



Hälsan i Värmland

Resultat från undersökningen
Liv och Hälsa 2017

REDAKTÖR: LAURA BEATE VON KOBYLETZKI

HÄLSAN I VÄRMLAND

RESULTAT FRÅN UNDERSÖKNINGEN LIV OCH HÄLSA 2017

© Författarna

ISBN: 978-91-7867-021-5 (tryck)

ISBN: 978-91-7867-026-0 (pdf)

Karlstads universitet

Foto framsida: Øyvind Lund

Tryck & layout: Universitetstryckeriet, Karlstad 2019

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| FÖRORD | 5 |
| <i>Laura von Kobyletzki</i> | |
| KAPITEL 1 | 7 |
| Metod | |
| <i>Laura von Kobyletzki, Linda Beckman, Anu Molarius och Louise Persson</i> | |
| KAPITEL 2 | 15 |
| Om föräldrars syn på ekonomi och hälsa | |
| <i>Nadine Huchthausen och Louise Persson</i> | |
| KAPITEL 3 | 21 |
| Levnadsvanor | |
| <i>Pernilla Hedström, Stefan Wagnsson och Birgitta Sjökvist</i> | |
| KAPITEL 4 | 37 |
| Fysisk hälsa | |
| <i>Laura von Kobyletzki, Louise Persson och Linda Beckman</i> | |
| KAPITEL 5 | 51 |
| Munhälsa | |
| <i>Anita Boström och Christina Carlson</i> | |
| KAPITEL 6 | 59 |
| Samband munhälsa och allmän hälsa | |
| <i>Göran Friman och Laura von Kobyletzki</i> | |
| KAPITEL 7 | 65 |
| Fallskador bland äldre i Värmland | |
| <i>Johanna Gustavsson och Maria Klässbo</i> | |
| KAPITEL 8 | 73 |
| Psykisk hälsa | |
| <i>Linda Beckman, Laura von Kobyletzki och Louise Persson</i> | |

| | |
|---|-----|
| KAPITEL 9 | 77 |
| Social hälsa– olika perspektiv | |
| <i>Louise Persson och Laura von Kobyletzki</i> | |
| | |
| KAPITEL 10 | 83 |
| Om ekonomiska bördan av utvalda sjukdomar | |
| <i>Alexandra Metsini och Laura von Kobyletzki</i> | |
| | |
| BILAGA | 111 |
| | |
| SLUTORD OCH TACK..... | 115 |
| <i>Laura von Kobyletzki</i> | |

Förord

LAURA VON KOBYLETZKI



God hälsa i befolkningen är en förutsättning för och en indikator på ett väl fungerande samhälle. För att identifiera behov av hälsoförbättring kan epidemiologiska befolkningsundersökningar fylla en funktion där dess resultat utgör ett underlag för välgrundade hälsopolitiska beslut samt kan styra inriktningen av folkhälsoarbetet. Genom upprepade prevalensstudier inhämtas kunskap om hur befolkningen mår och hur levnadsvanor och levnadsvillkor ser ut vilket beskriver hälsoutvecklingen i en befolkning.

Den nationella kommissionen för jämlik hälsa har föreslagit åtgärder för att bidra till att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Särskild föreslogs det påverkan på social ojämlikhet avseende kön, ålder, ekonomi och utbildning, sexuell läggning, och födelseland.

Denna avsikt att stänga påverkbara hälsoklyftor har även godtagits av Landstinget i Värmland. En god och jämlik hälsa på lika villkor är ett centralt mål i svensk folkhälsopolitik. Analyser av exempelvis vilka som tillhör riskgrupper och vad som är riskfaktorer för ohälsa kan ge underlag för folkhälsoarbetet. Likaså kan kunskap avseende sjukdomsrelaterade kostnader bidra till bättre planering av hälsoinsatser. På så vis kan effektivare insatser planeras av beslutsfattare inom hälso- och sjukvården samt kommuner för sektorsövergripande kunskapsutveckling och planering av olika åtgärder.

Det slutliga målet är en så jämlik och kostnadseffektiv hälsa som möjligt.

Undersökningen som ligger till grund för denna rapport, Liv och Hälsa 2017, har genomförts i samarbete mellan landstingen/regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län (CDUST-regionen). Undersökningen Liv och Hälsa gjordes första gången år 2000; och år 2017 genomfördes den för femte gången. Frågorna skickades till ett slumpmässigt urval av befolkningen och förutom att samla in kunskap om befolkningens hälsa ställdes också frågor om livsvillkor, levnadsvanor samt kontakter med vården.

De fördjupade sambandsanalyser som presenteras i nedanstående kapitel identifierar riskgrupper och riskfaktorer relaterat till hälsa och livsstil. Arbetet har genomförts av Landstinget i Värmland (LiV) i samarbete med forskare från Karlstads universitet inom ämnena: Folkhälsovetenskap, Oral hälsa, Idrottsvetenskap och Risk- och miljöstudier.

KAPITEL 1

Metod

LAURA VON KOBYLETZKI, LINDA BECKMAN,
ANU MOLARIUS OCH LOUISE PERSSON



POPULATION OCH URVAL

Målgruppen var samtliga personer i åldern 18 år och äldre som vid tiden för undersökningen var folkbokförda i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands, Värmlands eller Örebro län. För att kunna dra ett urval från befolkningen skapades en urvalsram med hjälp av Statistiska centralbyråns (SCB) Register över totalbefolkningen (RTB). Urvalsramen utgjordes av 1 202 343 personer i åldern 18 år och äldre. Från dessa drogs ett slumpmässigt urval av och det säkerställdes att kommun/område, kön och ålder var representerade. Dessa personer representerar därmed befolkningen i 55 kommuner. Enkäten skickades ut till 78 000 personer under våren 2017.

LIV OCH HÄLSA-ENKÄTEN 2017

Sedan år 2000 har flera befolkningsundersökningar i den vuxna befolkningen inom ramen för ett samarbete mellan landstingen/regionerna i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län (CDUST) genomförts. Liv & hälsa är en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Syftet med undersökningen är att undersöka hur befolkningen i CDUST regionen mår och att följa förändringar i hälsa över tid. Enkäten har sammanställts av representanter från CDUST. Frågorna omfattar hälsa, tandhälsa, kontakter med vården, levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, rök- och snusvanor, alkoholvanor och spelvanor), ekonomiska förhållanden, trygghet och relationer, boende, sexuell läggning samt arbete och arbetsliv. Frågeformulären 2017 omfattade totalt ett åttiotall frågor. Innan undersökningen påbörjades skickades information ut till respondenterna i ett så kallat säkerhetsbrev så att ingen obehörig kunde ta del av information. Respondenter fick enkätfrågor anpassade till respektive åldersgrupp: 18–29 år, 30–69 år samt gruppen 70 år och äldre, detta för att frågor skulle vara så relevanta som möjligt i en förhoppning att det skulle höja svarsfrekvensen och tillförlitligheten i svaren. Respondenten gavs möjlighet att fylla i enkäten via en webbsida eller på traditionellt sätt genom en pappersenkät. Webbenkäten fanns på svenska och engelska samt med uppläsningsfunktion. Förutom det första utskicket med pappersenkät skickades det ut upp till två påminnelser. I den sista påminnelsen skickades en kortenkät som innehöll 15 frågor från valda avsnitt/områden.

VARIABLER

I alla tre utskick av enkäten fanns samma frågor avseende hälsa (fysisk, psykisk, och tandhälsa), kontakt med vården, levnadsvanor, boende, trygghet, sociala relationer samt ekonomiska förhållanden.

Utöver detta fanns frågor anpassade till de olika åldersgrupperna: yngre vuxna (18-29 år), medelålders (30-69 år) respektive äldre (70+ år). För de yngre och medelålders fanns även frågor avseende arbetsliv. De flesta frågor i föreliggande enkät har även ingått i tidigare Liv & hälsa-enkäter samt i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV). Ett fåtal frågor är framtagna av arbetsgruppen i CDUST.

I möjligaste mån användes validerade befintliga frågor eller frågeinstrument. Till exempel, frågan om rökning härstammar från ULF och är framtagen av en arbetsgrupp för tobaksfrågor inom ramen för projektet ”Hälsorelaterade levnadsvanor” och har tidigare använts i Norrlandsenkäten och Västra Götaland-senkäten (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Frågorna avseende alkoholkonsumtion är hämtade från World Health Organisation (WHO) frågeinstrument AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ*, sid 314-420.).

För att skatta hälsorelaterade livskvalitet, dvs hur hälsa är relaterad till livskvalitet, användes EQ-5D-5L (EuroQoL-5 Dimension Questionnaire (EQ-5D) ett instrument framtagen av den internationella forskargruppen EuroQol Group. EQ-5D används ofta inom hälso- och sjukvården för uppföljning av behandling eller annan insats. Även WHO:s välbefinnandeindex (WHO-5) som mäter gott psykiskt välbefinnande användes, och självskattningsinstrumentet har visat god validitet/pålitlighet vid screening för depression (Awata, 2007). Frågor avseende ekonomi härstammar från ULF, och tidigare Liv & hälsa-undersökningar. Data avseende födelseland och inkomst baseras på registerdata från Statistiska Centralbyrån.

Frågorna i 2017 års enkät är framarbetade av Claudio Troncoso Munoz, statistiker/utredare; Hans G Eriksson, statistiker; Susann Ericsson, folkhälsoplanerare; Anu Molarius, epidemiolog; Bo Simonsson, utredare; Marina Kalander Blomqvist, folkhälsoanalytiker; Cecilia Nyberg, folkhälsoanalytiker; Laura von Kobyletzki, legitimerad läkare, epidemiolog, docent; Margareta Lindén-Boström, epidemiolog; Carina Person statistiker.

För fullständiga uppgifter avseende frågor se www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/folkhalsa-och-samhallsmedicin2/Be-folkkningsdata/liv-och-halsa/

VAL AV OMRÅDEN SOM ANALYSERADES SÄRSKILT

I denna rapport presenteras fördjupade analyser av några områden från Liv & hälsa undersökningen. Landstinget Värmlands folkhälsost strategi var vägledande i valet av områden som resulterat i olika kapitel. Dessa områden var bland annat övervikt och fetma, tobaksbruk, riskbruk av alkohol, fysisk aktivitet, övervikt och fetma samt livsstilssjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, typ II diabetes, sjukdomar i rörelseorganen; psykisk hälsa, särskilt psykiskt välbefinnande, samt trygg och stimulerande fysisk och social livsmiljö.

Även sjukdomar som enligt WHO utgör globala utmaningar prioriterades i analysarbetet, dessa är: muskel- och skelettsjukdomar, rygg- och nacksmärta, migrän, olycka/fallskada, psykisk ohälsa/depression och ångest, hjärt-kärlsjukdomar, KOL/astma, diabetes/endokrina sjukdomar samt missbruk.

Vidare beslöts att särskilt analysera förändringar avseende trender i Värmland. Fokus för dessa var på enskilda områden där det går att se en uppgång eller nedgång jämfört med tidigare år och områden där Värmland ligger bättre eller sämre jämfört med andra län.

Författarna ansåg även att samhällsekonomiska kostnader av sjukdomar och tillstånd, och arbetsrelaterad ohälsa var relevanta att redovisa.

ANALYS

Statistiska analyser har genomförts i statistikprogrammet STATA och SPSS.

Faktorer som har samband med hälsa

Hälsofrämjande och förebyggande arbete bygger på kunskap om skydds- och riskfaktorer. En skyddsfaktor är en faktor som skyddar mot ohälsa eller sjukdom, medan en riskfaktor är en faktor som istället ökar risken för och sjukdom. Skydds- och riskfaktorer återfinns på alla nivåer, individ-, familje-, arbets- och samhällsnivå. 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 och multinomiala regressionsanalyser genomförts. En stratifierad analys utfördes för att se skillnader mellan kön och åldersgrupper. Effekt av enstaka sjukdomar på hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) och psykiskt välbefinnande (WHO-5-index) jämfördes med effekten av sjukdomen med samtidig förekomst andra sjukdomar (till exempel depression och diabetes typ II) med hjälp av z-score. Samtliga skydds- och riskfaktorer som redovisas har ett statistiskt säkerställt samband med den självskattade hälsan med $p < 0.05$. Det gjordes beskrivande analyser och korstabeller för alla samband.

Logistisk regression och oddskvoter (OR)

För att se på samband mellan flera faktorer samtidigt analyserades vissa samband med hjälp av så kallad logistisk regression samt multinomial logistisk regression. Resultatet från en logistisk regression visar sambandet mellan ett utfallsmått och en studerad faktor, med hänsyn tagen till de andra faktorerna i modellen. Utfallsmåttet är ovan nämnda sjukdomar eller hälsotillstånd. Sambandet mellan hälsan och varje skydds- respektive riskfaktor har studerats och redovisas i form av en så kallad oddskvot. Om oddskvoten är större än ett innebär det att andelen är högre bland dem som har faktorn än dem som inte har faktorn. Ju högre oddskvot desto starkare positivt samband med hälsan. På motsvarande sätt innebär en oddskvot under ett att andelen som har ett visst hälsotillstånd är lägre bland de som har den faktorn. Ju lägre oddskvot desto starkare negativt samband med utfallsmått. Alla analyser är, utöver enkla sambandsanalyser, kontrollerade för kön, ålder samt för faktorer med teoretisk relevans, om inte annat anges i respektive kapitel.

Etiska överväganden

Studien är godkänd vid Regionala Etikprövningsnämnden i Uppsala (Dnr: 2015/417). De data som analyserades i föreliggande projekt lagras krypterad och sparas på ett USB minne som förvaras inlåst. All data i den aktuella rapporten är avidentifierade.

Rapportens praktiska betydelse för vården

Målet med rapporten är att öka kunskapen gällande riskfaktorer, riskgrupper och sjuklighet som drabbar en stor del av befolkningen. Resultat och slutsatser från studien kommer att redovisas för beslutsfattare i Värmland. Eventuellt kan resultaten påverka lokala rutiner för handläggning av patienter och de preventiva åtgärder som utförs. Den rutinmässiga utredningen av vanliga sjukdomar kan kompletteras med riktad utredning avseende de viktigaste riskfaktorerna och den vanligaste samsjukligheten.

RESULTAT

Urval och svarsfrekvens

Totalt ingick 78 004 personer i urvalet i CDUST-regionen varav 14 244 personer i Värmland. Uppdelningen per åldersgrupp framgår av tabell 1.

Tabell 1: Antal i urval i Värmland och totalt i CDUST-regionen per åldersgrupp.

| | Kvinnor | | | Män | | | Totalt | | | Totalt |
|--------------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|--------|
| | 18-29 år | 30-69 år | 70- år | 18-29 år | 30-69 år | 70- år | 18-29 år | 30-69 år | 70- år | |
| Värmland | 2001 | 2880 | 2161 | 2161 | 2880 | 2161 | 4162 | 5760 | 4322 | 14244 |
| CDUST total | 10489 | 18319 | 10114 | 10649 | 18319 | 10114 | 21138 | 36638 | 20228 | 78004 |

Enkäten besvarades av över 34 000 personer i CDUST-regionen. Tjugoen procent besvarade webbenkäten och 79 procent pappersenkäten. Svarefrekvensen i Värmland var 44 procent vilket därmed ligger i linje med övriga län i regionen.

De geografiska variationerna i svarefrekvenser är större på kommunnivå. Lägsta andelen svarande i Värmland hade Munkfors med 35 procent (31 % för män och 40 % för kvinnor) och högst i Karlstad med 49 procent (44 % för män och 54 % för kvinnor). Kvinnor svarade oftare än män (se tabell 2). Unga män svarade i lägst utsträckning.

Tabell 2: Antal svarande, bortfall och svarefrekvens i Värmland uppdelat på kön och ålder.

| Kön | Ålder | Svarande | Bortfall | Svarefrekvens |
|---------|-----------------|----------|----------|---------------|
| Kvinnor | 18–29 år | 604 | 1378 | 30 |
| Kvinnor | 30–49 år | 600 | 992 | 38 |
| Kvinnor | 50–69 år | 764 | 514 | 60 |
| Kvinnor | 70–84 år | 916 | 439 | 68 |
| Kvinnor | 85 år och äldre | 390 | 388 | 50 |
| Män | 18–29 år | 441 | 1702 | 21 |
| Män | 30–49 år | 428 | 1172 | 27 |
| Män | 50–69 år | 659 | 620 | 52 |
| Män | 70–84 år | 946 | 405 | 70 |
| Män | 85 år och äldre | 463 | 316 | 59 |

Äldre, kvinnor och de med högre utbildning svarade generellt i högre utsträckning på enkäten.

Svarefrekvensen var lägre bland personer födda utanför Norden samt personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning, samt personer som saknade sysselsättning eller var över 85 år gamla.

Bortfallet i olika grupper kan till viss del påverka resultat. Framst kan samband visa sig svagare än de är, vilket kan innebära att eventuella svagare samband kan ha missats.

KAPITEL 2

Om föräldrars syn på ekonomi och hälsa

NADINE HUCHTHAUSEN OCH LOUISE PERSSON

Kapitlet handlar om föräldrars syn på kopplingen mellan ekonomi och hälsa och om hur det påverkar familjen att leva ett gott liv.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Kapitlet utgår från en magisteruppsats i folkhälsovetenskap med titeln *Går det att sätta en prislapp på hälsa?* (Huchthausen, 2018). Den har genomförts vid Karlstads universitet under vårterminen 2018. Sju värmländska föräldrar har i en intervju-studie fått svara på frågor, i syfte att undersöka deras syn på ekonomi och hälsa.

Populationen

Urvalet till studien gjordes med hjälp av ett så kallat lämplighetsurval. Ett antal personer i intervjuarens bekantskapskrets som uppfyllde studiens inklusionskriterier kontaktades via e-post och samtliga var positiva till att delta i studien. Dessa kriterier var att informanterna skulle ha minst ett barn och vara bosatta i Värmland.

Informanterna i studien var föräldrar med antingen ett eller två barn och bosatta i Värmland. Informanterna var mellan 28 och 39 år gamla. Totalt intervjuades sju föräldrar, fyra kvinnor och tre män.

Datainsamling

I syfte att testa studieupplägget och intervjufrågorna genomfördes en pilotintervju som senare också använts i databearbetningen och som bidragit till studiens resultat. Pilotintervjun genomfördes i vecka fem år 2018 och övriga intervjuer gjordes under veckorna tio och elva. Alla intervjuerna spelades in med digital utrustning och genomfördes av en och samma intervjuare för att därigenom öka studiens tillförlitlighet.

Datainsamlingen till studien gjordes i form av enskilda intervjuer och en semistrukturerad intervjuguide har använts. Informanterna har svarat på frågor om deras syn på kopplingen mellan ekonomi och hälsa och hur de anser att det påverkar familjen att leva ett gott liv. De har svarat utifrån sina egna kunskaper och upplevelser. Intervjuerna varade mellan 42 och 56 minuter.

Databearbetning

Efter att datainsamlingen hade genomförts transkriberades samtliga intervjuer ordagrant. Därefter bearbetades materialet med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

RESULTAT

Den kvalitativa innehållsanalysen har resulterat i två kategorier. Den första kategorin ”Hinder och möjligheter” består av två subkategorier, *Social status* och *Tid och utrymme*, som inkluderar faktorer som är svåra för individer och familjer att påverka och som kan antingen hindra dem från eller ge dem möjligheter till att uppnå god hälsa. Den andra kategorin ”Prioritering och investering” består av tre subkategorier; *Samhällets roll*, *Levnadsvanor och livsstil* och *Uppväxtvillkor*, som beskriver att såväl samhället som individer genom sina val kan påverka barns och vuxnas hälsa och även hälsan på samhällsnivå. Samtliga subkategorier beskriver föräldrarnas syn på kopplingen mellan ekonomi och hälsa och hur denna påverkar familjerna att leva ett gott liv.

Tabell 1. Kategorier och subkategorier.

| Kategorier | Subkategorier |
|------------------------------|--|
| Hinder och möjligheter | Social status Tid och utrymme |
| Prioritering och investering | Samhällets roll Levnadsvanor och livsstil Uppväxtvillkor |

Hälsobegreppet

I inledningen av intervjuerna ombads informanterna att beskriva sin syn på hälsa. Det framkom att föräldrarna anser att hälsa är ett komplext begrepp som omfattar både fysisk och psykisk hälsa och är en förutsättning för att leva ett produktivt liv. Informanterna beskrev att de upplever att hälsa och inkomst är ojämnt fördelade i Sverige. För att minska den ojämlikheten ansågs samhället ha ett ansvar att folkhälsopolitiska åtgärder utförs tvärsektionellt och gynnar alla oavsett förutsättningar och social status.

Individens möjligheter att påverka sin hälsa

Informanterna har beskrivit levnadsvanor som fysisk aktivitet, kost och sömn, men även sociala relationer som betydelsefulla för hälsan. De lyfte att det finns en koppling mellan ekonomi och hälsa där god ekonomi ger familjer möjligheter att investera i sin hälsa. Bland annat anses ekologisk och närproducerad mat vara mer hälsosamt men också dyrare än annan mat.

Även om svagare ekonomi inte tvunget leder till sämre hälsa framkom det i intervjuerna att ekonomiska bekymmer kan skapa stress och oro och kan därmed försämra främst den psykiska hälsan. Samtidigt har informanterna uttryckt att

det också är upp till individen huruvida ekonomiska bekymmer tillåts leda till oro.

Vidare har informanterna beskrivit att ett bra förhållningssätt till pengar och vad som prioriteras har betydelse. Individernas kunskap, intressen, vanor och vilja spelar roll för vilka val som görs i vardagen för att må bra och om pengar investeras i hälsa. Pengar beskrevs kunna underlätta mycket i livet samtidigt som sämre ekonomi inte tvunget hindrar familjer från att leva ett gott liv. ”Ett gott liv har av informanterna beskrivits vara präglad av att känna glädje i vardagen och av att ha råd att ibland unna sig” (Huchthausen, 2018, s. 54).

Tid är en påverkande faktor

Tidsbrist har av informanterna nämnts som en påverkande faktor på hälsan. Att arbeta eller studera tar tid och minskar därmed tiden som egentligen kan tillbringas med familjen eller användas till att göra annat som skapar välbefinnande och hälsa. Samtidigt ger utbildning och arbete ofta de finansiella förutsättningarna som kan behövas för att leva ett gott liv.

Att som individ hitta balans mellan livets olika delar har uttryckts vara ett måste för god hälsa och betydelsen av att ha tid för återhämtning har poängterats i intervjuerna. Det framkom även av intervjuerna att barnen ofta har ett pressat tidsschema med följd att de exempelvis behöver skjutas till sina aktiviteter då tid för att cykla eller promenera dit inte finns.

Olika sätt för att främja hälsa

Informanterna föreslog olika sätt att främja hälsa på som inte kräver mycket pengar. De lyfte att det är möjligt att umgås i naturen och med familjen. Det erbjuds många gånger gratisaktiviteter av föreningar eller kommuner och det går att låna idrottsutrustning istället för att köpa den. Idrottsföreningar och skolor beskrevs vara viktiga för barns hälsa och för att främja fysisk aktivitet i ett alltmer stillasittande samhälle. Skolans ansvar att förmedla kunskap om hälsa och ekonomi har lyfts i intervjuerna. Konsumentverket är en annan institution som av informanterna ansågs ha som uppdrag att sprida kunskap om hälsa, livsstil och ekonomi. ”Dessutom har det betonats att det är viktigt att forskning om hälsa genomförs korrekt och att kunskapen som sprids är evidensbaserad” (Huchthausen, 2018, s. 55).

Trygghet kan vara viktigare än pengar

Enligt informanternas uppfattning är barn sällan medvetna om familjens ekonomi och därför anses den inte vara avgörande för barns hälsa. Om familjens ekonomi påverkar barns hälsa är det i så fall i positiv riktning när den möjliggör

att barnen kan vara delaktiga i samma fritidsaktiviteter som andra barn i deras omgivning. Det ger barnen en känsla av delaktighet och att de befinner sig i ett socialt sammanhang. Slutligen lyfte föräldrarna att ”ett tryggt hem och en god relation mellan föräldrar och barn är betydelsefull för barns hälsa och utveckling” (Huchthausen, 2018, s. 55).

STUDIENS VIKTIGASTE FYND

I intervjuerna framkom att hälsa är en förutsättning för att kunna leva produktiva liv. Pengar är inte det viktigaste för hälsan men kan vara en påverkande faktor och att ha en ekonomiskt hållbar situation ger individer fler valmöjligheter samtidigt som det minskar psykiska påfrestningar. Samhället har ett ansvar att verka för mer jämlikhet och därigenom ge individer de förutsättningar som behövs för att dessa i sin tur ska kunna prioritera och investera i sin hälsa.

AVSLUTANDE KOMMENTARER

Intervjustudien har genomförts som en del av en magisteruppsats och har därför varit begränsad i sin omfattning. För att få en ännu bättre uppfattning om föräldrars syn på ekonomi och hälsa hade det varit av intresse att ha en större studiepopulation med informanter med en mer varierad bakgrund. De informanter som ingick i den här studien beskrev samtliga att de inte hade några ekonomiska problem, och kan inte ses tillhöra en ekonomiskt utsatt grupp i samhället. Därför föreslås att synen på kopplingen mellan ekonomi och hälsa undersöks i ett bredare urval där mer utsatta individer i samhället ingår och även nyanlända svenskar och individer tillhörande minoritetsgrupper. Utöver det kan det finnas potentiellt intresse i att belysa frågan utifrån ett barnperspektiv.

REFERENSER

- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Huchthausen, N. (2018). *Går det att sätta en prislapp på hälsa? En kvalitativ studie om föräldrars syn på ekonomi och hälsa*. Examensarbete, Karlstad: Karlstads universitet. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1221925/FULLTEXT01.pdf>

KAPITEL 3

Levnadsvanor

PERNILLA HEDSTRÖM, STEFAN WAGNSSON
OCH BIRGITTA SJÖKVIST



Hälsosamma levnadsvanor är viktiga friskfaktorer för en god hälsa och en positiv hälsoutveckling. Enligt nationella riktlinjer bör vi därför inte röka, äta hälsosamt, vara fysiskt aktiva och endast konsumera en måttlig mängd alkohol (Socialstyrelsen, 2018). Genom förbättrade levnadsvanor kan livet förlängas med i genomsnitt 14 år (Khaw, et al 2008; Li et al 2018) och även små insatser kan ge stora hälsovinster. Studier visar till exempel att enbart en rörelsepaus på en minut kan påverka både blodfetter och blodsocker positivt (Healy, et al. 2011) samt minska risken för blodpropp (Howard et al 2013).

Globalt sett kan den svenska befolkningens hälsa betraktas som god, där medellivslängden ökar och hälsan utvecklas i rätt riktning i flera avseenden. Utvecklingen av folkhälsan skiljer sig dock åt mellan olika grupper i vårt samhälle, där generellt de med lägre utbildningsnivå rapporterar en sämre hälsa. Samma mönster går också att utläsa vad gäller befolkningens levnadsvanor. Bland de individer som har en förgymnasial utbildningsnivå finns fler dagligrökare och fler rapporterar här också en stillasittande fritid. Den grupp där flest uppger sig ha en stillasittande fritid är personer födda utanför Europa. Däremot rapporteras en högre riskkonsumtion av alkohol bland personer födda i Sverige eller i Norden, och då främst bland män (Folkhälsomyndigheten, 2018a).

Det finns således individer i vårt samhälle som löper en stor risk för ohälsa och att dö i förtid på grund av sina levnadsvanor. Socialstyrelsen (2018) framhåller att hälften av svenska kvinnor och två tredjedelar av männen har minst en ohälsosam levnadsvana, där de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige är; *otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk* samt *riskbruk av alkohol* (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018). Hur ser då dessa levnadsvanor ut bland värmlänningar? Det ämnar detta kapitel att belysa. I kapitlet skildras också skillnader i levnadsvanor för olika demografiska bakgrundsvariabler, så som *ålder, kön, inkomst, sexuell läggning* och *etnisk bakgrund*¹. All data är hämtat från enkäten Liv och Hälsa 2017.

FYSISK AKTIVITET OCH INAKTIVITET

Fysisk aktivitet kan innefatta allt ifrån vardagsaktiviteter, så som friluftsliv, trädgårdarbete och aktiv transport, till mer fysiskt ansträngande motion/träning. För att den fysiska aktiviteten ska ge positiva hälsoeffekter är det dock viktigt att den är av aerob karaktär, ger ökad puls och andning samt sker regelbundet – helst varje dag (Mattsson, Jansson & Hagströmmer, 2017). Till och med en

¹ Gruppen med olika *etnisk bakgrund* är indelade enligt följande; i) svensk bakgrund; ii) 2:a generationens invandrare/adopterade, samt iii) utländsk bakgrund.

liten ökning i fysisk aktivitet kan ha betydelse för att inte drabbas av ohälsa och förtida död. Att få fler inaktiva att bli aktiva kan alltså få positiva följder på människors liv och hälsa och för samhället i stort (Ekelund et al. 2015; Dohrn et al 2018).

Mer specifikt rekommenderas den vuxna befolkningen, från 18 år, att vara fysiskt aktiva på lägst måttlig nivå, med ett minimum på sammanlagt 150 minuter i veckan. Om intensiteten utförs på hög nivå är rekommendationen minst 75 minuter per vecka. Måttlig och hög intensitet kan också kombineras. Dessutom bör den fysiska aktiviteten spridas ut under flera av veckans dagar för att främja hälsan på bästa sätt. För att ge ett exempel när man rekommenderar vid rask promenad i 30 minuter fem dagar i veckan eller vid 20-30 minuters löpning, tre av veckans dagar, eller genom att kombinera nämnda aktiviteter (Wennberg et al., 2017).

Utöver ovanstående rekommendationer är rådet numera också att undvika långvarigt stillasittande, vilket även gäller för de personer som uppfyller rekommendationerna om fysisk aktivitet (Wennberg et al., 2017). Långvariga stunder i stillasittande position har nämligen ett samband med ökad risk för ohälsa, oberoende av fysisk aktivitet (Biswas, et al 2015). Framst förknippas risken med många timmar framför TV:n, men även de med stillasittande arbete skulle behöva vara fysiskt aktiva på minst måttlig nivå, 60-75 min per dag för att eliminera risken att dö i förtid (Ekelund et al. 2016; Ekelund, 2018).

Fysisk aktivitet är inte helt bekymmersfritt att mäta, vilket gör att resultat från undersökningar ofta skiljer sig åt. Dessutom har rekommendationen om fysisk aktivitet förändrats på senare år. Enligt data där svenska befolkningens fysiska aktivitetsnivå mätts med accelerometer når endast cirka hälften (50 procent) upp till sammanlagt 30 minuters daglig fysisk aktivitet på lägst måttlig nivå (Hagströmer et al 2007; Hagströmer & Bolam, 2016). Resultat ifrån enkätdata visar dock på en något ljusare bild, där cirka 65 procent av både män och kvinnor i Sverige rapporterar att de når upp till 150 minuters fysisk aktivitet per vecka på lägst måttlig nivå. Vad gäller rapporterad stillasittande tid, i mer än 10 timmar per dag, är det 23 procent män och 17 procent kvinnor som uppger sig vara det (Folkhälsomyndigheten, 2016).

I den äldsta åldersgruppen (65-85 år) har andelen fysiskt aktiva minskat något på senare år och det är fler personer över 45 år som uppger sig ha en stillasittande fritid (där man rör på sig mindre än 2 timmar i veckan (Folkhälsomyndigheten, 2018). Äldre kvinnor (65-84 år) uppger sig oftare ha en stillasittande fritid än yngre kvinnor, medan det bland män inte märks några ålderskillnader (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Bland värmlänningarna ser bilden något mörkare ut än vad den gör för svenska befolkningen i stort. Sett till hela undersökningsgruppen når endast 17 procent upp till en fysisk aktivitetsnivå på *120 minuter eller mer per vecka*, där man *blir andfådd eller får ökad puls*.² Bland åldersgruppen 18-29 år uppger 31 procent att de är aktiva i minst 120 min/per vecka på lägst denna nivå, och i åldersgruppen 30-69 år sjunker siffran till 20 procent, för att sjunka ytterligare för personer över 70 år ner till 9 procent. Dessutom är dessa data inhämtade från självskattningsverktyg (enkät), där det är lätt att överskatta sin egen förmåga.

Vidare är de värmländska männen något mer aktiva än kvinnorna, men det är endast ett par procentenheter som skiljer dem åt (18 procent gentemot 16 procent). Det går också att utläsa en viss skillnad i fysisk aktivitet mellan "låginkomsttagare" och höginkomsttagare"³ där 15 procent av "låginkomsttagarna" uppger sig vara fysiskt aktiva i minst 120 min/vecka jämfört med 22 procent för "höginkomsttagarna". Vad gäller skillnader i fysisk aktivitet på minst måttlig nivå med koppling till sexuell läggning uppger flest homosexuella att de når upp till denna nivå, 29 procent, följt av heterosexuella, 24 procent. Bland de med "annan" sexuell läggning rapporterar 22 procent sig motionera på nämnda nivå och bland de bisexuella är det endast 13 procent. Vid en jämförelse mellan grupperna för olika etnisk bakgrund, uppger sig 2:a generationens invandrare/adopterade sig vara mest aktiva, 27 procent, jämfört med svenskar, 17 procent, och gruppen med utländsk bakgrund, 15 procent.

När det gäller vardaglig fysisk aktivitet, som exempelvis trädgårdsarbete eller promenader är det något fler, 34 procent, som ägnar sig åt detta i *150 minuter per vecka eller mer*, sett till hela undersökningsgruppen. Med andra ord är det en stor grupp värmlänningar som inte rör på sig särskilt mycket alls. Dessutom rapporterar 13 procent av alla grupper sammanslaget att de *sitter still i 10 timmar eller mer på en dag* och 66 procent uppger att de är *stillasittande i 4-9 timmar/dag*. Mest stillasittande (*10 timmar eller mer/dag*) finner vi bland åldersgruppen 18-29 år (20 procent), följt av 30-69 åringar (12 procent). Minst stillasittande individer finner vi över 70+ (10 procent), vilket går emot de resultat Folkhälsomyndigheten (2016) rapporterar.

Vid en jämförelse mellan könen går det att utläsa små skillnader – männen uppger sig vara stillasittande (*10 timmar eller mer/dag*) i något högre grad än kvin-

2 I Liv och Hälsa enkäten är det högsta svarsalternativet för fysisk träning *2 timmar eller mer/vecka*, det vill säga minst *120 minuter/vecka*, vilket därför också är den variabel vi valt att lyfta fram och presentera i detta kapitel. Statistiken från Liv och Hälsa enkäten gällande fysisk aktivitet är alltså inte helt jämförbar gentemot den fysiska aktivitetsrekommendation (på 150 min/vecka) som finns att tillgå.

3 I detta kapitel har vi valt att definiera de personer med en inkomst på upp till 237 000 kr/år som "låginkomsttagare" och de med en inkomst på över 238 000 kr/år som "höginkomsttagare", för att enklare kunna analysera och beskriva resultaten.

norna (16 procent kontra 10 procent). Ingen större skillnad kunde ses bland låg- jämfört med höginkomsttagare (12 procent kontra 14 procent). Vad gäller motsvarande jämförelse mellan personer med olika sexuella läggningar sågs heller inte där några stora skillnader, förutom att de heterosexuella uppger sig vara minst stillasittande (14 procent, jämfört med 21 procent homosexuella, 23 procent bisexuella, och 25 procent ”annan” sexuell läggning). Vid en jämförelse utifrån etnisk bakgrund var skillnaderna också små (12 procent av svenskarna, 18 procent av 2:a generationens invandrare och 15 procent av individer med utländsk bakgrund, rapporterar sig vara stillasittande i 10 timmar eller mer/dag).

Vidare visar resultaten att de individer i undersökningsgruppen som anger sig vara mest stillasittande (*10 timmar eller mer/dag*) också är de som är minst fysiskt aktiva. Värmlänningar som sitter *10 timmar eller mer per dag* (det vill säga 13 procent) är endast aktiva på *måttlig eller hög intensitet i 60 minuter per vecka*.

Sammanfattningsvis är alltså en stor skara värmlänningar otillräckligt fysiskt aktiva gentemot de rekommendationer som finns att tillgå, vilket ökar deras risk för ohälsa och en förtida död. Majoriteten i alla åldersgrupper ägnar sig varken åt fysisk aktivitet på minst måttlig nivå, eller fysisk aktivitet i vardagen under tillräckligt många minuter sett till de fysiska aktivitetsrekommendationerna. Vidare visar resultatet att det bland männen, och i åldersgruppen 18-29 år, samt bland 2:a generationens invandrare/adopterade, finns flest stillasittande. Minst stillasittande är heterosexuella och äldre personer (70+), samt den ”svenska” gruppen, i Värmland. De personer som rör sig minst sitter också mest.

FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

För att hjälpa vuxna med särskilt risk för att utveckla ohälsa på grund av sina levnadsvanor, som exempelvis otillräcklig fysisk aktivitet, rekommenderas rådgivande samtal. Detta samtal kan eventuellt även behöva kompletteras med andra tillägg, varav fysisk aktivitet på recept (FaR) kan vara ett av dessa komplement (Socialstyrelsen, 2018).

I Värmland förskrivs fysisk aktivitet på recept till personer över 18 år, och innefattar allt från ett enkelt skriftligt råd på egen aktivitet till en helhetslösning som bygger på en fungerande vårdkedja från förskrivare till aktivitetsarrangör. Behöver personen stöd att komma igång, kan denne ordinerats ett hälsosamtal och konditionstest till hälsokonsulent hos Friskvården i Värmland. Under ett hälsosamtal diskuteras matvanor och motionsvanor och tillsammans överenskomms vilka motionsaktiviteter som är lämpliga och om matvanorna behöver förändras. Motionsaktiviteter kan utföras på egen hand, man kan få tips om

lokala motionsaktörer eller delta i någon av Friskvården i Värmlands egna motionsgrupper.

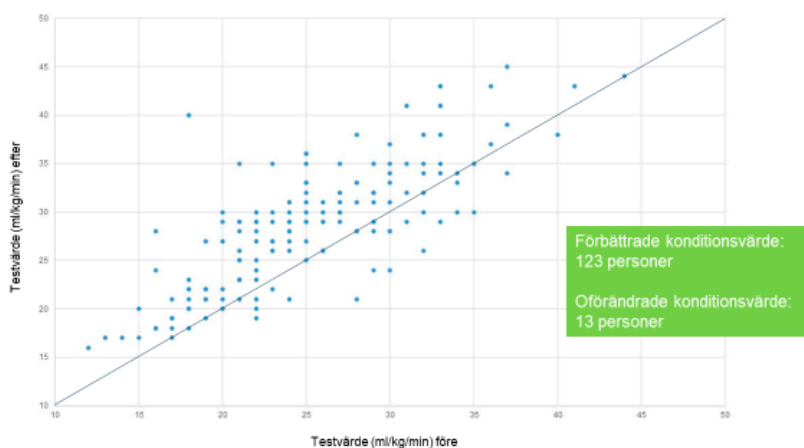
Ett uppföljande hälsosamtal kan genomföras på friskvårdscentralen efter några månader. Efter hälsosamtalet får vårdgivaren ett ordinations svar från hälsokonsulentent.

Antalet mottagna ordinationer till Friskvården i Värmland har ökat och år 2017 togs 1539 ordinationer emot. Av dessa var 817 ordinationer hälsosamtal och 722 ordinationer var till motionsverksamhet (Friskvården i Värmlands verksamhetsberättelse, 2017).

Vid ett hälsosamtal ställs ett antal indikatorfrågor som följs upp vid ett uppföljande samtal 6 - 12 månader efter det första samtalet. Vid uppföljningen har 30 procent ökat sin tid av vardagsmotion, 30 procent minskat den stillasittande tiden och 50 procent upplever sin hälsa bättre (från Friskvården i Värmlands årsstatistik, 2017).

Även resultaten från konditionstest förbättras. Av 155 personer som gjorde ett första konditionstest under åren 2013 - 2015, förbättrade 123 personer sina värden. 13 personer hade oförändrade värden och 19 personer hade försämrat sina värden. Det sistnämnda kan ha olika orsaker. Kanske har man gått upp i vikt sedan första tillfället, sovit dåligt eller att testet gjordes annan tid på dagen.

Förändring av konditionsstatus från första till det uppföljande



n=155 personer 2013-2015

Av Friskvården i Värmlands statistik (2017) att döma har alltså FaR i Värmland en positiv effekt på hälsan hos majoriteten av de som blivit ordinerade besök hos hälsokonsulent.

MATVANOR

Utöver fysisk aktivitet kan också våra kostvanor påverka på vår hälsa. Enligt de Nordiska näringsrekommendationerna (NNR2012) innefattar en hälsosam kost att äta 500 gram frukt och grönsaker per dag (inklusive baljväxter och rotfrukter), byta ut mättat fett mot enkel- och fleromättat fett, minska på saltintaget, tillsatt socker, transfett samt rött kött och charkprodukter (Livsmedelsverket, 2012).

Främst ses ett högt frukt- och grönsaksintag som en viktig hälsokomponent. En tillräcklig daglig dos av dessa näringsämnen kan bidra till att förebygga flera stora folksjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdom och vissa cancerformer, samt minska risken att dö i förtid (WHO, 2018; Miller 2017).

I Folkhälsomyndighetens rapport (2016) framhålls data ifrån den nationella folkhälsoenkäten (HLV) som visar att män i Sverige äter nästan hälften så mycket frukt- och grönt som kvinnorna. Av kvinnorna är det mellan cirka 15-28 procent som uppger sig äta för lite av denna vara (högst 1,3 ggr/dag, år 2015), jämfört med 30-43 procent av männen. Vidare rapporterar personer ifrån åldersgruppen 16-29 år, att de äter för lite frukt och grönt i jämförelse med de andra åldersgrupperna.

Det går också att utläsa en skillnad för grönsaksintag utifrån personers utbildningsnivå. De med eftergymnasial utbildningsnivå äter tre-fyra gånger mer grönsaker (oftare än en gång/dag), än övriga personer med lägre utbildningsnivå. Vad gäller fruktintag ses också skillnader – dock inte lika stora (Folkhälsomyndigheten, 2016).

I Värmland tycks endast en mindre andel (5 procent) äta frukt och grönsaker *5 gånger per dag eller mer* (vilket brukar likställas med 500 g/dag). Vidare uppger 22 procent att de äter detsamma *3-4 ggr/dag*. Majoriteten (59 procent), äter frukt och grönsaker *1-2 ggr/dag*. Resterande 14 procent äter mer sällan än så.

Vid en sammanslagning av variablerna för intag av grönsaker, rotfrukter, frukter eller bär (frukt och grönt), visar resultatet att 27 procent av alla värmlänningar äter frukt och grönt *minst 3 gånger per dag*. Inga tydliga skillnader mellan de olika åldersgrupperna gick att utläsa och ej heller utifrån *inkomstnivå*. I likhet med den nationella folkhälsoenkäten ses däremot en skillnad mellan könen, där även de värmländska kvinnorna "vinner ligan" med högst intag av frukt och grönt *minst 3 ggr/dag* (35 procent av kvinnorna gentemot 18 procent av männen). Vid en jämförelse mellan personer med olika sexuell läggning verkar

det vara homosexuella som äter mest frukt och grönsaker. I denna grupp är det 44 procent som uppger sig inta dessa matvaror 3 ggr/dag eller mer, jämfört med 28 procent av de heterosexuella, 25 procent av de bisexuella och 24 procent av dem som beskriver sig själva som ”annat”. Vad gäller värmlänningar med olika etnisk bakgrund visade resultaten inte på några större skillnader mellan de olika grupperna, där 27 procent av dem med svensk bakgrund uppger sig äta frukt och grönt 3 ggr/dag eller mer, jämfört med 29 procent av 2:a generationens invandrade/adopterade och 31 procent av individer med utländsk bakgrund.

Sammanfattningsvis behöver ett stort antal värmlänningar förbättra sitt intag av frukt och grönsaker, då majoriteten får i sig långt under rekommenderad nivå. Kvinnor äter mer frukt och grönt än män, likt den övriga svenska befolkningen, men inga skillnader kunde ses med koppling till ålder eller inkomst. Mellan personer med olika sexuell läggning var de homosexuella bäst på att inta frukt och grönt, medan inga tydliga skillnader kunde märkas beroende på vilken etnisk bakgrund personerna hade.

TOBAKSBRUK

Det har sedan länge varit känt att tobaksrökning är förknippat med ett flertal kroniska sjukdomar, men tack vare samhällsinsatser har minst 30 miljoner liv kunnat räddas världen över (WHO, 2017a). Daglig tobaksrökning har minskat hos den svenska befolkningen på senare år bland både män och kvinnor, i alla ålders- och utbildningsgrupper (med undantag för dem födda i Norden) (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det är dock fortfarande ett antal individer, cirka 10 procent, som röker dagligen (WHO, 2017b).

Mer specifikt visar data, från den senaste stora nationella undersökningen som gjorts, att 11 procent av kvinnorna i Sverige röker dagligen, och 9 procent av männen (WHO, 2017b). Det är främst i åldersgruppen 45-65 år som vi hittar flest dagligrökare (13 procent), medan de yngre röker mer sporadiskt (18 procent). Vidare är andelen som röker dagligen betydligt större bland de individer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2016).

När det gäller värmlänningarnas rökvanor uppger 7 procent, av hela undersökningsgruppen att de röker *dagligen*. Skillnaden mellan män och kvinnor är i stort sett obefintlig och inte heller bland de olika åldersgrupperna går det att utläsa några stora skillnader. Minst röker de personer över 70+, där endast 5 procent anser sig göra det varje dag. Däremot ses en trend i andel dagligrökare beroende på vilken inkomst man har, där de personer som tjänar minst röker mest och tvärtom. Bland ”låginkomsttagarna” uppger 8 procent att de röker dag-

ligen, medan endast hälften så stor andel (4 procent) av ”höginkomsttagarna” uppger att de röker dagligen (se tabell 1).

Vidare visar analysen att det är jämförelsevis få homosexuella som uppger sig röka dagligen (4 procent). Av de heterosexuella uppger 8 procent att de är dagligrökare. Av de bisexuella röker 13 procent varje dag medan hela 24 procent av de personer som bedöms sig ha ”annan” sexuell läggning röker dagligen. En relativt tydlig skillnad kunde märkas i andelen dagligrökare som har svensk bakgrund eller är 2:a generationens invandrare (5-6 procent) jämfört med värmlänningar med utländsk bakgrund (12%).

Sammanfattningsvis visar resultaten att värmlänningarnas tobaksrökning inte skiljer sig nämnvärt åt gentemot den svenska befolkningens vanor i stort – de ligger till och med lite under. Skillnaden för daglig tobaksrökning mellan könen och för olika åldersgrupper är inte stor alls, men däremot går det att utläsa en skillnad för inkomst – de som tjänar minst röker mest. Dessutom verkar det finnas en större andel rökare bland de personer som anser sig ha en ”annan” sexuell läggning, samt bland dem med utländsk bakgrund.

ALKOHOL

Ett måttligt intag av alkohol har av allmänheten länge uppfattats som ofarligt eller till och med ”hälsosamt”, men relativt nyligen kom en ny stor studie som visar på att även en måttlig konsumtion, 7-8 standardglas per vecka, kan öka risken för ohälsa (Wood et al 2018). Enligt Folkhälsomyndigheten (2018b) är det cirka 17 procent av den svenska befolkningen i åldern 16-84 år som har en riskkonsumtion av alkohol, det vill säga intar en mängd som ger ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skador. Bland män är det cirka 20 procent och bland kvinnor cirka 13 procent. Könsskillnaderna kan heller inte förklaras med faktorer så som utbildningsnivå eller liknande.

Vad gäller riskkonsumtion sett till olika åldersgrupper i Sverige är det i den yngre åldersgruppen, 16-29 år, som det går att finna flest högriskkonsumenter (25 procent) och lägst finnes i den äldsta gruppen, 65-84 år (11 procent). Även här kvarstår skillnaderna när hänsyn tagits till andra faktorer (Folkhälsomyndigheten, 2018b).

Till skillnad från de andra levnadsvanorna, där personer i Sverige med förgymnasial utbildningsnivå visat på störst risk för ohälsa, är riskkonsumtionen av alkohol i denna grupp här lägre (12 procent), gentemot de andra grupperna (gymnasial utbildningsnivå, 18 procent; eftergymnasial utbildningsnivå, 15 procent). Detta samband kvarstår också vid en analys av övriga faktorer (Folkhälsomyndigheten, 2018b).

Vad gäller alkoholkonsumtionen hos värmlänningarna mättes detta med hjälp av ett frågebatteri (AUDIT) som innehöll frågor om *hur ofta* man dricker alkohol *per år*, *hur mycket* man dricker *en ”typisk” dag* och *hur ofta* man dricker *över sex glas per tillfälle*⁴. Svaren på dessa frågor summerades ihop och bildade ett index (Min=0; Max=12; M=2.38), där kvinnor med högre värden än 5 och män med högre värden än 6 klassades som riskkonsumenter.

I likhet med den svenska befolkningen dricker värmländska män mer än kvinnorna (medelvärde 2.8 jämfört med 2.0), och det samma gäller för den yngre åldersgruppen, där medelvärdet blev 3.0. De värmlänningar som är 18-29 år uppger alltså att de konsumerar mer alkohol än åldersgruppen 30-69 år (medelvärde 2.8), och den äldsta gruppen på 70+ som endast verkar dricka en mindre mängd alkohol överlag (medelvärde 1.7).

Det går också att utläsa en skillnad mellan de olika inkomstgrupperna (låginkomsttagare=2.1; höginkomsttagare=3.1), vilket tyder på att ju mer värmlänningarna tjänar desto mer dricker de.

Vad gäller alkoholvanor kopplat till sexuell läggning visar resultatet från Liv och Hälsa undersökningen, att de hetero- och bisexuella rapporterar en högre konsumtion av alkohol (medelvärde 3.0), än de homosexuella (medelvärde 2.0) och de personerna med ”annan” sexuell läggning” (medelvärde 1,5). Analysen visar också att värmlänningar med svensk bakgrund (medelvärde 2.43) och 2:a generationens invandrare/adopterade uppger sig dricka mer än de värmlänningar som har utländsk bakgrund (medelvärde 1,31).

I enlighet med ovanstående siffror finner vi även de flesta riskkonsumenterna bland män (12 procent jämfört med 9 procent för kvinnor), bland yngre 18-29 år (22 procent jämfört med 4 procent hos de över 70 år), bland höginkomsttagarna (12 procent jämfört med 10 procent av låginkomsttagarna) samt bland de med hetero- eller bisexuell läggning (16-24 procent jämfört med 4-8 procent hos homosexuella eller personer med annan sexuell läggning) och bland svenska och 2:andra generationens invandrare (11-17 procent jämfört med 4 procent för dem med utländsk bakgrund) (se tabell 1).

Sammanfattningsvis dricker värmländska män mer alkohol än kvinnorna och den yngre generationen (18-29 år) mer än den äldre, i likhet med det resultat Folkhälsomyndigheten (2018b) lyfter fram över Sveriges befolkning i stor. Vidare dricker de hetero- och bisexuella något mer än de personer med annan sexuell läggning, och de som tjänar mer intar också mer alkohol i snitt. Dessutom indikerar resultaten på att värmlänningar med svensk bakgrund och 2:a

4 Men ett glas menas 50 centiliter folköl, 33 cl starköl, 10-15 cl vitt eller rött vin, 5-8 cl starkvin eller 4 cl sprit (Liv och Hälsa-enkäten, 2017).

LEVNADSVANOR

generations invandrare/adopterade, dricker mer än de med utländsk bakgrund. Det är dock ingen grupp i Värmland som ”sticker ut” anmärkningsvärt.

Tabell 1. Andelen Värmlänningars som ägnar sig åt olika levnadsvanor uppdelat på kön, ålder, inkomst, sexuell läggning och etnicitet. Procent.

| | Fysisk aktivitet (>120 min/v.) Måttlig/Hög | Stilla-sittande (>10 h/dag) | Goda matvanor (Frukt och grönt minst 3 ggr/dag) | Dagligrökare | Riskabla alkoholvanor |
|-------------------------|--|--------------------------------|--|--------------|-----------------------|
| Kön | | | | | |
| Man | 18 | 16 | 18 | 6 | 12 |
| Kvinna | 16 | 10 | 35 | 7 | 9 |
| Ålder | | | | | |
| 18 - 29 år | 31 | 20 | 28 | 9 | 22 |
| 30 - 69 år | 20 | 12 | 28 | 8 | 13 |
| 70 år och äldre | 9 | 10 | 26 | 5 | 4 |
| Inkomst | | | | | |
| Låg | 15 | 12 | 26 | 8 | 10 |
| Hög | 22 | 14 | 29 | 4 | 12 |
| Sexuell läggning | | | | | |
| Heterosexuell | 24 | 14 | 28 | 8 | 16 |
| Homosexuell | 29 | 21 | 44 | 4 | 4 |
| Bisexuell | 13 | 23 | 25 | 13 | 24 |
| Annan sexuell läggning | 22 | 25 | 24 | 24 | 8 |
| Etnicitet | | | | | |
| Svensk bakgrund | 17 | 12 | 27 | 6 | 11 |
| 2:a gen. inv./adopt. | 27 | 18 | 29 | 5 | 17 |
| Utländsk bakgrund | 15 | 15 | 31 | 12 | 4 |

SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER

Den sammanlagda bilden av värmlänningarnas levnadsvanor är relativt jämförbar med den bild som framställs över Sveriges övriga befolkning. Klart är i alla fall att många personer i Värmland skulle må bra av att främja en eller flera av sina levnadsvanor, eftersom det kan minska risken för ohälsa och sjukdom samt förlänga deras liv (Khaw, et al 2008; Li et al 2018; WHO, 2016). Dessutom kan de som redan drabbats av sjukdom förhindra att inte bli sämre eller att drabbas igen, om de förbättrar sina levnadsvanor (Chow et al 2010).

Framför allt skulle en stor grupp värmlänningar, i snitt cirka 80 procent, behöva blir mer fysiskt aktiva då de inte når upp till rekommenderad fysisk aktivitetsnivå – det vill säga minst 150 minuter per vecka på lägst måttlig nivå (Jansson, Hagströmer & Anderssen, 2017). Med denna vetskap, och med utgångspunkt i den forskning som visat på samband mellan inaktivitet/stillasittande och ökad risk för ohälsa (Dohrn, et al 2018; Ekelund et al. 2015, 2016, Ekelund 2018; Biswas, et al 2015), behöver ett långsiktigt hälsofrämjande arbete i samhället fortgå och kanske även förbättras för att främja regelbunden daglig rörelse. Detta inte minst bland den yngre generationen, 18-29 år, eftersom det är den grupp där flest uppger sig sitta still under långa stunder av dagen. Alarmerande är också att de individer som rör på sig minst, är de som sitter still allra mest. Med andra ord är en rimlig hypotes att fler individer i den sistnämnda gruppen kommer behöva vård i framtiden, om vi ska tro på den framlagda forskning som påvisat riskerna med detta inaktiva leverne.

Utöver fysisk aktivitet och vardaglig rörelse, skulle ett stort antal av den värmländska befolkningen, särskilt männen, också behöva råd och stöd för att börja inta mer frukt och grönsaker varje dag. Detta eftersom ett högt intag av dessa komponenter kan påverka hälsan positivt (WHO, 2018; Miller 2017) och endast 27 procent av värmlänningarna äter frukt och grönsaker minst 3 gånger per dag. Den resterande skaran, det vill säga 73 procent når troligtvis inte upp till de Nordiska näringsrekommendationerna, som är 500 g frukt och grönt om dagen (Livsmedelsverket, NNR, 2012).

För att på bästa sätt kunna skapa goda levnadsvanor krävs dock rätt förutsättningar, vilket inte alla individer i vårt samhälle har. Vissa har helt enkelt inte tillräckligt med resurser så som kunskap, motivation och/eller ekonomi. Vår övertygelse är därför att hälsofrämjande insatser bör ske redan i tidig ålder, i alla instanser i samhället och med samverkande strategier så alla typer av individer och grupper nås. På samma sätt behöver också hälso- och sjukvården bli bättre på att uppmuntra *alla*, och inte bara riskgrupper, till att göra små förändringar i sina levnadsvanor, vilket också påpekas av Socialstyrelsen (2018) i deras nya rikt-

linjer. Detta sammantaget skulle med stor sannolikhet hjälpa fler människor till att både kunna och vilja förbättra sina levnadsvanor, till att bli mer hälsosamma.

REFERENSER

- Biswas, A., Oh, P.I., Faulkner, G.E., Bajaj, R.R., Silver, M.A., Mitchell, M.S., & Alter, D.A. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015;162:123–32.
- Chow, C.K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K.A., Anand, S.S., Yusuf, S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010; 121(6):750-8.
- Dohrn, I-M., Kwak, L., Oja., P., Sjöström, M., & Hagströmer., (2018). Replacing sedentary time with physical activity: a 15-year follow-up of mortality in a national cohort. *Clinical Epidemiology* 2018;10 179–186.
- Ekelund, E. (2018). Infographic: Physical activity, sitting time and mortality. *Br J Sports Med* 2018;0:1–2.
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W J., Fagerland, M W., Owen, N., Powell, K E., Bauman, A., & Lee, I-M., (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016; 388: 1302–10.
- Ekelund, U., Ward, H A., Norat, T., Luan, J., May, A M., Weiderpass, E.,... & Riboli, E. (2015). Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *Am J Clin Nutr* 2015;101:613–21.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Fysisk aktivitet*. Hämtat 2018-07-31, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>
- Folkhälsomyndigheten, (2018a). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2018*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2018b). *Risikkonsumtion av alkohol*. Hämtat 2018-07-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>

- Hagströmer, M., Oja, P., & Sjöström, M. (2007). Physical Activity and Inactivity in an Adult Population Assessed by Accelerometry. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 39(9):1502-1508.
- Hagströmer, M. & Bolam, K. (2016). Hur finner vi de fysisk inaktiva? *IdrottsMedicin* (3), 8-11).
- Healy, GN., Matthews, CE., Dunstan, DW., Winkler, E A.H., & Owen, N. (2011). Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003–06. *European Heart Journal* (2011) 32, 590–597.
- Howard, BJ., Fraser, SF., Sethi, P., Cerin, E., Hamilton, MT., Owen, N., Dunstan, DW., & Kingwell, BA (2013). Impact on hemostatic parameters of interrupting sitting with intermittent activity. *Med Sci Sports Exerc* 2013;45(7):1285-91.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, (2018). *Sweden*. Hämtad 18-12-18, från <http://www.healthdata.org/sweden>
- Jansson, E., Hagströmer, M., & Anderssen, S.A. (2017). Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. I A. Ståhle (red). *Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017*, (s.85-97).
- Khaw, KT., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med*. 2008; 5(1):e12.
- Li, Y., Pan, A., Wang, D.D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O.H.,... & Hu, F.B., (2018). Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation*. 2018;137:00–00.
- Livsmedelsverket (2012). *Bakgrund, principer och användning. Nordiska näringsrekommendationer 2012. Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Hämtad från <http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/naringsrekommendationer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>
- Mattsson, C.M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2017). Fysisk aktivitet – begrepp och definitioner. I A. Ståhle (red). *Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017*, (s. 21-34).
- Miller, V., Mente, A., Dehghan, M., Rangarajan, S., Zhang, X., Swaminathan, S., ... & Salim Yusuf (2017). Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* 2017; 390: 2037–49.

- Socialstyrelsen, (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.
- Wennberg, P., Cider, Å., Hellénus, M-L., Trolle Lagerros, Y., Grahn Kronhed, A-C.,... & Jonsdottir, I.H., (2017). Fysisk aktivitet som prevention. I A. Ståhle (red). *Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017*, (s. 66-84).
- WHO (2016). *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2017a). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. Hämtat från <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=3BB6B35D32F71FEC48354489DB9B9647?sequence=1>
- WHO (2017b). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Country profile Sweden*. Hämtat från http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/swe.pdf
- WHO (2018). *Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases*. Hämtat 2018-07-05, från http://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en/
- Wood, AM., Kaptoge, S., Butterworth, AS Willeit, P. Warnakula, S. Bolton, T,... & Danesh, J. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet 2018; 391*: 1513–23

KAPITEL 4

Fysisk hälsa

LAURA VON KOBYLETZKI, LOUISE PERSSON
OCH LINDA BECKMAN



Detta kapitel handlar om värmlänningars självuppskattade hälsa, vad de har för åkommor och vilken behandling de får.

En god hälsa i befolkningen är nödvändig för en positiv utveckling och tillväxt i samhället. Folkhälsan har utvecklats positivt som helhet. Det finns dock tydliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Förekomst av vissa sjukdomar har tyvärr utvecklats negativt, och som var sällsynta tidigare förekommer mer ofta nu. Hälsan påverkas av livsstil, arv, sociala faktorer på individnivå och sociala förhållanden i samhället. Kännedom om hälsa och vilka faktorer som påverkar den är viktig för att främja människors möjlighet till ett friskare liv. Ohälsa kan exempelvis påverka sociala relationer, arbetsliv och livskvaliteten, samt kan innebära höga kostnader för individ och samhälle. Hälsa är en förutsättning för, och en indikator på ett fungerande och jämlikt samhälle.

För att kunna ta beslut om olika hälsofrågor är det viktigt att få underlag avseende områden där Värmland ligger särskilt bra till, eller har förbättrats och vilka faktorer som har samband med det. Kunskap om hälsofrämjande faktorer kan främja en fortsatt positiv utveckling. Lika viktigt är det att få kunskap om vilka riskfaktorer som har samband med sämre hälsa så dessa kan åtgärdas, och att identifiera riskgrupper så att dessa kan få stöd för att uppnå jämlik hälsa.

ENSKILDA SJUKDOMAR OCH TILLSTÅND

Det här kapitlet handlar om enskilda sjukdomar och tillstånd, och vilka faktorer som har samband med dessa.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med kapitlet är att studera kroniska sjukdomar och deras samband med riskfaktorer i den vuxna värmländska befolkningen.

Frågeställningar:

- Vilken är prevalensen av sjukdomar och vilka riskfaktorer kan identifieras?
- Hur stor effekt har dessa sjukdomar på livskvalitet (enligt WHO:s välbefinnandeindex WHO5) och psykiskt välbefinnande?
- Har sjukdomens svårighetsgrad betydelse för samsjuklighet och hälsa?

BESKRIVNING AV STUDIEPOPULATION

Det deltog 6 210 vuxna bosatta i Värmland, i åldrar 18 till 104 år.

Tabell 1. Åldersgrupper för deltagare i Liv och Hälsa

| Ålder i år | Antal | Procent |
|------------|-------|---------|
| 18-29 | 1 046 | 17 |
| 30-49 | 1 028 | 17 |
| 50-69 | 1 423 | 23 |
| 70-84 | 1 861 | 30 |
| 85+ | 852 | 14 |

Det var något fler kvinnor som deltog, 53 procent jämfört med 47 procent män. De flesta var gifta (44 procent), många var ogifta (32 procent) eller skilda (elva procent). Drygt 2500 (73 procent) av personer i arbetsför ålder arbetade aktivt i avlönat arbete.

De flesta (72 procent) hade gymnasie- eller högskoleutbildning. Elva procent rökte dagligen eller ibland. 90 procent var födda i Sverige, fyra procent i övriga Norden och sex procent i övriga världen. En beskrivning av deltagarna finns i tabell ett och två. De flesta rapporterar också att de har en bra eller någorlunda bra allmän hälsa (77 procent), medan 16 procent upplever sig ha en mycket bra allmän hälsa (se tabell tre).

Medellivslängd

Medellivslängd är en viktig indikator för den allmänna hälsan av befolkningen, en välfungerande sjukvård och samhälle. I Värmland är den återstående medellivslängden för 30 år gamla vuxna födda i Sverige drygt 51 år. Denna återstående medellivslängd har sjunkit något de senaste åren enligt Statistiska centralbyrån (SCB). Medellivslängden för kvinnor är något högre än för män.

PREVALENS

Folksjukdomar allmänt

År 2017 uppgav åtta procent av befolkningen att de hade astma och elva procent att de hade diabetes med små skillnader mellan kvinnor och män. Däremot förekommer diabetes 50 procent oftare bland individer med grundskoleutbildning, jämfört med individer som har högskolutbildning. Vissa sjukdomar förekommer oftare i yngre ålder så som astma och vissa oftare i högre ålder så som diabetes typ II. Omkring en av fyra av dem som är 30 år eller äldre har angett högt blodtryck och i gruppen 70 år och äldre rapporterar 37 procent högt blodtryck. Risken att få högt blodtryck kan öka även på grund av riskfaktorer

som diabetes, höga blodfetter, fetma, stress, stillasittande livsstil, rökning samt hög alkoholkonsumtion. Ju fler riskfaktorer en individ har, desto högre risk för högt blodtryck, som när det är obehandlat kan leda till skador i hjärta och kärl. Vidare, samtliga samband som beskrivs nedan för de olika sjukdomarna, är justerade för andra faktorer (se kapitel *Metod*).

Hudsjukdomar

Eksem förekommer bland 13 procent av värmlänningar och svårläkta sår bland sex procent. Eksem är 20 procent vanligare bland kvinnor, mer än dubbelt så vanligt vid samtidig astma och förekommer oftare i yngre ålder. Svårläkta sår förekommer 40 procent oftare bland män, förekommer oftare i högre ålder och bland individer med eksem. Eksem samvarierar till exempel med astma, ledbesvär och depression.

Lungsjukdomar

I Värmland rapporterar fyra procent att de har kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Rökning, lägre inkomst och högre ålder förstärker oddset för KOL (se tabell fyra).

Metaboliska sjukdomar

Diabetes typ I förekommer bland två procent av värmlänningarna och har ett positivt samband med svårläkta sår. Det betyder att diabetes typ I och svårläkta sår samvarierar. Diabetes typ II, också kallat "åldersdiabetes", förekommer hos elva procent av värmlänningarna och har ett positivt samband med högt blodtryck, övervikt och fetma, manligt kön och lägre inkomst (se tabell fem).

Fetma är en av de fem främsta riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår enligt World Health Organisation. Fetma kan bland annat medföra en ökad risk för diabetes typ II och sjukdomar i rörelseorgan. Med övervikt menas här Body Mass Index (BMI) 25 eller högre. Fetma är BMI 30 eller högre. Fetma förekommer bland 18 procent av den vuxna befolkningen. Övervikt och fetma förekommer särskilt ofta bland personer som är skilda, män, individer med lägre utbildning, rökare och individer med högre inkomst. Högt blodtryck rapporterar 37 procent, vilket har samband med högre BMI, kvinnligt kön, att vara ensamstående, lägre utbildning, hög alkoholkonsumtion och högre ålder.

Öron- och ögonsjukdomar

Av befolkningen har 25 procent tinnitus och 37 procent har hörselnedsättning. Män och äldre har oftare besvär med öron.

Synnedsättning rapporterar 15 procent av befolkningen, särskilt de i högre ålder och med lägre inkomst.

Inkontinens

Inkontinens anger 18 procent av de äldre vilket också ökar bland kvinnor, högre ålder, lägre fysisk aktivitet och vid eksem.

Mag- och tarmbesvär

Av befolkningen har 26 procent angett att de har mag- och tarmbesvär. Särskilt är sambandet kopplat till kvinnligt kön, högre ålder, lägre inkomst och eksem.

Värk

Värk är vanligt förekommande bland vuxna. Ledvärk förekommer i övre delen av kroppen bland 48 procent av befolkningen, i nedre delen av kroppen bland 50 procent och huvudvärk anges av 20 procent. Förekomsten skiljer sig markant mellan kvinnor och män och alla typer av besvär och värk är vanligare bland kvinnor samt hos rökare (se tabell sex).

Sömnpblem

Sömnpblem förekommer bland 34 procent av värmlänningarna och 48 procent känner sig trötta. Sömn är särskilt problematisk för kvinnor, äldre, individer med fetma, mag- och tarmbesvär, KOL samt eksem (se tabell sju).

Multisjuklighet

Multisjuklighet förekommer mest bland äldre. Individer med kroniska sjukdomar är oftast utsatta för multisjuklighet. För individer med diabetes förekommer också oftare sår, hypertoni, smärta, inkontinens, synnedsättning och hörselnedsättning. Vid svårare sjukdom förekommer oftare multisjuklighet, till exempel förekommer astma oftare och depression mer än dubbelt så ofta vid svår eksem än vid mild eksem. Personer med svår hörselnedsättning eller tinnitus har i högre utsträckning besvär av eksem jämfört med personer med lätta symptom. Individer med svåra synstörningar har 70 procent oftare diabetes jämfört med de med lätta synstörningar.

Funktionshinder

Sammanlagt var det 39 procent som uppgav att de har någon långvarig sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga.

Sjukdomar och 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.

Diabetes, eksem, och mag-tarmbesvär minskar det psykiska välbefinnandet enligt WHO 5. Hypertoni har inget samband med välbefinnandet och inte heller astma i denna undersökning.

Levnadsvanor och hälsa

Samtliga sjukdomar och hälsotillstånd har ett negativt samband med självskattad fysisk aktivitet lägre än 150 min per vecka, det vill säga ju mindre man angav att man rörde på sig desto oftare angavs det en sjukdom. Värmländska män rörde sig mindre än riksgenomsnittet. Uppgifterna om riskkonsumtion av alkohol baseras på tre frågor från frågebatteriet "AUDIT", där man kan få värden mellan noll och tolv poäng. Gränsen för riskkonsumtion för kvinnor är fem poäng och för män sex poäng. "AUDIT" utvecklades av WHO för att tidigt kunna upptäcka personer med en skadlig konsumtion av alkohol. Riskbruk av alkohol är varierande i Värmland. Tidigare hade Värmland en högre andel män som rökte dagligen och även en högre andel rökande blivande mödrar jämfört med riket. Rökningen har minskat lite. Missbruk av marijuana sker i något mindre omfattning jämfört med de andra länen i Mellansverige, drygt nio procent av de unga vuxna har någon gång använt hasch eller marijuana i Värmland. Yngre ålder, ensamstående, manligt kön, lägre inkomst, mindre fysisk aktivitet samt annat missbruk har samband med missbruk (se tabell åtta). Rökning har ett negativt samband med diabetes, eksem, KOL och depression. Riskbruk av alkohol har ett negativt samband med högt blodtryck. Missbruk av marijuana har samband med ökad risk för depression. Både värmländska kvinnor och män äter något mindre frukt och grönt än riksgenomsnittet.

Allmänt om sjukdomar

Äldre rapporterar ofta ett sämre välmående och det gör även individer med funktionsnedsättning och långvarig sjukdom.

Det finns skillnader avseende förekomst av sjukdomar mellan män och kvinnor. Män anger oftare metabola sjukdomar så som hög blodtryck, diabetes typ II och fetma. Kvinnor har en 30 procent lägre odds att ha mycket gott psykiskt välbefinnande. Kvinnor anger bland annat oftare mag-tarmsjukdomar, smärtor, eksem och depression. Äldre kvinnor anger oftare inkontinens än män.

De flesta sjukdomar förekommer oftare bland individer födda i övriga Norden och mindre ofta bland individer födda i ett annat land jämfört med personer födda i Sverige.

Individer som anger annan sexuell läggning eller ”vet ej” mår oftare dåligt eller mycket dåligt gällande sin allmänna hälsa jämfört med personer som anger sig vara hetero-, bi- eller homosexuella. Även depression förekommer oftare bland individer som anger annan sexuell läggning eller ”vet ej”.

Generellt är också högre utbildning är en skyddsfaktor för en god hälsa bortsett från eksem, som förekommer något oftare bland individer med högre utbildning.

VÅRDBESÖK

Drygt hälften av de värmländska patienterna är över 50 år. Frågan om man har besökt sjukhus ställdes också 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. Det var ungefär lika vanligt bland män och kvinnor. Andelen som besökt sjukhus ökar med stigande ålder. Kvinnor besöker vårdcentral i högre utsträckning än män, för kvinnor är skillnaderna i andelen som besökt vårdcentral relativt små mellan åldersgrupperna. Bland män ökar däremot andelen vårdbesök med stigande ålder. De som har en långvarig sjukdom anger i mycket högre utsträckning än de som inte har en långvarig sjukdom att de besökt vårdcentral.

LÄKEMEDELSKONSUMTION

De allra flesta vuxna värmlänningar (87 procent) använder läkemedel (se tabell nio). Av alla som tar läkemedel har 37 procent fem eller fler läkemedel som är receptbelagda. Diabetes, KOL, astma, mag- och tarmbesvär, depression, samt högre ålder har samband med högre läkemedelskonsumtion (se tabell tio).

TREND

Förekomst av de flesta folksjukdomar har hållit sig ungefär stabilt i Värmland sedan år 2000.

Andel individer med diabetes och/eller hög BMI har ökat senaste åren, medan andra sjukdomar har legat på en stabil nivå. Det sker en lätt ökning av diabetes och KOL bland män. Avseende psykisk hälsa har andel med ångest gått upp nästan en tredjedel och depression en femtedel sedan 2014.

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Metabola (ämnesomsättnings-) sjukdomar, och inflammatoriska sjukdomar utgör största delen av sjukligheten i Värmland. Dessa sjukdomar innebär höga kostnader och medför sociala konsekvenser, samt medför den största globala

sjukdomsbördan av alla sjukdomar. Fetma kan exempelvis leda till ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, typ II diabetes och sjukdomar i rörelseorganen. Dessa sjukdomar kan samvariera på grund av liknande riskfaktorer. Till exempel kan tobaksbruk, riskbruk av alkohol och låg fysisk aktivitet bidra till fysisk, psykisk och social ohälsa. Sjukdomarnas svårighetsgrad kan ha en stor betydelse för eventuella hälsorelaterade konsekvenser. De senaste vetenskapliga studierna ger underlag för att misstänka att inflammation i ett organ kan leda till en systemisk inflammation i andra delar av kroppen som tillsammans med gemensamma genetiska faktorer och livsstilsfaktorer kan leda till samsjukligheter. Till exempel kan inflammatoriska hudsjukdomar samvariera med andra sjukdomar så som sjukdomar i rörelseorgan, eller psykiska besvär och kan ha en påtaglig negativ inverkan på livskvaliteten. Psykisk ohälsa kan medföra omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen och är resurskrävande för sjukvård, socialtjänst, och sjukförsäkring samt är största orsaken till långtidssjukskrivning.

För alla sjukdomar kan fysisk aktivitet vara förebyggande.

Tabell 2: Beskrivning av de värmländska vuxna som deltagit i befolkningsundersökningen 2017

| Faktor | n | procent |
|-------------------|-------|---------|
| Kön | | |
| man | 2 936 | 47 |
| kvinnor | 3 274 | 53 |
| Ålder | | |
| 18-29 | 1 046 | 17 |
| 30-49 | 1 028 | 17 |
| 50-69 | 1 423 | 23 |
| 70-84 | 1 861 | 30 |
| 85+ | 852 | 14 |
| Inkomst | | |
| - 146 tkr | 2 302 | 37 |
| 147-237 tkr | 2 041 | 33 |
| 238-324 tkr | 1 023 | 17 |
| 325 tkr + | 785 | 13 |
| Saknas/okänd | 59 | 1 |
| Utbildning | | |

FYSISK HÄLSA

| | | |
|-------------------|--------------|-----------|
| Utbildning saknas | 110 | 2 |
| Grundskola | 1 647 | 27 |
| Gymnasieskola | 3 071 | 50 |
| Högskola | 1 382 | 22 |
| Civilstånd | | |
| gift/registrerad | 2 747 | 44 |
| Totalt | 3 463 | 56 |

Tabell 3. Allmän hälsa bland värmländska vuxna

| Allmän hälsa | n | procent |
|---------------|-------|---------|
| Mycket bra | 980 | 16 |
| Bra | 2 962 | 48 |
| Någorlunda | 1 790 | 29 |
| Dåligt | 326 | 5 |
| Mycket dåligt | 73 | 1 |

Tabell 4. Folksjukdomar. Faktorer som hänger ihop med KOL n=153 (4 procent)

| | OR | 95 procent Konfidensintervall (CI) |
|-------------------------|------|---------------------------------------|
| Rökning | 3,39 | 2,89-3,98 |
| Födelseland utomnordisk | 1,37 | 1,01-1,86 |
| Ålder, högre | 1,06 | 1,06-1,07 |
| Utbildning, högre | 0,82 | 0,76-0,87 |

OR: Förändring av oddset att ha KOL beroende på faktor. T. ex. ökar oddset för KOL för de som röker med mer än tre gånger jämförd med de som inte röker.

Tabell 5. Livstilssjukdomar och riskfaktorer

| Faktor | KOL OR | Diabetes II OR | Övervikt/Fetma OR | Hypertoni OR |
|----------------------------|-----------|-------------------|----------------------|-----------------|
| n (%) | 153 (3,7) | 479 (11,2) | 3 284 (55,9) | 1 670 (36,7) |
| Hypertoni | | 4,49 | | |
| Övervikt/fetma | | 2,37 | | 2,49 |
| Kvinna | | 0,62 | 0,71 | 1,15 |
| Ålder, högre | 1,06 | 1,04 | | 1,06 |
| Utbildning, högre | 0,82 | | 0,93 | 0,90 |
| Rökning | 3,39 | | | |
| Inte gift/sambo | | | 0,85 | 0,88 |
| Inkomst, högre | | 0,86 | 1,06 | |
| Utomnordisk födelseland | 1,37 | | 0,71 | |

Tabell 6. Andra sjukdomar och riskfaktorer

| Faktor | Fall fler än ett OR | Nacksmärta OR | Depression OR |
|--------------------------|------------------------|------------------|------------------|
| n (%) | 442 (18) | 2 637 (48) | 462 (9) |
| Övervikt/fetma | | | 1,55 |
| Eksem | | 1,87 | 1,86 |
| Astma | | | 1,61 |
| KOL | | | 2,17 |
| Mag-tarm | | | 2,64 |
| Kvinna | | 2,54 | 1,53 |
| Ålder, högre | 1,09 | 1,01 | 0,98 |
| Utbildning, högre | | | |
| Rökning | | 1,90 | 2,01 |
| Inte gift/sambo | | | |
| Inkomst, högre | | | 0,78 |
| Född annat nordiskt land | 2,67 | 1,74 | |
| Långvarig sjuk | 4,51 | | |
| Diabetes | | 1,52 | |

Tabell 7. Tillstånd som är associerade med sjukdomar

| Sjukdom | Inkontinens OR | Sår OR | Syn- nedsättning OR | Hörsel- nedsättning OR | Sömn- problem OR | Depressiva symptom OR |
|---------------------|-------------------|--------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| n (%) | | 127 (5,5) | | 2,026 (36,7) | 1,397 (25,6) | |
| Diabetes II | 1,44 | 2,21 | 1,29 | 1,25 | | |
| Mag-tarm- besvär | | | | | 4,63 | |
| Fetma | | | | | 1,27 | |
| Eksem | | | | | 1,22 | |
| Smärta | 1,69 | | | | | 1,59 |
| KOL | | | | | 1,78 | |

Tabell 8. Missbruk och relaterade faktorer

| Faktor | Alkohol OR | Rökning OR | Marijuana OR |
|-------------------|---------------|---------------|-----------------|
| n (%) | 883 (15) | 688 (11) | 279 (9) |
| Övervikt/fetma | | 1,28 | |
| Kvinna | 0,31 | | 0,63 |
| Ålder, högre | 0,98 | 0,99 | 0,97 |
| Utbildning, högre | | | |
| Rökning | 1,88 | | 3,41 |
| Inte gift/sambo | | 1,49 | |
| Inkomst, högre | 1,23 | 0,90 | 0,84 |
| Alkohol | | 2,76 | |

Tabell 9. Läkemedelsförbrukning

| Faktor | n (%) |
|-----------------------|--------------|
| Läkemedel ja | 2,171 (87,1) |
| 1-4 stycken | 1,381 (63,3) |
| 5-9 stycken | 702 (32,2) |
| 10 stycken eller fler | 99 (4,5) |

Tabell 10. Faktorer som är associerade med receptbelagda läkemedel

| | OR |
|--------------------------|-------|
| Depression | 3,52 |
| Diabetes | 5,50 |
| Astma | 10,49 |
| KOL | 12,61 |
| Fetma | 2,31 |
| Mag-tarm | 1,56 |
| Född annat nordiskt land | 2,71 |
| Ålder | 1,10 |

REFERENSER

https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/

Hay RJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol.* 2014;134(6):1527-1534.

Andersen YM, et al. Risk of myocardial infarction, ischemic stroke, and cardiovascular death in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;138(1):310-312 e313.

Andersen YM, et al. Risk of myocardial infarction, ischemic stroke, and cardiovascular death in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;138(1):310-312 e313.



KAPITEL 5

Munhälsa

ANITA BOSTRÖM OCH CHRISTINA CARLSON

Munhälsan är en del av den allmänna hälsan. En god munhälsa innebär att kunna tala, äta och le utan besvär, vilket har stor betydelse för livskvalitet och välbefinnande (Glick et al 2017). Karies (hål i tänderna) och parodontit (tandlossning) är de vanligaste sjukdomarna som drabbar tänderna. Globalt sett är förekomsten av obehandlad karies den enskilt vanligaste icke smittsamma sjukdomen (Frencken et al 2017). Karies drabbar alla åldrar, är ojämnt fördelat med mer förekomst i låginkomstländer jämfört med höginkomstländer. Parodontit beräknas som den sjätte vanligaste sjukdomen i världen. Förekomsten av parodontit skiljer sig mellan olika länder och världsdelar och ökar med stigande ålder (Frencken et al 2017).

I Sverige visar Socialstyrelsens tandhälsoregister att tandhälsan, räknat som intakta¹ och kvarvarande tänder i befolkningen, har förbättrats över tid i den vuxna befolkningen (Socialstyrelsen 2018). I den nationella folkhälsoenkäten 2016 har 74 procent i riket svarat att de har en bra eller ganska bra tandhälsa medan värmlänningarna ligger några procent högre. När det gäller fördelningen mellan könen skattar kvinnor sin tandhälsa något högre än männen. Det finns tecken på att skillnaderna i tandhälsa ökar mellan olika socioekonomiska grupper och att skillnaderna kan bero på i andelen individer som besöker tandvården regelbundet. Under åren 2015 – 2017 besökte nio procent av värmlänningarna tandvården endast vid akuta besvär, vilket är näst högst bland landstingen i Sverige. Tandhälsa som mått kan användas som indikator för framtida tandvårdsbehov.

I Värmland förväntas en ökning av antalet personer i samtliga åldersgrupper över 70 år fram till år 2035. Andelen äldre i regionen blir därmed större eftersom den totala folkmängden enbart ökar måttligt. Svenskt Kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) visar att andelen personer med egna tänder ökar i befolkningen och att även antalet tänder per individ ökar. Med fler kvarvarande tänder i befolkningen ökar behovet av förebyggande insatser för att bibehålla en god munhälsa och tandhälsa.

RESULTAT

Värmlänningarna i 2017 års undersökning anser i stor utsträckning att de har en bra tandhälsa (tabell 1). Merparten (77 procent) bedömer sin tandhälsa som mycket bra eller ganska bra. Detta skiljer sig inte nämnvärt från 2012 (78 procent) och 2008 (76 procent). Andelen individer som uppger sig ha ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa är åtta procent, vilket är ett par procent högre

¹ En intakt tand är en kvarvarande tand med naturligt rot och som inte har konstaterade skador som kräver behandling. Den har inte någon fyllning och inte heller protetiska ersättningar.

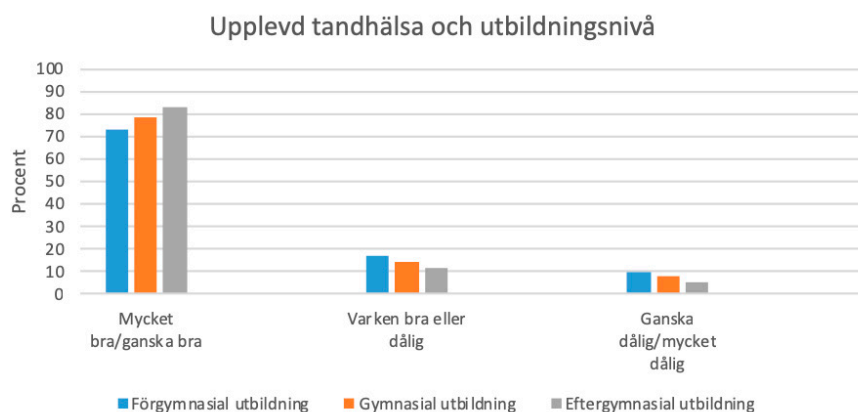
än vid föregående mätning 2012. Den kommun där invånarna skattade sin munhälsa högst var Hammarö kommun där 85 procent tyckte de hade en mycket bra eller ganska bra tandhälsa. Lägst andel fanns i Grums och Storfors kommuner (71 procent).

Tabell 1. Självupplevd tandhälsa procentuellt fördelad per åldergrupp.

| | 18–29 år | 30–49 år | 50–69 år | 70–84 år | 85+ |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|-----|
| Mycket bra/ganska bra | 79 | 79 | 80 | 79 | 69 |
| Varken bra eller dålig | 15 | 12 | 13 | 14 | 20 |
| Ganska dålig/mycket dålig | 6 | 9 | 7 | 7 | 11 |

TANDHÄLSA OCH SOCIOEKONOMI

Självupplevd tandhälsa kan kopplas till utbildningsnivå och ekonomi. Merparten av värmälningarna upplever en mycket bra/ganska bra tandhälsa. Andelen med eftergymnasial utbildning upplever detta i högre grad jämfört med andelen individer med lägre utbildningsnivå (figur 1). På frågan ”har det under de tre senaste månaderna hänt att du tvingats begränsa eller avstå tandvårdsbesök på grund av ekonomiska skäl” uppgav sex procent i åldersgruppen 30 – 84 år att de tvingats begränsa eller avstå tandvårdsbesök. Motsvarande siffra för den åldersgruppen var vid förra mätningen 8 procent. Att tvingats begränsa eller avstå tandvårdsbesök under de senaste tre månaderna skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Av kvinnorna i åldern 30 – 49 år svarade nio procent att så var fallet jämfört med sex procent bland männen.



Figur 1. Självupplevd tandhälsa procentuellt fördelat efter utbildningsnivå.

UPPLEVD MUNHÄLSA OCH ÄLDRE

I 2017 års undersökning svarade 86 procent av värmlänningarna i åldersgruppen 70 – 84 år att de hade egna tänder och det fanns ingen skillnad mellan män och kvinnor i detta avseende. När det gällde olika besvär från munhålan uppgav 11 procent att de hade besvär med karies vilket var en minskning med fem procent jämfört med år 2008. Andelen som uppgav besvär med blödande tandkött och tandlossning låg på sju procent, och är i stort sett oförändrat i förhållande till 2008 års undersökning (sex procent). Besvär med tandgnissling/tandpressning visade en liten ökning från sex procent år 2008 till 10 procent år 2017. De som uppgett besvär i form av tuggsvårigheter låg kvar på samma nivå, fem procent.

Muntorrhet ökar risken för karies (hål i tänderna) och många äldre äter mediciner som har muntorrhet som biverkning. I Värmland hade 12 procent angett att de upplever muntorrhet. När det gäller de personer som svarat att de äter fem mediciner eller mer per dag, hade 46 procent uppgett att de upplever sig muntorra, till skillnad från dem som äter fyra mediciner eller mindre per dag, och som upplevde muntorrhet i 25 procent av fallen.

BESÖK TILL OCH FÖRTROENDE FÖR FOLKTANDVÅRDEN VÄRMLAND

En stor andel av värmlänningarna i åldersgruppen 30 – 84 år (87 procent) uppger att de besökt tandhygienist eller tandläkare under de senaste två åren. Det är en minskning med tre procent jämfört med andelen vid undersökningen år 2008 (tabell 2). När det gäller skillnader mellan kommunerna så ligger Arvika kommun högst med 92 procent som besökt tandhygienist/tandläkare under de senaste två åren medan det är 80 procent i Säffle kommun. Kvinnor har ett något högre antal besök än män.

Folktandvården Värmland har ett relativt högt förtroende bland värmlänningarna. Andelen som svarade mycket/ganska stort förtroende låg på 67 procent och var något högre än vid förra mätningen (65 procent). Endast elva procent hade inte särskilt stort/inget förtroende alls. Resterande 21 procent hade ingen åsikt alls där åldersgruppen över 70 år stod för en större andel. När det gäller könsskillnader ses i åldersgrupperna 18 – 29 och 30 – 49 år, att kvinnor har ett något högre förtroende för folktandvården än vad män har.

Tabell 2. Förtroende för Folktandvården procentuellt fördelat per åldersgrupp.

| | 18–29 år | 30–49 år | 50–69 år | 70–84 år | 85+ |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|-----|
| Mycket/ganska stort | 80 | 82 | 74 | 59 | 61 |
| Inte särskilt stort | 9 | 10 | 9 | 7 | 6 |
| Inget alls | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| Har ingen åsikt | 8 | 6 | 15 | 31 | 31 |

TANDHÄLSA OCH LEVNADSVANOR

Rökning utgör en generell hälsorisk och i 2017 års undersökning uppgav åtta procent av värmlänningarna att de rökte dagligen jämfört med år 2008 då motsvarande siffra var 12 procent. År 2017 fanns ingen större könsskillnad när det gällde rökning. Att rökvanorna har minskat är positivt även ut ett tandhälsoperspektiv eftersom förekomsten av parodontit är starkt sammankopplat med andelen rökare i befolkningen enligt en svensk studie (Bergström 2014).

SAMMANFATTNING

Värmlänningarna upplever i stor utsträckning att de har en bra tandhälsa, och merparten uppger att de besökt tandhygienist eller tandläkare inom den senaste tvåårsperioden, vilket är bra ur ett tandhälsoperspektiv. Eftersom andelen äldre beräknas öka och detta i kombination med att de har fler kvarvarande tänder ökar även behovet av förebyggande insatser för att bibehålla en god tandhälsa och munhälsa. Förtroendet för folktandvården är relativt högt men varierar beroende på vilken åldersgrupp som besvarat frågan, däremot finns en utmaning när det gäller att uppnå jämlik tandvård med hänsyn till socioekonomiska faktorer som har betydelse för nyttjandet av tandvård och som påverkar befolkningens tandhälsa.

REFERENSER

- Bergström, J. (2014). Smoking rate and periodontal disease prevalence: 40-year trends in Sweden 1970-2010. *J Clin Periodontol*, Oct; 41(10): 952-7.
- Frencken, J.E., Sharma, P., Stenhouse, L., Green, D., Lavery, D. & Dietrich, T. (2017). Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. *J Clin Periodontol*, 44 (suppl.18): S94-S105.
- Glick, M., Williams, D.M., Kleinman, D.V., Vujicic, M., Watt, R.G. & Weyant, R.J. (2017). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federations opens the door to a universal definition of oral health. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, Feb; 151(2): 229-231.
- Socialstyrelsen (2018). Statistik om tandhälsa. <http://www.socialstyrelsen.se> [2019-01-20]



KAPITEL 6

Samband munhälsa och allmän hälsa

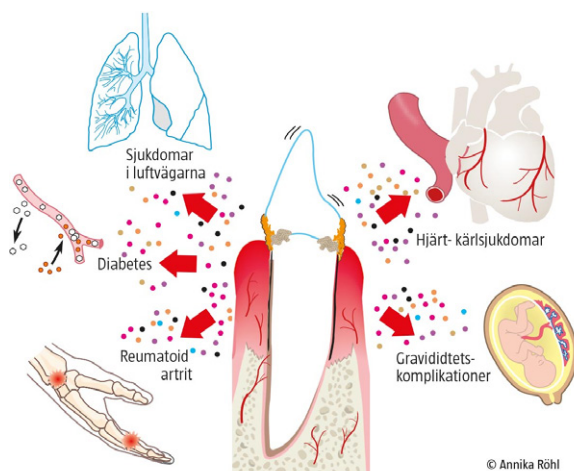
GÖRAN FRIMAN OCH LAURA VON KOBYLETZKI

Aktuell forskning visar att försämrade tand- och munhälsa såsom blödande tandkött och parodontit/tandlossning kan förekomma vid flera allmänsjukdomar och tillstånd såsom hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kroniska njursjukdomar, reumatiska sjukdomar, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), lunginflammation, inflammatoriska tarmsjukdomar, blodsjukdomar, cancer, demens och nedsatt kognitiv förmåga, vitaminbrist liksom vid undernäring (Kilian et al., 2016).

Då hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken är det av intresse att analysera eventuella samband vid flera allmänsjukdomar och tillstånd i studien Liv och Hälsa 2017. Dagens kunskapsnivå påvisar särskilt sambanden vid diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Evidensbaserade dubbelriktade orsakssamband finns mellan diabetes och munhälsa (Borgnakke et al., 2013). Sambanden med hjärt-kärlsjukdom är än så länge av statistisk natur utan helt klarlagd fysiologisk mekanism även om utvecklade teorier finns.

Generellt sett, finns samband mellan munhälsa och allmän hälsa av olika art såsom:

- Orsakssamband, det ena påverkar det andra
- Interaktioner, samverkan, samspel eller ömsesidig påverkan
- Associationer, samvariation
- Gemensamma riskfaktorer
- Parodontit som riskfaktor och inflammatorisk börda



TANDENS SÄRSTÄLLNING – TANDFÄSTET

Hud och slemhinna utgör barriärer som skyddar den underliggande vävnaden såsom inre organ och blodomlopp för mekaniska och kemiska skador samt framförallt för mikroorganismer såsom bakterier. Tanderna perforerar slemhinnebar-

riären i munhålan och ett friskt tandkött sluter tätt intill tanden, likt en tät packning. Om mikroorganismer tillåts ligga kvar runt tanden och kroppen reagerar med inflammatorisk reaktion, blödande tandkött och parodontit/tandlossning, leder detta till att slemhinnebarriärens genomsläpplighet ökar, för att det immunologiska försvaret skall nå ut till bakterieharden. Likväl ökar genomsläppligheten i motsatt riktning vilket gör att ”packningen” läcker och mikroorganismer, dess gifter och substanser liksom kroppens egna inflammatoriska substanser flödar ut och in i blodomloppet och sprids i kroppen (Han & Wang, 2013).

RESULTAT – SAMBAND

I studien Liv och Hälsa 2017 framkommer samband mellan munhälsa och allmän hälsa, såsom associationer och samvariation. Även livsstilsfaktorn ”rökning”, som bland annat ökar risken för parodontit/tandlossning, avspeglar sig som risk i undersökningen. Dessa samband och betydelse konfirmeras i flertal vetenskapliga publikationer (Sharma et al., 2016).

De deltagare med ”fler än 10 receptbelagda läkemedel” har lite mer än dubbelt så mycket ”karies” och ”blödande tandkött” som de med ”1–4 läkemedel”.

De deltagare som uppger ”astma” men även ”fetma” eller ”värk i skuldror, nacke eller axlar”, uppger att det är dubbelt så vanligt med ”blödande tandkött” än de som inte uppger dessa tillstånd.

”Mycket dålig tandhälsa” upplevs 4 gånger mer vanligt av dem som har ”KOL” eller intar ”fler än 10 receptbelagda läkemedel” och 9 gånger mer vanligt hos dem som svarat att de lider av ”depression”, jämfört med andra, vilket resulterat i att de som anger ”depression” löper även dubbelt så stor risk att uppleva ”svåra besvär” beträffande ”tandhälsan”. Detsamma gäller även dem som intar ”fler än 10 receptbelagda läkemedel”.

I studien framkommer dock inte något signifikant samband mellan å ena sidan blödande tandkött/parodontit/tandlossning och diabetes samt högt blodtryck å andra sidan till skillnad mot ett flertal andra nationella och internationella studier. Orsaken till denna värmländska studies avsaknad av dessa samband kan bero på flera faktorer såsom; begränsat antal studiedeltagare, att förekomsten av deltagare som uppger att de hade blödande tandkött/parodontit/tandlossning var lägre än i andra svenska studier, de deltagande värmlänningarna med diabetes och högt blodtryck har god munhälsa tack vare effektiv värmländsk offentlig och privat tandvård (se kapitel ”Munhälsa”).

SAMMANFATTNING

Samband mellan munhälsa och allmän hälsa samt allmäntillstånd som framkommer i studien Liv och Hälsa 2017 är inga nyheter, men konfirmerar tidigare kunskap. Studien belyser därigenom behovet av ett ökat samarbete mellan tandvården och sjukvården liksom nödvändigheten av utbildningsinsatser inom respektive professioner om sambanden för att öka och förbättra förebyggande folkhälsoinsatser (Friman, 2017).

REFERENSER

- Kilian, M., Chapple, I L., Hannig, M., Marsh, P D., Meuric, V., Pedersen, A M., Tonetti, M S., Wade, W G., & Zaura, E. (2016). The oral microbiome - an update for oral healthcare professionals. *Br Dent J.* 2016 Nov 18;221(10):657-666.
- Borgnakke, W S., Ylöstalo, P V., Taylor, G W., & Genco, R J. (2013). Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. *J Clin Periodontol.* 2013 Apr;40 Suppl 14:S135-52.
- Han, Y W., & Wang, X. (2013). Mobile microbiome: oral bacteria in extra-oral infections and inflammation. *J Dent Res.* 2013; 92: 485–491.
- Sharma, P., Busby, M., Chapple, L., Matthews, R. & Chapple, I. (2016). The relationship between general health and lifestyle factors and oral health outcomes. *Br Dent J.* 2016 Jul 22;221(2):65-9.
- Friman, G. (2017). Medical screening in dental settings. (Doktorsavhandling) Stockholm: Karolinska Institutet. Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45482>

KAPITEL 7

Fallskador bland äldre i Värmland

JOHANNA GUSTAVSSON OCH MARIA KLÄSSBO



Uppskattningsvis faller minst var tredje person som är 65 år och äldre årligen och fall är den vanligaste orsaken till skador. I Värmland sökte år 2017 cirka 3 480 personer 65 år och äldre vård på någon av länets tre akutmottagningar för att utreda eventuell skada orsakad av fall och av dessa var 65 procent kvinnor.

Frakturer (benbrott) är den vanligaste skadan hos de över 65 år som söker på akutmottagningen efter ett fall (46 procent). Underarmsfrakturer och fotledsfrakturer är ofta den första typen av fraktur som drabbar en person som sedan gör en så kallad frakturkarriär och som därefter får allvarligare frakturer såsom kotkompressioner, bäcken- och höftfrakturer. Frakturen är oftast lokaliserat till höft, handled, axel och bäcken. Andra vanliga skadetyper är blåmärken (29 procent) och sårskada (tolv procent). Två procent diagnostiseras med hjärn-skakning. Fallolyckorna sker oftast inomhus (70 procent) och 15 procent sker i särskilda boenden. Av de som skadades av ett fall blev 43 procent inlagda för vård, vilket ledde till 12 887 vård dygn (Skadedata Värmland). Många av de som får en fraktur återhämtar sig inte fullt ut, utan får leva med sviterna av skadan. Av de cirka 16 000 svenskar som varje år får en höftfraktur avlider 20-30 procent inom ett år.

Fallskador blir allt vanligare ju äldre en person blir. Höftfrakturer, som räknas till en av de allvarligaste skadorna, ökar drastiskt efter 80 års ålder. För yngre äldre är hand- och fotledsfrakturer vanligare. Risken att skadas påverkas förutom av ålder också av personens sjuklighet och muskuloskeletal allmäntillstånd.

Det finns idag omfattande forskning om fall och fallskador som visar att det går att förebygga eller minska skadeverkningarna av dem. För att preventionsarbetet ska bli framgångsrikt behöver det anpassas till den enskilda personens behov och förutsättningar. De förebyggande strategierna för fall kan sammanfattas till balans- och styrketräning. Styrketräning kan också minska risken för skada vid fall genom att en starkare person kan hantera fallet bättre, se länktips ”Fallskador bland äldre. Steg för steg”.

Förutom det personliga lidande som skadorna orsakar är det också kostsamt för samhället att behandla dessa skador. År 2012 gjordes bedömningen att kostnaden i Sverige uppgick till 22 miljarder kronor, vilket innebär att det finns stora besparingar att göra om antalet fallskador minskar.

I Liv och Hälsa-undersökningen från år 2017 har personer 70 år och äldre fått frågan om de under de senaste 12 månaderna har fallit och skadat sig. I detta kapitel har vi utgått från denna fråga och jämfört de som svarat ja, med de som svarat nej. Utifrån resultatet av detta diskuteras lämpliga åtgärder för att minska problematiken.

METOD

När det gäller metod för datainsamlingen hänvisar vi till beskrivningen av detta i kapitel 1. För att underlätta för läsaren har vi för de frågor där det i enkäten finns fem svarsalternativ, *hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd, jag har gångsvårigheter, smärtor eller besvär, svårigheter att utföra mina vanliga aktiviteter och oro eller nedstämdhet* sammanfört resultaten för de två bästa kategorierna (*mycket bra och bra, varken eller/inga och lätta/lite*) och de tre sämsta (*någorlunda, dåligt, mycket dåligt och måttliga/ganska, svåra/mycket och extrema/extremt*), markerade med a i tabell 1. WHO:s index för psykiskt välbefinnande (WHO-5) är ett självskattningsinstrument med fem frågor och fem svarsalternativ (mellan "aldrig" = 0 och "hela tiden" = 5). Poängen beräknas genom summering av svaren som multipliceras med 4 för att få en procentuell poäng från 0 till 100, resultat markerat med b i tabell 1. Resultat 50 eller lägre betyder dåligt välbefinnande och borde föranleda utredning för depression. Frågor som ingår i EQ5D är markerade med c i tabell 1.

Fyrtiofem personer med medelåldern 82 år, varav 23 kvinnor, har inte svarat på frågan om de fallit omkull och skadat sig. Eftersom det var många andra frågor dessa personer inte svarat på har vi inte kunnat analysera vad som skiljer dem från de som svarat på frågan om fall och därför är de exkluderade. Av de som svarat på frågan om fall var 52 procent kvinnor och medelåldern var 79 år (från 70-104 år).

Allt som redovisas i det här kapitlet som skillnader är statistiskt säkerställda skillnader och vi har använt Chi²-test i de fall det finns enbart två svarsalternativ och för övriga variabler har vi använt Mann-Whitney U-test.

RESULTAT

Totalt har 2 564 värmlänningar besvarat den enkät som var riktad till åldersgruppen 70 år och äldre. Frågan "Har du någon gång under de senaste 12 månaderna fallit omkull och skadat dig?" med svarsalternativen *nej, ja en gång* och *ja, flera gånger*, har besvarats av 2 519 och av dem anger nästan var femte person (17,5 procent) att de under året skadat sig av ett fall, en eller flera gånger (se tabell 1). Kvinnorna har skadat sig i något högre utsträckning, 19,5 procent jämfört med 15,8 procent av männen. Värmlänningen som skadar sig av ett fall är i genomsnitt 82,2 år, cirka tre år äldre än de som inte fallit och skadat sig.

De som anger att de skadat sig av ett fall har sämre, både fysiskt och psykiskt, hälsotillstånd jämfört med de som inte skadat sig. De som anger att de skadat sig bedömer att de har ett sämre allmäntillstånd, sin hälsa idag bedömer de som sämre, de anger oftare att de har en långvarig sjukdom eller nedsatt funktion, har

sämre psykiskt välbefinnande, är i större utsträckning deprimerade samt har oftare svårt att gå och utföra vanliga aktiviteter såsom hushållssysslor och fritidsaktiviteter (se tabell 1). De anger också, i större utsträckning, att de har smärta och oro. Det går inte att uttyda om det försämrade hälsotillståndet uppkommit efter att de skadats eller om de hade ett nedsatt hälsotillstånd redan innan fallskadan.

De som anger att de fallit och skadat sig de senaste 12 månaderna har oftare besökt vårdcentral och sjukhus, men har lika sällan som de som inte angett att de fallit fått frågor om motionsvanor (se tabell 1). Hela 69 procent uppger att de är fysiskt aktiva mindre än 150 minuter per vecka och mycket få, 15 procent, anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka.

Åldersgrupper

Vi vet från tidigare forskning att risken för fallskada ökar med stigande ålder, vilket gäller även i Värmland. När resultaten för de äldre delas upp i två åldersgrupper, 70-79 samt 80+ visar det sig att de äldsta anger att de fallit och skadat sig mer än dubbelt så ofta, oddskvot 2,33 (tolv procent i åldrarna 70-79 jämfört med 24,2 procent för de som är 80 år och äldre).

Vid en jämförelse av hälsomarkörer för de två åldersgrupperna har den äldre gruppen, föga förvånande, en sämre hälsa. Om man istället jämför de två åldersgrupperna uppdelat på de som anger att de skadat sig eller inte skadat sig så visar sig gruppen skadade ha ett liknande mönster för långvariga hälsoproblem. Av de som uppgav att de inte skadat sig under året var det 38 procent i den yngre och 44 procent i den äldre gruppen som hade något långvarigt hälsoproblem. För de som hade skadat sig var motsvarande siffror 64 procent i den yngre gruppen och 66 procent i den äldre.

När vi väger samman olika riskfaktorer, för att man ska ha svarat att man fallit och skadat sig under de senaste 12 månaderna i en logistisk regressionsanalys (stegvis), visar det sig att risken ökar med fyra procent per år ju äldre man är och att kvinnor har 16 procent högre risk att falla jämfört med män. Ett sämre allmänt hälsotillstånd mer än fördubblar risken, medan ett gott psykiskt välbefinnande minskar risken med över 30 procent.

Sammanfattande reflektioner

När det gäller förebyggande arbete är en av utmaningarna att identifiera personer i riskzonen för fallskador. Det är därför anmärkningsvärt att så få av de som skadats av ett fall, fått frågan om sina motionsvanor. När äldre personer söker vård ska de få frågor om sin fysiska aktivitet och om de fallit senaste året. Har de otillräcklig fysisk aktivitet eller anger att de fallit ska förebyggande åtgärder sättas in.

En begränsning är att det i Liv och Hälsa-enkäten inte finns uppgifter om vilken typ av fallskada det är som personen drabbats av. Skador kan vara allt från blåmärken till frakturer och hjärmskakning. Vi vet inte om fallet skett nyligen eller för nästan ett år sen, eller om de skillnader vi hittat mellan de som angett att de fallit och skadat sig och de som inte angett det kom efter fallet eller om de fanns innan och kanske bidrog till fallet. Frågorna om fall och fallskador kan förbättras i kommande enkäter. Har skada som uppstått på grund av fall inneburit att personen uppsökt hälso- och sjukvård till följd av skadan och ådrog sig personen fraktur kan exempelvis vara viktiga kompletterande frågor.

Tabell 3. Sammanställning av resultat för Liv och Hälsa-undersökningen 2017 för personer 70 år och äldre i Värmland hela gruppen (n=2 519) och uppdelat på de som angett att de fallit omkull och skadat sig senaste året (n=442) och de som angett att de inte fallit omkull och skadat sig (n=2 077).

| | Alla 70 år och äldre som svarat på frågan om fall n=2 519 | De som anger att de fallit omkull och skadat sig n=442 | De som anger att de inte fallit omkull och skadat sig n=2 077 |
|--|---|--|---|
| Ålder medel, mellan | 79,5 år (SD 7,2) 70 - 104 år | 82,2 år (SD 7,6) 70 - 104 | 78,9 år (SD 7,0) 70-103 |
| Andel kvinnor | 52% | 53% | 47% |
| Din hälsa idag, medel av 100=0 bäst - sämst | 72 (SD 23) | 61 (SD 22) | 74 (SD 19) |
| Bra och mycket bra allmänt hälsotillstånd, andel ^a | 53% | 34% | 57% |
| Ingen långvarig sjukdom, inga besvär efter olycksfall, ingen nedsatt funktion eller inget annat långvarigt hälsoproblem, andel | 55% | 35% | 59% |
| Ingen diagnosticerad depression, andel | 92% | 84% | 94% |
| Gott psykiskt välbefinnande >50 poäng, 0-100 sämst - bäst ^b | 80% | 64% | 83% |
| Inga/lite svårigheter att gå omkring, andel ^c | 73% | 53% | 77% |
| Inga/lite svårigheter utföra vanliga aktiviteter, andel ^c | 79% | 60% | 83% |
| Varken smärtor eller besvär eller lätta, andel ^c | 64% | 45% | 67% |
| Varken orolig eller nedstämd eller lite, andel ^c | 93% | 84% | 94% |
| Besökt vårdcentral, andel | 49% | 62% | 46% |
| Fått fråga om motionsvanor vid besöket på vårdcentralen, andel | 18% | 18% | 17% |
| Besökt sjukhus, andel | 32% | 47% | 29% |
| Fått fråga om motionsvanor vid besöket på sjukhus, andel | 10% | 12% | 10% |
| Mindre än 150 min fysisk aktivitet per vecka, andel | 54% | 69% | 51% |
| Minst 300 minuter fysisk aktivitet per vecka, andel | 26% | 15% | 28% |

SD= standard deviation, a= frågor med fem svarsalternativ där vi sammanfört resultat för de två bästa alternativen, b= sammanräkning av svar på frågor i WHO-5 psykiskt välbefinnande, c= frågan ingår i EQ5D

ATT FÖREBYGGA FALLSKADOR

Det behövs alltid många olika åtgärder för att minska risken för fallskador. Det finns flera evidensbaserade paket av åtgärder, så kallade program, som har visat sig vara effektiva för att minska risken för fall bland äldre som bor hemma.

Nödvändigt är att:

Arbeta i team kring den äldre personen

Fallproblematik är ett komplext problem som påverkas av en stor mängd faktorer. Därför behövs teambaserade insatser för diagnostik och behandling.

Läs mer om teambaserat arbetssätt här:

www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/stodochutbildning

Utgå från individens förutsättningar, önskemål och behov

Om en åtgärd ska bli framgångsrik behöver personen vara motiverad till förändring, vilket kanske är det svåraste med förebyggande arbete. Genom att möta personen utifrån dennes förutsättningar ökar chansen att lyckas.

Läs mer om individanpassat arbetssätt här, sid 178-199:

www.msb.se/RibData/Filer/pdf/27976.pdf

LÄNKTIPS

Socialstyrelsens information om fallolyckor samt kampanj ”Balansera mera”:

www.socialstyrelsen.se/fallolyckor

Att undvika fallolyckor, 1177:

www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Att-undvika-fallolyckor-hos-aldre/

KAPITEL 8

Psykisk hälsa

LINDA BECKMAN, LAURA VON KOBYLETZKI
OCH LOUISE PERSSON



Detta kapitel handlar om värmlänningars självuppskattade psykiska hälsa, samband med socioekonomi och livsstilsfaktorer.

Psykisk ohälsa är en av de största hälsoutmaningarna i världen, påverkar livskvaliteten negativt och kan medföra omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen. Psykisk ohälsa utgör en stor påfrestning på sjukvård, socialtjänst, och sjukförsäkring och är den största orsaken till långtidssjukskrivning.

Psykiska *besvär* (till skillnad mot psykiska *sjukdomar*, som till exempel schizofreni) beskriver olika tillstånd där individen uppvisar oro, ångest, nedstämdhet eller långvariga sömnsvärigheter. De psykiska besvären kan förekomma enskilda eller vara symptom på en sjukdom. Beroende på typ och omfattning kan de i olika grad påverka funktionsförmåga och livskvalitet. Symtomen behöver inte vara så omfattande att diagnos kan sättas och är ofta normala reaktioner på en påfrestande livssituation. Män har generellt mindre självrapporterade psykiska besvär än kvinnor (se tabell 1). Framförallt yngre kvinnor har sämre självrapporterad psykiska besvär (oro, ångest, depression). Gott psykiskt välbefinnande ökar med stigande ålder upp till 70 - 84 år, men sjunker igen därefter

Tabell 1. Prevalens av psykiska besvär fördelat på män och kvinnor i Värmland.

| Psykiska besvär | Lätta besvär n(%) | | Svåra besvär n(%) | |
|----------------------|----------------------|------------|----------------------|----------|
| | Män | Kvinnor | Män | Kvinnor |
| Ängslan, oro, ångest | 586(21,2) | 997(32,0) | 84(3,0) | 193(6,2) |
| Trötthet | 835 (38,2) | 1040(44,3) | 115(5,3) | 215(9,2) |
| Sömnsvärigheter | 628(24,4) | 912(31,4) | 115(4,5) | 219(7,5) |
| Nedstämdhet | 490(78,4) | 796(67,6) | 60(2,4) | 143(4,9) |
| Huvudvärk/migrän | 311(12,2) | 652(22,7) | 30(1,2) | 108(3,8) |

Utbildningsnivån har betydelse, ju högre utbildning desto bättre psykiskt välbefinnande. Ängslan, oro eller ångest förekommer i 32 procent av befolkningen och är vanligast förekommande bland yngre kvinnor 18-29 år. Kvinnor lider även i högre grad av sömnsvärigheter i jämförelse med män. Sömnsvärigheter kan både vara en bidragande faktor till psykisk ohälsa såväl som ett symptom. Värmland har en högre psykisk ohälsa jämförd med CDUST regionen. I CDUST-regionen uppger totalt tio procent en diagnosticerad depression, 12 procent kvinnor och sju procent män. För kvinnor är det vanligast i yngre ål-

dersgrupper 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. I Värmland har nio procent diagnosen depression, 15 procent känner sig stressade och 27 procent upplever nedstämdhet. Kvinnligt kön, lägre ålder, rökning, och lägre inkomst har samband med sämre WHO5, depression och symptom av psykisk ohälsa. Psykiska besvär har samband med andra sjukdomar såsom eksem och fetma.

Bland yngre vuxna rapporterar nio procent att de har varit utsatta för nätmobbning (mobbing via dator eller mobiltelefon). Av de unga anger två procent att de ofta har utsatts för nätmobbning mer frekvent. Riskfaktorer för att bli utsatt för nätmobbning är funktionshinder och psykisk sjukdom. Även fysiska sjukdomar såsom eksem och diabetes är relaterade till mobbing.

ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

Riskbruk av alkohol är varierande i Värmland. Tidigare hade Värmland en högre andel män som rökte dagligen och även en högre andel rökande blivande mödrar jämfört med riket. Rökning har minskat lite. Missbruk av marijuana sker i något mindre omfattning jämfört med de andra länen i Mellansverige, drygt nio procent av de unga vuxna har någon gång använt hasch eller marijuana i Värmland. Faktorer som har samband med missbruk är yngre ålder, att vara ensamstående, manligt kön, lägre inkomst, mindre fysisk aktivitet och att ha ett samtidigt annat missbruk. För mer detaljerade beskrivningar av alkohol och tobak i Värmland, se kapitlet "Levnadsvanor".

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Psykiska besvär är vanliga i Värmland, vanligare än i CDUST-regionen, och har samband med en påtagligt minskad livskvalitet, ökad sjukskrivning och har negativa samband med det sociala och yrkesverksamma livet. I Värmland såväl som i övriga Sverige finns det samband mellan lägre socioekonomi (utbildningsrelaterade faktorer), kvinnligt kön, och en del kroniska sjukdomar. Bland unga kvinnor har det skett en ökning av psykiska besvär och missbruk har ökat en aning. Eftersom psykisk ohälsa i unga år är en riskfaktor för senare psykisk ohälsa är förebyggande insatser i tidig ålder oerhört viktig. Vad gäller livsstil är rökning den största dödsorsaken som faktiskt går att förebygga. Särskilt viktigt är det att hjälpa blivande mödrar att sluta röka för att undvika påverkan på fostret.



KAPITEL 9

Social hälsa – olika perspektiv

LOUISE PERSSON OCH LAURA VON KOPYLETZKI

Hälsa är en mänsklig rättighet och en resurs för att klara av vardagliga påfrestningar samt införliva livsmål. Social hälsa är en viktig del av det övergripande hälsobegreppet, och innefattar de villkor och förhållanden vi växer upp, arbetar och lever under. Hälsa är ojämlikt fördelat mellan olika grupper. Folkhälsopolitiken behöver därför än mer eftersträva en hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Jämlika samhällen är friskare samhällen (Wilkinson och Pickett 2011). Hälsa är en mänsklig rättighet och en resurs för att klara av vardagliga påfrestningar samt införliva livsmål. Folkhälsopolitiken ska eftersträva samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, samt sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Målet för folkhälsopolitiken är skärpt från och med år 2018, och det ska vara ett tydligare fokus på jämlik hälsa (Sveriges Regering 2017/18:249). Social hälsa som är en viktig del av det övergripande hälsobegreppet, kan definieras som till vilken grad en individ fungerar samt anpassar sig till sin omgivning och samhället i sin helhet (Renne 1974). Det handlar om vilka villkor och förhållanden vi växer upp, arbetar och lever under (Rostila och Toivanen 2012).

Hälsa är dock ojämlikt fördelat mellan olika grupper, som vi också kunnat redogöra för tidigare i rapporten. Män uppger exempelvis att de har en bättre hälsa jämfört med kvinnor, högutbildade har bättre hälsa än lågutbildade samt rika är friskare än fattiga (Kjellsson 2014). I Liv och Hälsa-studien framkommer till exempel, att i Värmland drabbas yngre kvinnor oftare av depression och psykisk ohälsa jämfört med män. Invandrades fysiska hälsa är jämförbar med individer födda i Sverige, men den psykiska hälsan bland invandare försämras med antal år boende i Sverige. Det vill säga att ju längre de bor i Sverige desto sämre mår de psykiskt. En förklaring kan bero på långvariga problem med att etablera sig och eller skapa sig ett tillfredsställande socialt- och yrkesmässigt liv. Individer födda i ett annat nordiskt land har lite sämre fysisk hälsa, men är oftast äldre och har varit multisjuka förut. Likaså har individer med funktionshinder och sjukdom oftare andra åkommor det vill säga multisjuklighet.

De främsta förklaringarna till dessa skillnader i hälsa är dock inte biologiskt orsakade, inte heller beroende av de val som individen gör i sin vardag – utan är relaterade till individers sociala ställning i samhället (Rostila och Toivanen 2012). Vad det gäller mäns ökade mortalitet jämfört med kvinnor grundar det sig i en föreställning om manligt och kvinnligt beteende, där män uppvisar

en högre riskbenägenhet, alkoholkonsumtion och aggressivitet, som leder till ökad risk för olyckor och våld (Gisselmann et. al 2012; Kjellsson 2014). Liv och Hälsa- studien visar exempelvis att av studiens deltagare har en till två procent varit utsatta för fysiskt våld de senaste tolv månaderna. Våldet skedde oftast i hemmet, i skolan eller på arbetsplatsen, eller på allmän plats.

Hälsoskillnader mellan olika sociala- och kulturella grupper i samhället, mellan sociala klasser, kvinnor och män, samt inrikes- och utrikesfödda leder till skillnader i livsmöjligheter- och förhållanden som påverkar hälsa överlag i en befolkning. En högre samhällsposition (påverkas av utbildning, klass och inkomst) är starkt kopplat till en bättre hälsa och ett längre liv. Utbildning, exempelvis, ses leda till ökad kunskap hos individen kring hälsosamma levnadsvanor och livsstil. Inkomst påverkar hälsa positivt genom de materiella resurser som den medför. Men utbildning och inkomst varierar över tid, vilket leder till att konsekvenserna för hälsan varierar under livscykeln (Rostila och Toivanen 2012).

I Sverige är det skillnader mellan kvinnor och mäns medianinkomst (mittensta inkomsten när alla inkomster sorterats i stigande ordning). Medianinkomsten år 2016 var för kvinnor 281 000 kronor, och för män 342 000 kronor. Kvinnors lägre medianinkomster förklaras vanligen av att de oftare tar ut längre föräldraledighet, oftare arbetar deltid och är mer sjukskrivna än män (SCB 2019). Samhällen med större inkomstskillnader, mellan rika och fattiga, har högre risk för fler hälsorelaterade- och sociala problem. En anledning är att ojämlikhet i samhället orsakar psykologiska effekter, som kommer av ökad social stress (exempelvis viljan ”att ha det lika bra som alla andra”). Det föder samhällen med sämre sociala relationer, mer våld och fler sociala problem (Wilkinson och Pickett 2011; Wilkinson och Pickett 2018).

I Värmland förekommer till exempel KOL oftare bland individer med lägre inkomst än 146tkr (sex procent), jämfört med två procent bland individer med högre inkomst än 325tkr. Samma mönster framträder gällande diabetes (tolv procent gentemot sju procent), högt blodtryck (48 procent gentemot 24 procent). Även den psykiska hälsan har ett samband med inkomst; 13 procent av individer med låg inkomst har en diagnostiserad depression, medan individer med hög inkomst rapporterar detsamma i fem procent av fallen.

Ojämlikhet i hälsa handlar således om förhållanden som finns på samhällsnivå som socialpolitik (till exempel tillgång till jämlik föräldraförsäkring), utbildningssystem, sjukvårdssystemets utformning och boendemiljöns kvalitet. Vidare innefattar det förhållanden som ligger närmre individen som sociala relationer, påfrestningar och stress i vardagslivet och arbetslivet, alkoholkonsumtion samt

kostvanor. Rökning kan till exempel vara vanligare i områden som är socialt och ekonomiskt utsatta (Rostila och Toivanen 2012).

Av studiens deltagare rapporterar 66 procent av de som är gifta att de har ett mycket bra eller bra allmänt hälsotillstånd, och 59 procent rapporterar detsamma av de skilda deltagarna i studien. Vidare, av de som är änklings rapporterar 47 procent att de har ett mycket eller gott allmänt hälsotillstånd, respektive 43 procent anger att de upplever ett någorlunda bra allmänt hälsotillstånd. Motsvarande anger 71 procent av de ogifta, att de har ett mycket bra eller bra allmänt hälsotillstånd. Att leva i en parrelation, eller att ha någon närstående har ett positivt samband med välmående. Ensamhet däremot, är ett vedertaget problem i det moderna samhället, världen runt. I Värmland känner sig sju procent av de äldre ensamma dagligen eller flera gånger i veckan. Av alla deltagare anger tio procent att de inte har någon att anförtro sig till och lika många att de inte har någon som de kan få hjälp av med praktiska saker eller vid sjukdom.

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Skillnader i hälsa kan skilja sig från ett geografiskt område till ett annat, och var i världen vi föds påverkar således vår hälsa och livslängd (Rostila och Toivanen 2012). Könsskillnader i hälsa och förväntad medellivslängd varierar över tid, mellan samhällsgrupper och mellan länder. Orsakerna till ohälsa, skiljer sig likaså från orsakerna till mortalitet, vilket skulle kunna förklara varför exempelvis kvinnor rapporterar högre sjuklighet än män men lever längre (Gisselmann et al. 2012). De sociala bestämningsfaktorerna påverkar oss olika över livscykeln, samt kan leda till konsekvenser på lång respektive kort sikt (att röka under tonåren kan förutom att bringa kortsiktiga negativa hälsoeffekter, även leda till förtidig död senare i livet) (Rostila och Toivanen 2012). Sociala bestämningsfaktorer har en avgörande betydelse för folkhälsan och folkhälsoarbetet, i arbetet för en mer jämlik hälsa (Sveriges regering 2017/18:249), och är av stor vikt att ta hänsyn till politiskt sett, inte minst vid hälsopolitiska beslut.

REFERENSER

- Gisselmann, M., Hemström, Ö. & Toivanen, S. (2012). Kön, genus och skillnader i hälsa. I Evertsson, M. & Magnusson, C. (red.) *Ojämlighetens dimensioner - uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige*. Stockholm: Liber AB, ss 62-79.
- Kjellsson, S. (2014). Ojämlighet i hälsa. Vilken betydelse har social klass och kön? I Evertsson, M. & Magnusson, C. (red.) *Ojämlighetens dimensioner - uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige*. Stockholm: Liber AB, ss 288-310.

- Renne, K.S. (1974). Measurement of social health in a general population survey. *Social Science Research*, 3:25-44.
- Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). Den orättvisa hälsan. I Rostila, M. & Toivanen, S. (red.) *Den orättvisa hälsan – Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber AB, ss.13-26.
- SCB (Statistiska Centralbyrån). (2019). *Inkomster för personer i Sverige*. Tillgänglig via: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/inkomster-for-personer/20190114>
- Sveriges regering (2017/18:249). *Regeringens proposition. God och jämlik hälsa- en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Sveriges regering.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2011). *Jämlikhetsanden : därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval Förlag.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2018). *The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-Being*. Allen Lane.

KAPITEL 10

Ekonomisk börda av utvalda sjukdomar

ALEXANDRA METSINI OCH LAURA VON KOPYLETZKI



Kunskap om kostnader är av stor betydelse för bland annat planering och resursfördelning av hälso- och sjukvård, genomförande av olika slag av hälsopolitiska interventioner och prioritering av forskning.

För sjukdomar med hög prevalens som till exempel eksem och diabetes är det viktigt att ha kunskap om de samhällsekonomiska kostnaderna och de ekonomiska konsekvenserna till följd av sjukdomen.

Det övergripande syftet med detta kapitel är att bedöma den ekonomiska bördan av några utvalda sjukdomar bland vuxna (>18 år) i Värmland.

Dessa prevalensbaserade sjukdomskostnaderna kan besvara: ”Hur mycket betalar vi varje år för att ta hand patienter med en specifik sjukdom?” Vad är kostnaderna för sjukvårdsbesök? (hälso- och sjukvårdens resursutnyttjande).

METOD

Datakällor

Epidemiologiska data såsom prevalens har hämtats från Liv och Hälsas befolkningsundersökning. Uppgifter om kostnader är från databasen Kostnad Per Patient (KPP), Landstinget i Värmland.

Relevant litteratur har använts vad det gäller icke- hälso- och sjukvårdskostnader, indirekta kostnader och samhällskostnader och totala kostnader för några sjukdomar i Värmland har beräknats baserat på data från KPP databasen och litteraturen.

Utfallsvariabler

- Direkta kostnader:
 - Direkta sjukdomsrelaterade hälso- och sjukvårdskostnader: Sjukvårdsresurser (till exempel sluten/öppen vård, primärvård, läkemedel, medicinsk teknik).
 - Direkta sjukdomsrelaterade icke- hälso- och sjukvårdskostnader: till exempel hemtjänst, färdtjänst, informell vård/insatser från anhöriga, patienternas och anhörigas resekostnader, läkemedel.
- Indirekta kostnader:
 - Produktionsbortfall kan innebära förlorade arbetstimmar/dagar, sjukfrånvaro, arbetslöshet, löner eller annan indikator på marginal produktivitet på grund av sjukdomen som bärs av individen, familjen, samhället, eller av arbetsgivaren.
 - ”Immateriella” (intangibile) kostnader: Indirekta kostnader kan också inkludera ”intangibile” kostnader som representerar kostnader av

smärta, sorg, lidande och minskad livskvalitet (QoL). Emellertid har väldigt få studier beräknat ”intangible” kostnader.

RESULTAT

Diabetes

Prevalens i Värmland uppskattas till 1,9 procent och 11,2 procent av den vuxna populationen, för diabetes I respektive för diabetes II. Det motsvarar 4296 antal individer för diabetes I och 25 323 för diabetes II baserat på befolkningsstatistik från SCB, 2016.

Diabetesprevalens i Sverige har ökat från 5,8 procent till 6,8 procent mellan 2007 och 2013, men incidens blev kvar på 4,4 per 1000 personer. På grund av att incidensen är stabil och att överlevnaden har förbättrats, uppskattas att prevalens ska öka till 10,4 procent i år 2050 (Andersson et al. 2015). Även om incidens minskas med 1 procent per år, kommer prevalens av diabetes att fortsätta öka, på grund av demografiska ändringar och bättre överlevnad. Därför behövs en stor minskning i incidens för att förebygga den utvecklingen (Andersson et al. 2015).

Enligt litteraturen (Henriksson et al. 1998) motsvarar de direkta kostnaderna (hälso- och sjukvårdskonsumtion) för diabetes II till 43 procent av samhällets kostnader för diabetes II. De indirekta kostnaderna är 57 procent (sjukskrivningar, tidig pension och mortalitet) av de totala kostnaderna. Baserat på det antagandet och på data från KPP databasen i LiV kring de direkta hälso- och sjukvårdskostnader, uppskattas de totala kostnaderna för diabetes II i Värmland till 150 967 941,1 SEK för 2017 (Tabell 2).

Tabell 1. Totala kostnader diabetes II i Värmland, 2017

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Direkta kostnader | 64 916 214,7 kr |
| Indirekta kostnader | 86 051 726,4 kr |
| Totala kostnader | 150 967 941,1 kr |

I tabellen 2 syns hälso- och sjukvårdskostnaderna i Värmland för året 2016 och 2017 baserat på KPP databasen för huvuddiagnos diabetes I och diabetes II (primärvårdsdata saknas 2016). De årliga kostnaderna per individ med diabetes typ II uppskattas till 4888,3 SEK 2017.

De siffrorna är möjligen underestimerade eftersom de inte inkluderar sekundära diagnoser och komplikationer från diabetes. Finns studie (Henriksson et al. 1998) som visar att de årliga kostnaderna per patient kan vara mycket högre till exempel kring 25 000 SEK per år. I synnerhet har patienter med makro- och mikrovaskulära

komplikationer över 3 gånger högre kostnader i jämförelse med patienter utan komplikationer. På det sättet har de årliga direkta och indirekta kostnaderna uppskattats (Jansson et al. 2007) till 61700 SEK, det vill säga över 2 gånger högre än de kostnader som tidigare uppskattats. Då kostnader delas upp i: 28 procent hälso- och sjukvårdskostnader, 31 procent kommunala och anhörigas kostnader och 41 procent produktionsbortfallkostnader. Om kalkyler inkluderar co-morbiditet och komplikationer ökar den rejäla bördan väsentligt av sjukdomen till samhället.

Totala kostnader av diabetes är stora och ökar även i Sverige som är ett ganska låg-prevalensland. Nyckeln till att minska kostnaderna verkar vara intensiv management och kontroll för att förhindra och fördröja de associerade sena komplikationerna (Ehlken et al. 2005) .

Tabell 2. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: diabetes I&II, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Diabetes I | 7 123 | 1 540 | 4,6 | 26 480 957,0 | 17 195,4 | 3 717,7 | 3 291,0 | 513,0 | 513,0 | 551 583,4 |
| Slutenvård | 64 | 55 | 1,2 | 3 314 913,7 | 60 271,2 | 5 1795,5 | 3 3751,4 | 4 608,4 | 4 608,4 | 551 583,4 |
| Öppenvård | 7 059 | 1 526 | 4,6 | 23 166 043,3 | 15 180,9 | 3 281,8 | 3 291,0 | 513,0 | 513,0 | 16 760,0 |
| Primärvård | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| Diabetes II | 2 340 | 879 | 2,7 | 13 091 677,7 | 14 893,8 | 5 594,7 | 2 836,0 | 513,0 | 513,0 | 348 840,5 |
| Slutenvård | 148 | 129 | 1,1 | 6 631 984,1 | 5 1410,7 | 44 810,7 | 30 864,7 | 4 327,0 | 4 327,0 | 348 840,5 |
| Öppenvård | 2 192 | 783 | 2,8 | 6 459 693,7 | 8 249,9 | 2 946,9 | 2 836,0 | 513,0 | 513,0 | 33 132,0 |
| Primärvård | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Diabetes I | 7 613 | 1 750 | 4,4 | 31 146 256,3 | 17 797,9 | 4 091,2 | 4 053,0 | 340,0 | 340,0 | 256 070,1 |
| Slutenvård | 67 | 60 | 1,1 | 3138984,3 | 52 316,4 | 4 6850,5 | 28 694,2 | 5 372,0 | 5 372,0 | 256 070,1 |
| Öppenvård | 6 775 | 1 588 | 4,3 | 27 052 617,0 | 17 035,7 | 3 993,0 | 4 053,0 | 597,0 | 597,0 | 32 565,0 |
| Primärvård | 771 | 353 | 2,2 | 954 655,0 | 2 704,4 | 1 238,2 | 1 132,0 | 340,0 | 340,0 | 17 684,0 |
| Diabetes II | 38 604 | 13 299 | 2,9 | 64 916 214,7 | 4881,3 | 1 681,6 | 1 353,0 | 233,0 | 233,0 | 476 182,3 |
| Slutenvård | 134 | 119 | 1,1 | 7 592 644,9 | 63 803,7 | 56 661,5 | 31 592,4 | 4 195,5 | 4 195,5 | 476 182,3 |
| Öppenvård | 1 928 | 716 | 2,7 | 6 753 145,8 | 9 431,8 | 3 502,7 | 3 567,0 | 527,0 | 527,0 | 31 549,3 |
| Primärvård | 36 542 | 13 010 | 2,8 | 50 570 424,0 | 3 887,0 | 1 383,9 | 1 315,0 | 233,0 | 233,0 | 18 350,0 |

ATOPISKT EKSEM (AD)

I Värmland uppskattas att 1,5 procent av den vuxna populationen har svåra besvär från AD och 11,9 procent har lätta besvär, det vill säga ungefär 30 260 medborgare över 18 år har någon typ av besvär.

Väldigt få studier har uppskattat kostnaderna för eksem och det finns ingen studie alls som skattar kostnader för eksem i Sverige med hjälp av svenska data. Trots att resultaten varierar i de få studier som finns indikeras att den ekonomiska bördan är betydande (Jansson et al. 2007). I Tyskland har de samhällsekonomiska kostnaderna för eksem beräknats till 1,2–3,5 miljarder euro per år (2005) (Ehlken et al. 2001). Jansson et al (Jansson et al. 2007) estimerade sjukdomskostnader för AD i Sverige till mellan 282 miljoner och 2 678 miljoner SEK per år (2005).

Baserat på uppgifter från litteraturen (Norrlid et al. 2016) om indirekta kostnader och "out of pocket" kostnader för terapi och data från KPP databasen i LiV, uppskattas de totala kostnader i Värmland i genomsnitt till 29 124 68 SEK per år (minimum: 10,9 miljoner, maximum: 48,8 miljoner (Tabell 3). Den är en "base case" analys därför att data är ganska osäkra och resultat kan ändras beroende på olika antaganden till exempel terapikostnader. Dessutom inkluderar inte den uppskattning de nya mycket dyrare läkemedel (antikroppar). I tabellen 4 visas hälso- och sjukvårdskostnader för AD hos vuxna i Värmland (2016 och 2017).

Tabell 3. Totala kostnader AD i Värmland, 2016

| BASE CASE 1 | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Direkta kostnader | Genomsnitt | min | max |
| Underhållsbehandling | 23 968 462,04 kr | 7 989 487,35 kr | 31 957 949,38 kr |
| Glycokortikoider | 3 081 973,97 kr | 2 022 666,17 kr | 6 163 947,95 kr |
| Hälso- och sjukvårdskostnader | 1 651 845,00 kr | 684 378,00 kr | 9 864 972,00 kr |
| Totala direkta kostnader | 28 702 281,01 kr | 10 696 531,51 kr | 47 986 869,33 kr |
| Indirekta kostnader | Genomsnitt | min | max |
| Produktionsbortfall | 422 186,76 kr | 211 093,38 kr | 844 373,52 kr |
| Totala kostnader | 29 124 67,77 kr | 10 907 624,89 kr | 48 831 242,85 kr |

Väldigt få studier inkluderar "intangibile" kostnader, det vill säga kostnader för minskad kvalitet av livet. Den betalningsviljan (WTP) modellen kan användas för att uppskatta dem. En studie från Tyskland (Beikert et al. 2014) publicerad 2014 uppskattade WTP för att "läka från AD på ett hållbart sätt" till 11,884 (min max: 0 - 100000).

Tabell 4. Hälsa-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: atopiskt eksem, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Atopiskt eksem | 1 199 | 591 | 2,0 | 1 651 878 | 2 795 | 1 378 | 1 419 | 579 | 834 |
| Slutenvård | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Öppenvård | 751 | 233 | 3,2 | 941 796 | 4 042 | 1 254 | 1 131 | 579 | 8 346 |
| Primärvård | 448 | 391 | 1,1 | 710 081 | 1 816 | 1 585 | 1 625 | 585 | 3 490 |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Atopiskt eksem | 1 135 | 562 | 2,0 | 1 843 905 | 3 281 | 1 625 | 1 543 | 328 | 40 773 |
| Slutenvård | 2 | 2 | 1,0 | 49 519 | 24 759 | 24 759 | 24 759 | 8745 | 40 773 |
| Öppenvård | 697 | 214 | 3,3 | 1 055 720 | 4 933 | 1 515 | 1 543 | 328 | 9 964 |
| Primärvård | 436 | 377 | 1,2 | 738 666 | 1 959 | 1 694 | 1 683 | 340 | 8 211 |

DEPRESSION OCH ÅNGEST

Baserat på enkäten har 9,0 procent av vuxna (20 348 individer) i Värmland diagnostiserad depression, 2016. 26,5 procent hade lätta besvär och 4,7 procent rapporterade svåra besvär från ångslan, oro eller ångest.

Depression är den dyraste mental disorder i Europa, som representerar 33 procent av de totala kostnaderna och 1 procent av total GDB. Studie visar att kostnader för depression har ökat det senaste decenniet. De årliga kostnaderna estimerades till \$118 miljarder (~1,3 bn SEK). Direkta kostnader var kring \$42 miljarder (~4,4 bn SEK) och indirekta kostnader på grund av morbiditet och mortalitet uppskattades till \$76 miljarder (Sobocki et al. 2006) (~7,8 bn SEK).

De årliga sociala kostnaderna per patient i Sverige uppskattas i genomsnitt till ungefär 17 600 SEK. Kostnader för produktionsbortfall (sjukskrivningar, sjukpension) är den största delen av kostnader (88 procent), och efter kommer öppenvårdskostnader (6 procent) och läkemedelskostnader (3 procent) (Sobocki et al. 2005. Ekman et al. 2013). Kostnader var betydligt högre mellan patienter med co-morbiditet som psykos eller ångest, för patienter som behövt stanna på sjukhuset och för dem med funktionsnedsättning (Ekman et al. 2013). Bättre detektion, förebyggande åtgärder och patient management kan minska bördan av depression och relaterade kostnader (Sobocki et al. 2006).

I tabellen 5 visas hälso- och sjukvårdskostnaderna för patienter med huvuddiagnos depression för år 2016 och 2017 i Värmland. Totalkostnad har ökat från 60,8 millioner SEK 2016 till 69,8 millioner SEK 2017, trots att antal individer inte har ökat mycket (26 flera individer sökte vård 2017, exkluderas psykiatri) och antal kontakter har minskat. Detsamma gäller i psykiatri; trots att få patienter sökte vård (8863 patienter 2016, 8105 patienter 2017) har totalkostnader per individ och per besök ökat. Kostnader för slutenvård och psykiatri har ökat mer än de andra delarna.

På liknande sätt kan ångest påverka betydligt funktionsnedsättning och resursanvändning vilket innebär en betydande ekonomisk börda som ökar med allvarlighetsgrad av sjukdomen (Toghianian et al. 2014). I tabellen 6 visas hälso- och sjukvårdskostnader för ångestdiagnos. Antal individer och kontakter och totala kostnader har ökat betydligt i SV/ ÖV/ PV men inte i psykiatri.

Tabell 5. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: depression, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos Depression | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| SV/ÖP/PV | 14 384 | 4 330 | 3,3 | 60 852 551 | 14 054 | 4 231 | 2 113 | 359 | 508 699 |
| Slutenvård | 258 | 221 | 1,2 | 25 696 031 | 116 272 | 99 597 | 74 279 | 4 516 | 508 699 |
| Öppenvård | 9 082 | 1 919 | 4,7 | 26 669 189 | 13 897 | 2 936 | 2 771 | 513 | 34 730 |
| Primärvård | 5 044 | 2 667 | 1,9 | 8 487 332 | 3 182 | 1 683 | 1 644 | 359 | 8 365 |
| Psykiatri | 8 863 | 1 842 | 4,8 | 51 028 381 | 27 703 | 5757 | 2 771 | 643 | 508 699 |

2017

| Huvuddiagnos Depression | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| SV/ÖP/PV | 14 202 | 4 356 | 3,3 | 69 836 995,0 | 16 032,0 | 4 917,0 | 2 271,0 | 233,0 | 800 125,0 |
| Slutenvård | 234 | 204 | 1,1 | 32 723 249,0 | 160 408,0 | 139 843,0 | 100 280,0 | 4 196,0 | 800 125,0 |
| Öppenvård | 8 231 | 1 861 | 4,4 | 27 048 783,0 | 14 535,0 | 3 286,0 | 3 064,0 | 461,0 | 99 684,0 |
| Primärvård | 5 737 | 2 729 | 2,1 | 10 064 964,0 | 3 688,0 | 1 754,0 | 1 744,0 | 233,0 | 15 122,0 |
| Psykiatri | 8 105 | 1 806 | 4,5 | 58 722 815,0 | 32 515,0 | 7 245,0 | 3 125,0 | 461,0 | 800 125,0 |

Tabell 6. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, diagnos: ångest, år 2016 och 2017

| 2016 | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|--|
| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad | |
| Ångest | 19 823 | 4 017 | 4,9 | 107 489 855 | 26 759 | 5 422 | 2 757 | 366 | 1 391 736 | |
| SV/ÖP/PV | 756 | 584 | 1,3 | 51 192 710,6 | 87 658,8 | 67 715,2 | 38 302,8 | 366,0 | 139 173 6,1 | |
| Slutenvård | 19 067 | 3 769 | 5,1 | 56 297 144,7 | 14 936,9 | 2 952,6 | 2 738,0 | 476,0 | 34 507,2 | |
| Öppenvård | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | |
| Primärvård | 17 849 | 3 324 | 5,4 | 87 745 788,5 | 26 397,6 | 4 916,0 | 2 757,0 | 799,0 | 574 511,9 | |
| Psykiatri | | | | | | | | | | |
| 2017 | | | | | | | | | | |
| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad | |
| Ångest | 34 570 | 9 588 | 3,6 | 148 881 501 | 15 528 | 4 307 | 2 200 | 233 | 1 609 293 | |
| SV/ÖP/PV | 925 | 679 | 1,4 | 65 636 553,6 | 96 666,5 | 70 958,4 | 39 633,8 | 1 050,0 | 1 609 293,1 | |
| Slutenvård | 18 591 | 3 915 | 4,7 | 57 241 305,0 | 14 621,0 | 3 079,0 | 2 987,0 | 393,0 | 18 591,0 | |
| Öppenvård | 15 054 | 6 506 | 2,3 | 26 003 642,0 | 3 996,9 | 1 727,4 | 1 690,0 | 233,0 | 16 897,0 | |
| Primärvård | 17 183 | 3 434 | 5,0 | 87 923 054,8 | 25 603,7 | 5 116,9 | 2 987,0 | 816,0 | 101 428 3,6 | |
| Psykiatri | | | | | | | | | | |

ÖVERVIKT OCH FETMA

Enligt enkäten hade 55,9 procent av vuxna i Värmland 2016 (det vill säga 126 387 individer) BMI>25 (övervikt). 41 149 individer (18,2 procent) rapporterade BMI>30 (fetma).

Fetma är en riskfaktor för sjukskrivning, sjukpension och prematur död. Fetma är därför förmodligen relaterad till ökade produktivitetsförluster (Neovius et al. 2012). Övervikt och fetma är faktiskt associerade med nästan dubbelt så höga produktivitetsförluster för samhället som för normal vikt över en livstid (Neovius et al. 2012). De förlusterna har uppskattas till ungefär 970 000 SEK och inkluderar minskad produktivitet, sjukfrånvaro, sjukpension och prematur död (Neovius et al. 2012). De typerna av kostnaderna måste inkluderas i hälsoekonomiska analyser av förebyggande interventioner mot övervikt för att säkerställa en effektiv fördelning av resurser ur ett samhällsperspektiv (Neovius et al. 2012. Neovius et al. 2012). Dessutom, borde också relaterade sjukdomar och komplikationer inkluderas i analyser, såsom lever och psykiska sjukdomar (Tremmel et al. 2017).

Den estimerade ekonomiska bördan av övervikt är kring 3 600 million SEK (390 million Euro), varav 1 800 miljoner kronor (190 miljoner euro) spenderades på sjukhusvård (Odegaard et al. 2008).

I Tyskland uppgår de årliga direkta kostnaderna för fetma till cirka 29,39 miljarder euro och de indirekta kostnaderna för ytterligare 33,65 miljarder euro. Ur ett livstidsperspektiv är varje övervikt för en man lika med en extra börda på 166 911 euro och för varje kvinna på 206 526 euro för socialförsäkringssystemet i Tyskland (Effertz et al. 2016).

Enligt litteraturen är fetma (på grund av ohälsosam ätning) på väg att ersätta tobakskonsumtionen som den viktigaste farliga livsstilsfaktorn och bör därför fokuseras mer intensivt av folkhälsopolitiken (Effertz et al. 2016). I länder så som USA har livslängden sjunkit för första gången under senare åren pga bl annat fetma och drogmissbruk.

I tabell 7 visas hälso- och sjukvårdskostnader i Värmland för huvuddiagnos fetma för åren 2016 and 2017. Antalet individer, kontakter och totalkostnader har minskats från 2016 till 2017.

Tabell 7. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: fetma (BMI>30), år 2016 och 2017

| 2016 | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad | Max. kostnad |
| Fetma | 2 736 | 1 168 | 2,3 | 15 010 819 | 12 852 | 5 486 | 1 589 | 513 | 505 721 | 505 721 |
| Slutenvård | 176 | 176 | 1,0 | 10 771 130 | 61 200 | 61 200 | 53 810 | 827 | 505 721 | 505 721 |
| Öppenvård | 1 384 | 500 | 2,8 | 2 705 087 | 5 410 | 1 955 | 1 718 | 513 | 24 717 | 24 717 |
| Primärvård | 1 176 | 782 | 1,5 | 1 534 603 | 1 962 | 1 305 | 980 | 552 | 5 199 | 5 199 |
| 2017 | | | | | | | | | | |
| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad | Max. kostnad |
| Fetma | 2 126 | 959 | 2,2 | 11 801 714 | 12 306 | 5 551 | 1 441 | 41 | 127 495 | 127 495 |
| Slutenvård | 145 | 142 | 1,0 | 8 650 166 | 60 917 | 59 656 | 58 126 | 3 473 | 127 495 | 127 495 |
| Öppenvård | 1 112 | 439 | 2,5 | 1 926 574 | 4 389 | 1 733 | 1 851 | 517 | 9 138 | 9 138 |
| Primärvård | 869 | 590 | 1,5 | 1 224 974 | 2 076 | 1 410 | 1 230 | 41 | 7 972 | 7 972 |

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM (KOL)

Prevalens av KOL i Värmland 2016 uppskattas till 3,7 procent av vuxna individer (8365). Studier visar att det finns en stark relation mellan sjukdomens svårighetsgrad och kostnader (Lisspers et al. 2018, Jansson et al. 2013). Totala kostnader i Sverige uppskattas till 13,9 bn SEK 2010 (Jansson et al. 2013).

Den årliga kostnaden per patient uppskattas 2013 till 5696 SEK för mild, 30,957 SEK för måttlig, 54,242 SEK för allvarlig, respektive 165,569 SEK för mycket allvarlig KOL. Direkta kostnader inkluderade sjukhusvistelse för mycket allvarlig KOL och läkemedelskostnader. Indirekta kostnader inkluderade produktionsbortfall på grund av sjukskrivningar för mild KOL och tidig pension för mer allvarlig KOL (Jansson et al. 2013).

En annan studie (Lisspers et al. 2018) uppskattade de direkta kostnaderna kring 136,048 SEK, huvudsakligen på grund av sjukhusvistelse orelaterade till KOL. De direkta kostnaderna ökade med sjukdomens ökade svårighetsgrad och ålder och drevs av dyrare andningsläkemedelskostnader och icke-KOL-relaterade sjukhusövernätter. Indirekta kostnader uppskattades kring 289,480 SEK per patient och de var den största ekonomiska bördan i KOL patienter av produktiv ålder 2013. Resultat påpekar att management av co- morbiditet i KOL skulle kunna offra kliniska fördelar och minska den ekonomiska bördan från sjukdomen (Lisspers et al. 2018).

I tabellen 8 visas hälso- och sjukvårdskostnaderna i Värmland för huvuddiagnos KOL för år 2016 och år 2017. Primärvårddata var inte tillgängliga (NA) 2016. Det verkar som att hälso- och sjukvårdskostnaderna drivs från slutenvård.

Tabell 8. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: KOL, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| KOL | 2 477 | 752 | 3,3 | 24 508 991,2 | 32 591,7 | 9 894,6 | 2 471,0 | 463,0 | 564 691,8 |
| Slutenvård | 541 | 343 | 1,6 | 19 516 100,1 | 56 898,3 | 36 074,1 | 26 352,2 | 1 120,0 | 564 691,8 |
| Öppenvård | 1 936 | 531 | 3,6 | 4 992 891,2 | 9 402,8 | 2 579,0 | 2 471,0 | 463,0 | 19 351,0 |
| Primärvård | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| KOL | 5 570 | 2 036 | 2,7 | 40 142 263,6 | 19 716,2 | 7 206,9 | 1 953,0 | 509,0 | 408 087,7 |
| Slutenvård | 643 | 384 | 1,7 | 30 213 718,6 | 78 681,6 | 46 988,7 | 29 709,4 | 1 836,0 | 408 087,7 |
| Öppenvård | 2 196 | 570 | 3,9 | 4 989 536,0 | 8 754,0 | 2 272 | 1 953,0 | 516 | 15 706,0 |
| Primärvård | 2 731 | 1 617 | 1,7 | 4 939 009,0 | 3 054,4 | 1 808,5 | 1 683,0 | 509,0 | 10 883,0 |

ASTMA

Prevalens av astma i Värmland 2016 uppskattas till 7,8 procent hos vuxna individer. De samhällsekonomiska kostnaderna för astma i Sverige 2005 uppskattades till mellan 3,0-7,7 miljarder SEK (Norrlid et al. 2016). Direkta kostnader var mellan 1,1-21 miljarder SEK och indirekta mellan 1,9-4,9 miljarder SEK.

De direkta och indirekta kostnaderna per individ uppgick till 4 931 SEK (31,0 procent) respektive till 10 988 SEK (69,0 procent). De totala kostnaderna för astma för samhället uppskattas till 3,7 miljarder SEK i åldersintervallet 25-56 år, och därmed ungefär dubbelt så höga i hela Sveriges befolkning. Kostnaderna var starkt beroende av sjukdomens svårighetsgrad och ökande ålder (Jansson et al. 2007).

En studie från 2016 visade att den direkta bördan av astma och KOL i Sverige var kring 5,7 miljarder SEK. Om produktionsbortfallkostnader inkluderas i uppskattningen, ökar de totala kostnaderna till 17 miljarder SEK (Lewis et al. 2016). Den studien underlinjer att läkemedelskostnaderna och inhalations metoder påverkar direkta kostnader.

I tabell 10 visas hälso- och sjukvårdskostnaderna för astma som huvuddiagnos i Värmland 2016 och 2017. Flera patienter sökte vård 2017 och de flesta i primärvård. Totala kostnader har ökat, 2017, det vill säga från 7,6 miljoner 2016 till 9,0 miljoner 2017. Kostnader har ökat, 2017, i slutenvård och i primärvård men har minskat i öppenvård.

Tabell 10. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: astma, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Astma | 3 188 | 2 206 | 1,4 | 7 619 429 | 3 454 | 2 390 | 1 722 | 488 | 76 669 |
| Slutenvård | 32 | 30 | 1,1 | 646 846 | 21 562 | 20 214 | 16 296 | 5 839 | 76 669 |
| Öppenvård | 809 | 524 | 1,5 | 3 294 863 | 6 288 | 4 073 | 4 495 | 513 | 15 908 |
| Primärvård | 2 347 | 1 785 | 1,3 | 3 677 720 | 2 060 | 1 567 | 1 424 | 488 | 8 208 |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Astma | 3 591 | 2 384 | 1,5 | 9 013 491 | 3 781 | 2 510 | 1 818 | 535 | 149 088 |
| Slutenvård | 46 | 37 | 1,2 | 1 253 527 | 33 879 | 27 251 | 16 741 | 5 700 | 149 088 |
| Öppenvård | 809 | 485 | 1,7 | 2 977 149 | 6 138 | 3 680 | 3 744 | 535 | 28 365 |
| Primärvård | 2 736 | 1 990 | 1,4 | 4 782 815 | 2 403 | 1 748 | 1 642 | 641 | 14 274 |

HÖGT BLODTRYCK

36,8 procent av den vuxna populationen har svarat att de har diagnostiserat högt blodtryck. I tabellen 11 visas hälso- och sjukvårdskostnaderna i Värmland för 2016 och 2017. Antal individer och kontakter har ökat 2017 i jämförelse med 2016. Totalkostnader 2016 var 42,8 miljoner SEK och 50,3 miljoner 2017. Den största ekonomiska bördan är i primärvård. Den bördan har ökat 2017 i jämförelse med 2016 medan kostnaderna i slutenvård och öppenvård har minskats.

ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM (CVD)

Baserat på litteraturen, varierar de indirekta kostnaderna kraftigt relaterade till produktionsbortfall hos patienter med hjärtsjukdom. Dessa kostnader beror på typen av händelsen. Inkrementella kostnader uppskattas för myokardinfarkt kring 35 386 SEK, för instabil angina kring 27 919 SEK och för ischemisk stroke kring 69 273 SEK (Banefelt et al. 2016).

På samma sätt är hälso- och sjukvårdskostnader stora och varierar för CV-händelser. Inkrementella kostnader förblir förhöjda i flera år efter en händelse (21). Den genomsnittliga inkrementella kostnaden för patienter med låg risk för CVD eller en historia av allvarlig CVD var kring ~85 250 SEK respektive ~87 711 under det första året efter händelsen. Ischemisk stroke var den dyraste händelsen i den första år hos patienter med en historia av allvarlig CVD (~104 120 SEK) (Hallberg et al. 2016).

I tabell 12 visas hälso- och sjukvårdskostnaderna i Värmland för 2016 och 2017 för huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom. Antal individer har minskat från 2017 i jämförelsen med 2016 men antal kontakter och totala kostnader har ökat. Den högsta bördan är på slutenvård där kostnader har ökat från 61,0 miljoner SEK 2016 till 69,6 miljoner 2017. Den högsta ökningen är i öppenvård 2017 i jämförelse med 2016, det vill säga från 18, 2 miljoner 2016 till 23,5 miljoner 2017.

Tabell 11. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: hypertoni, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Hypertoni | 22 273 | 15 229 | 1,5 | 42 840 795 | 2813 | 1923 | 1634 | 379 | 163 189 |
| Slutenvård | 116 | 106 | 1,1 | 3 181 059 | 30 010 | 27 423 | 18 586 | 422 | 163 189 |
| Öppenvård | 1 413 | 1 023 | 1,4 | 5 307 491 | 5188 | 3756 | 3236 | 626 | 64 096 |
| Primärvård | 20 744 | 14 500 | 1,4 | 34 352 246 | 2369 | 1656 | 1541 | 379 | 15 702 |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Hypertoni | 24 872 | 16 037 | 1,6 | 50 302 305 | 3 137 | 2 022 | 1 790 | 532 | 116 013 |
| Slutenvård | 99 | 89 | 1,1 | 2 534 693 | 28 480 | 25 603 | 18 352 | 2 535 | 116 013 |
| Öppenvård | 1 196 | 890 | 1,3 | 4 873 919 | 5 476 | 4 075 | 3 703 | 532 | 53 770 |
| Primärvård | 23 577 | 15 441 | 1,5 | 42 893 692 | 2 778 | 1 819 | 1 749 | 615 | 16 656 |

Tabell 12. Hälso- och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: ischemisk hjärtsjukdom, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Ischemisk hjärtsjukdom | 7 847 | 3 413 | 2,3 | 83 364 762 | 24 426 | 10 624 | 2 401 | 364 | 370 320 |
| Slutenvård | 1 395 | 1 001 | 1,4 | 61 023 662 | 60 963 | 43 745 | 42 004 | 951 | 370 320 |
| Öppenvård | 4 404 | 1 518 | 2,9 | 18 224 239 | 12 005 | 4 138 | 2 401 | 364 | 73 048 |
| Primärvård | 2 048 | 1 809 | 1,1 | 4 116 861 | 2276 | 2 010 | 1 926 | 637 | 15 192 |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Ischemisk hjärtsjukdom | 8 786 | 3 400 | 2,6 | 97 390 753 | 28 644 | 11 085 | 2 369 | 532 | 508 275 |
| Slutenvård | 1 467 | 1 084 | 1,4 | 69 601 346 | 64 208 | 47 445 | 46 757 | 1 269 | 508 275 |
| Öppenvård | 5 400 | 1 678 | 3,2 | 23 524 450 | 14 019 | 4 356 | 2 369 | 532 | 72 990 |
| Primärvård | 1 919 | 1 715 | 1,1 | 4 264 958 | 2 487 | 2 222 | 2 068 | 555 | 16 684 |

ÅTERKOMMANDE MAGBESVÄR

20,5 procent av den vuxna populationen har svarat att ha lätta återkommande magbesvär och 4,1 procent svåra besvär. I tabellen 13 visas de hälso- och sjukvårdskostnaderna för huvuddiagnos återkommande magbesvär. Totala kostnaderna beräknas till 70,5 miljoner SEK 2017 och har ökat från 2016, trots att antal patienter och besök har minskats. Den ökade belastningen och ekonomiska bördan har påverkat mest öppenvården (från 26 miljoner SEK 2016 till 29,6 miljoner 2017).

MUSKELOSKELETAL

I tabellen 14 visas hälso- och sjukvårdskostnaderna för huvuddiagnos muskeloskeletal besvär. Totalkostnaderna var 353 miljoner SEK 2016 och har ökat betydligt 2017 upp till 382 miljoner SEK. Den högsta ekonomiska bördan är i öppenvården. 3,4 procent av populationen har svarat att ha varit sjukskriven på grund av relaterade besvär, men resultatet är ganska osäkert därför att många svar saknades (~73 procent).

FALL OCH FALL-RELATERADE SKADOR

Fall och fall-relaterade skador är vanliga och det är ett allvarligt folkhälsoproblem, särskilt hos äldre (NICE, 2013, SKL, 2011). Fallskador beräknas utgöra 12 procent av sjukhusvårdsepisoderna i Sverige andra än för hjärt-kärlsjukdom (Skog M, 2016). Fare estimated to in Sweden. De direkta kostnaderna för fall bland äldre uppskattas vara upp till 5 miljarder SEK (SKL, 2011). Fall-relaterade kostnader bland äldre står för upp till 0,85-1,5 procent av de totala sjukvårdsutgifterna (Heinrich et al. 2010).

Konsekvenserna av fall och fallrelaterade skador beskrivs i stor utsträckning i litteraturen (NICE, 2013. SKL, 2011. Sahota et al. 2014. Drahota et al. 2013. Galbraith et al. 2011. Socialstyrelsen, 2017). Enligt NICE (NICE, 2013) i UK och Socialstyrelsen i Sverige (Socialstyrelsen, 2017) orsakar fall en stor känslomässig och fysisk börda eftersom de påverkar direkt patientens livskvalitet (Andersson et al. 2015). Fall och relaterade skador orsakar nöd, smärta, skada, rädsla för fall och förlust av självförtroende och självständighet, generell nedgång i hälsa och ökade kostnader för hälso- och sjukvård, inklusive kostnader för behandling av skador, sjukhusvistelse, klagomål och tvister (Sahota et al. 2014. Drahota et al. 2013. Galbraith et al. 2011).

Skador uppstår i cirka 30 procent av alla fall och allvarliga skador i upp till 6 procent (Spetz et al. 2007), därför kan majoriteten av fallen betraktas som relativt milda (Haines et al. 2013). Däremot kan de vara förknippade med be-

tydande sjuklighet och även dödlighet (Cameron et al. 2012). Till exempel, en höftfraktur, som är en av de allvarligaste skadorna från fall kan leda till en allmän nedgång i hälsa och för patienter över 60 års ålder, är det förknippat med döden i 15 procent till 26 procent av patienterna inom ett år (Skog M, 2016. Galbraith et al. 2011. Cusimano et al. 2008).

Skador från fall är en av de vanligaste skadorna på sjukhus (Haines et al. 2013). I Danmark (Nielsen A, 2010) orsakar fallskador nära 10 procent av de totala rapporterade vårdskadorna och i Sverige beräknas skador utgöra 5 procent av de totala skadorna i vården (Socialstyrelsen, 2017). Den genomsnittliga ökningen av sjukhusvistelselängd uppskattas vara 8 dagar (Morello et al. 2015) i jämförelse med "icke-fall" och detta medför betydande ytterligare sjukhuskostnader, runt omkring 60 000 SEK. Detta beroende på omfattningen av skadan och om det behövs operation eller inte, kostnaden per fall uppskattas (Teresi et al. 2013) vara mellan 41 000 SEK och 320 000 SEK.

Tabell 13. Hälso- och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: återkommande magbesvär, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Återkommande magbesvär | 15 124 | 9 761 | 1,5 | 67 494 080 | 6 915 | 4 463 | 2 700 | 0 | 875 867 |
| Slutenvård | 927 | 786 | 1,2 | 27 029 665 | 34 389 | 29 158 | 15 621 | 827 | 875 867 |
| Öppenvård | 7 445 | 5 110 | 1,5 | 26 044 803 | 5 097 | 3 498 | 2 833 | 0 | 52 289 |
| Primärvård | 6 752 | 5 414 | 1,2 | 14 419 612 | 2 663 | 2 136 | 1 972 | 462 | 85 46 |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Återkommande magbesvär | 15 045 | 9 558 | 1,6 | 70 526 572 | 7 379 | 4 688 | 2 920 | 41 | 1 122 736 |
| Slutenvård | 671 | 576 | 1,2 | 25 307 947 | 43 937 | 37 717 | 17 908 | 1770 | 1 122 736 |
| Öppenvård | 7 867 | 5 398 | 1,5 | 29 566 806 | 5 477 | 3 758 | 3 055 | 114 | 42 100 |
| Primärvård | 6 507 | 5 110 | 1,3 | 15 651 818 | 3 063 | 2 405 | 2 141 | 41 | 15 776 |

Tabell 14. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos: muskeloskeletal, år 2016 och 2017

2016

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Muskel-oskeletal | 112 673 | 38 461 | 2,9 | 353 355 838 | 9 187 | 3 136 | 1 611 | 0 | 820 231 |
| Slutenvård | 2 317 | 1 997 | 1,2 | 127 748 614 | 63 970 | 55 135 | 53 561 | 2 066 | 820 231 |
| Öppenvård | 75 259 | 22 815 | 3,3 | 157 328 348 | 6 896 | 2 090 | 1 216 | 0 | 76 040 |
| Primärvård | 35 097 | 23 547 | 1,5 | 68 278 876 | 2 900 | 1 945 | 1 744 | 379 | 16 464 |

2017

| Huvuddiagnos | Antal kontakter | Antal individer | Kontakter per individ | Totalkostnad | Totalkostnad per individ | Medelkostnad per kontakt | Mediankostnad per kontakt | Min. kostnad | Max. kostnad |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Muskel-oskeletal | 114 719 | 39 197 | 2,9 | 381 595 227 | 9 735 | 3 326 | 1 766 | 340 | 1 236 781 |
| Slutenvård | 2 261 | 2 004 | 1,1 | 135 452 383 | 67 591 | 59 908 | 57 936 | 1 242 | 1 236 781 |
| Öppenvård | 78 632 | 24 886 | 3,2 | 173 360 997 | 6 966 | 2 205 | 1 370 | 393 | 80 443 |
| Primärvård | 33 826 | 22 466 | 1,5 | 72 781 847 | 3 240 | 2 152 | 1 912 | 340 | 19 911 |

AVSLUTANDE KOMMENTARER

Den ekonomiska bördan av många sjukdomar är betydande och kommer att öka på grund av en äldre population och multisyjuka patienter.

Av de sjukdomar som beskrivs i detta kapitel verkar hälso- och sjukvården att belastas mycket från muskuloskeletal besvär och psykiska sjukdomar. Dessa sjukdomar relateras samtidigt med höga indirekta kostnader som produktionsbortfall. Diabetes II har också beräknats att ha betydliga samhällskostnader som kan öka väsentligt om kalkyler inkluderar co-morbiditet och komplikationer.

Enligt enkäten får 4,6 procent av populationen någon typ av sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad). Det betyder att produktionsbortfallkostnader kan uppgå till 2,9 miljarder SEK 2016.

Baserat på en rapport från Försäkringskassan 2017 (Försäkringskassan, 2017), gick 63 procent, av de 33,7 miljarder kronor som betalas ut i sjukpenning år 2016, till kvinnor och 37 procent till män. Det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar ökar i regel med stigande ålder, både för kvinnor och för män (fast dagsbeloppet var 6 procent högre för män än för kvinnor). En anledning till detta är att med stigande ålder ökar risken för sjukdom och det tar längre tid för återhämtning.

Uppgifterna från KPP databasen kring kostnader som visas i tabellerna kan antas som ett underuppskattning av troliga kostnader därför att de inte inkluderar sekundära diagnoser och komplikationer.

Dessutom för att få en komplett bild av den totala ekonomiska bördan i samhället borde också "intangible" kostnader" inkluderas i kalkyler för att värdera den minskade livskvalitet på grund av sjukdomen. Emellertid har väldigt få studier beräknat "intangible" kostnader. Om uppskattningarna inkluderar alla typer av möjliga kostnader, det vill säga direkta och indirekta kostnader samt co-morbiditet, komplikationer och av kvalitet av livet, ökar den rejäla bördan av sjukdom väsentligt till samhället.

REFERENSER

- Andersson T, Ahlbom A, Carlsson S. Diabetes Prevalence in Sweden at Present and Projections for Year 2050. *PLoS One*. 2015;10(11):e0143084.
- Banefelt J, Hallberg S, Fox KM, Mesterton J, Paoli CJ, Johansson G, et al. Work productivity loss and indirect costs associated with new cardiovascular events in high-risk patients with hyperlipidemia: estimates from population-based register data in Sweden. *Eur J Health Econ*. 2016;17(9):1117-24.
- Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Kornek T, Purwins S, Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res*. 2014;306(3):279-86.
- Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD005465.
- Cusimano MD, Kwok J, Spadafora K. Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care. *Inj Prev*. 2008;14(2):113-22.
- Drahota AK, Ward D, Udell JE, Soilemezi D, Ogollah R, Higgins B, et al. Pilot cluster randomised controlled trial of flooring to reduce injuries from falls in wards for older people. *Age and ageing*. 2013;42(5):633-40.
- Effertz T, Engel S, Verheyen F, Linder R. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*. 2016;17(9):1141-58.
- Ehlken B, Mohrenschlager M, Kugland B, Berger K, Quednau K, Ring J. [Cost-of-illness study in patients suffering from atopic eczema in Germany]. *Hautarzt*. 2005;56(12):1144-51.
- Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *J Affect Disord*. 2013;150(3):790-7.
- Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2017. Stockholm; 2017.
- Galbraith JG, Butler JS, Memon AR, Dolan MA, Harty JA. Cost analysis of a falls-prevention program in an orthopaedic setting. *Clin Orthop*. 2011;469(12):3462-8.
- Haines TP, Hill AM, Hill KD, Brauer SG, Hoffmann T, Etherton-Bear C, et al. Cost effectiveness of patient education for the prevention of falls in hospital: economic evaluation from a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2013;11:135.

- Hallberg S, Gandra SR, Fox KM, Mesterton J, Banefelt J, Johansson G, et al. Healthcare costs associated with cardiovascular events in patients with hyperlipidemia or prior cardiovascular events: estimates from Swedish population-based register data. *Eur J Health Econ*. 2016;17(5):591-601.
- Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König HH. Cost of falls in old age: a systematic review. *Osteoporos Int*. 2010;21(6):891-902.
- Henriksson F, Jonsson B. Diabetes: the cost of illness in Sweden. *J Intern Med*. 1998;244(6):461-8.
- Jansson S.A AMH, Dahlen S.E, Lundeck B. Okänt hur mycket astma och allergier kostar samhället. *Läkartidningen*. 2007;104.
- Jansson SA, Backman H, Stenling A, Lindberg A, Ronmark E, Lundback B. Health economic costs of COPD in Sweden by disease severity--has it changed during a ten years period? *Respir Med*. 2013;107(12):1931-8.
- Jansson SA, Ronmark E, Forsberg B, Lofgren C, Lindberg A, Lundback B. The economic consequences of asthma among adults in Sweden. *Respir Med*. 2007;101(11):2263-70.
- Latimer N, Dixon S, Drahota AK, Severs M. Cost-utility analysis of a shock-absorbing floor intervention to prevent injuries from falls in hospital wards for older people. *Age Ageing*. 2013;42(5):641-5.
- Lewis A, Torvinen S, Dekhuijzen PN, Chrystyn H, Watson AT, Blackney M, et al. The economic burden of asthma and chronic obstructive pulmonary disease and the impact of poor inhalation technique with commonly prescribed dry powder inhalers in three European countries. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:251.
- Lisspers K, Larsson K, Johansson G, Janson C, Costa-Scharplatz M, Gruenberg-er JB, et al. Economic burden of COPD in a Swedish cohort: the ARCTIC study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:275-85.
- Morello RT, Barker AL, Watts JJ, Haines T, Zavarsek SS, Hill KD, et al. The extra resource burden of in-hospital falls: a cost of falls study. *Med J Aust*. 2015;203(9):367.
- Neovius K, Neovius M, Kark M, Rasmussen F. Association between obesity status and sick-leave in Swedish men: nationwide cohort study. *Eur J Public Health*. 2012;22(1):112-6.
- Neovius K, Rehnberg C, Rasmussen F, Neovius M. Lifetime productivity losses associated with obesity status in early adulthood: a population-based study of Swedish men. *Appl Health Econ Health Policy*. 2012;10(5):309-17.
- NICE. Falls: Assessment and prevention of falls in older people. Manchester, UK.: Centre for Clinical Practice at NICE; 2013.

- Nielsen A. Health technology assessment for preventing patient falls in hospitals. *Injury Prevention*. 2010;16((Suppl 1)):A1-A289.
- Norrlid H, Hjalte F, Lundqvist A, Svensson A, Tennvall GR. Cost-effectiveness of Maintenance Treatment with a Barrier-strengthening Moisturizing Cream in Patients with Atopic Dermatitis in Finland, Norway and Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(2):173-6.
- Odegaard K, Borg S, Persson U, Svensson M. The Swedish cost burden of overweight and obesity--evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *Int J Pediatr Obes*. 2008;3 Suppl 1:51-7.
- Sahota O, Drummond A, Kendrick D, Grainge MJ, Vass C, Sach T, et al. REFINE (REducing Falls in In-patienT Elderly) using bed and bedside chair pressure sensors linked to radio-pagers in acute hospital care: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2014;43(2):247-53.
- SKL. Fall och fallskador: Åtgärder för att förebygga. : Sveriges Kommun och Landsting; 2011 [Available from: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-628-6.pdf?issuusl=ignore>
- Skog M. Fallprevention: Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting; 2016 [Available from: <http://www.varhandboken.se/Texter/Fallprevention/Oversikt/>
- Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(2):87-98.
- Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, Strom O, Runeson B. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):146-52.
- Socialstyrelsen. Minska risken för fallskador 2017-12 [Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/vardskadeomraden/fallskador>
- Spetz J, Jacobs J, Hatler C. Cost effectiveness of a medical vigilance system to reduce patient falls. *Nurs Econ*. 2007;25(6):333-8, 52.
- Teresi JA, Ramirez M, Remler D, Ellis J, Boratgis G, Silver S, et al. Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(4):448-63.
- Toghanian S, Dibonaventura M, Jarbrink K, Locklear JC. Economic and humanistic burden of illness in generalized anxiety disorder: an analysis of patient survey data in Europe. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2014;6:151-63.
- Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(4).

Bilaga

LIV OCH HÄLSA-ENKÄTEN 2017

Frågeformulären som ligger till grund för denna rapport finns att läsa på:

<https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/folkhalsa-och-samhallsmedicin2/Befolkningsdata/liv-och-halsa/>

Slutord och tack

LAURA VON KOBYLETZKI

SLUTORD

Värmlänningars hälsa är god, men det finns möjligheter att förbättra hälsan än mer. Friskfaktorer har identifierats under arbetets gång, så som fysisk aktivitet, och som kan ligga till grund för framtida hälsoarbetet. Avseende enskilda sjukdomar kunde riskgrupper och riskfaktorer identifieras, som likaså kan vara av vikt vid sjukdomsförebyggande- respektive hälsofrämjande arbete, och vilka kan stärka värmlänningarnas hälsa på ett kostnadseffektivt sätt. Detta kan sammantaget bidra till arbetet för en mer jämlik hälsa och en bättre folkhälsa på sikt.

Förhoppningsvis är denna rapport ett underlag för beslutsfattare och vårdpersonal i det fortsatta arbetet med att främja värmlänningars hälsa.

TACK

Rapporten om värmlänningarnas Liv och Hälsa 2017 hade inte kunnat skrivas utan stöd och praktisk hjälp av flera personer.

Främst önskar jag tacka alla medförfattarna som skrivit kapitel i denna rapport. Likaså vill jag tacka min chef, forskningschef Kersti Theander, som har varit ett ovärderligt stöd genom hela processen. Rapporten möjliggjordes även av hårt arbete och kunskap från hela CDUST-gruppen. Ett särskilt tack går till folkhälsoanalytikerna Marina Kalander Blomkvist, Cecilia Nyberg och Erik Nilsson, samt enhetschef Anna-Carin Johannsson vid Folkhälso- och samhällsmedicinska enheten, Landstinget i Värmland.

Jag är också tacksam för ett gott samarbete med Karlstads universitet, särskilt tack till Helene Hjalmarson, prefekt vid institutionen för Hälsovetenskaper.

Slutligen vill jag tacka Landstinget i Värmland, och dess beslutsfattare som möjliggjorde hela projektet.



Hälsan i Värmland

Resultat från undersökningen Liv och Hälsa 2017

Sedan år 2000 har flera befolkningsundersökningar genomförts bland vuxna i Värmland. Undersökningarna skedde inom ramen för ett samarbete mellan landstingen/regionerna i Värmland. Denna rapport handlar om de vuxnas hälsa i Värmland. Målet med rapporten är att öka kunskapen gällande riskfaktorer, riskgrupper och sjuklighet som drabbar en stor del av befolkningen. Resultaten kan fungera som underlag till fortsatt förebyggande och hälsofrämjande arbete på olika nivåer i samhället, för att eftersträva en mer jämlik hälsa i regionen.