



Hälsan ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv

Liv & hälsa i Örebro län 2000–2017

Tack

Författarna till denna rapport vill rikta ett speciellt tack till alla de ungdomar och vuxna som mellan åren 2000 till 2017 deltagit i undersökningarna Liv & Hälsa ung och Liv & Hälsa. Deras svar har gett oss viktig kunskap om länsbornas tillvaro. Vi vill också tacka vår kollega Linda Bååk som korrekturläst och lämnat värdefulla synpunkter på rapporten.

Sammanfattning

Våra levnadsvanor och de livsvillkor vi lever under har stor betydelse för hälsan. I den här rapporten studeras skydds- och riskfaktorer i förhållande till allmänt hälsotillstånd och psykiskt välbefinnande. Till detta läggs ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Som underlag till de analyser som görs i den här rapporten ligger två omfattande befolkningsinriktade folkhälsoundersökningar i Örebro län. *"Liv & hälsa ung"* som genomförs bland skolelever i grundskolans årskurs 7 och 9 och gymnasiet år 2 samt *"Liv & hälsa"* som riktar sig till vuxna 18 år och äldre. Några frågor som visat sig vara goda indikatorer för såväl allmänt hälsotillstånd som psykiskt välbefinnande har valts ut för att studera sambanden mellan skyddsfaktorer, riskfaktorer och hälsa bland såväl skolungdomar som den vuxna befolkningen.

Sedan mätningarna började i mitten av 2000-talet har andelen bland ungdomarna som mår bra eller mycket bra rent allmänt varit högre bland killar jämfört med tjejer. Tjejer i årskurs 9 är den grupp som haft lägst andel som mår bra vid majoriteten av mätningarna bland tjejer. Bland killar är det minst vanligt att må bra i gymnasiet. Bland såväl tjejer som killar är det vanligast att må bra rent allmänt i årskurs 7. Under perioden 2005–2017 har andelen som mår bra minskat i samtliga skolår bland både tjejer och killar. Från 74–80 procent till 61–71 procent bland tjejer och från 84–93 procent till 77–88 procent bland killar.

I den vuxna befolkningen skiljer sig utvecklingen åt bland män och kvinnor i olika åldersgrupper under mätperioden 2000–2017. Bland kvinnor i åldern 18–49 år har andelen med god hälsa minskat något under mätperioden. Andelen kvinnor med god hälsa i åldersgrupperna 50–79 år har däremot ökat under samma period. Bland män i åldersgruppen 18–29 år har andelen med god hälsa minskat något medan den har ökat i övriga åldersgrupper. Bland män och kvinnor med eftergymnasial utbildning har andelen med god hälsa ökat något. Däremot har andelen med god hälsa i gruppen som har förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå minskat. I gruppen med gymnasial utbildning har andelen med god hälsa bland män ökat marginellt medan andelen med god hälsa bland kvinnor minskat något under mätperioden.

Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och det allmänna hälsotillståndet, störst andel med god hälsa finns i gruppen med eftergymnasial utbildning och lägst andel i gruppen som har förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå. Det är även vanligare att personer som är födda i Sverige eller utanför Norden har god hälsa jämfört med personer som är födda i övriga Norden. Personer med heterosexuell läggning uppger i högre utsträckning att de har god hälsa jämfört med bisexuella och homosexuella. I samtliga åldersgrupper, förutom i åldersgruppen 50–69 år, är det vanligare med god hälsa bland män jämfört med kvinnor. Bland såväl killar som tjejer är andelen med god hälsa relativt hög i årskurs 7 i förhållande till årskurs 9 och år 2 på gymnasiet. Även bland kvinnor och män 18 år och äldre minskar andelen med god hälsa med ökande ålder.

Det psykiska välbefinnandet varierar mycket beroende på de flesta studerade bakgrunds-faktorerna. Svenskfödda har i större utsträckning gott psykiskt välbefinnande jämfört med personer födda utanför Sverige. Andelen med gott psykiskt välbefinnande varierar utifrån sexuell läggning, där det är vanligast med gott psykiskt välbefinnande bland personer som har en homosexuell läggning och minst vanligt bland bisexuella. I samtliga åldersgrupper är det vanligare att män har gott psykiskt välbefinnande jämfört med kvinnor. Störst könsskillnad återfinns bland elever i årskurs 9. Därefter minskar skillnaden mellan könen med stigande ålder. Bortsett från killar i årskurs 9 respektive år 2 på gymnasiet ökar andelen med gott psykiskt välbefinnande med stigande ålder upp till 84 års ålder, detta mönster är särskilt tydligt bland kvinnor.

Skillnaderna i andel med gott allmänt hälsotillstånd respektive gott psykiskt välbefinnande mellan de som har eller inte har en skyddsfaktor är betydande. Det finns även ett starkt negativt samband mellan flera av riskfaktorerna och förekomst av god hälsa/psykiskt välbefinnande.

En statistisk analys som justerar för skillnader i kön och åldersstruktur i grupper med eller utan olika skydds- och riskfaktorer och hur skydds- och riskfaktorerna då samvarierar med allmänt hälsotillstånd visar att de skyddsfaktorer som har starkast samband med att må bra är att känna tillit till någon förälder (bland ungdomar), att ha en ljus/optimistisk framtidstro samt att trivas i skolan/på arbetet. När det gäller dessa skyddsfaktorer är det, oberoende av kön och ålder, mer än sex gånger vanligare med god hälsa bland de som har skyddsfaktorn i relation till de som saknar den. De starkaste riskfaktorerna är att ha orolig sömn/sömnsvårigheter samt att känna oro för familjens ekonomi/ha problem med löpande utgifter. När det gäller dessa riskfaktorer är det, oberoende av kön och ålder, omkring 80 procent mindre vanligt med god hälsa bland de som har riskfaktorn i relation till de som saknar den.

En motsvarande analys har genomförts på sambandet mellan skydds- och riskfaktorer och gott psykiskt välbefinnande. De skyddsfaktorer som har starkast samband med gott psykiskt välbefinnande är att ha en ljus/optimistisk framtidstro samt att känna tillit till någon förälder (bland ungdomar). När det gäller dessa skyddsfaktorer är det, oberoende av kön och ålder, mer än sex gånger vanligare med god hälsa bland de som har skyddsfaktorn i relation till de som saknar den. Den starkaste riskfaktorn är att ha orolig sömn/sömnsvårigheter. Gott psykiskt välbefinnande är mer än 80 procent mindre vanligt bland de som har orolig sömn/sömnsvårigheter i jämförelse med de som inte har det.

Antalet skydds- och riskfaktorer har också ett samband med såväl det allmänna hälsotillståndet som den psykiska hälsan. Som förväntat är andelarna med gott allmänt hälsotillstånd respektive gott psykiskt välbefinnande lägst i gruppen som har lägst antal skyddsfaktorer och flest riskfaktorer och högst i gruppen som har flest skyddsfaktorer och inga riskfaktorer. Det finns även ett tydligt mönster där antalet med god hälsa/psykiskt välbefinnande ökar med ökande antal skyddsfaktorer och minskar med ökande antal riskfaktorer. Ju fler riskfaktorer desto tydligare ses detta samband.

Resultatdelen i denna rapport avslutas med en mer detaljerad beskrivning av skydds- och riskfaktorerna ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Avsnitten är rangordnade så att skyddsfaktorn respektive riskfaktorn med starkast positivt respektive negativt samband med gott allmänt hälsotillstånd redovisas först. Resterande skydds- och riskfaktorer presenteras sedan i fallande ordning. För varje faktor presenteras fördelning på bakgrundsfaktorer och geografi, noteringar om starka statistiska samband samt hur skydds-/riskfaktorn konstruerats.

Rapporten avslutas med en tabellbilaga där hälsa, skydds- och riskfaktorer redovisas för Örebro läns kommuner samt mer detaljerade tabeller över de statistiska sambanden.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Skydds- och riskfaktorer	2
Undersökningarna Liv & hälsa ung och Liv & hälsa	3
Undersökningen Liv & hälsa ung 2017.....	3
Undersökningen Liv & hälsa 2017	3
Så mäter vi.....	3
Bakgrundsfaktorer fördelat på de svarande	4
De svarande – Bakgrundsfaktorer	4
De svarande – Utbildningsnivå och födelseland fördelat på ålder	5
Hälsan ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv	7
Hälsans fördelning på bakgrundsfaktorer	7
Gott allmänt hälsotillstånd	7
Gott psykiskt välbefinnande	13
Hälsans fördelning ur ett skydds- och riskfaktorsperspektiv	15
Gott allmänt hälsotillstånd	15
Gott psykiskt välbefinnande	18
Skyddsfaktorer ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv	21
Tillit till föräldrar (endast ungdomar)	21
Ljus framtidstro	23
Trivs i skolan/på arbetet.....	25
Någon att anförtro sig åt	27
Tillit till andra människor	29
Tillgång till personligt stöd (endast vuxna)	31
Fysiskt aktiv	33
Föräldrar arbetar/förvärvsarbetar.....	35
Bor med två vårdnadshavare/bor med partner.....	37
Äter frukt och grönsaker.....	39
Riskfaktorer ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv	41
Orolig sömn/sömnsvärigheter	41
Ekonomisk utsatthet.....	43
Utsatt för fysiskt våld.....	45
Nedlåtande behandling (endast vuxna).....	47
Röker dagligen	49
Undervikt eller fetma.....	51
Snusar dagligen.....	53
Riskkonsumtion av alkohol	55

Tabellbilaga	57
Geografisk fördelning	57
Hälsa	57
Skyddsfaktorer	58
Riskfaktorer	59
Logistisk regression – Skydds- och riskfaktors samband med hälsa	60
Gott allmänt hälsotillstånd	60
Gott psykiskt välbefinnande	61
Logistisk regression – Bakgrundsfaktors samband med skydds- och riskfaktorer	62
Skyddsfaktorer	62
Riskfaktorer	63

Inledning

Hälsan är en viktig angelägenhet för flertalet av oss. Vi föds förhållandevis friska till en värld som påverkar oss hela livet. Vilka livsvillkor vi lever under och våra levnadsvanor har stor betydelse för hälsan. Generellt sett har den fysiska hälsan förbättrats under en lång rad av år, vilket bland annat märks i en ökad medellivslängd. Däremot har utvecklingen varit mindre gynnsam beträffande den psykiska hälsan. Många indikatorer pekar på att psykisk ohälsa är speciellt vanlig bland tjejer och yngre kvinnor. I den här rapporten studeras skydds- och riskfaktorer i förhållande till allmänt hälsotillstånd och psykiskt välbefinnande för befolkningen i Örebro län.

Till analysen adderas ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Här i rapporten innebär det att hänsyn tas till kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning. Analyserna baseras på material från två undersökningar i Örebro län 2017, *"Liv & hälsa ung"* bland elever i årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet samt *"Liv & hälsa"* bland personer 18 år och äldre.

Rapportens upplägg

Rapporten inleds med en kort beskrivning av hur skydds- och riskfaktorer påverkar hälsan följt av en beskrivning av de två undersökningarna och de mått på hälsa som rapporten bygger på. Därefter beskrivs kortfattat de svarande utifrån bakgrundsfaktorerna kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

I resultatkapitlet *"Hälsan ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv"* redovisas allmänt hälsotillstånd och psykiskt välbefinnande fördelat på bakgrunds-, skydds- och riskfaktorer. Därefter följer ett avsnitt som beskriver sambanden mellan de olika skydds- respektive riskfaktorerna och de två hälsoutfallen.

Resultatdelen avslutas med en uppslagsdel för den läsare som är intresserad av en mer detaljerad beskrivning av de olika skydds- och riskfaktorerna. För varje faktor presenteras fördelningen på bakgrundsfaktorer och geografi, noteringar om starka statistiska samband samt hur skydds-/riskfaktorn konstruerats. Avsnitten är rangordnade så att skyddsfaktorn respektive riskfaktorn med starkast positivt respektive negativt samband med gott allmänt hälsotillstånd redovisas först. Resterande skydds- och riskfaktorer presenteras sedan i fallande ordning.

Sist i rapporten återfinns en tabellbilaga där hälsa, skydds- och riskfaktorer redovisas för Örebro läns kommuner samt detaljerade tabeller över de statistiska sambanden.

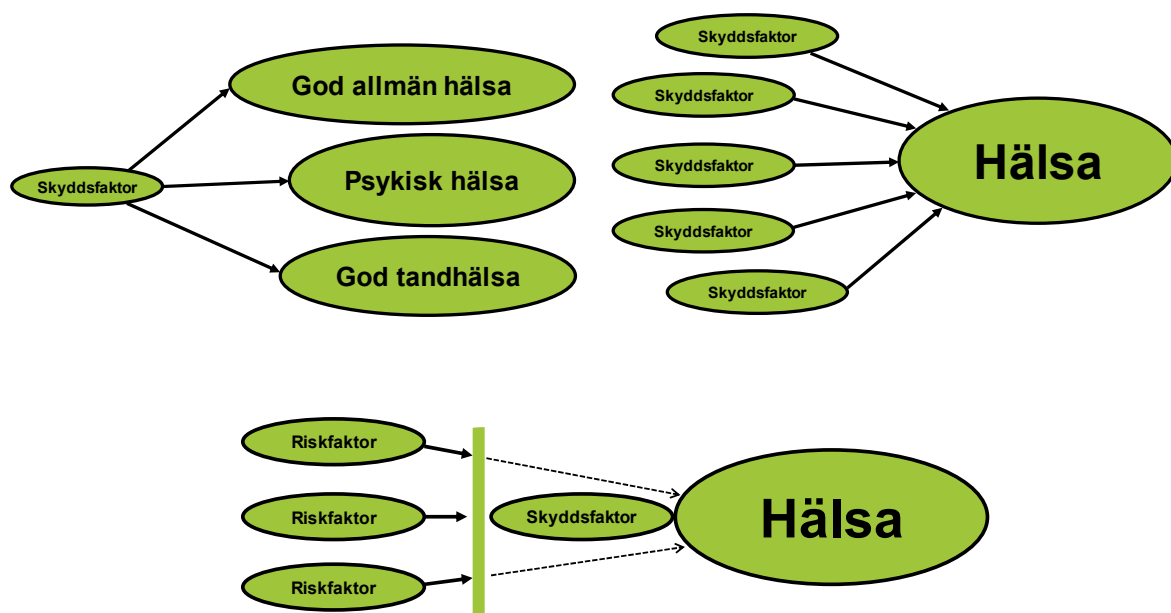
Skydds- och riskfaktorer

Inom det hälsofrämjande arbetet finns två nyckelbegrepp, skydds- respektive riskfaktorer. Begreppet skyddsfaktor används för att beteckna något som minskar sannolikheten för att ett visst problem ska uppkomma. Medan en riskfaktor däremot ökar sannolikheten för att ett specifikt problem ska uppstå.

Det är viktigt att skapa förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa. I det första fallet handlar det om att stärka skyddsfaktorer och i det andra om att reducera riskfaktorer. Skydds- och riskfaktorer finns såväl på individ-, grupp- som samhällsnivå. Enstaka faktorer har begränsad effekt, däremot är chansen till ett gott och långt liv större om en person har flera skyddsfaktorer även om samma person skulle ha riskfaktorer.

I den här rapporten är intresset inriktat på både allmän och psykisk hälsa. Många av de skydds- och riskfaktorer som tas upp har visat sig vara giltiga för såväl allmän som psykisk hälsa. Flertalet av faktorerna kan utgöra såväl skydds- som riskfaktorer beroende på hur de definieras. Exempelvis kan skoltrivsel bland elever respektive arbetstrivsel bland förvärvsarbetande ses som något positivt och alltså vara en skyddsfaktor, samtidigt som vantrivsel kan vara en riskfaktor.

I figur 1 illustreras schematiskt hur en eller flera skyddsfaktorer kan påverka och främja en god hälsa. En enskild skyddsfaktor kan verka som ett skydd för flera olika hälsoutfall, exempelvis så främjas såväl den psykiska som fysiska hälsan av fysisk aktivitet. Flera olika skyddsfaktorer kan också påverka samma hälsoutfall med en förstärkande effekt. En skyddsfaktor kan även skydda mot eventuella riskfaktors negativa påverkan på hälsan, exempelvis påverkas hälsan troligen mindre negativt av stress på arbetet om det är så att man samtidigt trivs med sitt arbete.



Figur 1. Schematisk beskrivning över hur en skyddsfaktor kan påverka flera olika hälsoutfall, hur flera olika skyddsfaktorer kan påverka samma hälsoutfall samt hur en skyddsfaktor kan skydda från en eller flera riskfaktors negativa påverkan på hälsan.

Undersökningarna Liv & hälsa ung och Liv & hälsa

I Sverige finns en välutvecklad registerstatistik. I många avseenden saknas dock uppgifter som gör det möjligt att undersöka samband mellan människors livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Enkätundersökningar där befolkningen kan komma till tals är därför nödvändiga. Som underlag till de analyser som görs i den här rapporten ligger två omfattande folkhälsoundersökningar. *Liv & hälsa ung* som genomförs bland skolelever i grundskolans skolår 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet. *Liv & hälsa* som riktar sig till vuxna 18 år och äldre. Båda undersökningarna genomfördes under första halvåret av 2017. *Liv & hälsa ung* genomfördes under februari och mars 2017. *Liv & hälsa* genomfördes från februari till juni 2017. För båda undersökningarna gäller att de omfattar en stor mängd människor, och att flera frågor i de respektive enkäterna är gemensamma eller snarlika. Detta sammantaget ger unika möjligheter för analyser ur ett jämlikhetsperspektiv.

Undersökningen Liv & hälsa ung 2017

Liv & hälsa ung är en enkätundersökning som handlar om ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Enkäten riktar sig till alla elever i Örebro län i skolår 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet. Resultaten ger en övergripande bild av elevernas upplevda hälsa, skolförhållanden, familjerelationer, fritids- och matvanor, samt deras tobaks-, alkohol- och narkotikavanor.

Den senaste undersökningen är den sjätte i ordningen sedan år 2005. Undersökningen genomfördes med en enkät riktad till elever i skolår 7 och en enkät riktad till elever i skolår 9 samt år 2 på gymnasiet. Den genomfördes som tidigare av Region Örebro län i samarbete med länets kommuner. Totalt 61 av 62 inbjudna skolor deltog i 2017 års undersökning. På dessa skolor svarade närmare 7 600 elever på enkäten (svarsfrekvens 80%).

Undersökningen Liv & hälsa 2017

Den första *Liv & hälsa*-undersökningen genomfördes i Örebro län år 2000 i samarbete med regionerna i Uppsala, Södermanlands, Västmanlands och Värmlands län (CDUST-regionen). Undersökningarna har sedan upprepats år 2004, 2008, 2012, och 2017. År 2012 skedde insamlingen inte som en separat undersökning genom att fyra av regionerna deltog i den nationella folkhälsoundersökningen "Hälsa på lika villkor?" (HLV) med ett tilläggsurval och en gemensam "Liv & hälsa"-frågemodul.

Vid undersökningen 2017 bestod urvalet av drygt 78 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre i CDUST-regionen, varav drygt 17 100 personer i Örebro län. I Örebro län besvarade närmare 7 800 personer enkäten (svarsfrekvens 46 %).

Så mäter vi

För att studera sambandet mellan skyddsfaktorer, riskfaktorer och hälsa har vi valt ut några frågor som indikerar dels den allmänna hälsan dels psykiskt välbefinnande. De frågor som valts ut är de som i tidigare analyser visat sig vara goda indikatorer för hälsan både i den vuxna befolkningen¹ och bland ungdomar². För att skatta det allmänna hälsotillståndet har frågan "Hur mår du rent allmänt?" använts i *Liv & hälsa ung* och "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" i *Liv & hälsa*. För att skatta psykiskt välbefinnande har *WHO-5 Well-Being index*³ använts från båda undersökningarna. Många av enkätfrågorna i *Liv & hälsa ung* och *Liv & hälsa* är mycket likartade eller identiska. Detta ger stora möjligheter att göra jämförelser. Det är dock viktigt att påpeka att det rör sig om två olika undersökningar där den ena är en totalundersökning och den andra en urvalsundersökning, vilket delvis medför skilda förutsättningar att dra slutsatser.

¹ CDUST, 2018. *Liv & hälsa i Mellansverige 2017: Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. M. Lindén Boström, C. Persson, 2012: *Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv - Liv & hälsa i Örebro län 2000–2011*

² CDUT, 2018/19: *Mår alla bra? Rapport 1, 2 och 3*. M. Lindén-Boström, E Löfwenhamn, C. Persson 2015: *Ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa - Liv & hälsa ung i Örebro län*.

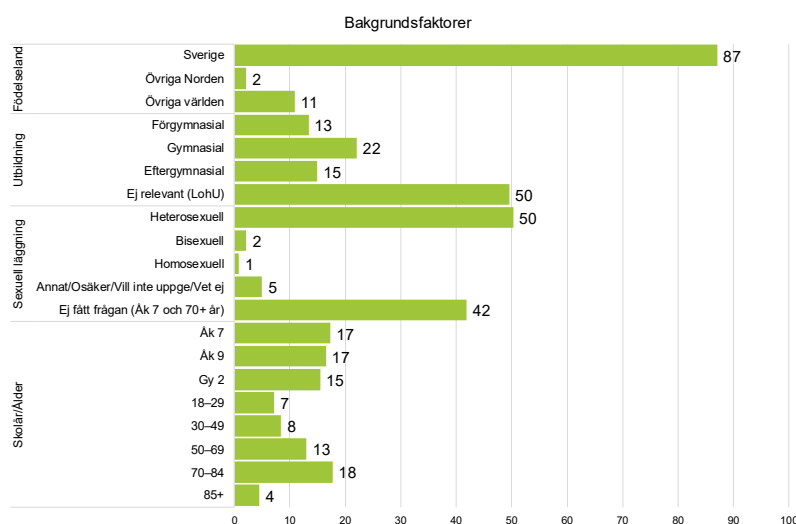
³ Frågeinstrumentet WHO-5 Well-Being index, är ett frågebatteri på fem frågor som mäter psykiskt välbefinnande. WHO-5 är ett validerat frågeformulär för att mäta psykisk hälsa nationellt och globalt. Summaindex > 50 bland alla som svarat på samtliga fem frågor definieras som gott psykiskt välbefinnande.

Bakgrundsfaktorer fördelat på de svarande

I den här rapporten undersöks jämlikhet och jämställdhet avseende allmänt hälsotillstånd, psykiskt välbefinnande samt skydds- och riskfaktorer genom att resultatet presenteras utifrån kön, födelseland, utbildningsnivå, sexuell läggning och ålder. Valet av bakgrundsfaktorer baseras på forskning, rapporter och tidigare publicerad statistik. I det här avsnittet redovisas fördelningen av dessa bakgrundsfaktorer bland de svarande.

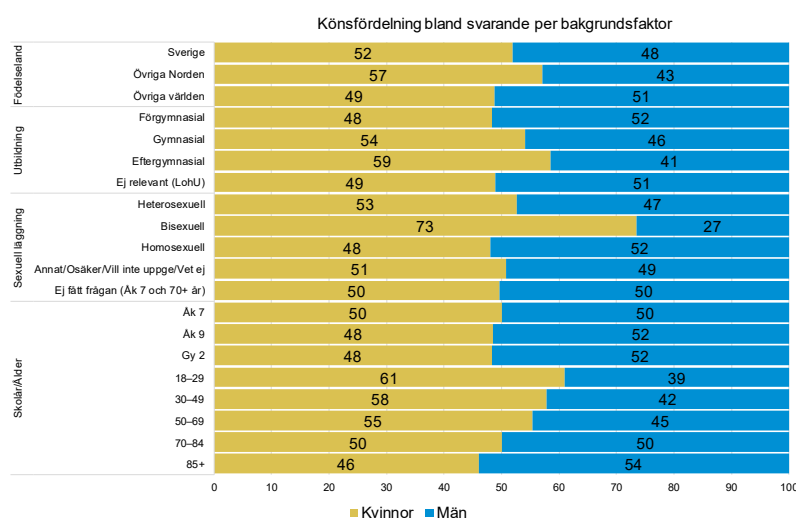
De svarande – Bakgrundsfaktorer

Omkring hälften av svaren kommer från respektive undersökning. Majoriteten av de svarande är födda i Sverige (figur 2). Bland de svarande i den vuxna befolkningen har störst andel gymnasialutbildning som högsta utbildningsnivå. Frågan om sexuell läggning ställdes inte till elever i årskurs 7 eller till personer i åldersgruppen 70 år och äldre, vilka tillsammans utgör 42 procent av den undersökta gruppen. Bland de som fått frågan om sexuell läggning svarar en majoritet att de har en heterosexuell läggning. Bland eleverna är det relativt jämt fördelat mellan årskurserna. I den vuxna befolkningen är det störst andel svarande i åldersgrupperna 70–84 år följt av 50–69 år.



Figur 2. Fördelning (%) av de svarande per bakgrundsfaktor, oviktade andelar.

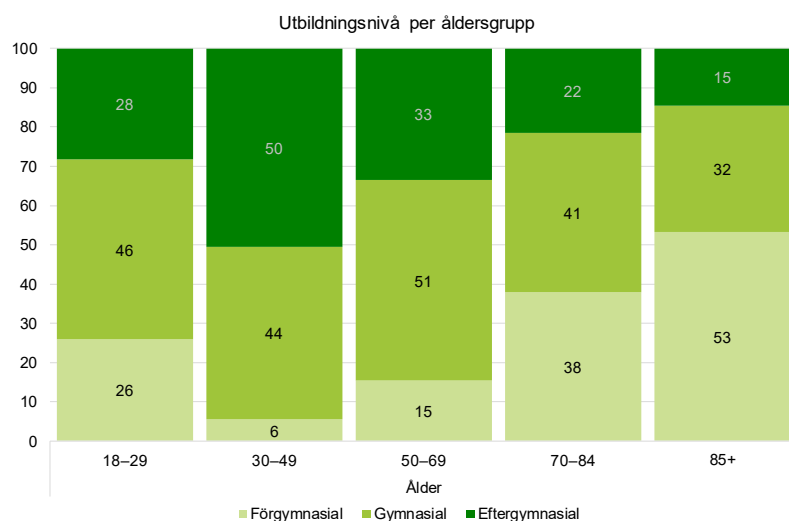
Könsfördelningen bland de svarande är relativt jämn. I figur 3 nedan återfinns könsfördelningen bland de svarande uppdelat på nämnda bakgrundsfaktorer.



Figur 3. Andel (%) kvinnor och män per bakgrundsfaktor, oviktade andelar.

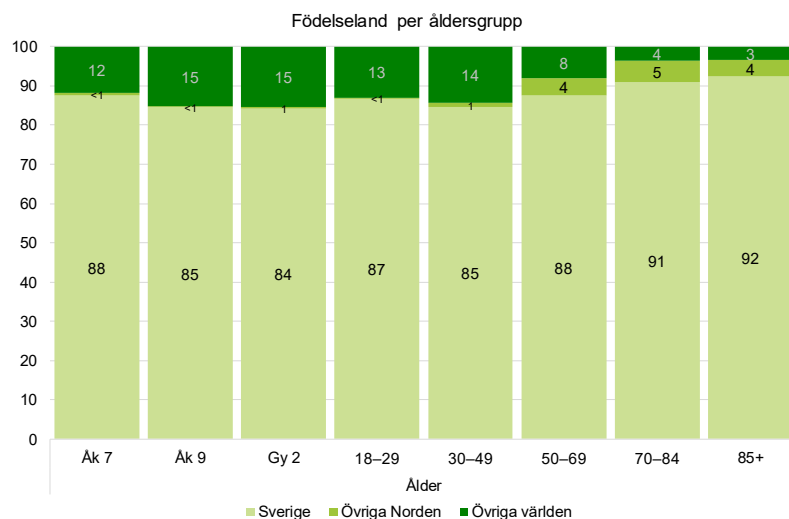
De svarande – Utbildningsnivå och födelseland fördelat på ålder

Utbildningsnivån varierar mellan de olika åldersgrupperna. Eftergymnasial utbildning är vanligast i åldersgruppen 30–49 år (figur 4). Andelen med förgymnasial utbildning är som högst i åldersgruppen 85 år och äldre.



Figur 4. Andel (%) med olika utbildningsnivåer fördelat på åldersgrupper, oviktade andelar.

Andelen av de svarande som är födda i övriga Norden är låg bland ungdomar och vuxna 18–49 år, en procent eller lägre (figur 5). Bland personer som är 50 år eller äldre är fyra respektive fem procent som födda i övriga Norden. Andelen av de svarande som är födda utanför Norden är mellan 12 och 15 procent från årskurs 7 upp till och med 49 år. Från 50 års-ålder minskar andelen som är födda utanför Norden bland de svarande med stigande ålder.



Figur 5. Andel (%) med olika födelseland fördelat på åldersgrupper.

I avsnittet, "*Hälsan ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv*", på sidan 7 och framåt har samtliga redovisade andelar bland personer 18 år och äldre viktats med hänsyn tagen till urvalsstorleken och svarsbenägenheten i olika svarsgrupper. Detta för att få värden som motsvarar befolkningssammansättningen i länet i så hög grad som möjligt.

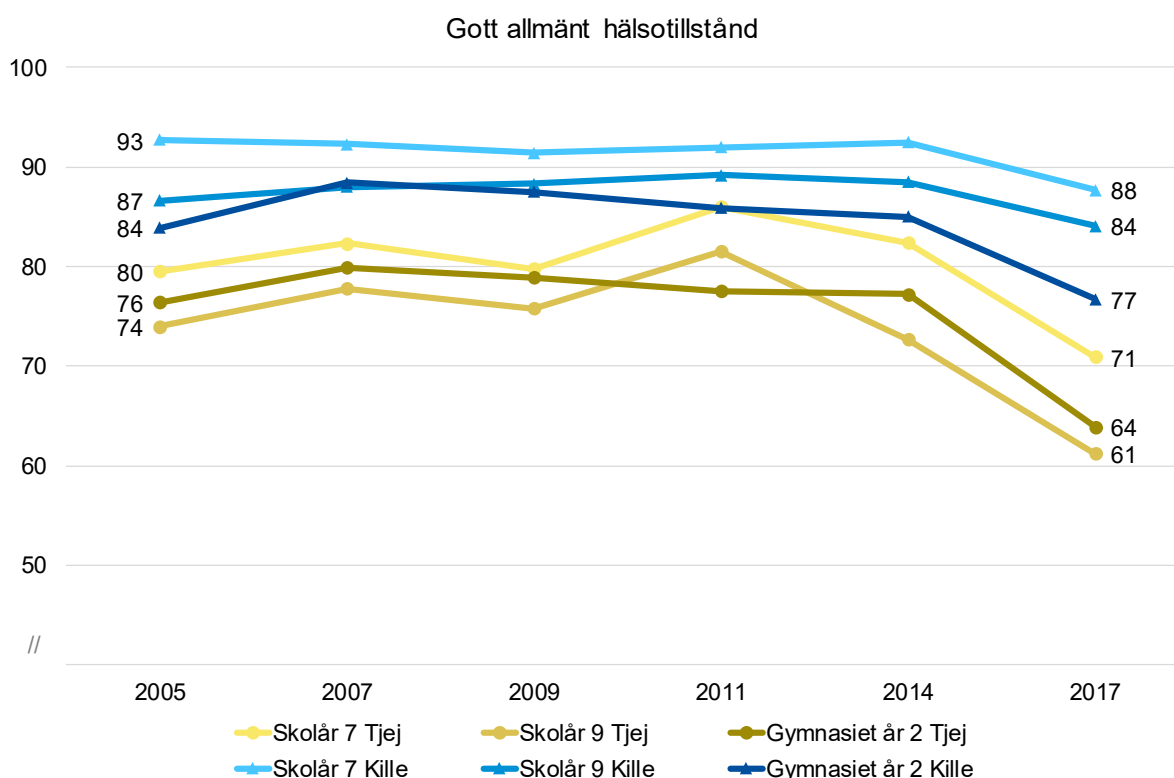
Hälsan ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv

Hälsans fördelning på bakgrundsfaktorer

Detta avsnitt inleds med avsnittet "Gott allmänt hälsotillstånd" som beskriver fördelningen av en god allmän hälsa hos ungdomar respektive vuxna. Här beskrivs även hur hälsan fördelas utifrån tidigare specificerade bakgrundsfaktorer. Därefter beskrivs i avsnittet "Gott psykiskt välbefinnande" det psykiska välbefinnandets fördelning.

Gott allmänt hälsotillstånd

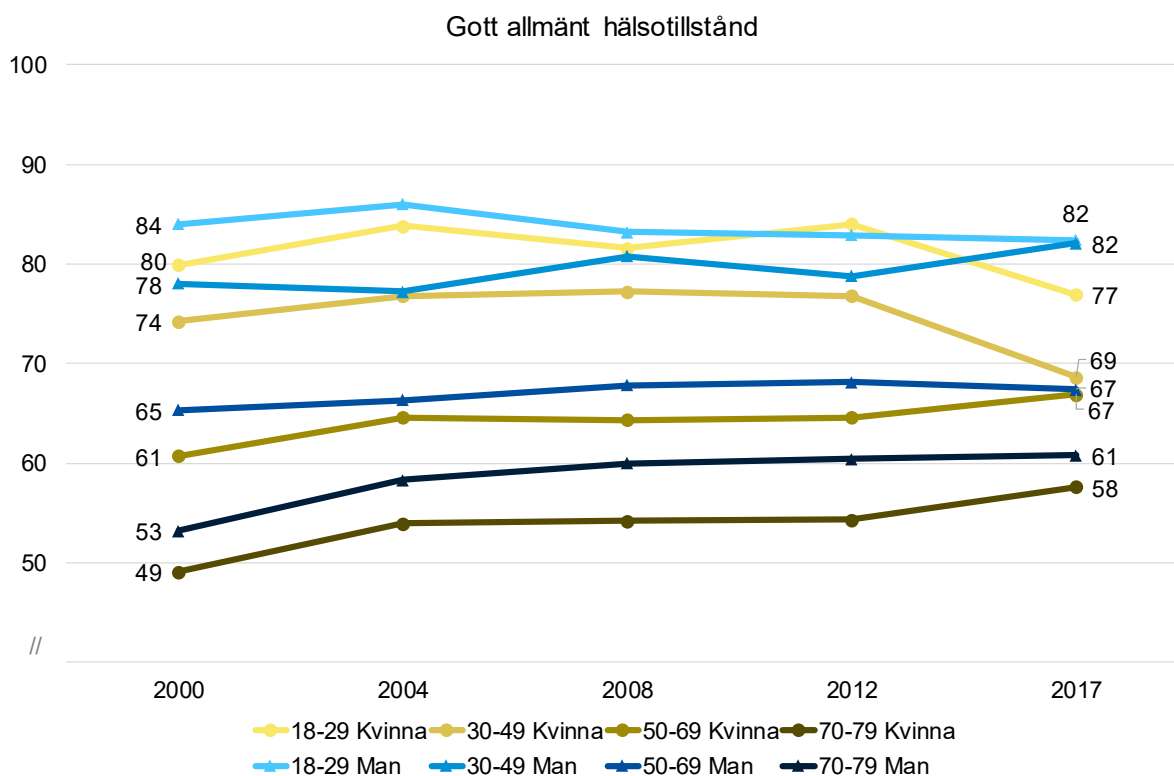
Sedan mätningarna började i mitten av 2000-talet har andelen bland ungdomarna som uppger att de rent allmänt mår bra eller mycket bra⁴ varit högre bland killar jämfört med tjejer i motsvarande skolår (figur 6). Under perioden har andelen med god hälsa minskat i samtliga skolår bland både killar och tjejer. Vid mätningen år 2011 ökade dock andelen med god hälsa något bland tjejer i skolår 7 och 9, för att därefter återigen minska. Tjejer i skolår 9 är den grupp som historiskt haft lägst andel med gott allmänt hälsotillstånd vid en majoritet av mätningarna. Bland killar är det i alla undersökningar, undantaget 2007, minst vanligt med gott allmänt hälsotillstånd i gymnasiet.



Figur 6. Andel med gott allmänt hälsotillstånd (mår bra/mycket bra rent allmänt) i skolår 7, 9 och gymnasiet år 2, uppdelat på kön, 2005–2017.

⁴ För att förenkla läsningen benämns i resterande delar av rapporten andelen som svarat att de mår bra eller mycket bra rent allmänt som att de har "gott allmänt hälsotillstånd" eller "god hälsa". Detta för att förenkla läsningen och jämförelsen med befolkningen 18 år och äldre som svarat på en liknande fråga. Båda frågorna finns beskrivna i faktaruta i slutet av detta avsnitt på sidan 12.

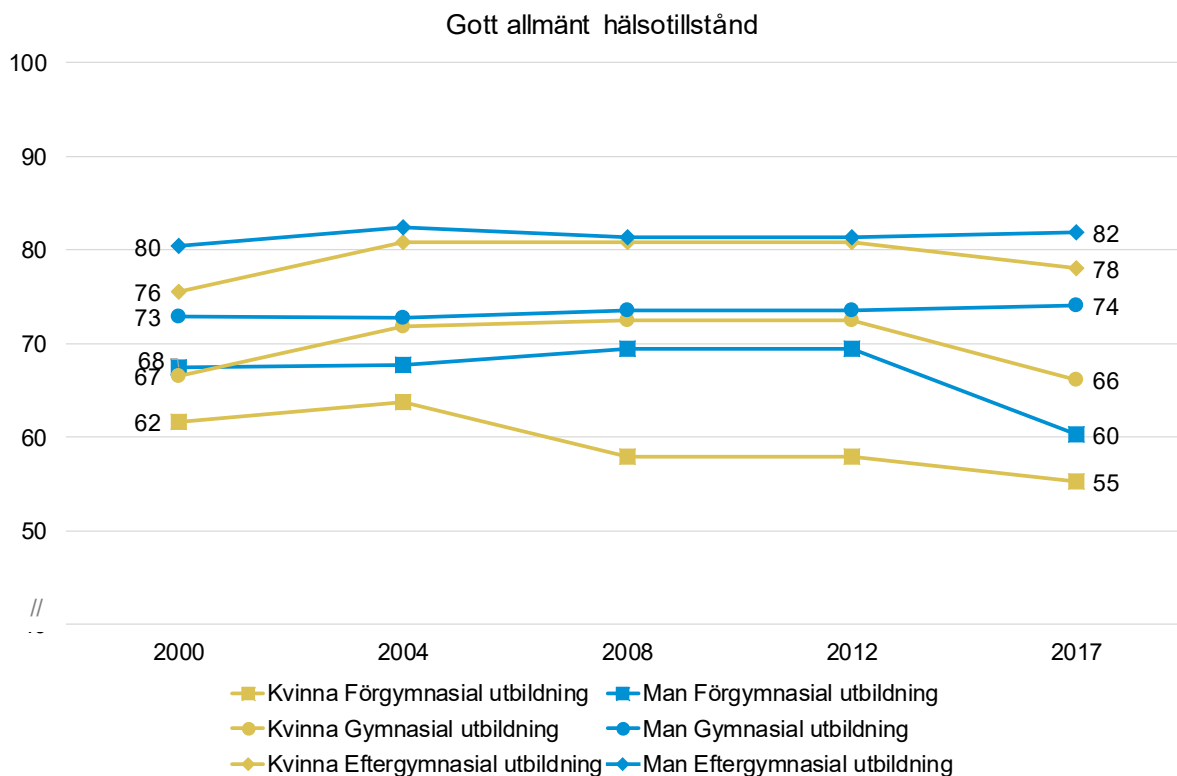
I den vuxna befolkningen ser förändringen över tid olika ut bland män och kvinnor (figur 7)⁵. Bland kvinnor i åldern 18–29 och 30–49 år har andelen med god hälsa minskat med tre respektive fem procentenheter mellan mätningarna 2000 och 2017. Andelen med god hälsa i åldersgrupperna 50–69 år och 70–79 år har däremot ökat med sex respektive nio procentenheter under samma period. Bland män i åldersgruppen 18–29 år har andelen med god hälsa minskat något, två procentenheter, mellan åren 2000 och 2017. Andelen män med god hälsa i övriga åldersgrupper har däremot ökat med mellan två och nio procentenheter under samma tidsperiod.



Figur 7. Andel med mycket bra/bra allmänt hälsotillstånd i åldersgrupperna 18–29 år, 30–49 år, 50–69 år respektive 70–79 år, uppdelat på kön, 2000–2017.

⁵ År 2000 var urvalet länsbor 18–79 år, varför trenden endast kan beskrivas upp till och med 79 år.

I figur 8 redovisas utvecklingen av det allmänna hälsotillståndet fördelat på kön och utbildningsnivå över tid.⁶ Bland såväl kvinnor som män med eftergymnasial utbildning har andelen med god hälsa ökat med två procentenheter mellan undersökningarna 2000 och 2017, vilket innebär att könskillnaderna består över tid. I gruppen som har förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå har däremot andelen med god hälsa minskat med sju till åtta procentenheter under samma tidsperiod. Bland män med gymnasial utbildning har andelen med god hälsa ökat marginellt medan motsvarande andel bland kvinnor har minskat med två procentenheter mellan 2000 och 2017.

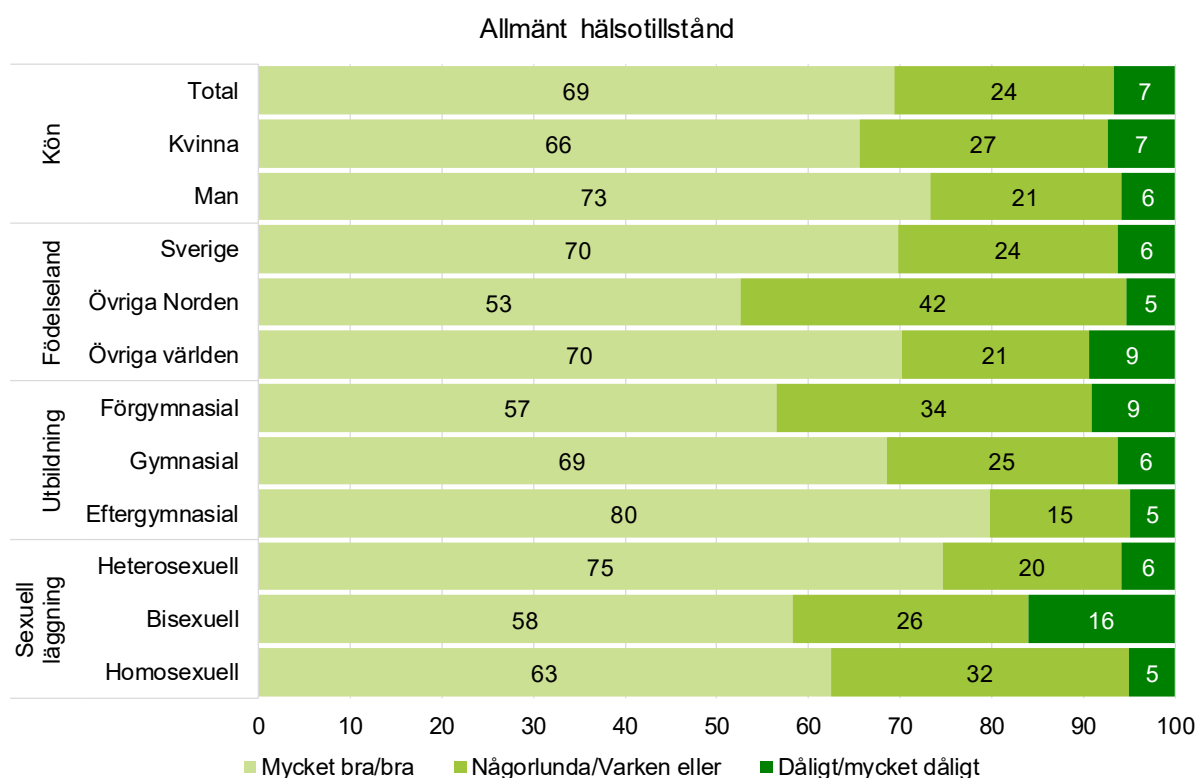


Figur 8. Åldersstandardiserad andel med mycket bra/bra allmänt hälsotillstånd fördelat på kön och utbildningsnivå, 18–79 år, 2000–2017.

⁶ Då utbildningsnivån skiljer sig markant mellan olika åldersgrupper har andelarna åldersstandardiserats.

Totalt har nära sju av tio ett gott allmänt hälsotillstånd. Det vill säga, de elever som uppger att de mår bra eller mycket bra rent allmänt respektive personer 18 år och äldre som uppger att de har bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd (figur 9). Det är även vanligare att personer som är födda i Sverige eller utanför Norden har god hälsa jämfört med personer som är födda i övriga Norden.

Personer med heterosexuell läggning uppger i högre utsträckning att de har god hälsa jämfört med bisexuella och homosexuella. I gruppen med bisexuell läggning återfinns den högsta andelen som uppger dåligt eller mycket dåligt allmänt mående/hälsotillstånd. I den vuxna befolkningen finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och det allmänna hälsotillståndet. Den största andelen med god hälsa finns i gruppen med eftergymnasial utbildning och den lägsta andelen i gruppen med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå.⁷

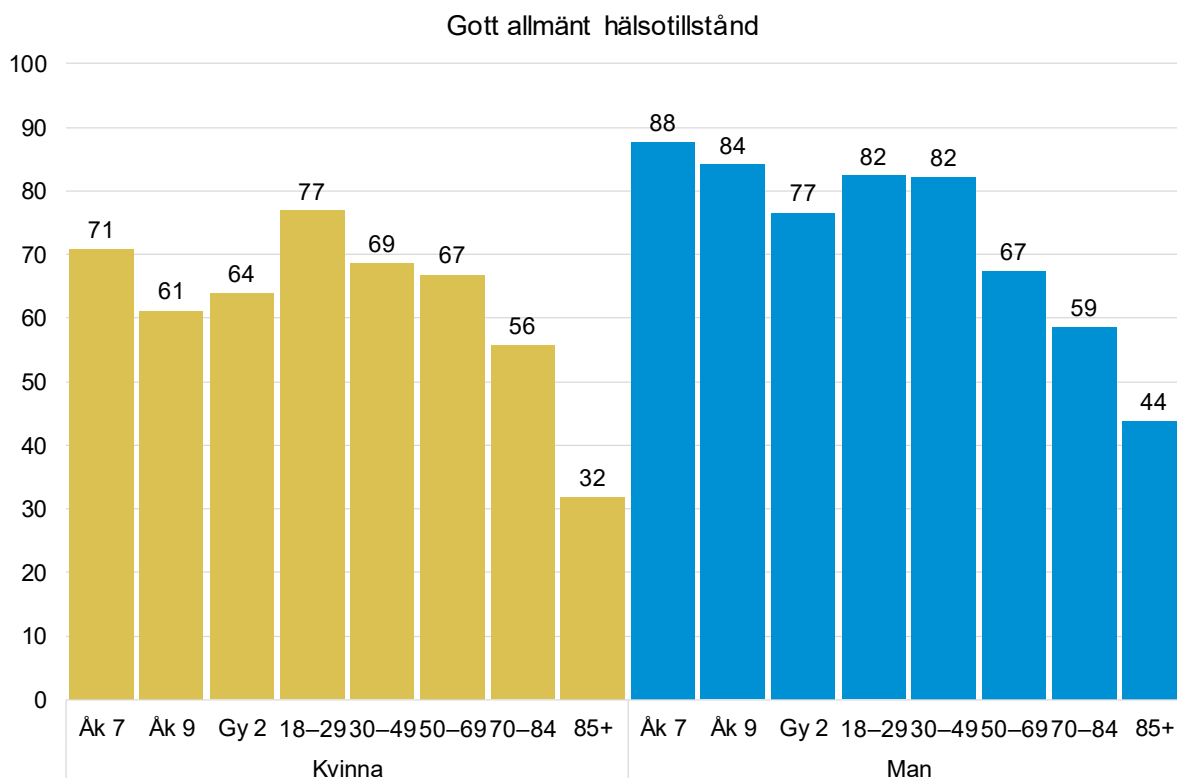


Figur 9. Fördelning av allmänt hälsotillstånd (%) uppdelat på bakgrundsfaktorer.⁷

⁷ Uppgift om utbildningsnivå finns endast för svarande 18 år och äldre och frågan om sexuell läggning har endast ställts till elever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet samt vuxna 18–69 år.

I samtliga åldersgrupper, undantaget i åldersgruppen 50–69 år, är det vanligare med god hälsa bland män jämfört med kvinnor (figur 10). Bland såväl killar som tjejer är andelen med god hälsa relativt hög i årskurs 7 i förhållande till årskurs 9 och år 2 på gymnasiet. Även bland kvinnor och män 18 år och äldre minskar andelen med god hälsa med ökande ålder.

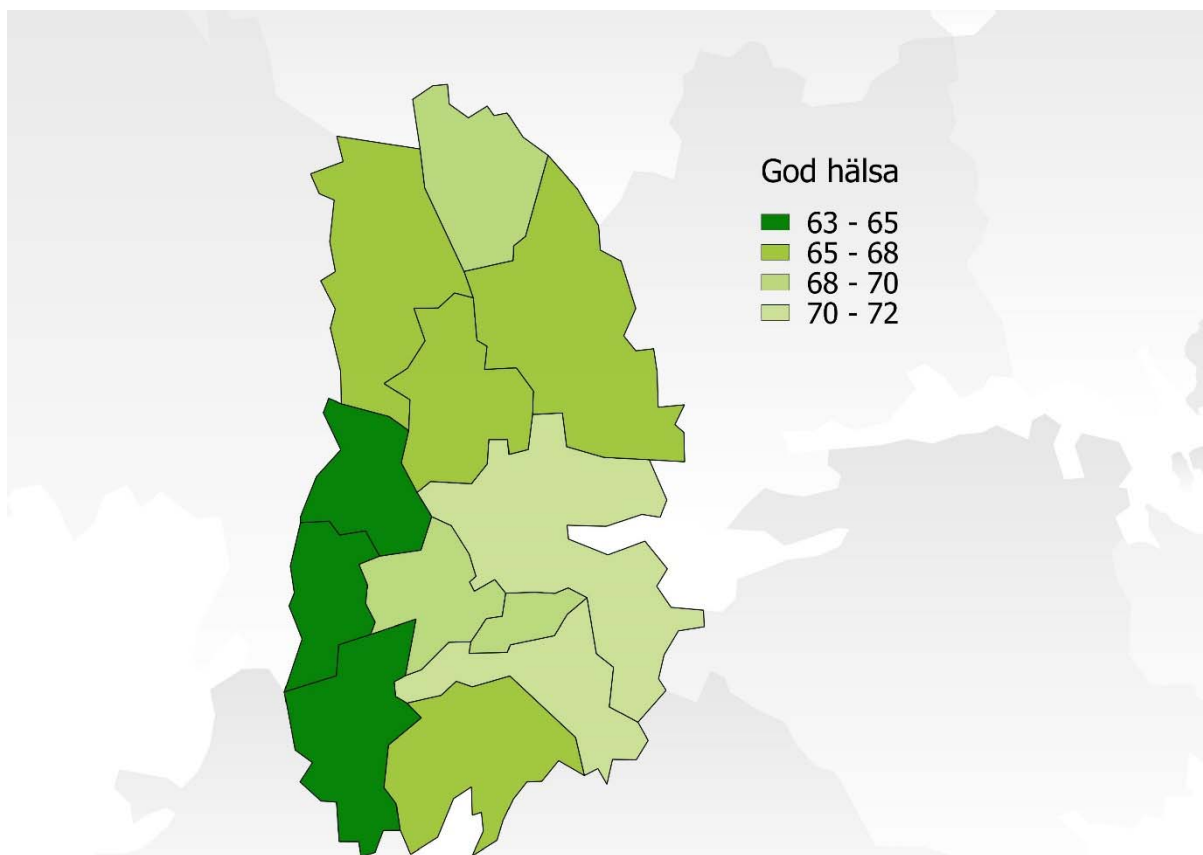
Bland tjejer/kvinnor är det vanligast med gott allmänt hälsotillstånd i åldersgruppen 18–29 år. Bland killar/män är det killar i årskurs 7 som har högst andel. Observera att frågorna om allmän hälsa skiljer sig åt mellan elevundersökningen och undersökningen bland vuxna, vilket gör det svårt att helt jämföra nivåerna.⁸



Figur 10. Andel (%) med gott allmänt hälsotillstånd fördelat på kön och ålder.

⁸ Se frågornas exakta lydelse på sidan 12.

Andelen med god hälsa varierar med nio procentenheter mellan kommunerna i Örebro län (figur 11). Högst andel med god hälsa finns i Örebro kommun följt av Hallsbergs kommun.⁹



Figur 11. Andel (%) med gott allmänt hälsotillstånd fördelat per kommun. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

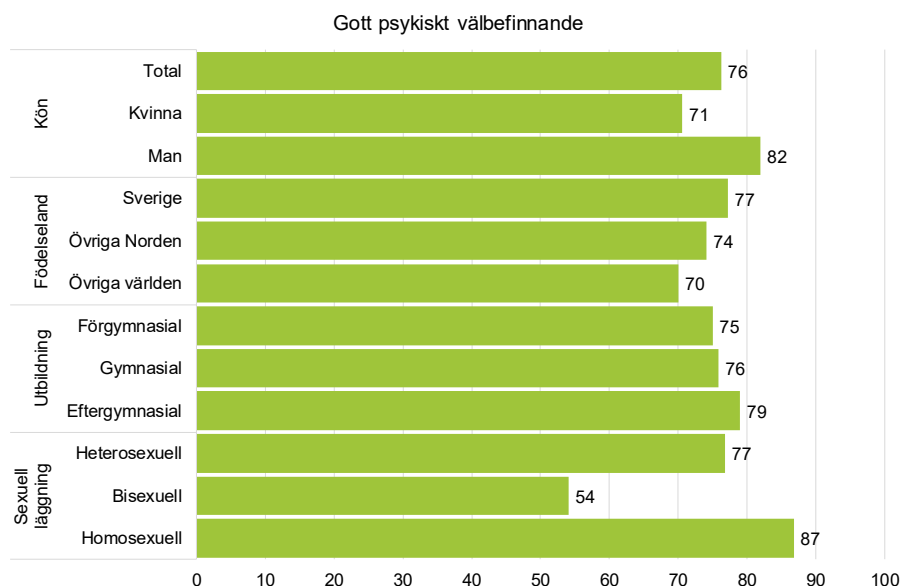
Gott allmänt hälsotillstånd Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Hur mår du rent allmänt?	Gott allmänt hälsotillstånd Vuxna 18 år och äldre Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?
Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt	Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Mycket dåligt

⁹ Se tabellbilaga i slutet av rapporten för könssupplade andelar per kommun.

Gott psykiskt välbefinnande

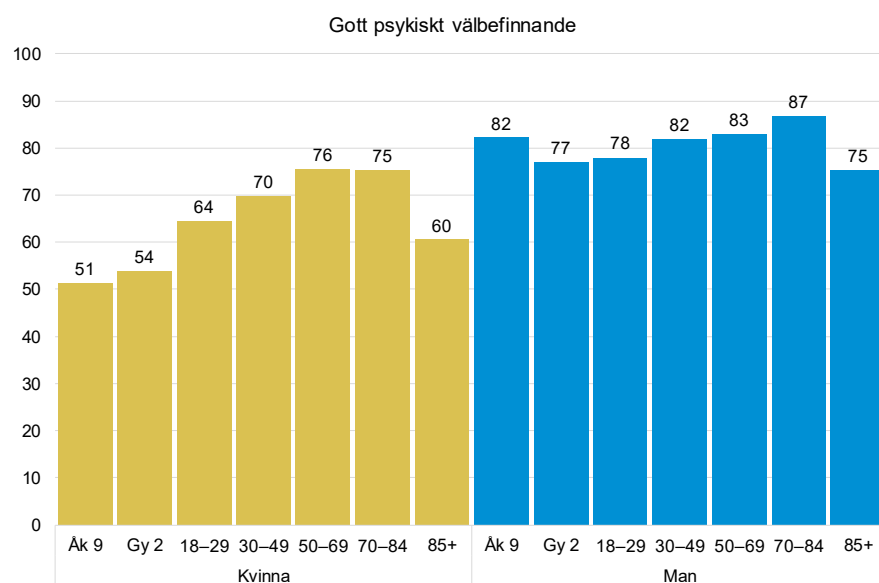
Drygt sju av tio kvinnor och åtta av tio män har ett gott psykiskt välbefinnande (figur 12). Personer som är födda i Sverige har i större utsträckning gott psykiskt välbefinnande jämfört med personer födda i övriga Norden eller övriga världen.

Andelen med gott psykiskt välbefinnande varierar marginellt utifrån utbildningsnivå. Uppdelat på sexuell läggning syns betydande skillnader. Den högsta andelen med gott psykiskt välbefinnande återfinns bland personer med homosexuell läggning. Den lägsta andelen återfinns bland bisexuella.¹⁰



Figur 12. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.¹⁰

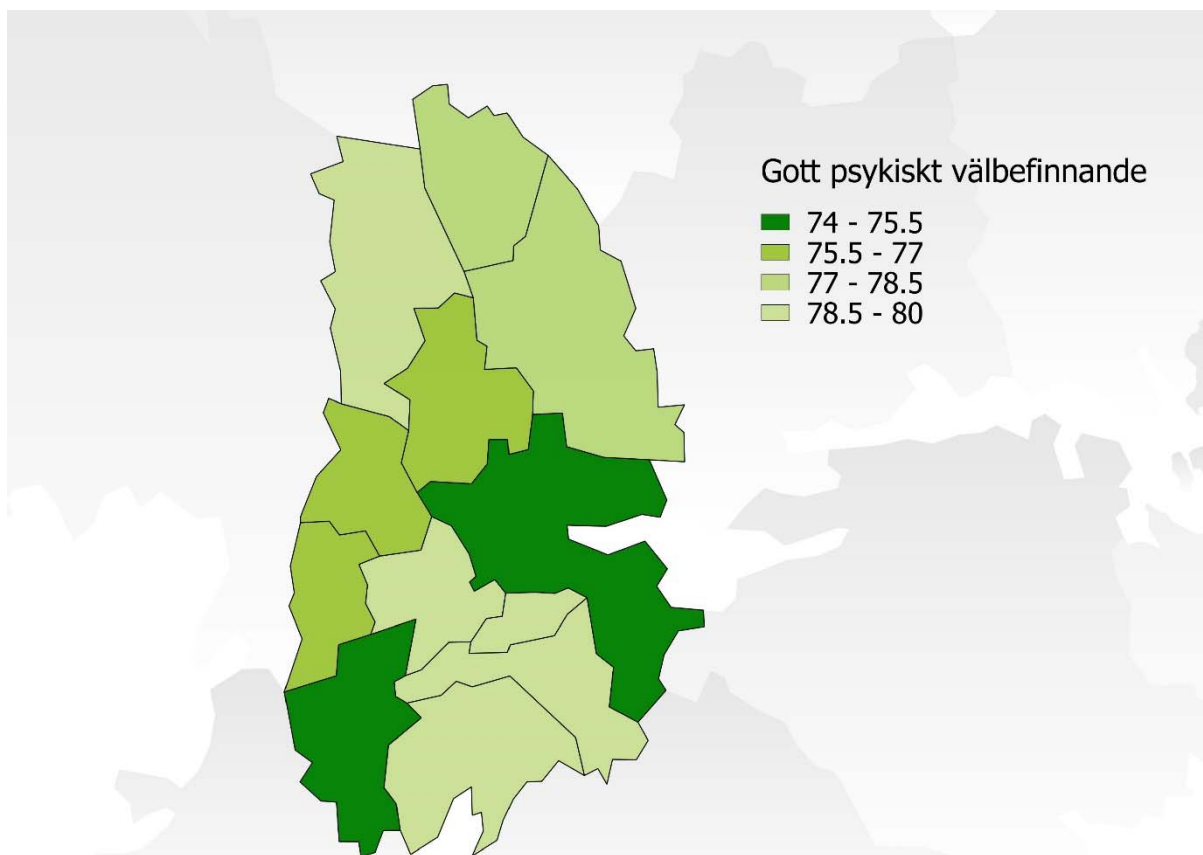
I samtliga åldersgrupper är det vanligare att män har gott psykiskt välbefinnande jämfört med kvinnor (figur 13). Störst könsskillnad återfinns bland elever i årskurs 9, där skillnaden mellan tjejer och killar är mer än 30 procentenheter. Därefter minskar skillnaden mellan könen med stigande ålder då andelen med gott psykiskt välbefinnande bland kvinnor ökar markant med stigande ålder upp till 70 år. Bland män finns ett liknande mönster, men inte lika uttalat.



Figur 13. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande fördelat på kön och ålder.

¹⁰ Uppgift om utbildningsnivå finns endast för svarande 18 år och äldre och frågan om sexuell läggning har endast ställts till elever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet samt vuxna 18–69 år.

Andelen med gott psykiskt välbefinnande varierar mellan 74 och 80 procent i länets kommuner (figur 14). Högst andel med gott psykiskt välbefinnande återfinns i Kumla och Askersunds kommun.¹¹



Figur 14. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande fördelat per kommun. Observera att för årskurs 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun där skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

Gott psykiskt välbefinnande (WHO-5)

Elever i skolår 9, år 2 på gymnasiet och vuxna 18 år och äldre

Den psykiska hälsan i en befolkning mäts oftast genom enkät- eller intervjuundersökningar. Frågeinstrumentet WHO-5 Well-Being index (WHO-5), 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.

Svensk översättning av de fem frågorna som utgör: WHO-5 Well-Being index

Var vänlig markera för varje påstående vad som är närmast hur du har känt under de senaste 2 veckorna:

Jag har känt mig glad och på gott humör.

Jag har känt mig lugn och avslappnad.

Jag har känt mig aktiv och kraftfull.

Jag har känt mig piggt och utvilad när jag vaknat.

Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig.

Svarsalternativ: Hela tiden/Mestadels/Mer än halva tiden/Mindre än halva tiden/Ibland/Aldrig

¹¹ Se tabellbilaga i slutet av rapporten för konsuppdelade andelar per kommun.

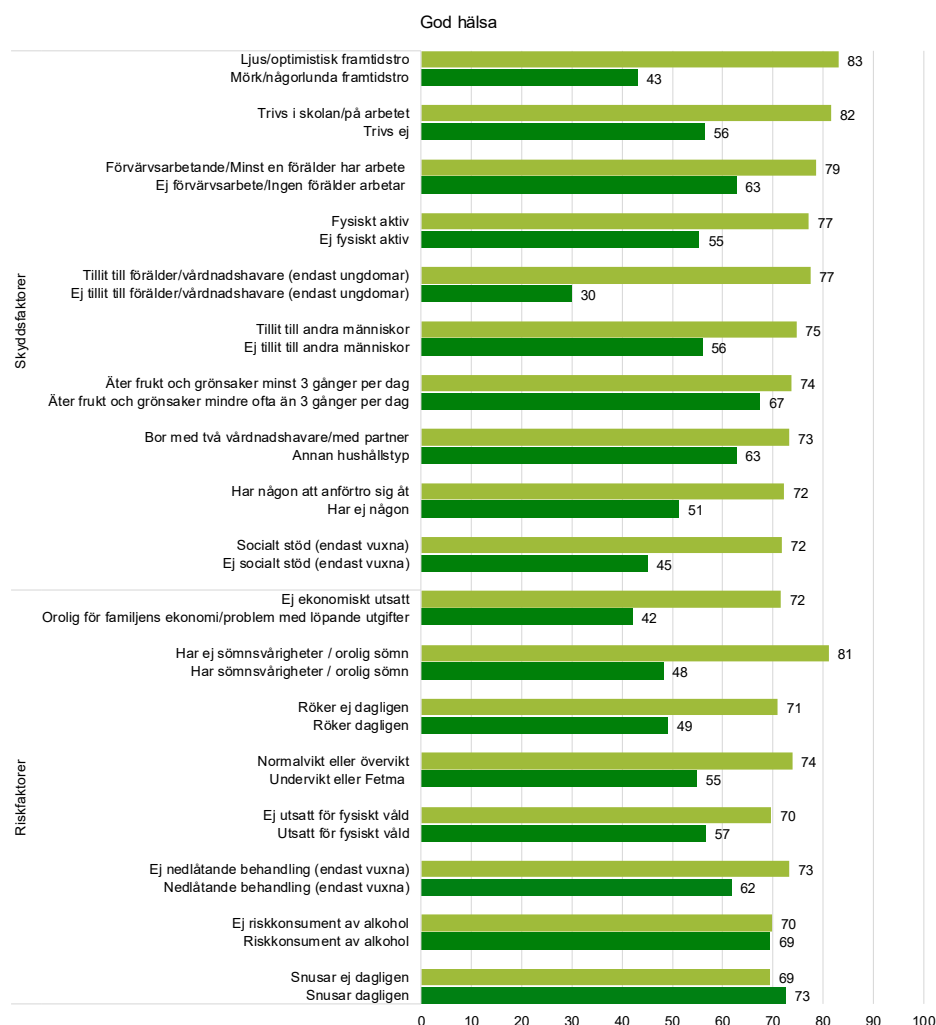
Hälsans fördelning ur ett skydds- och riskfaktorsperspektiv

I detta avsnitt studeras hur den allmänna hälsan och det psykiska välbefinnandet varierar utifrån ett antal skydds- och riskfaktorer.

Gott allmänt hälsotillstånd

Skillnaderna i andelen som har god hälsa mellan de som har respektive inte har en skyddsfaktor är betydande. Bland de studerade skyddsfaktorerna återfinns de högsta andelarna med god allmän hälsa bland de som har ljus framtidstro och som trivs i skolan/på arbetet (figur 15). I dessa grupper är det fler än åtta av tio som har god hälsa. Detta kan sättas i relation till att 43 respektive 56 procent har god hälsa bland de som inte har ljus framtidstro respektive inte trivs i skolan/på arbetet. Även för övriga skyddsfaktorer har mer än sju av tio god hälsa. Störst skillnad i andel med god hälsa återfinns mellan de som ser ljust respektive inte ser ljust på framtiden samt bland de ungdomar som känner tillit till någon förälder respektive inte känner tillit.

Det finns även ett starkt negativt samband mellan många av riskfaktorerna och förekomst av god hälsa. Bland riskfaktorerna återfinns den lägsta andelen med god hälsa bland de som känner oro för familjens ekonomi/är ekonomiskt utsatta, har sömnsvårigheter/orolig sömn samt bland de som röker dagligen. Bland dessa är det mindre än hälften som har god hälsa. För alkohol- och snusvanor ses i figur 15 där hänsyn ej har tagits för skillnader i köns- och åldersfördelningen endast marginella skillnader i hälsa mellan de som har riskfaktorn i relation till de som inte har den. Däremot ses ett negativt samband med hälsan även för dessa grupper då justering görs för skillnader i köns- och åldersfördelning såsom visas i figur 16 på nästa sida.



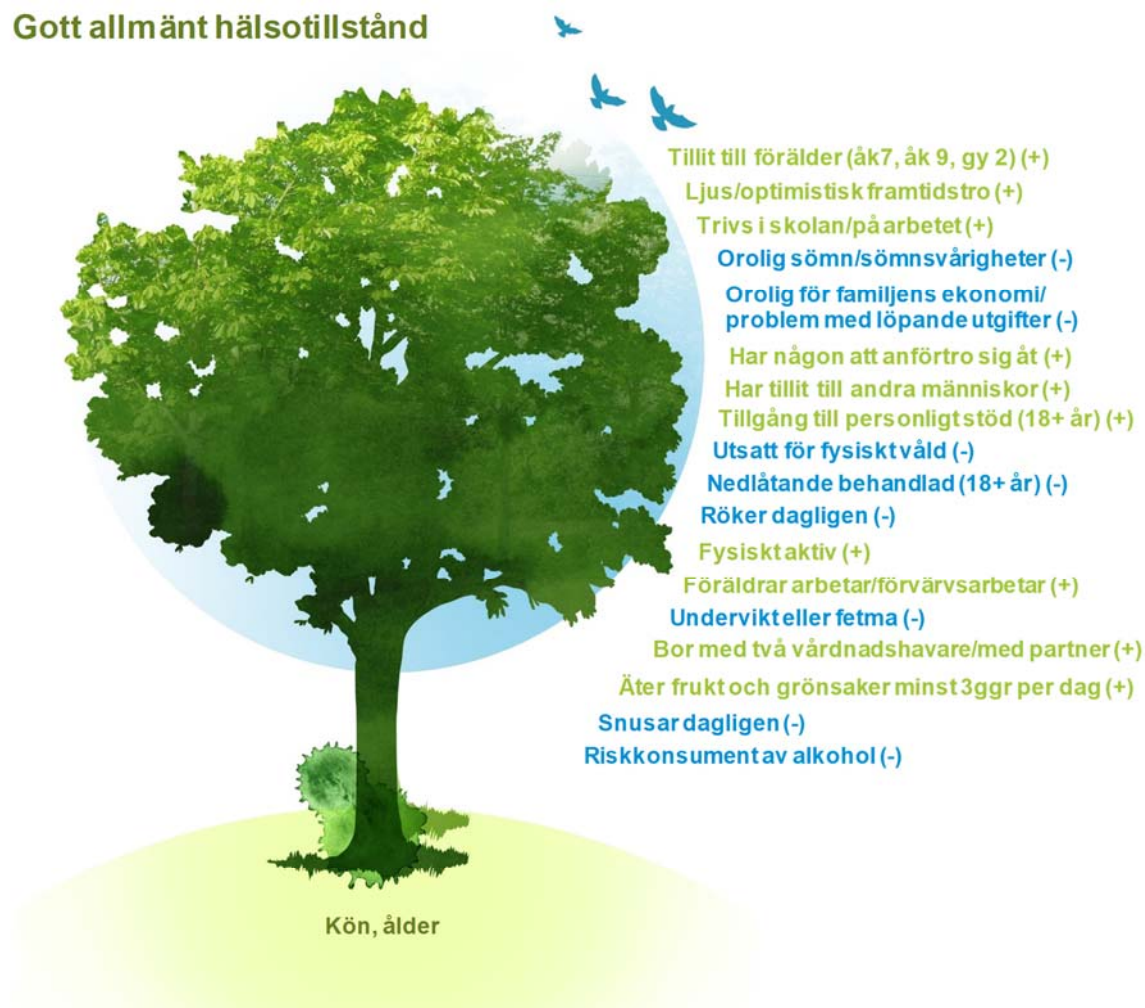
Figur 15. Andel (%) med god hälsa uppdelat på förekomst av skydds- och riskfaktorer årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre.

För att studera samband mellan olika skydds- och riskfaktorer och gott allmänt mående eller hälsotillstånd har så kallade logistiska regressionsanalyser¹² genomförts. I figur 16 illustreras sambanden mellan alla skydds- och riskfaktorer och den goda hälsan med hänsyn tagen till kön och ålder. Samtliga skydds- och riskfaktorer som redovisas har ett statistiskt säkerställt samband med den självskattade hälsan. Faktorerna är i figur 16 rangordnade efter hur starkt sambandet är.

De skyddsfaktorer som har starkast samband med att må bra är att känna tillit till någon förälder/vårdnadshavare (endast ungdomar), att ha en ljus/optimistisk framtidstro samt att trivas i skolan/på arbetet. När det gäller dessa skyddsfaktorer är det, oberoende av kön och ålder, mer än sex gånger vanligare med god hälsa bland de som har skyddsfaktorn i relation till de som saknar den.

De starkaste riskfaktorerna är att ha orolig sömn/sömnsvärigheter samt att känna oro för familjens ekonomi/ha problem med löpande utgifter. När det gäller dessa riskfaktorer är det, oberoende av kön och ålder, omkring 80 procent mindre vanligt med god hälsa bland de som har riskfaktorn i relation till de som saknar den.

Gott allmänt hälsotillstånd

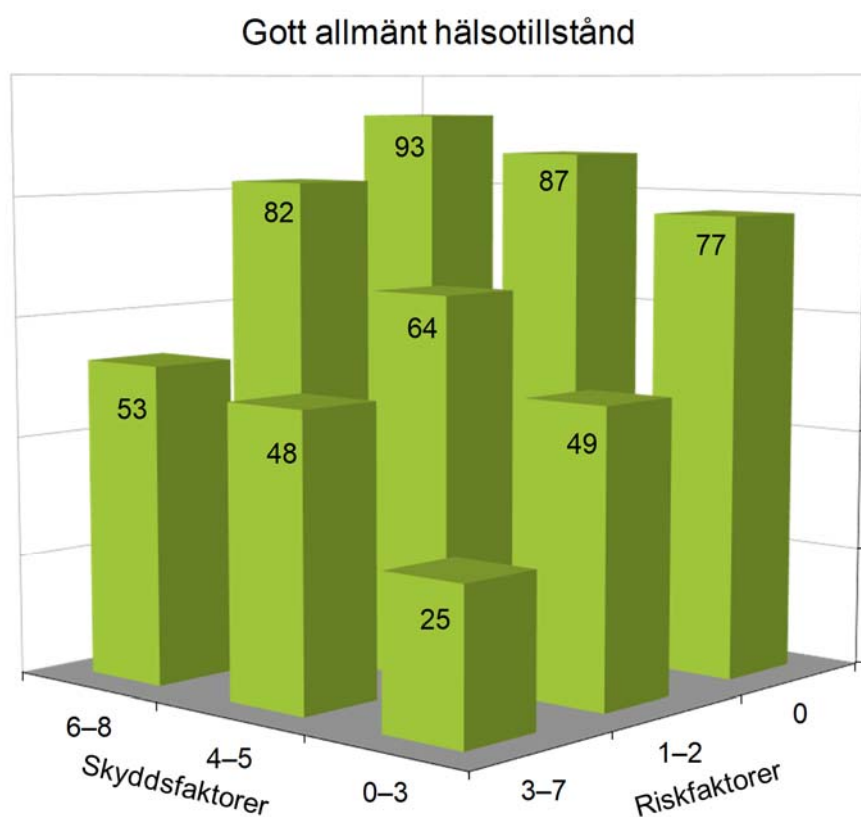


Figur 16. Illustration av sambandet mellan skyddsfaktorer (+) respektive riskfaktorer (-) och att ha bra eller mycket bra allmänt mående/hälsotillstånd justerat för kön och ålder för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre i Örebro län om inget annat anges. Riskfaktorerna har ett negativt samband och skyddsfaktorerna har ett positivt samband med att må bra. Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

¹² Resultatet från en logistisk regression visar sambandet mellan ett utfallsmått och en studerad faktor, med hänsyn tagen till de andra faktorerna i modellen. Sambandet mellan gott allmänt hälsotillstånd och varje skydds- respektive riskfaktor har studerats separat med kön och ålder som kontrollerande bakgrundsfaktorer. Se mer i tabellbilagans avsnitt om Logistisk regression.

Ytterligare en analys har genomförts bland de som går i årskurs 9, gymnasiet år 2 eller är 18–69 år.¹³ Syftet med den analysen är att studera om det finns ett samband mellan en persons allmänna hälsotillstånd och *hur många* skydds- och riskfaktorer den personen har. Detta illustreras i figur 17. Som förväntat är andelen med gott allmänt hälsotillstånd som *lägst* (25%) i gruppen som har få skyddsfaktorer (0–3 st.) och många riskfaktorer (3–7 st.) och som *högst* (93%) i den gruppen som har flest skyddsfaktorer (6–8 st.) och inga riskfaktorer.

Det finns ett tydligt mönster där antalet med god hälsa ökar med ökande antal skyddsfaktorer och minskar med ökande antal riskfaktorer. Ju fler riskfaktorer desto tydligare samband. Exempelvis är andelen med gott allmänt hälsotillstånd mer än dubbelt så hög bland de med 6–8 skyddsfaktorer (53%) jämfört med dem som har 0–3 skyddsfaktorer (25%) trots att båda grupperna har 3–7 riskfaktorer.



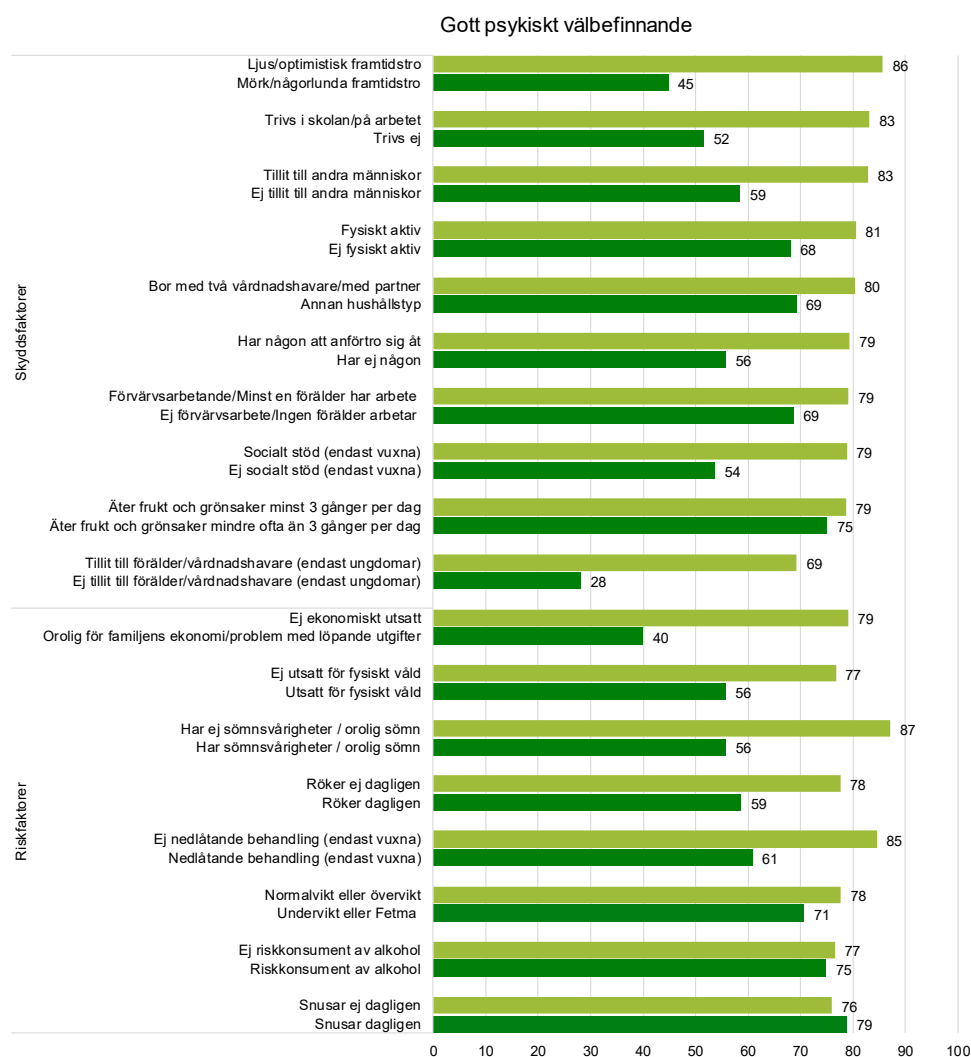
Figur 17. Andel (%) i årskurs 9, år 2 på gymnasiet samt 18–69 år som har gott allmänt hälsotillstånd indelat i grupper med olika antal skydds- och riskfaktorer.

¹³ Åtta skyddsfaktorer respektive sju riskfaktorer har ingått i analysen. Faktorerna ”tillit till förälder”, ”tillgång till personligt stöd” samt ”nedlåtande behandling” har uteslutits då dessa frågor inte har ställts till hela gruppen.

Gott psykiskt välbefinnande

Skillnaderna i psykiskt välbefinnande mellan de som har respektive inte har en skyddsfaktor är betydande. Bland de studerade skyddsfaktorerna återfinns de högsta andelarna med gott psykiskt välbefinnande bland de som har ljus framtidsstro, trivs i skolan/på arbetet, känner tillit till andra människor och är fysiskt aktiva. I dessa grupper är det fler än åtta av tio som har gott psykiskt välbefinnande (figur 18). Detta kan sättas i relation till 45 respektive 68 procent med gott psykiskt välbefinnande bland de som inte har dessa skyddsfaktorer. Även för övriga skyddsfaktorer är det en betydligt högre andel som har gott psykiskt välbefinnande. Störst skillnad i andel med psykiskt välbefinnande återfinns mellan de som ser ljust respektive inte ser ljust på framtiden samt bland de ungdomar som känner tillit till någon förälder respektive inte känner tillit.

Det finns även ett starkt negativt samband mellan många av riskfaktorerna och förekomst av gott psykiskt välbefinnande. Bland riskfaktorerna återfinns den lägsta andelen med psykiskt välbefinnande bland de som känner oro för familjens ekonomi/har problem med löpande utgifter, är utsatta för fysiskt våld, har sömnsvårigheter/orolig sömn samt bland de som röker dagligen. Bland dessa är det mindre än sex av tio som har gott psykiskt välbefinnande. För alkohol- och snusvanor ses endast marginella skillnader i hälsa bland de som har riskfaktorn i relation till de som inte har den. . Däremot ses ett negativt samband med hälsan även för dessa grupper då justering görs för skillnader i köns- och åldersfördelning såsom visas i figur 19 på nästa sida.



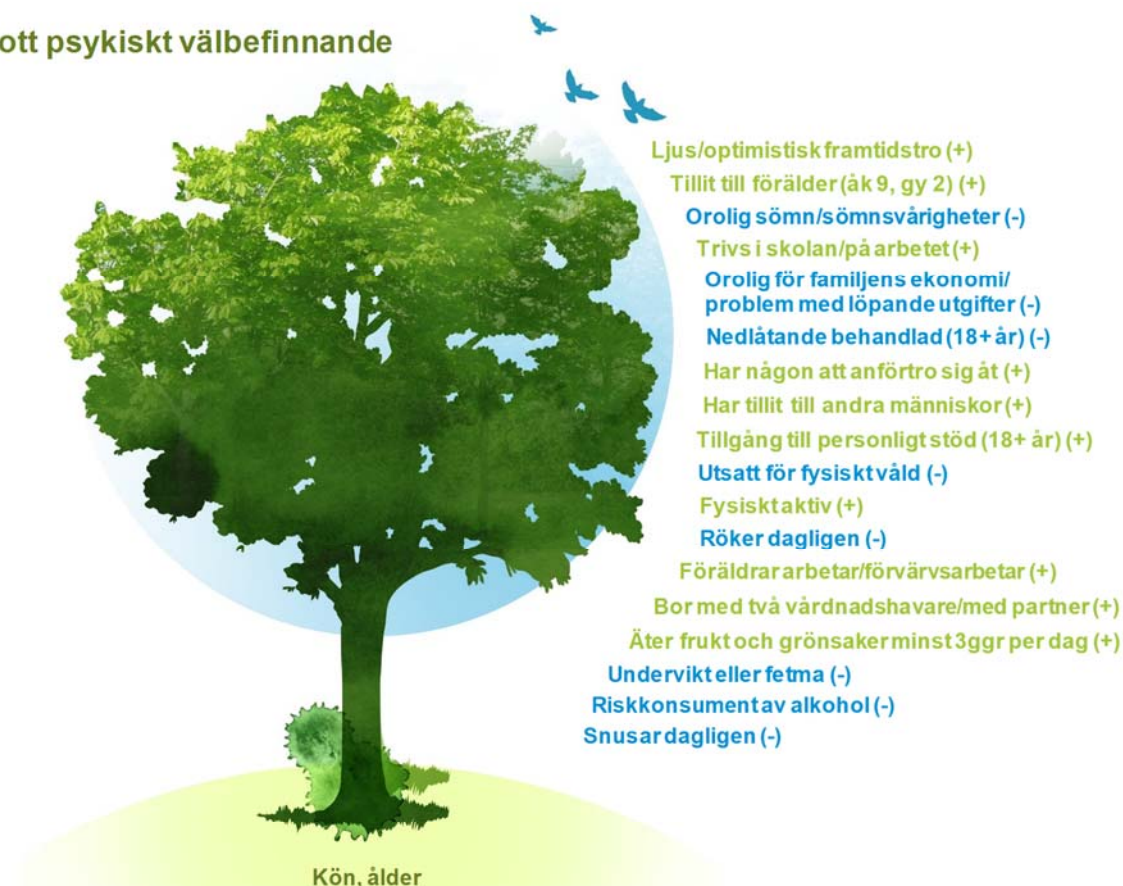
Figur 18. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande fördelat på skydds- och riskfaktorer, årskurs 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre.

För att studera samband mellan olika skydds- och riskfaktorer och gott psykiskt välbefinnande har logistiska regressionsanalyser¹⁴ genomförts. I figur 19 illustreras sambanden mellan alla skydds- och riskfaktorer och gott psykiskt välbefinnande med hänsyn tagen till kön och ålder. Samtliga skydds- och riskfaktorer som redovisas har ett statistiskt säkerställt samband med det psykiska välbefinnandet. Faktorerna är rangordnade efter styrkan i sambandet.

De skyddsfaktorer som har starkast samband med gott psykiskt välbefinnande är att ha en ljus/optimistisk framtidsstro samt att känna tillit till någon förälder/vårdnadshavare (endast ungdomar). När det gäller dessa skyddsfaktorer är det, oberoende av kön och ålder, mer än sex gånger vanligare med gott psykiskt välbefinnande bland de som har skyddsfaktorn i relation till de som saknar den.

Den starkaste riskfaktorn är att ha orolig sömn/sömnsvärigheter. Oberoende av kön och ålder är det mer än 80 procent mindre vanligt med gott psykiskt välbefinnande bland de som har orolig sömn/sömnsvärigheter i relation till de som inte har det.

Gott psykiskt välbefinnande

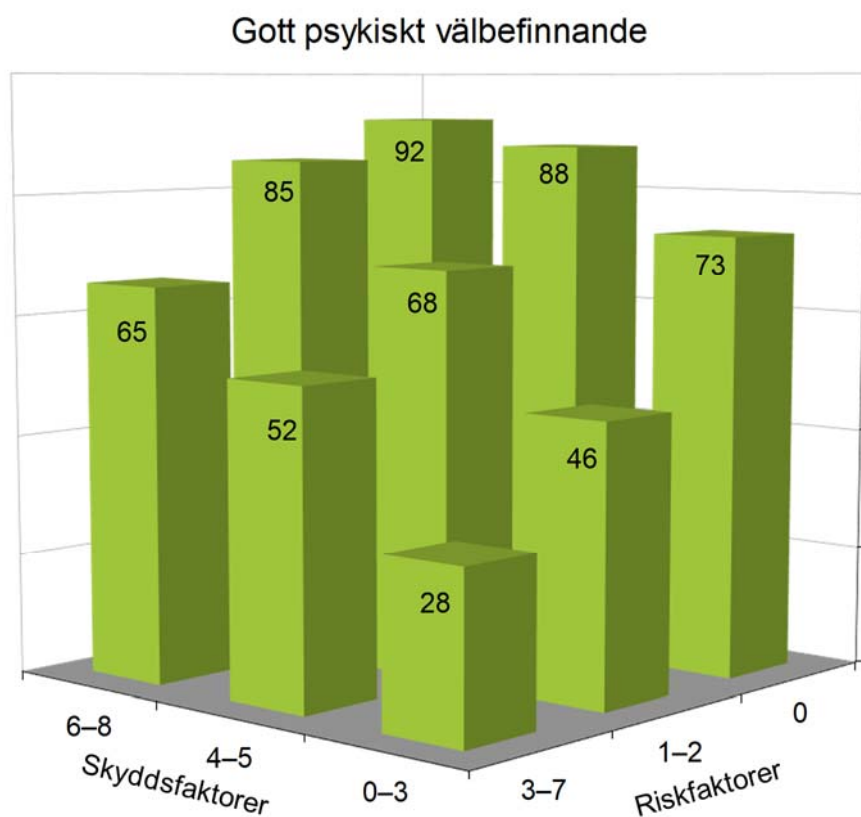


Figur 19. Illustration av sambandet mellan skyddsfaktorer (+) respektive riskfaktorer (-) och att ha gott psykiskt välbefinnande justerat för kön och ålder för årskurs 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre i Örebro län om inget annat anges. Riskfaktorerna har ett negativt samband och skyddsfaktorerna har ett positivt samband med gott psykiskt välbefinnande. Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

¹⁴ Resultatet från en logistisk regression visar sambandet mellan ett utfallsmått och en studerad faktor, med hänsyn tagen till de andra faktorerna i modellen. Sambandet mellan det psykiska välbefinnandet och varje skydds- respektive riskfaktor har studerats separat med kön och ålder som kontrollerande bakgrundsfaktorer. Se mer i tabellbilagans avsnitt om Logistisk regression.

Ytterligare en analys har genomförts bland de som går i årskurs 9, gymnasiet år 2 eller är 18–69 år.¹⁵ Syftet med den analysen är att studera om det finns ett samband mellan en persons psykiska välbefinnande och *hur många* skydds- och riskfaktorer den personen har. Detta illustreras i figur 20. Som förväntat är andelen med gott psykiskt välbefinnande som *lägst* (28%) i gruppen som har få skyddsfaktorer (0–3 st.) och många riskfaktorer (3–7 st.) och som *högst* (92%) i den gruppen som har flest skyddsfaktorer (6–8 st.) och inga riskfaktorer.

Det finns ett tydligt mönster där antalet med gott psykiskt välbefinnande ökar med ökande antal skyddsfaktorer och minskar med ökande antal riskfaktorer. Ju fler riskfaktorer desto tydligare samband. Exempelvis är andelen med gott psykiskt välbefinnande mer än dubbelt så hög bland de med 6–8 skyddsfaktorer (65%) jämfört med dem som har 0–3 skyddsfaktorer (28%) trots att båda grupperna har 3–7 riskfaktorer.



Figur 20. Andel (%) i årskurs 9, år 2 på gymnasiet samt 18–69 år som har gott psykiskt välbefinnande indelat i grupper med olika antal skydds- och riskfaktorer.

¹⁵ Åtta skyddsfaktorer respektive sju riskfaktorer har ingått i analysen. Faktorerna "tillit till förälder", "tillgång till personligt stöd" samt "nedlåtande behandling" har uteslutits då dessa frågor inte har ställts till hela gruppen.

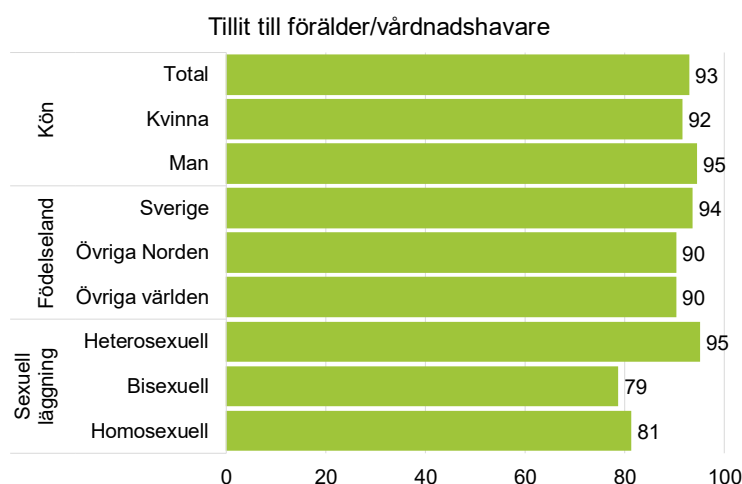
Skyddsfaktorer ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv

I detta avsnitt redovisas varje studerad skyddsfaktor ur ett jämlikhetsperspektiv. Det innebär att skyddsfaktorn redovisas uppdelat på kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, sexuell läggning och kommun. Avsnittet är rangordnat så att skyddsfaktorn med starkast positivt samband med gott allmänt hälsotillstånd identifierad i figur 16 redovisas först. Resterande skyddsfaktorer presenteras sedan i fallande ordning. För varje skyddsfaktor presenteras:

- Fördelning på bakgrundsfaktorerna kön, födelseland, utbildningsnivå, sexuell läggning och ålder.
- Karta med fördelningen på kommunnivå.
- Beskrivning av starka statistiska samband mellan bakgrundsfaktorer och skyddsfaktorn.¹⁶
- Den fullständiga frågelydelsen för den fråga som utgör grunden för faktorn med de svarsalternativ som utgör skyddsfaktorn markerade i fet stil.

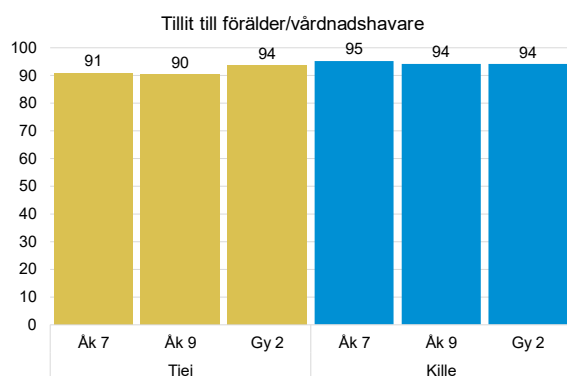
Tillit till föräldrar (endast ungdomar)

De flesta ungdomar känner tillit till någon förälder eller vårdnadshavare (figur 21). Det är vanligare att personer med heterosexuell läggning känner tillit till förälder/vårdnadshavare jämfört med personer som har bisexuell eller homosexuell läggning. Killar och svenskfödda tenderar att känna tillit till förälder/vårdnadshavare i något större utsträckning jämfört med tjejer och personer födda utanför Sverige.



Figur 21. Andel (%) som känner tillit till förälder/vårdnadshavare fördelat på kön, födelseland och sexuell läggning.

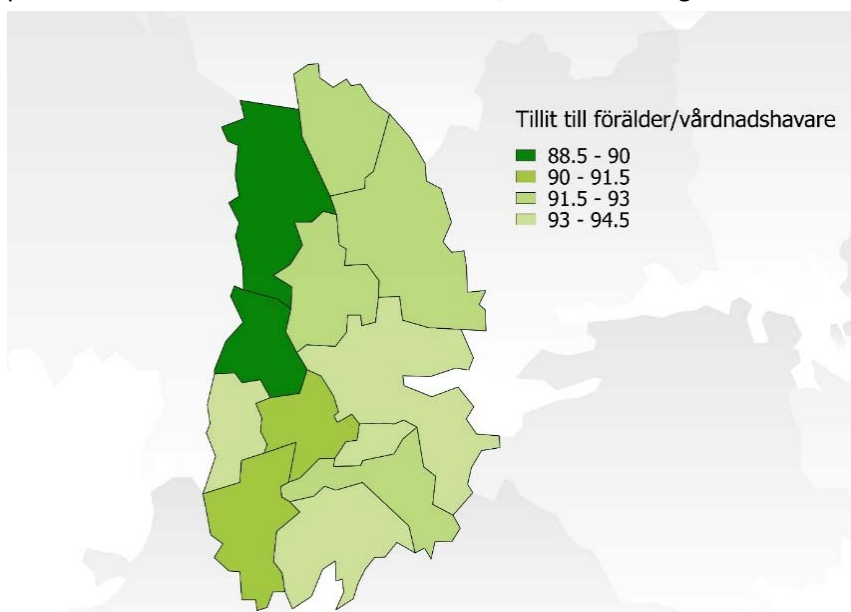
I årskurs 7 och 9 är det något vanligare bland killar att känna tillit till förälder/vårdnadshavare. I gymnasiet är andelen som känner tillit lika stor oavsett kön (figur 22).



Figur 22. Andel (%) som känner tillit till förälder/vårdnadshavare fördelat på kön och årskurs.

¹⁶ Se tabellbilagans avsnitt "Logistisk regression – Bakgrundsfaktorerens samband med skydds- och riskfaktorer" för en mer utförlig beskrivning.

De geografiska variationerna i andelen som känner tillit till förälder/vårdnadshavare är omkring sex procentenheter mellan länets kommuner, andelen är högst i Askersund (se figur 23).



Figur 23. Andel (%) som känner tillit till förälder/vårdnadshavare uppdelat på kommun för årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2, totalt. Observera att den kommun där skolan är placerad geografiskt används och inte elevens hemort.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att känna **tillit till förälder/vårdnadshavare** är:

- Det är **mindre** troligt att elever i årskurs 9 känner tillit jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mer** troligt att killar känner tillit jämfört med tjejer
- Det är **mindre** troligt att bisexuella, homosexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning känner tillit jämfört med heterosexuella

Tillit till förälder/vårdnadshavare

Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet

**Jag kan alltid lita på någon av mina föräldrar/
vårdnadshavare när det verkligen gäller**

Stämmer mycket bra

Stämmer bra

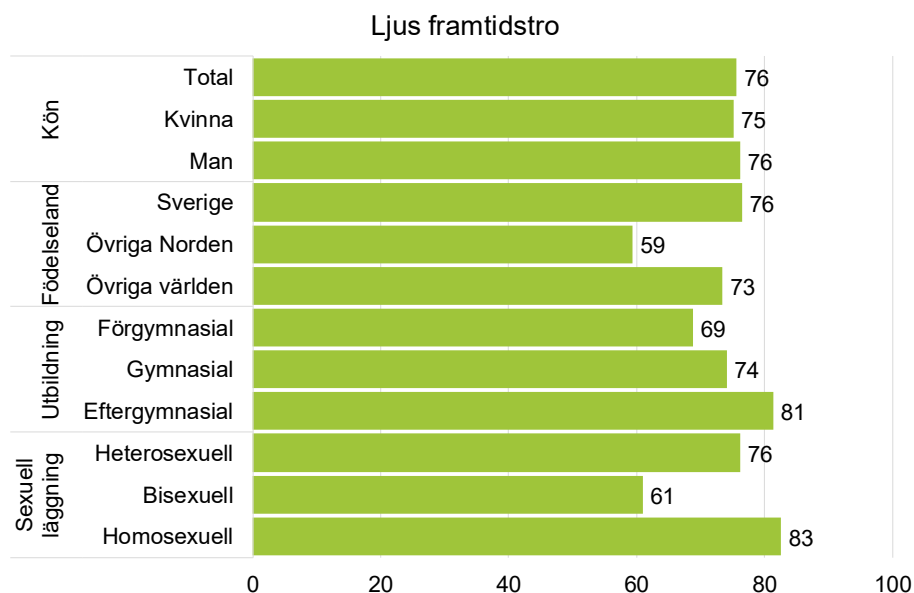
Stämmer varken bra eller dåligt

Stämmer dåligt

Stämmer mycket dåligt

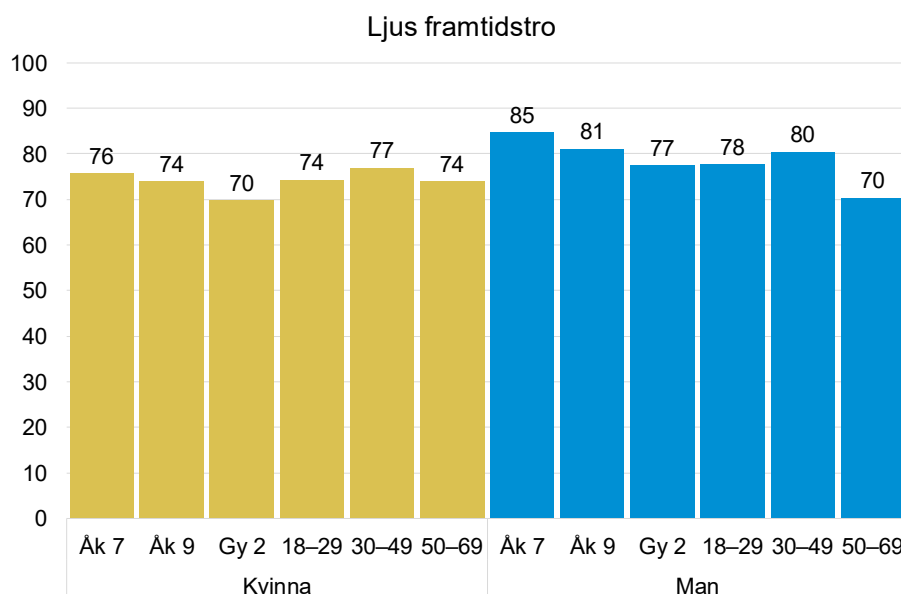
Ljus framtidstro

Drygt tre av fyra har ljus/optimistisk framtidstro. Det är vanligare med ljus framtidstro bland de som är födda i Sverige eller utanför Norden jämfört med födda i övriga Norden. Framtidstro har ett tydligt dos-respons samband med utbildningsnivå. Åtta av tio har ljus framtidstro bland de med eftergymnasial utbildning jämfört med förgymnasial utbildning, sju av tio. Det är vanligast att personer med homosexuell läggning har ljus framtidstro, följt av heterosexuell läggning. Bland bisexuella är det minst andel med ljus framtidstro, sex av tio (figur 24).



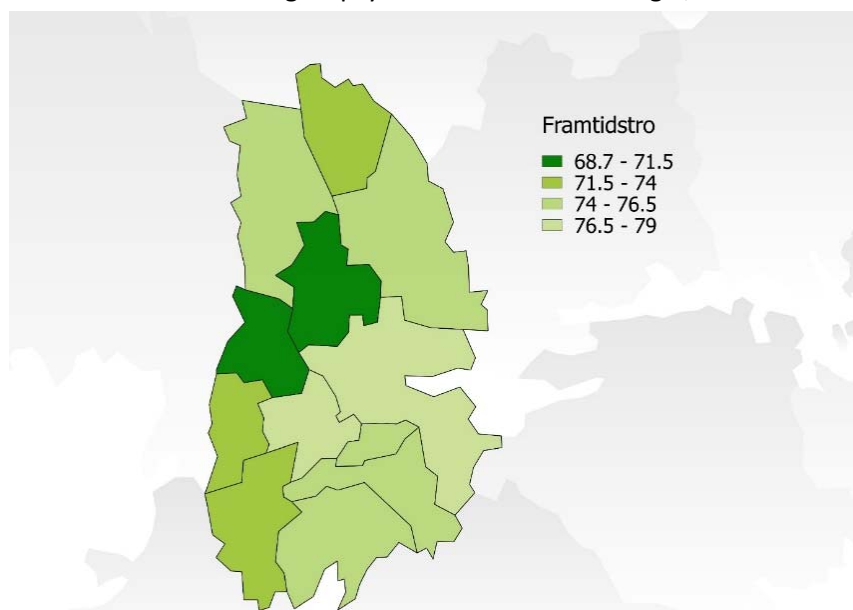
Figur 24. Andel (%) med ljus/optimistisk framtidstro fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Det är vanligare att killar har ljus framtidstro jämfört med tjejer, skillnaden är som störst i skolår 7, där det är nio procentenheters skillnad mellan könen. Därefter tenderar könsskillnaderna att minska med stigande ålder för att i åldersgruppen 50–69 år vara vanligare med ljus framtidstro bland kvinnor jämfört med män (figur 25).



Figur 25. Andel (%) med ljus/optimistisk framtidstro fördelat på kön och ålder.

Det finns en skillnad på omkring tio procentenheter mellan de kommuner som har lägst andel med ljus framtidstro jämfört med kommunerna som har högst andel (se figur 26). I kommunerna Lekeberg och Örebro är andelen gott psykiskt välbefinnande högst, mer än tre av fyra ljus framtidstro.



Figur 26. Andel (%) med ljus framtidstro fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

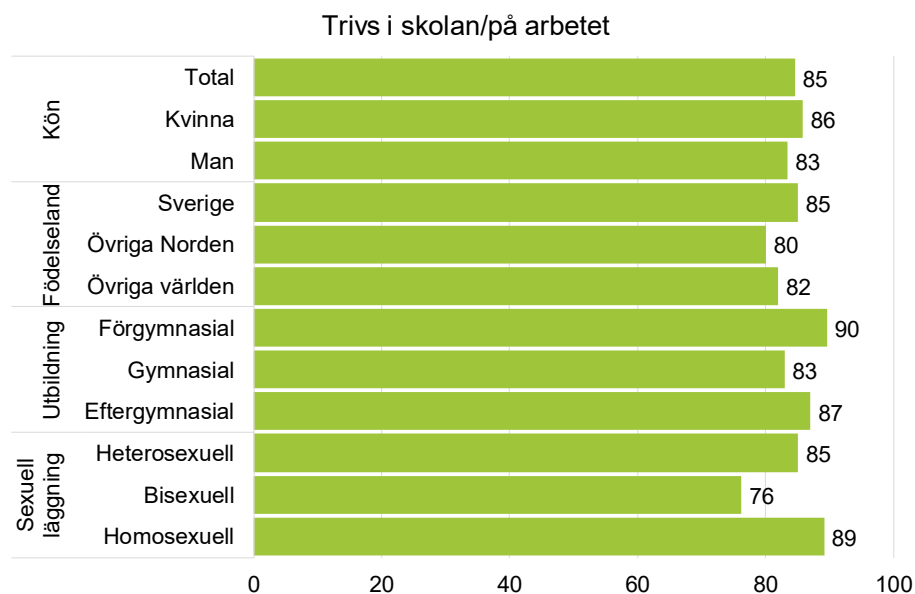
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att ha **ljus framtidstro** är:

- Det är **mindre** troligt att gymnasieelever och vuxna har ljus framtidstro jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mer** troligt att personer med eftergymnasial utbildning har ljus framtidstro jämfört med de som har förgymnasial utbildning
- Det är **mindre** troligt att bi- och homosexuella har ljus framtidstro jämfört med heterosexuella

Ljus framtidstro Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Hur ser du på framtiden för din personliga del?	Ljus framtidstro Vuxna 18 år och äldre Hur ser du på framtiden för din personliga del?
Jag ser mycket ljust på framtiden	Mycket optimistiskt
Jag ser ganska ljust på framtiden	Ganska optimistiskt
Jag ser varken ljust eller mörkt på framtiden	Varken optimistiskt eller pessimistiskt
Jag ser ganska mörkt på framtiden	Ganska pessimistiskt
Jag ser mycket mörkt på framtiden	Mycket pessimistiskt

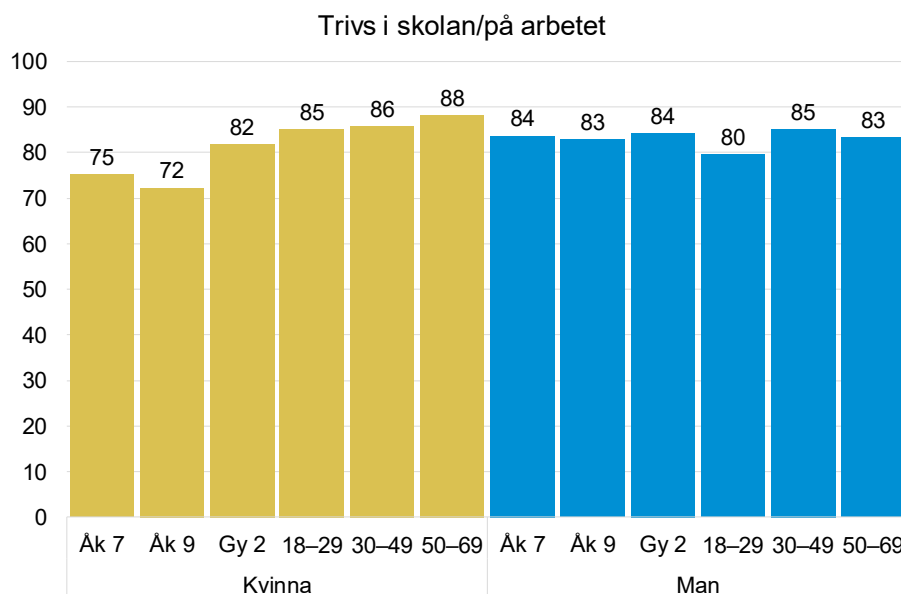
Trivs i skolan/på arbetet

Totalt trivs de flesta i skolan eller på arbetet (figur 27). Det är något vanligare att kvinnor samt personer som är födda i Sverige trivs jämfört med män respektive födda utanför Sverige. Det är vanligare att personer som har förgymnasial utbildning trivs på arbetet jämfört med de som har längre utbildning. Personer med homosexuell eller heterosexuell läggning trivs i skolan/på arbetet i större utsträckning än personer med bisexuell läggning.



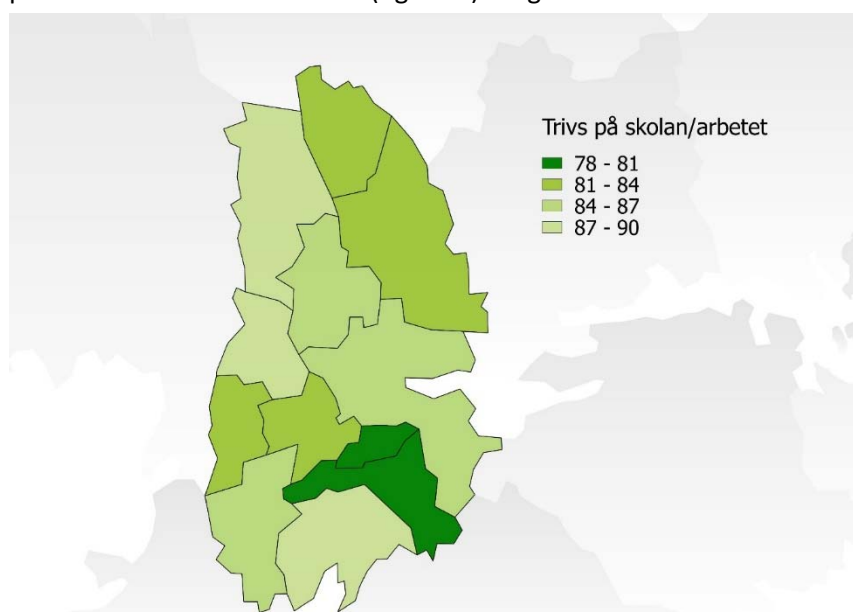
Figur 27. Andel (%) som trivs i skolan /på arbetet fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Generellt sett är det vanligare att pojkar trivs i skolan och att kvinnor trivs på arbetet (figur 28). I årskurs 7 och 9 är det omkring tio procentenheter vanligare att pojkar trivs i skolan. Därefter minskar könsskillnaderna i gymnasiet. I åldersgrupperna 18–29 år och 50–69 år är förhållandet det omvända, där är det fem procentenheter vanligare att kvinnor trivs på arbetet.



Figur 28. Andel (%) som trivs i skolan / på arbetet fördelat på kön och ålder.

Det är drygt elva procentenheters skillnad mellan länets kommuner i andel som trivs i skolan/ på arbetet i länets kommuner (figur 29). Högsta andelen återfinns i Karlskoga kommun.



Figur 29. Andel (%) som trivs i skolan eller på arbetet fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18–69 år, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

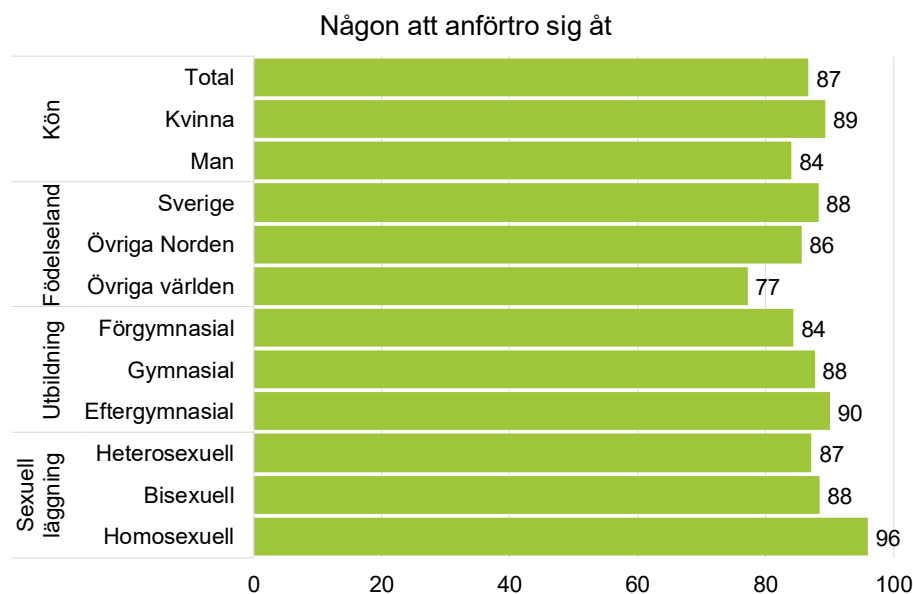
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **trivas i skolan/på arbetet** är:

- Det är **mer** troligt att personer 30–69 år trivs på arbetet jämfört med hur vanligt det är att elever i årskurs 7 trivs i skolan
- Det är **mindre** troligt att bisexuella, homosexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning trivs i skolan/på arbetet jämfört med heterosexuella

Trivs i skolan Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Hur trivs du i skolan	Trivs på arbetet Vuxna 18–69 år Hur trivs du med ditt nuvarande arbete?
Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt	Mycket bra Ganska bra Varken bra eller dåligt Ganska dåligt Mycket dåligt

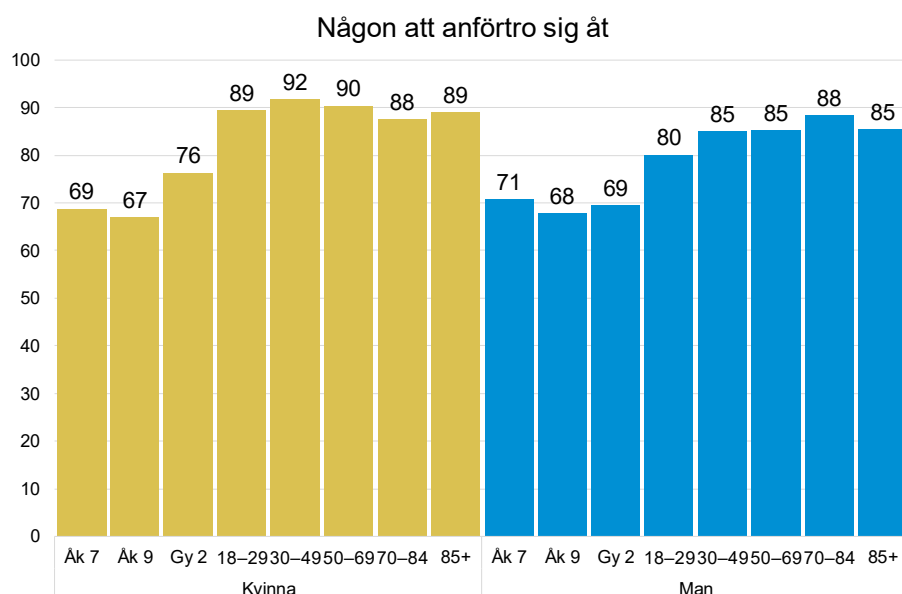
Någon att anförtro sig åt

Det är något vanligare att kvinnor har någon att anförtro sig åt jämfört med män (figur 30). Personer som är födda i Norden har i större utsträckning någon att anförtro sig åt jämfört med personer som är födda i övriga världen. Andelen som har någon att anförtro sig åt ökar med högre utbildningsnivå och är vanligast i gruppen som har eftergymnasial utbildning. Jämfört med heterosexuella och bisexuella är det vanligare bland homosexuella att ha någon att anförtro sig åt.



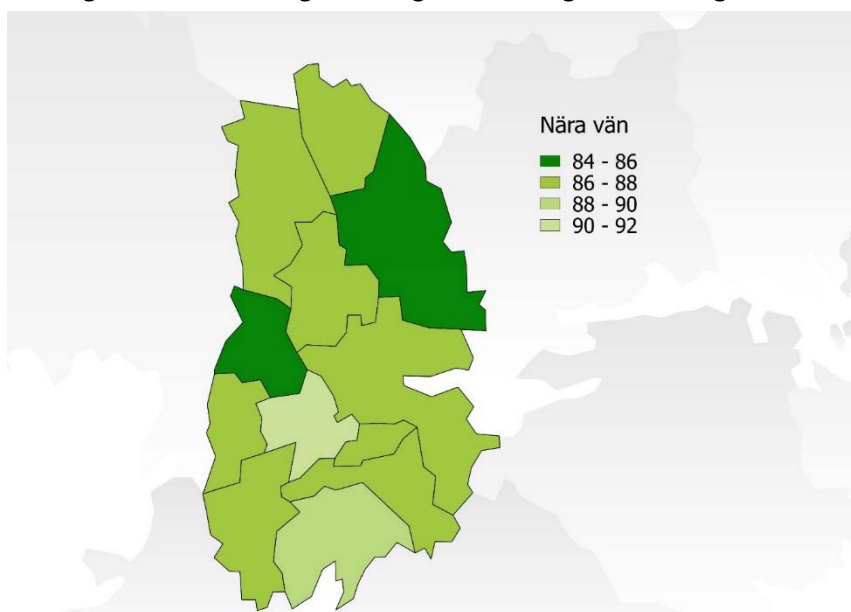
Figur 30. Andel (%) som har någon att anförtro sig åt fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Kvinnor och män har ett liknande mönster när det gäller åldersfördelningen över andelen som har någon att anförtro sig åt (figur 31). I årskurs 7 och 9 är det något vanligare att killar har någon att anförtro sig åt och i gymnasiet är det vanligare att tjejer har någon att anförtro sig åt. Bland vuxna är det vanligare att kvinnor har någon att anförtro sig åt i samtliga åldersgrupper förutom i gruppen 70–84 år där andelarna är desamma.



Figur 31. Andel (%) som har någon att anförtro sig åt fördelat på kön och ålder.

I kommunerna i länet är det 84–92 procent som har någon att anförtro sig åt (figur 32). Andelen som har någon att anförtro sig åt är högst i Lekeberg där omkring nio av tio har det.



Figur 32. Andel (%) som har någon att anförtro sig åt fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

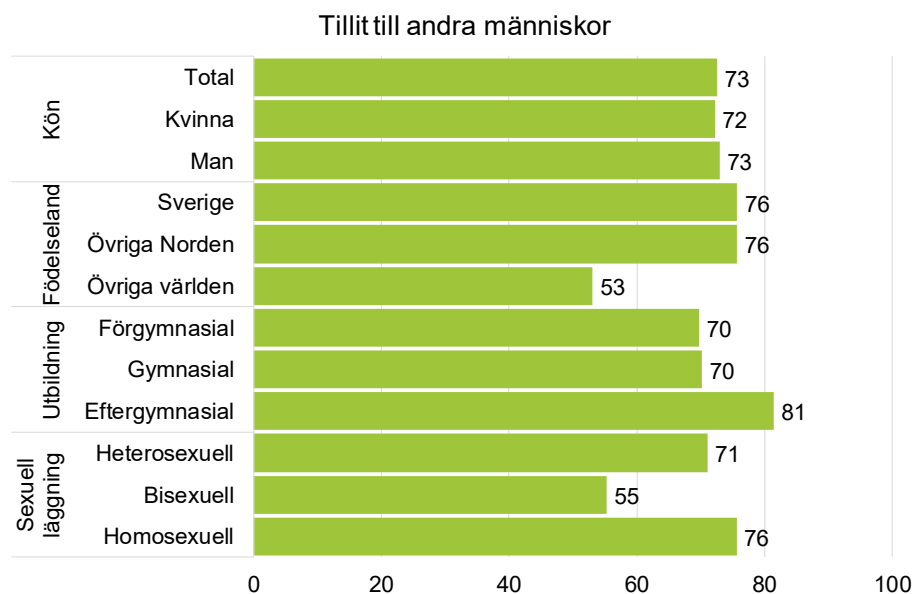
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att ha **någon att anförtro sig åt** är:

- Det är **mer** troligt att personer 18 år och äldre har någon att anförtro sig åt jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Norden har någon att anförtro sig åt jämfört med svenskfödda
- Det är **mindre** troligt att bisexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning har någon att anförtro sig åt jämfört med heterosexuella

Någon att anförtro sig åt Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Har du någon som du kan prata med om dina innersta känslor?	Någon att anförtro sig åt Vuxna 18 år och äldre Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?
Ja Nej Vet inte	Ja Nej

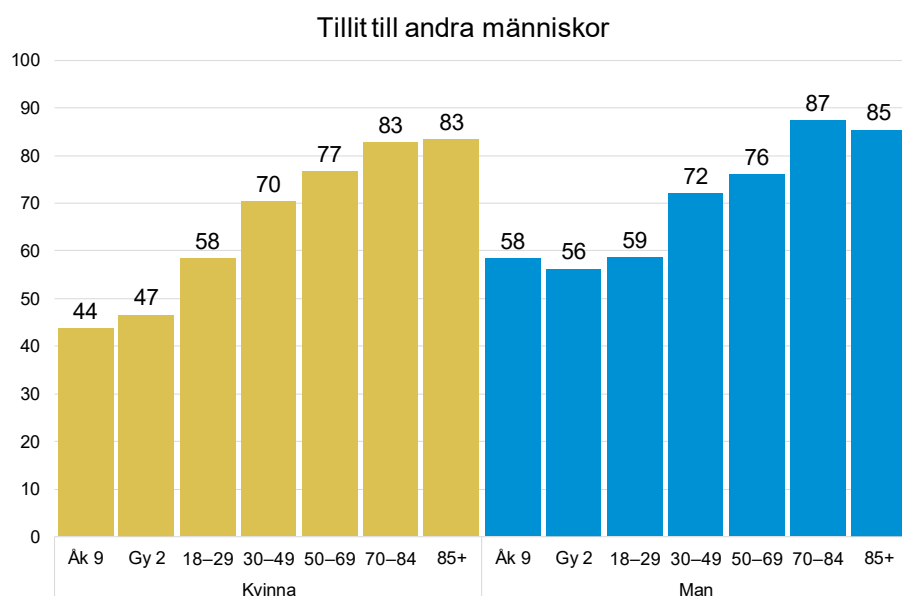
Tillit till andra människor

Nära tre av fyra tycker att man i allmänhet kan lita på andra människor (figur 33). Bland de som är födda i Norden är det betydligt vanligare att ha tillit till andra, jämfört med födda i övriga världen. Det är även vanligare att personer med eftergymnasial utbildning har tillit till andra jämfört med de som har kortare utbildning. Personer med homosexuell eller heterosexuell läggning har i större utsträckning tillit till andra jämfört med bisexuella.



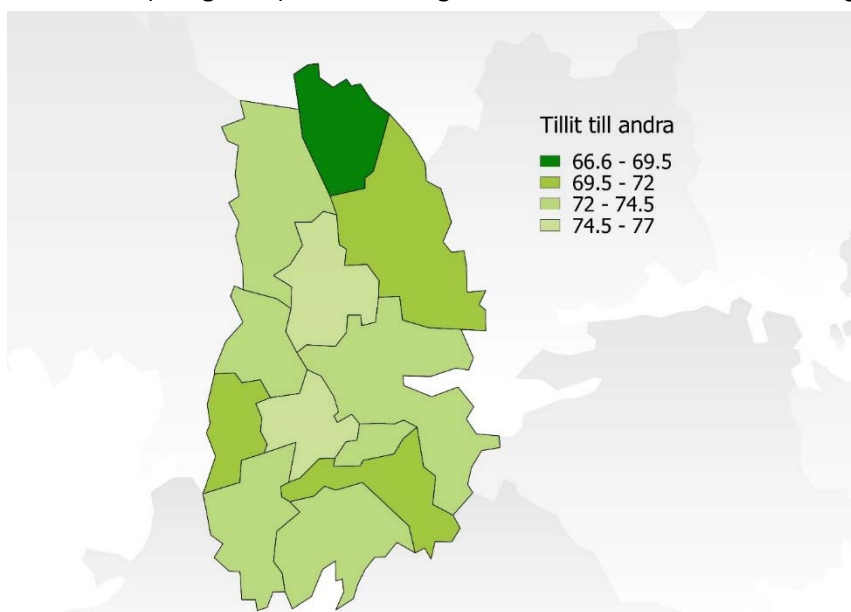
Figur 33. Andel (%) som har tillit till andra människor fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Bland såväl kvinnor som män ökar andelen som har tillit till andra med stigande ålder (figur 34). I skolor 7 och 9 är det vanligare att killar har tillit till andra jämfört med tjejer, i övriga åldersgrupper är könsskillnaderna marginella.



Figur 34. Andel (%) som har tillit till andra människor fördelat på kön och ålder.

Andelen som har tillit till andra människor skiljer sig med nästan tio procentenheter mellan länets kommuner (se figur 35). Det är vanligast att ha tillit till andra i Lekeberg.



Figur 35. Andel (%) som har tillit till andra människor fördelat per kommun, skolår 9 och Gy2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

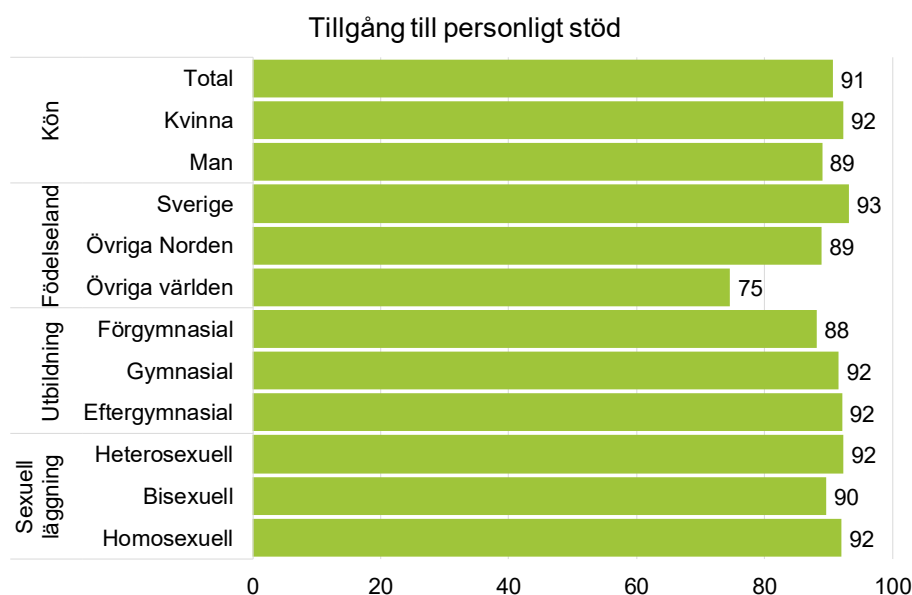
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att känna **tillit till andra människor** är:

- Det är **mer** troligt att personer 30 år och äldre känner tillit till andra människor jämfört med elever i årskurs 9
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Norden känner tillit till andra människor jämfört med svenskfödda
- Det är **mer** troligt att personer med eftergymnasial utbildning känner tillit till andra människor jämfört med personer med förgymnasial utbildning

Tillit till andra människor Elever i skolår 9 och år 2 på gymnasiet Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?	Tillit till andra människor Vuxna 18 år och äldre Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?
Ja Nej	Ja Nej

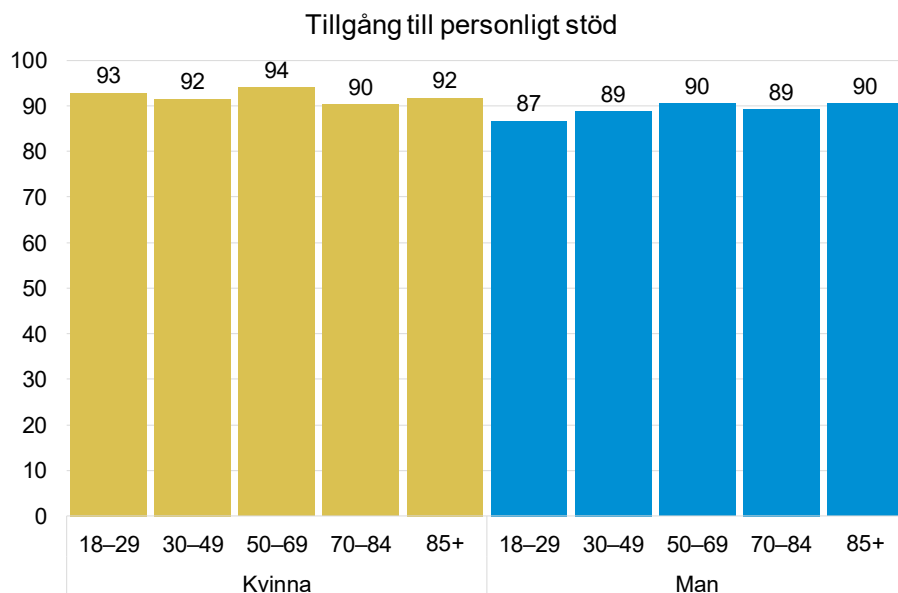
Tillgång till personligt stöd (endast vuxna)

Drygt nio av tio 18 år eller äldre anser att de har tillgång till personligt stöd, det vill säga att de kan du få hjälp av någon/några personer om de har praktiska problem eller är sjuka (figur 36). Den grupp som anser att de har tillgång till personligt stöd i minst utsträckning är personer födda utanför Norden.



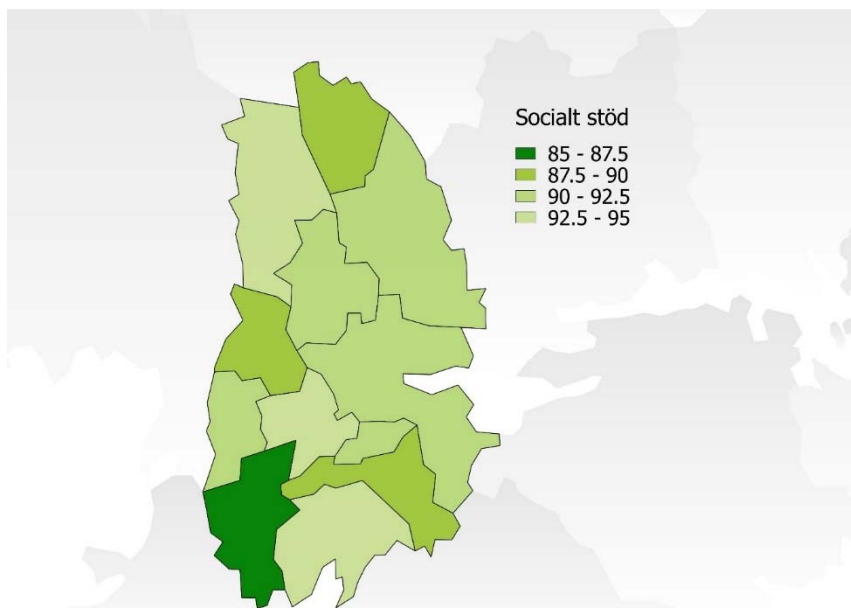
Figur 36. Andel (%) med tillgång till personligt stöd fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Det finns inga tydliga åldersskillnader när det gäller andel som anser att de har tillgång till personligt stöd (figur 37). Däremot är det vanligare att kvinnor anser sig ha tillgång till personligt stöd jämfört med män, och då särskilt i yngsta åldersgruppen 18–29 år.



Figur 37. Andel (%) med tillgång till personligt stöd fördelat på kön och ålder.

Andel som anser att de har tillgång till personligt stöd i händelse av praktiska problem eller sjukdom varierar med omkring tio procentenheter mellan Örebro läns kommuner (figur 38). Högst andel med tillgång till personligt stöd finns i Lekebergs kommun.



Figur 38. Andel (%) med tillgång till personligt stöd, kommun, 18 år och äldre, totalt.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att ha **tillgång till personligt stöd** är:

- Det är **mindre** troligt att män har tillgång till personligt stöd jämfört med kvinnor
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Sverige har tillgång till personligt stöd jämfört med svenskfödda
- Det är **mindre** troligt att personer som är osäkra på sin sexuella läggning har tillgång till personligt stöd jämfört med heterosexuella

Tillgång till personligt stöd

Vuxna 18 år och äldre

Kan du få hjälp av någon/några personer o du har praktiska problem eller är sjuk?

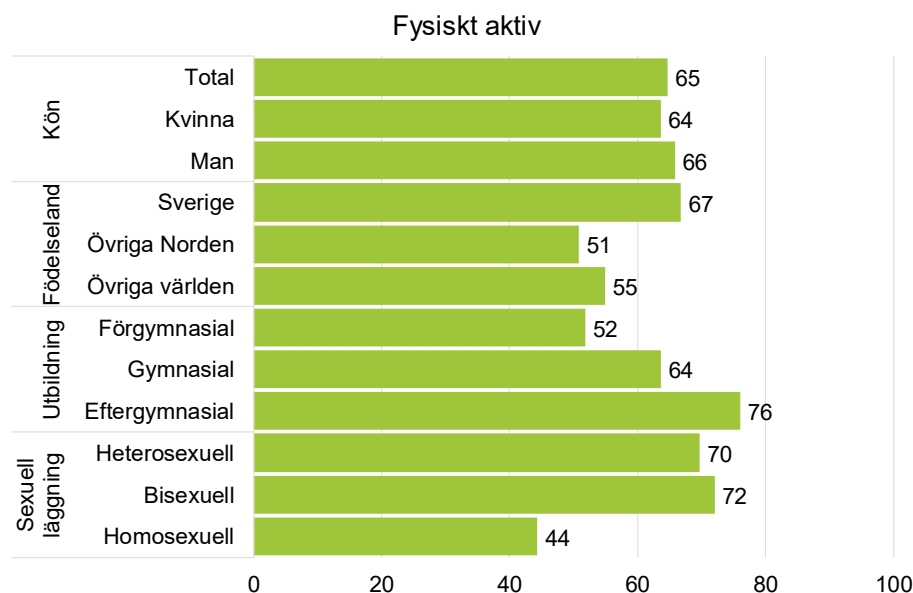
Ja

Nej

Vet inte

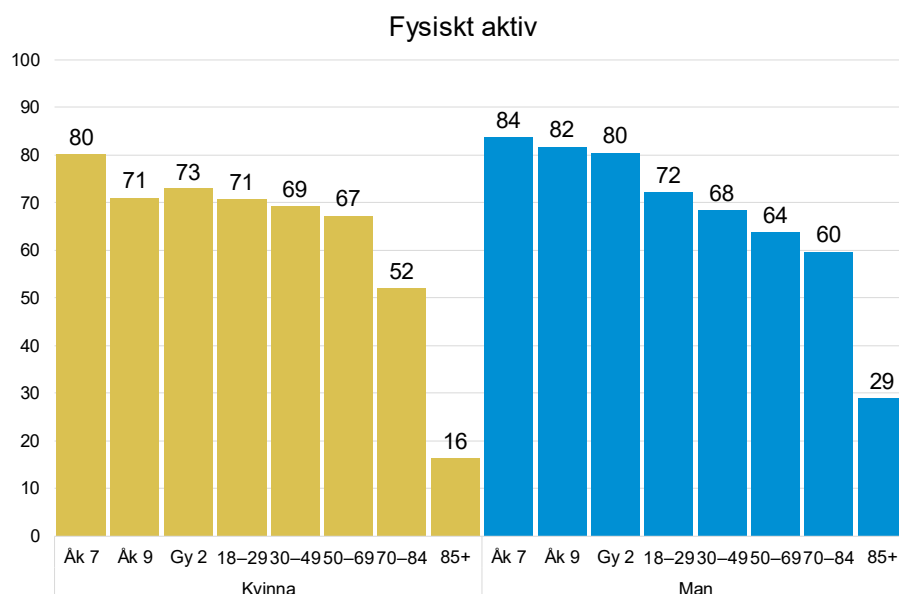
Fysiskt aktiv

Nära två av tre personer är fysiskt aktiva (figur 39). Det är vanligare att vara fysiskt aktiv bland svenskfödda jämfört med personer som är födda utanför Sverige. Andelen som är fysiskt aktiv ökar med högre utbildningsnivå. I gruppen som har eftergymnasial utbildning är det mer än tre av fyra som är fysiskt aktiva jämfört med de som har förgymnasial utbildning där knappt hälften är fysiskt aktiva. Bland bisexuella och heterosexuella är det 26–24 procentenheter vanligare att vara fysiskt aktiv jämfört med homosexuella.



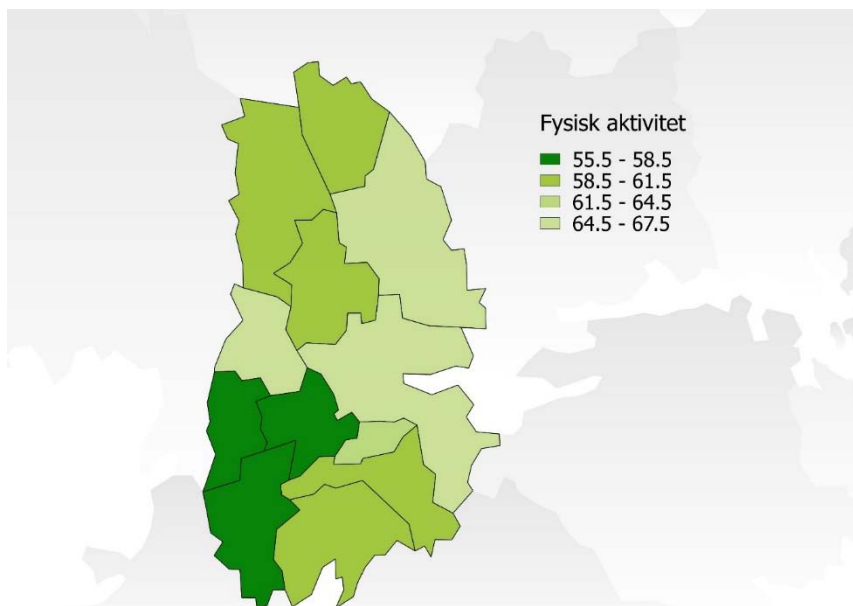
Figur 39. Andel (%) fysiskt aktiva fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Bland både killar och tjejer är andelen som är fysiskt aktiv högst i skolår 7 (figur 40). Andelen minskar sedan med stigande ålder. Det är något vanligare att killar är fysiskt aktiva jämfört med tjejer. Könsskillnaderna minskar sedan med stigande ålder och i åldern 30–84 år är det vanligare att kvinnor är fysiskt aktiva. Den största skillnaden mellan könen är dock i åldersgruppen 85 år och äldre, där är det nästan dubbelt så stor andel män som anger att de är fysiskt aktiva.



Figur 40. Andel (%) fysiskt aktiva fördelat på kön och ålder.

Andelen fysiskt aktiva varierar med 12 procentenheter mellan kommunerna i Länet (figur 41). Högst andel som är fysiskt aktiva har kommunerna Lindsberg, Örebro och Karlskoga, där två av tre är fysiskt aktiva.



Figur 41. Andel (%) fysiskt aktiva fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

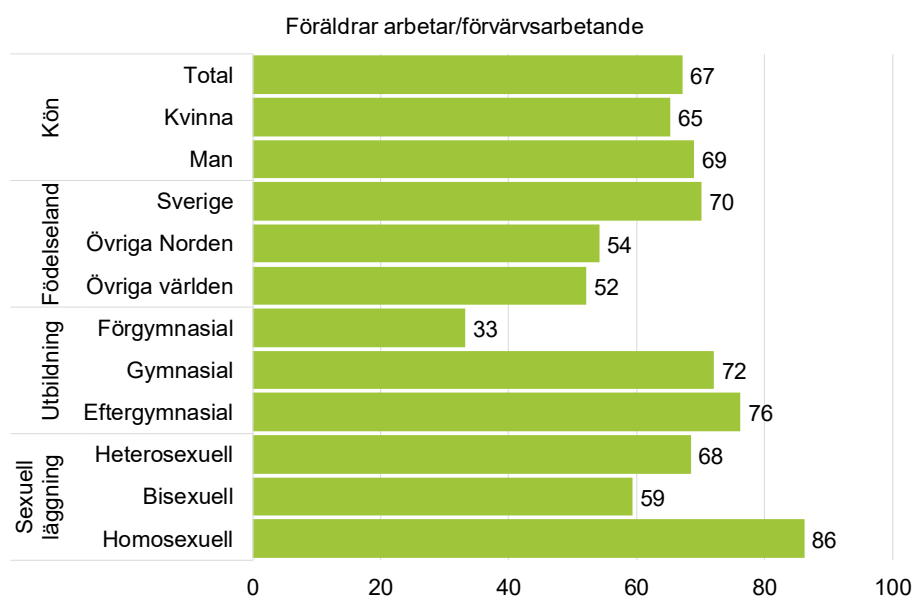
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **vara fysiskt aktiv** är:

- Det är **mindre** troligt att personer äldre än elever i årskurs 7 är fysiskt aktiva
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Norden är fysiskt aktiva jämfört med svenskfödda
- Det är **mer** troligt att personer med eftergymnasial utbildning är fysiskt aktiva jämfört med personer med förgymnasial utbildning
- Det är **mindre** troligt att homosexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning är fysiskt aktiva jämfört med heterosexuella

Fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Hur mycket rör du dig i snitt per dag, t.ex. går, cyklar eller idrottar?	Fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka Vuxna 18 år och äldre Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete?
Mindre än 30 minuter 30-60 minuter Mer än 60 minuter	0 minuter/ingen tid Mindre än 30 minuter 30-59 minuter (0,5-1 timme) 60-89 minuter (1-1,5 timmar) 90-149 minuter (1,5-2,5 timmar) 150-299 minuter (2,5-5 timmar) 5 timmar eller mer

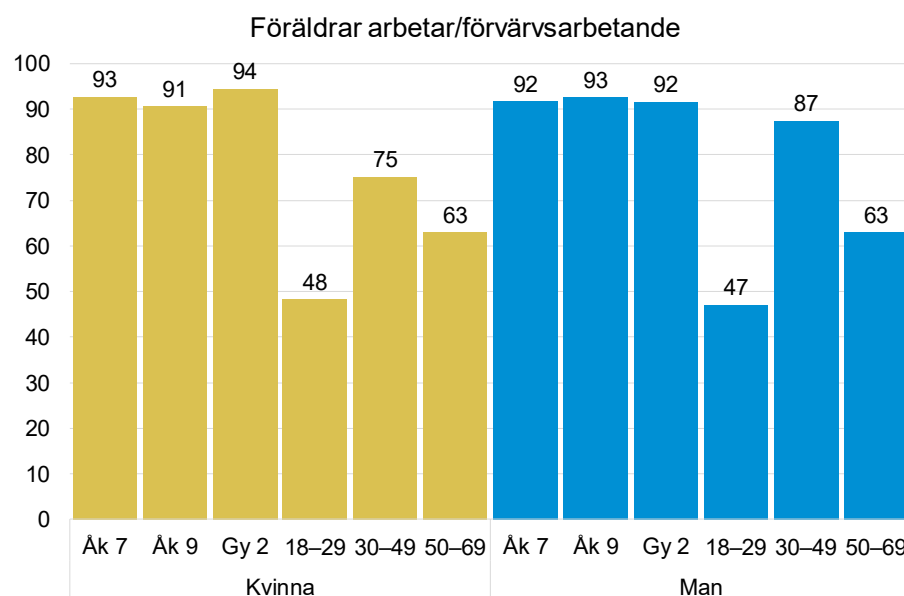
Föräldrar arbetar/förvärvsarbetar

Att vara förvärvsarbetande eller ha minst en förälder som är förvärvsarbetande är något vanligare bland killar/män jämfört med tjejer/kvinnor (figur 42). Den största skillnaden i andel förvärvsarbetande framträder vid fördelning utifrån utbildningsnivå. Det är mer än dubbelt så vanligt med förvärvsarbete bland personer som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning jämfört med de som har förgymnasial utbildning. Det finns även tydliga skillnader utifrån födelseland. Det är 16–18 procentenheter vanligare med förvärvsarbete bland svenskfödda, jämfört med personer födda i övriga Norden eller övriga världen. Förvärvsarbete är vanligast bland homosexuella, följt av heterosexuella och minst vanligt bland bisexuella.



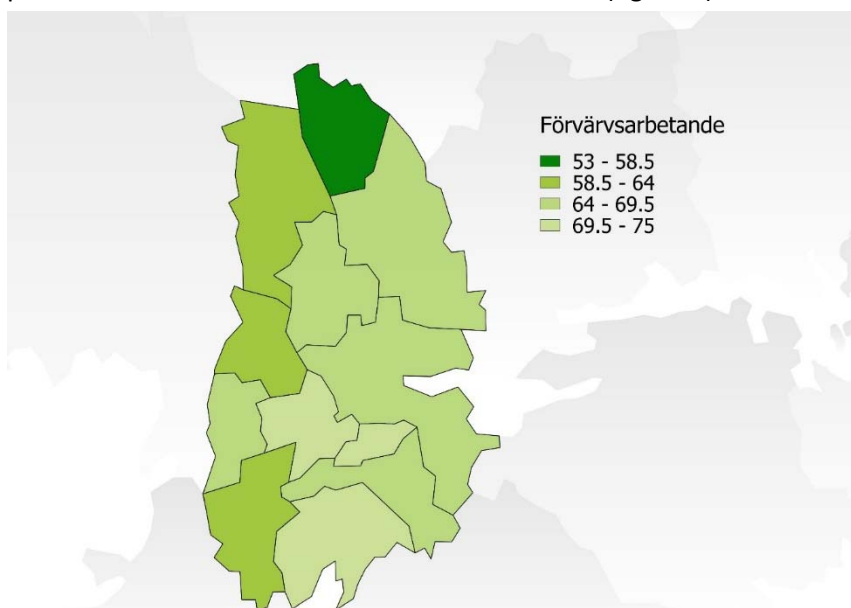
Figur 42. Andel (%) med minst en förälder som arbetar/förvärvsarbetar fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Mer än nio av tio ungdomar har minst en förälder som arbetar (figur 43). Bland vuxna förekommer det skillnader mellan olika åldersgrupper. Det är vanligast att personer i åldersgruppen 30–49 år är förvärvsarbetande. I samma åldersgrupp finns det också skillnader i förvärvsarbetande mellan könen, där det är vanligare att män har förvärvsarbete. Lägst andel förvärvsarbetande finns i åldersgruppen 18–29 år, där mindre än hälften är förvärvsarbetande.



Figur 43. Andel (%) med minst en förälder som arbetar/förvärvsarbetar fördelat på kön och ålder.

Skillnader i andel som har föräldrar som arbetar eller har förvärvsarbete uppgår till 20 procentenheter mellan kommunerna i Örebro län (figur 44). Andelen är högst i Lekebergs kommun.



Figur 44. Andel (%) med minst en förälder som arbetar/förvärvsarbetar fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18–69 år, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

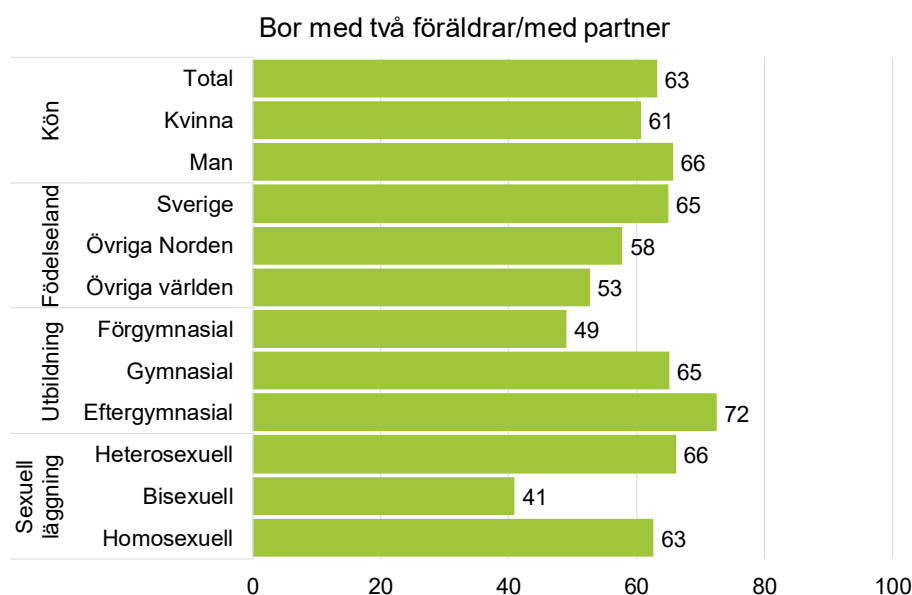
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **föräldrar arbetar eller att den vuxne har förvärvsarbete** är:

- Det är **mindre** troligt med förvärvsarbetande föräldrar/förvärvsarbete för äldre elever och vuxna 18–69 år jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Sverige har förvärvsarbetande föräldrar/förvärvsarbete jämfört med svenskfödda
- Det är **mer** troligt att personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning har förvärvsarbete jämfört med personer med förgymnasial utbildning
- Det är **mindre** troligt att bisexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning har förvärvsarbetande föräldrar/förvärvsarbetar jämfört med heterosexuella

Minst en förälder arbetar Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Vad gör dina föräldrar/vårdnadshavare? Förälder A Förälder B (svarar för förälder A & B enskilt)	Arbetar Vuxna 18–69 år Vilken är din nuvarande sysselsättning?
Arbetar Studerar Arbetssökande Långtidssjukskriven/sjukersättning Vet inte/har ingen	Arbetar som anställd Egen företagare Tjänstledig eller föräldraledig Studerar, praktiserar Arbetsmarknadsåtgärd Arbetslös Ålderspensionär Sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad) Långtidssjukskriven Annat

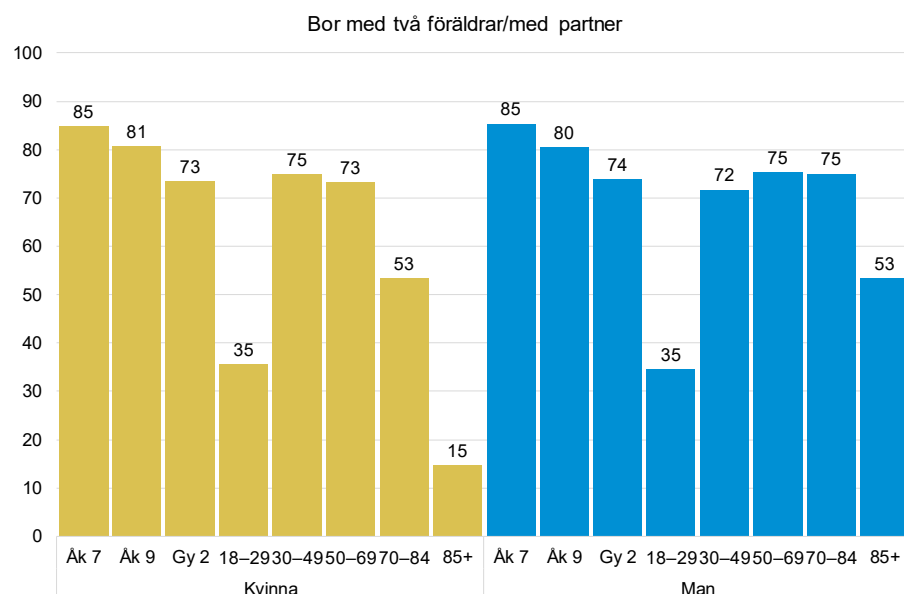
Bor med två vårdnadshavare/bor med partner

Drygt sex av tio bor tillsammans med två föräldrar (växelsvis eller tillsammans) eller med make/maka/partner (figur 45). Det är vanligare att personer som är födda i Sverige bor tillsammans med två föräldrar/en partner jämfört med personer ej svenskfödda. Det är minst vanligt att bo med två föräldrar/en partner bland bisexuella och personer med förgymnasial utbildning.



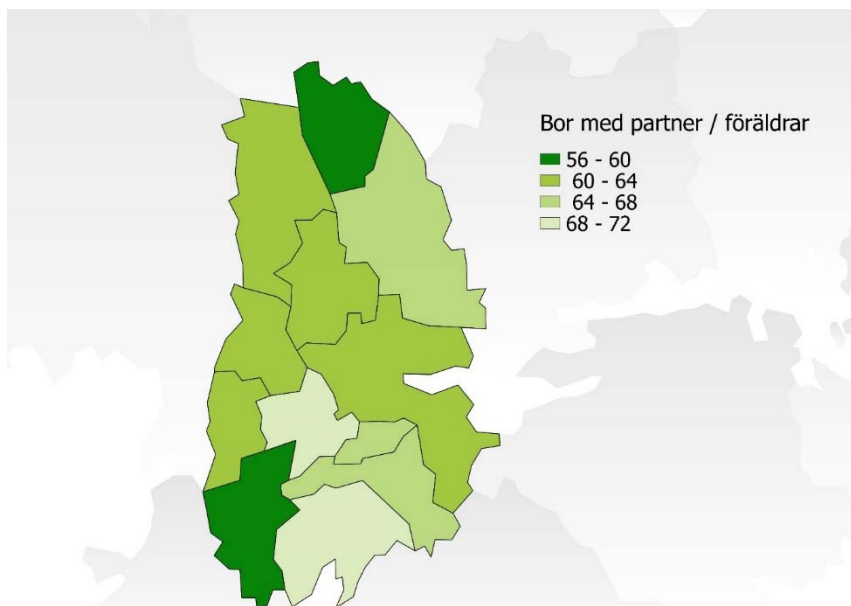
Figur 45. Andel (%) som bor med två föräldrar/partner fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Det är vanligast att ungdomar i skolår 7 bor tillsammans med två föräldrar därefter minskar andelen med stigande ålder och i gymnasiet är det knappt tre av fyra som bort med två föräldrar (figur 46). Bland både män och kvinnor är det drygt en tredjedel i åldersgruppen 18–29 år som bor med partner. Bland såväl män som kvinnor är det vanligt att bo med partner i åldersgruppen 30–69 år och könsskillnaderna är små. I befolkningen 70 år eller äldre är det dock vanligare att män bor med en partner jämfört med kvinnor.



Figur 46. Andel (%) som bor med två föräldrar/partner fördelat på kön och ålder.

Det finns en geografisk variation på omkring 16 procentenheter mellan länets kommuner i andel som bor med en partner eller två föräldrar (figur 47). Lekebergs kommun är den kommun där det är vanligast att bo med två föräldrar/partner.



Figur 47. Andel (%) som bor med två föräldrar/partner, kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

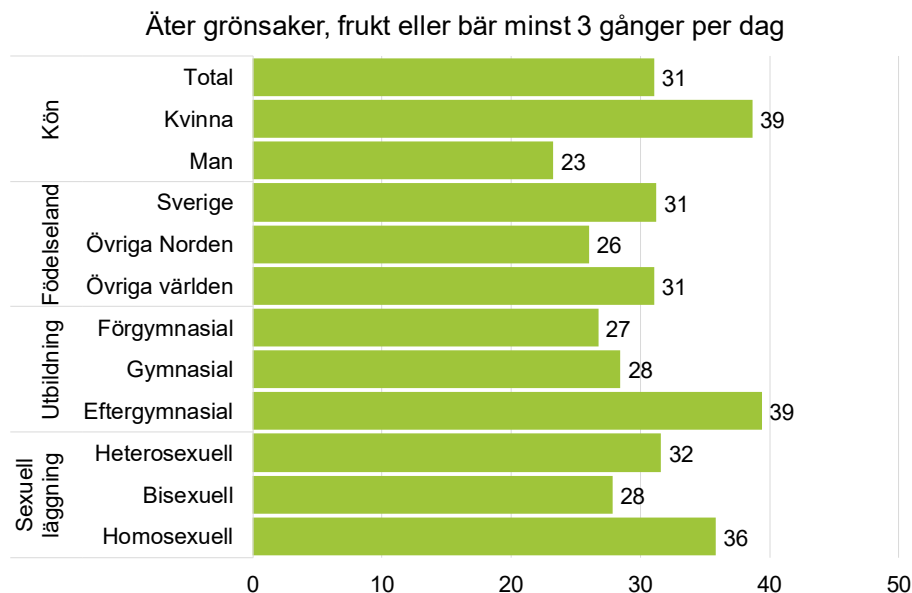
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **bo med två föräldrar/partner** är:

- Det är **mindre** troligt att äldre elever och vuxna 18 år och äldre bor med två föräldrar/partner jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mindre** troligt att personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning bor med partner jämfört med personer med förgymnasial utbildning
- Det är **mindre** troligt att bi- och homosexuella bor med två föräldrar/partner jämfört med heterosexuella

Bor med två föräldrar (tillsammans eller växelvis) Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Vem/vilka bor du tillsammans med?	Bor med partner Vuxna 18 år och äldre Vem/vilka bor du tillsammans med under största delen av veckan?
Båda mina föräldrar som bor tillsammans Växelvis hos separerade föräldrar En av mina föräldrar Mina föräldrars nya partner Ett eller flera syskon Andra elever på elevhem eller kollektivboende Familjehem / veckohemsfamilj Någon annan vuxen Bor ensam Någon annan	Ingen Föräldrar/syskon Make/maka/partner Barn under 18 år Barn 18 år eller äldre Andra vuxna

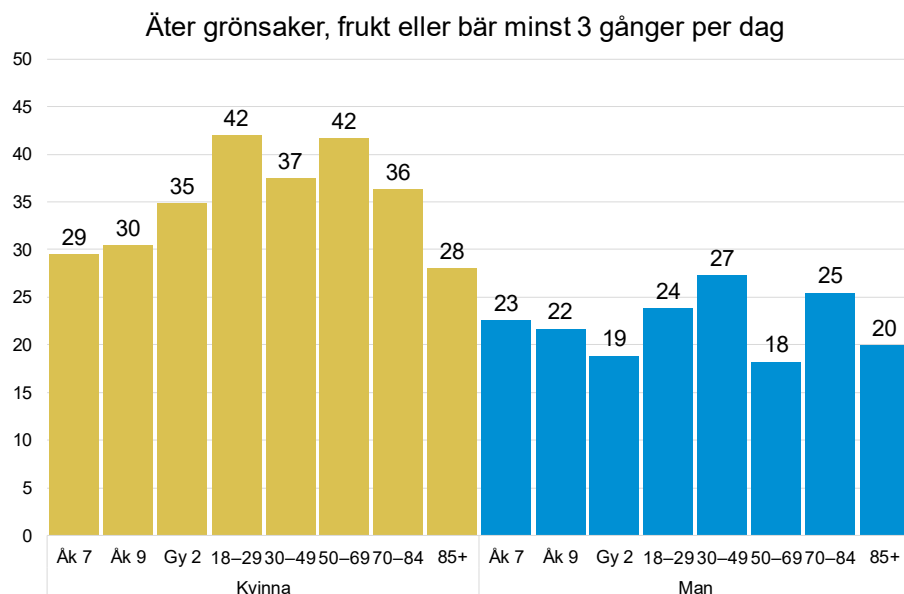
Äter frukt och grönsaker

Att äta grönsaker, frukt, rotfrukter eller bär minst 3 gånger per dag är vanligare bland kvinnor jämfört med män (figur 48). Det är även något vanligare att äta frukt och grönsaker bland svenskfödda och personer födda utanför Norden jämfört med personer födda i övriga Norden. Andelen som äter frukt och grönsaker är betydligt högre bland personer med eftergymnasial utbildning jämfört med de som har kortare utbildning. Utifrån sexuell läggning är det minst vanligt att äta frukt och grönsaker bland bisexuella.



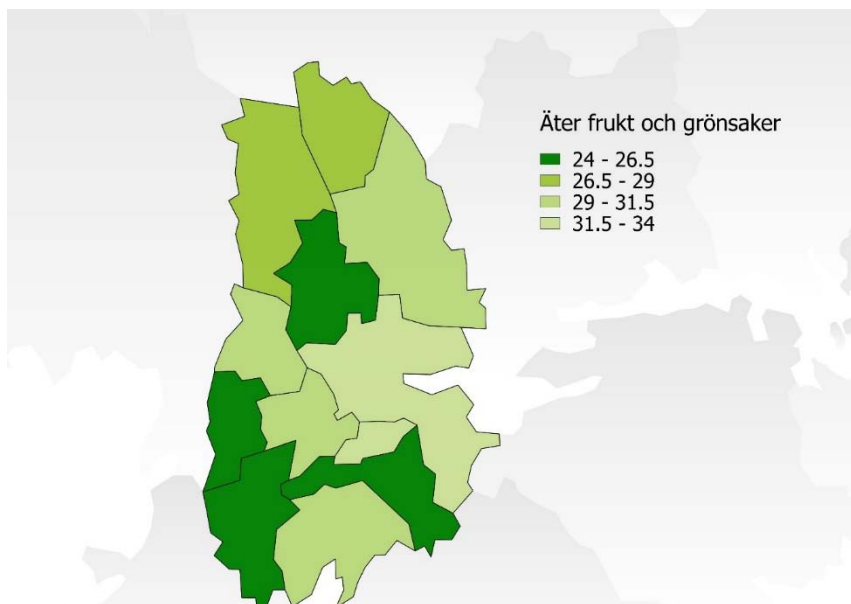
Figur 48. Andel (%) som äter frukt eller grönsaker minst 3 gånger per dag fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

I samtliga åldersgrupper är det vanligare att kvinnor äter frukt och grönsaker minst 3 gånger per dag jämfört med män (figur 49). Drygt var tredje tjej har goda matvanor mätt på detta sätt. Den andelen är lägre bland killar och omfattar ungefär var femte elev. Även i den vuxna befolkningen har kvinnorna inom varje enskild ålderskategori en högre andel med goda matvanor jämfört med männen.



Figur 49. Andel (%) som äter frukt eller grönsaker minst 3 gånger per dag fördelat på kön och ålder.

Det finns skillnader med omkring tio procentenheter mellan länets kommuner i andel som äter frukt och grönsaker minst 3 gånger per dag (figur 50). Andelen som äter frukt och grönsaker är som högst i Örebro kommun, där drygt en tredjedel gör det.



Figur 50. Andel (%) som äter frukt och grönsaker flera gånger varje dag fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **äta frukt och grönt** är:

- Det är **mindre** troligt att män äter frukt och grönsaker jämfört med kvinnor
- Det är **mer** troligt att personer med eftergymnasial utbildning äter frukt och grönsaker jämfört med personer med förgymnasial utbildning

Äter frukt och grönsaker Elever i skolor 7, 9 och år 2 på gymnasiet Sammanslagning av 2 frågor. Hur ofta brukar du...? Äta grönsaker Äta frukt eller bär	Äter frukt och grönsaker Vuxna 18 och äldre Hur ofta äter du grönsaker, rotfrukter, frukter eller bär?
Sällan eller aldrig En gång i veckan Några gånger i veckan En gång per dag Mer än en gång per dag	5 gånger per dag eller mer 3–4 gånger per dag 1–2 gånger per dag Mer sällan

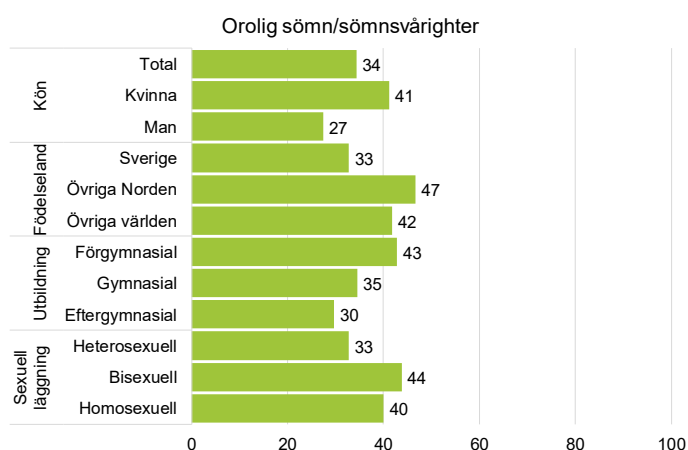
Risikfaktorer ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv

I detta avsnitt redovisas varje studerad riskfaktor ur ett jämlikhetsperspektiv. Det innebär att riskfaktorn redovisas uppdelat på kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, sexuell läggning och kommun. Avsnittet är rangordnat så att riskfaktorn med starkast positivt samband med gott allmänt hälsotillstånd identifierad i figur 16 redovisas först. Resterande riskfaktorer presenteras sedan i fallande ordning. För varje riskfaktor presenteras:

- Fördelning på bakgrundsfaktorerna kön, födelseland, utbildningsnivå, sexuell läggning och ålder.
- Karta med fördelningen på kommunnivå.
- Beskrivning av starka statistiska samband mellan bakgrundsfaktorer och riskfaktorn.¹⁷
- Den fullständiga frågelydelsen för den fråga som utgör grunden för faktorn med de svarsalternativ som utgör riskfaktorn markerade i fet stil.

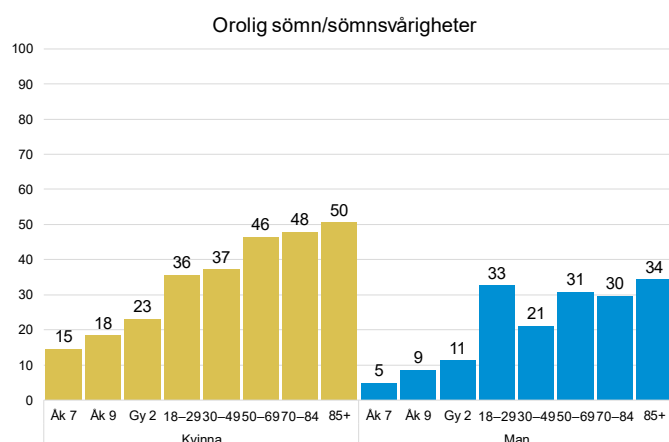
Orolig sömn/sömnsvårigheter

Drygt en av tre har orolig sömn eller sömnsvårigheter (figur 51). Personer födda utanför Sverige har i större utsträckning riskfaktorn jämfört med svenskfödda. Det finns ett samband mellan sömn och utbildningsnivå, ju högre utbildningsnivå desto lägre andel med sömnsvårigheter. Heterosexuella upplever i lägre grad orolig sömn/sömnsvårigheter än bisexuella och homosexuella.



Figur 51. Andel (%) med sömnsvårigheter/orolig sömn fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

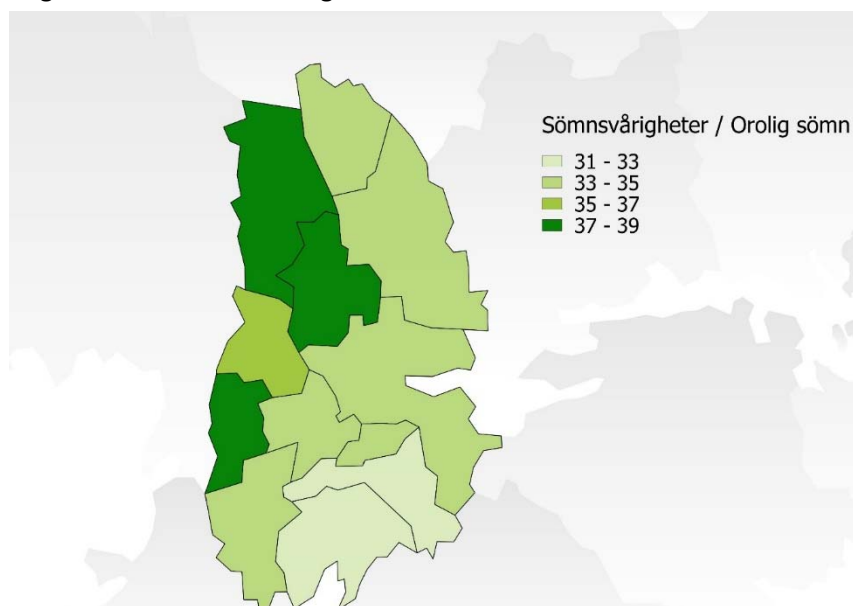
Orolig sömn är minst vanligt bland ungdomar i skolor 7 (figur 52). Därefter ökar andelen med stigande ålder. I samtliga åldersgrupper är det vanligare med riskfaktorn bland kvinnor. Könsskillnaden är störst bland ungdomar, där är det två till tre gånger så stor andel tjejer som har orolig sömn jämfört med killar.



Figur 52. Andel (%) med sömnsvårigheter / orolig sömn fördelat på kön och ålder.

¹⁷ Se tabellbilagans avsnitt "Logistisk regression – Bakgrundsfaktorerers samband med skydds- och riskfaktorer" för en mer utförlig beskrivning.

Mellan länets kommuner skiljer sig andelen med sömnsvårigheter eller orolig sömn med upp till 8 procentenheter (figur 53). I Askersunds kommun är det minst vanligt med orolig sömn bland ungdomar eller sömnsvårigheter bland vuxna.



Figur 53. Andel (%) som sömnsvårigheter eller orolig sömn fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att ha **orolig sömn/sömnsvårigheter** är:

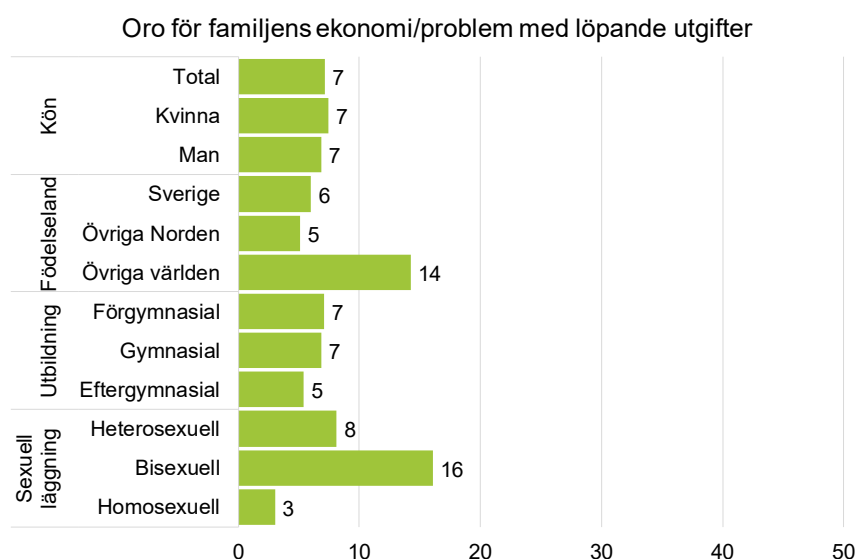
- Det är **mer** troligt att personer äldre än elever i årskurs 7 år har orolig sömn eller sömnsvårigheter
- Det är **mindre** troligt att män har orolig sömn/sömnsvårigheter jämfört med kvinnor
- Det är **mindre** troligt att personer med eftergymnasial utbildning har sömnsvårigheter jämfört med personer med förgymnasial utbildning
- Det är **mer** troligt att bisexuella har orolig sömn/sömnsvårigheter jämfört med heterosexuella

Orolig sömn Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Hur ofta har du under de senaste 3 månaderna haft följande besvär? Orolig sömn	Sömnsvårigheter Vuxna 18 år och äldre Har du något/några av följande besvär eller symtom: Sömnsvårigheter?
Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid	Nej Ja, lätta besvär Ja, svåra besvär

Ekonomisk utsatthet

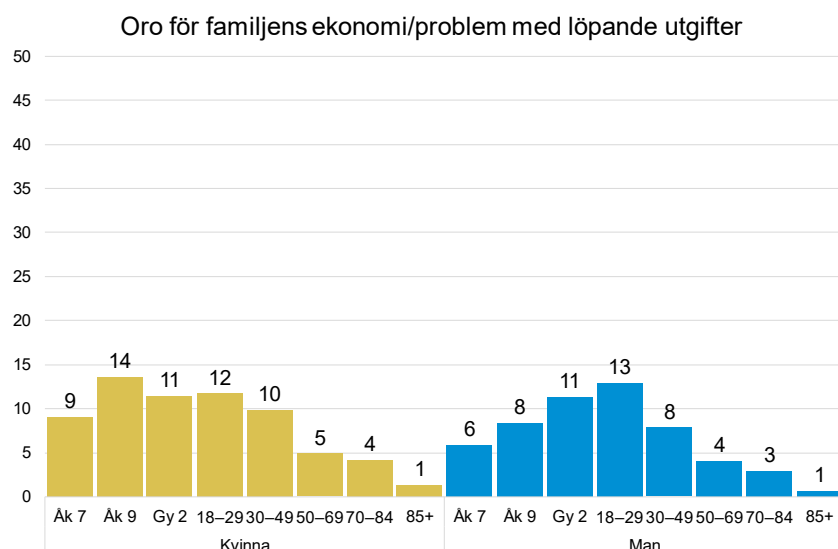
För att studera ekonomiskt tillstånd används två frågor. I skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet får unga svara på om de oroar sig för familjens ekonomi. Bland vuxna 18 år och äldre ställs frågan om man har haft problem med löpande utgifter under de senaste 12 månaderna. Båda frågorna syftar till att fånga ekonomisk utsatthet.

Totalt anger sju procent att de är ekonomiskt utsatta (figur 54). Det är 8–9 procentenheter vanligare att personer som är födda i övriga världen är ekonomiskt utsatta jämfört med födda i Norden. Utifrån utbildningsnivå är skillnaderna marginella, även om personer med eftergymnasial utbildning i något mindre utsträckning är ekonomiskt utsatta. Bisexuella personer är i betydligt större utsträckning ekonomiskt utsatta.



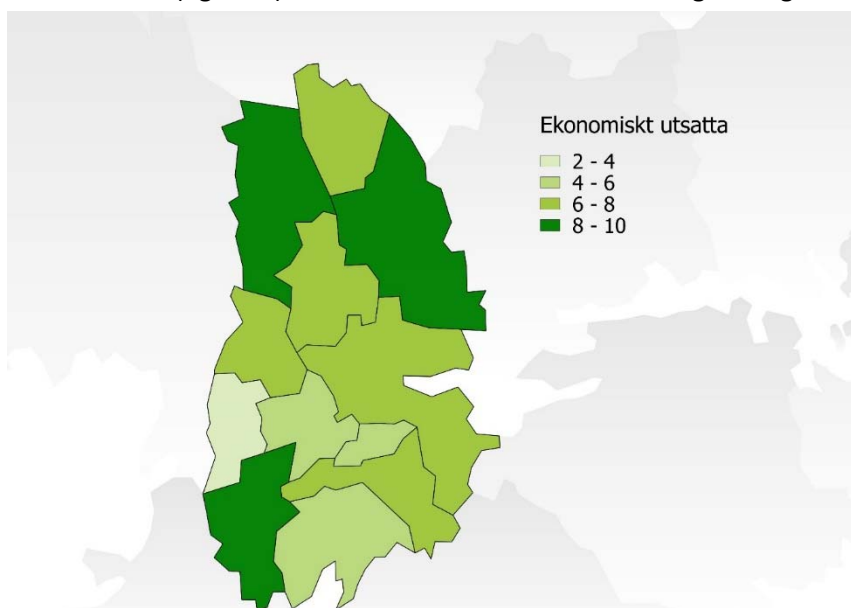
Figur 54. Andel (%) ekonomiskt utsatta fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

I skolår 7 och 9 är det vanligare att tjejer oroar sig för familjens ekonomi jämfört med killar (figur 55). Bland tjejer är ekonomisk utsatthet vanligast i skolår 9, därefter minskar andelen med stigande ålder. Bland killar ökar andelen ekonomiskt utsatta med stigande ålder, och är som högst i åldersgruppen 18–29 år. Därefter minskar andelen ekonomiskt utsatta bland killar med stigande ålder.



Figur 55. Andel (%) ekonomiskt utsatta fördelat på kön och ålder.

I Örebro län varierar andelen ekonomiskt utsatta från omkring två till tio procent mellan kommunerna (figur 56). Andelen ekonomiskt utsatta är lägst i Degerfors kommun.



Figur 56. Andel (%) som är orolig för familjens ekonomi eller har problem med löpande utgifter fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

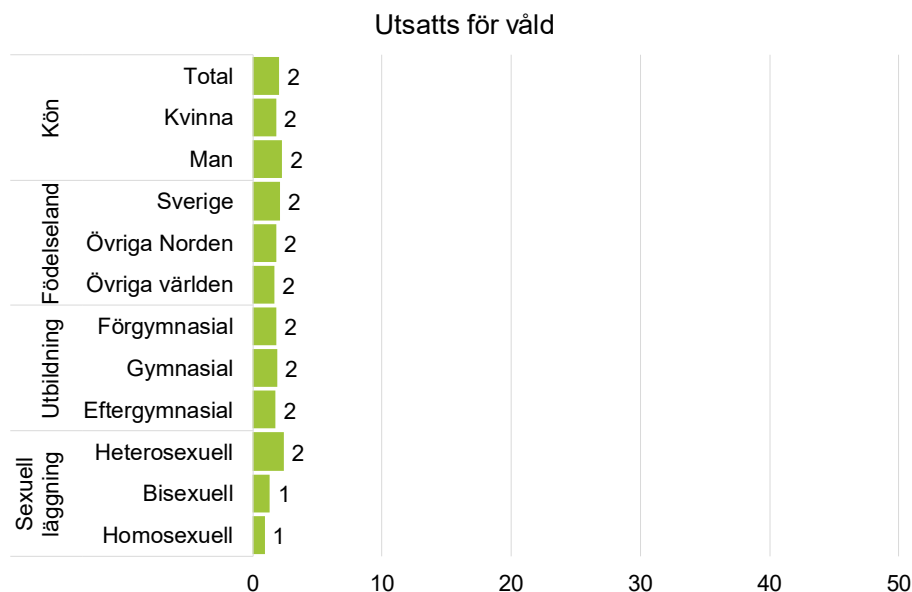
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att vara orolig för familjens ekonomi/ha problem med löpande utgifter är:

- Det är **mer** troligt att elever i årskurs 9, gymnasiets år 2 och 18–49 år är oroliga för familjens ekonomi/har problem med löpande utgifter jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mer** troligt att födda utanför Norden är oroliga för familjens ekonomi/har problem med löpande utgifter jämfört med svenskfödda
- Det är **mer** troligt att bisexuella är oroliga för familjens ekonomi/har problem med löpande utgifter jämfört med heterosexuella

Orolig för familjens ekonomi Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Är du orolig för familjens ekonomi?	Problem med löpande utgifter Vuxna 18 och äldre Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera?
Inte alls orolig Inte särskilt orolig Ganska orolig Mycket orolig	Nej Ja, vid ett tillfälle Ja, vid flera tillfällen

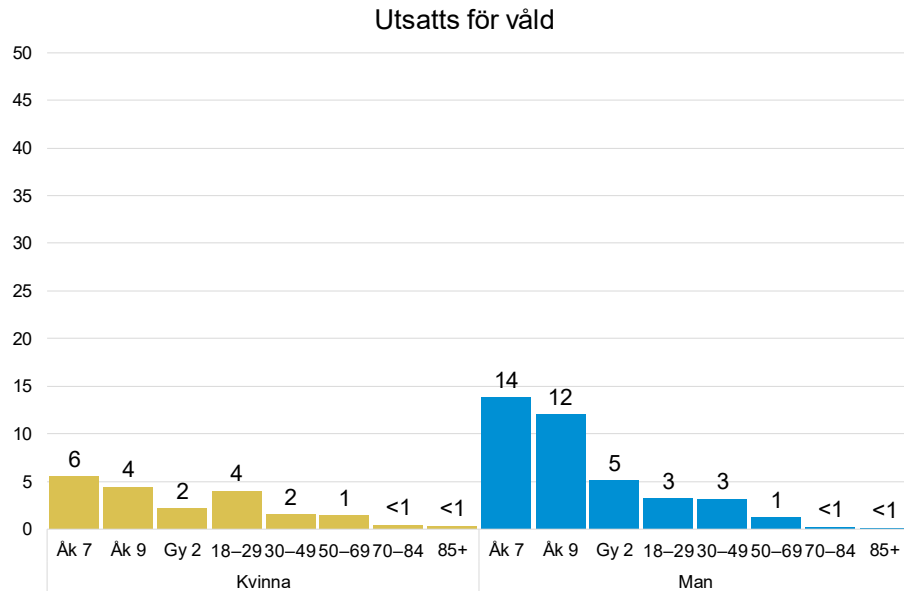
Utsatt för fysiskt våld

Andelen som utsatts för fysiskt våld är två procent (figur 57). Det förekommer inga större variationer i utsatthet för våld utifrån de olika bakgrundsfaktorerna.



Figur 57. Andel (%) som utsatts för våld fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Det finns en tydlig åldersgradient i andel som utsatts för våld, som är särskilt tydlig bland killar/män (figur 58). Andelen som utsatts för våld är högst i skolår 7 och minskar därefter med stigande ålder. Bland ungdomar är det en större andel killar som utsatts för våld jämfört med tjejer. Könsskillnaden minskar sedan med stigande ålder.



Figur 58. Andel (%) som utsatt för våld fördelat på kön och ålder.

Då andelen som anger att de blivit utsatt för våld skiljer sig marginellt mellan kommunerna redovisas ingen statistik på kommunnivå.

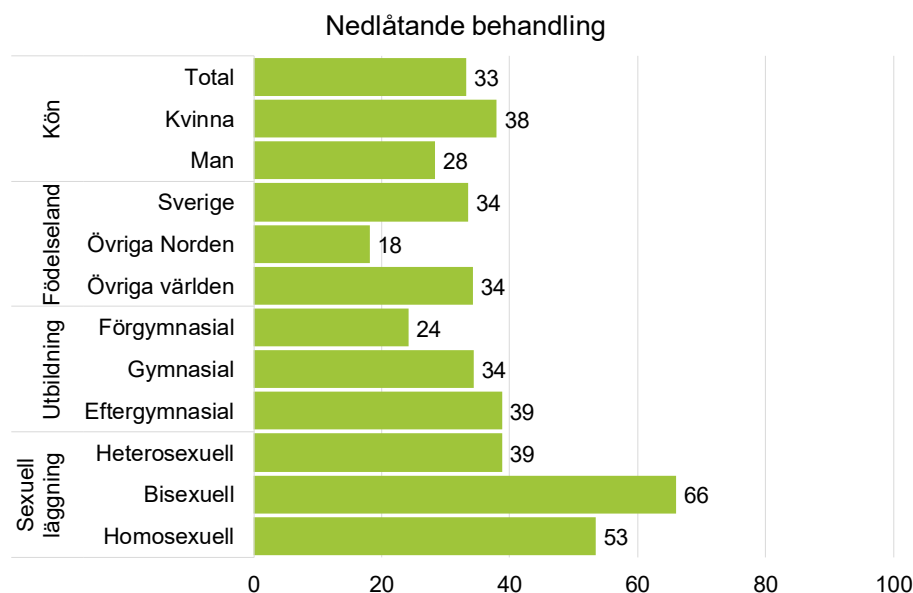
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att vara **utsatt för våld** är:

- Det är **mindre** troligt att personer 50 år och äldre är utsatta för fysiskt våld jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mer** troligt att män är utsatta för fysiskt våld jämfört med kvinnor
- Det är **mer** troligt att bi- och homosexuella är utsatta för fysiskt våld jämfört med heterosexuella.

Utsatts för våld i skolan Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för något av följande i skolan? Fysiskt våld	Utsatt för våld Vuxna 18 år och äldre Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?
<i>Nej</i> Ja, en gång Ja, flera gånger	<i>Nej</i> Ja

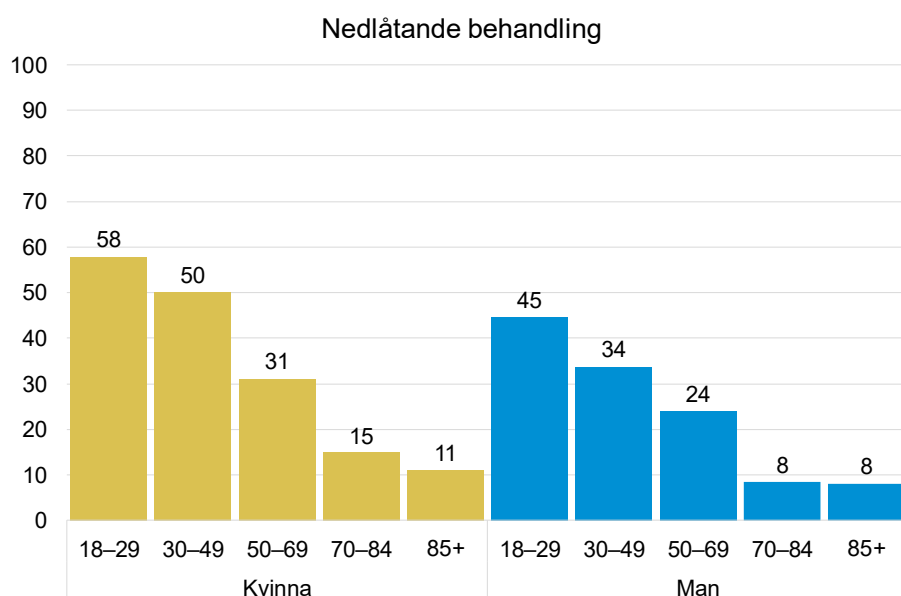
Nedlåtande behandling (endast vuxna)

En av tre har utsatts för nedlåtande behandling senaste 3 månaderna (figur 59). Det är vanligare att kvinnor har utsatts för nedlåtande behandling jämfört med män. Personer som är födda i Sverige eller övriga världen har i större utsträckning utsatts för nedlåtande behandling jämfört med födda i övriga Norden. Personer med eftergymnasial och gymnasial utbildning har i större utsträckning blivit utsatta för nedlåtande behandling jämfört med personer som har förgymnasial utbildning. De största skillnaderna framgår utifrån olika sexuella läggningar. Det är betydligt vanligare att bisexuella och homosexuella utsatts för nedlåtande behandling jämfört med heterosexuella.



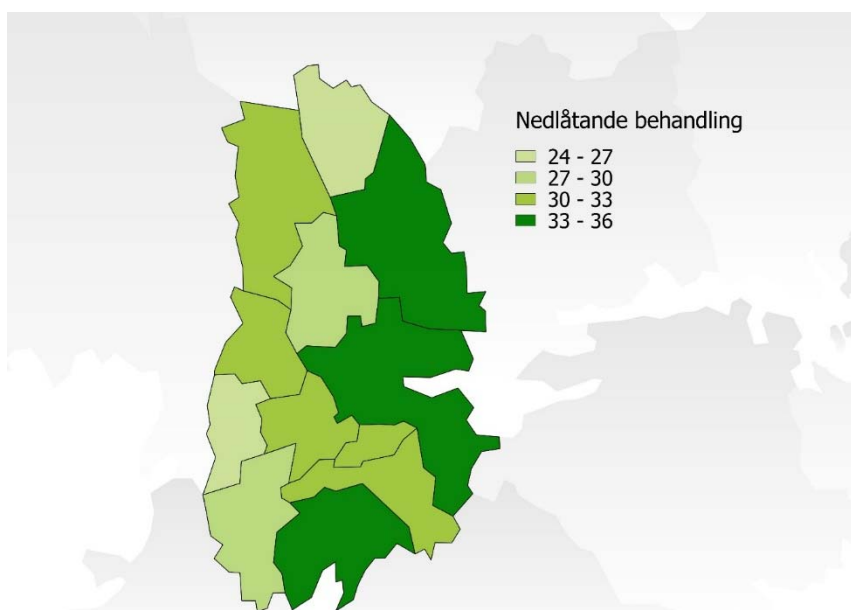
Figur 59. Andel (%) som blivit nedlåtande behandling fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Det är generellt mer vanligt att kvinnor blivit utsatta för nedlåtande behandling jämfört med män (figur 60). Skillnaderna mellan könen är som störst i åldersgrupperna 18–29 och 30–49 år, och minskar därefter med stigande ålder. Andelen som utsatts för nedlåtande behandling minskar för såväl kvinnor som män med stigande ålder.



Figur 60. Andel (%) som blivit nedlåtande behandling fördelat på kön och ålder.

De kommunala skillnaderna i andel som blivit nedlåtande behandlad uppgår till omkring 12 procentenheter (figur 61). Den kommun som har lägst andel som upplevt nedlåtande behandling är Ljusnarsbergs kommun (24 %).



Figur 61. Andel (%) som blivit nedlåtande behandlad, kommun, 18 år och äldre, totalt.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att vara **nedlåtande behandlad** är:

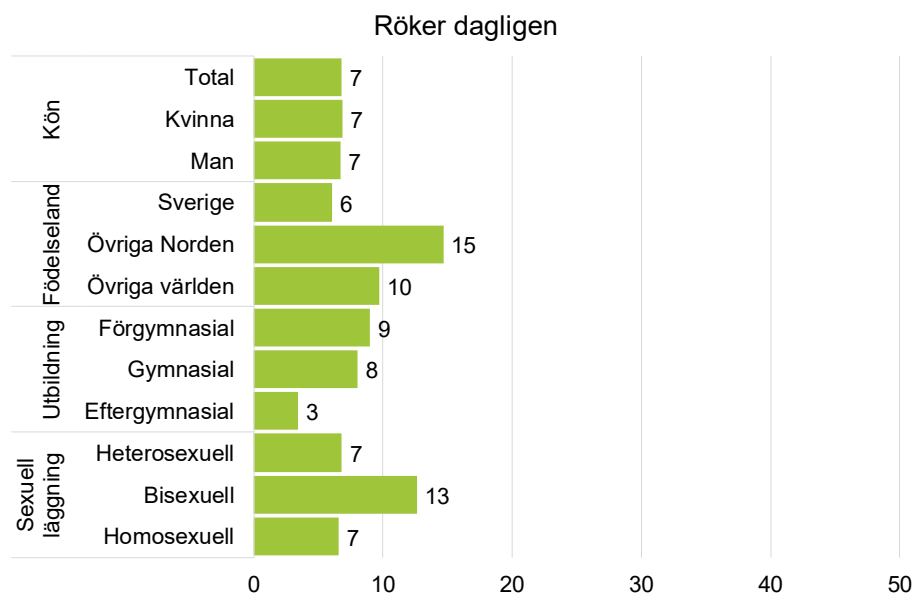
- Det är **mindre** troligt att personer 30 år och äldre blir utsatta för nedlåtande behandling jämfört med personer 18–29 år
- Det är **mindre** troligt att män blir utsatta för nedlåtande behandling jämfört med kvinnor
- Det är **mer** troligt att bisexuella blir utsatta för nedlåtande behandling jämfört med heterosexuella

Nedlåtande behandling
 Vuxna 18 och äldre år
 Har du under de senaste 3 månaderna
 upplevt att någon behandlat dig på ett
 nedlåtande sätt?

Nej
 Ja, någon gång
 Ja, flera gånger

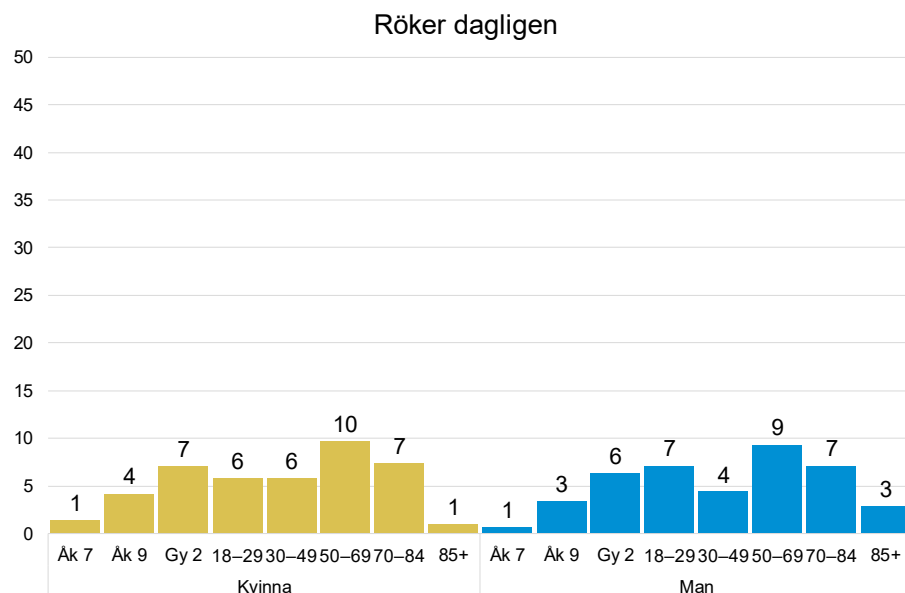
Röker dagligen

Totalt är det sju procent som uppger att de röker dagligen i länet (figur 62). Det förekommer skillnader utifrån olika bakgrundsfaktorer. Det är mindre vanligt att röka dagligen bland svenskfödda respektive personer med eftergymnasial utbildning jämfört med födda utanför Sverige respektive personer med kortare utbildning. Den grupp där daglig rökning är vanligast är bland personer födda i övriga Norden. Daglig rökning är vanligare bland bisexuella jämfört med heterosexuella och homosexuella.



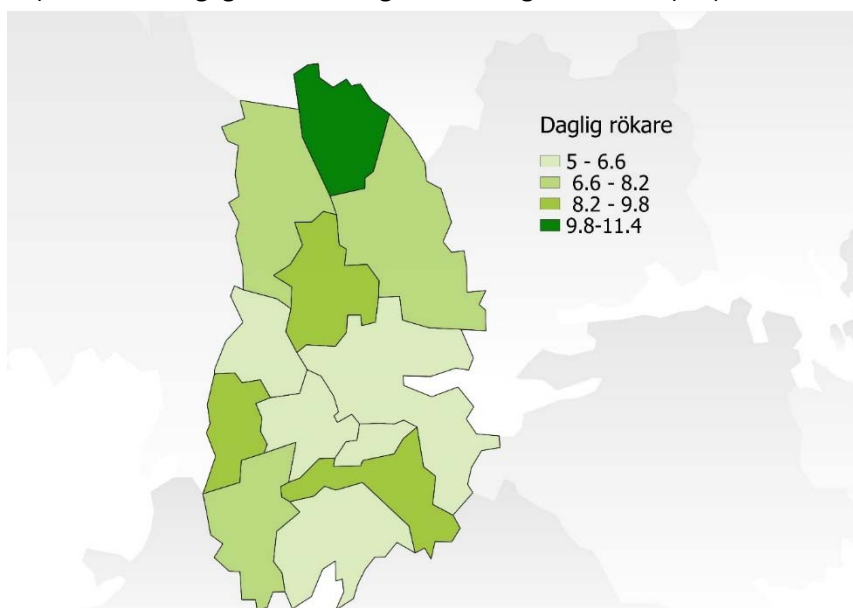
Figur 62. Andel (%) som röker dagligen fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Det finns endast marginella könsskillnader när det kommer till andelen dagligrökare (figur 63). Andelen dagligrökare tenderar att vara något högre bland kvinnor i åldersgruppen 30–49 år och 85 år eller äldre. Totalt sett är andelen dagligrökare högst i åldersgruppen 50–69 år.



Figur 63. Andel (%) som röker dagligen fördelat på kön och ålder.

Andelen daglig rökare varierar med omkring 6 procentenheter mellan Örebro läns kommuner (figur 64). Andelen daglig rökare är lägst i Karlskoga kommun (5%).



Figur 64. Andel (%) som röker dagligen, kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

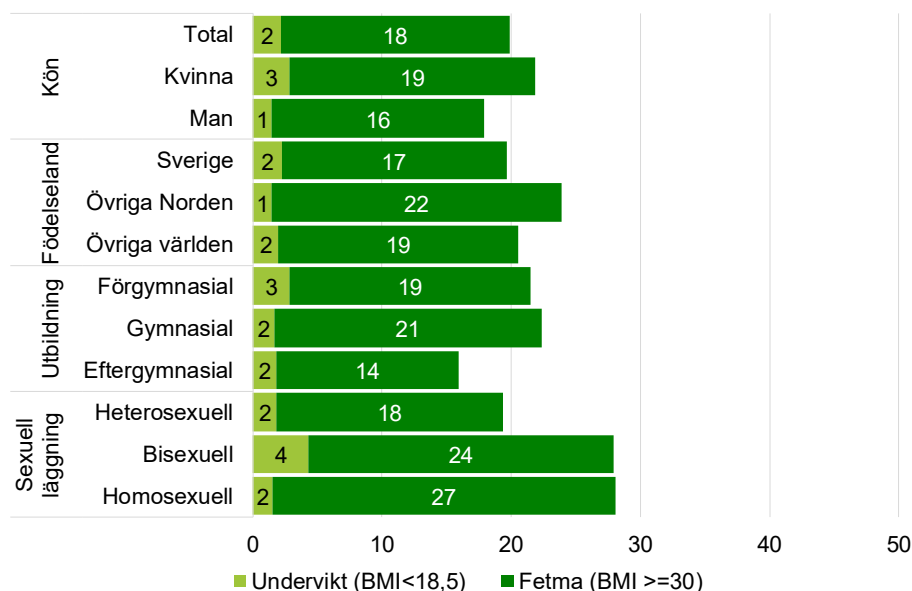
De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **röka dagligen** är:

- Det är **mer** troligt att personer äldre än elever i årskurs 7 röker dagligen
- Det är **mer** troligt att personer födda i övriga Norden röker dagligen jämfört med svenskfödda
- Det är **mer** troligt att personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning röker dagligen jämfört med de som har förgymnasial utbildning
- Det är **mer** troligt att bisexuella röker dagligen jämfört med heterosexuella

Röker dagligen Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet Röker du?	Röker dagligen Vuxna 18 år och äldre Röker du?
Nej, jag har aldrig rökt Nej, men jag har prövat Nej, jag har slutat röka Ja, jag röker någon gång ibland Ja, jag röker dagligen	Nej Ja, ibland Ja, dagligen

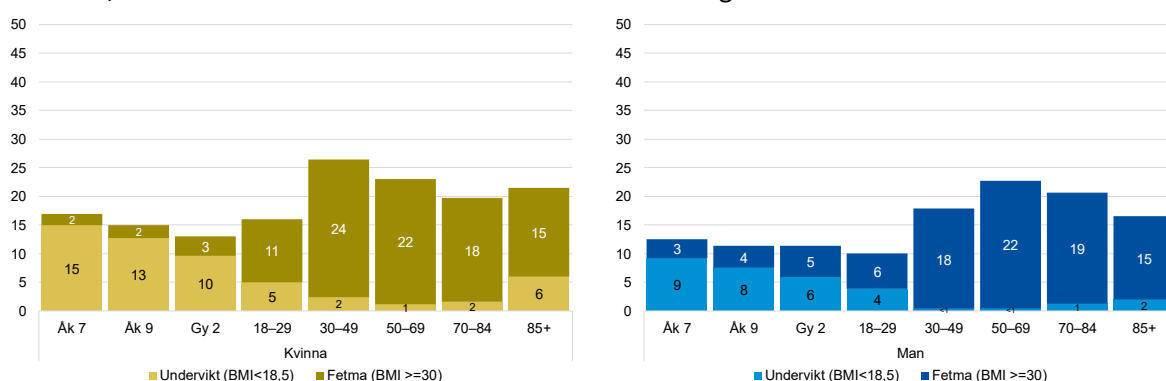
Undervikt eller fetma

Såväl undervikt som fetma är vanligare bland kvinnor jämfört med män (figur 65). Det är något vanligare med fetma bland personer födda i övriga Norden jämfört med personer födda i Sverige och utanför Norden. Personer med eftergymnasial utbildning respektive med heterosexuell läggning har i mindre utsträckning fetma jämfört med personer med kortare utbildning respektive bi- och homosexuella. Bisexuella har också en högre andel med undervikt jämfört med homo- och heterosexuella.



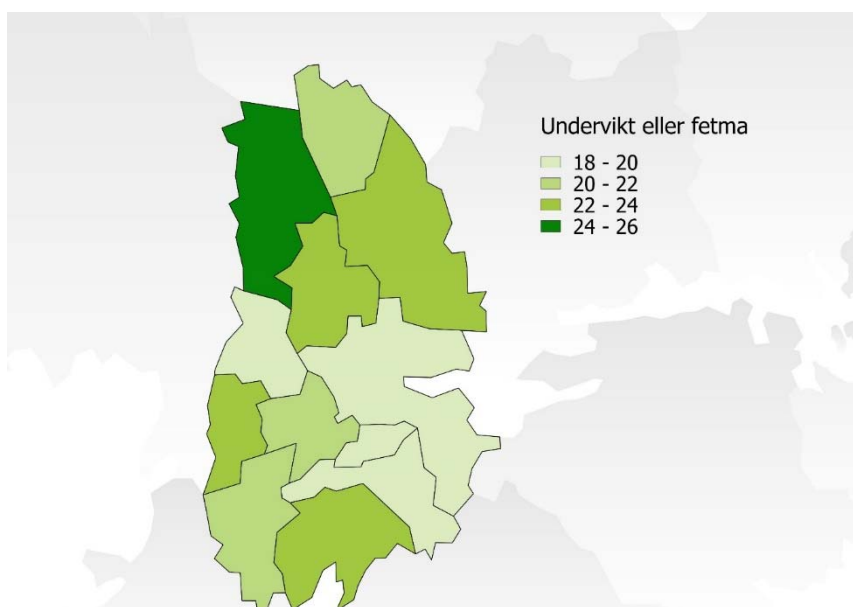
Figur 65. Andel (%) med undervikt eller fetma fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Bland såväl tjejer som killar är andelen med undervikt högst i skolår 7 och minskar därefter med stigande ålder fram till åldersgruppen 70–84 år (figur 66). Undervikt är vanligare bland kvinnor jämfört med män i samtliga åldersgrupper. Könsskillnaderna är som störst i åldersgruppen 85 år och äldre, där det är tre gånger så stor andel med undervikt bland kvinnor. Fetma är ovanligt bland unga i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet. I åldersgruppen 18–29 börjar andelen med fetma att öka och är som högst i åldersgrupperna 30–49 år och 50–69 år. Bland unga är det något större andel män som har fetma, men könsskillnaderna tenderar att minska med stigande ålder.



Figur 66. Andel (%) med undervikt eller fetma fördelat på kön och ålder.

Andelen personer med undervikt eller fetma varierar med 8 procentenheter mellan länets kommuner (figur 67). Andelen med undervikt eller fetma är lägst i kommunerna Örebro, Karlskoga, Kumla och Hallsberg (18–20 procent).



Figur 67. Andel (%) som har undervikt eller fetma fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att ha **undervikt eller fetma** är:

- Det är **mer** troligt att personer 30 år och äldre har undervikt eller fetma jämfört med elever i årskurs 7
- Det är **mindre** troligt att personer med eftergymnasial utbildning har undervikt eller fetma jämfört med de som har förgymnasial utbildning
- Det är mer troligt att bi- och homosexuella har undervikt eller fetma jämfört med heterosexuella

Fetma eller undervikt

Elever i skolor 7, 9 och år 2 på gymnasiet

Vuxna 18 år och äldre

Hur lång är du?

Hur mycket väger du?

Kategorisering av undervikt, normalvikt, övervikt och fetma

beräknat på förhållandet längd och vikt enligt BMI (Body Mass Index).

För ungdomar i årskurs 7 och 9 används isoBMI med en approximation av ålder på 14 respektive 16 år.

BMI <18,5; undervikt

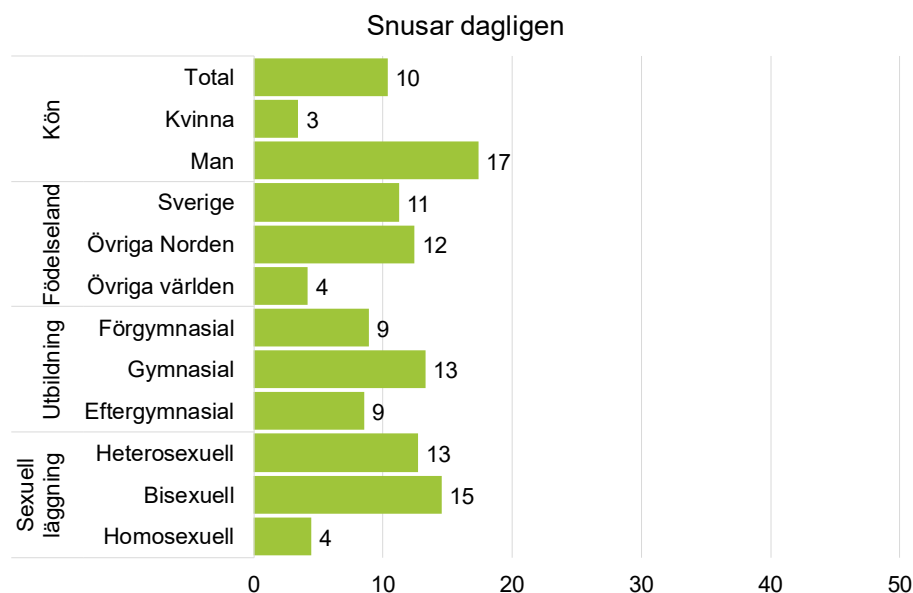
BMI ≥ 18,5 & <25; normalvikt

BMI ≥ 25 & BMI <30; övervikt

BMI ≥ 30; fetma

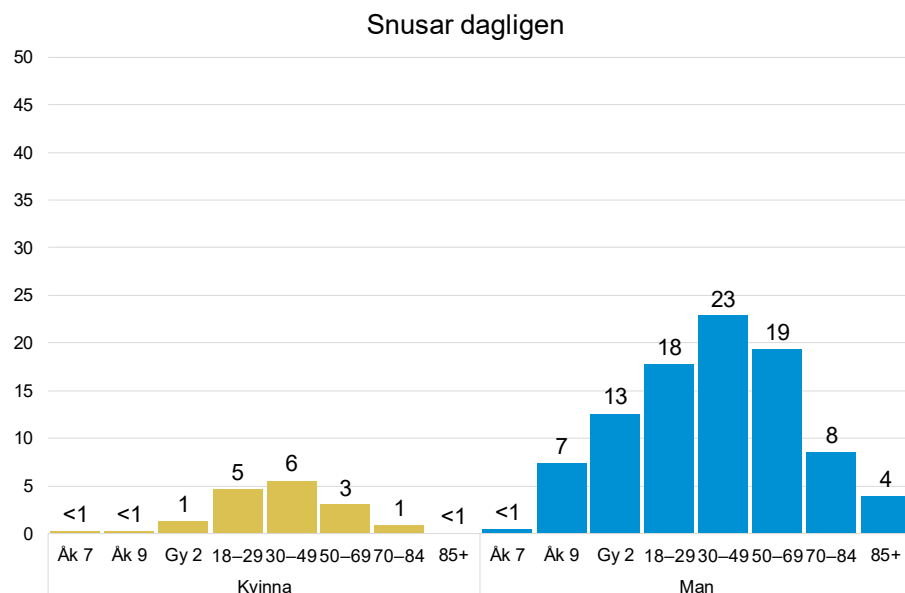
Snusar dagligen

En av tio snusar dagligen i Örebro län, men det råder stora könsskillnader (figur 68). Det är nära sex gånger så stor andel män som snusar dagligen jämfört med kvinnor. Det är omkring tre gånger så stor andel dagligsnusare bland personer födda i Norden jämfört med personer födda i övriga världen. Personer med gymnasial utbildning snusar i större utsträckning än de som har förgymnasial eller eftergymnasial utbildning. Det är mer än tre gånger så stor andel daglig snusare bland hetero- och bisexuella jämfört med homosexuella.



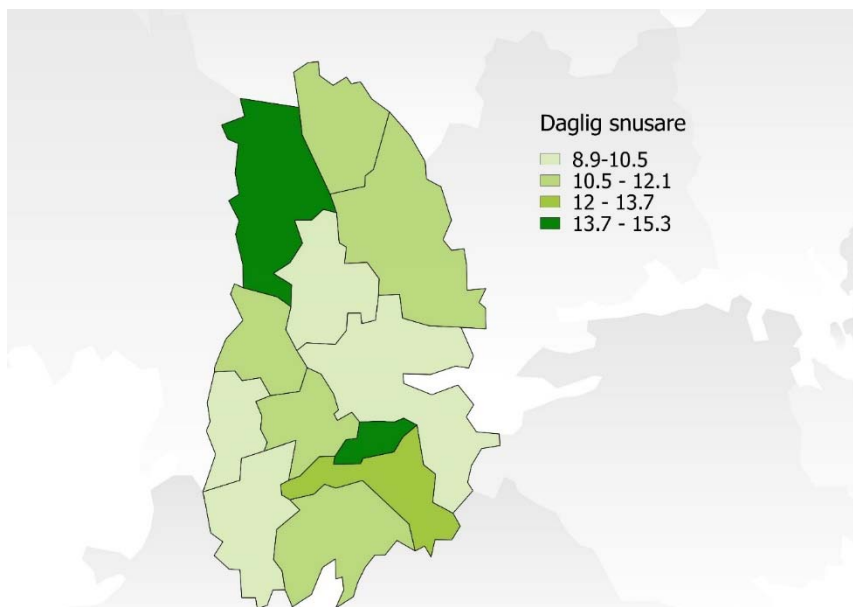
Figur 68. Andel (%) som snusar dagligen fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

Att snusa dagligen är ovanligt bland tjejer, omkring en procent (figur 69). Bland kvinnor är andelen dagligsnusare högst i åldersgruppen 30–49 år, sex procent. Bland män ökar andelen dagligsnusare med stigande ålder upp till 50 år för att därefter minska.



Figur 69. Andel (%) som snusar dagligen fördelat på kön och ålder.

Andelen dagligsnusare varierar med omkring sex procentenheter mellan länets kommuner (figur 70). I Örebro kommun är andelen dagligsnusare lägst, knappt 9 procent.



Figur 70. Andel (%) som snusar dagligen, kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att **snusa dagligen** är:

- Det är **mer** troligt att personer äldre än elever i årskurs 7 snusar dagligen
- Det är **mer** troligt att män snusar jämfört med kvinnor
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Norden snusar dagligen jämfört med svenskfödda
- Det är **mindre** troligt att personer med eftergymnasial utbildning snusar dagligen jämfört med de som har förgymnasial utbildning

Snusar dagligen	Snusar dagligen
Elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet	Vuxna 18 år och äldre
Snusar du?	Snusar du?
Nej, jag har aldrig snusat	Nej
Nej, men jag har prövat	Ja, ibland
Nej, jag har slutat snusa	Ja, dagligen
Ja, jag snusar någon gång ibland	
Ja, jag snusar dagligen	

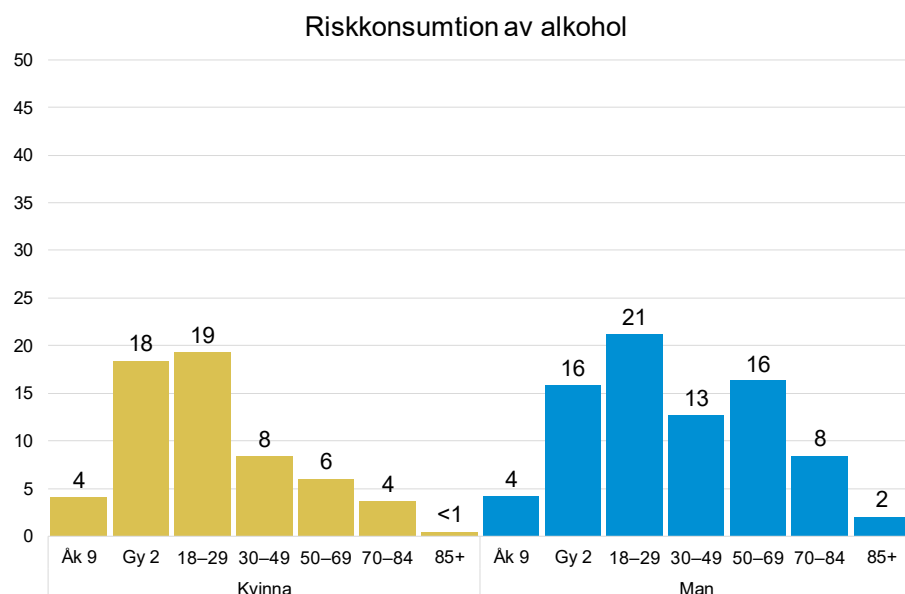
Risikkonsumtion av alkohol

Totalt är det omkring en av tio som har en riskkonsumtion av alkohol (figur 71). Det är vanligare bland män jämfört med kvinnor. Personer som är födda i övriga Norden har i större utsträckning riskkonsumtion av alkohol jämfört med övriga världen. Det är också något vanligare att personer med gymnasial utbildning har en riskkonsumtion av alkohol jämfört med de som har förgymnasial eller eftergymnasial utbildning. Andelen med riskkonsumtion av alkohol är större bland bi- och homosexuella jämfört med heterosexuella.



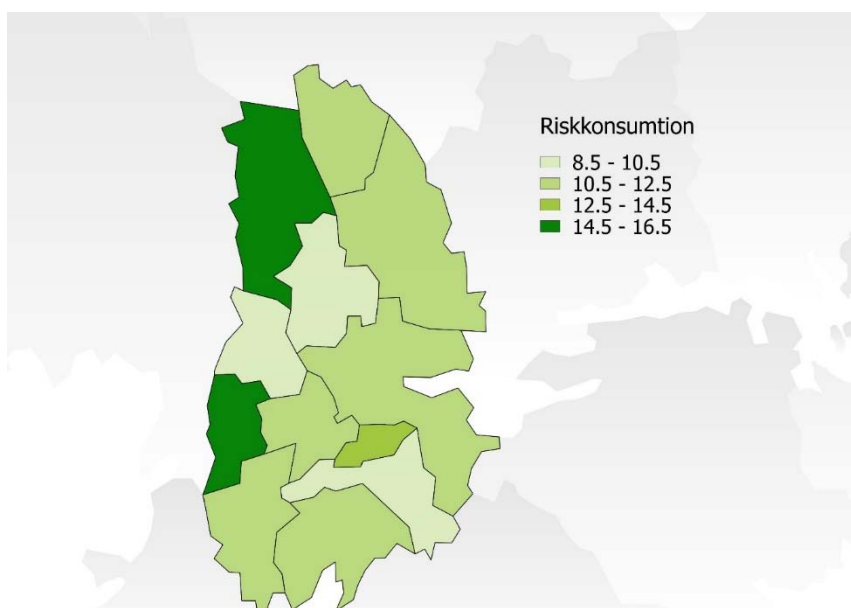
Figur 71. Andel (%) med riskkonsumtion av alkohol fördelat på kön, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning.

I skolår 9 är det relativt få som har en riskkonsumtion av alkohol men andelen ökar drastiskt redan på gymnasiet (figur 72). Det är vanligast med riskkonsumtion av alkohol bland unga vuxna i åldersgruppen 18–29 år. Därefter minskar andelen med riskkonsumtion med stigande ålder, särskilt bland kvinnor. Bland män är andelen även relativt hög även bland 50–69-åringar. Det är generellt vanligare med riskkonsumtion bland män jämfört med kvinnor, med undantag för år 2 på gymnasiet.



Figur 72. Andel (%) med riskkonsumtion av alkohol fördelat på kön och ålder.

I länets kommuner varierar andelen med riskkonsumtion av alkohol med omkring åtta procentenheter (figur 73). I Hallsbergs kommun är andelen med riskkonsumtion av alkohol lägst, där är det 1 av 12 som har en riskkonsumtion.



Figur 73. Andel (%) som har riskkonsumtion av alkohol fördelat per kommun, årskurs 7, 9 och gymnasiet år 2 samt 18 år och äldre, totalt. Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

De starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorer och att ha **riskkonsumtion av alkohol** är:

- Det är **mer** troligt att elever i gymnasiets år 2 och personer 18–69 år är riskkonsumenter av alkohol jämfört med elever i årskurs 9
- Det är **mer** troligt att män är riskkonsumenter av alkohol jämfört med kvinnor
- Det är **mer** troligt att personer födda i övriga Norden är riskkonsumenter av alkohol jämfört med svenskfödda
- Det är **mindre** troligt att personer födda utanför Norden är riskkonsumenter av alkohol jämfört med svenskfödda
- Det är **mer** troligt att personer med gymnasial utbildning är riskkonsumenter av alkohol jämfört med personer med förgymnasial utbildning
- Det är **mer** troligt att bi- och homosexuella är riskkonsumenter av alkohol jämfört med heterosexuella
- Det är **mindre** troligt att personer som är osäkra på sin sexuella läggning är riskkonsumenter av alkohol jämfört med heterosexuella

Riskkonsumtion av alkohol

Elever i skolår 9 och år 2 på gymnasiet
Vuxna 18 år och äldre

Informationen kring riskkonsumtion baseras på tre frågor från frågebatteriet "AUDIT-C". Sammanräkningen av frågorna kan ge ett värde mellan 0–12, gränsen för riskkonsumtion för kvinnor är 5–12 och för män 6–12. "AUDIT-C" utvecklades av WHO för att tidigt upptäcka personer med en skadlig konsumtion av alkohol.

Tabellbilaga

Geografisk fördelning

Hälsa

Gott allmänt hälsotillstånd årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre fördelat på kön och kommun* samt gott psykiskt välbefinnande årskurs 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre fördelat på kön och kommun*.

Kommun	Gott allmänt hälsotillstånd			Gott psykiskt välbefinnande		
	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
Lekeberg	65	71	68	73	87	80
Laxå	63	67	65	72	79	75
Hallsberg	69	74	71	74	84	79
Degerfors	62	64	63	69	84	77
Hällefors	61	69	65	70	88	79
Ljusnarsberg	63	75	70	75	81	78
Örebro	69	76	72	70	80	74
Kumla	63	74	68	71	89	80
Askersund	68	64	66	75	85	80
Karlskoga	58	71	65	69	82	76
Nora	61	70	66	70	82	76
Lindesberg	60	72	66	73	83	78

*Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

Skyddsfaktorer

Skyddsfaktorer fördelat på kön och kommun. Årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre i Örebro län 2017.

	Ljus framtidstro		Tillit till andra		Trivs på skolan/arbetet		Fysisk aktivitet		Nära vän		Äter frukt och grönsaker		Förvärvsarbete		Hushållstyp		Tillgång till personligt stöd (endast vuxna)		Tillit till vårdnadshavare (endast ungdomar)	
Kommun	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Lekeberg	74	84	79	75	82	85	55	57	92	91	39	20	69	80	71	73	96	93	84	98
Laxå	72	75	70	76	85	86	51	60	92	83	36	15	61	58	59	54	91	81	86	97
Hallsberg	81	72	71	73	84	74	57	64	92	82	32	18	63	74	65	64	91	87	93	93
Degerfors	70	77	65	76	79	83	56	60	93	83	34	16	56	73	64	59	90	90	93	95
Hällefors	73	76	70	74	85	89	57	62	92	82	32	22	56	70	58	69	96	89	85	92
Ljusnarsberg	73	74	71	63	88	76	58	60	89	83	33	23	58	51	58	55	92	86	87	95
Örebro	75	79	72	74	86	83	66	68	89	85	41	25	66	69	58	67	91	90	93	95
Kumla	78	74	70	75	84	78	67	57	89	86	39	26	66	75	60	76	97	86	94	94
Askersund	75	77	69	78	85	90	65	58	92	86	43	17	69	72	69	67	96	91	94	95
Karlskoga	73	69	75	70	88	92	60	71	88	81	37	23	64	63	62	59	92	85	88	92
Nora	75	63	73	77	81	88	57	64	91	83	32	20	64	65	59	64	95	87	88	96
Lindesberg	74	76	74	67	91	78	65	69	90	80	37	24	66	68	66	64	91	93	90	93

*Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

Risikfaktorer

Risikfaktorer fördelat på kön och kommun. Årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet samt 18 år och äldre i Örebro län 2017.

	Ekonomisk utsatthet		Undervikt eller fetma		Våld		Riskkonsumtion		Röker dagligen		Snusar dagligen		Sömnsvårigheter / orolig sömn		Nedlåtande behandling (Endast vuxna)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Lekeberg	8	3	25	18	0	2	9	13	7	5	4	19	43	25	38	26
Laxå	10	9	23	21	4	2	8	16	6	8	3	17	40	28	34	22
Hallsberg	7	7	21	20	1	3	5	12	8	10	3	23	40	26	38	27
Degerfors	4	2	23	22	2	1	9	22	9	9	2	17	43	34	29	22
Hällefors	7	12	26	26	1	1	13	20	9	6	6	24	43	32	35	29
Ljusnarsberg	8	7	24	20	1	2	6	16	10	12	1	20	36	33	31	20
Örebro	8	7	21	16	2	2	9	14	7	6	4	15	40	27	40	31
Kumla	6	5	22	16	1	2	9	16	6	6	4	24	43	25	36	24
Askersund	7	3	22	25	2	1	8	17	7	6	4	20	36	28	39	29
Karlskoga	6	7	21	17	2	2	8	13	4	7	2	19	45	27	36	29
Nora	7	5	21	23	1	3	8	10	11	7	2	17	50	26	34	21
Lindesberg	6	10	28	20	2	2	9	13	7	9	4	18	41	29	40	28

*Observera att för årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet används den kommun som skolan är placerad geografiskt och inte elevens hemort.

Logistisk regression – Skydds- och riskfaktors samband med hälsa

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

Gott allmänt hälsotillstånd

I resultatdelen presenterades i figur 16 (sidan 22) som illustrerade skydds- och riskfaktorernas samband med gott allmänt mående/hälsotillstånd.

Sambanden mellan hälsan och varje skydds- respektive riskfaktor har då studerats separat med kön och ålder som kontrollerade bakgrundsfaktorer.

Sambanden rangordnades efter den statistiska styrkan och i tabellerna nedan presenteras de oddskvoter (OR) som ligger till grund för figuren.

Om oddskvoten (OR) är större än ett innebär detta att andelen som har gott allmänt mående/hälsotillstånd är högre bland dem som har faktorn än dem som inte har faktorn kontrollerat för kön och ålder. Ju högre OR desto starkare positivt samband med hälsan. På motsvarande sätt innebär en OR under ett att andelen som har gott allmänt hälsotillstånd är lägre bland de som har den faktorn. Ju lägre OR desto starkare negativt samband med hälsan. För att göra en sortering på vilka samband som är starkast har oddskvoterna även inverterats och samtliga värden över ett har sparats till rangordningen. Samtliga skydds- och riskfaktorer som studerats i rapporten har statistiskt signifikanta OR justerade för kön och ålder.

Skyddsfaktorer och Riskfaktorer	OR	1/OR	Sortering
Tillit till förälder (endast årskurs 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet) (+)	8,20	0,12	8,20
Ljus framtidstro (+)	7,81	0,13	7,81
Trivs i skolan/på arbetet (+)	6,33	0,16	6,33
Orolig sömn/sömnsvårigheter (-)	0,20	4,90	4,90
Orolig för familjens ekonomi/problem med löpande utgifter (-)	0,24	4,15	4,15
Har någon att anförtra sig åt (+)	3,30	0,30	3,30
Har tillit till andra människor (+)	2,93	0,34	2,93
Tillgång till personligt stöd (endast 18 år och äldre) (+)	2,58	0,39	2,58
Utsatt för fysiskt våld (-)	0,40	2,51	2,51
Nedlåtande behandlad (endast 18 år och äldre) (-)	0,42	2,39	2,39
Röker dagligen (-)	0,42	2,37	2,37
Fysiskt aktiv (+)	2,21	0,45	2,21
Föräldrar arbetar/förvärvsarbetar (+)	1,89	0,53	1,89
Undervikt eller fetma (-)	0,53	1,89	1,89
Bor med två vårdnadshavare/med partner (+)	1,62	0,62	1,62
Äter frukt och grönsaker minst 3ggr/dag (+)	1,52	0,66	1,52
Snusar dagligen (-)	0,67	1,49	1,49
Riskkonsument av alkohol (-)	0,72	1,40	1,40

Gott psykiskt välbefinnande

I resultatdelen presenterades i figur 19 (sidan 25) som illustrerade skydds- och riskfaktorernas samband med gott psykiskt välbefinnande. Sambanden mellan det psykiska välbefinnandet och varje skydds- respektive riskfaktor har då studerats separat med kön och ålder som kontrollerade bakgrundsfaktorer. Sambanden rangordnades efter den statistiska styrkan och i tabellerna nedan presenteras de oddskvoter (OR) som ligger till grund för figuren.

Om oddskvoten (OR) är större än ett innebär detta att andelen som har gott psykiskt välbefinnande är högre bland dem som har faktorn än dem som inte har faktorn kontrollerat för kön och ålder. Ju högre OR desto starkare positivt samband med det psykiska välbefinnandet. På motsvarande sätt innebär en OR under ett att andelen som har gott psykiskt välbefinnande är lägre bland de som har den faktorn. Ju lägre OR desto starkare negativt samband med hälsan. För att göra en sortering på vilka samband som är starkast har oddskvoterna även inverterats och samtliga värden över ett har sparats till rangordningen. Samtliga skydds- och riskfaktorer som studerats i rapporten har statistiskt signifikanta OR justerade för kön och ålder.

Skyddsfaktorer och Riskfaktorer	OR	1/OR	Sortering
Ljus framtidstro (+)	7,45	0,13	7,45
Tillit till förälder (+)	6,01	0,17	6,01
Orolig sömn/sömnsvårigheter (-)	0,19	5,21	5,21
Trivs i skolan/på arbetet (+)	4,97	0,20	4,97
Orolig för familjens ekonomi/problem med löpande utgifter (-)	0,26	3,85	3,85
Nedlåtande behandlad (-)	0,30	3,39	3,39
Har någon att anförtro sig åt (+)	3,27	0,31	3,27
Har tillit till andra människor (+)	3,05	0,33	3,05
Tillgång till personligt stöd (+)	2,77	0,36	2,77
Utsatt för fysiskt våld (-)	0,39	2,58	2,58
Fysiskt aktiv (+)	2,47	0,40	2,47
Röker dagligen (-)	0,45	2,22	2,22
Föräldrar arbetar/förvärsarbetar (+)	1,88	0,53	1,88
Bor med två vårdnadshavare/med partner (+)	1,70	0,59	1,70
Äter frukt och grönsaker minst 3ggr/dag (+)	1,55	0,65	1,55
Undervikt eller fetma (-)	0,67	1,50	1,50
Riskkonsument av alkohol (-)	0,67	1,49	1,49
Snusar dagligen (-)	0,81	1,24	1,24

Logistisk regression – Bakgrundsfaktors samband med skydds- och riskfaktorer

I resultatdelen presenteras de starkaste sambanden mellan bakgrundsfaktorerna kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och sexuell läggning med de olika skydds- och riskfaktorerna. Oddskvoter (OR) för de olika bakgrundsfaktorernas samtidiga samband med respektive faktor har då studerats. För att ett samband ska lyftas fram ska effekten (oddskvotens storlek) både vara statistiskt signifikant och tillräckligt stor. Statistiskt signifikanta OR lägre än 0,68 eller högre än 1,46 bedöms vara tillräckligt stora. Gränsvärdena bygger på en approximation av gränsvärden för när OR utgör ett icke försumbart samband, det vill säga ett samband som kan anses vara av praktisk betydelse.¹⁸

Skyddsfaktorer

Signifikanta oddskvoter (OR) är markerade med fet stil. Tillräckligt starka OR är markerade med fet stil och blå skuggning. Då utbildningsnivå och frågan om sexuell läggning inte har ställts till samtliga svarande har dessa samlats i en egen grupp (redovisas ej).

Tillit till föräldrar (endast ungdomar)		Ljus/optimistisk framtidsstro		Trivs i skolan/ på arbetet		Någon att anförtra sig åt		Tillit till andra människor		Tillgång till personligt stöd (endast vuxna)		Fysiskt aktiv förvärvsarbetar		Föräldrar arbetar/ vårdnadshavare/ partner		Äter frukt och grönsaker	
OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Bakgrundsfaktor																	
Årskurs 7 (ref)																	
Årskurs 9	0,57	0,78	0,98	0,85	(ref)							0,60	0,40	0,38		0,88	
Gymnasiet år 2	0,73	0,62	1,39	1,11	1,01							0,60	0,47	0,24		0,91	
18–29 år		0,54	1,55	2,59	1,04	(ref)						0,29	0,01	0,04		0,87	
30–49 år		0,56	2,18	2,97	1,77	1,13						0,23	0,03	0,18		0,71	
50–69 år		0,43	2,04	2,84	2,34	1,14						0,21	0,01	0,17		0,74	
70–84 år				3,14	4,77	1,89						0,20		0,26		1,02	
85 år och äldre				2,68	4,54	1,89						0,05		0,09		0,83	
Tjej/Kvinna (ref)																	
Kille/Man	1,62	1,35	1,39	0,83	1,36	0,63						1,28	1,27	1,31		0,52	
Sverige (ref)																	
Övriga Norden	0,66	0,65	0,99	0,97	0,83	0,58						0,74	0,39	0,68		0,77	
Övriga Världen	0,70	0,91	0,97	0,65	0,49	0,24						0,58	0,13	0,41		1,12	
Förgymnasial (ref)																	
Gymnasial		1,24	0,69	1,05	1,14	1,08						1,37	3,99	0,38		1,28	
Eftergymnasial		1,94	0,93	1,17	2,23	1,15						2,30	4,65	0,24		2,06	
Heterosexuell (ref)																	
Bisexuell	0,21	0,44	0,49	0,56	0,73	0,55						0,76	0,66	0,54		0,77	
Homosexuell	0,25	0,59	0,41	0,89	0,67	2,57						0,62	1,06	0,56		0,98	
Annat/Osäker/Vill inte uppge/Vet ej	0,44	0,69	0,59	0,67	0,84	0,27						0,64	0,51	0,71		1,02	
Ej svarat/ej fått frågan (åk 7 & 70+år)	0,44	0,81	0,95	0,85	0,88	0,40						0,76	0,29	0,44		0,86	

¹⁸ Chen, H., Cohen, P. & Chen, S. How Big is a Big Odds Ratio? Interpreting the Magnitudes of Odds Ratios in Epidemiological Studies. Communications in Statistics – Simulation and Computation 39, 860-864 (2010).

Risikfaktorer

Signifikanta oddskvoter (OR) är markerade med fet stil och blå skuggning. Då utbildningsnivå och frågan om sexuell läggning inte har ställts till samtliga svarande har dessa samlats i en egen grupp (redovisas ej).

Bakgrundsfaktor	Orolig sömn/ sömnsvårigheter		Ekonomisk utsatthet		Utsatt för fysiskt våld		Nedlåtande behandling (vuxna)		Röker dagligen*		Undervikt eller fetma		Snusar dagligen*		Riskkonsumtion av alkohol	
	OR		OR		OR		OR		OR		OR		OR		OR	
Årskurs 7 (ref)																
Årskurs 9	1,64	1,98			1,61				4,10		0,85		21,39		21,39	(ref)
Gymnasiet år 2	2,22	2,14			0,63				7,67		0,79		41,67		41,67	4,87
18–29 år	5,47	2,02			0,53		(ref)		10,30		1,21		103,76		5,39	5,39
30–49 år	5,59	1,64			0,43		0,63		10,02		2,12		114,12		2,15	2,15
50–69 år	9,00	0,95			0,21		0,34		18,74		2,13		73,38		2,23	2,23
70–84 år	6,75	0,52			0,02		0,14		11,34		1,72		27,49		1,04	1,04
85 år och äldre	7,86	0,18			0,03		0,10		2,67		1,48		9,29		0,23	0,23
Tjej/Kvinna (ref)																
Kille/Man	0,47	0,69			2,38		0,59		0,85		0,85		7,87		1,51	1,51
Sverige (ref)																
Övriga Norden	1,20	1,33			1,37		0,83		1,65		1,06		1,18		1,79	1,79
Övriga Världen	1,39	2,95			1,27		0,86		1,24		1,08		0,48		0,32	0,32
Förgymnasial (ref)																
Gymnasial	0,90	1,04			1,33		1,34		4,10		0,96		1,10		1,49	1,49
Eftergymnasial	0,67	0,62			1,09		1,31		7,67		0,59		0,65		1,11	1,11
Heterosexuell (ref)																
Bisexuell	2,31	2,63			1,72		2,01		3,35		1,88		0,83		1,77	1,77
Homosexuell	1,49	1,63			2,76		1,70		1,94		1,97		1,59		1,75	1,75
Annat/Osäker/Vill inte uppge/Vet ej	1,12	1,43			1,32		1,06		1,04		1,40		0,70		0,58	0,58
Ej svarat/ej fått frågan (åk 7 & 70+-år)	1,26	1,60			2,21		0,85		1,12		1,06		1,03		1,08	1,08

*Oddskvoterna för de olika åldersgrupperna bör tolkas med försiktighet då referensgruppen (elever i årskurs 7) har mycket låg andel av riskfaktor i proportion till övriga åldersgrupper.

Rapporter utgivna med material från undersökningarna Liv & hälsa samt Liv & ung i Örebro län.

1. Liv & hälsa år 2000 – resultat från en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, CDUST (2000).
2. Eriksson C, Lindén-Boström M, Persson C, Skarped G, Wallin A-M, Ydreborg B. Den odemokratiska hälsan! En rapport från undersökningen om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, Liv & hälsa 2000. Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2001).
3. Ydreborg B. Den pigga pensionären. Om äldres hälsa i Örebro län år 2000. Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2001).
4. Lindén-Boström M (red). Föräldrars livsvillkor och barns hälsa. En rapport från undersökningen om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, Liv & hälsa 2000 (2003).
5. Wallin A-M, Carlberg M. Hälsan ur ett etniskt perspektiv. En rapport från undersökningen om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, Liv & hälsa 2000. Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2003).
6. Berglund K, Eriksson C, Eriksson H, Feldman I, Lambe M, Molarius A, Nordström E. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. En rapport från undersökningen om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, Liv & hälsa 2000 (2003).
7. Liv & hälsa 2004 – Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter, rapport nr 1 2005, CDUST (2005).
8. Elo S, Nicolas I, Boström K. Liv & hälsa 2004, Vårdrapport – Länsbornas kontakter med hälso- och sjukvården och deras åsikter om den, Samhällsmedicinska enheten och Hälsokansliet, Örebro läns landsting (2006).
9. Lindén-Boström M, Eriksson C, Hagberg L, Persson C, Ydreborg B. Den goda men ojämlika hälsan – Liv & hälsa i Örebro län 2004, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2006).
10. Molarius M, Berglund K, Eriksson C, Eriksson H, Lindén-Boström M, Nordström E, Persson C, Sahlqvist L, Starrin B, Ydreborg B. Jordmån för psykisk hälsa. Resultat från enkätundersökningen Liv & hälsa 2004 (2006).
11. Lindén-Boström M, Persson C. Tonåringars psykiska hälsa. Liv & hälsa ung i Örebro län 2005 (2007).
12. Lindén-Boström M, Persson C. Tonåringars drogvanor, liv och hälsa i Örebro län 1996-2007 (2008).
13. Fahlström G, Hagberg L, Lindén-Boström M, Ydreborg B. Liv & hälsa i Örebro län 2004, Äldres liv och hälsa – En enkätundersökning om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting och Regionförbundet Örebro (2008).
14. Liv & hälsa 2008, rapport nr 1 2008, CDUST (2008)
15. Brunnberg E, Lindén-Boström M, Persson C. Att höra eller nästan inte höra – Liv & hälsa ung 2005 och 2007 i Örebro län (2009).
16. Lindén-Boström M, Persson C Bortfall i folkhälsoenkäter – Spelar det någon roll? Uppföljning av Liv & hälsa 2004 i Örebro län. Laboremus nr. 7, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2010).
17. Josefsson K, Eriksson H G. Äldre personers hälsa, levnadsvanor och livsvillkor – Liv & hälsa 2008 Södermanlands och Örebro län, Örebro läns landsting, Landstinget Sörmland, Regionförbundet Örebro (2011).
18. Ericsson S, Omberg L. Äldres liv och hälsa i Sörmland och Örebro län, Örebro läns landsting, Landstinget Sörmland, Regionförbundet Örebro (2011).
19. Molarius A, Feldman I, Granström F, Kaland Blomqvist M, Pettersson H, Elo S. Har hälsan blivit mer jämlik? Trender i självskattad hälsa 2000–2008 från befolkningsundersökningen Liv & hälsa, Liv & hälsa 2008 rapport nr 2, CDUST (2011).
20. En kraft att räkna med – föreningslivet och folkbildningen i folkhälsoarbetet i Örebro län, Örebro läns Bildningsförbund, Örebro läns Idrottsförbund, Örebro läns landsting (2012).
21. Nilsson L. Tonåringars väg mot ett hälsosamt liv – En studie av upplevd kontroll och handlingsförmåga. Laboremus nr. 8, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2012).
22. Lindén-Boström M, Persson C Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv – Liv & hälsa i Örebro län 2000–2011, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting (2012).
23. Liv & hälsa i Mellansverige 2012 – Resultat från folkhälsoundersökningen ”Hälsa på lika villkor?”, Ett samarbete mellan landstingen i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län, CDUT (2013).
24. Hälsa på lika villkor? Självskattad hälsa hos HBHO-personer i Mellansverige 2012, Örebro läns landsting (2013).
25. En god och jämlik hälsa i Örebro län? Valfärdsboksut år 2012–2013 för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning, Region Örebro län (2014).
26. Liv & hälsa ung 2014 – med fokus på HBTQ-ungdomar, Region Örebro län (2014).
27. Lindén-Boström M, Persson C Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning, Region Örebro län (2014).
28. Uppväxtvillkor och hälsa i vuxen ålder, Ett samarbete mellan landstingen i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län, CDUT (2014).
29. Lindén-Boström M, Löfwenhamm E, Persson C Ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa – Liv & hälsa ung i Örebro län, Region Örebro län (2015).
30. Liv & hälsa ung i Mellansverige - Resultat från ungdomsundersökningarna ”Liv & hälsa ung” bland elever i skolår 9 år 2013/2014, Ett samarbete mellan landstingen i Uppsala, Sörmland, Västmanland och Örebro län, CDUT (2015).

31. Liv & hälsa i Mellansverige 2017 – Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa, Rapportserie utgiven i samverkan mellan regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län, CDUST (2018).

32. Ivarsson-Sporrong L, Persson C Liv & hälsa ung 2017 – med fokus på sexuell läggning och könsidentitet, Region Örebro län (2018).

33. Mår alla bra? Rapport 1 – Hälsa, Rapportserie från Liv & hälsa ung-undersökningarna 2017 i Mellansverige, CDUT (2018).

34. Mår alla bra? Rapport 2 – Levnadsvanor, Rapportserie från Liv & hälsa ung-undersökningarna 2017 i Mellansverige, CDUT (2019).

35. Bortfallsanalys Liv & hälsa i Mellansverige 2017, Rapportserie utgiven i samverkan mellan regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län, CDUST (2019).

36. Bryngelsson I-L, Norman K, Persson C Arbetshälsorapport Liv & hälsa 2017 Förvärvsarbetande 18–69 år i Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län, Region Örebro län (2019).

37. Äldres liv & hälsa i Mellansverige 2017 Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer 70 år eller äldre, Rapportserie utgiven i samverkan mellan regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län, CDUST (2019).

38. Mår alla bra? Rapport 2 – Livsvillkor, Rapportserie från Liv & hälsa ung-undersökningarna 2017 i Mellansverige, CDUT (2019).

Region Örebro län

Besöksadress: Eklundavägen 2, Örebro

Postadress: Box 1613, 701 16 Örebro

Tel: 019-602 10 00

E-post: regionen@regionorebrolan.se

www.regionorebrolan.se



Region Örebro län