

Liv & hälsa i Mellansverige 2012



Resultat från folkhälsoundersökningen "Hälsa på lika villkor?"

Ett samarbete mellan landstingen i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län

Innehåll

Inledning.....	sida 1
Livsvillkor	sida 3
Levnadsvanor.....	sida 7
Ekonomiska konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor	sida 13
Hälsa.....	sida 15
Kontakter med vården.....	sida 18
Den goda men ojämlika hälsan.....	sida 21
Kommunöversikt	omslaget insida
Karta	omslaget utvik
Kontakt.....	omslaget baksida

Landstingen i Uppsala (C), Sörmlands (D), Västmanlands (U) och Örebro (T) län (CDUT) har, vart fjärde år sedan år 2000, genomfört befolkningsundersökningar inom ramen för det samhällsmedicinska samarbetet. Undersökningen benämndes Liv & hälsa 2000, 2004 och 2008. År 2012 används den nationella studien

”Hälsa på lika villkor?”, som Statens folkhälsoinstitut genomför, med en tilläggsmodul från Liv & hälsa enkäten. Undersökningarna är ett unikt underlag för planering, styrning och rapportering. Resultaten presenteras i olika former och sammanhang, från muntliga redovisningar och rapporter till vetenskapliga artiklar.

Rapporten är sammanställd av:

Anna Ekholm, Landstinget Sörmland
Susann Ericsson, Landstinget Sörmland
Charli Eriksson, Örebro Universitet
Hans G. Eriksson, Landstinget Sörmland
Inna Feldman, Landstinget i Uppsala län

Katarina Gustafson, Landstinget Sörmland
Margareta Lindén-Boström, Örebro läns landsting
Anu Molarius, Landstinget Västmanland
Carina Persson, Örebro läns landsting
Bo Simonsson, Landstinget Västmanland

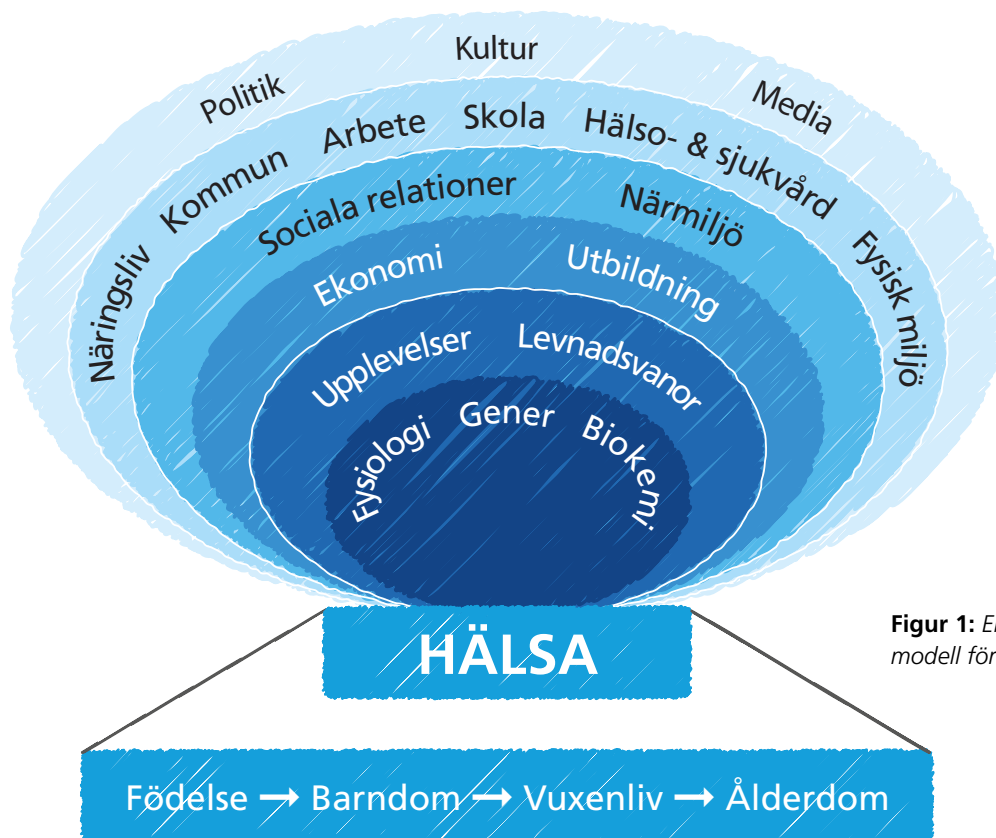
Inledning

En god och jämlik hälsa på lika villkor är ett viktigt mål i svensk folkhälsopolitik. Den svenska och internationella folkhälsoforskningen visar på viktiga bestämningsfaktorer för utvecklingen av hälsa i befolkningen. Många bestämningsfaktorer kan påverkas och den sociala ojämlikheten i hälsa kan överbryggas inom en generation. En viktig utgångspunkt är att mäta och förstå hälsotillståndet i befolkningen, något som sedan följs upp för att se om insatserna når fram och utvecklingen går åt rätt håll. För att kunna fatta väl underbyggda hälsopolitiska beslut och för att kunna arbeta med hälsofrågor är det viktigt att veta hur befolkningen mår och lever.

Att se på hälsa ur ett livscykelperspektiv har gett ny kunskap om betydelsen av barndom och uppväxtvillkor för den vuxnas hälsa. Under vuxentiden står arbets- och familjelivet i centrum, medan tillvaron förändras igen på ålderns höst.

Dessa perioder uttrycker sig bland annat i att hälsan skiljer sig åt mellan olika åldrar. Genom befolkningsundersökningar skapas unika möjligheter till kunskap om hur livsvillkor och levnadsvanor tillsammans med andra faktorer påverkar hälsoutvecklingen hos olika grupper. Detta illustreras i figur 1 där en modell för hälsoutveckling visas.

Denna rapportens syfte är att redovisa resultat från enkätundersökningen "Hälsa på lika villkor?" (HLV). Undersökningen görs i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands och Örebro län (CDUT-regionen). Genom samverkan mellan landstingen skapas ett unikt underlag som bygger på närmare 33 000 personer som kommit till tals. Denna rapport är tänkt att vara en appetitretare, stimulera till samtal kring angelägna frågor och skapa intresse för fördjupade analyser och redovisningar.



Figur 1: En socialekologisk modell för hälsoutveckling.

■ Nationellt/globalt ■ Närsamhälle ■ Livsvillkor ■ Individnivå

Undersökningen 2012

Sedan år 2000 genomförs vart fjärde år befolkningsundersökningar i samarbete mellan landstingen i CDUT-regionen. Undersökningen 2012, som är en del av den nationella undersökningen ”Hälsa på lika villkor?”, ger information om befolkningens livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och kontakter med vården. Denna rapport redovisar de första resultaten från undersökningen 2012, som också jämförs med resultaten från undersökningarna Liv & hälsa, som gjordes år 2000, 2004 och 2008.

Totalt har enkäten skickats till cirka 63 800 slumpmässigt utvalda personer i åldern 16–84 år i CDUT-regionen. Dessa personer representerar befolkningen i 39 kommuner med drygt 900 000 invånare i den åldersgruppen. Svarsfrekvensen i undersökningen är 51 procent. Totalt har 32 548 personer besvarat frågeformuläret.

Tolka resultaten rätt

Det är främst de övergripande resultaten i undersökningen som läsaren ska ta fasta på. Det är viktigt att inte dra alltför långtgående slutsatser av enskilda olikheter mellan kommuner eller grupper i befolkningen, vilka kan bero på skill-

nader i köns- och ålderssammansättning eller till exempel på olikheter i utbildningsnivå. Kvaliteten på resultaten har säkrats genom att Statistiska centralbyrån (SCB) tillämpat en avancerad statistisk metod som delvis korrigerar för bortfallet, som är störst bland de yngsta, dem med utländsk bakgrund och dem med kort utbildning.

På landstingens hemsidor finns mer information om undersökningen ”Hälsa på lika villkor?”. Där finns också länkar till tidigare rapporter och vetenskapliga publikationer som bygger på befolkningsundersökningarna Liv & hälsa 2000, 2004 och 2008.

Observera att:

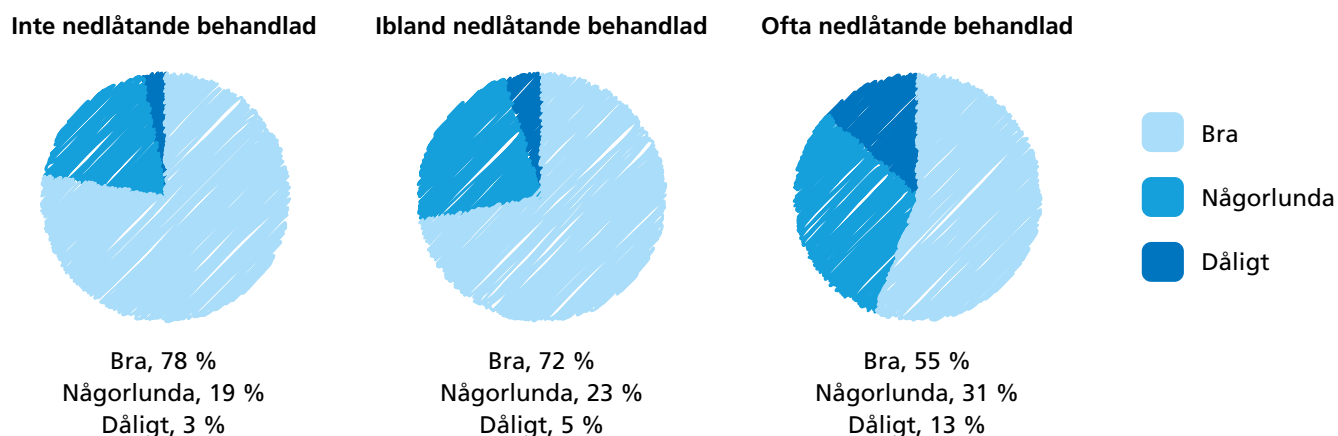
- skalorna i diagrammen är antingen upp till 25, 50 eller 100 procent.
- vid jämförelser mellan år 2000, 2004, 2008, och 2012 redovisas åldersstandardiserade värden.
- kartorna i rapporten ger möjlighet till översiktlig jämförelse mellan kommunerna. Ljusare färger betyder gynnsammare förhållanden.

Livsvillkor

Människors livsvillkor har stor betydelse för befolkningens hälsa och livskvalitet. Därför är det viktigt att ha kunskap om människors arbetsliv, arbetsmiljö, vardagsliv samt deras ekonomiska, sociala och kulturella förutsättningar. Genom denna undersökning får vi kunskap om uppväxtvillkor, utbildning, arbete och sysselsättning samt trygghet och sociala relationer.

Uppväxten påverkar vuxnas hälsa

Förhållanden under uppväxten påverkar den vuxna individens hälsa. En av fem i undersökningen uppger att det fanns ekonomiska problem i familjen under uppväxten. Två av fem anger att de ibland eller ofta blev nedlåtande behandlade under den tiden. Undersökningen visar att en större andel av dem som upplevde ekonomiska problem under uppväxten har ett dåligt allmänt hälsotillstånd i vuxen ålder. Förutom detta framgår att en större andel av dem som behandlades nedlåtande under uppväxten har ett dåligt allmänt hälsotillstånd som vuxna, se figur 2. Dessutom har en större andel av dem som behandlades nedlåtande under uppväxten psykisk ohälsa i vuxen ålder.



Figur 2. Allmänt hälsotillstånd i vuxen ålder i relation till nedlåtande behandling under uppväxten, kvinnor och män 16–84 år.

Majoriteten trivs med sitt arbete

Att trivas med sina arbetsuppgifter är en viktig förutsättning för en god hälsa och ett gott liv. Av de förvärvsarbetande i åldern 16–64 år trivs 83 procent av kvinnorna och 86 procent av männen bra medan endast 5 procent uppger att de trivs dåligt med sina arbetsuppgifter. På frågan om man är orolig att förlora sitt arbete inom det närmaste året har 15 procent svarat att de är det. Andelen i regionen är densamma som i riket.

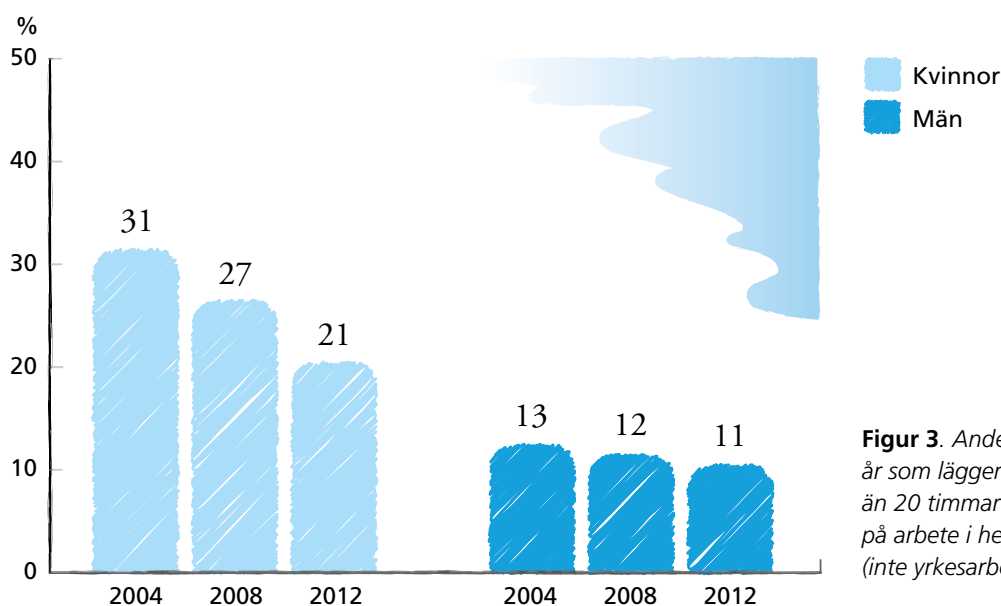
Många ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt utsatta

Den ekonomiska situationen varierar mellan olika grupper i samhället. En grupp där ekonomiska problem är vanligare är ensamstående kvinnor med barn. Bland dem är det två av fem som har haft ekonomiska problem det senaste året. Motsvarande andel bland sammanboende kvin-

nor med barn är en av fem. Andra grupper där ekonomiska problem är vanliga är unga vuxna utan avslutad gymnasieutbildning, personer med funktionsnedsättning, utrikes födda, långtidsarbetslösa och ensamstående kvinnliga ålderspensionärer. Svårigheter att klara sina löpande utgifter under de senaste 12 månaderna uppger 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i regionen. Värdena ligger på samma nivå i riket.

Kvinnors tid på hemarbete minskar

Arbetet i hemmet, som inte är yrkesarbete, utförs främst av kvinnor. Det är dubbelt så vanligt att kvinnor lägger ner mer än 20 timmar i veckan på hemarbete. Men tendensen är att kvinnor lägger mindre tid på hemarbete medan männens förändring är marginell, se figur 3. Tio procent av kvinnorna och sju procent av männen upplever att hemarbetet är betungande. Dessa andelar följer tidigare undersökningstillfällen väl.



Figur 3. Andel 18–84 år som lägger ner mer än 20 timmar per vecka på arbete i hemmet (inte yrkesarbete).

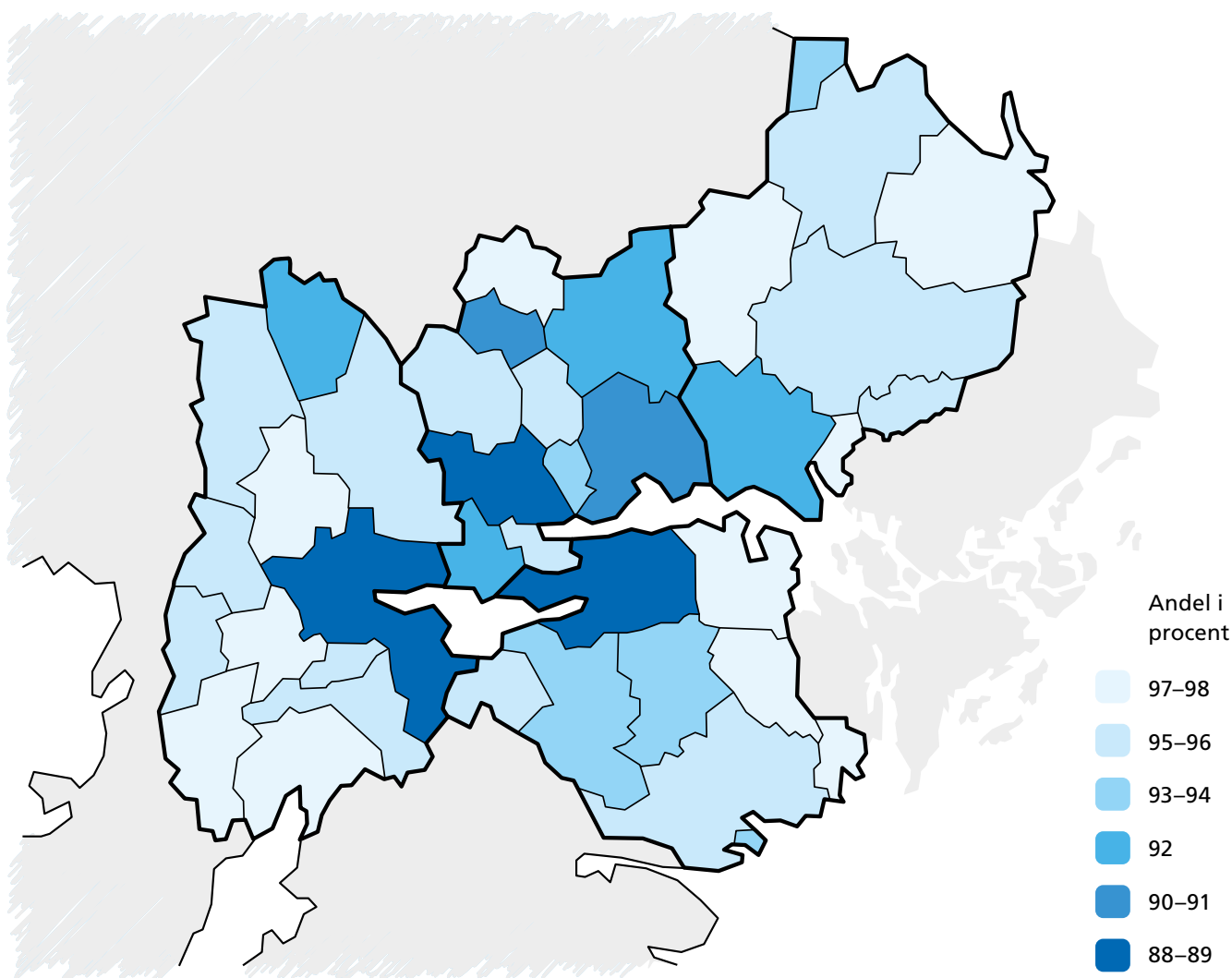
Människor mer trygga i sitt bostadsområde

Att uppleva sin hem- och boendemiljö som trygg är en viktig skyddsfaktor för hälsan. En trygg miljö ökar rörelsefriheten och möjligheten till aktiviteter och rekreation.

Andelen som litar på människorna i bostadsområdet ligger stabilt runt 90 procent för både män och kvinnor. Tre av fyra tycker att de i allmänhet kan lita på de flesta människor. Detta gäller båda könen, såväl i regionen som i riket. Däremot finns det en ålderskillnad i andelen som upplever att de kan lita på människor i sitt bostadsområde. De äldre är mer tillitsfulla än de yngre.

Andelen som känner sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot i bostadsområdet har ökat i vår region mellan år 2000 och år 2012, från 88 till 93 procent för både kvinnor och män. Andelen trygga är högst utanför de större städerna, se figur 4.

Trots tryggheten i bostadsområdet, är det många kvinnor som uppger att det händer att de avstår från att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Andelen är 35 procent bland kvinnor och 8 procent bland män. Andelarna är samma som rikets.



Figur 4. Andel som känner sig säkra och trygga för att inte bli angripna eller utsatta för hot i bostadsområdet, kvinnor och män 16–84 år.

Tillgång till socialt stöd viktigt för hälsan

Sociala relationer är ett grundläggande mänskligt behov och fungerar som en skyddsfaktor för både den fysiska och psykiska hälsan.

Familjen utgör grundbulten för de flesta människors sociala relationer. Det finns ett tydligt samband mellan en god hälsa och att bo och leva tillsammans med en partner. Nära två tredjedelar är gifta, sammanboende eller boende med en partner. En av fyra bor helt eller delvis med barn yngre än 18 år. Det finns dock stora skillnader mellan olika åldrar. I åldersgruppen 35–49 år bor drygt hälften med barn och i åldern 50–79 år bor mer än fyra av fem utan barn. Var fjärde person är ensamstående, fem procent är ensamstående föräldrar med barn.

Personligt stöd är viktigt för hälsan. De flesta har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt, men 14 procent av männen och 10 procent av kvinnorna saknar detta i vårt område och nationellt. Andelen som uppger att de har personer i sin omgivning som de kan få stöd

av i händelse av personliga problem och kriser är fortsatt hög. Det är sju procent av männen och fem procent av kvinnorna som saknar detta.

Vanligare bland kvinnor att bli nedlåtande behandlad

Tidigare Liv & hälsa-studier har visat på den mycket stora betydelsen av bemötandet för både den självskattade hälsan och den psykiska hälsan. Undersökningarna belyser detta med en rad frågor. I alla framkommer att nedlåtande behandling drabbar fler kvinnor än män, år 2012 var det 39 mot 28 procent. Var femte person uppger att de under de senaste tre månaderna blivit behandlade eller bemötta på ett sådant sätt att de känt sig kränkta. Detta är också betydligt vanligare bland kvinnor än män, 23 jämfört med 15 procent, och bland yngre personer. Liknande mönster ses också i riket. Majoriteten upplever att någon får dem att känna stolthet, drygt fyra av fem. Bland äldre är dock denna andel lägre.

Levnadsvanor

Levnadsvanor kan i olika hög grad ha betydelse för folkhälsan. Ett känt faktum är att fysisk aktivitet har positiva effekter på de flestas hälsa, medan många sjukdomar orsakas eller förvärras av tobaksrökning. Levnadsvanorna är det som vanligtvis får störst uppmärksamhet i det folkhälsoinriktade arbetet, kanske just för att det ofta är lättare för individen att påverka sina levnadsvanor än sina livsvillkor.

Dagligrökning och snusning på samma nivå som 2008

Rökning är fortfarande en av de största hälsoriskerna i befolkningen även om dagligrökning har minskat betydligt sedan 1980-talet i Sverige. Många allvarliga sjukdomar såsom lungcancer, hjärtinfarkt och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) orsakas till stor del av rökning.

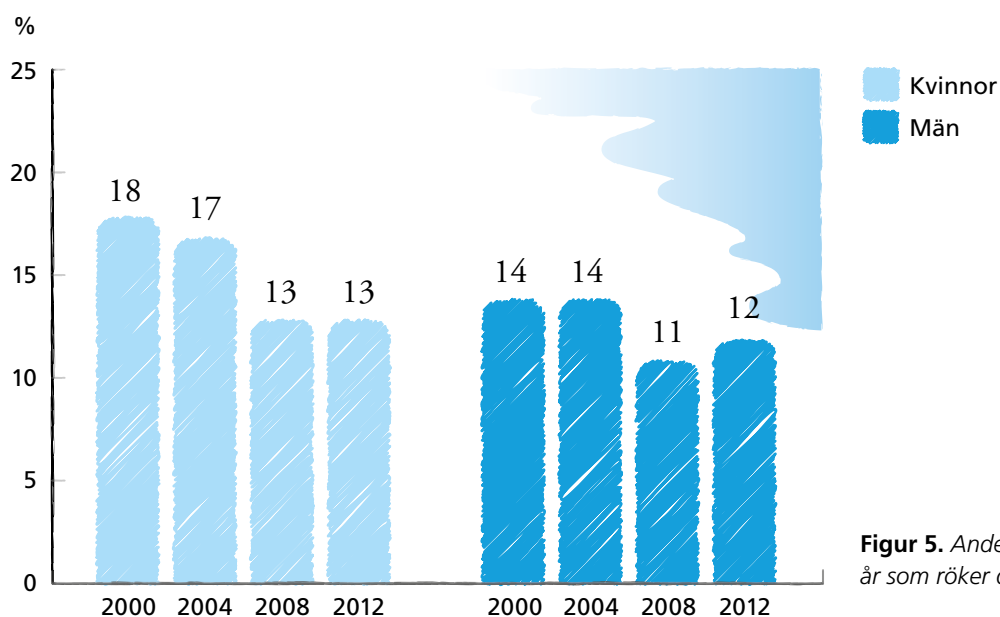
Totalt är det tolv procent av de vuxna 16–84 år i regionen som röker dagligen. Rökning minskade mellan åren 2004 och 2008, men därefter har andelen dagligrökare inte förändrats nämn-

värt, se figur 5. Andelen ökar med stigande ålder till åldersgruppen 50–64 år, där 17 procent röker dagligen. Därefter minskar andelen. Jämfört med riket har regionen en lika stor andel som röker dagligen, bland både män och kvinnor.

Andelen dagligrökare är lägst (11 procent) i Uppsala län och högst (14 procent) i Sörmlands län. Personer med kort utbildning röker i mycket större utsträckning än personer med lång utbildning. Drygt 70 procent av dem som röker dagligen anger att de vill sluta röka. Omkring 30 procent av dagligrökarna vill ha hjälp med att sluta röka, medan cirka 40 procent tror att de klarar av det själva.

Andelen passiva rökare har inte förändrats sedan 2008. I regionen utsätts cirka 27 000 icke-rökare, 16–64 år, varje dag för passiv rökning i sitt arbete.

Män snusar i betydligt större utsträckning än kvinnor, 18 procent jämfört med 3 procent. Andelen som snusar är lika stor nu som år 2000. Det finns inga större skillnader i andelen snusare i åldern 16–64 år, medan andelen är lägre bland äldre. Av dem som snusar dagligen är det



Figur 5. Andel 18–79 år som röker dagligen.

43 procent som vill sluta snusa, varav en tredjedel anger att de vill ha hjälp med det.

Många yngre testar vattenpipa

Sjukdomar som är välkända följdere av cigarett-rökning, till exempel lungcancer, KOL och hjärt-kärlsjukdomar kan också orsakas av vattenpipsrökning.

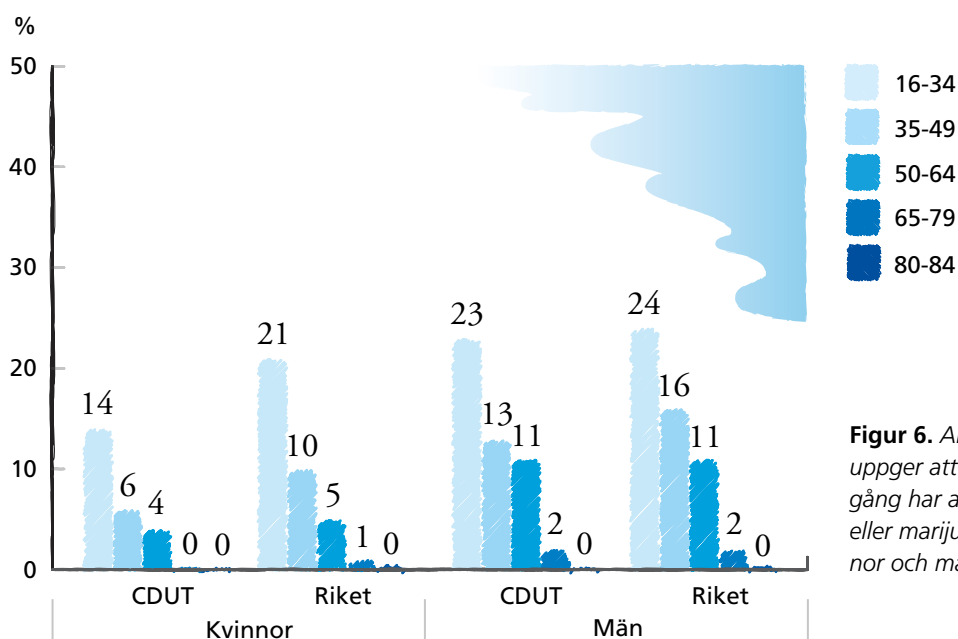
Sju procent av kvinnorna och nio procent av männen har under de senaste tolv månaderna rökt vattenpipa. Det är framför allt i åldersgruppen 16–34 år som detta förekommer. Var fjärde man och var femte kvinna i åldersgruppen 16–34 år har rökt vattenpipa minst en gång under de senaste tolv månaderna. Vattenpipsrökning förekommer mest i de större kommunerna, det vill säga i Eskilstuna, Västerås, Uppsala och Örebro. Jämfört med riket ligger regionen på samma nivå när det gäller vattenpipsrökning.

Dubbelt så vanligt med hasch och marijuana bland män

Majoriteten av befolkningen har inte använt narkotika. Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste typen av narkotika som används. I befolkningen 16–84 år har männen en dubbelt så hög andel som någon gång har använt cannabis, 13 jämfört med kvinnornas 7 procent. För riket är motsvarande värden 14 respektive 10 procent. Den högsta andelen som har använt cannabis finns i åldersgruppen 16–34 år, se figur 6.

Olika alkoholkultur bland yngre och äldre

Alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Globalt rankas alkohol som den tredje största riskfaktorn för ohälsa. För exempelvis vissa cancerformer som levercancer, bröstcancer och cancer i matstrupen har alkohol en starkt bidragande roll. Alkoholförgiftning



Figur 6. Andel som uppger att de någon gång har använt hasch eller marijuana, kvinnor och män 16–84 år.

och skador på grund av olycksfall och våld hör nära ihop med berusningsdrickande. Dessutom orsakar alkohol stora sociala problem som ofta drabbar även dem som inte dricker.

Totalt är det 6 procent av kvinnorna och 14 procent av männen som berusar sig minst två gånger per månad. Berusningsdrickande är tydligt åldersrelaterat, yngre berusar sig oftare än äldre. Nästan var fjärde man och var sjätte kvinna i åldersgruppen 16–34 år berusar sig minst två gånger per månad. Andelen minskar sedan successivt med stigande ålder, se figur 7. Trenden för åldersgruppen 18–79 år är relativt oförändrad under perioden 2004 till 2012.

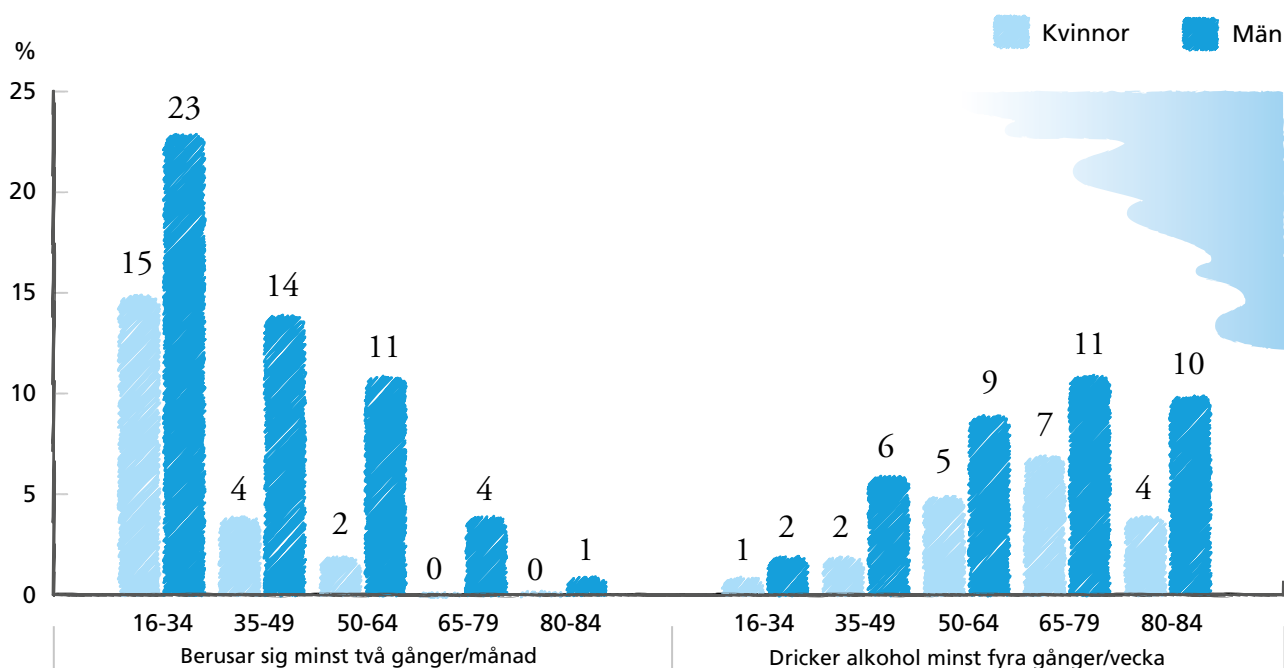
På frågan hur ofta man har druckit alkohol under de senaste tolv månaderna råder det omvända förhållandet jämfört med frågan om berusning. Det vill säga, äldre dricker alkohol i större utsträckning minst fyra gånger i veckan än yngre, se figur 7. Det gäller både kvinnor och män. Av

dem som är över 35 år och dricker minst 4 gånger i veckan dricker närmare var tredje minst tre glas varje gång. Majoriteten begränsar dock intaget till mellan ett och två glas.

Av dem i regionen som dricker alkohol vill närmare var femte man och drygt var tionde kvinna minska sitt drickande. I gruppen som dricker sex glas eller fler vid samma tillfälle önskar cirka var tredje minska sin alkoholkonsumtion.

30 000 har riskabla spelvanor

Det är vanligt att köpa lotter eller spela om pengar. Ungefär två av tre har gjort det under de senaste tolv månaderna. Det finns klara samband mellan ohälsa, hög alkoholkonsumtion, användning av tobak och narkotika och överdrivet spelande. Genom frågor om man försökt minska sitt spelande, känt sig rastlös och irriterad om man inte kunnat spela eller ljugit om spelandet



Figur 7. Andel som berusar sig minst två gånger i månaden samt andel som dricker alkohol minst fyra gånger per vecka, kvinnor och män 16–84 år.

kan ett mått för riskabla spelvanor räknas fram. Riskabla spelvanor är mer än dubbelt så vanligt bland män, fem procent jämfört med kvinnors två procent. Det är siffror som ligger i nivå med landet som helhet. I regionen motsvarar det cirka 30 000 personer.

Två av tre är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag

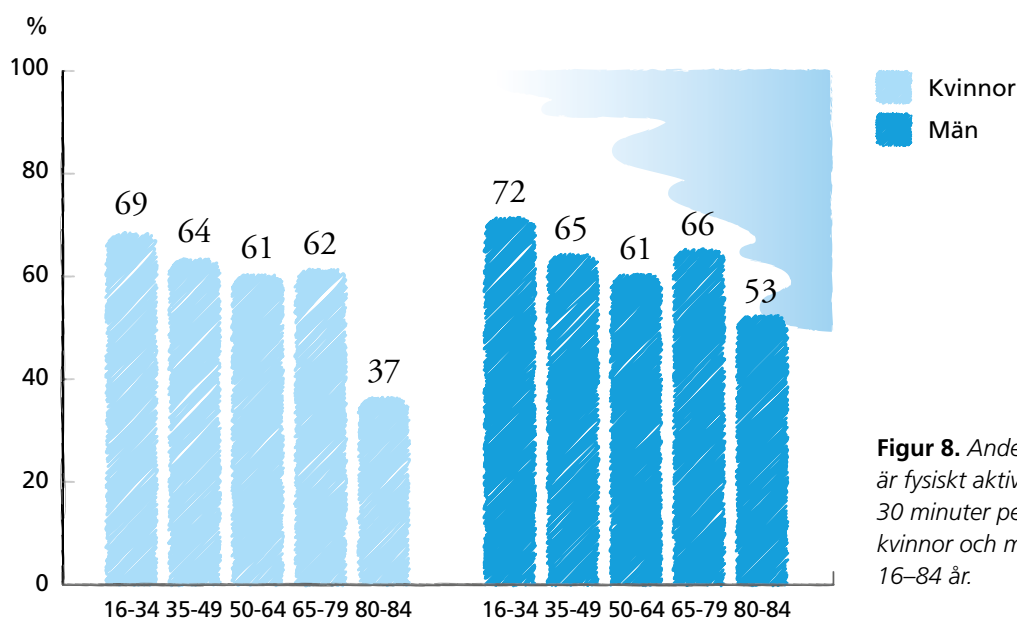
Fysisk aktivitet har för de allra flesta positiv effekt på hälsan. Regelbunden fysisk aktivitet bidrar till förbättrat välbefinnande och ökar möjligheterna att kunna bevara sin funktionsförmåga in i ålderdomen. Många sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, fetma, diabetes typ 2 och benskörhet går att förebygga genom en aktiv livsstil. Senare forskning har också påvisat att långvarigt stillasittande, oavsett fysisk aktivitet, ökar risken för flera sjukdomar och förtida död. Fysisk aktivitet kan främjas genom till exempel

bra utformning av bostadsområden och genom att det finns attraktiva och tillgängliga grönområden i anslutning till där människorna bor.

Den nationella rekommendationen för fysisk aktivitet är minst 30 minuter per dag. Två tredjedelar av den vuxna befolkningen når denna nivå. Andelen fysiskt aktiva varierar något med åldern, se figur 8.

Personer med lång utbildning motionerar i större utsträckning än personer med kort. Jämfört med riket ligger andelen som motionerar minst 30 minuter per dag på samma nivå i regionen. Bland dem som motionerar mindre än 30 minuter per dag är det cirka 80 procent som vill öka sin fysiska aktivitet, varav en tredjedel anger att de behöver stöd för det. Bland dem som motionerar mer än 30 minuter per dag är det 70 procent som vill öka sin fysiska aktivitet, men betydligt färre uppger att de behöver stöd.

Bland förvärvsarbetande 16–64 år är det 30



Figur 8. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, kvinnor och män 16–84 år.

procent som anger att de har ett stillasittande arbete. Andelen har inte förändrats de senaste åren.

Hälften vill förbättra sina matvanor

Den nationella rekommendationen för goda matvanor är att äta frukt och grönsaker minst fem gånger om dagen. Det är dock endast tolv procent av kvinnorna och fem procent av männen som når detta mål. Matvanorna har inte förändrats sedan år 2008. Så många som 58 procent av kvinnorna och 55 procent av männen anger dock att de vill öka sitt intag av frukt och grönsaker.

Fetman ökar men inte i samma takt som tidigare

Övervikt har länge varit ett växande folkhälsoproblem, såväl i Sverige som i många andra länder i världen. Detta är bekymmersamt eftersom

övervikt ökar risken för bland annat diabetes, högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom, speciellt om övervikten är i form av bukfetma. Personer med fetma har dessutom betydligt oftare symptom som trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga.

BMI (Body Mass Index)

beräknas med följande formel:

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

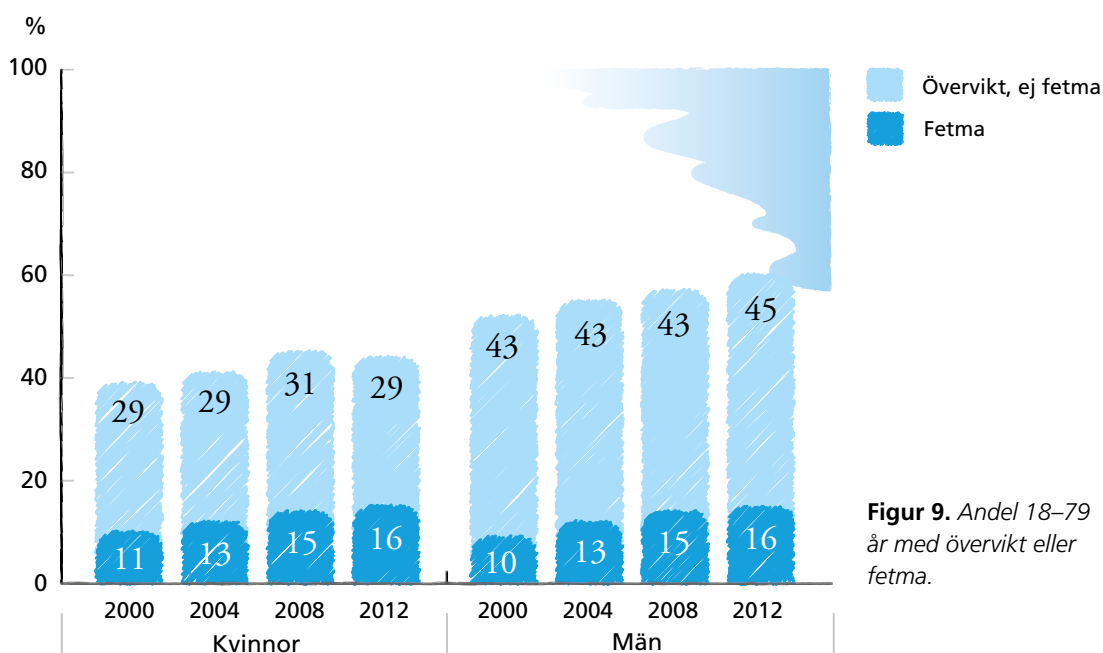
Undervikt = BMI under 18,5

Normalvikt = BMI mellan 18,5 och 24,9

Övervikt = BMI 25 eller högre

Fetma = BMI 30 eller högre

Fetma är lika vanligt bland kvinnor och män. Andelen med fetma har ökat från 10 procent år 2000 till 16 procent år 2012 i åldersgruppen 18–79 år, se figur 9. Totalt är det cirka 150 000 personer i regionen som har fetma. Ökningen



Figur 9. Andel 18–79 år med övervikt eller fetma.

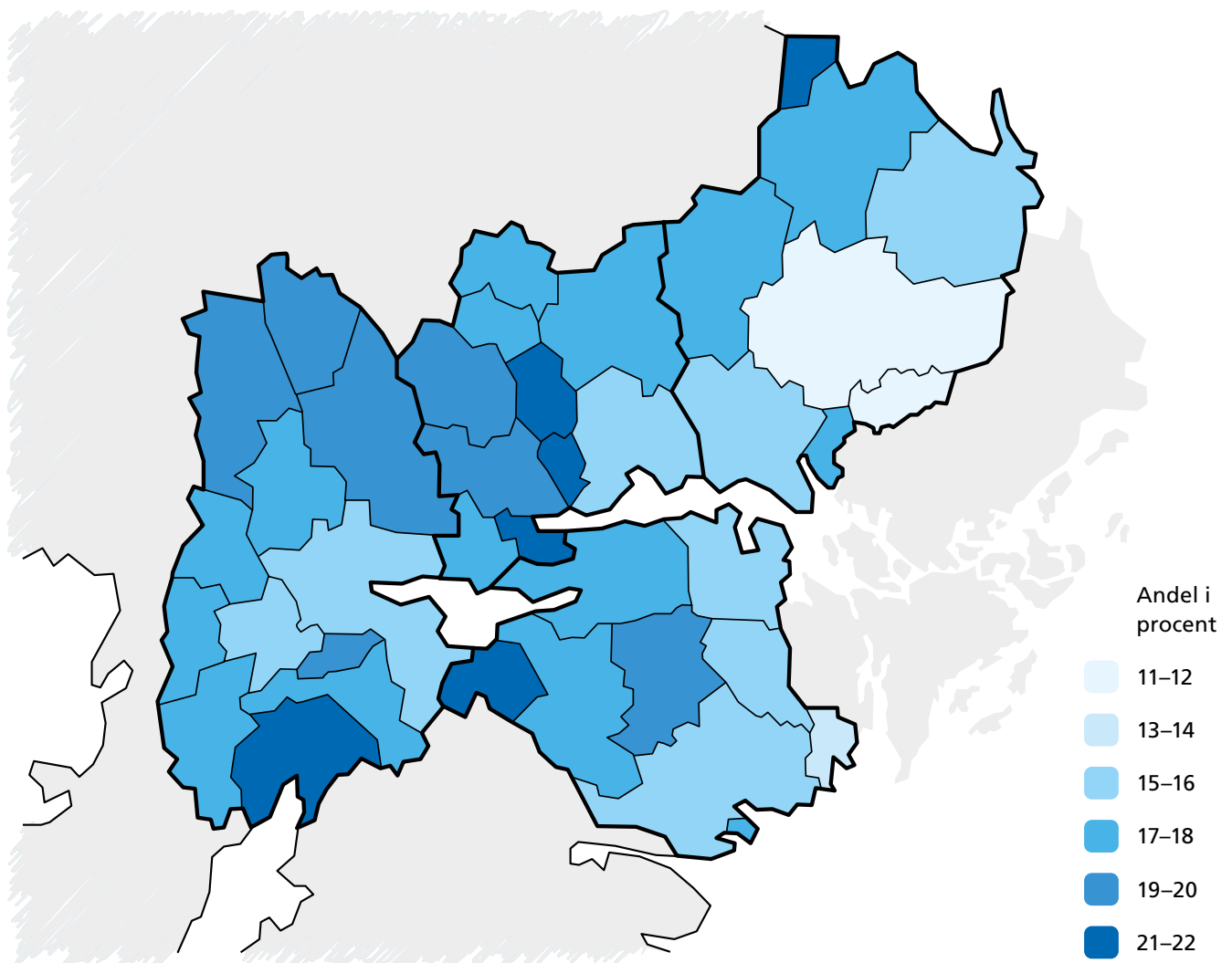
var något mindre mellan åren 2008 och 2012 än tidigare.

Förekomsten av fetma varierar mellan kommunerna. Den lägsta andelen med fetma återfinns i några kommuner i Uppsala län, se figur 10.

Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor. I regionen har 61 procent av männen och 45 procent av kvinnorna 18-79 år antingen

övervikt eller fetma. Andelen med övervikt/fetma nästan fördubblas mellan åldersgrupperna 16–34 och 35–49 år. Övervikt/fetma är något vanligare i regionen än i riket.

Totalt tre procent av kvinnorna och en procent av männen är underviktiga. Undervikt är vanligast bland unga kvinnor 16–34 år, där fem procent är underviktiga.



Figur 10. Andel med fetma, kvinnor och män 16–84 år.

Ekonomiska konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor

Levnadsvanor är viktiga påverkbara faktorer för folksjukdomar, som till exempel cancer, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, och har en särskild betydelse för den framtida ohälsan. De nyligen utkomna ”Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder” fokuserar på fyra levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Riktlinjerna påpekar att de rekommenderade åtgärderna sannolikt leder till minskade kostnader i hälso- och sjukvården på längre sikt.

Det går dock att göra skattningar av de möjliga besparingarna i relaterade hälso- och sjukvårdskostnader då befolkningens levnadsvanor förändras. Modellen Riskfaktorer, hälsa och samhällskostnader (RHS), skattar förändringar i nya sjukdomsfall och relaterade hälso- och sjukvårdskostnader i tio folksjukdomar på fem års

sikt utifrån fyra vanliga riskfaktorer för sjukdom: fetma, daglig tobaksrökning, fysisk inaktivitet, och riskkonsumtion av alkohol.

RHS-modellen används här för att skatta de hälsomässiga och ekonomiska konsekvenserna av förändringar av några av de viktigaste ohälsosamma levnadsvanorna i befolkningen i CDUT-landstingen under 2000–2012. Två frågor som var identiska 2000 och 2012 används för skattningen, fetma och daglig rökning.

Modellen baseras på uppgifter om befolkningens storlek, samt på förändringar i förekomst av de två riskfaktorerna. Befolkningsdata har hämtats från SCB medan data om riskfaktorerens förekomst och förändringar kommer från Liv & hälsa 2000 och HLIV 2012, se tabell 1. Resultatet visar på att rökvanorna har förbättrats hos alla grupper medan förekomsten av fetma har ökat.

Tabell 1. Riskfaktorförekomst i CDUT-länet.

Åldersgrupp	Fetma				Daglig tobaksrökning			
	År 2000		År 2012		År 2000		År 2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–49 år	9%	9%	13%	12%	19%	13%	11%	9%
50–64 år	14%	14%	20%	22%	20%	18%	16%	15%
65–74 år	17%	12%	18%	17%	13%	12%	13%	12%
75–84 år*	12%	9%	17%	15%	8%	9%	8%	8%

* År 2000 var åldersgruppen 75–79 år.

I tabell 2 visas skattade förändringar i antalet nyinsjuknande på grund av förändringar i förekomst av de två riskfaktorerna. Jämförelserna sker med utgångspunkt från läget år 2000, och avser situationen fem år efter undersökningsperioden, det vill säga år 2017.

Tabell 2. Skattad förändring i antalet fall av nyinsjuknande i CDUT-länen år 2017.

	Fetma	Daglig tobaksrökning
Diabetes	+686	-14
Ichemisk hjärtsjukdom	+144	-150
Stroke	+6	-9
Koloncancer	+10	-1
Lungcancer	0	-22
Bröstcancer	+15	0
Prostatacancer	+8	-1
KOL	0	-151
Depression	+9	-1
Höftfraktur	0	-5
Totalt	+878	-354

Den största ökningen uppstår i antalet nya fall av diabetes beroende på en ökad förekomst av fetma. Minskningen i förekomst av daglig tobaksrökning leder till ett stort antal undvikna nyinsjuknade, sammanlagt 354 personer, varav cirka hälften beräknas undvika KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Förändringar i förväntade hälso- och sjukvårdskostnaderna i CDUT-länen år 2017 för det årets nyinsjuknade personer i de tio sjukdomar-

na presenteras i tabell 3. Minskad förekomst av rökning kan innebära 20 miljoner lägre kostnader, cirka 2,3 % minskning av de förväntade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Däremot medför den ökade fetman en ökad kostnad på omkring fyra procent.

Tabell 3. Skattad förändring i hälso- och sjukvårdskostnader i CDUT-länen år 2017.

Hälso- och sjukvårdskostnader		
	Kronor	Andel
Fetma	+30,0 miljoner	+4,0%
Daglig tobaksrökning	- 20,0 miljoner	-2,3%

I resultatet har vi undvikit att räkna ihop summan av skattningarna eftersom riskfaktorer ofta förekommer hos samma personer. Dessutom redovisar skattningarna endast ett års minskningar i insjuknande och relaterade hälso- och sjukvårdskostnader och mer fördelaktiga levnadsvanor i befolkningen påverkar sannolikt sjukligheten under flera ytterligare år. Ett annat skäl till att resultaten förmodligen är underskattade är att modellen endast innehåller hälso- och sjukvårdskostnader. Folksjukdomarna i modellen medför kostnader för en lång rad andra organisationer i samhället.

Förutom förekomsten av de två riskfaktorerna kan många andra faktorer påverka insjuknandet i framtiden. Modellen visar alltså hur nyinsjuknandet och relaterade kostnader förändras om riskfaktorförekomsten förändras, under förutsättning att allt annat är lika.

Hälsa

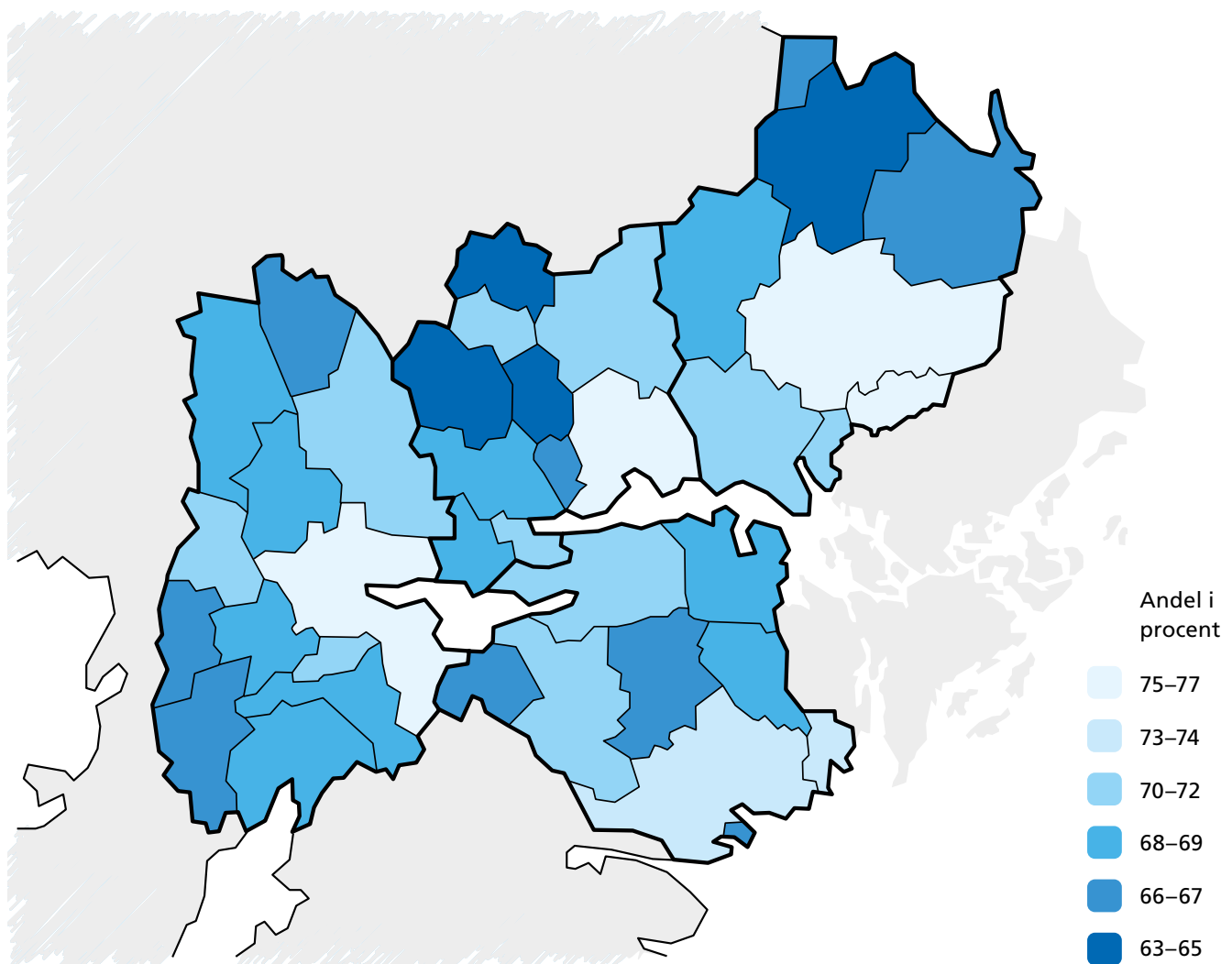
När människor tillfrågas om vad de sätter mest värde på i livet svarar många att de vill ha en god hälsa och att de ska få vara friska. Upplevelsen av hälsa är individuell och vad människor anser vara ett gott liv varierar. Genom denna undersökning får vi kunskap om befolkningens allmänna hälsotillstånd, psykiska hälsa, värk och besvär samt tandhälsa.

De flesta mår bra

Hur en person upplever sitt allmänna hälsotillstånd har visat sig vara ett bra mått på hälsan. Självs kattad hälsa har ett starkt samband med dödlighet. Frågan är mycket värdefull för att följa befolkningens hälsoutveckling över tid.

Kvinnor rapporterar i lägre utsträckning än män att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. I regionen uppger 70 procent av kvinnorna och 74 procent av männen att de mår bra vilket är ungefär detsamma som i riket. Den goda hälsan varierar med ålder. I högre åldrar är det färre som anser att deras hälsotillstånd är bra.

Det finns tydliga skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper i samhället och det är vanligare att personer med lång utbildning och god ekonomi uppger att de mår bra. Andelen med bra hälsotillstånd varierar mellan kommunerna i regionen från 61 till 75 procent, se figur 11. Det har inte skett några stora förändringar i andelen som mår bra mellan undersökningsåren.



Figur 11. Andel med bra allmänt hälsotillstånd, kvinnor och män 16-84 år.

Psykisk ohälsa – ett stort folkhälsoproblem

I såväl Sverige som internationellt ses psykisk ohälsa som ett stort folkhälsoproblem. Psykisk ohälsa får sociala och ekonomiska konsekvenser för individen samtidigt som den utgör en stor belastning på sjukvården både i primärvården och inom den slutna vården.

Bland invånarna i regionen har 17 procent nedsatt psykiskt välbefinnande (mätt med GHQ12*), 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen. Det är samma nivå som i riket.

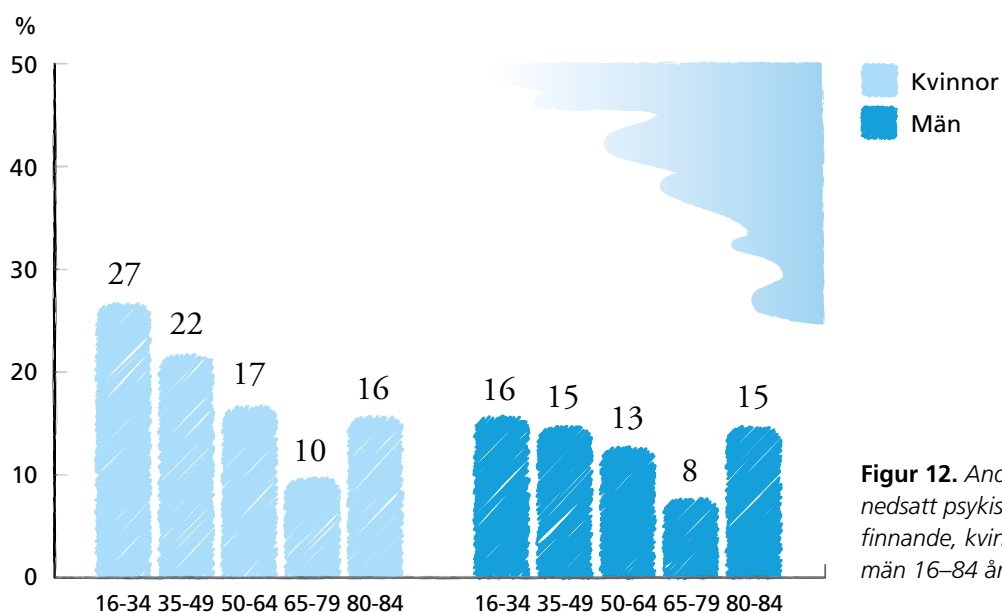
Andelen personer med nedsatt psykiskt välbefinnande minskar fram till 79 års ålder för att sedan öka något. Det är de yngre ålderspensionärerna, 65–79 år, som har befolkningens bästa psykiska välbefinnande. Bland de yngsta, 16–34 år, är det nästan en dubbelt så stor andel kvinnor som har nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med männen. Skillnaden mellan män och kvinnor minskar med stigande ålder, se figur 12. Nedsatt psykiskt välbefinnande förekommer i ungefär samma utsträckning bland personer med kort eller lång utbildning, däremot är det betydligt van-

ligare bland dem som uppger att de har haft ekonomiska problem.

Enskilda individer reagerar olika på stress, men det finns också skillnader mellan åldersgrupper och mellan könen. Andelen stressade minskar med stigande ålder. Omkring 16 procent av kvinnorna och 9 procent av männen i regionen uppger att de känner sig stressade. Andelen är lägst bland män i Örebro län (8 procent) och högst bland kvinnorna i Uppsala län (17 procent).

Var fjärde man och mer än var tredje kvinna uppger att de besväras av ångslan, oro eller ångest. Förekomsten av ångslan avtar med stigande ålder för att sedan öka något efter 79 års ålder. Detta följer mönstret för nedsatt psykiskt välbefinnande.

***GHQ12 (General Health Questionnaire 12)** är ett frågebatteri med 12 frågor som avser att indikera psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Tre eller fler negativt laddade svar klassas som nedsatt psykiskt välbefinnande.



Figur 12. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, kvinnor och män 16–84 år.

Många har värk och besvär

I enkäten fångar vi bland annat besvär av huvudvärk, tinnitus (öronsus), stress, sömnbesvär och besvär från rörelseorganen. Besvären kräver sällan sjukhusvård men orsakar mycket lidande för individen.

De flesta besvär och symtom är vanligare bland kvinnor än bland män, se figur 13. Tinnitus är ett av få symtom som fler män än kvinnor besväras av. Var femte person i regionen uppger att de besväras av tinnitus.

En god sömn är central för hälsan. Den är livsnödvändig för kroppslig och mental återhämtning och har stark koppling till vårt psykiska välbefinnande. Ungefär fyra av tio kvinnor och tre av tio män har sömnbesvär. Detta problem ökar med stigande ålder bland både män och kvinnor.

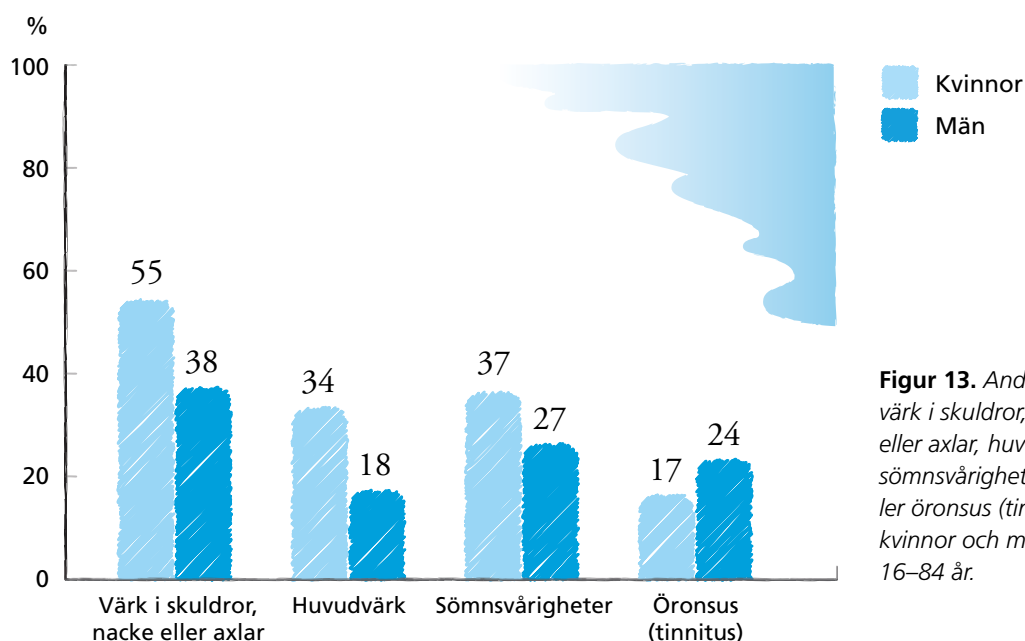
Mer än varannan kvinna och mer än var tredje man besväras av värk från skuldror, nacke eller axlar. Andelen med huvudvärk är dubbelt så hög bland kvinnor som bland män. Huvudvärk är vanligare bland personer i arbetsför ålder, men minskar i åldrarna över 65 år.

Tandhälsan är god men ojämlik

Tandhälsan är en viktig del av individens livskvalitet och välbefinnande. Under de senaste decennierna har tandhälsan i den svenska befolkningen som helhet blivit betydligt bättre. Äldre människor har i allt högre grad kvar sina egna tänder.

Majoriteten av de svarande, drygt 70 procent, upplever sin tandhälsa som bra eller mycket bra. Detta gäller både i regionen och i riket. Det är en högre andel kvinnor än män som uppger att de har en god tandhälsa, men det är inga stora skillnader mellan olika åldrar. Bland personer med god ekonomi uppger tre av fyra att de har god tandhälsa. Bara hälften av dem som vid flera tillfällen de senaste tolv månaderna haft svårt att klara löpande utgifter uppger detsamma.

Andelen med god tandhälsa är lägst i Sörmland både bland män och kvinnor (68 procent respektive 73 procent), och högst i Västmanland (72 procent respektive 77 procent).



Figur 13. Andel med värk i skuldror, nacke eller axlar, huvudvärk, sömnsvårigheter eller öronsus (tinnitus), kvinnor och män 16–84 år.

Kontakter med vården

Hälso- och sjukvården har en central roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. För att kartlägga om landstingen lever upp till målet med en god hälsa på lika villkor är det viktigt att mäta och följa upp befolkningens upplevelse av kontakter med vården.

Vårdbesök vanligt men många avstår

Vårdutnyttjandet är viktigt att följa över tid och även eventuella skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Om vård inte ges på lika villkor kan det bidra till en mer ojämnt fördelad hälsa.

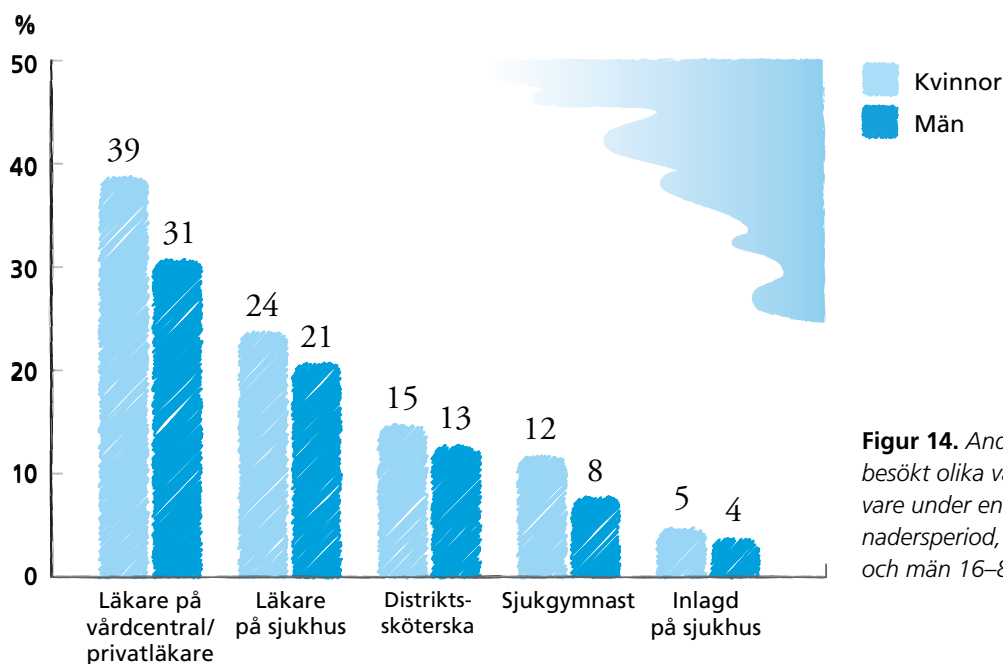
Generellt sett nyttjar kvinnor mer vård än män, två av tre kvinnor och varannan man har besökt någon vårdgivare under de senaste tre månaderna. Vanligaste besöket är hos läkare på vårdcentral eller privatläkare, därefter kommer

besök hos läkare på sjukhus, se figur 14. Som väntat har äldre i större utsträckning än yngre varit i kontakt med olika former av vård.

Mellan 15 och 18 procent av befolkningen i regionen har under en tremånadersperiod avstått från att söka vård, trots att de upplevt att de behövt det. Anledningen till att man avstår från vård varierar, men som främsta skäl anges negativa erfarenheter från tidigare besök. Andra orsaker är att man inte hade tid, att besvären gick över eller att det var för långa väntetider.

Tandvård

Nationella undersökningar visar att majoriteten av den vuxna befolkningen besöker tandvården i förebyggande syfte. Nio av tio personer har besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren, något fler kvinnor än män. För



Figur 14. Andel som besökt olika vårdgivare under en tremånadersperiod, kvinnor och män 16–84 år.

ungefär fem procent av befolkningen i åldern 16–84 år är det mer än fem år sedan de besökte tandläkare eller tandhygienist.

Fler tillfrågas om levnadsvanor men få får råd

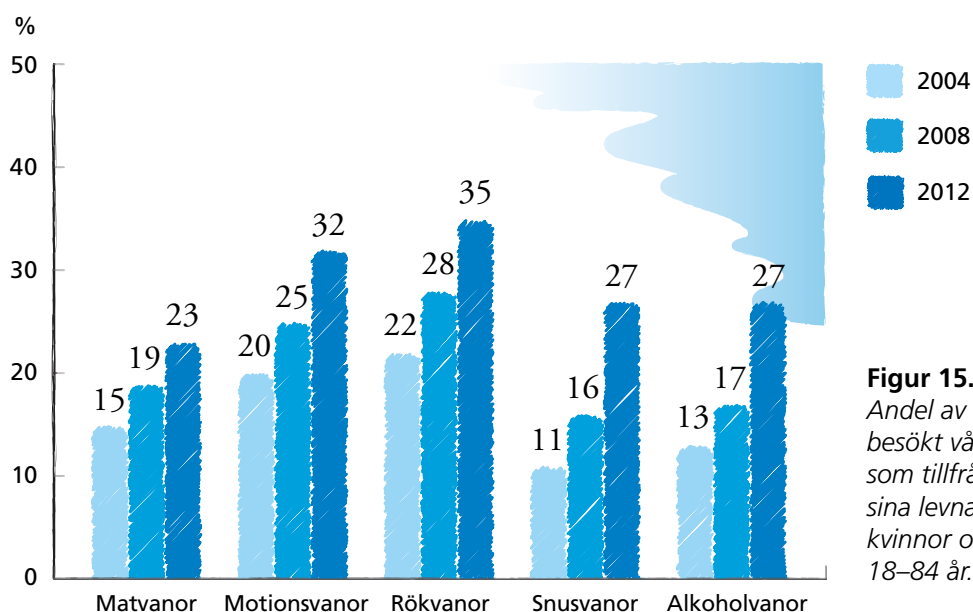
”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” är ett av de nationella målområdena för folkhälsa. Som ett led i detta bör vårdpersonalen, i mötet med patienten, informera om vikten av goda levnadsvanor.

Andelen patienter som får frågor om sina levnadsvanor har ökat både på vårdcentral och på sjukhus. Ökningen är störst på vårdcentralerna, se figur 15. Det tycks vara lättast för vårdpersonalen att fråga om rök- och motionsvanor. Allra vanligast med den här typen av insatser är det, liksom år 2008, i Uppsala län. Minst vanligt är det i Västmanland. Kvinnor blir inte lika ofta till-

frågade som män. Även om många får frågor om sina levnadsvanor när de besöker vården är det fortfarande en relativt låg andel som uppger att de får några råd om hur de ska förändra dem, se tabell 4.

Tabell 4. Andel av dem som besökt vården som tillfrågats om levnadsvanor samt fått råd att förändra sina levnadsvanor, kvinnor och män 16–84 år.

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Tillfrågad	Fått råd	Tillfrågad	Fått råd
Mat	23	10	17	8
Motion	32	14	24	9
Rökning	36	7	30	6
Snusning	27	4	23	3
Alkohol	27	4	23	3



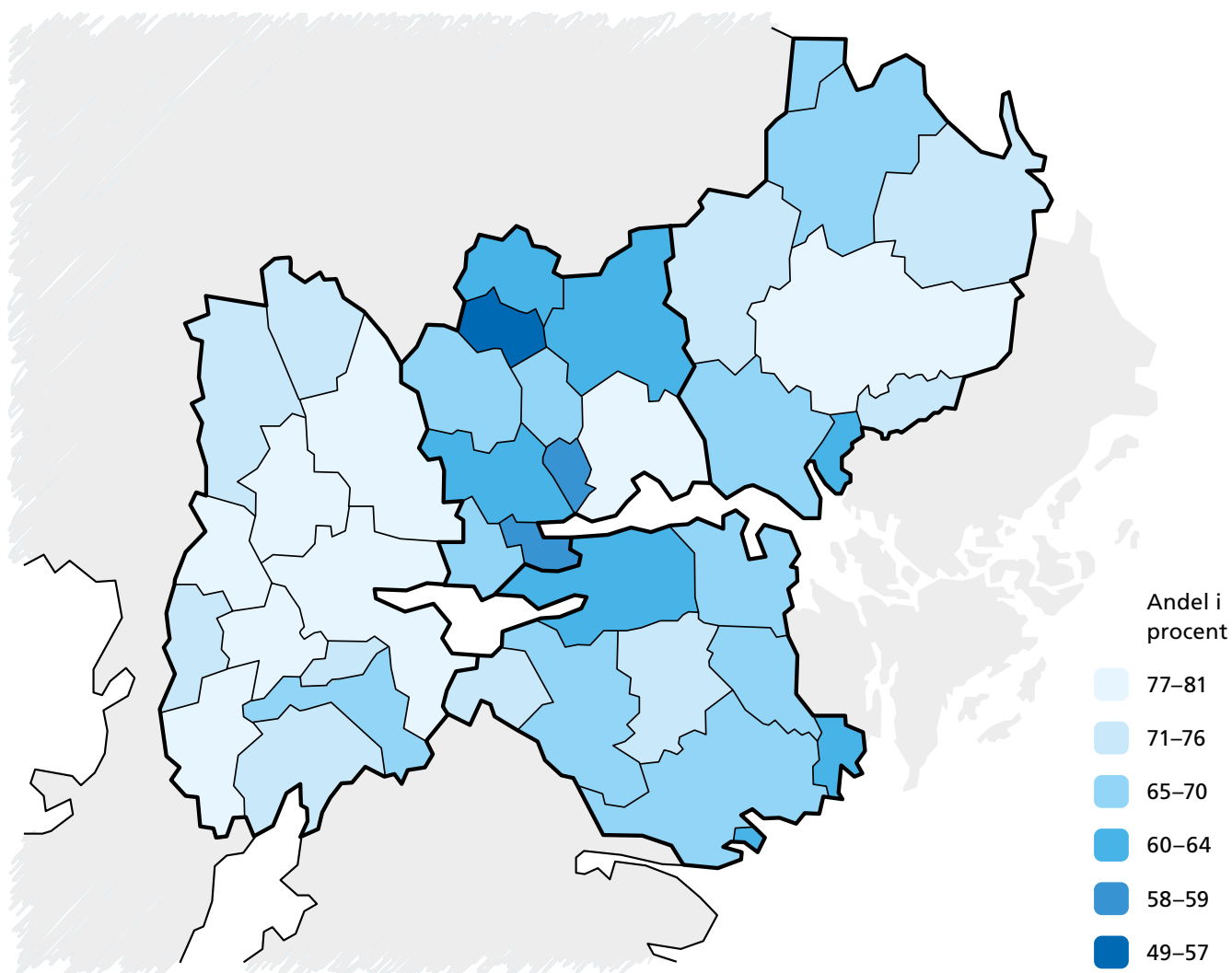
Figur 15. Andel av dem som besökt vårdcentral som tillfrågats om sina levnadsvanor, kvinnor och män 18–84 år.

Stort förtroende för sjukvården

Befolkningens förtroende för sjukvården är högt jämfört med många andra samhällsinstitutioner. I regionen har sju av tio invånare stort förtroende för sjukvården, se figur 16. Högst förtroende har invånarna som bor i Uppsala och Örebro län, något som kan bero på att båda dessa län har universitetssjukhus.

Bland dem som har haft kontakt med vården

under de tre senaste månaderna är det en lägre andel som har stort förtroende för sjukvården, jämfört med dem som inte varit i kontakt med vården. Förtroendet för vården är högst bland de äldsta. Personer med lång utbildning och personer med svensk bakgrund har större förtroende för vården jämfört med personer med kort utbildning eller utländsk bakgrund.



Figur 16. Andel som har ganska eller mycket stort förtroende för sjukvården, kvinnor och män 16-84 år.

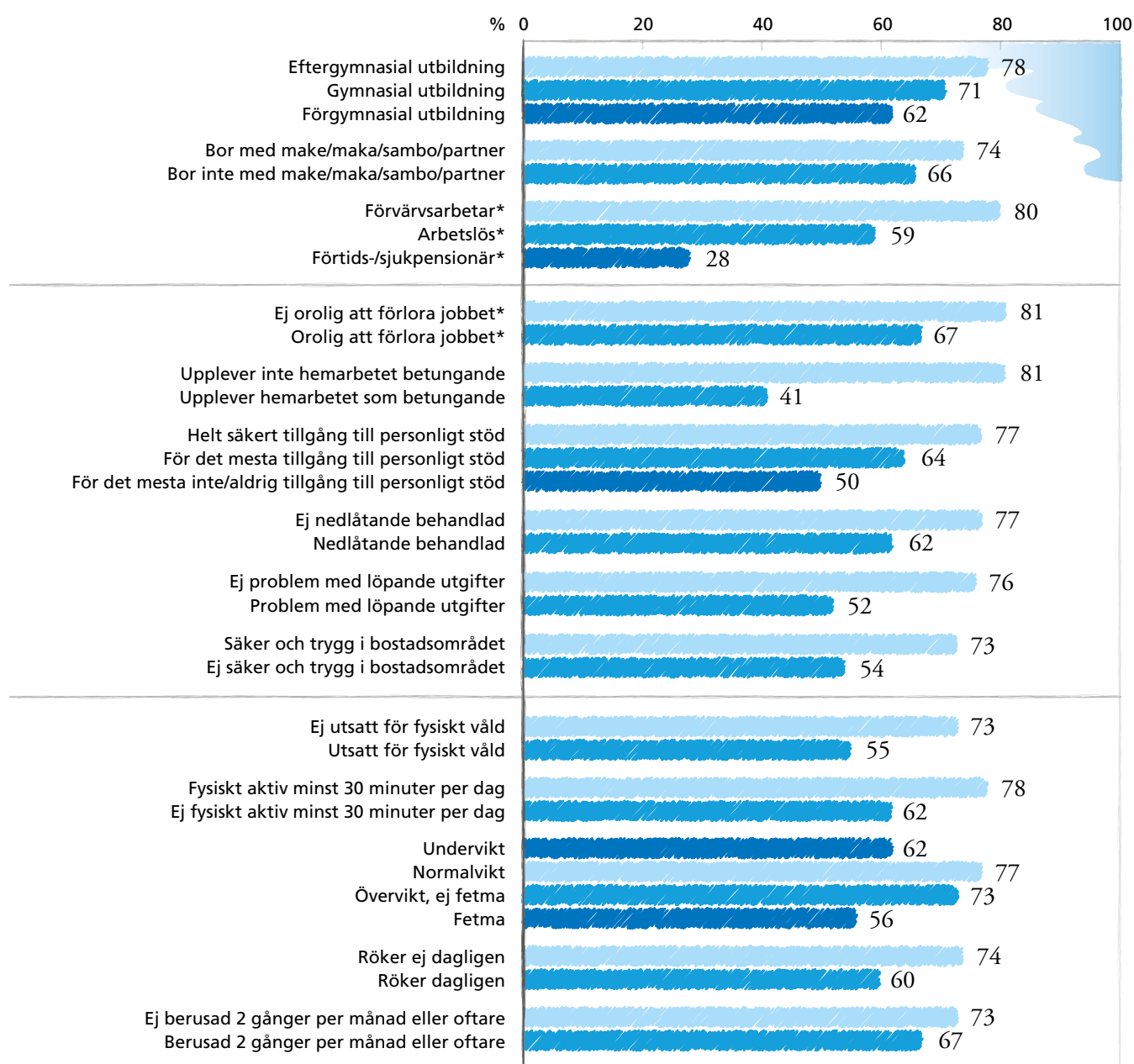
Den goda men ojämlika hälsan

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

Livsvillkoren och levnadsvanorna har samband med vår hälsa

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

De som har ett arbete, och inte känner sig oroliga för att bli av med jobbet, mår bäst, se figur 17. Andra faktorer som har positiv inverkan på hälsan är att ha en längre utbildning, en god



Figur 17. Andel med bra allmänt hälsotillstånd uppdelat på grupper med olika livsvillkor och levnadsvanor (åldersstandardiserade andelar män och kvinnor 16–84 år respektive 16–64 år*).

ekonomi, bo i ett område där man kan känna sig säker och trygg, inte uppleva hemarbetet som betungande samt att ha personer i sin omgivning som kan hjälpa till vid händelse av praktiska problem eller sjukdom. Bland dem som saknar dessa skyddsfaktorer är det bara runt hälften som har god hälsa. Även personer som har blivit nedlåtande behandlade, har varit utsatta för fysiskt våld eller bor ensamma har sämre hälsa än övriga.

Det är vanligare med en god hälsa bland dem som motionerar minst 30 minuter per dag. Det är också gynnsamt för hälsan att hålla sig nor-

malviktig. Både de som har undervikt respektive fetma har i mindre utsträckning god hälsa. Att vara berusad ofta eller att röka dagligen är två andra faktorer som har samband med en sämre hälsa.

Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa

Hälsofrämjande och förebyggande arbete bygger på kunskap om skydds- och riskfaktorer. En skyddsfaktor är en faktor som skyddar mot ohälsa eller problem medan en riskfaktor är en faktor som istället ökar risken för ohälsa. Skydds- och riskfaktorer återfinns på alla nivåer, individ-, fa-

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

- motionera, det vill säga att vara fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag på fritiden
- ha goda kostvanor, det vill säga äta grönsaker och/eller frukt och bär minst fem gånger per dag
- ha tillgång till personligt stöd om man har praktiska problem eller är sjuk
- känna sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot i området där man bor
- ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtra sig till
- anse att man i allmänhet kan lita på de flesta människor
- uppleva att någon de tre senaste månaderna fått en att känna sig stolt
- ha eftergymnasial utbildning
- inte ha haft ekonomiska svårigheter i familjen under uppväxten
- bo med make/maka/sambo/partner

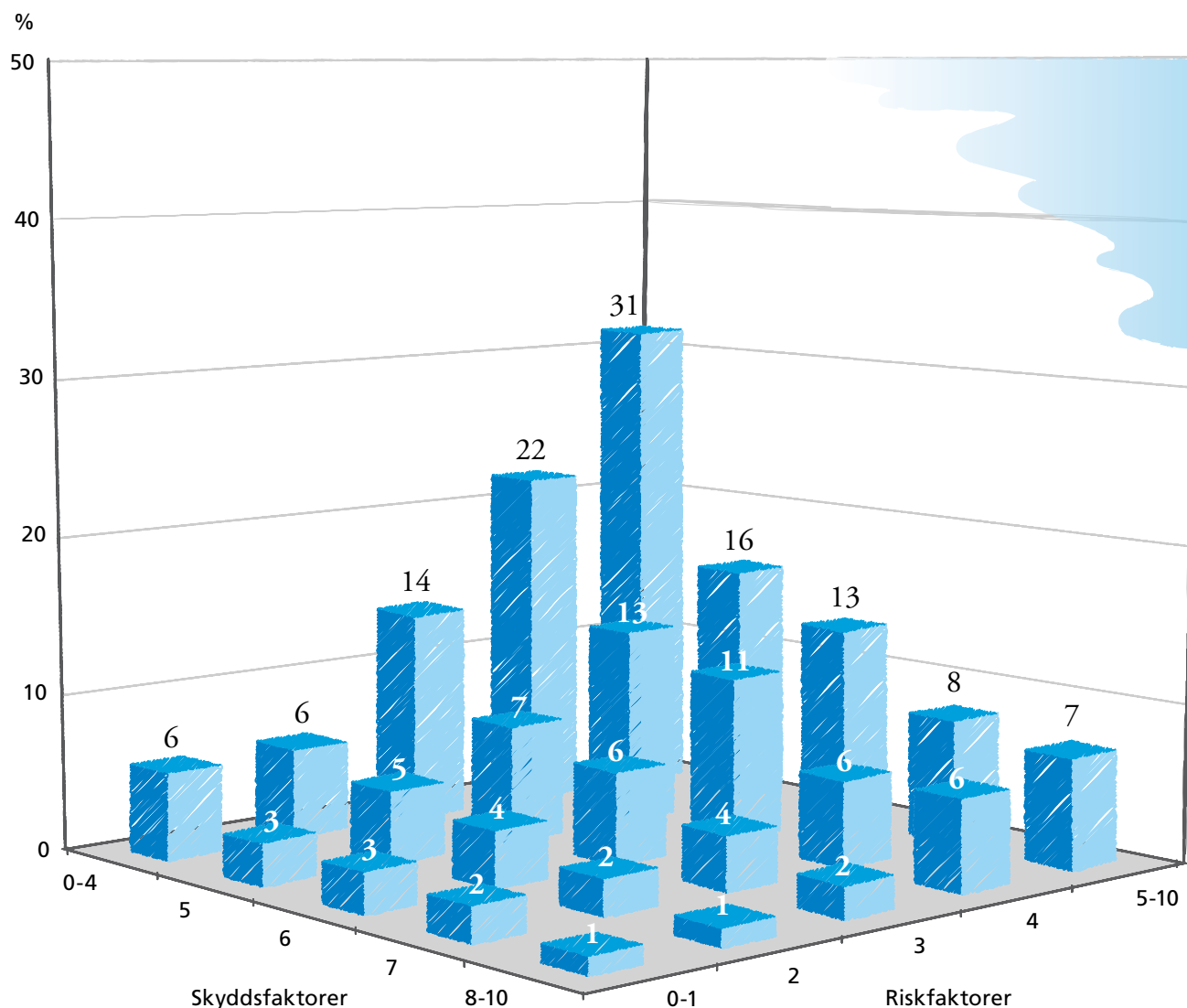
De riskfaktorer som används är att:

- röka dagligen
- ha druckit sig berusad minst två gånger per månad under de senaste 12 månaderna
- ha haft svårigheter med att klara löpande utgifter under de senaste 12 månaderna
- ha blivit nedlåtande behandlad under de tre senaste månaderna
- uppleva hemarbetet som betungande
- ha varit utsatt för fysiskt våld under de tre senaste månaderna
- ha riskabla spelvanor
- någon gång ha använt hasch eller marijuana
- ha rökt vattenpipa under de senaste 12 månaderna
- ha fetma (BMI \geq 30) eller vara underviktig (BMI $<$ 18,5)

milje-, arbets- och samhällsnivå. Enstaka skydds- eller riskfaktorer har begränsad effekt, däremot är chansen till ett gott och långt liv större om en person har flera skyddsfaktorer än om man har många riskfaktorer. För att studera sambandet mellan livsvillkor, levnadsvanor och hälsa har vi valt ut några frågor av betydelse för den allmänna hälsan. Det är frågor som i tidigare analyser visat sig vara goda indikatorer för hälsan.

Det finns ett mycket starkt samband mellan antalet skyddsfaktorer och hälsa. Det vill säga, ju fler skyddsfaktorer desto bättre upplevd hälsa. I figur 18 illustreras sambandet mellan oli-

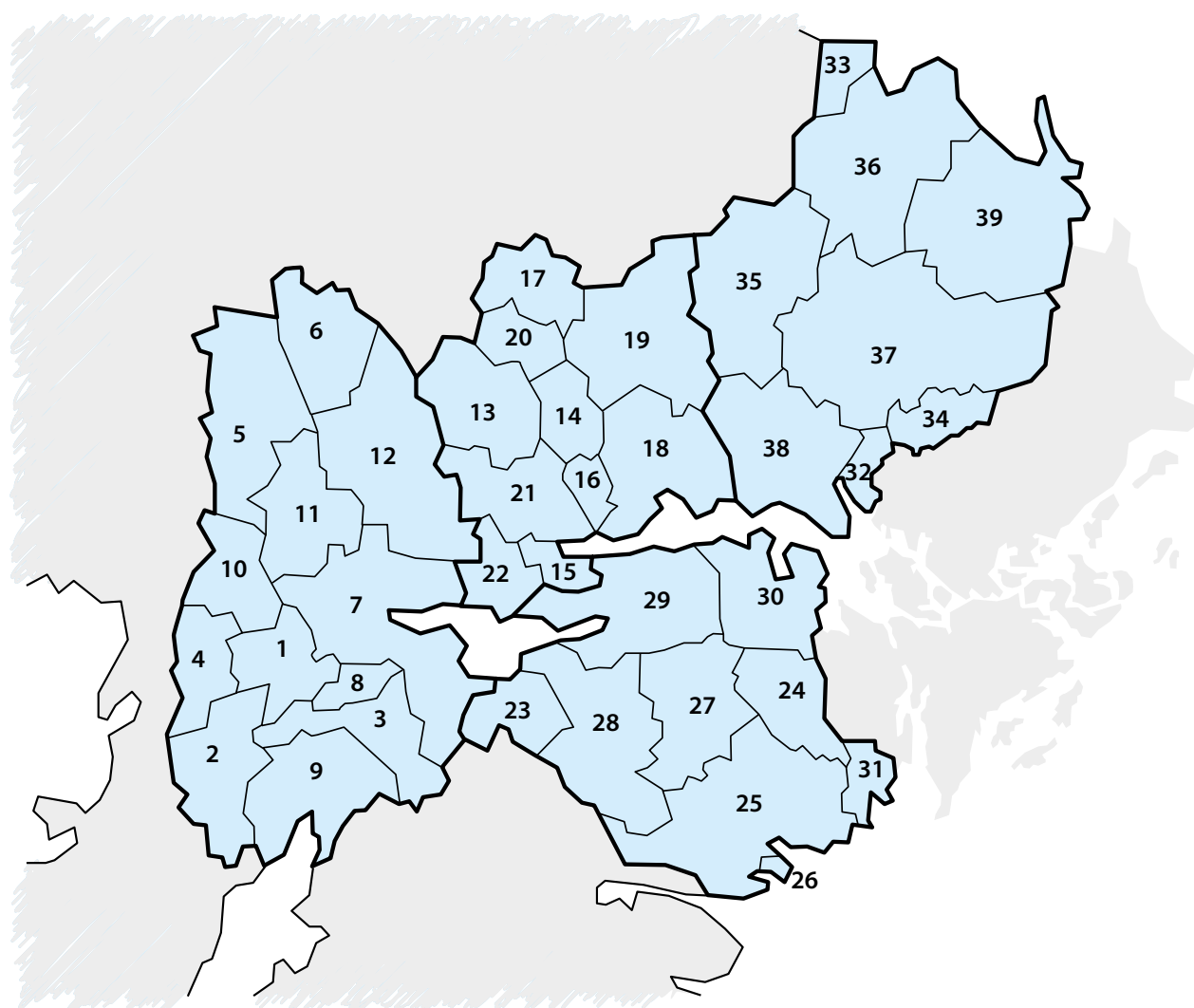
ka skydds- och riskfaktorer och dålig hälsa. Då mönstret är liknande för kvinnor och män redovisas dessa sammanslaget i figuren. Hos personer med många riskfaktorer är andelen med dålig hälsa betydligt lägre bland dem med många skyddsfaktorer jämfört med dem som har få. I gruppen som har flest antal riskfaktorer varierar till exempel andelen med dålig hälsa från 31 procent bland dem med endast 0–4 skyddsfaktorer till 7 procent för dem med 8–10 skyddsfaktorer.



Figur 18. Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt uppdelat efter antal skydds- och riskfaktorer kvinnor och män 16–84 år).

Kommunöversikt

	Folkmängd 2011	Befolknings- förändring 2007-2011	Andel 75 år eller äldre 2011	Medellivslängd 2007-2011		Andel med eftergymnasial utbildning 2011 25-64 år
	Antal	Andel i %	Andel i %	Kvinnor	Män	Andel i %
Håbo	19 715	4	5	83,2	80,8	29
Älvkarleby	9 089	0	10	82,6	79,8	24
Knivsta	14 965	7	5	82,3	81,8	47
Heby	13 381	-1	10	84,1	79,4	20
Tierp	20 077	0	10	82,2	79,0	22
Uppsala	200 001	7	6	84,2	80,9	55
Enköping	40 015	3	9	83,4	79,6	30
Östhammar	21 387	0	10	83,1	79,2	23
Uppsala län	338 630	5	7	83,7	80,4	44
Vingåker	8 824	-3	10	82,2	79,7	20
Gnesta	10 345	3	8	83,3	77,8	30
Nyköping	51 896	2	10	82,8	79,4	34
Oxelösund	11 250	1	11	83,1	77,1	25
Flen	16 063	-1	10	82,7	77,0	24
Katrineholm	32 409	1	10	82,4	79,1	28
Eskilstuna	97 596	5	8	82,5	78,7	33
Strängnäs	32 687	4	8	83,4	78,9	35
Trosa	11 493	4	7	82,5	79,5	31
Södermanlands län	272 563	3	9	82,7	78,8	31
Skinnskatteberg	4 412	-6	11	82,2	79,0	23
Surahammar	9 871	-2	9	81,9	79,5	21
Kungsör	8 086	-2	9	84,1	79,5	25
Hallstahammar	15 224	1	10	83,2	78,3	25
Norberg	5 725	-1	11	83,3	80,6	22
Västerås	138 709	4	8	83,5	79,9	41
Sala	21 568	1	10	83,1	79,3	27
Fagersta	12 553	3	11	82,0	77,7	22
Köping	24 807	1	10	83,2	77,5	25
Arboga	13 302	-1	10	82,9	78,6	28
Västmanlands län	254 257	2	9	83,3	79,3	34
Lekeberg	7 223	2	8	83,8	80,1	29
Laxå	5 622	-5	13	82,3	78,8	19
Hallsberg	15 248	0	9	82,7	78,8	23
Degerfors	9 551	-4	11	82,7	77,2	20
Hällefors	7 140	-4	13	82,3	79,8	20
Ljusnarsberg	4 870	-16	12	82,2	74,6	18
Örebro	137 121	5	8	83,4	79,4	43
Kumla	20 510	3	8	82,9	79,0	27
Askersund	11 134	-2	11	83,1	79,2	22
Karlskoga	29 616	-1	11	82,9	78,5	28
Nora	10 429	0	10	83,1	79,7	31
Lindesberg	23 108	0	10	82,3	78,7	25
Örebro län	281 572	2	9	83,0	79,0	34
Riket	9 482 855	3	8	83,4	79,4	39



Örebro län

1. Lekeberg
2. Laxå
3. Hallsberg
4. Degerfors
5. Hällefors
6. Ljusnarsberg
7. Örebro
8. Kumla
9. Askersund
10. Karlskoga
11. Nora
12. Lindesberg

Västmanlands län

13. Skinnskatteberg
14. Surahammar
15. Kungsör
16. Hallstahammar
17. Norberg
18. Västerås
19. Sala
20. Fagersta
21. Köping
22. Arboga

Södermanlands län

23. Vingåker
24. Gnesta
25. Nyköping
26. Oxelösund
27. Flen
28. Katrineholm
29. Eskilstuna
30. Strängnäs
31. Trosa

Uppsala län

32. Håbo
33. Älvkarleby
34. Knivsta
35. Heby
36. Tierp
37. Uppsala
38. Enköping
39. Östhammar

Vill du veta mer?

Kontakta respektive landsting:



Landstinget i Uppsala Län,
018-611 00 00
www.lul.se/folkhalsa



Landstinget Sörmland,
0155-24 50 00
fou-centrum@dll.se
www.landstingetsormland.se



Landstinget Västmanland, Kompetenscentrum för hälsa,
021-17 30 00
www.ltv.se



Örebro Läns Landsting, Samhällsmedicinska enheten,
019-602 10 00
samhallsmedicin@orebroll.se
www.orebroll.se/folkhalsa