

Värmlänningarnas liv & hälsa 2017

De åsikter som uttrycks i denna rapport är författarens egna och speglar inte nödvändigtvis Landstinget i Värmlands uppfattning.

VÄRMLÄNNINGARNAS LIV & HÄLSA 2017

Marina Kalander Blomqvist, Cecilia Nyberg, redaktörer

Författare: Bengt Starrin, professor emeritus vid Karlstads universitet.

ISBN: 978-91-88840-17-2

Layout: Universitetstryckeriet, Karlstad 2018

Landstinget i Värmland

www.liv.se

Citatbilder

I kapitel 2.

<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7d/Poorhse.gif>

<https://i.pinimg.com/736x/20/24/8d/20248d39354f78ff43f7a34894c12a83--victorian-photography-vintage-photography.jpg>

I kapitel 3.

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6f/Volkstelling_1925_Census.jpg

https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/51f2sTMly2L._SX325_BO1,204,203,200_.jpg

<https://s22658.pcdn.co/wp-content/uploads/2017/07/Frontier-Dentist.jpg>

I kapitel 4.

https://www.google.se/url?sa=i&rc=t=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiPtrvE-TbAhUiOpoKHwvtC-QQjRx6BAgBEAU&url=https%3A%2F%2Ftoday.duke.edu%2F2018%2F01%2Fwomen-survive-crises-better-men&psig=AOvVaw2LSJcfOA_1Ow5wqckjXcBC&ust=1529127622621475

<http://www.gazeta.tv/Wideo/51,132478,13734349.html?i=1>

I kapitel 6.

Piprökande man – den trygge familjefadern. femtiotalsjakten.se. [Blogg]. 29 oktober 2008.

<http://femtiotalsjakten.se/2008/october/alla-dessa-piprökande-man.html>

<https://happyride.se/2016/09/13/cykeln-roll-i-folkhemmet-cykeln-i-sverige-del-2/>

I kapitel 8

<http://schindlercreations.com/de/blog/industrie-4-0-aus-sicht-der-entwickler-und-bediener/>

I kapitel 9

http://www.beat100.com/video/thumbs/107838_thumb.jpg

I kapitel 10

<https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=95&artikel=6159781>

Foto

I kapitel 5

Maria Starrin

I Kapitel 7

Tylor Olson, Landstingets bildarkiv.

I kapitel 11

Mostphotos, Landstingets bildarkiv.

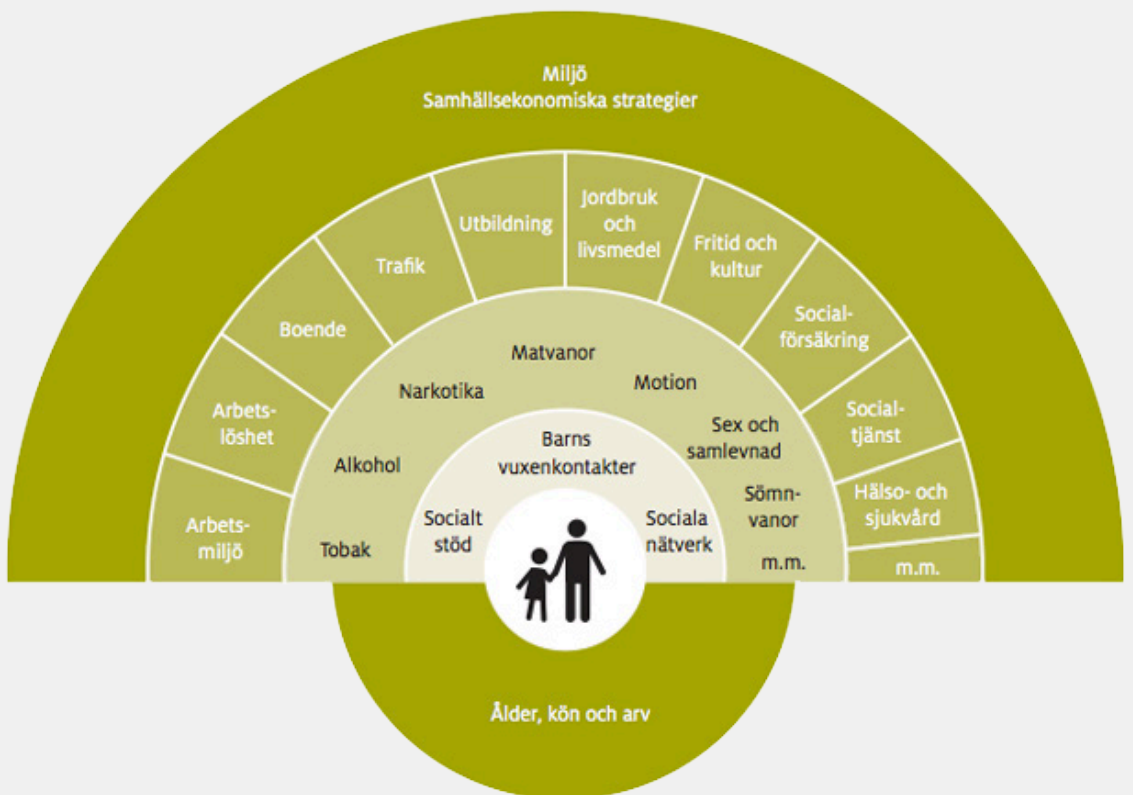
Innehållsförteckning

FÖRORD	6
KAPITEL 1	8
Liv och hälsa 2017 <i>Marina Kalander Blomqvist och Cecilia Nyberg</i>	
KAPITEL 2	10
Ojämligheter i livslängd <i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 3	15
Självskattad hälsa, sjukdomar och besvär <i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 4	24
Psykisk ohälsa och psykiska besvär <i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 5	30
Sociala relationer och trygghet <i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 6	40
Levnadsvanor och ohälsa <i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 7	60
Förtroende för samhällets institutioner <i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 8	67
Trivsel med arbetet <i>Bengt Starrin</i>	

KAPITEL 9	72
Livsvillkor – ekonomisk stress, nedlåtande behandlad och ohälsa	
<i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 10	78
Nöjd, glad och framtidstro	
<i>Bengt Starrin</i>	
KAPITEL 11	83
I riktning mot en jämlik hälsa	
<i>Bengt Starrin</i>	



Förord



Både samhället och människors liv och levnadsvanor förändras. Hur ser vår tids ohälsa ut? Vilka grupper är drabbade och varför? Frågorna är viktiga för att alla som arbetar för att främja hälsa och förebygga sjukdom och hälsoskillnader mellan grupper, på bästa sätt, ska kunna ge förutsättningar för en god och jämlik hälsa.

För att besvara de inledande frågorna behövs ny kunskap. Därför görs undersökningen Liv & hälsa som kartlägger livsvillkor, levnadsvanor, upplevd hälsa och kontakter med hälso- och sjukvården i Värmlands län. Undersökningen har genomförts sedan år 2000 och är även en bas för fördjupade analyser om bakomliggande orsaker till ohälsa och sjukdom.

Hälsan i en befolkning beror på många faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle. Hälsans bestämningsfaktorer (se figur 1), utöver de genetiska, delas ofta in i livsvillkor och levnadsvanor. Sambanden mellan de olika bestämningsfaktorerna är komplexa. Exempelvis påverkar levnadsvanor risken för många av dagens sjukdomar. Men livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till sunda levnadsvanor. Ojämlighet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället har olika livsvillkor och levnadsvanor.

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen är ett viktigt mål för den svenska folkhälsopolitiken. En samstämmig forskarvärld visar att många av hälsans bestämningsfaktorer är påverkbara och sociala skillnader kan överbryggas.

Den nationella kommissionen för jämlik hälsa har i sitt slutbetänkande lämnat förslag på en rad åtgärder som kan vidtas för att öka likvärdighet och minska ojämlikhet i villkor och möjligheter. Åtgärder som på sikt kommer att bidra till minskade hälsoklyftor. I juni 2018 antogs propositionen 2017/18:249 God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik, med syftet att underlätta folkhälsoarbete på samtliga samhällsnivåer.

Liv & hälsa materialet bygger på att över 6 000 värmlänningar har kommit till tals om upplevd hälsa, livsvillkor och levnadsvanor. Resultaten ger landstinget i Värmland, kommunerna, länsstyrelsen och andra aktörer som arbetar med hälsofrämjande och förebyggande insatser ett underlag för planering och prioriteringar av insatser som kan påverka befolkningens hälsa.

Förhoppningen är att denna rapport ska stimulera till diskussioner kring angelägna och aktuella folkhälsofrågor samt skapa intresse för fördjupade analyser inom folkhälsoområdet.

Anna-Carin Johansson, Enhetschef Folkhälso- och samhällsmedicinska enheten
Marina Kalander Blomqvist, Folkhälsoanalytiker
Cecilia Nyberg, Folkhälsoanalytiker

¹ Dahlgren G, Whitehead M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

KAPITEL 1

Liv och hälsa 2017

MARINA KALANDER BLOMQVIST

OCH CECILIA NYBERG



METOD OCH MATERIAL

Underlaget till denna rapport bygger främst på data från befolkningsundersökningen Liv & hälsa. Undersökningen har genomförts fem gånger sedan år 2000. Den senaste avslutades under sommaren 2017 och har som tidigare skett i samverkan med landstingen och regionerna i Sörmland, Västmanland, Uppsala och Örebro.

Frågorna som ställs i enkäterna är avsedda att samla in kunskap om befolkningens hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och kontakter med vården. De är antingen vedertagna och validerade frågor som tidigare använts i liknande undersökningar eller egna konstruktioner framtagna av arbetsgruppen inom de samverkande landstingen och regionerna. Då undersökningen genomförts tidigare är kunde en del av frågorna användas igen för att möjliggöra jämförelser över tid.

I Värmland skickades enkäten ut till ett slumpmässigt urval av 14 244 personer, 18 år och äldre. Dessa personer representerar de vuxna befolkningen i länets 16 kommuner.

Sedan lång tid tillbaka minskar andelen personer som svarar på enkätundersökningar. Detta är problematiskt eftersom risken ökar för att insamlade data inte är representativa för dem som avses. Inför 2017 års Liv & hälsa undersökning gjordes därför ett försök att öka, eller i alla fall att bryta, trenden med sjunkande svarsbenägenhet. Det innebar att åldersanpassade enkäter skickades ut, en till 18 - 29 åringar, en till 30 - 69 åringar samt en till personer 70 år eller äldre. Det fanns möjlighet att svara på en pappers- eller webbenkät. På webben fanns även en engelsk version samt möjlighet till att få frågorna upplästa via talsyntes. I ett sista försök att ytterligare höja svarsfrekvensen distribuerades i det sista utskicket en kortversion av enkäten till de som ännu inte svarat.

Av de 14 244 personer som hade möjlighet att besvara enkäten svarade 6 210 personer, vilket motsvarar 44 procent. De olika åldersgrupperna uppvisar stora variationer i svarsfrekvens, lägst i den yngsta åldersgruppen och högst bland personer 70–84 år. Bortfallet är störst i den yngsta åldersgruppen, 18–29 år, och framför allt bland unga män, se tabell nedan. Resultaten för den yngsta åldersgruppen bör därför tolkas med viss försiktighet.

Tabell 1. Svarsfrekvens fördelat på kön och åldersgrupper, andelar i procent.

	Ålder			Totalt
	18–29 år	30–69 år	70 år och äldre	
Män	20	38	65	41
Kvinnor	30	47	60	46
Totalt	25	44	62	44

För att korrigera bortfallets eventuella snedvridande effekter har kalibrering, en etablerad statistisk metod, använts. För att kalibreringen ska kunna kompensera för bortfallet gör man antagandet att svarsmönstret bland de svarande ser likadant ut som för dem i bortfallet, givet sociodemografiska bakgrundsfaktorer. Tidigare analyser av den nationella folkhälsoenkäten visar att personer som svarat på bortfallsuppföljningar inte har ett avvikande svarsmönster gentemot de som svarat på enkäten.¹

¹ Boström G. (2010). Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter? Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/nationella-folkhalsoenkaten-vad_betyder_bortfallet-100330.pdf

KAPITEL 2

Ojämligheter i livslängd

BENGT STARRIN



Livet är orättvist. Somliga lever längre, andra kortare. Och ojämlikheten har bland annat att göra med ekonomi, klass och utbildning. Som exempel lever högutbildade längre än lågutbildade, rika längre än fattiga, överklassen längre än arbetarklassen.¹

Att hälsa och välbefinnande är ojämlikt fördelat över sociala klasser och social status är känt sedan lång tid tillbaka. En av de första siffrorna som visade på detta härrör från 1840-talets London. Den genomsnittliga livslängden var då 45 år för överklassen och 27 år för hantverkare. En vanlig arbetare blev i snitt inte mer än 22 år.²

Mycket har hänt sedan dess. Livet har blivit längre och bättre. Men fortfarande finns stora skillnader. Det gäller såväl vid en jämförelse mellan fattiga och rika länder som mellan fattiga och rika inom ett givet land.

Några exempel: Medellivslängden i Sverige är 82 år medan den är 46 år i Nigeria. En skillnad på 36 år. I Ryssland lever man i genomsnitt 59 år, 23 år kortare än i vårt land.

En flicka som föds i Botswana har en förväntad livslängd på 43 år medan en flicka i Japan förväntas leva dubbelt så länge. En pojke som föds i de fattiga delarna av Glasgow lever i genomsnitt 28 år kortare än den pojke som växer upp i de välbärgade delarna.



Den engelske professorn Michael Marmot var en av de första som på ett systematiskt sätt kom att intressera sig för hur hälsan hänger ihop med social status och position. Han blev senare adlad för sin forskning.³

Marmot studerade den engelska statsförvaltningen som är strikt hierarkiskt organiserad. Alla visste sin plats såväl statssekreteraren som vaktmästaren. Ju högre upp i hierarkin desto högre status och större makt. Han fann att ju högre upp på statusstegen desto mindre var risken att få en hjärtinfarkt och ju längre ned desto större var den. Risken att dö före 65 års ålder var fyra gånger så stor för dem som befann sig längst ned i hierarkin, jämfört med dem som hade en hög chefsbefattning.

Fortsatta studier har visat att den sociala gradienten, som Marmot kallar sina fynd, gäller för många sjukdomar och för chansen att få ett långt liv. Man undrar förstås vad det kan bero på? Röker chefer mindre, motionerar de mer och äter de mer av hälsosam mat? Ja, till en viss del. Men den viktigaste faktorn verkade vara

¹ För en översikt se Therborn G, (2016). *Ojämlikhet dödar*. Lund. Arkiv förlag. – Gauffin, K, Hogstedt, C & Östergen, P-O, Klass och ohälsa. *Rapport från Katalys N0 57*. <https://www.katalys.org/wp-content/uploads/2018/04/No-18.-Klass-och-halsa.pdf>

² Se <http://www.oocities.org/victorianmedicine/iframeh.html>

³ Marmot, M. (2004). *Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur.

det inflytande man hade över sitt jobb. Ju mindre kontroll desto mer stress. Makt och inflytande över sitt arbete visade sig vara mycket betydelsefullt.⁴

I djurens värld liknar babiansamhället på många sätt den engelska statsförvaltningen. I det finns en tydlig hierarki och en tydlig hackordning. Robert Sapolsky fann att ju längre ned i babianhierarkin desto mer av negativ stress.⁵ De babianhannar som var längre ned på statusstegen var oftare sjuka och dog i förtid. Deras inflytande över sin egen tillvaro var i princip noll. De blev ”hackkycklingar”. Nya studier har bekräftat Sapolskys iakttagelser men har dessutom tillfört en viktig sak. Det visade sig att alfahannen – den högst rankade – hade fullt sjå. Han måste hela tiden kämpa för att behålla första platsen och det till priset av en ständigt stressad tillvaro. Frågan om detta också gäller även för den högst upp i våra hierarkiska organisationer är oklart och inte tillräckligt studerat.

JÄMLIKARE SAMHÄLLEN ÄR HÄLSOSAMMARE

Ett viktigt bidrag till vår kunskap om hur sociala och ekonomiska villkor påverkar vår hälsa är de två engelska forskarna Richard Wilkinson och Kate Picketts studie om sambandet mellan jämlikhet och hälsa.⁶ Deras slutsatser är att det är hälsosammare och trevligare att växa upp i ett mer jämlikt samhälle än i ett ojämlikt. Där de ekonomiska och statusmässiga klyftorna mellan människor är mindre finner vi också en friskare och mer lycklig befolkning. Där är också våldsbrottsligheten lägre. Människor i ett sådant samhälle blir vänligare och fredligare. Stora klyftor mellan människor – sociala och ekonomiska – skapar otrygghet, rädsla och minskad tillit till varandra. Samhällen med färre trappsteg och mindre avstånd mellan stegen mår bättre, är lyckligare och mer produktiva än samhällen med många trappsteg och stora avstånd mellan trappstegen. Ja, det är vad de engelska forskarna försöker visa i boken *Jämlikhetsanden* – en bok som väckt debatt över hela världen. Materialet är omfattande. Deras slutsatser baseras på uppgifter från drygt 20 länder och alla USA:s delstater. Slutsatsen är: Tillväxt leder inte till ett bättre samhälle om den inte fördelas på ett sätt som minskar de ekonomiska, sociala och hälsomässiga klyftorna.

Richard Wilkinson har också gett ett förslag till ett generellt ramverk om de förhållanden som omvandlar social ojämlikhet i samhället – vad gäller materiella förhållanden som pengar – till ojämlikheter i hälsa och sjukdom.⁷ Han menar att materiella förhållanden inte längre, på samma sätt som tidigare, har direkta effekter på hälsan utan förmedlas via psykosociala förhållanden som sociala nätverk, inflytande, makt, social status och prestige som i sin tur ger upphov till spänningsfyllda

⁴ Se även Karasek, R. and Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

⁵ Sapolsky, R. M. (2003). *Varför zebror inte får magsår*. Stockholm: Natur & kultur.

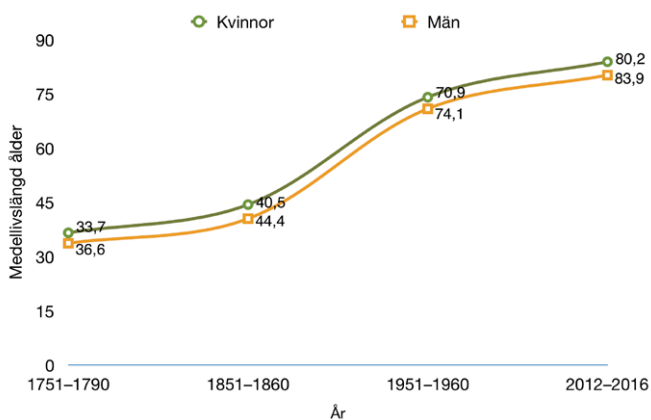
⁶ Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *Jämlikhetsanden – Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval förlag.

⁷ Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge.

emotionella tillstånd som stress, ångslan, skam och liknande och som resulterar i ohälsa.

SVENSKEN LEVER LÄNGRE

Sett i ett längre tidsperspektiv har livslängden i Sverige ökat mycket kraftigt. I mitten av 1700-talet var livet kort. För männen 33 år och för kvinnorna 37 år. Två hundra år senare hade det fördubblats. Då förväntades en man leva i snitt 71 år och en kvinna 74 år. Och under de senaste 50 åren har livslängden fortsatt att öka. Den svenske mannen lever nu i snitt 80 år och den svenska kvinnan 84 år. Snittåldern är drygt 82 år vilket placerar Sverige i toppskiktet i världen.



Figur 2.1. Medellivslängden i Sverige 1751 till 2016. Källa: SCB.

Under senare år har gapet i livslängd ökat mellan grupper med olika lång utbildning. Högutbildade lever längre än lågutbildade och skillnaderna är nästan sex år för både kvinnor och män.⁸

Skillnaderna mellan kommunerna är stora. Medan medellivslängden för en man i Danderyd och Täby är lite drygt 83 år är den nio år kortare i Munkfors och Överkalix eller lite drygt 74 år.

För kvinnor är skillnaderna i livslängd också stora men inte alls lika stora som för män. Det skiljer sex år mellan den kommun där kvinnorna lever längst och den kommun där de lever kortast. Kortast är livet i Norsjö och Åsele där snittet är 80 år och längst i Bjurholm och Danderyd där en kvinna förväntas leva i nästan 87 år.⁹

⁸ Lundberg, O. *Ojämlighet i livslängd mellan och inom grupper en avgörande utmaning*. <http://kommisionjamlkhalsa.se/blogg/ojamlikhet-i-livslangd-mellan-och-inom-grupper-en-avgorande-utmaning>

⁹ Se <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/topplistor-kommuner/forvantad-medellivslangd/>

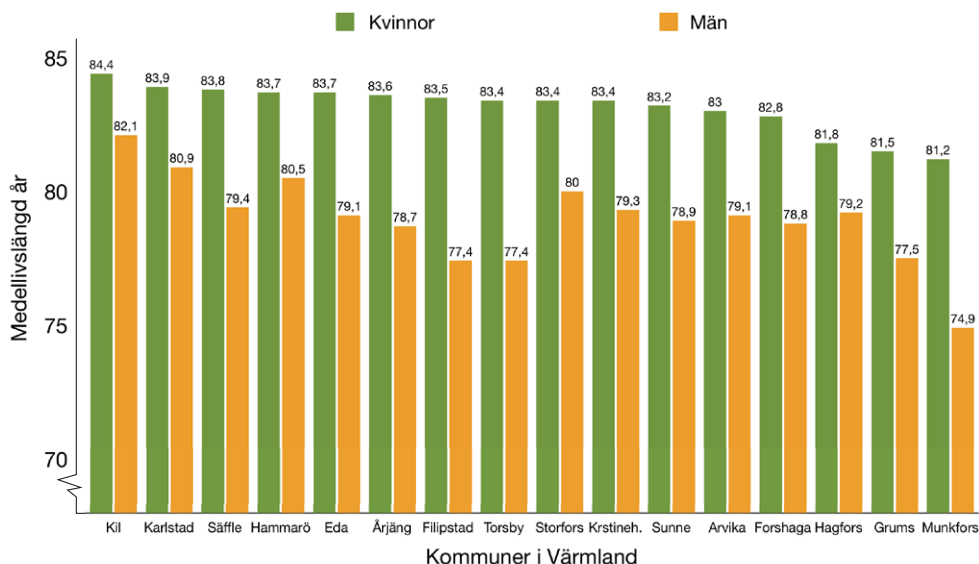
STORA SKILLNADER I LIVSLÄNGD I VÄRMLAND

Värmlänningen lever i snitt 81,5 år. Något kortare än för riket. Men kvinnorna lever längst – i snitt 83,4 år jämfört med männens 79,6 år, som är nästan fyra år kortare.

Variationer mellan kommunerna är stora. Framförallt för männen. Männerna i Kil lever i snitt 82.1 år och i Munkfors 74.9 år. Livet i Munkfors är således drygt sju år kortare.

Kvinnorna lever längst i Kil – i genomsnitt 84,4 år och kortast i Munkfors, 81,2 år. En skillnad på 3,2 år. Munkfors är den kommun där skillnaderna i livslängd mellan kvinnor och män är som störst, hela 6,3 år. Skillnaden är minst i Kils kommun där den är 2,3 år.¹⁰

Men värmlänningen lever längre nu än för 20 år sedan. Då levde en kvinna i genomsnitt 79 år – fyra år kortare än nu. En man levde då i snitt 73 år. Numera lever den värmländske mannen drygt sex år längre.



Figur 2.2. Återstående medellivslängd vid 0 år, 2012 - 2016. Kommuner i Värmland. Källa: SCB.

¹⁰ Liv & Hälsa i Mellansverige. <http://www.lul.se/Global/Regional%20utveckling/Folkhälsa/Liv%20och%20hälsa/Resultat%20Liv%20och%20hälsa%202017.pdf>

KAPITEL 3

Självskattad hälsa, sjukdomar och besvär

BENGT STARRIN



KORT OM SURVEYUNDERSÖKNINGARS HISTORIA

I surveyundersökningar vänder forskarna sig direkt till sina deltagare och ber dem rapportera om till exempel sina tankar, känslor, sociala situation och hälsa.

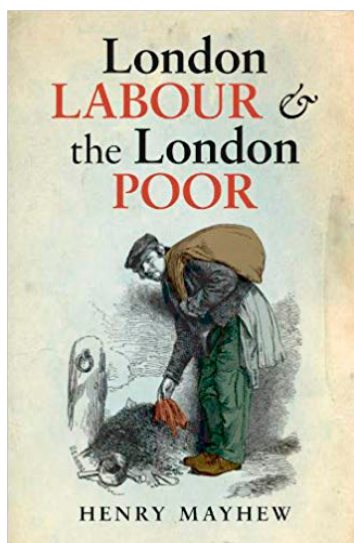
Surveyundersökningarnas historia går hand i hand med välfärdsstatens och surveymetodikens kom att bli ett av flera verktyg för att komma till rätta med de sociala och ekonomiska problem som industrialiseringen och urbaniseringen förde med sig. Dess historia är också nära sammankopplad med samhällsvetenskapens etablering.

En klassiker på området är Henry Mayhews studie från 1861 av arbete och fattigdom i London. Han gjorde något så unikt som att intervjua fattiga om hur de hade det. Ja, det var unikt för de fattiga ansågs av etablissemanget och de välbärgade var ytterst opålitliga. De var inte betrodda och inte några vars utsagor man kunde lita på. Därför ansågs det inte vederhäftigt att intervjua personer som samtidigt var informanter och föremål för undersökningen.¹

Under surveyundersökningsmetodikens tidiga historia använde man sig inte av slumpmässiga urval. Den första som man tillskriver att ha gjort just det är Arthur Bowley som studerade levnadsförhållanden i fem engelska städer.²

Samhällsutvecklingen och utvecklingen av den moderna vetenskapen påverkade epidemiologin. En av de första systematiska studierna som påvisade kopplingen mellan sjukdomar och sociala förhållanden genomfördes av Jeremy Morris och Richard Titmuss. I början på 1940-talet visade de att hjärtinfarkter och magsår samvarierade med sociala och ekonomiska förhållanden som arbetslöshet. Och deras forskning kom att få stor betydelse för utvecklingen av epidemiologin.³

Den moderna surveymetodiken bygger på ett antal vetenskapliga upptäckter som gjorts under de senaste 200 åren. *En* är att det går att lita på respondenten och på självrapporterade svar, åtminstone i den utsträckning som krävs för att resultaten skall vara någorlunda tillförlitliga och användbara.



¹ Mayhew, H. (1861). *London Labour and the London Poor*. Oxford University.

² Bowley, A L & Burnett-Hurst, A R. (1915). *Livelihood and poverty; a study in the economic conditions of working-class households in Northampton, Warrington*. G Bell and sons Ltd, London.

³ Morris JN, Titmuss RM. (1944). Health and social change, I: the recent history of rheumatic heart disease. *Medical Officer*. August 26, September 2 and 9.

Till exempel har självrapporterad hälsa visat sig vara någorlunda stabil över tid ⁴, och en värdefull prediktor för dödsfall bland såväl äldre ⁵ som yngre ⁶.

Men självrapporterad eller självskattad hälsa rymmer en problematik, som Wilkinson och Pickett diskuterar i sin senaste bok *The Inner Level*. ⁷ Deras tes är, som jag tog upp i kapitel 2, att jämlika samhällen är mer hälsosamma än ojämlika samhällen. Det gäller för flera olika indikatorer på hälsa som dödstal och förväntad livslängd men inte för självskattad hälsa där de svarande får ta ställning till hur de mår på en flergradig skala – från bra till dåligt. De refererar bland annat en studie som jämförde USA (exempel på ett mer ojämlikt samhälle) och Japan (exempel på ett mer jämlikt samhälle). I Japan var det endast 54 procent som skattade sin hälsa som bra jämfört med 80 procent i USA. Detta trots att man lever drygt fem år längre i Japan än i USA. Den tolkning som Wilkinson och Pickett gör är intressant. De menar att i mer ojämlika samhällen är människor mer angelägna att visa upp en positiv syn på sin egen hälsa och sig själv medan människor i mer jämlika samhällen är mer blygsamma, mer villiga att medge ofullkomligheter och har inte samma behov av att inför andra framstå i bättre dager.

I mer ojämlika samhällen gäller det, menar Wilkinson och Pickett, att visa inför andra att man är självsäker, framgångsrik och inte halkar efter. I mer ojämlika samhällen verkar således den självskattade hälsan vara en självöverskattad hälsa.

En annan är de framsteg som gjorts inom den statistiska vetenskapen som visat att små slumpmässiga urval ofta räcker för det man är ute efter. Man behöver till exempel inte samla in uppgifter från 100 000 tals människor om deras politiska preferenser för att man skall kunna uttala sig om opinionen.

Men det betyder inte att allt är frid och fröjd. Det problem som har kommit att överskugga nästan allt annat är bortfallen i surveyundersökningar som tenderar att öka i alarmerande omfattning.⁸

SJÄLVSKATTAD HÄLSA I VÄRMLAND

I Liv & Hälsa undersökningen ställdes frågan: ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” och det är en fråga som EU-länderna har enats om att använda för att följa hälsans utveckling i Europa. Frågan har visat sig ha förmåga att något så när förutse framtida hälsotillstånd.⁹

⁴ Bailis, DS, Segall A & Chipperfield, JG. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine*, 56, 2, 203-17.

⁵ Idler, EL & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38, 1, 21-37

⁶ Burström B & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 55, 11, 836-840.

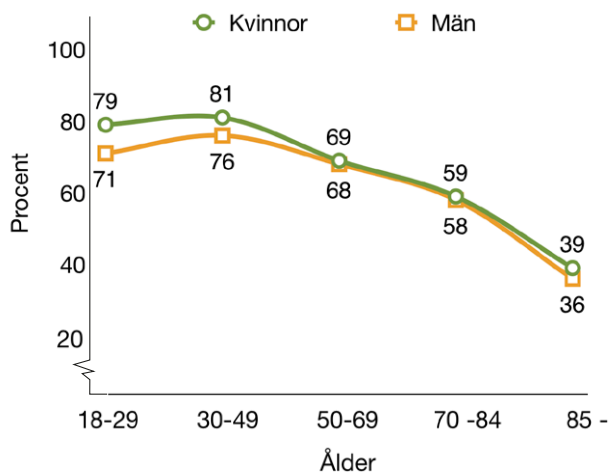
⁷ Wilkinson, R & Pickett, K. (2018). *The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-Being*. Allen Lane.

⁸ Starrin, B. (2018). Bortfall i surveyundersökningar: Var går smärigränsen? *Socialmedicinsk tidskrift*, 95, 3, 382-384.

⁹ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>

Andelen som skattat sin hälsa som ”mycket bra” eller ”bra” uppvisar små förändringar för män och lite större för kvinnor sedan år 2004. Siffran för män har varierat mellan 73 procent och 77 procent och för kvinnor mellan 69 procent och 77 procent.

Den självskattade hälsan varierar kraftigt med ålder. Tendensen är att andelen med mycket bra eller bra hälsa minskar med stigande ålder. Minskningen är störst efter 84 års ålder.

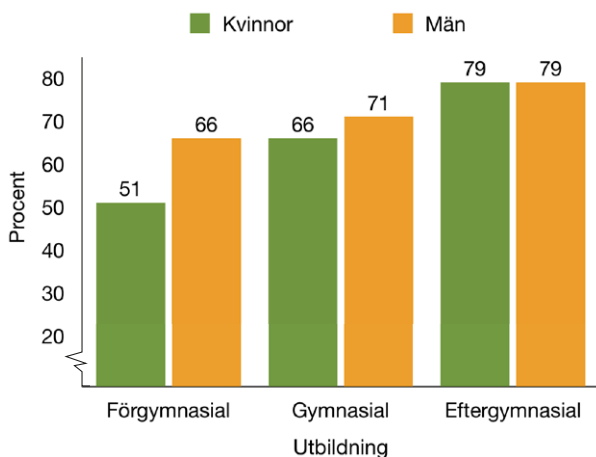


Figur 3.1. Andelen som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra eller bra, fördelat på ålder och kön.

Självskattad hälsa samvarierar även med andra sociala bakgrundsförhållanden som ekonomi, utbildning och sysselsättning. Bland dem med den högsta inkomsten är det 83 procent av kvinnorna och 81 procent av männen som har en mycket bra eller bra hälsa. Motsvarande för dem med den lägsta inkomsten är 56 respektive 65 procent.

Arbetslösa eller i åtgärd skattar sin hälsa sämre än vad anställda, företagare, studerande och ålderspensionärer gör.

Mellan utbildning och självskattat hälsotillstånd finns ett trappstegsliknande samband. Stigande utbildning samvarierar med förbättrad hälsa.



Figur 3.2. Andelen som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra eller bra, fördelat på utbildningsnivå och kön.

Hälsan samvarierar med inkomst. Ju högre inkomst desto bättre självskattad hälsa.

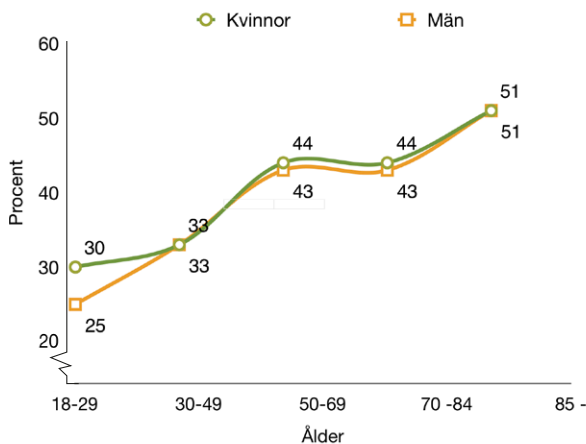
Sju procent av kvinnorna och sex procent av männen skattar sin hälsa som dålig. Mest utbredd är den dåliga hälsan bland dem med svårigheter att klara löpande utgifter (kvinnor 16 procent; män 18 procent), bland arbetslösa/i åtgärd (kvinnor 13 procent; män 17 procent) och bland dem 85 år och äldre (kvinnor 14 procent; män 12 procent).

LÅNGVARIGA HÄLSOPROBLEM

Följande fråga ställdes: ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?”

Trettiosju procent av kvinnorna och 36 procent av männen har långvariga hälsoproblem. Problemen är vanligast bland dem som har ekonomiska bekymmer i form av att inte klara av löpande utgifter. Bland dem är det 55 procent av männen och 53 procent av kvinnorna som har långvariga hälsoproblem.

Av figur 3.3 framgår att det som väntat finns ett tydligt samband mellan ålder och långvariga hälsoproblem.



Figur 3.3. Andelen med långvariga hälsoproblem, fördelat på ålder och kön.

Utbredningen ökar kraftigt med stigande ålder. Bland de som är 85 år och äldre rapporterar drygt hälften långvariga hälsoproblem.

ASTMA

Astmans utbredning i Värmland uppvisar mycket små förändringar under perioden 2004 till 2017. För kvinnor är det inga förändringar alls. Och siffran ligger på nio procent. För männen är det små variationer som lägst sex procent och som högst åtta procent.

DIABETES

Utbredningen av diabetes uppvisar små variationer under perioden. År 2017 var det åtta procent av männen och fem procent av kvinnorna som hade diabetes. Siffrorna för männen har varierat mellan sex till åtta procent och för kvinnorna mellan fem till sex procent.

SMÄRTA – EN OBEHAGLIG UPPLEVELSE

Smärta sägs vara något som alla människor har erfarenhet av. Det är en obehaglig upplevelse som man omedelbart vill bli kvitt. Ordet smärta härstammar från det latinska ordet poena som fritt översatt innebär straff, sorg, ont och lidande. Trots dessa negativa bibetydelse är smärta avgörande för överlevnad eftersom det är kroppens sätt att signalera fara, att det skett en skada som behöver åtgärdas.

Smärtan har både en inre och en yttre sida. Den inre handlar om smärtupplevelse och den yttre om vad man visar upp av sin smärta. Det är det senare, det vill säga hur människor uttrycker sin smärta, som det finns stora och viktiga skillnader. Inte minst påverkas skillnaderna av kulturella normer. Forskning visar att

etnisk och kulturell tillhörighet har stort inflytande på hur människor reagerar på och uttrycker smärta. Uttrycken kan vara lågmälda och behärskade och det innebär att man ogärna visar hur ont man faktiskt har. Istället visar man upp en behärskad och tålmodig attityd. Uttrycken kan också vara kraftfulla, utlevande och utagerande.



Som exempel brukar man säga att här uppe i Skandinavien är uttrycken för smärta ganska lågmälda och behärskade medan de i mellanöstern och flera asiatiska länder är kraftiga och utagerande.

SMÄRTBESVÄR I VÄRMLAND

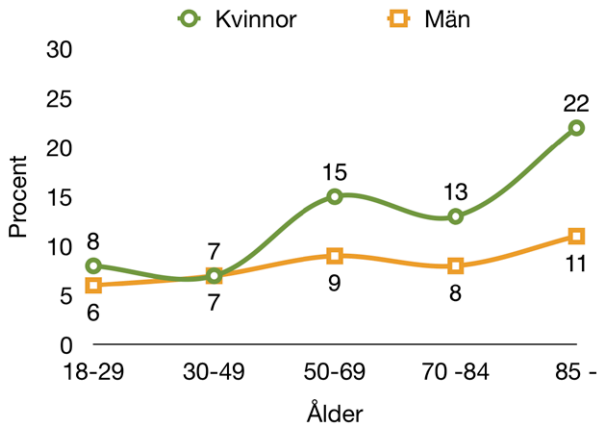
Värk i skuldror, nacke och axlar

I Liv och Hälsa-undersökningen ställdes frågor om smärta. Svåra besvär av ”värk i skuldror, nacke och axlar” har nio procent av kvinnorna och fem procent av männen. Lägger man till lätta besvär ökar andelen till 55 respektive 45 procent. För kvinnor gäller att de svåra besvären förekommer främst bland dem som har svårigheter att klara löpande utgifter. Bland dem är det var femte (20 procent) som rapporterar svåra besvär.

Bland män förekommer svåra besvär främst hos dem som är arbetslösa och bland dem som kommit från andra länder än de nordiska.

Ryggsmärter, ryggvärk, höftmärter eller ischias.

Elva procent av kvinnorna och åtta procent av männen har svåra besvär av ryggsmärter, ryggvärk, höftmärter eller ischias. Som framgår av figur 3.4 är besvären vanligast bland den äldsta åldersgruppen 85 år eller äldre. Och det gäller framförallt för kvinnor.



Figur 3.4. Andelen med svåra besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias, fördelat på ålder och kön.

Drygt var femte kvinna i den åldersgruppen har svåra besvär. Jämfört med männen är det en dubbelt så stor andel.

Drygt var femte kvinna eller 22 procent som har haft svårigheter att klara löpande utgifter har svåra ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias. Svåra sådana besvär har också var femte arbetslös man.

Svåra eller lätta besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias har 52 procent av kvinnorna och 46 procent av männen. Besvären ökar med stigande ålder fram till 84 års ålder.

HÖRSELBESVÄR

Människan är en kommunicerande varelse. Möten människor emellan kännetecknas i större eller mindre grad av att man pratar med varandra. Det kan vara allt från enkla hälsningsfraser till djupa och invecklade samtal som kräver att man hör och förstår varandra. Det vanligaste problemet som uppstår vid hörselnedsättning är just störningar i kommunikationen. Och missförstånd är vanligt. Man tror sig höra vad den andre säger. Men det blir fel. Pinsamma situationer riskerar då att uppstå. Risken finns att man blir förlägen, skamsen och förlorar ansiktet.¹⁰

Det finns en rad sätt som en hörselskadad person kan använda sig av för att hantera sin hörselnedsättning. En är att söka hjälp och prova ut hörapparat. Numera är de så tekniskt utvecklade att de i de flesta fallen undanröjer hörselnedsättningen. Hörapparaterna har genomgått en avsevärd förbättring.

Forskning har visat på en rad negativa konsekvenser av hörselnedsättning som försämrad livskvalitet. Minskad tillfredsställelse. Negativ självbild. Känslor som ångest, förlägenhet och ilska är vanligt.

¹⁰ Danermark B. D. (1998). Hearing impairment, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective, *Scand Audiol Suppl*, 49, 125-131.

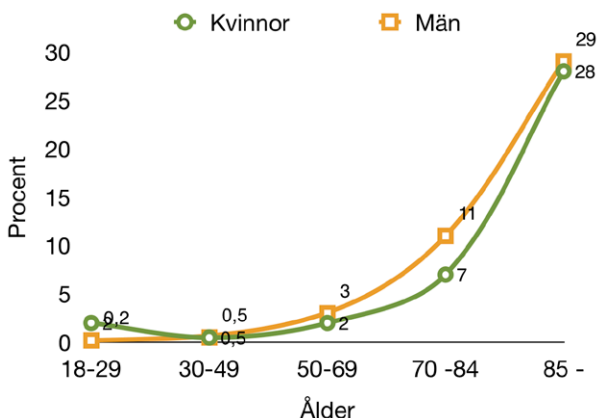
Många med hörselnedsättning som är i behov av hjälpmedel saknar hörapparat. Enligt beräkningar som Hörselskadades riksförbund (HRF) gjort har 496 000 av landets 1,5 miljoner hörselskadade hörapparater.¹¹ Det motsvarar en av tre med hörselnedsättning (33,4 procent). Antalet hörapparat användare är därmed större än någonsin tidigare.

Omkring 50–60 procent av alla med hörselnedsättning behöver hörapparater, beräknar HRF. Det innebär att utöver den halv miljon hörselskadade som har hörapparater i dag skulle ytterligare 250 000 människor, kanske fler, behöva hjälpmedel och annat stöd.

Hörselbesvär i Värmland

Fyra procent av värmlänningarna uppger att de har svåra besvär av sin hörselnedsättning. Lätta eller svåra besvär har 31 procent av männen och 24 procent av kvinnorna.

Både svåra och lätta hörselbesvär har i första hand att göra med ålder. Med stigande ålder ökar besvären. Som visas i figur 3.5 ökar de svåra besvären av hörselnedsättning med stigande ålder.



Figur 3.5. Andelen med svåra hörselbesvär, fördelat på ålder och kön.

Bland dem som är 85 år och äldre är det 28 – 29 procent som har svåra besvär. Läger man till dem som har lätta besvär blir andelen med hörselnedsättning betydligt högre.

Bland dem i den äldsta åldersgruppen är det 81 procent av männen och 74 procent av kvinnorna som endera har lätt eller svår hörselnedsättning.

¹¹ Hörselskadade i siffror 2017. Statistik om hörselskadade och hörapparatutprovningar i Sverige från Hörselskadades Riksförbund (HRF).

KAPITEL 4

Psykisk ohälsa och psykiska besvär

BENGT STARRIN



Medan lycka och välbefinnande tycks föra med sig psykisk energi och socialt engagemang är det raka motsatsen med psykiska besvär. Att må psykiskt dåligt tär på krafterna och på den psykiska energin. Mår man psykiskt dåligt blir det också lätt så att man drar sig undan socialt umgänge.

I en FN rapport slås det fast att en av de främsta orsakerna till eländet och olyckan i världen är den stora utbredningen av den psykiska ohälsan.¹ Orsakerna till den är flera – fattigdom, svält, krig, arbetslöshet, fysisk sjukdom, familjesplittning. De vanligaste psykiska sjukdomarna är depression och ångest som drabbar tio procent av jordens befolkning. De svarar för upp till en femtedel av alla funktionshinder. Även i de rika länderna är problemen stora.

I FN rapporten konstateras att den psykiska ohälsan är allvarligare än den fysiska. Men trots det tas inte den psykiska ohälsan alls på lika stort allvar som den fysiska.

Sedan ett par år tillbaka är psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivningar. Personer med psykisk ohälsa har också de längsta sjukskrivningarna.

Depression är den vanligaste psykiatriska diagnosen. Nästan var femte person i åldern 16-84 år har någon gång i sitt liv fått diagnosen depression. Av dessa har nästan var tredje fått den mer än en gång.²

Psykisk ohälsa verkar samvariera med hur samhället formas och utvecklas.

Vi förflyttar oss tillbaka i tiden till 1621. Den engelske universitetsläraren Robert Burton har just gett ut sin bok om melankoli (*The Anatomy of Melancholy*).³ Det har varit en bekymmersam tid. Det verkade som om Europa hade drabbats av en depressionsepidemi som sammanföll i tiden med att man på många håll förbjöd offentliga kulturella muntrationer som karnevaler, festligheter, sång och dans. Livet var helt enkelt inte kul längre. Det som människor hade uppskattat hade förbjödits. Men för Robert Burton var det självklart att glädjetrynningar var viktigt för att råda bot mot melankolin. Han gillade inte alls förbudet. Människor måste fritt få festa, dansa och sjunga och utöva de nöjen som de bäst tycker om.

Några hundra år senare och vi är framme vid förra sekelskiftet. Det som vi idag ser som ett växande problem – utmattning, utbrändhet, trötthet, förlust av energi – har som idéhistorikern Karin Johannisson visat historiska paralleller. För hundra år sedan noterades också en växande psykisk ohälsa som hade extrem trötthet



¹ World Happiness Report, 2013

² <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>

³ Burton, R (1621). *The Anatomy of Melancholy*. http://www.fcsh.unl.pt/docentes/rmonteiro/Pdf/Anatomy_of_Melancholy.pdf

som sitt huvudsakliga symtom.⁴ Ett stort antal människor fick diagnosen neurastheni, nervsvag eller nervklen som man också sa. Karin Johannisson uppmärksammar på ett spännande och intressant sätt likheterna mellan det förra sekelskiftet och det som vi nyligen har passerat.⁵ I båda fallen kunde man iakttä en växande psykisk ohälsa. Då – liksom nu – präglades samhället av en snabb och stark förändring. Ett intensifierat informationsflöde och snabba kommunikationer ställde stora krav på människan samtidigt som marknadskulturen snurrade allt snabbare. Både då och nu uppstod nya diagnoser för att namnge och legitimera de symtom på vantrivsel som människan visade i en starkt konkurrens-, prestations- och tempopräglad kultur. Även kring förra sekelskiftet introducerades så kallade tidsbesparande och avståndsupplösande instrument, till exempel telefonen, telegrafan och järnvägen som har sin motsvarighet i dagens mobiltelefoner, datorer, kommunikationslösningar som Skype och Facetime. Men dessa nya tekniska landvinningar som skapades vid förra sekelskiftet sparade inte så mycket tid. I stället ökade det antal saker som kunde göras, ses och höras under en bestämd tid vilket ledde till ökade påfrestningar.⁶ Det finns med andra ord stora likheter mellan den dramatiska samhällsomvandling som präglade förra sekelskiftet och den vi kunnat iakttä under senare tid.

Man kan fråga sig om den snabba ökningen av utbrända och emotionellt utmatade människor kan bero på en motsvarande snabb förändring i samtiden. Karin Johannisson prövar en sådan tolkning och lägger fram det på följande sätt: Under 1900-talet inneslöts individen i en dramatisk välfärdsutveckling. Efterkrigstidens präglades av handlingskraft, sociala reformer, stabilitet, trygghet och framtidstro. När stressbegreppet nydefinierades på 40-talet var det i första hand en inomvetenskaplig fråga. Som samhällsanalytiskt instrument behövdes det knappast. Men någonting hände under 80-talet. Det stabila industrisamhället kom i gungning och ersattes allt mer av ett högrörligt marknadssamhälle.

Ny teknik och snabba kommunikationer kräver att individen är flexibel och beredd att byta spår. Tempo, snabbhet och flexibilitet blir som vid förra sekelskiftet egenskaper som värderas högt. Välfärdsuppgången, trygghetssystemen och en ny arbetsetik ökar samtidigt möjligheterna att uttrycka inre olust som sjukdom eller i sjukdomsliknande termer. Och Johannisson ställer frågan om inte de samtidsanpassade benämningarna på den inre olusten i termer av psykisk ohälsa, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet kan ses som gränsvärden och viktiga markörer

⁴ Barke, M., Fribush, R., & Stearns, P. (2000). Nervous Breakdown in 20th-Century American Culture. *Journal of Social History*, 33(3), 565-584. – Johannisson, K. (2002). När otillräckligheten byter namn: Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan. I Ekman, R & Arnetz, B (Red.), *Stress. Molekylerna - individen - organisationen - samhället*. Stockholm: Liber. – Eriksson, UB, Janson, S & Starrin, B. (2001). *Utbränd och emotionellt utmätad*. Studentlitteratur.

⁵ Johannisson, K. (2002). När otillräckligheten byter namn: Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan. I Ekman, R & Arnetz, B (Red.), *Stress. Molekylerna - individen - organisationen - samhället*. Stockholm: Liber

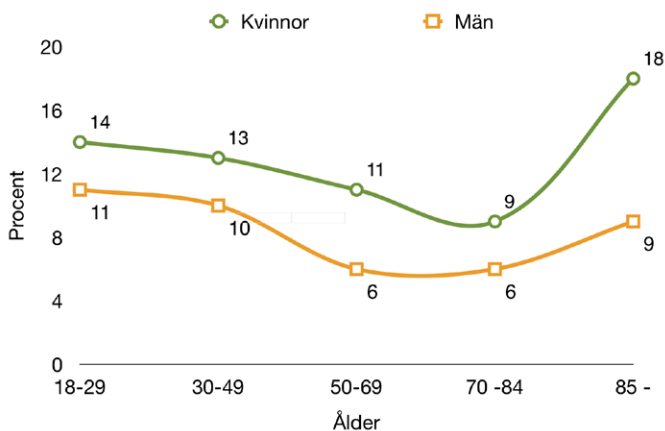
⁶ Barke, M., et al. (2000). Nervous Breakdown in 20th-Century American Culture. *Journal of Social History*, 33(3), 565-584.

för individens psykiska och fysiska anpassningsförmåga. Om samhället inte tar detta på allvar så motarbetar det sin egen rationalitet, menar hon.

PSYKISK OHÄLSA OCH PSYKISKA BESVÄR I VÄRMLAND

Depression

Tolv procent av kvinnorna och åtta procent av männen rapporterar att de diagnosticerats med depression. Andelen med depression tenderar minska med stigande ålder fram till 85 års ålder då den ökar för både kvinnor och män. För kvinnor är den mycket kraftig.



Figur 4.1. Andelen med diagnosticerad depression, fördelat på ålder och kön.

För kvinnor finns ett tydligt trappstegsliknande samband mellan å ena sidan inkomst och utbildning och å andra sidan depression. Bland dem med den lägsta inkomsten är det fyra gånger så vanligt med depression jämfört med dem med den högsta inkomsten. Det är mer än dubbelt så vanligt med depression bland dem med förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning.

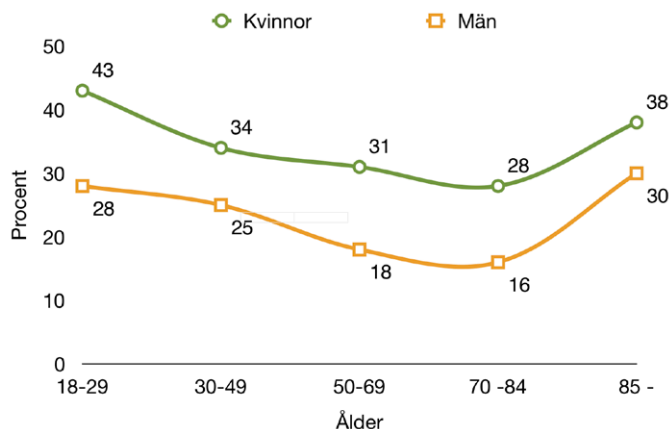
Mest drabbade av depression är arbetslösa kvinnor (21 procent) och kvinnor och män som haft svårigheter att klara löpande utgifter. Bland kvinnor med sådana ekonomiska svårigheter är siffran för depression 30 procent och för män 28 procent.

Nedstämdhet

Sex procent av kvinnorna och fyra procent av männen besväras svårt av nedstämdhet. Lätta eller svåra besvär har 34 procent av kvinnorna och 22 procent av männen. Tendensen i båda fallen är att besvären minskar med stigande ålder fram till 84 år då den ökar.

Svår nedstämdhet är vanligast bland arbetslösa och bland dem som haft svårigheter att klara löpande utgifter. För kvinnor är siffran tolv respektive 17 procent och för männen åtta respektive tolv procent.

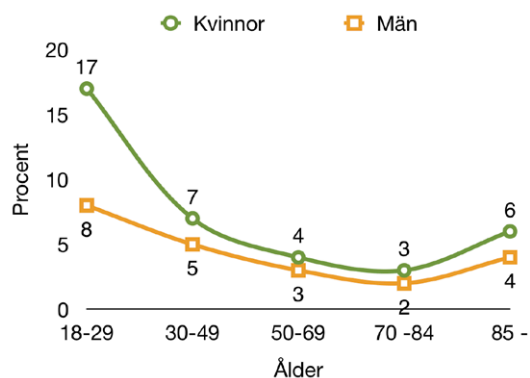
Andelen med lätta eller svåra besvär av nedstämdhet är störst bland dem som haft svårigheter att klara löpande utgifter – kvinnor 57 procent och män 46 procent.



Figur 4.2. Andelen med lätt eller svår nedstämdhet, fördelat på ålder och kön.

Ängslan, oro eller ångest

Sju procent av kvinnorna och fyra procent av männen besväras av svår ängslan, oro eller ångest. Svåra eller lätta besvär har 40 procent av kvinnorna och 26 procent av männen. Både svåra och svåra plus lätta besvär är relaterat till ålder på samma sätt. Minskar med stigande ålder fram till 84 år för att därefter öka.



Figur 4.3. Andelen med svår ängslan, oro eller ångest, fördelat på ålder och kön.

Bland unga kvinnor i åldern 18 till 29 år är det 17 procent som lider av svåra besvär av ångslan, oro eller ångest och det är nästan dubbelt upp jämfört med de unga männen. Sedan sker det en minskning. Och för kvinnor är den mycket kraftig. Minskningen fortsätter fram till 84 års ålder. Då är det tre procent av kvinnorna och två procent av männen som är besväras av svår ångslan, oro eller ångest.

Viktigt att notera är att drygt var femte kvinna (21 procent) som rapporterar svårigheter att klara av löpande utgifter och var sjunde arbetslös kvinna (14 procent) besväras av svår ångslan, oro eller ångest.

KAPITEL 5

Sociala relationer och trygghet

BENGT STARRIN



Den romerske statsmannen Cicero lär ha sagt ”Den som stryker vänskapen ur livet tar bort solen från världen”. Det är tufft att leva ett liv utan vänner.

En av de första systematiska studierna av vänskapens och solidaritetens hälsobringande effekter gjordes i mitten av 1950-talet i den lilla staden Roseto i Pennsylvania, USA, där invånarna utgjordes av italienare som hade invandrat till USA. Det började gå rykten om att de såg så välmående ut och att de fick ett långt och behagligt liv.¹

Hjärt- och kärlsjukdomar var i det närmaste okänt fenomen. Det var ingen som hade dött av den orsaken före pensionsåldern och för män över 65 år var dödligheten hälften så stor som i resten av USA. Först trodde forskarna att det måste bero på att de levde sunt.

Men så var det inte. I själva verket fanns det skäl att tycka att livsstilen inte var så hälsosam. Det röktes och det dracks vin. Och Rosetoborna var i allmänhet lite runda och trinda och skulle i dag betraktas som överviktiga och feta.

Forskarna lade sina pannor i djupa veck. De kunde inte förstå varför invånarna levde så länge. Den enda rimliga förklaring de till slut kunna finna var den starka sammanhållning och vänskap som hade utvecklats.

För att sammanhållningen inte skulle komma till skada utvecklades normer för att motverka att klyftor och spänningar uppstod. Man fick inte förhäva sig. Inte skryta. Inte visa upp rikedom. Inte konsumera på ett iögonfallande sätt. Ingen skulle stängas ute.

Rosetostudien var en milstolpe för kunskapen om sammanhållningens och vänskapens betydelse för hälsa och välbefinnande. Forskningen fick en kick framåt och i början av 1990-talet började de här frågorna även att beforskas under beteckningen socialt kapital. Och forskningen visar att vänskap, goda relationer och tillit är viktigt för att förebygga ohälsa, bli frisk och fungera som buffert i orostider genom att minska effekterna av den ohälsosamma stressen.²

Mellan människor kan det också uppstå starka spänningar. Skillnader i makt kan leda till rangövertag³ och ta sig uttryck i mobbning, trakasserier, förödmjukelser och nedlåtande behandling något som är mycket smärtsamt och har likställts med att få ett knytnävsslag i magen av tungviktsboxare.⁴ Forskning har visat att utsatta grupper som arbetslösa, fattiga⁵ och personer med en psykiatrisk diagnos⁶ löper större risk att bli behandlade på ett nedlåtande sätt.

¹ Bruhn, J. G. & Wolf, S. (2004). *The Roseto Story - An Anatomy of Health*. Norman: University of Oklahoma Press. – Se även Starrin, B. (2011). Socialt kapital och hälsa. I Starrin, B & Rönning, R (red) (2011). *Socialt kapital i ett välfärdsperspektiv*. Malmö: Liber förlag.

² För en översikt se Starrin, B & Rönning, R (red) (2011). *Socialt kapital i ett välfärdsperspektiv*. Malmö: Liber förlag.

³ Se till exempel Fuller R, W. (2006) *All Rise – Somebodies, Nobodies and the Politics of Dignity*. San Francisco: Berrett- Koehler Publishers.

⁴ Waldron, V. R. (2000). Relational experiences and emotion at work. I Fineman, S (Ed.). *Emotion in organizations*. London, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

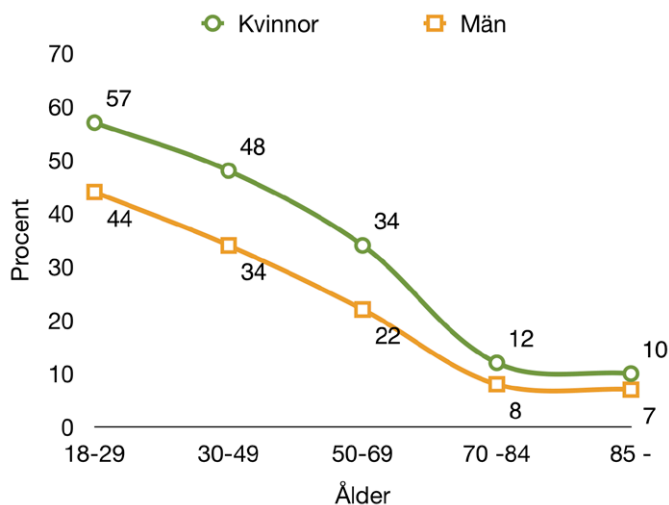
⁵ Dahlgren, L & Starrin, B. (2004). *Emotioner, vardagsliv och samhälle*. Malmö: Liber.

⁶ Starrin, B. (2011). Skam stigma och psykiisk ohälsa. I Sundgren, N & Topor, A. (red.). *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm. Bonniers.

SOCIALA RELATIONER OCH TRYGGHET I VÄRMLAND

Nedlåtande behandlad

I Liv & Hälsa-undersökningen ställdes frågan: "Har du under de senaste 3 månaderna upplevt att någon behandlat dig på ett nedlåtande sätt?"



Figur 5.1. Andelen som behandlats på ett nedlåtande sätt, fördelat på ålder och kön.

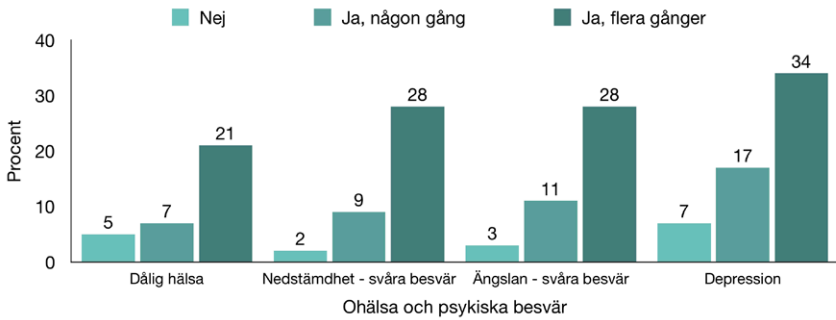
Trettiosex procent av kvinnorna och 27 procent av männen i åldern 18 år och äldre uppger att de behandlats på ett nedlåtande sätt under de senaste tre månaderna. Men variationerna är stora.

Upplevelsen av nedlåtande behandling minskar påtagligt med stigande ålder. Från 57 procent till tio procent för kvinnor och från 44 till sju procent för män.

Både bland kvinnor och män är andelen störst bland dem som haft svårigheter att klara av löpande utgifter

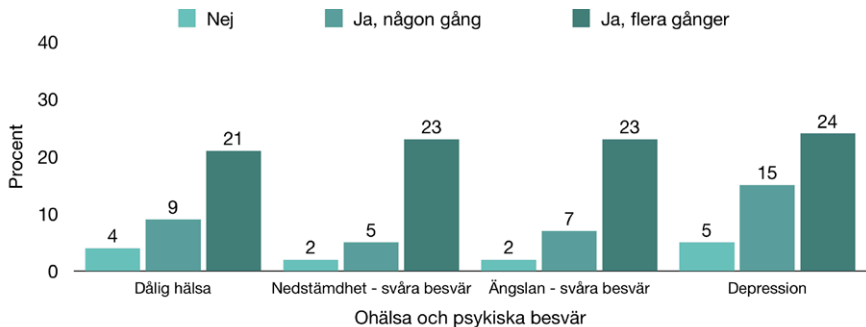
Nedlåtande behandling och hälsobesvär

Sambanden mellan nedlåtande behandling och hälsobesvär är påtagliga. Både för kvinnor och för män tar sig mönstret uttryck som en trappa. Ju oftare man blivit behandlad på ett nedlåtande sätt desto mer utbredda är hälsobesvärerna. Några exempel. Andelen kvinnor med dålig hälsa är fem procent bland dem som inte någon gång under de senaste tre månaderna behandlats på ett nedlåtande sätt. Bland dem som behandlats på ett sådant sätt flera gånger är siffran 21 procent.



Figur 5.2. Nedlåtande behandling och hälsobesvär, kvinnor, procent.

Andelen män med svåra besvär av nedstämdhet bland dem som inte behandlats på ett nedlåtande sätt är två procent. Siffran stiger kraftigt till 23 procent bland dem som flera gånger behandlats på detta sätt.



Figur 5.3. Nedlåtande behandling och hälsobesvär, män, procent.

TRAKASSERIER PÅ SOCIALA MEDIER

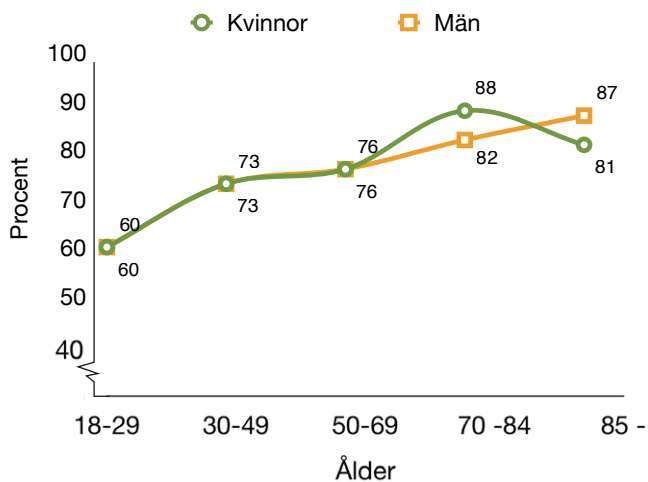
Till åldersgruppen 18 till 29 år ställdes frågan: "Har du under de senaste 3 månaderna blivit utsatt för trakasserier eller kränkningar via mobiltelefon och/eller Internet (SMS, Instagram, Facebook, mejl eller liknande)?" Nio procent av kvinnorna och männen uppger att de varit utsatta för trakasserier eller kränkningar.

Psykiska besvär är på det hela taget mer utbredda bland dem som utsatts för trakasserier och liknande på nätet. I flera fall två till tre gånger vanligare.

TILLIT

I undersökningen ställdes frågan: "Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?". På den svarade 75 procent av kvinnorna och 74 procent av männen "Ja". För män ökar tilliten med stigande ålder. För kvinnor stiger tilliten fram till och med 84 år för att sedan minska en aning.

Tilliten ökar med stigande inkomst och stigande utbildning och det gäller både för kvinnor och för män.



Figur 5.4. Andelen som litar på de flesta människor, fördelat på ålder och kön.

Tilliten är betydligt högre bland infödda svenskar och betydligt mindre bland de som är upp vuxna utanför Norden.

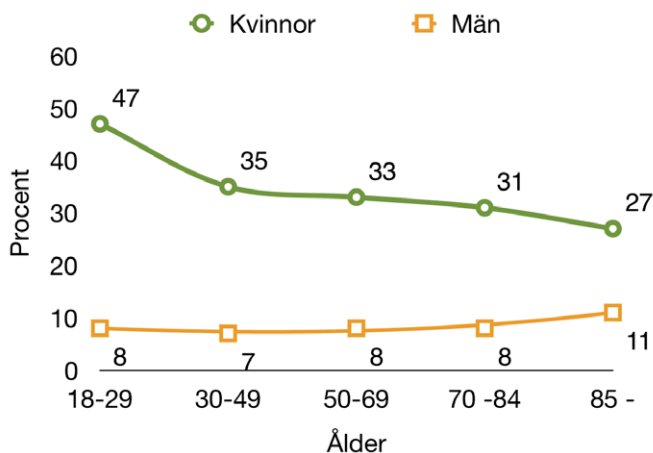
Lägst tillit har gruppen arbetslösa/arbetsmarknadsåtgärd.

RÄDSLÅ ATT GÅ UT ENSAM

Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

För 36 procent av kvinnorna och åtta procent av männen händer det att de avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Det är med andra ord stora skillnader mellan kvinnor och män.

För kvinnor samvarierar rädslan mycket kraftigt med ålder. Den sjunker med stigande ålder. För män håller den sig konstant fram till den äldsta åldersgruppen då den viker uppåt.



Figur 5.5. Andelen som uppger rädsla för att gå ut ensam, fördelat på ålder och kön.

Bland kvinnor är det 47 procent i åldersgruppen 18 – 29 år som uppger rädsla. Bland den äldsta gruppen är det 27 procent. En minskning med 20 procentenheter.

NÅGON ATT DELA INNERSTA KÄNSLOR MED

Nittioen procent av kvinnorna och 87 procent av männen uppger att de har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Saknar detta bland kvinnor gör: Arbetslösa (21 procent), 85 år och äldre (16 procent), svårigheter att klara av löpande utgifter (16 procent).

Bland män är avsaknad av någon att anförtro sig åt störst bland ensamstående (25 procent), som är födda utanför Norden, och bland dem som haft svårigheter att klara av löpande utgifter (24 procent).

KUNNA FÅ HJÄLP VID BEHOV

Följande fråga ställdes. ”Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?” På den frågan svarade 93 procent av kvinnorna och 91 procent av männen ja. För både kvinnor och män gäller att det är arbetslösa och personer som är födda utanför Norden som anger att de inte har någon som kan

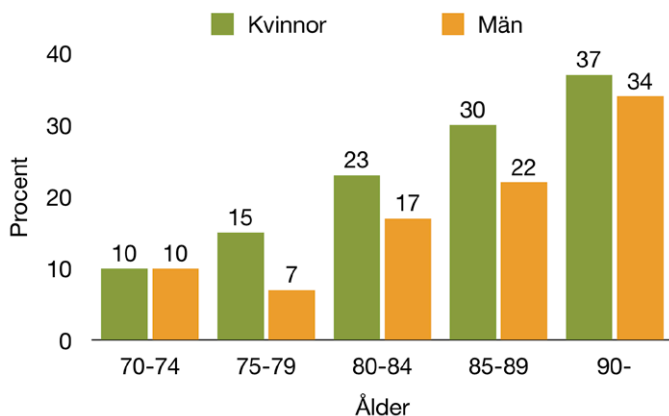
hjälpa dem. För kvinnorna är siffrorna 20 respektive 26 procent och för männen 28 respektive 26 procent.

ENSAMHET

Den sociala evolutionen skapade en människa som ville ingå i en social gemenskap därför att det visade sig ha överlevnadsvärde. Ofrivillig eller påtvingad ensamhet utgjorde en risk. Behovet av gemenskap utvecklades till ett mycket grundläggande och starkt behov att vi för flera hundratusentals år sedan gjorde allt för att känna social tillhörighet och undvika ensamhet och isolering. Om detta kan man läsa i Peter Strangs utmärkta bok *Att höra till*.⁷

Det finns numera en omfattande forskning som visar på riskerna med ofrivillig ensamhet. Risken att dö i förtid bland ofrivilligt ensamma och bland dem med otrygga sociala relationer är jämförbar med andra väletablerade riskfaktorer som rökning och alkohol och är större än riskfaktorer som fysisk inaktivitet och fetma.⁸ Vi reagerar på samma sätt inför ensamhet som inför fara. Det sker en ökning av stresshormoner som gör att immunförsvaret blir sämre.

Till gruppen 70 år och äldre ställdes frågan: "Hur ofta händer det att du besväras av ensamhet?" Som framgår av figur 5.6 ökar andelen kvinnor som minst någon gång i veckan besväras av ensamhet med stigande ålder på ett trappstegsliknande sätt. För män startar det trappstegsliknande mönstret från 75 års ålder.



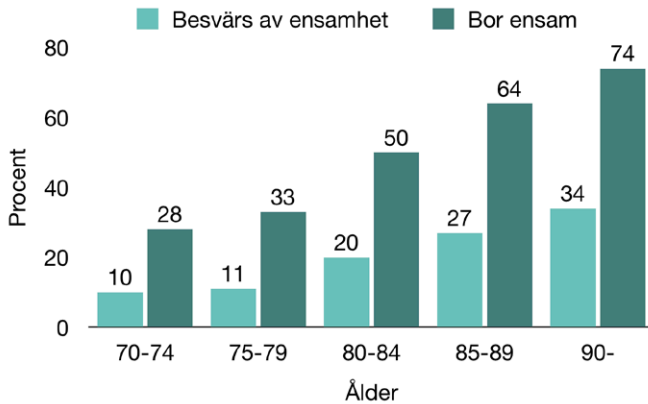
Figur 5.6. Andelen som uppger att de besväras av ensamhet, minst någon gång i veckan, fördelat på ålder och kön.

Andelen som bor ensam ökar också med stigande ålder.

Både ensamboende och ensamhetskänslan uppvisar ett likartat mönster. Båda ökar med stigande ålder. Bland dem i åldersgruppen 70 till 74 år är det tio procent som besväras av ensamhet minst någon gång i veckan.

⁷ Strang, P. (2014). *Att höra till: om ensamhet och gemenskap*. Natur och Kultur.

⁸ Holt-Lunstad, J, Smith, TB, Baker, M, Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227-237.

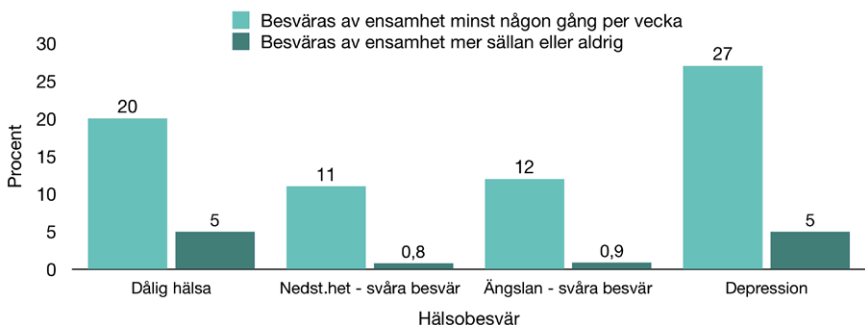


Figur 5.7. Andelen som uppger att de besväras av ensamhet och som uppger att de bor ensamma, fördelat på ålder.

I åldersgruppen 90 år och äldre har den siffran stigit till 34 procent. Andelen ensamboende har ökat från 28 procent till 74 procent.

ENSAMHET – EN HÄLSORISK

Som framgår av figur 5.8 är utbredningen av hälsobesvär betydligt större bland dem som besväras av ensamhet. Bland dem som besväras av ensamhet minst en gång i veckan är det 27 procent som har en depression jämfört med fem procent bland dem som mer sällan eller aldrig besväras av ensamhet. Dålig hälsa är fyra gånger så vanligt (20 respektive fem procent).



Figur 5.8. Ensamhet, ohälsa och psykiska besvär, procent.

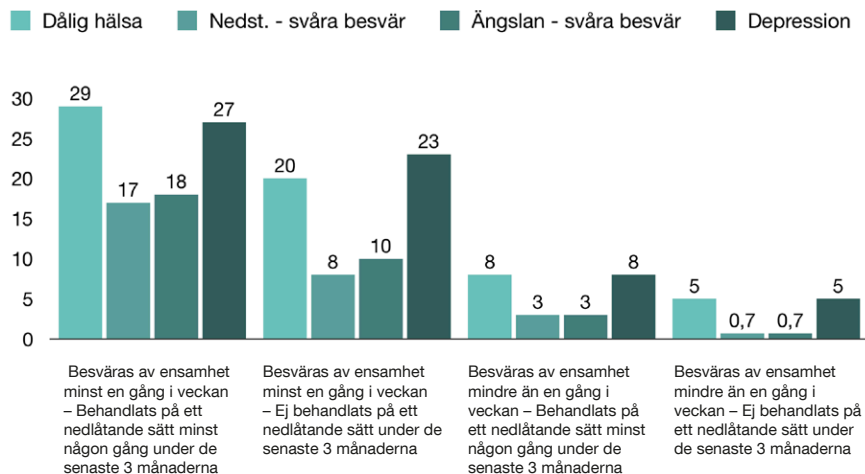
ENSAMHET OCH BEHANDLAD PÅ NEDLÅTANDE SÄTT

I boken *Underfund* sätter Alf Henriksson fingret på en viktig och ofta förbisedd sak nämligen att ord kan göra illa.⁹ Han skriver: ”Ett ord som en människa fäster sig vid kan verka i oberäknelig tid. Det kan framkalla glädje till livets slut, det kan uppväcka obehag livet ut. Ja, det påverkar livet på jorden. Så slarva inte med orden!”.

Under senare år har forskningen om hur vi talar till och med andra kommit att uppmärksammas och inte minst hur vi talar till äldre.

Att tala till äldre som om man pratar med ett litet barn har kommit att benämnas elderspeak eller att tala ålderistiskt. Det är ett nedlåtande, respektlöst, kyligt och förmyndaraktigt språk som kränker den enskildes värdighet och integritet och som kan leda till mycket svåra men för den äldre och till och med förkorta livet.¹⁰ För att i någon mån belysa den här problematiken har vi kombinerat frågan om ensamhet med frågan om nedlåtenhet.

Av figur 5.9 framgår att ensamhetskänslor i kombination med nedlåtande behandling på ett tydligt sätt ökar utbredningen av hälsobesvär bland äldre. Det är mycket vanligare med hälsobesvär bland äldre som oftare (minst en gång i veckan) besväras av ensamhet samtidigt som de utsatts för nedlåtande behandling jämfört med dem som mer sällan besväras av ensamhet och som inte utsatts för nedlåtande behandling. Bland dem som mer sällan eller aldrig besväras av ensamhet och som inte utsatts för nedlåtande behandling är utbredningen av hälsobesvär liten.



Figur 5.9. Ensamhet, nedlåtande behandling och hälsobesvär, procent.

⁹ Henriksson, A. (1972) *Underfund*. Stockholm. Bonnier.

¹⁰ Se Levy, B R, Slade, M D & Kunkel, S R. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging, *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 2, 261–270



KAPITEL 6

Levnadsvanor och ohälsa

BENGT STARRIN



RÖKNINGENS HISTORIA

Rökningens historia är både intressant och märklig. Det som nu visat sig vara en hälsofara av gigantiska mått var en gång i tiden hälsan själv. En gång i tiden var det glamouröst men har nu blivit tecken på dålig karaktär.¹

Den första svenska avhandlingen om tobakens effekter kom 1633. Då ansågs tobak vara hälsosamt och sas kunna bota en mängd sjukdomar.

Cigaretter kom till Sverige på 1870-talet. Men till Europa redan i mitten av 1700-talet.

Cigarren förknippades med den välbärgade fabriksägaren och direktören, pipan med den trygga familjefadern, cigaretten med unga idoler.

Den första svenska undersökningen om rökvanor gjordes 1946. Då rökte hälften av alla män, men endast nio procent av kvinnorna. Ungefär så var det också i mitten av 1950-talet. Det var framförallt kvinnor med intresse för populärkultur som film, teater och musik som då rökte. De avbildades rökande med långa munstycken. Att röka var glamouröst och fint och ansågs inte farligt så länge som man gjorde det med måtta.

Rökandet marknadsfördes som om det vore hälsan själv. Det var "Salem för friskhetens skull" och "Alpine – ett friskt bloss".

Från 1960-talet och några årtionden framåt gick rökandet upp för kvinnor. Cigaretten blev symbolen för självständighet, modernitet och jämlikhet.

I början av 1980-talet var en tredjedel av männen dagligrökare. Siffran för kvinnor var 27 procent. Kvinnors rökande närmade sig allt mer männens för att i slutet av 1980-talet gå om.

Forskningsrapporter om rökningens farlighet duggade nu allt tätare. Rökning var ett hot mot folkhälsan. Frågan om att röka eller inte röka blev nu också en fråga om moral och karaktär som kom att förstärkas under 2000-talet.

Undersökningar gjordes som visade att icke-rökarna betraktade rökare i nedsättande ordalag – som viljesvaga, karaktärsvaga och misskötsamma. Rökare började känna sig förföljda och utstötta. En engelsk studie visade att icke-rökare beskrev rökare i motbudande termer som handlade om två saker. Den ena om lukt. "Rökare luktar illa". "Det stinker om dem". Det andra om utseende. Rökare har "gula fingrar". "grå, torr och rynkig hud" och "bruna tänder".²



¹ Torell, U. (2002). *Den Rökande Människan: Bilden av tobaksbruk i Sverige mellan 1950-1990-tal* Carlssons.

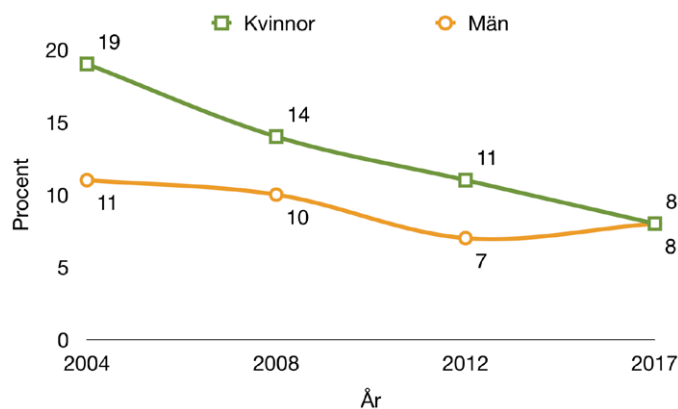
² Farrimond, H R & Joffe, H. (2006). Pollution, peril and poverty: a British study of the stigmatization of smokers. *Community & Applied Social Psychology*, 16, 6, 481-491.

Sedan början av 1980-talet har dagligrökandet gått ned kraftigt. Och ligger numera på runt tio procent. Sverige kan skryta om sig att vara bäst i hela Europa. Framgångsreceptet har varit lagstiftning, prissättning, rökfria lokaler och arbetsplatser, hälsoupplysning, förbud och kampanjer. Men också till viss del avskräckande bilder på rökande människor med ”dålig hy”, ”gula tänder” och ”sjuka lungor”.

Men rökandet har inte minskat i samma grad för alla grupper. Minskningen är betydligt större bland tjänstemän och högutbildade än bland arbetare och lågutbildade.

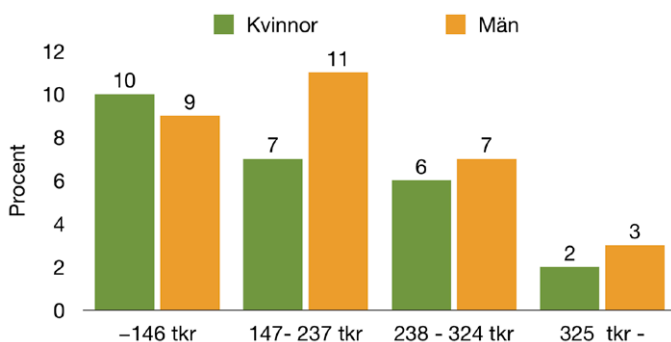
DAGLIGRÖKANDET I VÄRMLAND MINSKAR

I Liv och Hälsa-undersökningarna har det ställts frågor om rökning. Som framgår av figur 6.1 har dagligrökarna blivit färre. Nedgången är allra tydligast bland kvinnor. Sedan 2004 har dagligrökandet bland dem minskat från 19 procent till åtta procent. Bland män är minskningen tre procentenheter – från elva procent 2004 till åtta procent 2017.



Figur 6.1. Andelen dagligrökande kvinnor och män i Värmland åren 2004, 2008, 2012 och 2017, fördelat på kön.

Man kan se mönster i dagligrökandet. Det samvarierar med inkomst. För kvinnor minskar den med stigande inkomst. För män minskar den efter inkomstnivån över 237 tusen kronor om året. Bland dem som har en inkomst på 325 000 kr eller mer är det bara två procent av kvinnorna och tre procent av männen som röker dagligen. Bland dem med den lägsta inkomsten är tio procent av kvinnorna och nio procent av männen dagligrökare.



Figur 6.2. Andelen dagligrökande kvinnor och män, fördelat på inkomst och kön.

Högutbildade röker mindre än dem med lägre utbildning, arbetslösa betydligt mer än förvärsarbetande och studerande. Bland de arbetslösa männen och män i arbetsmarknadsåtgärd är det nästan var femte som röker dagligen. Motsvarande för arbetslösa kvinnor och kvinnor i åtgärd är tio procent.

Män som invandrat från "övriga världen" röker i betydligt större omfattning än infödda svenskar.

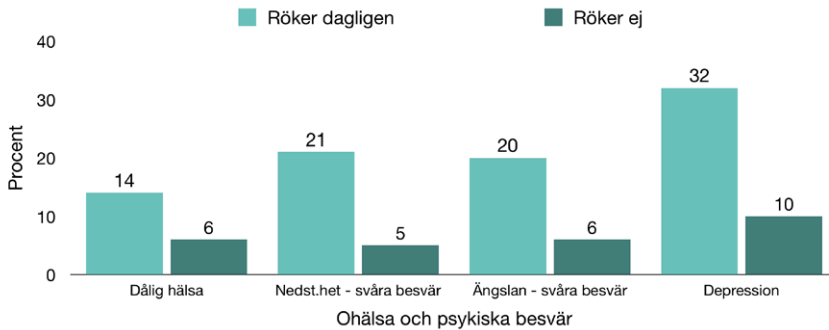
Det finns ett tydligt samband mellan ekonomiska förhållanden och rökning. Kvinnor och män som har haft svårigheter att betala löpande räkningar röker i betydligt större omfattning än de som inte haft dessa svårigheter. För män är siffrorna 18 respektive sju procent och för kvinnorna 19 respektive sex procent.

RÖKNING OCH OHÄLSA

Forskningen om faran med att röka är omfattande. Den hälsovetenskapliga databasen Pubmed innehåller 55 000 artiklar med ordet "smoking" i titeln. Rökning ökar risken för att drabbas av en mängd sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, olika cancerformer och lungsjukdomar.³

Av figur 6.3 kan vi se att utbredningen av hälsobesvär är betydligt större bland dagligrökande kvinnor än för ej rökande kvinnor.

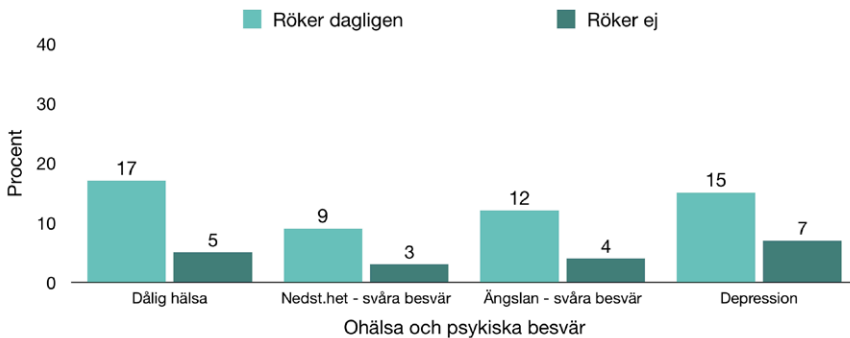
³ Lindström, M, Modén, M, Grahn, M, Fridh, M, Rosvall, M, *Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Malmö – Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. http://malmö.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800066516/Livsvillkor+levnadsvanor+och+hälsa+i+Malmö_Rosvall+mfl.pdf



Figur 6.3. Rökning, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Dålig hälsa är mer än dubbelt så vanligt. Svåra besvär av nedstämdhet mer än fyra gånger så vanligt. Svåra besvär av ängslan och depression mer än tre gånger så vanligt. Som framgår av figur 6.3 är det 32 procent av de dagligrökande kvinnorna som har en diagnosticerad depression.

Mönstret är likartat för män.



Figur 6.4. Rökning, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

Andelen med hälsobesvär är betydligt större bland dagligrökarna jämfört med icke rökarna. Dålig hälsa är mer än tre gånger så vanligt. Svåra besvär av nedstämdhet och ängslan är tre gånger så vanligt och depression drygt två gånger så vanligt.

Sambanden mellan rökning och olika hälsobesvär är tydliga. Gissningsvis har det att göra med att de går i båda riktningarna. Rökning påverkar det allmänna hälsotillståndet men psykiska besvär i form av nedstämdhet, ängslan och depression påverkar rök beteendet.

SNUSANDE

Carl von Linné var den som gav tobaksväxten det latinska namnet *Nicotiana tabacum* efter fransmannen Nicot som under senare hälften av 1500-talet hade

gjort en hel del experiment med växten som läkemedel. Men Linné delade inte den uppfattning om tobakens medicinska fördelar som bland annat förmedlas i den första svenska avhandlingen om tobak från 1633. Linné höjde ett varnande finger för tobaken och snusandet som han ansåg inte bara vara hälsovådligt utan också ovärdigt. Han skrev och undervisade i hur man bör leva sunt och han hävdade bland annat att "Svensken... snusar som en spanjor, dricker som en tysk, röker som en holländare och dricker brännvin som en ryss". Det var ord och inga visor.

På 1700-talet kom luktsnuset på modet och framförallt i de finare kretsarna. Man skulle ha påkostade snusdosor som man kunde visa upp. Det fanns dosor av guld, dekorerade med ädla stenar och konstverk målade på locket.

Luktsnuset kom efterhand att ersättas av munsnuset. Och bönder började att göra sitt eget snus. Snusfabriker uppstod.

För hundra år sedan nådde snusandet rekordnivåer. Man beräknade att cirka sju tusen ton såldes vilket ger ungefär 1.2 kg snus per person och år. Svenskarna förblev länge ett snusande folk. Men snusandet minskade och cigarettrökandet kom på modet. Att ta en "cigg" blev status för det gjorde folk i farten.

Men allteftersom rökningens hälsoeffekter kom att uppmärksammas minskade rökningen och snusandet tog återigen fart.

Snusandet var framförallt en manlig sak. Och det har som rökandet både klättrat upp- och nerför samhällsstegen. Luktsnuset tillhörde högre skikten. Men i och med munsnuset tog snusandet sig nedför samhällsstegen och blev till en njutning framförallt för män – bönder och arbetare.

Nedgången i rökandet innebar att många övergick till snus och att snusandet tog några steg uppför samhällsstegen. Undersökningar från 2013 visade att snusandet fortfarande är betydligt vanligare bland manliga arbetare än bland manliga tjänstemän. Men det mest påtagliga är skillnaderna mellan könen. Medan i runda tal 20 procent av männen snusar dagligen är det endast fyra procent av kvinnorna som gör det.

DAGLIGSNUSANDET I VÄRMLAND

Snusandet har bara förändrats marginellt sedan år 2004. Det skedde visserligen en nedgång mellan 2004 och 2008 för män men efter det har siffran stabiliserats kring 18 – 19 procent. Kvinnors snusande har pendlat mellan tre och fyra procent.

Det dagliga snusandet minskar med stigande ålder. Det gäller både för män och kvinnor. Medan var fjärde man i åldern 30 till 49 år snusar dagligen är siffran för dem mellan 70 och 84 år tolv procent och för dem 85 år och äldre fyra procent. Bland kvinnor i åldern 18 till 29 år är det åtta procent som snusar och bland dem i de äldsta åldersgrupperna mindre än en procent.

De mest frekventa dagligsnusarna finns bland anställda, företagare, arbetslösa/i åtgärd där drygt var fjärde man snusar på daglig basis.

FYSISK AKTIVITET

Om Carl von Linné på sin tid hade haft ett receptblock skulle han förmodligen ha skrivit ut motion på recept. Han studerade inte bara växter. Han var också intresserad av fysisk aktivitet, motion och hälsa. I en av hans skrifter får man veta att motion är synnerligen viktigt. Han slår ett slag för promenerandet som han ansåg vara den naturligaste motionsformen för den ”befordrar de flesta musklernas verksamhet.”

Speciell uppmärksamhet ägnas de stillasittande som på Linnés tid var de förnåma, de rika och de lärda. ”För de lida på grund av sitt stillasittande i sanning av flera sjukdomar”.⁴

Även om råden som gavs om motion i Linnés skrift har relevans även idag vilade de inte på systematiska undersökningar och observationer. Utan det dröjde nästan 200 år innan forskningen om fysisk aktivitet och hälsa kom att leva upp till moderna vetenskapliga krav. Och det är med den engelske forskaren och socialmedicinaren Jeremy Morris som den forskningen tog ett stort kliv framåt. För nästan 70 år sedan påbörjade han en studie som var den första i sitt slag och som idag betraktas som en klassiker.

Upplägget var både genialt och enkelt. Förändringarna i samhället hade inneburit att allt fler yrken kunde utföras stillasittande medan det fortfarande fanns yrken där det krävdes att man rörde på sig under en arbetsdag. Han kom att tänka på dubbeldäckarna – tvåvåningsbussarna i London. Där fanns chauffören och där fanns konduktören. Samma arbetsplats men helt olika arbetsmiljöer. Chaufförerna satt i stort sett stilla under 90 procent av tiden. Konduktörerna var i full rörelse. De gick eller småsprang upp och ner.

Projektet startade 1949 och pågick under ett antal år. Vad Morris fann var att risken för konduktörerna att drabbas av hjärtinfarkt var mindre än hälften jämfört med chaufförerna.⁵

Svenskarna är ett motionerande folk. Och inget annat land inom EUs 28 medlemsländer kan mäta sig med svensken när det gäller att motionera, träna eller idrotta. Sju av tio gör det minst en gång i veckan vilket är högst i Europa. Genomsnittet för de 28 EU länderna är 41 procent.

Av dem som tränar i Sverige är det 40 procent som besöker gym eller träningscenter vilket gör att Sverige toppar listan. Snittet inom EU är 15 procent.⁶

Men motionerandet varierar med social klass. SCB:s levnadsnivåundersökningar visar på att det är betydligt vanligare med motion bland tjänstemän än bland arbetare.

Forskare säger att det lönar sig att motionera och att soffliggare lever farligt. Vi får veta att ett av de stora hälsoproblemen är att vi rör oss på tok för lite. Man har beräknat att det är så mycket som en tredjedel av den vuxna befolkningen världen

⁴ Linné von, C. (1763). *Den mångnyttiga rörelsen*. Uppsala Universitet.

⁵ Morris JN, Kagan A, Pattison DC, Gardner MJ. (1966). Incidence and prediction of ischaemic heart-disease in London busmen. *Lancet* ii: 553–59.

⁶ http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf

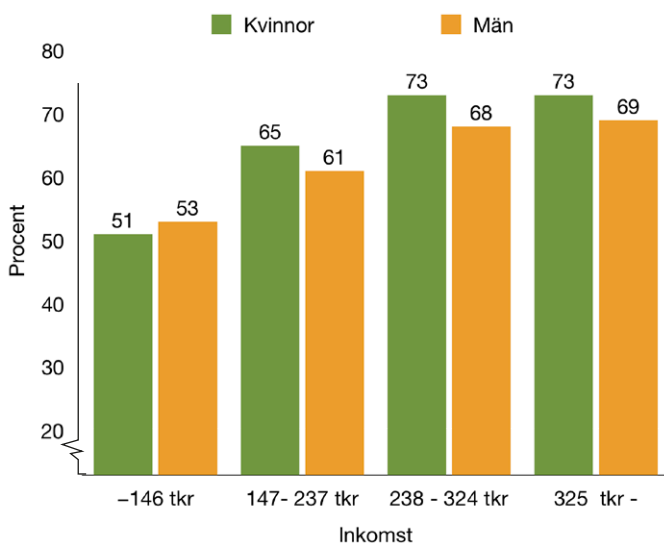
över som inte rör sig tillräckligt mycket. Den högt rankade tidskriften Nature rapporterade nyligen att drygt fem miljoner dödsfall per år var orsakade av att vi rör oss för lite.⁷

FYSISK AKTIVITET I VÄRMLAND

I Liv & Hälsa enkäten ställdes en fråga om hur mycket tid man ägnar en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter och en fråga om fysisk träning. Svaren på dessa frågor har vägts samman med avseende på hur mycket motion man får under en vanlig vecka. Mer aktiva är de som motionerar mer än 150 minuter per vecka och mindre aktiva är de som lägger ner mindre än 150 minuter.

Drygt 60 procent av värmlänningarna är fysiskt aktiva mer än 150 minuter per vecka. Den fysiska aktiviteten är som högst i åldersgruppen 30 till 49 år. Efter det minskar andelen med ökad ålder. Det gäller för både kvinnor och män men minskningen är större bland kvinnor.

Fysisk aktivitet samvarierar med inkomst. Ju högre inkomst desto större andel aktiva.



Figur 6.5. Andelen fysiskt aktiva (mer än 150 minuter per vecka), fördelat på inkomst och kön.

Fysisk aktivitet samvarierar även med utbildning på ett trappstegsliknande sätt. Högutbildade är mer aktiva än lågutbildade. Och mönstret är tydligast för kvinnor.

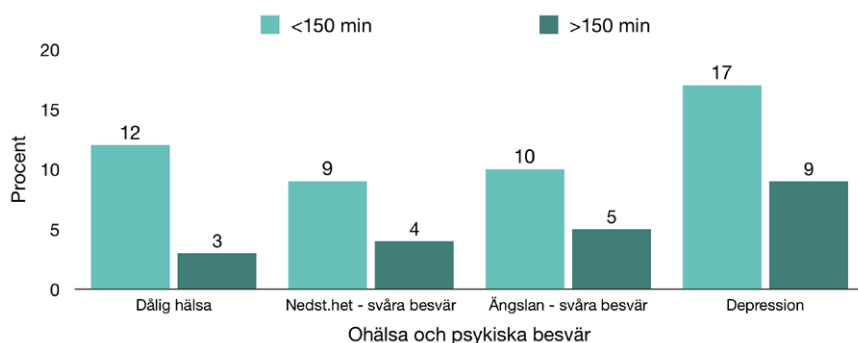
⁷ Althoff, T med flera. (2017). Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*, 20, 547(7663), 336 – 339.

FYSISK AKTIVITET OCH OHÄLSA

Forskning har visat att regelbunden och måttlig fysisk aktivitet är bra för hälsa och välbefinnande. Det kan skydda mot högt blodtryck, övervikt, fetma, höga blodfetter, diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar. Rekommendationen är att regelbundet utöva måttlig fysisk aktivitet så att man kommer upp i 150 aktivitetsminuter i veckan.

Den stora effekten av fysisk aktivitet på hälsan går mellan att å ena sidan vara i stort sett inaktiv och att utöva denna måttliga form av fysisk aktivitet.⁸

I Liv & Hälsa-undersökningen framgår att fysisk aktivitet samvarierar med hälso-besvär och det gäller för både kvinnor och män.

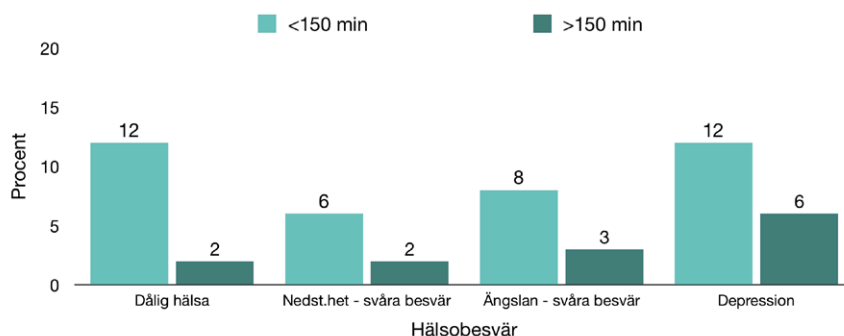


Figur 6.6. Fysisk aktivitet, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Som framgår av figur 6.6 är det fyra gånger så vanligt med dålig självskattad hälsa bland dem som är fysiskt aktiva mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka. Det är ungefär dubbelt så vanligt med svåra besvär av nedstämdhet, ängslan och diagnoserad depression.

Mönstren är likartade för män. Det är sex gånger så vanligt med dålig självskattad hälsa bland dem som inte når upp till 150 min fysisk aktivitet i veckan.

⁸ Lindström, M, Modén, M, Grahn, M, Fridh, M, Rosvall, M, *Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Malmö – Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800066516/Livsvillkor+levnadsvanor+och+hälsa+i+Malmö_Rosvall+mfl.pdf



Figur 6.7. Fysisk aktivitet, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

Det är tre gånger så vanligt med svåra besvär av nedstämdhet och dubbelt så vanligt med depression.

STILLASITTANDE

För nästan två hundra år sedan varnade Carl von Linné för stillasittandet och idag har detta blivit en vetenskaplig sanning att det kan vara ohälsosamt. Hur står det till med stillasittandet? I Liv & Hälsa undersökningen ställdes frågan om hur många timmar man sitter under ett normalt dygn. Att sitta tio timmar eller mer är vanligast bland de som studerar. För dem är lärosalarna byggda för sittande och som studerande förväntas man att sitta ned under lektionstid.

Sittandet minskar med stigande ålder fram till den äldsta åldersgruppen där det ökar.

FETMA

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) lever de flesta människor i länder där dödligheten i fetma är större än dödligheten i undernäring och undervikt.⁹ Men så har det förstås inte alltid varit för från historiens början var det brist på mat med undernäring som följd som skördade offer. Men i takt med den tekniska utvecklingen under 1800-talet och början av 1900-talet ökade livsmedelsförsörjningen. Folk fick det bättre. Mer mat på bordet förbättrade hälsan och gjorde att livslängden ökade. Den undernärda människan blev i de rikare länderna alltmer sällsynt. Den så kallade fetmaepidemi som nu anses utgöra den stora folkhälsokrisen är inte mer än ett par årtionden gammal.

Sedan 1975 har fetman i världen tredubblats och man beräknar att numera har drygt 13 procent av befolkningen fetma. Överflödet av relativt billig men också onyttig mat i kombination med mer av stillasittande är en viktig orsak till ökningen.

Under långa perioder innebar bristen på mat att fet mat var något fint och eftersträvt. Den korpulente signalerade ett välmående och rikedom. En man

⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

fick gärna vara rund om magen eftersom det visade på välstånd och rikedom.¹⁰ Och vara rund kunde gärna bankirer, grosshandlare, direktörer och underhållare vara. För det var fint att vara tjock för det visade att man var välbärgad och hade ett arbete som man inte slet ut sig på.

Men för flertalet fanns det inga möjligheter att bli tjock och fet. Fetman hölls på avstånd på grund av hårt och slitsamt arbete. Det var mycket ovanligt med överviktiga arbetare och bönder.

Det finns en dubbelhet när det gäller fetma. Å ena sidan har det aldrig i historien funnits så många med fetma. Å andra sidan är normen att man skall vårda och ha kontroll över sin kropp. Den skall vara smal och vältränad. Fetma är stigmatiserande och associeras med karaktärsbrister.

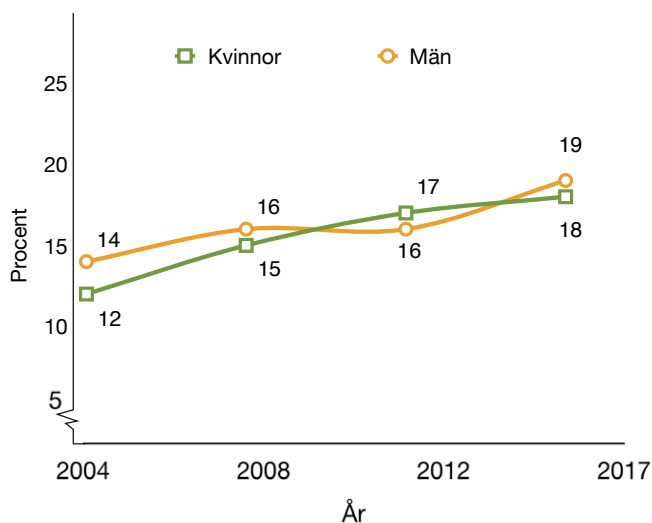
I Sverige har fetman i befolkningen stadigt ökat sedan 1980. Då hade fem procent i befolkningen 16 till 84 år fetma. För 2016 är den siffran 14 procent för män och elva procent för kvinnor. Fetman i befolkningen samvarierar med socio-ekonomiska förhållanden. Andelen arbetare med fetma är cirka 20 procent. Motsvarande siffra för tjänstemän på mellan eller högre nivå är elva till tolv procent. Ökningen sedan 2004 har varit kraftigare för arbetare och lägre tjänstemän än för tjänstemän på mellan eller högre nivå.¹¹

FETMAN I VÄRMLAND HAR ÖKAT

Sedan 2004 har fetman ökat i Värmland. Då var det tolv procent av kvinnorna och 14 procent av männen som hade ett BMI på >30 vilket är liktydigt med fetma. För 2017 är siffrorna 19 respektive 18 procent. För kvinnorna är det en ökning med sex procentenheter och för män med fem.

¹⁰ Nilsson, F. (2011). *I ett bolster av fett: En kulturhistoria om övervikt, manlighet och klass*. Sekel bokförlag.

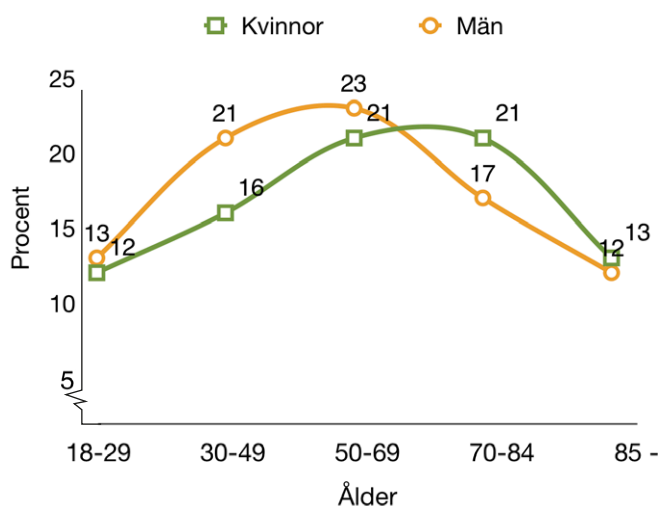
¹¹ Folkhälsomyndigheten (2017). *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.



Figur 6.8. Andelen kvinnor och män med fetma i Värmland, 2004, 2008, 2012 och 2017, fördelat på kön.

Fetman uppvisar ett bågformat samband med ålder. Andelen med fetma är som lägst i den yngsta och den äldsta åldersgruppen, det gäller både för kvinnor och för män. I åldersgruppen 50 till 69 år är det nästan var fjärde man och drygt var femte kvinna som har fetma.

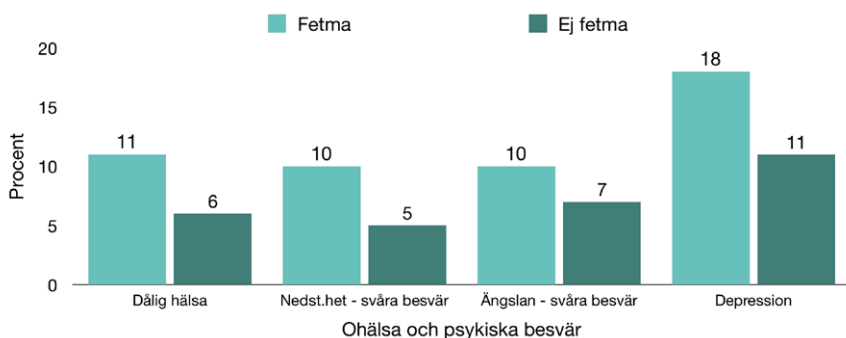
Bland män återfinns den högsta andelen med fetma hos dem som haft svårigheter att betala löpande räkningar. I den gruppen är det nästan en tredjedel som har fetma.



Figur 6.9. Andelen kvinnor och män med fetma i Värmland fördelat på ålder.

FETMA OCH OHÄLSA

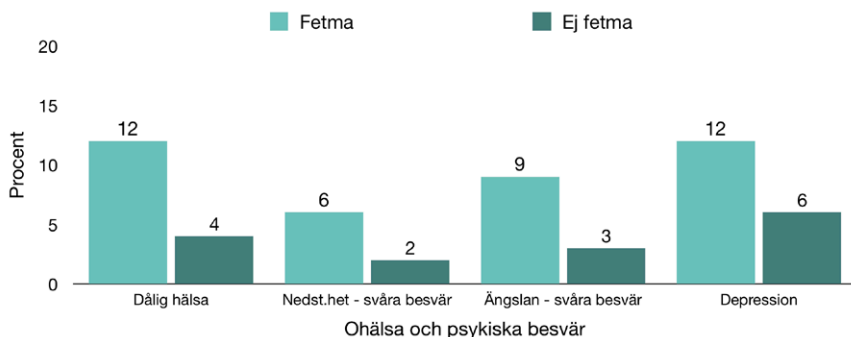
Fetma är förknippat med ett antal sjukdomar som cancer och diabetes.¹² Men fetma är också stigmatiserande vilket för med sig obehag som psykiska besvär och socialt undandragande.¹³



Figur 6.10. Fetma, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Som visas i figur 6 .10 är utbredningen av hälsobesvär betydligt större bland dem med fetma. Det är dubbelt så vanligt eller nästan dubbelt så vanligt med dålig hälsa och svåra besvär av nedstämdhet.

Sambanden mellan fetma och hälsobesvär är likartade för män som för kvinnor.



Figur 6.11. Fetma, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

Dålig hälsa, svåra besvär av nedstämdhet och ängslan är tre gånger så vanligt bland män med fetma. Det är dubbelt så vanligt med depression.

¹² Den hälsovetenskapliga databasen Pubmed innehåller nästan 70 000 artiklar med ordet "obesity" i titeln

¹³ Brandheim, S. (2017). *A systemic stigmatization of fat people*. Karlstad University Studies. Akademisk avhandling.

ALKOHOLKONSUMTION

Alkohol har en lång historia och synen på den har varierat under historiens gång. Under 1400- och 1500-talen ansåg man att alkohol var ett viktigt läkemedel. Det var ett livsvatten som man ansåg kunde bota och förebygga en rad sjukdomar. I en läkarbok från 1400-talet räknar man upp en rad sjukdomar och besvär som alkoholen kunde råda bot mot.

”Brännvinet fördriver kräftan och likmasken. Den gör magen stadig och smälter väl maten. Detta vatten är gott för huvudvärk och det styrker hjärnan. Det dräper gnetter i håret och driver löss från håret”.¹⁴

Till Sverige kom brännvinet först under andra halvan av 1400-talet. Till att börja med var det de välbärgade som drack eftersom det var dyrt att tillverka. Men allteftersom tillverkningen förbilligades spred sig bruket ned till vanligt folk.¹⁵ Alkoholen breder ut sig och när vi kommer till 1700-talet så supps det ganska hej vilt inom alla samhällsskikt. Det är omtalat att missbruket bland riksdagsmännen var ganska utbredd. De kunde vara kraftigt berusade under sammanträdena.

Under 1800-talet talade man om alkoholism som en vanligt förekommande folksjukdom.¹⁶ Situationen var mycket allvarlig och man beräknade att halva svenska befolkningen höll på att suppa ihjäl sig. Konsumtionen uppgick till närmare 46 liter brännvin per person och år. Omräknat i ren alkohol ungefär 20 liter/person.¹⁷ Man har uppskattat att konsumtionen var dubbelt så hög som den är idag. Den var också koncentrerad till män. Kvinnor drack i mycket liten omfattning, mindre än idag.

Det sker en tillnyktring tack vare folkrörelserna som tar tag i saken. Och det är frikyrkorörelser, nykterhetsrörelser, arbetarrörelsen och liberala rörelser som driver frågan och får Sverige på fötter. Tillnyktringen möjliggjorde också att samhällsbygget tog fart. Alkoholkonsumtionen gick kraftigt ned. Från 1825 till 1875 halverades den och siffror från 1918 visar att den då var nere i 1,2 liter per person.

En restriktiv alkoholpolitik infördes som bestod av motbok, skatter, monopol och ransonering och det gjorde att konsumtionen höll sig på en relativt låg nivå under en lång följd av år.

Den restriktiva politiken följdes av en liberalisering. Motboken avskaffades i mitten av 1950-talet och förbudet mot starköl hävdes.

RISKBRUK AV ALKOHOL I VÄRMLAND

I Liv & Hälsa-undersökningen ställdes frågor om alkohol. Svaren på dessa ger besked om konsumtionen kan anses vara riskabel. Och begreppet för det är riskbruk och som innebär att risken för ohälsa och sjukdomar är påtaglig.

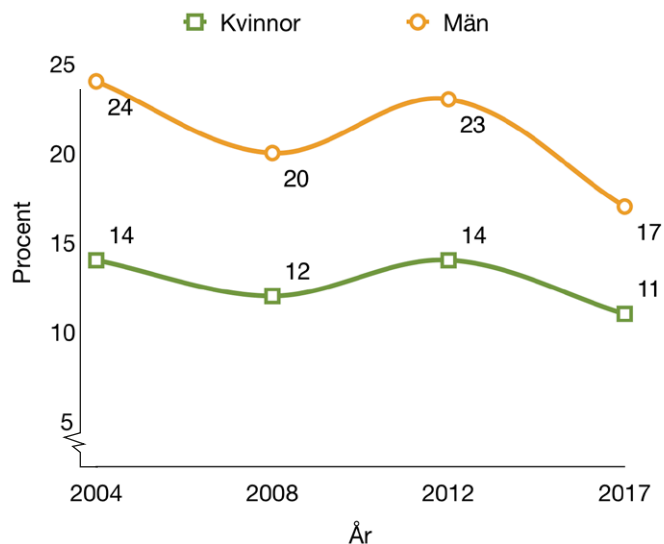
¹⁴ <https://www.so-rummet.se/kategorier/historia/historiska-teman/historia-om-tobak-och-alkohol#>

¹⁵ <http://www.helamanniskansmaland.se/alkoholdaochnu.htm>

¹⁶ <https://www.so-rummet.se/kategorier/historia/historiska-teman/historia-om-tobak-och-alkohol#>

¹⁷ <http://www.helamanniskansmaland.se/alkoholdaochnu.htm>

Uppgifterna om riskkonsumtion av alkohol som används av Liv & Hälsa arbetsgruppen inom de fem länen CDUST och Folkhälsomyndigheten baseras på tre frågor från frågebatteriet "AUDIT".¹⁸

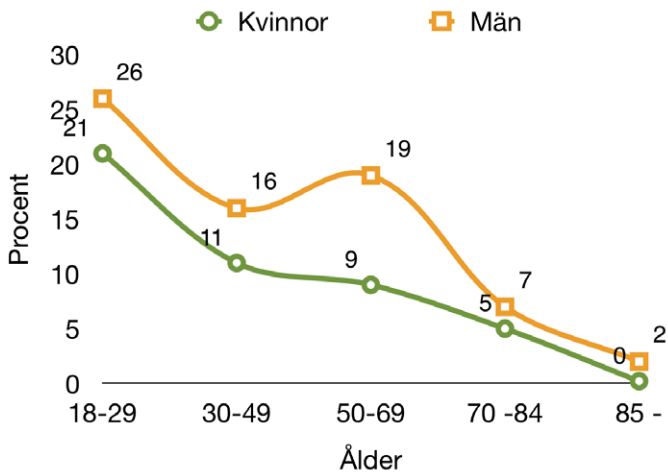


Figur 6.12. Andelen riskkonsumenter av alkohol, åren 2004, 2008, 2012 och 2017, fördelat på kön.

Andelen med riskabla alkoholvanor har minskat sedan 2012. För män med sex procentenheter och för kvinnor med tre procentenheter.

Som framgår av figur 6.13 minskar riskbruket av alkohol bland kvinnor med stigande ålder. För män är minskningen oregelbunden. Bland dem i åldern 18–29 år är det var fjärde man och var femte kvinna som har en riskabel konsumtion.

¹⁸ Frågeinstrumentet som används i Liv & Hälsa kan anta värden mellan 0 och 12 poäng. Gränsen för riskkonsumtion för kvinnor är 5 poäng och för män 6 poäng. "AUDIT" utvecklades av WHO för att tidigt kunna upptäcka personer med konsumtion av alkohol som medför ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar.



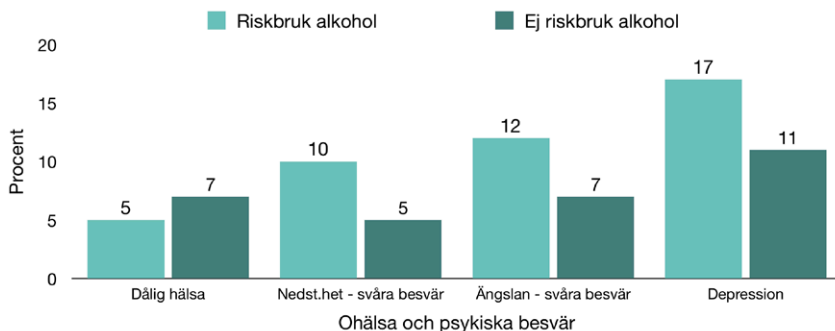
Figur 6.13 Andelen riskkonsumenter av alkohol, fördelat på ålder och kön.

I åldersgruppen 70 – 84 år är siffran nere i sju procent för män och fem procent för kvinnor. Riskkonsumtionen är som högst bland dem som kommer från ”övriga Norden”, 28 procent och bland dem som har svårigheter med att klara löpande utgifter, 22 procent.

Bland kvinnor är riskkonsumtionen mest utbredd bland studerande, 19 procent och bland dem som har svårigheter med att klara löpande utgifter, 19 procent.

Utbredningen av psykiska besvär som nedstämdhet, ångslan och depression uppvisar ett tydligt samband med riskbruk av alkohol. Men när det gäller självskattad dålig hälsa är det osäkert.

För kvinnor gäller att det är dubbelt så vanligt med svåra besvär av nedstämdhet bland riskkonsumenter. Nästan dubbelt så vanligt med svåra besvär av ångslan. Det är också vanligare med depression. Däremot är andelen med dålig hälsa något högre bland ”ej riskkonsumenter”.



Figur 6.14. Riskbruk, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Bland män är det cirka tre gånger så vanligt med svåra besvär av nedstämdhet och ängslan bland riskbrukare och nästan dubbelt så vanligt med depression. Andelen med dålig hälsa är något större bland riskkonsumenter.



Figur 6.15. Riskbruk, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

LEVNADSVANORNA SAMVARIERAR

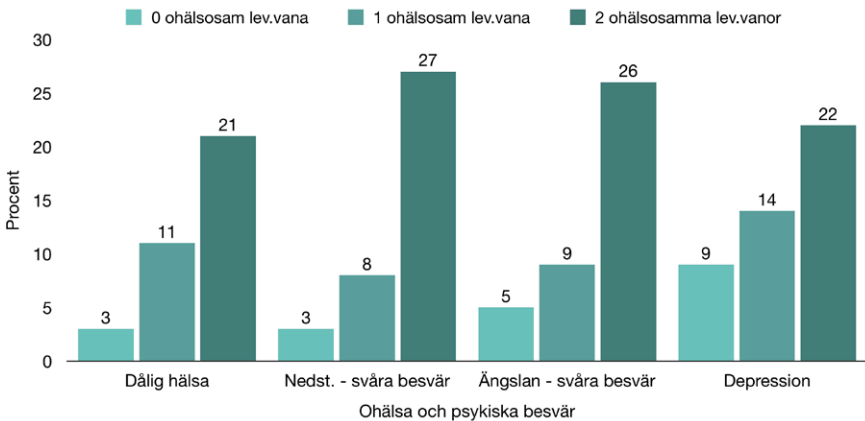
Levnadsvanorna samvarierar inbördes men med olika styrka. Det starkaste sambandet finns mellan snusning och rökning å ena sidan och riskkonsumtion av alkohol å andra sidan (.53 respektive .49). Ju mer man snusar och röker desto mer alkohol och vice versa. Rökning samvarierar även med fysisk aktivitet på så sätt att fysisk aktivitet är mindre bland rökare än icke rökare. Sambandet mellan snusning och fysisk aktivitet är mycket svagt. Fysisk aktivitet och riskkonsumtion samvarierar med fetma. Fysisk aktivitet minskar risken för fetma medan riskkonsumtion ökar risken.

Tabell 6.1. Samvariation mellan levnadsvanor, sambandsmättet gamma.¹⁹

	Snusning	Rökning	Riskkons. av alkohol	Motion	Fetma
Snusning		.27	.53	.09	.09
Rökning			.49	.33	.14
Riskkons.alkohol				.03	.26
Fysisk aktivitet					-.35

KOMBINATION AV OHÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR OCH HÄLSA

Det är rimligt att anta att ju fler ohälsosamma levnadsvanor desto större är risken för hälsobesvär. För att pröva den hypotesen har ett index av levnadsvanorna rökning och fysisk aktivitet bildats.

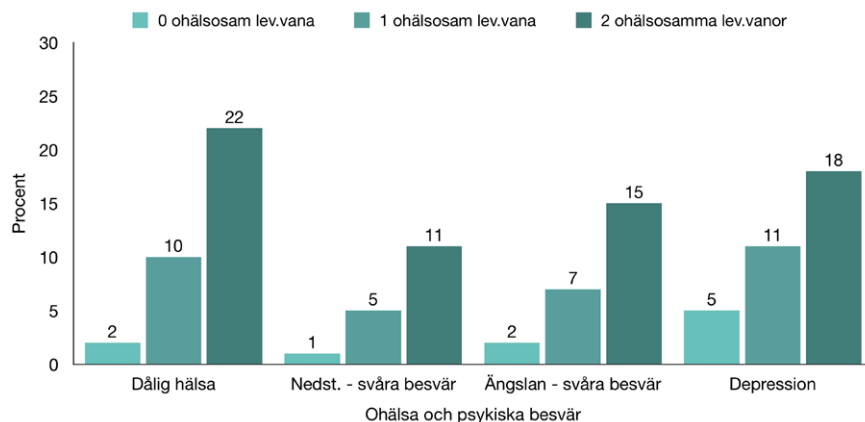


Figur 6.16. Ohälsosamma levnadsvanor, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Mönstret är tydligt både för män och kvinnor. För kvinnor gäller att de två ohälsosamma levnadsvanorna daglig rökning och liten fysisk aktivitet (<150 min per vecka) ökar hälsobesvären avsevärt jämfört med ingen ohälsosam levnadsvana. Vi kan se ett trappstegsliknande mönster. En ohälsosam levnadsvana ökar besvären jämfört med ingen ohälsosam levnadsvana. Två ohälsosamma levnadsvanor ökar besvären jämfört med en ohälsosam vana. Som exempel: Av dem som både röker dagligen och är fysiskt aktiva mindre än 150 minuter per vecka är det 27 procent som har svåra besvär av nedstämdhet. Detta skall jämföras dem som inte har någon ohälsosam levnadsvana. Bland dem är det endast tre procent som har svåra besvär av nedstämdhet.

¹⁹ Gamma är ett sambandsmått som kan variera mellan -1 och +1. Ju närmare -1 eller +1 ju starkare är sambandet. Minus anger att sambandet är negativt och plus att det är positivt.

Mönstren för män är likartade. De två ohälsosamma levnadsvanorna i kombination ökar markant risken för hälsobesvär. Andelen med dålig hälsa bland dem som både röker och har en fysisk aktivitet som understiger 150 minuter per vecka är 22 procent jämfört med dem som inte röker och är fysiskt aktiva. Siffran för dem är två procent.



Figur 6.17. Ohälsosamma levnadsvanor, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

FÖRÄNDRING AV LEVNADSVANOR

I undersökningen ställdes frågan om man vill sluta röka, sluta snusa och minska sin alkoholkonsumtion. Sextiofem procent av de dagligrökande männen och 66 procent av de dagligrökande kvinnorna vill sluta röka. Cirka hälften tror sig kunna göra det på egen hand medan 16 procent behöver stöd. Sluta snusa vill i runda tal en tredjedel av dagligsnusarna, kvinnor 32 procent; män 34 procent. I runda tal var fjärde, kvinnor 27 procent; män 24 procent, kan göra det på egen hand medan fem procent av kvinnorna och tio procent av männen behöver stöd.

Nästan var tredje riskkonsument vill minska sin alkoholkonsumtion och den absoluta merparten kan göra det på egen hand och endast fyra procent behöver stöd för det.

Tabell 6.2. Andelen som vill, upphöra med ohälsosamma levnadsvanor, procent.

	Sluta röka			Sluta snusa			Minska alkoholkonsumtion			Minska alkoholkonsumtion		
							Riskkonsument			Ej riskkonsument		
	Ja	Ja, egen hand	Ja, men behöver stöd	Ja	Ja, egen hand	Ja, men behöver stöd	Ja	Ja, egen hand	Ja, men behöver stöd	Ja	Ja, egen hand	Ja, men behöver stöd
Kvinnor	65	49	16	32	27	5	32	28	4	5	5	0
Män	66	50	16	34	24	10	32	28	4	8	8	0,2

DISKUTERAT LEVNADSVANOR MED VÅRDPERSONAL

I Liv & Hälsa-undersökningen ställdes en fråga om man vid sitt eller sina besök på vårdcentralen eller sjukhus diskuterade levnadsvanor med vårdpersonalen.

Tabell 6.3. Andelen som diskuterat sina levnadsvanor med vårdpersonal, procent.

	Diskuterat olika vanor vid besök på vårdcentral och liknande		Diskuterat olika vanor vid besök på sjukhus	
	Ja	Ja, för respektive riskgrupp	Ja	Ja, för respektive riskgrupp
Motionsvanor	25	31 (gruppen med fetma)	18	23 (gruppen med fetma)
Matvanor	16	23 (gruppen med fetma)	14	24 (gruppen med fetma)
Rökvanor	13	41 (gruppen rökare)	10	32 (gruppen rökare)
Alkoholvanor	10	26 (gruppen riskkonsument)	7	13 (gruppen riskkonsument)
Snusvanor	8	15 (gruppen snusare)	6	17 (gruppen snusare)

Vanligast är att man pratar om motionsvanor. Det gäller såväl vid besök vid vårdcentral (25 procent) som på sjukhus (18 procent). Men inom gruppen med fetma tas det upp med nästan var tredje besökare på vårdcentral och nästan var fjärde vid sjukhus.

Matvanorna har diskuterats med sexton procent av besökarna på vårdcentral och 24 procent av besökarna på sjukhus.

Rökvanor har diskuterats med 41 procent av rökarna vid besök på vårdcentral.

Trettioen procent av patienterna har diskuterat minst en levnadsvana vid sina besök vid vårdcentral. Nitton procent minst två levnadsvanor och tio procent minst tre levnadsvanor.

KAPITEL 7

Förtroende för samhällets institutioner

BENGT STARRIN



Forskare brukar framhålla att i Sverige har vi, vid en jämförelse med andra länder, ett stort förtroende för samhällets institutioner som polis, domstol, regering, hälso- och sjukvård med mera.¹ Man är också enig om att tillit mellan människor (horisontellt förtroende) och tillit till samhällsinstitutioner (vertikalt förtroende) är av mycket stor betydelse för att samhället skall kunna fungera.² Det tar tid att bygga upp ett förtroende men det kan gå snabbt att radera det. Det är inte svårt att inse att tillitsfulla relationer underlättar tillvaron för oss. Tillit kan också ses som förtroendekapital och som en resurs för samhandling och för kontakter med institutioner.

Statsvetaren PO Norells studie av värmlänningarnas förtroende för samhällets institutioner som baseras på data från Liv & Hälsa undersökningen 2012 visar att värmlänningarna har stort förtroende för den generella samhällsservicen och för rättsstatens institutioner som hälso- och sjukvården, barnomsorgen, skolan, polisen och domstolarna.

Förtroendet för institutioner som ägnar sig åt individuell myndighetsutövning är betydligt lägre. Hit hör Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, äldreomsorgen och socialtjänsten.

Inte heller fackföreningar och politiska aktörer/institutioner har särskilt stort förtroende. Landstingspolitiker och kommunpolitiker ligger lägst.

Av Norells studie framgår vidare att förtroendet skiljer sig i betydande grad åt mellan olika grupper i samhället. De som har det bra ekonomiskt, socialt och hälsomässigt har betydligt större förtroende för samhällets institutioner än de som har det sämre i dessa avseenden. Andra studier går i samma riktning. Lågt förtroende för hälso- och sjukvården och lågt förtroende för politiska institutioner samvarierar med sämre hälsa.³

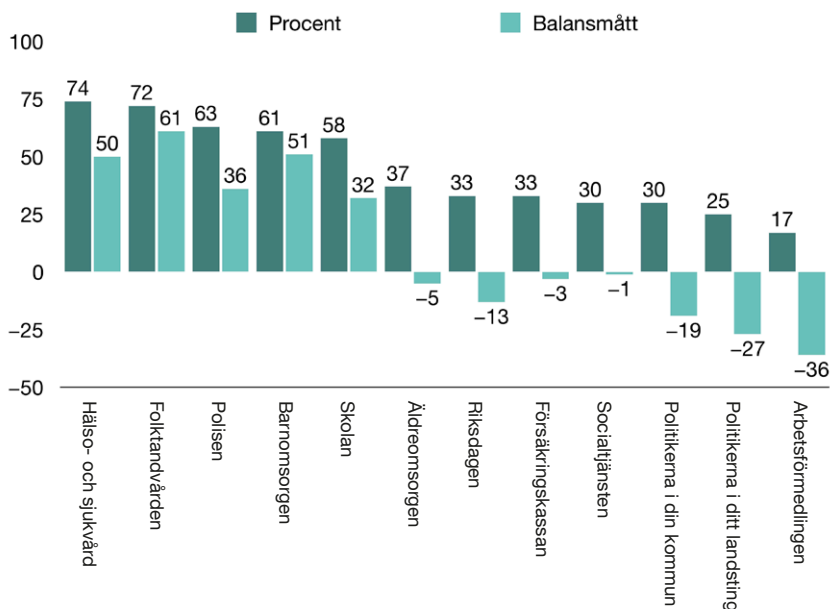
FÖRTROENDET I VÄRMLAND 2017

Störst förtroende har värmlänningarna för Hälso- och sjukvården och Folk tandvården. Sjuttiofyra procent har mycket eller ganska stort förtroende för Hälso- och sjukvården och 72 procent har det för Folk tandvården.

¹ Weibull, L. Förtroende för olika grupper. https://www.ips.gu.se/digitalAssets/1360/1360239_f--rroende-f--r-olika-grupper---lennart-weibull.pdf

² Norell, PO. (2014). Har värmlänningarna förtroende för samhällsinstitutioner och politiker? I Kaland Blomqvist, M, Nyberg, C & Janson, S. (red.) *Värmlänningarnas liv och hälsa 2012*. Karlstad: Universitetstryckeriet.

³ Mohseni, M & Lindström, M. (2008) Social capital, trust in the health care-system and self rated health: The role of access to health care in a population-based study. *Social Science and Medicine*, 64, 7, 1373-1383. – Mohseni, M & Lindström, M. (2008) Social capital, political trust and self-reported health: A population based study in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 1, 28-34.



Figur 7.1. Värmlänningarnas förtroende för samhällsinstitutioner, 2017, procent och balansmätt.

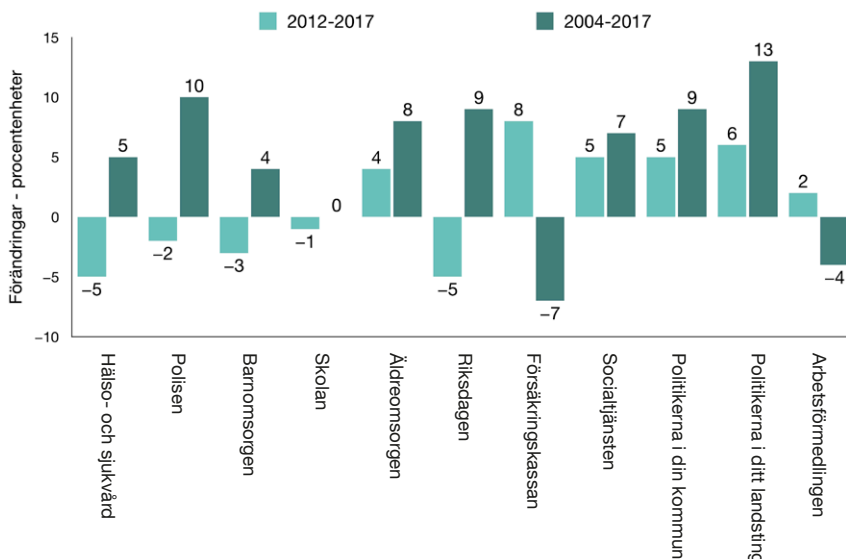
Balansmättet är dock större för Folkvandvården vilket tyder på ett större förtroendekapital.

Balansmättet kan variera mellan +100 och -100 och avser skillnaden i procentenheter mellan svarsalternativen ”mycket stort” och ”ganska stort” förtroende å den ena sidan och ”inte särskilt stort” och ”inte alls” å den andra.

Minst förtroende har man för ”Arbetsförmedlingen”, ”Landstingspolitiker” och ”Kommunalpolitiker” som också uppvisar ett tydligt negativt förtroendekapital.

FÖRÄNDRINGAR I FÖRTROENDE – 2004 TILL 2017

Figur 7.2 visar förändringar i förtroendet mellan åren 2004 och 2017 och mellan 2012 och 2017.

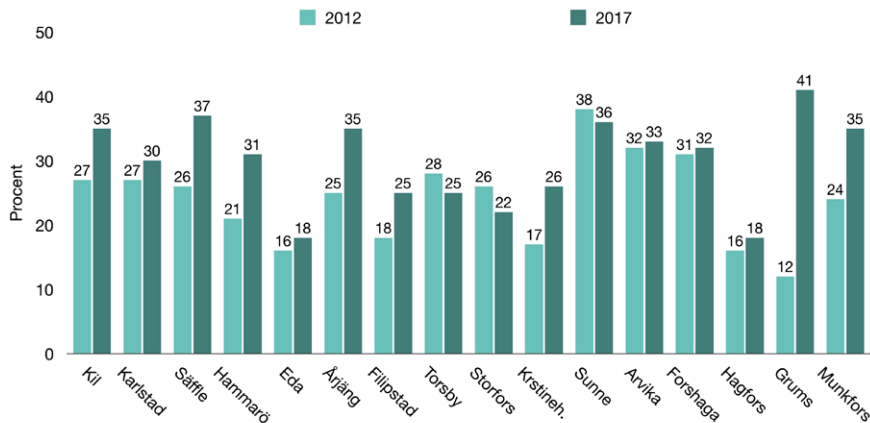


Figur 7.2. Förändringar i förtroendet 2012-2017 och 2004-2017.

Störst ökning mellan 2004 och 2017 står förtroendet för ”politikerna i ditt landslag”. Ökningen är 13 procentenheter. Försäkringskassan uppvisar den största minskningen och den är sju procentenheter. Men Försäkringskassan är också den institution som uppvisar den största ökningen sedan 2012. Ökningen är åtta procentenheter. Största minskningen sedan 2012 står Hälso- och sjukvården och Riksdagen för. I båda fallen fem procentenheter.

SKILLNADER MELLAN KOMMUNER I FÖRTROENDET FÖR KOMMUNALPOLITIKER

I 13 av Värmlands 16 kommuner har förtroendet för kommunalpolitiker ökat sedan 2012. I flera fall marginellt. I några fall kraftigt och i ett fall mycket kraftigt. Det senare gäller Grums som uppvisar en ökning med hela 29 procentenheter, från tolv procent 2012 till hela 41 procent 2017.



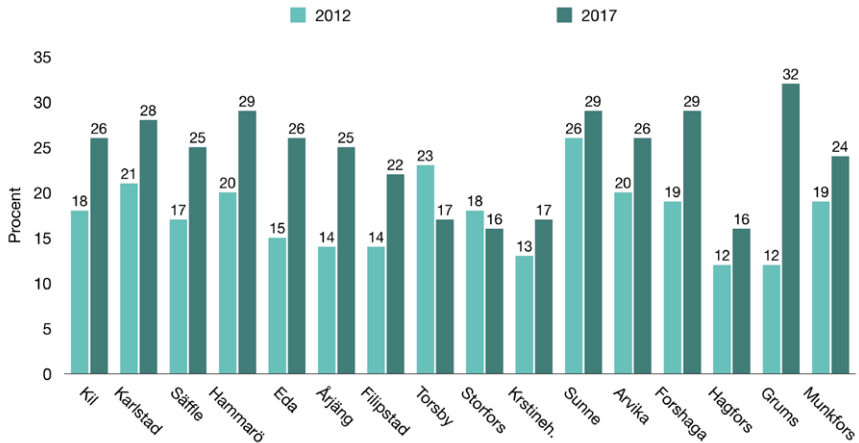
Figur 7.3. Förtroendet för kommunalpolitiker i Värmlands kommuner, 2012 och 2017.

I Munkfors och Säffle ökade förtroendet med elva procentenheter, i Årjäng och Hammarö med tio och i Kristinehamn med nio procentenheter.

Förtroendet för kommunalpolitiker är högst i Grums, Säffle och Sunne och lägst i Hagfors och Eda.

SKILLNADER MELLAN KOMMUNER I FÖRTROENDET FÖR LANDSTINGSPOLITIKER

Förtroendet för landstingspolitiker har ökat i 14 av Värmlands 16 kommuner sedan 2012. Ökat mest har det i Grums. Där har det skett en ökning med 20 procentenheter – från tolv till 32 procent. I Eda och Årjäng är ökningen elva procent och i Forshaga tio procent. Förtroendet för landstingspolitiker är högst i Grums, Forshaga, Hammarö och Sunne och lägst i Storfors, Hagfors och Kristinehamn.

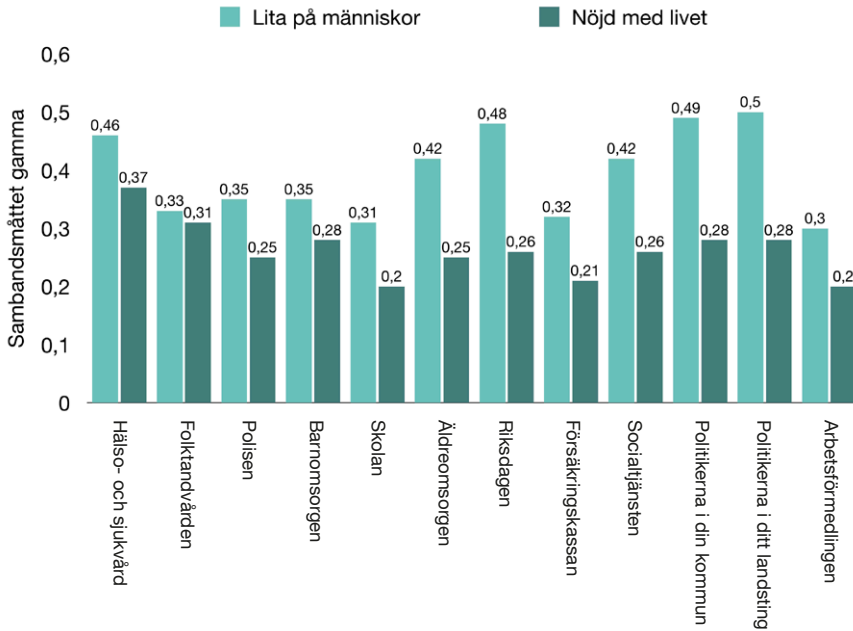


Figur 7.4. Förtroendet för landstingspolitiker i Värmlands kommuner, 2012 och 2017.

SAMBAND MELLAN FÖRTROENDE FÖR SAMHÄLLETS INSTITUTIONER, LITA PÅ MEDMÄNNISKOR OCH NÖJD MED LIVET

Figur 7.5 visar på två saker. För det första att det finns ett positivt samband mellan horisontell tillit (tillit till medmänniskor) och vertikal tillit (tillit till samhällets institutioner). Litar man på sina medmänniskor tenderar man lita på samhällets institutioner och vice versa. Sambandet är starkast mellan att lita på sina medmänniskor och förtroendet för politiska institutioner (politiker i ditt landsting, politikerna i din kommun och riksdagen). Resultaten är i linje med vad statsvetaren Bo Rothstein funnit och stöder den allmänna teorin om den mellanmänniskliga tillitens betydelse för demokratin, det vill säga ju större förtroende man har för andra människor, desto större chans att man har förtroende också för de politiska institutionerna (eller tvärtom).⁴

⁴ Rothstein, B Förtroende för andra och förtroendet för politiska institutioner. https://www.researchgate.net/profile/Bo_Rothstein/publication/239575125_FORTROENDE_FOR_ANDRA_OCH_FORTROENDE_FOR_POLITISKA_INSTITUTIONER/links/541ffc1a0cf203f155c292ab/FOeRTRoENDE-FOeR-AN-DRA-OCH-FOeRTRoENDE-FOeR-POLITISKA-INSTITUTIONER.pdf



Figur 7.5. Samband mellan förtroendet för samhällsinstitutioner, lita på medmänniskor och nöjd med sitt liv, sambandsmättet gamma.⁵

Lita på medmänniskor samvarierar med förtroendet för samhällsinstitutioner på ett varierat sätt. Det är starkast för "Politikerna i landstinget", "Politikerna i kommunen", "Riksdagen" och "Hälso- och sjukvården".

Nöjd med livet uppvisar ett svagare samband med förtroendet för samhällsinstitutioner. Det är starkast för "Hälso- och sjukvården".

För det andra visar figur 7.5 att förtroendet för samhällets institutioner samvarierar på ett positivt sätt med hur nöjd man är med sitt liv. Ju större förtroende för samhällets institutioner desto nöjdare är man med sitt liv och vice versa.

⁵ Gamma är ett sambandsmått som kan variera mellan -1 och +1. Ju närmare -1 eller +1 ju starkare är sambandet.

KAPITEL 8

Trivsel med arbejdet

BENGT STARRIN



För drygt 80 år sedan hade filmen ”Moderna Tider” med Charlie Chaplin premiär. Den är en satir över livet i den moderna fabriken. Löpande band. Allt ska vara kontrollerbart, övervakat, repetitivt, förutsägbart och monotont. Charlie Chaplin visar upp industrialismens farliga sidor som förgör och avhumaniserar arbetarna. Människan reduceras till ett kugghjul.

Löpande band hade blivit det nya och moderna sättet att organisera arbetet. Det skulle rationalisera och effektivisera produktionen. Det som skulle bearbetas förflyttades på ett band medan arbetarna stod kvar vid sina stationer och upprepade samma ensidiga rörelse i den takt som bestäms av bandet. Mest känt blev löpande bandet vid tillverkningen av bilar vid Henry Fords fabriker i USA i början av 1900-talet. Arbetaren var utbytbar och enbart en liten kugge i den stora maskinen ”industri”.

I filmen Moderna Tider krackelerar Charlie Chaplin av det omänskliga arbetet. Han blev, för att använda en modern term, ”utbränd” och togs in på mentalsjukhus.

Men det är fel att tro att ”Moderna Tider” enbart handlar om löpande bandet. Monotoni, brist på frihet och litet handlingsutrymme som då kännetecknade industriarbetet är egenskaper i många människors arbete även idag och som ökar risken för både fysisk och psykisk ohälsa.¹ Det goda och hälsosamma arbetet å andra sidan är ett fritt, socialt stöttande och utmanande arbete.

För många har det moderna arbetslivet suddat ut gränserna mellan arbete och fritid. Saken har fått ett namn – det gränslösa arbetet. Den nya tekniken – IT – gör det möjligt att organisera arbetet oberoende av tid och rum. Man är inte, som gäller för det löpande bandet, beroende av en bestämd plats och en bestämd tid. Det gränslösa arbetet ställer nya krav på individen. Arbetet skall utföras men det är du som bestämmer när, var och hur. Gränserna mellan arbete och fritid kan komma att suddas ut. Det kan vara både positivt och negativt.²

TRIVSEL MED ARBETET

Andelen som trivs mycket eller ganska bra med sitt arbete uppvisar små förändringar sedan 2004. Då var det 82 procent av männen och 81 procent av kvinnorna som trivdes mycket bra eller ganska bra. Motsvarande siffror för 2017 är 84 respektive 86 procent.

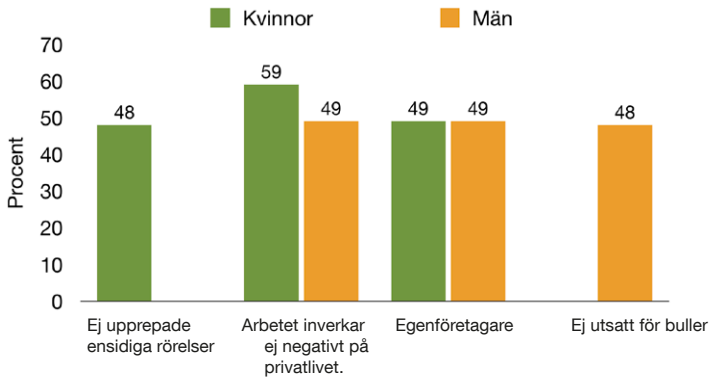
Trettiosex procent av männen och 41 procent av kvinnorna uppger att de trivs mycket bra med sitt arbete. Fyrtioåtta respektive 45 procent trivs ganska bra.

Trivs bäst av kvinnorna gör de som har ett arbete där det inte inverkar på privatlivet (59 procent), följt av egenföretagare (49 procent) och de som har ett arbete som inte består av upprepade ensidiga rörelser (48 procent). Män trivs bäst

¹ Karasek R & Theorell T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

² Allvin, M., Aronsson, G., Hagström, T., Johansson, G., Lundberg, U. (2006). *Gränslöst arbete: Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber

med arbeten som inte inverkar på privatlivet och är bullerfritt samt att arbetet är ett egenföretagande arbete.

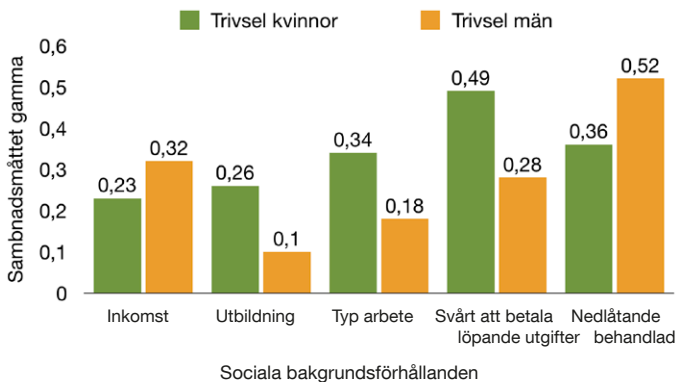


Figur 8.1. Andel som trivs bäst med arbetet och arbetsmiljöfaktorer, kvinnor och män, procent.

Ganska dåligt trivs tre procent av männen och fyra procent av kvinnorna.

Mycket dåligt trivs 0,5 procent av männen och 1,4 procent av kvinnorna. Således är det knappt fyra procent av männen och drygt fem procent av kvinnorna som trivs ganska eller mycket dåligt. Trivs sämst med arbetet bland kvinnorna gör de som dagligen är utsatta för buller (tio procent), orolig för att förlora sitt arbete (elva procent) och har ett arbete som ofta inverkar på privatlivet (18 procent).

För kvinnor gäller att trivsel med arbetet i första hand samvarierar med faktorn svårigheter att klara löpande utgifter och i andra hand nedlåtande behandling. Ekonomiska svårigheter och nedlåtande behandling sänker trivseln och arbeten som ställer mer av teoretiska krav ökar trivseln. Trivseln med arbetet samvarierar även med inkomst och utbildning. Ju högre inkomst och ju högre utbildning desto större trivsel med arbetet.

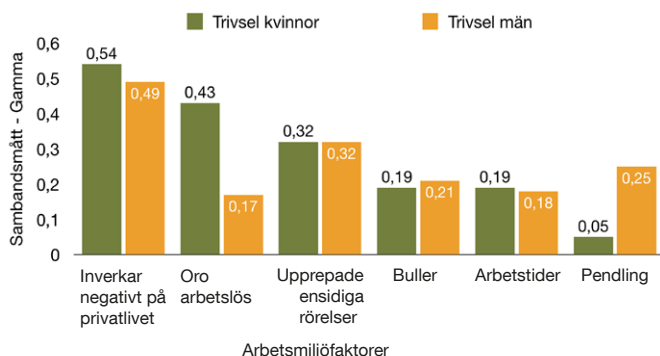


Figur 8.2. Trivsel med arbetet och sociala bakgrundsförhållanden, sambandsmättet gamma.³

³ Gamma är ett sambandsmått som kan variera mellan -1 och +1. Ju närmare -1 eller +1 ju starkare är sambandet. Minus anger att sambandet är negativt och plus att det är positivt.

Männens trivsel samvarierar i första hand med faktorn nedlåtande behandling och i andra hand med inkomstnivån. Nedlåtande behandling sänker arbetstrivseln och högre inkomst höjer arbetstrivseln.

I figur 8.3 visas sambanden mellan ett antal arbetsmiljöfaktorer och trivsel med arbetet. Störst samband med trivsel med arbetet har när arbetet inverkar negativt på privatlivet, det vill säga det gränslösa arbetet. Då sänks trivseln med arbetet och det gäller såväl för kvinnor som för män.



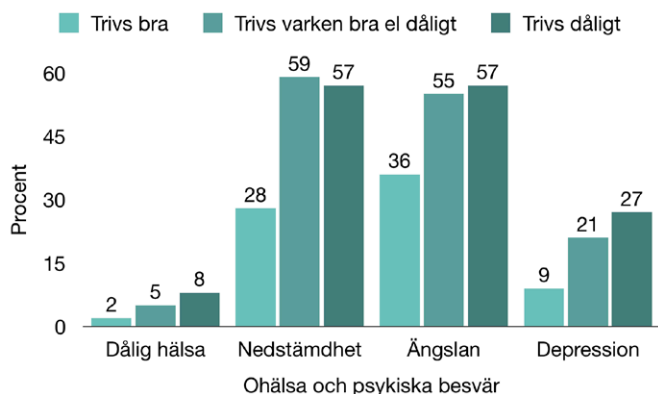
Figur 8.3. Trivsel med arbetet och arbetsmiljöfaktorer, sambandsmättet gamma.

Oron för att förlora jobbet samvarierar starkt med trivsel för kvinnor. Monotona jobb, det vill säga jobb som består av upprepade ensidiga rörelser sänker trivseln både för kvinnor och för män.

TRIVSEL MED ARBETET, HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Trivsel med arbetet samvarierar som väntat med ohälsa. Det gäller både för kvinnor och män.

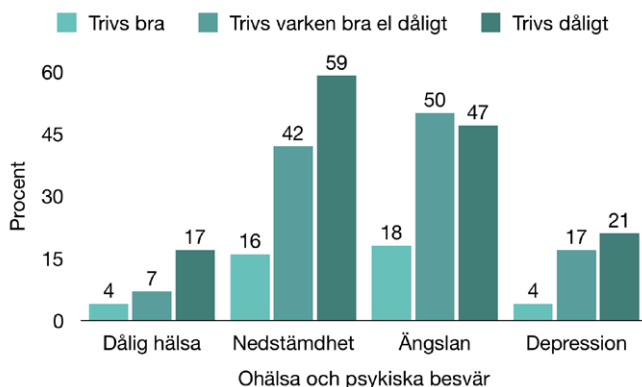
Andelen kvinnor och män med dålig hälsa, besväras av nedstämdhet (lätta plus svåra besvär), ångslan (lätta plus svåra besvär) och depression samvarierar tydligt med trivsel med arbetet. Tendensen är som väntat ju sämre man trivs med arbetet desto sämre mår man.



Figur 8.4. Trivsel med arbetet, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Andelen kvinnor med depression och dålig hälsa är tre till fyra gånger så vanligt bland dem som trivs dåligt med sitt arbete jämfört med dem som trivs bra.

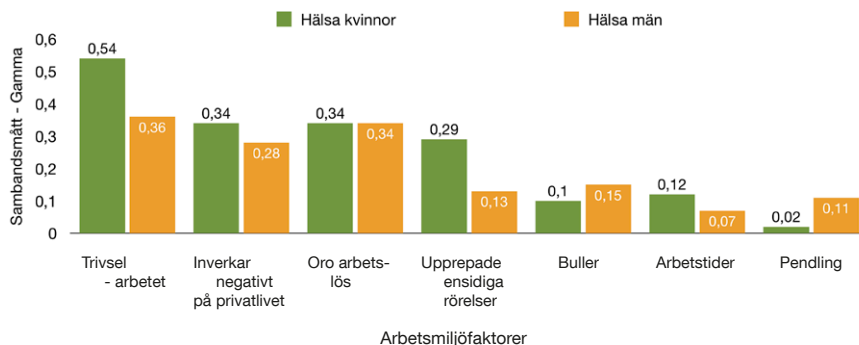
Av figur 8.5 framgår att det är fem gånger så vanligt med depression bland män som trivs dåligt (21 procent) jämfört med män som trivs bra (fyra procent). Det är drygt fyra gånger så vanligt med dålig hälsa bland dem som trivs dåligt (17 procent) ohälsa och psykiska besvär jämfört med dem som trivs bra.



Figur 8.5. Trivsel med arbetet, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

ARBETSMILJÖFAKTORER OCH HÄLSA

I figur 8.6 visas sambandet mellan arbetsmiljöförhållanden och självskattad hälsa för kvinnor och män. Trivsselfaktorn uppvisar det starkaste sambandet med hälsa. Därefter följer det arbetet inverkar negativt på privatlivet och oro för att förlora jobbet. Ju mer arbetet inverkar negativt på privatlivet desto sämre hälsa.



Figur 8.6. Arbetsmiljöförhållanden och självskattad hälsa, sambandsmättet gamma.

En annan faktor av betydelse är oron för att förlora jobbet. De som gör det har sämre självskattad hälsa än de som inte hyser någon sådan oro.

KAPITEL 9

Livsvillkor – ekonomisk stress, nedlåtande behandlad och ohälsa

BENGT STARRIN



Jag tog i kapitel 2 upp att livet är orättvist. Somliga drabbas av sjukdom och olyckor i tidig ålder och lever ett kort liv. Andra lever ett långt liv. Men det tycks finnas ett mönster och finns det ett mönster kan man också göra en hel del för att komma till rätta med orättvisan. I detta kapitel skall vi gräva lite djupare i de data som tidigare redovisas.

Att ekonomiska förhållanden har betydelse är inte svårt att inse. Pengar är viktigt för att klara de dagliga utgifterna som mat, bostad och kläder. Men också betydelsefullt för att stabilisera och vidmakthålla en etablerad livsstil samt för att umgås med vänner och bekanta. Men pengar ger dessutom även en känsla av kontroll och makt.

Rent allmänt kan sägas att den forskning som intresserat sig för att belysa sambandet mellan ekonomiska förhållanden å ena sidan och ohälsa och sociala problem å andra sidan funnit att framförallt låg ekonomisk status, ekonomisk stress och fattigdom är kopplat till ökad risk för ohälsa och sociala problem. Studier visar även att ekonomiska svårigheter rent generellt är ett förhållande som starkt påverkar välbefinnandet.¹

Ekonomisk stress blev ett begrepp på allas läppar i samband med den ekonomiska krisen i början av 1990-talet. Det blev då alltmer uppenbart att man kunde bli sjuk av att ens pengar inte räckte till att betala räkningarna.

Ekonomisk stress har definierats på lite olika sätt. En indikator är att man har svårigheter att betala löpande räkningar. Hotet om att inte klara av nödvändiga utgifter är påtagligt.

Det andra förhållandet som lyfts fram är nedlåtande behandlad som är ett uttryck för spända relationer mellan människor. Socialpsykologiskt sett har människor behov av att känna sig trygga i andras närvaro, värdefulla och uppskattade i andras ögon. Sociala relationer väcker känslor och tanken är att skam och stolthet är markörer för tillstånden i de sociala banden mellan människor. Skamkänslan signalerar att det kan föreligga en risk att vi blir socialt exkluderade och utdefinierade samt att allvarliga och utdragna konflikter kan uppstå. Stolthetskänslan signalerar att det är grönt ljus, att det inte råder någon fnurra på tråden.²

EKONOMISK STRESS OCH HÄLSOBESVÄR

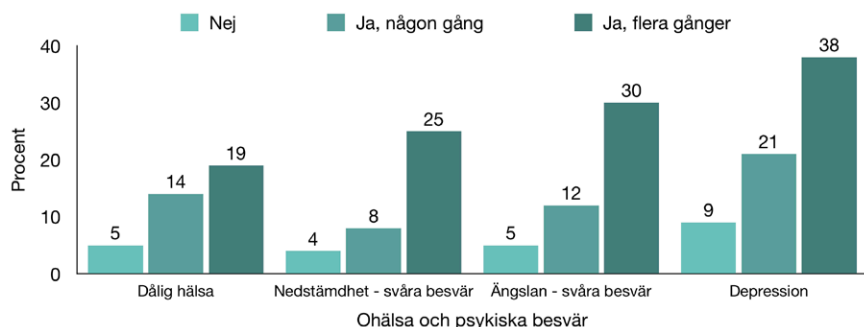
Svårigheter att klara av löpande utgifter har 13 procent av männen och 14 procent av kvinnorna haft. För både kvinnor och män gäller att svårigheter att klara av

¹ Angelin, A & Starrin, B. (2010). När pengarna inte räcker – om ekonomisk stress, skam och kampen för värdighet. I Engellmark, L & Swärd, H (red). *Fattigdom utan gränser*. Carlssons bokförlag.

² Skam signalerar således spända, osäkra och otrygga sociala relationer och stolthet säkra och trygga. Dessa känslor kan betraktas som finurliga signalsystem, som trafikljus för mänskligt samspel. Skam kan sägas vara ett samlingsnamn för en stor grupp känslor som uppstår när man ser sig själv negativt, även om det bara handlar om lätt negativt, genom den andres ögon, eller enbart att man förväntar sig en sådan reaktion. Definitionen är bred och inkluderar såväl intensiva former av skam som förödmjukelse, förnedring, nedlåtenhet och vanära som mindre intensiva former av skam, som förlägenhet. Se Scheff, T.J (1990). *Microsociology. Discourse, Emotion, and Social Structure*. Chicago: The University of Chicago Press.

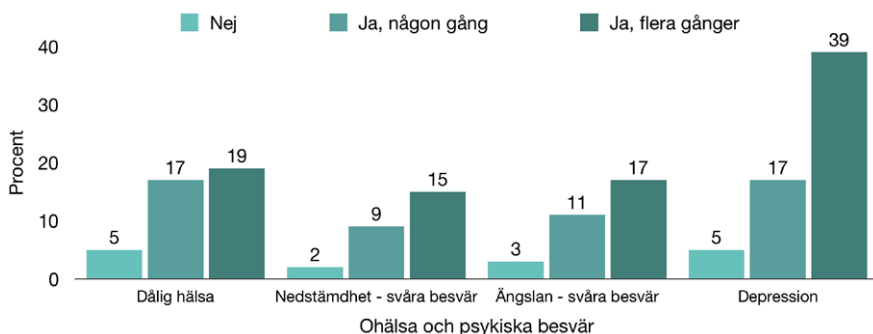
löpande utgifter samvarierar starkt med hälsobesvär. Vid ju fler tillfällen man inte klarat av att betala de löpande utgifterna desto större utbredning av besvär.

Andelen kvinnor som har fått diagnosen depression är 38 procent bland dem som vid flertalet tillfällen haft svårigheter att klara av löpande utgifter. Motsvarande siffra bland dem som inte haft några svårigheter med detta är nio procent. Svåra besvär av nedstämdhet och ängslan samt dålig hälsa följer samma mönster.



Figur 9.1. Svårigheter klara löpande utgifter, ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Som framgår av figur 9.2 är mönstren likartade för män. Ju oftare man inte klarat av att betala löpande räkningar desto större är risken för hälsobesvär. Mest markant är det för depression. Nästan fyra av tio som haft svårigheter med de löpande räkningarna har en diagnosticerad depression jämfört med fem procent bland dem som inte haft sådana problem.



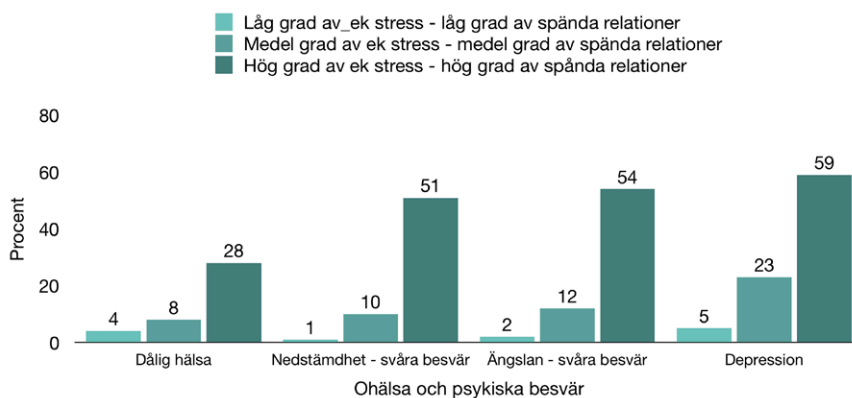
Figur 9.2. Svårigheter klara löpande utgifter, ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

EKONOMISK STRESS, SPÄNDA RELATIONER OCH HÄLSOBESVÄR

Ekonomisk stress och nedlåtande behandling (kapitel 5) samvarierar var för sig starkt med hälsobesvär. Vi skall nu titta lite närmare på hur de i kombination samvarierar med hälsobesvär.

I figurerna nedan redovisas tre grupper. Låg grad av ekonomisk stress innebär här att man inte haft några problem med löpande räkningar. Medel grad betyder att man haft problem vid ett tillfälle och hög grad att problemen uppstått vid flera tillfällen.

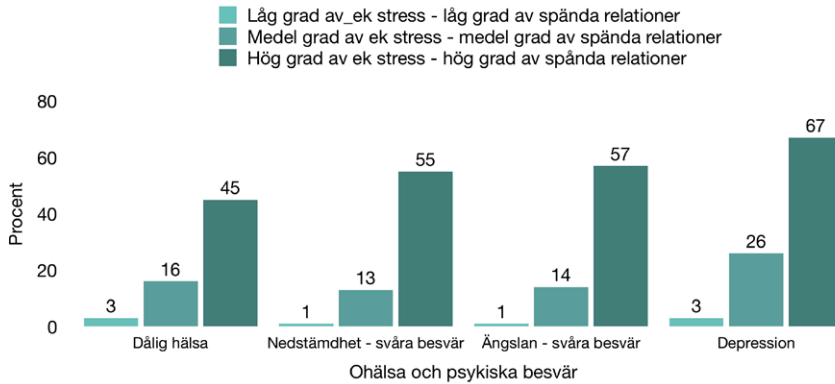
Att utsättas för nedlåtande behandling betraktar vi som en indikator på spända relationer. Låg grad innebär att man inte varit utsatt för den sortens bemötande. Medel grad betyder att man utsatts någon gång och hög grad vid flertal tillfällen. Mönstren är likartade för kvinnor som för män. Hälsobesvären ökar i takt med att den ekonomiska stressen och de sociala spänningarna ökar.



Figur 9.3. Ekonomisk stress, spända relationer och ohälsa och psykiska besvär, kvinnor, procent.

Nästan sex av tio kvinnor i ”hög-hög” gruppen har en diagnosticerad depression jämfört med endast fem procent i ”låg-låg” gruppen. Svåra besvär av nedstämdhet förekommer knappt (en procent) bland dem som varken är utsatta för ekonomiska eller relationella spänningar ”låg-låg”.

Bland män är det drygt två av tre bland dem som tillhör ”hög-hög” gruppen som har en diagnosticerad depression jämfört med tre procent i ”låg-låg” gruppen.

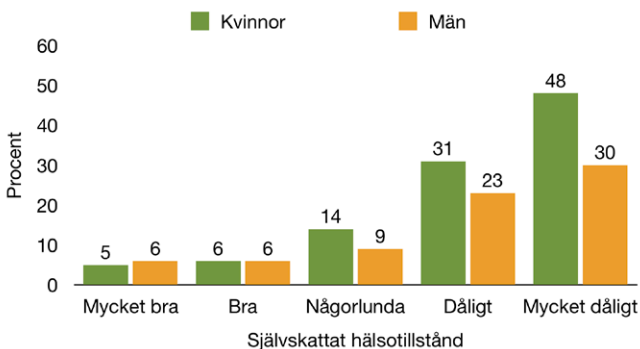


Figur 9.4. Ekonomisk stress, spända relationer och ohälsa och psykiska besvär, män, procent.

EKONOMISK STRESS SOM HINDER FÖR VÄLFÄRD OCH LIVSKVALITET

I Liv & Hälsa-undersökningen ställdes till dem 30 år och äldre frågan: "Har det under de senaste 3 månaderna hänt att du tvingats begränsa eller avstå något av följande på grund av ekonomiska skäl?" Svarsalternativen var: "Ja, sjukvårdsbesök", "Ja, läkemedelsuttag", "Ja, tandvårdsbesök", "Ja, hemtjänst", "Ja, glasögon", "Ja, hörapparat", och "Nej, inte avstått något av ovanstående".

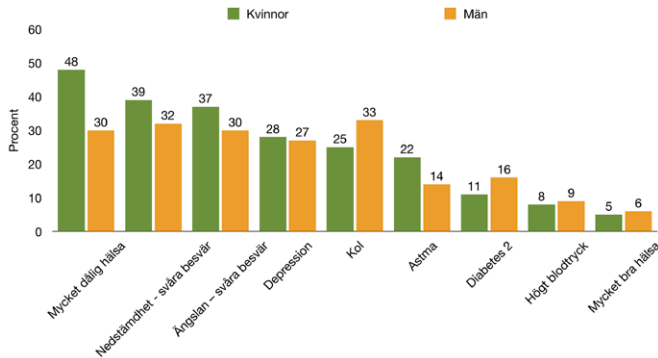
I figur 9.5 visas andelen som tvingats avstå från eller begränsa konsumtionen av tjänster, mediciner eller annat som förbättrar hälsan och/eller höjer livskvaliteten med avseende på sin egen självskattade hälsa.



Figur 9.5. Självskattad hälsa och tvingad till att avstå eller begränsa bruk av välfärdstjänster och välfärdshjälpmedel på grund av ekonomiska skäl, fördelat på kön.

Som väntat finns det en tydlig samvariation med självskattad hälsa. Av dem som har en mycket dålig hälsa är det 48 procent av kvinnorna och 30 procent av

männen som tvingats att avstå eller göra begränsningar. Motsvarande för dem med mycket bra hälsa är fem respektive sex procent.

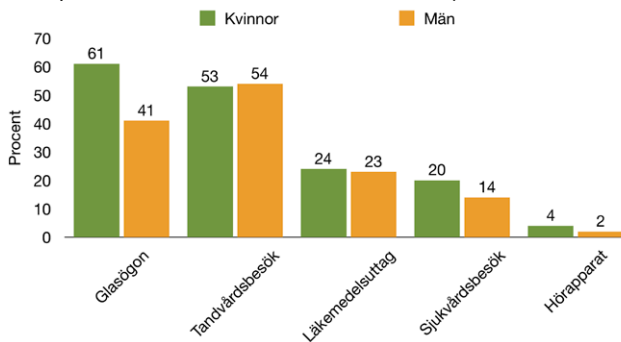


Figur 9.6 Hälsobesvär och tvingad till att avstå eller begränsa bruk av välfärdstjänster och välfärdshjälpmedel på grund av ekonomiska skäl, procent.

För kvinnor gäller att det är dem med ”mycket dålig hälsa”, svåra besvär av ”nedstämdhet”, ”ängslan” och diagnosticerad ”depression” som av ekonomiska skäl tvingats avstå från välfärdstjänster och hjälpmedel som höjer välfärd och livskvalitet. För män är det dessutom dem med KOL som tvingats avstå eller göra begränsningar.

VAD TVINGAS MAN AVSTÅ FRÅN ELLER GÖRA BEGRÄNSNINGAR I?

När man avstår eller begränsar bruket av välfärdstjänster eller välfärdshjälpmedel vad handlar det då om? Jo, bland dem som avstått eller begränsat bruket av välfärdstjänster eller välfärdshjälpmedel gäller för både kvinnor och män att man i första hand drar in på köp av glasögon och tandvårdsbesök. I runda tal sex av tio kvinnor och fyra av tio män drar in på köp av glasögon. Drygt hälften drar in på tandvårdsbesöken. I runda tal var fjärde tar inte ut läkemedel. För både kvinnor och män gäller att man drar in på köp av glasögon och tandvårdsbesök. I runda tal sex av tio kvinnor och fyra av tio män drar in på köp av glasögon. Drygt hälften drar in på tandvårdsbesöken. I runda tal var fjärde tar inte ut läkemedel.



Figur 9.7. Välfärdstjänster eller välfärdshjälpmedel som man avstått från eller begränsat sitt bruk av på grund av ekonomiska skäl bland dem som avstått eller begränsat bruket av välfärdstjänster eller välfärdshjälpmedel, fördelat på kön, procent.

KAPITEL 10

Nöjd, glad och framtidstro

BENGT STARRIN



Varje år publicerar FN rapporten World Happiness Report. Människor runt om i världens alla länder har fått besvara frågor om hur lyckliga och nöjda de är. I topp brukar de skandinaviska länderna ligga. I den senaste rapporten är Sverige på en niondeplats.¹ Men det är, som man konstaterar i rapporten, små skillnader mellan de länder som ligger i topp.

Det som gör att nordborna tillhör de mest nöjda och lyckliga är en sammanvägning av faktorer som ekonomisk trygghet, mänskliga fri- och rättigheter, hälsosam livsföring, goda vänner, att ha någon att lita på och generositet.

Goda sociala och ekonomiska förhållanden är gynnsamt för välbefinnandet. Forskare talar framför allt om sju faktorer ("the big seven") som sägs vara viktiga, nämligen inkomst, arbete, familj, vänner, hälsa, frihet och personliga värden.²

Lycka och välbefinnande har också mycket positiva effekter på samhället som helhet. Lyckliga människor lever på det hela taget längre, är mer produktiva och med lycka och välbefinnande följer vänskap, solidaritet och omtanke om andra. Lycka och välbefinnande för således mycket gott med sig. Forskare beskriver dessa tillstånd som "go signal" – någonting som gör oss aktiva, utforskande och vänligt sinnade.

Definitionerna på lycka varierar. Ett vanligt sätt att definiera lycka är att använda stödord som glädje, förnöjsamhet och positivt välbefinnande och så är det i den amerikanska psykologen Sonja Lyubomirskis definition. Hon definierar lycka som en känsla av glädje, förnöjsamhet och positivt välbefinnande i kombination med att vi upplever livet som gott, meningsfullt och värt att leva.³

Frågan om lycka har fånglat vetenskapen av och till under historiens gång. För flera av de mer kända filosoferna var lycka en central fråga. Den stod i fokus för den grekiske filosofen Aristoteles. Hans åsikt var att lyckan kommer till den som optimalt utnyttjar sina möjligheter. För den engelske filosofen Jermy Bentham var lycka inte bara en filosofisk fråga utan också i högsta grad något som ett samhälle bör sträva efter. Det kännetecknande draget hos lycka är frånvaro av smärta och närvaro av välbehag. Han är också känd för att ha formulerat devisen "största möjliga lycka för största möjliga antal individer".

Lycka var också en gång i tiden central för sociologin. Så var det för en av den amerikanska sociologins pionjärer – Lester Ward som verkade i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet. Han betraktade lycka som en huvudfråga för sociologin. Sociologins uppgift var att studera vad som påverkade lyckonivån. Politikernas uppgift var sedan att skapa de villkor i samhället som bäst gynnade lyckan.⁴

¹ World Happiness Report, 2018.

² Layard, R. (2005) *Happiness; Lessons from a New Science*. London: Penguin.

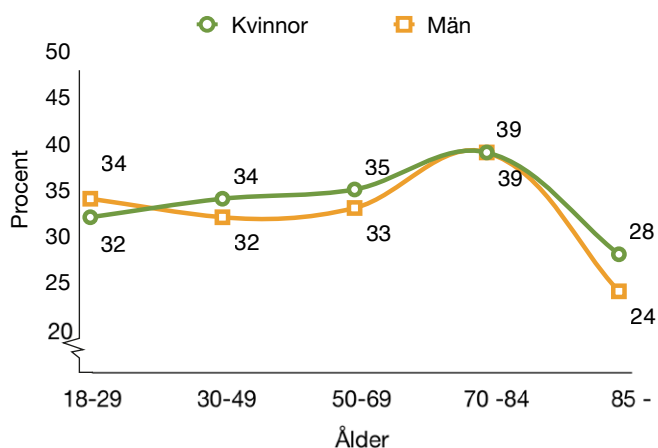
³ Lyubomirski, S. (2008) *Lyckans verktyg*. Stockholm: Natur och Kultur.

⁴ Ward, L. (1883). *Dynamic Sociology*. New york: Appleton.

NÖJD, GLAD OCH FRAMTIDSTRO I VÄRMLAND

I Liv & Hälsa undersökningen ställdes frågan: "Hur nöjd är du på det hela taget med det liv du lever?" På frågan uppgav 90 procent att de var mycket eller ganska nöjda. Mycket nöjda var 34 procent. För kvinnor stiger förnöjsamheten fram till 84 år för att sedan sjunka kraftigt. För männen når också förnöjsamheten sin topp vid den åldern. För att därefter sjunka.

Förnöjsamheten samvarierar även med inkomst. För både kvinnor och män gäller att den är som högst bland dem som tjänar mest. Bland kvinnor är det som mest tydligt. I den gruppen är det 45 procent som är mycket nöjda med livet.

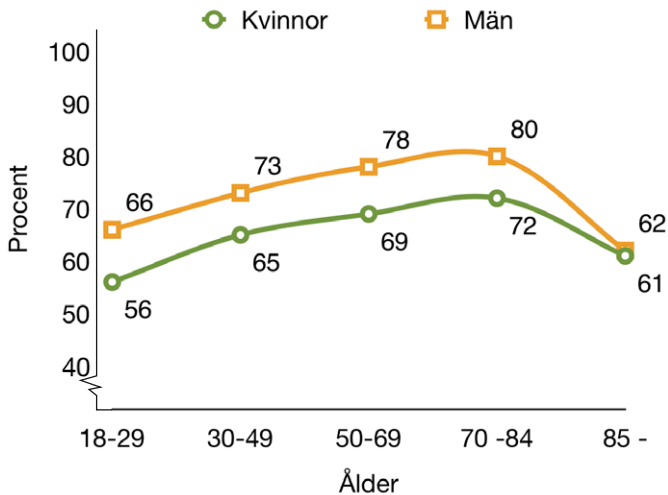


Figur 10.1. Andelen som är mycket nöjda med livet, fördelat på ålder och kön.

För både kvinnor och män gäller också att högutbildade är mer nöjda än dem med kortare utbildning.

Kvinnliga företagare är mest nöjda med livet av alla och manliga arbetslösa minst nöjda.

I Liv & Hälsa-undersökningen fick de svarande ta ställning till en rad påståenden om vad de känt under de senaste två veckorna. Ett av dem lød: "Jag har känt mig glad och på gott humör". Sextiosex procent av männen och 74 procent av kvinnorna uppgav att de känt sig glada hela eller mesta delen av tiden. Glädje uppvisar ett tydligt åldersrelaterat mönster som är likartat för både kvinnor och män. Andelen glada och på gott humör ökar med stigande ålder fram till 84 år för att därefter sjunka. Men för män ligger den fortfarande över nivån för den yngsta åldersgruppen.

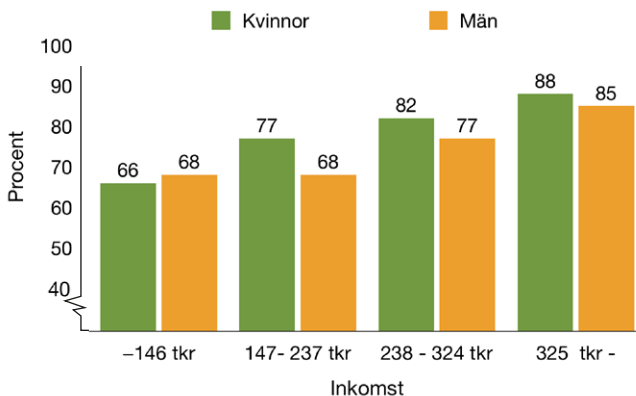


Figur 10.2. Andelen som känt sig glad och på gott humör hela eller mestadels av tiden, fördelat på ålder och kön

Det är bland kvinnor som haft svårigheter att klara löpande utgifter som andelen glada och på gott humör är lägst och bland män är det de arbetslösa.

På frågan om hur man ser på framtiden för sin personliga del uppgav 76 procent av kvinnorna och 74 procent av männen att de såg mycket eller ganska optimistisk på framtiden. Frågan ställdes enbart till dem upp till och med 69 år. Frågan om framtiden ställdes även i Liv & Hälsa 2004 och 2008 men inte i Liv & Hälsa 2012.

Andelen optimistiska har ökat sedan 2004. För kvinnor med nio procentenheter – från 68 till 77 procent och för män med sju procentenheter – från 67 till 74 procent.



Figur 10.3. Andelen som ser mycket eller ganska optimistiskt på framtiden, fördelat på inkomst och kön.

Framtidstron ökar med stigande inkomst. För kvinnor framträder ett tydligt trappstegsliknande mönster.

Framtidstron ökar också med stigande utbildning. För kvinnor ökar den från 67 procent till 85 procent och för männen från 67 till 82 procent. För kvinnor är det en ökning med 18 procentenheter och för män med 15 procentenheter.

För män är framtidstron lägst bland arbetslösa och för kvinnor lägst bland dem som har haft svårigheter att klara löpande utgifter.

KAPITEL 11

I riktning mot en jämlik hälsa

BENGT STARRIN



SAMMANFATTNING

Hur står det då till med folkhälsan i Värmland? Positivt är att medellivslängden har ökat. Negativt är att skillnaderna i livslängd är anmärkningsvärt stora mellan kommunerna. Männerna i Kil lever så mycket som sju år längre än männen i Munkfors.

Idag skattar cirka sju av tio värmlänningar sin hälsa som bra. Något fler män än kvinnor upplever att de har bra hälsa.

Rapporten visar också på stora skillnader i psykisk ohälsa och besvär mellan olika grupper. De är störst bland utsatta som arbetslösa och bland dem med sämre ekonomiska resurser i form av svårigheter att betala löpande räkningar. Besvären är som störst bland de yngsta. De minskar med stigande ålder fram till den äldsta gruppen där den viker uppåt.

Levnadsvanor: Rökningen och riskbruket av alkohol minskar och fetman ökar. Flera av levnadsvanorna samvarierar med otrygga livsvillkor som dålig ekonomi och otrygg sysselsättning.

Levnadsvanor samvarierar även med hälsobesvär men sambandets riktning är i många fall oklar. Till exempel har dagligrökarna mer av psykiska besvär än de som inte röker. Det är mindre troligt att rökning orsakar psykisk ohälsa än att psykisk ohälsa är en anledning till att man fortsätter med rökandet.

Fysisk aktivitet uppvisar ett tydligt samband med hälsa. Aktiva har bättre hälsa. Här är det rimligt anta att sambandet går åt båda hållen. Motion är bra för hälsan. Men också om man mår bra är man mer motiverad att motionera.

Tillit och sociala relationer: De flesta värmlänningarna litar på folk. Men tilliten varierar. Den stiger med ökad inkomst och utbildning.

Trettiosex procent av kvinnorna och 27 procent av männen uppger att de behandlats på ett nedlåtande sätt.

För 36 procent av kvinnorna och åtta procent av männen händer det att de avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

Förtroendet för samhällets institutioner och motsvarande har på det hela taget ökat sedan tidigare mätningar. Men fortfarande är förtroendekapitalet för de flesta institutioner negativt.

Störst förtroende har värmlänningarna för hälso- och sjukvården, folktandvården och polisen och minst förtroende för Arbetsförmedlingen, landstings- och kommunpolitikerna.

Nöjda med sitt liv och framtidstro: Det stora flertalet värmlänningar är nöjda med sitt liv och förnöjsamheten ökar med stigande inkomst och minskar med social och ekonomisk utsatthet.

Värmlänningarna har sedan förra mätningen blivit mer optimistiska inför framtiden. Framtidstron ökar med stigande inkomst och stigande utbildning. Bland

män är framtidstron lägst bland arbetslösa och bland kvinnor de som har haft svårigheter att klara löpande utgifter.

Livsvillkor: Livsvillkor och hälsa samvarierar. Två förhållanden som på ett tydligt sätt samvarierar med hälsobesvär är ekonomisk stress och spända sociala relationer. Ju mer av ekonomisk stress och ju mer av spända relationer desto större är risken för hälsobesvär.

Brist på ekonomiska resurser utgör ett hinder för människor med hälsobesvär att bruka välfärdstjänster som tandläkarbesök och välfärdshjälpmedel som köp av glasögon. Bland dem som har en mycket dålig hälsa är det nästan hälften av kvinnorna och 30 procent av männen som tvingats att göra begränsningar eller avstå från att bruka sådana tjänster eller införskaffa hjälpmedel.

Ekonomiska svårigheter och arbetslöshet samvarierar med smärta och är mest utbredd bland kvinnor som haft svårt att klara löpande utgifter och bland män som är arbetslösa.

De flesta värmlänningarna trivs med jobbet. Men höginkomsttagare trivs bäst, socialt och ekonomiskt utsatta sämst. Trivs bäst gör de som har ett arbete där det inte inverkar på privatlivet. Ju sämre man trivs desto sämre mår man.

SAMSPelet MELLAN LEVNADSVANOR OCH LIVSVILLKOR

Det råder enighet om att det är viktigt att arbeta för en mer jämlik hälsa. Men uppfattningar om vägen dit skiljer sig åt. Handlar det i första hand om att förändra levnadsvanorna eller förändra livsvillkoren? Eller både och.

Arbetet med att utjämna skillnader i hälsan står inför en utmaning. I vilken grad är det möjligt att utjämna skillnader genom praktiskt hälsoarbete och i vilken utsträckning krävs insatser för att utjämna skillnader i inkomst, makt och status?

Den svenske forskaren Sven Bremberg reser denna viktiga fråga och betonar de svårigheter med att skapa en mer jämlik hälsa genom ensidig fokusering på livsstilsfaktorer. För det har visat sig, skriver han, att ekonomiskt och statusmässigt gynnade grupper snabbare tar till sig nya rön som att sluta röka, äta nyttigt och motionera mer. Därför kommer de högre skikten att behålla sitt försprång.¹

Frågan om livsvillkorens och levnadsvanornas betydelse för hälsa är förmodligen mer komplicerade än vad vi föreställer oss. Visserligen är det vi själva som bestämmer om vi skall sluta röka eller ej. Det låter enkelt. Men vi måste ställa oss frågan om hur motivationen för att förändra levnadsvanor påverkas av livsvillkoren eller levnadsförhållanden. Låt mig ge några exempel. Varför röker lägre sociala skikt mer, är mindre fysiskt aktiva och mer drabbade av fetma än högre sociala skikt när det en gång i tiden var precis tvärtom? Vilken roll spelar livsvillkoren för motivationen att förändra levnadsvanor? Vilken roll spelar klassspecifika och grupp-specifika normer för våra levnadsvanor?

¹ Bremberg, S. (2016). Att minska ojämlikhet i hälsa – några dilemman. *Nordisk välfärdsforskning*, nr 1.

MINSKA HÄLSOKLYFTORNA!

Regeringen lade i april i år fram en proposition om åtgärder för att minska de ökande hälsoklyftorna. Fokus är på jämlik hälsa och innehåller åtta målområden. Jämfört med tidigare är det nya målet för folkhälsopolitiken att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.²

Propositionen bygger på en rapport från kommissionen för jämlik hälsa.³ I den skriver man att folkhälsan i Sverige vid en jämförelse med andra länder är väldigt god men att mer behöver göras både för att dels stärka individens egna möjligheter att agera och dels öka samhällets förmåga att bidra med mer likvärdiga livsvillkor.

I rapporten trycker författarna på betydelsen av mer jämlika uppväxtvillkor, kunskaper, arbete och försörjning.

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

Man trycker också på att föreställningen om en motsättning mellan att stödja individernas egna hälsoval eller att arbeta med de mer grundläggande förutsättningarna för hälsa är förlegad och måste överkommas om vi ska kunna röra oss mot en mer jämlik hälsa.

”Det behövs ett brett spektrum av åtgärder, både vad gäller innehåll och inriktning, men också ett brett spektrum av aktörer. Hälsogradienten berör hela samhället, därför behöver också *hela samhället engageras* i arbetet för en mer jämlik hälsa.” (min kursivering).

Avslutningsvis. Syftet med den här rapporten har varit att beskriva hälsan i Värmland utifrån ett antal faktorer som handlar om levnadsvanor och livsvillkor. Som underlag har data från undersökningen Liv & hälsa 2017 använts. Fokus har varit den jämlika hälsan men ramarna för arbetet har gjort att inga konkreta förslag ges på vad som bör göras för att minska hälsoklyftorna i Värmland. Saken är komplex och arbetet med att utjämna hälsoskillnaderna kräver naturligtvis en mängd olika åtgärder. Bland annat mer av djuplodande analyser.

Förhoppningsvis kommer den forskarrapport som experter vid Karlstads universitet håller på att färdigställa vara ett viktigt kunskapsunderlag för åtgärder för att minska hälsoklyftorna. Men för att nå ända fram krävs, som jag ser det, ett brett folkligt engagemang.

² Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.http://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf

³ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm 2017. SOU 2017:47

Referenser

- Allvin, M., Aronsson, G., Hagström, T., Johansson, G & Lundberg, U. (2006). *Gränslöst arbete: Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber
- Althoff, T med flera. (2017). Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*, 20, 547 (7663), 336 – 339.
- Angelin, A & Starrin, B. (2010). När pengarna inte räcker – om ekonomisk stress, skam och kampen för värdighet. I Engelmark, L & Swärd, H (red). *Fattigdom utan gränser*. Carlssons bokförlag.
- Bailis, D. S., Segall A & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine*, 56, 2, 203–17.
- Barke, M., Fribush, R., & Stearns, P. (2000). Nervous Breakdown in 20th-Century American Culture. *Journal of Social History*, 33, 3, 565–584.
- Boström G. (2010). Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter? Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Hämtad från: [https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/ 9 enkaterundersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/nationella-folkhalsoenkaten-vad_betyder_bortfallet-100330.pdf](https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/9%20enkaterundersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/nationella-folkhalsoenkaten-vad_betyder_bortfallet-100330.pdf)
- Bowley, A. L. & Burnett-Hurst, A. R. (1915). *Livelihood and poverty; a study in the economic conditions of working-class households in Northampton, Warrington*. London: G Bell and sons Ltd.
- Brandheim, S. (2017). *A systemic stigmatization of fat people*. Karlstad University Studies. Akademisk avhandling.
- Bremberg, S. (2016). Att minska ojämlikhet i hälsa – några dilemman. *Nordisk välfärdsforskning*, nr 1.
- Bruhn, J. G. & Wolf, S. (2004). *The Roseto Story – An Anatomy of Health*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Burström B. & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 55, 11, 836–840.
- Burton, R. (1621). *The Anatomy of Melancholy*. [http://www.fcsh.unl.pt/docentes/rmonteiro/Pdf/ Anatomy_of_Melancholy.pdf](http://www.fcsh.unl.pt/docentes/rmonteiro/Pdf/Anatomy_of_Melancholy.pdf)
- Dahlgren G. & Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dahlgren, L. & Starrin, B. (2004). *Emotioner, vardagsliv och samhälle*. Malmö: Liber.
- Danermark, B. D. (1998). Hearing impairment, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective. *Scand Audiol Suppl*, 49, 125–131.
- Eriksson, U. B., Janson, S. & Starrin, B. (2001). *Utbränd och emotionellt utmärglad*. Lund: Studentlitteratur.

- Farrimond, H. R. & Joffe, H. (2006). Pollution, peril and poverty: a British study of the stigmatization of smokers. *Community & Applied Social Psychology*, 16, 6, 481–491.
- Folkhälsomyndigheten (2017). Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017. Solna/ Östersund: Folkhäl- somyndigheten.
- Fuller R. W. (2006). *All Rise – Somebodies, Nobodies and the Politics of Dignity*. San Francisco: Berrett- Koehler Publishers.
- Gauffin, K., Hogstedt, C. & Östergen, P-O. Klass och ohälsa. *Rapport från Katalys NO 57*. <https://www.katalys.org/wp-content/uploads/2018/04/No-18.-Klass-och-halsa.pdf>
- Henriksson, A. (1972). *Underfund*. Stockholm: Bonnier.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10,2, 227–237.
- http://ec.europa.eu/commfrontof ce/publicopinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf
- <http://www.oocities.org/victorianmedicine/iframeh.html>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>
- <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>
- <https://www.so-rummet.se/kategorier/historia/historiska-teman/historia-om-tobak-och-alkohol#> <http://www.helamanniskansmaland.se/alkoholdaochnu.htm>
- <https://www.so-rummet.se/kategorier/historia/historiska-teman/historia-om-tobak-och-alkohol#> <http://www.helamanniskansmaland.se/alkoholdaochnu.htm>
- Hörselskadade i siffror 2017. Statistik om hörselskadade och hörapparatutprovningar i Sverige från Hörselskadades Riksförbund (HRF).
- Idler, E. L & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38, 1, 21–37
- Johannisson, K. (2002). När otillräckligheten byter namn: Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan. I: Ekman, R & Arnetz, B (red.), *Stress. Molekylerna – individen – organisationen – samhället*. Stockholm: Liber.
- Karasek R & Theorell T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Layard, R. (2005). *Happiness; Lessons from a New Science*. London: Penguin.
- Levy, B. R., Slade, M. D. & Kunkel, S. R. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging, *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 2, 261–270
- Lindström, M., Modén, M., Grahn, M., Fridh, M. & Rosvall, M, *Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Malmö – Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. <http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6c->

- fcc800066516/Livsvillkor+levnadsvanor+och+hälsa+i+Malmö_Ros-vall+m.pdf
- Linné von, C. (1763). *Den mångnyttiga rörelsen*. Uppsala Universitet.
- Liv & Hälsa i Mellansverige. <http://www.lul.se/Global/Regional%20utveckling/Folkhälsa/Liv%20och%20hälsa/Resultat%20Liv%20och%20hälsa%202017.pdf>
- Lundberg, O. *Ojämlighet i livslängd mellan och inom grupper en avgörande utmaning*. <http://kommis-sionjamlikhalsa.se/blogg/ojamlikhet-i-livslangd-mellan-och-inom-grupper-en-avgorande-utmaning>
- Lyubomirski, S. (2008). *Lyckans verktyg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Marmot, M. (2004). *Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Mayhew, H. (1861). *London Labour and the London Poor*. Oxford University.
- Mohseni, M. & Lindström, M. (2008). Social capital, political trust and self-reported health: A population based study in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 1, 28–34.
- Mohseni, M. & Lindström, M. (2008). Social capital, trust in the health care-system and self rated health: The role of access to health care in a population-based study. *Social Science and Medicine*, 64, 7, 1373–1383.
- Morris J. N., Kagan A., Pattison D. C. & Gardner M. J. (1966). Incidence and prediction of ischaemic heart-disease in London busmen. *Lancet* ii: 553–59.
- Morris J. N. & Titmuss R. M. (1944). Health and social change. I: the recent history of rheumatic heart disease. *Medical Officer*. August 26, 2, 9.
- Nilsson, F. (2011). *I ett bolster av fett: En kulturhistoria om övervikt, manlighet och klass*. Sekel bokförlag.
- Norell, P. O. (2014). Har värmlänningarna förtroende för samhällsinstitutioner och politiker? I: Kalander Blomqvist, M., Nyberg, C. & Janson, S. (red.) *Värmlänningarnas liv och hälsa 2012*. Karlstad: Universitetstryckeriet.
- Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm 2017. SOU 2017:47
- Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. http://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca-158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf
- Rothstein, B. Förtroende för andra och förtroendet för politiska institutioner. https://www.researchgate.net/profile/Bo_Rothstein/publication/239575125_FORTROENDE_FOR_ANDRA_OCH_FORTROENDE_FOR_POLITISKA_INSTITUTIONER/links/541ffc1a0cf203f155c292ab/FOeRTROENDE-FOeR-AN-DRA-OCH-FOeRTROENDE-FOeR-POLITISKA-INSTITUTIONER.pdf
- Sapolsky, R. M. (2003). *Varför zebbror inte får magsår*. Stockholm: Natur & kultur.

- Scheff, T. J. (1990). *Microsociology. Discourse, Emotion, and Social Structure*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Se <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/topplistor-kommuner/forvantad-medellivslangd/>
- Strang, P. (2014). *Att höra till: om ensambet och gemenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Starrin, B. & Rönning, R (red). (2011). *Socialt kapital i ett välfärdsperspektiv*. Malmö: Liber förlag.
- Starrin, B. (2011). Socialt kapital och hälsa. I: Starrin, B & Rönning, R (red). *Socialt kapital i ett välfärdsperspektiv*. Malmö: Liber förlag.
- Starrin, B. (2011). Skam stigma och psykisk ohälsa. I: Sundgren, N & Topor, A. (red.). *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm. Bonniers.
- Starrin, B. (2018). Bortfall i surveyundersökningar: Var går smärtgränsen? *Socialmedicinsk tidskrift*, 95, 3, 382–384.
- Therborn G, (2016). *Ojämlighet dödar*. Lund: Arkiv förlag.
- Torell, U. (2002). *Den Rökande Människan: Bilden av tobaksbruk i Sverige mellan 1950–1990-tal* Carlssons.
- Waldron, V. R. (2000). Relational experiences and emotion at work. I: Fineman, S (Ed.). *Emotion in organizations*. London, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ward, L. (1883). *Dynamic Sociology*. New york: Appleton.
- Weibull, L. Förtroende för olika grupper. https://www.ips.gu.se/digitalAssets/1360/1360239_f-rtroen-de-f-r-olika-grupper--lennart-weibull.pdf
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2018). *The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-Being*. London: Allen Lane.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). *Jämlikhetsanden – Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval förlag.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge.
- World Happiness Report, 2013
- World Happiness Report, 2018.

Tabellbilaga

Liv & hälsa 2017 är källa till alla tabellerna i bilagan. Tabellnumreringen relaterar till de olika kapitlen i rapporten Värmlänningarnas liv & hälsa 2017, dvs tabell 3.1 hör ihop med kapitel 3 Självsattad hälsa, sjukdomar och besvär.

Tabell 3.1. Sociala bakgrundsfaktorer och hälsa, procent.

	Allmänt hälsotillstånd mycket bra/bra		Allmänt hälsotillstånd mycket dåligt/dåligt		Långvariga hälsoproblem		Astma*	
	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %
TOTALT	67	72	7	6	39	37	9	8
ÅLDER								
18-29	71	79	7	5	31	25	10	11
30-49	76	81	5	5	33	33	9	8
50-69	68	69	8	6	43	44	8	7
70-84	58	59	6	7	43	44	7	7
85 -	36	39	14	12	52	51	8	2
HUSHÅLLSTYP								
Ensamboende	53	57	10	11	47	37	9	8
Ensamboende med barn	56	78	7	3	46	29	7	10
Gift/Sambo/ Partner utan barn	67	68	4	7	34	39	8	8
Gift/Sambo/ Partner med barn	75	80	6	5	32	34	13	6
INKOMST (TUSEN KR)								
- 146	56	65	11	8	46	40	9	10
147-237	69	64	6	8	37	43	9	6
238-324	77	79	3	4	33	30	9	8
325 -	83	81	2	4	30	36	9	7
UTBILDNING								
Förgymnasial	51	66	10	5	45	37	7	8
Gymnasial	66	71	6	7	39	38	9	8
Eftergymnasial	79	79	4	5	33	36	8	7
SYSSELSÄTTNING								
Anställd	79	83	2	3	29	30	9	8
Företagare	83	78	1	6	27	25	5	9
Studerande	77	83	4	3	25	27	4	11
Arbetslös/åtgärd	62	62	13	17	47	41	15	9
Ålderspensionär	70	71	6	3	42	46	6	5
FÖDELSELAND								
Sverige	66	72	6	5	39	37	9	9
Övriga Norden	64	57	3	7	48	44	13	7
Övriga världen	76	72	9	12	34	34	5	2
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER								
Nej	70	74	5	4	37	35	8	8
Ja	50	58	16	18	53	55	14	9

*Diagnostiserad astma

Tabell 3.2. Sociala bakgrundsfaktorer och smärtbesvär, procent.

Födelseland	Värk i skuldror, nacke eller axlar svåra besvär		Rygg-/höftmär- tor eller ischias svåra besvär		Värk i skuldror, nacke eller axlar lätta/svåra besvär		Rygg-/höftmär- tor eller ischias lätta/svåra besvär	
	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %
TOTALT	9	5	11	8	55	43	52	46
ÅLDER								
18-29	6	2	8	6	46	22	37	25
30-49	9	8	7	7	60	48	45	47
50-69	13	6	15	9	58	47	59	51
70-84	7	5	13	8	52	47	61	55
85 -	10	6	22	11	52	47	59	54
HUSHÅLLSTYP								
Ensamboende	7	3	15	7	50	37	56	41
Ensamboende med barn	17	7	13	6	56	45	58	40
Gift/Sambo/ Partner utan barn	7	5	10	9	54	43	56	50
Gift/Sambo/ Partner med barn	9	7	10	8	61	44	47	48
INKOMST (TUSEN KR)								
- 146	10	5	15	9	55	42	55	38
147-237	9	8	10	12	54	45	52	54
238-324	10	5	9	4	59	42	49	47
325 -	6	3	5	4	51	42	42	47
UTBILDNING								
Förgymnasial	12	6	16	9	54	43	58	47
Gymnasial	10	6	12	8	56	47	53	48
Eftergymnasial	6	5	6	5	55	34	45	39
SYSSELSÄTTNING								
Anställd	8	5	7	6	59	42	48	46
Företagare	5	2	9	6	49	42	46	52
Studerande	7	4	6	5	42	24	34	20
Arbetslös/åtgärd	9	13	16	20	53	41	50	42
Ålderspensionär	7	4	9	8	52	46	55	50
FÖDELSELAND								
Sverige	9	5	11	7	56	43	52	45
Övriga Norden	7	11	14	4	52	48	55	56
Övriga världen	11	13	14	19	50	42	46	46
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER								
Nej	8	5	10	7	53	40	50	45
Ja	20	11	22	16	71	59	61	52

Tabell 3.3. Sociala bakgrundsfaktorer och hörselbesvär, procent.

	Hörselbesvär lätta/svåra		Hörselbesvär svåra	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTALT	24	31	4	4
ÅLDER				
18-29	8	8	2	0,2
30-49	13	10	0,5	0,5
50-69	23	44	2	3
70-84	42	58	7	11
85 -	74	81	28	29
HUSHÅLLSTYP				
Ensamboende	43	38	12	9
Ensamboende med barn	22	20	2	0,8
Gift/Sambo/Partner utan barn	32	50	6	10
Gift/Sambo/Partner med barn	13	22	0,3	1
INKOMST (TUSEN KR)				
- 146	26	25	5	5
147-237	27	41	5	6
238-324	18	32	1	3
325 -	20	28	2	1
UTBILDNING				
Förgymnasial	32	38	7	6
Gymnasial	24	32	4	4
Eftergymnasial	20	24	2	2
SYSSELSÄTTNING				
Anställd	17	22	2	1
Företagare	10	18	0	0
Studerande	9	6	0,6	0,3
Arbetslös/åtgärd	12	19	1	0
Ålderspensionär	24	53	4	5
FÖDELSELAND				
Sverige	25	33	4	4
Övriga Norden	32	32	8	6
Övriga världen	14	14	2	2
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER				
Nej	24	32	4	4
Ja	24	21	3	4

Tabell 4.1. Sociala bakgrundsfaktorer och psykisk ohälsa, procent.

	Depression*		Nedstämdhet svåra besvär		Ängslan svåra besvär		Nedstämdhet lätta/svåra besvär		Ängslan lätta/svåra besvär	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTALT	12	8	6	3	7	4	34	22	40	26
ÅLDER										
18-29	14	11	12	7	17	8	43	28	56	36
30-49	13	10	6	3	7	5	34	25	43	27
50-69	11	6	5	2	4	3	32	18	33	23
70-84	9	6	2	2	3	2	28	16	31	19
85 -	18	9	5	3	6	4	38	30	48	28
HUSHÅLLSTYP										
Ensamboende	17	13	9	8	11	9	41	28	44	34
Ensamboende med barn	17	11	11	1	13	3	47	25	52	33
Gift/Sambo/ Partner utan barn	7	4	2	2	4	2	28	16	34	19
Gift/Sambo/ Partner med barn	9	4	4	1	5	1	31	19	40	22
INKOMST (TUSEN KR)										
- 146	18	13	10	7	11	10	42	31	48	36
147-237	12	8	4	1	6	2	34	22	40	27
238-324	8	3	4	1	4	2	27	16	33	22
325 -	4	7	2	3	2	2	19	18	26	18
UTBILDNING										
Förgymnasial	16	9	10	3	11	5	37	20	45	26
Gymnasial	13	7	6	3	7	4	35	22	40	26
Eftergymnasial	7	7	3	2	5	4	31	23	38	25
SYSSELSÄTTNING										
Anställd	8	5	3	2	5	3	26	20	37	23
Företagare	6	5	3	6	5	6	21	17	34	16
Studerande	8	13	9	3	13	6	37	30	54	40
Arbetslös/åtgärd	21	13	12	8	14	8	43	45	51	48
Ålderspensionär	10	1	3	0,2	3	0,5	15	9	26	15
FÖDELSELAND										
Sverige	12	7	6	3	7	4	35	21	41	26
Övriga Norden	15	11	2	4	2	10	32	29	34	35
Övriga världen	10	13	6	3	8	5	26	26	38	27
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER										
Nej	9	5	4	2	5	3	31	19	36	23
Ja	30	28	17	12	21	14	57	46	65	51

*Diagnostiserad depression.

Tabell 5.1. Sociala bakgrundsfaktorer, relationer och trygghet, procent.

	Man kan lita på människor, tillit		Nedlåtande behandlad		Har någon att dela känslor med		Kan få praktisk hjälp vid behov		Rädd för att gå ut ensam	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTALT	75	74	36	27	91	87	93	91	36	8
ÅLDER										
18-29	60	60	57	44	90	83	92	87	47	8
30-49	73	73	48	34	92	88	94	92	35	7
50-69	76	76	34	22	92	89	92	92	33	8
70-84	88	82	12	8	90	87	93	91	31	8
85 -	81	87	10	7	84	89	94	90	27	11
HUSHÅLLSTYP										
Ensamboende	80	73	24	29	84	72	93	84	35	11
Ensamboende med barn	62	73	44	23	79	86	86	94	27	6
Gift/Sambo/ Partner utan barn	82	80	26	15	95	95	95	94	35	9
Gift/Sambo/ Partner med barn	74	75	44	31	94	92	94	95	34	4
INKOMST (TUSEN KR)										
- 146	69	67	36	34	89	84	91	86	38	13
147-237	74	71	36	26	91	85	93	90	37	9
238-324	83	76	37	24	90	90	98	94	33	5
325 -	88	82	38	22	97	92	96	96	26	3
UTBILDNING										
Förgymnasial	66	70	28	22	87	85	90	88	38	8
Gymnasial	73	73	37	28	90	89	93	94	39	8
Eftergymnasial	85	80	41	29	94	97	96	92	30	5
SYSSELSÄTTNING										
Anställd	79	76	43	30	92	90	96	94	35	4
Företagare	77	80	45	28	94	85	95	93	21	5
Studerande	62	65	56	42	95	82	92	86	47	8
Arbetslös/ åtgärd	41	47	46	49	79	81	72	80	37	14
Ålderspensionär	81	77	21	15	96	91	93	90	42	12
FÖDELSELAND										
Sverige	77	77	37	27	91	89	95	93	36	7
Övriga Norden	76	70	25	27	88	84	90	84	35	14
Övriga världen	60	46	30	29	89	76	78	74	32	16
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER										
Nej	79	77	32	23	92	89	95	93	34	7
Ja	51	54	64	56	84	77	82	80	43	18

Tabell 6.1 Sociala bakgrundsfaktorer och levnadsvanor, procent.

	Dagligrökare		Daglig snusare		Fysisk aktivitet*		Stillasittande**		Fetma		Riskbruk alkohol	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTALT	8	8	5	21	62	62	10	18	18	19	10	17
ÅLDER												
18-29	9	9	8	21	66	64	18	25	12	13	21	26
30-49	5	9	8	25	71	64	11	22	16	21	11	16
50-69	10	8	4	24	66	66	8	15	21	23	9	19
70 -84	7	7	1	12	51	57	4	10	21	18	5	7
85 -	3	2	0	4	17	31	21	19	13	12	0,2	2
HUSHÅLLSTYP												
Ensamboende	7	11	3	13	47	52	13	19	19	17	9	23
Ensamboende med barn	18	15	7	19	53	67	14	17	26	13	26	13
Gift/Sambo/ Partner utan barn	8	7	4	15	55	60	7	12	14	15	10	10
Gift/Sambo/ Partner med barn	3	6	8	25	73	63	8	19	17	17	7	13
INKOMST (TUSEN KR)												
- 146	10	9	3	19	51	53	12	20	18	19	11	20
147-237	7	11	4	17	65	61	8	14	18	18	10	14
238-324	6	7	9	26	73	68	12	14	17	20	12	19
325 -	2	3	5	23	73	69	8	24	13	19	9	14
UTBILDNING												
Förgymnasial	11	13	3	15	44	57	12	13	20	20	9	13
Gymnasial	9	7	6	27	62	61	7	15	19	22	13	20
Eftergymnasial	4	4	5	15	76	72	12	29	14	13	9	16
SYSSELSÄTTNING												
Förvävararbetande	7	7	8	26	71	69	10	20	15	18	14	20
Företagare	6	8	4	25	79	63	10	14	8	21	3	15
Studerande	4	5	3	12	67	66	21	32	8	13	19	18
Arbetslös/åtgärd	10	18	7	26	56	50	14	23	24	21	13	12
Pensionär	10	8	1	23	64	64	3	9	19	21	7	22
FÖDELSELAND												
Sverige	8	6	5	23	64	66	11	18	17	19	11	18
Övriga Norden	12	19	3	13	55	53	9	17	26	22	11	27
Övriga världen	4	25	2	6	58	42	9	18	17	17	2	7
SVÄRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER												
Nej	6	7	4	21	62	64	9	17	17	17	9	16
Ja	19	18	9	20	62	49	18	22	22	32	19	22

*150 minuter eller mer per vecka. **10 timmar eller mer per dag.

Tabell 6.2. Levnadsvanor, ohälsa och välbefinnande, procent.

	Dåligt hälsotillstånd mycket dåligt/dåligt		Nedstämdhet svåra besvär		Ängslan, oro, ångest svåra besvär		Depression*		Mycket nöjd med livet	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
RÖKNING										
Röker dagligen	14	17	21	9	20	12	32	15	36	36
Röker ej	6	5	5	3	6	4	10	7	20	16
FYSISK AKTIVITET										
<150 min	12	12	9	6	10	8	17	12	28	23
>150 min	3	2	4	2	5	3	9	6	38	40
FETMA										
Nej	6	4	5	2	7	3	11	6	36	36
Ja	11	12	10	6	10	9	18	12	28	26
RISKBRUK ALKOHOL										
Ja	5	7	10	7	12	10	17	12	29	26
Nej	7	6	5	3	7	3	11	7	35	35

Tabell 8.1. Sociala bakgrundsfaktorer och trivsel med arbetet, procent.

	Trivs mycket bra med arbetet		Trivs dåligt med arbetet ganska/ mycket dåligt	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTALT	41	36	5	4
ÅLDER				
18-29	44	34	8	5
30-39	37	41	9	4
40-49	42	36	4	4
50-59	39	34	3	2
60-69	40	37	4	4
INKOMST (TUSEN KR)				
- 146	38	40	7	7
147-237	38	26	6	1
238-324	43	33	5	4
325 -	45	43	3	3
UTBILDNING				
Förgymnasial	26	31	7	3
Gymnasial	42	35	7	5
Eftergymnasial	41	40	4	2
ANSTÄLLNING				
Fast/ tillsvidareanställd	41	34	5	4
Tillfällig anställning	38	33	7	6
Egen företagare	49	49	5	0,4
YRKESKLASSIFICERING				
Låga formella krav	29	21	7	7
Krav gymn/ eftergymn kortare än 1 år	40	29	9	4
Praktisk eftergymnasial utb	33	34	4	4
Teoretisk/ föförberedande	45	37	2	3

Tabell 8.2. Trivsel i arbetet och sociala bakgrundsfaktorer, procent.

	Trivs mycket bra med arbetet		Trivs dåligt med arbetet ganska/ mycket dåligt	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTALT	41	36	5	4
ANTAL ARBETANDE TIM/VECKA				
-30	38	48	7	4
31-40	41	32	5	3
41 -	41	36	5	4
UTSATT FÖR BULLER				
Varje dag	31	25	10	10
Några dagar i veckan	38	38	4	1
Mer sällan	42	36	4	0,6
Aldrig	42	48	4	1
UPPREPADE OCH ENSIDIGA ARBETSRÖRELSE				
Varje dag	30	25	9	6
Några dagar i veckan	47	37	5	4
Mer sällan	41	42	0,7	2
Aldrig	48	43	4	1
PENGLAR TILL ARBETSPLATSEN				
Nej	40	35	6	4
Ja	44	38	5	3
ARBETET INVERKAR PÅ PRIVATLIVET				
Ofta	12	19	18	10
Ibland	34	27	4	5
Sällan	48	44	1	0
Aldrig	59	49	1	2
OROLIG FÖRLORA SITT ARBETE				
Ja	32	21	11	7
Nej	42	38	4	3

Tabell 8.3. Arbetsförhållanden och hälsa bland förvärvsarbetande, procent.

	Mycket bra/ bra hälsa		Mycket bra hälsa		Nedstämd- hetlätta/svå- ra besvär		Nedstämd- het svåra besvär		Ängslan lätta/svåra besvär		Ängslan svåra besvär		Depress
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %
TOTALT	77	81	21	24	32	21	4	3	39	23	6	4	11
SYSSELSÄTTNING													
Fast/ tillsvidareanställd	78	81	20	24	30	19	3	2	37	22	5	3	10
Tillfällig anställning	78	81	22	17	42	40	8	8	50	39	10	8	15
Egen företagare	81	78	37	20	29	17	7	5	34	16	9	5	5
ANTAL ARB TIM/VECKA													
-30	74	78	19	23	38	29	8	7	43	33	9	11	17
31-40	79	80	20	28	30	20	3	2	36	21	4	2	8
41 -	79	82	27	17	27	21	3	5	40	24	5	5	8
UTSATT FÖR BULLER													
Varje dag	79	74	18	13	39	23	6	8	45	28	8	8	17
Några dagar i veckan	70	85	17	22	34	26	6	1	45	25	5	1	21
Mer sällan	79	80	19	18	30	17	3	0,6	31	16	5	0,7	7
Aldrig	79	85	23	33	29	16	3	0,8	34	17	4	3	9
UPPREPADE OCH ENSIDIGA ARBETSÖRELSER													
Varje dag	69	76	14	16	42	31	6	6	48	32	8	7	16
Några dagar i veckan	72	85	15	19	36	19	7	4	38	21	6	4	16
Mer sällan	83	79	25	25	22	16	1	0,3	25	18	2	1	6
Aldrig	86	87	27	25	24	12	3	2	31	11	3	2	6
PENDLAR TILL ARBETSPLATSEN													
Nej	78	82	20	25	32	20	4	2	39	22	5	3	11
Ja	77	79	26	21	31	23	6	4	38	25	7	4	12
ARBETETS INVERKAN PÅ PRIVATLIVET													
Ofta	58	64	8	16	54	40	10	17	56	44	13	17	23
Ibland	77	77	15	12	29	23	4	2	35	25	4	3	10
Sällan	83	89	25	30	24	13	1	0	34	15	3	1	8
Aldrig	87	83	32	39	28	14	3	0,2	25	13	3	0,2	9
OROLIG FÖRLORA SITT ARBETE													
Ja	65	71	11	25	55	50	12	6	60	51	15	7	21
Nej	80	82	23	24	28	17	3	3	35	19	4	3	9

*Diagnostiserad depression.

Tabell 9.1. Livsvillkor, ekonomisk stress, spända sociala relationer, hälsa och välbefinnande, procent

	Dåligt hälsotillstånd mycket dåligt/dåligt		Nedstämdhet svåra besvär		Ängslan, oro, ångest svåra besvär		Depression*	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
NEDLÅTANDE BEHANDLING								
Nej	5	4	2	2	3	2	7	5
Ja, någon gång	7	9	9	5	11	7	17	15
Ja, flera gånger	21	21	28	23	28	23	34	24
TRAKASSERAD								
Nej	6	6	10	5	16	7	12	11
Ja, någon gång	12	6	23	7	21	6	20	23
Ja, flera gånger	24	4	58	41	74	42	80	14
HAR KONTANTMARGINAL								
Ja	5	5	4	2	5	3	9	6
Nej	12	13	12	9	16	11	22	18
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER								
Nej	5	5	4	2	5	3	9	5
Ett tillfälle	14	17	8	9	12	11	21	17
Vid flera tillfällen	19	19	25	15	30	17	38	39

*Diagnostiserad depression.

Tabell 10.1. Sociala bakgrundsfaktorer, glädje, nöjd med livet och framtidstro, procent.

	Glad – hela tiden/ mestadels		Nöjd med livet mycket/ganska nöjd		Mycket nöjd med livet		Framtidstro myck- et/ganska opti- mistisk	
	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %	Kvinna %	Man %
TOTAL	66	74	90	90	34	34	76	75
ÅLDER								
18-29	56	66	85	81	32	34	73	71
30-49	65	73	89	89	34	32	80	76
50-69	69	78	91	94	35	33	75	76
70-84	72	80	94	93	39	39		
85 -	61	62	87	86	28	24		
HUSHÅLLSTYP								
Ensamboende	60	63	88	81	28	24	70	59
Ensamboende med barn	52	73	74	85	20	16	63	73
Gift/Sambo/ Partner utan barn	74	80	96	94	42	44	77	75
Gift/Sambo/ Partner med barn	68	72	93	96	36	39	82	81
INKOMST (TUSEN KR)								
- 146	60	67	86	81	32	31	66	68
147-237	69	73	91	89	33	32	77	68
238-324	67	81	93	96	36	34	82	77
325 -	74	78	98	95	45	39	88	86
UTBILDNING								
Förgymnasial	62	77	89	91	31	36	67	67
Gymnasial	67	73	90	90	33	31	75	74
Eftergymnasial	67	75	92	89	39	38	85	82
SYSSELSÄTTNING								
Anställd	68	76	93	93	34	34	81	79
Företagare	77	78	92	97	46	41	89	79
Studerande	57	69	88	85	28	40	79	74
Arbetslös/åtgärd	62	46	74	67	29	8	63	52
Ålderspensionär	79	87	92	97	38	36	81	79
FÖDELSELAND								
Sverige	66	76	90	91	34	34	77	75
Övriga Norden	72	71	95	80	36	34	78	81
Övriga världen	61	59	87	83	34	29	78	72
SVÅRIGHETER KLARA AV LÖPANDE UTGIFTER								
Nej	69	78	92	93	38	36	80	78
Ja	42	49	72	67	13	17	56	55