ”Mål för folkhälsan” (Folkhälsopropositionen, 2002/03:35) framhålls att ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan, bidrar till en allmänt förbättrad folkhälsa samt minskar de sociala skillnaderna i ohälsa. Vikten av att uppmärksamma kvinnors hälsa poängteras särskilt. Utgångspunkten är att kraven i arbetslivet måste balanseras mot människors möjligheter att kunna fungera och må bra under ett helt arbetsliv. Arbetet ska präglas av en säker och trygg miljö, fysiskt såväl som psykiskt. Till grundvillkoren för att uppnå en hälsofrämjande arbetsmiljö hör att ha kontroll, delaktighet och inflytande över sitt eget arbete, hur det ska utföras och hur mycket som är rimligt att orka med. Systematiskt arbetsmiljöarbete (enligt arbetsmiljölagen), tillgång till företagshälsovård samt möjlighet till fysisk aktivitet/motion under arbetstid, eller i anslutning till arbetet, är andra viktiga faktorer för en hälsofrämjande arbetsmiljö, som har betydelse också för folkhälsan.

Folkhälsoinstitutet föreslår att utvecklingen mot en ökad hälsa i arbetslivet följs upp genom att bevaka bland annat följande huvudindikatorer: självskattad (o)hälsa, ett krav/kontroll/stöd-index (som beskrivning av den psykosociala arbetsmiljön) samt ohälsotalet (mått på av samhället ersatt sjukfrånvaro från arbetet, se sid 57). Kunskapsbakgrund och motiveringar till valet av indikatorer finns i Folkhälsoinstitutets sammanställning (Folkhälsoinstitutet, 2002). Dessa, och flera andra, indikatorer på hälsa i arbetslivet kan belysas utifrån svaren på enkätundersökningen ”*Liv och Hälsa i Norrland*”, genomförd 2003.

4.2 Arbetsmiljöfrågor i Liv och Hälsa i Norrland 2003

Enkäten ”*Liv och Hälsa i Norrland*”, 2003, innehöll ett särskilt avsnitt om arbete och arbetsmiljö. Sammanlagt ställdes 13 frågor kring anställningsförhållanden, yrke och arbetsorganisation samt exponering för vissa arbetsmiljöfaktorer, sjukfrånvaro och trivsel med arbetet. En noggrann genomgång av svaren på dessa frågor i relation till svaren på frågorna om hälsa och ohälsa kommer i en särskild rapport. Föreliggande rapport beskriver därför bara några huvuddrag av resultaten.

Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätsvaren från de personer som i enkäten uppgav att de är 1) anställda eller egna företagare, 2) arbetar minst 10 timmar/vecka och 3) är högst 67 år gamla. Dessa begränsningar gjordes för att arbetsmiljöfaktorerna skulle vara så aktuella som möjligt och att yrkesarbetet

skulle vara en väsentlig del av den dagliga verksamheten. Sammanlagt 5098 personer uppfyllde alla tre villkoren, 2587 kvinnor och 2511 män. Deras enkätsvar utgör grunden för resultaten nedan.

Det var cirka 120 personer som uppfyllde villkoren 1 och 3, men som arbetade mindre än 10 timmar per vecka. De allra flesta studerade och/eller skötte hushållet också och flertalet (cirka 60 procent) var högst 20 år.

4.3 Anställningsformer och arbetstider

4.3.1 Anställningsformer

Andelen manliga egenföretagare är cirka 14 procent i hela Norrland: högst i Jämtland (18 procent) och lägst i Västerbotten (11 procent). Andelen kvinnliga egenföretagare är 4-5 procent i alla fyra länen. Jämfört med svaren i förra befolkningsenkäten (Nyman och Ahlgren, 2001) har andelen egna företagare minskat något. Åttio procent av kvinnorna som förvärvsarbetar i Norrland är tillsvidareanställda, medan drygt 8 procent är anställda som vikarier. Motsvarande siffror för männen är cirka 75 procent respektive drygt 3 procent. Nära 4 procent av kvinnorna och drygt 2 procent av männen är timanställda. Det är alltså något vanligare att kvinnor är vikarier eller timanställda än att män är det. För män gäller att ju högre utbildningsnivå, desto större andel tillsvidareanställda: från ca 70 procent av män med folkskola/yrkesskola till 80 procent av män med universitets-/högskoleutbildning. Det ser inte riktigt lika ut för kvinnorna även om 80 procent av kvinnorna med universitets-/högskoleutbildning har tillsvidareanställning. Nära 85 procent av kvinnorna med folkskola/yrkesskola är tillsvidareanställda, men bara 65 procent av kvinnorna med real-/flickskola/teoretiskt gymnasium. I denna utbildningsgrupp är också nära 20 procent vikarieanställda. (Övriga anställningsformer omfattade få svarande vardera.) Ungefär 60 procent av såväl kvinnliga som manliga egenföretagare har folkskola/yrkesskola, medan 23 procent av de kvinnliga och 16 procent av de manliga egenföretagarna har utbildning från universitet/högskola. Andelen egenföretagare med universitets-/högskoleutbildning är lite högre i Västerbotten och i Jämtland än i Norrbotten och Västernorrland.

4.3.2 Arbetstider

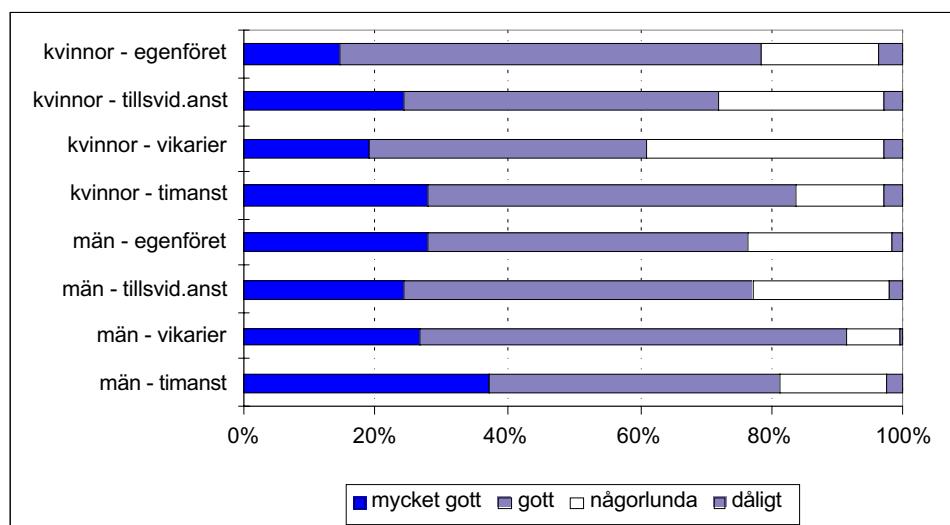
Bland dem som förvärvsarbetar minst 10 timmar per vecka har männen i Norrland i genomsnitt sex timmar längre arbetstid per vecka än kvinnorna: 41,6 timmar/vecka jämfört med 35,6 timmar/vecka; veckoarbetstiden är något kortare i Norrbotten än i de övriga länen. Ensamstående föräldrar har lika lång arbetstid som övriga yrkesarbetande.

För att kunna jämföra med arbetstiden 1997 som den rapporterades från förra befolkningsenkäten (Nyman och Ahlgren, 2001), ska arbetstiden för alla förvärvsarbetande (också de som arbetade mindre än 10 timmar per vecka) ingå i beräkningen. Arbetstiden 2003 är då nästan två timmar kortare per vecka för kvinnorna (34,6 timmar 2003 mot 36,5 timmar 1997) och drygt en timme kortare per vecka för männen (40,8 timmar jämfört med 42,1 timmar).

Egenföretagare har längre arbetstid än anställda och det gäller i synnerhet män: två av tre manliga egenföretagare arbetar mer än 40 timmar i veckan. Cirka 95 procent av tillsvidareanställda män och nära 75 procent av tillsvidareanställda kvinnor arbetar minst 32 timmar/vecka (det vill säga minst 80 procent av heltid). Timanställda personer har i regel kortare arbetstid: 35 procent av timanställda kvinnor och knappt 55 procent av timanställda män arbetar minst 32 timmar/vecka. Arbetstiden är lite kortare i åldern 16-24 år, då arbetar 60 procent av kvinnorna och 80 procent av männen minst 32 timmar/vecka.

4.4 Anställningsformer och självskattad hälsa

Figuren nedan sammanfattar egna bedömningen av allmänna hälsotillståndet hos egenföretagare, tillsvidareanställda, vikarier samt timanställda.

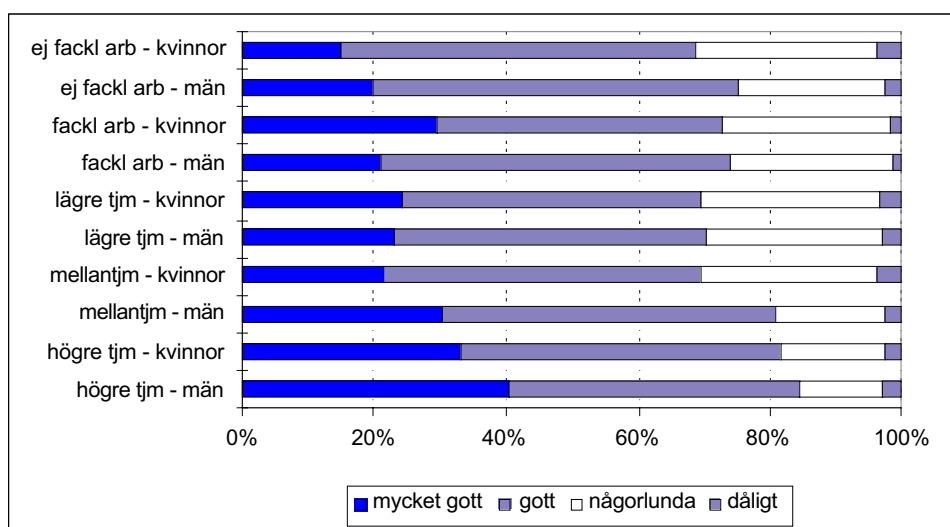


Figur 4.1 Egen bedömning av allmänna hälsotillståndet i grupperna egna företagare, tillsvidareanställda, vikarier respektive timanställda; kvinnor och män i Norrland

De fyra översta staplarna representerar kvinnor: egenföretagare, tillsvidareanställda, vikarier och timanställda, de fyra nedre staplarna representerar män, samma anställningsformer. Staplarna visar procentuella fördelningen av hälsotillståndet. Av timanställda män rapporterade således 37 procent ”mycket gott” hälsotillstånd, 44 procent ”gott” hälsotillstånd, 16 procent ”någorlunda” och 2 procent ”dåligt”. De övriga staplarna ska läsas på samma sätt. Andelen hos

män som är vikarieanställda, drygt 80 procent av dessa grupper anser sig ha ett gott eller mycket gott hälsotillstånd. Bland kvinnliga vikarier är hälsoläget sämre – 60 procent svarar gott eller mycket gott hälsotillstånd. Den lägsta andelen personer med mycket gott hälsotillstånd återfinns bland kvinnliga egenföretagare (knappt 15 procent).

Ett traditionellt sätt att se på hälsa/ohälsa är att dela in den undersökta gruppen efter dimensionen arbetare och tjänstemän. Figuren nedan visar självskattade hälsotillståndet för ”ej facklärda arbetare”, ”facklärda arbetare”, ”lägre tjänstemän”, ”tjänstemän på mellannivå” respektive ”högre tjänstemän”.



Figur 4.2 Egen bedömning av allmänna hälsoläget: kvinnor och män i olika socioekonomiska grupper (arbetare och tjänstemän).

Hälsoläget är bättre ju högre socioekonomisk grupp man tillhör. I gruppen högre tjänstemän rapporterar 40 procent av männen och 33 procent av kvinnorna mycket gott hälsotillstånd. Kvinnorna rapporterar sämre hälsoläge än män i samma yrkesgrupp utom de lägre tjänstemännen (ingen skillnad) och i gruppen facklärda arbetare där en större andel kvinnor (30 procent) än män anser sig ha mycket gott hälsotillstånd. Kvinnliga ej facklärda arbetare uppger genomgående sämre hälsoläge än någon av de övriga grupperna och i denna grupp beskriver nära 4 procent sitt hälsoläge som dåligt eller mycket dåligt. I kontrast till detta är det bara ca 1,5 procent av facklärda arbetare som anser sig ha dålig eller mycket dålig hälsa (lägsta andelen av alla grupperna).

4.5 Trivsel med arbetet och självskattad hälsa

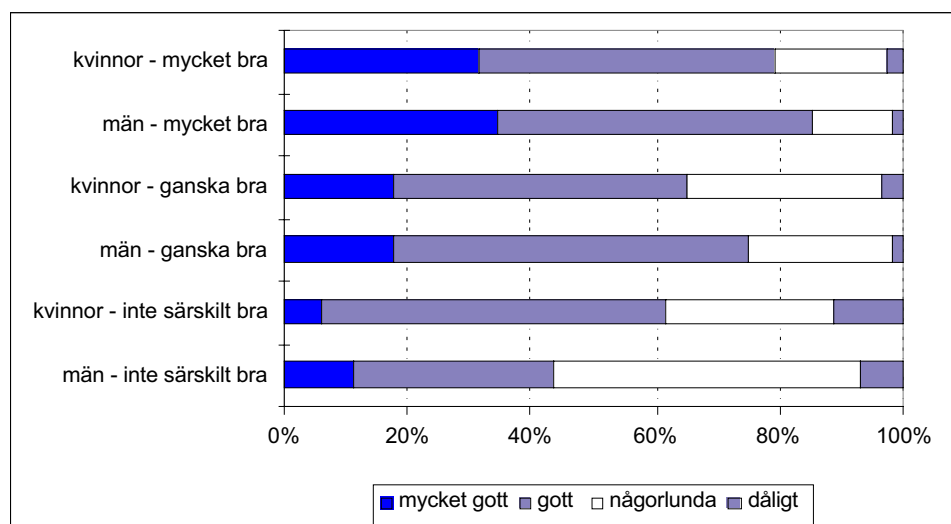
Nittiofem procent av tillsvidareanställda och vikarier trivs mycket bra eller ganska bra med arbetet, hälften av dem trivs mycket bra. Det är ingen märkbar skillnad mellan kvinnor och män. Bland timanställda är trivseln lägre: 20 procent av

kvinnorna och 10 procent av männen trivs inte särskilt bra. Kvinnliga egenföretagare trivs allra bäst med arbetet – tre av fyra trivs mycket bra och resten trivs ganska bra. Motsvarande siffror för manliga egenföretagare är 55 procent respektive 40 procent, det vill säga ungefär som för anställda. Mindre än 1 procent trivs inte alls på sitt arbete, oavsett anställningsform.

Äldre trivs bättre. Andelen unga (16-24 år) kvinnor som trivs mycket bra är 33 procent; av kvinnor i åldern 25-44 år trivs 43 procent mycket bra och bland kvinnor i åldern 45-64 år trivs 54 procent mycket bra. Mönstret är detsamma hos männen, men skillnaden är mindre (39-45 procent). Två procent av de unga kvinnorna och 4 procent av de unga männen trivs inte alls med sitt arbete.

Trivseln med arbetet är densamma oavsett utbildningsnivå. Ensamstående med barn trivs lika bra om andra. Däremot är andelen som inte trivs alls något högre (2-3 procent) bland dem som har en dålig kontantmarginal.

Figuren nedan visar att trivsel med arbetet samvarierar med den självskattade hälsan.



Figur 4.3 Samvariation mellan trivsel med arbetet och allmänna hälsoläget.

Det är ett mycket tydligt mönster, att personer som trivs skattar sin hälsa som bättre än personer som inte trivs. Det gäller i synnerhet andelen med ”mycket gott” hälsotillstånd. När det gäller trivsel med arbetet och gott eller mycket gott hälsoläge sammantaget, är trenden tydligast hos männen. Män som inte trivs skattar sitt hälsoläge sämre än kvinnor som inte trivs. Mönstret är mycket likartat i alla fyra länen.

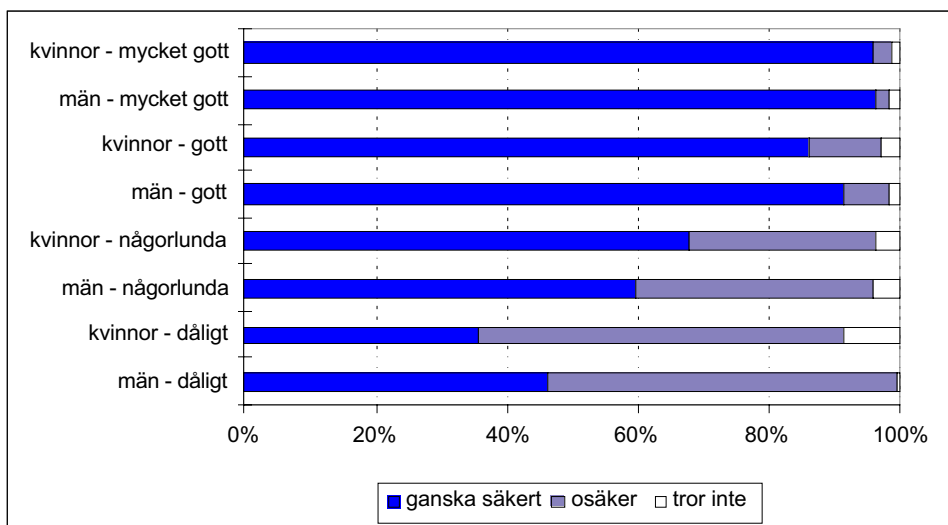
4.6 Arbete i samma yrke om två år?

I enkäten ställdes frågan ”Med tanke på din hälsa, tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?” Svartalternativen var ja, ganska säkert/jag är osäker på det/nej, det tror jag inte.

Männen tror i något större utsträckning än kvinnorna att de kan arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år och tilltron till detta är starkast i åldersgruppen 25-44 år. En förhållandevis stor andel, 13 procent, av de yngsta kvinnorna (16-24 år) tror inte att de kan arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år av hälsoskäl. Tjänstemän tror i högre utsträckning än arbetare att de kan arbeta kvar. Bland kvinnor tror 75 procent av de ej facklärdade arbetarna att de kan arbeta kvar, mot nästan 90 procent av de högre tjänstemännen. Bland männen är motsvarande siffror 80 procent för ej facklärdade arbetare och 90 procent för högre tjänstemän.

4.6.1 ... i relation till nuvarande allmänt hälsoläge

Figuren nedan visar hur norrlänningarna ser möjligheten att vara kvar i nuvarande yrke om två år av hälsoskäl, i förhållande till hur man bedömer sitt nuvarande allmänna hälsoläge.



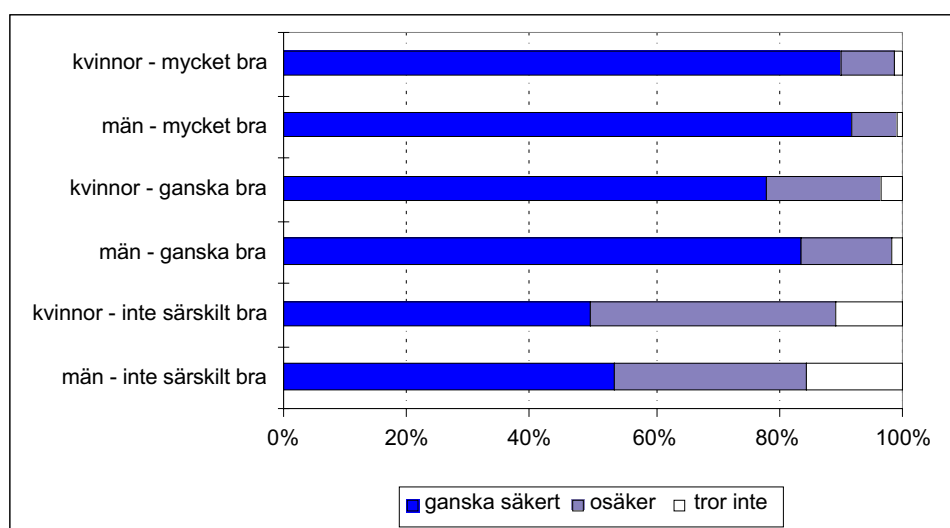
Figur 4.4 Kvinnors och mäns uppfattning om att, med avseende på sin hälsa, kunna arbeta i nuvarande yrke om 2 år i relation till det nuvarande allmänna hälsoläget.

Av dem som nu anser sitt allmänna hälsotillstånd ”gott” eller ”mycket gott”, tror cirka 90 procent att de kan arbeta kvar i nuvarande yrke om två år. Männen är något mera optimistiska än kvinnorna. Bland dem som tycker att hälsotillståndet är ”någorlunda” för närvarande, tror nästan två av tre att de kan vara kvar i sitt yrke om två år – här är kvinnorna något mera optimistiska. Möjligheterna att vara

kvar bedöms betydligt lägre av dem som nu har ett ”dålig” eller ”mycket dåligt” hälsotillstånd. Det är kanske något överraskande att så många av dem som bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt i alla fall tror att de kan arbeta kvar i nuvarande yrke om två år (36 procent för kvinnor, 46 procent för män).

4.6.2 ... i relation till trivseln med arbetet

Trivseln med arbetet samvarierar också med egna uppfattningen om att, med avseende på hälsan, vara kvar i nuvarande yrke om två år.



Figur 4.5 Samvariation mellan trivsel med arbetet och uppfattningen om att, med avseende på sin hälsa, kunna arbeta i nuvarande yrke om 2 år.

Personer som trivs mycket bra med arbetet tror i mycket stor utsträckning att de, med avseende på sin hälsa, kan arbeta kvar i sitt yrke om två år. Den uppfattningen är betydligt mindre vanlig bland personer som inte trivs särskilt bra. Skillnaden är så stor som 90 procent bland dem som trivs mycket bra mot ca 50 procent bland dem som inte trivs särskilt bra. Det är inga skillnader mellan länen när det gäller samvariationen mellan trivsel med arbetet och uppfattningen om att kunna arbeta kvar i samma yrke om två år.

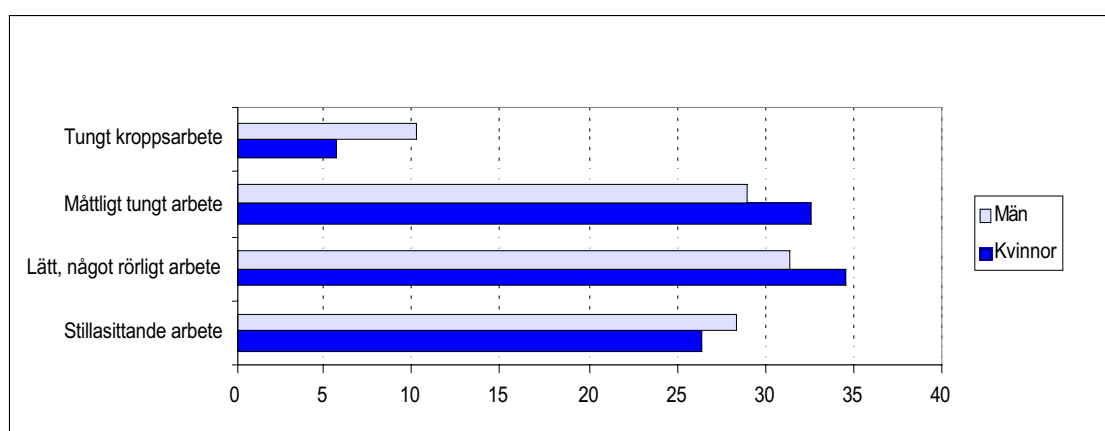
4.7 Psykosocial arbetsmiljö

Den psykosociala arbetsmiljön och dess påverkan på hälsan har blivit alltmer betydelsefullt. Frågor kring den psykosociala arbetsmiljön ställdes också i befolkningsenkäten. Resultaten av svaren på dessa frågor kommer att beskrivas i en särskild rapport.

4.8 Fysisk arbetsmiljö

Den fysiska arbetsmiljön belystes i *"Liv och Hälsa i Norrland"* 2003 genom frågor om fysisk belastning, förekomst av buller och vibrationer i arbetsmiljön, arbete vid bildskärm med mera. Svaren på dessa frågor kommer att relateras till besvärsförekomst och belysas tillsammans med faktorer i den psykosociala arbetsmiljön i den ovan nämnda särskilda rapporten. I föreliggande rapport beskrivs därför bara hur kraven på fysisk ansträngning är fördelat i Norrlands förvärvsarbetande befolkning och samvariationen med självskattad hälsa.

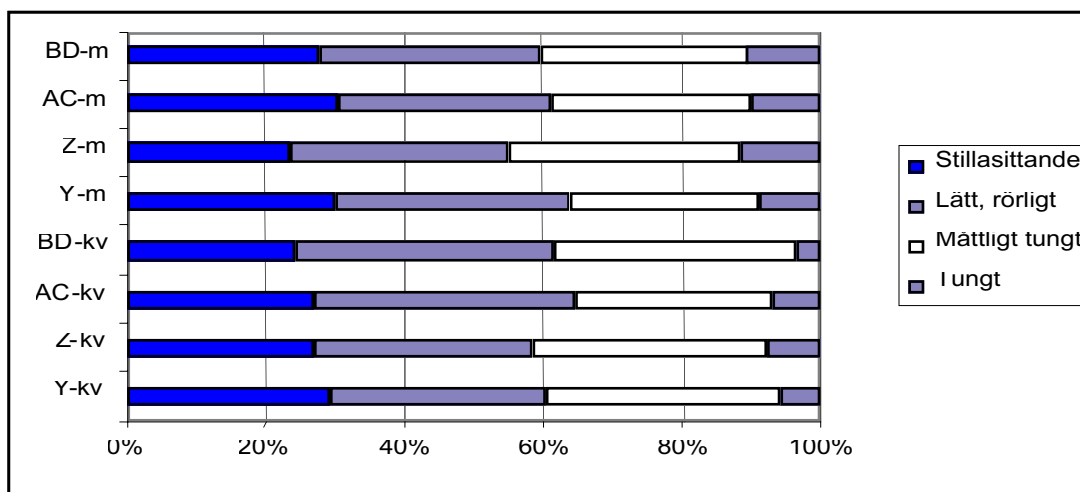
4.8.1 Fysisk ansträngning i arbetet



Figur 4.6 Fördelning av arbeten med olika krav på fysisk ansträngning för kvinnor och män (procent av yrkesverksamma).

Fysiskt lätt och rörligt arbete, vilket betraktas som fysiskt gynnsamt innehas av drygt 30 procent av både kvinnor och män i Norrlandslänet. Nästan lika stor del har ett måttligt tungt arbete. Mer än var fjärde kvinna och man har ett i huvudsak stillasittande arbete medan 10,3 procent av männen och 5,7 procent av kvinnorna har fysiskt tunga kroppsarbeten (figur 4.6).

Det är små skillnader i fördelningen av fysiskt ansträngande arbete mellan länen. Andelen fysiskt tungt arbete är något högre bland kvinnor och män i Jämtland jämfört med de övriga länen (figur 4.7).



Figur 4.7 Fördelning av arbete med olika ansträngningsgrad på län och kön.

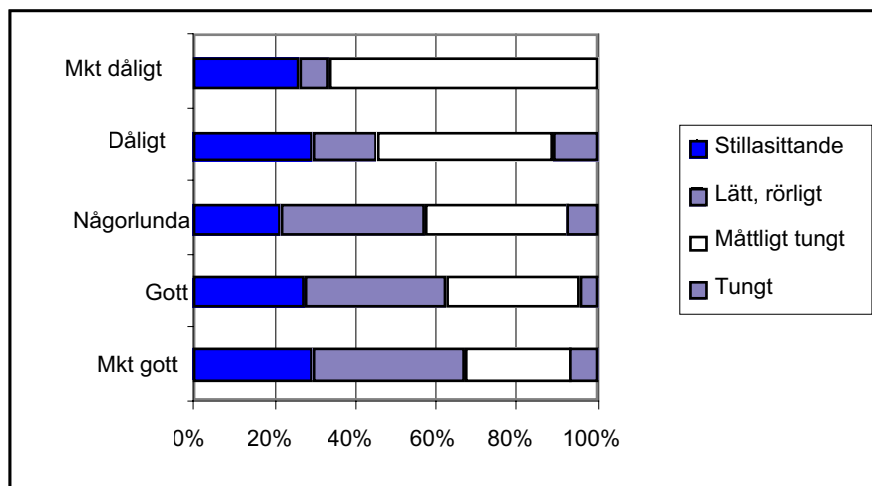
Det lätta rörliga arbetet är mest förekommande i åldern 45–64 år hos både kvinnor och män, medan det fysiskt tunga och måttligt tunga arbeten är mest frekvent i den yngsta åldersgruppen. Notera bör dock att kvinnorna i åldersgruppen 45–64 år i större utsträckning än männen i samma åldersgrupp har ett fysiskt tungt eller måttligt tungt arbete 36,8 procent mot männens 33,8 procent (tabell 4.1). De som är fortsatt yrkesaktiva efter ordinarie pensionsålder har till största delen stillasittande arbeten men 17,4 procent av kvinnorna och 9,5 procent av männen i den åldersgruppen har fysiskt tunga arbeten. Den procentuella fördelningen förefaller hög i relation till övriga åldersgrupper, vilket beror på att det totalt i gruppen är betydligt färre personer.

Tabell 4.1 Förekomst av arbeten med olika krav på fysisk ansträngning fördelat på kön och ålder (procent).

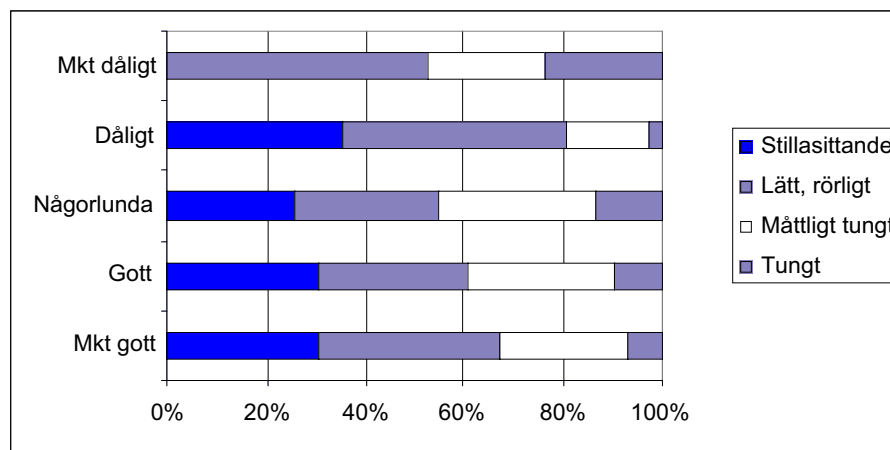
	Kvinnor				Män			
	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-67 år	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-67 år
Sittande arbete	16,8	29,9	25,2	38,4	17,4	30,0	28,9	51,5
Lätt och rörligt arbete	25,1	32,7	38,8	21,5	22,2	26,4	37,3	17,7
Måttligt tungt arbete	44,3	32,3	32,1	22,8	45,0	31,3	25,6	21,5
Tungt arbete	12,7	6,5	4,7	17,4	15,5	12,2	8,2	9,5

Utav arbetstagare med fysiskt tungt och måttligt tungt arbete är mer än hälften av kvinnorna (50,4 procent) anställda inom kommuner. Nära hälften av männen (44,6 procent) med samma typ av belastning privatanställda. Statligt anställda kvinnor (57,5 procent) och landstingsanställda män (45,5 procent) har störst andel stillasittande arbete.

Kvinnor som upplever sin hälsa som mycket god (37,9 procent) eller god (34,5 procent) har i större utsträckning ett lätt, rörligt arbete än kvinnor med dålig (15,9 procent) eller mycket dålig hälsa (6,7 procent). De som skattar sin hälsa som dålig har i större utsträckning tunga arbeten (figur 4.8). För männen är sambandet mellan fysiskt ansträngande arbete och upplevd hälsa inte lika tydligt. Män som skattar sin hälsa som dålig (45,2 procent) och mycket dålig (53,7 procent) har störst andel lätt och rörligt arbete, men de har också större andel fysiskt tunga arbeten än män med god hälsa (figur 4.8 och 4.9).



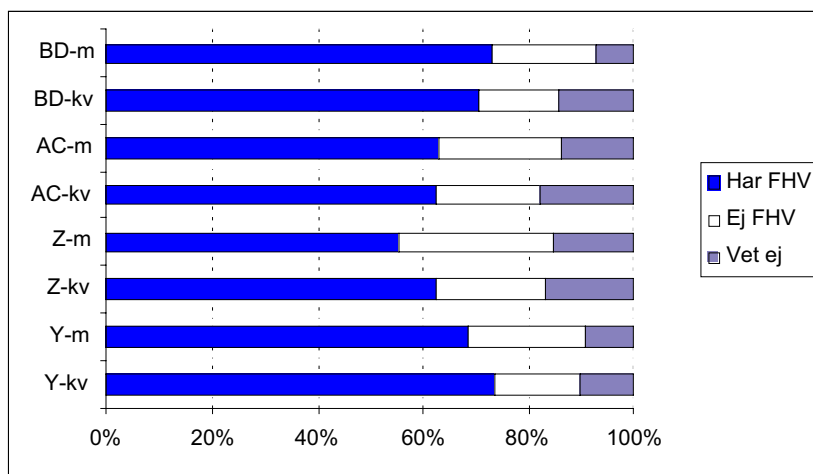
Figur 4.8 Samband mellan upplevt hälsotillstånd och fysisk ansträngningsgrad i arbetet hos kvinnor.



Figur 4.9 Samband mellan upplevt hälsotillstånd och fysisk ansträngningsgrad i arbetet hos män.

4.8.2 Tillgång till företagshälsovård

Tillgången till företagshälsovård varierar mellan de fyra norrlandslänen. Störst tillgång till företagshälsovård har man i Västernorrland och Norrbotten, medan Jämtland är det län, där man har minst tillgång till denna tjänst (figur 4.10).



Figur 4.10 Tillgång till företagshälsovård för kvinnor och män i Norrlandslänen.

Mer än 30 procent av de yrkesverksamma saknar eller vet inte om de har tillgång till företagshälsovård. Tjänstemän har tillgång till denna tjänst i större utsträckning än arbetare och företagare (tabell 4.2). Vilket till exempel medför att de som har fysiskt ansträngande arbeten i lägre utsträckning har tillgång till företagshälsovård än de med lätta rörliga arbeten.

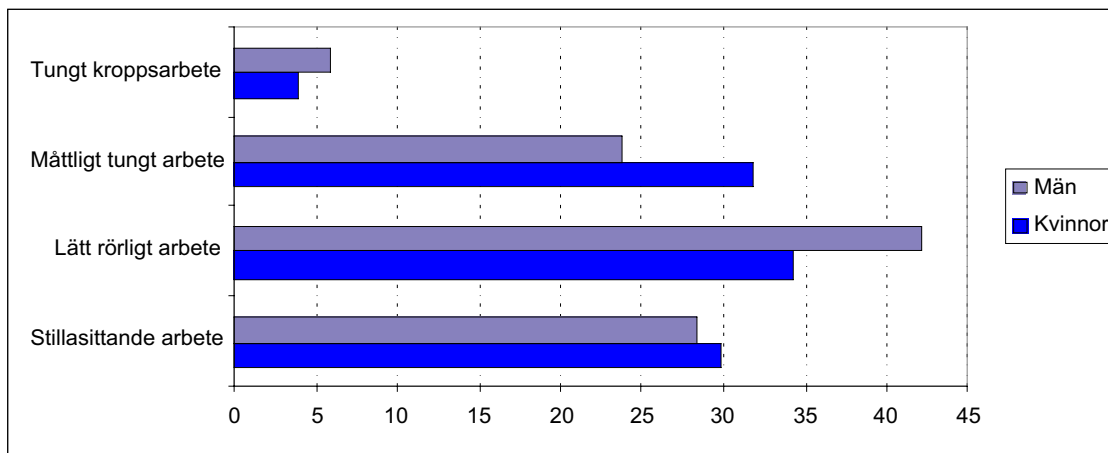
Tabell 4.2 Tillgång till företagshälsovård i olika grupper

	Kvinnor			Män		
	Arbetare	Tjänstemän	Företagare	Arbetare	Tjänstemän	Företagare
Har företagshälsovård	59,5	75	25	64,3	70,8	37,2
Vet inte	17,3	11,7	5,0	11,1	10	9,1

4.8.3 Träning på arbetstid

Trettiofem procent av kvinnorna och 29 procent av männen erbjuds subventionerade träningskort av arbetsgivaren. Kvinnor anger i något större utsträckning än män att de har den förmånen och tjänstemän i något större utsträckning än arbetare. Det är ändå en förhållandevis liten andel av dem, som har möjlighet att träna på arbetstid, som utnyttjar det, 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen. Nästan lika stor andel anger att de har den möjligheten men avstår från att utnyttja den.

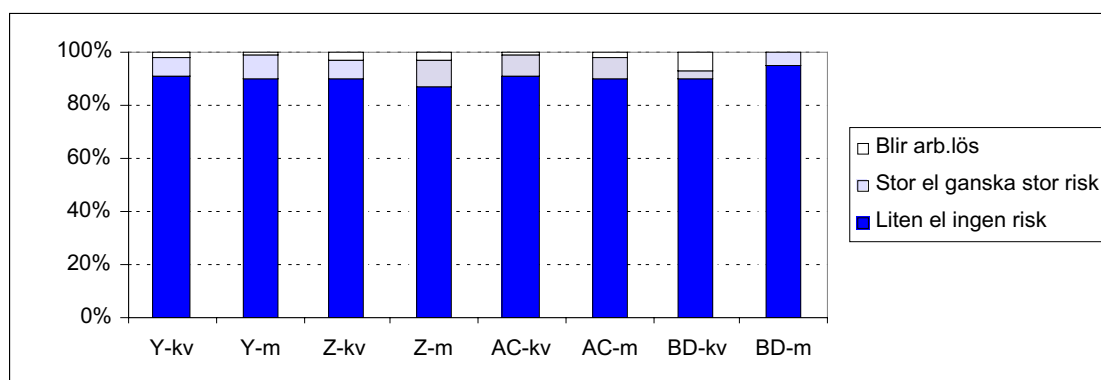
De som utnyttjar möjligheten till träning på arbetstid i störst utsträckning är de med lätta rörliga arbeten och de som utnyttjar den minst är de med tungt kroppsarbete (figur 4.11). Den grupp som i störst utsträckning anger att de tränar på arbetstid är tjänstemän på mellannivå, det gäller för både kvinnor och män.



Figur 4.11 Träning på arbetstid fördelat på arbeten med krav på fysisk ansträngning.

4.9 Otrygghet i anställningen

Nära 90 procent av de män och kvinnor, som är i arbete i Norrlandslänet, upplever liten eller ingen risk för arbetslöshet inom det närmsta året, vilket är en större andel än de som har tillsvidareanställning. Män i Jämtland och kvinnor i Norrbotten är de, som upplever största risken för arbetslöshet (figur 4.12)



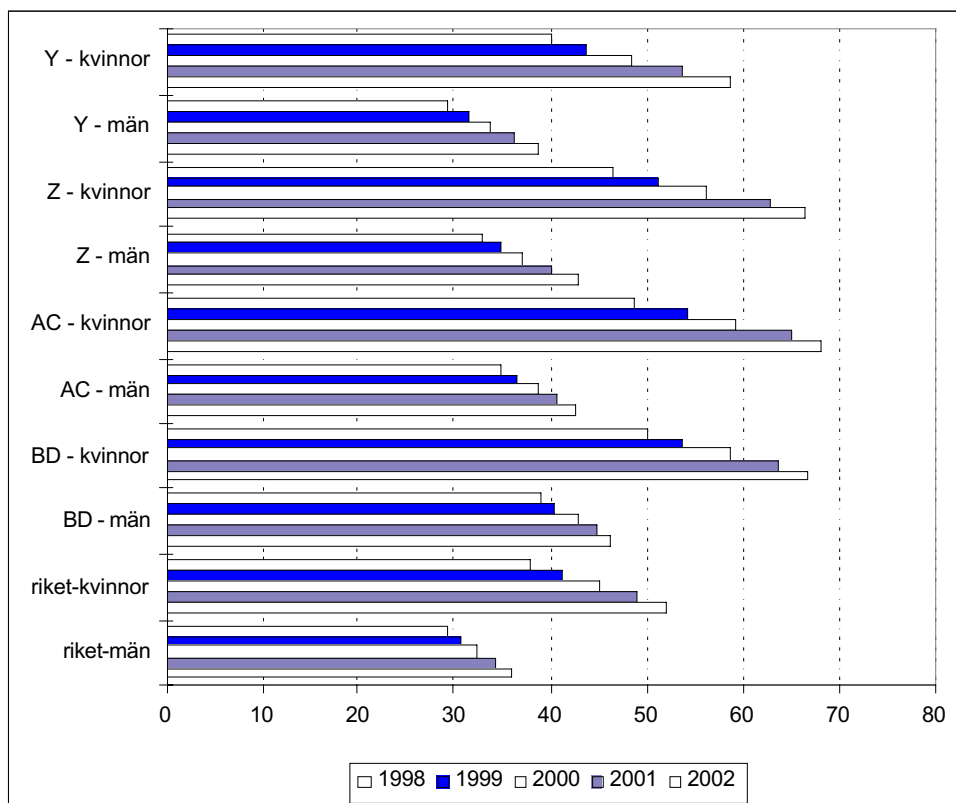
Figur 4.12 Risken att bli arbetslös inom det närmsta året bland kvinnor och män i Norrlandslänet.

Liksom i andra studier mår de som har varit arbetslösa eller riskerar att bli arbetslösa sämre än de med en tryggare arbetssituation.

4.10 Diskussion

Enligt Riksförsäkringsverkets sjukstatistik är den arbetsrelaterade sjukskrivningen till övervägande del orsakad av ergonomiska, psykosociala och organisatoriska faktorer. Korttidsutbildade och lågavlönade, framförallt unga, kvinnor tillhör en särskild utsatt grupp där de psykiska besvären ökat kraftigt. För flertalet övriga aspekter på arbetsmiljön, t.ex. klimat, luftföroreningar och utsatthet för kemisk – tekniska produkter finns klara förbättringar. Härav kan man dra slutsatsen att försämringarna närmast hänger samman med arbetets organisation. (Folkhälsoinstitutet 2002).

Det är väl känt att norrlandslänen ligger högt, eller till och med högst, då det gäller ohälsotal, långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar eller sjukbidrag, i jämförelse med övriga Sverige. Figuren nedan visar ohälsotal för norrlandslänen, samt för hela riket, för åren 1998-2002 enligt uppgifter från Riksförsäkringsverkets hemsida (www.rfv.se). Ohälsotalen ökar för vart och ett av åren, kvinnornas ohälsotal är genomgående högre än männens, Västernorrlands ohälsotal är lägst av Norrlandslänens men ligger ändå klart över riket i helhet. Ohälsotalet är antal dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension eller sjukbidrag per person i åldern 16-64 som tillhör försäkringskassan. Alla dagar är omräknade till heldagar. Dagar med sjuklön från arbetsgivaren ingår inte i ohälsotalet.



Figur 4.13 Ohälsotal, antal dagar, för Norrlandslänen samt för hela riket åren 1998-2002 enligt uppgifter från Riksförsäkringsverkets hemsida. Ohälsotalet sammanfattar sjukfrånvaron i befolkningen i åldrarna 16-64 år, utöver korttidsfrånvaron då arbetsgivaren betalar sjuklön.

Att ohälsotalen är högre och ökar mer i Norrlandslänet har säkert flera förklaringar, exempelvis att befolkningen är äldre, att fysiskt krävande arbeten och arbete i kyla är vanligare. Andra förklaringar kan vara att arbetsmarknadsläget och näringsstrukturen är ogynnsam när det gäller möjligheterna att byta till mindre krävande/lägre exponerat arbete efter sjukdom eller olycksfall. Behovet av att skapa ”det goda arbetet” för att öka hälsan i arbetslivet i Norrland blir därmed mycket större.

Enligt statistik från AKU (arbetskraftsundersökningar som genomförs av Statistiska Centralbyrån och omfattar hela riket) arbetade män drygt 40 timmar per vecka år 1999; kvinnornas arbetstid var 33,7 timmar/vecka i genomsnitt (Folkhälsorapport 2001). Den med AKU-uppgifterna jämförbara genomsnittliga veckoarbetstiden för förvärvsarbetande i Norrland är 34,6 timmar för kvinnor och 40,8 timmar för män (beräkningen av arbetstid baseras på svaren från alla anställda och egenföretagare i Liv och Hälsa i Norrland 2003). Det betyder att åtminstone kvinnorna i Norrland har en något längre arbetsvecka än genomsnittet för kvinnor i Sverige.

Att vara egenföretagare förknippas ofta med trivsel med arbetet (om än längre arbetstid) och god hälsa. Egenföretagarna i Norrland har längre veckoarbetstid: kvinnorna arbetar i genomsnitt 42 timmar/veckan, männen 50 timmar/vecka. Egenföretagarna trivs också med arbetet, framför allt gäller det kvinnorna. Beträffande självskattade hälsan så anser drygt 75 procent av såväl kvinnliga som manliga egenföretagare att de har ett gott eller mycket gott hälsoläge. De manliga egenföretagarna anger alltså inte bättre hälsa än manliga anställda. Bland de kvinnliga egenföretagarna återfinns den lägsta andelen personer med mycket gott hälsotillstånd (knapp 15 procent). Möjliga bidragande förklaringar kan vara något sämre arbetsförhållanden för kvinnliga egenföretagare än för anställda kvinnor och att en del av gruppen utgörs av kvinnor som lämnat en anställning av hälsoskäl eller arbetsmarknadsskäl och senare startat eget företag.

Trivsel med arbetet torde kunna ses som ett uttryck för ”det goda arbetet”. I Norrlandslänet finns ett mycket tydligt samband mellan hur man trivs och hur man bedömer sin egen hälsa. De som trivs bra skattar i högre utsträckning sin hälsa som god; omvänt – de som inte trivs särskilt bra med arbetet bedömer oftare sin hälsa som dålig eller mycket dålig. Män som inte trivs skattar sin hälsa till och med sämre än kvinnor som inte trivs. Tidigare studier har visat att otillfredsställelse med arbetet är starkt associerat med ländryggsbesvär (SBU-rapport 2000:1). En annan dimension av det ”goda arbetet” är att arbetet är anpassat så att det är möjligt att fortsätta arbeta trots sviktande hälsa. Av dem som bedömde sitt allmänna hälsoläge som dåligt trodde i alla fall en tredjedel av kvinnorna och nästan hälften av männen att de skulle kunna vara kvar i nuvarande yrke om två år.

Arbetsförhållanden som ökar chansen att förbli frisk eller att tillfriskna för den som är "krasslig" beskrivs i en studie av Lindberg & Vingård (SOU 2002:5) vara, att arbetet är fysiskt lätt, inte för monotont, ger möjlighet att lära nytt och inte kräver för stor arbetsinsats. "Det goda arbetet" med avseende på rörelseorganssjukdomar är följaktligen arbeten som ger möjlighet att variera arbetsställning och där kraven på fysisk ansträngning är måttliga i relation till den arbetandes kapacitet, det vill säga det arbete som i Norrlandsstudien beskrivs som lätt, rörligt arbete. Det är också personer med denna typ av arbete som skattar sin hälsa bäst.

Kvinnor över 45 år hade större andel fysiskt tungt och måttligt tungt arbete än män i samma åldersgrupp. De är också huvudsakligen anställda kommuner, vilket bör utgöra ett observandum då det i utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (2002:5) visas att kvinnor, som är anställda i kommuner hör till dem, som har högst sjukskrivningstal.

Arbetsmiljöverket gör kartläggningar av arbetsmiljön vartannat år genom enkätundersökningar till mellan 10 000 och 15 000 personer med hjälp av SCB. I den senast genomförda arbetsmiljöundersökningen (Arbetsmiljön 2001) ställdes frågan hur "Hur nöjd är du med arbetet på det stora hela?" med fem svarsalternativ från mycket nöjd till mycket missnöjd. Resultaten visar att äldre personer, i större utsträckning än yngre, är mycket nöjda med arbetet. Andelen yngre personer som är mycket missnöjda med arbetet är mer än dubbelt så stor som bland äldre (drygt 12 procent bland yngre mot ca 5 procent bland äldre). I "*Liv och Hälsa i Norrland*" ställdes frågan "Hur trivs du med arbetet?" med fem svarsalternativ från mycket bra till inte alls. Frågorna är inte likalydande men gäller ändå samma område. Det finns också paralleller i svarsmönstren: äldre norrlänningar trivs bättre med arbetet än yngre. Det är ytterst få äldre norrlänningar som inte alls trivs med arbetet medan 2-4 procent av dem som är yngre än 25 år inte trivs alls med arbetet. Skillnaden mellan yngres och äldres uppfattningar kan spegla både skillnader i arbetssituationer och olikheter i attityd till arbete och arbetsförhållanden. Med tanke på samvariationen mellan trivsel med arbetet och den självskattade hälsan och med tanke på att förhållandevis liten yngre generation snart kommer att ha försörjningsansvaret för en stor äldre befolkning så måste ändå förutsättningarna för "det goda arbetet" snarast skapas för de yngre.

I undersökning Arbetsmiljön 2001 uppgav drygt 70 procent av sysselsatta kvinnor och män som är 30 år och äldre att de hade tillgång till företagshälsovård medan tillgången var lägre bland yngre. Tillgången till företagshälsovård i de fyra nordliga

länen är lägre än i riket i helhet; framför allt är det sämre försörjt i Jämtland och Västerbotten enligt svaren i ”*Liv och Hälsa i Norrland*”. Det finns också en social orättvisa i att arbetare hade lägre tillgång till företagshälsovård jämfört med tjänstemän. Det vill säga de med flest riskfaktorer för ohälsa i arbetet hade minst tillgång till den organisation, som tillsammans med företagsledningen skall sköta hälsoövervakning och förebyggande arbete. Den grupp, som hade lägst tillgång till företagshälsovård var egna företagare. Små företag i glesbygd kan ha svårt att ordna företagshälsovård på ett bra sätt och alternativa lösningar kan behövas för deras del.

Ojämlighet mellan grupper av arbetstagare fanns även med avseende på möjligheter att träna på arbetstid. De som hade den möjligheten och också utnyttjade den mest var tjänstemän på mellannivå. Det är också de som i störst utsträckning har ett lätt och rörligt arbete. Dokumenterade positiva effekter av träning finns framför allt för att minska ländryggsbesvär. De sammanfattas i en översiktsartikel av Tveito och medförfattare (2004). När det gäller träningseffekter på nack-/skulderbesvär är resultaten mindre entydiga. En översiktsartikel sammanfattar därför att de endast finns begränsad evidens för att träning positivt påverkar arbetsrelaterade nack-/skulderbesvär (Verhagen et al, 2004). Anledningen till att så få väljer att träna på arbetstid, trots att de har den möjligheten, kan vara att det är svårt att samordna träningen med arbetet i övrigt, men även på ovana hos individerna. I en studie där sjukvårdpersonal tränade på arbetstid, upplevde de ökad stress för att hinna med både arbetsuppgifter och träning (Skargren E & Öberg 1999). För att undvika sådana negativa effekter bör därför arbetet organiseras på ett sådant sätt att träningen blir en del i arbetet. De som utnyttjade träning på arbetstid i minsta utsträckningen, var de med fysiskt tungt arbete, som i största utsträckningen behöver god fysisk kapacitet för att klara av sitt arbete. Karlqvist och medförfattare fann att 22 procent av kvinnorna och 27 procent av männen, som hade fysiskt krävande arbeten, arbetade över sin kapacitet. Män och kvinnor i tunga arbeten hade också lägre fysisk kapacitet än de i lättare arbete (Karlqvist et al, 2003).

4.11 Sammanfattning

Svaren på en del av arbetsmiljöfrågorna i *"Liv och Hälsa i Norrland"* 2003 visar

- att männen i Norrland har ca 6 timmar längre arbetsvecka än kvinnorna,
- att arbetstiden har minskat med nästan 2 timmar per vecka för kvinnorna och drygt en timme per vecka för männen.
- att veckoarbetstiden är något längre i Norrland, i alla fall för kvinnor, än i riket i helhet
- att andelen förvärvsarbete som skattar sin hälsa som mycket god är högst bland timanställda och lägst bland kvinnliga egenföretagare.
- att det självskattade hälsoläget är bättre i högre socialgrupper, sämre i lägre.
- att kvinnliga egenföretagare trivs bäst med arbetet av alla kategorier förvärvsarbete, att mindre än en procent av alla förvärvsarbete inte trivs alls med arbetet samt att äldre trivs bättre än yngre.
- att personer som trivs med arbetet bedömer sitt allmänna hälsoläge som bättre än personer som inte trivs.
- att 13 procent av de yngsta kvinnorna (16-24 år) inte tror att de kan arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år av hälsoskäl.
- att en tredjedel av kvinnorna och nästan hälften av männen som anser sig ha ett dåligt allmänt hälsoläge idag i alla fall tror att de kan arbeta kvar i nuvarande yrke om två år.
- att kvinnor i åldersgruppen 45 -64 år har fysiskt tungt och måttligt tungt arbete i större utsträckning än män i samma åldersgrupp.
- att kvinnor med lätt och rörligt arbete skattar sin hälsa som god eller mycket god i större utsträckning än kvinnor i andra typer av arbete.
- att förvärvsarbete i fysiskt tungt arbete skattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig i större utsträckning än förvärvsarbete i lättare arbeten.
- att arbetare har sämre tillgång till företagshälsovård än tjänstemän.
- att endast var femte kvinna och var sjunde man utnyttjar möjligheten att träna på arbetstid.
- att arbetstagare i fysiskt tungt arbete är de som i minst omfattning utnyttjar träning på arbetstid.

4.12 Litteratur

Statistiska Centralbyrån. (2001). *Arbetsmiljön 2001*. Stockholm: Sveriges Officiella Statistik. Statistiska Meddelanden AM 68. SM 0201.

Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2003). *Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet. Redovisning av regeringsuppdrag att utveckla nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet (Socialdepartementet S2002/5085/FHI)*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, rapport mars 2003.

SBU. (2000). *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU), rapport 145 (2 vol)..

SOU 2002:5. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Del 1*. Stockholm: Fritzes.

Karlqvist, L., Leijon, O. & Härenstam, A. Physical demands in working life and individual physical capacity. *Eur J Appl Physiol* 2003:89, 536-547.

Lindberg, P. & Vingård, E. De friska - en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling. Stockholm: SOU 2002:5, del 2 bilagor.

Nyman, I. & Ahlgren, C. (2001). Arbetets betydelse för folkhälsan. Landstinget Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten, Liv och Hälsa i Norrland 1997, rapport 2001:1.

Skargren, E. & Öberg, B. Effects of an exercise programme on organizational/ psychosocial and physical work conditions, and psychosomatic symptoms. *Scand J Rehabil Med*.1999:31 (2), 109-115.

Tveito, TH., Hysing, M. & Eriksen, HR. (2004), Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occup Med (Lond)*.2004; 54, 3-13.

Verhagen, A., Bierma-Zeinstra, S., Feleus, A., Karels, C., Dahaghin, S., Burdorf, L., Vet, H. & Koes, B. (2004) Ergonomic and physiotherapeutic interventions for treating upper extremity work related disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004:1, CD003471.



5. ÖKAD FYSISK AKTIVITET, GODA MATVANOR OCH SÄKRA LIVSMEDEL

5.1 Introduktion

Regeringen konstaterar i propositionen ”Mål för folkhälsan” att människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsak till sjukdomar, skador och annan ohälsa (Folkhälsopropositionen, 2002/03:35). Goda matvanor och tillräckligt med fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling.

Detta kapitel utgår framförallt ifrån den fysiska aktivitetens betydelse för hälsoutvecklingen vilket omfattas av målområde 9 - *Ökad fysisk aktivitet* i folkhälsopropositionen. Inom målområde 10 - *Goda matvanor och säkra livsmedel* är det främst huvudindikatorn att följa BMI (Body Mass Index) som varit vägledande.

5.1.1 Fysisk (in-) aktivitet

Andelen fysiskt helt inaktiva i Sverige är 25-30 procent för medelålders män och cirka 10-15 procent för kvinnor i motsvarande ålder (Kallings 2002). I åldersgruppen från tonåren upp till medelåldern är siffran 10-15 procent.

Totalt inaktiv innebär att inte ha någon fysisk belastning i yrkesarbetet, inte motionera, inte heller gå/promenera till arbetsplatsen eller ha regelbundna hobbyvanor som innebär viss fysisk belastning.

Till denna grupp kommer de i befolkningen som har viss men inte tillräcklig fysisk aktivitet. Hur stor den gruppen är beror på definitionen av fysisk aktivitet, ålder och en rad andra omständigheter. Om diskussionen begränsas till att gälla åldersgruppen 30 år och äldre, är det troligt att högst 20 procent av befolkningen är, ur hälsosynpunkt vad gäller kondition, tillräckligt fysiskt aktiv (Folkhälsoinstitutet, 1999).

Engström (1999) har även visat att motionsvanor avspeglar levnadsvillkor och social position. Bland medelålders är benägenheten att ägna sig åt motion tydligt relaterad till den egna utbildningsnivån, bostadsorten och vänners motionsutövning. Under de senaste decennierna har andelen motionsutövare ökat betydligt mer bland tjänstemän än bland arbetare. Högutbildade motionerar betydligt mer än lågutbildade. Motionsvanor är kopplade till livsstilen i stort. Oavsett utbildningsnivå har de som motionerar en mer hälsofrämjande livsstil än de som inte motionerar. De som är fysiskt aktiva tänker oftare på att äta näringsriktigt och röker betydligt mindre än de som är fysiskt inaktiva.

Ur ett folkhälsoperspektiv bör den måttliga fysiska aktiviteten uppmuntras. Svenska Läkaresällskapets nämnds rekommendationen är att;

”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, t ex rask promenad.”

Vidare säger de att fysiskt aktiva individer löper hälften så stor risk att dö av hjärt-kärlsjukdom som sina stillasittande jämnåriga. Fysisk aktivitet minskar också risken för att få högt blodtryck, åldersdiabetes och tjocktarmscancer. Också livskvaliteten förbättras av fysisk aktivitet på grund av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa. Det föreligger även starka belägg för att fysiskt aktiva individer löper lägre risk att drabbas av benskörhet, benbrott framkallade genom fall, blodpropp, fetma och psykisk ohälsa.

De positiva effekterna av fysisk aktivitet är till stor del en färskvara och måste underhållas. Måttlig aktivitet i vardagen ger vid 30 minuter om dagen klara hälsoeffekter och de positiva effekterna ökar med ökad fysisk aktivitet (Kallings 2002).

Målområde 9 *Ökad fysisk aktivitet* föreslår som huvudindikatorer: 1) andelen fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 2) andel av befolkningen som tränar eller motionerar, 3) andelen gående/cyklande i förhållande till det totala persontransportarbetet.

5.1.2 Övervikt och fetma

Ett av de snabbast växande folkhälsoproblemen är den explosiva ökningen av övervikt och fetma i befolkningen, både nationellt och internationellt (Kallings 2002). Under de senaste årtiondena har andelen människor med fetma ökat markant på många håll i världen. Det gäller för de flesta europeiska länder, Nordamerika, flera sydamerikanska och asiatiska länder. I exempelvis USA är den totala andelen av befolkningen med fetma drygt 20 procent och i England, Tyskland och Polen är andelen mer än 15 procent (SBU 2002).

Den definition av fetma som oftast tillämpas bygger på ”Body Mass Index” (BMI). I den här rapporten används BMI gränser i enlighet med WHO: s definitioner (WHO 1997). Normalvikt är ett BMI mellan 18,5 och 24,9, övervikt är ett BMI mellan 25 och 29,9 och fetma är ett BMI större eller lika med 30. Fetma grundas på riskerna för olika fetmarelaterade sjukdomar. Riskerna för följsjukdomar ökar vid ett BMI kring 30.

I den svenska befolkningen har omkring 47 procent av männen och 35 procent av kvinnorna antingen övervikt eller fetma. Andelen med fetma har under de senaste 20 åren nästan fördubblats - andelen i befolkningen som har ett BMI mer än eller

lika med 30 har hos män ökat från 5 procent till nästan 10 procent och har hos kvinnor ökat från 5 till 9 procent, enligt data från SCB:s Undersökning av levnadsförhållanden 1999-2000, åldersgruppen 16-74 år. I början av 2000-talet hade drygt 575 000 personer fetma (Kallings 2002).

Den ökning av fetma som har skett i Sverige kan inte enbart förklaras av genetiska faktorer utan har sin förklaring i förändrade levnadsvanor såsom mat- och rörelsemönster. Ökningen av övervikt och fysisk inaktivitet är starkt kopplad till varandra och till socioekonomiska förhållanden.

Målområde 10 *Goda matvanor och säkra livsmedel* föreslår som huvudindikatorer: 1) att följa BMI, 2) andelen av befolkningen som intar minst 400 g frukt och grönsaker per dag, 3) andelen av befolkningen som intar mindre än 10 procent av energitillförseln i form av mättat fett, 4) amningsfrekvens.

Då enkäten bara svarade på indikatorn ”att följa BMI” och inte övriga föreslagna huvudindikatorer, så har rapporten valt att enbart redovisa resultat baserat BMI-utvecklingen.

5.2 Resultat

I resultaten nedan redovisas främst viktfordelningen i förhållande till ålder och kön, sambandet vikt och utbildningsnivå samt hur mönstret gällande mängden fysisk aktivitet varje vecka är fördelat på ålder och kön. Dessutom görs jämförelse mellan BMI och upplevd hälsa samt mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa.

Tabell 5.1 BMI procentuell fördelning på ålder och kön

BMI	16-24 år		25-64 år		65-84 år	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Undervikt	8,6	2,7	0,9	0,3	1,8	0,7
Normalvikt	73,5	73,2	55,2	35,4	44,5	41,9
Övervikt	13,8	19,8	31,7	51,1	38,9	45,3
Fetma	4,1	4,3	12,3	13,2	14,9	12,1

I tabellen ovan redovisas hur viktfordelningen bland norrlänningarna är fördelad på ålder och kön. Bland de yngsta som ingår i studien finns inga egentliga skillnader mellan 1997 och 2003. I åldersgruppen 25-64 år har andelen kvinnor med fetma ökat medan i åldersgruppen 65-84 år är det andelen män med fetma som ökat.

Andelen med fetma (16-84 år) är för kvinnor respektive män, 12 procent. Det innebär en ökning med 2 procent för kvinnorna jämfört med 1997, andelen män med fetma har inte ökat.

Andelen män med övervikt har däremot ökat från 43 procent 1997 till 46 procent 2003. I 1997 års befolkningsenkät ingick inte åldersgruppen 16-17 år. Om denna åldersgrupp exkluderas ur 2003 års enkät blir viktökningen något större bland männen, 47 procent. Andelen kvinnor med övervikt är ungefär lika stor 2003 som 1997, 31 procent.

Tabell 5.2 BMI fördelat på utbildning och kön, i procent.

	Folkskola, grundskola, yrkesskola, 2 årigt gymnasium		Realskola, flickskola, 3-4 årigt gymnasium		Universitet eller högskola	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Undervikt	1,6	0,7	4,3	1,0	1,3	0,3
Normalvikt	48,8	35,2	57,8	50,8	64,4	48,3
Övervikt	35,0	50,6	28,7	37,5	25,5	42,2
Fetma	14,7	13,5	9,1	10,6	8,8	9,2

Generellt är övervikt och fetma vanligare bland de med lägst utbildning. I *"Liv och hälsa i Norrland"*, 2003, finns ett undantag bland männen med universitets- eller högskoleutbildning där andelen överviktiga är större än bland de med lägre utbildning. I de olika utbildningsgrupperna finns en jämn könsfördelning utom i gruppen universitet och högskoleutbildade där cirka 2/3 av de som svarat är kvinnor.

En jämförelse mellan BMI och hälsotillstånd visar att både män och kvinnor med övervikt och fetma uppger sämre hälsotillstånd jämfört med normalviktiga.

Tabell 5.3 Fysiskt aktiv/inaktiv i vardagen, i procent, fördelat på kön och ålder.

	16-24 år		25-64 år		65-84 år	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Fysiskt inaktiv (mindre än 3tim/vecka)	38,9	46,0	38,1	46,8	44,6	34,9
Fysiskt aktiv (mer än 3tim/vecka)	61,1	54,0	61,9	53,2	55,4	65,1

I tabell 5.3 ovan redovisas de som besvarat 2003 års enkät *"Liv och hälsa i Norrland"* och svarat på hur mycket de varit aktiva i vardagen under en vecka.

Detta har sedan tolkats som att de som angett 3 timmar eller mer per vecka är aktiva, medan de som angett mindre än 3 timmar är inaktiva. Resultatet visar att ungefär 60 procent av norrlänningarna bedriver någon form av vardaglig fysisk aktivitet minst tre timmar totalt varje vecka. Inom detta område finns inga data från tidigare undersökningar i Norrland, det är inte heller möjligt att uttala sig om hur sanna svaren är.

I enkäten finns ytterligare en fråga om fysisk aktivitet som avser träning/motion. Den visar att i den yngsta åldersgruppen (16-24 år) är cirka 35 procent av kvinnorna och 39 procent av männen aktiva med motion/träning minst 3 timmar per vecka, trots att de inte är aktiva i vardagen.

I de äldre åldersgrupperna (25-84 år) är de som är inaktiva i vardagen däremot också till största delen inaktiva i motion/träning.

Tabell 5.4 Fysisk aktivitet och BMI, procentuell fördelning

	Fysiskt inaktiv	Fysiskt aktiv
Undervikt	1,7	1,1
Normalvikt	42,8	52,9
Övervikt	41,3	36,0
Fetma	14,1	9,9

I tabell 5.4 redovisas hur viktfordelningen ser ut i relation till om man är fysiskt aktiv eller fysiskt inaktiv.

Med den definition vi valt har vi funnit att ca 60 procent av befolkningen är fysiskt aktiv, det vill säga rör sig i vardagen minst 3 timmar per vecka. Bland dem återfinns en mindre andel med övervikt och fetma än bland de fysiskt inaktiva.

En jämförelse av fysisk aktivitet och allmänt hälsotillstånd visar att män och kvinnor som är fysiskt aktiva mer än 3 timmar per vecka uppger ett bättre hälsotillstånd.

5.3 Diskussion

I rapporten Fysisk aktivitet för nytta och nöje, 1999 konstateras att det är troligt att bara 20 procent av befolkningen i åldern över 30 år är tillräckligt fysiskt aktiv i hälso- och konditionshänseende. Dock görs bedömningen att trettio minuter fysisk aktivitet per dag däremot inte är tillräckligt för att åstadkomma en viktminskning. För detta behövs troligen närmare 60 minuters daglig fysisk aktivitet.

I *"Liv och hälsa i Norrland"*, genomförd 2003, framkommer dock att närmare 60 procent av norrlänningarna är fysiskt aktiva i vardagen motsvarande minst tre timmar totalt per vecka.

Resultatet från enkäten valdes att bearbetas utifrån Statens folkhälsoinstituts förslag till indikatorer på målområde 9 (Ökad fysisk aktivitet) samt rekommendationer antagna av Svenska läkaresällskapets nämnd 2000. Det innebär att de som i enkäten valt att svara att man i vardagen rör sig 3 timmar eller mer per vecka därmed inlemmades i gruppen fysiskt aktiv. Ur hälsosynpunkt är det bästa att röra sig

minst motsvarande 30 minuter sammanlagd tid per dag. Då frågan ställdes om antal timmar man rör sig per vecka, innebär detta att även en enda dags långpromenad å tre timmar också kommer med, vilket kan uppfattas som en falsk positiv bild av den fysiska aktiviteten.

De senaste årens insatser i syfte att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen (Sätt Sverige i rörelse 2001 samt olika lokala initiativ) kan dock ha bidragit till en ökning av den vardagliga fysiska aktiviteten, och då skulle möjligen resultatet stämma - nämligen att norrlänningar är mer aktiva än andra.

När det gäller målområde 10 (Goda matvanor och säkra livsmedel) har rapporten främst tittat på viktutvecklingen genom att följa huvudindikatorn BMI (Body Mass Index).

Mot de förhållandevis goda resultaten i rapporten om en ökning av den fysiska aktiviteten i vardagen, talar den viktökning som *"Liv och hälsa i Norrland"* visar bland både män och kvinnor främst i de äldre grupperna. Enligt enkätundersökningen är nu andelen med fetma i Norrland 12 procent vilket är betydligt över de siffror som anges för övriga landet (drygt 9 procent, Kallings 2002).

"Liv och hälsa i Norrland" visar också vid jämförelse att de med högre BMI eller de som inte är tillräckligt fysiskt aktiva i vardagen ur hälsosynpunkt också uppger ett sämre hälsotillstånd än de normalviktiga eller de med tillfredsställande fysisk aktivitetsnivå. Detta styrks av studier som visar ett mycket tydligt samband mellan omfattningen av fysisk aktivitet och hälsotillstånd (Kallings 2002).

Generellt konstateras att övervikt och fetma är vanligare bland de med lägst utbildning, något som även *"Liv och hälsa i Norrland"* visar till viss grad. Samtidigt visar enkäten att bland män med universitets- eller högskoleutbildning finns större andel överviktiga än bland män med utbildningsnivå motsvarande realskola. I gruppen med lägsta utbildningsnivån (folkskola, grundskola etc.) återfinns flest män och kvinnor med övervikt eller fetma.

I denna redovisning har inte frågeställningar kring kostvanor och livsmedelsval redovisats eller diskuterats. Möjligen finns ytterligare information och förklaringar att finna där.

5.4 Sammanfattning

I *"Liv och hälsa i Norrland"* framkommer att övervikt och fetma är vanligare bland norrlänningarna (kvinnor 42 procent, män 58 procent) än i övriga riket (kvinnor 35 procent, män 47 procent). Trots detta visar enkäten att cirka 60 procent är i vardagen tillräckligt fysiskt aktiv ur hälsosynpunkt, om man väljer att som fysiskt aktiv redovisa den grupp som rör sig minst tre timmar per vecka. Bland

män med universitets- eller högskoleutbildning finns större andel överviktiga än bland män med utbildningsnivå motsvarande realskola.

Enkäten visar att de med ett högre BMI uppger ett sämre allmänt hälsotillstånd än de med normalvikt, detsamma gäller också för gruppen fysiskt inaktiva. Detta styrks av studier som visar klart samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd.

Ur ett folkhälsoperspektiv bör därför den måttliga fysiska aktiviteten uppmuntras.

5.5 Litteratur

Ekblom, B. & Nilsson, J. (2000) *Aktivt liv - vetenskap & praktik*. Malmö: SISU Idrottsböcker AB.

Engström, L-M. (1999) *Idrott som social markör*. Stockholm: HLS Förlag.

Folkhälsoinstitutet. (1999). *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, rapport 1999:8.

Kallings, L.V. (2002). *Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, rapport 2002:6.

SBU. (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), rapport 160.

Regeringens proposition 2002/03:35 *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.

WHO. (1997). *Consultation on Obesity, Geneva 3-5 June 1997*. Geneva: WHO



6. Minskat bruk av tobak, minskat bruk av alkohol

6.1 Introduktion

Under tiden efter andra världskriget har de så kallade kroniska sjukdomarna, bland annat hjärt-kärlsjukdomar och cancer, kommit att dominera sjukdomspanoramat i Sverige. Dessa sjukdomar är starkt åldersrelaterade, det vill säga de är betydligt vanligare hos äldre människor än hos yngre. Vår ökade medellivslängd (under 1900-talet ökade medellivslängden med närmare 30 år) beror till stor del på en kraftigt minskad barnadödlighet och minskad förekomst av dödliga infektionssjukdomar. Orsaken till de sjukdomar som nu dominerar är mer komplex än enbart förekomsten av bakterier och virus, och här spelar människans eget beteende en viktig roll. Varje persons hälsovanor, exempelvis vad man äter, fysisk aktivitet, rökning och alkoholintag har i det långa loppet en avgörande betydelse för risken att utveckla t.ex. hjärtinfarkt, slaganfall och vissa former av cancer.

Folkhälsopropositionens elfte målområde handlar om tobak, alkohol, droger och överdrivet spelande (Folkhälsopropositionen, 2002/03:35). Målsättningen är bland annat ett minskat bruk av tobak och alkohol. I det här kapitlet granskas dessa två centrala hälsovanorna då det gäller uppkomsten av sjukdomar bland svenskarna.

6.2 Tobak

6.2.1 Rökning

Rökning brukar framhållas som den hälsorisk, som om den undanröjs, mest av alla risker som är påverkbar av människan kan bidra till att minska sjuklighet och dödlighet i befolkningen. Årligen avlider uppskattningsvis 7 000 människor i Sverige till följd av rökning och mångdubbelt fler ådrar sig olika sjukdomar (Folkhälsorapport, 2001).

Arbetet för att minska tobaksrökning har dock varit framgångsrikt. Från 1980 då bortåt 40 procent av männen och 30 procent av kvinnorna rökte dagligen har Sverige som första land i världen lyckats få andelen dagligrökare under 20 procent.

Hur det ser ut idag då det gäller förekomst av tobaksrökning bland män och kvinnor i olika åldrar i Norrland framgår av tabell 6.1.

Tabell 6.1 Andel rökare i Norrland 2003.

	Dagligrökare	Då-och-då-rökare	Totalt
Män 16 – 24	7	28	35
Män 25 – 64	16	15	31
Män 65 – 84	11	3	14
Kvinnor 16 – 24	9	25	34
Kvinnor 25 – 64	19	11	30
Kvinnor 65 – 84	9	2	11

Vi ser att andelen dagligrökare är något högre bland kvinnor än män och att den högsta andelen dagligrökare finns bland dem i yrkesverksam ålder. Då- och då-rökandet dominerar däremot i den yngsta åldersgruppen. Utifrån dessa procentuella stickprovssiffror kan man räkna ut att det i norrlandslänen finns cirka 125 000 dagligrökare. Bland länen utmärker sig Västerbotten som det län där dagligrökandet är lägst (10 procent av männen och 13 procent av kvinnorna), medan flest män röker i Norrbotten (17 procent) och flest kvinnor i Jämtland (19 procent).

Jämför vi hur rökningen förändrats mellan 1997 och 2003 så ser vi att medan rökningen blivit något vanligare bland männen (ungefär tio procents ökning) så har den fortsatt att sjunka bland kvinnorna (ungefär fem procents minskning).

6.2.2 Snusning

Snusning har en lång tradition i Sverige och Norrland. Efter en kontinuerlig minskning av konsumtionen under 1900-talets första hälft har nedgången brutits och snusvanorna ökar nu. Medan snuset är förbjudet i övriga EU-länder är det fortfarande tillåtet i Sverige.

Bedömningen av snusningen och dess effekter är kontroversiell. Snusningen påverkar inte andra på samma sätt som rökning och risken för hjärtinfarkt och slaganfall tycks inte vara ökad hos snusare (Huhtasaari et al. 1999, Asplund et al. 2003). Det finns dock en hel del data som talar för att snusning medför andra hälsoproblem (se till exempel Persson et al. 2000). Målsättningen måste alltså vara att komma ur nikotinberoendet, inte att förlänga det genom att rekommendera en annan tobaksprodukt.

På motsvarande sätt som i tabell 6.1 redovisas i tabell 6.2 andelen som snusar, dagligen eller då och då.

Tabell 6.2 Andel snusare i Norrland 2003.

	Dagligsnusare	Då-och-då-snusare	Totalt
Män 16 –24	27	15	42
Män 25 – 64	32	7	39
Män 65 – 84	16	2	18
Kvinnor 16 - 24	10	16	26
Kvinnor 25 - 64	6	4	10
Kvinnor 65 - 84	1	1	2

Andelen snusare skiljer sig märkbart mellan könen. Medan enbart sex procent av kvinnorna snusar dagligen är motsvarande siffra för män 28 procent. Bland kvinnor är snuset vanligast bland de yngsta, medan både yngre och yrkesverksamma män har ungefär samma snusfrekvens.

Över tid har snusningen ökat bland båda könen. Bland männen har andelen snusare ökat med nästan 25 procent - från 22 procent år 1997 till 28 procent år 2003. Bland kvinnorna är motsvarande ökning nästan 40 procent (från litet under 4 procent 1997 till över 5 procent 2003).

Samtidigt som Västerbotten har lägsta andelen av dagligsnusande män har man den högsta förekomsten av dagligsnusande kvinnor. Norrbotten toppar för snusande män.

Räknar vi samman såväl bruket av snus som av röktaobak visar det sig att drygt 70 procent av alla kvinnor är fria från tobaksbruk medan den siffran bara är 55 procent bland männen (tabell 6.3).

Tabell 6.3 Andel (procent) tobaksanvändare i Norrland 2003.

	Röker eller snusar dagligen	Röker eller snusar då-och-då	Varken röker eller snusar
Män 16 - 24 år	31	18	51
Män 25 - 64 år	42	7	51
Män 65 - 84 år	25	2	73
Kvinnor 16 – 24 år	17	23	60
Kvinnor 25 – 64 år	25	8	67
Kvinnor 65 – 84 år	9	2	89

6.2.3 När börjar man röka och snusa?

På frågan ”Hur gammal var du när du började röka dagligen?” svarar tre av fyra (72 procent) att de började före 18 års ålder; 33 procent bejakar att debuten skedde redan före 15 års ålder. Rökdebuten tycks också ha inträffat allt tidigare om man jämför när de olika åldersgrupperna började röka.

På motsvarande fråga beträffande snusningen visar det sig att hälften av snusarna var 18 år eller yngre när de började snusa dagligen. Bland männen upp till 25 år var till och med hälften 15 år eller yngre när de började snusa. Även här noteras att snusdebuten har gått ner i åldrarna på senare år.

6.2.4 Önskan att sluta röka och snusa och behov av stöd för detta

En majoritet av rökarna vill sluta röka (tabell 6.4). Tre av fyra rökande kvinnor i Norrland vill sluta röka, sju av tio rökande män. Var femte man och var tredje kvinna anser sig behöva stöd för att sluta röka. Av de uppskattningsvis 125 000 rökarna som finns i Norrland vill 90 000 sluta och av dessa säger sig 30 000 behöva stöd för att sluta. De som tror att de kan sluta på egen hand återfinns i första hand i den yngsta åldersgruppen.

Tabell 6.4 Andel (procent) av rökarna som vill sluta röka, med eller utan stöd.

	Ja, klarar det själv	Ja, behöver stöd	Nej
Män 16 – 24 år	53	9	38
Män 25 – 64 år	53	20	26
Män 65 – 84 år	44	17	39
Kvinnor 16 – 24 år	51	11	38
Kvinnor 25 – 64 år	45	32	23
Kvinnor 65 – 84 år	44	26	31

Då det gäller snusningen så är bilden annorlunda. En majoritet av snusarna uttalar inga önskemål om att sluta; enbart varannan kvinna och var tredje man vill sluta snusa.

6.2.5 Tobaksbruk och utbildning

Det finns en tydlig klassgradient då det gäller rökningen (tabell 6.5) – ju längre utbildning desto färre rökare. Skillnaden mellan män och kvinnor ökar också med utbildningens längd. Medan könsskillnaderna är nästan obefintliga mellan dem med enbart folkskola eller grundskola är det mer än dubbelt så många kvinnor som män som röker bland dem som har högskoleutbildning.

Tabell 6.5 Andel dagligrökare grupperat utifrån olika utbildningsnivåer. Män och kvinnor i Norrland 2003.

	Folkskola, grundskola, yrkesskola, 2-årigt gymnasium, annat	Realskola, flickskola eller 3-4-årigt gymnasium	Universitet eller högskola	Totalt
Män	18	9	6	14
Kvinnor	20	14	16	16

För snusare saknas i stort sett denna skillnad mellan olika utbildningslängd. Oavsett hur länge man gått i skolan är förekomsten av daglig snusning ungefär densamma bland alla män (knappt 30 procent) och alla kvinnor (6 procent).

6.2.6 Rökning och ekonomi

Trots att rökning kostar pengar är det dubbelt så vanligt bland dem som saknar kontantmarginal att de röker jämfört med dem som har kontantmarginal. För männen är dessa siffror 29 respektive 12 procent, för kvinnor 26 respektive 13 procent. Däremot skiljer sig inte förekomsten av snusning beroende på ens ekonomiska resurser.

6.2.7 Miljötabaksrök

Förekomsten av miljötabaksrök (eller ”passiv rökning” som det ibland kallas) belystes genom följande fråga: ”Hur ofta har du vistats inomhus i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt?” Svaret redovisas i tabell 6.6.

Tabell 6.6 Andel av befolkningen som angivit att de ”varje dag” eller ”någon/några gånger i veckan” vistas i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt.

	Varje dag	Någon/några gånger i veckan
I hemmet	11	3
På arbetet	6	7
På café, bar eller restaurang	1	5
På annan plats inomhus...	2	5

Överlag är det förhållandevis låga siffror. Hemmet tycks vara den plats där man exponeras mest, följt av arbetsplatsen. Jämför man hur ofta rökare respektive icke-rökare utsätts för miljötabaksrök kan man konstatera att det framför allt är rökarna som utsätts för denna.

6.3 Alkoholkonsumtion

Vi vet att frågor om alkoholkonsumtion har en tendens att underskatta förbrukningen. Enligt andra undersökningar uppger vi vid en intervju enbart hälften av hur mycket alkohol vi druckit. Om vi antar att tendensen att underskatta konsumtionen är ungefär jämt fördelad i samhället, så kan det ändå vara intressant att studera siffrorna.

Tabell 6.7 Hur mycket alkohol har du druckit senaste veckan? Andel män och kvinnor i Norrland 2003.

	Ingen	Mindre än 33 cl starksprit	Mellan 33 och 50 cl starksprit	Mer än 50 cl starksprit
Män 16 – 24 år	61	18	14	7
Män 25 – 64 år	46	38	12	4
Män 65 – 84 år	66	28	5	1
Kvinnor 16 - 24 år	67	24	7	2
Kvinnor 25 - 64 år	59	37	4	0
Kvinnor 65 - 84 år	85	14	1	0

Då det gäller männen så uppger ungefär hälften att de inte druckit någon alkohol alls, medan 34 procent anger att de druckit mindre än 33 cl. Ju yngre åldersgrupp desto större andel uppger att de druckit större mängd alkohol. Bland kvinnor: säger två tredjedelar att de inte druckit någon alkohol alls och 30 procent att de druckit mindre än 33 cl. Även här är den uppgivna konsumtionen högre i yngre åldersgrupper. Bland männen uppger fyra procent att de dricker en ”farlig mängd alkohol”, flest i den yngsta åldersgruppen, medan däremot nästan inga kvinnor gör detta.

Länsskillnaderna är små. Bland männen är alkoholkonsumtionen högst i Västernorrland och Jämtland, bland kvinnorna är det inget län som utmärker sig.

6.3.1 Berusningsdrickande

Cirka 30 procent av männen och 15 procent av kvinnorna uppger att de minst en gång i månaden dricker så att de varit berusade. Här är skillnaden stor mellan den yngsta åldersgruppen och resten – 54 procent av männen och 47 procent av kvinnorna i åldern 16-24 uppger berusningsdrickande en gång i månaden eller mer.

6.3.2 Önskan att minska sin alkoholkonsumtion

På frågan ”Vill du minska din alkoholkonsumtion?” uppger 11 procent av männen och 6 procent av kvinnorna att de vill det. Med ökande ålder är det också vanligare att avstå från alkohol. Totalt sett vill 60 000 personer i norrlandslänen minska sin alkoholkonsumtion, varav enbart 4 000 säger sig behöva stöd för detta. Hela 450 000 personer säger att de inte vill minska sin alkoholkonsumtion.

6.4 Diskussion

I ett internationellt perspektiv är det förhållandevis få personer i Sverige som röker, men ser vi på utvecklingen i norra sjukvårdsregionen under de senaste sex åren har det inte skett några större förändringar då det gäller rökvanorna. Bland män tycks det faktiskt ha blivit fler rökare, medan andelen rökare bland kvinnor har minskat marginellt. Ser vi samtidigt till andelen som snusar dagligen blir det sammanlagda intrycket att tobaksförbrukningen har ökat.

Vi måste dock göra en liten reservation då det gäller jämförelsen över tid. Frågorna om rökning och snusning år 1997 var inte formulerade på exakt samma sätt som år 2003. Skälet till detta är att vi samarbetat över hela landet för att åstadkomma likadana frågor då det gäller tobaksförbrukningen – därigenom kan vi jämföra siffror från olika delar av landet. Frågeformuleringarna skiljer sig inte mycket, men de kan tänkas ha påverkat svaren på så sätt att förbrukningen år 1997 skulle ha varit något högre om vi använt frågorna från 2003.

Ett sammanfattande intryck är dock att tobaksvanorna inte har utvecklats så gynnsamt som vi haft anledning att hoppas. Att få ned tobakskonsumtionen måste även i fortsättningen vara ett högprioriterat område då det gäller det förebyggande arbetet. I Norrlandslänet röker ännu 125 000 personer dagligen, varav 90 000 säger sig vilja sluta och 30 000 menar att de behöver hjälp för detta. Hälso- och sjukvården har här ett stort ansvar för ett framgångsrikt arbete inom detta målområde.

Då det gäller alkoholkonsumtionen så saknar vi möjligheter att jämföra med tidigare mätning. Trots testningar i förväg av enkäten från 1997 kom frågorna då det gäller alkoholintaget att missförstås av så många av de tillfrågade att det inte varit möjligt att analysera svaren på ett tillfredsställande sätt. Vi får därför nöja oss med den ögonblicksbild som enkäten från 2003 ger.

Det mest iögonfallande och oroande med alkoholkonsumtionsmönstret är den relativt sett höga konsumtionen bland ungdomar. Då det gäller veckokonsumtionen är det framför allt de unga männen som sticker ut, men då det gäller berusningsdrickande tycks detta vara nästan lika vanligt bland unga kvinnor som unga män. Det är möjligt att de yngre har lättare att bejaka alkoholkonsumtion än de äldre; det är också möjligt att uttrycket ”berusningsdrickande” innebär olika för en yngre och en äldre generation. Oavsett detta verkar det dock som om alkoholkonsumtionen i Sverige ökar på ett sätt som går i motsatt riktning till riksdagens folkhälsomål.

Sett i ljuset av att den traditionella svenska alkoholpolitiken berövats mycket av sin forna kraft genom anpassning till EU-regler blir detta särskilt alarmerande. Vi har för närvarande inga goda alternativ som kan ersätta, till exempel reklamförbud, höga priser och begränsad tillgänglighet till alkoholen och som verksamt bidragit

till att Sverige tidigare legat bland de allra lägsta då det gäller alkoholkonsumtionen i Europa. Våra möjligheter att via Systembolagets försäljningsstatistik mer detaljerat följa konsumtionen blir också allt sämre i takt med att Systembolagets andel av den totala konsumtionen minskar. Med stor sannolikhet kommer alkoholpreventionen att vara en av de allra största utmaningarna inom folkhälsoområdet de kommande åren.

6.5 Sammanfattning

Cirka 15 procent av Norrlands befolkning i åldern 16-84 röker dagligen. Omräknat till antalet människor i norrlandslänen innebär det 125 000 dagligrökare. Nästan lika många röker någon gång då och då. Rökningen är vanligast i åldrarna 25-64 år och mer frekvent bland kvinnor (19 procent) än bland män (16 procent).

Snusning är vanligast bland män i åldern 16-64 år där nästan en tredjedel av alla män snusar. Bland kvinnor är snusningen vanligast bland de yngsta, 16-24 år, där 10 procent snusar.

Lägger vi samman uppgifter om både rökning och snusning och tar med både de som brukar tobak dagligen och använder det då och då finner vi att 45 procent av männen och 30 procent av kvinnorna är tobaksbrukare.

Beträffande alkoholkonsumtionen är mängden alkohol som konsumeras osäker. Cirka 15 procent av männen och 5 procent av kvinnorna säger att de druckit mer än motsvarande 33 cl starksprit i veckan. Konsumtionen är allra högst i den yngsta åldersgruppen.

Då det gäller berusningsdrickande är även detta mest uttalat i den allra yngsta åldersgruppen. Medan skillnaden i alkoholkonsumtion mellan män och kvinnor ofta är stor så är berusningsdrickande bland ungdomar nästan lika vanligt bland unga kvinnor som bland unga män.

6.6 Litteratur

Huhtasaari, F., Lundberg, V., Eliasson, M., Janlert, U. & Asplund, K. (1999) Smokeless tobacco as a possible risk factor for myocardial infarction. A population-based study in middle-aged men. *J Am Coll Cardiol* 34, 1784-1790.

Asplund, K., Nasic, S., Janlert, U., & Stegmayr, B. (2003) Smokeless tobacco as a possible risk factor for stroke in men: a nested case-control study. *Stroke*. Jul; 34(7): 1754-1759.

Persson, PG., Carlsson, S., Svanström, L., Östenson, CG., Efendic, S. & Grill, V. (2000) Cigarette smoking, oral moist snuff use and glucose intolerance. *J Intern Med*. 2000 Aug; 248(2):103-110.

7.1 Enkäten (utan framsida)

Först några frågor om dig själv

1. Vilket år är du född: 19

2. Är du kvinna eller man?

- Kvinna
 Man

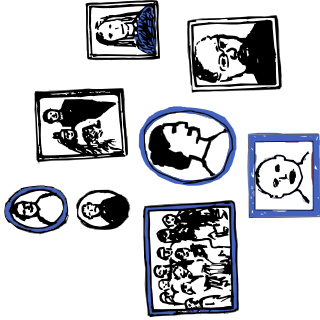
3. Var är du född?

- I samma län som jag bor i nu
 I annat län i Sverige
 I annat land

4. Vilken är den högsta utbildning du har?

*Om du studerar kryssa i den utbildning du går.
Sätt bara ett kryss.*

- Folkskola eller grundskola
 Yrkeskola
 Realskola, flickskola
 2-årigt gymnasium
 3-4 årigt gymnasium
 Universitet eller högskola
 Annan utbildning, vilken? _____



Hälsa och livskvalitet

5. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det:

- Mycket gott
 Gott
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

6. Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd idag.

Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
 Jag kan gå men med viss svårighet
 Jag är sängliggande

Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
 Jag har vissa problem med att tvätta eller klä mig själv
 Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
 Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
 Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
 Jag har måttliga smärtor eller besvär
 Jag har svåra smärtor eller besvär

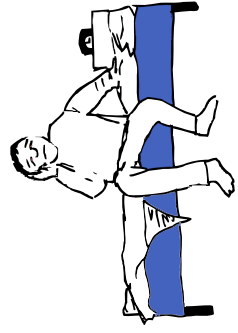
Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
 Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
 Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

7. Om du tänker på din kroppsliga hälsa, hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden skulle du säga att den inte varit god (pga. sjukdom eller skador)?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

dagar



8. Om du tänker på din psykiska hälsa, hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden skulle du säga att den inte varit god (pga. stress, nedstämdhet, ångslan eller oro)?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

 dagar

9. Hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden hindrade dålig kroppslig eller psykisk hälsa din arbetsförmåga eller dina dagliga aktiviteter?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

 dagar

10. Har du under de tre senaste månaderna haft något/några av följande besvär/sjukdomar?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ja lätta	Ja svåra
Huvudvärk eller migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i skuldror, nacke eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggsmärtor, höftsmärtor eller ischias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra magbesvär (ex förstoppning, diarré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi/astmabesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem/andra hudbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsus (tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symnedstättning som ej avhjälps med glasögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinens (uriniläckage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat besvär _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden. Känner du av sådan stress för närvarande?

- Inte alls
- Bara lite
- I viss mån
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

12. Har du haft eksem som barn?

- Ja
- Nej

13. Har du under de 12 senaste månaderna vid något tillfälle haft handeksem?

- Ja
- Nej

14. Är du överkänslig eller allergisk mot nickel?

- Ja
- Nej

Vård och läkemedel

15. Har du under de tre senaste månaderna talat med, besökt eller besökts av läkare pga. egna besvär/sjukdomar?

- Ja
- Nej

16. Har du under de tre senaste månaderna talat med, besökt eller besökts av distriktsköterska pga. egna besvär/sjukdomar?

- Ja
- Nej

17. Har du någon gång under de tre senaste månaderna besökt ungdomsmottagning?

- Ja
- Nej

18. Har du under de tre senaste månaderna besökt/haft kontakt med någon form av alternativvård (t.ex. naprapat, kiropraktor, homeopat etc.) pga. egna besvär/sjukdomar?

- Ja
 Nej

19. Har du under de tre senaste månaderna någon gång ansett dig vara i behov av läkarvård men inte sökt?

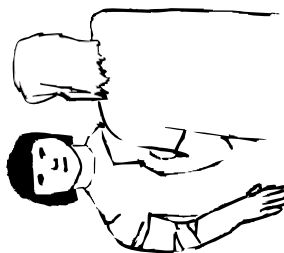
- Nej
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger



Om ja. Varför sökte du inte?

Flera alternativ kan fyllas i!

- Jag blev frisk
 Jag fick inte tag i läkaren
 Jag hade inte råd
 Jag hade för långt till läkaren
 Jag kan ändå inte få hjälp
 Jag skulle inte bli trodd
 Annat _____



20. Har du under de tre senaste månaderna använt något av följande läkemedel eller preparat?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ja, tillfälligt	Ja, regelbundet
Blodtryckssänkande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicin mot astma/allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtstillande medel köpt utan recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtstillande medel köpt med recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervlugnande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medel mot depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsårsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Östrogenpreparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitaminer/ mineraler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturläkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Har du under de tre senaste månaderna någon gång fått recept utskrivet men inte hämtat ut det på apoteket?

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

Om ja. Varför hämtade du inte ut medicinen?

Flera alternativ kan fyllas i!

- Jag blev frisk
 Jag hade medicin så det räckte
 Jag hade inte råd
 Jag hade för långt till apoteket
 Medicinen hjälper ändå inte
 Annat _____

24. Har du under de tre senaste månaderna någon gång ansett dig vara i behov av tandläkarvård men inte sökt?

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

Om ja. Varför sökte du inte?

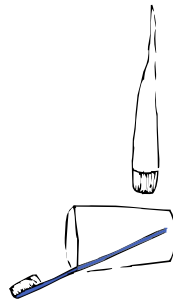
Flera alternativ kan fyllas i!

- Besvären gick över
 Jag hade inte råd
 Jag hade för långt till tandläkaren
 Jag drar mig för att gå (tandläkarskräck)
 Jag hade inte tid
 Annat _____

Tandhälsa och tandvård

22. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
 Ganska bra
 Varken bra eller dålig
 Ganska dålig
 Mycket dålig



23. När var du senast hos tandläkare/tandhygienist?

- För mindre än 1 år sedan
 För mellan 1 år och 2 år sedan
 För mellan 2 år och 5 år sedan
 För mer än 5 år sedan eller aldrig

Levnadsvanor

25. Hur fysiskt aktiv är du på din fritid?

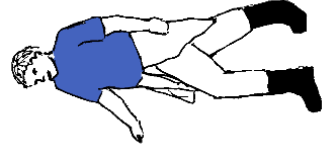
Försök uppskatta din sammanlagda fysiska aktivitet under en normal vecka på en nivå minst motsvarande rask promenad. Räkna även med vägen till och från arbetet. Sätt endast ett kryss för varje typ av aktivitet under a) och b).

a) I vardagen (tex. cykling, promenader, tyngre hushållsarbete, snöskottning, trädgårdsarbete, lek med barn).

- Mindre än 1 timme/ vecka
 1-2 timmar/ vecka
 3-4 timmar/ vecka
 5 timmar eller mer

b) Under motion och träning (t.ex. ”gympa”, joggning, fotboll, ridning).

- Mindre än 1 timme/ vecka
 1-2 timmar/vecka
 3-4 timmar/vecka
 5 timmar eller mer



26. Hur lång är du?

cm

27. Hur mycket väger du?

Svara i hela kilo.

 kg

28. Hur ofta äter du frukost?

- Sällan eller aldrig
 1-2 gånger i veckan
 3-5 gånger i veckan
 Dagligen eller i stort sett dagligen

29. Vilket slags matfett använder du mest till smörgåsar?

Kryssa bara i en ruta!

- Inget matfett
 Lättmargarin t.ex. "Lätt & Lagom" eller "Bece!"
 Mellanmargarin t.ex. "Runda bords" eller "Bregott mellan"
 Hushållsmargarin t.ex. "Milda"
 Smör/ "Bregott"

83

30. Hur ofta äter du grönsaker eller rotfrukter (både råa och tillagade – räkna inte potatis)?

- Mer än en gång om dagen
 Så gott som dagligen
 Någon gång i veckan
 Några gånger i månaden
 Mer sällan eller inte alls

31. Hur ofta äter du frukt?

- Mer än en gång om dagen
 Så gott som dagligen
 Någon gång i veckan
 Några gånger i månaden
 Mer sällan eller inte alls

32. Röker du dagligen?

- Nej
 Ja → gå till fråga 35

33. Händer det att du röker någon gång då och då?

- Nej
 Ja

34. Har du tidigare rökt dagligen under minst 6 månader?

- Nej → gå till fråga 36
 Ja

Om ja. För hur länge sedan slutade du röka dagligen?

- Mindre än 6 månader sedan
 Mellan 6 och 12 månader sedan
 Mer än 1 år sedan. → Ange år:

35. Hur gammal var du när du började röka dagligen?

 år

36. Vill du sluta röka?

- Röker ej → gå till fråga 38
 Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
 Ja, men jag behöver stöd
 Nej

37. Om du slutat eller försökt sluta röka, vilket hjälpmedel använde du senaste gången?

Flera alternativ kan fyllas i!

- Rådgivning
 Nikotinläkemedel
 Zybantabletter
 Snus mindre än en månad
 Snus mer än en månad
 Annat, ange vad _____
 Inget särskilt
 Har inte försökt sluta röka

38. Snusar du dagligen?

- Nej
 Ja → gå till fråga 41

45. Hur ofta under de 12 senaste månaderna har du druckit så mycket alkohol att du varit berusad?
- Nej
 Ja
- Dagligen eller nästan dagligen
 Någon/ några gånger i veckan
 Någon/ några gånger i månaden
 Mer sällan eller aldrig

46. Vill du minska din alkoholkonsumtion?
- Dricker ej alkohol
 Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
 Ja, men jag behöver stöd
 Nej

41. Hur gammal var du när du började snusa dagligen?

 år

42. Vill du sluta snusa?

- Snusar ej
 Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
 Ja, men jag behöver stöd
 Nej

43. Hur ofta vistas du inomhus i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt?

	Varje dag	Någon/några gånger i veckan	Någon/några gånger i månader	Mer sällan eller aldrig
I mitt hem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När jag går på café, bar el restaurang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På annan plats inomhus, t.ex. hos vänner, i bilen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hur mycket alkohol har du druckit sammanlagt under den senaste veckan?

- Ingen alkohol
 Mindre än 33 cl starksprit (motsvarar 8 burkar folköl eller 1 ½ flaska vin)
 Mellan 33 och 50 cl starksprit (motsvarar 6-7 burkar starköl eller 2 flaskor vin)
 Mer än 50 cl starksprit (motsvarar 12 burkar folköl eller 2 ½ flaska vin)

Sociala relationer

47. Tycker du allmänt sett att man kan lita på de flesta människor?

- Stämmer mycket väl
 Stämmer ganska väl
 Stämmer inte särskilt väl
 Stämmer inte alls

48. Hur många människor känner du och har kontakt med, som har samma intressen som du?

- Ingen
 1-5 personer
 6 eller fler personer

49. Hur många vänner har du som kan komma hem till dig när som helst och känna sig hemma? De skulle inte bry sig om det var ostädad eller om du höll på att äta. Nära släktingar skall inte räknas med.

- Ingen
 1-5 personer
 6 eller fler personer

50. Händer det att någon håller om dig till tröst och stöd?

- Ja
 Nej

Hem och hushåll

51. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?

- Ja
 Nej

52. Tror du att din familj eller några andra verkligen uppskattar vad du gör för dem?

- Ja
 Inte tillräckligt
 Nej

53. Bortsett från din familj, finns det någon du kan vända dig till om du har svårigheter? Någon som du lätt kan träffa och som du litar på och kan få verklig hjälp av när du har det besvärligt.

- Ja
 Nej

54. Har du under de 12 senaste månaderna mer eller mindre regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med flera andra? Exempelvis sport, musik/teater, studiecirkei, sängkör, syförening, politisk förening, religiös sammankomst i organiserad eller oorganiserad form.

- Nej Ja \longrightarrow Hur ofta?
- Flera gånger i veckan
 Någon gång per vecka
 Någon gång per månad
 Mer sällan

55. Händer det att du blir missmodig när du tänker på framtiden?

- Ja, mycket ofta
 Ja, ganska ofta
 Ja, men mer sällan
 Nej, nästan aldrig
 Nej, aldrig



56. Hur bor du?

- Hyresrätt
 Inneboende, studentlägenhet eller liknande
 Bostadsrätt/andelsrätt
 Villa/ radhus eller liknande
 Annat boende, i vilken form?

57. Med vem delar du bostad, dvs. bor tillsammans med större delen av veckan?

Flera alternativ kan fyllas i.

- Ingen
 Föräldrar/syskon
 Man/ hustru/ sambo/partner
 Barn
 Andra

58. Hur många barn ingår i ditt hushåll minst halva tiden?

- Inga

Antal barn 0-6 år	<input type="text"/>	Antal barn 13-19 år	<input type="text"/>
Antal barn 7-12 år	<input type="text"/>	Antal barn 20 år eller äldre	<input type="text"/>

59. Hur mycket tid använder du vanligtvis för eget hem- och hushållsarbete en normal vardag?

- Nästan ingen tid alls
 Ca 30 minuter per dag
 1-2 timmar per dag
 3-5 timmar per dag
 Mer än 5 timmar per dag

Boendemiljö

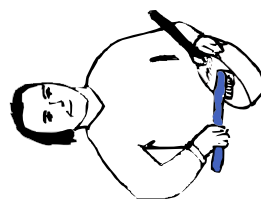
60. Hur mycket tid använder du vanligtvis för eget hem- och hushållsarbete en normal lördag eller söndag?

- Nästan ingen tid alls
- Ca 30 minuter per dag
- 1-2 timmar per dag
- 3-5 timmar per dag
- Mer än 5 timmar per dag

61. Har du någon närstående som är beroende av din hjälp med vardagliga sysslor som hushållsarbete och personlig hygien (avser inte småbarn)?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ibland	Så gott som dagligen
Barn/barnbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man/hustru/sambo/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förälder/svår förälder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



62. Tänk på ditt bostadsområde, tycker du att...

Sätt ett kryss på varje rad!

	Ja	Nej	Ingen åsikt
Service är bra t.ex. butiker, bank, post mm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturutbudet är bra t.ex. bibliotek, biograf, teater, danslokal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsmöjligheterna är bra t.ex. idrottsanläggning, simhall, motionspår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De allmänna kommunikationerna är tillfredsställande?

Möjligheterna att umgås med grannar i gemensamma lokaler är tillfredsställande?

Området är lugnt och tryggt?

Det finns störande ljud från t.ex. industrier, trafik m.m.?

Det finns besvärande luftföroreningar i form av lukt, damm/sot från trafik, industri eller bostadsuppvärmning?

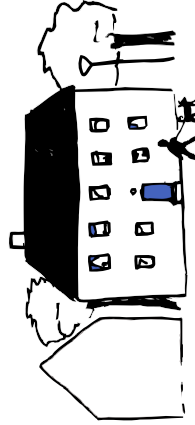
63. Är du stolt över din...

a) Bostadsort/kommundel?

- Ja
- Nej
- Ingen åsikt

b) Kommun?

- Ja
- Nej
- Ingen åsikt



64. Trivs du på det hela taget där du bor?

- Ja
- Nej

65. Tror du att du bor kvar på din nuvarande bostadsort om fem år?

- Ja
- Nej

Nedan följer några frågor till dig som förvärvsarbetar.
Om du är arbetslös går du vidare till fråga 86 på sidan 25.
Om du är pensionär fortsätter du till övriga synpunkter på sidan 26.

72. Vilken är din nuvarande anställningsform?

- Är inte anställd (tex. egen företagare)
 Tillsvidareanställd (fast anställd)
 Vikarieanställd
 Kontraktanställd
 Timanställd
 Projektanställd
 Anställd på uthyrings- eller konsultföretag med arbetet i huvudsak förlagt till kundföretag
 Provanställd
 Annan anställning

73. Vilken är din huvudsakliga arbetsgivare?

Ange ett alternativ.

- Privatägt företag
 Statlig myndighet/ Statligt ägt företag
 Affärsdrivande verk
 Landsting/landstingsägt bolag
 Kommun/kommunägt bolag
 Annat _____

74. Hur många timmar i veckan i genomsnitt arbetar du?

(Räkna inte med hushållsarbete.)

timmar/vecka

75. Hur trivs du med arbetet?

- Mycket bra
 Ganska bra
 Inte särskilt bra
 Inte alls

76. Hur mycket rör du dig i genomsnitt och anstränger dig kroppsligt i ditt arbete? Vilket av följande alternativ passar bäst in på dig.

- Stillasittande arbete.
Du har ett övervägande stillasittande arbete.
 Lätt, men något rörligt arbete.
Du går ganska mycket, men bär inte och lyfter inte tyngre saker.
 Måttligt tungt arbete.
Du går ganska mycket och lyfter eller bär ganska mycket.
 Tungt kroppsarbete.
Du lyfter tungt och anstränger dig mycket kroppsligt.



77. Hur stor del av din arbetstid...

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej inte alls	Lite (kanske 1/10 av tiden)	Ungefär 1/4 av tiden	Halva tiden	Ungefär 3/4 av tiden	Nästan hela tiden
Arbetar du ensam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ett så bundet arbete att du inte kan gå ifrån en kort stund när du vill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver ditt arbete ständig uppmärksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetar du vid bildskärm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetar du på golvsits som vibrerar? (T.ex. bil, båt, flyg, traktor, truck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetar du med handhållna maskiner som vibrerar eller skakar? (t.ex. bormaskin, slipmaskin, bultpistol, motorsåg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsätts du för så högt buller att du inte kan samtala i normal samtalston?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utför du samma hand- eller fingerrörelser många gånger i minuten under sammanlagt minst två timmar om dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Med tanke på din hälsa, tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?

- Ja, ganska säkert
 Jag är osäker på det
 Nej, det tror jag inte

82. Hur bedömer du dina möjligheter att få ett annat arbete utan att flytta?

- Stora möjligheter
 Vissa möjligheter
 Små möjligheter
 Inga möjligheter

83. Har du varit arbetslös någon gång under de två senaste åren?

- Nej → gå vidare till fråga 85
 Ja

84. Ungefär hur lång tid har du sammanlagt varit arbetslös under de två senaste åren?

Månader

85. Hur stor risk tror du att det är att du skall bli arbetslös inom ett år?

- Jag vet att jag blir arbetslös
 Stor risk
 Ganska stor risk
 Liten risk
 Ingen risk

Gå vidare till övriga synpunkter på sidan 26.

78. Frågor om krav i ditt arbete.

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej, aldrig	Nej, sällan	Ja, ibland	Ja, ofta
Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förekommer det motstridiga krav i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du lära dig nya saker i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kräver ditt arbete skicklighet?

Kräver ditt arbete påhittighet?

Innebär ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?

89

Har du frihet att bestämma hur ditt arbete skall utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du frihet att bestämma vad som skall utföras i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du veta om du gör ett bra arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Har du tillgång till företagshälsövård genom arbetet?

- Ja
 Nej
 Vet ej

80. Erbjuder din arbetsgivare möjligheter till fysisk aktivitet/ träning på arbetstid eller i anslutning till arbetet?

Du kan ange flera alternativ!

- Jag har möjlighet att träna på arbetstid, men jag utnyttjar det inte
 Jag har möjlighet att träna på arbetstid, och jag brukar utnyttja det
 Min arbetsgivare subventionerar träningskort eller liknande
 Annat, vad?
 Nej, sådana möjligheter ges inte på mitt arbete
 Vet ej

NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING**Kerstin Sandberg**

Sekretariatet

971 89 Luleå

Telefon: 0920-28 41 80

Fax: 0920-147 26

E-post: kerstin.sandberg@nll.se

Hemsida: <http://www.nll.se>**VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING****Urban Janlert**

FoUU-staben

901 89 Umeå

Telefon: 090-785 71 90

Fax: 090-77 84 33

E-post: urban.janlert@epiph.umu.se

Hemsida: <http://www.vll.se>**JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING****Hans Fröling**

Enheten för Samhällsmedicin och Folkhälsa

Box 602

832 23 Östersund

Telefon: 063-14 75 92

Fax: 063-14 75 30

E-post: hans.froling@jll.se

Hemsida: <http://www.jll.se>**VÄSTERNORRLANDS LÄNS LANDSTING****Birgitta Malker**

Folkhälsocentrum

Landstingets kansli

871 85 Härnösand

Telefon: 0611-800 77

Fax: 0611-800 26

E-post: birgitta.malker@lvn.se

Hemsida: <http://www.lvn.se>