



Liv & hälsa  
CDUST

Rapportserie utgiven i samverkan mellan landstingen/regionerna i Uppsala, Sörmlands, Värmlands, Västmanlands och Örebro län.



Liv & hälsa undersökningen genomfördes för sjätte gången mars–juni 2017



Tre olika enkätformulär för 3 åldersgrupper

- 18–29 år
- 30–69 år
- 70 år och äldre

Respektive enkätformulär utformat för att passa varje åldersgrupp. Något färre frågor till de yngre.

Enkäten besvarades på webb och fanns tillgänglig både på svenska, engelska och "talande webb".

4 utskick, varav det sista innehöll en kortversion av enkäten.



## CDUST

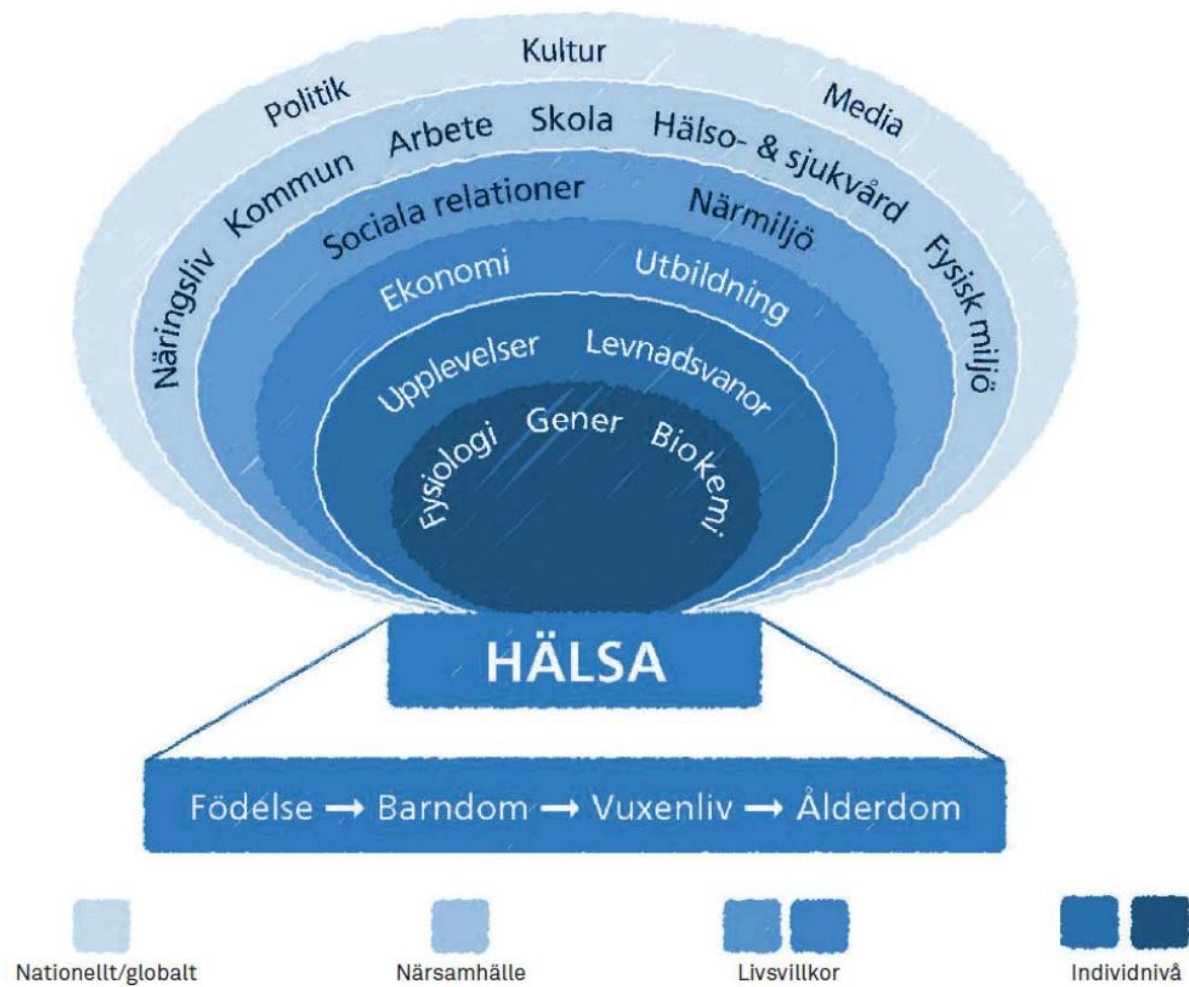
78 000 slumpmässigt utvalda i 55 kommuner i 5 olika län. (17 000 i Örebro)

34 313 personer svarade (44 %).  
Varav 7 800 i Örebro län (46%)

De olika åldersgrupperna uppvisar stora variationer i svarsfrekvens, med lägst i den yngsta gruppen och högst, cirka 70 procent, bland personer 70-84 år.

*Den äldsta som svarade på enkäten var 104 år.*





Figur 1: En socialekologisk modell för hälsoutveckling.

Livsvillkor

Levnadsvanor

Liv & hälsa  
i Mellansverige  
2017

Resultat från en undersökning  
om livsvillkor, levnadsvanor  
och hälsa



Liv & hälsa  
OCH  
Supporterna utgiven i samverkan mellan landstagen/regionerna i Uppsala,  
Östergötland, Västmanland, Västernorrland och Örebro län.

Hälsa

Vårdkontakter

Jämställdhet

Skyddsfaktorer

Riskfaktorer

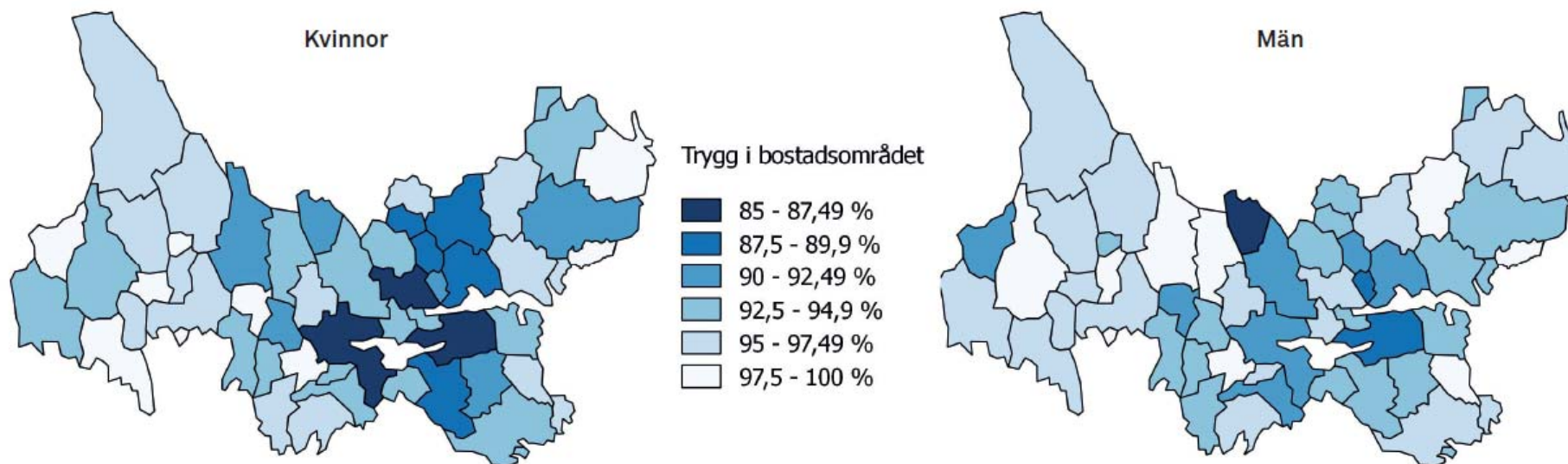
Ekonomiska  
konsekvenser

Jämlikhet

# Livsvillkor



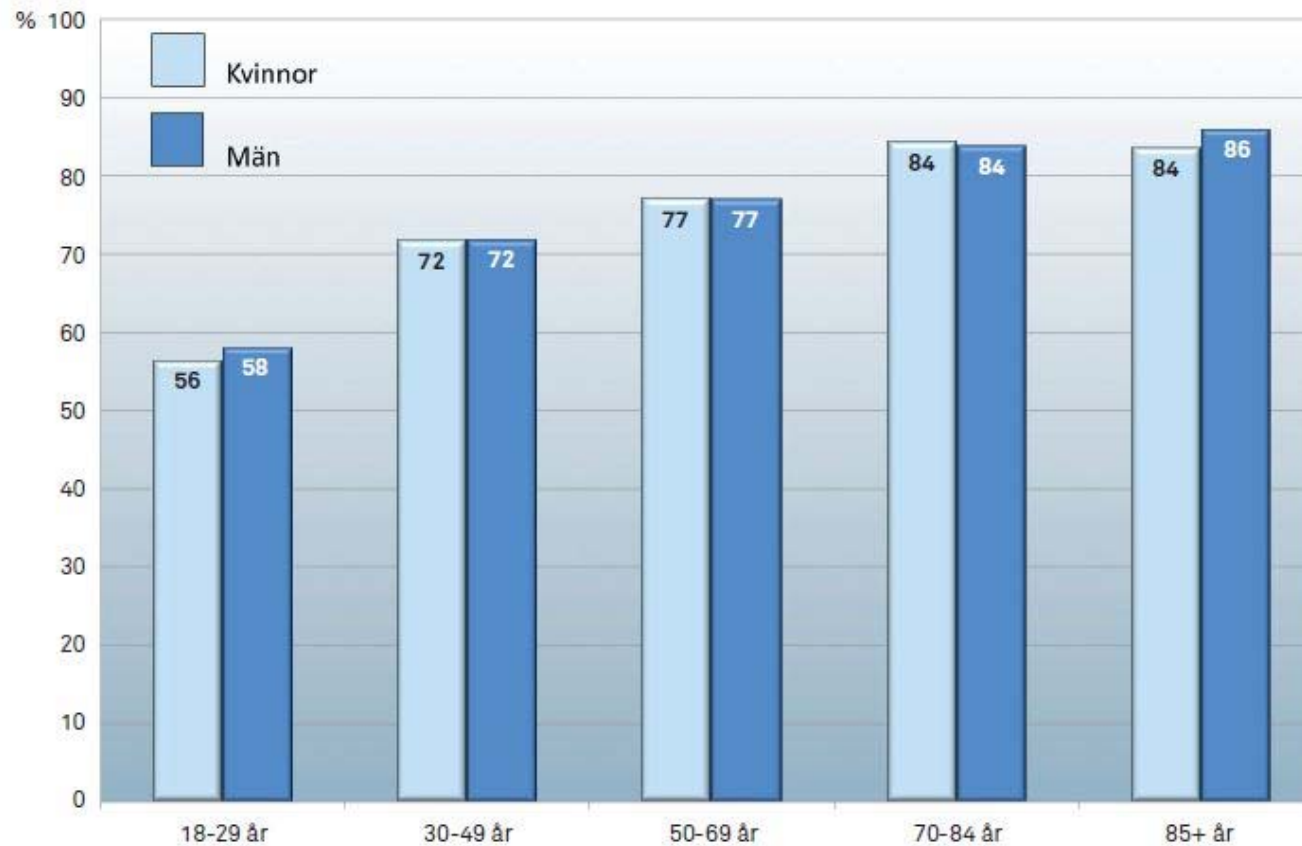
## Viktigt att känna trygghet där man bor



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

- Andelen som uppger att de känner sig säkra och trygga för att inte bli angripna eller utsatta för hot i sitt bostadsområde ligger över tid stabilt på över 90 procent i åldrarna 30-79 år.
- Det finns skillnader mellan könen och mellan kommuner.
- Män känner sig oftare trygga jämfört med kvinnor.
- Kvinnor anger också i större utsträckning än män att de avstår från att gå ut på grund av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 40 respektive 11 procent.
- Personer som har svensk bakgrund, bor i villa/radhus och som har hög utbildning känner sig tryggare.

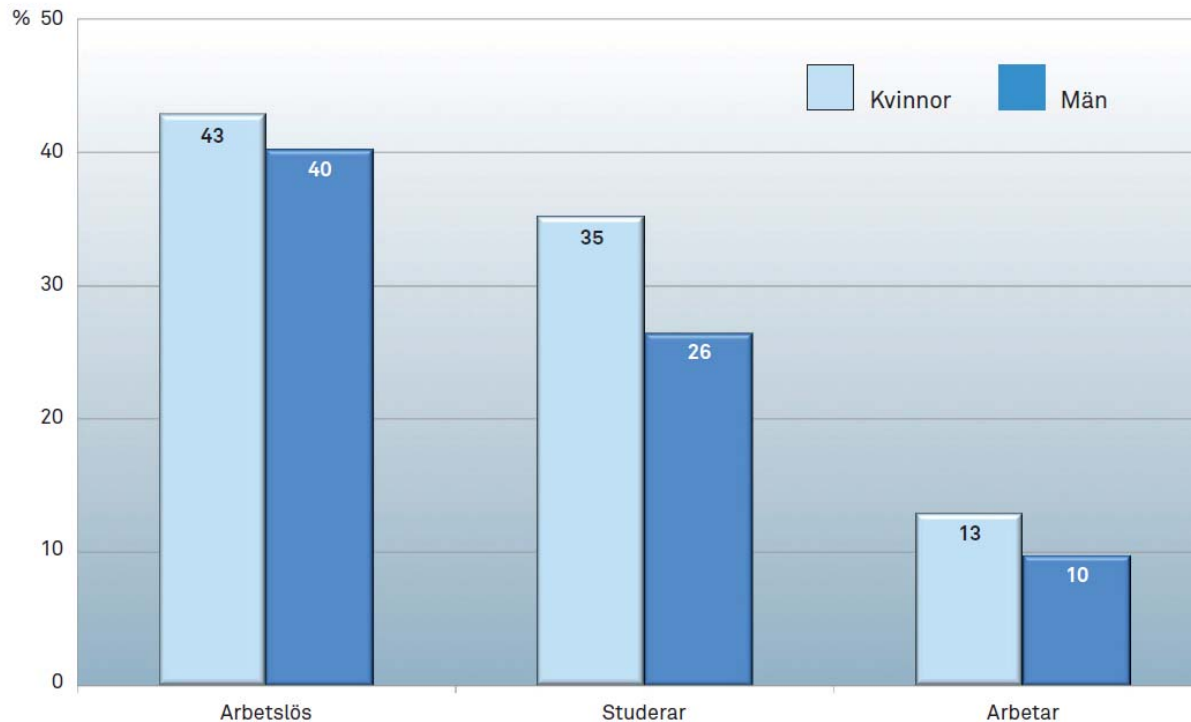
## Äldre känner mer tillit till andra människor



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



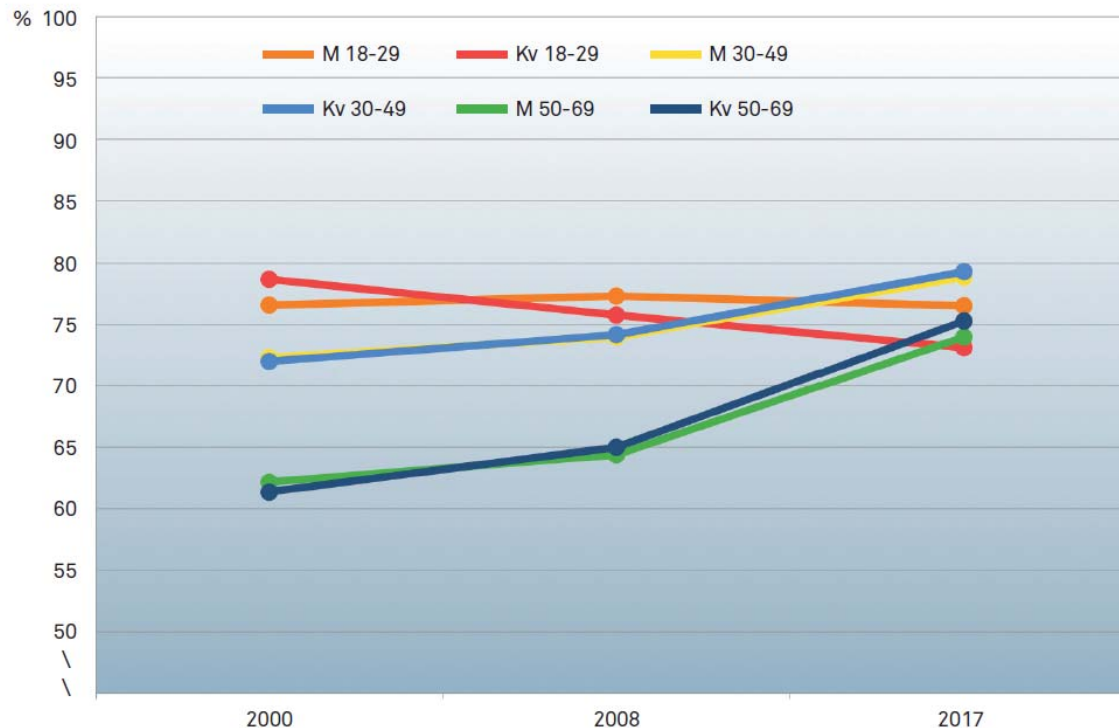
## Skillnader i ekonomisk utsatthet



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

- Ekonomisk utsatthet är vanligare bland yngre. I undersökningen uppger var femte person i åldern 18-29 år att de har sådana problem, vilket kan jämföras med endast var tjugonde bland dem som är 70 år eller äldre.
- Andelen som befinner sig i ekonomisk utsatthet har minskat sedan 2004, från 17 till 13%.
- Ensamstående kvinnor med barn är en grupp där ekonomisk utsatthet är särskilt vanligt.
- Andra grupper som är särskilt utsatta är arbetslösa och födda utanför norden.

## Minskad framtidstro bland unga kvinnor

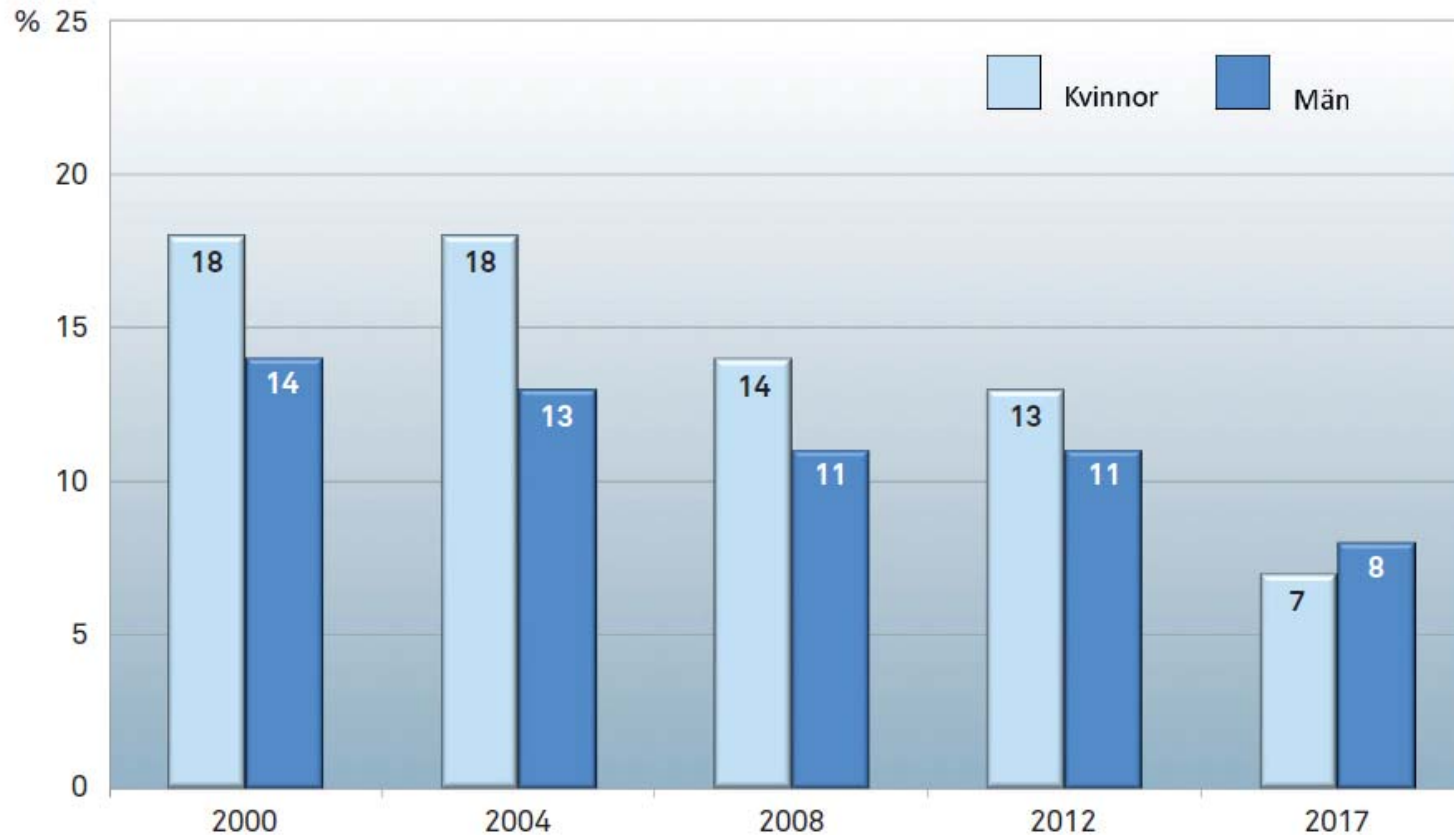


Figur 5: Andelen som ser optimistiskt på framtiden för sin personliga del.

- Andelen som ser optimistiskt på framtiden för sin personliga del har totalt sett ökat från cirka 70 procent år 2000 till cirka 77 procent i undersökningen 2017.
- Samtidigt finns skillnader i olika åldersgrupper.
- I åldrarna 30-69 år har framtidstron ökat, speciellt i gruppen 50-69 år.
- Däremot ses inte motsvarande ökning i den yngsta gruppen, bland unga kvinnor ses till och med en nedgång.

# Levnadsvanor

## Daglig rökning

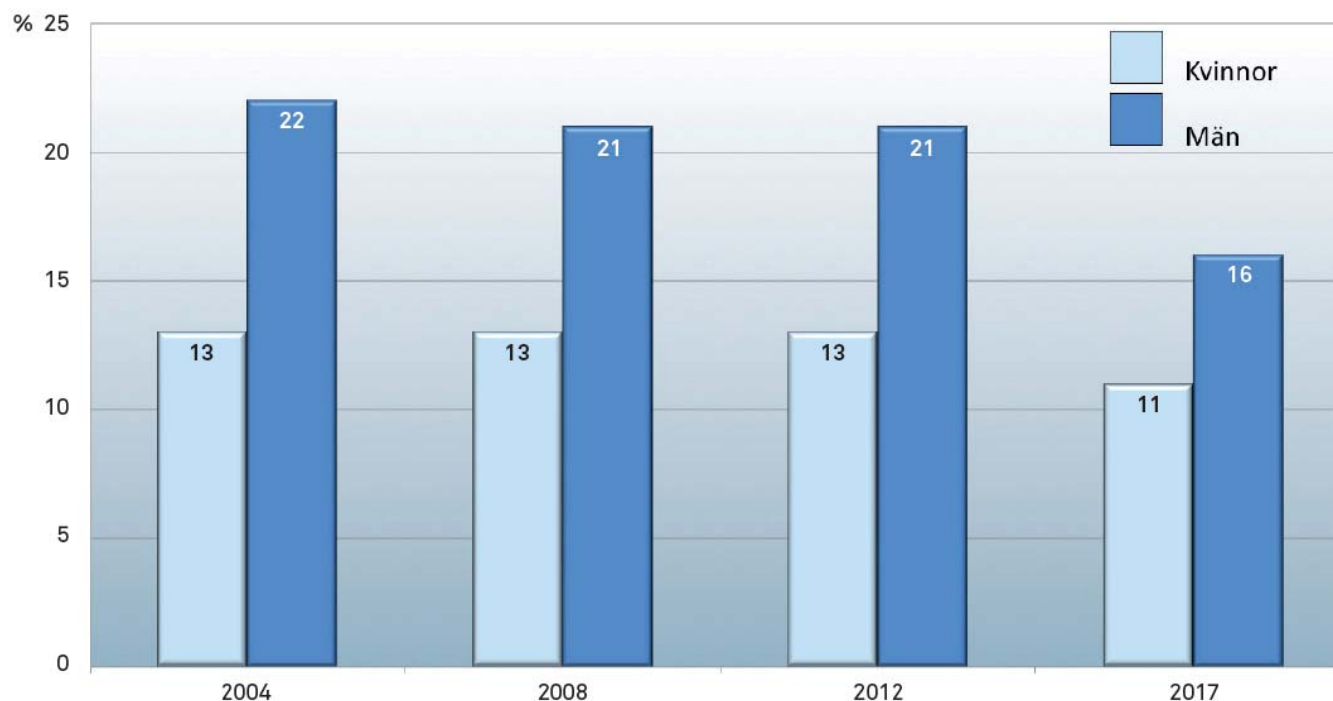


Figur 6: Andel 18-79 år som röker dagligen (åldersstandardiserat).

- Andelen som röker dagligen har minskat kraftigt sedan år 2000 har andelen dagligrökare mer än halverats bland kvinnor samt minskat kraftigt bland män.
- Andelen dagligrökare är lägst bland unga vuxna och ökar med stigande ålder.
- 2 av 3 som röker dagligen vill sluta röka

## Risikkonsumtion av alkohol

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

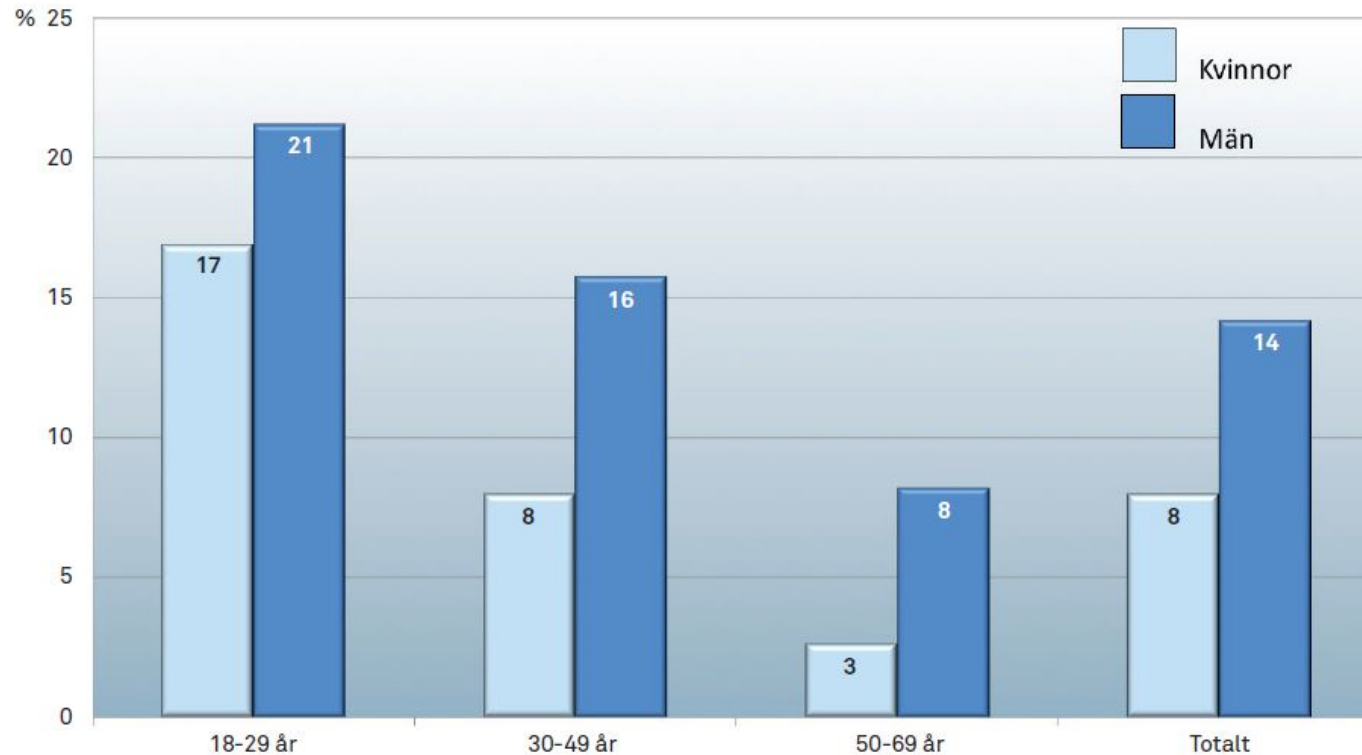


Figur 7: Andel riskkonsumenter av alkohol, 18-84 år (åldersstandardiserat).

### Risikkonsumtion av alkohol (AUDIT-C)

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

# Användning av Hasch/Marijuana



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

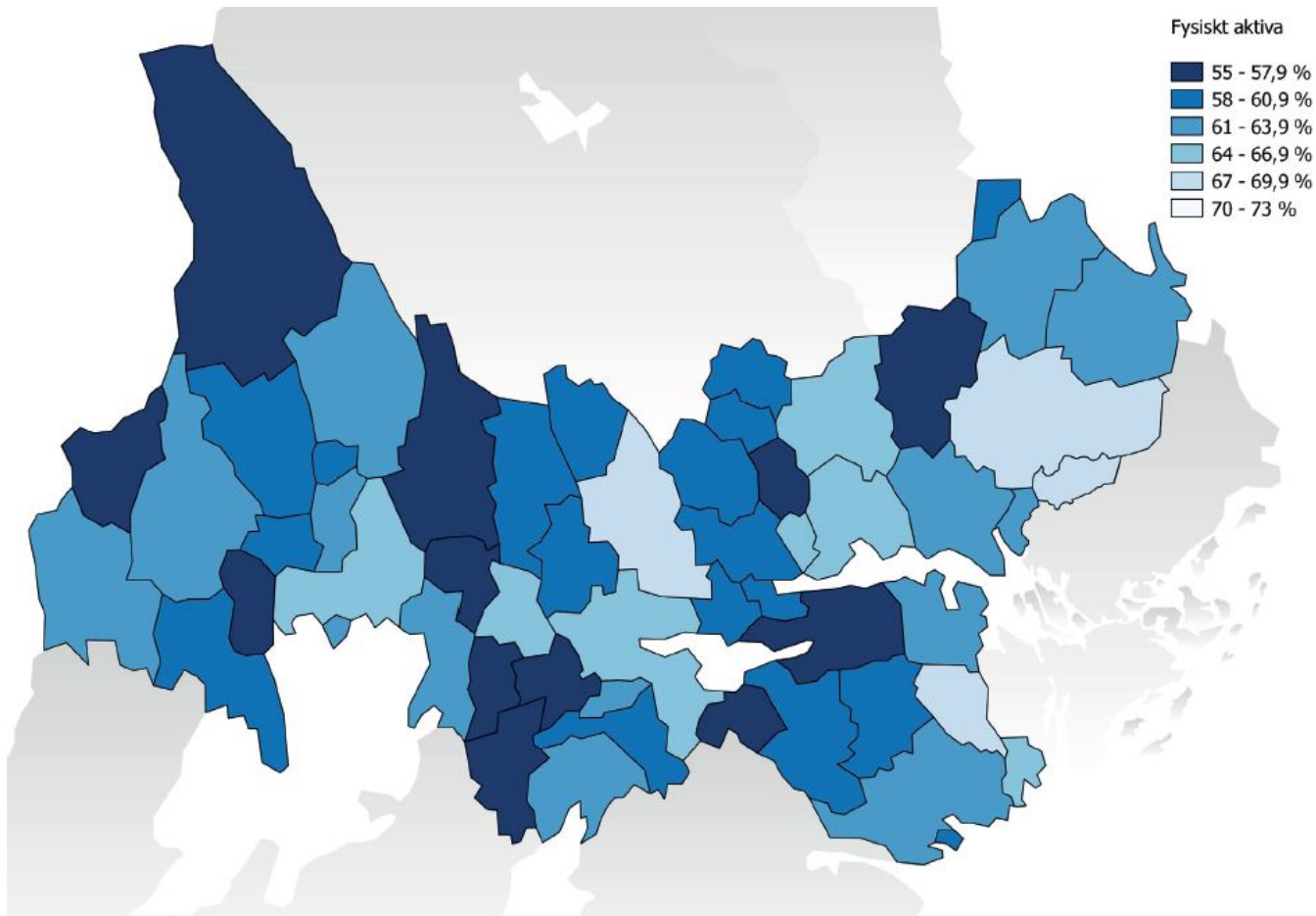
- Ungefär 1 av 10 har använt hasch eller marijuana i åldersgruppen 18-69 år.
- Bland unga vuxna (18-29 år) är det 2 av 10 som använt det.
- Det är vanligare att män har använt hasch eller marijuana jämfört med kvinnor.
- Andelen som använt hasch/marijuana är högst i Uppsala (14 %) och lägst i Värmland (9 %).

## Unga vuxna sitter mer än 85 åringar



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

# Fysisk aktivitet



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

- Att vara fysiskt aktiv 150 minuter i veckan är ungefär lika vanligt i åldrarna 18-69 år (67 %), men minskar därefter med stigande ålder.
- I gruppen 85 år och äldre är det 18 procent av kvinnorna och 31 procent av männen som når denna nivå.
- Fysisk aktivitet är vanligast i Uppsala län (67 %) och minst vanligt i Sörmlands län (60 %).



## Andelen med fetma ökar

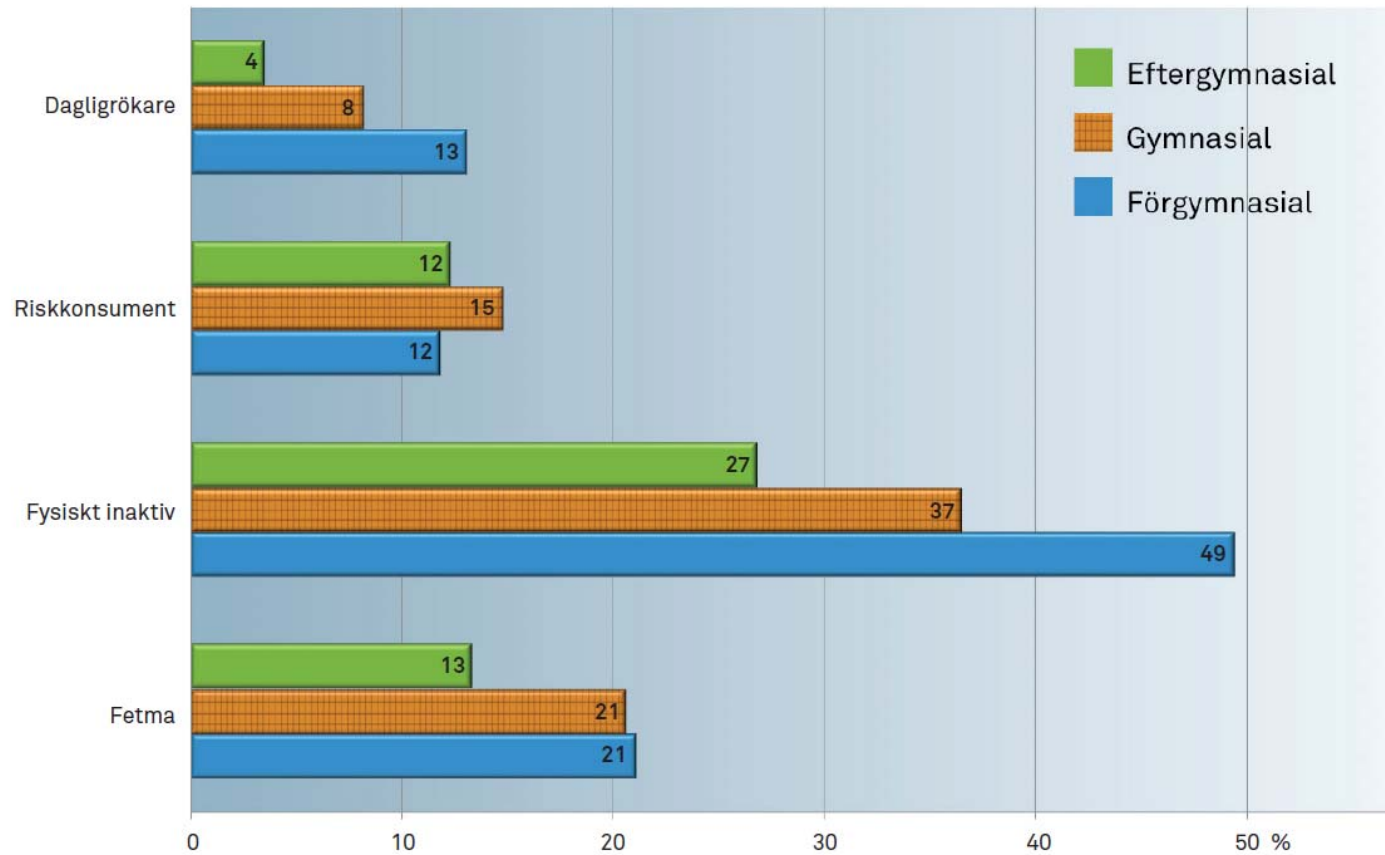


Figur 11: Andel 18-79 år med fetma (åldersstandardiserat).

**BMI (Body Mass Index)**  
beräknas med följande formel:  
 $BMI = \text{vikt (kg)} / (\text{längd (m)} * \text{längd (m)})$   
Undervikt = BMI under 18,5  
Normalvikt = BMI mellan 18,5 och 24,9  
Övervikt = BMI mellan 25 och 29,9  
Fetma = BMI 30 eller högre

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

## Sociala skillnader i levnadsvanor



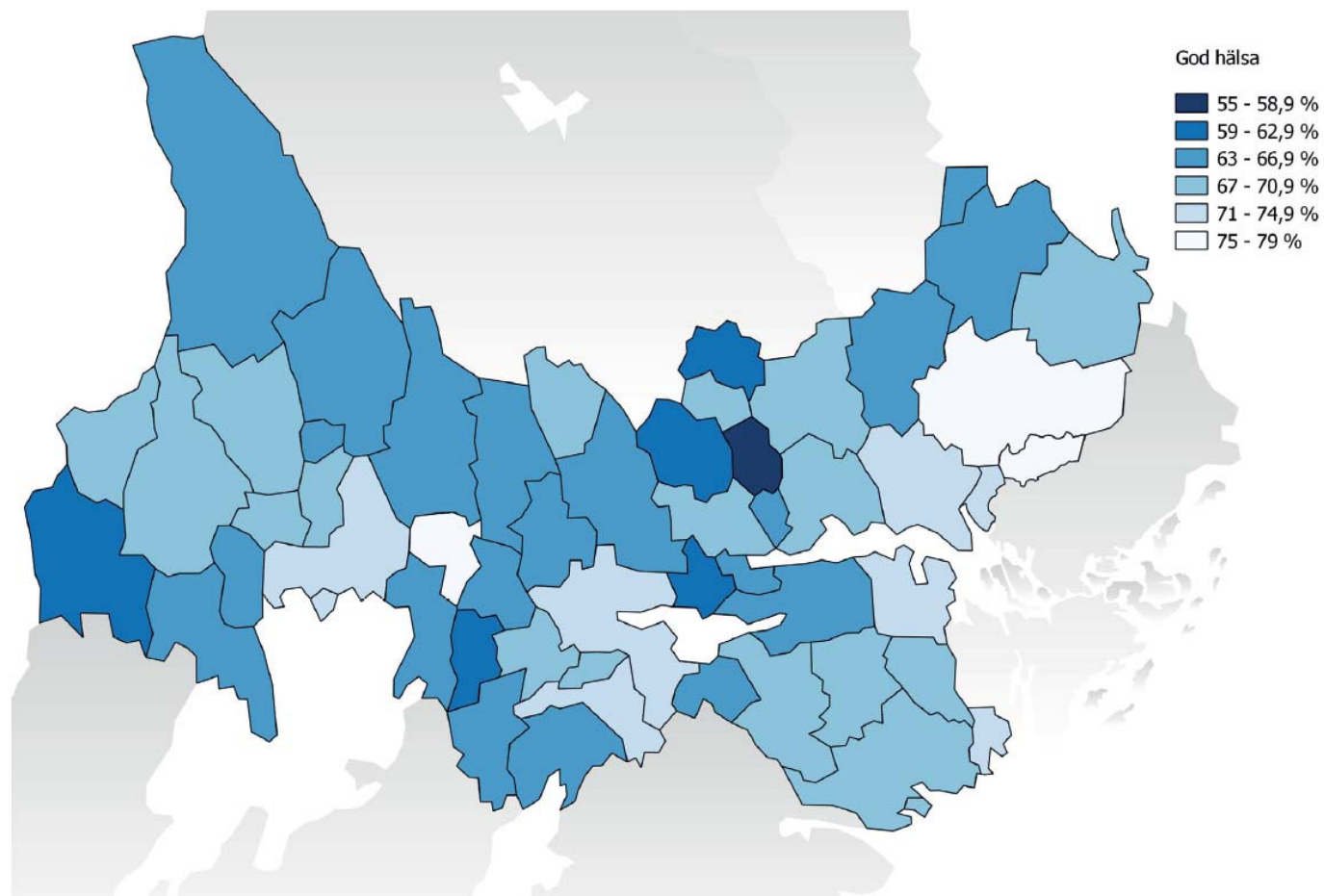
Figur 12: Andel dagligrökare, riskkonsumenter av alkohol, fysiskt inaktiva respektive med fetma uppdelat på utbildningsnivå, 18 år eller äldre (åldersstandardiserat).

- Fysisk aktivitet och daglig rökning varierar kraftigt med utbildningsnivå
- För riskkonsumtion av alkohol är bilden inte lika entydig
- Fetma är mindre vanligt bland personer med eftergymnasial utbildning

# Hälsa



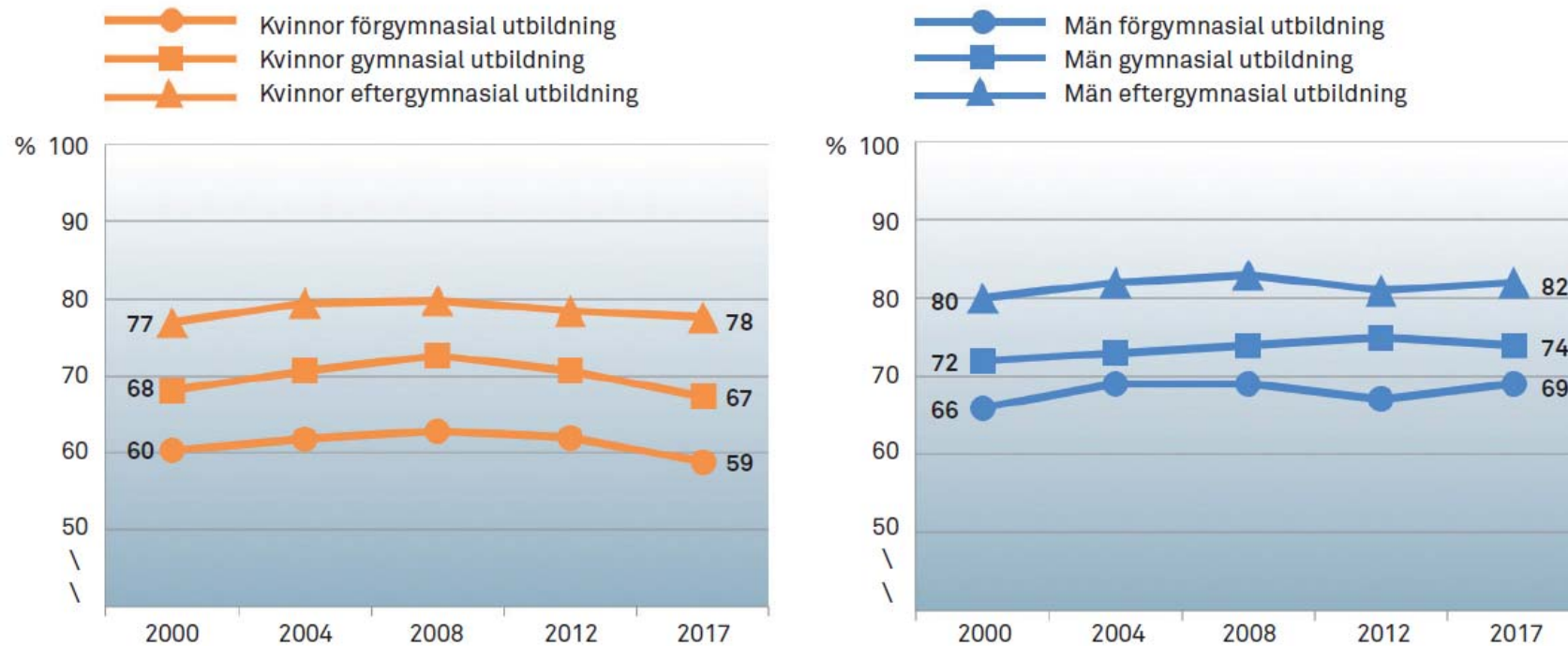
## Lokala skillnader i hälsa



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

I de kommuner som uppvisar bäst hälsa är det över 75 % som har en god hälsa, jämfört med omkring 55 % i kommuner med lägst andel.

# Hälsan är god, men fortfarande inte jämlik!



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

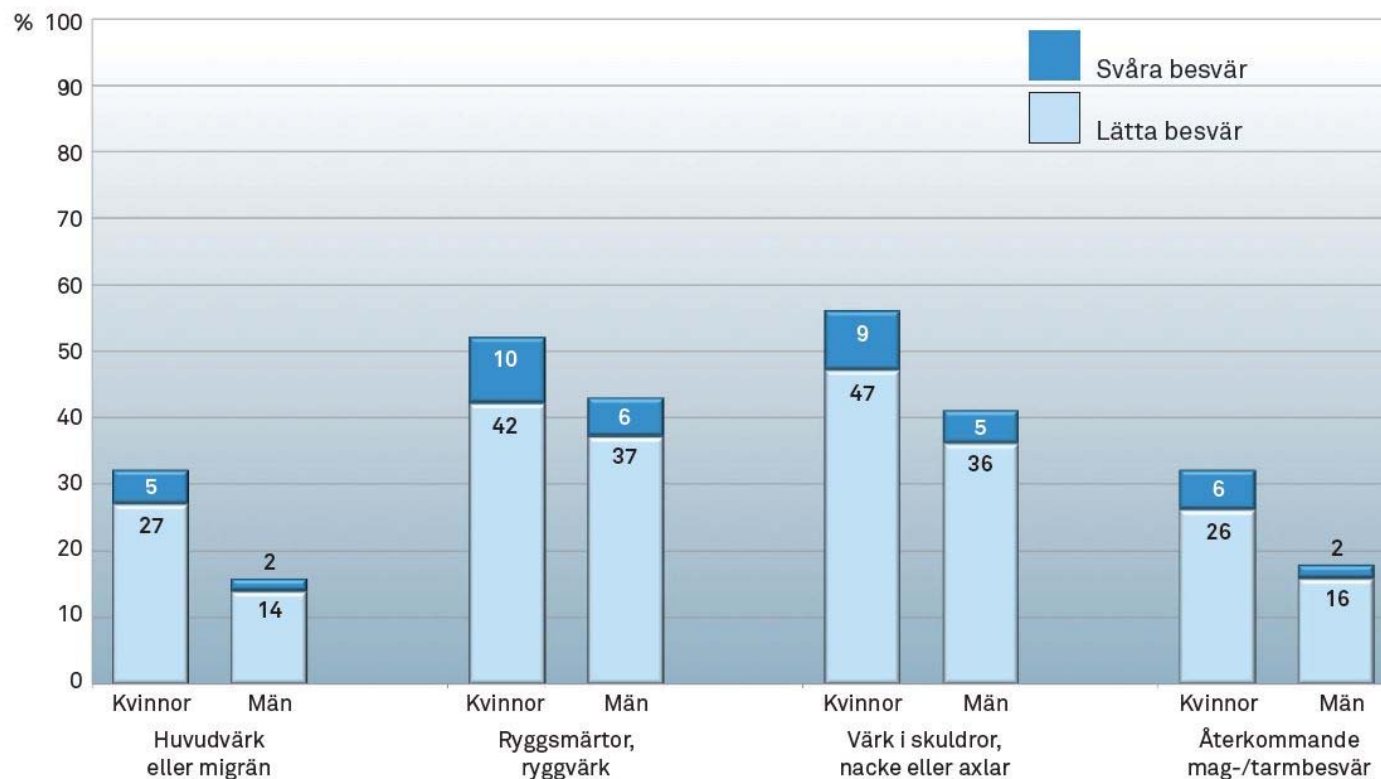
- Skillnaderna i allmänt hälsotillstånd mellan olika utbildningsnivåer har inte förändrats nämnvärt över tid.
- Hälsoklyftorna är större bland kvinnor än bland män.

## Män mår bättre än kvinnor

67 % av kvinnorna och 73 % av männen har en god hälsa.

Andelen med god hälsa är högst bland unga vuxna och minskar sedan med stigande ålder.

Sett över tid har den självskattade hälsan legat på ungefär samma nivå sedan 2004.



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

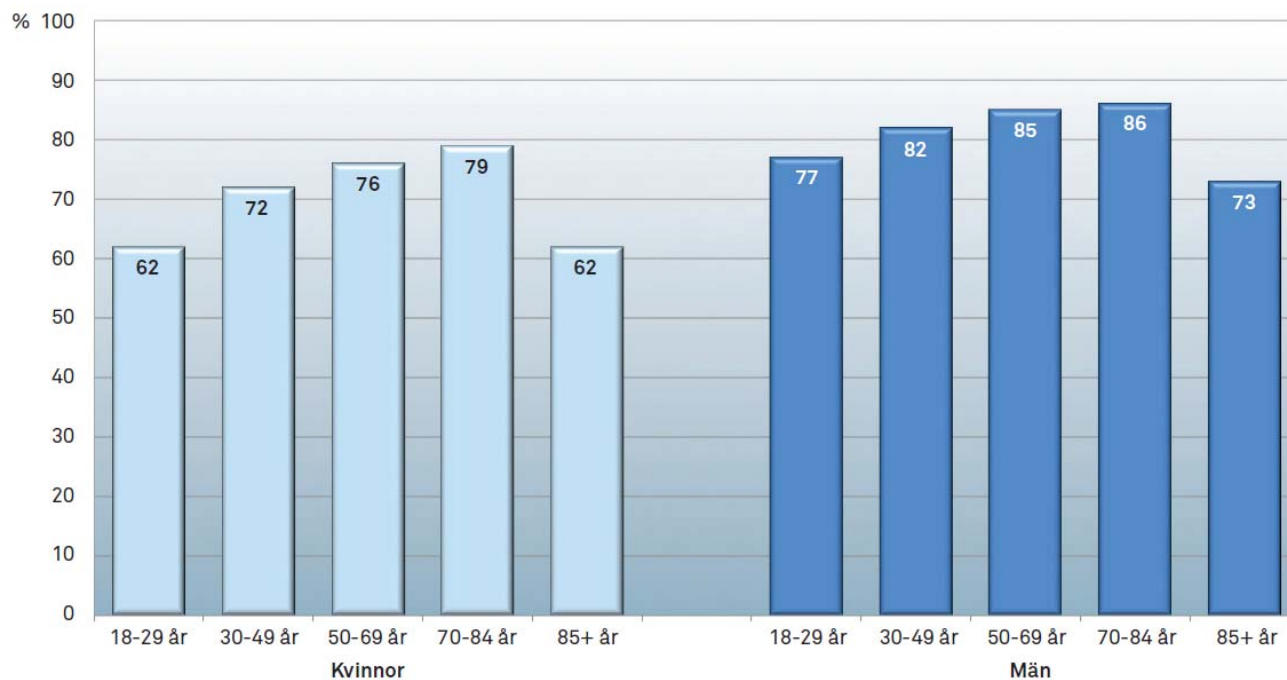
Även när det gäller symtom och besvär är dessa vanligare bland kvinnor.

## Gott psykiskt välbefinnande

vanligare bland män, 70-84 åringar, högutbildade och Nordiskfödda

73 % bland personer med förgymnasial utbildning upplever gott psykiskt välbefinnande jämfört med 79 % i gruppen med eftergymnasial utbildning.

Personer födda i Norden (77%) upplever i större utsträckning ett gott psykiskt välbefinnande än de som är födda utanför Norden (72 %).



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

### Gott psykiskt välbefinnande (WHO-5)

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

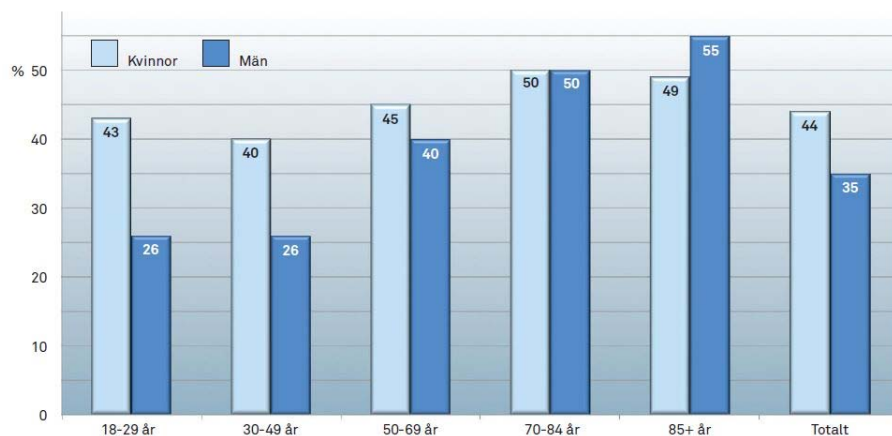
# Vårdkontakter



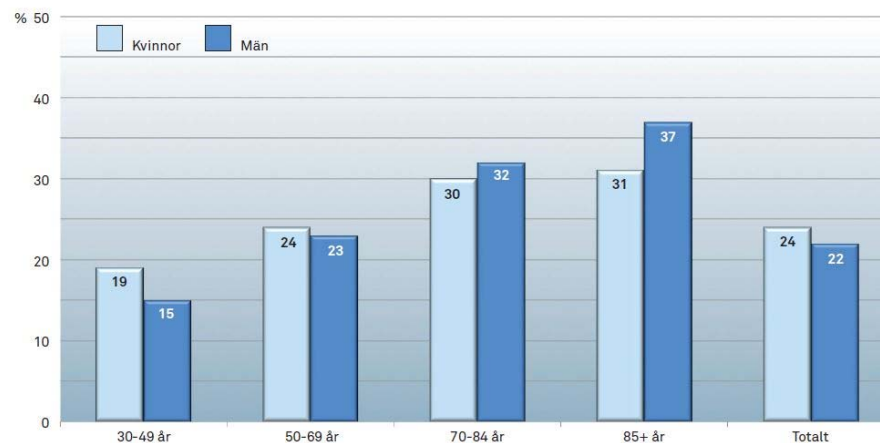
# Vårdkontakter senaste tre månaderna

## Besökt Vårdcentral

## Besökt Sjukhus



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



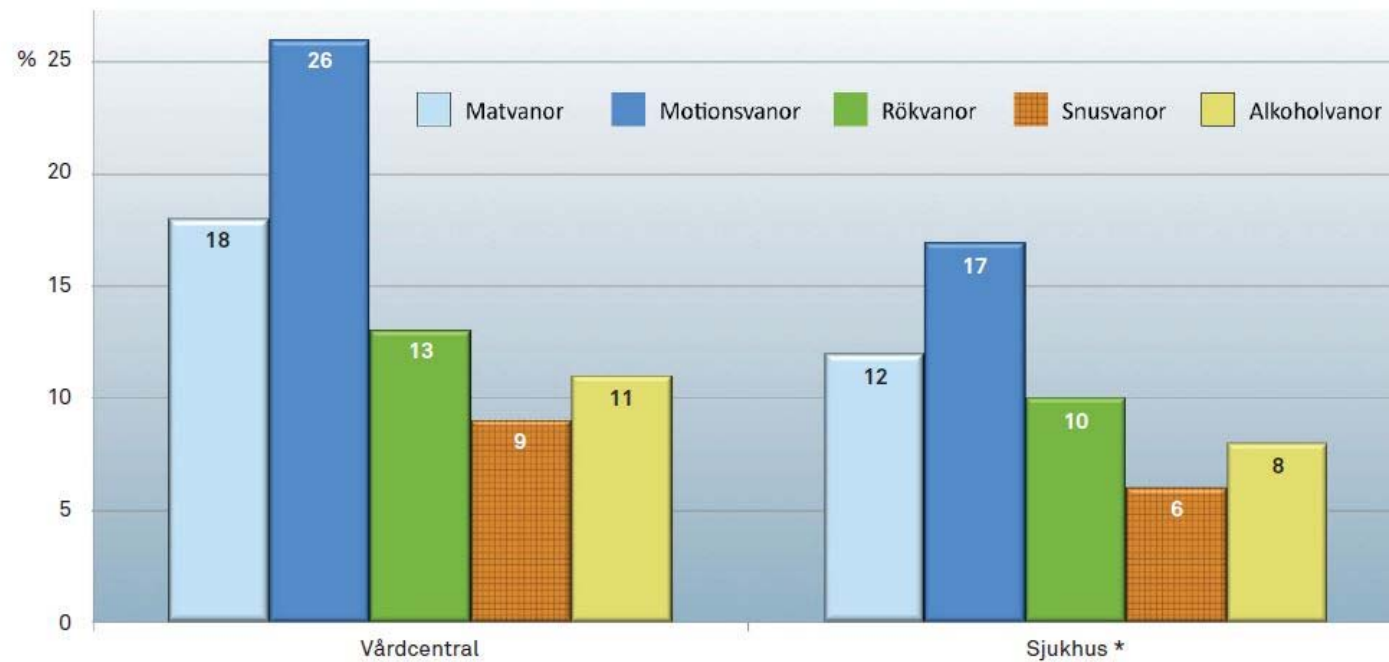
Figur 18: Andel som besökt sjukhus de senaste tre månaderna, 30 år eller äldre.

## Avstått vård och/eller läkemedel på grund av ekonomiska skäl

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

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

## Diskuterat levnadsvanor vid vårdbesök



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

# Ekonomiska konsekvenser

# RHS-modellen

## Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader (RHS-modellen)

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

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

För mer information se: [www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn](http://www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn)

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

Tabell 1: Riskfaktorers förekomst i CDUST-länen.

## Förbättrad folkhälsa är lönsamt!

I tabellen presenteras förändringar i förväntade hälso- och sjukvårdskostnader samt kommunala kostnader i CDUST-länen under fyra år, 2016-2019. Kostnaderna grundar sig på förändringar i antal nyinsjuknade i de sjukdomar som ingår i modellen.

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

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

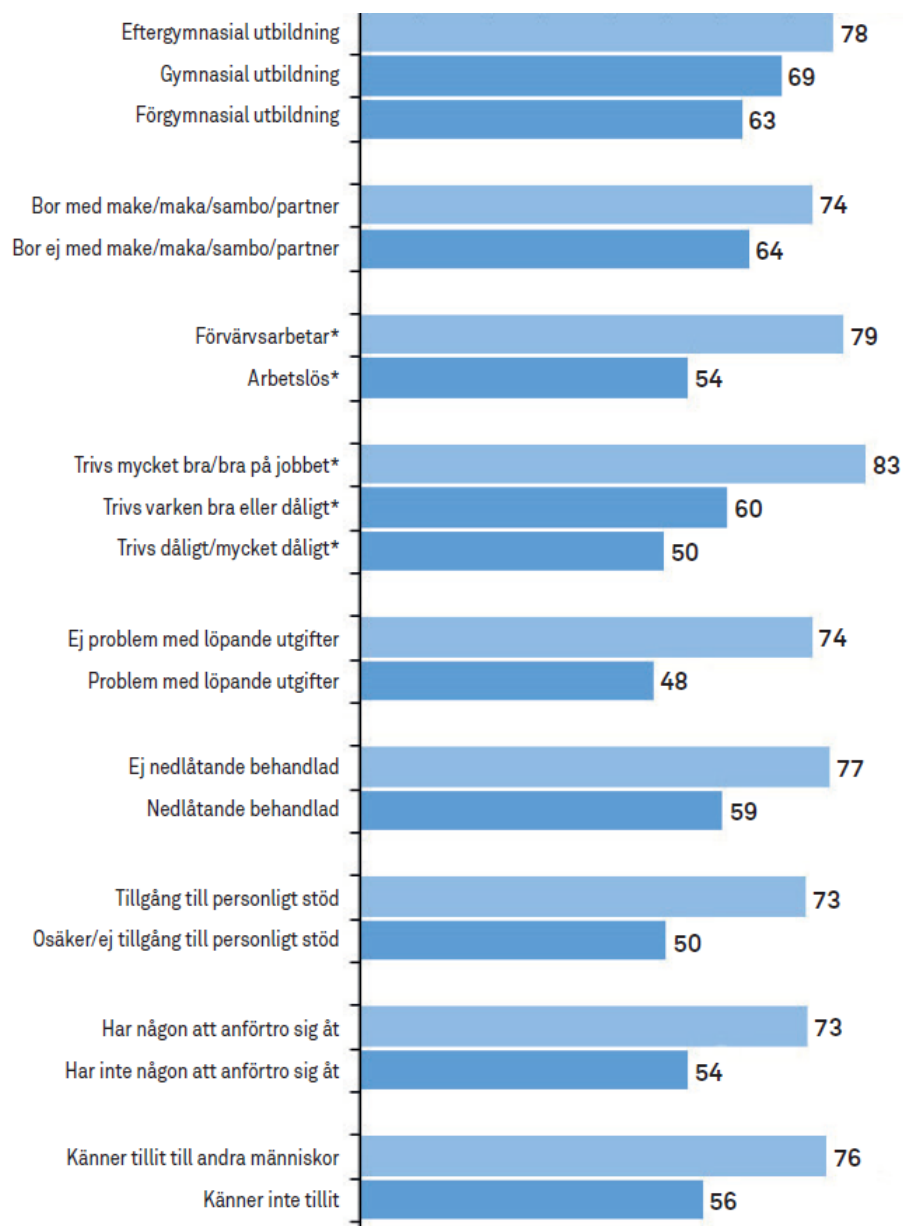
Minskad förekomst av rökning kan innebära 222 miljoner lägre kostnader, cirka 2,3 procents minskning av de förväntade hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Däremot medför den ökade fetman en ökad kostnad på omkring 55 miljoner, 0,5 procent.

# Jämlikhet

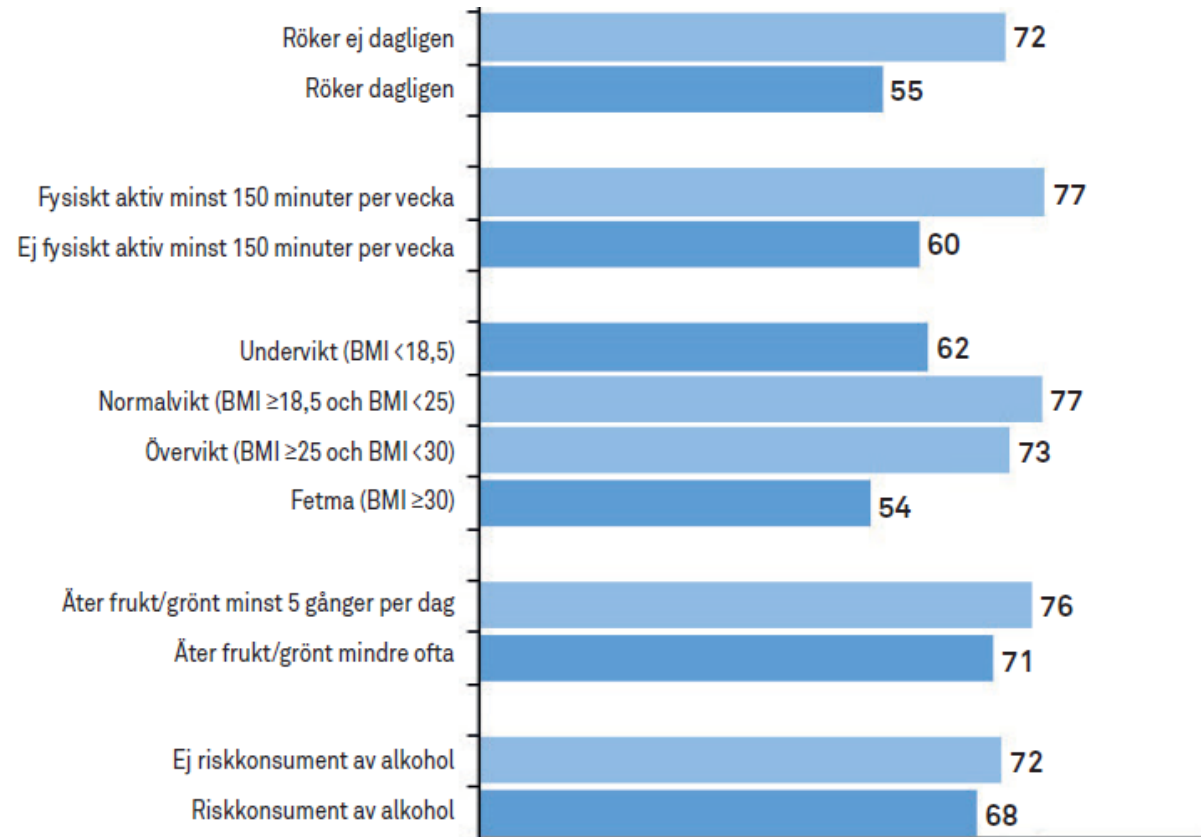


## Den goda men ojämlika hälsan



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

## Den goda men ojämlika hälsan



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



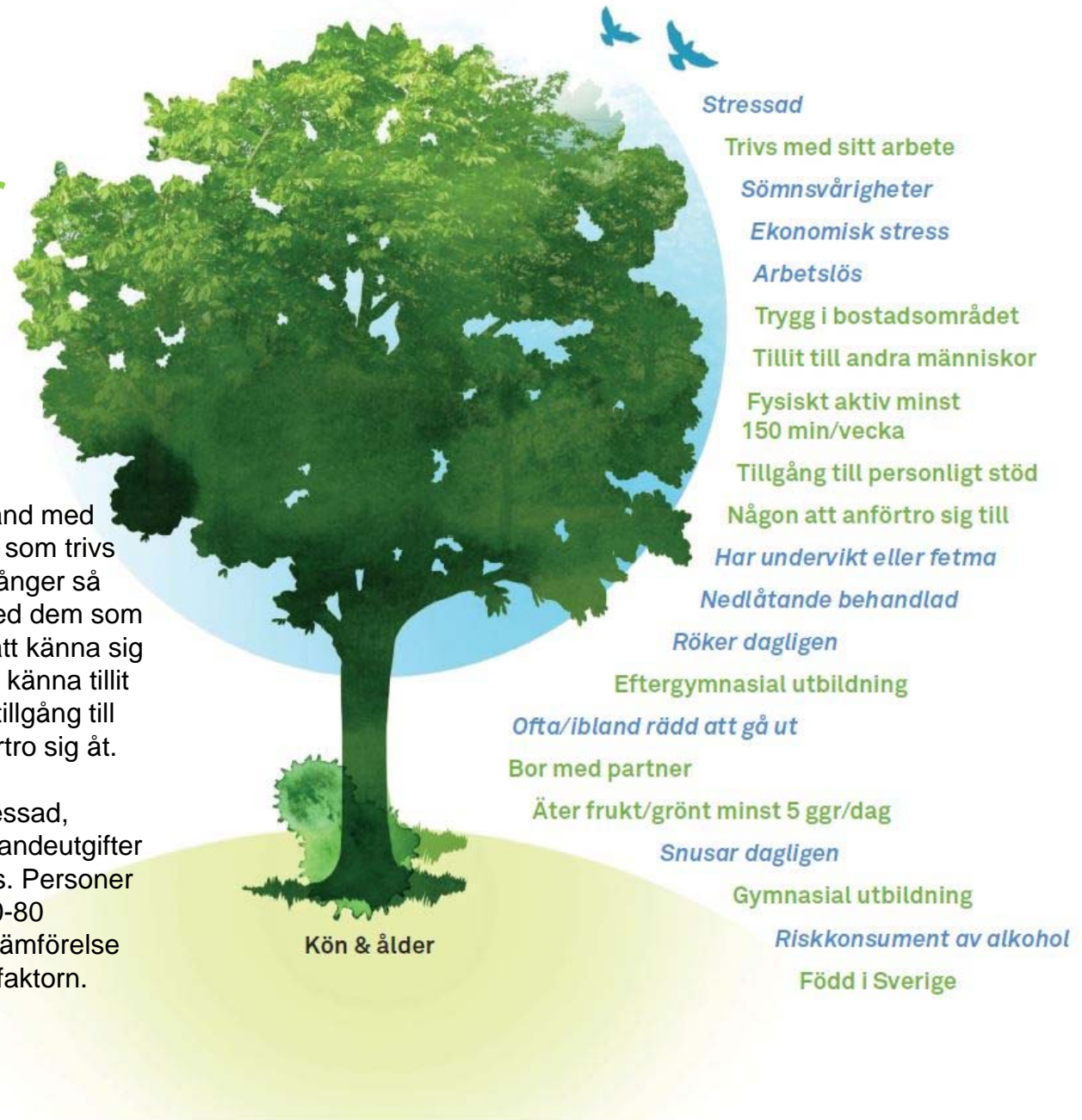
# Skyddsfaktorer

# Risikfaktorer

# Skyddsfaktorer & Riskfaktorer

Den **skyddsfaktor** som har starkast samband med att må bra är att trivas med sitt arbete. De som trivs med sitt nuvarande arbete har nära fyra gånger så högt odds att ha god hälsa i jämförelse med dem som inte trivs. Andra starka skyddsfaktorer är att känna sig säker och trygg i det område där man bor, känna tillit till andra människor, vara fysiskt aktiv, ha tillgång till personligt stöd samt att ha någon att anförtra sig åt.

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



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

# Logistisk regression

## Logistisk regression och oddskvoter (OR)

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

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

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

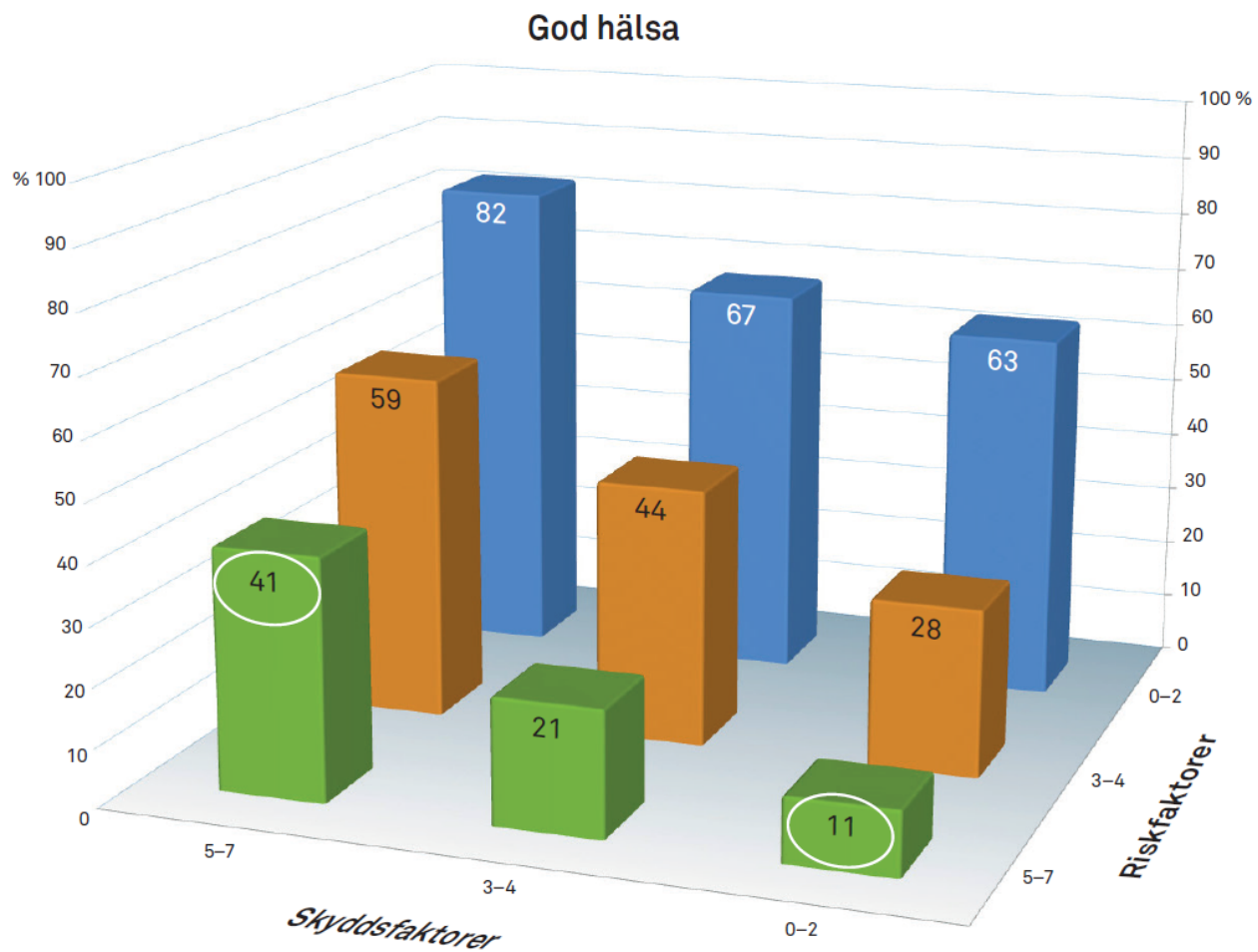
# Skyddsfaktorer & Riskfaktorer

## BILAGA 1

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

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

## Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa



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

# Skyddsfaktorer & Riskfaktorer

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

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

## De riskfaktorer som används är att:

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

[www.regionorebrolan.se/livohalsa](http://www.regionorebrolan.se/livohalsa)

