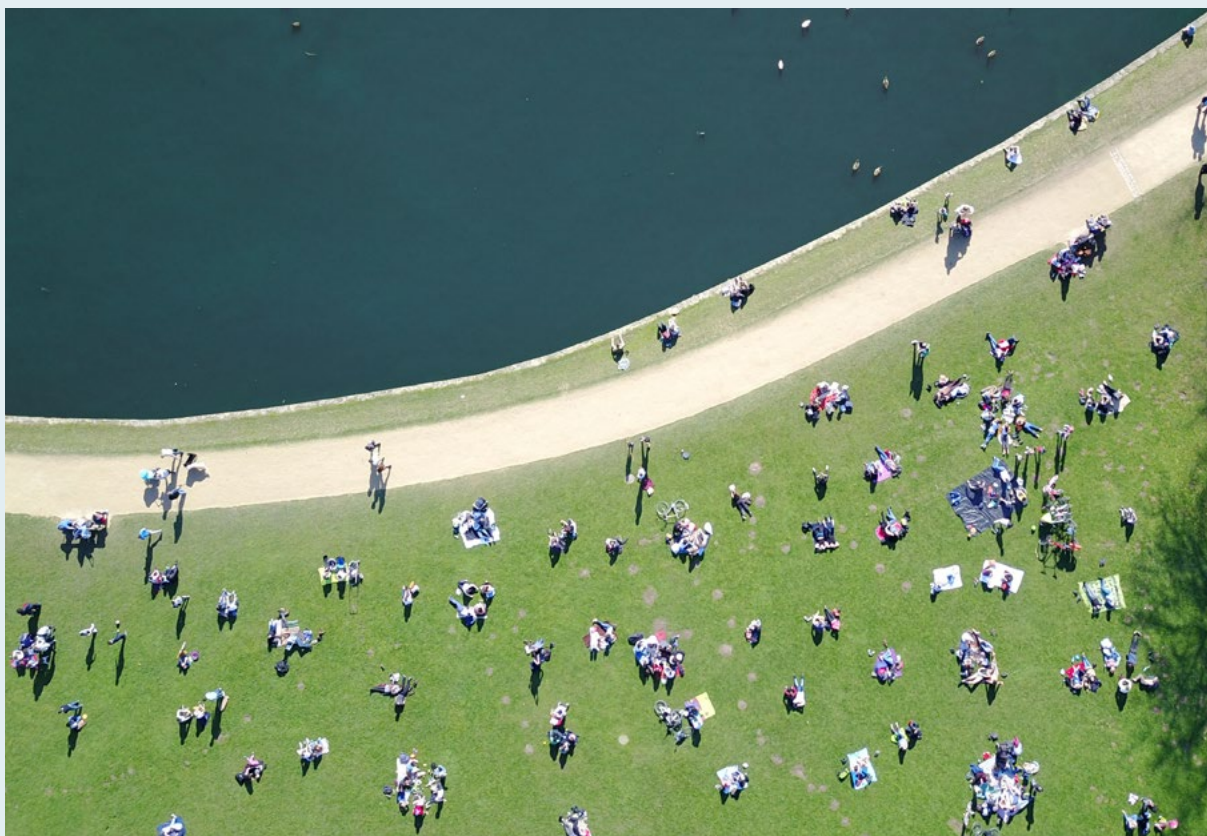


Liv & hälsa i Mellansverige

**En undersökning om livsvillkor,
levnadsvanor och hälsa år 2022**



Liv & hälsa
CDUST

Rapportserie utgiven i samverkan mellan regionerna i
Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län.

Regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län har regelbundet genomfört befolkningsundersökningar inom ramen för det länsövergripande samarbetet. Undersökningarna har genomförts 2000, 2004, 2008, 2012, 2017 och 2022. Undersökningar är ett unikt underlag för kunskapsspridning, planering och styrning. Resultaten presenteras i olika former och sammanhang, från muntliga redovisningar till rapporter och vetenskapliga artiklar.

Rapporten är sammanställd av:

Livsvillkor:

Susann Ericsson, Region Sörmland
Sanna Tiikkaja, Region Sörmland

Hälsa och Kontakter med vården:

Fredrik Lundin, Region Värmland
Anu Molarius, Region Värmland
Cecilia Nyberg, Region Värmland

Levnadsvanor:

Jim Schiller, Region Västmanland
Malin Udén, Region Västmanland

Den goda men ojämlika hälsan:

Linda Bååk, Region Örebro län
Carina Persson, Region Örebro län

**Ekonomiska konsekvenser av
ohälsosamma levnadsvanor:**

Inna Feldman, Region Uppsala
Evelina Nilsson, Region Uppsala
Tryggve Pederby, Region Uppsala

Innehåll

Inledning	4
Varför är det viktigt med befolkningsundersökningar	4
Undersökningen Liv & hälsa 2022	5
Livsvillkor och levnadsförhållanden	6
Svårigheter att klara löpande utgifter	6
Kontantmarginal	6
Trygghet	7
Tillit till andra	7
Besväras av ensamhet	8
Har någon att anförtra sig åt	8
Nedlåtande behandlad	9
Vistelse utomhus i park, natur eller grönområde	9
Buller vid bostaden	9
Arbetsliv och arbetsförhållanden	9
Betungande hemarbete	9
Bor med make, maka, sambo eller partner	10
Framtidstro	10
Levnadsvanor	11
Fysisk aktivitet	11
Matvanor: grönsaker och rotfrukter	12
Röker dagligen	13
Snusar dagligen	14
Narkotika	14
Spelvanor	15
Risikonsumtion av alkohol	15
Flera ohälsosamma levnadsvanor	16
Sociala skillnader i levnadsvanor	17
Ekonomiska konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor	19
Hälsa	22
Självskattad hälsa	22
Folksjukdomar och värk	23
Psykisk hälsa	23
Oro för Covid-19	25
Tandhälsa	25
Övervikt och fetma	26
Kontakter med vården	27
Besökt vården under de senaste tre månaderna	27
Diskuterat levnadsvanor vid vårdbesök	28
Avstått vårdbesök av ekonomiska skäl	28
Den goda men ojämlika hälsan	29
Livsvillkoren och levnadsvanorna har samband med vår hälsa	29
De starkaste skydds- och riskfaktorerna	31
Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa	32
Bilaga	34
Kommunöversikt, karta	35

Inledning

Varför är det viktigt med befolkningsundersökningar

Riksdagen antog i juni 2018 ett nytt övergripande mål och en ny målstruktur för folkhälsopolitiken. Det övergripande nationella målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För att kunna fatta väl underbyggda hälsopolitiska beslut och för att kunna arbeta mot denna inriktning är det viktigt att veta hur befolkningen lever och mår. Där spelar befolkningsundersökningar en viktig roll för att mäta och förstå befolkningens livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Undersökningarna kan användas för att följa hälsoläget och visa var insatser behövs.

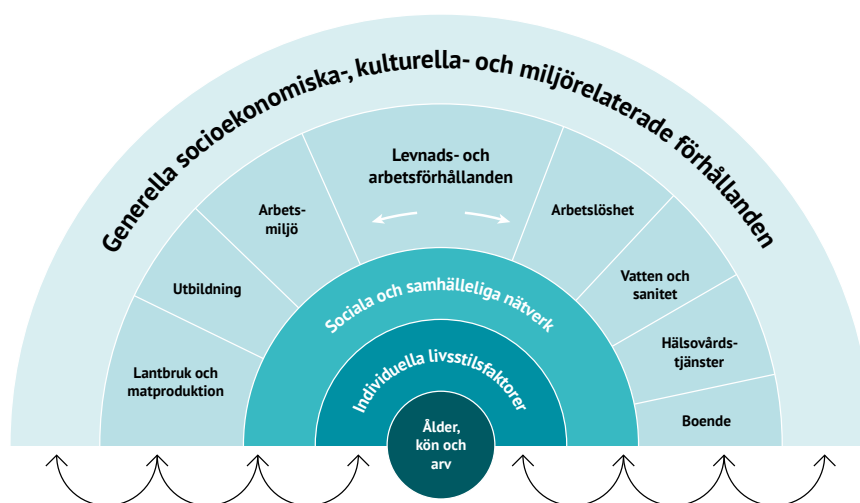
Sverige har i flera avseenden en god folkhälsa och hälsoutvecklingen har varit positiv i befolkningen generellt. Men hälsan är ojämlikt fördelad: de med lägre socioekonomisk position har genomgående mer ogynnsamma förutsättningar för bra hälsa än de med högre socioekonomisk position.

Den svenska och internationella folkhälsoforskningen visar på viktiga bestämningsfaktorer för utvecklingen av befolkningens hälsa. Dessa kan

ses som resultatet av ett samspel mellan individuella och samhälleliga faktorer (se figur 1). Hälsans bestämningsfaktorer omfattar ett brett spektrum av faktorer, allt från individuella som ålder, kön och arv, till samhälleliga strukturer som socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsa är komplexa. Våra levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige idag, och livsvillkoren påverkar möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Olika politiska beslut påverkar i sin tur befolkningens livsvillkor.

Våren 2020 drabbades Sverige av den världsomfattande covid-19-pandemin. Covid-19 har haft en direkt effekt på människors hälsa genom sjukdom och dödlighet, särskilt under 2020, men folkhälsan kan också ha påverkats indirekt till följd av pandemin och de skyddsåtgärder som införts. Den indirekta påverkan kan till exempel ske genom förändrande livsvillkor och levnadsvanor. I vilken utsträckning, och hur konsekvenserna för folkhälsan ser ut på sikt, behöver undersökas bland annat genom befolkningsundersökningar.

Befolkningsundersökningen Liv & hälsa genomförs i samarbete mellan Regionerna i Uppsala, Sörmlands, Värmlands, Västmanlands och Örebro län.



Figur 1. Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren & Whitehead 2007/1991. (Baserad på illustration av Folkhälsomyndigheten)

Undersökningen Liv & hälsa 2022

Undersökningen Liv & hälsa har nu genomförts för sjätte gången. Tidigare undersökningar gjordes åren 2000, 2004, 2008, 2012 och 2017. Liv & hälsa ger information om befolkningens livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Totalt skickades enkäten till drygt 78 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år eller äldre i Uppsala, Sörmland, Värmland, Västmanland och Örebro län (CDUST). Dessa personer representerar den vuxna befolkningen i 55 kommuner med drygt 1,2 miljoner invånare. Ett unikt underlag, som bygger på att över 35 000 personer har kommit till tals, har skapats genom samverkan mellan fem regioner. Syftet med denna rapport är att redovisa de första resultaten från undersökningen Liv & hälsa 2022.

Sedan lång tid tillbaka har andelen som svarat minskat både i enkätundersökningar och i andra typer av studier. Detta är problematiskt eftersom risken ökar för att insamlade data inte är representativa för dem som avses. Inför och under 2022 års Liv & hälsa-undersökning genomfördes därför olika insatser och informationsåtgärder för att öka svarsbenägenheten. Möjlighet fanns att besvara enkäten på webben eller på papper. På webben fanns även en engelsk version. Det sista enkätutskicket innehöll ett förkortat formulär med 16 frågor.

Av de 78 000 som hade möjlighet att besvara enkäten, svarade drygt 35 000 personer (45 %). Svarsfrekvensen var ungefär densamma som år 2017 (44 %). De olika åldersgrupperna uppvisar dock stora variationer i svarsfrekvens, med lägst svarsfrekvens i den yngsta åldersgruppen 18–29 år och den högsta i gruppen 70–84 år. För att korrigera för eventuella skevheter i bortfallet har en etablerad statistisk kalibreringsmetod använts med syfte att resultaten så långt som möjligt representerar hela befolkningen i området, inte enbart de som svarat på enkäten.

Mer information om undersökningen Liv & hälsa 2022 finns på regionernas hemsidor. Se kontaktuppgifter på rapportens baksida.

Tolka resultaten rätt

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

OBSERVERA ATT

- Skalorna i diagrammen är antingen upp till 25, 50 eller 100 procent.
- Talen i rapporten är avrundade. Detta kan leda till att procenttalen i vissa grafer inte summerar exakt till 100.
- Vid jämförelse mellan åren 2000, 2004, 2008, 2012, 2017 och 2022 redovisas åldersstandardiserade värden.
- Kartorna i rapporten ger möjlighet till översiktlig jämförelse mellan kommuner. Ljusare färger betyder gynnsammare förhållanden.

Livsvillkor och levnadsförhållanden

Livsvillkor och levnadsförhållanden är de förutsättningar vi människor har i vårt vardagliga liv. De påverkas och formas av det samhällssystem som omger oss, till exempel statsskick, utbildnings- och välfärdssystem. Samtidigt påverkas vi av de miljöer och arenor som vi bor, arbetar och vistas i. Villkor som ligger närmast individen är exempelvis sociala relationer, utbildning, yrke och inkomst.

Svårigheter att klara löpande utgifter

Sambandet mellan individens ekonomiska förutsättningar och hälsa är väl känt. Till exempel uppger personer med svåra ekonomiska förutsättningar att de har sämre hälsa än personer med goda ekonomiska förutsättningar.

Det är totalt 12 procent som uppger att de vid minst ett tillfälle, under de senaste tolv månaderna, har haft svårt att klara sina löpande utgifter (ekonomisk stress). Resultaten visar att det finns grupper som löper större risk att drabbas av ekonomisk stress, vilket ofta är knutet till utbildningsnivå, ålder eller födelseland.

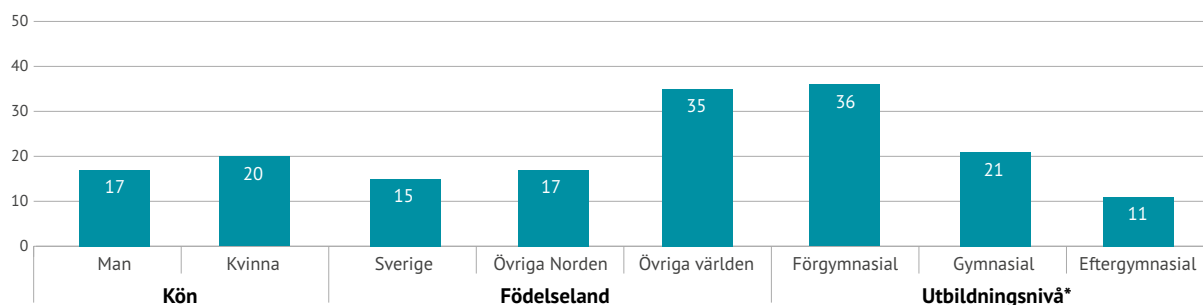
Vid en indelning efter utbildningsnivå visar resultaten att närmare två av tio med förgymnasial utbildning har haft svårt att klara de löpande utgifterna. Motsvarande andel för personer med eftergymnasial utbildning är mindre än en av tio.

En högre andel yngre personer har haft svårt att klara av sina löpande utgifter, jämfört med medelålders eller äldre personer, oavsett kön. I åldersgruppen 18–29 år uppger drygt var fjärde kvinna och närmare var fjärde man att de haft svårt att klara sina löpande utgifter. Lägst andel med ekonomisk stress finns bland personer som är 70 år eller äldre.

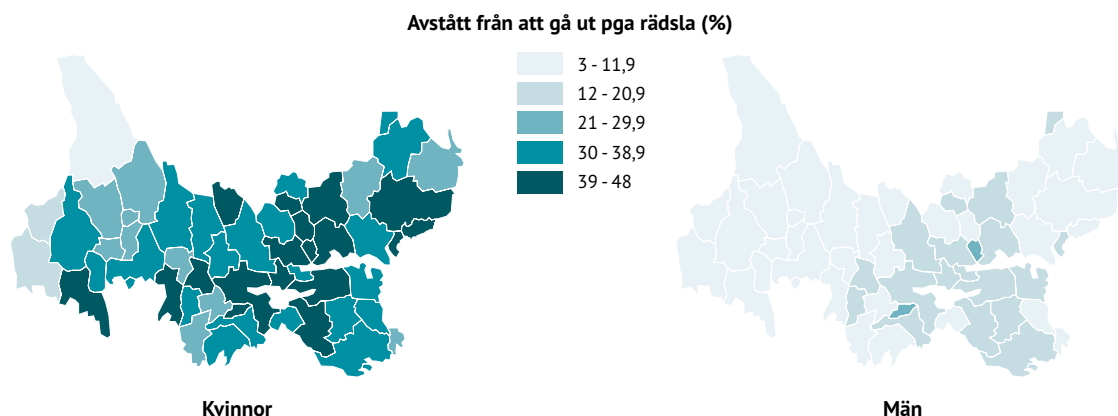
Bland arbetslösa personer uppger fyra av tio att de vid minst ett tillfälle, under de senaste tolv månaderna, har haft problem med att klara sina löpande utgifter, vilket kan jämföras med en av tio bland de som förvärvsarbetar. Resultaten visar även att det finns skillnader i ekonomisk stress vid indelning efter födelseland. Bland personer födda i Sverige eller övriga Norden är det närmare en av tio som har haft svårt att klara sina löpande utgifter, i jämförelse med två av tio bland personer födda i övriga världen.

Kontantmarginal

I undersökningen ställs en fråga som handlar om en person/personens hushåll inom en månad skulle klara av att betala en oväntad utgift på 13 000 kronor, utan att låna eller be om hjälp. Det är totalt 18 procent som uppger att de inte skulle klara av att betala denna oväntade utgift. Förutsättningarna skiljer sig dock åt. Personer med förgymnasial utbildning och personer födda i övriga världen uppger i högst utsträckning att de inte har kontantmarginal för att betala denna oväntade utgift. Resultaten visar också att det finns en skillnad mellan könen (se figur 2).



Figur 2. Andel (%) 18 år eller äldre som inom en månad inte klarar att betala en oväntad utgift på 13 000 kr utan att låna eller be om hjälp, åldersstandardiserad. *25 år eller äldre



Figur 3. Andel (%) 18 år eller äldre som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

Trygghet

Att vara trygg i sin hem- och boendemiljö är en viktig skyddsfaktor för individens hälsa. Hemmet och vår närmiljö är betydelsefull ur flera aspekter, eftersom vi tillbringar en stor del av vår fritid, återhämtning och sociala aktiviteter där. Vad som upplevs som tryggt eller otryggt är individuellt och kan bland annat kopplas till människors erfarenheter och uppfattning om platsen. I vår utomhusmiljö kan även platsens fysiska utformning, så som belysning, träd och buskar påverka upplevelsen av trygghet.

Andelen som uppger att de känner sig säkra och trygga för att inte bli angripna eller utsatta för hot i sitt bostadsområde har legat på över 90 procent i åldersgruppen 18–84 år under åren 2004–2022. Unga personer uppger i lägre grad att de är trygga i sitt bostadsområde, jämfört med äldre personer. Andelen trygga är lägst bland unga kvinnor i åldersgruppen 18–29 år. Resultaten visar också att det finns skillnader mellan kvinnor och män.

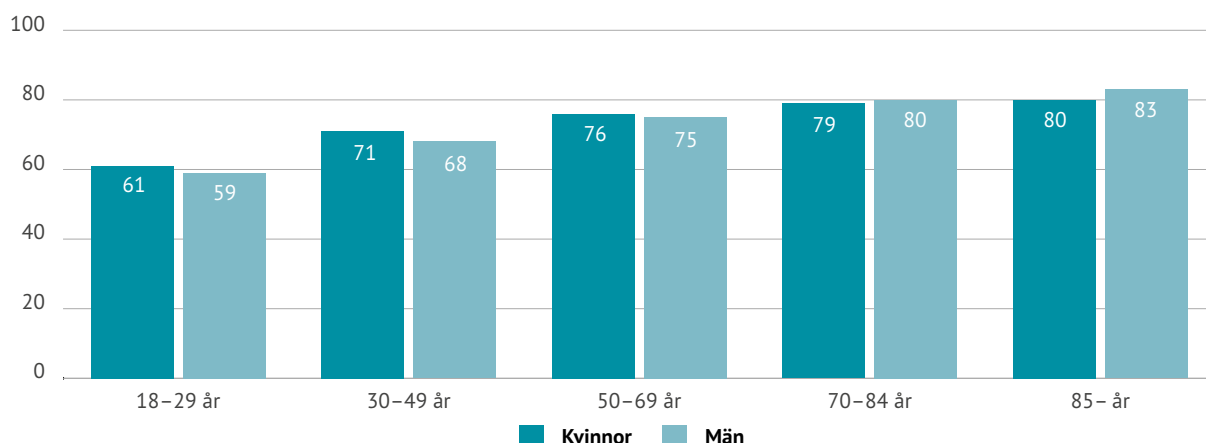
Bland personer födda i Sverige eller övriga Norden upplever ungefär 95 procent att de känner sig trygga i sitt bostadsområde. Motsvarande andel för personer födda i övriga världen är 86 procent. Skillnader i att känna sig trygg i sitt bostadsområde ses också vid indelning efter utbildningsnivå. En lägre andel personer med förgymnasial utbildning känner trygghet i sitt bostadsområde jämfört med personer som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning.

En annan dimension av otrygghet handlar om att man avstår från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Andelen som ibland eller ofta avstår från att gå ut ensam är tre gånger så stor bland kvinnor som bland män. Över hälften av kvinnorna (53 %) i åldersgruppen 18–29 år avstår från att gå ut ensam, motsvarande andel bland män är 14 procent. Skillnader i att avstå från att gå ut ses också mellan kommunerna i CDUST-regionen (se figur 3).

Tillit till andra

Tillit till andra människor är viktigt för sammanhållningen i ett samhälle. Länder med hög mellanmänsklig tillit har i regel en stabil demokrati, god folkhälsa, låg korruption och brottslighet samt en hög nivå av jämlikhet och jämställdhet. Ur ett internationellt perspektiv är andelen som tycker att man kan lita på de flesta människor mycket hög i Sverige. På individnivå har hög tillit till andra människor samband med tillfredsställelse med livet och självskattad hälsa. Personer med hög tillit till andra är också mer benägna att delta i sociala aktiviteter.

Majoriteten av den vuxna befolkningen, 72 procent för både kvinnor och män i åldersgruppen 18 år eller äldre, tycker att de i allmänhet kan lita på de flesta människor. Äldre personer har i större utsträckning tillit till andra personer, jämfört med yngre personer (se figur 4).



Figur 4. Andel (%) som tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor.

Att känna tillit till andra varierar efter utbildningsnivå och födelseland. Bland personer med eftergymnasial utbildning är andelen med tillit 81 procent, motsvarande andel bland personer med gymnasial och förgymnasial utbildning är 69 respektive 59 procent. Resultaten visar att andelen med tillit är högre hos personer födda i Sverige och övriga Norden (75 %) jämfört med personer födda i övriga världen (55 %).

Besväras av ensamhet

Människors relationer och sociala situation kan påverka den psykiska hälsan och är av betydelse för välbefinnandet. Goda sociala relationer och socialt stöd kan också bidra till att klara vardagen.

Sammanlagt upplever ungefär var fjärde person i åldern 18 år eller äldre att de besväras av ensamhet och isolering. En högre andel kvinnor besväras av ensamhet jämfört med män. Fler yngre (18-29 år) eller äldre (85 år eller äldre) personer upplever att de besväras av ensamhet och isolering, jämfört med personer i åldern 30-84 år (se tabell 1).

Andelen som upplever att de besväras av ensamhet och isolering är nästan dubbelt så stor (37 %) bland personer med låg disponibel inkomst (<60 % av rikets medianinkomst), jämfört med personer som har högre disponibel inkomst (21 %). Samtidigt uppger de flesta (94 %) att de kan få praktiskt stöd och hjälp om de skulle blir sjuka. Skillnaderna mellan kön och åldersgrupper är mycket små.

Har någon att anförtro sig åt

Närmare nio av tio uppger att de har någon att anförtro sig åt och att dela sina innersta känslor med. Genomgående är andelen som har någon att anförtro sig åt högre bland kvinnor, lägst andel ses bland unga män (82 %). Resultaten visar också att personer med eftergymnasial utbildning i större utsträckning har någon att anförtro sig åt, jämfört med personer som har gymnasial eller förgymnasial utbildning. Andelen som har någon att anförtro sig åt är högre bland personer födda i Sverige och i övriga Norden (cirka 89 %), jämfört med personer som är födda i övriga världen (80 %).

	18-29 år	30-49 år	50-69 år	70-84 år	85+ år	Totalt
Kvinnor	38	24	19	24	40	25
Män	37	23	14	14	25	21

Tabell 1. Andel (%) 18 år eller äldre som besväras av ensamhet och isolering.

Nedlåtande behandlad

Att uppleva sig nedlåtande behandlad har betydelse för både den självskattade hälsan och den psykiska hälsan. Fler kvinnor än män, 37 respektive 28 procent, upplever att de blivit nedlåtande behandlade de senaste tre månaderna. Yngre personer uppger i större uträkning att de blir nedlåtande behandlade. Andelen är högst bland kvinnor i åldern 18–29 år, där mer än varannan kvinna uppger att de någon gång under de senaste tre månaderna behandlats nedlåtande.

Vistelse utomhus i park, natur eller grönområde

De allra flesta människor mår bra av att vistas ute i natur, grönområden och parker. Att röra sig ute i naturen kan vara en viktig källa till återhämtning och kan medföra positiva effekter på den fysiska och psykiska hälsan.

I CDUST-regionen vistas 80 procent av kvinnorna och 76 procent av männen i åldern 18 år eller äldre utomhus i natur, park- eller grönområden minst några gånger per vecka. Andelen som vistas utomhus är högre bland äldre än bland yngre. Resultaten visar också att personer med eftergymnasial utbildning (82 %) i större utsträckning vistas utomhus jämfört med personer med gymnasial (77 %) eller förgymnasial (74 %) utbildning.

Buller vid bostaden

Ungefär en av tio besväras mycket av buller eller andra ljud ifrån trafik, i eller i närheten av sin bostad. Yngre besväras i större uträkning av buller än äldre. Bland de med låg disponibel inkomst besväras 13 procent mycket av buller, vilket kan jämföras med 9 procent bland personer med medel eller hög disponibel inkomst. Liknande mönster ses för personer som är mycket besvärade av buller eller andra ljud från vägarbete, renhållning eller liknande i eller i närheten av sin bostad, totalt 4 procent.

Arbetsliv och arbetsförhållanden

Att trivas med sitt arbete och att känna trygghet i arbetslivet är viktiga förutsättningar för en god hälsa och ett gott liv. I CDUST-regionen uppger åtta av tio förvärvsarbetande, i åldersgruppen 18–69 år, att de trivs med sitt arbete. Högst andel som trivs med sitt nuvarande arbete finns i åldersgruppen 50–69 år, 87 procent bland kvinnor och 85 procent bland män.

Av de förvärvsarbetande är det totalt 14 procent som känner att arbetet tar så mycket tid att privatlivet påverkas negativt. Resultaten visar på en skillnad mellan könen, kvinnor uppger i något högre grad än männen att arbetet har en negativ påverkan på privatlivet. Att ha lång restid till sitt arbete kan påverka balansen mellan arbetsliv och fritid. Andelen som arbetspendlar till en annan kommun är 35 procent. En högre andel män uppger att de pendlar till sitt arbete jämfört med kvinnor (38 respektive 32 %).

Totalt uppger 10 procent att de är oroliga för att förlora sitt arbete inom det närmaste året. Högst andel finns bland unga personer (13 %), bland personer födda i övriga världen (20 %) samt bland personer med förgymnasial utbildning (20 %). Det finns ett samband mellan utbildningsnivå och att ha en tillsvidareanställning. Bland personer med förgymnasial utbildning, i åldern 25–69 år, har 37 procent en tillsvidareanställning. Motsvarande andel för personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är 62 respektive 72 procent.

Betungande hemarbete

Det är 20 procent av kvinnorna och 12 procent av männen som lägger minst 21 timmar per vecka åt obetalt hemarbete. Det kan till exempel vara att sköta barn, vårda anhöriga, handla, laga mat, tvätta eller underhålla bil, hus och trädgård.

Att uppleva hemarbetet som betungande har i tidigare undersökningar visat på ett starkt samband med självskattad hälsa och psykisk hälsa. En större andel kvinnor (11 %) än män (7 %) uppger att de alltid eller för det mesta upplever hemarbetet som betungande. Högst andel som upplever hemarbetet betungande finns bland kvinnor i åldersgruppen 85 år eller äldre (18 %) samt bland kvinnor 18–49 år (ca 14 %). Personer med låg disponibel inkomst (15 %) uppger i högre utsträckning att de upplever hemarbetet betungande jämfört med personer som har medel och hög disponibel inkomst (9 %). Vid en indelning efter utbildningsnivå ses inga skillnader i att uppleva hemarbetet som betungande.

Bor med make, maka, sambo eller partner

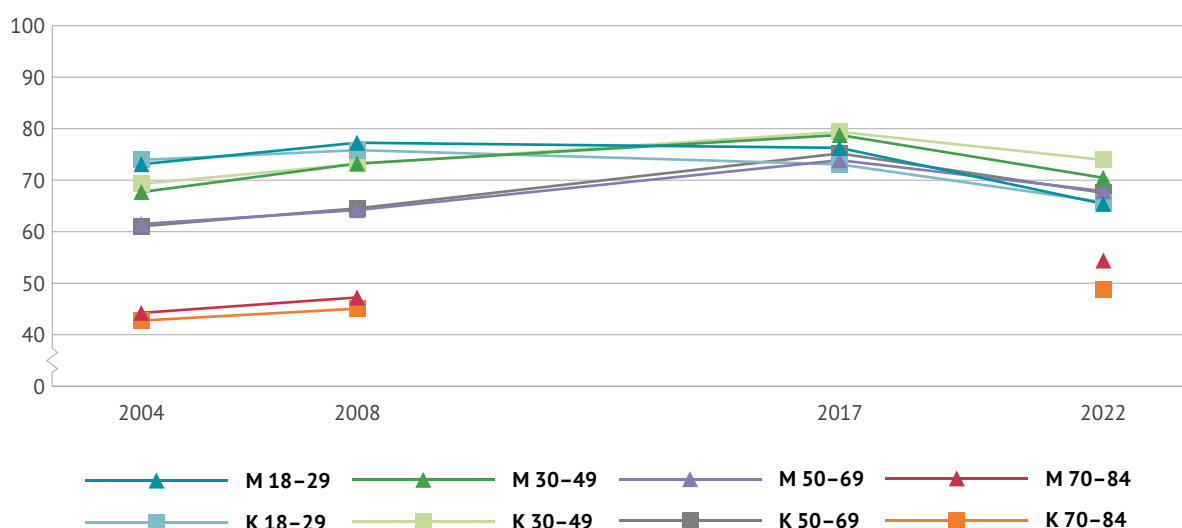
I den vuxna befolkningen 18 år eller äldre i CDUST-regionen är det 72 procent som bor tillsammans med partner (make, maka, sambo eller partner). Det är en lägre andel i åldersgrupperna 18–29 år samt 85 år eller äldre som bor med partner, jämfört med åldersgruppen 30–84 år. För kvinnornas del ses en gradvis minskning i andelen som bor tillsammans med en partner efter 70-årsåldern, bland kvinnor i åldern 85 år

eller äldre har andelen sjunkit till 19 procent. Mönstret är något annorlunda för männen, många lever tillsammans med en partner långt upp i åldrarna. I den äldsta åldersgruppen, 85 år eller äldre, rör det sig om 33 procent.

Framtidstro

Framtidstro har ett samband med självskattad hälsa. Optimism och positiv framtidstro kan vara en skyddsfaktor mot ohälsa. Andelen som ser positivt på sin framtid är totalt 65 procent i åldersgruppen 18 år eller äldre. Att se optimistiskt på sin framtid är lägst bland personer i de äldsta åldersgrupperna, 70 år eller äldre. Andelen med positiv framtidstro ökar med högre utbildningsnivå, från 58 procent i gruppen med förgymnasial utbildning till 71 procent bland de med eftergymnasial utbildning.

Andelen som ser optimistiskt på framtiden för sin personliga del har minskat mellan undersökningsåren 2017 och 2022 i åldern 18–69 år. Minskningen är störst bland kvinnor i åldersgruppen 50–69 år och bland män i åldersgruppen 18–29 år, 8 respektive 11 procentenheter (se figur 5). Högst andel med optimistisk framtidstro finns bland kvinnor i åldersgruppen 30–49 år (74 %).



Figur 5. Andel som ser optimistiskt på framtiden för sin personliga del 2004–2022 (observera att år 2017 ställdes inte frågan om framtidstro till åldersgruppen 70–84 år).

Levnadsvanor

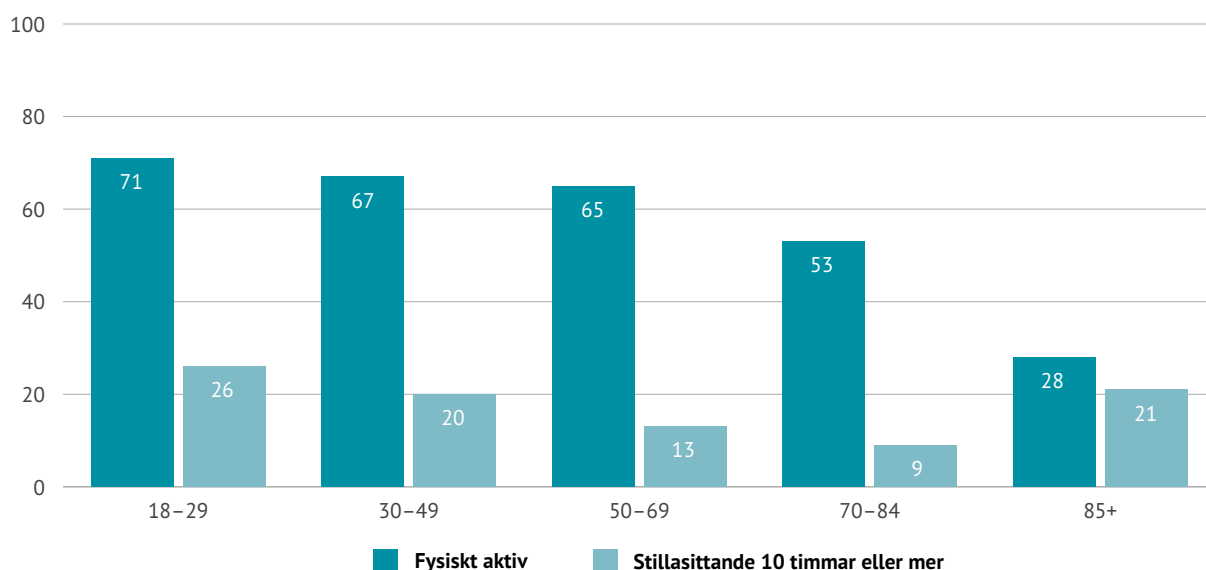
Fysisk aktivitet

Kroppen fungerar bäst när vi har en bra kombination av fysisk aktivitet och vila i vår vardag. Samhället har under en längre tid utvecklats mot att allt fler aktiviteter digitaliseras och att behovet av fysisk aktivitet för arbete, transporter och hemarbete minskar. Det ökar risken att vi rör oss för lite och sitter stilla för länge. Fysisk aktivitet minskar risken för hjärt-kärlsjukdom, vissa typer av cancer, typ 2-diabetes och benskörhet. Fysisk aktivitet kan även främja psykisk hälsa. Längre stunder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet, innebär också hälsorisker. Långvarigt stillasittande ökar risken för typ 2-diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt att dö i förtid. Den nationella rekommendationen för fysisk aktivitet för vuxna är minst 150 minuter pulshöjande rörelse per vecka. Som fysisk aktivitet räknas både fysisk träning och vardagsaktiviteter som ökar puls och andning.

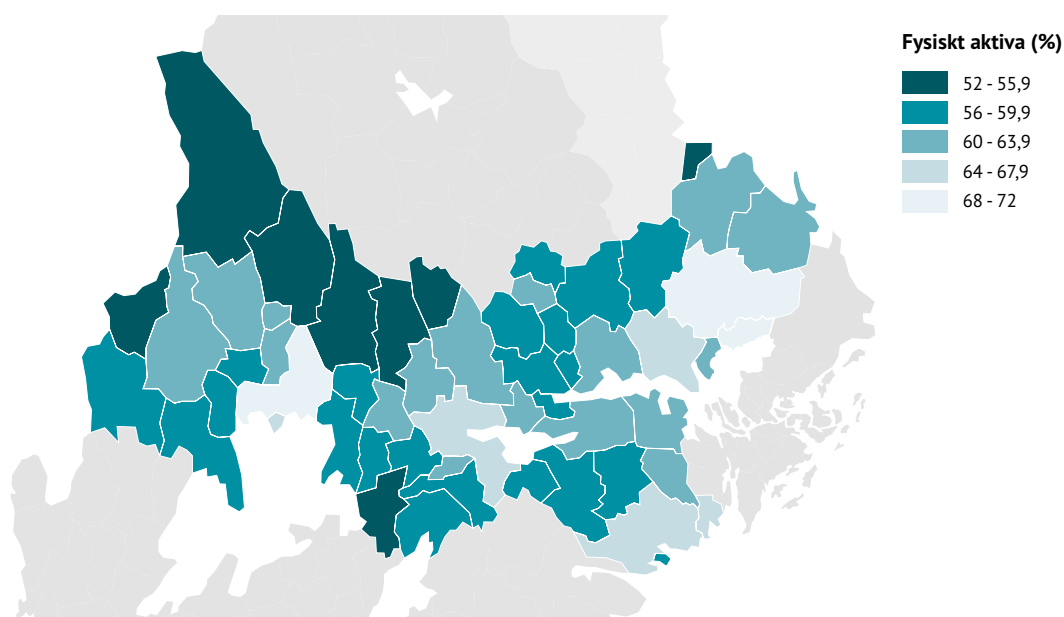
Resultatet visar att två av tre vuxna når upp till rekommendationen för fysisk aktivitet. Det är

samma resultat som föregående undersökning, år 2017. Det finns ingen större skillnad mellan könen, däremot finns det vissa skillnader mellan åldersgrupperna. Ju yngre åldersgrupp, desto fler rör sig enligt rekommendationen (se figur 6). Bland personer 18–29 år rör sig 69 procent av männen och 72 procent av kvinnorna enligt rekommendationen. I den allra äldsta gruppen, 85 år eller äldre, är det en tredjedel av männen och en fjärdedel av kvinnorna som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka.

Det är 19 procent av männen och 15 procent av kvinnorna, som inte har en funktionsnedsättning, som sitter stilla mer än 10 timmar per dygn. Stillasittande är vanligast i de yngre åldersgrupperna och minskar med stigande ålder (se figur 6). Undantaget är den äldsta åldersgruppen, 85 år eller äldre, där andelen stillasittande är högre. I jämförelse med 2017 års undersökning har stillasittandet ökat från 14 till 17 procent för befolkningen som helhet. Ökningen är störst bland personer 18–49 år.



Figur 6. Andel (%) som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka och andel som sitter minst 10 timmar per dygn, uppdelat på åldersgrupper.



Figur 7. Andel (%) 18 år eller äldre som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka.

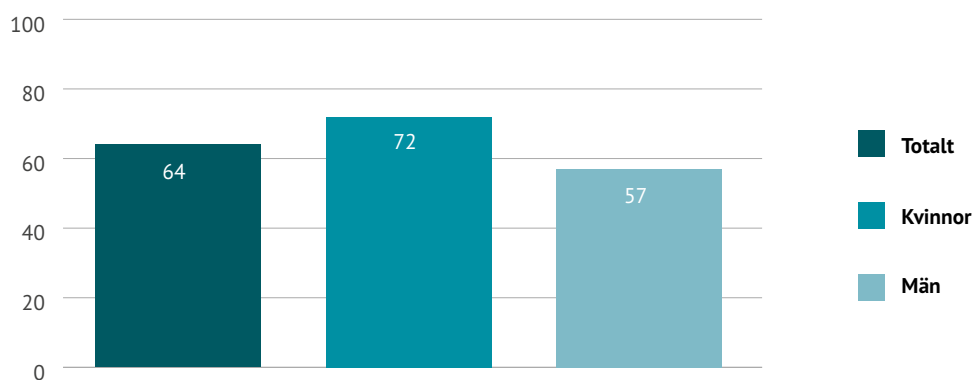
Högst andel fysiskt aktiva finns i Uppsala län, 67 procent. Lägre andelar ses för Örebro län och Sörmland (63 %), Värmland (62 %) och Västmanland (61 %). Andelen som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka varierar mellan 52 och 71 procent i CDUST-regionens kommuner (se figur 7).

Matvanor: grönsaker och rotfrukter

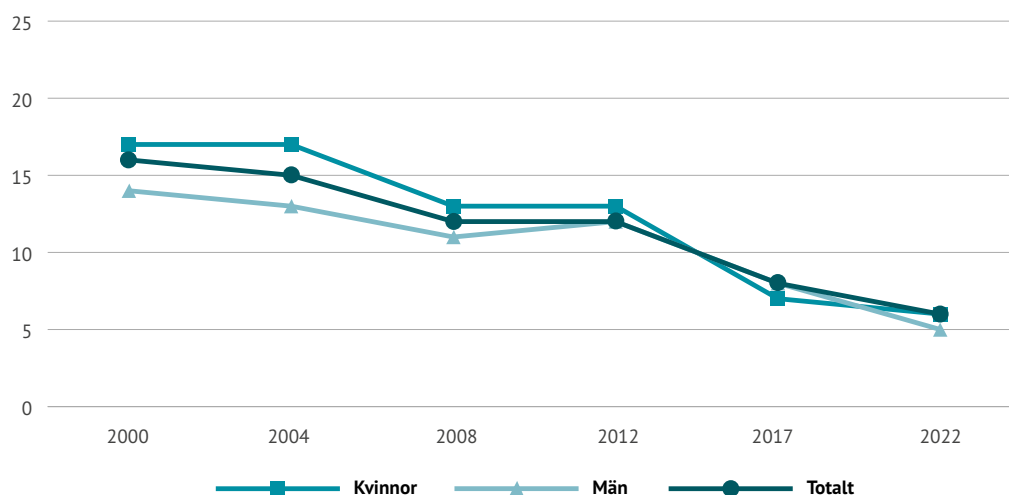
Det är bra för hälsan att äta minst 500 gram frukt och grönt per dag. De innehåller fibrer, vitaminer

och mineraler som behövs för att kroppens system ska fungera. Att äta mycket grönsaker minskar bland annat risken för fetma, hjärt- och kärlsjukdom samt vissa typer av cancer.

Två av tre vuxna uppger att de äter grönsaker eller rotfrukter minst en gång per dag. Det är högre andel kvinnor som äter grönsaker eller rotfrukter jämfört med män, 72 respektive 57 procent. Andelen som äter grönsaker minst en gång per dag är högre bland personer 30 år eller äldre jämfört med den yngsta åldersgruppen.



Figur 8. Andel (%) 18 år eller äldre som äter grönsaker eller rotfrukter minst en gång per dag.



Figur 9. Andel (%) 18–79 år som röker dagligen (åldersstandardiserad).

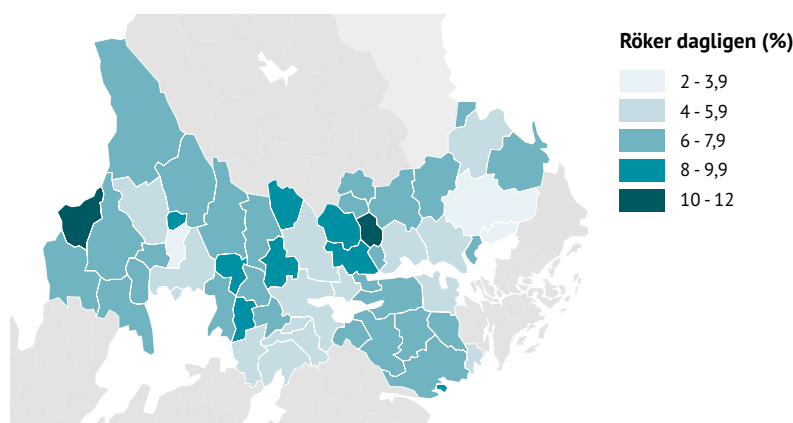
Röker dagligen

Rökning är en av de största hälsoriskerna som går att förebygga. Den orsakar och förvärrar en mängd olika sjukdomar som kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtinfarkt, stroke och flera cancersjukdomar. Varannan rökare dör i förtid och rökare förlorar i genomsnitt 10 år av sin förväntade livslängd. Tobaksröken är även skadlig för de som utsätts för passiv rökning under en längre period, de utsätts för samma typ av hälsorisker som rökaren, även om riskökningen är lägre.

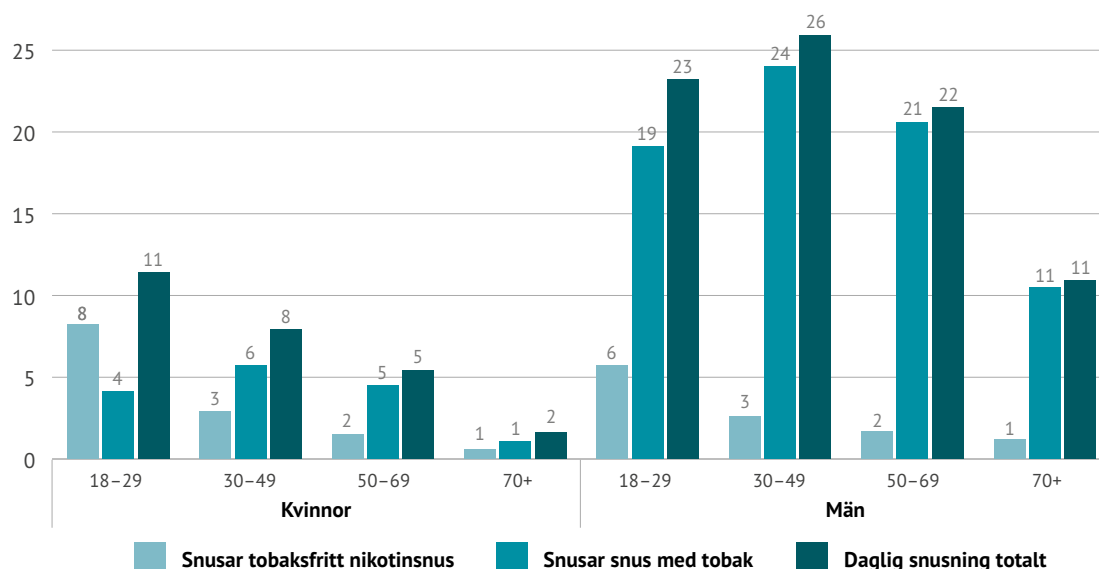
Totalt är det 6 procent av befolkningen 18 år eller äldre som anger att de röker dagligen. Daglig rökning är minst förekommande bland de 85 år eller äldre, 1 procent bland män och 2 procent bland kvinnor. Högst andel dagligrökare finns i åldersgruppen 50–69 år, 7 procent bland män och 9 procent bland kvinnor.

Sedan år 2000 har andelen dagligrökare i befolkningen mer än halverats (se figur 9). Fram till 2008 var andelen dagligrökare större bland kvinnor jämfört med män, från 2012 ses ingen skillnad mellan könen. Sedan år 2000 har daglig rökning minskat mest i åldern 18–49 år.

Andel dagligrökare i kommuner varierar mellan 3 och 12 procent (se figur 10). Två av tre (61 %) av dem som röker dagligen anger att de vill sluta röka. Omkring var fjärde dagligrökare (27 %) vill ha hjälp med att sluta röka, medan 34 procent tror att de klarar av det själva. Bland män är andelen som vill ha hjälp med att sluta röka störst i åldersgruppen 50–69 år (33 %), bland kvinnor är andelen störst i åldersgruppen 18–29 (34 %).



Figur 10. Andel (%) 18 år eller äldre som röker dagligen.



Figur 11. Andel (%) 18 år eller äldre som snusar dagligen.

Snusar dagligen

Att snusa dagligen kan ge skador på slemhinnor och tandkött samt har samband med förhöjt blodtryck, försämring av blodkärlens förmåga att vidgas, insjuknande i typ 2-diabetes och vissa cancerformer. Även tobaksfritt snus kan innebära en risk för hälsan, särskilt eftersom nikotinhalterna kan vara högre än i tobaksprodukter.

Män snusar dagligen i betydligt större utsträckning än kvinnor, 21 procent jämfört med 6 procent. Bland män är det 19 procent som dagligen använder snus som innehåller tobak och 3 procent som använder tobaksfritt nikotinsnus. Motsvarande siffror för kvinnor är 4 respektive 3 procent. Att använda snus som innehåller tobak är vanligast i åldersgruppen 30–49 år, 24 procent bland män och 6 procent bland kvinnor (se figur 11). Tobaksfritt nikotinsnus används mest av personer i åldersgruppen 18–29 år, 6 procent av männen och 8 procent av kvinnorna.

Mellan åren 2000 och 2017 ökade andelen dagligsnusare från 2 till 4 procent bland kvinnor och mellan 2017 och 2022 ökade andelen ytterligare från 4 till 7 procent. Bland män har andelen dagligsnusare ökat något, från 20 till 22 procent sedan år 2000. Nytt för 2022 års undersökning var inkluderandet av en fråga om tobaksfritt nikotinsnus,

vilket delvis kan förklara ökningen mellan åren 2017 och 2022.

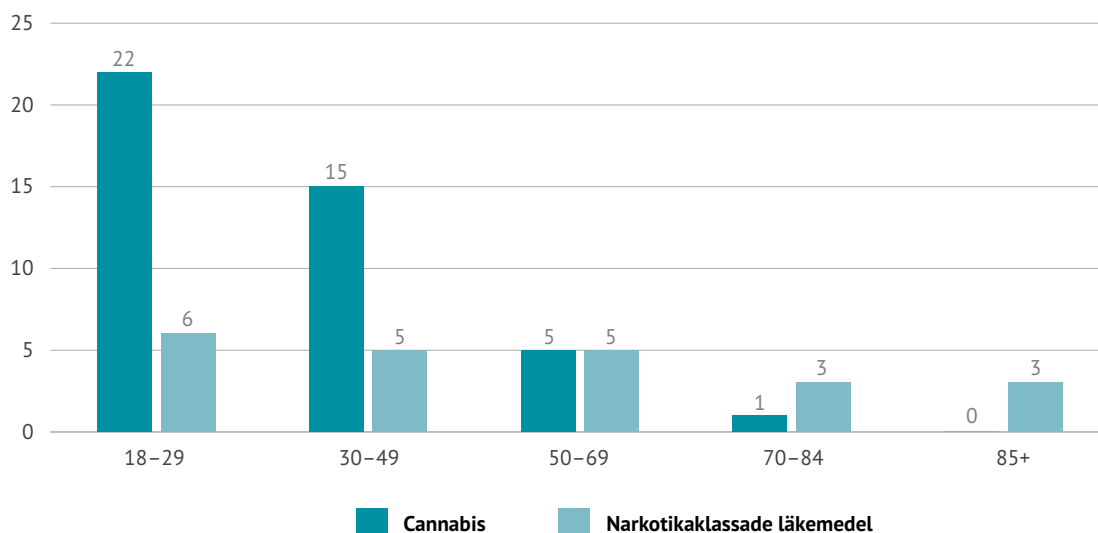
Av dem som snusar dagligen är det 31 procent som vill sluta snusa, och 10 procent som behöver hjälp att sluta snusa. Det totala bruket av nikotinprodukter, röka eller snusa dagligen, är dubbelt så vanligt bland män jämfört med kvinnor, 24 respektive 12 procent.

Narkotika

Att använda narkotika är en riskfaktor som kan ha negativ påverkan på den fysiska och psykiska hälsan, så väl som sociala konsekvenser både för användaren själv och dess närstående. Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste typen av narkotika i Sverige.

En av tio uppger att de använt cannabis någon gång under sitt liv. Det är vanligast att ha använt cannabis bland unga män, 28 procent, och minst vanligt bland personer 85 år eller äldre, mindre än 1 procent. I jämförelse med 2017 års undersökning har användandet ökat från 11 till 13 procent bland personer 18–69 år, vilket framför allt beror på att användandet har ökat bland män, från 14 till 17 procent.

En ny fråga för 2022 års undersökning gäller användandet av receptbelagda narkotikaklassade läkemedel på annat sätt än läkare ordinerat. Totalt uppger 5 procent att de någon gång använt sådana



Figur 12. Andel (%) som någon gång använt cannabis och andel som någon gång använt narkotikaklassade läkemedel på annat sätt än läkare ordinerat, uppdelat på åldersgrupper.

preparat på detta sätt, 4 procent av kvinnorna och 6 procent av männen. Användningen av dessa preparat, på annat sätt än läkare ordinerat, förekommer även i de äldsta åldersgrupperna.

Narkotikaklassade läkemedel användes, på annat sätt än läkare ordinerat, av 1,7 procent och cannabis användes av 1,5 procent under det senaste året. Sammantaget har 2,9 procent använt något av dessa preparat det senaste året.

Andel som använt cannabis skiljer sig åt mellan kommunerna, från 3 till 17 procent. Även för användandet av narkotikaklassade läkemedel ses skillnader mellan kommunerna, andelen varierar mellan 3 och 8 procent.

Spelvanor

Spelproblem kan skada relationer, ekonomi och i förlängningen hälsa. Problemen drabbar dem som spelar för mycket, men det drabbar även närstående och samhället i stort.

Totalt är det 1 procent som anger att de under de senaste tolv månaderna har spelat för mer pengar än vad de anser sig ha råd att förlora (på trisslott, bingolotto, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande och spel om pengar över internet såsom poker). Det gäller framför allt män i åldersgruppen 18-29 år, där 3 procent har spelat i den

omfattningen. Därefter minskar andelen med stigande ålder. Bland kvinnor är det 1 procent som har spelat för mer än vad de anser sig ha råd att förlora.

Riskkonsumtion av alkohol

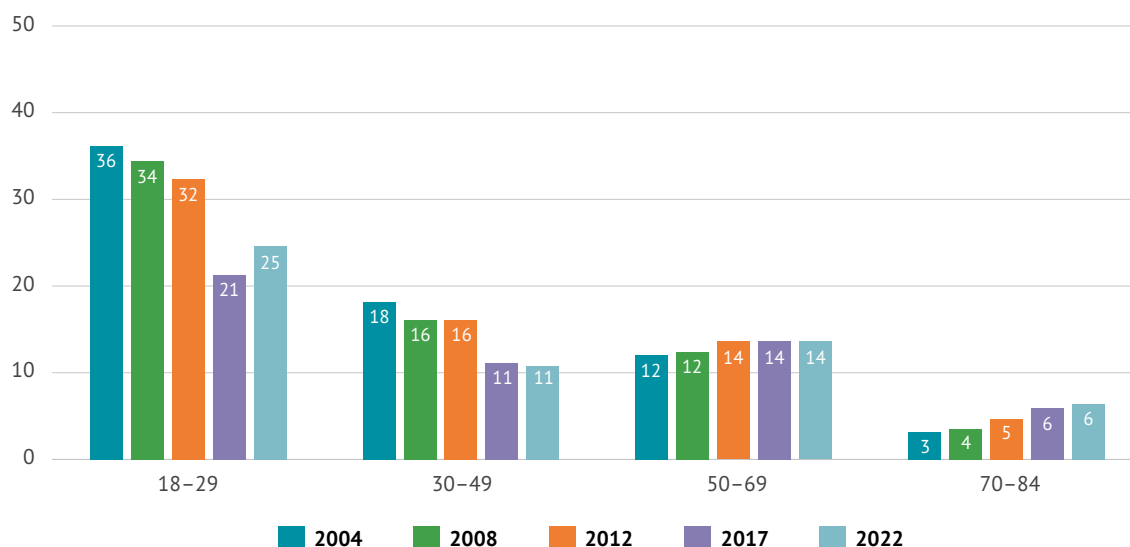
Alkoholkonsumtion kan orsaka både fysisk och psykisk ohälsa och är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige. Den största sjukdomsburden orsakas av att man dricker för mycket över tid, men alkohol ökar även risken för akuta skador och olyckor. Den alkoholrelaterade dödligheten har totalt sett minskat i Sverige sedan början av 2000-talet, även om ökningar ses bland äldre (65 år eller äldre) och bland kvinnor.

Indikatorn "riskkonsumtion av alkohol" visar andelen invånare i åldern 18 år eller äldre vars konsumtion av alkohol medför en ökad risk för olika fysiska, psykiska och sociala skador (se faktaruta).

Riskkonsumtion av alkohol (AUDIT-C)

Uppgifterna om riskkonsumtion av alkohol baseras på tre frågor från frågebatteriet AUDIT, där instrumentet kan få värden mellan 0 och 12 poäng. Gränsen för riskkonsumtion 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.



Figur 13. Andel (%) 18–84 år som har riskkonsumtion av alkohol.

En av tio kvinnor (11 %) och närmare en av sex män (16 %) bedöms vara riskkonsumenter av alkohol. Andelen riskkonsumenter av alkohol är högst bland unga vuxna 18–29 år där 24 procent av kvinnorna och 25 procent av männen är riskkonsumenter. Även bland medelålders män 50–69 år är andelen relativt hög, 16 procent. I åldersgruppen 85 år eller äldre är andelen riskkonsumenter omkring 2 procent.

Totalt sett var andelen riskkonsumenter relativt oförändrad mellan åren 2004 och 2012, därefter minskar andelen fram till 2022, från 17 till 14 procent. När vi tittar närmare på de olika åldersgrupperna, framgår att minskningen i riskkonsumtion av alkohol gäller åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år (se figur 13). I åldersgrupperna 50–69 år och i synnerhet 70–84 år har andelen med riskkonsumtion av alkohol ökat. Bland personer i åldersgruppen 70–84 år har andelen med riskkonsumtion av alkohol fördubblats sedan 2004, från 3 till 6 procent.

Skillnaderna i andelen riskkonsumenter är små mellan länen. Vid jämförelse av regionens kommuner ligger andelen riskkonsumenter av alkohol mellan 7 och 18 procent.

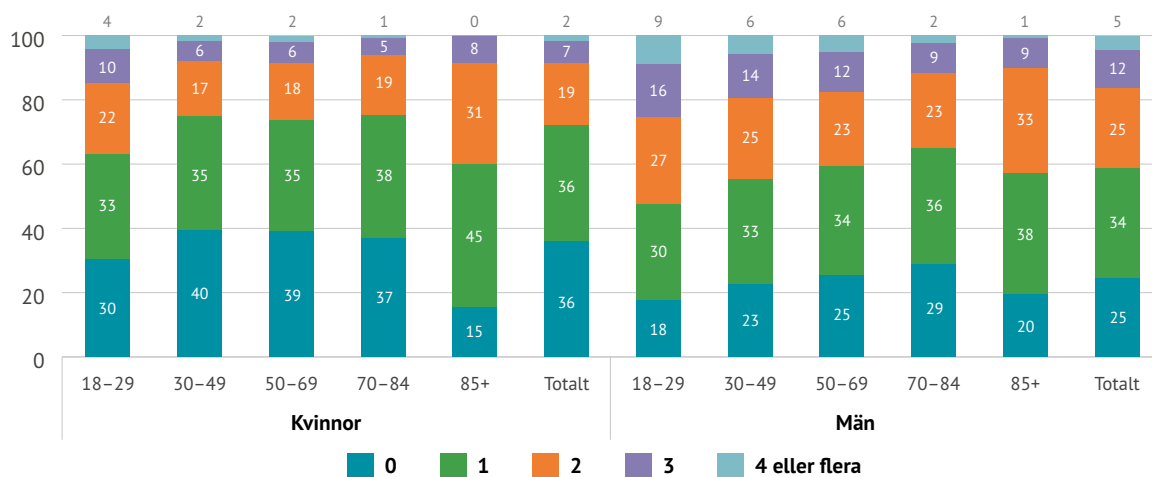
Flera ohälsosamma levnadsvanor

Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor medför inte bara att risken som de enskilda levnadsvanorna innebär läggs ihop, utan risken av flera ohälsosamma levnadsvanor blir större än summan för de enskilda levnadsvanorna. Därför benämns vuxna med flera ohälsosamma levnadsvanor som personer med särskild risk.

Bakomliggande analys visar att andelen som skattar sin allmänna hälsa som bra eller mycket bra är högst i gruppen utan ohälsosamma levnadsvanor. Därefter minskar andelen med god hälsa i takt med att antalet ohälsosamma levnadsvanor ökar.

Ohälsosamma levnadsvanor

- Riskkonsumtion av alkohol
- Ej fysiskt aktiv 150 minuter i veckan
- Använt narkotika (cannabis eller använt narkotikaklassade läkemedel på annat sätt än läkare ordinerat)
- Äter inte grönsaker eller rotfrukter dagligen
- Är stillasittande mer än 10 timmar per dag
- Har spelat för mer än man har råd att förlora
- Röker dagligen
- Snusar dagligen



Figur 14. Andel (%) 18 år eller äldre med olika antal ohälsosamma levnadsvanor.

Totalt sett är det 31 procent 18 år eller äldre som inte har någon ohälsosam levnadsvana, 25 procent bland män och 36 procent bland kvinnor. Det vanligaste är att ha en ohälsosam levnadsvana, 34 procent bland män och 36 procent bland kvinnor, med undantag för kvinnor i åldersgrupperna 30-49 och 50-69 år där det är vanligast att inte ha någon ohälsosam levnadsvana.

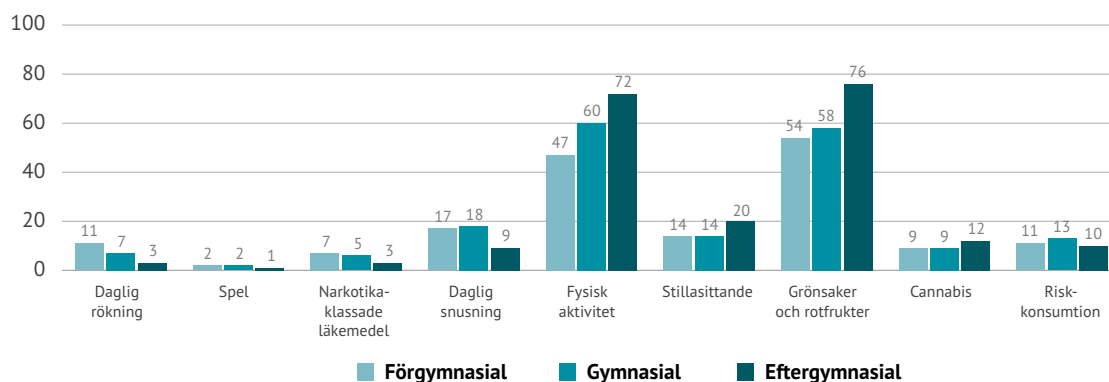
Bland både män och kvinnor är det vanligare att ha fler än två ohälsosamma levnadsvanor i de yngre åldrarna, andelen tenderar att minska med stigande ålder (se figur 14).

Sociala skillnader i levnadsvanor

Levnadsvanor har stor påverkan på såväl den individuella hälsan som på folkhälsan. Hälsosamma

levnadsvanor stärker hälsan och minskar risken för sjukdom. Skillnader i levnadsvanor mellan olika grupper i befolkningen bidrar till ojämlikhet i hälsa.

Skillnader i rökvanor, spelvanor, användning av narkotikaklassade läkemedel, fysisk aktivitet, stillasittande och konsumtion av grönsaker och rotfrukter är större mellan olika utbildningsgrupper jämfört med skillnaderna mellan grupper med olika inkomster och födelseländer. Exempelvis är andelen dagligrökare tre gånger så stor bland de med förgymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial utbildning (se figur 15). Andelen som har spelat för mer än man har råd att förlora, som använt narkotikaklassade läkemedel, som snusar dagligen och som har riskkonsumtion av alkohol är lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning. I samma grupp är det högst andel som är fysiskt aktiva och som konsumerar grönsaker dagligen.

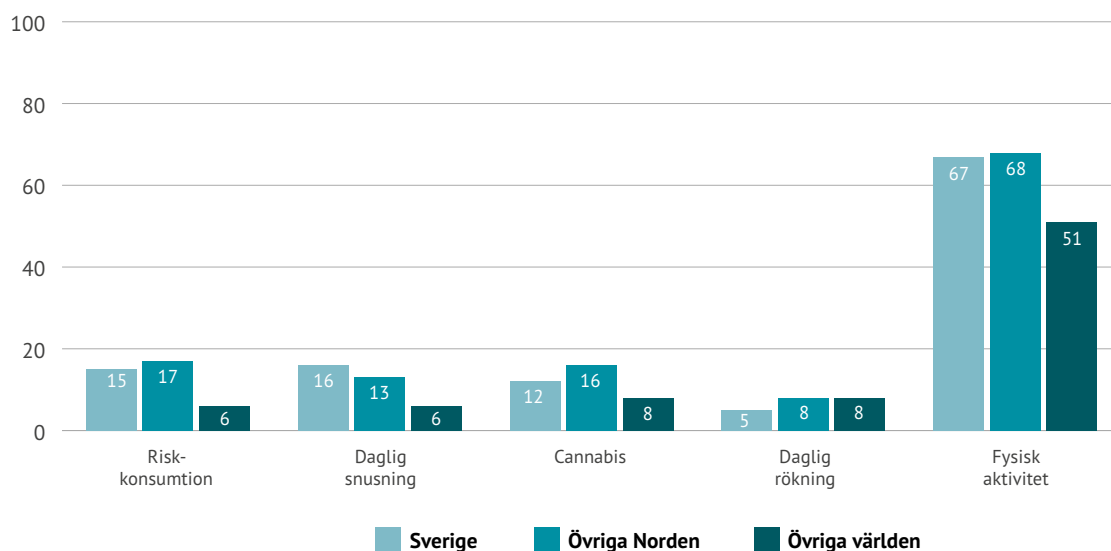


Figur 15. Andel (%) 25 år eller äldre som röker dagligen, har spelat för mer än man har råd att förlora, använt narkotikaklassade läkemedel, snusar dagligen, är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, är stillasittande, äter grönsaker eller rotfrukter dagligen, använt cannabis och har riskkonsumtion av alkohol fördelat på utbildningsnivåer (åldersstandardiserad).

Däremot är andelen stillasittande och som använt cannabis lägre bland personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.

För flera av levnadsvanorna ses även betydande skillnader utifrån ekonomisk standard (ingen figur). Daglig rökning och användande av narkotikaklassade medel är vanligare bland de med låg disponibel inkomst jämfört med medel eller hög inkomst. Andelen som snusar dagligen, har riskkonsumtion av alkohol, är fysiskt aktiva eller konsumerar grönsaker och rotfrukter dagligen är högre bland de med medel eller hög disponibel inkomst jämfört med låg disponibel inkomst.

Det finns även betydande skillnader i levnadsvanor beroende på var man är född. Skillnader i riskkonsumtion av alkohol, daglig snusning och användande av cannabis är större mellan grupper med olika födelseländer än vad skillnaderna är mellan olika utbildnings- och inkomstgrupper. Andelen som har riskkonsumtion av alkohol eller snusar dagligen är omkring dubbelt så stor bland de som är födda i Sverige eller i övriga Norden jämfört med de som är födda i övriga världen (se figur 16). Å andra sidan är andelen dagligrökare större bland de som är födda i övriga Norden eller övriga världen jämfört med svenskfödda, samt att andelen fysisk aktiva är lägst i gruppen som är född i övriga världen.



Figur 16. Andel (%) 18 år eller äldre som har riskkonsumtion av alkohol, snusar dagligen, använt cannabis, röker dagligen och är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, fördelat på födelseland (åldersstandardiserad).

Ekonomiska konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor

Dagens hälsoförhållanden och vårdbehov är till stor del resultat av gårdagens levnadsvanor, livsvillkor och vårdstruktur. Vi vet att ohälsosamma levnadsvanor har samband med många folksjukdomar och därmed är utvecklingen av våra levnadsvanor av särskild betydelse för den framtida ohälsan. Hälsosamma levnadsvanor i befolkningen anses kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten, samt förebygga eller skjuta upp insjuknandet i diabetes. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder fokuserar på fyra levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor. Riktlinjerna indikerar att de rekommenderade åtgärderna sannolikt leder till minskade samhällskostnader på längre sikt.

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

RHS-modellen används här för att skatta hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser vid förändringar av levnadsvanor som är viktiga för hälsan. Förekomst av fyra riskfaktorer som kan beräknas identiskt 2017 och 2022 i CDUST-regionen, används för skattningen: fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet (motionerar mindre än 150 min/vecka) och riskbruk av alkohol.

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 18–84 år: fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet, och riskbruk av alkohol.

Dessutom inkluderas 15 vanliga sjukdomar, innefattande diabetes, hjärtinfarkt och sex olika typer av cancer, där levnadsvanor har visat sig ha betydelse för risken att insjukna. RHS-modellen beräknar de årliga samhällskostnaderna för nya sjukdomsfall (incidens). Detta inkluderar 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

Åldersgrupp	Fetma (%)				Daglig tobaksrökning (%)				Fysisk inaktivitet (%) (motionerar mindre än 150 min/vecka)				Riskbruk av alkohol (%)			
	2017		2022		2017		2022		2017		2022		2017		2022	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
20–44	15	16	17	19	8	6	5	4	32	31	34	30	18	13	18	13
45–64	23	22	26	24	8	9	6	7	36	33	35	33	17	10	17	10
65–84	18	20	19	21	8	7	6	7	39	43	40	45	11	6	11	7

Tabell 2. Riskfaktors förekomst i CDUST-regionen. År 2017 och 2022.

Modellen baseras på uppgifter om befolkningens storlek, samt på förändringar i förekomsten av de fyra riskfaktorerna. Befolkningsdata har hämtats från Statistikmyndigheten SCB medan data om riskfaktors förekomst och förändringar kommer från Liv & hälsa 2017 och Liv & hälsa 2022 (se tabell 2). Resultatet visar att rökning har minskat i alla åldersgrupper medan förekomsten av fetma har ökat samt andel med fysisk inaktivitet har ökat något. Andelen med riskbruk av alkohol har inte förändrats.

I tabell 3 visas skattade förändringar i antalet nyinsjuknande under fem år (2017–2022) på grund av förändringar i förekomst av de fyra riskfaktorerna.

Jämförelserna sker med utgångspunkt från läget år 2017, och avser situationen fem år efter undersökningsperioden 2017, det vill säga år 2022.

Den största ökningen uppstår i antalet nya fall av diabetes vilket beror på en ökad förekomst av fetma och fysisk inaktivitet. Minskningen av daglig tobaksrökning leder till betydligt färre nyinsjuknade, sammanlagt 612 personer, varav mer än två tredjedelar beräknas undvika kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). En marginell ökning i riskbruk av alkohol bland äldre kvinnor avspeglas i en ökad incidens i alkoholrelaterade sjukdomar.

Sjukdomar	Fetma	Daglig tobaksrökning	Fysisk inaktivitet	Riskbruk av alkohol
Diabetes	135	-17	51	
Ischemisk hjärtsjukdom	39	-106	24	
Stroke	2	-8	2	
Lungcancer		-60		
Koloncancer	18	-1	5	2
Bröstcancer	5	-1	4	2
Prostatacancer	2	-4		
KOL		-403	4	
Depression	5	-2	7	1
Höftfraktur		-10	12	1
Alkoholrelaterade sjukdomar				29
Totalt	206	-612	109	35

Tabell 3. Skattad förändring i antalet fall av nyinsjuknande i CDUST-regionen år 2017–2022, baserat på förändring i fyra riskfaktorer.

I tabell 4 presenteras förändringar i förväntade hälso- och sjukvårdskostnader samt kommunala kostnader i CDUST-regionen under fem år, 2017–2022. Kostnaderna grundar sig på förändringar i antal nyinsjuknade i de sjukdomar som ingår i modellen. Minskad förekomst av rökning kan innebära 39 miljoner lägre kostnader, cirka 0,3 procents minskning av de förväntade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Däremot medför den ökade fetman en ökad kostnad på 8 miljoner kronor. Liknande mönster observeras i förändringar av kommunala kostnader när minskad förekomst av daglig rökning resulterar i 19 miljoner lägre kostnader för kommuner.

I resultatet räknas inte summan av skattningarna ihop eftersom riskfaktorer ofta förekommer hos samma personer. Dessutom redovisar skattningarna endast fem års minskningar i insjuknande och relaterade hälso- och sjukvårdskostnader. Mer hälsosamma levnadsvanor i befolkningen påverkar sannolikt sjukligheten under ytterligare år. Förutom förekomsten av de fyra riskfaktorerna kan många andra faktorer påverka insjuknandet i framtiden. Modellen visar hur nyinsjuknande och relaterade kostnader förändras om riskfaktorförekomsten förändras, under förutsättning att allt annat är lika, och ger en uppfattning om hälsoekonomiska effekter av det förebyggande arbetet.

Riskfaktorer	Region (Hälso- och sjukvårdskostnader)		Kommun (Vård- och omsorgskostnader)	
	Förändring i kostnad	Förändring i %	Förändring i kostnad	Förändring i %
Fetma	7 906 000 kr	0,05%	3 551 000 kr	0,03%
Daglig tobaksrökning	-39 840 000 kr	-0,30%	-19 132 000 kr	-0,17%
Fysisk inaktivitet	5 703 000 kr	0,03%	2 971 000 kr	0,02%
Riskbruk av alkohol	1 109 000 kr	0,00%	3 523 000 kr	0,03%

Tabell 4. Skattad förändring i hälso- och sjukvårdskostnader och kommunala kostnader i CDUST-regionen för perioden 2017–2022, baserat på förändring i fyra riskfaktorer mellan 2017 och 2022.

Hälsa

Självskattad hälsa

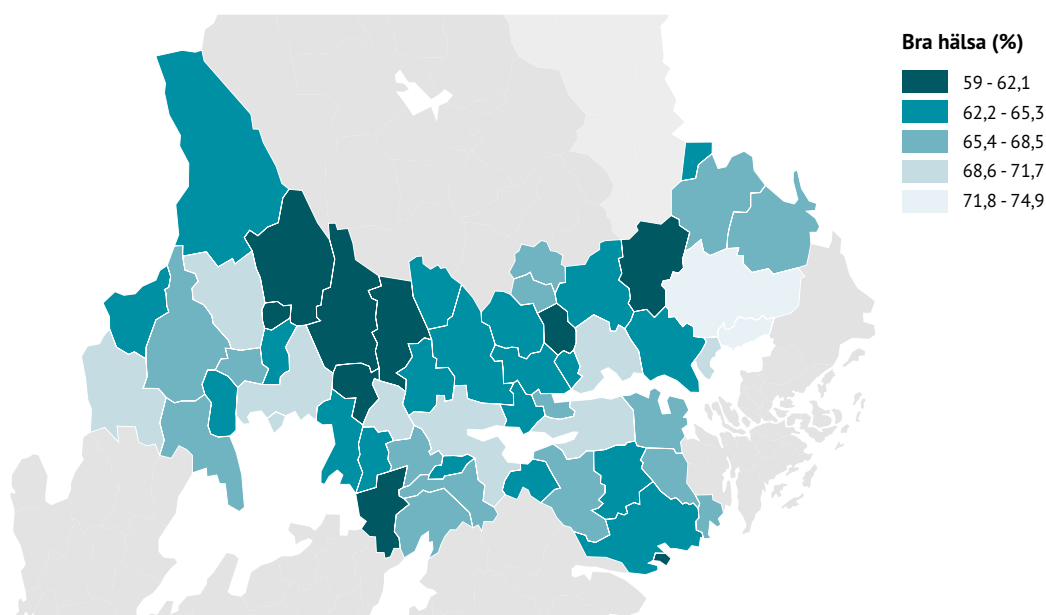
Självrapporterat allmänt hälsotillstånd är ett bra mått på den generella hälsan i en befolkning. Allmänt hälsotillstånd har i en mängd studier visat sig ha ett starkt samband med framtida sjukdom, vårdbehov och dödlighet. Det är också en betydelsefull indikator för att följa hälso-utvecklingen i befolkningen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

Totalt upplever 66 procent av kvinnorna och 71 procent av männen i åldern 18 år eller äldre bra eller mycket bra hälsa. Andelen med bra självskattad hälsa minskar med stigande ålder. Personer med eftergymnasial utbildning har bättre självskattad hälsa än personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning. Samtidigt har personer med låg inkomst sämre självskattad hälsa än personer med medel eller hög inkomst.

I figur 17 framgår att andelen med bra hälsotillstånd varierar stort mellan kommunerna, från 59 till 74 procent. Kommuner med fler yngre och högutbildade invånare har i genomsnitt en högre andel med bra hälsotillstånd än övriga kommuner.

Sett över tid så har den självskattade hälsan legat på ungefär samma nivå sedan 2000.

Syn, hörsel och rörelseförmåga är funktioner som påverkar vardagslivet och där stora svårigheter att klara av saker som till exempel att läsa en dagstidning, att höra vad som sägs i ett samtal eller gå upp för ett trappsteg kan innebära begränsningar i olika aktiviteter. Totalt anger 6 procent i befolkningen att de har nedsatt syn (kan inte utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning utan eller med glasögon), 12 procent upplever nedsatt hörsel (kan inte utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer) och 10 procent har någon form av rörelsehinder. Syn- och hörselnedsättning är lika vanligt förekommande bland kvinnor som bland män. Däremot är rörelsehinder vanligare bland kvinnor än bland män från 50 års ålder och uppåt. Framför allt hörsel och rörelseförmåga påverkas av hög ålder, bland personer 85 år eller äldre upplever en av fyra nedsatt hörsel och sex av tio uppgår rörelsehinder.



Figur 17. Andel (%) med bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, 18 år eller äldre.

Folksjukdomar och värk

Sjukdomar med hög förekomst i befolkningen benämns som folksjukdomar och står för en stor del av sjukdomsburden i Sverige. Några exempel på kroniska sjukdomar är astma, diabetes och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Sedan 2004 har förekomsten av diagnostiserad astma och diabetes varit relativt stabil i den vuxna befolkningen, drygt 9 procent uppger astma och 7 procent uppger diabetes. Förekomsten av KOL är totalt 3 procent i befolkningen. Både diabetes och KOL ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 70–84 år uppger 16 procent av kvinnorna och 21 procent av männen att de har diabetes och 7 procent av kvinnorna och männen svarar att de har KOL. Både diabetes och KOL är vanligare bland dem med förgymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning.

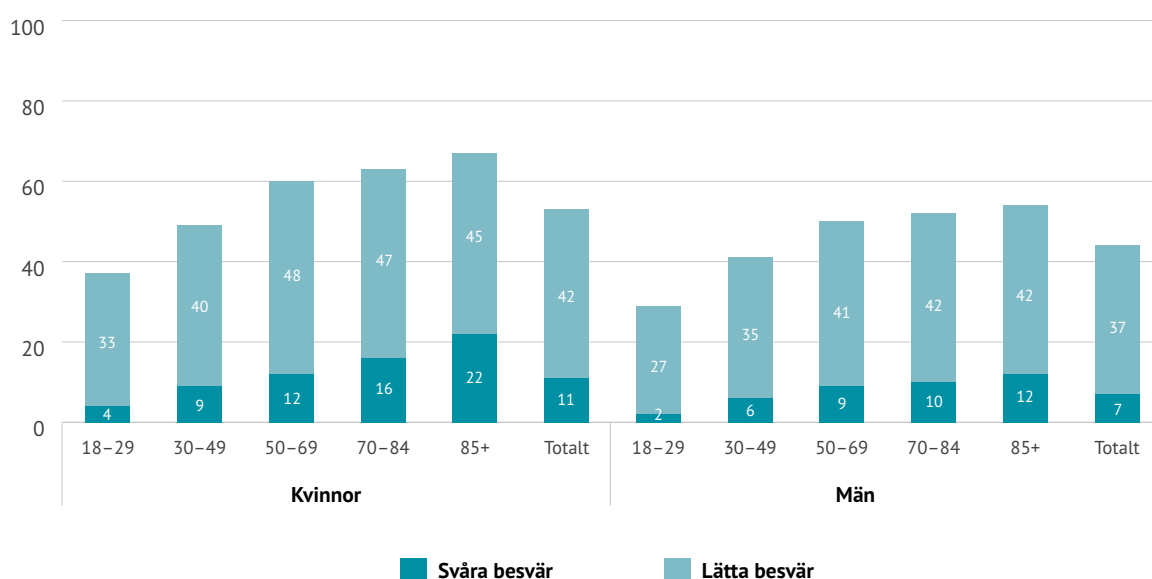
Högt blodtryck är en riskfaktor för bland annat stroke och hjärtsvikt. Totalt uppger 26 procent av befolkningen 18 år eller äldre att de har högt blodtryck. Förekomsten av högt blodtryck ökar med stigande ålder och bland personer 70 år eller äldre har mer än hälften högt blodtryck. Sedan 2004 har andelen med högt blodtryck i åldern 18–84 år ökat med 7 procentenheter bland män, från 17 till

24 procent. Motsvarande ökning hos kvinnor är 3 procentenheter, från 18 till 21 procent. Högt blodtryck förekommer i högre utsträckning hos dem med förgymnasial och gymnasial utbildning än hos dem med eftergymnasial utbildning.

Smärta och värk har en påtaglig effekt på hälsan och är en av de vanligaste orsakerna till både kort- och långvarig sjukskrivning. Hälften av den vuxna befolkningen i CDUST-regionen uppger att de har ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias och för en av tio är besvären svåra (se figur 18). Andelen med värk ökar med stigande ålder och är mer förekommande hos kvinnor än hos män. Det är fler personer med förgymnasial utbildning än med eftergymnasial utbildning som besväras av olika typer av värk i rörelseorganen.

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets normala motgångar. Psykisk hälsa är mer än frånvaro av psykisk ohälsa, vilket idag ofta används som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom.



Figur 18. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias, kvinnor och män, 18 år eller äldre.

Gott psykiskt välbefinnande (SWEMWBS)

Frågeinstrumentet SWEMWBS (Short version of the Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale) innehåller sju påståenden om hur man upplevt sin situation de senaste 2 veckorna. Gott psykiskt välbefinnande räknas som de cirka 85 procent som har en högre poäng i befolkningen (för mer information se www.folkhalsomyndigheten.se).

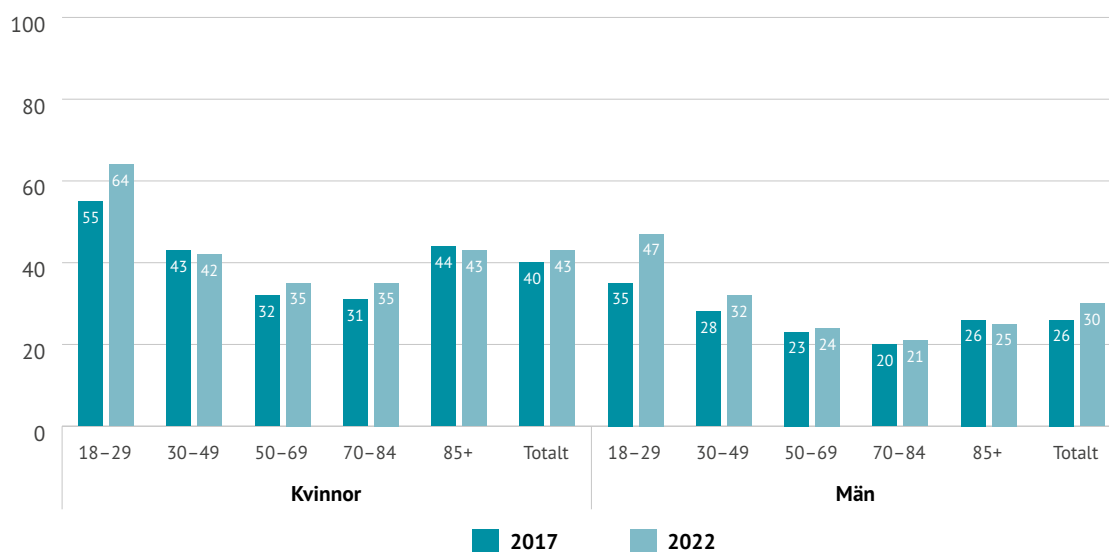
Andelen med gott psykiskt välbefinnande, mätt med SWEMWBS (se faktaruta), är 82 procent bland kvinnor och 84 procent bland män. Andelen med gott psykiskt välbefinnande är lägst i åldersgruppen 18–29 år och högst i åldersgruppen 70–84 år.

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

Psykiska besvär är vanligare bland kvinnor än bland män. Ängslan, oro eller ångest är vanligast förekommande bland yngre kvinnor, där 64 procent anger att de har lätta eller svåra besvär. Totalt anger 43 procent av kvinnorna och 30 procent av männen att de har lätta eller svåra besvär. För 8 procent av kvinnorna och för 4 procent av männen är besvaren svåra. Andelen som besvärar av ängslan, oro eller ångest har ökat sedan 2017, ökningen har varit speciellt stor bland unga kvinnor och män (se figur 19).

Kvinnor rapporterar även i högre grad nedstämdhet, sömnsvårigheter, stress, diagnostiserad depression och diagnostiserad ångestsyndrom än män (se tabell 5). Andelen med dessa besvär och sjukdomar är högst bland yngre kvinnor 18–29 år, förutom för sömnbesvär där andelen är högst (55 %) bland kvinnor i åldern 85 år eller äldre.

Psykiska besvär är starkt kopplade till ekonomin. Till exempel uppger 51 procent av personer med



Figur 19. Andel (%) med ängslan, oro eller ångest (lätta eller svåra besvär) uppdelat på ålder och kön, 2017 och 2022.

	Kvinnor	Män	Totalt
Nedstämdhet (lätta eller svåra besvär)	35	27	31
Sömnsvårigheter (lätta eller svåra besvär)	43	33	38
Känner sig ganska eller väldigt mycket stressad	18	11	15
Diagnostiserad depression	10	7	9
Diagnostiserad ångestsyndrom	12	6	9

Tabell 5. Andel (%) med nedstämdhet, sömnsvårigheter, stress, diagnostiserad depression och diagnostiserad ångestsyndrom uppdelat på kön, 18 år eller äldre.

låg disponibel inkomst att de besvärar av ångslan, oro eller ångest jämfört med 37 procent i gruppen med medel eller hög disponibel inkomst. Skillnaderna mellan utbildningsnivåerna samt utifrån födelseland är mindre. Även depression och ångestsyndrom är betydligt vanligare bland personer med låg inkomst jämfört med gruppen med medel eller hög inkomst.

Totalt 14 procent av kvinnorna och 12 procent av männen anger att de någon gång allvarligt övervägt att ta sitt liv. Andelen är högst i den yngsta åldersgruppen 18–29 år där 27 procent av kvinnorna och 23 procent av männen anger att de övervägt att ta sitt liv. Andelen är också betydligt högre bland personer med låg disponibel inkomst (25 %) än bland personer med medel eller hög disponibel inkomst (14 %). Totalt 3 procent anger att de under de senaste tolv månaderna allvarligt övervägt att ta sitt liv.

Oro för Covid-19

Med anledning av coronapandemin ställdes några frågor om oro för Covid-19 i enkäten.

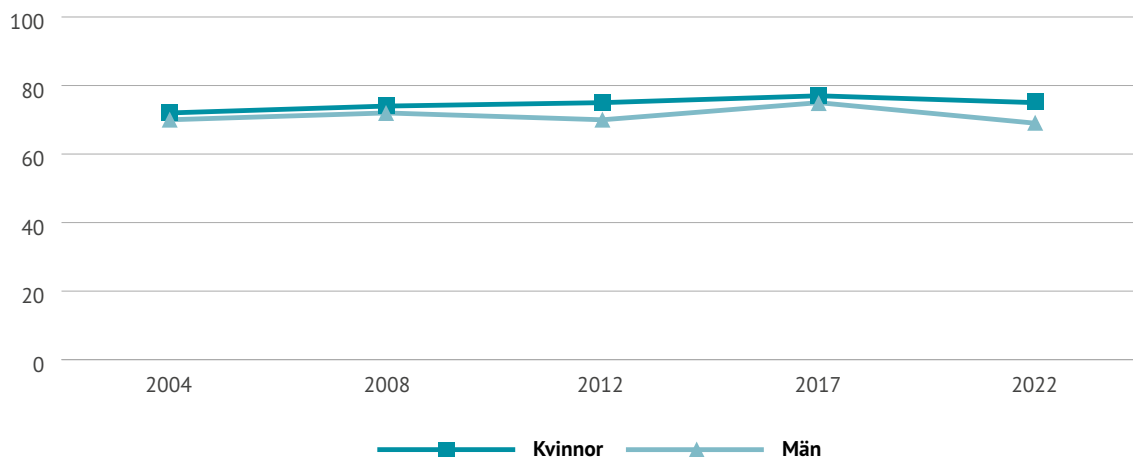
Under de senaste tolv månaderna har en av tio i befolkningen 18 år eller äldre varit ganska mycket eller väldigt mycket orolig för att själv bli sjuk i Covid-19. Det är fler kvinnor än män som känt sig oroliga för att bli allvarligt sjuka. Att ha varit orolig för att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19 är vanligare bland personer födda i övriga världen än bland dem som är födda i Sverige.

Var tredje kvinna och var femte man anger att de under de senaste tolv månaderna har varit ganska mycket eller väldigt mycket oroliga för att någon närstående ska bli allvarligt sjuk i Covid-19. Att ha känt oro för någon närstående är vanligast i den yngsta åldersgruppen 18–29 år, 41 procent bland kvinnor och 23 procent bland män.

Tandhälsa

Tandhälsan speglar ofta det allmänna hälsotillståndet eftersom den är starkt förknippad med faktorer som både påverkar och påverkas av andra hälsoaspekter, såsom levnadsvanor, vårdutnyttjande, ekonomiska förutsättningar och kunskaper om hälsa. Tandhälsan i CDUST-regionen är generellt sett bra. Totalt upplever 75 procent av kvinnorna och 69 procent av männen 18 år eller äldre att de har ganska bra eller mycket bra tandhälsa. I den äldsta åldersgruppen, 85 år eller äldre, är andelen som upplever bra tandhälsa något lägre jämfört med övriga åldersgrupper. För första gången sedan 2004 har tandhälsan haft en negativ utveckling i befolkningen som helhet. Det är framför allt bland män där andelen med bra tandhälsa har minskat, från 75 procent år 2017 till 69 procent år 2022 (se figur 20).

Skillnader i tandhälsa mellan olika grupper är påtagliga. Bland annat är det skillnader i tandhälsa mellan personer med olika utbildningsbakgrund, ju längre utbildning desto fler har bra tandhälsa. Det är också skillnader i tandhälsa utifrån födelseland,



Figur 20. Andel (%) med ganska bra eller mycket bra tandhälsa 18–84 år (åldersstandardiserad), 2004–2022.

en lägre andel personer födda i övriga världen skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket bra (63 %) jämfört med personer födda i Sverige (74 %). Motsvarande skillnader gäller även för inkomstgrupper där färre personer med låg disponibel inkomst har bra tandhälsa (63 %) än bland dem med medel eller hög disponibel inkomst (74 %).

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma (även kallat obesitas) ökar risken för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar och orsakar en stor del av sjukdomsburden i Sverige. Övervikt och framför allt fetma ökar risken för exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, sjukdomar i rörelseapparaten och vissa cancerformer. Övervikt och fetma påverkas av såväl våra livsvillkor och levnadsvanor som vårt arv. Under de senaste decennierna har vår livsmiljö blivit alltmer "obesogen". Detta innebär en fysisk och social miljö som uppmuntrar överkonsumtion av mat och minskad rörelse, vilket bidrar till ökad fetma i befolkningen.

Kroppsmasseindex (Body Mass Index, BMI) uttrycker en relation mellan längd och vikt, och är ett vanligt använt mått att klassificera undervikt, övervikt och fetma bland vuxna (se faktaruta). År 2022 har mer än hälften av befolkningen 18 år eller äldre övervikt (37 %) eller fetma (20 %).

Andelen vuxna 18–79 år med fetma har nästan fördubblats under perioden 2000–2022, från 11 till 21 procent (se figur 21). Fetma är lika vanligt förekommande bland kvinnor som bland män. Andelen med fetma ökar gradvis med stigande ålder för att vara som högst bland 50–69 åringar, därefter minskar andelen med fetma igen.

Det finns även skillnader i BMI mellan olika socioekonomiska grupper. Till exempel är fetma vanligare bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning, 28 respektive 24 procent, än bland dem med eftergymnasial utbildning (16 %).

Mer än hälften av befolkningen i CDUST-regionen svarar att de vill gå ner i vikt. Det är något vanligare bland kvinnor än bland män att vilja gå ned i vikt, trots att det är fler män än kvinnor som har övervikt.

Undervikt, det vill säga ett BMI under 18,5, är relativt ovanligt, knappt 2 procent av befolkningen har undervikt. Undervikt är vanligast förekommande bland unga kvinnor i åldern 18–29 år.

Body Mass Index (BMI)

BMI Body Mass Index beräknas med följande formel:

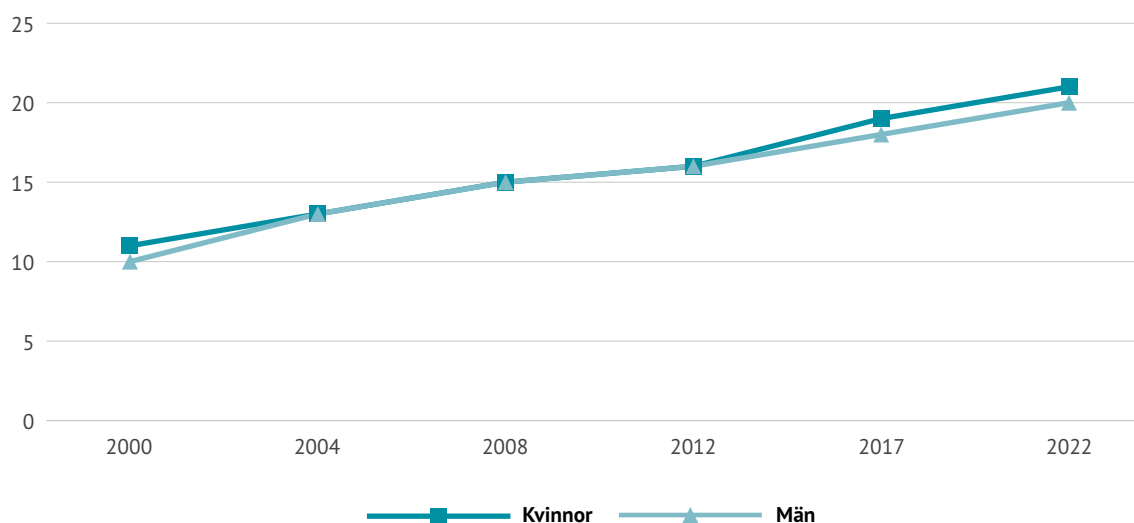
$BMI = \text{vikt (kg)} / (\text{längd (m)} \times \text{längd (m)})$

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



Figur 21. Andel (%) 18–79 år med fetma (åldersstandardiserad), 2000–2022.

Kontakter med vården

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av de nationella målområdena för folkhälsa för att uppnå en god och jämlik hälsa. Hälso- och sjukvård har en särskild roll som direkt påverkar hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser.

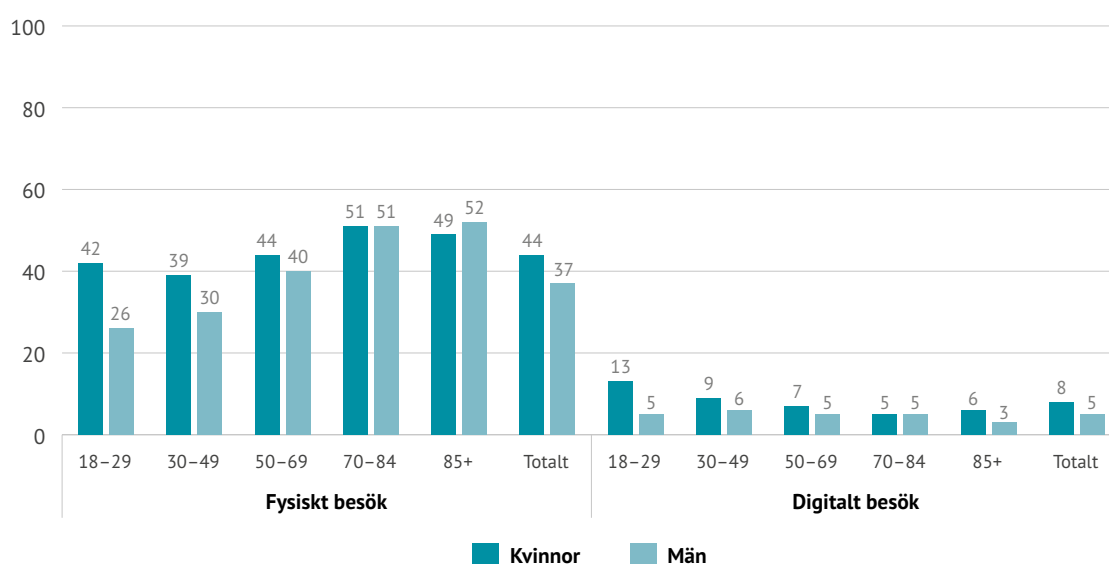
Besökt vården under de senaste tre månaderna

Totalt anger 44 procent av vuxna i CDUST-regionen att de besökt vården för egna besvär eller sjukdom under de senaste tre månaderna. De allra flesta besöker vården fysiskt men 7 procent anger att de gjort ett eller flera digitala besök (videosamtal eller telefonsamtal).

Av kvinnorna är det 48 procent som angett de besökt vården, jämfört med 40 procent av männen. Bland de olika åldersgrupperna är andelarna för

kvinnor snarlika, med en något högre andel i de äldre grupperna när det gäller fysiska besök (se figur 22). För männen är skillnaderna mellan åldersgrupperna större, där betydligt fler äldre än yngre gjort fysiska besök. Digitala besök är vanligast bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen men det finns inga större skillnader mellan åldersgrupperna bland män.

62 procent av de som anger att de har någon långvarig sjukdom har besökt vården den senaste tre månaderna (både fysiska och digitala besök), att jämföra med 31 procent bland de som inte har någon långvarig sjukdom. Det är små skillnader i andelen som besökt vården mellan de som är födda i Sverige (44 %), övriga Norden (50 %), och i övriga världen (41 %). Det är också små skillnader mellan olika utbildningsnivåer, både när det gäller fysiska och digitala besök.



Figur 22. Andel (%) som anger att de besökt vården för egna besvär under de senaste tre månaderna uppdelat på kön och ålder.

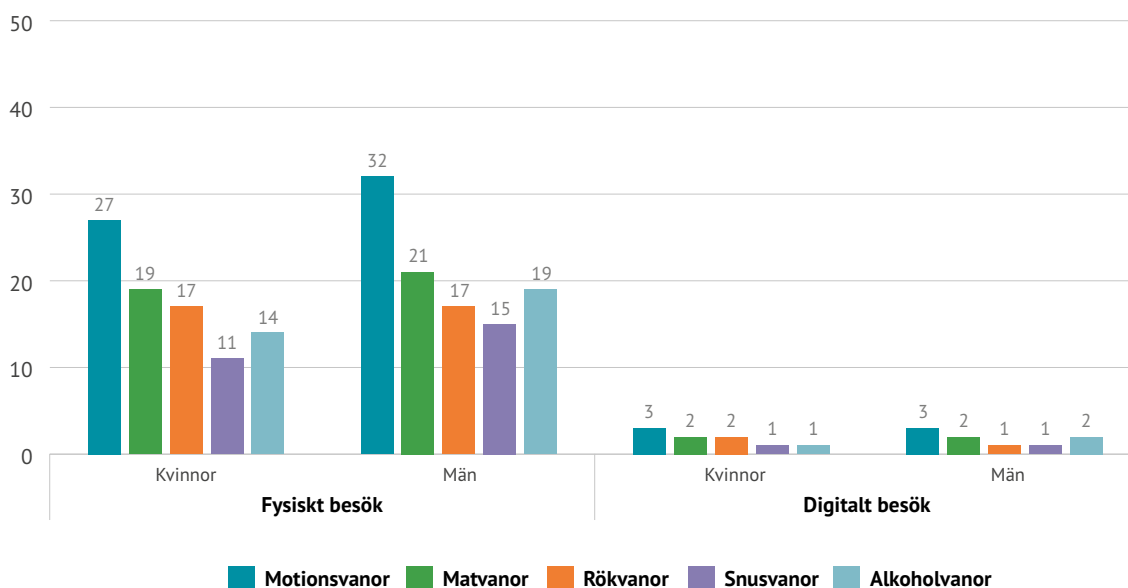
Diskuterat levnadsvanor vid vårdbesök

Av de som besökt vården de senaste tre månaderna är det totalt 42 procent som anger att de diskuterat levnadsvanor vid sitt/sina besök. Det är något vanligare bland män än bland kvinnor, samt bland yngre än bland äldre.

Det är mycket vanligare att diskutera levnadsvanor vid fysiska vårdbesök än vid digitala vårdbesök (se figur 23). Det vanligaste är att diskutera motionsvanor (30 %) och matvanor (20 %) vid fysiska besök. Vid digitala besök är det 3 procent som diskuterat motionsvanor och 2 procent som diskuterat matvanor.

Avstått vårdbesök av ekonomiska skäl

Under de senaste tre månaderna har totalt 2 procent i CDUST-regionen avstått från sjukvårdsbesök av ekonomiska skäl. Det är lika stor andel som angett att de avstått från läkemedelsuttag. Det är fler som avstått tandvårdsbesök, 7 procent, både bland män och kvinnor. En högre andel personer i åldern 30–69 år har avstått tandvårdsbesök (9 %) jämfört med yngre (6 %) eller äldre (4 %). Detta kan till viss del bero på att tandvårdsbesök är avgiftsfria upp till 23 års ålder och tandvårdsbidraget är högre för personer i åldern 24–29 år samt för gruppen 65 år eller äldre.



Figur 23. Andel (%) av dem som besökt vården (fysiskt eller digitalt) de senaste tre månaderna som angett att de diskuterat sina levnadsvanor vid sitt/sina besök.

Den goda men ojämlika hälsan

Livsvillkor såsom social och ekonomisk trygghet har stor betydelse för levnadsvanor och hälsa. Som individer har vi olika möjligheter att själva påverka våra förutsättningar för en god hälsa och hälsosamma levnadsvanor. Genom att stärka befintliga skyddsfaktorer och reducera eventuella riskfaktorer skapas förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Livsvillkoren och levnadsvanorna har samband med vår hälsa

Omkring sju av tio kvinnor och män 18 år eller äldre skattar sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra (har god hälsa). Dessa andelar varierar emellertid mycket beroende på hur tillvaron ser ut för individen.

Vi har tidigare i rapporten visat hur andelen med god hälsa varierar mellan olika åldersgrupper. Genom åldersstandardisering har vi i figur 24 tagit hänsyn till detta för att studera skillnader i hälsa i grupper med olika livsvillkor och levnadsvanor oberoende av gruppernas åldersfördelning.

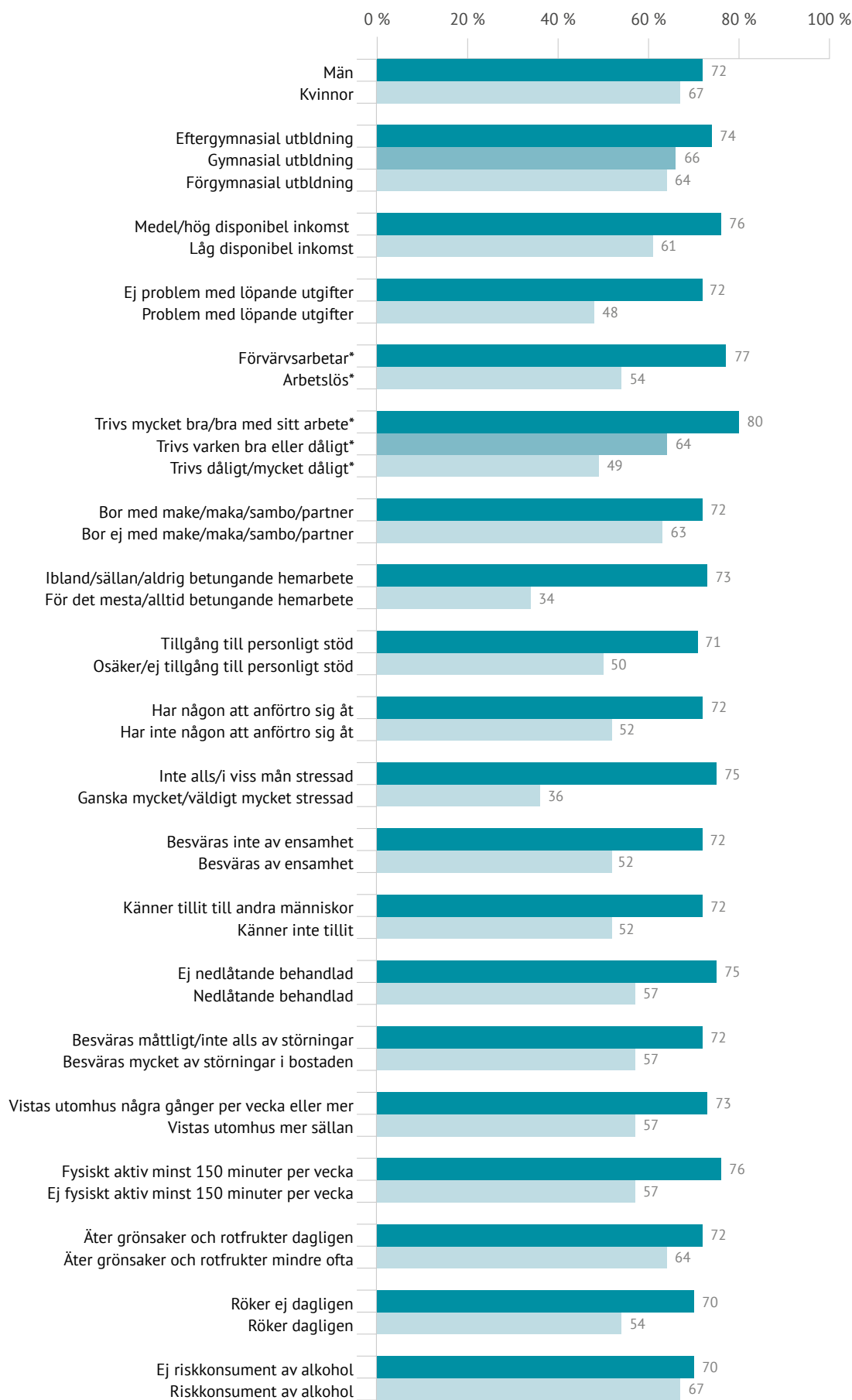
Förutom att skillnaden i andel med god hälsa kvarstår mellan kvinnor och män, finns också ett tydligt mönster för socioekonomiska skillnader i hälsa. Det är vanligare med god hälsa bland personer med högre utbildningsnivå, medel till hög disponibel inkomst samt bland de som inte haft problem med löpande utgifter jämfört med de som har lägre utbildningsnivå, låg disponibel inkomst (<60 % av rikets medianinkomst) eller haft problem med löpande utgifter. Exempelvis är det drygt sju av tio (72 %) som har god hälsa bland personer som inte haft problem med löpande utgifter de senaste tolv månaderna medan knappt fem av tio (48 %) som haft problem uppger att de har god hälsa.

Det är även betydligt vanligare med god hälsa bland förvärvsarbetande jämfört med personer som är arbetslösa. Högst andel, 80 procent, med god hälsa återfinns bland förvärvsarbetande 18–69 år som trivs med sitt arbete. Detta kan jämföras med de förvärvsarbetande som trivs mindre bra där andelen med god hälsa är 49–64 procent.

Faktorer kopplat till personliga relationer har ett starkt samband med hälsan. Bland de som bor med en partner, har tillgång till personligt stöd vid händelse av praktiska problem eller sjukdom, har någon att anförtro sig åt samt känner tillit till andra människor är det drygt sju av tio som har god hälsa. Bland de som saknar dessa skyddsfaktorer är det betydligt lägre andel med god hälsa. Bland personer som besvärar sig av ensamhet eller har blivit nedlåtande behandlade är det mindre vanligt med god hälsa jämfört med de som saknar dessa riskfaktorer.

Andelen med god hälsa är även betydligt lägre bland de som upplever hemarbetet som betungande, känner sig mycket stressade respektive besvärar sig mycket av störningar i eller i närheten av bostaden i relation till de som inte besvärats av dessa riskfaktorer.

Det är vanligare med god hälsa bland de som vistas utomhus i grönområden minst några gånger per vecka, är fysiskt aktiva samt äter grönsaker eller rotfrukter dagligen jämfört med de som inte gör det. Det omvända gäller att det är mindre vanligt med gott allmänt hälsotillstånd bland de som är dagligrökare eller är riskkonsumenter av alkohol i relation till de som inte är det.



Figur 24. Andel med god hälsa (bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd) uppdelat på grupper med olika livsvillkor och levnadsvanor (åldersstandardiserade andelar, 18 år eller äldre respektive *18–69 år).

De starkaste skydds- och riskfaktorerna

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

För att studera samband mellan olika skydds- och riskfaktorer och allmänt hälsotillstånd har så kallade logistiska regressionsanalyser genomförts (se faktaruta sida 32). I figur 25 illustreras sambanden mellan alla studerade 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 det självskattade allmänna hälsotillståndet. Faktorerna är rangordnade efter hur starkt sambandet är.

Den skyddsfaktor som har starkast samband med god hälsa är att trivas med sitt arbete (bland förvärvsarbetande 18–69 år). De som trivs mycket eller ganska bra med sitt nuvarande arbete respektive är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka har nära tre gånger så högt odds att ha god hälsa i jämförelse med de som inte trivs lika bra respektive är fysiskt inaktiva. Andra starka skyddsfaktorer är att: känna sig säker och trygg i bostadsområdet, känna tillit till andra människor, ha någon att anförtro sig åt, vistas utomhus i grönområden minst någon gång i veckan samt att ha tillgång till personligt stöd. De som har dessa skyddsfaktorer har mer än dubbelt så högt odds att ha god hälsa i relation till de som inte har skyddsfaktorn.

De starkaste riskfaktorerna är att: vara mycket stressad, uppleva hemarbetet som betungande, besväras av ensamhet och isolering samt att ha svårigheter med löpande utgifter. Personer som har dessa riskfaktorer har omkring 70–84 procents lägre odds att ha en god hälsa i jämförelse med de som inte har den studerade riskfaktorn.



- Stressad
- Betungande hemarbete
- Besväras av ensamhet
- Ekonomisk stress
- + Trivs med sitt arbete*
- + Fysiskt aktiv minst 150 min/vecka
- Arbetslös, i åtgärd eller permitterad
- + Säker och trygg i bostadsområdet
- + Tillit till andra människor
- + Någon att anförtro sig åt
- + Vistas i grönområden varje vecka
- Nedlåtande behandlad
- + Tillgång till personligt stöd
- Röker dagligen
- Besväras av störningar i bostaden
- + Äter grönsaker och rotfrukter dagligen
- + Bor med make/maka/partner/sambo
- Avstår ibland att gå ut ensam av rädsla
- + Minst gymnasial utbildning

Figur 25. Illustration av sambandet mellan skyddsfaktorer (+) respektive riskfaktorer (-) och att ha bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd justerat för kön och ålder. Skyddsfaktorerna har ett positivt samband och riskfaktorerna har ett negativt samband med god hälsa. Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

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.

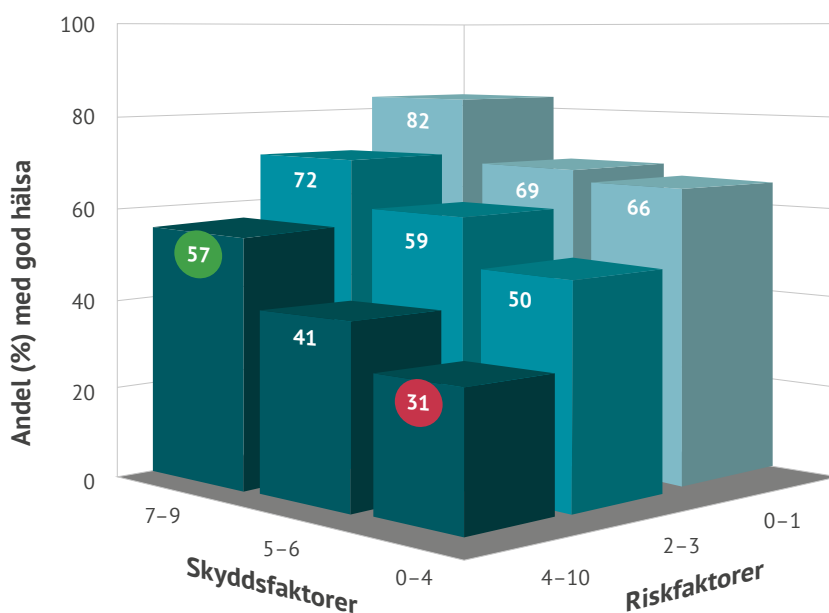
I detta avsnitt är utfallsmåttet att ha bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. Sambandet mellan hälsan och varje skydds- respektive riskfaktor har studerats separat med kön och ålder som kontrollerade bakgrundsfaktorer.

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 de som har faktorn än de 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. I figur 25 markeras en skyddsfaktor med (+) och en riskfaktor med (-). Oddskvoter för studerade skydds- och riskfaktorer anges i slutet av rapporten i bilaga 1.

Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa

Det finns ett mycket starkt statistiskt samband mellan antal skyddsfaktorer och hälsa. Det vill säga, ju fler skyddsfaktorer desto vanligare med att skatta sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. I figur 26 illustreras sambandet mellan olika skydds- och riskfaktorer och god hälsa. Totalt är det 9 skyddsfaktorer och 10 riskfaktorer som visat ett statistiskt säkerställt samband med hälsan bland de svarande 18 år eller äldre och dessa är inkluderade i analysen.

I gruppen som har flest antal riskfaktorer (4 eller fler) varierar exempelvis andelen med god hälsa från 31 procent bland personer med få skyddsfaktorer (4 eller färre) upp till 57 procent för de med flest skyddsfaktorer (7 eller fler). Det vill säga att bland de som har flest riskfaktorer är det mer än dubbelt så vanligt med god hälsa bland de med flest skyddsfaktorer jämfört med de som har minst antal skyddsfaktorer trots ett relativt stort antal riskfaktorer. Detta mönster upprepar sig sedan för de övriga grupperna som har färre riskfaktorer.



Figur 26. Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra uppdelat efter antal skydds- och riskfaktorer, 18 år eller äldre.

Skyddsfaktorer och riskfaktorer

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

- trivas mycket eller ganska bra med sitt nuvarande arbete (endast förvärvsarbetande 18–69 år, ej med i figur 26)
- vara fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka
- känna sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot i området där man bor
- anse att man i allmänhet kan lita på de flesta människor
- ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtra sig åt
- vistas utomhus i park, natur- eller grönområden minst några gånger per vecka
- har alltid tillgång till personligt stöd vid praktiska problem eller sjukdom
- äta grönsaker och rotfrukter minst en gång per dag
- bo tillsammans med make/maka/partner/sambo
- ha minst gymnasial utbildning

De riskfaktorer som används är att:

- känna ganska/väldigt mycket stress
- uppleva hemarbetet för det mesta eller alltid betungande
- besväras av ensamhet och isolering
- ha svårigheter att klara löpande utgifter under de senaste tolv månaderna (ekonomisk stress)
- vara arbetslös, i arbetsmarknadsåtgärd eller permitterad (endast 18–69 år, ej med i figur 26)
- ha blivit nedlåtande behandlad under de tre senaste månaderna
- röka dagligen
- besväras av störningar i eller närheten av bostaden (index 7 frågor: buller eller andra ljud från trafik; buller eller andra ljud från vägarbete, renhållning eller liknande; grannar; fukt och/eller mögel; dålig inomhusluft; bilavgaser; andras tobaksrök)
- ibland/ofta avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad
- snusa dagligen (snus som innehåller tobak eller tobaksfritt nikotinsnus)
- vara riskkonsument av alkohol

Bilaga

Skyddsfaktorer	OR	1/OR
Trivs mycket eller ganska bra med sitt nuvarande arbete (förvärvsarbetande 18-69 år)	2,90	0,35
Fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka	2,70	0,37
Säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot i området där man bor	2,38	0,42
Anser att man i allmänhet kan lita på de flesta människor	2,35	0,43
Har någon att dela sina innersta känslor med och anförtrö sig åt	2,32	0,43
Vistas utomhus i park, natur- eller grönområden minst några gånger per vecka	2,31	0,43
Har alltid tillgång till personligt stöd vid praktiska problem eller sjukdom	2,07	0,48
Äter grönsaker och rotfrukter minst en gång per dag	1,46	0,68
Bor tillsammans med make/maka/partner/sambo	1,46	0,69
Minst gymnasial utbildning	1,39	0,72
Risikfaktorer	OR	1/OR
Känner ganska eller väldigt mycket stress	0,16	6,21
Upplever för det mesta eller alltid att hemarbetet är betungande	0,17	5,81
Besvär av ensamhet och isolering	0,29	3,46
Har svårigheter att klara löpande utgifter under de senaste tolv månaderna (ekonomisk stress)	0,33	3,00
Arbetslös, i arbetsmarknadsåtgärd eller permitterad (18-69 år)	0,42	2,40
Nedlåtande behandlad under de tre senaste månaderna	0,45	2,24
Röker dagligen	0,49	2,06
Besväras av störningar i eller i närheten av bostaden (index 7 frågor, se faktaruta sida 33)	0,54	1,84
Avstår ibland eller ofta att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad	0,71	1,40
Snusar dagligen (snus som innehåller tobak eller tobaksfritt nikotinsnus)	0,75	1,33
Risikkonsument av alkohol	0,89	1,12

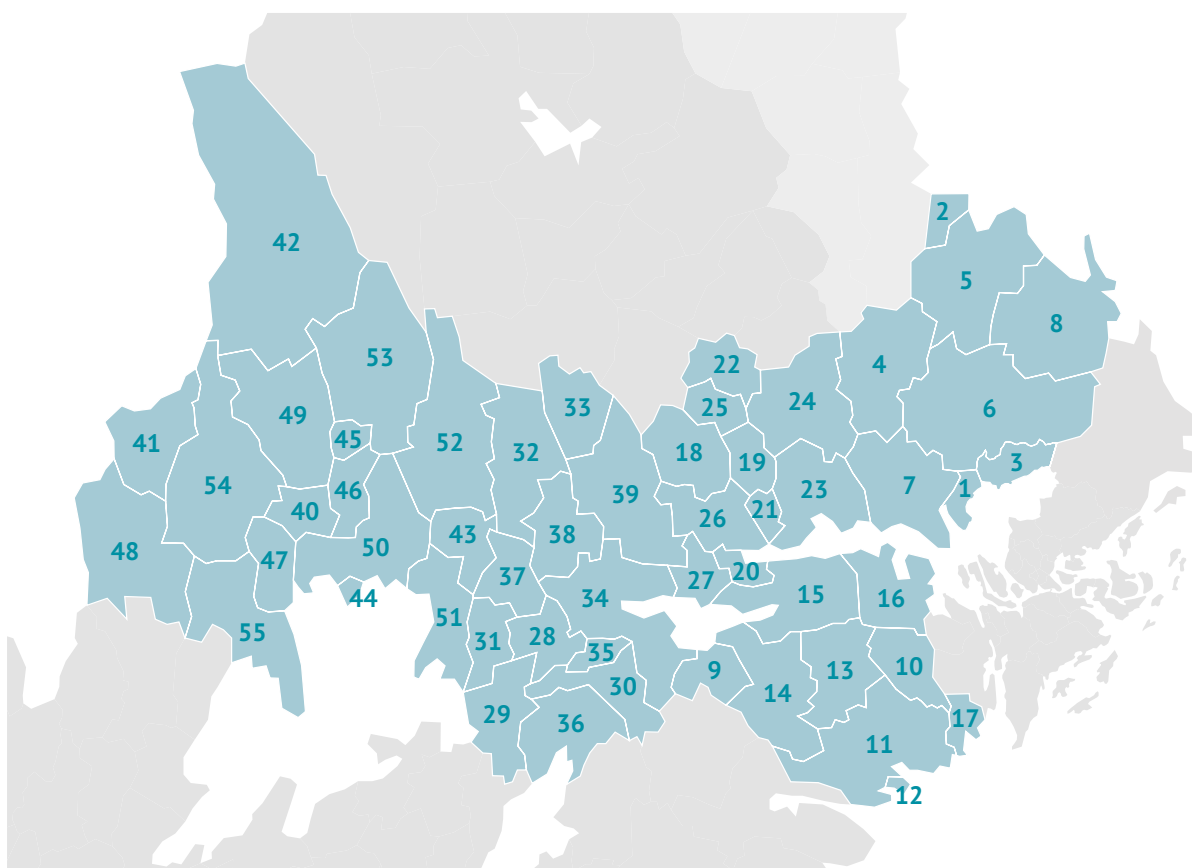
Bilaga 1. Oddsquoter (OR) och inverterade Oddsquoter (1/OR) för skydds- och riskfaktorer för att bedöma sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra justerat för kön och ålder. Riskfaktorer har ett negativt samband och skyddsfaktorer har ett positivt samband med att må bra. För att möjliggöra jämförelse i det statistiska sambandet kan en inverterad oddsquot för en riskfaktor jämföras med oddsquoten för en skyddsfaktor och vice versa. (För tolkning av oddsquoter se faktaruta s. 32.)

Kommunöversikt

	Folkmängd 2021	Andel 75 år eller äldre 2021	Andel utrikes födda 2021	Andel med minst efter- gymnasial utbildning 2021	Andel förvärvsarbetande 25-64 år 2021
	Antal	%	%	%	%
Lekeberg	8 603	10	7	36	87
Laxå	5 582	14	18	24	78
Hallsberg	16 196	11	16	28	82
Degerfors	9 534	14	16	24	77
Hällefors	6 849	15	21	23	75
Ljusnarsberg	4 604	15	18	22	74
Örebro	156 987	9	19	47	81
Kumla	22 144	10	14	34	84
Askersund	11 534	14	9	26	85
Karlskoga	30 437	13	17	33	81
Nora	10 721	14	14	35	82
Lindesberg	23 601	13	15	29	81
Örebro län	306 792	11	17	39	81
	Antal	%	%	%	%
Skinnskatteberg	4 371	14	18	25	77
Surahammar	10 099	13	20	25	82
Kungsör	8 787	12	19	30	80
Hallstahammar	16 608	12	20	30	82
Norberg	5 714	13	15	25	79
Västerås	156 838	10	24	46	81
Sala	22 998	12	15	32	82
Fagersta	13 319	12	27	26	77
Köping	26 133	12	22	29	80
Arboga	14 100	14	15	33	81
Västmanlands län	278 967	11	22	39	81
	Antal	%	%	%	%
Vingåker	9 063	12	16	24	79
Gnesta	11 513	11	17	36	83
Nyköping	57 633	12	21	38	81
Oxelösund	12 132	15	26	28	80
Flen	16 316	14	30	28	74
Katrineholm	34 764	12	25	31	79
Eskilstuna	107 593	10	33	37	77
Strängnäs	38 129	11	21	40	83
Trosa	14 658	12	19	37	85
Södermanlands län	301 801	11	26	36	80
	Antal	%	%	%	%
Håbo	22 344	9	16	35	86
Älvkarleby	9 627	12	15	28	82
Knivsta	19 818	6	15	53	88
Heby	14 303	12	13	26	82
Tierp	21 485	12	13	27	81
Uppsala	237 596	8	22	59	81
Enköping	47 489	10	17	35	84
Östhammar	22 364	13	10	27	86
Uppsala län	395 026	9	19	49	82
	Antal	%	%	%	%
Kil	12 134	12	8	36	84
Eda	8 490	12	28	22	67
Torsby	11 472	15	14	25	80
Storfors	3 948	14	15	22	80
Hammarö	16 765	9	7	55	88
Munkfors	3 680	15	15	21	77
Forshaga	11 606	12	9	35	83
Grums	9 091	13	12	25	79
Årjäng	9 942	13	22	22	71
Sunne	13 355	13	10	31	83
Karlstad	95 408	10	14	51	82
Kristinehamn	24 099	13	14	33	77
Filipstad	10 403	14	18	20	74
Hagfors	11 553	15	15	24	78
Arvika	25 854	14	12	33	80
Säffle	15 396	15	14	27	77
Värmlands län	283 196	12	14	38	80

Uppgifterna avser förhållandena den 31 december för år 2021 enligt den regionala indelning som gäller den 1 januari året efter.

Återstående medellivslängd vid 0 år, 2017-2021			Sammanräknad förvärvsinkomst (medianinkomst) i kr, 25-64 år, 2020	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Lekeberg	79,80	85,76	403 959	318 593
Laxå	80,32	84,54	359 897	302 733
Hallsberg	79,49	82,93	376 584	302 108
Degerfors	79,93	83,44	379 315	304 063
Hällefors	78,98	83,09	347 970	283 857
Ljusnarsberg	77,50	82,83	342 587	272 083
Örebro	80,95	85,11	377 549	322 936
Kumla	81,81	83,91	394 970	316 095
Askersund	80,88	84,40	406 654	309 148
Karlskoga	80,16	83,06	389 654	323 468
Nora	79,38	84,81	383 236	313 500
Lindesberg	80,86	84,20	375 016	310 565
Örebro län	80,52	84,39	380 320	316 900
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Skinnskatteberg	79,56	82,52	360 059	303 445
Surahammar	78,57	83,56	384 822	308 236
Kungsör	81,17	84,22	376 817	304 108
Hallstahammar	80,49	84,19	374 457	309 685
Norberg	77,89	83,27	384 413	300 822
Västerås	80,87	84,57	393 665	324 646
Sala	80,50	83,69	372 144	303 792
Fagersta	79,78	83,69	392 427	305 785
Köping	79,53	83,80	382 291	302 831
Arboga	79,29	84,12	377 440	300 912
Västmanlands län	80,36	84,19	386 259	315 676
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Vingåker	79,17	82,66	365 388	295 182
Gnesta	80,80	83,88	393 389	317 865
Nyköping	81,24	84,41	388 125	322 924
Oxelösund	77,81	83,47	392 490	300 080
Flen	79,49	84,02	348 514	282 905
Katrineholm	80,04	84,01	366 186	304 174
Eskilstuna	79,78	83,08	355 770	306 369
Strängnäs	80,85	84,65	400 847	335 369
Trosa	82,90	85,08	425 325	346 369
Södermanlands län	80,28	83,81	374 409	313 691
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Håbo	81,67	84,13	433 780	349 132
Älvkarleby	80,19	83,47	396 954	300 837
Knivsta	82,74	85,95	453 820	370 679
Heby	80,18	85,05	370 938	291 535
Tierp	79,67	83,98	367 519	293 885
Uppsala	82,11	85,32	387 915	335 490
Enköping	81,43	84,12	396 641	318 191
Östhammar	81,16	84,66	421 105	314 422
Uppsala län	81,67	84,93	395 388	328 819
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Kil	81,12	84,09	393 888	319 736
Eda	77,39	84,46	364 361	284 752
Torsby	80,06	82,78	360 358	311 814
Storfors	81,69	83,93	365 490	299 627
Hammarö	82,15	85,11	458 248	361 108
Munkfors	80,10	84,79	355 764	305 558
Forshaga	80,34	84,44	380 963	311 108
Grums	77,60	83,61	399 867	291 064
Årjäng	80,65	85,28	378 077	306 636
Sunne	80,45	84,54	375 458	303 624
Karlstad	81,47	85,04	384 292	331 275
Kristinehamn	79,46	83,38	363 741	304 441
Filipstad	76,67	82,88	345 785	288 224
Hagfors	78,20	83,10	357 417	297 187
Arvika	79,71	85,24	379 166	308 625
Säffle	80,34	83,50	357 463	283 616
Värmlands län	80,27	84,40	378 707	315 993



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



Region Uppsala

018-611 00 00

www.region uppsala.se/folkhalsa



Region Sörmland

0155-24 50 00

livohalsa@regionsormland.se

<https://utvecklasormland.se/lh2022>



Region Västmanland

Kompetenscentrum för hälsa

021-17 30 00

livohalsa@regionvastmanland.se

www.regionvastmanland.se



Region Värmland

010-831 50 00

www.regionvarmland.se/folkhalsaisiffror



Region Örebro län

Regionkansliet

019-602 10 00

livohalsa@regionorebrolan.se

www.regionorebrolan.se/livohalsa