



Rapportserie från Liv och hälsa ung-undersökningarna 2017 i Mellansverige

Ojämlighet i hälsa i nionde klass – skillnader utifrån kön, sexuell
läggning, födelseland, funktionsnedsättning och ekonomi

RAPPORT

1

Rapportserie om jämlik hälsa bland unga i Mellansverige

I den här rapportserien undersöks jämlikhet i hälsa och resurser hos unga i Mellansverige. Serien tas fram i samarbete mellan Region Uppsala, Landstinget Sörmland, Region Västmanland och Region Örebro län ("CDUT" utifrån varderas länsbokstav).

Rapporterna bygger på underlag från länens Liv & hälsa ungdomsundersökningar. Undersökningarna skiljer sig åt, men har gemensamt att de ställer frågor om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor till elever i årskurs 7 och 9 i grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet. Eleverna fyller i enkäterna anonymt och under lektionstid. Resultatet ger ett unikt underlag för planering, styrning och rapportering på såväl kommunal som regional nivå.

Inför 2017 års undersökning utökades samarbetet mellan länen. Syftet var att med ett antal gemensamt formulerade frågor få ett stort och enhetligt datamaterial, som kan användas för gemensamma analyser i CDUT-regionen.

I denna rapport används svaren från drygt 9 500 elever i årskurs 9. Det motsvarar 71 procent av alla elever i den årskursen i offentliga och privata skolor i CDUT.



Rapporten är framtagen av:

Henrik Andréasson, Region Uppsala
Jim Lindström, Region Örebro län
Irma Nordin, Region Västmanland
Linnea Paulsson, Region Västmanland
Carina Persson, Region Örebro län
Nicklas Pihlström, Landstinget Sörmland
Fredrik Söderqvist, Region Västmanland
Sanna Tiikkaja, Landstinget Sörmland
Claudio Troncoso Munoz, Region Uppsala
Malin Udén, Region Västmanland
Fredric Welander, Region Örebro län
Carin Östling, Region Uppsala

Publicerad 2018



Innehåll

En god och jämlik hälsa – skillnader i resurser och hälsa	4
Så undersöker vi jämlik hälsa	6
Hälsans fördelning	7
Indelningsgrunderna har starka samband med hälsan	11
Geografiska skillnader i hälsa	12
Vad säger resultatet?	13
Fotnoter	14
Bilaga 1 Indelningsgrundernas fördelning bland eleverna	15
Bilaga 2 Fördjupning av sambandsanalyserna	16
Bilaga 3 Kommunöversikt	17



En god och jämlik hälsa – skillnader i resurser och hälsa

Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och den blir i flera avseenden bättre. Samtidigt är hälsan inte jämlikt fördelad och mellan vissa grupper växer ojämlikheten.

Det är viktigt att skilja begreppen folkhälsa och hälsa åt. Folkhälsa handlar om tillståndet i grupper, regioner eller kommuner. Hälsa handlar om individens välbefinnande, och kan även ses som en resurs för att klara vardagen och förverkliga personliga mål. Även om många människor har en god hälsa är inte folkhälsan god om det råder stora hälsoklyftor i samhället.

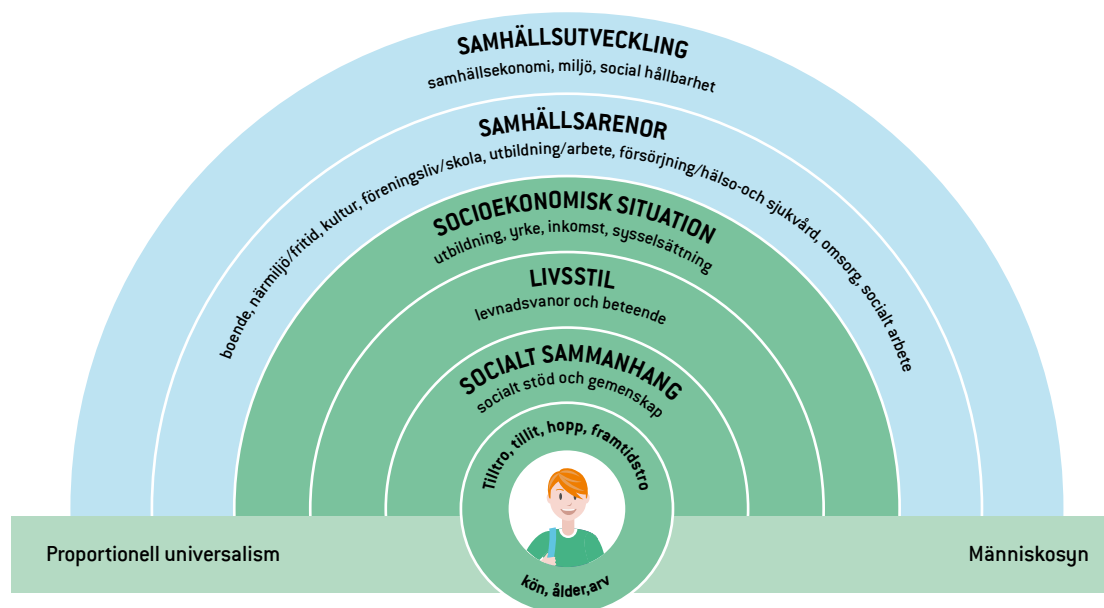
I figur 1 illustreras hur individens hälsa påverkas av olika så kallade bestämningsfaktorer. *Individuella förutsättningar* är sådant som kön, ålder och arv men även tilltro, tillit, hopp och framtidstro. Hälsan påverkas även av individens *socioekonomiska situation*, *livsstil* och *sociala sammanhang*. Strukturella samhällsfaktorer i form av *samhällsutveckling* och *samhällsarenor* påverkar individens hälsa indirekt genom att utgöra stödjande strukturer för att möjliggöra en god livssituation och goda levnadsvanor.

Hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel. Samtidigt som hälsa är ett viktigt värde i sig som formas av de villkor och möjligheter människor lever under, är hälsan en avgörande förutsättning för att upprätthålla och utveckla dessa livsvillkor.

För att stödja en gynnsam och jämlik hälsoutveckling i befolkningen behöver det hälsofrämjande arbetet präglas av *proportionell universalism* och en god *människosyn*. Begreppet "proportionell universalism"¹ betyder att åtgärderna är generella men anpassas, både i omfattning och utformning, till de grupper som har störst behov.



Även om många människor har en god hälsa är inte folkhälsan god om det råder stora hälsoklyftor i samhället.



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle. Bearbetad figur efter förlagor från Dahlgren & Whitehead, 1991 samt van Vliet & Kristenson, 2014.

Mer om arbetet för jämlik hälsa

Redan på 1970-talet började bland andra den brittiske forskaren Michael Marmot studera hur hälsa och livslängd fördelas utifrån sociala faktorer så som utbildning, inkomst, föräldrabakgrund och yrke, den så kallade sociala gradienten. Marmot visade att den sociala gradienten har stor betydelse för utfallet i hälsa, det vill säga ju lägre social position en individ har, desto sämre möjligheter till god hälsa och ett långt liv. Gradienten påverkar i vilken omfattning vi blir utsatta för hälso-risker men även hur pass motståndskraftiga vi är mot dessa hälsorisker.

År 2008 publicerade Världshälsoorganisationens så kallade Marmotkommission en rapport, Closing the Gap in a Generation, med fokus på fördelningen av den globala hälsan. Utifrån denna globala kommission har i Sverige ett antal lokala och regionala kommissioner tillsatts för att studera det egna områdets ojämlikheter i hälsa, och ta fram vetenskapligt underbyggda strategier för att minska ojämlikheten i hälsa.

Parallellt med den nationella kommissionens arbete tillsattes under 2015 en kommission för jämlik hälsa i Örebro län, med uppdrag att identifiera utmaningar och föreslå åtgärder för en mer jämlik hälsa. Kommissionens slutrapport presenterades i december 2017. Rapporten vilar på vetenskaplig grund och har utifrån ett livscykelperspektiv identifierat utmaningar och föreslagit åtgärder på olika nivåer för att överbrygga ojämlikheter i hälsa.

Mer om kommande rapporter

Våra gemensamma frågor ger oss också möjlighet att studera två av de livs-områden som har stor vikt för barn och ungas hälsa – levnadsvanor respektive kontroll, inflytande och delaktighet. Finns det skillnader i resurser, förhållanden, villkor och möjligheter mellan olika grupper av unga? Detta undersöker vi i de två efterföljande rapporterna i vår rapportserie.



Sveriges regering har som mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För att nå detta mål tillsattes 2015 en nationell kommission för jämlik hälsa som presenterade sitt slutbetänkande sommaren 2017. Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper, och att dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner.

Kommissionen fastställer att ojämlikhet i hälsa generellt är ett resultat av ojämlik tillgång till resurser. Resurserna kan utgöras av förhållanden, villkor och möjligheter. Dessa skiljer sig åt mellan olika sociala grupper. Med skillnader i resurser mellan grupper kommer också skillnader i risker, sårbarhet och mottaglighet. Även de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa skiljer sig mellan olika grupper. Det finns sju centrala livsområden där resurserna är särskilt avgörande för jämlik hälsa:

- det tidiga livet,
- kompetenser, kunskaper och utbildning,
- arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö,
- inkomster och försörjningsmöjligheter,
- boende och närmiljö,
- levnadsvanor, samt
- kontroll, inflytande och delaktighet.

Därtill lyfter kommissionen hälso- och sjukvården som ett särskilt område på grund av dess roll som direkt påverkare av hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser.

Den regionala och lokala nivån är mycket viktig för insatser för en god och jämlik hälsa. Liv och hälsa ung ger kunskap om hur länens ungdomar upplever sin hälsa och sina liv – här och nu. Det ger oss möjlighet att undersöka skillnaderna i hälsa även i våra län.

Så undersöker vi jämlik hälsa

Frågan *Hur mår du rent allmänt?* ger en bild av hur unga skattar sin egen hälsa. Resultaten från den frågan benämns omväxlande som *mående* och *hälsa* i den här rapporten.

Forskning visar att det finns en stark koppling mellan upplevd hälsa och framtida hälsa/ohälsa och även till exempel förtida död.² Tidigare analyser av Liv och hälsa ung-resultat visar att *Hur mår du*-frågan fångar in flera viktiga aspekter av självskattad hälsa, så som psykisk ohälsa, positiv psykisk hälsa, fysiska symtom och särskilt hälsorelaterad livskvalitet i stort. Hälsorelaterad livskvalitet omfattar fysisk, psykisk och kognitiv funktion, intima relationer, vänskapsrelationer, livssyn och kroppsuppfattning.



Hur mår du-frågan fångar in flera viktiga aspekter av självskattad hälsa.



I den här rapporten undersöker vi ojämlikhet i hälsa genom att presentera i vilken grad måendet skattas som bra bland elever i årskurs 9, fördelat på kön, sexuell läggning, i vilket land ungdomarna själva och deras föräldrar är födda samt om de har någon funktionsnedsättning eller inte. Valet av så kallade indelningsgrunder grundar sig på omfattande forskning och statistik.³

En ytterligare indelningsgrund med betydande påverkan på hälsans fördelning är socioekonomi. Det är svårt för barn att svara på frågor om sin familjs socioekonomiska situation. Därför använder vi oss av tre olika indikatorer: oro för familjens ekonomi, föräldrarnas sysselsättning och om ungdomarna bor med båda sina föräldrar eller inte. Vi avslutar med en geografisk genomgång – vilka skillnader ser vi mellan kommunerna i våra län? En beskrivning av hur de olika indelningsgrunderna är fördelade finns i bilaga 1.

I resultaten redovisas svaren på frågor som är gemensamma för minst tre av de fyra länen. Vilka län som haft respektive fråga kan ses i regionbokstäverna som anges under figurerna. År 2017 var ett gemensamt undersökningsår för Liv & hälsa ung i CDUT-regionen, men innan dess har årtalen och intervallerna varierat mellan länen. Därför presenteras också medelvärden.

Mer om hälsorelaterad livskvalitet och självskattad hälsa

Sambandsanalyser visar att ungdomars mående är starkast kopplat till hälsorelaterad livskvalitet (Spearman's rho = 0,67), därefter psykisk ohälsa (rho = -0,57) samt positiv psykisk hälsa (rho = 0,54) och sist fysiska symtom (rho = -0,40).

Hälsorelaterad livskvalitet mättes med Minneapolis-Manchester Quality of Life – Adolescent Form. Psykisk ohälsa inkluderade ångest och depressionssymtom och mättes med de negativa itemen i Hospital Anxiety Depression Scale. Positiv psykisk hälsa inkluderade emotionellt välbefinnande samt social- och psykologisk funktion och mättes med Mental Health Continuum – Short Form. Fysiska symtom inkluderade huvudvärk, magont, värk i skuldror, axlar och nacke, värk i rygg, höfter, knän, ben eller fötter.



Hälsans fördelning

Kön och utvecklingen över tid

I 2017 års undersökningar uppgav tre av fyra elever i CDUT-regionen att de mår bra eller mycket bra. Andelen har sjunkit de senaste åren, se figur 2. I samtliga län finns en tydlig negativ utvecklingstrend under 10-talet, framför allt för tjejer.

Figur 2 visar att det finns tydliga skillnader mellan hur tjejer och killar mår, och att den skillnaden ökat under de senaste 6–7 åren. Förutom att det är mindre vanligt att tjejer mår mycket bra eller bra är det även mer än

dubbelt så vanligt att tjejer rapporterar att de mår dåligt eller mycket dåligt, se figur 3.

I en jämförbar nationell undersökning från Folkhälso-myndigheten, Skolbarns hälsovanor⁴, går det att se hur könsskillnader i självskattad hälsa ökar med åldern. I årskurs fem är skillnaderna mycket små, medan de är påtagliga från årskurs sju. Den psykiska ohälsan ökar generellt bland unga och i synnerhet bland unga tjejer. Även här ökar skillnaderna mellan könen med stigande ålder, enligt rapporten.

Mer om könstillhörighet

I Liv & hälsa ung finns svarsalternativet "Identifiera mig inte som tjej eller kille" till frågan om kön. Eftersom endast ett fåtal valt det alternativet ingår inte gruppen i våra fördjupade könsuppdelade analyser. Andra studier visar emellertid att de unga som inte identifierar sig som tjej eller kille i större utsträckning rapporterar ohälsa av olika slag.⁵

Hälsans utveckling över tid



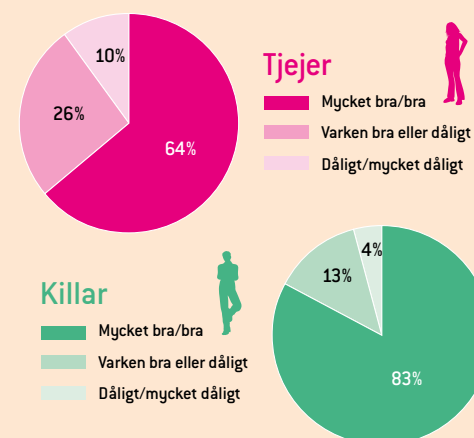
Figur 2. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt" 2004–2017, beräknade andelar för CDUT-regionen.

3 av 4

niondeklassare mår bra eller mycket bra

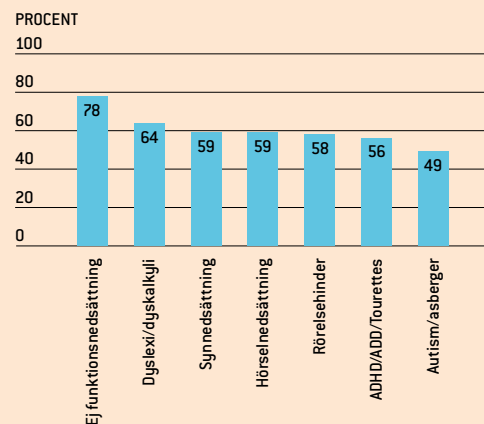


Hur mår du rent allmänt?



Figur 3. Fördelning av svar på frågan "Hur mår du rent allmänt?" bland tjejer och killar i årskurs 9 i CDUT-regionen 2017.

Funktionsnedsättning: mår bra



Figur 4. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?" uppdelat på elever i årskurs 9 i CDUT-regionen utan någon funktionsnedsättning, med läs-/skrivsvårigheter/dyslexi/dyskalkyli, synnedsättning där glas-ögon eller linser inte hjälper, hörselnedsättning, rörelsehinder, ADHD/ADD/Tourettes/el. liknande respektive autism eller autismliknande problem, t ex Asperger. För redovisning av hur vanligt det är med de olika funktionsnedsättningarna, se bilaga 1.



Funktionsnedsättning

En funktionsnedsättning är enligt Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Personer med funktionsnedsättning har större risk att drabbas av dålig hälsa jämfört med övriga befolkningen. Studier från Folkhälsomyndigheten har visat att den ohälsan ofta är "onödig", en konsekvens av de begränsade möjligheterna att delta i samhällslivet. Ett annat ord för att beskriva de begränsningar som en person med funktionsnedsättning kan uppleva i relation till omgivningen är funktionshinder.⁶⁷

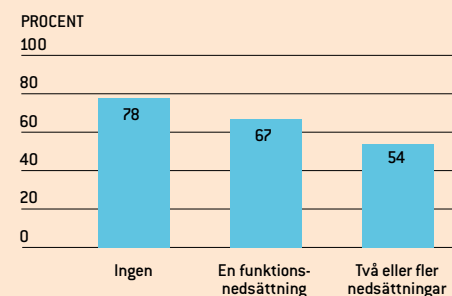
I Liv och hälsa ung-undersökningarna ingår frågor om funktionsnedsättning där eleverna kan uppge om de har en synnedsättning, hörselnedsättning, rörelsehinder eller någon kognitiv funktionsnedsättning. Det är betydligt mindre vanligt att elever som har en funktionsnedsättning mår bra eller mycket bra, i relation till de elever som inte uppgett någon funktionsnedsättning. Bland elever som uppgett att de har autism eller autismliknande problem är det minst vanligt att må bra, endast 49 procent valde det svaret, se figur 4.

En jämförelse mellan de elever som uppgett ingen, en eller flera funktionsnedsättningar visar att det är minst vanligt att må bra eller mycket bra bland de som har två eller fler funktionsnedsättningar, se figur 5.

Över tid har hälsan försämrats bland grupper med vissa funktionsnedsättningar jämfört med övriga, det vill säga ojämlikheten har ökat. Det gäller särskilt i Västmanland, Örebro och Sörmland bland de med hörsel- och synnedsättning, rörelsehinder och dyslexi/dyskalkyli. Bland dessa grupper ses en minskning av andelen som mår bra på mellan 5–20 procentenheter (ej redovisat i figur).



Antal funktionsnedsättningar: mår bra



Figur 5. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?" uppdelat på elever i årskurs 9 i CDUT-regionen med ingen eller olika antal funktionsnedsättningar.

Sexuell läggning

Tidigare undersökningar har visat att personer som identifierar sig som homosexuella, bisexuella eller är osäkra på sin sexuella läggning mår sämre än de som identifierar sig som heterosexuella.⁸ Resultaten från Liv och hälsa ung ligger i linje med detta.

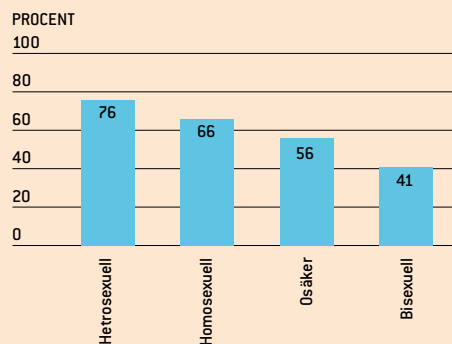
Andelen ungdomar som upplever att de mår bra är störst i gruppen som identifierar sig med en heterosexuell läggning (76 %), se figur 6. Bland de ungdomar som identifierar sig med en homosexuell läggning är det färre som skattar sin hälsa som god (66 %), och färre ändå bland de som är osäkra (56 %). Minst andel unga med bra eller mycket bra hälsa finns bland unga som identifierar sig med en bisexuell läggning (41 %).

Utländsk bakgrund

Det finns en stor inbördes variation bland unga med utländsk bakgrund. Hit räknas unga som är födda i Sverige med utlandsfödda föräldrar och unga som är födda utomlands. Det finns olika anledningar att komma till Sverige, exempelvis asylbehov, för att föräldrarna ska arbeta eller studera eller anhöriginvandring. Förutsättningarna skiljer sig därmed åt, till exempel gällande familjens ekonomi, som i sin tur påverkar den upplevda hälsan.⁹ Det finns också kulturella skillnader i hur hälsa skattas, samtidigt som det kan finnas språkliga begränsningar – faktorer som kan påverka svaren på enkäter som Liv och hälsa ung.¹⁰

I Liv och hälsa ung-undersökningarna ingår främst elever som kan läsa och skriva på svenska. Skillnaderna i hälsa utifrån födelseland är små. Ungdomar som är födda utomlands svarar i marginellt större utsträckning att de mår bra (76 %), än de som är födda i Sverige med minst en utlandsfödd förälder (72 %) och de som är födda i Sverige med ingen utlandsfödd förälder (73 %), se figur 7. Resultatet är i linje med exempelvis studier från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.¹¹

Sexuell läggning: mår bra



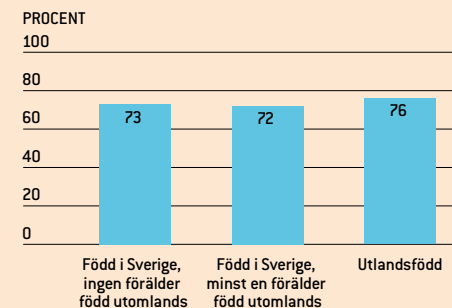
Figur 6. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?" uppdelat på elever i årskurs 9 i CUT-regionen med olika sexuell läggning.

41%

av de som identifierar sig med en bisexuell läggning mår bra.



Födelseland: mår bra



Figur 7. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?" uppdelat på elever i årskurs 9 i CDUT-regionen med olika bakgrund avseende födelseland.

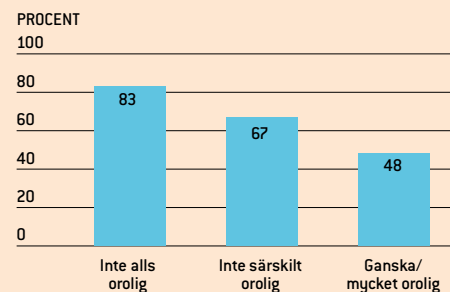
Socioekonomi

Föräldrarnas resurser är viktiga bestämningsfaktorer för elevernas hälsa och välmående. Familjen har en stor inverkan på hälsan under hela uppväxten.¹² Knappa ekonomiska och sociala resurser kan ge föräldrarna ökad sårbarhet för till exempel sociala problem och psykisk ohälsa, vilket i sin tur kan påverka barnens välbefinnande och psykiska hälsa.¹³ Låg ekonomisk standard är vanligare bland föräldrar som är ensamstående och föräldrar med låg utbildning.¹⁴

Det finns stora skillnader i mående mellan de som är oroliga för sin familjs ekonomi, och de som inte är oroliga, se figur 8. En övervägande majoritet av de elever som inte alls är oroliga mår bra (83 %), medan två av tre mår bra (67 %) bland dem som inte är särskilt oroliga, samt mindre än hälften (48 %) mår bra av de elever som är ganska eller mycket oroliga.

I Liv och hälsa ung-undersökningarna finns ytterligare två indikatorer på familjens socioekonomi: om ungdomarnas föräldrar/vårdnadshavare¹⁵ jobbar och vem ungdomarna bor med. Även dessa frågor är kopplade till måendet. Det är vanligast att ungdomarna mår bra bland de som har två föräldrar som arbetar respektive bland dem som bor med två föräldrar som bor tillsammans, se figur 9.

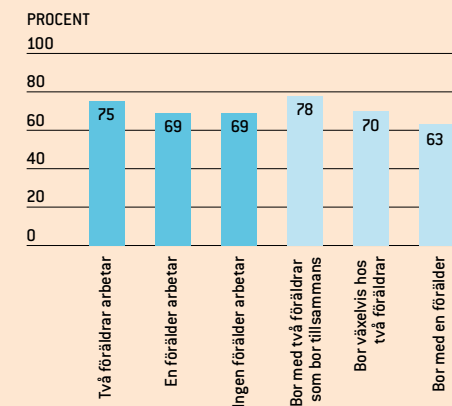
Orolig för familjens ekonomi: mår bra



Figur 8. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?" uppdelat på elever i årskurs 9 i CDUT-regionen med olika svar på frågan "Är du orolig för din familjs ekonomi?".



Föräldrars arbete/boendeförhållanden: mår bra



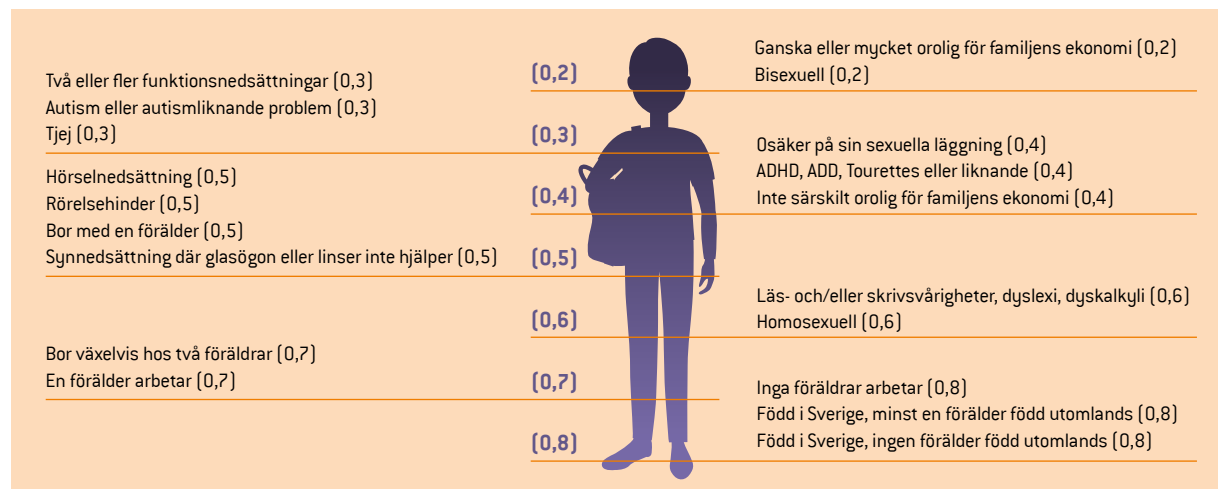
Figur 9. Andel (%) som svarat att de mår mycket bra eller bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?" uppdelat på elever i årskurs 9 i CDUT-regionen och om föräldrarna har arbete eller ej respektive boendeförhållanden.

Indelningsgrunderna har starka samband med hälsan

För att studera hur starkt det statistiska sambandet är mellan de olika indelningsgrunderna och att må bra har logistiska regressionsanalyser genomförts. Resultatet från en logistisk regression visar sambandet mellan det resultat vi är intresserade av (må bra) och en studerad indelningsgrund (till exempel funktionsnedsättningar).

I figur 10 är indelningsgrunderna rangordnade efter hur starkt sambandet är, ju högre upp desto starkare är det statistiska sambandet. Den grupp som har starkast negativt samband med att må bra rent allmänt är att vara ganska eller mycket orolig för familjens ekonomi respektive att vara bisexuell (oddskvot 0,2). Dessa grupper har 80 procents lägre odds att må bra än de ungdomar som inte alls är oroliga för familjens ekonomi respektive är heterosexuella. Samtliga indelningsgrunder i figur 10 har ett statistiskt säkerställt negativt samband med att må bra. Till exempel har elever födda i Sverige (oddskvot 0,8) 20 procents lägre odds att må bra i relation till utlandsfödda elever.

Ytterligare en analys har genomförts där kopplingen mellan måendet och indelningsgrunderna kön, utländsk bakgrund, funktionsnedsättning, sexuell läggning och oro för familjens ekonomi har studerats, se tabell B2 i bilaga 2. I den analysen har hänsyn tagits till alla indelningsgrunders samtidiga inverkan på måendet. Även då är det minst troligt att må bra om man är orolig för familjens ekonomi. Näst starkast är det negativa sambandet för elever med bisexuell läggning.



Figur 10. Illustration av sambandet mellan indelningsgrunderna och att må bra eller mycket bra rent allmänt. Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet, inom parentes står oddskvoten för att må bra eller mycket bra rent allmänt för de som har den studerade faktorn i relation till dem som inte har den faktorn, se även tabell i bilaga 2.

Mer om logistiska regressioner

I detta avsnitt är utfallsmåttet att rent allmänt må bra eller mycket bra, vilket indikerar en god hälsa.

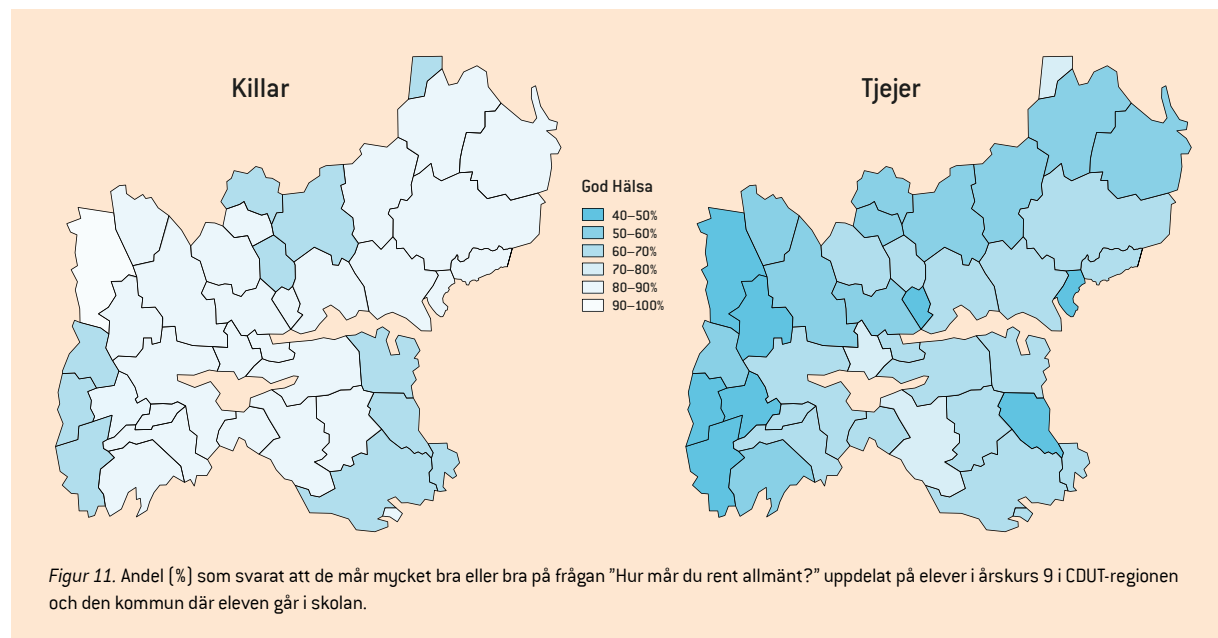
I den första analysen studerades sambandet mellan varje indelningsgrund och den goda hälsan separat. Referensgruppen för varje indelningsgrund är den grupp där välmående är vanligast. Det statistiska sambandet redovisas med en rak odds-kvot, det vill säga att sambandet mellan varje indelningsgrund och hälsa inte är justerat för andra indelningsgrunder eventuella påverkan. En oddskvot mindre än 1 innebär att andelen som mår bra rent allmänt är lägre bland dem som har egenskapen än dem som inte har den. Ju lägre oddskvot desto starkare negativt samband med hälsan.

Den andra analysen var multivariat, det vill säga analyser där en indelningsgrunds samvariation med välmående är justerat för övriga indelningsgrunders påverkan. För en närmare beskrivning av oddskvoter och referensgrupper se bilaga 2.

Geografiska skillnader i hälsa

Geografi är inte en indelningsgrund i sig, men har en indirekt koppling till jämlik hälsa. Kommuner och län har olika sociodemografiska sammansättningar, som bland annat utgörs av invånarnas födelseland, utbildning, förvärvsgrad och ekonomi. Dessa har betydelse för invånarnas hälsa.¹⁶ Men hälsoläget går att påverka, det är inte enbart en produkt av förutsättningarna. En region eller kommun kan ha bättre eller sämre hälsoläge än väntat. I bilaga 3, kommunöversikten, framgår på vilket sätt förutsättningar skiljer sig åt i vårt geografiska område.

Det är små skillnader mellan våra län i andelen unga som mår bra eller mycket bra. Skillnaderna är desto större mellan kommunerna, och då framför allt bland tjejerna, se figur 11. Till exempel mår över 70 procent av tjejerna bra eller mycket bra i fyra kommuner, medan det i åtta kommuner är färre än 50 procent som gett det svaret.



Vad säger resultatet?

Hälsan är ojämlik. Det finns betydande skillnader i hälsa bland elever i årskurs 9 i våra län, här och nu. Det framkommer tydligt i redovisningen av vilka som i högst respektive lägst grad svarar att de mår bra uppdelat på socioekonomiska förhållanden, funktionsnedsättningar och sexuell läggning (se figurerna 4, 5, 6, 8 och 9). Det finns också signifikanta skillnader mellan killar och tjejer, skillnader som dessutom ökat över tid (se figur 2, 3 och 10). Sambandsanalyserna tyder vidare på att oro för familjens ekonomi har ett särskilt starkt samband med ungas hälsa. Som visat fångar dessutom *Hur mår du*-frågan både fysiska och psykiska aspekter av hälsa samt livskvalitet i stort. Ur en geografisk synvinkel är skillnaderna små mellan länen, men desto större mellan kommunerna.

Vi började rapporten med att konstatera att skillnader i hälsa generellt uppkommer som ett resultat av ojämlikhet i tillgång till resurser. I rapport två och tre kommer detta att studeras närmare, när vi undersöker vilka livsvillkor och levnadsvanor som ungdomarna i våra län har idag.

Åtgärdbara skillnader

Kommissionen för jämlik hälsa konstaterar att de sociala skillnaderna i hälsa i hög grad utgörs av hälsoproblem som är åtgärdbara. Det finns kunskap, tekniker och verktyg för att förebygga och bota ohälsa och sjukdomar i betydligt större utsträckning än vad som sker idag. Samhället i stort, och inte minst det allmänna, i form av stat, kommun och region/landsting, behöver betrakta ojämlikhet i hälsa som ett samhällsproblem som de kan motverka.



Det är bra att ordna enkäter så ungdomar får fylla i. Då får man veta hur de mår och om de inte mår bra kan man se vad som är fel och göra något åt saken.

/ Elev i Örebro län, våren 2017



Mer om våra undersökningar

Region Uppsala (C)

Information, resultat och rapporter
www.regionuppsala.se/lhu

Landstinget Sörmland (D)

Information, resultat och rapporter:
www.landstingetsormland.se/lhu

Region Västmanland (U)

Information, resultat och rapporter
www.regionvastmanland.se/lhu2017

Region Örebro län (T)

Information, resultat och rapporter:
www.regionorebrolan.se/livohalsaung
Analysverktyg: www.folkhalsodataorebrolan.se





Fotnoter

- 1 Begreppet ”proportionell universalism” kommer från den engelska rapporten “Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review”, strategic review of health inequalities in England, 2010
- 2 Folkhälsomyndighetens redovisning av folkhälsans utveckling/Självskattat hälsotillstånd. Tillgänglig via www.folkhalsomyndigheten.se
- 3 Se till exempel Statens Folkhälsoinstitut. (2010). Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar.
- 4 Folkhälsomyndigheten. (2014). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/2014. Grundrapport.
- 5 Folkhälsomyndigheten. (2015). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Tillgänglig via www.folkhalsomyndigheten.se
- 6 Folkhälsomyndigheten. (2016). Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016”. Tillgänglig via www.folkhalsomyndigheten.se
- 7 Socialstyrelsen. (2018). Socialstyrelsens termbank. Tillgänglig via www.socialstyrelsen.se
- 8 Folkhälsomyndigheten. (2015). Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Tillgänglig via www.folkhalsomyndigheten.se
- 9 SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.
- 10 Kunskap om kulturella aspekter av hälsa är nyckel till jämlik vård. Läkartidningen <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2015/08/Kunskap-om-kulturella-aspekter-av-halsa-ar-nyckel-till-jamlik-vard/>
- 11 MUCF. (2016). Ung idag, 2016, En beskrivning av ungas levnadsvillkor.
- 12 Rostila, M. & Toivanen, S. (Red.) (2012). Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd.
- 13 SKL. Barns och ungas hälsa i Sverige. En beskrivning av nuläget. Tillgänglig via <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-528-8.pdf>
- 14 Statens folkhälsoinstitut. (2013). Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder.
- 15 I rapporten används ordet ”föräldrar” för att beteckna både föräldrar och vårdnadshavare.
- 16 Wilkinson, G. Richard. (1996). Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality.

Bilaga 1 Indelningsgrundernas fördelning bland eleverna

Tabell B1. Fördelning (%) bland elever i årskurs 9 för de olika indelningsgrunderna: kön, funktionsnedsättning, utländsk bakgrund och oro för familjens ekonomi i CDUT-regionen, sexuell läggning i CUT-regionen samt arbete hos föräldrar och familjeförhållanden i DUT-regionen.

	Region	Län			
	CDUT	Uppsala (C)	Sörmland (D)	Västmanland (U)	Örebro (T)
Tjej	49	49	50	51	48
Kille	51	51	50	49	52
Ingen funktionsnedsättning	69	67	68	68	73
En funktionsnedsättning	21	23	21	22	18
Två eller fler funktionsnedsättningar	10	10	11	10	9
Läs- och/eller skrivsvårigheter, dyslexi, dyskalkyli	13	15	15	14	10
Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	7	7	7	7	7
Hörselnedsättning	7	8	8	7	7
Rörelsehinder	3	4	4	3	3
ADHD, ADD, Tourettes eller liknande	11	14	11	12	9
Autism eller autismliknande problem, tex Asperger	3	3	4	4	3
Född i Sverige, ingen förälder född utomlands	75	80	73	74	74
Född i Sverige, minst en förälder född utomlands	9	9	9	9	10
Utlandsfödd	15	11	17	17	17
Inte alls orolig för familjens ekonomi	55	54	55	52	57
Inte särskilt orolig för familjens ekonomi	33	33	32	36	31
Ganska eller mycket orolig för familjens ekonomi	12	13	14	11	11
	CUT				
Heterosexuell	87	84	–	88	90
Bisexuell	6	8	–	6	4
Homosexuell	2	2	–	2	2
Osäker	5	6	–	4	4
	DUT				
Två föräldrar arbetar	74	–	74	74	74
En förälder arbetar	18	–	18	19	17
Inga föräldrar arbetar	8	–	8	7	9
Bor med två föräldrar som bor tillsammans	65	–	64	64	66
Bor växelvis hos två föräldrar	18	–	18	18	18
Bor med en förälder	17	–	17	18	16
Antal svar	9 512	2 291	2 698	1 985	2 538

Bilaga 2 Fördjupning av sambandsanalyserna

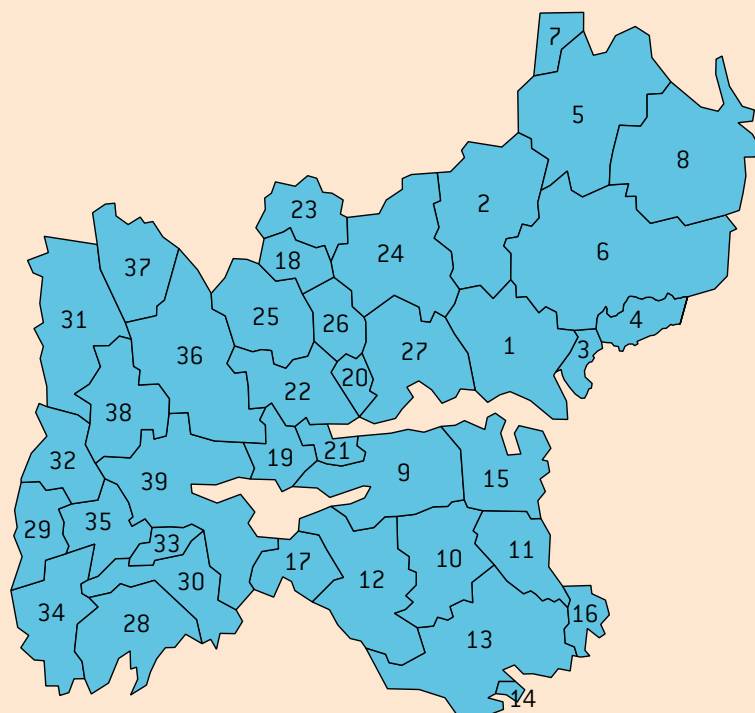
Tabell B2. Raka oddskvoter (OR), konfidensintervall för Oddskvoter (KI), antal svar (n) samt Nagelkerke R² (R²) för indelningsgrunderna kön, funktionsnedsättning, sexuell läggning, utländsk bakgrund respektive socioekonomi och hur man mår rent allmänt (utfallsmått: Bra/mycket bra; ref: Varken bra eller dåligt/dåligt/mycket dåligt). Elever i årskurs 9 i CDUT-regionen

Indelningsgrunder	OR	KI	n	R ²
<i>Kille (ref)</i>			4 629	
Tjej	0,35	0,316–0,384	4 508	0,073
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>			6 079	
En funktionsnedsättning	0,57	0,512–0,645	1 828	
Två eller fler funktionsnedsättningar	0,32	0,274–0,367	886	0,045
<i>Har ej nedsättningen (ref)</i>			7 395	
Läs- och/eller skrivsvårigheter, dyslexi, dyskalkyli	0,58	0,511–0,665	1 148	0,011
<i>Har ej nedsättningen (ref)</i>			7 879	
Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	0,49	0,418–0,586	610	0,011
<i>Har ej nedsättningen (ref)</i>			7 911	
Hörselnedsättning	0,47	0,399–0,558	617	0,012
<i>Har ej nedsättningen (ref)</i>			8 153	
Rörelsehinder	0,48	0,375–0,608	283	0,006
<i>Har ej nedsättningen (ref)</i>			7 570	
ADHD, ADD, Tourettes eller liknande	0,40	0,353–0,465	958	0,027
<i>Har ej nedsättningen (ref)</i>			8 157	
Autism eller autismliknande problem, tex Asperger	0,33	0,264–0,422	290	0,014
<i>Utländsfödd (ref)</i>			1 408	
Född i Sverige, minst en förälder född utomlands	0,81	0,662–0,977	837	
Född i Sverige, ingen förälder född utomlands	0,83	0,726–0,948	6 878	0,001
<i>Inte alls orolig för familjens ekonomi (ref)</i>			5 070	
Inte särskilt orolig	0,43	0,384–0,473	3 057	
Ganska eller mycket orolig	0,19	0,169–0,223	1 131	0,096
Endast CUT-regionen:				
<i>Heterosexuell (ref)</i>			5 007	
Bisexuell	0,22	0,173–0,269	351	
Homosexuell	0,61	0,403–0,920	103	
Osäker	0,39	0,306–0,504	268	0,056
Endast DUT-regionen:				
<i>Två föräldrar arbetar (ref)</i>			5 178	
En förälder arbetar	0,74	0,649–0,849	1 262	
Inga föräldrar arbetar	0,76	0,624–0,914	551	0,005
<i>Bor med två föräldrar som bor tillsammans (ref)</i>			4 373	
Bor växelvis hos två föräldrar	0,66	0,576–0,765	1 205	
Bor med en förälder	0,49	0,424–0,561	1 133	0,024

Tabell B3 . Oddskvoter (OR), konfidensintervall för Oddskvoter (KI), antal svar (n) samt Nagelkerke R² (R²) för multivariat logistisk regression mellan indelningsgrunderna kön, funktionsnedsättning, utländsk bakgrund, sexuell läggning och oro för familjens ekonomi med hur man mår rent allmänt (utfallsmått: Bra/mycket bra; ref: Varken bra eller dåligt/dåligt/mycket dåligt). Elever i årskurs 9 i CUT-regionen.

Indelningsgrunder	OR	KI	n	R ²
<i>Kille (ref)</i>			2 652	
Tjej	0,35	0,306–0,404	2 685	
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>			3 809	
En funktionsnedsättning	0,60	0,513–0,710	1 056	
Två eller fler funktionsnedsättningar	0,35	0,281–0,434	472	
<i>Utländsfödd (ref)</i>			631	
Född i Sverige, minst en förälder född utomlands	0,63	0,468–0,837	501	
Född i Sverige, ingen förälder född utomlands	0,70	0,567–0,867	4 205	
<i>Heterosexuell (ref)</i>			4 720	
Bisexuell	0,32	0,244–0,407	311	
Homosexuell	0,95	0,568–1,596	83	
Osäker	0,61	0,450–0,815	223	
<i>Inte alls orolig för familjens ekonomi (ref)</i>			2 941	
Inte särskilt orolig	0,53	0,461–0,615	1 840	
Ganska eller mycket orolig	0,23	0,186–0,282	556	0,208

Bilaga 3 Kommunöversikt

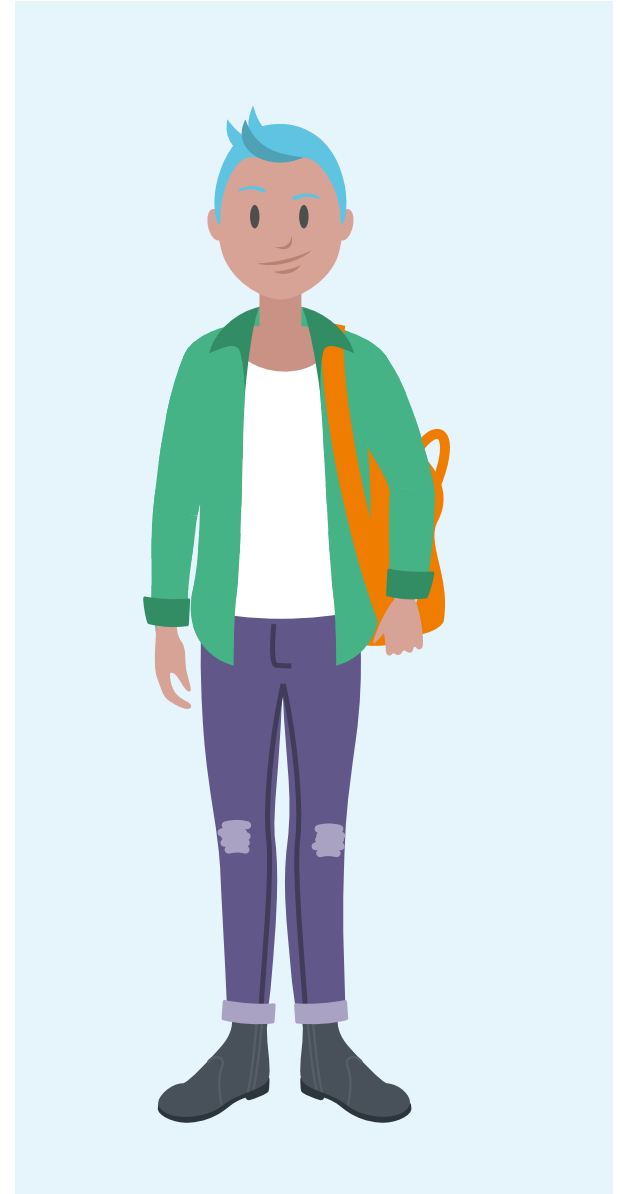
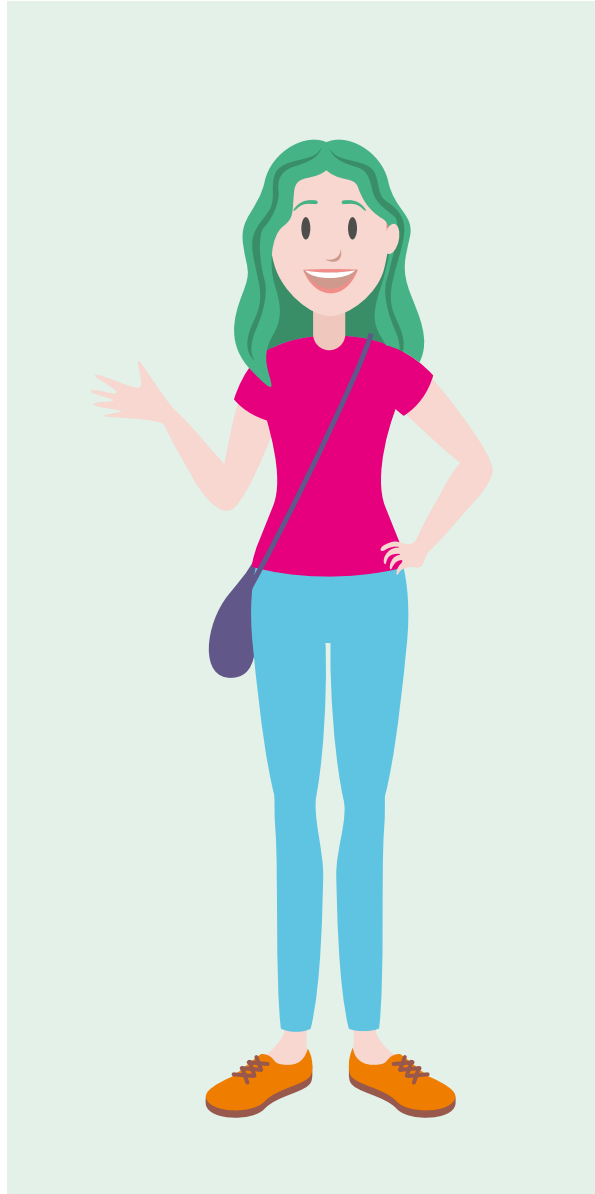


- | | |
|------------------|--------------------|
| 1 Enköping | 21 Kungsör |
| 2 Heby | 22 Köping |
| 3 Håbo | 23 Norberg |
| 4 Knivsta | 24 Sala |
| 5 Tierp | 25 Skinnskatteberg |
| 6 Uppsala | 26 Surahammar |
| 7 Älvkarleby | 27 Västerås |
| 8 Östhammar | 28 Askersund |
| 9 Eskilstuna | 29 Degerfors |
| 10 Flen | 30 Hallsberg |
| 11 Gnesta | 31 Hällefors |
| 12 Katrineholm | 32 Karlskoga |
| 13 Nyköping | 33 Kumla |
| 14 Oxelösund | 34 Laxå |
| 15 Strängnäs | 35 Lekeberg |
| 16 Trosa | 36 Lindesberg |
| 17 Vingåker | 37 Ljusnarsberg |
| 18 Fagersta | 38 Nora |
| 19 Arboga | 39 Örebro |
| 20 Hallstahammar | |

	Folkmängd 31 december 2016.*	Befolkningsförändring (%), 2012–2016.*	Andel (%) 0–17 år, 2016.*	Andel (%) som uppnått kunskapskraven i alla ämnen, elever åk 9. 2016, hemkommun.**			Andel (%) elever i åk 9 med behörighet till gymnasie-skolans yrkesprogram, 2016, hemkommun.**			Andel (%) gymnasieelever med grundläggande behörighet till universitet och högskola, inom 4 år, 2016, hemkommun.**		
	Antal	Totalt %	Totalt %	Flickor %	Pojkar %	Totalt %	Flickor %	Pojkar %	Totalt %	Flickor %	Pojkar %	Totalt %
Enköping	42 988	7	21	81	75	78	93	88	90	56	42	49
Heby	13 755	3	20	82	71	77	91	87	89	53	47	50
Håbo	20 737	4	24	76	79	77	93	92	93	61	47	53
Knivsta	17 323	13	29	92	88	89	97	93	94	65	61	63
Tierp	20 744	3	20	69	61	64	86	86	86	64	33	47
Uppsala	214 559	6	20	86	80	83	93	91	92	68	54	61
Älvkarleby	9 445	4	20	76	61	66	90	76	81	68	38	51
Östhammar	21 822	3	19	82	73	77	91	83	86	46	31	38
Uppsala län	361 373	6	21	81	73	77	92	87	89	60	44	51
Eskilstuna	103 684	5	22	74	72	73	81	83	82	64	47	55
Flen	16 830	5	20	68	59	63	86	78	82	62	49	54
Gnesta	10 861	4	22	80	64	70	84	81	82	70	54	61
Katrineholm	33 722	4	21	72	69	71	81	76	79	65	41	54
Nyköping	54 924	5	21	78	72	75	87	84	85	67	55	61
Oxelösund	11 921	6	18	73	77	75	84	88	86	60	39	49
Strängnäs	34 609	5	22	85	69	76	91	84	87	64	43	53
Trosa	12 447	8	21	84	80	82	89	92	90	64	63	64
Vingåker	9 099	4	20	67	61	65	78	80	79	42	29	35
Södermanlands län	288 097	5	21	76	69	72	85	83	84	62	47	54
Arboga	13 903	4	19	77	66	72	89	82	86	51	56	54
Fagersta	13 445	6	21	72	64	68	77	81	79	60	33	44
Hallsthammar	15 843	3	21	76	58	68	83	70	77	61	42	53
Kungsör	8 432	5	21	79	70	74	89	81	85	59	49	54
Köping	25 950	4	20	73	67	70	85	87	86	63	52	58
Norberg	5 795	3	19	77	49	59	85	72	77	52	30	39
Sala	22 353	4	20	73	81	77	83	88	86	67	46	56
Skinnskatteberg	4 429	1	18	59	50	54	71	70	70			28
Surahammar	10 059	2	21	79	65	72	87	81	84	46	32	39
Västerås	147 420	5	21	79	67	73	88	83	85	70	54	62
Västmanlands län	267 629	4	20	74	64	69	84	80	82	59	44	49
Askersund	11 282	2	18	74	75	74	88	85	86	56	40	47
Degerfors	9 609	1	18	85	62	73	87	80	83	62	31	44
Hallsberg	15 649	2	20	83	69	76	89	80	84	61	40	51
Hällefors	7 138	2	18	70	57	62	91	76	82	69	31	50
Karlskoga	30 538	3	19	68	61	65	80	71	76	64	49	56
Kumla	21 334	3	23	73	67	70	82	79	80	68	43	54
Laxå	5 709	3	18	78	70	74	82	87	84	68	38	51
Lekeberg	7 636	5	23	83	89	89	88	97	92	50	56	54
Lindesberg	23 744	3	20	70	63	66	79	72	75	61	28	46
Ljusnarsberg	5 006	3	17	68	74	72	84	94	90	61	16	35
Nora	10 665	3	20	90	77	83	97	85	91	76	39	55
Örebro	146 631	6	21	79	77	78	87	85	86	71	57	64
Örebro län	294 941	4	21	77	68	73	86	83	84	64	39	51

*Statistiska centralbyrån, statistikdatabasen.

** Kommun- och landstingsdatabasen (KOLADA).





I samverkan:

