

Liv & hälsa i Mellansverige 2017

Resultat från en undersökning
om livsvillkor, levnadsvanor
och hälsa

Innehåll

Inledning	3
Varför är det viktigt med befolkningsstudier?.....	3
Undersökningen Liv & hälsa 2017.....	4
Livsvillkor	5
Viktigt att känna trygghet där man bor.....	5
Unga vuxna känner lägst tillit till andra.....	5
Skillnader i ekonomisk utsatthet.....	6
Kvinnor oftare nedlåtande behandlade.....	7
De flesta trivs med sitt arbete.....	8
Hemarbete kan upplevas betungande.....	8
Framtidstron minskar bland unga kvinnor.....	8
Levnadsvanor	9
Kraftig minskning av rökning.....	9
Färre riskkonsumenter av alkohol.....	9
Två av tio unga vuxna har använt hasch eller marijuana.....	10
Vanligast bland unga män att spela för mer än vad de anser sig ha råd att förlora.....	11
Unga vuxna sitter mer än 85-åringar.....	11
De flesta äter inte tillräckligt med frukt och grönt.....	13
Fetman fortsätter att öka.....	13
Stora sociala skillnader i levnadsvanor.....	15
Ekonomiska konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor	16
Hälsa	18
Män mår bättre än kvinnor.....	18
Utbildningsnivå har betydelse för tandhälsan.....	19
Värk är vanligt.....	19
God psykisk hälsa vanligast bland män.....	20
Kontakter med vården	22
Vårdcentraler når många.....	22
Äldre besöker sjukhus oftare än yngre.....	23
En av tjugo har avstått tandvårdsbesök av ekonomiska skäl.....	23
Det är vanligast att diskutera motionsvanor vid vårdbesöket.....	24
Den goda men ojämlika hälsan	25
Livsvillkoren och levnadsvanorna har samband med vår hälsa.....	26
De starkaste skydds- och riskfaktorerna.....	26
Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa.....	29
Bilaga 1	30
Kommunöversikt.....	omslagets insida
Karta.....	omslagets utvik
Kontakt.....	omslagets baksida

Landstingen i Sörmland och Värmland samt regionerna i Uppsala, Västmanlands och Örebro län har regelbundet genomfört befolkningsundersökningar inom ramen för det länsövergripande samarbetet. Undersökningarna har genomförts 2000, 2004, 2008, 2012 och 2017. Undersökningarna är ett unikt underlag för kunskapsspridning, planering och styrning. Resultaten presenteras i olika former och sammanhang, från muntliga redovisningar och rapporter till vetenskapliga artiklar.

Rapporten är sammanställd av:

Susann Ericsson, Landstinget Sörmland
Hans G. Eriksson, Landstinget Sörmland
Inna Feldman, Region Uppsala
Marina Kalander-Blomqvist, Landstinget i Värmland
Laura von Kobyletzki, Landstinget i Värmland
Margareta Lindén-Boström, Region Örebro Län

Karin Liljeberg Trotzig, Region Uppsala
Jim Lindström, Region Örebro Län
Anu Molarius, Region Västmanland
Erik J. Nilsson, Landstinget i Värmland
Carina Persson, Region Örebro Län
Bo Simonsson, Region Västmanland
Claudio Troncoso Munoz, Region Uppsala

Inledning

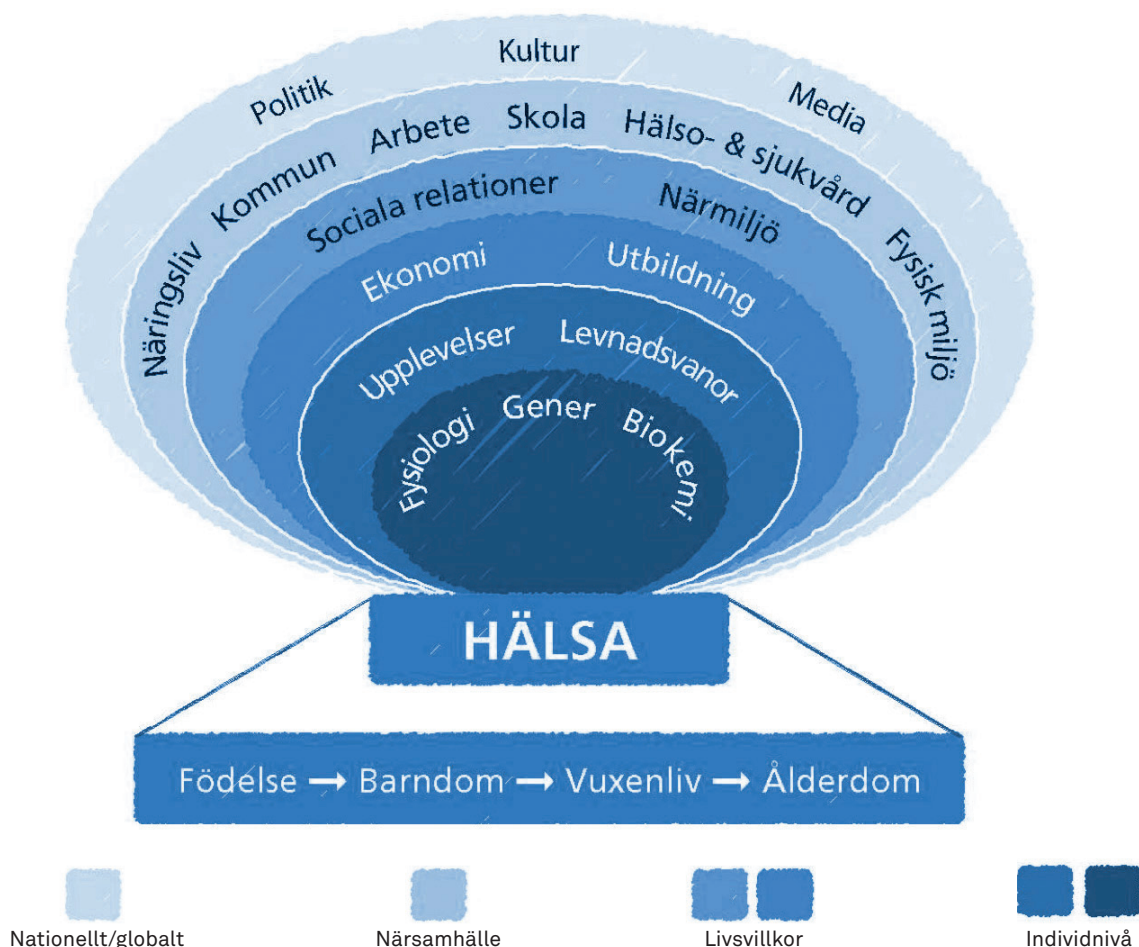
Varför är det viktigt med befolkningsstudier?

För att kunna fatta väl underbyggda hälsopolitiska beslut och för att kunna arbeta med hälsofrågor är det viktigt att veta hur befolkningen lever och mår. Där spelar folkhälsoundersökningar en viktig roll för att mäta och förstå hälsotillståndet i befolkningen. Undersökningarna kan användas för att följa hälsoläget och visa var insatser behövs.

Hälsan i befolkningen är en förutsättning för, och en indikator av, ett väl fungerande jämlikt samhälle. En god och jämlik hälsa på lika villkor är också ett viktigt mål i svensk folkhälsopolitik. Den svenska och internationella folkhälsoforskningen visar på viktiga bestämningsfaktorer för utvecklingen av hälsan. Många av hälsans bestämningsfaktorer kan påverkas och sociala skillnader i hälsa kan överbryggas.

Den nationella kommissionen för jämlik hälsa har i sitt slutbetänkande, juni 2017, föreslagit åtgärder för att bidra till att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Genom befolkningsundersökningar skapas unika möjligheter till kunskap om hur livsvillkor och levnadsvanor tillsammans med andra faktorer samvarierar med hälsoutvecklingen. Hälsan kan ses ur ett livscykelperspektiv där den skiljer mellan olika perioder i livet. Barndomens uppväxtvillkor har betydelse för den vuxnas hälsa, arbets- och familjeliv står i centrum under en stor del av vuxentiden medan tillvaron förändras igen på ålderns höst (se figur 1).

Befolkningsundersökningen Liv & hälsa genomförs i samarbete mellan regionerna/landstingen i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län (CDUST-regionen).



Figur 1: En sociekoologisk modell för hälsoutveckling.

Undersökningen Liv & hälsa 2017

Undersökningen Liv & hälsa har nu genomförts för femte gången, tidigare gjordes den år 2000, 2004, 2008 och 2012. Den ger information om befolkningens livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Totalt skickades enkäten ut till 78 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre i regionen. Dessa personer representerar befolkningen i 55 kommuner med drygt 1,2 miljoner invånare. Genom samverkan mellan landsting/regioner (CDUST) skapas ett unikt underlag som bygger på att över 34 000 personer kommit till tals. Syftet med denna rapport är att redovisa de första resultaten från undersökningen Liv & hälsa 2017.

Sedan lång tid tillbaka har andelen som svarat minskat både i enkätundersökningar och i andra typer av studier. Detta är problematiskt eftersom risken ökar för att insamlade data inte är representativa för dem som avses. Inför 2017 års Liv & hälsa-undersökning gjordes därför ett omfattande försök att öka eller i alla fall bryta trenden med den sjunkande svarsbenägenheten. Det innebar att åldersanpassade enkäter skickades till grupperna 18-29 år, 30-69 år respektive 70 år och äldre. Möjlighet fanns att svara på pappers- alternativt webbenkät. På webben fanns även en engelsk version och hjälp med att få frågorna upplästa, talsyntes. En kortfilm på Youtube, som vände sig

till den yngre gruppen, visades också för att öka intresset för undersökningen. Som ett ytterligare steg att öka antalet svarande, distribuerades i det sista enkätutskicket en kortversion av enkäten med 15 kärnfrågor till dem som ännu inte svarat. Trots dessa försök kan konstateras att den här typen av undersökningar framför allt passar äldre personer. För att nå yngre vuxna krävs fortsättningsvis andra insamlingsmetoder.

Av de 78 000 personer som haft möjlighet att besvara enkäten, svarade 34 313 personer (44 %). De olika åldersgrupperna uppvisar stora variationer i svarsfrekvens, med lägst i den yngsta gruppen och högst, cirka 70 procent, bland personer 70-84 år. Den äldsta som svarade på enkäten var 104 år. För att korrigera för eventuella skevheter i bortfallet har en etablerad statistisk kalibreringsmetod använts.

Mer information om undersökningen Liv & hälsa 2017 finns på landstingens/regionernas hemsidor. Se kontaktuppgifter på rapportens baksida.

Tolka resultaten rätt

Det är främst de övergripande resultaten i undersökningen som läsaren ska ta fasta på. Det är viktigt att inte dra alltför långtgående slutsatser av enskilda olikheter mellan kommuner.

Observera att:

- Skalorna i diagrammen är antingen upp till 25, 50 eller 100 procent.
- Vid jämförelse mellan 2000, 2004, 2008, 2012 och 2017 redovisas åldersstandardiserade värden.
- Kartorna i rapporten ger möjlighet till översiktlig jämförelse mellan kommuner. Ljusare färger betyder gynnsammare förhållanden.

Det finns många faktorer som påverkar vår hälsa och vårt vardagsliv. En del av dessa livsvillkor kan vi inte påverka då de är förutsättningar som vi föds med såsom ålder, kön, genetiskt arv och födelse-land. Andra livsvillkor som välfärdssystem och lagstiftning är påverkbara, dessa hör till det samhällssystem som personen lever i men som ofta finns utanför den enskilda individens direkta kontroll. Villkor som ligger närmare individen att kunna påverka är till exempel utbildningsnivå, sociala relationer och boendeförhållanden.

För befolkningen som helhet är det framförallt livsvillkoren som påverkar hälsan. Men sambanden mellan livsvillkor och hälsa är många gånger komplexa. I det enskilda fallet är det ibland de ekonomiska och sociala förhållandena som orsakar ohälsa och ibland är det ohälsan som orsakar de ekonomiska och sociala problemen.

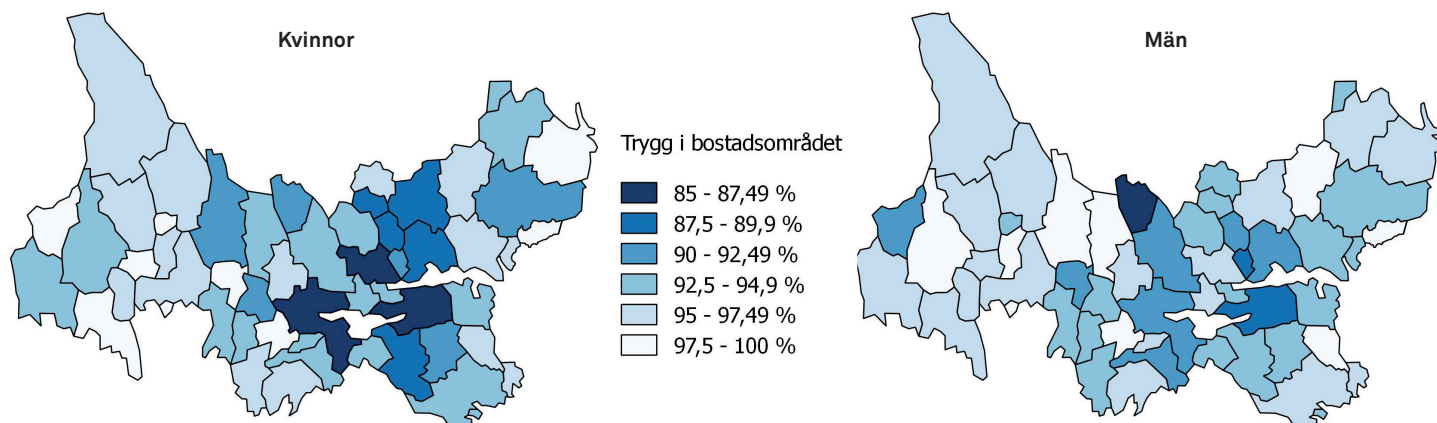
Viktigt att känna trygghet där man bor

Att vara trygg i sin hem- och boendemiljö är en viktig skyddsfaktor för hälsan. Hemmet och vår

närmiljö är viktigt ur flera aspekter då en stor del av vår fritid, återhämtning och sociala aktiviteter sker här. Vad som upplevs tryggt eller otryggt är individuellt och beror många gånger på människors erfarenheter och åsikter om platsen. Platsens fysiska utformning som belysning, träd och buskar påverkar också upplevelsen av trygghet.

Andelen som uppger att de känner sig säkra och trygga för att inte bli angripna eller utsatta för hot i sitt bostadsområde ligger över tid stabilt på över 90 procent i åldrarna 30-79 år. Det finns skillnader mellan könen och mellan kommuner (se figur 2). Ensamboende uppger i lägre grad att de är trygga jämfört med personer som bor med make, maka, sambo eller partner. Andelen trygga är störst hos dem som bor i villa/radhus, hos personer med svensk bakgrund och högutbildade.

Kvinnor anger i större utsträckning än män att de avstår från att gå ut på grund av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 40 respektive 11 procent. Bland unga kvinnor är det vanligast att avstå från att gå ut på grund av rädsla, 54 procent.



Figur 2: Andelen som i sitt bostadsområde känner sig säkra och trygga för att inte bli angripna eller utsatta för hot.

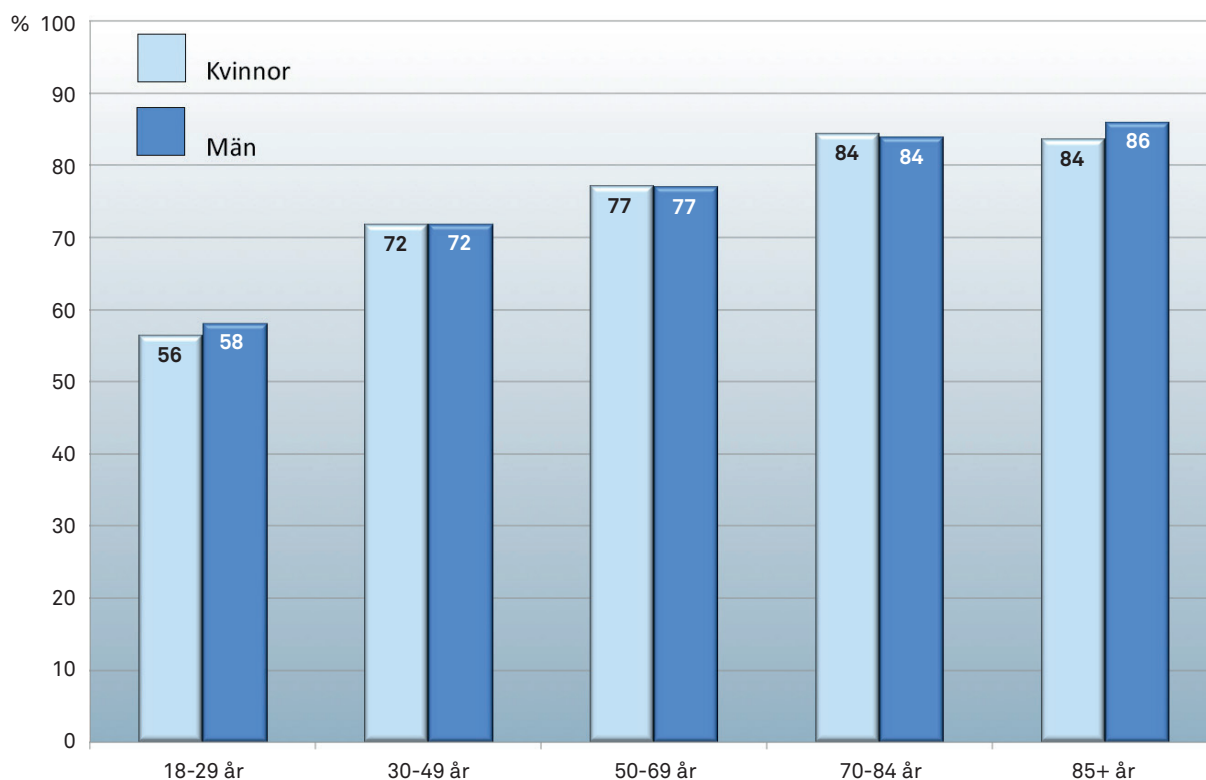
Unga vuxna känner lägst tillit till andra

Tillit till andra människor är viktigt för sammanhållningen i ett samhälle. Länder där befolkningen känner hög tillit har i regel en stabil demokrati, god folkhälsa, låg korrupktion och brottslighet samt en hög nivå av jämlikhet och jämställdhet. I internationellt perspektiv har Sverige en myck-

et hög andel som tycker att man kan lita på de flesta människor. På individnivå har tillit till andra människor samband med bland annat tillfredsställelse med livet och självskattad hälsa. Den som känner tillit till andra är också mer benägen att delta i sociala aktiviteter.

Majoriteten av den vuxna befolkningen i CDUST-regionen, 72 procent för både män och kvinnor, tycker att de i allmänhet kan lita på de flesta människor. Det finns dock skillnader mellan

åldersgrupperna, den yngsta gruppen 18-29 år har lägst tillit medan åldersgruppen 70 år och äldre har högst tillit (se figur 3).



Figur 3: Andelen som tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor.

Att känna tillit till andra har ett samband med utbildningsnivå och var man är född. Hos personer med eftergymnasial utbildning är andelen med tillit större jämfört med dem som har lägre utbildning. Andelen med tillit är större hos personer födda i Norden jämfört med personer födda utanför Norden.

Skillnader i ekonomisk utsatthet

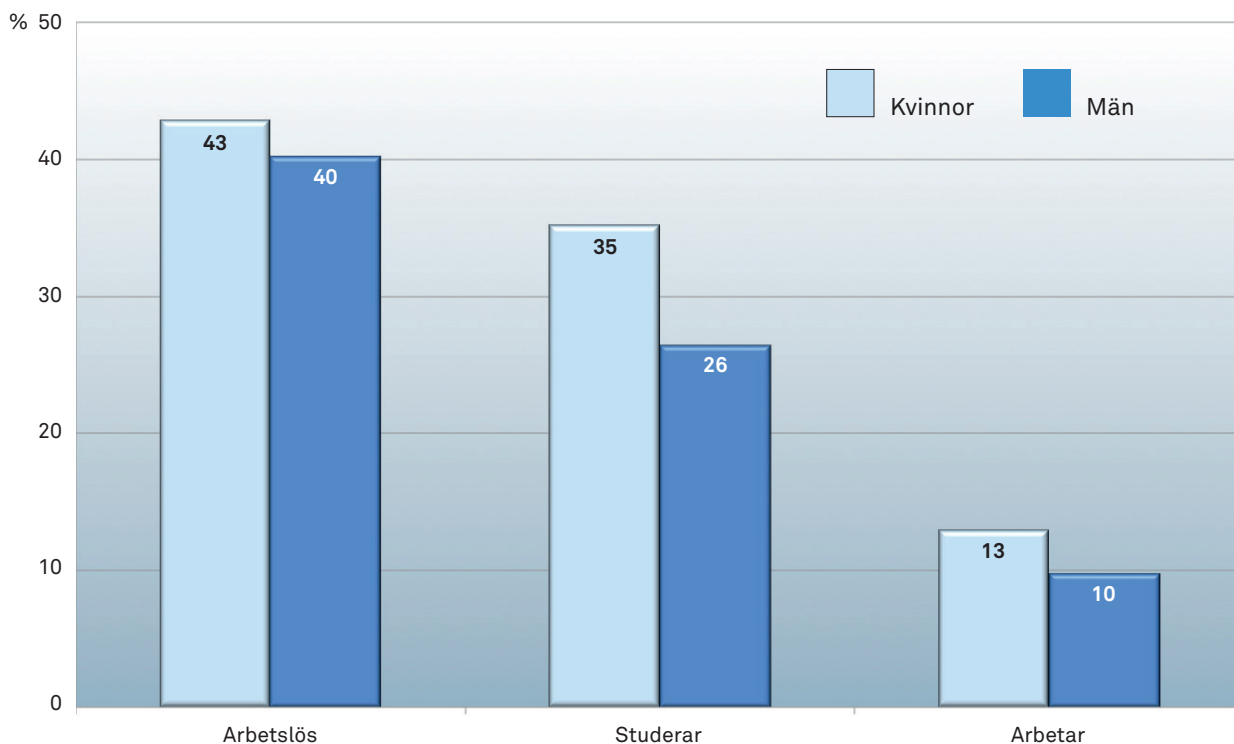
Sambandet mellan individens ekonomiska förutsättningar och hälsa är sedan tidigare fastställt. Personer med svåra ekonomiska förutsättningar uppger till exempel i större utsträckning att de har sämre hälsa än välbärgade personer.

Allt färre uppger att de vid minst ett tillfälle under de senaste tolv månaderna haft svårt att klara sina löpande utgifter för till exempel mat,

hyra och räkningar. År 2004 uppgav 17 procent i åldersgruppen 18 till 84 år att de hade haft sådana svårigheter, vilket kan jämföras med 13 procent år 2017.

Det finns grupper som löper större risk för ekonomisk utsatthet än andra och är ofta knutet till ålder, födelseland och sysselsättning. Generellt har yngre personer svårare att klara löpande utgifter. I undersökningen uppger var femte person i åldern 18-29 år att de har sådana problem, vilket kan jämföras med endast var tjugonde bland dem som är 70 år eller äldre.

Bland arbetslösa personer är det fyra av tio som uppger att de vid minst ett tillfälle under de senaste tolv månaderna haft problem med sina löpande utgifter vilket kan jämföras med en av tio hos förvärvsarbetande (se figur 4).



Figur 4: Andelen i åldrarna 18-64 år som vid minst ett tillfälle under de senaste tolv månaderna haft problem med sina löpande utgifter.

Undersökningen visar också att det finns skillnader mellan könen, där en större andel kvinnor har svårt att klara sina löpande utgifter. En grupp där ekonomiska problem är särskilt vanliga är ensamstående kvinnor med barn. I denna grupp uppger tre av tio att de haft svårigheter med sina löpande utgifter under de senaste tolv månaderna. Skillnader finns även mellan svensk och utländsk bakgrund. 10 procent av de svenskfödda, 12 procent av de som är födda i övriga Norden och 23 procent av de som är födda i övriga världen uppger att de haft svårigheter att klara av sina utgifter.

Kvinnor oftare nedlåtande behandlade

Goda sociala relationer och socialt stöd är betydelsefulla för hälsan och ökar möjligheten att klara vardagen. Andelen som uppger att de har någon i sin omgivning som de kan få stöd av i händelse av personliga problem och kriser är fortsatt hög, samtidigt saknar 7 procent av kvinnorna och

10 procent av männen detta stöd. De allra flesta uppger också att de har någon att anförtro sig åt och att dela sina innersta känslor med, dock uppger 9 procent av kvinnorna och 15 procent av männen att de saknar detta.

Bemötande i form av nedlåtande behandling har betydelse för både den självskattade hälsan och den psykiska hälsan. Fler kvinnor än män, 41 respektive 29 procent, upplever att de blir nedlåtande behandlade och skillnaden är relativt stor. Andelen är högst bland kvinnor i åldern 18-29 år, där 60 procent uppger att de någon gång under de senaste tre månaderna behandlats nedlåtande.

De flesta trivs med sitt arbete

Att trivas med sitt arbete är en viktig förutsättning för en god hälsa och ett gott liv. Av de förvärvsarbetande trivs majoriteten av kvinnorna och männen bra med sitt arbete och 5 procent, oavsett kön, uppger att de trivs dåligt. 12 procent av de förvärvsarbetande känner att arbetet tar så mycket tid att det påverkar privatlivet negativt.

Totalt uppger 12 procent att de är oroliga för att förlora sitt arbete inom det närmaste året. Högst andel finns bland de unga och bland dem som är födda utanför Norden.

Det finns ett tydligt samband mellan arbetslöshet och utbildningsnivå. Av de med förgymnasial utbildning var 7 procent arbetslösa jämfört med endast 2 procent av de med eftergymnasial utbildning. Resultaten visar också på att andelen långtidsarbetslösa är högre bland lågutbildade än bland högutbildade.

Hemarbete kan upplevas betungande

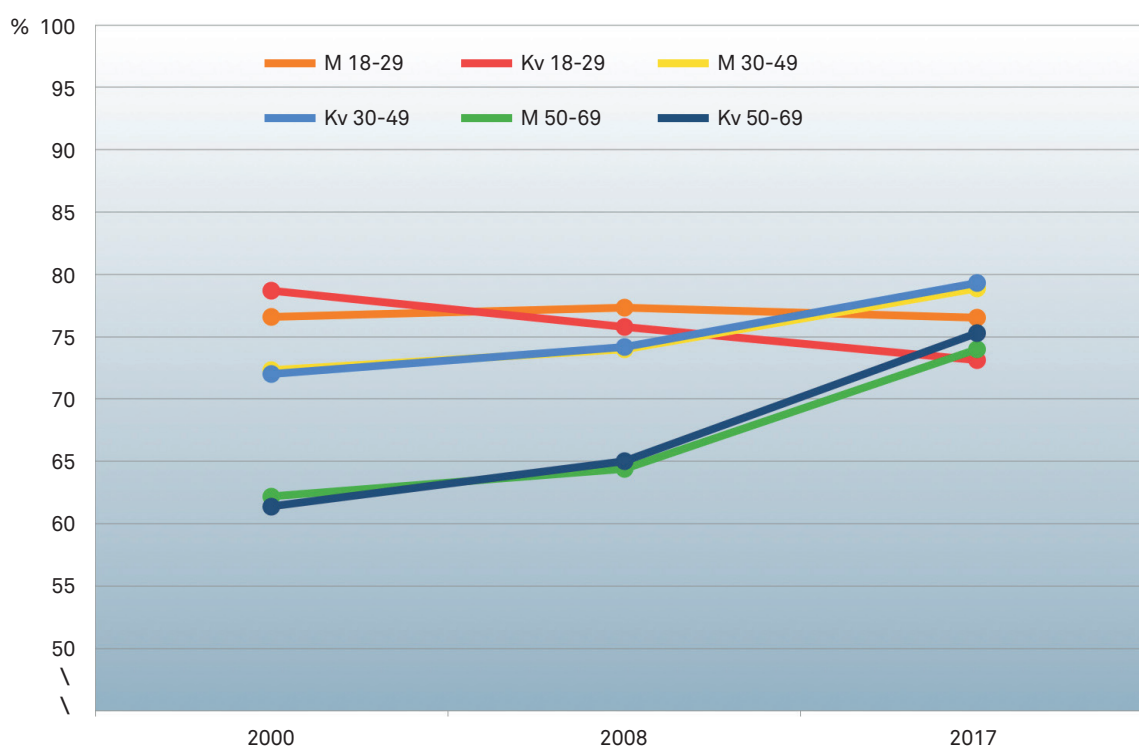
Att uppleva hemarbetet som betungande har i tidigare undersökningar visat starkt samband med den självskattade hälsan och psykisk ohälsa.

I åldrarna 30-69 år är det nästan dubbelt så vanligt att kvinnor lägger ner mer än 20 timmar i veckan på hemarbete, 27 procent jämfört med 15 procent av männen. Andelen som tycker att hemarbetet är betungande är 11 procent bland kvinnorna och 7 procent bland männen. Den är högst bland kvinnor i åldern 30-49 år, 14 procent.

Framtidstro minskar bland unga kvinnor

Att se positivt på framtiden är starkt sammankopplat med att uppleva en god hälsa. Optimism och positiv framtidstro tycks också vara skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa.

Andelen som ser optimistiskt på framtiden för sin personliga del har totalt sett ökat från cirka 70 procent år 2000 till cirka 77 procent i undersökningen 2017. Ökningen och nivån är lika för både kvinnor och män. Samtidigt finns skillnader i framtidstro för olika åldersgrupper i befolkningen. I åldrarna 30-69 år har framtidstro ökat, speciellt i gruppen 50-69 år. Däremot ses inte motsvarande ökning i den yngsta gruppen, bland unga kvinnor ses till och med en nedgång (se figur 5).



Figur 5: Andelen som ser optimistiskt på framtiden för sin personliga del.

Levnadsvanor är viktiga påverkbara faktorer för folksjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och cancer och har en stor betydelse för den framtida ohälsan. Rökning, alkohol, matvanor och fysisk inaktivitet är de vanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige.

Kraftig minskning av rökning

Rökning är en av de största hälsoriskerna som går att förebygga. Den orsakar och förvärrar en mängd olika sjukdomar som kroniskt obstruktiv

lungsjukdom (KOL), hjärtinfarkt, stroke och flera cancersjukdomar. Varannan rökare dör i förtid och rökare förlorar i genomsnitt 10 år av sin förväntade livslängd. Snusning är också en hälsorisk som har samband med ett antal sjukdomar som cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Totalt är det 7 procent av de vuxna i åldern 18 år och äldre i regionen som anger att de röker dagligen. Sedan år 2000 har andelen dagligrökare mer än halverats bland kvinnor samt minskat kraftigt bland män (se figur 6).



Figur 6: Andel 18-79 år som röker dagligen (åldersstandardiserat).

Andelen rökare ökar med stigande ålder till och med åldersgruppen 50-69 år, där 10 procent av kvinnorna och 9 procent av männen röker dagligen. Därefter minskar andelen och i gruppen 85 år och äldre är det 2 procent som röker dagligen. Andelen dagligrökare är lägst (6 procent) i Uppsala län och högst (9 procent) i Sörmlands län.

Två av tre (67 procent) av dem som röker dagligen anger att de vill sluta röka. Omkring var fjärde av dagligrökarna (27 procent) vill ha hjälp med att sluta röka, medan 40 procent tror att de klarar av det själva.

Män snusar i betydligt större utsträckning än kvinnor, 17 jämfört med 4 procent. Andelen som snusar dagligen har inte minskat sedan år 2000. Dagligsnusning är vanligast förekommande bland män 30-49 år och minskar med stigande ålder.

Andelen dagligsnusare är högst i Värmland (13 procent) och lägst i Sörmland (9 procent). Av dem som snusar dagligen är det 36 procent som vill sluta snusa.

Tobaksbruk, som att röka eller snusa dagligen, är generellt vanligare bland män än bland kvinnor. I regionen är andelen 10 procent bland kvinnorna och 22 procent bland männen.

Färre riskkonsumenter av alkohol

Alkohol är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige. Indikatorn "riskkonsumtion av alkohol" visar andelen invånare i åldern 18 år och äldre, vilkas konsumtion av alkohol medför en ökad risk för olika fysiska, psykiska och sociala skador (se faktaruta).

Risikkonsumtion av alkohol (AUDIT-C)

Uppgifterna om risikkonsumtion av alkohol baseras på tre frågor från frågebatteriet "AUDIT", där instrumentet kan få värden mellan 0 och 12 poäng. Gränsen för risikkonsumtion för kvinnor är 5 poäng och för män 6 poäng. "AUDIT" utvecklades av WHO för att tidigt kunna upptäcka personer med en skadlig konsumtion av alkohol.

En av tio kvinnor och närmare en av sex män i regionen är riskkonsumenter av alkohol. Andelen är högst bland unga vuxna 18-29 år där 20 procent av kvinnorna och 22 procent av männen är riskkonsumenter. Även bland medelålders män 50-69 år är andelen relativt hög, 17 procent. I åldersgrup-

pen 85 år och äldre är andelen omkring 2 procent.

Andelen riskkonsumenter har varit relativt oförändrad mellan åren 2004 och 2012 (se figur 7). Andelen har dock minskat mellan åren 2012 och 2017, framförallt bland män. Riskbruk av alkohol har minskat bland yngre men ökat bland äldre.



Figur 7: Andel riskkonsumenter av alkohol, 18-84 år (åldersstandardiserat).

När det gäller de som dricker alkohol minst fyra gånger i veckan är andelen högst bland män i åldern 70-84 år, 12 procent. Motsvarande andel bland kvinnor i samma åldersgrupp är 6 procent.

Andelen som anger att de vill minska sin alkoholkonsumtion är 9 procent bland kvinnor och 14 procent bland män i åldern 18 år och äldre i regionen.

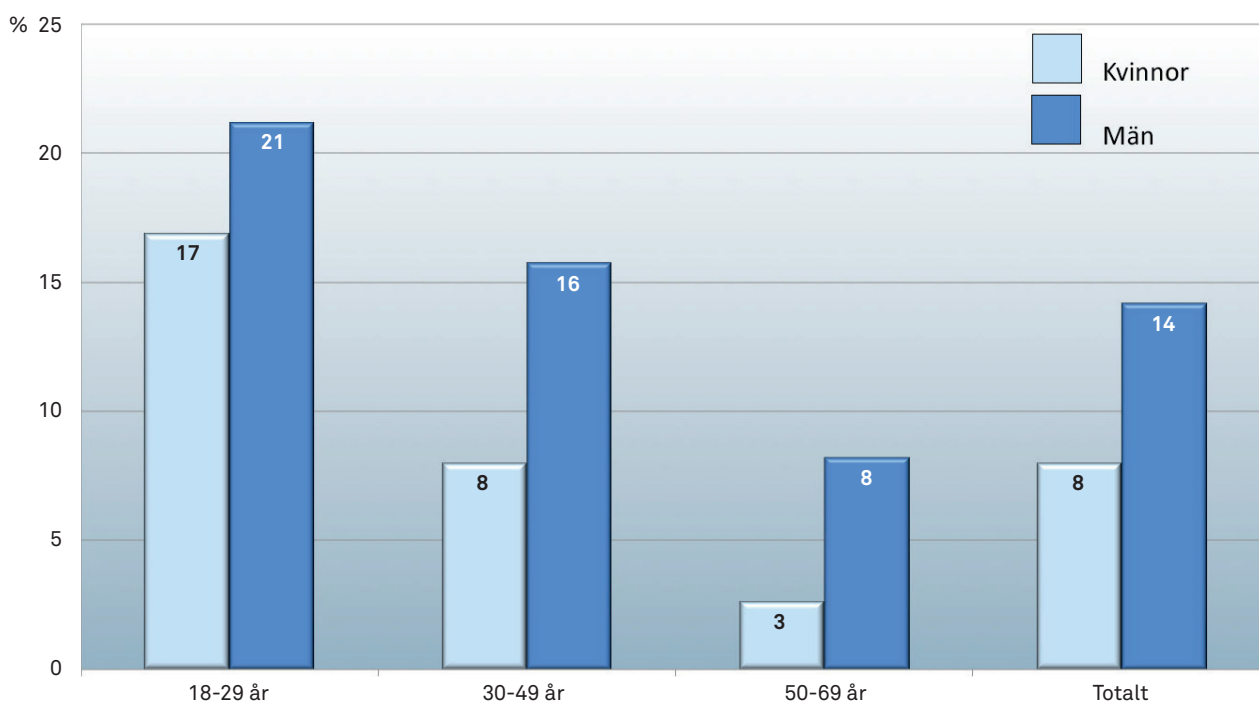
Två av tio unga vuxna har använt hasch eller marijuana

Cannabis (hasch eller marijuana) är det vanligaste narkotikapreparatet som används i Sverige. Det är beroendeframkallande och skadligt för hälsan på flera sätt. Regelbundet bruk ökar risken för bestående skador som nedsatt kognitiv funktion

och ökar även risken för schizofreni och psykotiska tillstånd.

Huvudparten av befolkningen har inte använt hasch eller marijuana. I åldersgruppen 18-69 år är det drygt en av tio som använt hasch eller marijuana någon gång. Andelen är högst i åldersgruppen 18-29 år, där 17 procent av kvinnorna och 21 pro-

cent av männen någon gång använt hasch eller marijuana (se figur 8). Därefter minskar andelen med stigande ålder och i gruppen 50-69 år är det 3 procent av kvinnorna och 8 procent av männen. Andelen som använt hasch eller marijuana är högst i Uppsala län (14 procent) och lägst i Värmland (9 procent).



Figur 8: Andel 18-69 år som använt hasch eller marijuana.

Vanligast bland unga män att spela för mer än vad de anser sig ha råd att förlora

Totalt är det 2 procent som har spelat för mer pengar än vad de anser sig ha råd att förlora under de senaste 12 månaderna (på trisslott, bingolotto, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande och spel om pengar över internet såsom poker). Det gäller framförallt män i åldersgruppen 18-29 år, där 5 procent har spelat i den omfattningen. Därefter minskar andelen med stigande ålder. Bland kvinnor är det 1 procent som har spelat för mer än vad de anser sig ha råd att förlora.

Unga vuxna sitter mer än 85-åringar

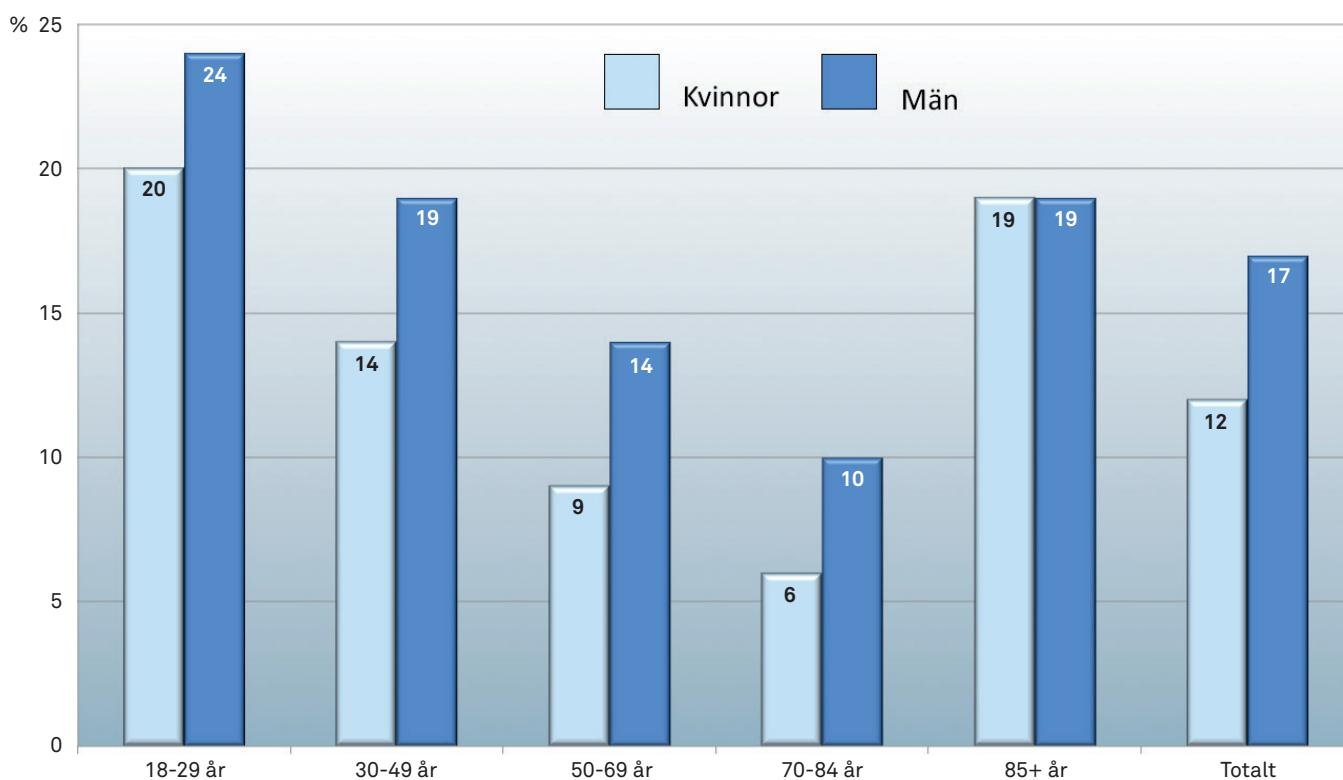
Fysisk aktivitet kan främjas genom till exempel planering av cykel- och gångbanor, bostadsområden, tillgängliga grönområden samt belysning. Fysisk aktivitet har för de allra flesta positiva effekter på hälsan. Många sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom, diabetes (typ 2) och benskörhet går att förebygga genom en aktiv livsstil. Senare forskning har också visat att långvarigt stillasittande, oavsett fysisk aktivitet, ökar risken för flera sjukdomar och förtida död. Nyare studier tyder dock på att även långvarigt stående är skadligt för hälsan.

I enkäten frågades det om hur många timmar den svarande sitter under ett normalt dygn. Andelen som anger att de sitter 10 timmar eller mer per dygn är högst bland unga män, 24 procent (se figur 9). Andelen minskar sedan med stigande ålder, förutom bland de allra äldsta, där andelen är 19 procent både bland män och kvinnor.

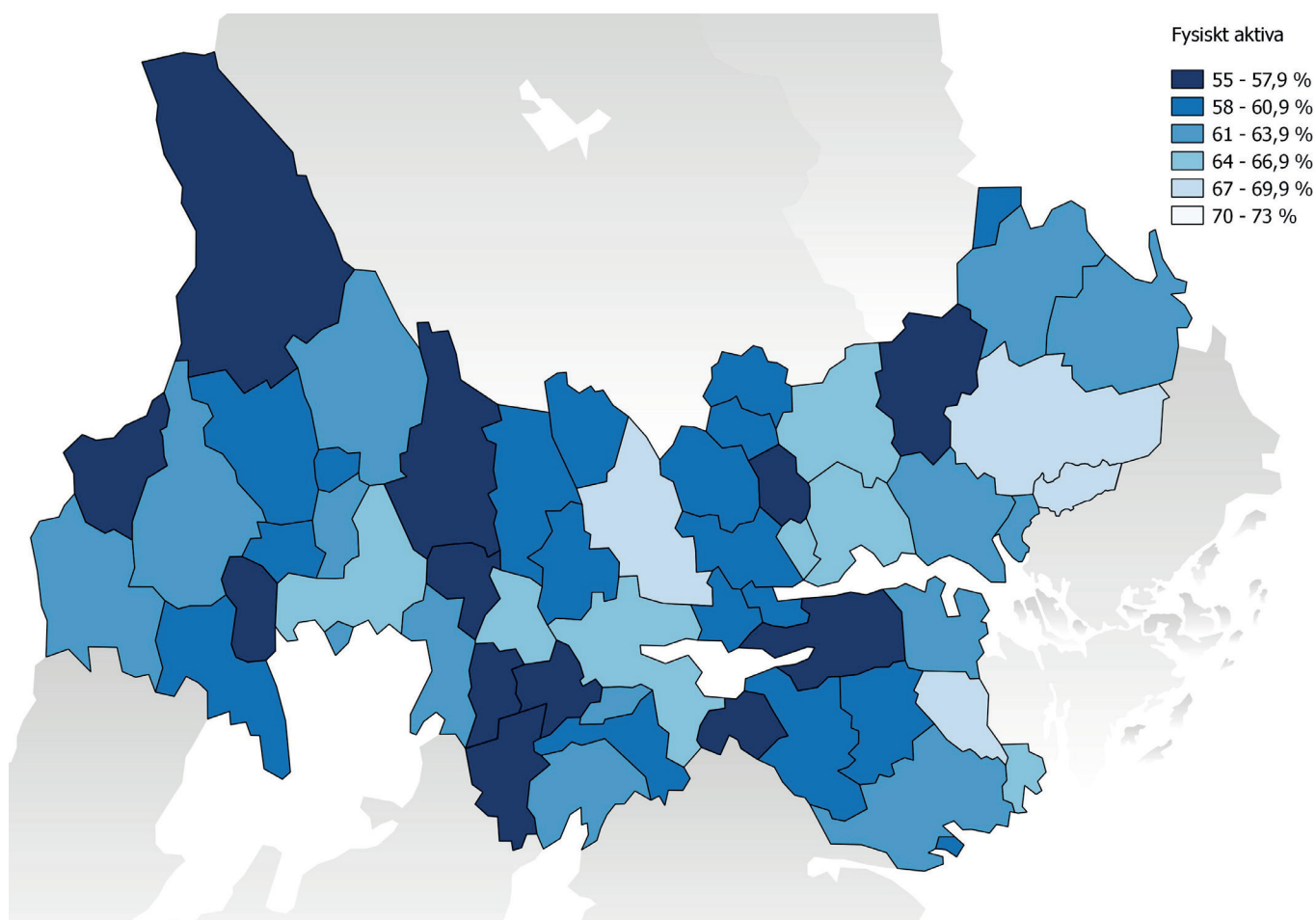
Den nationella rekommendationen för fysisk aktivitet för vuxna är minst 30 minuter per dag, vilket motsvarar minst 150 minuter i veckan. Som fysisk aktivitet räknas både fysisk träning och vardagsaktiviteter såsom promenader, cykling och trädgårdsarbete. Två av tre vuxna, oavsett

kön, når den rekommenderade nivån och andelen skiljer sig inte mellan män och kvinnor. Fysisk aktivitet är ungefär lika vanligt i åldrarna 18-69 år, men minskar sedan med stigande ålder. I gruppen 85 år och äldre är det 18 procent av kvinnorna och 31 procent av männen som når denna nivå. Andelen fysiskt aktiva har inte ökat de senaste åren.

Det finns relativt stora skillnader mellan kommuner i andelen fysiskt aktiva (se figur 10), andelen varierar mellan 55 och 73 procent. Fysisk aktivitet är vanligast i Uppsala län (67 procent) och minst vanligt i Sörmlands län (60 procent).



Figur 9: Andel som sitter 10 timmar eller mer under ett normalt dygn.



Figur 10: Andel fysiskt aktiva (rör sig minst 150 minuter per vecka), kvinnor och män 18-84 år.

De flesta äter inte tillräckligt med frukt och grönt

Den nationella rekommendationen för goda matvanor är att äta frukt eller grönsaker minst fem gånger om dagen. Det är dock endast 8 procent av kvinnorna och 5 procent av männen i regionen som når denna nivå. Totalt 40 procent av kvinnorna och 23 procent av männen äter frukt eller grönsaker minst tre gånger om dagen. Det är inga större skillnader mellan olika åldersgrupper. Andelen som äter frukt eller grönsaker minst tre gånger om dagen är högst i Uppsala län (35 procent) och lägst i Värmland (26 procent).

Fetman fortsätter att öka

Övervikt och fetma har länge varit ett växande folkhälsoproblem, såväl i Sverige som i många

andra länder. Detta är bekymmersamt eftersom övervikt ökar risken för bland annat högt blodtryck, diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

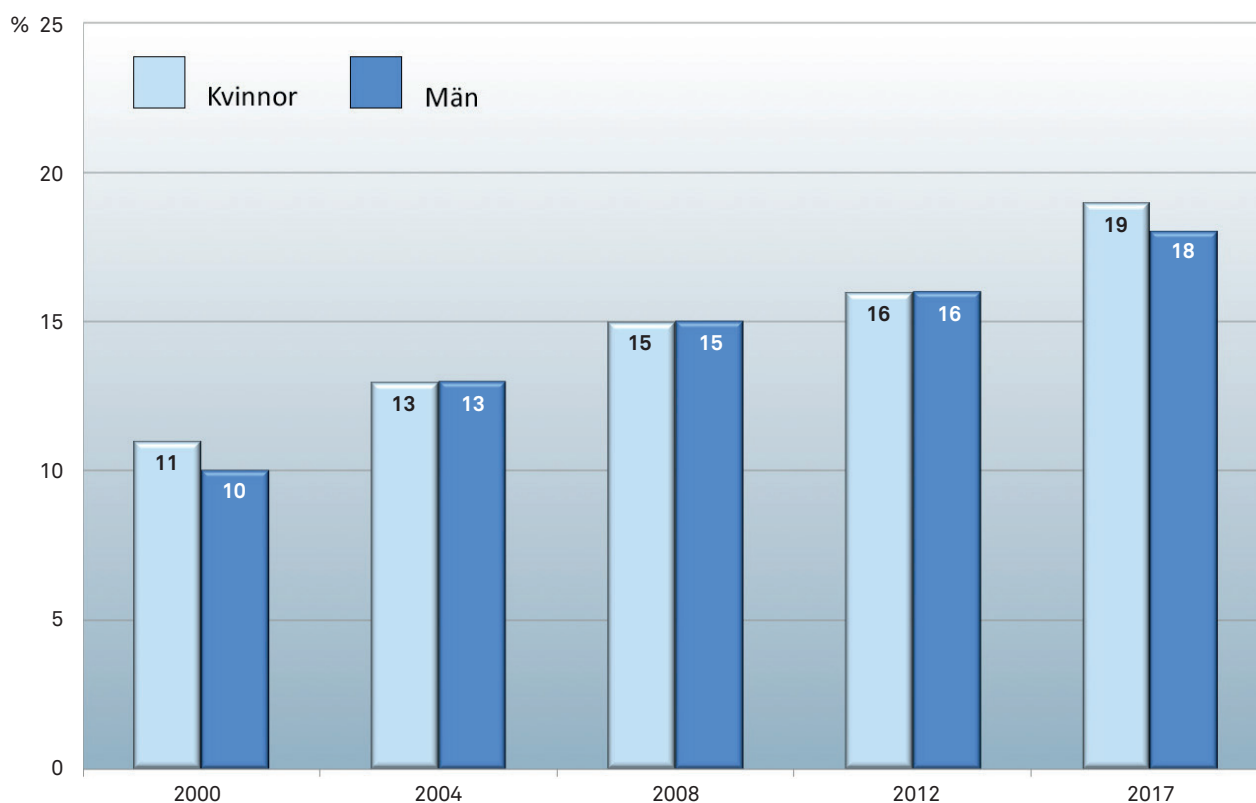
Mer än hälften av de vuxna i regionen har antingen övervikt eller fetma (se faktaruta). Andelen med övervikt (ej fetma) är högre bland män (42 procent) än bland kvinnor (30 procent) och har varit relativt oförändrad sedan år 2000.

Fetma är lika vanligt bland både kvinnor och män. Andelen har nästan fördubblats sedan år 2000 och numera har närmare var femte vuxen fetma (se figur 11). Förekomsten av fetma är lägst i Uppsala län (16 procent) och högst i Sörmland och Västmanland (19 procent).

Andelen med fetma är lägst i åldersgruppen 18-29 år där cirka en av tio har det. I åldern 30-84 år har två av tio fetma, medan andelen är lägre i åldern 85 år och äldre.

I åldern 30-84 år är det 60 procent som anger att de vill gå ner i vikt. Detta är vanligare bland kvinnor (65 procent) än bland män (55 procent) trots att andelen med övervikt eller fetma är lägre bland kvinnor.

Undervikt är ovanligt, 2 procent av kvinnorna och 1 procent av männen är underviktiga. Andelen är högst (5 procent) bland unga och äldre kvinnor, 18-29 år och 85+ år. Andelen som anger att de vill gå upp i vikt är totalt 3 procent. Den högsta andelen återfinns bland kvinnor och män 85 år och äldre, 8 procent.



Figur 11: Andel 18-79 år med fetma (åldersstandardiserat).

BMI (Body Mass Index)

beräknas med följande formel:

$$\text{BMI} = \text{vikt (kg)} / (\text{längd (m)} * \text{längd (m)})$$

Undervikt = BMI under 18,5

Normalvikt = BMI mellan 18,5 och 24,9

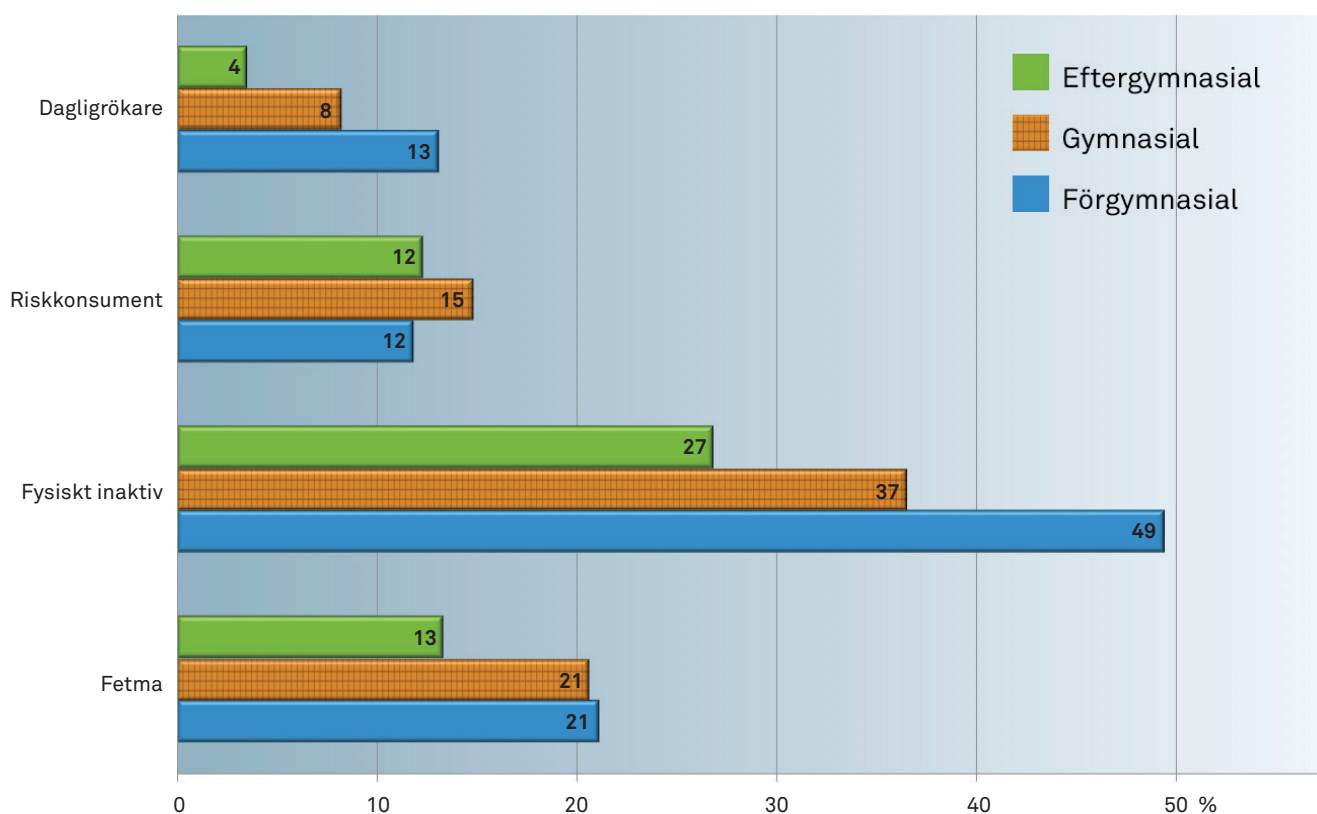
Övervikt = BMI mellan 25 och 29,9

Fetma = BMI 30 eller högre

Stora sociala skillnader i levnadsvanor

Levnadsvanorna skiljer sig mellan personer med olika utbildningsnivåer. Ju högre utbildningsnivå desto lägre andel dagligrökare (se figur 12). När det gäller alkoholkonsumtion är dock bilden inte lika entydig, personer med eftergymnasial utbildning är lika ofta riskkonsumenter som personer med förgymnasial utbildning. Däremot är andelen något högre bland personer med gymnasial utbildning.

Fysisk inaktivitet, att man rör sig mindre än 150 minuter i veckan, varierar kraftigt med utbildningsnivå, ju kortare utbildning desto vanligare med fysiskt inaktivitet. Fetma förekommer oftast hos personer med gymnasial eller förgymnasial utbildning. Bland dem är andelen med fetma över 20 procent medan andelen är 13 procent bland personer med eftergymnasial utbildning. Andelen som använt hasch eller marijuana är högst hos de som har eftergymnasial utbildning, där 14 procent har använt det.



Figur 12: Andel dagligrökare, riskkonsumenter av alkohol, fysiskt inaktiva respektive med fetma uppdelat på utbildningsnivå, 18 år eller äldre (åldersstandardiserat).

Vad gäller födelse land så är rökning mest förekommande bland personer som är födda i övriga Norden (utanför Sverige), där 13 procent röker dagligen. Att vara fysiskt inaktiv är vanligast bland dem som är födda utanför Norden (51 procent). Riskkonsumtion av alkohol är vanligast

bland personer födda i övriga Norden (20 procent), därefter kommer personer födda i Sverige (14 procent). Fetma är något mer förekommande bland dem som är födda utanför Sverige. Andelen som använt hasch eller marijuana är högst bland de som är födda i Sverige (13 procent).

Ekonomiska konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor

Dagens hälsoförhållanden och vårdbehov är till stor del resultat av gårdagens levnadsvanor, livsvillkor och vårdstruktur. Vi vet att ohälsosamma levnadsvanor kan kopplas ihop med många folksjukdomar och därmed är utvecklingen av våra levnadsvanor av särskild betydelse för den framtida ohälsan. Sundare levnadsvanor i befolkningen anses kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten, samt förhindra eller försena insjuknandet i diabetes. De ”Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder” fokuserar på fyra levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Riktlinjerna påpekar att de rekommenderade åtgärderna sannolikt leder till minskade samhällskostnader på längre sikt.

Genom epidemiologiska metoder och data, som exempelvis uppgifter om befolkningens levnadsvanor, går det att göra prognoser för framtida sjuklighet och även beräkna relaterade samhällskostnader. På dessa principer bygger den hälsoekonomiska RHS-modellen, (se faktaruta).

Risikfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader (RHS-modellen)

RHS-modellen har utvecklats med stöd från nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). Modellen inkluderar fyra vanliga riskfaktorer i den vuxna befolkningen 20-84 år: fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet, och riskbruk av alkohol.

Dessutom inkluderas 15 vanliga sjukdomar, innefattande diabetes, hjärtinfarkt och sex olika typer av cancer, där levnadsvanor har visat sig ha betydelse för risken att insjukna. RHS-modellen beräknar de årliga samhällskostnaderna för nya sjukdomsfall (incidens). Detta inkluderar landstingens och regionernas kostnader för hälso- och sjukvård, kommunernas kostnader för vård och omsorg samt statliga utgifter för sjukförsäkringen.

För mer information se: www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn

RHS-modellen används här för att skatta hälso- och ekonomiska konsekvenser vid förändringar av levnadsvanor som är viktiga för hälsan. Förekomst av tre riskfaktorer som kan beräknas identiskt 2008 och 2017 i CDUST-regionen, används för skattningen: fetma, daglig rökning och riskbruk av alkohol.

Modellen baseras på uppgifter om befolkningens storlek, samt på förändringar i förekomsten av

de tre riskfaktorerna. Befolkningsdata har hämtats från Statistiska centralbyrån medan data om riskfaktorers förekomst och förändringar kommer från Liv & hälsa 2008 och Liv & hälsa 2017 (se tabell 1). Resultatet visar på att rökning har minskat i alla åldersgrupper medan förekomsten av fetma har ökat. Riskbruk av alkohol har minskat något bland yngre men ökat bland 65-84 åringar, både bland män och kvinnor.

Åldersgrupp	Fetma %				Daglig tobaksrökning %				Riskbruk av alkohol %			
	år 2008		år 2017		år 2008		år 2017		år 2008		år 2017	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
20-44	14	13	15	16	8	12	8	6	27	17	18	13
45-64	17	17	23	22	16	18	8	9	18	11	17	10
65-84	16	18	18	20	8	8	8	7	7	3	11	6

Tabell 1: Riskfaktorers förekomst i CDUST-länen.

I tabell 2 visas skattade förändringar i antalet nyinsjuknande under fyra år (2016-2019) på grund av förändringar i förekomsten av de tre riskfaktorerna. Jämförelserna sker med utgångspunkt från läget år 2008, och avser situationen två år efter undersökningsperioden 2017, det vill säga år 2019.

	Fetma	Daglig tobaksrökning	Riskbruk av alkohol
Diabetes	992	-158	0
Ischemisk hjärtsjukdom	292	-899	0
Stroke	14	-65	0
Lungcancer	0	-216	0
Koloncancer	120	-8	39
Bröstcancer	38	-19	11
Prostatacancer	13	-15	0
KOL	0	-2176	0
Depression	31	-15	-58
Höftfraktur	0	-80	15
Alkoholrelaterade sjukdomar	0	0	1202
Totalt	1500	-3651	1209

Tabell 2: Skattad förändring i antalet fall av nyinsjuknande i CDUST-länet år 2016-2019, baserat på förändring i tre riskfaktorer 2008-2017.

Den största ökningen uppstår i antalet nya fall av diabetes beroende på en ökad förekomst av fetma. Minskningen av daglig tobaksrökning leder till betydligt färre nyinsjuknade, sammanlagt 3 651 personer, varav cirka hälften beräknas undvika kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). En ökad förekomst av riskbruk av alkohol i den äldsta åldersgruppen (65-84 år) avspeglas i en ökad incidens i alkoholrelaterade sjukdomar.

I tabell 3 presenteras förändringar i förväntade hälso- och sjukvårdskostnader samt kommunala kostnader i CDUST-länet under fyra år, 2016-2019. Kostnaderna grundar sig på förändringar i antal nyinsjuknade i de sjukdomar som ingår i modellen. Minskad förekomst av rökning kan innebära 222 miljoner lägre kostnader, cirka 2,3 procents minskning av de förväntade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Däremot medför den ökade fetman en ökad kostnad på omkring 0,5 procent. Liknande mönster observeras i förändringar av kommunala kostnader när minskad förekomst av daglig rökning resulterar i 100 miljoner lägre kostnader för kommuner. Däremot kan det ökade riskbruket av alkohol bland 65-84 åringar leda till 1,25 procents ökning i kommunala kostnader.

	Landsting/Region (Hälso- och sjukvårdskostnader)		Kommun (Vård- och omsorgskostnader)	
	Kostnad	Förändring i %	Kostnad	Förändring i %
Fetma	55 861 000 kr	0,50%	23 911 000 kr	0,25%
Daglig tobaksrökning	-222 753 000 kr	-2,30%	-100 455 000 kr	-1,10%
Riskbruk av alkohol	33 982 000 kr	0,30%	117 257 000 kr	1,25%

Tabell 3: Skattad förändring i hälso- och sjukvårdskostnader och kommunala kostnader i CDUST-länet för perioden 2016-2019, baserat på förändring i tre riskfaktorer mellan 2008 och 2017.

I resultatet räknas inte summan av skattningarna ihop eftersom riskfaktorer ofta förekommer hos samma personer. Dessutom redovisar skattningarna endast fyra års minskningar i insjuknande och relaterade hälso- och sjukvårdskostnader och mer fördelaktiga levnadsvanor i befolkningen påverkar sannolikt sjukligheten under ytterligare år. Förutom förekomsten av de tre riskfaktorerna

kan många andra faktorer påverka insjuknandet i framtiden. Modellen visar hur nyinsjuknandet och relaterade kostnader förändras om riskfaktorförekomsten förändras, under förutsättning att allt annat är lika, och ger en uppfattning om hälsoekonomiska effekter av det förebyggande arbetet.

En god hälsa i befolkningen är en grund för positiv utveckling och tillväxt i samhället likväl som tillväxt gynnar hälsan. Folkhälsan har utvecklats positivt som helhet, men det finns tydliga skillnader i hälsa mellan olika grupper. Ojämlighet i hälsa påverkas till stor del av förhållandena i samhället vi lever i.

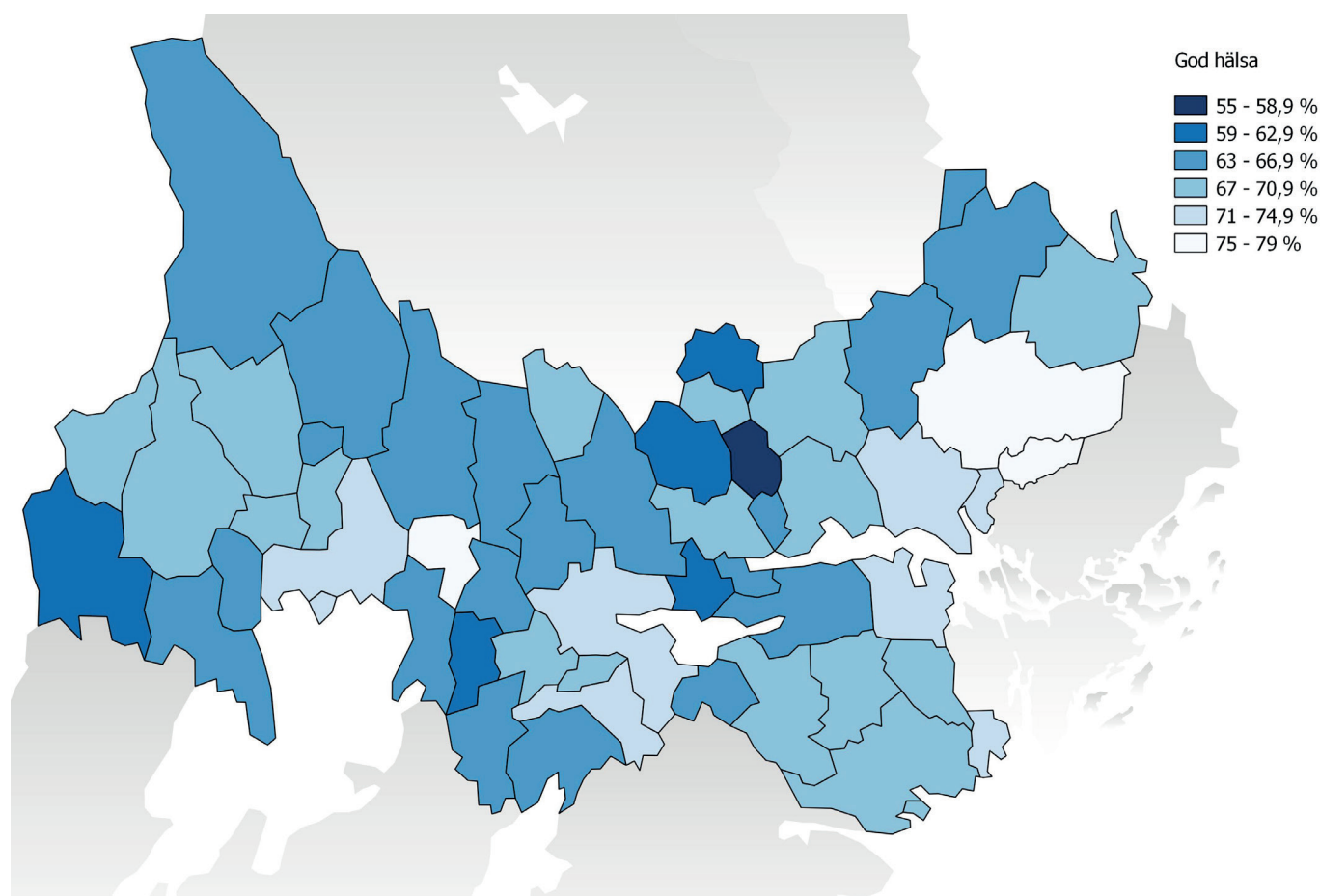
Män mår bättre än kvinnor

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd är ett bra mått på den generella hälsan i en befolkning. Allmänt hälsotillstånd har i en mängd studier visat sig ha ett starkt samband med långvarig sjukdom, vårdbehov och dödlighet och är en betydelsefull indikator för att följa hälsoutvecklingen över tid.

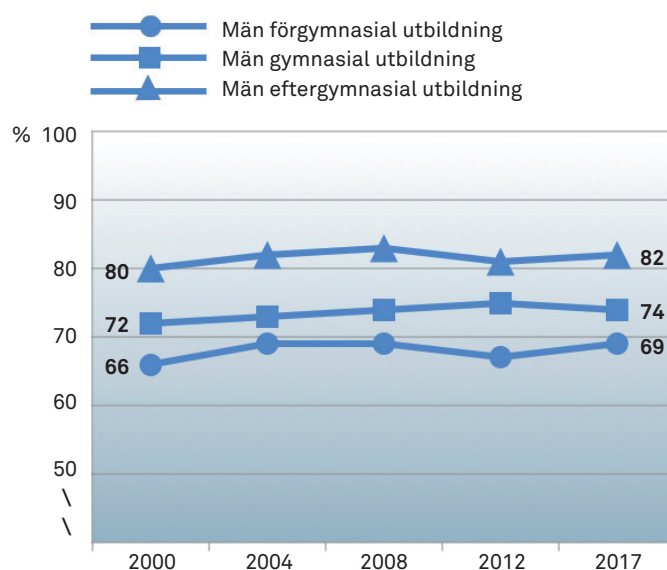
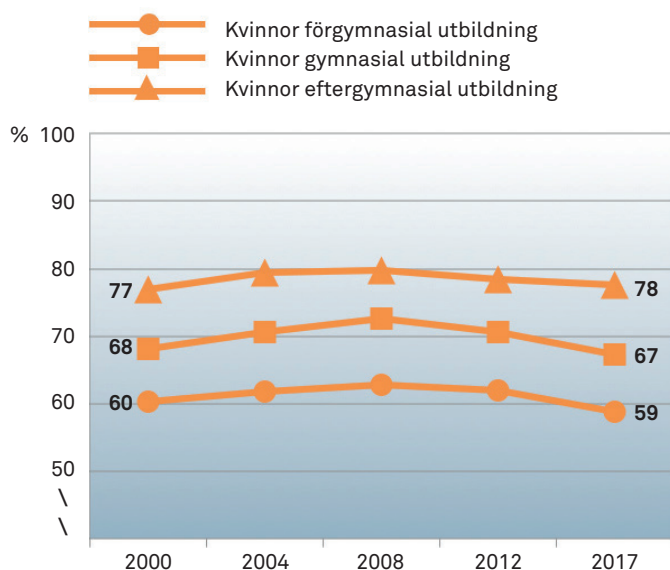
I CDUST-regionen upplever 70 procent av alla 18 år och äldre, bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. I figur 13 framgår att variationen

är stor mellan kommunerna. Färre kvinnor än män anser sig ha bra hälsa, 67 procent jämfört med 73 procent. Andelen med bra självskattad hälsa minskar med stigande ålder. Sett över tid har den självskattade hälsan legat på ungefär samma nivå sedan 2004.

Utbildningsnivån har betydelse, ju högre utbildning desto bättre självskattad hälsa. I gruppen med förgymnasial utbildning upplever 63 procent bra eller mycket bra hälsa jämfört med 78 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna i allmänt hälsotillstånd har inte förändrats nämnvärt mellan olika utbildningsnivåer över tid (se figur 14). Hälsoklyftorna är större bland kvinnor än bland män. Bland inrikes födda upplever 71 procent en bra självskattad hälsa jämfört med 68 procent i gruppen utrikesfödda.



Figur 13: Andel med bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, 18 år eller äldre.



Figur 14: Andel med bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd 2000-2017 uppdelat på utbildningsnivå, kvinnor och män 18-79 år (åldersstandardiserat).

Utbildningsnivå har betydelse för tandhälsan

Sett över tid upplever allt fler i regionen ganska bra eller mycket bra tandhälsa, från 71 procent 2004 till 76 procent år 2017.

Det förekommer skillnader i tandhälsa mellan olika socioekonomiska grupper. I gruppen med förgymnasial utbildning upplever 68 procent bra eller mycket bra tandhälsa jämfört med 80 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna mellan inrikes- och utrikesfödda är stora, 79 procent av inrikesfödda upplever en bra självskattad tandhälsa mot 72 procent av gruppen födda i övriga Norden och 62 procent bland dem födda utanför Norden. Gruppen som rapporterar dålig tandhälsa avstår i högre utsträckning än andra från att söka tandvård av ekonomiska skäl.

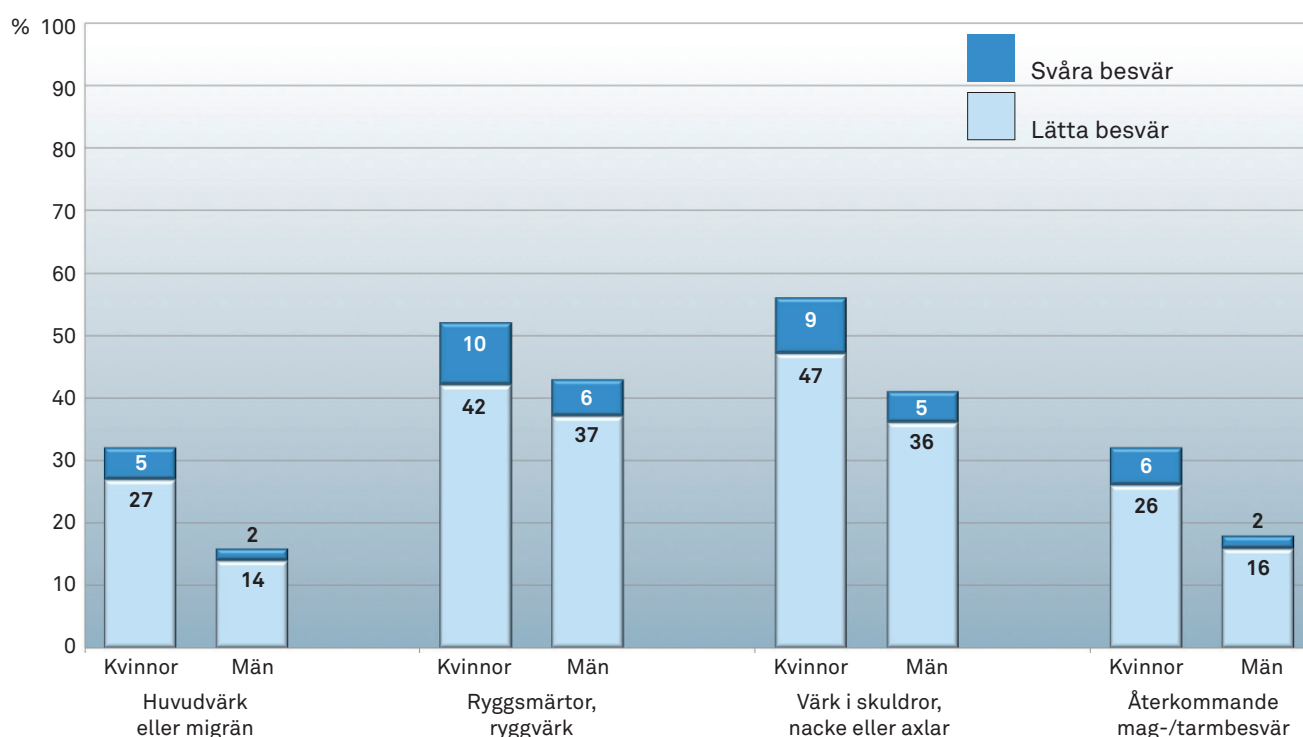
Värk är vanligt

Sjukdomar med hög förekomst i befolkningen benämns som folksjukdomar och står för mer än halva den svenska sjukdomsburden.

Förekomsten av de flesta folksjukdomar har varit stabil sedan år 2000. I Liv och hälsa år 2017 har 8 procent angett att de har astma och 7 procent diabetes (typ1 eller 2). Det är inga påtagliga skillnader mellan män och kvinnor. Diabetes förekommer tre gånger så ofta i gruppen med förgymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning.

Omkring en av fyra av dem som är 30 år eller äldre, har angett högt blodtryck och i gruppen 70 år och äldre rapporterar 51 procent högt blodtryck. Risken att få högt blodtryck ökar även på grund av faktorer som diabetes, höga blodfetter, kraftig övervikt, stress, stillasittande livsstil, saltrik kost, rökning samt hög alkoholkonsumtion. Ju fler riskfaktorer man har, desto högre risk för högt blodtryck, som när det är obehandlat kan leda till skador i hjärta och kärl.

Värkproblematik är vanligt bland vuxna. Värk förekommer i skuldror, nacke eller axlar hos 48 procent i befolkningen och samma förhållande gäller för ryggsmärtor och ischias. Huvudvärk anges av 24 procent och mag- och tarmbesvär av 25 procent. Förekomsten av dessa besvär skiljer sig markant mellan kvinnor och män och är vanligast bland kvinnor (se figur 15). Bland gruppen födda i övriga Norden är värkproblematik vanligare, jämfört med personer födda i Sverige och utanför Norden.



Figur 15: Symtom och besvär, lätta och svåra, kvinnor och män 18 år eller äldre.

God psykisk hälsa vanligast bland män

Psykisk hälsa handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera

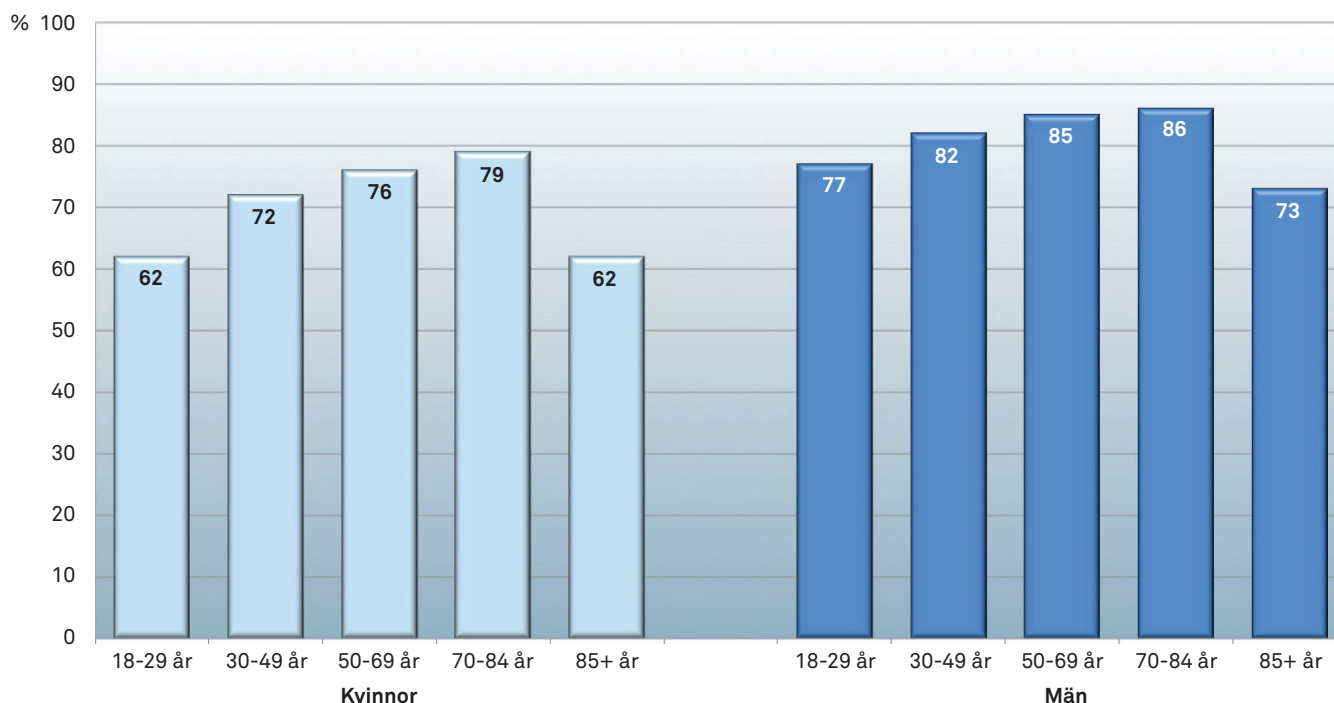
livets normala motgångar. Psykisk hälsa är mer än frånvaron av psykisk ohälsa, vilket i dag ofta används som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom.

Gott psykiskt välbefinnande (WHO-5)

Den psykiska hälsan i en befolkning mäts oftast genom enkät- eller intervjuundersökningar. Frågeinstrumentet WHO-5, World Health Organisation index, är ett frågebatteri på fem frågor som mäter psykiskt välbefinnande. WHO-5 är ett validerat frågeformulär för att mäta psykisk hälsa nationellt och globalt. Summaindex > 50 bland alla som svarat på samtliga fem frågor definieras som gott psykiskt välbefinnande.

Män har generellt bättre psykisk hälsa än kvinnor mätt med WHO-5 (se faktaruta). Gott psykiskt väl-

befinnande ökar med stigande ålder upp till 70-84 år. Därefter sjunker andelen (se figur 16).



Figur 16: Andel med gott psykiskt välbefinnande, 18 år eller äldre.

Utbildningsnivån har betydelse, ju högre utbildning desto fler med gott psykiskt välbefinnande. Bland de med förgymnasial utbildning upplever 73 procent gott psykiskt välbefinnande jämfört med 79 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Bland inrikes födda samt födda i övriga Norden upplever 77 procent ett gott psykiskt välbefinnande mot 72 procent bland dem födda utanför Norden.

Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka funktionsförmågan. Symtomen behöver inte vara så omfattande att diagnos kan sättas och är ofta normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Ångslan, oro eller ångest är vanligast förekommande bland yngre kvinnor 18-29 år, där 55 procent uppger att de har lätta eller svåra besvär. Totalt uppger 40 procent av kvinnorna och 26 procent av männen att de har lätta eller svåra besvär.

Kvinnor lider även i högre grad av sömnsvårigheter, 40 procent, i jämförelse med män, 28 procent. Sömnsvårigheter kan både vara en bidragande faktor till psykisk ohälsa såväl som ett symptom.

I CDUST-regionen uppger 10 procent en diagnosticerad depression, 12 procent kvinnor och 7 procent män. För kvinnor är det vanligast i yngre åldersgrupper och i den äldsta åldersgruppen. Hos män är variationen mellan åldersgrupper liten. Det föreligger ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och depression, gruppen med lägst utbildning anger i högre grad depression.

Kontakter med vården

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av de målområden som den nationella kommissionen för jämlik hälsa föreslår för att uppnå en god och jämlik hälsa. Detta motiveras av att hälso- och sjukvården har en särskild roll som direkt påverkar hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser.

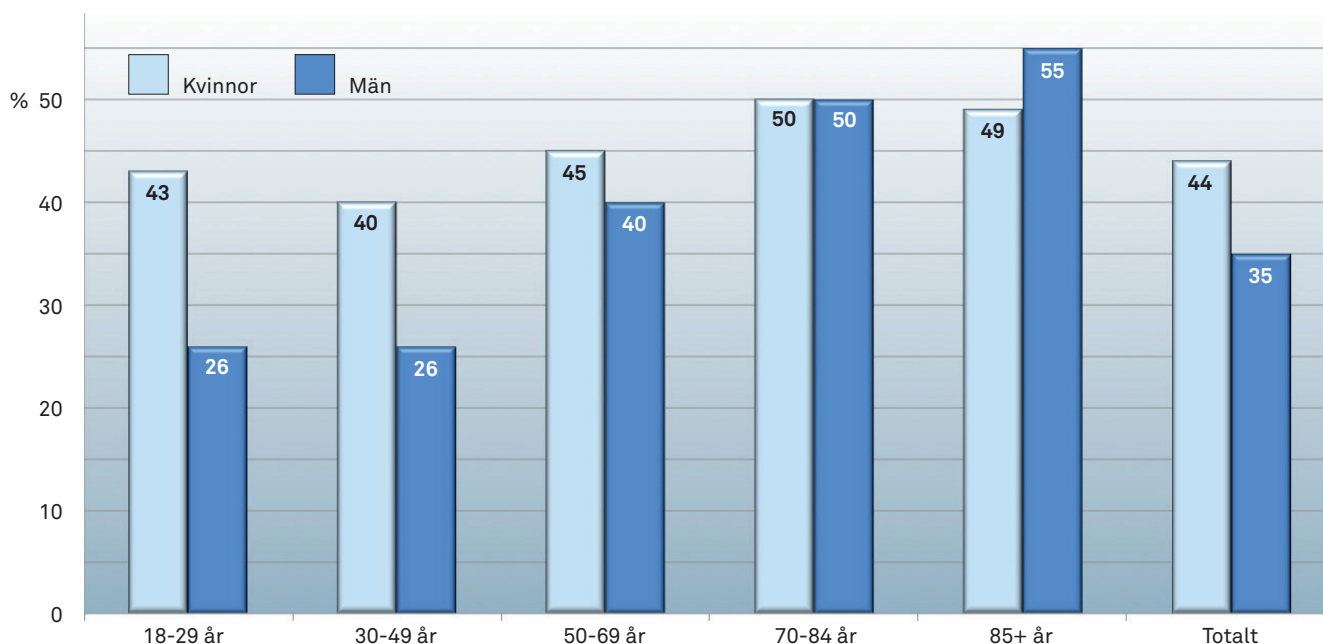
Att ha lika möjligheter att besöka vården samt att kunna ta del av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är centralt för att nå vård på lika villkor. Det är därför viktigt att mäta och följa upp befolkningens upplevelse och kontakter med vården.

Vårdcentraler når många

Fyra av tio vuxna i regionen anger att de har besökt vårdcentral eller motsvarande för egna be-

svär eller sjukdom de senaste tre månaderna (se figur 17). Drygt hälften av patienterna är över 50 år. Kvinnor besöker vårdcentral i större utsträckning än män och bland dem är skillnaderna i andelen som besökt vårdcentral relativt små mellan åldersgrupperna. Bland män ökar däremot andelen med stigande ålder.

De som har en långvarig sjukdom anger i mycket större utsträckning än de som inte har en långvarig sjukdom att de besökt vårdcentral, 56 respektive 29 procent. Skillnaderna mellan utbildningsnivåerna är små. Andelen som besökt vårdcentral är 38 procent bland inrikes födda, 40 procent bland personer födda i övriga Norden och 44 procent bland personer födda utanför Norden.

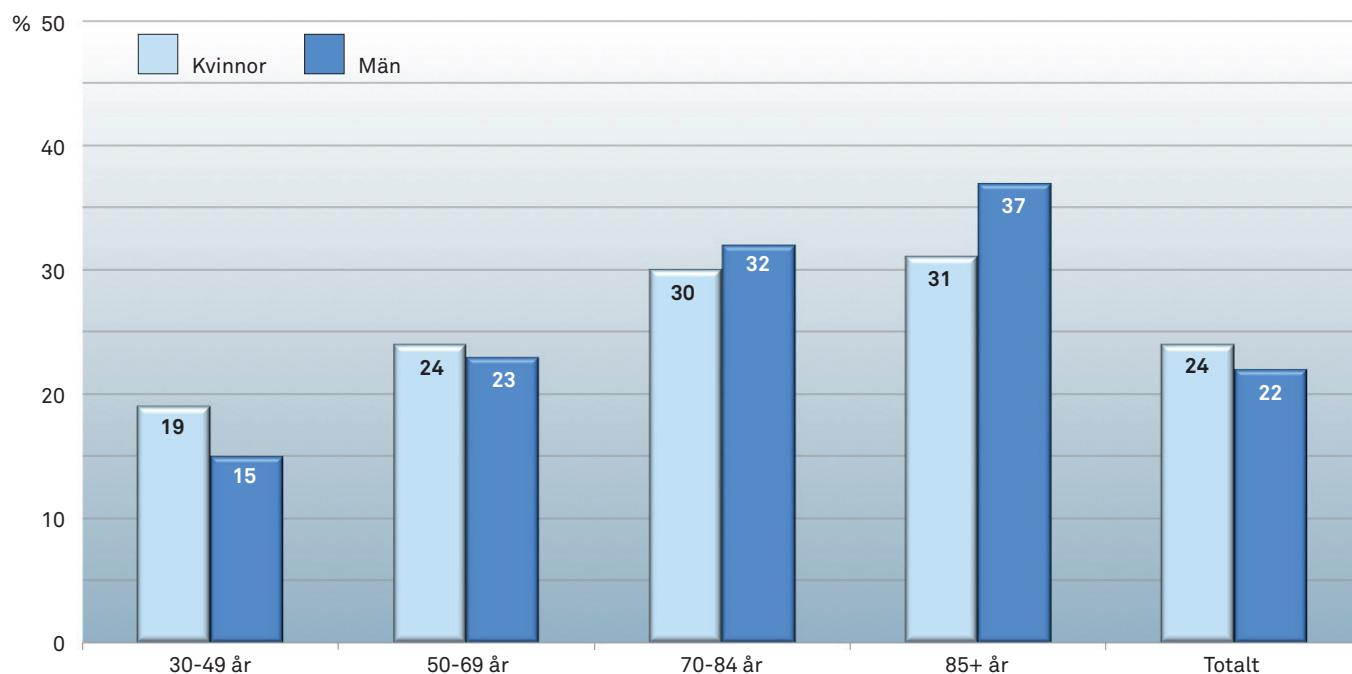


Figur 17: Andel som besökt vårdcentral de senaste tre månaderna, 18 år eller äldre.

Äldre besöker sjukhus oftare än yngre

Frågan om man besökt sjukhus ställdes endast till åldersgruppen 30 år och äldre. Två av tio i denna åldersgrupp anger att de har besökt sjukhus

för egna besvär eller sjukdomar de senaste tre månaderna (se figur 18). Det är ungefär lika vanligt bland män och kvinnor. Andelen som besökt sjukhus ökar med stigande ålder.



Figur 18: Andel som besökt sjukhus de senaste tre månaderna, 30 år eller äldre.

En av tjugo har avstått tandvårdsbesök av ekonomiska skäl

Om en person söker vård eller inte beror vanligtvis på individens upplevda hälsoproblem och vårdbehov. Men ekonomin kan vara en anledning till att inte söka vård. Resultaten visar att andelen som under de senaste tre månaderna, av ekono-

miska skäl, avstått sjukvårdsbesök eller att hämta ut sina läkemedel är 1-2 procent (se tabell 4). Andelen som avstått tandvårdsbesök är högre, 5-6 procent. Att ha avstått vård av ekonomiska skäl är något vanligare bland kvinnor jämfört med män, och bland yngre jämfört med äldre.

Avstått...	Kvinnor (%)	Män (%)
...sjukvårdsbesök	2	1
...tandvårdsbesök	6	5
...läkemedelsuttag	2	2

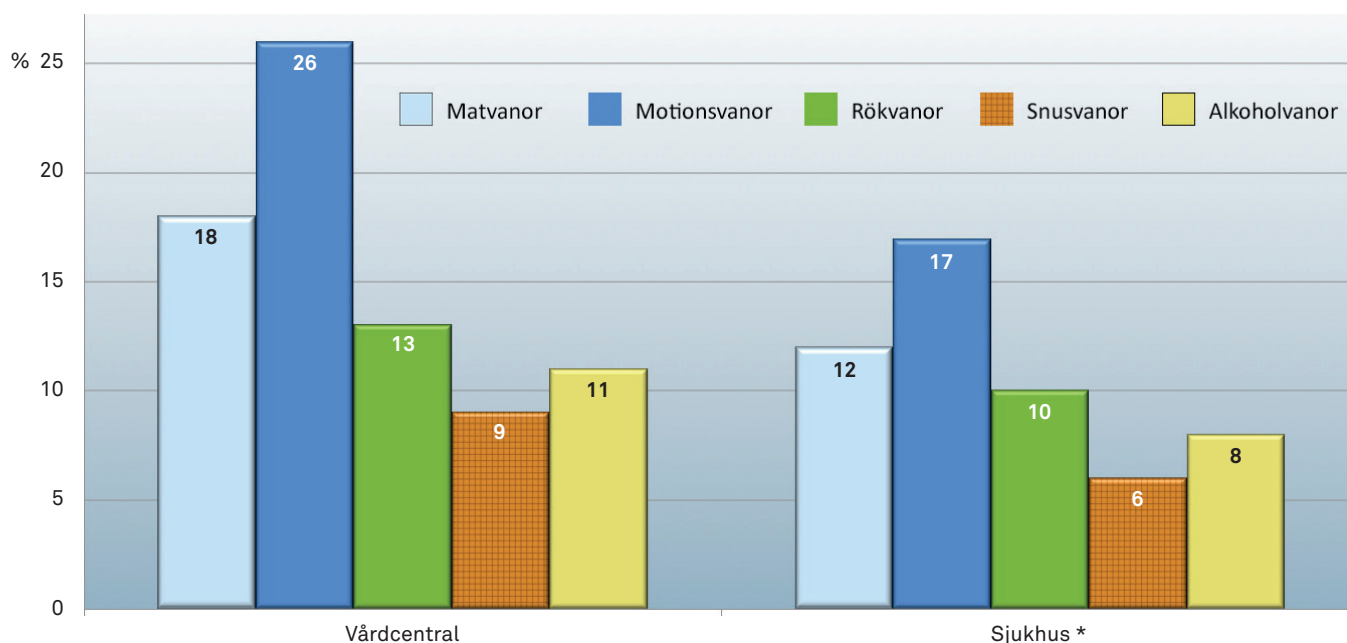
Tabell 4: Andel som de senaste tre månaderna, av ekonomiska skäl, avstått sjukvårdsbesök, tandvårdsbesök respektive läkemedelsuttag, 30 år eller äldre.

Det är vanligast att diskutera motionsvanor vid vårdbesöket

Mindre än tre av tio personer som svarat att de besökt vården de senaste tre månaderna anger att de diskuterat levnadsvanor vid sitt/sina besök. Män anger i större uträkning än kvinnor att de diskuterat levnadsvanor. Andelen som diskuterat levnadsvanor är högre i yngre åldersgrupper

jämfört med äldre, särskilt bland dem som besökt sjukhus.

Den levnadsvana som man oftast diskuterar är motionsvanor (se figur 19). En av fyra som besökt vårdcentral anger att de diskuterat motionsvanor, medan motsvarande andel är närmare en av fem bland dem som besökt sjukhus.



Figur 19: Andel av dem som besökt vårdcentral eller sjukhus de senaste tre månaderna som angett att de diskuterat sina levnadsvanor vid sitt/sina besök (18 år eller äldre respektive 30 år eller äldre*).

Den goda men ojämlika hälsan

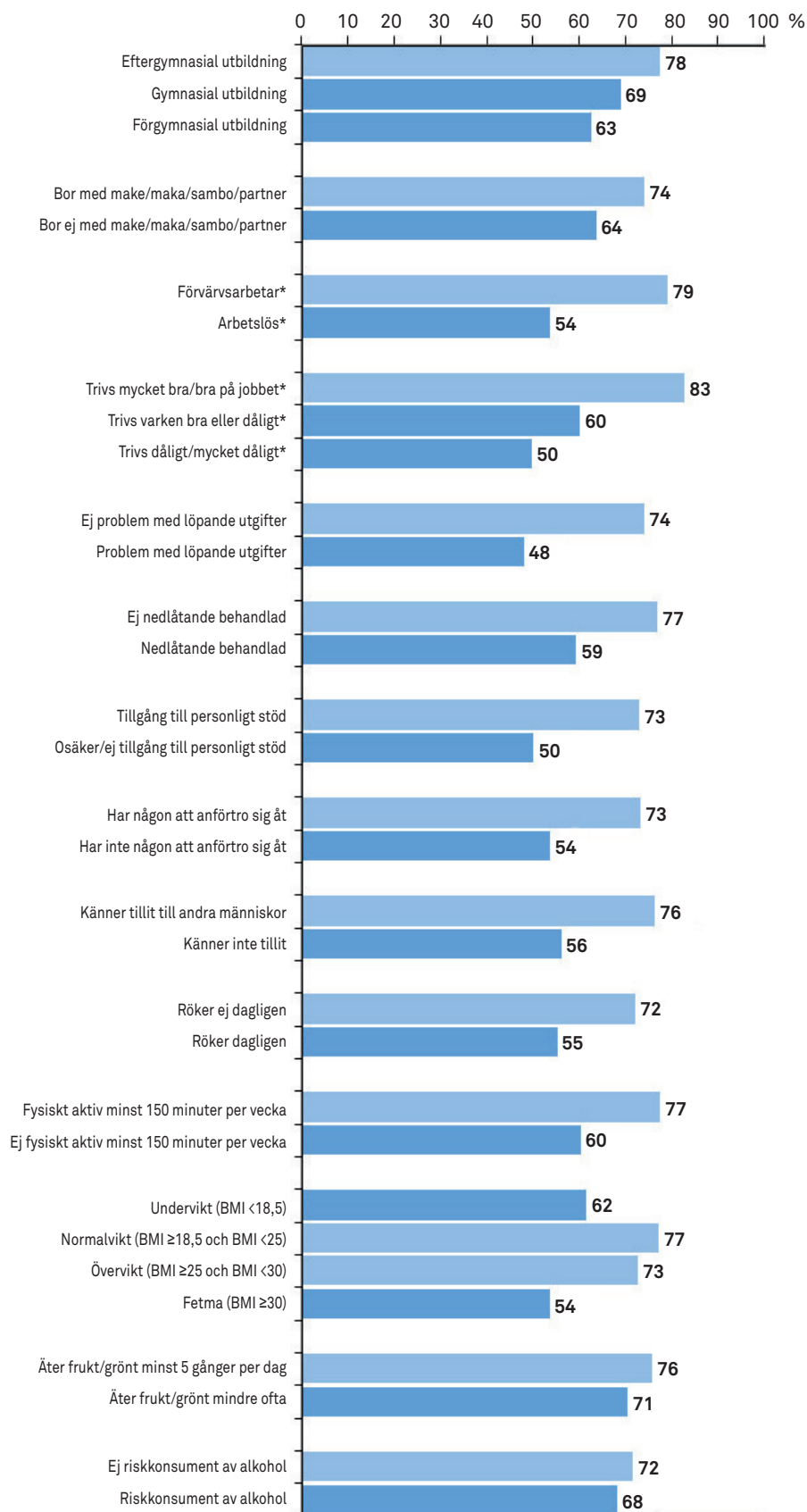
Livsvillkor som social och ekonomisk trygghet har stor betydelse för hälsan. Dessutom har vi som individer möjlighet att själva påverka våra förutsättningar för en god hälsa genom att tillägna oss hälsosamma levnadsvanor. Genom att stärka befintliga skyddsfaktorer och reducera eventuella riskfaktorer skapas förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Livsvillkoren och levnadsvanorna har samband med vår hälsa

En majoritet av befolkningen, drygt sju av tio kvinnor och män, skattar sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Dessa andelar varierar emellertid mycket beroende på hur tillvaron ser ut för individen.

De som har ett arbete och trivs på jobbet mår bäst (se figur 20). Andra faktorer som har positiv inverkan på hälsan är att ha en längre utbildning, en god ekonomi, ha någon att dela sina innersta känslor med samt ha personer i sin omgivning som kan hjälpa till vid händelse av praktiska problem eller sjukdom. Bland dem som saknar dessa skyddsfaktorer är det bara runt hälften som har god hälsa. Även personer som inte bor med en partner, har blivit nedlåtande behandlade eller som inte känner tillit till andra människor har sämre hälsa än övriga.

Det är vanligare med en god hälsa bland dem som är fysiskt aktiva. Det är också gynnsamt för hälsan att hålla sig normalviktig. Att ha undervikt, fetma eller att vara daglig-rökare har starka samband med en sämre hälsa.



Figur 20: Andel med bra allmänt hälsotillstånd uppdelat på grupper med olika livsvillkor och levnadsvanor (åldersstandardiserade andelar, 18 år eller äldre respektive 18-64 år*).

De starkaste skydds- och riskfaktorerna

Hälsofrämjande och förebyggande arbete bygger på kunskap om skydds- och riskfaktorer. En skyddsfaktor är en faktor som skyddar mot ohälsa eller problem medan en riskfaktor är en faktor som istället ökar risken för ohälsa. Skydds- och riskfaktorer återfinns på alla nivåer, individ-, familje-, arbets- och samhällsnivå. Enstaka faktorer har begränsad effekt, däremot är chansen till ett gott och långt liv större om en person har flera skyddsfaktorer även om man har många riskfaktorer. För att studera sambandet mellan livsvillkor, levnadsvanor och hälsa har ett antal frågor valts ut som i tidigare analyser visat sig vara av betydelse för den allmänna hälsan.

För att studera samband mellan olika skydds- och riskfaktorer och gott allmänt hälsotillstånd har så kallade logistiska regressionsanalyser genomförts (se faktaruta). I figur 21 illustreras sambanden mellan alla skydds- och riskfaktorer och den goda hälsan med hänsyn tagen till kön och ål-

der. Samtliga skydds- och riskfaktorer som redovisas har ett statistiskt säkerställt samband med den självskattade hälsan. Faktorerna är rangordnade efter hur starkt sambandet är.

Den skyddsfaktor som har starkast samband med att må bra är att trivas med sitt arbete (bland personer 18-69 år som har ett förvärvsarbete). De som trivs med sitt nuvarande arbete har nära fyra gånger så högt odds att ha god hälsa i jämförelse med de som inte trivs. Andra starka skyddsfaktorer är att känna sig säker och trygg i det område där man bor, känna tillit till andra människor, vara fysiskt aktiv, ha tillgång till personligt stöd samt att ha någon att anförtro sig åt.

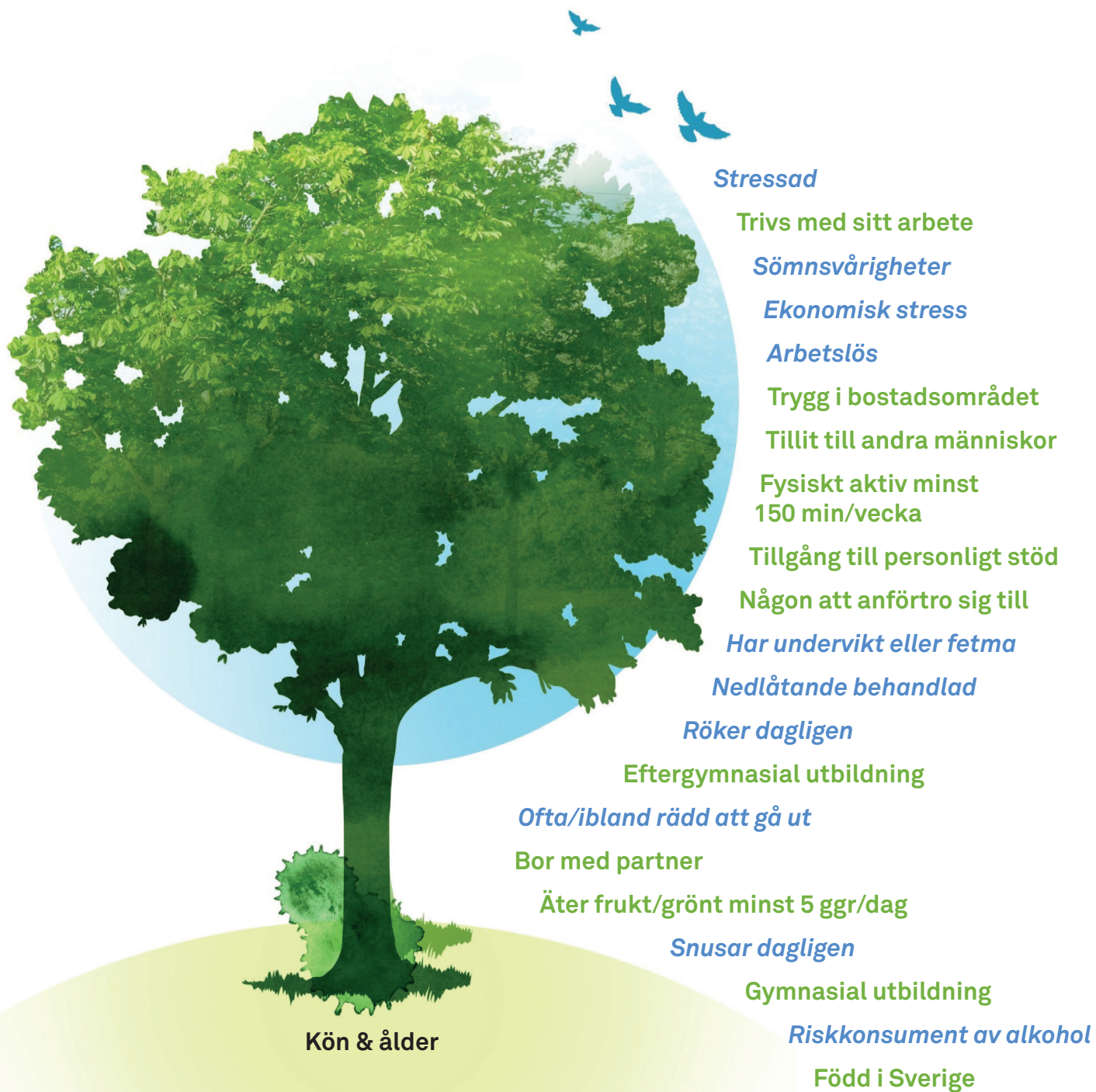
De starkaste riskfaktorerna är att vara stressad, ha sömnsvärigheter, inte kunna betala löpande utgifter (ekonomisk stress) samt att vara arbetslös. Personer som har dessa riskfaktorer har omkring 70-80 procents lägre odds att ha en god hälsa i jämförelse med dem som inte har den studerade riskfaktorn.

Logistisk regression och oddskvoter (OR)

Resultatet från en logistisk regression visar sambandet mellan ett utfallsmått och en studerad faktor, med hänsyn tagen till de andra faktorerna i modellen.

I detta avsnitt är utfallsmåttet att ha bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. Sambandet mellan hälsan och varje skydds- respektive riskfaktor har studerats separat med kön och ålder som kontrollerade bakgrundsfaktorer.

Sambandet mellan en skydds- eller riskfaktor och gott allmänt hälsotillstånd redovisas i form av en så kallad oddskvot. Om oddskvoten är större än ett innebär detta att andelen som har gott allmänt hälsotillstånd är högre bland dem som har faktorn än dem som inte har faktorn kontrollerat för kön och ålder. Ju högre oddskvot desto starkare positivt samband med hälsan. På motsvarande sätt innebär en oddskvot under ett att andelen som har gott allmänt hälsotillstånd är lägre bland de som har den faktorn. Ju lägre oddskvot desto starkare negativt samband med hälsan. Oddskvoter för studerade skydds- och riskfaktorer anges i bilaga 1 på omslagets insida.



Figur 21: Illustration av sambandet mellan **skyddsfaktorer** respektive **riskfaktorer** och att ha bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd justerat för kön och ålder. Riskfaktorerna har ett negativt samband och skyddsfaktorerna har ett positivt samband med att må bra. Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

De skyddsfaktorer som används för att studera sambandet med att ha god hälsa är att:

- vara fysiskt aktiv minst 150 minuter (2½ timme) per vecka
- äta grönsaker, rotfrukter, frukt och bär minst fem gånger per dag
- ha tillgång till personligt stöd om man har praktiska problem eller är sjuk
- ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt
- anse att man i allmänhet kan lita på de flesta människor
- ha eftergymnasial utbildning
- bo tillsammans med make/maka/partner/sambo
- vara född i Sverige (ej med i figur 22)
- känna sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot i området där man bor, endast 30 år och äldre (ej med i figur 22)
- trivas med sitt nuvarande arbete, endast förvärvsarbetande 18-69 år (ej med i figur 22)

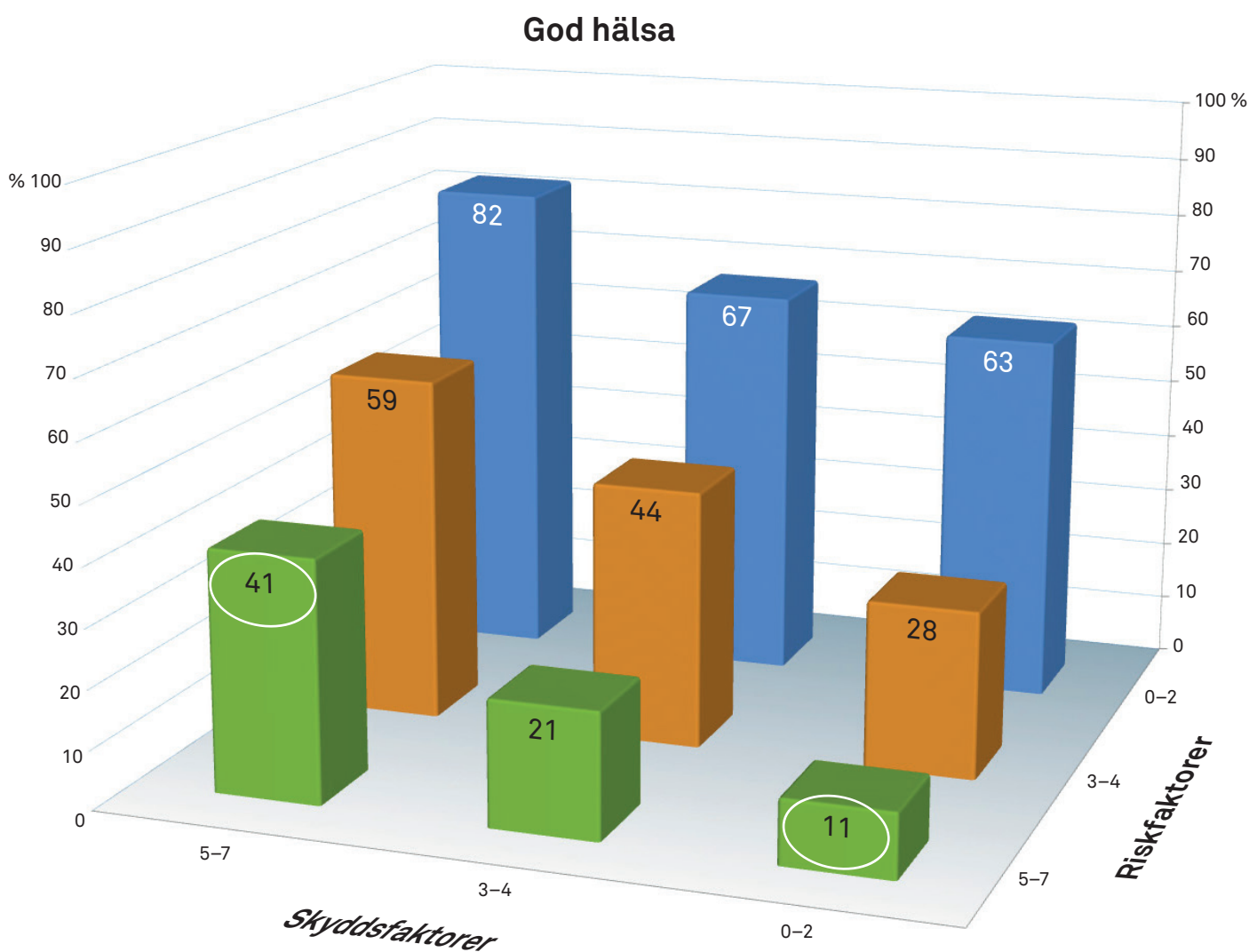
De riskfaktorer som används är att:

- röka dagligen
- vara riskkonsument av alkohol
- ha svårigheter med att klara löpande utgifter under de senaste tolv månaderna
- ha blivit nedlåtande behandlad under de tre senaste månaderna
- ha fetma (BMI ≥ 30) eller vara underviktig (BMI $< 18,5$)
- ibland eller ofta avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad på annat sätt
- ha sömnsvårigheter
- vara stressad, endast 18-69 år (ej med i figur 22)
- vara arbetslös i relation till att förvärvsarbeta som anställd eller som egen företagare, endast 18-69 år (ej med i figur 22)

Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa

Det finns ett mycket starkt statistiskt samband mellan antal skyddsfaktorer och hälsa. Det vill säga, ju fler skyddsfaktorer desto bättre upplevd hälsa. I figur 22 illustreras sambandet mellan olika skydds- och riskfaktorer och bra hälsa. Då mönstret är liknande för kvinnor och män redovisas dessa sammanslaget i figuren. I gruppen som har flest antal riskfaktorer (5-7 stycken) varierar till exempel andelen med god hälsa från 11

procent bland dem med 0-2 skyddsfaktorer upp till 41 procent för dem med 5-7 skyddsfaktorer. Det vill säga att i den gruppen är det nära fyra gånger så vanligt med god hälsa bland dem med flest skyddsfaktorer jämfört med dem som har minst antal skyddsfaktorer. Detta mönster upprepar sig sedan för de övriga grupperna som har färre riskfaktorer.



Figur 22: Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra uppdelat efter antal skydds- och riskfaktorer, 18 år eller äldre.

BILAGA 1

Skyddsfaktorer	OR	1/OR	Riskfaktorer	OR	1/OR
Trivs med sitt boende	3,7	0,3	Stressad	0,2	6,4
Trygg i bostadsområdet	2,8	0,4	Sömnsvårigheter	0,3	3,5
Tillit till andra människor	2,6	0,4	Ekonomisk stress	0,3	3,3
Fysiskt aktiv minst 150 min/vecka	2,6	0,4	Arbetslös	0,3	3,2
Tillgång till personligt stöd	2,5	0,4	Har undervikt eller fetma	0,4	2,4
Någon att anförtro sig till	2,4	0,4	Nedlåtande behandlad	0,4	2,4
Eftergymnasial utbildning	1,9	0,5	Röker dagligen	0,4	2,3
Bor med partner	1,5	0,7	Ofta/ibland rädd att gå ut	0,6	1,6
Äter frukt/grönt minst 5 ggr/dag	1,4	0,7	Snusar dagligen	0,7	1,3
Gymnasial utbildning	1,2	0,8	Riskkonsument av alkohol	0,8	1,2
Född i Sverige	1,2	0,8			

Oddsquoter (OR) och inverterade oddsquoter (1/OR) för skydds- och riskfaktorer för att ha bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd justerat för kön och ålder. Riskfaktorerna har ett negativt samband och skyddsfaktorerna har ett positivt samband med att må bra. För att möjliggöra jämförelse i det statistiska sambandet kan en inverterad oddsquot för en riskfaktor jämföras med oddsquoten för en skyddsfaktor och vice versa. (För tolkning av oddsquoter se faktaruta sid 26.)



Vill du veta mer?

Kontakta respektive landsting/region:



Region Uppsala

Region Uppsala
018-611 00 00
www.region uppsala.se/folkhalsa



**LANDSTINGET
SÖRMLAND**

Landstinget Sörmland
0155-24 50 00
livohalsa@dll.se
www.landstingetsormland.se



**Landstinget
i Värmland**

Landstinget i Värmland
054-61 50 00
www.liv.se



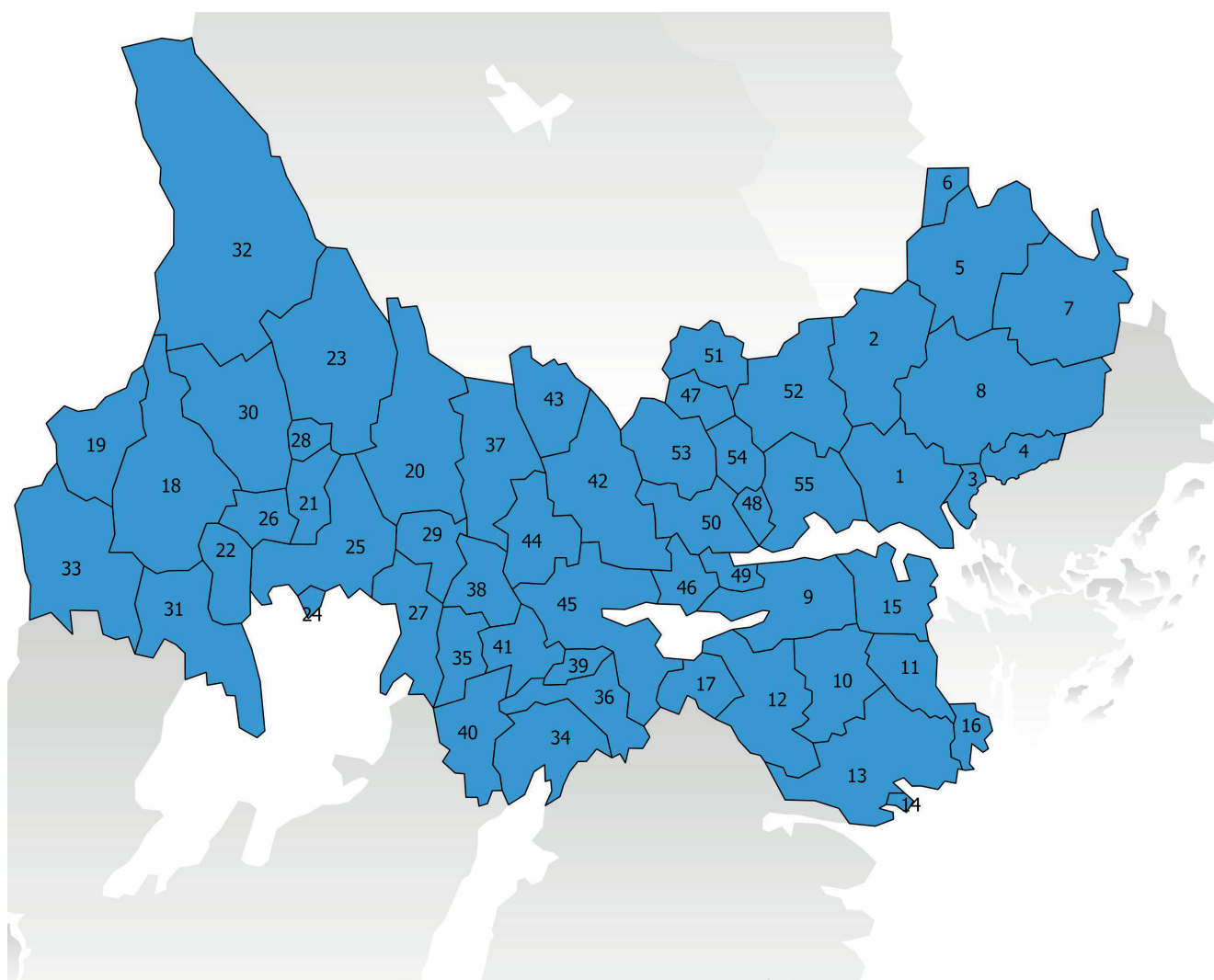
**Region
Västmanland**

Region Västmanland
Kompetenscentrum för hälsa
021-17 30 00
livohalsa@regionvastmanland.se
www.regionvastmanland.se



**Region
Örebro län**

Region Örebro län, Regionkansliet
019-602 10 00
livohalsa@regionorebrolan.se
www.regionorebrolan.se/livohalsa



- | | | | |
|----------------|-----------------|---------------|--------------------|
| 1 Enköping | 15 Strängnäs | 29 Storfors | 43 Ljusnarsberg |
| 2 Heby | 16 Trosa | 30 Sunne | 44 Nora |
| 3 Håbo | 17 Vingåker | 31 Säffle | 45 Örebro |
| 4 Knivsta | 18 Arvika | 32 Torsby | 46 Arboga |
| 5 Tierp | 19 Eda | 33 Årjäng | 47 Fagersta |
| 6 Älvkarleby | 20 Filipstad | 34 Askersund | 48 Hallstahammar |
| 7 Östhammar | 21 Forshaga | 35 Degerfors | 49 Kungsör |
| 8 Uppsala | 22 Grums | 36 Hallsberg | 50 Köping |
| 9 Eskilstuna | 23 Hagfors | 37 Hällefors | 51 Norberg |
| 10 Flen | 24 Hammarö | 38 Karlskoga | 52 Sala |
| 11 Gnesta | 25 Karlstad | 39 Kumla | 53 Skinnskatteberg |
| 12 Katrineholm | 26 Kil | 40 Laxå | 54 Surahammar |
| 13 Nyköping | 27 Kristinehamn | 41 Lekeberg | 55 Västerås |
| 14 Oxelösund | 28 Munkfors | 42 Lindesberg | |

Kommunöversikt

	Folkmängd 31 december 2016	Befolknings- förändring 2012-2016	Andel 75 år eller äldre	Återstående medellivslängd vid 0 år, 2012-2016		Andel med eftergymnasial utbildning 2016, 25-64 år
	Antal	Andel i %	Andel i %	Män	Kvinnor	Andel i %
Lekeberg	7636	5	9	79,9	83,7	31
Laxå	5709	3	13	79,4	83,1	22
Hallsberg	15649	2	10	79,2	83,1	25
Degerfors	9609	1	11	78,4	82,6	22
Hällefors	7138	2	14	76,3	81,9	23
Ljusnarsberg	5006	3	12	78,7	81,4	21
Örebro	146631	6	8	80,0	84,2	45
Kumla	21334	3	8	80,6	83,5	30
Askersund	11282	2	11	79,6	83,0	24
Karlskoga	30538	3	11	78,1	83,0	30
Nora	10665	3	11	80,1	84,4	32
Lindesberg	23744	3	10	78,5	83,4	27
Örebro län	294941	4	9	79,4	83,6	36
Skinnskatteberg	4429	1	12	77,5	84,0	23
Surahammar	10059	2	10	77,8	82,0	22
Kungsör	8432	5	10	81,5	83,4	28
Hallstahammar	15843	3	11	77,7	83,0	27
Norberg	5795	3	11	79,7	81,9	22
Västerås	147420	5	9	80,9	84,2	44
Sala	22353	4	10	81,1	83,5	29
Fagersta	13445	6	11	79,0	82,5	25
Köping	25950	4	11	79,9	83,6	27
Arboga	13903	4	11	80,2	82,1	31
Västmanlands län	267629	4	10	80,2	83,6	36
Vingåker	9099	4	10	80,2	83,3	22
Gnesta	10861	4	9	79,9	83,1	33
Nyköping	54924	5	11	80,5	84,3	35
Oxelösund	11921	6	12	80,1	83,0	26
Flen	16830	5	11	78,3	83,9	26
Katrineholm	33722	4	10	79,5	82,8	29
Eskilstuna	103684	5	8	79,0	83,5	35
Strängnäs	34609	5	9	80,1	83,5	37
Trosa	12447	8	8	80,9	83,2	33
Södermanlands län	288097	5	10	79,7	83,6	33
Håbo	20737	4	6	81,1	84,2	32
Älvkarleby	9445	4	10	79,7	83,5	26
Knivsta	17323	13	5	82,3	84,6	50
Heby	13755	3	11	80,7	83,5	24
Tierp	20744	3	10	79,7	83,9	25
Uppsala	214559	6	7	81,6	84,8	57
Enköping	42988	7	9	80,9	83,7	33
Östhammar	21822	3	11	80,4	84,0	25
Uppsala län	361373	6	8	81,2	84,4	47
Kil	11800	0	10	82,1	84,4	33
Eda	8526	0	11	79,1	83,7	21
Torsby	12169	0	13	77,4	83,4	24
Storfors	4046	-3	10	80,0	83,4	21
Hammarö	15725	4	8	80,5	83,7	51
Munkfors	3738	3	15	74,9	81,2	19
Forshaga	11451	1	10	78,8	82,8	31
Grums	9063	1	11	77,5	81,5	22
Årjäng	9958	1	11	78,7	83,6	20
Sunne	13425	2	11	78,9	83,2	29
Karlstad	90198	4	9	80,9	83,9	48
Kristinehamn	24671	4	11	79,3	83,4	31
Filipstad	10960	4	12	77,4	83,5	20
Hagfors	11917	-2	14	79,2	81,8	22
Arvika	26054	1	11	79,1	83,0	31
Säffle	15633	2	13	79,4	83,8	26
Värmlands län	279334	2	11	79,6	83,4	35