



Planeringsunderlag för Landstinget i Värmland 2015
Folkhälso- och samhällsmedicinska enheten
Hälso- och sjukvårdsstaben

Om Värmlänningarna...

2015

Planeringsunderlag för
Landstinget i Värmland



Landstinget
i Värmland

Kontaktpersoner

Cecilia Nyberg
cecilia.nyberg@liv.se

Marina Kalander Blomqvist
marina.kalander.blomqvist@liv.se

Grafisk form

Christer Carlmark
christer.carlmark@liv.se

Planeringsunderlaget kan beställas från;
Folkhälso och samhällsmedicinska enheten
Hälso- och sjukvårdsstaben
Landstingshuset
651 82 Karlstad
elisabet.ehne.jangehammar@liv.se

Underlaget finns också att hämta på;
www.liv.se/folkhalsorapportering

Innehåll

Inledning	6
En god folkhälsa för hållbar utveckling	7
Bakgrundsvariabler på riks-, läns- och kommunnivå	8
Folkmängd, medelålder och utländsk bakgrund	8
Livsvillkor och levnadsförhållanden på riks-, läns- och kommunnivå	10
De första åren	10
Barnhälsoindex och socioekonomiskt index	11
Skolåren - Elevhälsodatabasen ELSA	12
Utbildning, arbetsliv och försörjning	13
Delaktighet	15
Förtroende	16
Nationell patientenkät	17
Trygghet och sociala relationer	18
Hälsan i befolkningen	19
Övergripande hälsotillstånd	19
Medellivslängd	19
Självskattat allmänt hälsotillstånd	19
Tandhälsa	21
Övervikt och fetma	23
Psykisk ohälsa	25
Psykisk hälsa bland barn och unga	26
Nedsatt psykiskt välbefinnande	27
Självskadebeteende, självmordsförsök och suicid	29
Personskador, STRADA och Injury Database (IDB)	30
Levnadsvanor	31
Rökning, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet, och matvanor	31
Gods levnadsvanor förebygger insjuknande och dödlighet i kroniska sjukdomar	33
Hjärt- och kärlsjukdom	33
Cancer	34
KOL	35
Diabetes	35
Frågor om levnadsvanor av hälso- och sjukvård och tandvårdspersonal	36
Alkohol, narkotika, dopning och tobak bland ungdomar	38
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	39
Klamydia	39
Aborter	39
Källor	41

Inledning

Om värmlänningarna är tänkt att ge en kortfattad information om demografi, livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Om värmlänningarna baseras på statistik från olika datakällor, exempelvis Liv och hälsa undersökningarna, elevhälsodatabasen ELSA, nationella kvalitetsregister, landstingets egenproducerade statistik etc.

Underlaget ska ses som en aktuell beskrivning av ett urval av områden som kan vara till stöd i ett planerings- och prioriteringsarbete.

Kontaktpersoner

Cecilia Nyberg, 054-61 40 58, cecilia.nyberg@liv.se

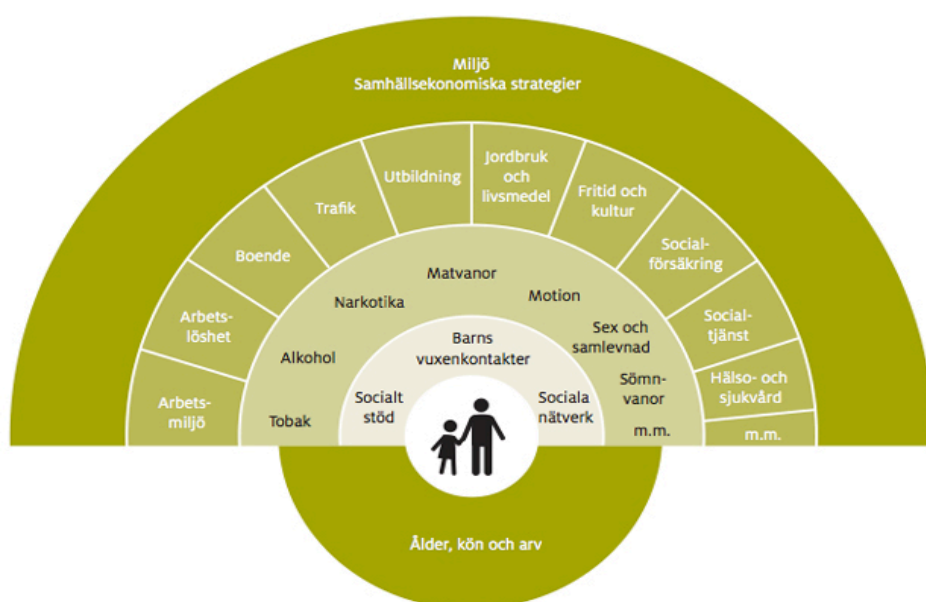
Marina Kalander Blomqvist, 054-6143 13, marina.kalander.blomqvist@liv.se

En god folkhälsa för hållbar utveckling

Folkhälsa är ett uttryck för den samlade hälsan i en befolkning, eller grupp i befolkningen, som tar hänsyn till både hälsoläge och till hälsans fördelning. En god folkhälsa innebär att hälsan bör vara så god som möjligt och jämlikt fördelad i befolkningen.

Människors hälsa påverkas av många olika omständigheter, allt från övergripande samhälls- och miljöfaktorer till livsvillkor, levnadsvanor, sociala relationer och individuella faktorer. Folkhälsoarbetet grundas därför på kunskap om befolkningens hälsa och sambanden mellan samhällets utformning och hälsans bestämningsfaktorer (figur nedan).

Eftersom påverkansfaktorerna är många och olikartade behövs folkhälsoinsatser på olika nivåer och i flera delar av samhället, insatserna kan vara på individ-, grupp- eller befolkningsnivå. Landstingets uppdrag inkluderar insatser för både patienter och befolkning.



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer, enligt Dahlgren och Whitehead, 1991, modifierad av Folkhälsomyndigheten.

Landstingets hälsofrämjande och förebyggande arbete sker på tre nivåer. Nivå nummer ett riktar sig till alla i länet - befolkningsnivå. Insatser som riktar sig till denna nivå betecknas folkhälsoarbete. Den andra nivån utgår från landstingets olika verksamheter – verksamhetsnivå. Aktiviteter på nivå benämns hälsofrämjande och förebyggande. Slutligen den tredje nivån där också hälsofrämjande och förebyggande insatser ges men i detta fallet till den enskilde – patientnivå

Hälso- och sjukvården kan med sina stora kontaktytor bidra till en god och jämlik hälsoutveckling i befolkningen genom ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt i alla kontakter.

Hälsofrämjande insatser kräver även en sektorsövergripande samverkan med tydliga ansvarsområden och målsättningar, där landsting, kommuner och andra organisationer är viktiga aktörer. Kommunerna kan främja hälsosamma levnadsvanor i sina verksamheter inom bland annat förskola, skola, fritidsverksamheter och socialtjänst. I landstingens folkhälsouppdrag ingår både befolkningsinriktade insatser och verksamheternas hälsofrämjande och förebyggande insatser i patientmötet.

För att jämföra olika förhållanden i Värmland med riket och kunna göra jämförelser mellan de värmländska kommunerna är "Om värmlänningarna" uppdelat på följande indikatorområden; bakgrundsvariabler, livsvillkor och levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa.

Bakgrundsvariabler på riks-, läns- och kommunnivå

Folkmängd, medelålder och utländsk bakgrund

Tabell 1. Antal invånare, medelålder, utrikes födda. Källa: SCB.

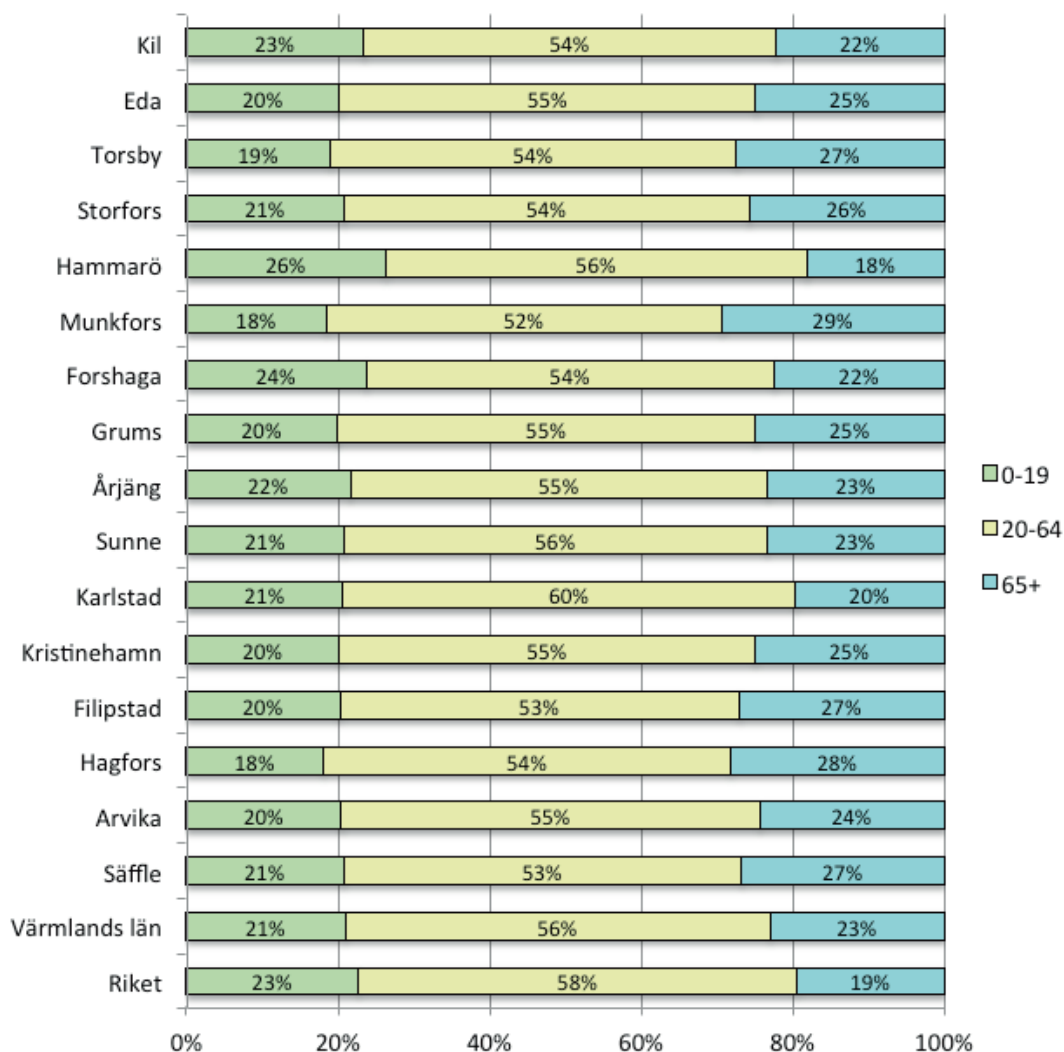
	Antal invånare Källa: SCB		Medelålder, år Källa: SCB	Utrikes födda % dec 2013 Källa: SCB		
	Antal, dec 2013	Antal, dec 2014	År, dec 2013	Övriga Norden	Övriga Europa	Övriga världen
Riket	9 644 864	9 747 355	41,2	3	6	8
Värmland	273 815	274 691	43,6	4	3	4
Arvika	25 817	25 771	44,5	4	3	4
Eda	8 426	8 453	45,1	19	3	3
Filipstad	10 563	10 613	45,9	3	3	6
Forshaga	11 292	11 379	42,7	2	2	3
Grums	8 925	8 958	45,0	4	2	3
Hagfors	12 071	11 921	47,7	3	5	3
Hammarö	15 136	15 256	40,6	2	2	2
Karlstad	87 786	88 350	41,4	2	4	5
Kil	11 810	11 885	42,7	2	2	3
Kristinehamn	23 949	24 114	45,0	3	3	5
Munkfors	3 656	3 656	47,5	3	4	2
Storfors	4 131	4 106	45,8	6	4	6
Sunne	13 011	13 099	44,6	2	3	2
Säffle	15 276	15 334	45,7	4	2	4
Torsby	12 013	11 992	46,6	4	4	2
Årjäng	9 953	9 804	43,8	11	4	4

Värmlands befolkning ökade med närmare 900 personer under år 2014. I Karlstad kommun ökade befolkningen med drygt 550 personer, däremot minskade befolkningen i bland annat Hagfors, Torsby och Årjäng.

Medelåldern är cirka 2,5 år högre i Värmland än i riket, 43,6 år jämfört med 41,2 år. Medelåldern varierar inom länet med 7,1 år, från 40,6 år i Hammarö till 47,7 år i Hagfors.

Värmland har generellt färre utrikes födda jämfört med riket. Dock har kommunerna Eda och Årjäng en betydligt högre andel som är födda i övriga Norden jämfört med övriga kommuner i länet och riket.

I Värmland är andelen äldre än 65 år större än andelen under 20 år, vilket är motsatt förhållande jämfört med riket. Med en äldre befolkning följer högre kostnader för hälso- och sjukvård, både för kommuner och för landsting (figur 2).



Figur 2. Åldersfördelningen i Värmlands kommuner, län samt riket, år 2013. Källa: Region Värmland, Värmlands framtida befolkning.

Den tydligaste trenden i Värmlands befolkningsutveckling är en åldrande befolkning. Under perioden 2013 – 2030 förväntas åldersgruppen 65 år och äldre öka med cirka 11 700 personer medan åldersgruppen 20-64 år förväntas minska med cirka 7 500 personer (tabell 2).

Tabell 2. Befolkningsförändringar i Värmlands län 2013-2030 efter åldergrupp och kön. Källa: Region Värmland, Värmlands framtida befolkning.

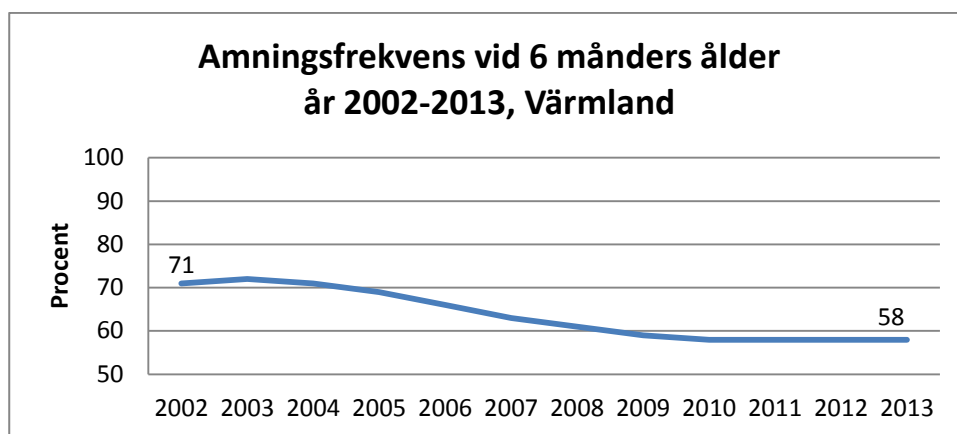
Åldersgrupp	Folkmängd		Förändring	
	2013	2030	Antal	Procent
0-19 år	57 317	61 616	4 299	7,5 %
20-64 år	153 705	146 246	-7 459	-4,9%
65 år och äldre	62 793	74 484	11 691	18,6%
Totalt	273 815	282 347	8 532	3,1%

Livsvillkor och levnadsförhållanden på riks-, läns- och kommunnivå

Hälsa och skillnader i hälsa påverkas av människors livsvillkor och levnadsförhållanden. Livsvillkoren omfattar olika aspekter av det samhällssystem individen lever i. Levnadsförhållanden beskriver förutsättningarna i den miljö människor lever och verkar i.

De första åren

Amningsfrekvensen för barn vid 6 månaders ålder är något lägre i Värmland än i riket, 58 procent jämfört med 63 procent. Sedan år 2002 har amningen i Värmland minskat med 13 procent fram till år 2013. Tidigare satsningar visar att insatser har stor betydelse för att öka amningsfrekvensen. Amningshjälpen som infördes i början av 1970-talet ökade amningen från under 10 procent till 50 procent under en 15 års period.



Figur 3. Amningsfrekvensen bland barn 6 månader, år 2002-2013, Värmland. Källa: BHV

Inom barnhälsovård och skola erbjuds alla barn vaccinationer enligt ett program, bland annat MPR vaccination (Mässlingen, Påssjuka och Röda hund). För att sjukdomarna inte ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, genom vaccination eller genomgången infektion. Värmland har en vaccinationsfrekvens för MPR på 97-98 procent bland elever i åk 6. Några kommuner har vid de senaste mättillfällena haft en något lägre andel vaccinerade elever.

Tabell 3. Amning. Källa: BVC. MPR-vaccinerade. Källa: Elevhälsovården.

	Amning, % Helt/delvis 6 mån		MPR-vaccinerade, % åk 6	
	År 2012	År 2013	År 2013	År 2014
Riket	63	63	-	-
Värmland	58	58	97	98
Arvika	57	56	96	99
Eda	43	48	95	95
Filipstad	45	43	95	94
Forshaga	61	66	97	97
Grums	54	44	93	93
Hagfors	45	38	98	98
Hammarö	65	65	99	99
Karlstad	64	67	98	98
Kil	54	51	99	99
Kristinehamn	49	56	97	97
Munkfors	59	23	96	96
Storfors	59	38	94	94
Sunne	66	52	97	96
Säffle	45	54	95	95
Torsby	69	44	99	99
Årjäng	53	67	97	97

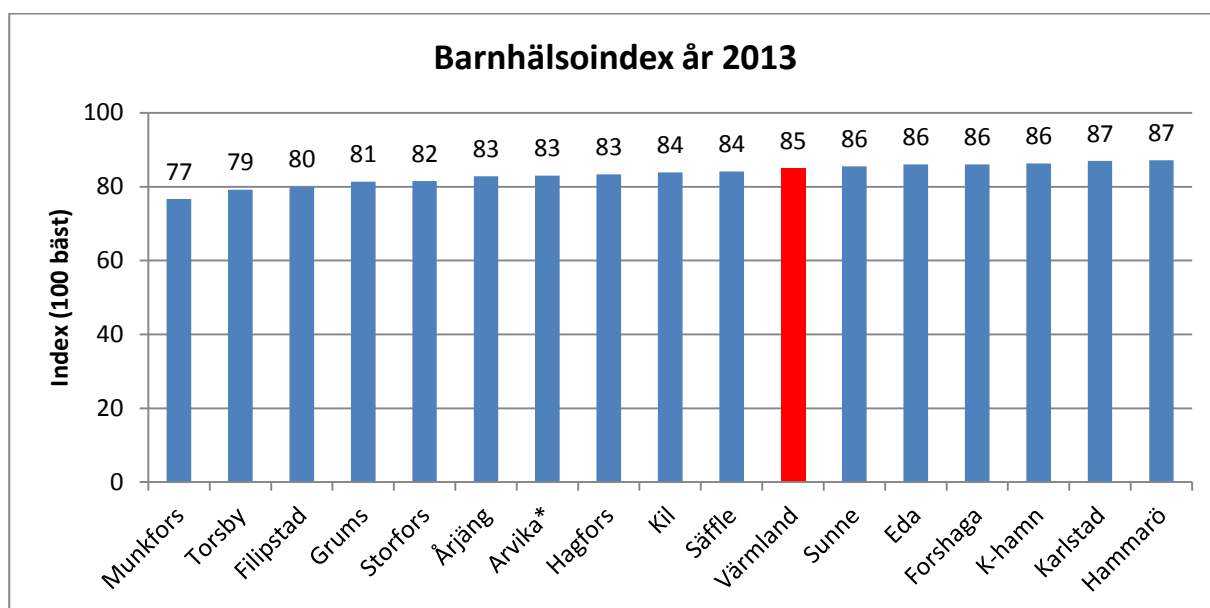
Barnhälsoindex och socioekonomiskt index

Ett barnhälsoindex är ett sätt att enkelt jämföra och illustrera barn och ungas hälsa och välmående i länet. Genom en uppsättning mått fångas några av de viktigaste aspekterna av och för god hälsa och sammanförs till ett index.

Barnhälsoindex; MPR-vaccinerade, rökande blivande mödrar, rökare i familjen vid 0-4 veckor, ammar helt vid 4 mån och normalviktiga 5½-åringar.

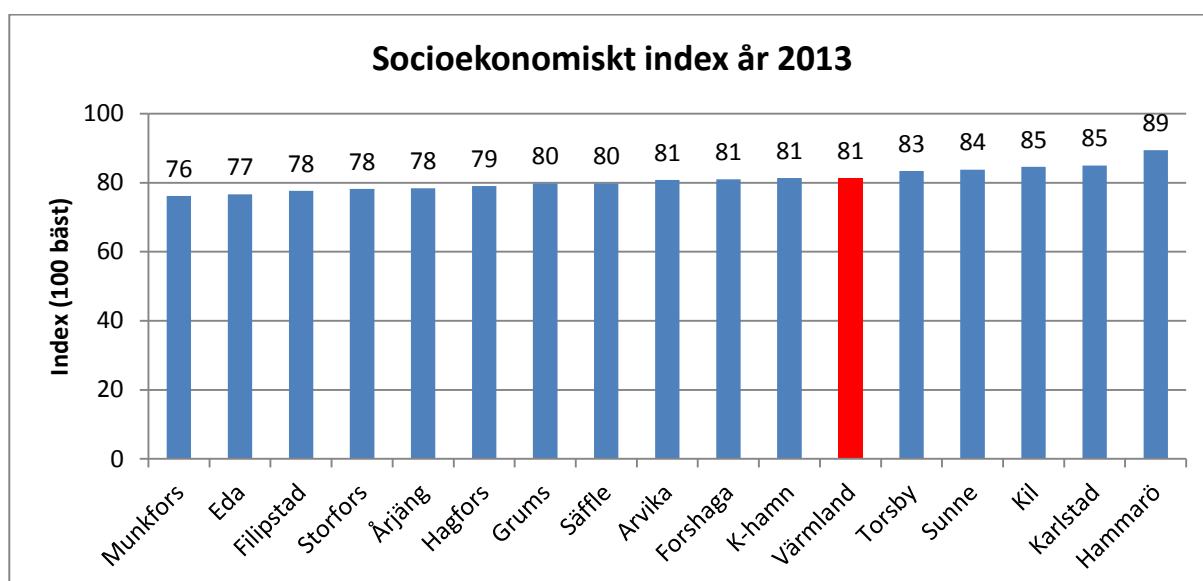
Observera att det har utarbetats ett nationellt barnhälsoindex. De indikatorer som ingår där överensstämmer ej helt med dem i barnhälsoindexet som presenteras nedan. Det är därför resultatmässiga skillnader mellan de båda barnhälsoindexen.

På kommunnivå överensstämmer barnhälsoindexet relativt väl med det socioekonomiska indexet.



Figur 4. Barnhälsoindex 2013. Egna beräkningar.

Socioekonomiskt index; utomnordiska föräldrar, ekonomiskt utsatta hushåll, tonårsaborter, utbildningsnivå och låginkomsttagare.



Figur 5. Socioekonomiskt index 2013. Egna beräkningar.

Skolären - Elevhälsodatabasen ELSA

Elevhälsodatabasen ELSA är ett samarbete mellan kommunerna och landstinget i Värmland. ELSA bygger på hälsosamtalet som skolsköterskan genomför. Syftet med ELSA är att ge bra underlag för att kunna skapa goda och trygga uppväxtvillkor samt förutsättningar för att göra rätt insatser i rätt tid på rätt nivå för skola, kommun och landsting. Genom ELSA möjliggörs årliga sammanställningar om hälsa och utveckling på kommun- och länsnivå för elever i förskoleklass, årskurs 4, 7 och gymnasiet åk 1.

Tabell 4. Livsvillkor, levnadsvanor, hälsa, ISO-BMI. Källa: Elevhälsodatabasen ELSA.

ELSA, hälsosamtal i Värmlands län läsår 2013/2014 andel (%) elever, fördelning på årskurs och kön								
	Förskoleklass		Åk 4		Åk 7		Åk 1 gymnasiet	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Livsvillkor								
Trygg inför skoldag	97	98	97	98	96	99	97	98
Känner delaktighet i skolan	82	83	94	90	91	89	92	88
Delaktighet begränsas pga funktionsnedsättning	5	7	8	12	12	13	-	-
Har stödinsats i skolan	3	4	10	18	13	16	15	16
Regelbunden kontroll inom sjukvården	13	16	11	15	14	16	23	20
Regelbunden kontroll inom tandvården	97	98	99	98	99	98	92	93
Hälsa								
Funktionsnedsättning totalt inkl. allergi	22	29	28	32	34	39	46	44
Allergi	12	16	17	18	19	22	21	19
Astma	6	11	6	8	7	10	9	9
ADHD/ADD	<0,5	1	1	5	2	6	4	6
Autism/Asperger	<0,5	1	1	3	2	5	2	5
Fysisk funktionsnedsättning	2	3	4	3	3	3	4	3
Ledsen	4	5	9	8	13	4	19	6
Oro/ängslan	6	5	7	7	11	4	20	9
Trött på dagen	16	16	29	37	40	36	53	44
Irriterad/dåligt humör	8	6	9	10	20	10	25	14
Arg	7	6	5	8	8	5	12	7
Huvudvärk	5	5	17	16	22	11	30	12
Ont i magen	10	10	15	13	18	9	21	8
Ont i rygg, nacke, axlar	3	2	12	14	19	10	36	19
Svårt koncentrera mig	-	-	22	26	21	20	30	25
Sover bra	99	99	98	97	89	92	88	94
Behov av läkemedel	-	-	11	13	17	15	27	21
Levnadsvanor								
Äter frukost	96	96	97	95	84	92	77	78
Idrottar på fritiden	97	97	93	91	82	80	73	70
ISO-BMI								
Övervikt (inkl. fetma)	23	18	26	25	23	26	23	30
Fetma	8	5	5	6	4	6	6	9

Utbildning, arbetsliv och försörjning

Utbildning har stor betydelse för ungdomars framtida möjligheter. Att klara grundskolan är avgörande för att gå vidare till en gymnasieutbildning, vilket i dag ofta är en grundförutsättning för att få arbete. Utbildning och arbete är skydds faktorer mot ohälsa, sociala problem och arbetslöshet.

Andelen elever som är behöriga till gymnasiet ligger på ungefär samma nivå som riket. Värmland har däremot en lägre andel med eftergymnasial utbildning, 31 procent jämfört med rikets 38 procent. Skillnaderna mellan kommunerna är stor. Andelen med eftergymnasial utbildning varierar från 44 procent i Hammarö och Karlstad till 17 procent i Filipstad och Munkfors (tabell 5).

Ungdomsarbetslösheten är högre i Värmland än i riket, 20 procent i Värmland jämfört med 15 procent i riket. Arbetslösheten bland den vuxna befolkningen ligger på ungefär samma nivå som riket. Det är stora kommunala skillnader, både bland ungdomar och vuxna. Under det senaste året har arbetslösheten på länsnivå minskat med två procentenheter bland vuxna och en procentenhet bland ungdomar (tabell 5).

Arbetslöshet har identifierats som en riskfaktor som kan försämra hälsoutvecklingen och därmed öka sjukdoms bördan.

Tabell 5. Behöriga till gymnasiet. Källa: Skolverket. Eftergymnasial utbildning, 25-79 år. Källa: Folkhälsomyndigheten. Ungdomsarbetslöshet och Arbetslöshet. Källa: Arbetsförmedlingen.

	Behöriga till gymnasiet %		Eftergymnasial utbildning %	Ungdomsarbetslöshet % %, 18-24 år		Arbetslöshet % 16-64 år	
	Vt 2013	Vt 2014	År 2013	Januari 2014	Januari 2015	Januari 2014	Januari 2015
Riket	88	87	38	17	15	9	8
Värmland	89	88	31	22	20	10	9
Arvika	90	86	28	20	17	9	8
Eda	88	91	18	19	15	9	9
Filipstad	86	89	17	26	21	13	11
Forshaga	93	85	27	32	26	11	10
Grums	79	83	19	30	24	12	11
Hagfors	83	85	20	29	25	12	10
Hammarö	93	96	44	20	23	7	6
Karlstad	93	89	44	17	15	9	9
Kil	88	84	29	26	25	10	9
Kristinehamn	81	84	27	28	26	12	13
Munkfors	82	83	17	30	35	13	14
Storfors	88	80	19	31	29	15	16
Sunne	90	89	26	20	17	8	7
Säffle	74	83	24	31	28	13	13
Torsby	85	82	21	22	19	8	8
Årjäng	94	87	18	13	12	8	7

Hushållens ekonomiska situation har under 2000-talet förbättrats för flera grupper, men det finns stora skillnader mellan till exempel ensamstående och sammanboende med barn. Värmland har en något högre andel barn i hushåll med låg inkomst jämfört med riket. I Värmland har nästan tre gånger fler ensamstående med barn låg inkomst jämfört med sammanboende med hemmavarande barn. Skillnaderna mellan kommunerna är stor, Grums har högst andel med låg inkomst och hemmaboende barn, 51 procent jämfört med 28 procent i Hammarö. Observera att kommuner som gränsar till Norge har en hög andel med låga inkomster, detta kan delvis bero på att det i dessa kommuner bor fler personer som arbetar och skattar i Norge (tabell 6).

Sjukpenningtalet är högre i Värmland än i riket och under det senaste året har det ökat mer bland kvinnor och män i Värmland jämfört med riket (tabell 6).

Tabell 6. Andel familjer med låg inkomst. Källa: SCB. Sjukpenningtal. Källa: Försäkringskassan.

	Låg inkomst		Sjukpenningtal*			
	Andel (%) familjer med låg inkomst		Antal dagar			
	År 2012	År 2012	Män		Kvinnor	
	Ensamstående med hemmavarande barn	Familjer med hemmavarande barn	2013, dec	2014, dec	2013, dec	2014, dec
Riket	39	12	6,0	6,7	10,8	12,2
Värmland	42	14	6,1	7,1	11,3	13,2
Arvika	42	14	7,9	9,3	15,5	17,3
Eda	47	26	8,2	9,2	17,1	16,6
Filipstad	47	17	6,4	7,0	14,6	17,1
Forshaga	46	12	6,9	8,4	12,2	14,5
Grums	51	15	7,3	7,9	15,8	17,2
Hagfors	48	17	7,7	9,7	16,2	18,5
Hammarö	28	5	4,5	5,9	8,4	10,1
Karlstad	37	12	4,7	5,3	8,6	10,6
Kil	39	12	6,3	7,0	11,2	13,3
Kristinehamn	44	15	6,1	7,5	12,3	13,8
Munkfors	55	15	7,5	7,4	13,3	13,6
Storfors	51	14	6,7	8,1	14,1	15,4
Sunne	39	15	5,9	6,9	9,0	11,1
Säffle	49	17	8,5	9,6	14,7	17,8
Torsby	42	20	7,3	7,1	9,3	10,9
Årjäng	50	31	7,1	8,4	11,2	12,7

*Antal utbetalda dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år exklusive försäkrade med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning. Alla dagar är omräknade till nettodagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en dag.

Delaktighet

Delaktighet och inflytande i samhället är en av de grundläggande förutsättningarna för en god hälsa. Ett sätt att fånga området delaktighet är att mäta valdeltagande. Ett högt valdeltagande stärker det demokratiska systemets legitimitet och förbättrar den politiska representativiteten och jämlikheten. Valdeltagandet till landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige innebär ett visst inflytande i den regionala och lokala processen. Att kunna påverka sina livsvillkor och samhället vi lever i bidrar till delaktighet och känsla av inflytande i olika samhällsfrågor.

Valdeltagande till riksdagen år 2014 var på samma nivå i Värmland som i riket, 86 procent. Hammarö hade högst och Eda lägst valdeltagande, 90 procent respektive 80 procent. Valdeltagande på regional och lokal nivå var något lägre än till riksdagsvalet, 83 procent, även här föreligger stora variationer mellan kommunerna.

Tabell 7. Valdeltagande i procent till riksdag, landsting och kommun. Källa: Valmyndigheten.

	Valdeltagande % Riksdagsval	Valdeltagande % Landstingsval	Valdeltagande % Kommunval
	År 2014	År 2014	År 2014
Riket	86	82	83
Värmland	86	83	83
Arvika	85	80	81
Eda	80	68	69
Filipstad	84	80	81
Forshaga	87	86	86
Grums	85	82	82
Hagfors	84	80	81
Hammarö	90	88	89
Karlstad	88	85	86
Kil	87	85	86
Kristinehamn	86	83	84
Munkfors	85	82	82
Storfors	86	82	83
Sunne	86	84	85
Säffle	85	82	82
Torsby	81	78	69
Årjäng	83	73	75

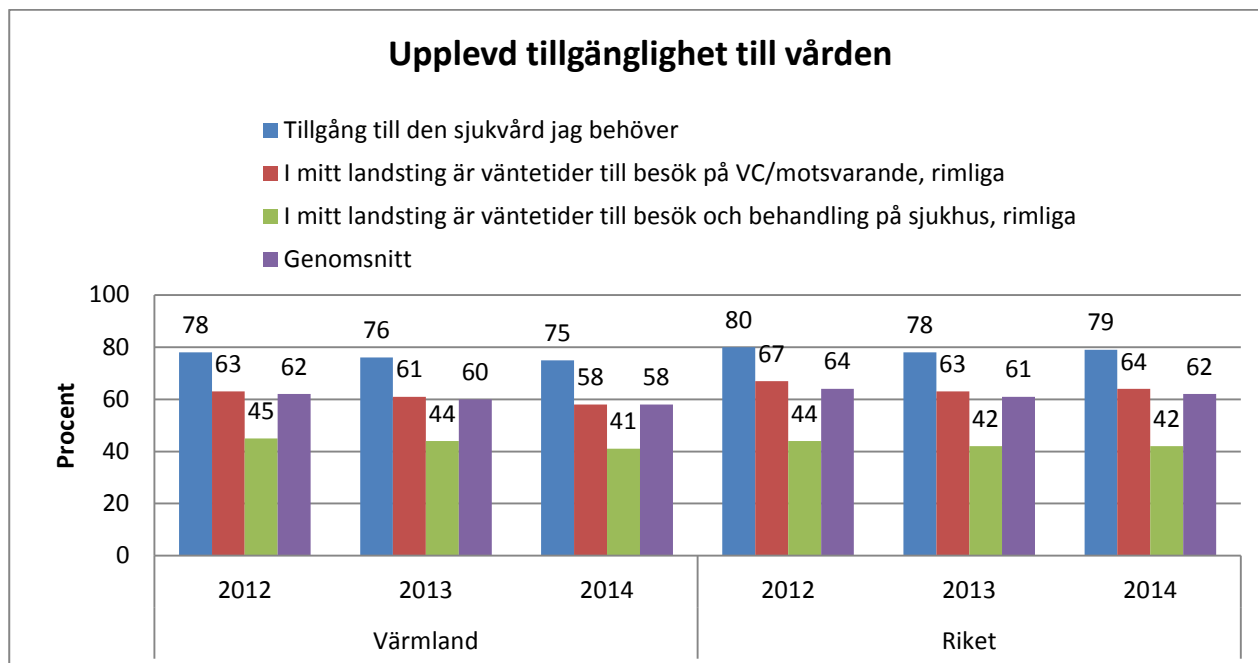
Förtroende

Värmlänningarnas förtroende för olika samhällsinstitutioner varierar. Högst förtroende finns för hälso- och sjukvården och lägst för landstingets politiker. De kommunala skillnaderna är stora.

Tabell 8. Värmlänningarnas förtroende för samhällsinstitutioner i procent, 18-84 år. Källa: Liv och hälsa 2012.

	Har mycket stort eller ganska stort förtroende för... %				
	Hälso- och sjukvården	Skolan	Äldreomsorgen	Landstingspolitiker	Kommunpolitiker
Värmland	77	56	33	19	25
Arvika	79	61	41	19	32
Eda	74	51	38	16	16
Filipstad	79	47	32	14	19
Forshaga	79	52	29	18	32
Grums	71	44	30	13	13
Hagfors	71	50	38	14	18
Hammarö	86	68	28	19	22
Karlstad	78	56	27	21	27
Kil	78	54	33	19	28
Kristinehamn	76	53	34	13	17
Munkfors	68	48	39	19	25
Storfors	80	57	35	16	26
Sunne	77	59	43	26	39
Säffle	77	56	37	17	26
Torsby	77	55	38	23	29
Årjäng	72	57	38	15	24

Hur värmlänningarna upplever tillgängligheten till vården mäts bland annat med hjälp av den så kallade "Vårdbarometern". Vid en jämförelse av resultaten från 2012 till 2014 har det generellt skett en försämring vad det gäller befolkningens upplevelse av tillgänglighet till vården. Se figur 6.



Figur 6. Upplevd tillgänglighet i procent. Källa: Vårdbarometern 2014.

Nationell patientenkät

Den nationella patientenkäten är ett samlingsnamn för ett antal rikstäckande mätningar av hur man som patient upplever kvaliteten i vården.

Genom de Nationella patientenkäterna får patienter möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter av vården. Varje år genomförs enkätundersökningar inom olika verksamheter och 2014 genomfördes undersökningar inom somatisk slutenvård, somatisk öppen vård, sluten psykiatrisk vård samt öppen psykiatrisk vård. Inom den somatiska vården är resultaten generellt något bättre än senaste mätningen 2012. Den öppna psykiatriska vården upplevs som bättre än tidigare. Se tabell 9.

Tabell 9. Resultat från nationella patientenkäten 2014. Grönmarkerade avser bättre resultat än tidigare mätning 2012, rödmarkerade avser sämre. Resultaten redovisas som så kallade viktade värden för patientupplevd kvalitet (PUK-värden) 100 bästa värdet.

Indikator	Somatisk slutenvård		Somatisk öppenvård		Sluten psykiatrisk vård		Öppen psykiatrisk vård	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Bemötande	92	92	94	94	71	69	81	82
Delaktighet	75	78	82	81	54	51	64	65
Information	80	83	84	85	56	47	62	65
Tillgänglighet	80	77	80	80	61	48	53	55
Förtroende	87	88	92	92	69	61	66	73
Upplevd nytta	90	90	88	87	71	66	72	71
Helhet	77	78	78	79	55	56	59	60
Rekommendera	92	92	92	93	69	71	73	74
Totalintryck	84	85	86	86	63	59	66	68

Trygghet och sociala relationer

Att känna sig trygg och säker hör till de mest centrala mänskliga behoven och är avgörande för vårt välbefinnande. Upplevd trygghet påverkar möjligheter för socialt liv utanför hemmet och även möjligheter att exempelvis motionera.

Andelen värmlänningar som uppger att de avstår från att gå ut på grund av rädsla för överfall eller liknande har minskat sedan 2004. Det är betydligt vanligare att kvinnor avstår från att gå ut än män, 18 procent jämfört med 6 procent år 2012. Även andelen personer som uppger att de utsatts för avsiktligt våld eller misshandel har minskat bland män och kvinnor under perioden 2004-2012 i Värmland (tabell 10).

Ofrivillig ensamhet är ett växande problem i samhället, äldre människor är särskilt utsatta och upplever en större risk för ensamhet och utanförskap. Detta kan i sin tur påverka hälsan negativt. Närmare 60 procent av de som fyllt 65 år i Värmland uppger att de besväras av ensamhet (tabell 10).

Tabell 10. Andel personer som avstått från att gå ut, 18-84 år, år 2012. Källa: Liv och hälsa. Andel personer som blivit utsatta för avsiktligt våld, 18-84 år, år 2012. Källa: Liv och hälsa. Andel personer som har besvär av ensamhet. Källa: Öppna jämförelser Folkhälsa 2014.

	Avstått från att gå ut pga av rädsla för överfall %		Utsatt för avsiktligt våld/misshandel %		Besvär av ensamhet bland äldre %
	År 2004	År 2012	År 2004	År 2012	År 2014
Riket	-	-	-	-	55
Värmland	17	11	4	2	59
Arvika	13	9	4	1	62
Eda	12	8	3	3	55
Filipstad	14	11	5	3	59
Forshaga	14	14	4	1	61
Grums	18	14	5	<0,5	51
Hagfors	12	9	3	2	62
Hammarö	17	9	4	1	54
Karlstad	21	15	3	2	60
Kil	17	9	3	2	58
Kristinehamn	19	12	4	2	60
Munkfors	15	11	3	1	63
Storfors	13	8	3	1	67
Sunne	13	7	2	1	49
Säffle	16	14	4	2	52
Torsby	11	7	5	2	57
Årjäng	8	6	5	2	55

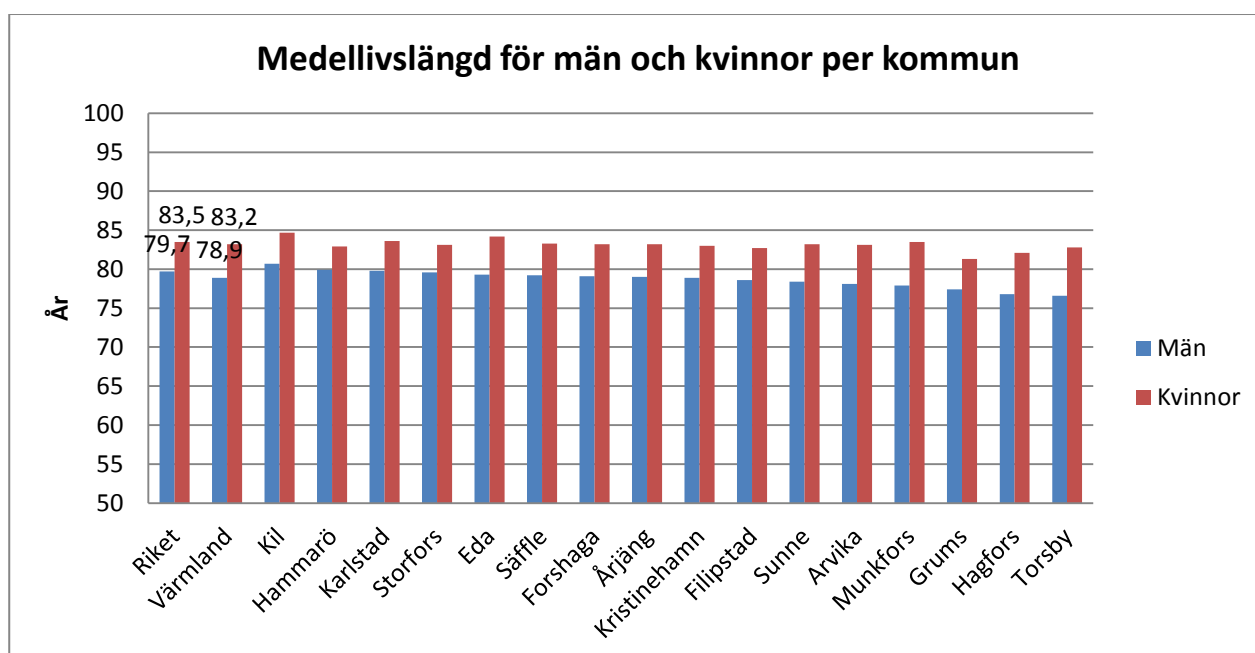
Hälsan i befolkningen

Övergripande hälsotillstånd

Medellivslängd

Hälsoutvecklingen i en befolkning har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort och påverkar också behoven av hälso- och sjukvård. Medellivslängd och självskattat allmänt hälsotillstånd är två mått som ofta används för att beskriva hälsa och hälsoutvecklingen på befolkningsnivå.

Medellivslängden speglar hur hälso- och sjukvården genom förebyggande insatser och behandling kan bidra till ökad livslängd i befolkningen. Den minskade dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar, förbättrade levnadsvanor samt bättre behandlingsmetoder gör att färre insjuknar och avlider. Detta bidrar till den ökade medellivslängden i Sverige. Medellivslängden beskriver skillnader i livslängd i en befolkning. Den uppskattade medellivslängden är 83,2 för kvinnor och 78,9 för män i Värmland, vilket är något kortare än i riket. Kil har den högsta medellivslängden bland både kvinnor och män i länet (figur 7).



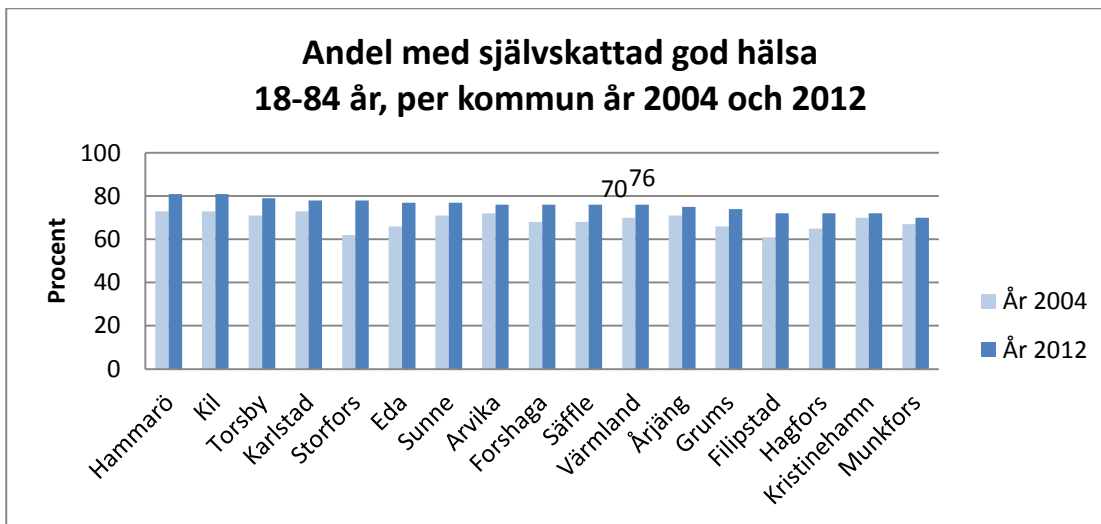
Figur 7. Medellivslängd för män och kvinnor i riket, Värmland och de värmländska kommunerna, medelvärde 2009-2013. Källa: SCB

Självskattat allmänt hälsotillstånd

Självskattad hälsa är ett internationellt och nationellt använt övergripande mått på hälsa för att identifiera grupper med långvarig sjukdom och funktionsnedsättning, men även för att identifiera vårdbehov. Den självskattade hälsan samvarierar väl med ökad risk för framtida sjuklighet, sjukvårdskonsumtion, sjukskrivning och död.

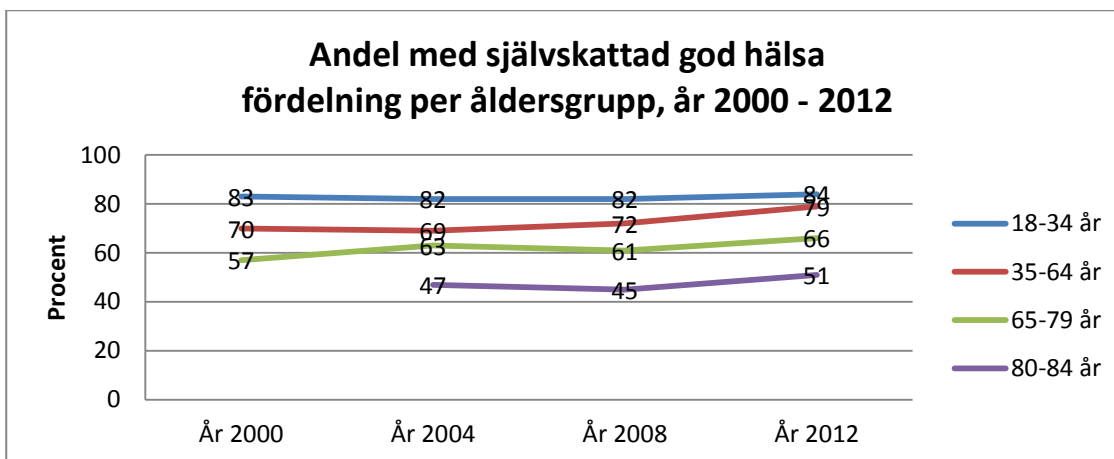
Sedan år 2000 har andelen värmlänningar som anser sig ha god hälsa generellt sett ökat. Ökningen av andel med god hälsa har varit något större bland kvinnor än män. Idag skattar 76 procent av kvinnorna och 77 procent av männen sin hälsa som bra eller mycket bra.

Den självskattade hälsan synliggör skillnader i hälsa mellan befolkningen i kommunerna. År 2012 är det 10 procentenheters skillnad mellan de kommuner med högst andel god hälsa jämfört med de som har lägst andel med god hälsa. Medellivslängden är generellt sett högre i kommunerna med en hög andel med god självskattad hälsa och självskattade hälsan har blivit mer jämlik under perioden 2004- 2012 vid jämförelse mellan kommunerna (figur 8).



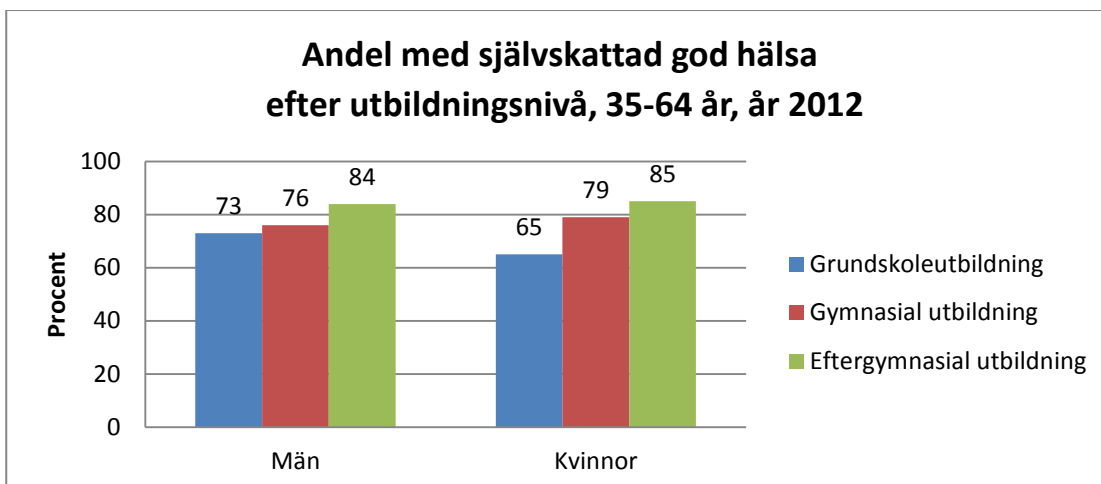
Figur 8. Andel med god självskattad hälsa per kommun, 18-84 år, 2004 och 2012. Källa: Liv och hälsa.

Den självskattade hälsan försämras, av naturliga orsaker, med åren. Under de senaste 12 åren har den största förbättringen av hälsa skett bland dem i förvärvsaktiv ålder (35-64 år) och bland yngre seniorer (65-79 år), se figur 9.



Figur 9. Andel värmlänningar med självskattad god tandhälsa efter åldersgrupper, år 2004, 2008, 2012. Källa: Liv och hälsa.

Skillnaderna i god hälsa mellan personer (35-64 år) med kort respektive lång utbildning är tydlig. Det är 20 procentenheters skillnad i god hälsa mellan kvinnor med kort respektive lång utbildning. De med lång utbildning mår bättre än de med kortare (figur 10). Sambandet mellan hälsa och utbildningsnivå är bestående över tid.

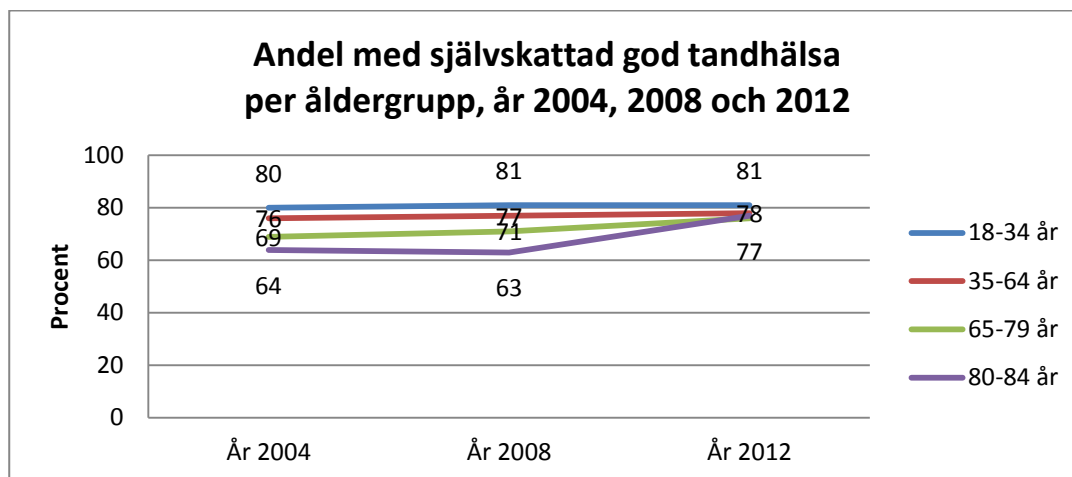


Figur 10. Andel värmlänningar med självskattad god hälsa efter utbildningsnivå, 35-64 år, år 2012. Källa: Liv och hälsa.

Tandhälsa

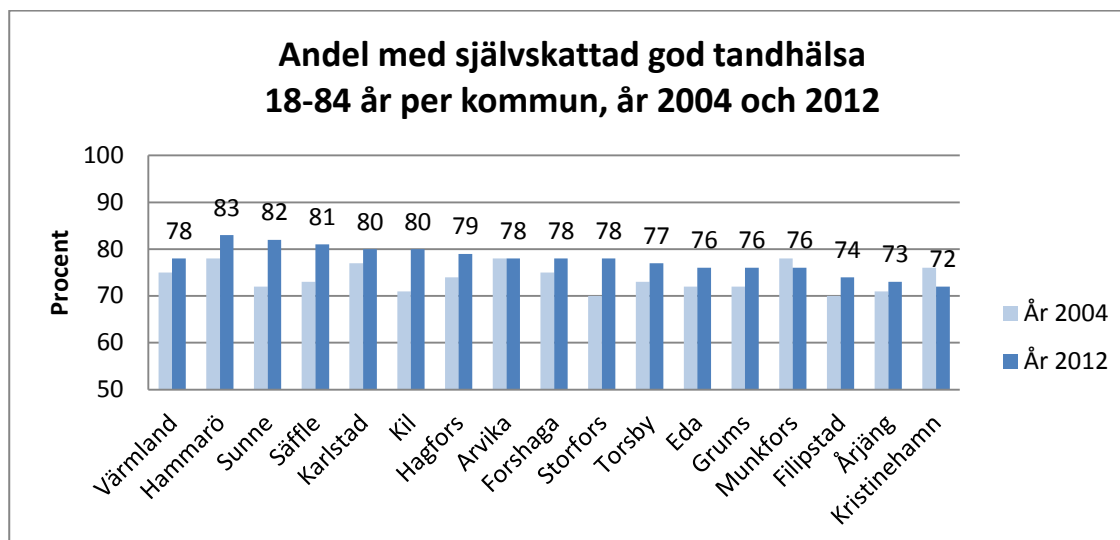
Tandhälsan utgör en viktig del för vår livskvalitet och vårt välbefinnande. Tandhälsan är en vanligt använd indikator på det allmänna hälsotillståndet eftersom tandhälsa är starkt förknippad med levnadsvanor, vårdutnyttjande och ekonomiska förutsättningar.

Värmland har den bästa självskattade tandhälsan i Sverige. Under perioden 2000 – 2012 har tandhälsan som helhet förbättrats i Värmland, särskilt bland de äldsta i befolkningen (figur 11).



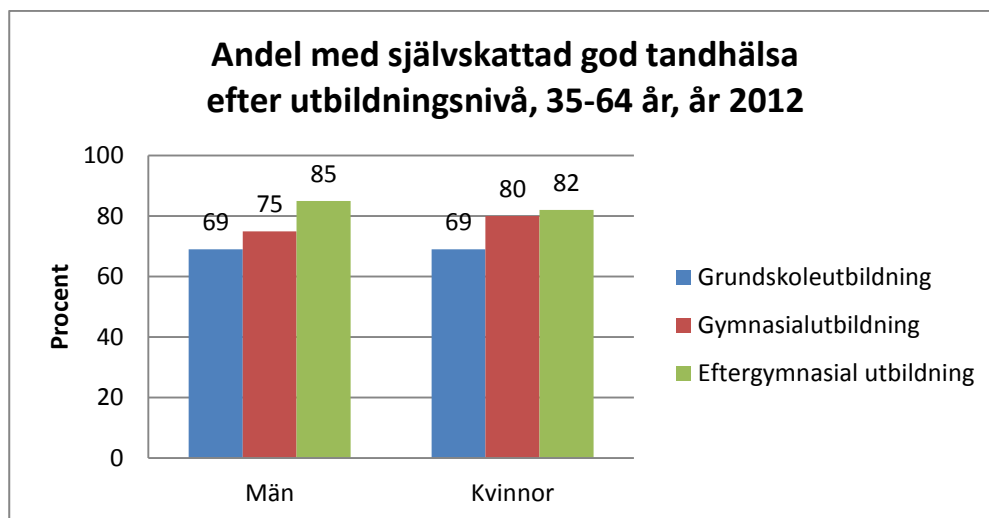
Figur 11. Andel värmlänningar med självskattad god tandhälsa efter åldersgrupper, år 2004, 2008, 2012. Källa: Liv och hälsa.

Tandhälsan varierar mellan kommunerna. År 2012 skiljer det 20 procentenheter mellan kommunen med lägst respektive högst självskattad tandhälsa (figur 12).



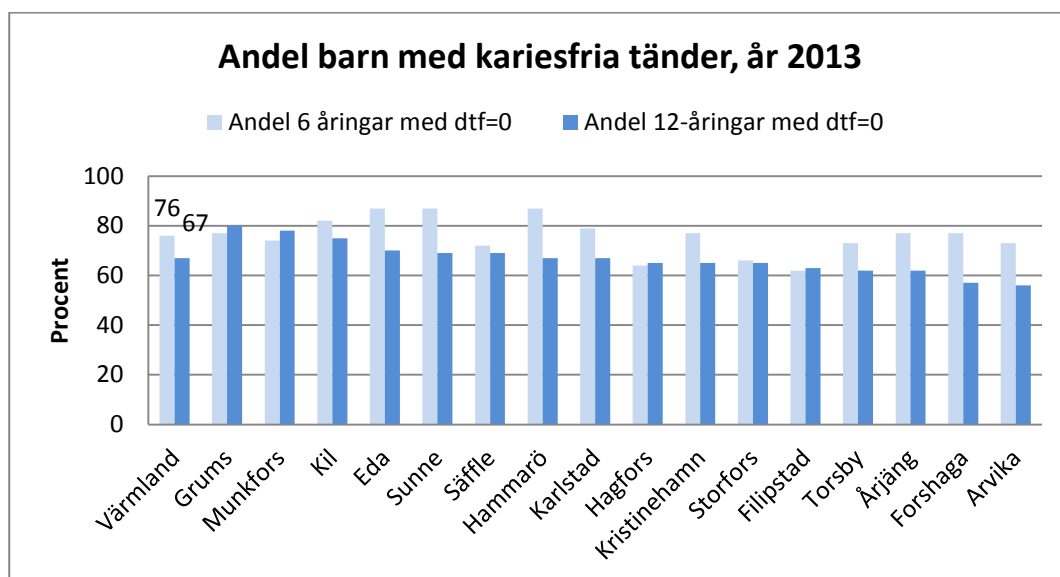
Figur 12. Andel med självskattad god tandhälsa per kommun, 18-84 år, 2004 och 2012. Källa: Liv och hälsa.

Utbildningsnivån påverkar tandhälsan, kvinnor och män med kort utbildning anger sämre tandhälsa än de med lång utbildning (figur 13).



Figur 13. Andel värmlänningar med självskattad god tandhälsa efter utbildningsnivå, 35-64 år, år 2012. Källa: Liv och hälsa.

Majoriteten av barn och unga kommer till tandvårdsbesök när de blir kallade. Tandhälsan bland barn i Värmland är generellt god och en högre andel värmländska barn är kariesfria jämfört med riket. År 2013 var 76 procent av de värmländska 6-åringarna kariesfria. Bland 12-åringarna var 67 procent kariesfria år 2013 (figur 14) och 71 procent kariesfria år 2012.

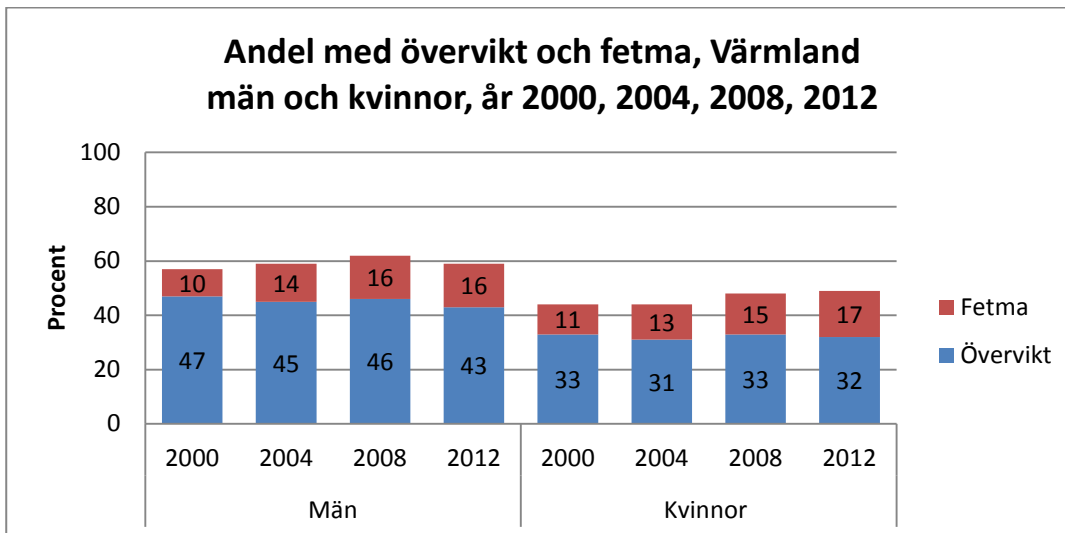


Figur 14. Andel 6-åringar och 12-åringar i Värmland med kariesfria tänder, år 2013. Källa: Folk tandvården Värmland.

Övervikt och fetma

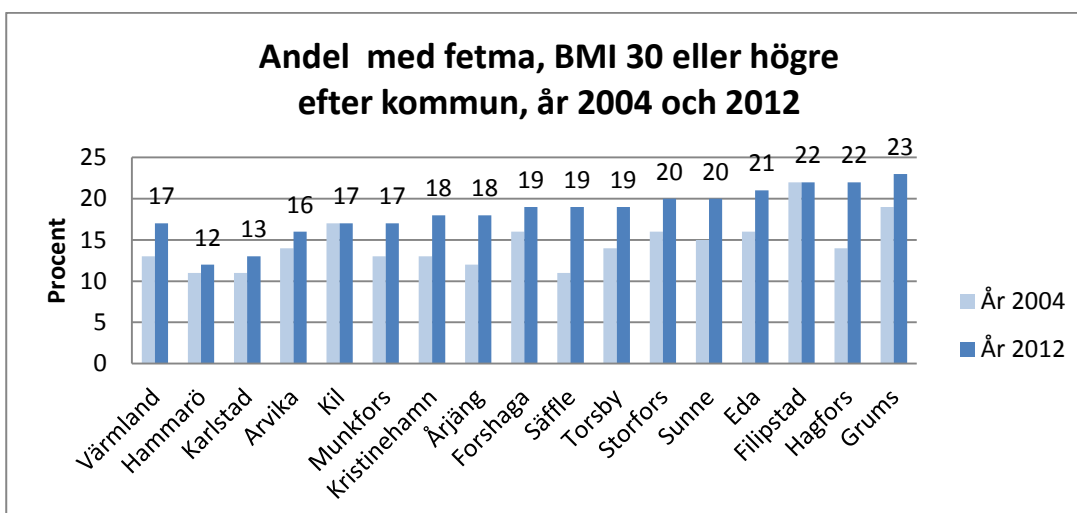
Med övervikt och fetma följer en rad hälsoproblem och ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, typ 2 diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen och vissa cancerformer. Fetma är en av de fem främsta riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår enligt WHO. I Sverige har andelen vuxna med fetma fördubblats sedan 1980-talet och idag är mer än hälften av svenskarna överviktiga.

År 2012 var cirka 60 procent av männen och 50 procent av kvinnorna i Värmland överviktiga eller hade fetma. Det är främst gruppen med fetma som har ökat. Andelen med övervikt har varit relativt konstant hos kvinnor. Bland män minskade andelen med övervikt år 2012 jämfört med tidigare år. Värmland har en högre andel i befolkningen med fetma än genomsnittet för riket. Det är ungefär lika många kvinnor som män som har fetma (figur 15).



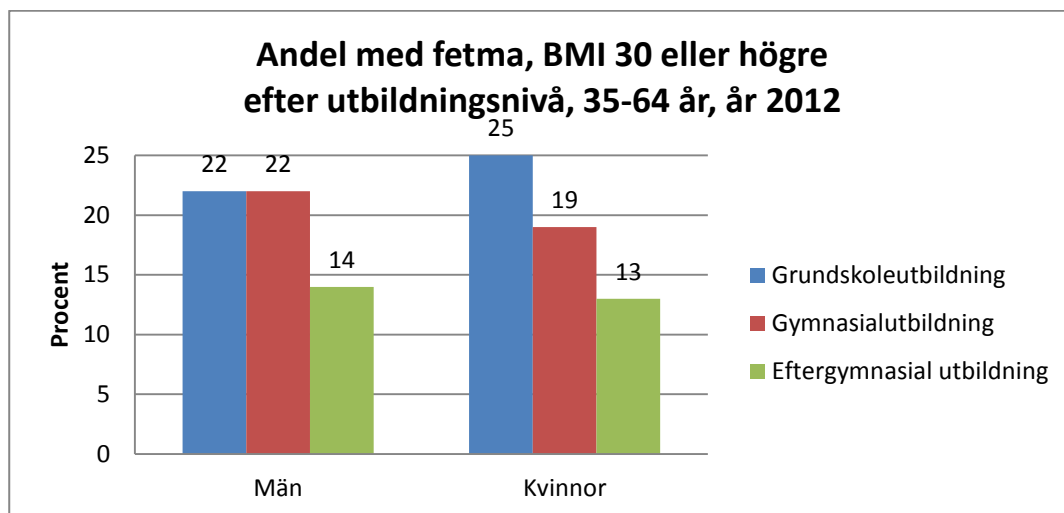
Figur 15. Andel män och kvinnor med övervikt (BMI, Body Mass Index) 25-29 samt BMI 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 18-79 år 2000, 18-84 år 2004, 2008 och 2012. Källa: Liv och hälsa.

Det är stora variationer i andelen med fetma mellan kommunerna. I några av kommunerna har andelen med fetma ökat med sex procentenheter eller mer (figur 16).



Figur 16. Andel personer med ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre, 18-84 år, fördelat efter kommun år 2004 och 2012. Källa: Liv och hälsa.

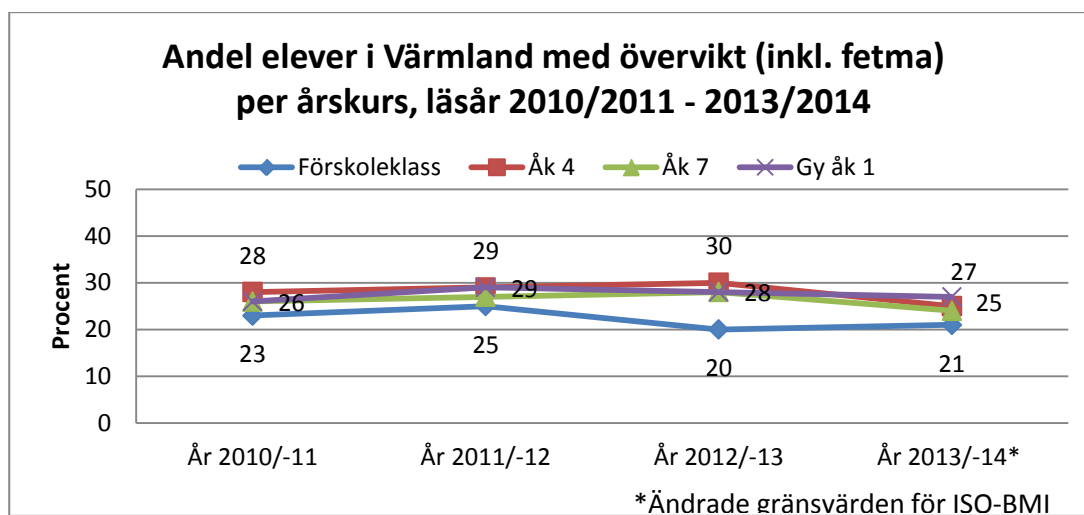
Fetma är vanligare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med de med lång utbildning. Fetma är nästan dubbelt så vanligt bland kvinnor med grundskoleutbildning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning (figur 17).



Figur 17. Andel värmlänningar med ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter efter utbildningsnivå år 2012. Källa: Liv och hälsa.

Även bland barn har fetma ökat under de senaste decennierna och det är väl känt att det är vanligare att barn från socioekonomiskt utsatta förhållanden har fetma. Fetma tidigt i livet medför en ökad risk för att hälsoproblemet finns kvar även i vuxen ålder.

I Värmland publiceras årligen data om övervikt och fetma för elever i förskoleklass, årskurs 4, 7 och gymnasiet åk 1. Elevernas längd och vikt kontrolleras och journalförs av elevhälsans personal. Andelen elever med övervikt (inklusive fetma) per årskurs under åren 2010-2013 presenteras ovan. Observera att vid det senaste mätillfället har gränssnittet för ISO-BMI korrigerats.



Figur 18. Andelen elever med övervikt och fetma efter årskurs, läsår 2010/-11-2013/-14. Källa: Elevhälsodatabasen ELSA.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa tillhör de stora folksjukdomarna. Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som innefattar en rad olika aspekter av psykiska problem. Det gäller allt från självrapporterade besvär som trötthet, ängslan och oro till depression och andra psykiska sjukdomar. Psykisk ohälsa medför omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen. Det utgör också en stor belastning på sjukvård, socialtjänst och sjukförsäkring.

Andelen med lättare psykiska besvär, som ängslan och oro, stress och sömnproblem har ökat sedan början av 1990-talet och är vanligare bland kvinnor än bland män. I Värmland har andelen kvinnor och män som upplever ängslan och oro varit relativt konstant den senaste 4 års-perioden (tabell 11) men andelen som upplever stress har ökat (tabell 12).

Tabell 11. Andel män och kvinnor, 18-84 år, som har ängslan och oro eller sömnproblem hela tiden/flertal tillfällen, år 2008 och 2012. Källa: Liv och hälsa.

	Ängslan och oro, % Flertal tillfällen/hela tiden				Sömnproblem, % Flertal tillfällen/hela tiden			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Värmland	10	11	20	20	15	18	26	27
Arvika	11	11	19	17	17	15	25	31
Eda	12	8	14	17	8	19	28	27
Filipstad	8	15	21	26	17	20	33	35
Forshaga	11	10	17	19	15	18	26	22
Grums	19	14	22	26	19	20	30	30
Hagfors	11	5	22	19	12	17	25	30
Hammarö	11	8	18	21	20	12	23	24
Karlstad	9	11	22	20	13	19	25	25
Kil	9	13	19	16	12	16	27	25
Kristinehamn	12	11	23	24	12	22	27	28
Munkfors	11	18	18	19	15	25	24	31
Storfors	15	12	22	15	28	19	23	28
Sunne	9	10	19	15	16	13	24	26
Säffle	8	7	21	21	14	19	29	27
Torsby	14	11	16	16	15	19	25	25
Årjäng	10	9	18	18	16	15	24	24

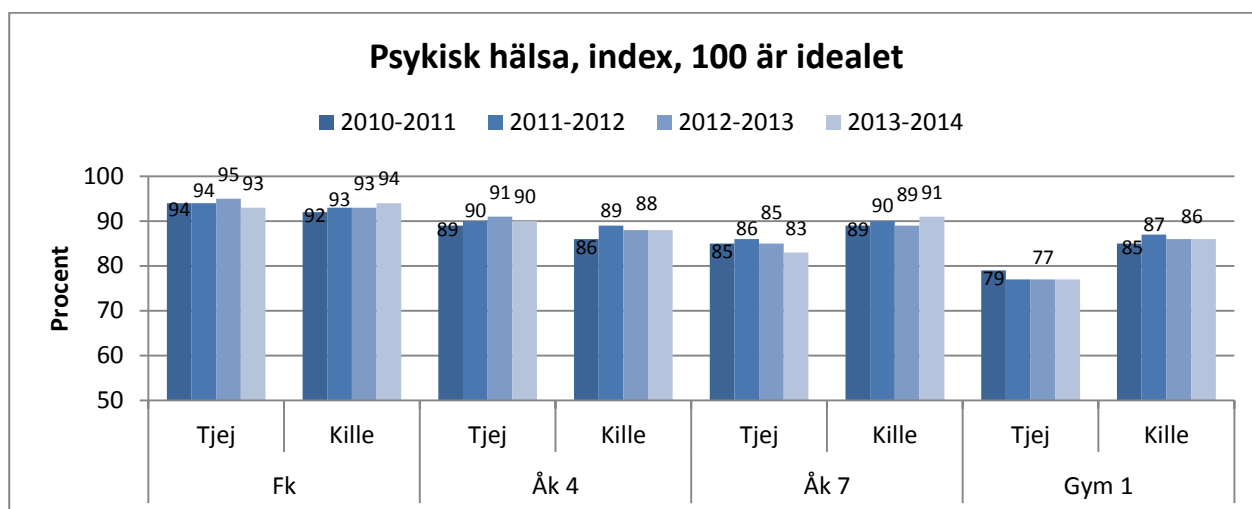
Psykofarmaka är en vanlig behandlingsform i samband med psykisk ohälsa. Värmland har en högre användning av sömnmedel och lugnande medel än riket och det finns tydliga skillnader i regelbunden användning av sömnmedel och lugnande medel mellan de olika kommunerna (tabell 12).

Tabell 12. Andel i befolkningen, 18-84 år, med självrapporterad stress. Källa: Liv och hälsa. Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel, antal per 1000 invånare, år 2009 och 2013. Källa: Öppna jämförelser Folkhälsa 2014.

	Stress, % Flertal tillfällen/hela tiden				Regelbunden behandling sömn-/lugnande medel antal/1000 invånare	
	Män		Kvinnor		2009	2013
	2008	2012	2008	2012		
Riket	-	-	-	-	-	32,4
Värmland	17	19	27	32	36,5	38,2
Arvika	16	15	25	28	40,2	44,8
Eda	20	13	20	28	40,6	45,7
Filipstad	17	21	27	29	33,3	30,9
Forshaga	15	19	28	33	46,6	49,2
Grums	22	13	29	32	37,2	38,7
Hagfors	13	14	23	27	43,1	43,4
Hammarö	18	14	26	39	34,5	36,3
Karlstad	16	24	30	32	37,7	37,6
Kil	13	21	27	28	27,1	29,4
Kristinehamn	20	21	29	39	37,0	40,6
Munkfors	15	20	21	24	36,1	36,8
Storfors	22	13	22	26	38,2	34,0
Sunne	12	15	24	30	28,4	28,6
Säffle	18	14	31	32	31,4	39,5
Torsby	17	18	26	30	29,1	29,0
Årjäng	18	14	20	29	33,7	40,7

Psykisk hälsa bland barn och unga

Den psykiska ohälsan varierar beroende på ålder. Ju äldre eleverna blir desto sämre psykisk hälsa. Flickor har generellt sämre psykisk hälsa. Den psykiska hälsan har inte förändrats nämnvärt sedan år 2010 (figur 19).

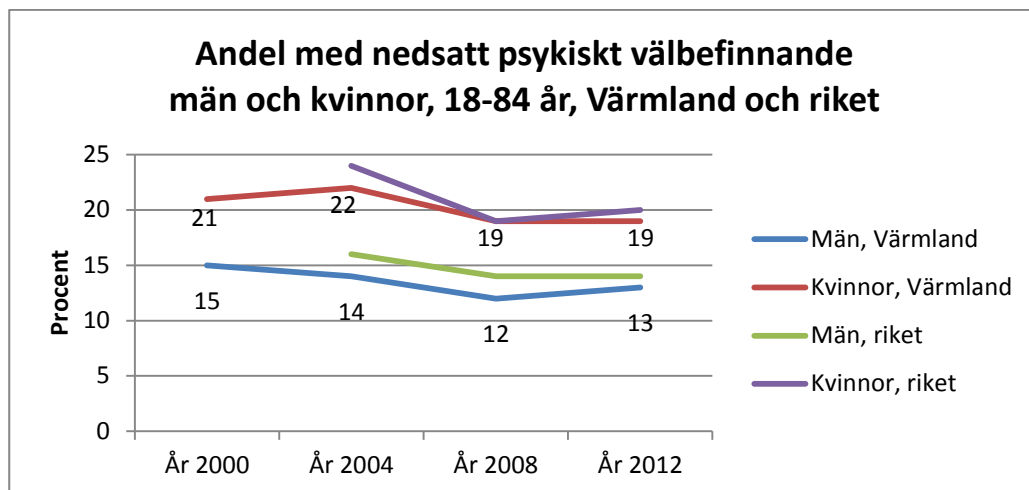


Figur 19. Index över psykisk hälsa för elever i åk förskoleklass, åk 4, åk 7 samt åk 1 gymnasiet. Följande variabler ingår i indexet; ledsen, oro/ängslan, irriterad/dåligt humör, arg, trött, sover dåligt. Man eftersträvar index värde 100. Källa: Elevhälsodatabasen ELSA.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

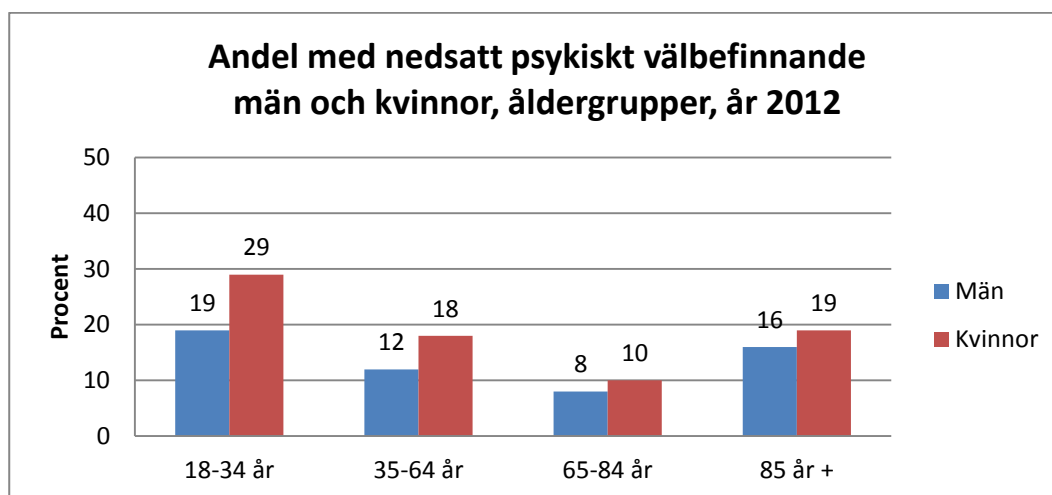
Den psykiska ohälsan i befolkningen mäts ofta genom enkät-, eller intervjuundersökningar. "Nedsatt psykiskt välbefinnande" mäts utifrån 12 frågor baserat på frågeinstrumentet General Health Questionnaire, GHQ-12, som mäter självskattad, generell psykisk hälsa hos allmänheten.

Andelen män och kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande är marginellt lägre i Värmland än i riket. Det är fler kvinnor än män som har nedsatt psykiskt välbefinnande. Under perioden 2000-2012 har andelen män och kvinnor i Värmland med nedsatt psykiskt välbefinnande minskat något, från 21 till 19 procent bland kvinnor och från 15 till 13 procent bland män (figur 20).



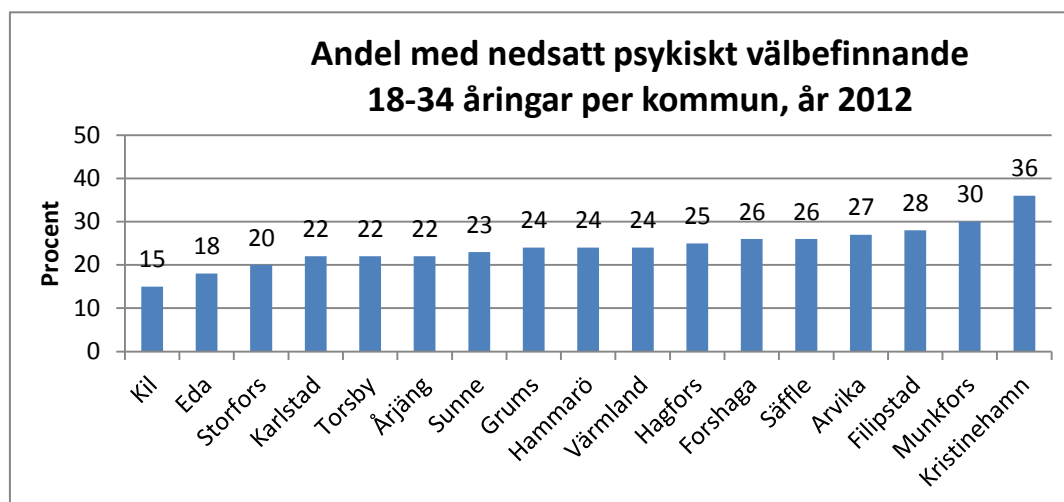
Figur 20. Andel personer med nedsatt psykiskt välbefinnande baserat på självrapporterade uppgifter, 18-79 år 2000*, 18-84 år 2004, 2008 och 2012. Källa: Liv och hälsa och Hälsa på lika villkor.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga vuxna och minskar med åldern för att öka i den äldsta åldersgruppen. Nästan en tredjedel av unga kvinnor och cirka 20 procent unga män upplever psykisk ohälsa (figur 21).



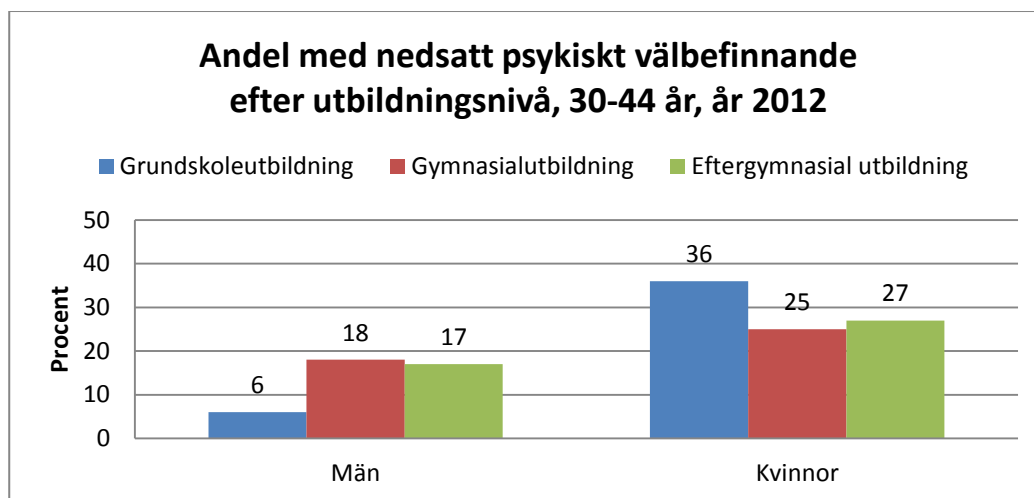
Figur 21. Andel personer med nedsatt psykiskt välbefinnande baserat på självrapporterade uppgifter efter åldersgrupper år 2000, 2004, 2008 och 2012. Källa: Liv och hälsa.

I de yngre åldersgrupperna skiljer sig nedsatt psykiskt välbefinnande mellan kommunerna. Skillnaden är mer än dubbelt så stor mellan de med lägst andel nedsatt psykiskt välbefinnande och de med högst (figur 22).



Figur 22. Andel personer med nedsatt psykiskt välbefinnande baserat på självrapporterade uppgifter, 18-34 år, fördelat efter kommun år 2012. Källa: Liv och hälsa.

I figur 23 har åldersgruppen 30-44 år valts för att belysa skillnaderna i psykisk hälsa i förhållande till utbildningsnivå. Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast i de yngre åldersgrupperna och i 30 års åldern har de flesta avslutat sin utbildning. Betydligt fler kvinnor med kort utbildning i denna åldersgrupp, upplever nedsatt psykiskt välbefinnande än kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Omvänt förhållande gäller bland män.



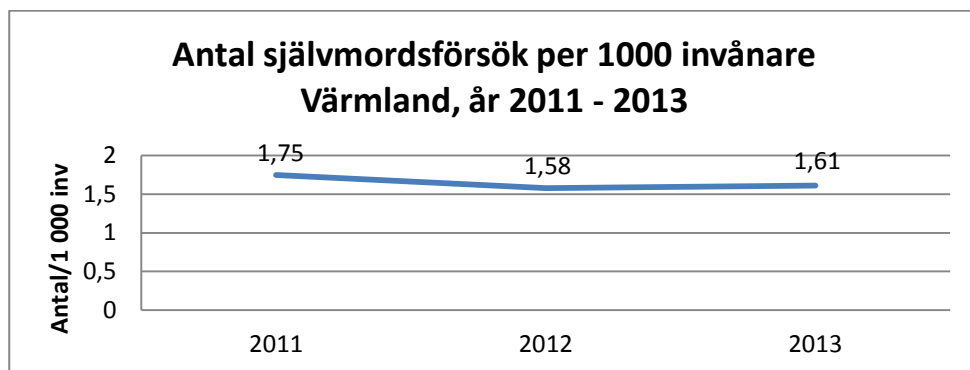
Figur 23. Andel personer 30-44 år med nedsatt psykiskt välbefinnande baserat på självrapporterade uppgifter efter utbildningsnivå år 2012. Källa: Liv och hälsa.

Självskadebeteende, självmordsförsök och suicid

Psykisk ohälsa är en betydande riskfaktor för självskadebeteende, självmordsförsök och suicid.

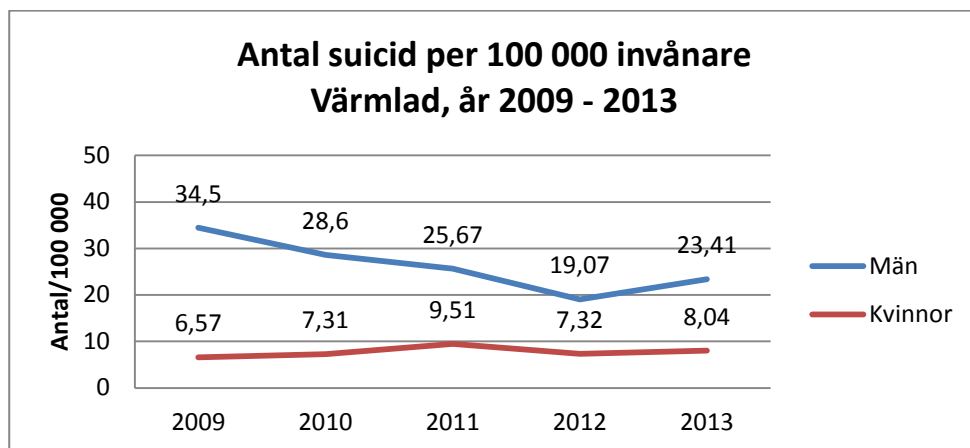
Vård till följd av självskadebeteende är vanligast för flickor i tonåren. Under 5 års- perioden 2008-2012 vårdades totalt 228 barn, 175 flickor och 53 pojkar (yngre än 18 år) för självskadebeteende på någon av akutmot- tagningarna i Värmland. Under den valda 5 års- perioden syns inga tendenser till varken ökning eller minskning.

Självmordsförsök är vanligare bland kvinnor än bland män, oavsett ålder. År 2013 vårdades 1,61 personer per 1 000 invånare i Värmland för självmordsförsök (figur 24). Både bland kvinnor och bland män är självmordsförsök vanligast i de yngsta åldersgrupperna.



Figur 24. Antal självmordsförsök/1 000 invånare i Värmland, år 2011, 2012 och 2013. Källa: IDB

Suicid är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligare bland äldre än yngre. Självmordstalen för värmländska män är bland de högsta i riket, men under de senaste åren har det varit en minskande tendens, se figur nedan.



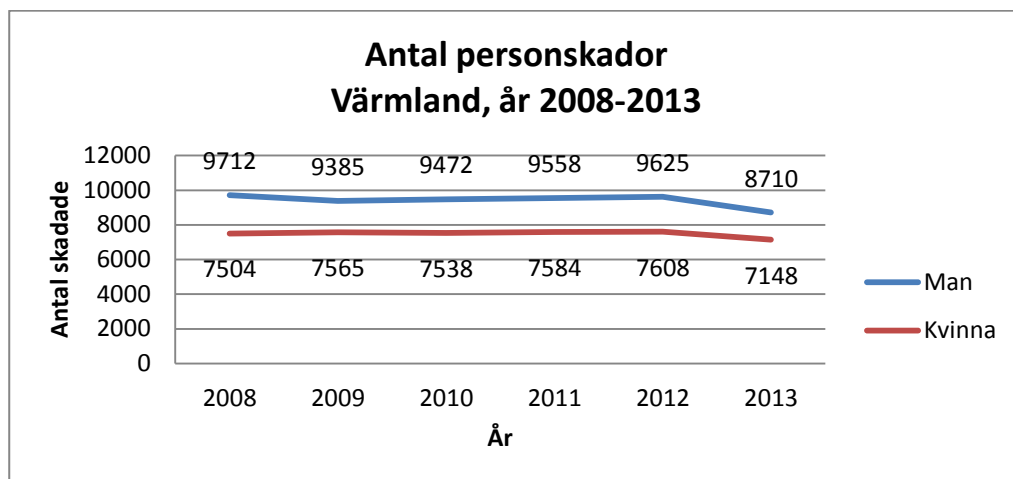
Figur 25. Antal suicid/100 000 invånare i Värmland, år 2009-2013. Källa: Dödsorsaksregistret.

Det föreligger skillnader i antal personer som begår suicid mellan de värmländska kommunerna.

Personskador, STRADA och Injury Database (IDB)

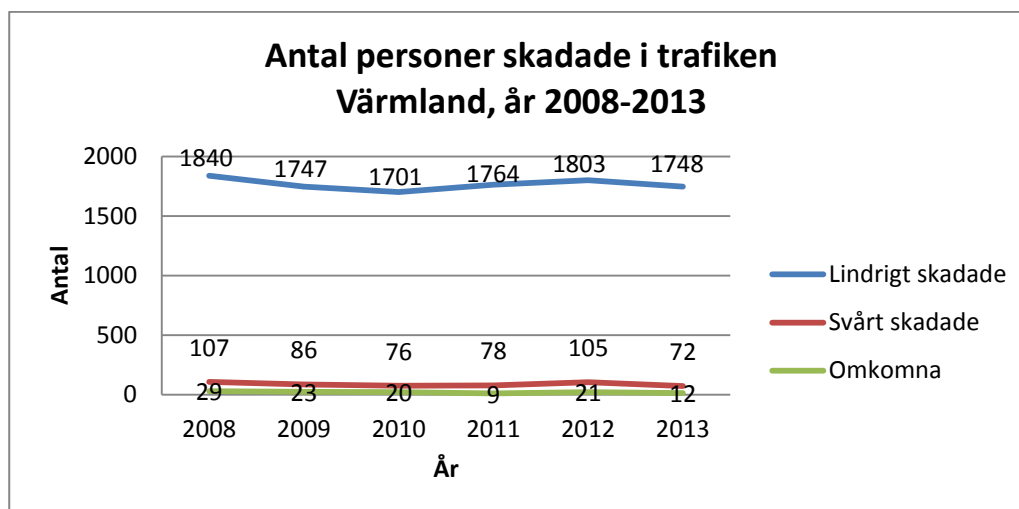
Registrering av personskador som uppkommit i samband med olyckshändelser sker i två olika nationella system på länets akutmottagningar i Arvika, Karlstad och Torsby. Dels i Transportstyrelsens Swedish Traffic Accident Data Acquisition (STRADA) där polisen och hälso- och sjukvården gemensamt registrerar de personskador som sker i trafikmiljö. Dels i Injury Data Base (IDB) som administreras av Socialstyrelsen där övriga skador registreras.

Sedan 2008 ser vi en minskning av antalet skadade både bland kvinnor och bland män. För männen har antalet personskador minskat med ca 10 procent och bland kvinnor med omkring 5 procent. Av de cirka 17 000 personer som årligen registreras i IDB utgör män 56 procent (figur 26).



Figur 26. Antal personskador registrerade i Injury Database (IDB) fördelat på män och kvinnor under perioden 2008-2013. Källa: IDB

Antal skadade eller omkomna i trafikmiljö, av de knappt 1 900 personer som årligen registreras i STRADA utgör män 52 procent (figur 27).



Figur 27. Antal personskador i trafiken registrerade i Swedish Traffic Accident Data Acquisition (STRADA) fördelat på lindrigt - eller allvarigt skadade samt omkomna, år 2008-2013. Källa: STRADA.

Levnadsvanor

Levnadsvanor handlar om beteenden i vardagliga aktiviteter som individen själv kan påverka, exempelvis tobaks- och alkoholbruk, fysisk aktivitet, mat- och sexualvanor. Samhället kan skapa goda förutsättningar för individer att själv påverka val som berör de egna levnadsvanorna. Levnadsvanorna påverkas av livsvillkoren och levnadsförhållandena.

Rökning, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet, och matvanor

Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor ligger bakom 20 procent av den samlade sjukdomsburden. Hälsosamma levnadsvanor har samband med exempelvis minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancerformer, diabetes typ 2.

Andelen dagligrökare fortsätter att minska bland både män och kvinnor på riks- och länsnivå, men i vissa kommuner har utvecklingen gått i motsatt riktning (tabell 13).

Andelen rökande mammor är något högre i Värmland än i riket och det är stora kommunala skillnader. Uppmärksamma dock att variationerna kan bli stora i små kommuner på grund av få individer (tabell 13).

Tabell 13. Andel dagligrökare, 18-84 år, 2008 och 2012. Källa: Hälsa på lika villkor och Liv och hälsa.

Andel rökande mödrar när barnet är 0-4 veckor, år 2012, 2013. Källa: Socialstyrelsen och BHV.

	Dagligrökare, %				Mödrar som röker när barnet är 0-4 veckor, %	
	Män		Kvinnor		År 2012	År 2013
	2008	2012	2008	2012		
Riket (HLV)	11	12	14	10	5	-
Värmland	10	8	14	11	6	6
Arvika	11	5	13	8	10	5
Eda	16	16	20	19	12	5
Filipstad	12	10	17	13	15	15
Forshaga	11	8	11	15	5	10
Grums	6	7	21	13	17	7
Hagfors	14	11	17	15	0	4
Hammarö	6	4	16	11	2	4
Karlstad	8	7	13	11	5	4
Kil	14	9	16	10	6	11
Kristinehamn	15	10	10	14	10	10
Munkfors	11	12	12	13	7	17
Storfors	14	9	12	15	9	13
Sunne	11	7	14	6	6	6
Säffle	10	5	16	9	10	9
Torsby	9	11	19	10	8	10
Årjäng	12	8	18	15	8	6

Värmland har en högre andel män och kvinnor med riskfylld alkoholkonsumtion än riskgenomsnittet och andelen riskkonsumenter har ökat mellan mätperioderna 2008 och 2012 (tabell 14). Riskfylld alkoholkonsumtion är vanligare bland unga (18-29 år).

Andelen som uppger låg fysisk aktivitet har på länsnivå inte förändrats nämnvärt mellan mätperioderna 2008 och 2012, men det finns kommunala skillnader (tabell 14). En äldre befolkning och kort utbildning är faktorer som påverkar den fysiska aktiviteten

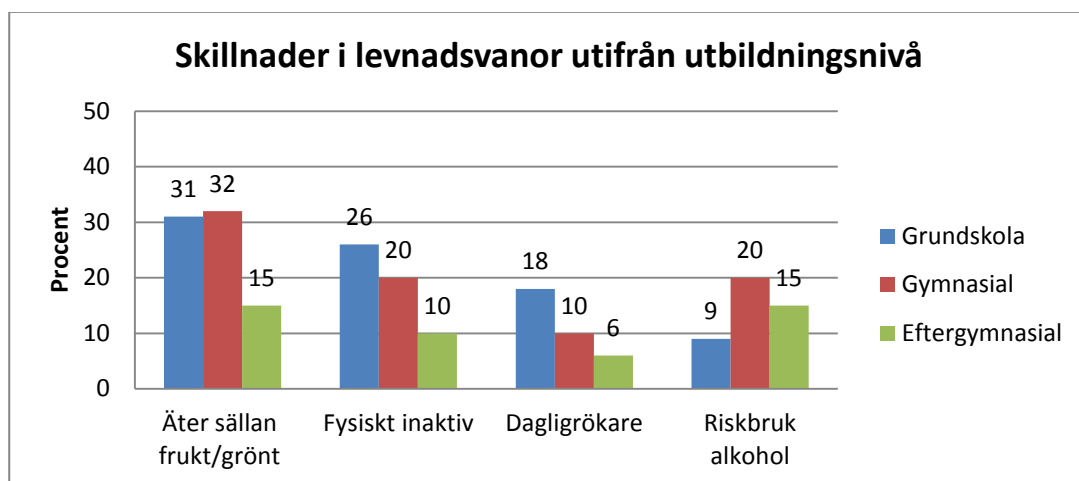
Tabell 14. Andel män och kvinnor med riskbruk alkohol. Källa: Hälsa på lika villkor och Liv och hälsa. Andel män och kvinnor med otillräcklig fysisk aktivitet (rör sig mindre än 2 timmar/vecka på fritiden) Källa: Liv och hälsa.

	Riskbruk alkohol*%				Ottillräcklig fysisk aktivitet, % Rör sig mindre än 2 timmar/vecka på fritiden			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Riket (HLV)	20	20	14	13	-	-	-	-
Värmland	19	22	12	14	19	20	17	17
Arvika	17	19	12	11	15	21	16	10
Eda	16	17	11	9	24	25	19	24
Filipstad	20	18	7	11	21	24	20	16
Forshaga	21	18	7	11	24	22	18	18
Grums	17	24	11	15	27	25	22	20
Hagfors	17	21	10	13	21	24	22	22
Hammarö	21	22	9	10	15	19	10	18
Karlstad	21	23	14	19	13	14	13	15
Kil	18	26	16	11	27	25	20	17
Kristinehamn	17	20	11	12	27	25	18	21
Munkfors	23	22	14	11	16	22	15	25
Storfors	19	21	7	9	22	22	17	21
Sunne	19	22	10	11	20	18	18	12
Säffle	15	25	9	7	17	19	21	18
Torsby	23	22	9	10	22	27	27	20
Årjäng	17	25	8	12	22	29	16	24

*Riskbruk alkohol definieras från frågeinstrumentet AUDIT vars syfte är att identifiera alkoholkonsumtion som kan vara skadlig för hälsan. Summaindex för män och kvinnor.

Frukt eller grönsaker fem gånger om dagen anses motsvara det rekommenderade dagliga intaget på 500 gram. I Värmland uppger 20 procent av kvinnorna och nio procent av männen att de konsumerar frukt eller grönsaker tre eller fler gånger per dag.

Det finns skillnader i levnadsvanor utifrån exempelvis utbildningsnivå. Andelen dagligrökare och personer som motionerar lite minskar med ökande utbildningsnivå. Andelen med riskbruk är högst bland dem med gymnasial utbildning. Litet intag av frukt och grönt (mer sällan än en gång per dag) är ungefär lika högt bland dem med grundskola och gymnasial utbildning (figur 28). Även längre sjukskrivningar inverkar negativt på levnadsvanorna.



Figur 28. Skillnader i levnadsvanor utifrån utbildningsnivå. Källa: Liv och hälsa 2012

Goda levnadsvanor förebygger insjuknande och dödlighet i kroniska sjukdomar

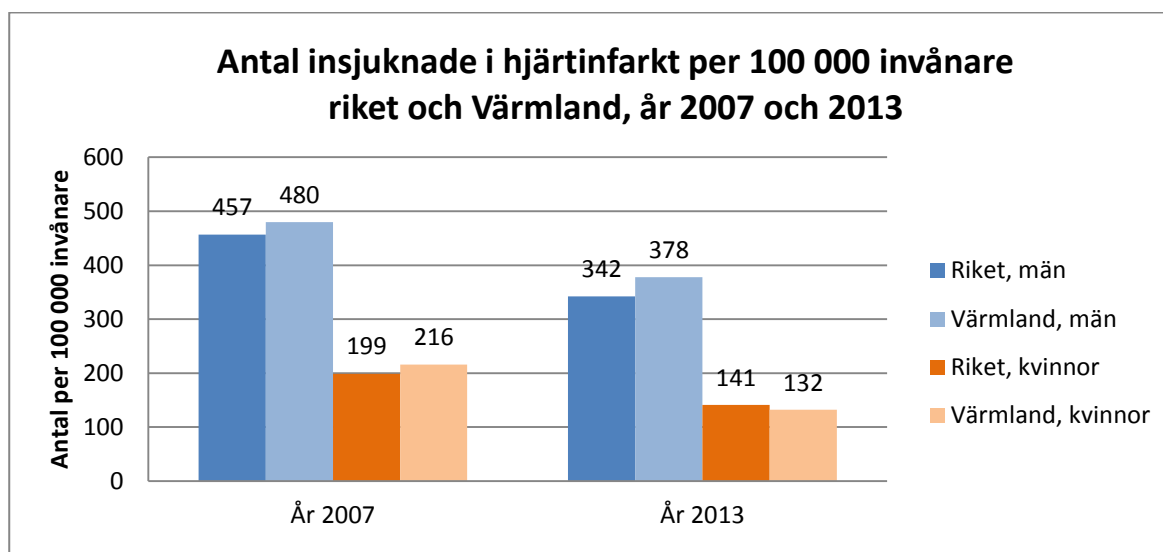
Kroniska sjukdomar som exempelvis hjärt- kärlsjukdomar, cancer, diabetes, kroniska luftvägssjukdomar och utgör stora framtidsutmaningar. Det finns tydliga samband mellan risken att utveckla dessa sjukdomar och våra levnadsvanor som exempelvis fysisk inaktivitet, rökning, riskabel alkoholkonsumtion och farlig stress. Skillnaderna i hälsa och levnadsvanor mellan olika delar av befolkningen visar utrymme för förbättringar. Att utjämna eller kompensera för sociala skillnaderna är ett medel för att uppnå god och jämlik hälsa. Kroniska sjukdomar kostar liv, livskvalitet och samhällsmedel, men de kan förebyggas. Goda levnadsvanor har betydelse för alla kroniska diagnoser och är ofta avgörande för att förebygga insjuknande, minska risken för komplikationer och förbättra sjukdomens prognos.

Hjärt- och kärlsjukdom

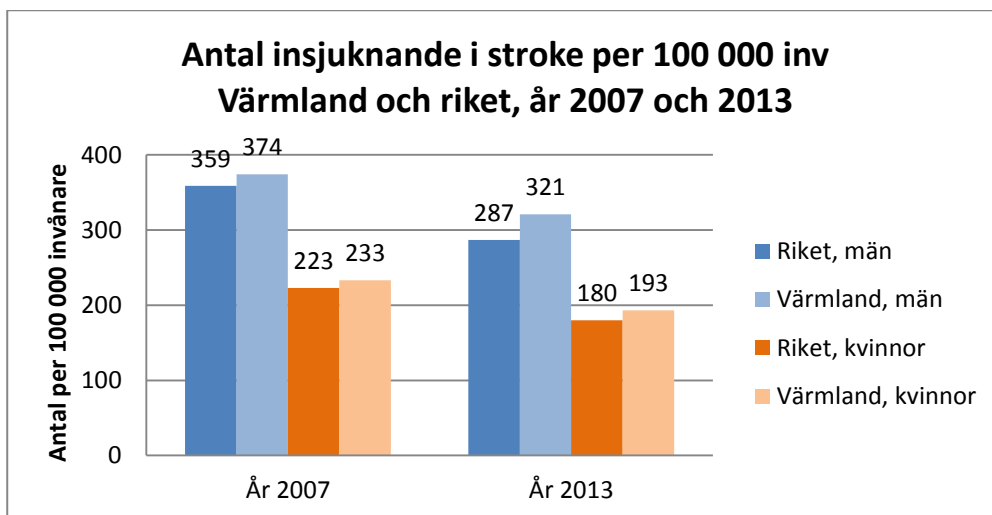
Hjärt- och kärlsjukdomar ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. Insjuknande och dödlighet i hjärt- kärlsjukdomar har sjunkit med över 30 procent det senaste decenniet. Det beror på att färre insjuknar och fler överlever en infarkt eller stroke samt att förebyggande insatser har resulterat i till exempel minskat tobaksbruk, lägre blodfettnivåer och förbättrat blodtryck som har bidragit till minskad risk för hjärt- kärlsjukdom. Antalet insjuknanden i hjärt- kärlsjukdom kan reduceras mer genom bland annat förändrade levnadsvanor när det gäller rökning, alkohol, mat och fysisk aktivitet.

Hjärtinfarkt och stroke

Under perioden 2007-2013 fortsätter antalet hjärtinfarkter och stroke att minska bland både män och kvinnor. Dock insjuknar betydligt fler män än kvinnor i hjärtinfarkt (figur 29 och 30). Antalet nya fall per 100 000 invånare och dödligheten i hjärt- kärlsjukdom är högre i Värmland än i riket. År 2013 diagnostiserades cirka 1 000 personer med akut hjärtinfarkt och drygt 900 fall av stroke i Värmland.

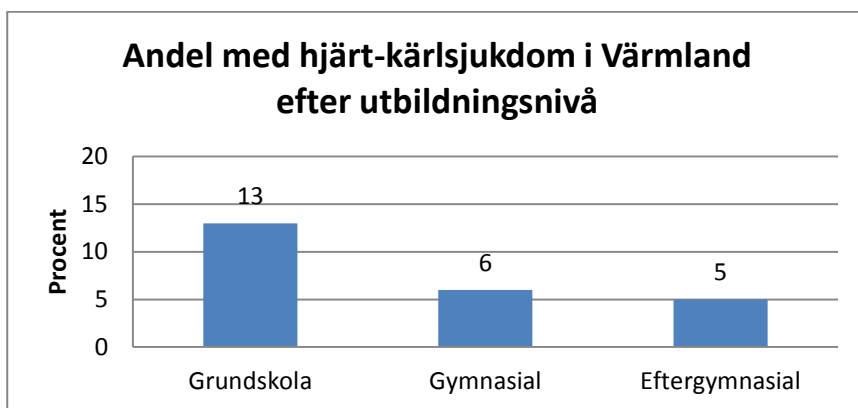


Figur 29. Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare i riket och i Värmland, år 2007 och 2013. Åldern 20-79 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Öppna jämförelser folkhälsa, 2014.



Figur 30. Antal insjuknande i stroke per 100 000 invånare, i Värmland och riket, år 2007 och 2013, 20-79 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Strokeregistret, Socialstyrelsen.

Andelen personer som uppger att de har en hjärt-kärlsjukdom är mer än dubbelt så hög bland personer med grundutbildning jämfört med personer med en högre utbildning (figur 31).



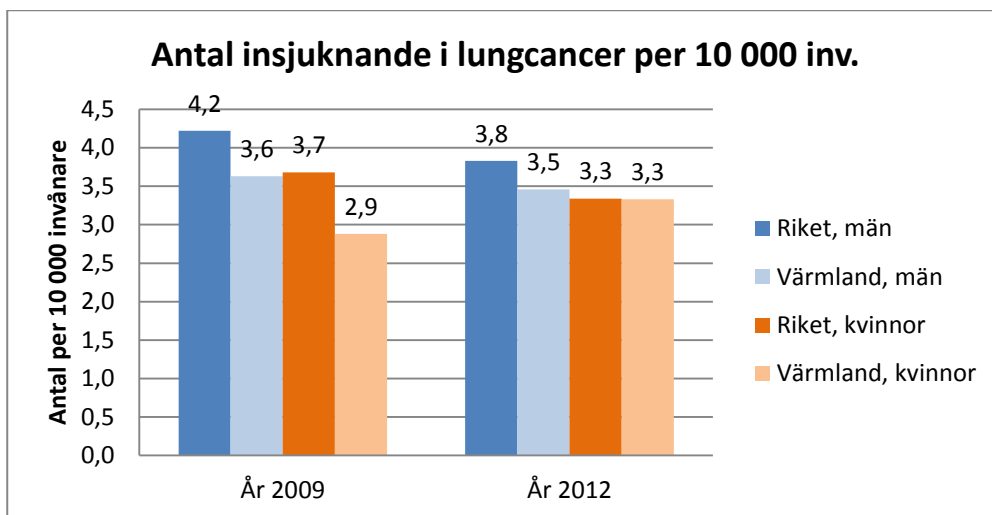
Figur 31. Andel med självrapporterad hjärt-kärlsjukdom, 30-74 år efter utbildningsnivå i Värmland, år 2012. Källa: Liv och hälsa.

Cancer

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt-kärlsjukdom för både män och kvinnor. Cancer drabbar framförallt personer över 65 år. Närmare 25 procent av alla cancerfall orsakas av tobaksrökning. År 2013 diagnostiserades totalt cirka 1 800 nya cancerfall i Värmland. Under den senaste 20 årsperioden har det totala cancerinsjuknande legat på en lägre nivå i Värmland än riket.

Lungcancer

Lungcancer är den tredje vanligaste cancertypen och en av cancersjukdomarna som har sämst prognos. Åtta av 10 lungcancerfall orsakas av tobaksrökning. Insjuknande och dödlighet i lungcancer har ökat i Värmland sedan början av 2000-talet, men är totalt sett något lägre i Värmland än i riket (figur 32). Detta beror till stor del på att rökning tidigare har varit vanligare i riket än i länet. Årligen insjuknar drygt 100 personer i länet i lungcancer. Stora skillnader syns mellan personer med olika utbildningsnivå, framförallt kvinnor med förgymnasial utbildning insjuknar oftare än övriga.



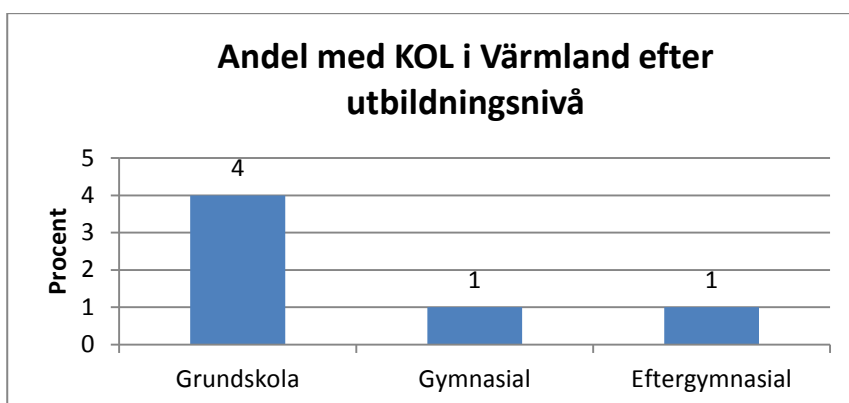
Figur 32. Antal insjuknande i lungcancer per 10 000 invånare. Värmland och riket. Åldersstandardiserade värden. Källa: Öppna jämförelser Folkhälsa 2014.

KOL

KOL, Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, orsakas framför allt av tobaksrökning och utvecklas långsamt under flera år. Att sluta röka är det enda som kan stoppa utvecklingen av sjukdomen. En viktig del av behandlingen är att få hjälp att sluta röka och förebygga återfall samt fysisk aktivitet och läkemedel.

I Värmland uppger knappt 2 procent av befolkningen att de har KOL vilket motsvarar cirka 3 600 personer. Bland befolkningen som är 65 år och äldre svarar 5-6 procent att de har KOL. Observera att den självrapporterade andelen med KOL är något osäker. Dödligheten i KOL är något lägre i Värmland än i riket.

KOL är vanligare bland personer med grundskoleutbildning jämfört med personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning (figur 33).



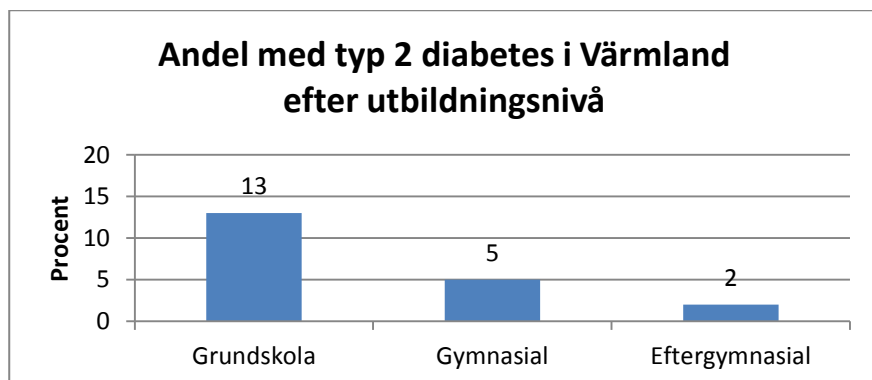
Figur 33. Andel med självrapporterad KOL i Värmland efter utbildningsnivå, 30-74 år, år 2012. Källa: Liv och hälsa.

Diabetes

Typ 2 diabetes utgör cirka 85-90 procent av sjukdomen och debuterar ofta i medelåldern eller senare. Typ 2 diabetes kan i många fall förebyggas och behandlas med goda matvanor, rökfrihet och fysisk aktivitet.

Både i riket och i Värmland uppger 6 procent av den vuxna befolkningen att de har typ 2 diabetes. Detta motsvarar i Värmland cirka 11 000 personer. Förekomsten av diabetes ökar med stigande ålder, från 65 år och uppåt anger 16 procent av befolkningen att de har sjukdomen.

Det är betydligt vanligare bland personer med grundskoleutbildning att ha diabetes typ 2 än bland personer med en högre utbildning (figur 34).



Figur 34. Andel med självrapporterad typ 2 diabetes i Värmland efter utbildningsnivå, 30-74 år, år 2012. Källa: Liv och hälsa.

För patienter med typ 2 diabetes är det särskilt viktigt att uppmärksamma levnadsvanorna. Som framgår av tabell 14 får fler med typ 2 diabetes jämfört med övriga frågor om matvanor, på både vårdcentral och sjukhus. Trots det får inte majoriteten frågor om levnadsvanor och det är även skillnader mellan kvinnor och män.

Tabell 14. Andel patienter som fått frågor och råd om matvanor på vårdcentral och sjukhus, år 2012. Källa: Liv och hälsa.

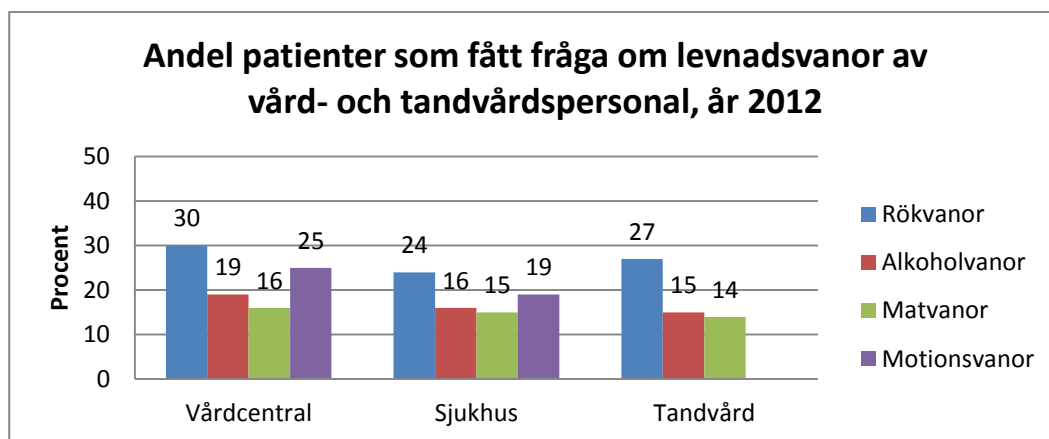
	Typ 2 diabetes		Ej typ 2 diabetes	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Fått fråga om matvanor på vårdcentral	36	29	14	15
Fått råd om matvanor på vårdcentral	27	24	8	7
Fått fråga om matvanor på sjukhus	29	21	15	14
Fått råd om matvanor på sjukhus	15	14	7	5

Frågor om levnadsvanor av hälso- och sjukvård och tandvårdspersonal

Enligt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 kan en stor del av den samlade sjukdoms- bördan tillskrivas fyra levnadsvanor; tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol och ohälsa- samma matvanor. Socialstyrelsen rekommenderar att man erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja de patienter som behöver ändra sina levnadsvanor.

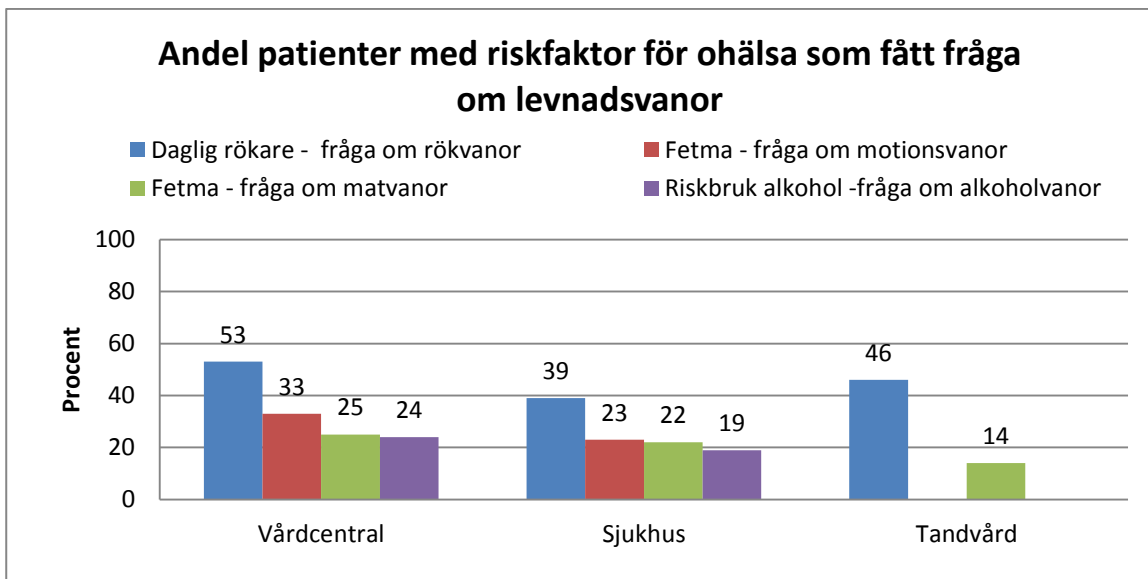
För närvarande finns inte tillräckligt med data för att mäta hur hälso- och sjukvården arbetar med levnadsva- nor. Det som finns är patienternas erfarenheter av i vilken omfattning personal inom hälso- och sjukvården och tandvården arbetar med levnadsvanor i patientmötet.

Andelen patienter som fått frågor om levnadsvanor är högst på vårdcentral. Det är vanligast att få frågor om rökvanor, oavsett om besöket var inom primär-, sluten- eller tandvården. Sedan 2004 har alla vårdgivare en positiv utveckling av andelen patienter som har fått frågor om levnadsvanor i samband med vård-, eller tand- vårdsbesök (figur 35).



Figur 35. Andel patienter som fått fråga om levnadsvanor vid besök inom hälso- och sjukvård och tandvård. Källa: Liv och hälsa 2012

Figuren nedan visar andel patienter med riskfaktor för ohälsa som upplever sig ha fått frågor om levnadsvanor vid vård- eller tandvårdsbesök.



Figur 36. Andel patienter med riskfaktor för ohälsa som fått fråga om levnadsvanor vid besök inom hälso- och sjukvård och tandvård. Källa: Liv och hälsa 2012

Alkohol, narkotika, dopning och tobak bland ungdomar

Under hösten 2013 genomfördes en pilotundersökning om elevers alkoholkonsumtion, narkotikabruk, dopning och tobaksbruk (ANDT) samt attityder till narkotika. Elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 besvarade enkäten. Resultaten bör tolkas med försiktighet på grund av lågt elevdeltagande i vissa kommuner samt ett litet elevunderlag i små kommuner. Kil, Storfors, Sunne och Säffle deltog inte i undersökningen.

Andelen elever som röker och snusar i årskurs 9 eller har varit berusade vid 13 års ålder är marginellt högre i Värmland jämfört med riket. Det är kommunala variationer i elevernas tobaksbruk och alkoholkonsumtion (tabell 15).

Tabell 15. Andel elever i årskurs 9 som röker dagligen, snusar dagligen, som varit berusade vid 13 års ålder eller yngre. Källa: Pilotundersökningen Ungdomars drogvanor läsår 2013/2014.

	Daglig rökning åk 9 (%)	Daglig snusning åk 9 (%)	Berusad 13 år eller yngre (%)
Riket	3	2	8
Värmland	4	4	9
Arvika	8	6	9
Eda	10	8	25
Filipstad	1	0	21
Forshaga*	11	0	10
Grums	4	3	10
Hagfors	3	4	8
Hammarö	0	2	5
Karlstad	3	2	6
Kristinehamn	2	4	12
Munkfors*	10	10	7
Torsby	7	10	6
Årjäng	5	5	13

*Litet elevunderlag eller få elever från kommunen deltog i pilotundersökningen Ungdomars drogvanor.

I Värmland är det en något lägre andel elever i årskurs 9 som har använt narkotika jämfört med riket. Men mer än hälften av de värmländska eleverna håller med om att det är upp till var och en att bestämma om man vill använda cannabis och 16 procent av eleverna i tycker det är okej att testa cannabis. Attityden till att använda cannabis varierar stort mellan kommunerna (tabell 16).

Tabell 16. Andel elever i årskurs 9 som tycker det är ok att testa cannabis, som håller med om att det är upp till var och en att använda cannabis, som någon gång använt narkotika. Källa: Pilotundersökningen Ungdomars drogvanor 2013/2014.

	Ok att testa cannabis åk 9 (%)	"Upp till var och en att använda cannabis" åk 9 (%)	Använt narkotika någon gång, åk 9 (%)
Riket	-	-	7
Värmland	16	56	5
Arvika	11	53	6
Eda	14	66	6
Filipstad	25	57	3
Forshaga *	23	70	-
Grums	13	42	7
Hagfors	26	62	4
Hammarö	13	56	5
Karlstad	15	53	5
Kristinehamn	18	58	4
Munkfors *	15	51	-
Torsby	16	59	4
Årjäng	21	66	5

*Litet elevunderlag eller få elever från kommunen deltog i pilotundersökningen Ungdomars drogvanor.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård. Sexuella rättigheter innefattar alla människors rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. En av bestämningsfaktorerna inom området sexuell och reproduktiv hälsa är oskyddat sex, vilket kan leda till oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.

Klamydia

Klamydia är den vanligaste sexuellt överförbara infektionen. Under 2000-talet har antalet anmälda fall av klamydiainfektion ökat kraftigt. År 2013 anmäldes totalt 1047 nya fall av klamydia i Värmland. Sedan 2012 ligger Värmland över riksgenomsnittet i antal nyanmälda klamydiafall per 100 000 invånare. Omkring 85 procent av fallen inträffar i åldersgruppen 15-29 år. Det är stora variationer mellan kommunerna i antalet nyanmälda fall. Observera att statistiken visar var provet är taget och inte var personen bor (tabell 17).

Aborter

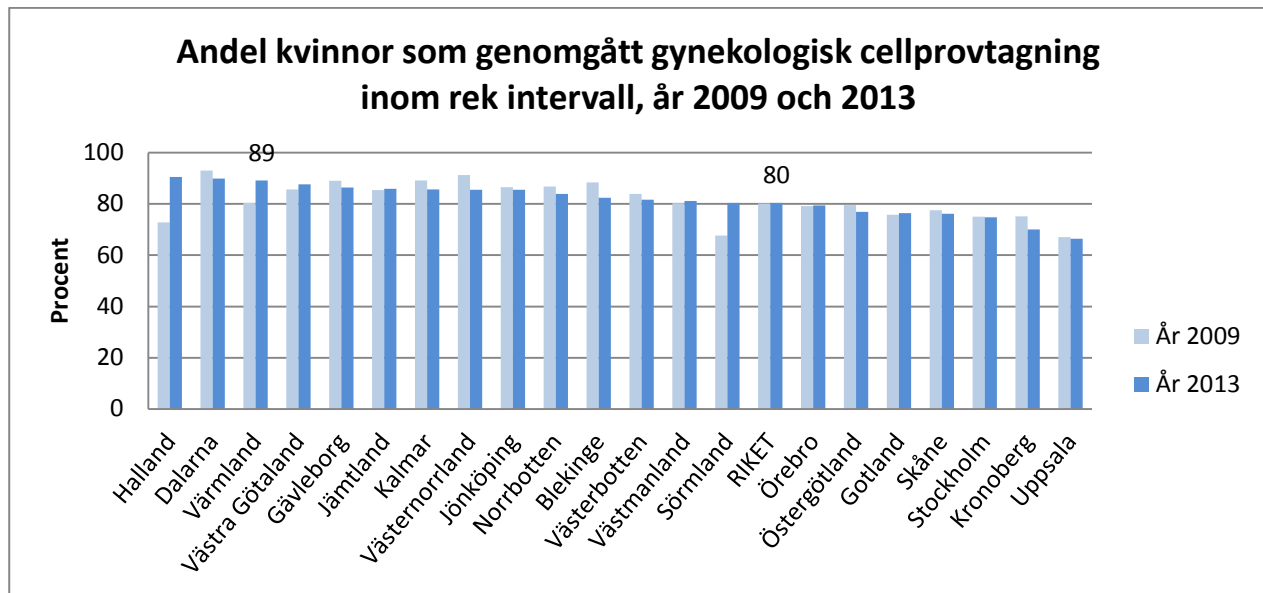
Aborter betraktas i Sverige som en mänsklig rättighet och som skyddas av lagen. Det innebär att det primära syftet inte är att förebygga aborter utan att förebygga oönskade graviditeter. Sverige har högre andel tonårsaborter än övriga nordiska länder. Under perioden 2008 till 2012 har antalet tonårsaborter minskat i riket. I Värmland har antalet tonårsaborter ökat under samma period och är fler än i riket. Jämförelsen mellan kommuner görs genom 3 års medelvärden och det är stora kommunala variationer (tabell 17).

Tabell 17. Klamydiainfektion, 15-29 år, antal per 1000 invånare, år 2013, 2014. Källa: Smittskyddsmyndigheten LiV.

Antal aborter per 1000 kvinnor, 15-19 år, för riket och Värmlands län anges värdet för år 2008 och 2012. För kommunerna anges ett 3-års medelvärde, år 2007-2009, samt 2010-2012. Källa: Öppna jämförelser folkhälsa 2014. *=Färre än 4

	Klamydiainfektion, 15-29 år Antal fall (Antal/1000 inv.)		Aborter, 15-19 år Antal aborter 15 -19 år per 1000 kvinnor	
	År 2013	2014	År 2008 (2007-09)	År 2012 (2010-12)
Riket	-	-	24,4	18,8
Värmland	18,3	17,9	22,5	23,6
Arvika	14,9	19,9	28,6	26,3
Eda	8,7	7,3	40,6	18,7
Filipstad	26,2	32,2	28,7	26,4
Forshaga	14,2	7,5	18,4	32,5
Grums	14	7,2	26,5	34,1
Hagfors	11,4	7,2	32,7	18,6
Hammarö	6,8	6,9	16,5	10,4
Karlstad	23,6	26,3	22,3	16,3
Kil	19	8,7	27,2	28,8
Kristinehamn	20,2	12,3	23,2	30,3
Munkfors	18	8,2	24,1	*
Storfors	1,6	3,1	22,9	32,0
Sunne	24,5	12,5	18,5	23,2
Säffle	15,6	-	18,1	32,3
Torsby	13,1	8,5	28,2	31,3
Årjäng	9,6	6,1	21,5	23,4

Humant papillomvirus, HPV, är en av de vanligaste sexuellt överförbara infektionerna i Sverige och i övriga världen. HPV ger i de flesta fall inga symptom och läker ut av sig själv, men infektionen kan leda till cellförändringar och livmodehalscancer. Sedan 2010 ingår vaccinering mot HPV i barnvaccinationsprogrammet och erbjuds i skolhälsovården till flickor i årskurs 5-6. Vaccinerna skyddar inte mot alla HPV-typer, därför kallas alla kvinnor i åldern 23-60 år till gynekologisk cellprovtagning. Cellprovtagning är ett effektivt sätt att upptäcka förändringar och förebygga i livmoderhalsen. Kvinnor som både vaccinerats och går på regelbunden cellprovtagning har ett gott skydd mot livmoderhalscancer. I Värmland har andelen kvinnor som genomgått gynekologisk cellprovtagning ökat under perioden 2009 -2013 och är vid senaste mättillfället högre än i riket.



Figur 36. Andel kvinnor per län som genomgått gynekologisk cellprovtagning inom rekommenderat intervall, 23-60 år, år 2009 och 2013. Källa: Öppna jämförelser folkhälsa 2014.

Källor

Arbetsförmedlingen
BHV
BVC
Folktandvården
Försäkringskassan
IDB (Injury Data Base)
Landstinget i Värmland, FYSS/FaR-förskrivning
Liv & hälsa 2008-2012
Nationella patientenkäten
SCB
Skolverket
Smittskyddsenheten LiV
CSK, förlossningen
Dödsorsaksregistret
ELSA-Elevhälsodatabas
FHI
Smittskyddsinstitutet
Socialstyrelsen
STRADA
Öppna Jämförelser, Hälso- och sjukvården
Öppna Jämförelser, Vård och omsorg om äldre

