



Resultat från folkhälsoenkäten

Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2011

Sammanfattning

Avsikten med denna rapport är att beskriva självrapporterad hälsa och levnadsvanor bland invånarna i Västra Götaland, baserad på utfallet från enkätundersökningen "Hälsa på lika villkor" som genomfördes under april – juni 2011 bland befolkningen 16-84 år i Västra Götaland.

I samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statistiska centralbyrån sändes i Västra Götaland ut 96 000 enkäter. Svarefrekvensen var 54 procent.

I rapporten redovisas översiktligt resultaten från undersökningen 2011 och jämförs med motsvarande undersökning 2007. Resultaten redovisas på regional nivå och för hälso- och sjukvårdsnämndsområden.

Självskattad hälsa

Nästan tre av fyra av de som besvarat frågorna upplever att de har en bra eller mycket bra hälsa. En ökning med två procentenheter sedan 2007. Hälsotillståndet varierar emellertid inom regionen och är starkt kopplat till ålder och socioekonomiska förhållanden. Personer med lång utbildning och hög inkomst mår bäst. Andelen med dålig hälsa är dubbelt så vanlig bland personer födda utanför Sverige och bland personer med svag ekonomi, jämfört med de födda i Sverige respektive som har god ekonomi.

Sexton procent av de svarande 2011 har ett nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket är en svag minskning jämfört med 2007. Fortfarande anger var fjärde kvinna 16-29 år ett nedsatt psykiskt välbefinnande, men årets undersökning antyder att den ökande trenden av psykisk ohälsa bland unga kvinnor nu har brutits. Det finns ett starkt samband mellan psykiskt välbefinnande och socioekonomiska faktorer. Arbetslösa och personer med sjuk-/aktivitetsersättning har i högre grad psykiska besvär.

Kvinnor har i högre grad besvär av svår värk än män. Någon form av funktionsnedsättning uppges av var femte person. En av fem rapporterar högt blodtryck. Diabetes rapporteras oftare bland personer födda i övriga Norden än bland övriga svarande.

Tre av fyra upplever sin tandhälsa som bra eller mycket bra, men det finns stora sociala skillnader.

Hälsorelaterade levnadsvanor

Enkäten omfattar frågor om ett antal levnadsvanor som påverkar hälsan: rökning, snusning, riskabla alkoholvanor, fysisk inaktivitet, fetma, dåliga kostvanor, riskabla spelvanor och drogvanor. Var tredje man och var femte kvinna rapporterar två eller fler ohälsosamma levnadsvanor.

Två av tre av de svarande är fysiskt aktiva minst 30 minuter varje dag, och var tredje är aktiv minst 60 minuter dagligen. En av fyra äter lite frukt och grönsaker.

År 2011 var 13 procent av kvinnorna och 12 procent av männen dagligrökare. Det är för kvinnornas del en minskning med tre procentenheter sedan 2007. Könsskillnaden avseende rökning tycks alltså ha försvunnit. Det är framförallt i åldrarna 30-64 år som minskningen skett. Rökning är vanligare bland personer med kort utbildning och bland utlandsfödda.

Sjutton procent av männen och 10 procent av kvinnorna bedöms ha riskabla alkoholvanor, vilket är oförändrat jämfört med 2007. Riskabla alkoholvanor är enligt undersökningen betydligt vanligare bland yngre. I Göteborg Centrum-Väster är andelen med riskabla alkoholvanor högst med 20 procent, vilket är oförändrat jämfört med 2007.

Andelen med övervikt eller fetma är 48 procent; 13 procent av de svarande uppger fetma och 35 procent övervikt. Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor, medan fetma är lika vanligt. Bland männen är mer än hälften överviktiga eller har fetma. Andelen med fetma har ökat med nästan två procentenheter sedan år 2007, både bland män och kvinnor. Störst är ökningen i åldrarna 45-84 år. Liksom för flertalet andra levnadsvanor finns ett starkt samband mellan övervikt/fetma och socioekonomiska faktorer. Personer med kort utbildning och utomeuropeiskt födda är överrepresenterade bland personer med övervikt/fetma.

Livsvillkor

Det finns ett samband mellan socialt kapital¹ och hälsa. Socialt kapital är även starkt associerat med socioekonomiska faktorer. Varannan person som är arbetslös, utomeuropeiskt född eller som skattar sin hälsa som dålig uppger att de har svårt att lita på andra människor. Socialt deltagande är även påtagligt lägre bland äldre.

En av fem som besvarat undersökningen saknar kontantmarginal. Andelen är avsevärt större bland yngre. För nordöstra Göteborg noteras att drygt 30 procent inte har denna kontantmarginal, oavsett åldersgrupp.

Två av tre av de som är yrkesverksamma bedömer sin arbetsförmåga som hög medan två procent bedömer den som låg. Nio av tio trivs med sina arbetsuppgifter och får stöd av arbetskamrater och chef.

Vårdkontakter

31 procent av svarande uppger att de besökt hälso- och sjukvården två gånger eller mer under de senaste tre månaderna. Det är en ökning med två procentenheter sedan år 2007, vilket troligtvis förklaras av en ökning av antalet vårdcentralsbesök. Kvinnor söker vård i högre grad än män. Sexton procent av de svarande uppger att de avstått från att söka vård trots ett upplevt behov, vilket är en minskning med 4 procentenheter sedan år 2007. Minskningen ses i hela länet.

Knappt 16 procent av de svarande uppger att de avstått från att söka tandvård trots ett upplevt behov. Bland unga 25-29 år har var fjärde avstått. Även här finns ett tydligt samband med socioekonomiska faktorer. Nästan två av tre uppger ekonomi som skäl för att inte söka tandvård vid behov.

¹ Socialt kapital handlar dels om delaktighet i olika samhälleliga aktiviteter och medborgerligt engagemang och dels om känslan av samhörighet och tillit till andra människor och samhällets olika institutioner.

Läkemedelsanvändning

Det är fler kvinnor än män som använder smärtstillande, astma/allergi, magsår/magkatarr, sömnmedel, antidepressiva och lugnande/ångestdämpande läkemedel. Män använder i högre grad blodfettsänkande och diabetesmedicin. Ingen könsskillnad i användning av blodtrycksmedicin ses. Det finns ett tydligt samband mellan läkemedelsanvändning och socioekonomiska faktorer. En av sex sjukskrivna, arbetslösa respektive utomnordiskt födda har avstått från att köpa medicin på recept senaste tre månaderna.

Inomregionala skillnader

Det finns geografiska skillnader inom länet i hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och vårdkontakter. Skillnaderna beror till stor del på åldersprofil och socioekonomisk sammansättning. Här ges några exempel.

I nordöstra Göteborg rapporteras högst andel med självskattad dålig hälsa, psykiska besvär, dagligrökare och stillasittande fritid. En relativt högre andel har här avstått från att söka vård trots behov. Andelen med socialt deltagande och stöd är lägre i detta område. Utfallet kan till stor del förklaras av att andelen utlandsfödda personer, och personer med sjuk-/aktivitetsersättning eller i arbetslöshet är högre i nordöstra Göteborg än i länet som helhet.

I samtliga åldersgrupper är andelen med riskabla alkoholvanor högst i Göteborg, centrum-väster. Den höga andelen unga och studenter i området är således inte den enda förklaringen till det högre värdet.

Andelen med övervikt och fetma är högst i Fyrbodalen och Skaraborg, områden som också har den äldsta befolkningen. Därtill är övervikt och fetma vanligare på landsbygden.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	4
Inledning	6
Om rapporten och resultaten	6
Allmänt om "Hälsa på lika villkor"	7
Urval Västra Götaland	8
Bortfall.....	9
Allmänt hälsotillstånd	10
Självskattad bra hälsa	10
Självskattad dålig hälsa	12
Hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D	13
Psykiska besvär	15
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12).....	15
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.....	17
Svåra sömnbesvär	19
Mycket stressad	20
Självmodstankar och självmordsförsök.....	21
Fysiska besvär, sjukdomar och funktionsnedsättning	23
Besvär i rörelseorganen	23
Funktionsnedsättning	24
Sjukdomar och övriga besvär	26
Tandhälsa	32
Självskattad tandhälsa	32
Levnadsvanor	34
Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor	34
Fysisk aktivitet.....	36
Kostvanor	39
Övervikt och fetma	41
Tobaksvanor.....	45
Alkoholvanor.....	48
Cannabisvanor	50
Spelvanor	51
Vilja att förändra levnadsvanor	52
Sociala relationer	54
Socialt deltagande.....	54
Socialt stöd.....	55
Tillit.....	57
Ekonomiska förhållanden	60
Arbetsmiljö	62
Arbetsförmåga	62
Stöd av arbetskamrater och chef.....	63
Trivs med arbetsuppgifter	64
Vårdkontakter	66
Vårdbesök senaste tre månaderna.....	66
Avstått från att söka vård	68
Två år eller mer sedan senaste besök hos tandläkare/tandhygienist	72

Avstått från att söka tandläkarvård	73
Avstått från att söka vård, tandvård eller köpa medicin.....	75
Läkemedelsanvändning.....	76
Magsårs/magkatarrsmedicin	77
Astma/allergimedien	78
Diabetesmedicin.....	79
Blodtryckssänkande medicin.....	81
Blodfettssänkande medicin.....	82
Antidepressiv medicin	84
Lugnande/ångestdämpande medicin.....	85
Sömnmedel/insomningsmedicin.....	86
Smärtstillande medicin.....	88
Avstått att köpa medicin på recept.....	90
Bilaga 1. Hälso- och sjukvårdsnämndsområden i Västra Götalandsregionen	92
Bilaga 2. Ålderssammansättning per hälso- och sjukvårdsnämndsområde	93
Bilaga 3. BakgrundsvARIABLER och beskrivning	94
Bilaga 4. Figurförteckning.....	96
Bilaga 5. Referenser och länkar.....	100

Arbetsgrupp

Leif Hansson	Hälso- och sjukvårdskansliet Borås
Göran Henriksson	Enheten för folkhälsofrågor, Regionkansliet
Andreas Hjertén	Hälso- och sjukvårdskansliet Uddevalla
Anna Kjellström	Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet
Mikael Kjerfve	Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet
Anette Ohlin-Johansson	Hälso- och sjukvårdskansliet Mariestad
Karin Tidlund	Hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg

Januari 2012

Rapporten och mer information om enkätresultatet finns på www.vgregion.se/folkhalsoenkaten

Inledning

Avsikten med denna rapport är att beskriva självrapporterad hälsa och levnadsvanor bland invånarna 16-84 år i Västra Götaland. Resultaten baseras på enkätundersökningen ”Hälsa på lika villkor” 2011 respektive 2007, som genomförs av Statens folkhälsoinstitut och Statistiska centralbyrån i samarbete med landsting och regioner i Sverige. Syftet med undersökningen i Västra Götaland är att bidra till underlag för prioriteringar av förebyggande och hälsofrämjande insatser för att minska ohälsan i Västra Götaland.

Målgruppen för rapporten är politiker och tjänstemän inom Västra Götalandsregionen men kan även vara till nytta för andra intresserade av hälsa och samhällsförhållanden i Västra Götaland.

I rapporten redovisas översiktligt resultaten för Västra Götaland på framförallt regional nivå och vissa bakgrundsvariabler, samt på hälso- och sjukvårdsnämndsområden (nämndområden). Den som önskar en mer detaljerad redovisning och även på kommunnivå, hänvisas till undersökningens webbsida, vgregion.se/folkhalsoenkaten, där också bakgrundsdocument, tekniska rapporter från undersökningen, frågeformulär med mera finns tillgängliga.

Om rapporten och resultaten

Rapporten beskriver resultaten från undersökningen ”Hälsa på lika villkor” på ett översiktligt sätt och kan ses som ett uppslagsverk över de övergripande resultaten, där skillnader mellan olika grupper och områden, samt förändringar över tid beskrivs. Datamaterialet har stor potential. Det kan användas för fördjupade studier och utredningar av olika slag. Materialet kan t.ex. användas för att studera skillnader mellan kommuner, och förändring över tid. På webben finns kommun/stadsdelsresultat och underlaget till rapporten i form av exceltabeller. Datamaterialet kan också användas för att väga samman olika bakgrundsvariablers betydelse för olika hälsoutfall eller levnadsvanor.

Faktorer som är viktiga för tolkning av resultaten:

Bortfallet

Bortfallets betydelse är oklar vilket beskrivs närmare nedan.

Statistisk säkerhet

Eftersom detta är en urvalsundersökning där man drar ett urval ur befolkningen med syfte att uttala sig om hela befolkningen, så behöver den statistiska säkerheten beräknas. Skattningarna i diagrammen för nämndområden har ett 95-procentigt konfidensintervall. Det innebär att med 95 procents säkerhet ligger det sanna värdet inom intervallet. I fem fall av hundra ligger alltså det sanna värdet utanför. Alla omnämnda skillnader i rapporten är statistiskt signifikanta.

Ålder

Ålder är kanske den faktor som enskilt har störst betydelse för hälsotillståndet. Flera av de hälsovariabler som redovisas i undersökningen är förknippade med ålder. Samtidigt

har flera av bakgrundsvariablerna också ett samband med ålder. Ett exempel är sambandet mellan kort utbildningsnivå och dålig självskattad hälsa (se självskattad dålig hälsa sid 12). Om man inte tar hänsyn till att äldre som grupp har en sämre hälsa och att äldre också är överrepresenterade bland dem som har en kort utbildningsnivå, kan man få ett intryck av att sambandet mellan kort utbildningsnivå och dålig hälsa är starkare än vad det egentligen är. En åldersstandardisering innebär att effekten från ålder "tas bort" från sambandet och att den kvarstående effekten mellan utbildning och hälsa blir mer renodlad. Trots det har arbetsgruppen valt att inte åldersstandardisera resultaten. Det främsta skälet är att det är angeläget att redovisa omfattningen av ohälsa sådan den *faktiskt* ser ut, eftersom resultaten är tänkta att bidra till beslutsunderlag.

Samband

Beskrivna samband beskriver inte vad som är hönan eller ägget, d.v.s. vad som påverkar vad. Ett exempel är personer med dålig självskattad hälsa respektive personer med sjuk-/aktivitetsersättning, som genomgående i rapporten uppger högre ohälsa, ohälsosamma levnadsvanor, fler vårdkontakter etc. Det kan vara så att dålig hälsa leder till ohälsosamma levnadsvanor eller att ohälsosamma levnadsvanor bidrar till ohälsa. Det kan också finnas en kombination.

Beskrivning av frågor med mera

Resultaten är ibland sammansatta av flera frågor. För mer information, se vgregion.se/folkhalsoenkaten. Beskrivning av bakgrundsvariabler, samt deras fördelning redovisas i bilaga 3.

I rapporten används vissa förkortningar och förenklingar av begrepp. T.ex. benämns "dålig eller mycket dålig självskattad hälsa" för "dålig självskattad hälsa" genomgående.

Skalan redovisas genomgående som 0 till 100. Undantag är nämnddiagram där totala andelen är cirka tio eller lägre, då används skalan till 0 till 40.

Nämndnamnen "Tjörn, Öckerö, Kungälv, Stenungsund, Ale" respektive "Partille, Härryda, Mölndal", byts av utrymmesskäl ut till "Mellersta Bohuslän" respektive "Södra Bohuslän" genomgående i rapporten.

Allmänt om "Hälsa på lika villkor"

"Hälsa på lika villkor" är en nationell undersökning som genomförs årligen sedan 2004 för att följa upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Undersökningen baseras på ett frågeformulär vilket sänds ut till ett obundet slumpmässigt urval av 20 000 personer i Sverige i åldern 16-84 år. Undersökningen är ett fortlöpande samarbetsprojekt mellan Statens folkhälsoinstitut och Sveriges landsting och regioner och genomförs med hjälp av Statistiska Centralbyrån. Undersökningen 2011 genomfördes under april-juni 2011 som postenkät med tre påminnelser. Det fanns möjlighet att besvara frågorna via en webbenkät.

Västra Götaland beställer vart fjärde år ett samlat stratifierat tilläggsurval utöver det nationella urvalet, för att kunna redovisa resultat för hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kommun/stadsdelar. År 2011 beställdes totalt 96 000 enkäter i Västra Götaland. År 2007 beställdes 50 218 enkäter.

Frågeformuläret omfattar 75 frågor om fysisk och psykisk hälsa, levnadsvanor, läkemedelskonsumtion, vårdutnyttjande, tandhälsa, trygghet och sociala relationer samt arbetsmiljö. Folkbokföringsuppgifter hämtas från SCB:s register. Västra Götalandsregionens frågeformulär innehåller även frågor om EQ5D (livskvalitet). Resultatet viktas så att det kan redovisas för hela Västra Götaland och riket och kalibreras för att justera för bortfall.

Urval Västra Götaland

År 2011 skickades frågeformulär till 96 000 personer i Västra Götaland. Urvalet till undersökningen består av stratifierade urval per kommun och stadsdelar i Göteborg och Borås (1 600 per område). 80 procent av urvalet i Västra Götaland (76 800 personer) fick Västra Götalandsregionens frågeformulär och övriga 19 200 i Västra Götaland fick nationella frågeformuläret.

Frågeformuläret besvarades av 51 930 personer, vilket var 54 procent av urvalet. 14 procent av respondenterna, svarade via webb. Antalet svar och svarsfrekvens per hälso- och sjukvårdsnämndsområde framgår av nedanstående tabell. Svarsfrekvens per kommun och stadsdel finns på webb i excelfilen ”Urval/antal svar”.

År 2007 besvarade 28 919 personer i Västra Götaland frågeformuläret, vilket var 58 procent av urvalet.

Tabell 1 Antalet svar fördelat på kön och hälso- och sjukvårdsnämndsområde, samt svarsfrekvens i procent.

HSN	Antal besvarade enkäter			Svarsfrekvens (procent)
	män	kvinnor	totalt	
1. Norra Bohuslän	2 402	2 888	5 290	55,1
2. Dalsland	1 972	2 243	4 215	52,7
3. Trestad	1 529	1 814	3 343	52,2
4. Mellersta Bohuslän	1 979	2 334	4 313	53,9
5. Göteborg centrum-väster	1 480	1 837	3 317	51,8
6. Mittenälvsborg	1 610	2 031	3 641	56,9
7. Södra Bohuslän	1 135	1 449	2 584	53,8
8. Sjuhärad	3 299	3 890	7 189	56,2
9. Västra Skaraborg	2 950	3 418	6 368	56,9
10. Östra Skaraborg	3 323	3 843	7 166	56,0
11. Göteborg Hisingen	1 051	1 288	2 339	48,7
12. Nordöstra Göteborg	967	1 198	2 165	45,1
Västra Götaland	23 697	28 233	51 930	54,3

Bortfall

De som inte besvarade enkäten utgör det externa bortfallet (45,7 procent). En obesvarad enkät kan bland annat bero på att urvalspersonen inte var villig att delta i undersökningen, att urvalspersonen inte gick att nå eller var förhindrad att medverka t.ex. på grund av sjukdom eller utlandsvistelse.

Det finns grupper i det externa bortfallet som har en klart sämre hälsa än de som svarat. Detta kan innebära att den faktiska ohälsan är större än vad som visas av enkätsvaren. Det externa bortfallet i de olika nämndområdena varierar mellan 43 procent och 55 procent. Mellan kommuner och stadsdelar varierar bortfallet mellan 41 och 60 procent.

Ju större bortfall desto större blir osäkerheten när det gäller att generalisera till hela populationen. Nordöstra Göteborg och Göteborg Hisingen, som redovisar en relativt sett hög andel personer som skattar sin hälsa som dålig eller har levnadsvanor som riskerar att leda till ohälsa, har också det största bortfallet. Det finns anledning att utgå från att urvalet inte är helt representativt för befolkningen i de aktuella områdena. Så är t.ex. de invandrare som ännu ej lärt sig svenska sannolikt kraftigt underrepresenterade. Svarefrekvensen bland personer födda utanför Norden är drygt en tredjedel.

Kvinnor svarar i högre grad än män. Äldre svarar i högre grad än yngre. Cirka tre fjärdedelar av 65-84-åringar har svarat. Personer med lång utbildning svarar i högre grad än personer med kort utbildning. Personer som är gifta/sammanboende svarar i högre grad än övriga. Ju högre inkomst, desto högre svarsfrekvens. Svarsfrekvenserna finns beskrivna i teknisk rapport på webb.

För att minska inverkan av skevheter i bortfallet använder SCB en kalibreringsteknik genom att utnyttja registervariabler (hjälpvariabler) till att ”vikta upp” underrepresenterade grupper. Vikten tar även hänsyn till designen på urvalet, för att kunna räkna upp materialet till populationsnivå. Detta bygger emellertid på antagandet att svarsutfallet är detsamma bland dem som svarat som bland dem som inte gjort det. Det finns även ett internt bortfall, ett så kallat partiellt bortfall, som innebär att vissa frågor i enkäten inte besvarades av alla respondenter. Det partiella bortfallet ligger under tre procent för ungefär hälften av frågorna. För vissa frågor är partiella bortfallet närmare 10 procent. Det gäller frågor som rör sjukdomar, läkemedelsanvändning, vårdkonsumtion, passiv rökning och spelberoende.

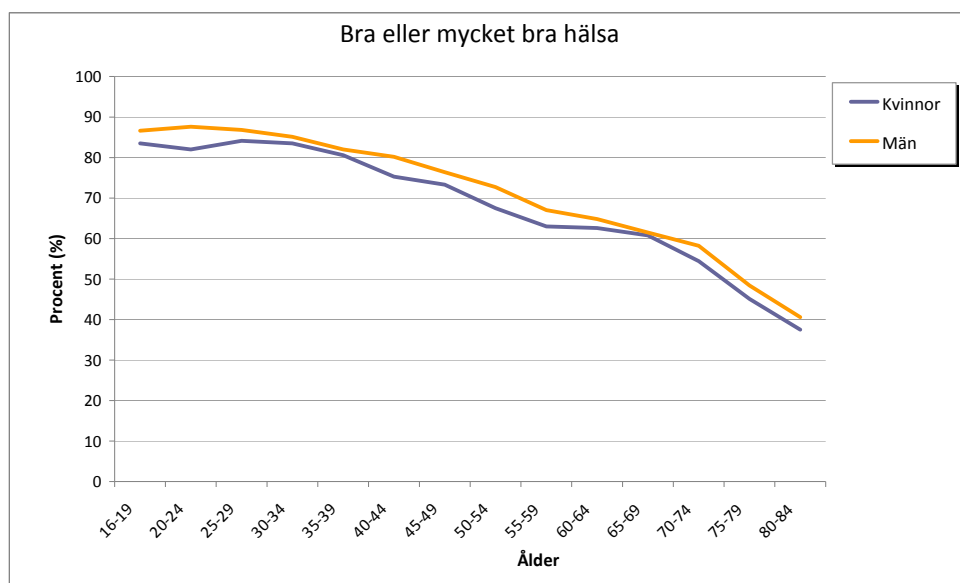
Allmänt hälsotillstånd

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd utgör ett grovt mått på individens hälsa. Hur en person upplever sitt allmänna hälsotillstånd har visat sig vara ett bra mått på den faktiska hälsan. Vetenskapliga studier har visat att dålig självrapporterad hälsa är relaterad till ökad sjuklighet och kortare återstående livslängd. Allmän hälsa mätt på en femgradig skala är en av de frågor som EU använder som ett mått för att mäta befolkningens hälsa.

Självskattad bra hälsa

Tre av fyra upplever att de har en bra eller mycket bra hälsa, men hälsan är ojämnt fördelad

Nästan tre av fyra bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra år 2011 (72 procent). Andelen har ökat med två procentenheter sedan år 2007. Förbättringen ses framförallt bland kvinnor i åldrarna 16-64 år, men även bland män i 30-44 års ålder. Andelen som mår bra minskar med stigande ålder, från 85 procent bland 16-19-åringar, till 39 procent bland 80-84-åringar. Män uppger i högre utsträckning än kvinnor sitt hälsotillstånd som bra i alla åldersgrupper (74 procent respektive 70 procent).



Figur 1 Andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa fördelat på kön och ålder 2011.

Personer med lång utbildning och hög inkomst mår bäst

Andelen personer med bra/gott allmänt hälsotillstånd är ojämnt fördelad. Livsvillkor som boende, arbete, ekonomisk situation och utbildningsnivå har betydelse för den självskattade hälsan. Ett tydligt resultat är att personer som har lång utbildning, är yrkesarbetande, är samboende respektive har goda levnadsvanor, i betydligt högre utsträckning än övriga grupper uppger god hälsa.

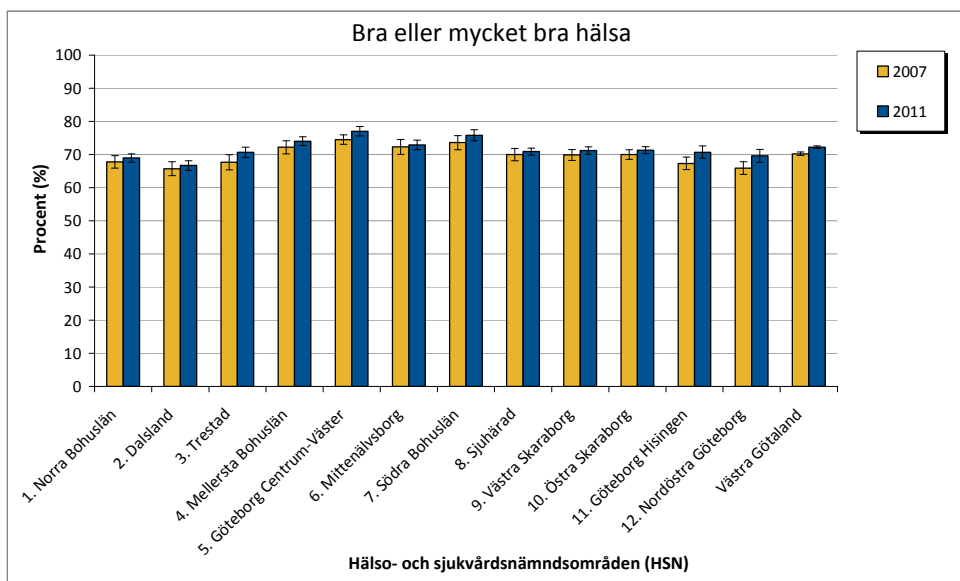
Andelen med självrapporterad bra hälsa är 84 procent i grupper med lång utbildning, jämfört med 64 procent bland dem med kort utbildning. Andelen med bra hälsa är även högre bland personer med hög inkomst (84 procent), samboende med barn (82 procent), studerande och yrkesarbetande (84 respektive 82 procent), mellan- och högre tjänstemän (81 procent), respektive bland personer som inte rapporterar några ohälsosamma levnadsvanor (80 procent), jämfört med övriga grupper.

Tabell 2 Andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa i vissa befolkningsgrupper 2011.

	Andel (%)
SAMTLIGA	
Total 2011	72
UTBILDNING, 25-74 år	
Kort utbildning	64
Mellanlång utbildning	77
Lång utbildning	84
SYSSELSÄTTNING, 25-64 år	
Yrkesarbetande	82
Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd	59
Sjuk-/aktivitetsersättning	21
Studerar	84
EKONOMI	
Saknar kontantmarginal	58
Har kontantmarginal	76
FÖDELSELAND	
Sverige	74
Övriga Norden	56
Övriga Europa	64
Övriga världen	69
SOCIALT DELTAGANDE, SENASTE 12 MÅN	
Minst 2 sociala aktiviteter	78
En eller inga	53

Det finns skillnader mellan nämndområdena i andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa. Göteborg centrum-väster och Södra Bohuslän har en högre andel (76 procent respektive 74 procent) än svarande som helhet. Dalsland, Norra Bohuslän och nordöstra Göteborg har en lägre andel (67 procent, 69 procent och 70 procent).

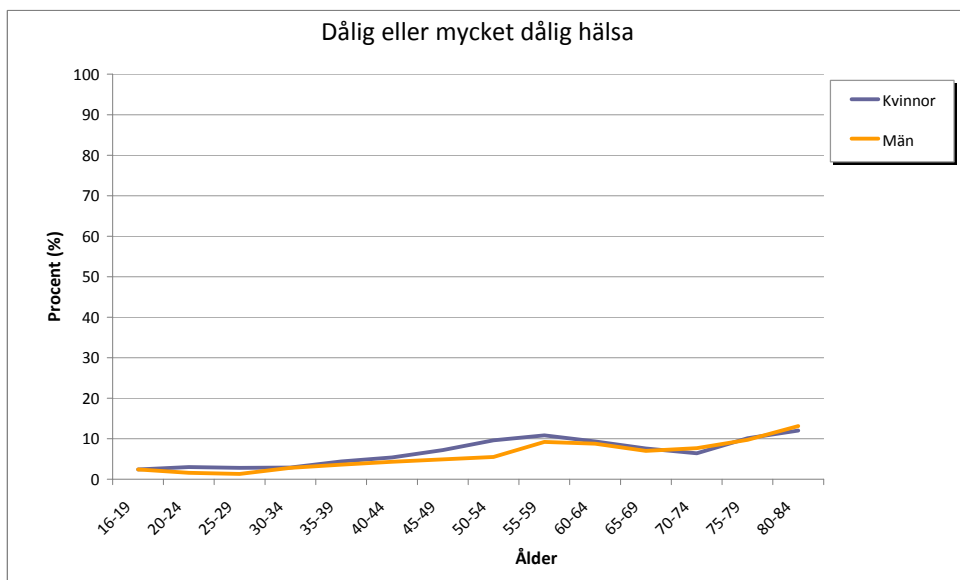
Områden med en låg andel äldre mår bättre och områden med en hög andel äldre mår sämre. Undantaget är nordöstra Göteborg. Det finns inga säkra skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena.



Figur 2 Andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa 2011 och 2007 fördelat hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Självskattad dålig hälsa

Andelen av de svarande som skattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig är sex procent i Västra Götaland år 2011. En minskning har skett med en procentenhet sedan år 2007. Skillnaden mellan könen är liten i alla åldersgrupper. Andelen av de svarande med dålig hälsa ökar med stigande ålder fram till 55-59 års ålder. I 60-70 års ålder minskar andelen med dålig eller mycket dålig hälsa för att sedan öka igen.

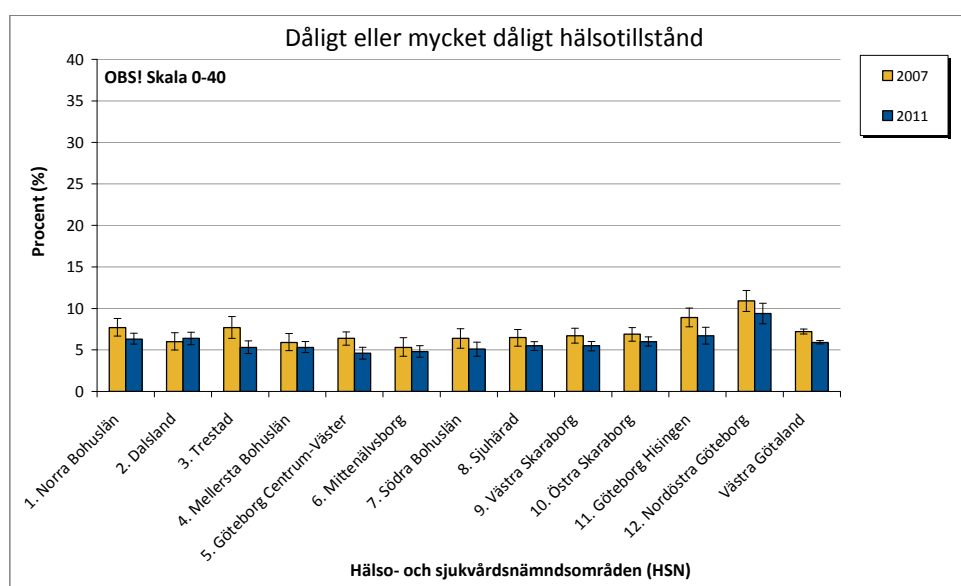


Figur 3 Andelen med dålig eller mycket dålig självrapporterad hälsa fördelat på kön och ålder 2011.

Dålig hälsa är dubbelt så vanligt bland personer med svag ekonomi

Andelen som uppger dålig hälsa varierar stort bland personer 25-64 år med olika typer av sysselsättning. Bland personer med sjuk/aktivitetsersättning uppgav 39 procent att de hade dålig hälsa, och bland arbetslösa/arbetsmarknadsåtgärder uppgav 12 procent dålig hälsa, jämfört med två procent bland yrkesverksamma. Andelen med dålig hälsa är även högre bland personer med funktionsnedsättning (21 procent).

Andelen med dålig hälsa är även något högre bland personer som med låg inkomst, som saknar kontantmarginal, lågt socialt deltagande, födda utanför Sverige, två eller fler ohälsosamma levnadsvanor, eller två eller fler vårdbesök senaste tre månaderna, jämfört med övriga. Andelen med dålig hälsa är 10-14 procent i dessa grupper jämfört med sex procent totalt.



Figur 4 Andelen med dålig eller mycket dålig självrapporterad hälsa 2011 och 2007 fördelat hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Det finns skillnader mellan nämndområdena i andelen med dålig eller mycket dålig självrapporterad hälsa. Göteborg centrum-väster och Mittenålvborg har 2011 en lägre andel än länet som helhet (5 procent). Nordöstra Göteborg har en högre andel (9 procent).

Det finns skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområden. Andelen med dålig eller mycket dålig självrapporterad hälsa har minskat i Trestad och Göteborg centrum-väster, med 3 procentenheter respektive 1 procentenhet sedan år 2007.

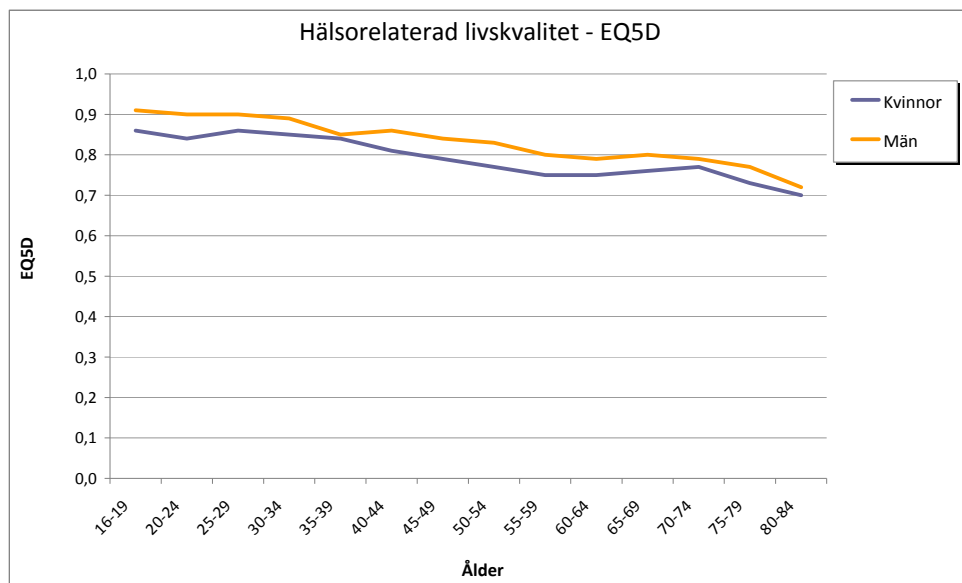
Hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D

Självskattad hälsa kan även mätas som hälsorelaterad livskvalitet med instrumentet EQ-5D. Det är ett viktigt instrument i hälso- och sjukvårdsforskning, framförallt för olika sjukdomsgrupper. EQ-5D är tilläggsspår i Västra Götalands frågeformulär.

EQ-5D är baserat på fem enkätfrågor som omfattar rörlighet, möjlighet att klara av den egna hygien, möjlighet att klara av sina huvudsakliga aktiviteter (arbete, studier, hushållssysslor, fritid), smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet. Graden av besvär anges.

Svaren på frågorna viktas så att de besvär som är mest plågsamma får en högre vikt än de som anses mindre plågsamma. Om man har svarat ”inga problem” på alla fem frågor får man index 1 - full hälsa. Andra svarsalternativ ger avdrag i olika grad. Lägsta indexvärdet är 0.

EQ-5D indexmedelvärdet bland de svarande är 0,82. År 2007 var värdet 0,81. Kvinnor har något lägre EQ-5D indexmedelvärde än män (0,80 respektive 0,84). Åldern har stor betydelse för indexmedelvärdet. Medelvärdet sjunker med stigande ålder. Bland 65-84 åringar är värdet 0,76.



Figur 5 hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D index medelvärde, fördelat på kön och ålder 2011.

EQ-5D-indexmedelvärdet varierar stort mellan olika grupper av de svarande, på liknande sätt som för självskattat allmänt hälsotillstånd.

Psykiska besvär

Enligt flera undersökningar har det psykiska välbefinnandet försämrats sedan 1980-talet. Under 1990-talet ökade andelen med psykiska besvär fram till i början av 2000-talet. Ökningen var mer uttalad bland de yngre i befolkningen.

I undersökningar där man frågat individerna om de upplever symtom på psykisk ohälsa, beräknas att mellan 20 och 40 procent av befolkningen kan sägas ha nedsatt psykisk hälsa. Mellan 10 och 15 procent har psykisk ohälsa i betydelsen att de har en psykiatrisk diagnos.

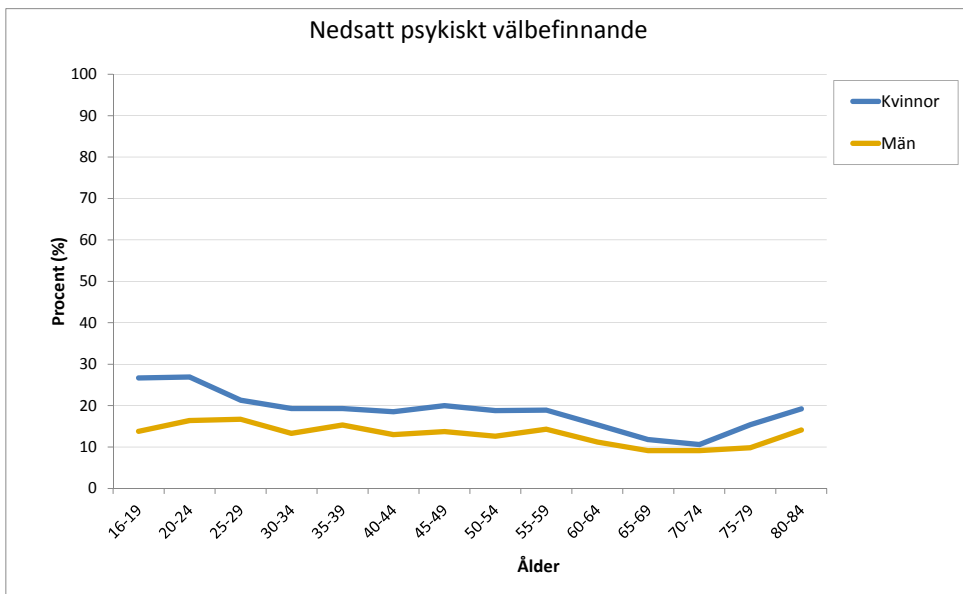
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)

General Health Questionnaire 12 (GHQ 12) är ett frågebatteri bestående av 12 frågor, som har använts för att mäta psykiskt välbefinnande i "Hälsa på lika villkor". Frågorna mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. GHQ12 är utformat att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina "normala" funktioner och uppkomsten av nya former av kris/utmattningstillstånd. För att få ett mått på psykiskt välbefinnande beräknas ett summaindex utifrån de tolv frågorna. Svaren på enkätfrågorna poängsätts och summeras. De individer som får värdet 3 eller högre på GHQ 12 definieras ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Unga kvinnor har mest psykiska besvär, men andelen minskar

Sexton procent av respondenterna har ett nedsatt psykiskt välbefinnande (19 procent bland kvinnor och 13 procent bland män). Detta är en minskning med en procentenhet jämfört med 2007. Minskningen ses framförallt bland kvinnor, från 21 procent till 19 procent.

Variationen mellan kön och åldersgrupper är emellertid stor. Fortfarande har var fjärde kvinna 16-29 år nedsatt psykiskt välbefinnande, medan motsvarande andel bland männen är knappt 16 procent. Däremot har de senaste årtiondenas trend av ökande psykisk ohälsa bland unga kvinnor ha avstannat eller möjligen minskat något. En minskning ses bland kvinnor 30-44 år mellan år 2007 och 2011, från 23 till 19 procent.

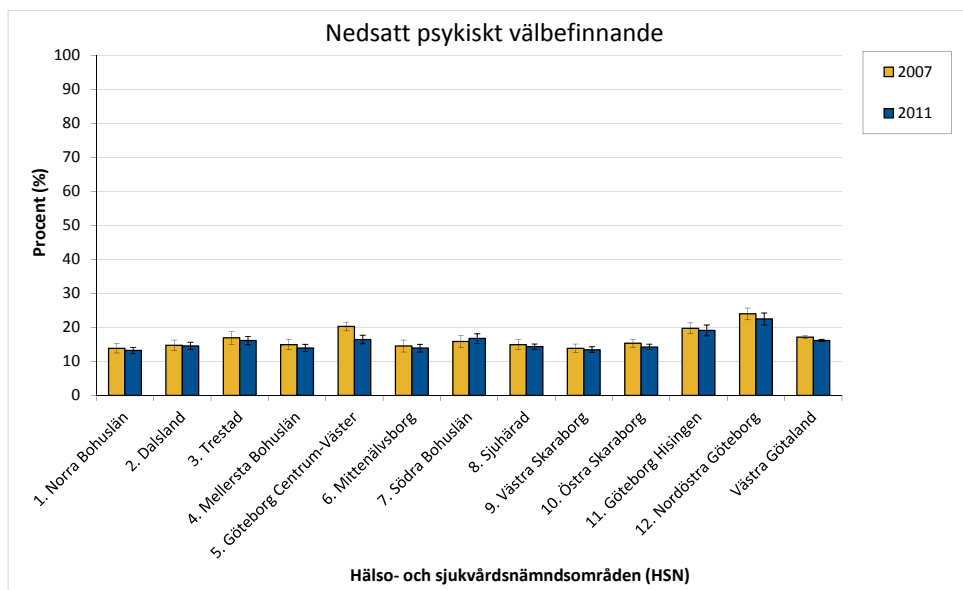


Figur 6 Andelen av de svarande som uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande fördelat på kön och ålder 2011.

Personer med sjuk-/aktivitetsersättning eller i arbetslöshet har mest psykiska besvär

Socioekonomiska och kulturella förhållanden har ett starkt samband med psykiskt välbefinnande. Högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande finns bland personer som skattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig (60 procent har nedsatt psykiskt välbefinnande). Andelen är även högre bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (38 procent) och arbetslösa (34 procent). Motsvarande andel bland yrkesarbetande är knappt 13 procent.

Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande är även högre bland personer som saknar kontantmarginal (29 procent), har funktionsnedsättning (29 procent), som skattar sin hälsa som varken bra eller dålig (27 procent), är födda utanför Norden (22-26 procent), ensamstående med barn eller utan barn (24 respektive 21 procent), de som gjort två eller fler vårdbesök senaste tre månaderna (26 procent), har två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (24 procent) respektive lågt socialt deltagande (22 procent), jämfört med 16 procent bland svarande totalt. Det finns även ett samband mellan nedsatt psykiskt välbefinnande och socioekonomisk status, men sambandet är inte lika stort.



Figur 7 Andelen av de svarande som uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Psykiska besvär är vanligare i nordöstra Göteborg än i övriga länet

Det finns skillnader mellan nämndområdena i andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande. Nordöstra Göteborg och Hisingen har en högre andel än länet som helhet (23 procent respektive 19 procent). Norra Bohuslän, Dalsland, Mellersta Bohuslän, Sjuhärad och Västra och Östra Skaraborg har en lägre andel. Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande har minskat i Göteborg centrum-väster, med nästan 4 procentenheter sedan år 2007.

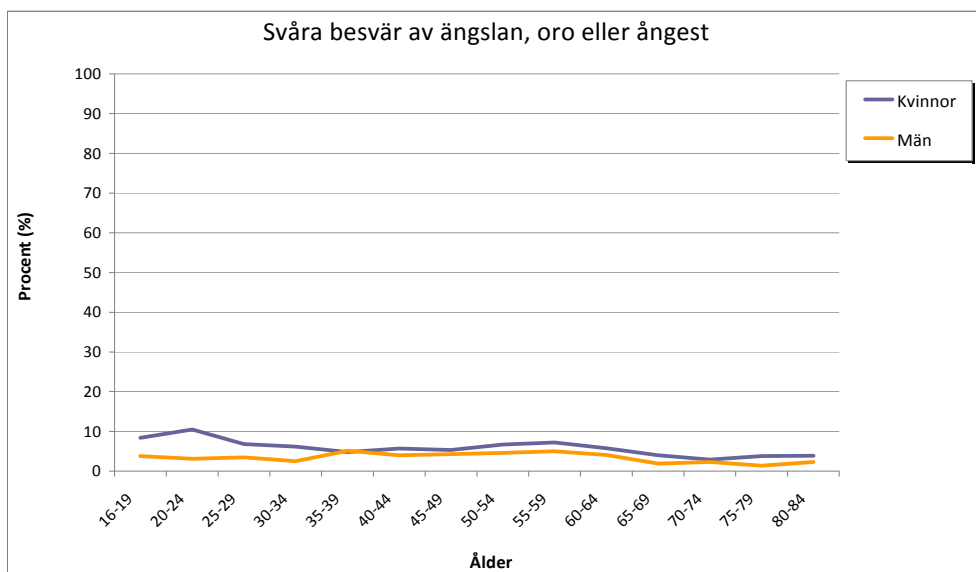
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest

Även svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är vanligast bland unga kvinnor. I alla åldersgrupper har fler kvinnor än män sådana besvär. Minst besvär av ängslan, oro eller ångest uppger äldre män.

Andelen av de svarande som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest utgör knappt 5 procent. Det är ingen förändring sedan år 2007. Fördelningen följer i stort sett samma mönster som för nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen bland kvinnor 16-29 år var 2011 knappt 9 procent och bland kvinnor 65-84 år knappt 4 procent. Motsvarande andelar för männen var knappt 4 procent respektive 2 procent.

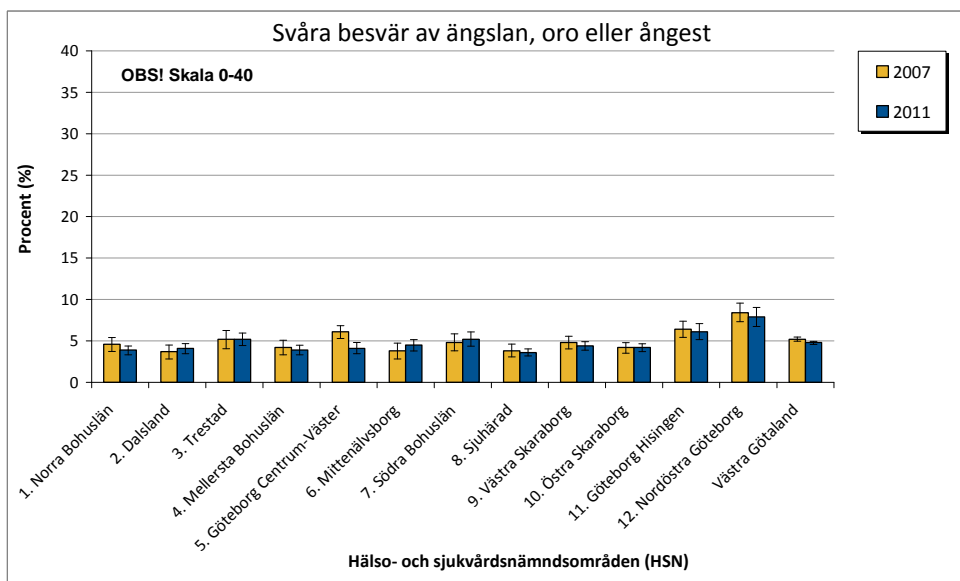
Yrkesarbetande har mindre besvär med ängslan, oro eller ångest

Även här spelar socioekonomiska och kulturella förhållanden en stor roll. Mönstret är liknande det som beskrivits för nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland yrkesarbetande hade knappt 3 procent svåra besvär av ängslan, oro eller ångest medan drygt 26 procent bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning och 14 procent bland arbetslösa. Det finns även ett samband med mindre andel ängslan, oro, eller ångest och lång utbildning.



Figur 8 Andelen av de svarande som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, fördelat på kön och ålder 2011.

De geografiska skillnaderna är ungefär desamma för svåra besvär av ängslan, oro eller ångest som för nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelarna inom de olika nämndområdena varierar från knappt 4 procent till knappt 8 procent. Andelen är högst i nordöstra Göteborg.



Figur 9 Andelen av de svarande som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

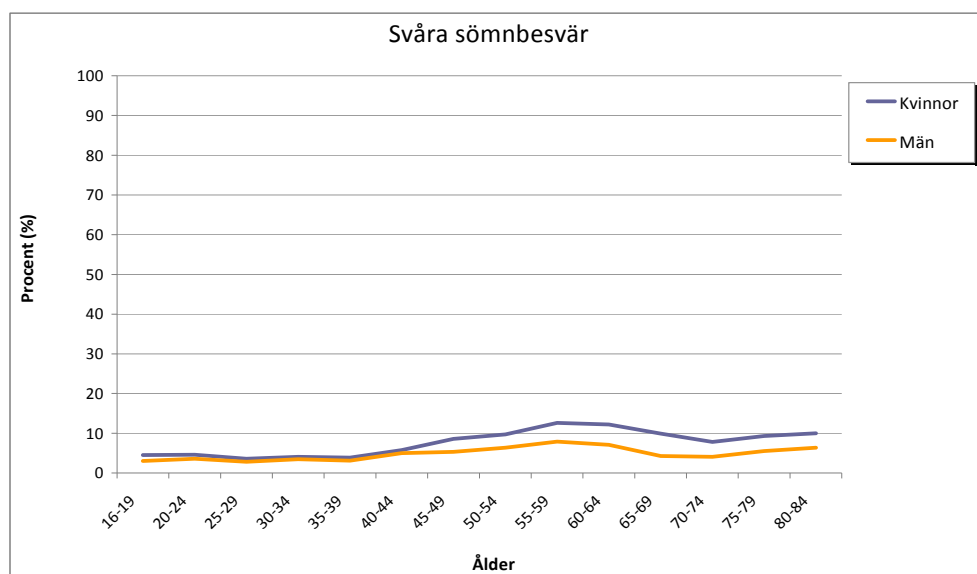
Det finns skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena. Andelen med ängslan, oro och ångest har minskat i Göteborg centrum-väster, med nästan två procentenheter sedan år 2007.

Svåra sömnbesvär

En god sömn är central för hälsan bland annat för att sömnen är livsnödvändig för kroppslig och mental återhämtning och har stark koppling till vårt psykiska välbefinnande. En mängd undersökningar har visat att det är en hälsorisk både att sova för lite och att sova för mycket.

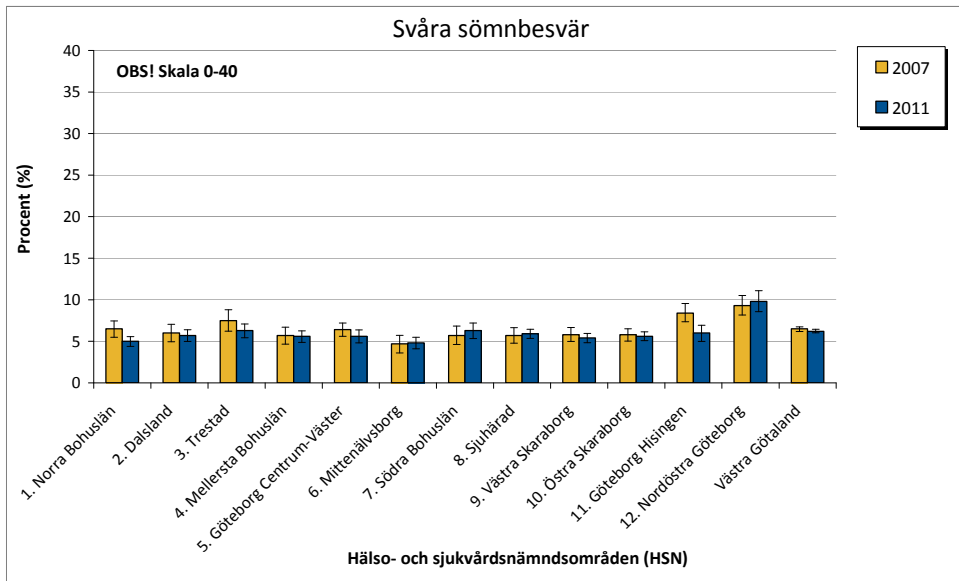
Svåra sömnbesvär vanligare bland kvinnor än bland män

Drygt 6 procent svarade att de har svåra sömnbesvär. Andelen för kvinnor är 8 procent och för män 5 procent. Andelen har inte förändrats sedan år 2007. Besvären varierar med ålder. Andelen ökar från 45-49 års ålder, med en puckel vid 55-64 års ålder. Andelen minskar efter 65 års ålder. Andelen är högre bland kvinnor än män från 45-49 års ålder.



Figur 10 Andelen av de svarande som uppger svåra sömnbesvär fördelat på kön och ålder 2011.

Även här finns starka samband mellan socioekonomisk position och sömnbesvär. Mönstret är liknande det som beskrivits för nedsatt psykiskt välbefinnande. Högst andel med svåra sömnbesvär finns bland personer som skattar sin hälsa som dålig (36 procent), eller personer med sjuk/aktivitetsersättning (31 procent). För sömnbesvär finns även ett samband mellan kort utbildning och större andel med sömnbesvär, men sambandet är inte lika stort som för tidigare nämnda grupper.



Figur 11 Andelen av de svarande som uppger att de har svåra sömnbesvär 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Fördelningen av andelen av de svarande med svåra sömnbesvär, över nämndområden är ungefär densamma som för andra psykiska besvär. Andelen är högst i nordöstra Göteborg (10 procent). Andelen har minskat i Göteborg Hisingen med två procentenheter sedan år 2007.

Mycket stressad

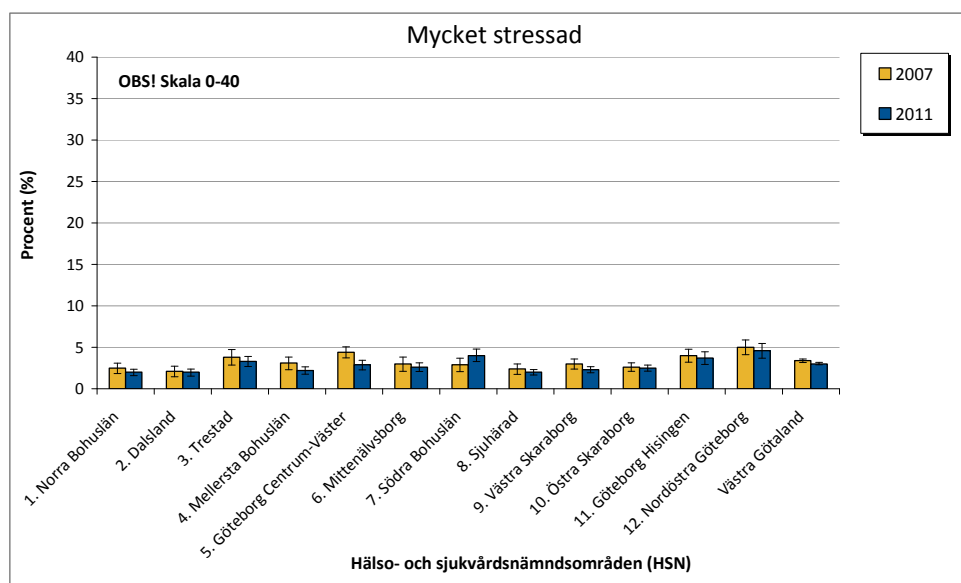
Stress tillmäts ofta stor betydelse för uppkomsten av ohälsa, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar samt besvär i rörelseorganen. Stress är dock ett ospecificikt begrepp och har idag fått många olika betydelser för olika människor. Skadlig stress uppkommer om stressreaktionen blir mycket långvarig och individen inte får tillfälle till återhämtning. I denna undersökning definieras ”stress” som ”ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.”

Personer med sjuk-/aktivitetsersättning eller i arbetslöshet är mest stressade

Tre procent av de svarande upplever att de är mycket stressade, fyra procent bland kvinnor och två procent bland män. Det är inte någon större förändring jämfört med 2007 års undersökning.

Det finns en klar åldersgradient sådan att yngre i betydligt högre grad än äldre är mycket stressade. Yngre kvinnor känner i högre utsträckning stress än unga män. Bland 16-29-åringar känner sig sju procent av kvinnorna och två procent av männen sig mycket stressade.

Även här finns samband mellan socioekonomisk position och stressbesvär. Mönstret är liknande det som beskrivits för nedsatt psykiskt välbefinnande. Högst andel med svåra sömnbesvär finns bland personer som skattar sin hälsa som dålig (19 procent), eller personer med sjuk/aktivitetsersättning (12 procent). Bland yrkesarbetande är andelen mycket stressade två procent medan den bland arbetslösa är nästan sju procent.



Figur 12 Andelen av de svarande som uppger att de är mycket stressade 2011 och 2007 fördelat per hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Fördelningen av andelen mycket stressade över nämndområden följer i stort sett den för övriga psykiska symtom, där andelen är högst i nordöstra Göteborg (5 procent). Det finns skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena. Andelen med som är mycket stressade har minskat i Göteborg centrum-väster, med 1,5 procentenheter sedan år 2007 till 3 procent.

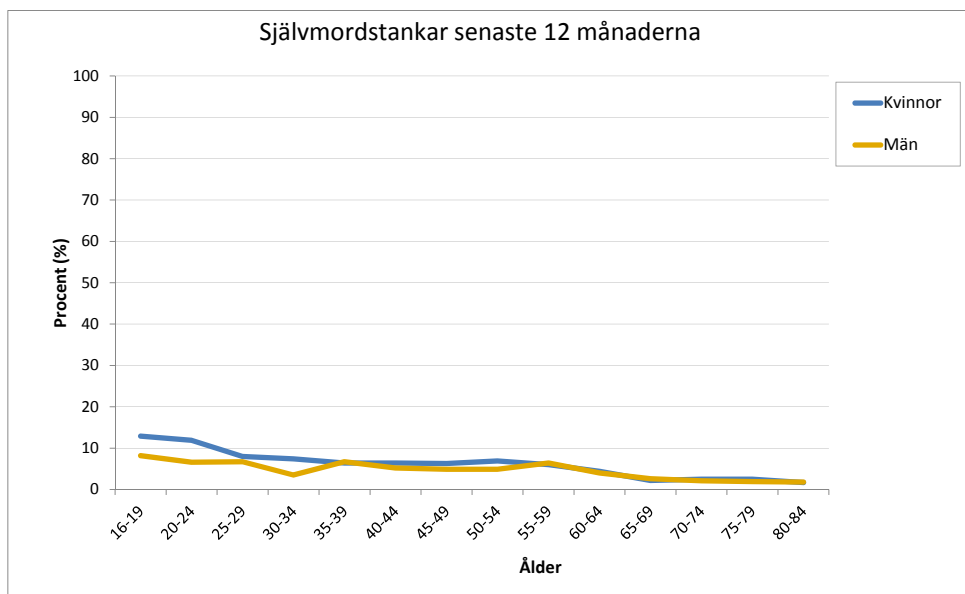
Självordstankar och självmordsförsök

Eftersom det finns ett stort mörkertal beträffande självmordstankar och självmordsförsök är det viktigt att ställa frågan huruvida man någon gång under de senaste 12 månaderna övervägt att ta sitt liv respektive genomfört ett försök att ta sitt liv.

I 2011 års undersökning angav nästan sex procent att de haft självmordstankar någon gång under de senaste 12 månaderna. Frågan är inte jämförbar med 2007 års undersökning.

Unga kvinnor har haft självmordstankar i högre utsträckning än andra

Självordstankar har ett starkt samband med ålder och kön. I gruppen 16-29 år har 11 procent bland kvinnorna och drygt 7 procent bland männen haft självmordstankar medan andelen i gruppen 65-84 år är drygt 2 procent oavsett kön.



Figur 13 Andelen av de svarande som haft självmordstankar någon gång under de senaste 12 månaderna fördelat på kön och ålder 2011.

Det finns en tydlig socioekonomisk gradient. Mönstret är liknande det som beskrivits för nedsatt psykiskt välbefinnande. Högst andel som svarat att de haft självmordstankar under det senaste året finns bland personer som skattar sin hälsa som dålig (26 procent), personer med sjuk/aktivitetsersättning (19 procent) eller arbetslösa (17 procent). Motsvarande andel bland yrkesarbetande är fyra procent.

Bland dem utan kontantmarginal uppgav 14 procent att de haft självmordstankar och bland övriga knappt 4 procent.

Den geografiska fördelningen över nämndområden liknar den för övriga psykiska besvär. Störst andel som haft suicidtankar finns i nordöstra Göteborg (9 procent) och Göteborg Hisingen (7 procent).

Knappt 1 procent av de svarande uppger att de försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna. Andelen bland arbetslösa är nästan 3 procent och bland de med sjuk- eller aktivitetsersättning respektive födda utanför Europa är andelen drygt 4 procent. Bland dem som mår dåligt eller mycket dåligt, uppger fem procent att de försökt ta sitt liv av de som saknar kontantmarginal är det tre procent.

Fysiska besvär, sjukdomar och funktionsnedsättning

Besvär i rörelseorganen

Rörelseorganen är ett samlingsnamn på skelett, muskler, senor och ledband och besvär och rapporteras oftast från nacke, skuldra, rygg, höft eller knä. Med svår värk i rörelseorganen avses värk eller smärta i skuldror, axlar, nacke, rygg, armbåge eller hand.

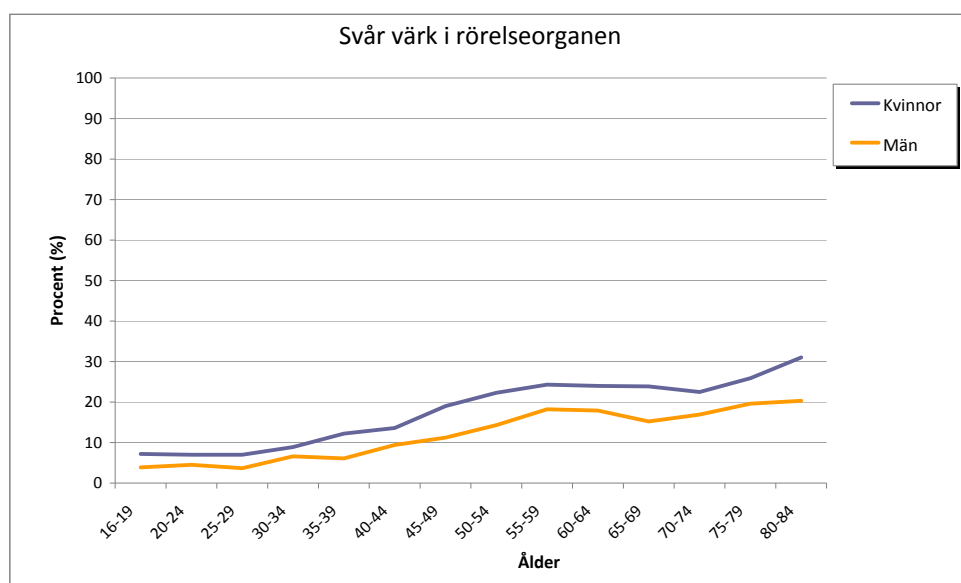
En god rörelseförmåga är av central betydelse för att kunna klara sig på egen hand. För en god rörelseförmåga krävs muskelstyrka, balans, koordination och kondition. Nedsatt rörelseförmåga och långvarig värk/smärta i rörelseorganen är betydande hälsoproblem som ger avsevärd sänkning av livskvalitén, är vanliga orsaker till kontakt med sjukvården och tillhör de vanligaste orsakerna till långvariga sjukskrivningar med sjuk-/och aktivitetsersättning.

Svår värk i rörelseorganen

Fjorton procent av de svarande uppger 2011 att de lider av svår värk i rörelseorganen. Mellan 2007 och 2011 har det i Västra Götaland skett en minskning av andelen med en procentenhet.

Mer vanligt med svår värk bland kvinnor

Besvär i rörelseorganen ökar med stigande ålder. Fler kvinnor än män uppger svår värk i rörelseorganen i alla åldersgrupper. Andelen kvinnor 2011 med svår värk är 17 procent och andelen män 11 procent. Även i den yngre åldersgruppen 16-29 år uppger sex procent svår värk i rörelseorganen.



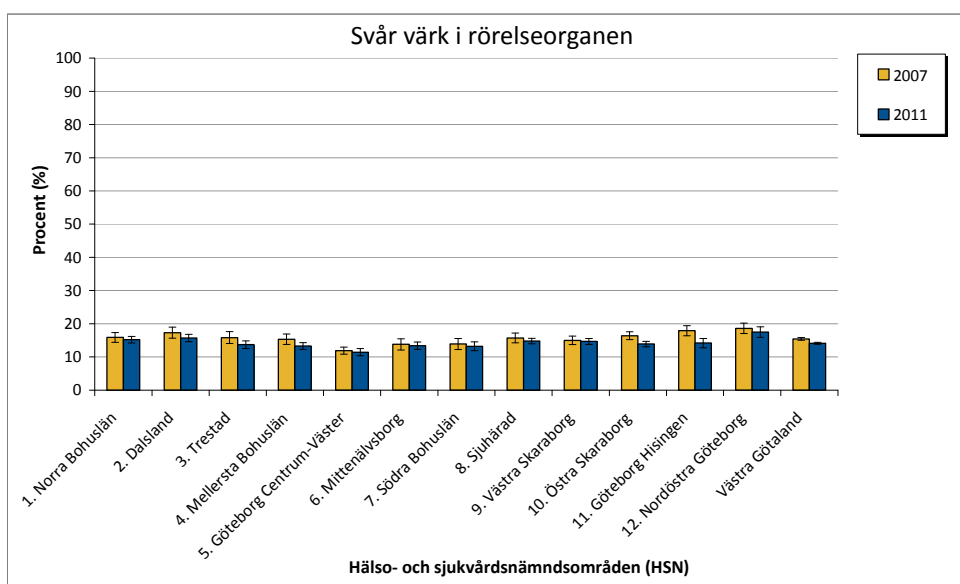
Figur 14 Andelen av de svarande som uppger ha svår värk i rörelseorganen fördelat på kön och ålder 2011.

Personer som skattar sin hälsa som dålig respektive de med sjuk-/aktivitetsersättning är den grupp som i störst utsträckning har svår värk (63 respektive 55 procent). Andra

grupper med mycket svår värk är personer med funktionsnedsättning (37 procent), varken bra eller dålig hälsa (30 procent), kort utbildning (21 procent), arbetare (19 procent), personer födda utanför Sverige (22-26 procent), saknar kontantmarginal (24 procent), arbetslösa (21 procent), två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (20 procent) respektive personer med lågt socialt deltagande (26 procent), jämfört med 14 procent bland svarande totalt.

Högst andel med svår värk i rörelseorganen finns i nordöstra Göteborg (18 procent), Dalsland (16 procent) och norra Bohuslän (15 procent). Lägst andel finns i Göteborg centrum-väster (11 procent). Åldersammansättningen i områdena spelar sannolikt en stor roll, förutom i nordöstra Göteborg. Nordöstra Göteborg (18 procent) avviker genom att en högre andel över 45 år som uppger svår värk i rörelseorganen, jämfört med Västra Götaland totalt.

Andelen med svår värk har minskat i Göteborg Hisingen och Östra Skaraborg mellan 2007 och 2011 (4 procentenheter respektive 3 procentenheter).



Figur 15 Andelen av de svarande som uppger ha svår värk i rörelseorganen 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Funktionsnedsättning

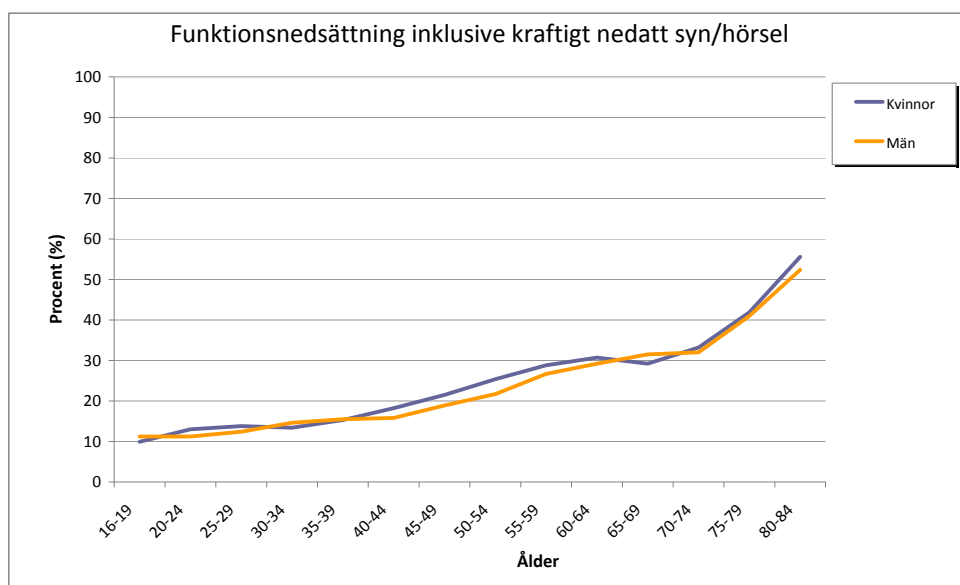
Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående karaktär. Frågorna om långvarig sjukdom, syn, hörsel och rörelseförmåga mäter funktionsförmåga. De personer som rapporterat en eller flera av dessa besvär definieras som att de har nedsatt funktionsförmåga².

² Inkluderar något eller några av följande: Hörsel: Kraftigt nedsatt hörsel (exklusive de som kan höra med hjälp av hörapparat). Syn: Kraftigt nedsatt syn (exklusive de som kan läsa med glasögon). Rörelsehinder: Kan inte springa 100 meter, samt kan inte gå upp ett trappsteg utan besvär alternativt ta kortare promenad 5 min alternativt behöver hjälpmedel eller hjälp vid förflyttning utomhus. Långvarig sjukdom: Långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem med i hög grad nedsatt arbetsförmåga/daglig sysselsättning.

En mycket stor del av samhällets samlade ohälsa finns bland människor med funktionsnedsättning. Självskattad dålig hälsa är betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med personer utan funktionsnedsättning (21 procent respektive 2 procent). Att ha en funktionsnedsättning behöver dock inte vara liktydigt med att ha en försämrad hälsa, däremot kan det vara en hälsorisk.

En av fem har någon funktionsnedsättning

22 procent av de som besvarat frågeformuläret uppger 2011 att de har en nedsatt funktionsförmåga. Mellan 2007 och 2011 har det skett en minskning av andelen som uppger nedsatt funktionsförmåga med nästan två procentenheter. Den tydligaste nedgången har skett bland personer över 65 år.

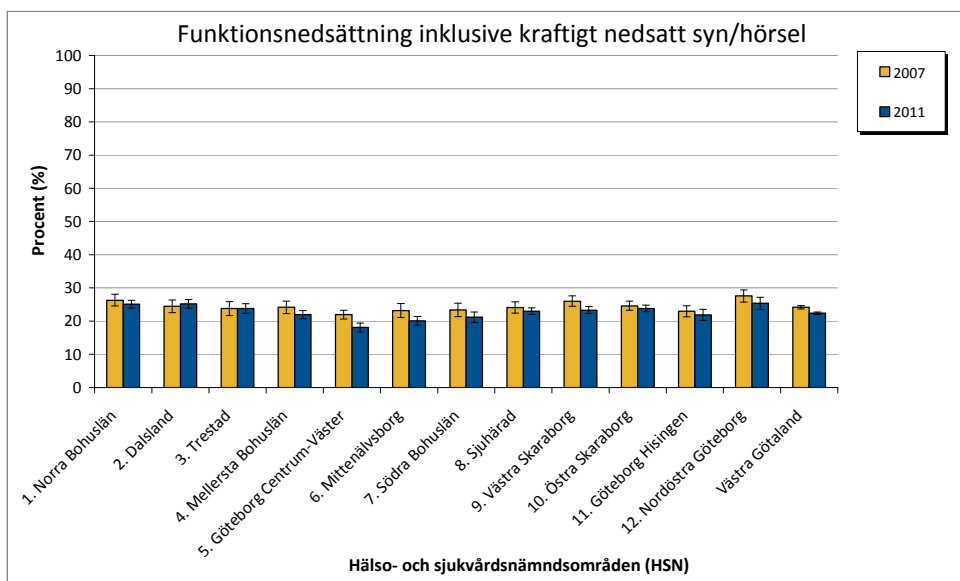


Figur 16 Andelen av de svarande som uppger att de har en funktionsnedsättning inklusive kraftigt nedsatt syn och hörsel fördelat på kön och ålder 2011.

Det finns ett tydligt samband med ålder. Andelen med funktionsnedsättning ökar med stigande ålder, och efter 75 års ålder sker det en kraftig ökning. I åldersspannet 40-64 år finns det fler kvinnor än män med någon funktionsnedsättning.

Andelen med funktionsnedsättning skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Vanligast förekommande är funktionsnedsättning bland personer med sjuk-/aktivitetsersättning (78 procent) jämfört med yrkesarbetande (15 procent) samt bland personer som skattar sin hälsa som dålig (80 procent) jämfört med personer som mår bra (13 procent).

Även bland personer som saknar kontantmarginal (33 procent), som mår varken bra eller dåligt (39 procent), personer födda i de övriga nordiska länderna (36 procent), lågt socialt deltagande (38 procent), två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (30 procent), respektive personer med kort utbildning (29 procent) är funktionshinder vanligare förekommande än bland svarande totalt.



Figur 17 Andelen av de svarande som uppger att de har en funktionsnedsättning inklusive kraftigt nedsatt syn och hörsel 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Andelen med funktionsnedsättning är högre i nämndområden med en äldre befolkning; norra Bohuslän, Dalsland, östra Skaraborg, men även i nordöstra Göteborg som har en yngre befolkning. Andelen med funktionsnedsättning har minskat i Göteborg centrum-väster och Västra Skaraborg mellan 2007 och 2011 med 4 procentenheter respektive 3 procentenheter.

Sjukdomar och övriga besvär

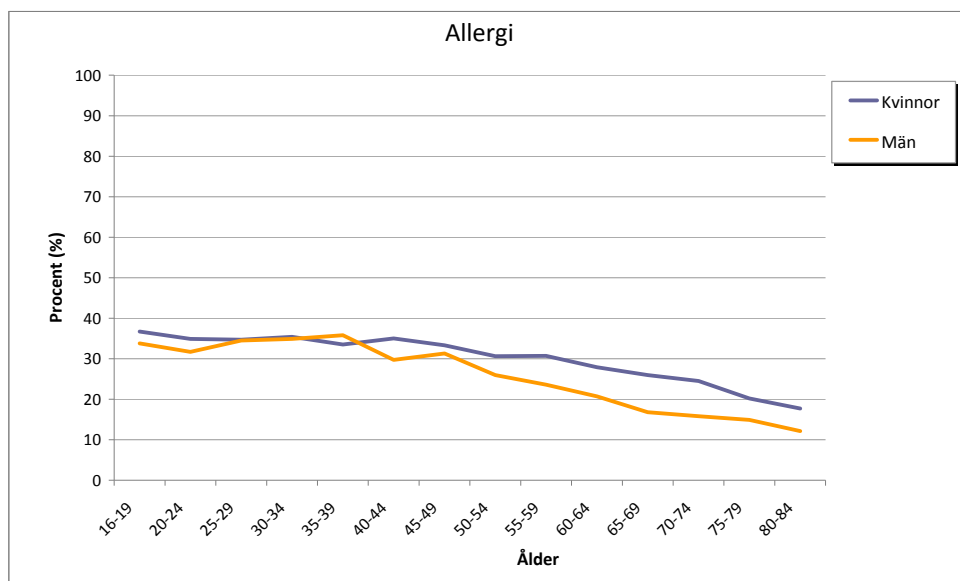
Diabetes, astma, allergi, högt blodtryck är sjukdomar som förekommer relativt ofta. Uppskattningsvis finns ett stort mörkertal i befolkningen. I undersökningen ingick därför frågor om individen uppfattar att de har någon eller några av dessa sjukdomstillstånd.

Allergi

Allergi handlar om att kroppen reagerar på ämnen som människor vanligen tål. Ibland kan det räcka med minimala doser eller till och med lukten av något ämne för att utlösa en reaktion. I hela västvärlden har antalet människor som rapporterat att de lider av allergisjukdomar ökat betydligt under det senaste decenniet. Flertalet av dem som insjuknar i allergisjukdom gör det under barnåren, men under senare år har det visats att nyinsjuknande bland vuxna inte är ovanligt. Orsaken är till stor del okänd men fler kvinnor än män rapporterar besvär. Övervikt anses spela en roll liksom rökning, luftföroreningar och förändringar i inomhusmiljön.

Allergiska besvär vanligare bland yngre

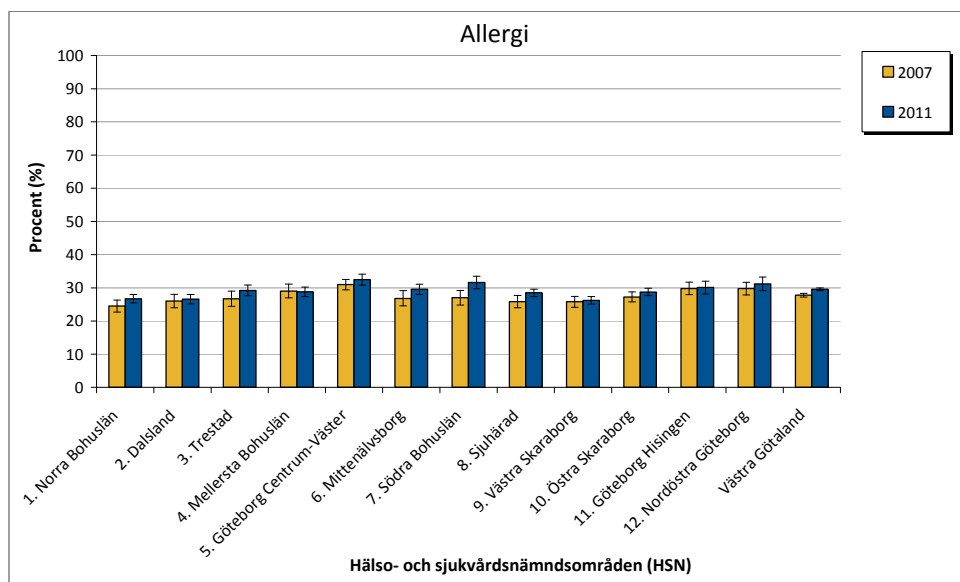
2011 uppger 30 procent av de svarande allergiska besvär: 31 procent av kvinnorna och 28 procent av männen. Mellan 2007 och 2011 har det skett en ökning med knappt två procentenheter av andelen med allergiska besvär.



Figur 18 Andelen med självrapporterad allergi fördelat på kön och ålder 2011.

Allergierna minskar med stigande ålder: i åldersspannet 16- 29 år (34 procent), åldersspannet 65-84 år (19 procent).

Det finns skillnader mellan olika grupper av de svarande. Allergier är något vanligare bland personer med lång utbildning (33 procent) än kort utbildning (27 procent). Den högsta förekomsten finns bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (38 procent), följt av arbetslösa (36 procent), och bland de som mår dåligt (37 procent), Andelen är även högre bland de som saknar kontantmarginal (34 procent).



Figur 19 Andelen med självrapporterad allergi 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Vanligast förekommande är allergiska besvär i Göteborg centrum-väster (33 procent), södra Bohuslän (32 procent) och nordöstra Göteborg (31 procent). Minst vanligt förekommande är allergiska besvär i norra Bohuslän, Dalsland och Västra Skaraborg

(26-27 procent). En tydlig variation finns mellan stad och landsbygd. Det finns skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområde Södra Bohuslän, andelen har ökat med 5 procentenheter sedan år 2007.

Diabetes

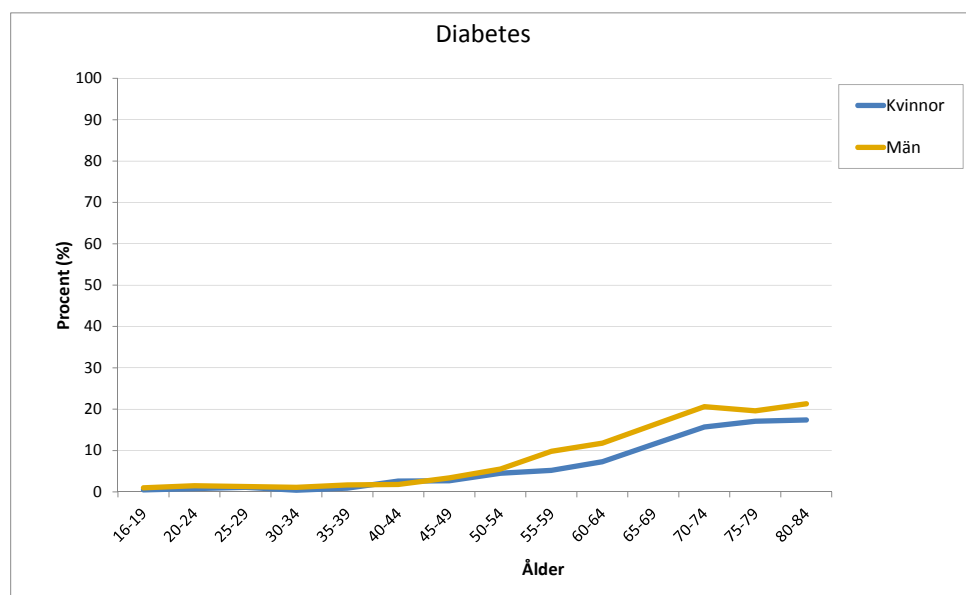
Diabetes är en vanlig sjukdom som drabbar såväl barn som vuxna. Drygt 75 000 personer (4,8 procent) i Västra Götaland har under perioden 2009-2010 fått en diabetesdiagnos³.

Diabetes är inte en utan flera sjukdomar med förhöjda blocksockernivåer som gemensam nämnare. Sjukdomen är kronisk och medför ofta komplikationer på lång sikt såsom en ökad risk för hjärtinfarkt. Typ 2 diabetes är den vanligaste formen av diabetes och svarar för 80–90 procent av alla fall. Till riskfaktorerna hör stigande ålder, övervikt, rökning och brist på fysisk aktivitet. Typ 1 diabetes kallas den form av diabetes som barn drabbas av men även vuxna kan utveckla denna diabetesform. Vid typ 1 diabetes har kroppens insulinproduktion upphört.

Sjukdomen kan medföra avsevärda problem och komplikationer i vardagen vilka medför stora kostnader för sjukvården och nedsatt livskvalitet som följd. I detta material redovisas typ I och typ II sammanslaget.

Diabetes rapporteras i högre grad bland personer födda i övriga Norden

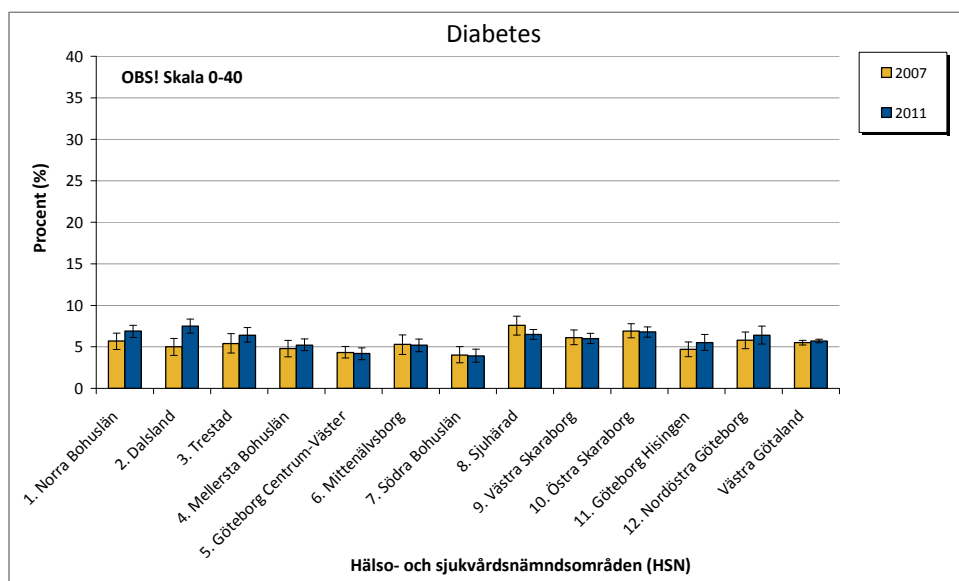
Sex procent av de svarande i åldrarna 16-84 år uppger 2011 att de har diabetes. Ingen förändring i förekomst har skett mellan 2007 och 2011. Bland personer över 50 år är diabetes vanligare bland män än bland kvinnor. Bland 65-84-åringar är andelen bland män 19 procent och bland kvinnor 15 procent.



Figur 20 Andelen med självrapporterad diabetes fördelat på kön och ålder 2011.

Andelen med diabetes skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Vanligast förekommande är diabetes bland personer med dålig hälsa (17 procent), sjuk/aktivitetsersättning (14 procent), personer från de övriga nordiska länderna (12 procent), eller bland personer med funktionsnedsättning (12 procent).

³ Hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Verksamhetsanalys 2010. Regionkansliet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.



Figur 21 Andelen med självrapporterad diabetes 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Högst andel med självrapporterad diabetes 2011 finns i Dalsland, norra Bohuslän, Sjuhärad och östra Skaraborg (cirka 7 procent). Fördelningen har sannolikt att göra med att dessa områden har en högre andel äldre. Lägst förekomst av diabetes finns i Göteborg centrum-väster samt södra Bohuslän (4 procent). Jämfört med 2007 är andelen med självrapporterad diabetes högre 2011 i Dalsland.

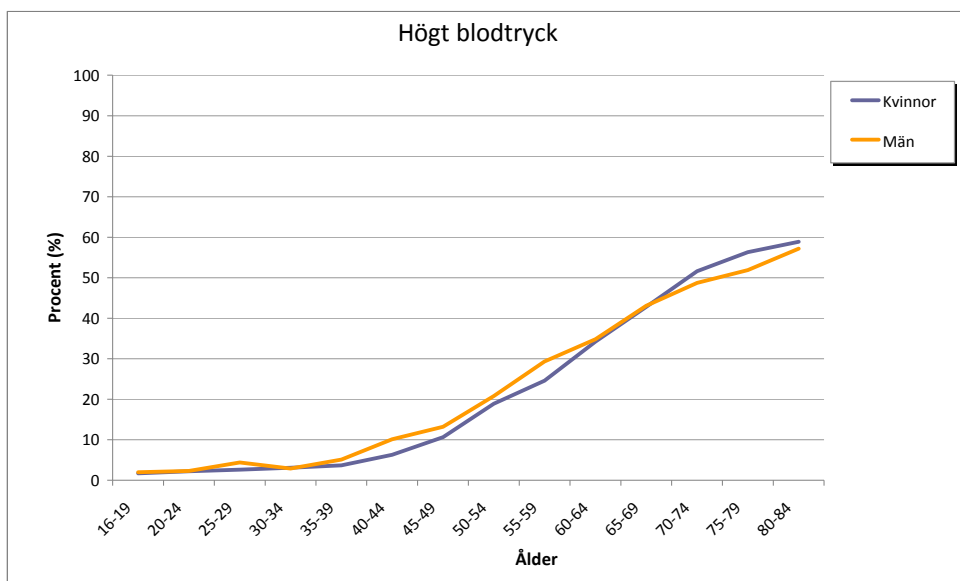
Högt blodtryck

Förekomsten av högt blodtryck är omfattande i Sverige. Antalet individer i Västra Götaland med förhöjt blodtryck uppskattas till omkring 300 000 personer. Andelen med högt blodtryck ökar med stigande ålder. Högt blodtryck är något vanligare hos män än hos kvinnor.

Högt blodtryck är i sig ingen sjukdom, ett lätt förhöjt blodtryck ger i allmänhet inga symtom men är däremot en behandlingsbar riskfaktor för framtida hjärt-kärlsjukdom. Den som har högt blodtryck löper ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. Högt blodtryck har beräknats bidra till 12 procent av sjukdomsburden i Sveriges befolkning, mätt i DALY. Läkemedelsbehandling av högt blodtryck har ofta god effekt men lika viktigt är livsstilsförändringar såsom ökad fysisk aktivitet och viktnedgång.

En av fem rapporterar högt blodtryck

Nitton procent av de svarande 2011 uppger att de har högt blodtryck. Något fler män än kvinnor i åldersspannet 40-60 år har rapporterat högt blodtryck medan fler kvinnor än män rapporterat högt blodtryck i gruppen över 70 år.

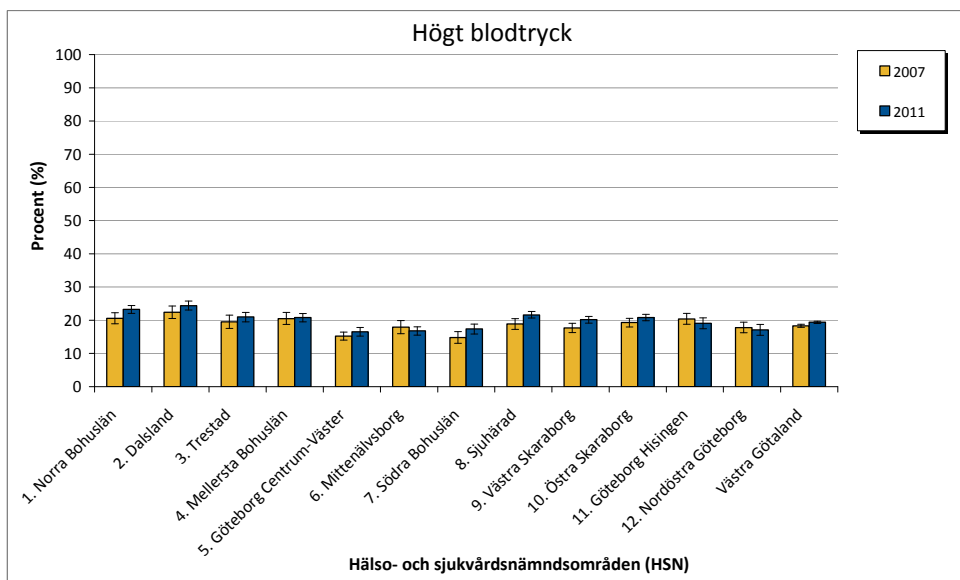


Figur 22 Andelen med självrapporterat högt blodtryck fördelat på kön och ålder 2011.

Högt blodtryck vanligare bland personer med kort utbildning

Även sociala skillnader och levnadsvanor har betydelse. Det finns stora skillnader mellan olika grupper av de svarande. Högst andel ses bland personer födda i övriga norden (39 procent), personer som mår dåligt eller varken bra eller dåligt (39 respektive 36 procent).

En högre andel ses även bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (31 procent), kort utbildning (28 procent), arbetare (22 procent), personer med funktionsnedsättning (33 procent) eller personer med lågt socialt deltagande (32 procent).



Figur 23 Andelen med självrapporterat högt blodtryck 2011 och 2007 fördelat på hälsa- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Förekomsten av högt blodtryck är 2011 vanligast i Dalsland och norra Bohuslän (24 respektive 23 procent). Lägst andel med högt blodtryck finns i södra Bohuslän och Göteborg centrum-väster (cirka 17 procent). Områden med hög andel med högt blodtryck kan till stor del förklaras med en hög andel äldre i området. Det finns skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena. Andelen med högt blodtryck har ökat i Sjuhärad och Västra Skaraborg, med 3 procentenheter sedan år 2007.

Tandhälsa

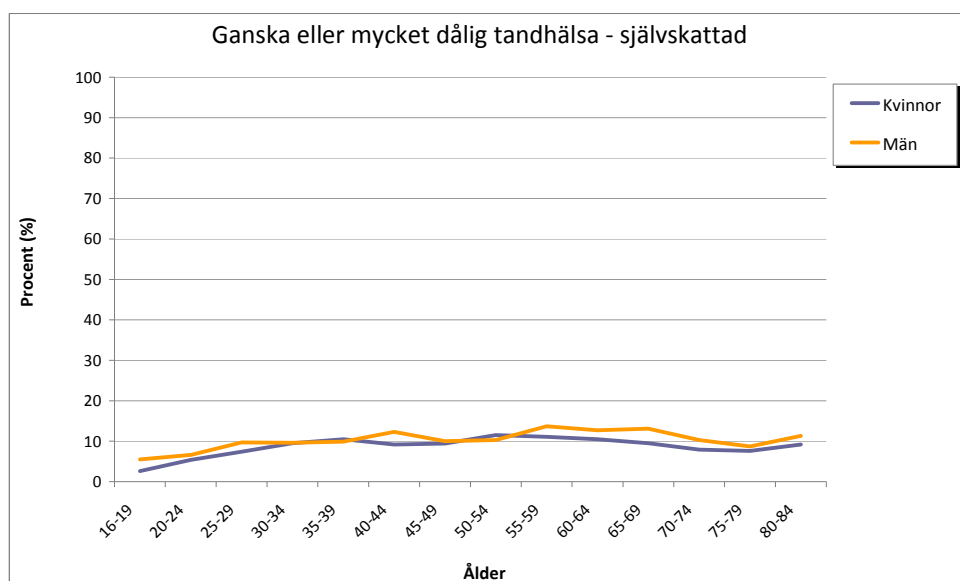
Under de senaste decennierna har tandhälsan i den svenska befolkningen som helhet blivit avsevärt bättre. Det kvarstår dock betydande socioekonomiska skillnader i tandhälsa. Speciellt utsatta grupper är personer med utländsk bakgrund, personer med sjuk-/aktivitetsersättning eller i arbetslöshet respektive personer med svag ekonomi.

Äldre människor behåller också i allt högre grad sina egna tänder. Tandhälsan är en viktig del av individens livskvalitet och välbefinnande. Det är därför viktigt att följa tandvårdskonsumtionen och tandhälsans utveckling över tid.

Här redovisas resultat för självskattad allmän tandhälsa. I avsnittet om ”vårdkontakter” redovisas andel som inte har sökt tandvård de senaste två åren, respektive andel som avstått att söka tandvård trots behov.

Självskattad tandhälsa

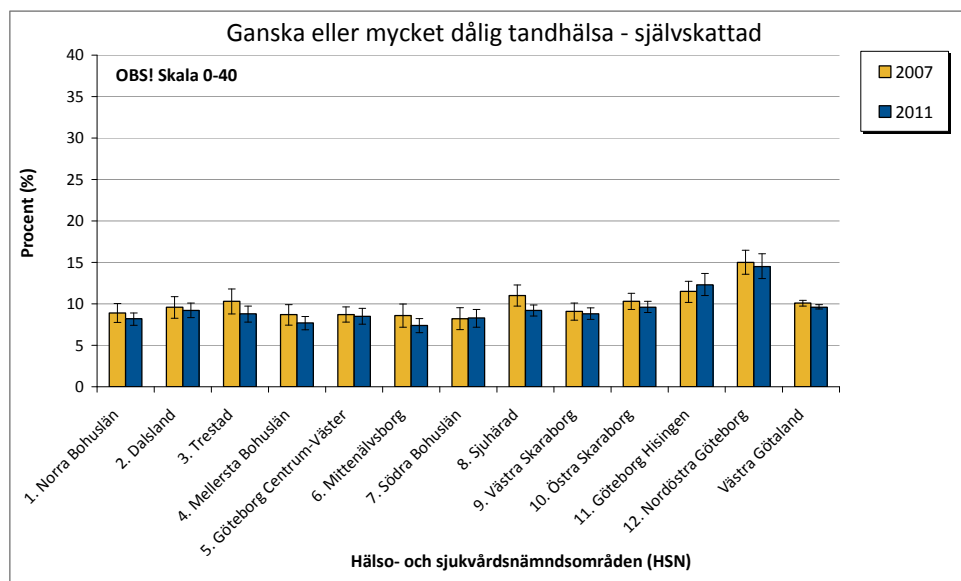
Majoriteten av de svarande upplever sin tandhälsa som bra eller mycket bra (74 procent). Tio procent uppger att de har ganska eller mycket dålig tandhälsa. Andelen är oförändrad sedan år 2007. Det finns inga stora ålderskillnader i tandhälsa från 25 års ålder och uppåt. Män skattar sin tandhälsa som dålig i något högre grad än kvinnor.



Figur 24 Andelen av svarande som skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket dålig fördelat på kön och ålder 2011.

Stora sociala skillnader i tandhälsa

Andelen med självskattad dålig tandhälsa skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen med dålig tandhälsa är högst bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (27 procent) och personer i arbetslöshet (21 procent), personer som saknar kontantmarginal (22 procent), personer födda utanför Sverige, framförallt utanför Europa (20 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig (32 procent), samt personer som har funktionsnedsättning (17 procent), jämfört med svarande totalt.



Figur 25 Andelen av de svarande skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket dålig 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Nordöstra Göteborg och Hisingen har en högre andel än i länet som helhet som skattar sin tandhälsa som dålig (15 procent respektive 12 procent). En lägre andel med dålig tandhälsa rapporteras i Mittenälvsborg (7 procent), Mellersta Bohuslän (7 procent) och Norra Bohuslän (8 procent). Det finns inga säkra förändringar mellan år 2007 och 2011 för nämndområdena.

Levnadsvanor

Med levnadsvanor menar vi här de vanor som har stor betydelse för vår hälsa. Levnadsvanorna påverkas av kultur och tradition och varierar med ekonomiska villkor, arbetslöshet och socioekonomisk tillhörighet. Det är alltså inte slump eller okunskap som i första hand avgör vilka levnadsvanor en individ väljer utan sociala villkor begränsar också individens möjligheter att välja.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor

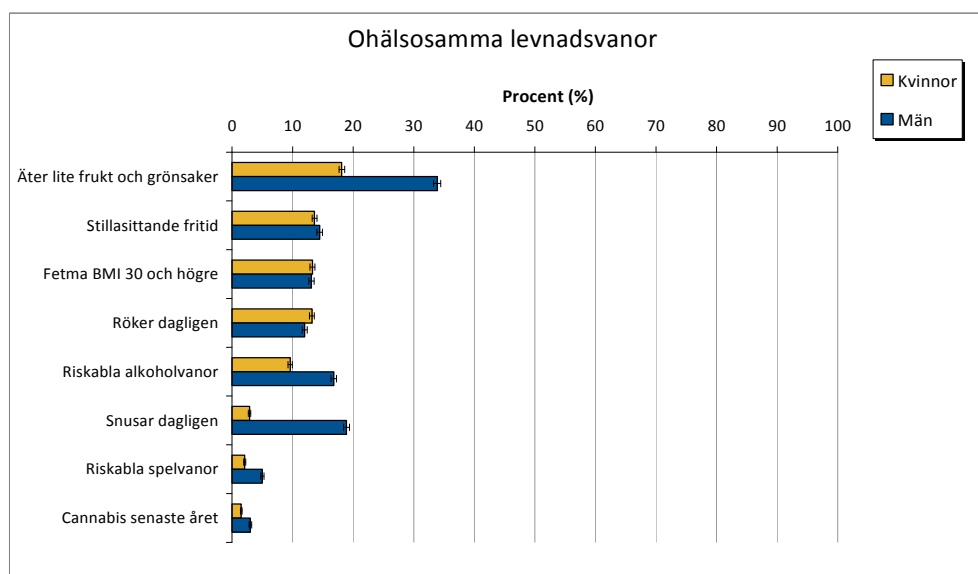
Att ha många ohälsosamma levnadsvanor medför en ökad risk för att utveckla ohälsa. Levnadsvanorna skiljer sig mellan könen, olika åldrar samt socioekonomiska förhållanden.

Enkäten omfattar ett antal levnadsvanor som samtliga påverkar hälsan. Statens folkhälsoinstitut har i sin redovisning valt ut åtta levnadsvanor för att beskriva ansamling av ohälsosamma levnadsvanor: rökning, snusning, riskabla alkoholvanor, stillasittande fritid, fetma, litet intag av frukt/grönsaker, riskabla spelvanor och/eller använt hasch senaste året.

Var fjärde person av de svarande har två eller flera av ovan nämnda ohälsosamma levnadsvanor (18 procent bland kvinnor och 33 procent bland män). Andelen har ökat med en procentenhet sedan år 2007. Ökningen ses framförallt bland 45-84-åringar.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor vanligare bland män

Var fjärde invånare äter lite frukt och grönsaker, 14 procent har en stillasittande fritid och knappt fyra procent har riskfyllda spelvanor och mindre än 2 procent har använt cannabis det senaste året. Män äter i lägre utsträckning frukt/grönsaker, har i högre grad riskabla alkoholvanor, riskabla spelvanor, snusar eller har rökt cannabis, jämfört med kvinnor.



Figur 26 Andelen av de svarande med vissa ohälsosamma levnadsvanor fördelat på kön 2011. 95 % konfidensintervall.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor vanligare bland personer utanför arbetsmarknaden

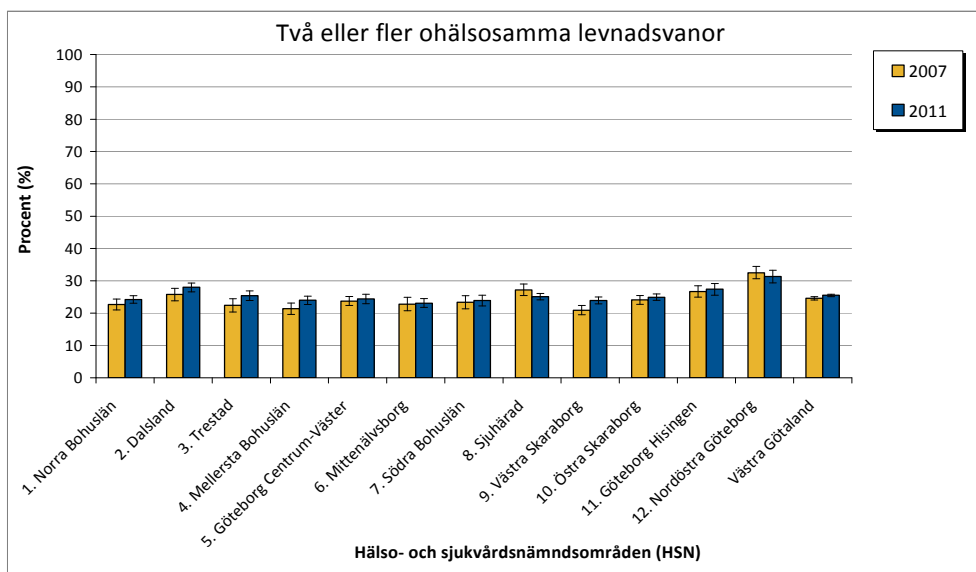
Att ha en hög utbildning, en god social position på arbetsmarknaden samt en stabil och trygg ekonomisk situation tillsammans med goda levnadsvanor ökar chansen för en god hälsa.

Andelen med två eller flera ohälsosamma levnadsvanor skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Tabellen visar att andelen är högst bland personer utanför arbetsmarknaden och bland personer som skattar sin hälsa som dålig. Andelen är även högre bland personer med kort utbildning, funktionsnedsättning och i viss grad personer födda utanför Sverige.

Tabell 3 Andelen med två eller fler ohälsosamma levnadsvanor fördelat på vissa befolkningsgrupper 2011.

	Andel (%)
SAMTLIGA	
Total 2011	26
UTBILDNING, 25-74 år	
Kort utbildning	32
Mellanlång utbildning	24
Lång utbildning	13
SYSSELSÄTTNING, 25-64 år	
Yrkesarbetande	25
Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd	42
Sjuk-/aktivitetsersättning	42
Studerar	29
URSPRUNG (FÖDELSELAND)	
Sverige	25
Övriga Norden	34
Övriga Europa	27
Övriga världen	32
FUNKTIONSNEDSÄTTNING	
Funktionsnedsättning	35
Nej	23
SJÄLVSKATTAT HÄLSOTILLSTÅND	
Bra eller mycket bra hälsa	21
Varken eller	34
Dålig eller mycket dålig hälsa	48

Det finns skillnader mellan nämndområdena i andelen som har två eller fler ohälsosamma levnadsvanor. Nordöstra Göteborg och Dalsland har en högre andel (31 respektive 28 procent), och Mittenälvsborg och Västra Skaraborg har en lägre andel (23 respektive 24 procent). Andelen med två eller fler ohälsosamma levnadsvanor har ökat med tre procentenheter i Västra Skaraborg sedan år 2007.



Figur 27 Andelen av de svarande med två eller fler ohälsosamma levnadsvanor 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

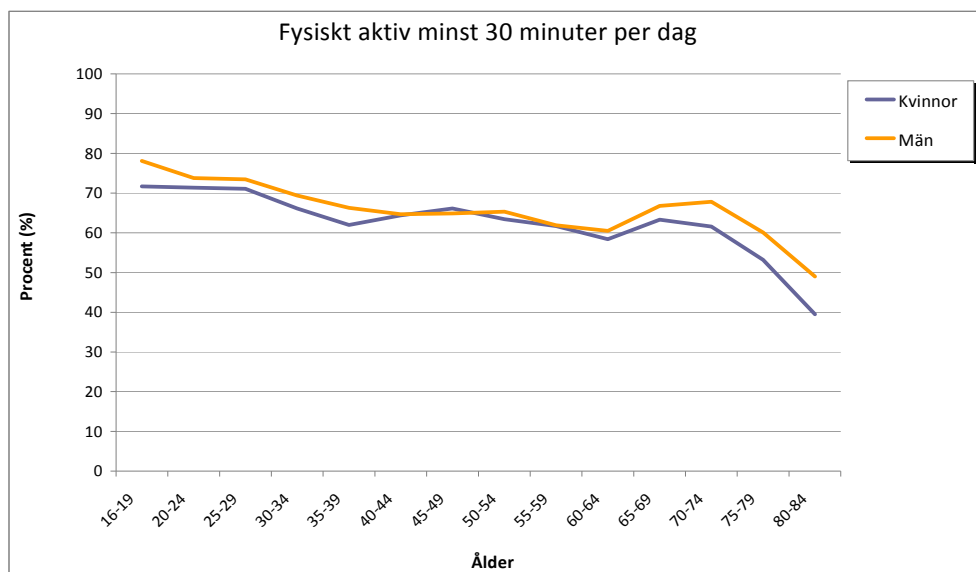
Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet stärker muskler, skelett, leder och immunförsvar. Regelbunden fysisk aktivitet motverkar uppkomsten av ett mycket brett spektrum av sjukdomar. Fysisk aktivitet minskar bland annat risken för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och tjocktarmscancer. Den minskar risken för depressioner, ökar självkänslan och gör att man bättre klarar vardagens krav. Regelbunden fysisk aktivitet har också en stor betydelse för att motverka övervikt och fetma, samt har en påtagligt förebyggande effekt när det gäller benskörhet och fallolyckor hos äldre.

Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Denna definition omfattar all typ av muskelaktivitet, t.ex. städning, trädgårdsarbete, cykling, motionsgymnastik. För att man ska uppnå en mätbar hälsoeffekt av fysisk aktivitet rekommenderas minst 30 minuters sammanlagd daglig aktivitet motsvarande snabb promenad.

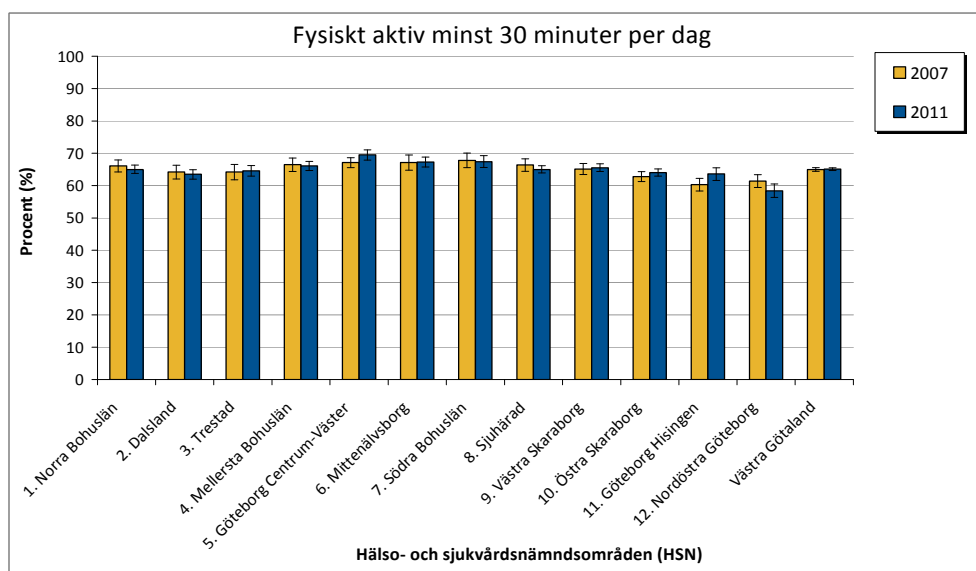
Två av tre är fysiskt aktiva 30 minuter varje dag

Två av tre av de svarande är fysiskt aktiva minst 30 minuter varje dag och var tredje invånare är aktiv minst 60 minuter dagligen. Inga stora skillnader kan noteras mellan könen och inte heller jämfört med 2007. Andelen aktiva minskar något med stigande ålder, men ökar igen bland 65-74-åringar. Äldre män är mer fysiskt aktiva än kvinnor.



Figur 28 Andelen av de svarande som uppger att de är fysiskt aktiva mer än 30 minuter per dag fördelat på kön och ålder 2011.

Andelen som är fysiskt aktiva 30 minuter per dag skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer med hög inkomst (73 procent), som inte har några ohälsosamma levnadsvanor (77 procent), respektive skattar sin hälsa som bra (72 procent) jämfört med svarande som helhet.



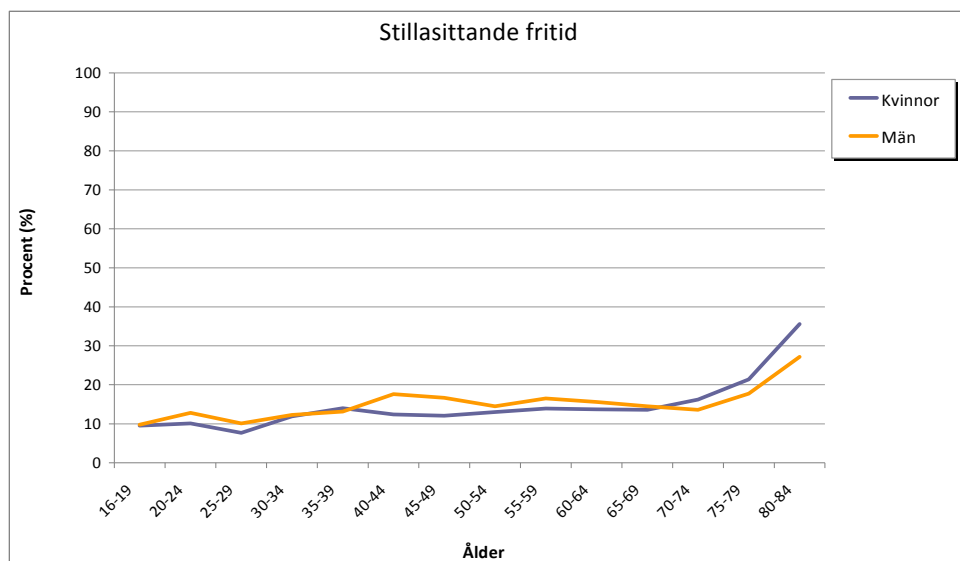
Figur 29 Andelen av de svarande som uppger att de är fysiskt aktiva mer än 30 minuter per dag 2011 och 2007 fördelat på hälsa- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Det finns skillnader mellan nämndområden i andel fysiskt aktiva 30 minuter per dag eller mer. Störst andel finns i Göteborg, centrum-väster där 70 procent är aktiva minst 30 minuter per dag, medan nordöstra Göteborg har lägst andel där 58 procent är aktiva minst 30 minuter per dag. Andelen har inte förändrats sedan år 2007 i något nämndområde.

Stillasittande fritid

Fysisk inaktivitet har ett starkt samband med ohälsa. Fjorton procent av dem som besvarat frågorna angav att de har en stillasittande fritid. Det är oförändrat jämfört med 2007.

Andelen bland yngre är väsentligt lägre (10 procent bland 16-29 år) än bland äldre (18 procent bland 65-84 år). Det finns inga stora könsskillnader totalt, men i åldern 20-64 år rapporterar män generellt sett högre andel med stillasittande fritid än kvinnor. Könslförhållandet är det omvända bland 75-84-åringar.



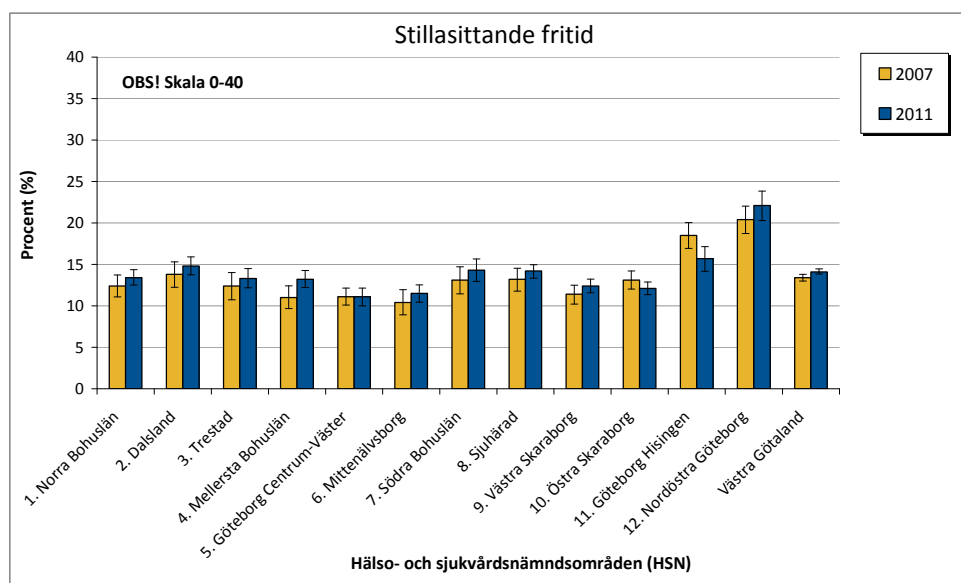
Figur 30 Andelen av svarande som uppger att de har stillasittande fritid fördelat på kön och ålder 2011.

Stillasittande fritid vanligare bland utomeuropeiskt födda

Andelen med en stillasittande fritid skiljer sig mycket mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer som är födda utanför Europa (32 procent), har sjuk/aktivitetsersättning (31 procent), lågt socialt deltagande (30 procent) respektive skattar sin hälsa som dålig (44 procent).

Andelen stillasittande är även högre bland personer med funktionsnedsättning (27 procent), som saknar kontantmarginal (24 procent), arbetslösa (24 procent), personer födda i övriga norden eller Europa (19 respektive 23 procent), eller kort utbildning (18 procent), jämfört med övriga.

Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor har 39 procent en stillasittande fritid.



Figur 31 Andelen av de svarande som uppger att de har stillasittande fritid 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Stillasittande fritid vanligare i nordöstra Göteborg

Högst andel med stillasittande fritid finns i nordöstra Göteborg (22 procent). De lägsta andelarna återfinns i Göteborg centrum-väster, Mitteneålsborg och östra och västra Skaraborg (11-12 procent). Det finns inga säkra förändringar mellan år 2007 och 2011 för nämndområdena.

Kostvanor

Bra matvanor dvs näringsrik mat och en lagom mängd mat, är en viktig förutsättning för hälsa. Livsmedelsverkets rekommendationer om vad vi bör äta utgår från de nordiska näringsrekommendationerna. Det innebär bl.a. en daglig konsumtion av grönsaker och frukt motsvarande 500 g per dag. Intaget av frukt och grönsaker används här som en indikator på goda kostvanor.

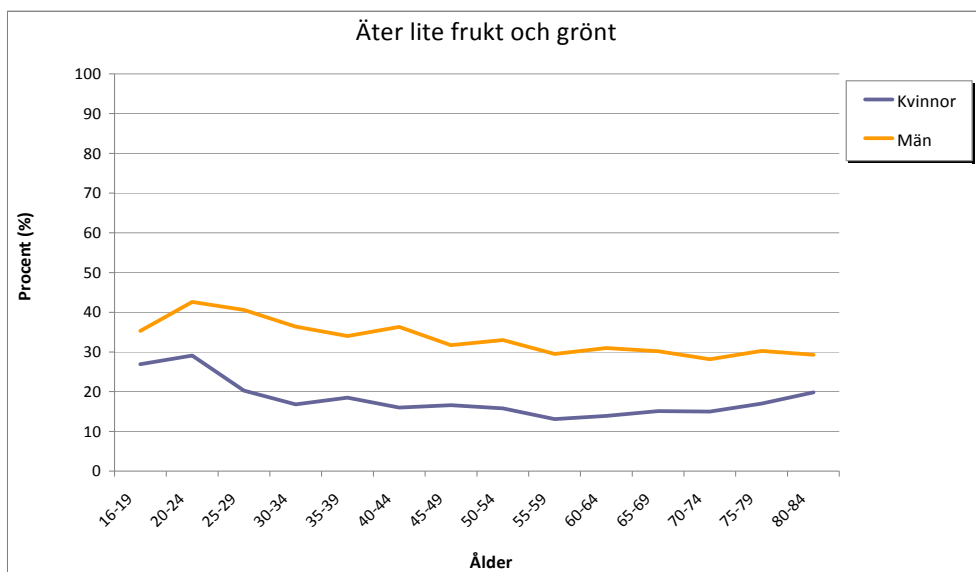
Frågorna om frukt och grönsaker mäter endast frekvensen av intaget, men kan approximativt översättas till en ungefärlig mängd. Vanligtvis beräknas ett konsumtionstillfälle motsvara cirka 100 gram frukt eller grönsaker. Att äta frukt och grönsaker fem gånger per dag eller oftare bedöms vara markör för goda kostvanor medan mindre än 1 gång per dag markerar dåliga kostvanor.

En av fyra har dåliga kostvanor

26 procent av dem som svarat anger att de äter frukt och grönsaker en gång per dag eller mer sällan. Det är en ökning med två procentenheter sedan år 2007. Ökningen ses framförallt bland 45-84-åringar, både bland kvinnor och män. Knappt var tionde uppnådde rekommendationen om 500 g frukt och grönt per dag.

Män och unga har sämre kostvanor

Andelen med låg konsumtion av frukt och grönt är betydligt högre bland män (34 procent) än bland kvinnor (18 procent), i alla åldrar. Andelen lågkonsumenter är högre 33 procent bland 16-29-åringar och 23 procent bland 45-64-åringar.

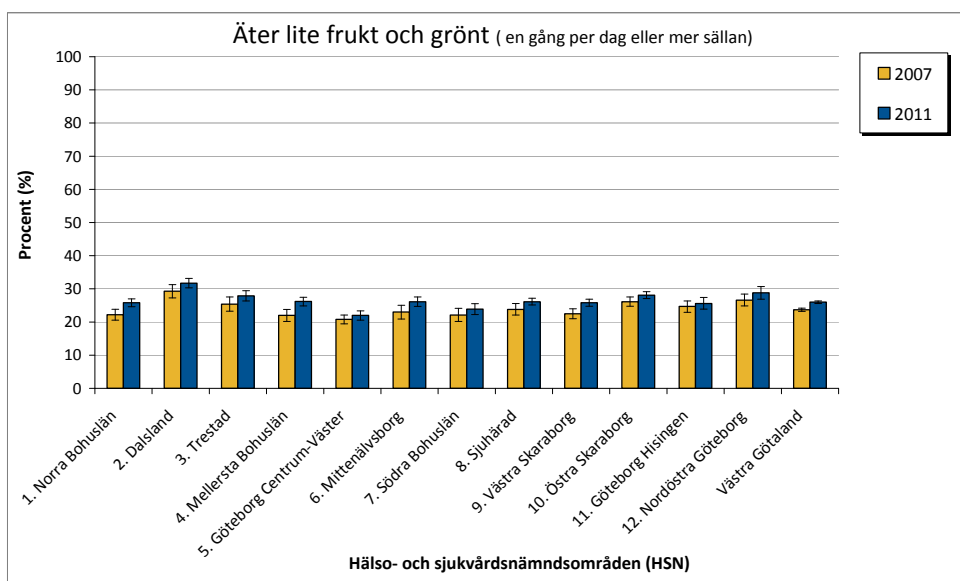


Figur 32 Andelen av de svarande som uppger att de har låg konsumtion av frukt och grönt fördelat på kön och ålder 2011.

Andelen som äter lite frukt och grönt skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer i arbetslöshet (40 procent), saknar kontantmarginal (38 procent), respektive skattar sin hälsa som dålig (40 procent).

Andelen med litet frukt och grönsaksintag är även högre bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (35 procent), lågt socialt deltagande (36 procent), studerande (31 procent), personer med kort utbildning (30 procent), födda i övriga norden (31 procent), arbetare (31 procent) eller funktionsnedsättning (31 procent).

Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor äter 63 procent lite frukt och grönt.



Figur 33 Andelen av de svarande som uppger att de har låg konsumtion av frukt och grönt 2011 och 2007 fördelat per hälsa- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Nämndområden med störst andel svarande som har dåliga kostvanor är Dalsland (32 procent) och Trestad, Östra Skaraborg och nordöstra Göteborg (28 procent). Lägst andel finns i Göteborg, centrum-väster och Södra Bohuslän (22 respektive 24 procent). Det finns skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena. Andelen med låg konsumtion av frukt och grönt har ökat i Norra Bohuslän och Mellersta Bohuslän med 4 procentenheter och Västra Skaraborg med 3 procentenhet sedan år 2007.

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma är ett växande problem i Sverige liksom i övriga världen. I Sverige har antalet överviktiga nästan fördubblats under de senaste 20 åren. Övervikt och fetma åtföljs av en rad hälsoproblem med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer, bland annat tjocktarmscancer. Övervikt och fetma har beräknats bidra till 7 procent av sjukdomsburden i Sveriges befolkning, mätt i DALY. Man räknar med att övervikt och fetma kostar ungefär ca tre miljarder kronor per år i form av sjukhusvård i Sverige. Detta motsvarar ca två procent av vår totala vårdkostnad. Indirekta kostnader såsom minskad produktion på grund av frånvaro till följd av sjuk- eller aktivitetsersättning tillkommer som beräknas vara minst lika höga. ESO:s (Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi) rapport⁴ framhåller att övervikt och fetma hanteras bäst innan den har utvecklats hos barn och unga. Förebyggande arbete är därför en viktig angreppspunkt.

Uppgifterna om övervikt eller fetma bygger på självrapporterade uppgifter om längd och vikt. Med hjälp av dessa data har BMI (Body Mass Index) beräknats. Ett BMI mellan 18,5 och 25 räknas som normal vikt i förhållande till längd; ett BMI under 18,5 anger under normal vikt. Ett BMI mellan 25 och 30 anger övervikt och 30 eller mer anger fetma. Denna beräkning gäller för vuxna personer, när det gäller barn finns andra gränser.

Andelen med övervikt eller fetma utgör enligt 2011 års undersökning tillsammans 48 procent. 35 procent har övervikt och drygt 13 procent har fetma. Andelen har ökat med mer än två procentenheter sedan år 2007. Det är framförallt andelen med fetma som har ökat, och ökningen ses både bland kvinnor och män.

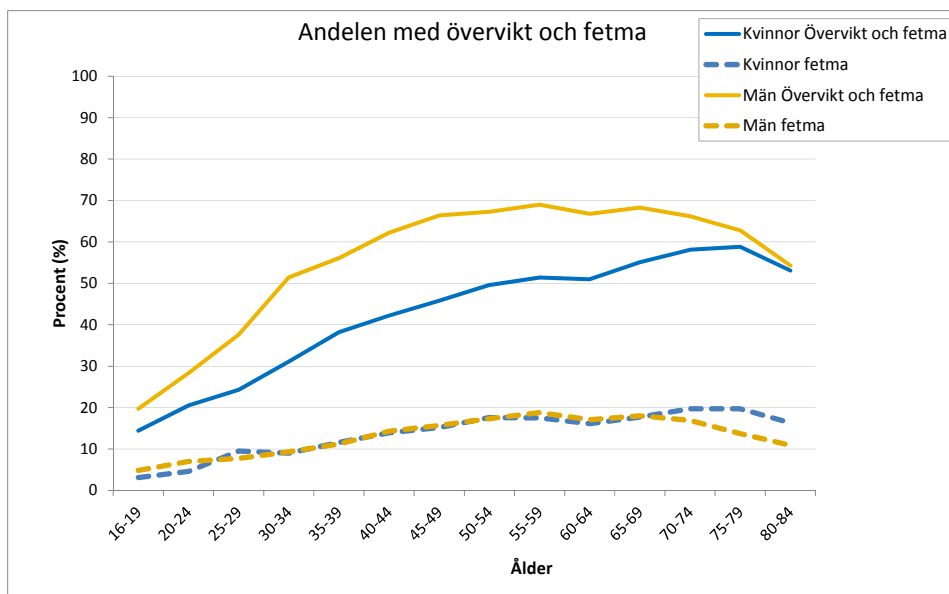
Det finns även en fråga om man har besvär av övervikt eller fetma, oavsett BMI. Var fjärde person som besvarat enkäten rapporterar att de har lätta eller svåra besvär av övervikt eller fetma.

Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor, medan fetma är lika vanligt

Andelen med övervikt är högre bland män än bland kvinnor i alla åldrar. Mer än hälften av männen är överviktiga eller har fetma. Det är framförallt övervikt som är vanligare bland män än bland kvinnor, andelen med fetma är lika stor. Däremot rapporterar en högre andel kvinnor än män att de har *besvär* av övervikt eller fetma.

Det finns ett samband med ålder. Bland män ökar andelen med övervikt och fetma upp till 55-59 års ålder, varefter andelen är stabil fram till 70-74 års ålder då den åter minskar. Bland kvinnor fortsätter andelen med övervikt och fetma att öka upp till 75-79 år.

⁴ Andersson & Fransson: Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt. Rapport till Expertgruppen för Offentlig Ekonomi 2011:3



Figur 34 Andelen av de svarande med övervikt (BMI \geq 25) och fetma (BMI \geq 30) fördelat på kön och ålder 2011.

Övervikt inklusive fetma är vanligare bland personer med kort utbildning

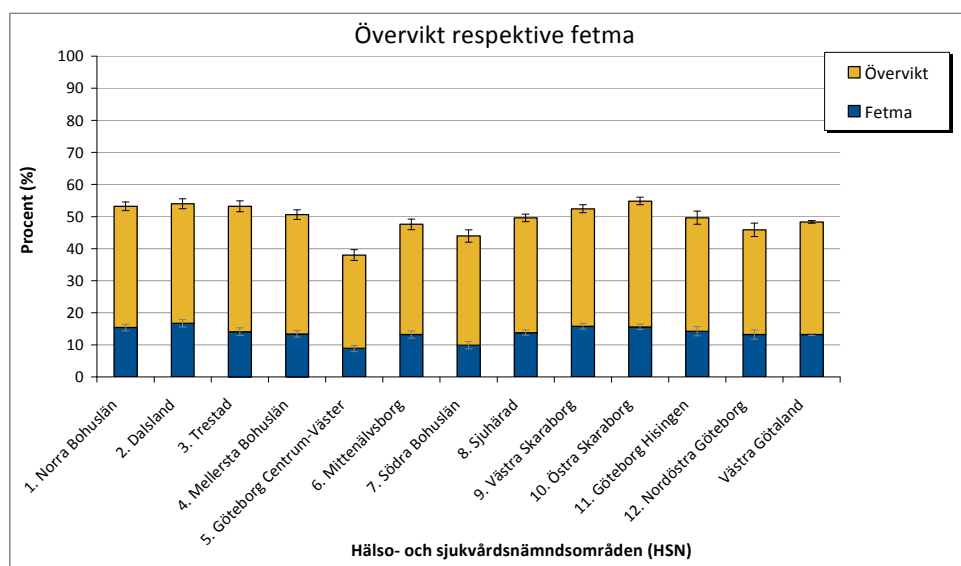
Andelen som har övervikt inklusive fetma skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (63 procent), kort utbildning (62 procent), som skattar sin hälsa som dålig eller varken bra eller dålig (63 respektive 61 procent), respektive som är födda i övriga Norden (61 procent).

Andelen med övervikt inklusive fetma är även högre bland personer med funktionsnedsättning (59 procent), födelseland övriga Europa (57 procent), respektive lågt socialt deltagande (58 procent), jämfört med svarande totalt (48 procent).

Bland personer som rapporterar två eller fler ohälsosamma levnadsvanor har 60 procent övervikt inklusive fetma.

Flest överviktiga i Fyrbodal och Skaraborg

Figuren nedan visar andelen med övervikt uppdelad på övervikt respektive fetma för hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Områden med hög andel övervikt, har även en hög andel med fetma. Andelen med övervikt inklusive fetma är högst i norra Bohuslän, Dalsland, Trestad, Västra och Östra Skaraborg (52-55 procent), och lägst i Göteborg, centrum-väster (38 procent) och Södra Bohuslän (44 procent). Fördelningen följer ålderssammansättningen i länet.



Figur 35 Andelen av de svarande med övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) respektive fetma ($\text{BMI} \geq 30$) 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden.

Övervikt (exklusive fetma)

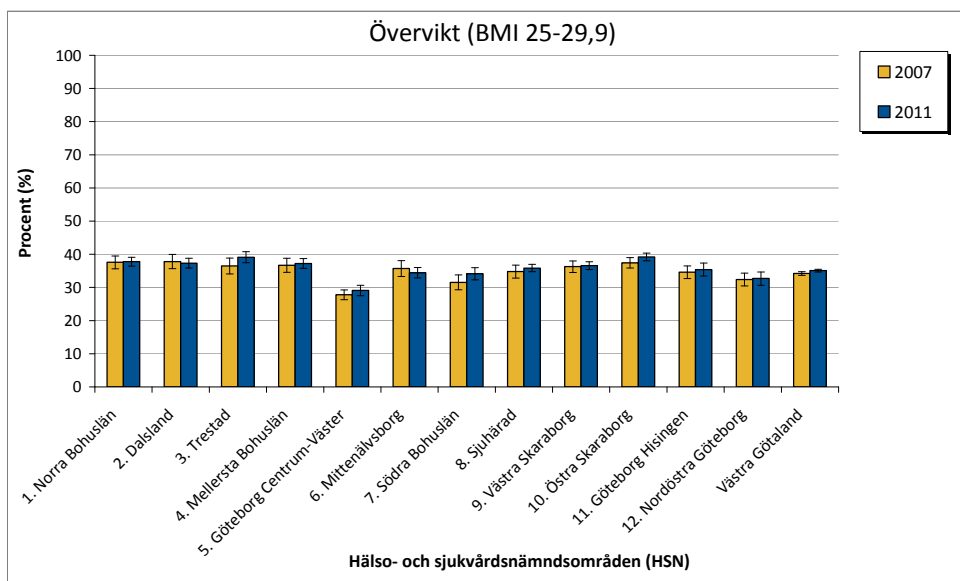
Andelen med övervikt (exklusive fetma) är 35 procent, baserat på självrapporterad vikt och längd. Det finns ingen säker förändring av andelen överviktiga sedan 2007. Fler män (42 procent) än kvinnor (28 procent) uppger övervikt.

Andelen som har övervikt skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Mönstret följer i stort det som beskrivits ovan för övervikt inklusive fetma. Högst andel med övervikt finns bland personer med kort utbildning (43 procent), jämfört med mellanlång och lång utbildning (36 respektive 32 procent).

Personer som skattar sin hälsa som dålig har däremot inte högre andel med övervikt jämfört med dem som skattar sin hälsa som bra. Andelen med övervikt är något högre bland samboende än bland ensamstående, vilket inte ses för fetma.

Minst övervikt i Göteborg, centrum-väster

Det finns skillnader i andelen med övervikt mellan nämndområdena. Andelen är högre än länsnittet i Östra Skaraborg (39 procent), Trestad (39 procent), Dalsland (37 procent) och Mellersta Bohuslän (37 procent). Göteborg centrum-väster har lägst andel (29 procent) följt av nordöstra Göteborg (33 procent). Det finns inga säkra skillnader mellan 2007 och 2011 för nämndområdena.



Figur 36 Andelen av de svarande med övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Fetma

Andelen med fetma fortsätter att öka

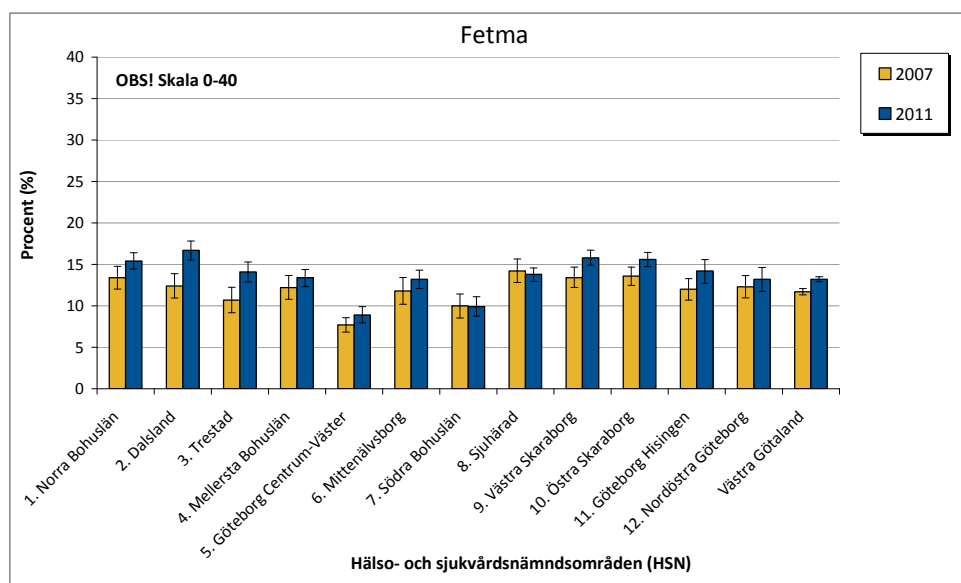
Andelen med fetma bland de som svarat 2011 är drygt 13 procent. Det är en ökning med en och en halv procentenhet från knappt 12 procent år 2007. Ökningen ses både bland kvinnor och män i åldersgruppen 45-84 år, men även bland män 16-29 år.

Det finns inga skillnader mellan kön i andelen med fetma. Fetma ökar med stigande ålder hos både män och kvinnor. I åldrarna 50-79 år är andelen 17-18 procent.

Andelen med fetma skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Mönstret följer i stort det som beskrivits ovan för övervikt inklusive fetma. Andelen är högst bland personer med sjuk/aktivitetsersättning, där 26 procent rapporterar fetma, jämfört med 12 procent bland yrkesarbetande. 22 procent bland personer födda i övriga Norden uppger fetma. Bland personer med kort utbildning är andelen 19 procent (i den gruppen finns även många äldre).

Personer som rapporterar sin hälsa som dålig, har i klart högre grad fetma (27 procent), men däremot inte övervikt, jämfört med personer som mår bra.

Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor har 31 procent fetma.



Figur 37 Andelen av de svarande med fetma (BMI \geq 30) 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Det finns skillnader i andelen med fetma mellan nämndområden. Andelen är högre än länssnittet i de områden som har en äldre befolkning; Dalsland (17 procent), Östra Skaraborg och Västra Skaraborg (16 procent), norra Bohuslän (15 procent). I Göteborgsområdet som har den yngsta befolkningen, ses också den lägsta andelen med fetma; Göteborg centrum-väster (9 procent) och Södra Bohuslän (10 procent). Andelen med fetma har ökat i Dalsland, Trestad och Skaraborg sedan år 2007 med 2-4 procentenheter.

Tobaksvanor

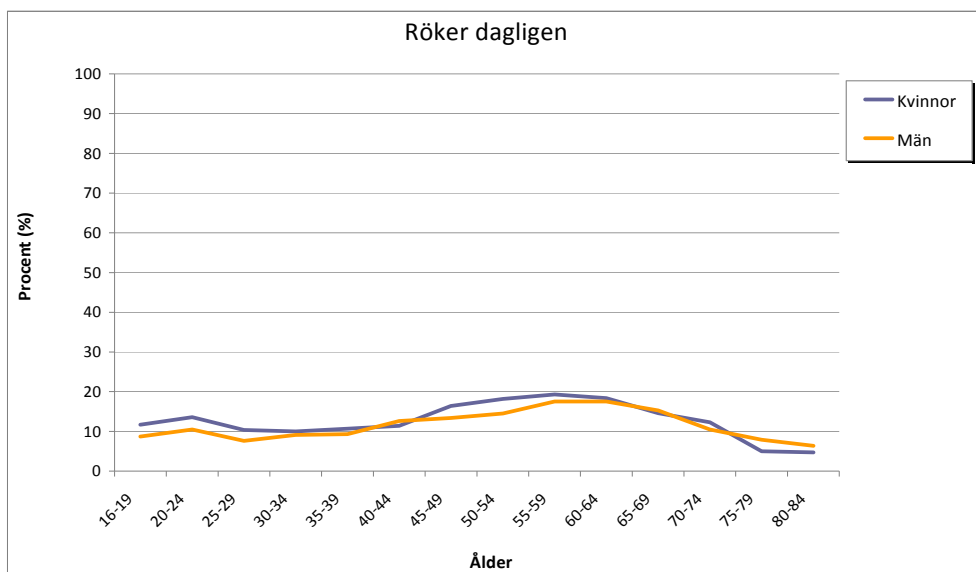
Rökning

Rökning ökar kraftigt risken att insjukna i ett stort antal sjukdomar. Många sjukdomar orsakas eller förvärras av rökning. Det gäller bland annat ett antal olika cancerformer, hjärtinfarkt, kärlkramp, slaganfall, benskörhet och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Trots att hälften av rökarna dör i förtid utgör de en större ekonomisk börda för hälso- och sjukvården än icke-rökare. Tobaksrökningen minskar långsamt de senaste åren. Tobak har beräknats bidra till 10 procent av sjukdomsbördan i Sveriges befolkning, mätt i DALY.

Andelen dagligrökande kvinnor har minskat sedan år 2007

År 2011 var 13 procent av kvinnorna och 12 procent av männen dagligrökare. Bland kvinnor är detta en minskning jämfört med 2007, då andelen kvinnor som rökte dagligen var nästan 16 procent. Könsskillnaden avseende rökning tycks alltså ha försvunnit. Det är framförallt i åldrarna 30-64 år som minskningen bland kvinnorna skett. Det går inte att se motsvarande förändring bland männen.

Andelen dagligrökare är 17 procent i åldersgruppen 45-64 år, jämfört med 10-11 procent i övriga åldersgrupper.



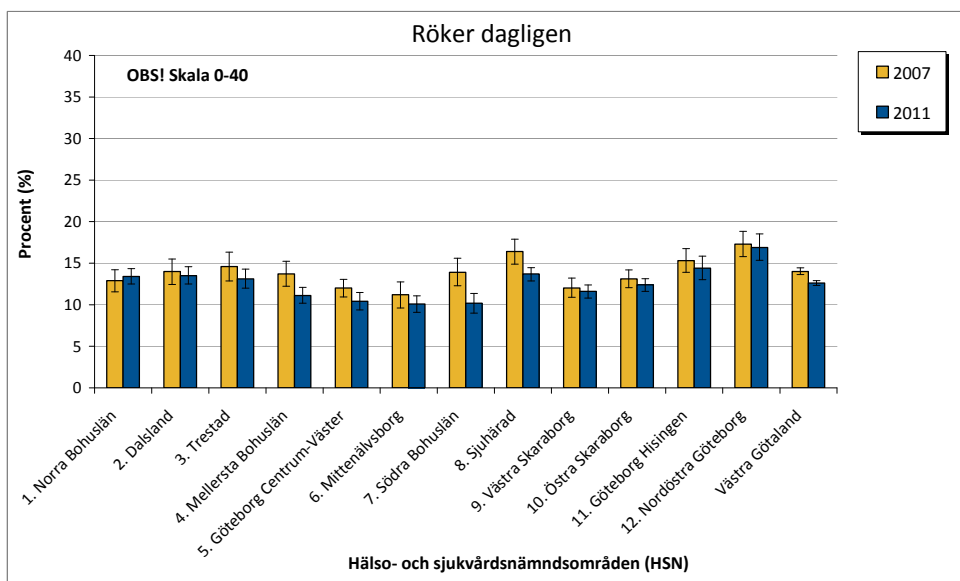
Figur 38 Andelen av de svarande som uppger att de röker dagligen fördelat på kön och ålder 2011.

Dagligrökare är vanligare bland personer med kort utbildning och utlandsfödda

Andelen dagligrökare skiljer sig stort mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (29 procent), i arbetslöshet (26 procent), som skattar sin hälsa som dålig (25 procent), som saknar kontantmarginal (24 procent), respektive födda utanför Sverige (17-24 procent). Bland personer födda utanför Europa röker dubbelt så hög andel män som kvinnor dagligen.

Andelen är även högre bland personer med kort utbildning (20 procent), jämfört med lång utbildning (6 procent).

Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor är det 35 procent som röker dagligen.



Figur 39 Andelen av de svarande som uppger att de röker dagligen 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Nordöstra Göteborg har flest dagligrökare

Det finns skillnader i andel dagligrökare mellan nämndområden. Nordöstra Göteborg har högst andel bland de svarande (17 procent), och där har även männen högre andel (19 procent) än kvinnorna (15 procent). Lägst andel ses i Mittenälvsborg, Södra Bohuslän, Göteborg, centrum-väster och Mellersta Bohuslän, där 10-11 procent röker dagligen.

Andelen dagligrökare har minskat i Södra Bohuslän (4 procentenheter) och i Mellersta Bohuslän och Sjuhärad (3 procentenheter) sedan år 2007.

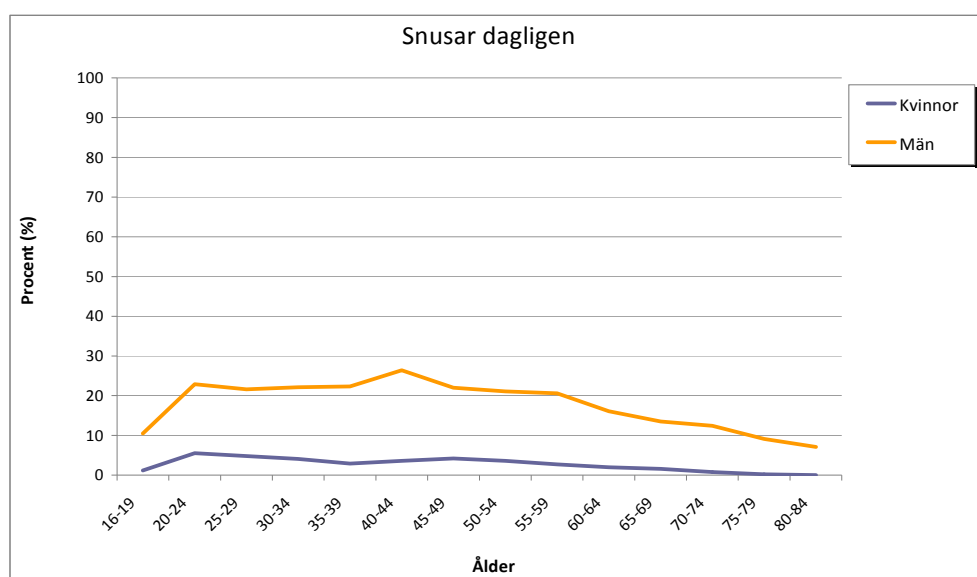
Snusning

Snusning ger en högre nikotinnivå än rökning, och ger därför ett högre nikotinberoende än vid rökning. Att snusa har blivit vanligare.

Snusning är inte ofarligt, men utgör en mycket mindre hälsorisk än tobaksrökning. Snusning ökar risken för munslemhinneförändringar, cancer i bukspottkörteln, matstrupe och magsäck, dödlig hjärtinfarkt, och förhöjt blodtryck.

Snusning är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor

Tre procent av kvinnorna och 19 procent av männen snusar dagligen, vilket är oförändrat sedan 2007. Sammantaget är det betydligt fler män än kvinnor som dagligen använder tobak. Andelen dagligsnusare är högre bland personer med kort eller mellanlång utbildning (14 respektive 13 procent) jämfört med personer med lång utbildning (7 procent).



Figur 40 Andelen av svarande som uppger att de snusar dagligen fördelat på kön och ålder 2011.

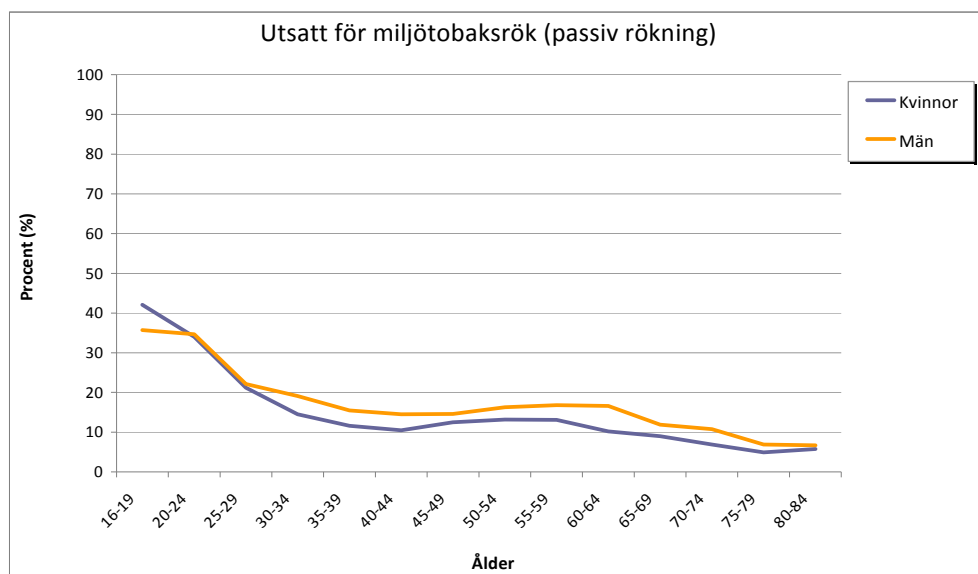
Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor snusar 30 procent dagligen.

Störst andel dagligsnusare finns i Dalsland (drygt 13 procent), medan nordöstra Göteborg har lägst andel (drygt 9 procent).

Miljötabaksrök (passiv rökning)

Unga utsätts i högre grad för passiv rökning

17 procent av de svarande uppger att de vistas i miljöer där andra personer röker eller har rökt. Det är en knapp minskning med en procentenhet sedan år 2007. Det är betydligt vanligare bland yngre personer än bland äldre. I åldrarna under 25 år uppger mer än var tredje att de utsätts för passiv rökning. I nordöstra Göteborg uppger 26 procent att de utsätts för passiv rökning.



Figur 41 Andelen av svarande som uppger att de utsätts för passiv rökning fördelat på kön och ålder 2011.

Alkoholvanor

En hög konsumtion av alkohol kan orsaka eller bidra till en mängd negativa hälsoeffekter som till exempel levercirros, gastrit, alkoholpsykos, alkoholförgiftning och olycksfall. En hög konsumtion kan också ha en rad negativa sociala konsekvenser som påverkar hälsotillståndet samt bidra till övervikt och fetma.

Alkohol påverkar många av kroppens organ och alkohol kan relateras till en lång rad sjukdomar och skador, både kroniska och akuta. Skadliga effekter av alkohol avgörs av mängden konsumerad alkohol, individens dryckesmönster och sociala situation samt av ålder och kön.

Den totala alkoholkonsumtionen har minskat men är fortfarande högre än i början av 1990-talet. Alkoholkonsumtionen ökar mest bland medelålders och äldre kvinnor.

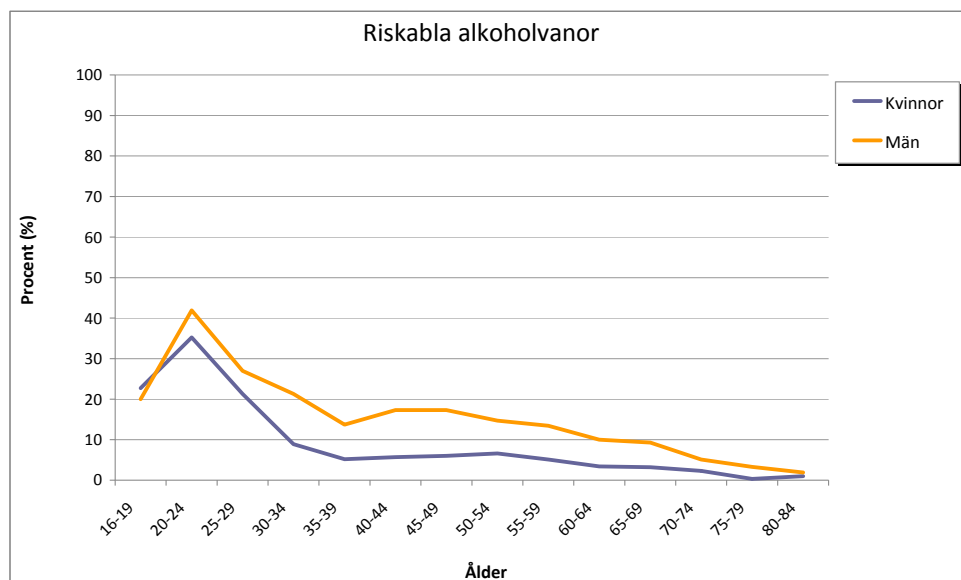
Riskabla alkoholvanor

Riskabla alkoholvanor är ett sammanslaget mått som bygger på frågeinstrumentet AUDIT⁵ samt en fråga om berusningsdrickande. AUDIT-instrumentet har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) i syfte att identifiera personer vars alkoholkonsumtion kan skada deras hälsa.

⁵ AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Se t.ex. Babor m.fl. WHO 2001: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf

Riskabla alkoholvanor vanligare bland män än bland kvinnor

Av dem som besvarat frågeformuläret skattas 17 procent av männen och 10 procent av kvinnorna ha riskabla alkoholvanor, vilket är i stort sett oförändrat sedan 2007. Andelen är högst bland 16-29-åringar vilket i hög grad kan förklaras av berusningsdrickande. I denna åldersgrupp ses en minskning från 32 procent år 2007 till 28 procent år 2011.

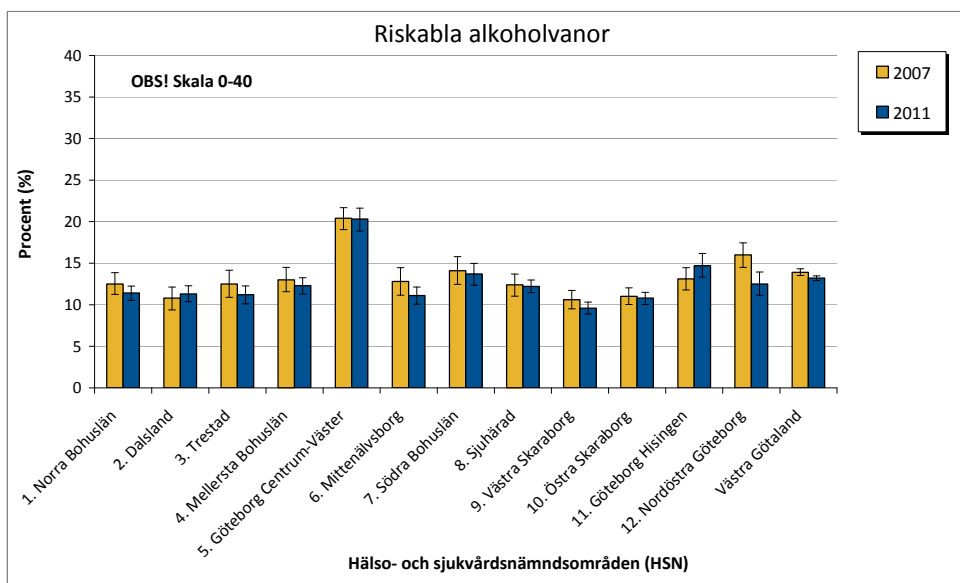


Figur 42 Andelen av de svarande som uppger riskabla alkoholvanor fördelat på kön och ålder 2011.

Andelen med riskabla alkoholvanor skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer som studerar (28 procent), och i gruppen som är ensamstående utan barn (21 procent). I dessa grupper finns en högre andel unga. En något högre andel ses även bland arbetslösa (17 procent). Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor har 35 procent riskabla alkoholvanor.

Riskabla alkoholvanor vanligast i Göteborg, centrum-väster

Andelen med riskabla alkoholvanor är klart högre i Göteborg, centrum-väster 2011 (20 procent) än i övriga länet (13 procent), liksom år 2007. I Göteborg, centrum-väster har var fjärde man och var sjätte kvinna riskabla alkoholvanor, liksom 2007, och drygt 40 procent av män och kvinnor i åldersgruppen 16-29 år uppger riskabla alkoholvanor. Andelen med riskabla alkoholvanor är högre i området i samtliga åldersgrupper jämfört med länet som helhet. I nordöstra Göteborg ses en minskning i andelen sedan år 2007, från 16 procent till 13 procent.



Figur 43 Andelen av de svarande som uppger riskabla alkoholvanor 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Cannabisvanor

Cannabis i form av hasch och marijuana är den vanligaste förekommande narkotiska drogen i Sverige. Det är svårt att ge en precis och entydig bild av narkotikaproblemets omfattning, bland annat eftersom all ickemedicinsk befattning med narkotika är kriminaliserad. Men också för att narkotikaanvändningen är mångfacetterad.

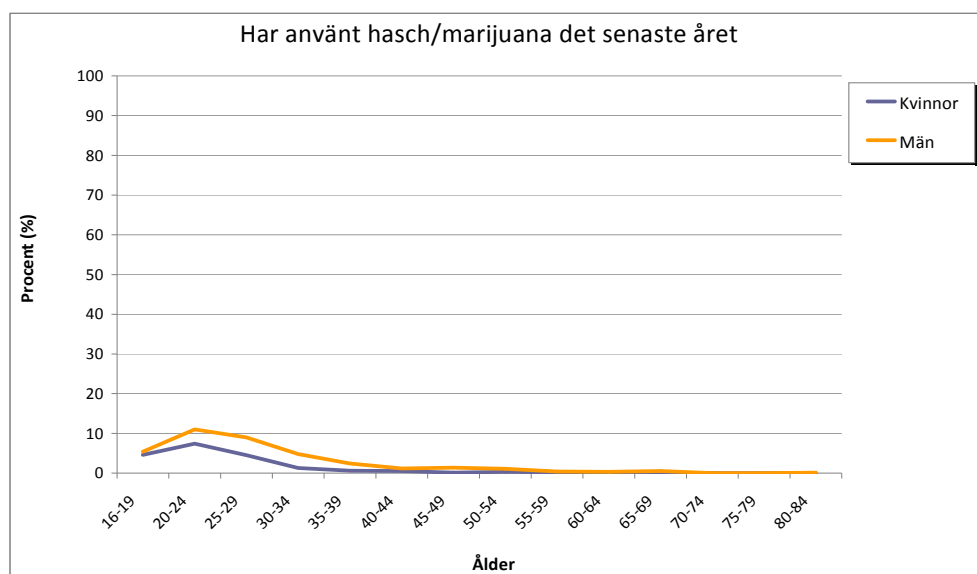
Narkotikaanvändning medför kraftigt ökade risker för skador av olika slag. Skadorna kan vara medicinska eller sociala och de kan vara akuta eller uppstå först efter en längre tids användning.

De vanligaste, och vetenskapligt belagda, negativa ruseffekterna av cannabis är ångest, olust, panikkänslor och förföljelsemani. Cannabismissbruk försämrar individens förmåga att utnyttja sin intellektuella kapacitet och förmågan att reflektera över sig själv, vilket bland annat medför att den psykiska mognaden hos ungdomar och den nödvändiga frigörelsen under tonåren går långsammare. De som i årtal har missbrukat cannabis blir avtrubbade och passiva, får svårt att lära sig nya saker och att arbeta koncentrerat. Vidare löper barn till mödrar som använt cannabis under graviditeten ökad risk att födas underviktiga. I nationella folkhälsoenkäten ställs enbart frågor om cannabisanvändning eftersom detta är det mest använda narkotikapreparatet i Sverige. Det finns en klar risk för underskattning av rapporteringen.

En av femton unga har använt cannabis senaste året

Tre procent av männen och 1,5 procent av kvinnorna har använt cannabis senaste året vilket är oförändrat jämfört med 2007. Andelen är högst bland unga, 16-29 år (sju procent). Andelen är högre bland studerande (åtta procent) och ensamstående utan barn (fem procent). Bland personer som rapporterat två eller fler ohälsosamma levnadsvanor har 8 procent använt cannabis senaste året.

Andelen är högre i de tre Göteborgsnämnderna än i övriga nämndområden.



Figur 44 Andelen av svarande som uppger att de har använt hasch/marijuana senaste året fördelat på kön och ålder 2011.

Spelvanor

Risken för att personer ska utveckla problem vid spel om pengar är en av orsakerna till att spelmarknaden är reglerad. Skadliga effekter av spel om pengar hänger bland annat samman med hur mycket man spelar, mönstret i spelbeteendet, individens socioekonomiska situation samt kön och ålder.

Det finns många likheter mellan spelproblem och andra missbruk som alkohol, tobak, narkotika och dopning. En stor del av de mer generella riskfaktorerna är gemensamma för både spel och alkohol. Spelberoende personer brukar indelas i spelproblematiker och patologiska spelare.

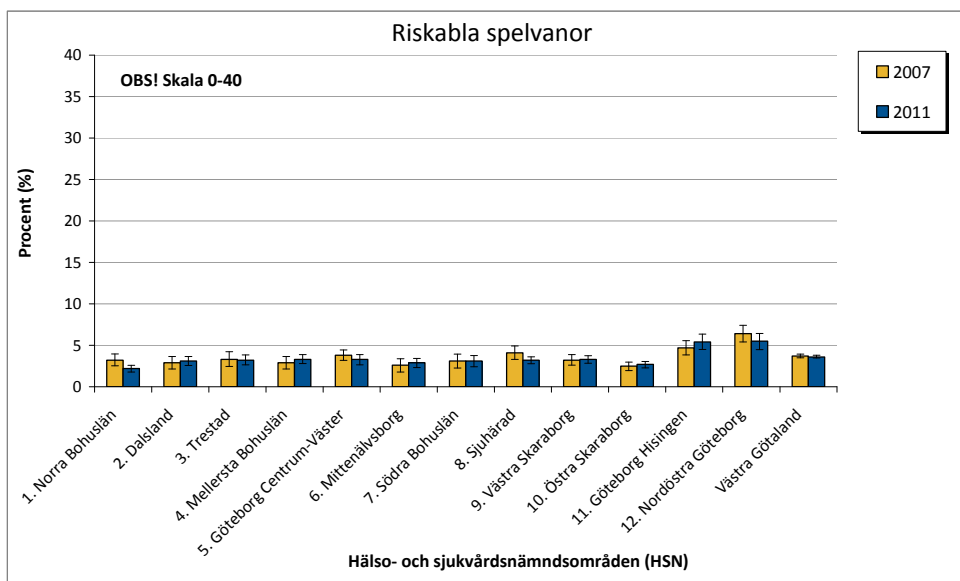
Frågorna om spel i enkäten avser framför allt att mäta förekomsten av problematiskt spelande. Konsumtion av spel mäts vanligtvis genom insatsen (hur mycket pengar personen satsar) och frekvensen på spelandet (antal gånger personen spelat senaste 30 dagarna).

Fyra procent (Fem procent av männen och två procent av kvinnorna) har riskabla spelvanor, vilket är oförändrat jämfört med 2007. Män spelar för högre summor. Bland kvinnorna ökar andelen med riskabla spelvanor med stigande ålder, medan siffran ligger runt fem procent bland männen i samtliga åldersgrupper.

Riskabla spelvanor vanligare bland personer med svag ekonomi

Andelen med riskabla spelvanor skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer födda utanför Europa (10 procent).

Andelen med riskabla spelvanor är även högre bland personer som skattar sin hälsa som dålig (åtta procent), personer med sjuk-/aktivitetsersättning eller arbetslöshet (sju procent), födda i Europa och övriga Norden (sju respektive sex procent), personer som saknar kontantmarginal eller har lågt socialt deltagande (sex procent).



Figur 45 Andelen av de svarande som uppger att de har riskabla spelvanor 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Nordöstra Göteborg och Hisingen har störst andel med riskabla spelvanor (6 respektive 5 procent), medan Norra Bohuslän ligger lägst (2 procent). Det finns inga säkra skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena.

Vilja att förändra levnadsvanor

I undersökningen 2011 ställdes frågor om man vill förändra vissa levnadsvanor.

Tre av fyra vill öka sin fysiska aktivitet

76 procent av de svarande vill öka sin fysiska aktivitet. Av de med stillasittande fritid anger åtta av tio att de vill öka sin fysiska aktivitet och en av tre att de vill öka sin fysiska aktivitet och behöver stöd för detta. Stillasittande personer med hög inkomst, mellanlång eller lång utbildning, respektive studerande vill i högre grad än övriga öka sin fysiska aktivitet.

Grupper som i högre grad än övriga önskar stöd är personer med sjuk-/aktivitetsersättning (52 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig (60 procent), som har funktionsnedsättning (47 procent), som har gjort två eller fler vårdbesök senaste tre månaderna (46 procent) respektive lägre tjänstemän (44 procent).

En av tre dagligrökare vill ha stöd för att sluta röka

Bland dem som röker dagligen vill sju av tio sluta röka, och 31 procent anser att de behöver stöd för att kunna sluta röka. Personer som endast har *en* ohälsosam levnadsvana, dvs rökningen, vill i högre grad sluta röka (77 procent) än de som har fler ohälsosamma vanor (68 procent). Andelen som vill sluta är även högre bland personer i 30-64 års ålder (cirka 74 procent) än övriga åldrar. De som i lägst utsträckning vill sluta röka är ensamstående utan barn, personer som skattar sin hälsa som dålig, har låg inkomst, respektive är 65-84 år, där två av tre vill sluta röka.

Tabell 4 Andelen av de svarande som vill förändra sina levnadsvanor 2011, bland samtliga svarande respektive svarande med ohälsosamma levnadsvanor

	Andel (%)	
	BLAND SAMTLIGA	BLAND DE MED OHÄLSOSAM LEVNADSVANA
STILLASITTANDE FRITID		
Vill öka sin fysiska aktivitet	76	79
Vill öka sin fysiska aktivitet, behöver stöd	15	34
DAGLIGRÖKARE		
Vill sluta röka		71
Vill sluta röka och behöver stöd		31
DAGLIGSNUSARE		
Vill sluta snusa		41
Vill sluta snusa och behöver stöd		14
RISKABLA ALKOHOLVANOR		
Vill minska alkoholkonsumtion	13	34
Vill minska alkoholkonsumtion, behöver stöd	1	5
RISKABLA SPELVANOR		
Har försökt minska sitt spelande	6	74

Grupper som i högre grad än övriga önskar stöd för rökstopp än övriga är personer födda utanför Europa (42 procent), personer med sjuk-/aktivitetsersättning (40 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig (41 procent), personer som har funktionsnedsättning (37 procent), respektive personer med barn 0-17 år (37 procent), jämfört med 31 procent totalt.

Fem procent med riskabla alkoholvanor behöver stöd för att minska sin konsumtion

Av de med riskabla alkoholvanor vill en av tre minska sin alkoholkonsumtion. Fem procent anser också att de behöver stöd för att klara av det.

Mer än varannan med riskabla alkoholvanor vill minska sitt alkoholintag bland personer 45-84 år, kort utbildning, sjuk-/aktivitetsersättning, arbetslöshet, födda i övriga Norden eller övriga världen, som har lågt socialt deltagande, respektive skattar sin hälsa som dålig. Detta mönster gäller även för dem som anser att de behöver stöd för att minska.

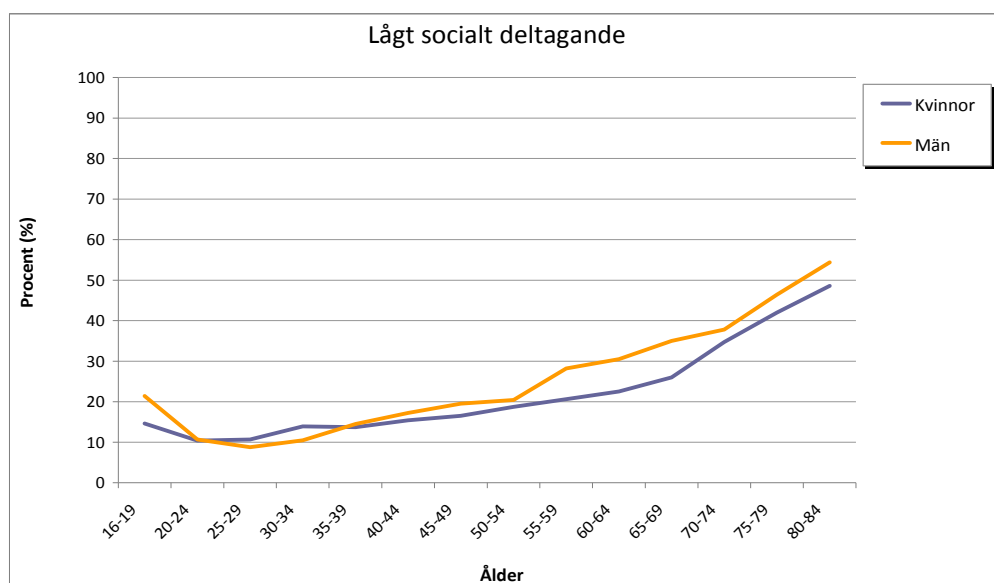
Sociala relationer

Personer med täta sociala relationer, eller starka band till familj eller omgivning lever längre och har bättre hälsa samt en ökad förmåga att återhämta sig från sjukdom än socialt isolerade individer. Ofta talar man om socialt kapital, vilket dels handlar om delaktighet i olika samhälleliga aktiviteter och medborgerligt engagemang och dels om känslan av samhörighet och tillit till andra människor och samhällets olika institutioner.

Socialt deltagande

Deltagande i till exempel olika kulturupplevelser, verkar kunna påverka hjärnan och öka motståndet mot sjukdomar som cancer, infektioner, ledsjukdomar och demens samt minska risken för skadlig stress. Socialt deltagande kan påverka individen både genom att förmedla kunskap som kan påverka individens hälsorelaterade beteende, och genom att ge individen en känsla av samhörighet och stärka självkänslan och självförtroendet.

Lågt socialt deltagande definieras här som deltagande i högst en av fördefinierade aktiviteter senaste 12 månaderna, t.ex. studiecirkel, föreningsmöten, teater, bio, offentlig tillställning, religiös sammankomst, privat fest. 21 procent av de svarande klassas som lågt socialt deltagande. Andelen har ökat med knappt två procentenheter sedan år 2007.

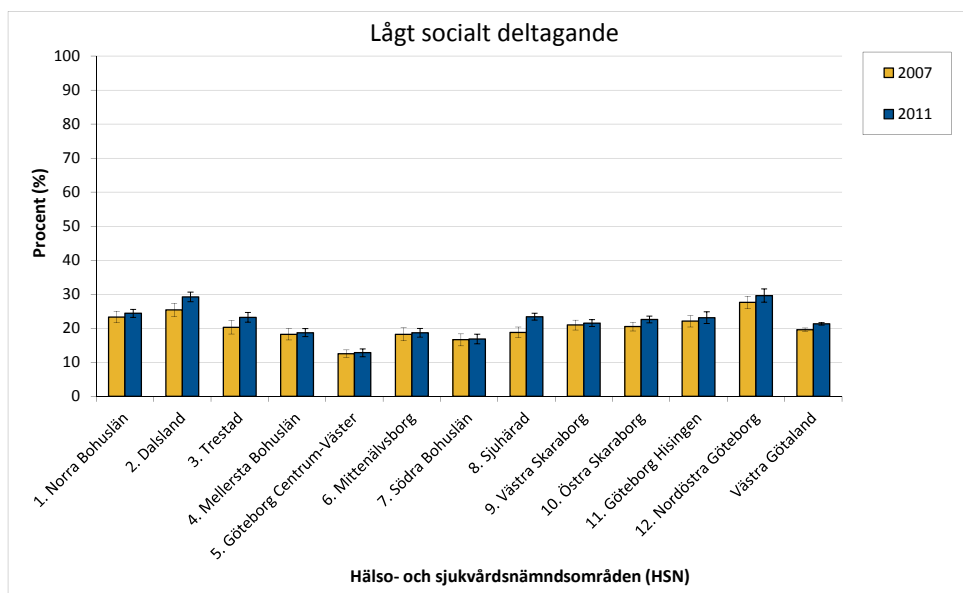


Figur 46 Andelen av de svarande som uppger att de har låg grad av socialt deltagande fördelat på ålder och kön 2011.

Socialt deltagande minskar med stigande ålder

Det sociala deltagandet är påtagligt lägre bland äldre (38 procent bland 65-84 år jämfört med 13 procent bland 16-29 år). Andelen är högst bland personer som skattar sin hälsa som dålig (52 procent), personer med sjuk-/aktivitetsersättning, (49 procent), arbetslösa (36 procent), personer födda utanför Sverige (>35 procent), de som saknar kontantmarginal (38 procent), respektive de som har funktionsnedsättning (37 procent).

Andelen med lågt socialt deltagande är även högre bland personer med kort utbildning (32 procent) än bland personer med lång utbildning (sju procent), samt bland personer med låg inkomst (33 procent), respektive som har två eller flera ohälsosamma levnadsvanor (31 procent).



Figur 47 Andelen av de svarande som uppger att de har låg grad av socialt deltagande 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

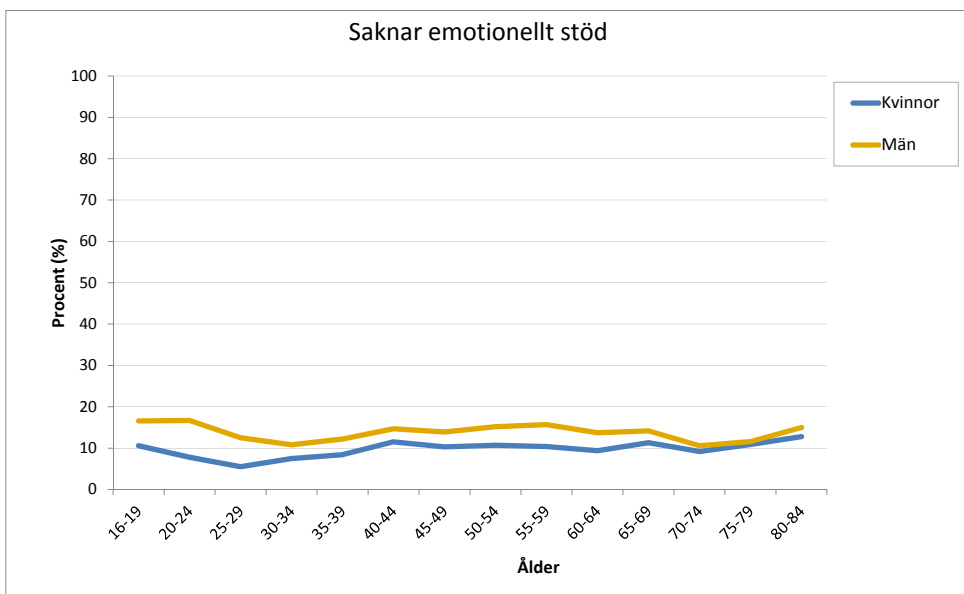
Det finns stora skillnader i socialt deltagande mellan nämndområden. I Göteborg centrum-väster finns lägst andel personer med lågt socialt deltagande (13 procent), medan Dalsland och Nordöstra Göteborg har mer än dubbelt så stor andel (29 respektive 30 procent). I Sjuhärads och Dalsland ses en ökning sedan år 2007 av andelen som har lågt socialt deltagande (5 respektive 4 procentenheter högre).

Socialt stöd

Det finns en positiv relation mellan hälsa och upplevelsen av att ha socialt stöd, och upplevelsen att vara sig kunna få hjälp att påverka sin situation eller ha någon att vända sig till medför ökad sjukdomsrisk. I denna undersökning mäts socialt stöd dels som *emotionellt stöd* (*Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?*), dels som *praktiskt stöd* (*Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?*).

Kvinnor har i högre grad tillgång till emotionellt stöd än män

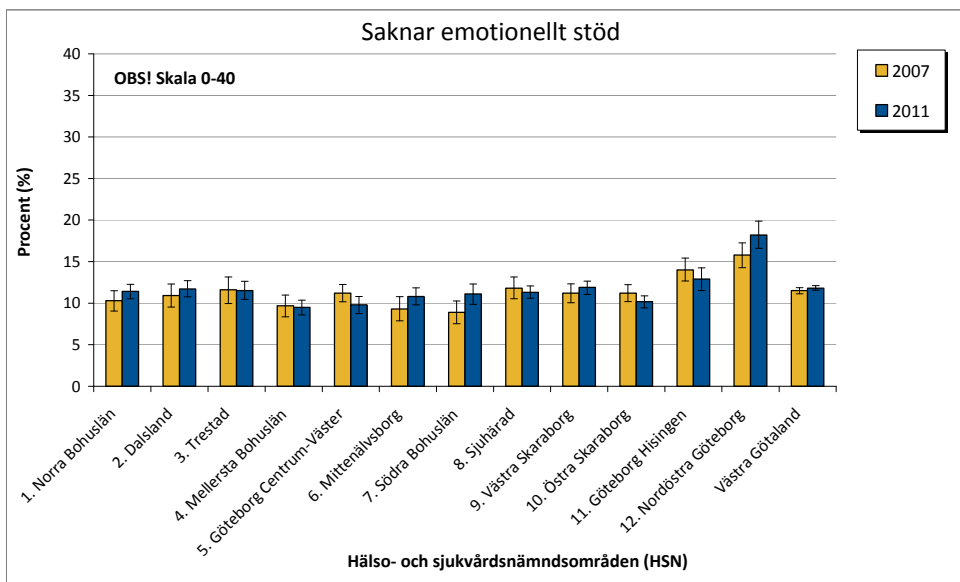
Totalt 14 procent av männen och 10 procent av kvinnorna uppger att de saknar emotionellt stöd, totalt 12 procent. I högre åldrar syns dock ingen nämnvärd skillnad mellan könen, medan de unga männen skiljer sig ganska markant från de unga kvinnorna.



Figur 48 Andelen av de svarande som uppger att de saknar emotionellt stöd fördelat på ålder och kön 2011.

Personer som mår dåligt saknar i högre grad både emotionellt och praktiskt stöd

Andelen som saknar emotionellt stöd skiljer sig mellan grupper av de svarande. Ett tydligt resultat är att personer utanför arbetsmarknaden (21 procent), ensamstående (20 procent), med utomeuropeiskt födelseland (26 procent), lågt socialt deltagande (22 procent) respektive de som skattar sin hälsa som dålig (27 procent) i betydligt högre utsträckning än övriga saknar emotionellt stöd.



Figur 49 Andelen av de svarande som uppger att de saknar emotionellt stöd 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

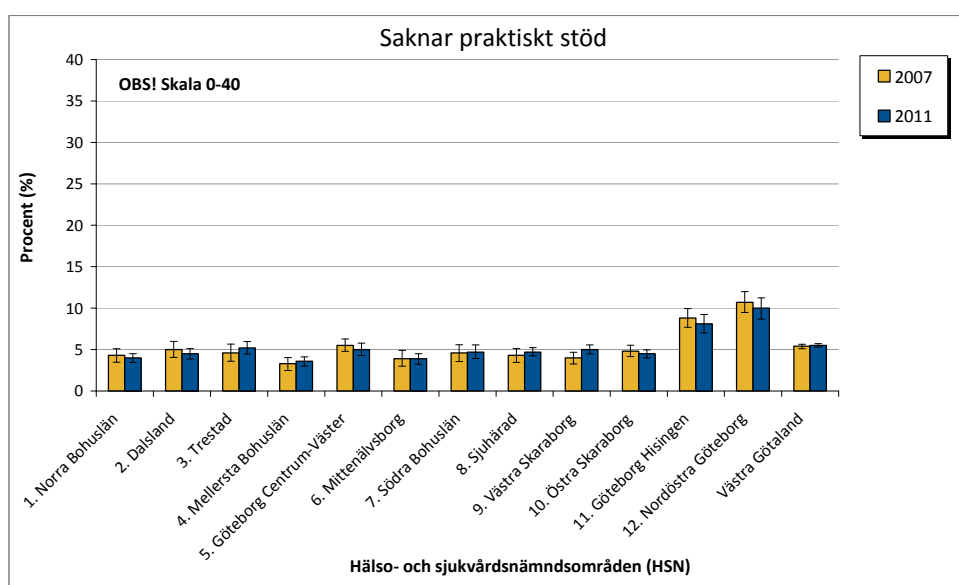
Eftersom dessa grupper är överrepresenterade i Göteborg Hisingen och nordöstra Göteborg är detta sannolikt förklaringen till att dessa områden har högst andelar av de svarande som saknar emotionellt stöd bland nämndområdena. I nordöstra Göteborg är andelen 18 procent. Det finns inga säkra skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena.

En majoritet får praktiskt stöd vid behov

När det gäller *praktiskt stöd* uppger i genomsnitt sex procent av de svarande att de saknar sådant stöd, men med stora skillnader inom regionen. Andelen är högst i nordöstra Göteborg (10 procent) och i Göteborg Hisingen (8 procent).

Andelen som saknar praktiskt stöd skiljer sig mellan grupper av de svarande. Ett tydligt resultat är att personer utanför arbetsmarknaden (14 procent), med utomeuropeiskt födelse land (18 procent), personer som saknar kontantmarginal (14 procent), har lågt socialt deltagande (14 procent) respektive de som skattar sin hälsa som dålig (19 procent) i betydligt högre utsträckning än övriga saknar praktiskt stöd.

Andelen som saknar praktiskt stöd är även högre bland ensamstående, personer med låg inkomst, personer födda i övriga Europa eller Norden, respektive personer med funktionsnedsättning.



Figur 50 Andelen av de svarande som uppger att de saknar praktiskt stöd 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

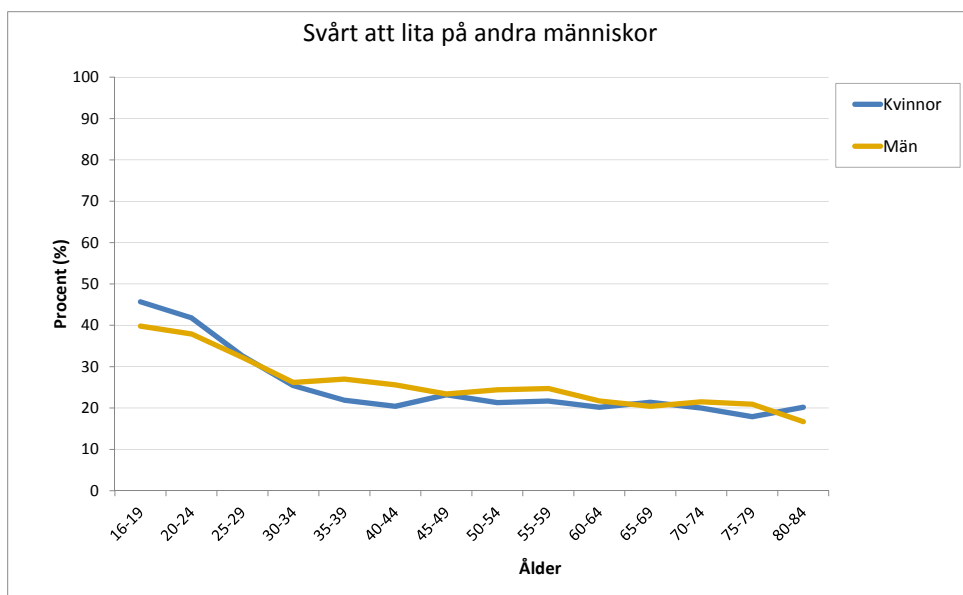
Socialt deltagande, tillit och stöd är lägst i nordöstra Göteborg och Hisingen

Det finns skillnader mellan nämndområdena i andelen som uppger att de saknar praktiskt stöd. Andelen är högst i nordöstra Göteborg (10 procent) och i Göteborg Hisingen (8 procent) och lägst i Mellersta Bohuslän, Mitteneälvborg och Norra Bohuslän (4 procent). Det finns inga säkra skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena.

Tillit

Tillit till andra människor är en viktig dimension i det sociala kapitalet och har en positiv inverkan på vår hälsa. Det är därför den indikator man ofta mäter socialt kapital med. När människor känner förtroende för staten och välfärdssystemen så tenderar de även att lita mer på andra människor. Länder med höga nivåer av tillit har en bättre folkhälsa.

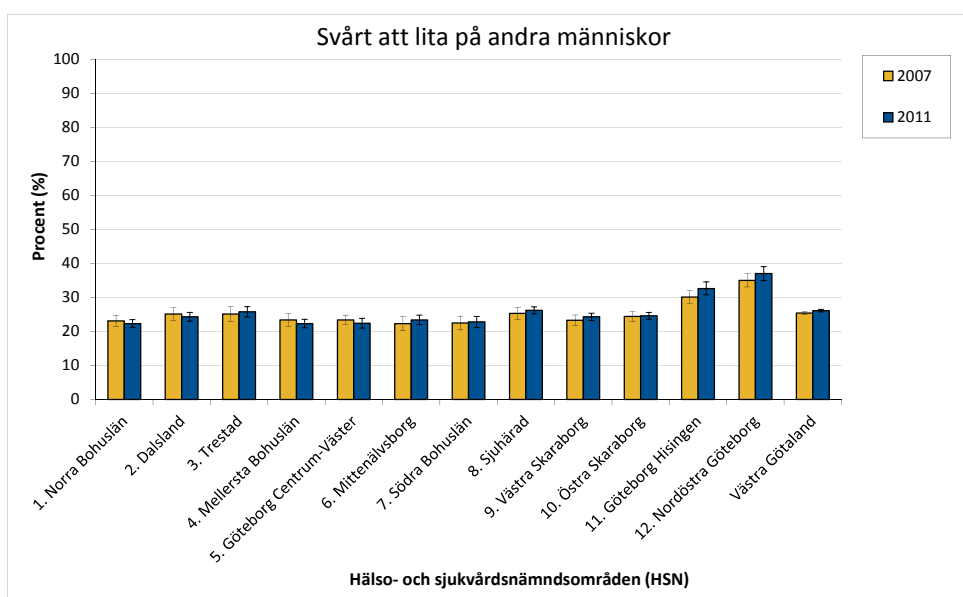
Tryggheten i närområdet/bostadsområdet har stor betydelse för både trivselen och hälsan. Att känna trygghet i sin närmiljö ger förutsättningar för att själv kunna välja var man vill vistas, till exempel promenera, utan att känna rädsla för brott. Här redovisas andelen som anser sig ha svårt att i allmänhet lita på andra människor.



Figur 51 Andelen av de svarande som uppger att de har svårt att lita på andra fördelat på ålder och kön 2011.

Varannan arbetslös har svårt att lita på andra människor

Totalt 26 procent av de svarande anser att det i allmänhet är svårt att lita på andra människor. Det är vanligast bland unga (38 procent av de 16-29 år), bland arbetslösa (47 procent), hos personer födda utanför norden (44 procent av dem med födelse land utanför Norden men inom Europa; 49 procent bland dem utomeuropeiskt födda), bland personer som saknar kontantmarginal (45 procent) respektive hos personer som skattar sin hälsa som dålig (49 procent). Andelen är även högre bland ensamstående personer, personer med sjuk-/aktivitetsersättning, personer med lågt socialt deltagande.



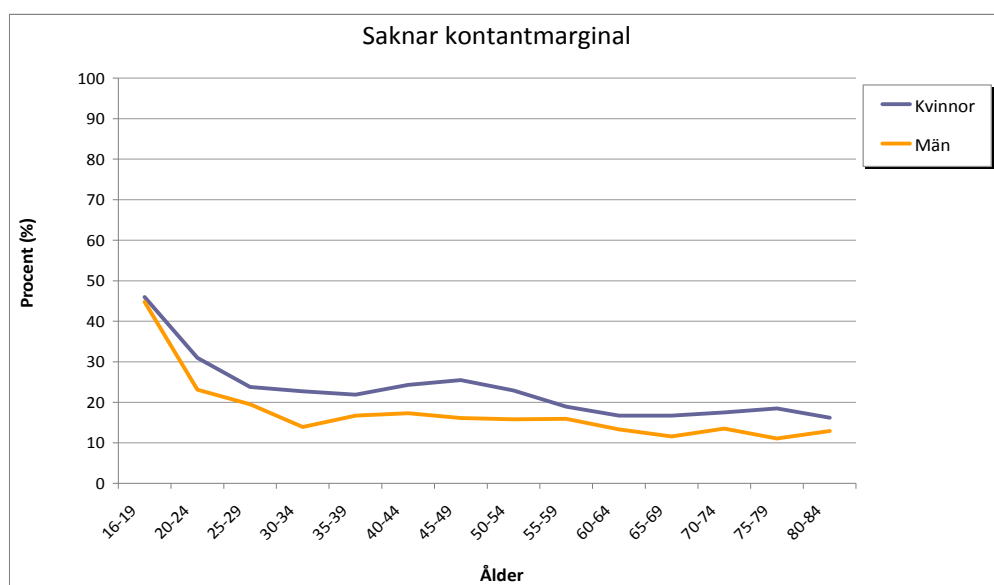
Figur 52 Andelen av de svarande som uppger att de har svårt att lita på andra 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Nordöstra Göteborg och Göteborg Hisingen har högst andel svarande som uppgivit att de har svårt att lita på andra (37 respektive 32 procent). Detta återspeglar sannolikt att t.ex. arbetslösa och individer med annat födelseland än Sverige är överrepresenterade i dessa områden. Det finns inga säkra skillnader mellan 2007 och 2011 inom nämndområdena.

Ekonomiska förhållanden

Ekonomisk och social trygghet är ett viktigt folkhälsopolitiskt målområde. Det finns ett mycket tydligt samband mellan ekonomiska resurser och hälsa, där varje ökning av disponibel inkomst också är förknippat med ökad hälsa. Klara samband finns också till att sämre ekonomiska förhållanden leder till mindre kontroll över sitt liv, vilket kan ha negativa effekter på hälsan.

Här redovisas *kontantmarginal* - i vilken utsträckning man på en vecka kan skaffa fram 15 000 kronor om man hamnar i en situation där man behöver det.

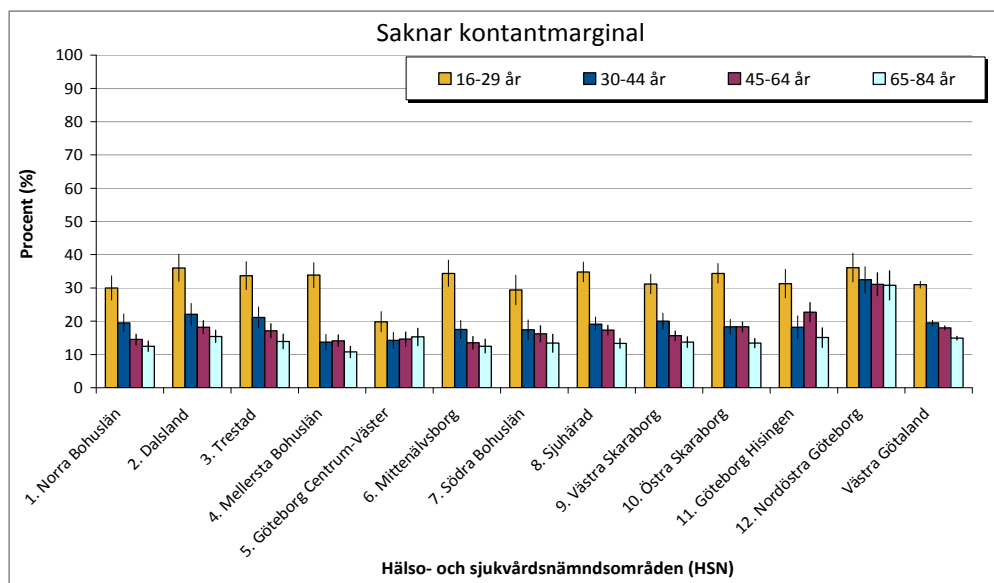


Figur 53 Andelen av de svarande som uppger att de saknar kontantmarginal fördelat på ålder och kön 2011.

Tjugoen procent av de svarande uppger att de inte kan skaffa fram 15 000 kronor på en vecka. I åldersgruppen 16-29 år är det 31 procent som inte har kontantmarginal. Andelen är högre bland kvinnor än män i alla åldrar.

Varannan ensamstående med barn saknar kontantmarginal

Andelen som saknar kontantmarginal skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. De som i högst utsträckning saknar kontantmarginal är arbetslösa (56 procent), personer med sjuk-/aktivitetsersättning (48 procent), personer födda utanför Europa (52 procent), ensamstående med barn (45 procent) respektive personer som skattar sin hälsa som dålig (46 procent).



Figur 54 Andelen av de svarande som uppger att de saknar kontantmarginal fördelat per åldersgrupp och hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. 95 % konfidensintervall.

I nordöstra Göteborg förekommer inte den stora skillnad mellan åldersgrupper som finns i övriga regionen, utan i samtliga åldersgrupper är det över 30 procent som saknar kontantmarginal.

Arbetsmiljö

En god arbetsmiljö ger möjlighet till utveckling, eget ansvar, delaktighet och inflytande. Upplevelsen av den egna arbetssituationen kan påverkas av många olika faktorer. Exempelvis kan arbetsbelastningen tyckas alldeles för hög, arbetsuppgifterna vara svåra för den egna förmågan eller omvänt för enkla. Arbetet kan också upplevas som psykiskt påfrestande, enformigt eller bundet och ofritt. Man påverkas även i vad mån man upplever sitt arbete som meningsfullt eller inte. Kombinationen av höga psykologiska krav och liten kontroll på arbetsplatsen är förknippad med såväl sämre kroppslig som psykisk hälsa. Stödet från arbetskamrater och/eller chef påverkar också effekten av krav och kontroll.

Kraven i arbetslivet har ökat åtminstone när det gäller upplevelsen av jäkt och psykisk ansträngning. Arbete som är såväl jäktigt som psykiskt ansträngande är vanligare bland kvinnor än bland män och har de senaste decennierna ökat betydligt mer bland kvinnor än bland män. Exempel är yrken där man i stort sett hela tiden arbetar med människor, t.ex. lärare och hälso- och sjukvårdspersonal. Arbetskravens betydelse för ohälsa stöds av flera forskningsstudier där friska personer som rapporterat höga psykiska krav så småningom utvecklar psykisk ohälsa och värk i nacke eller skuldror.

Här redovisas resultat för arbetsmiljöförhållanden, bland personer 16-64 år, som är yrkesarbetande. Frågorna om arbetsförmåga och stöd och hjälp i arbetet är tilläggsfrågor för Västra Götaland och finns inte med i nationella undersökningen.

Arbetsmiljöfrågorna fanns inte i 2007 års undersökning.

Arbetsförmåga

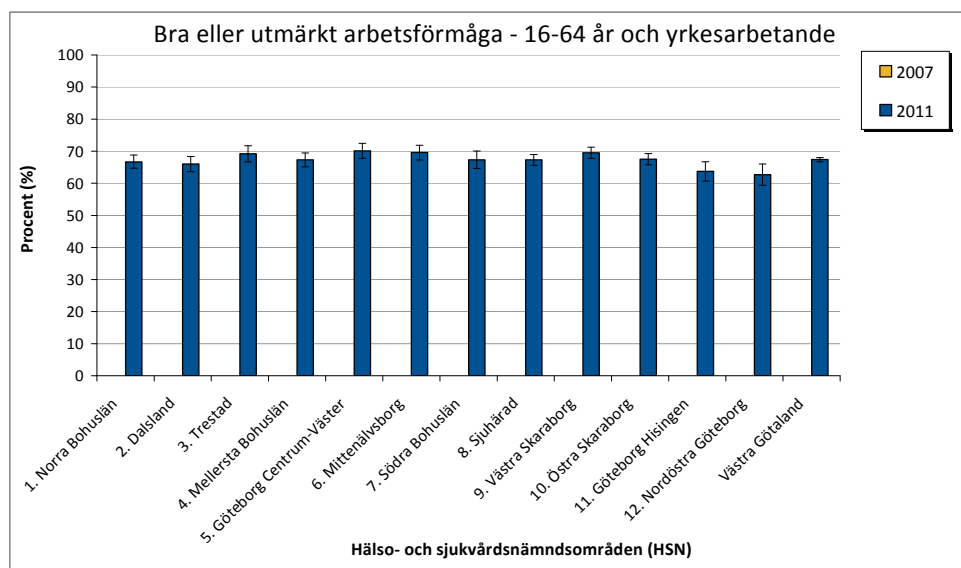
Två av tre yrkesarbetande skattar sin arbetsförmåga som hög

I undersökningen ingick en fråga om arbetsförmåga där den svarande skattar sin förmåga på en skala mellan 0 och 10, där 10 motsvarar arbetsförmågan när den var som bäst. Låg arbetsförmåga består av skattning 0-3, och hög arbetsförmåga består av skattning 9-10. Bland yrkesarbetande personer i 16-64 års ålder, skattar två procent sin arbetsförmåga som låg, och 67 procent skattar sin arbetsförmåga som hög. Andelen med hög arbetsförmåga minskar med stigande ålder. Det finns inga påtagliga könsskillnader.

Arbetsförmågan skattas högre bland personer med lång utbildning

Andelen som rapporterar låg arbetsförmåga bland yrkesarbetande skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen med låg arbetsförmåga är 27 procent bland personer som skattar sin hälsa som dålig, jämfört med en procent bland de som mår bra.

Hög arbetsförmåga rapporteras i högst utsträckning bland personer med mellanlång eller lång utbildning (70 procent), bland tjänstemän (72 procent), bland personer med hög inkomst (72 procent), bland personer födda i Sverige (69 procent), bland personer som inte har funktionsnedsättning (71 procent), personer som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra (75 procent), bland personer som inte har några ohälsosamma levnadsvanor (72 procent), bland personer som gjort max ett vårdbesök senaste tre månaderna (73 procent), respektive som har ett högt socialt deltagande (69 procent), jämfört med 67 procent bland svarande totalt.



Figur 55 Andelen av de svarande med bra arbetsförmåga fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. Yrkesverksamma 16-64 år. 95 % konfidensintervall.

Det finns skillnader mellan nämndområdena i arbetsförmåga. I nordöstra Göteborg och Göteborg Hisingen rapporteras en lägre andel med hög arbetsförmåga än i övriga länet (63 procent respektive 64 procent).

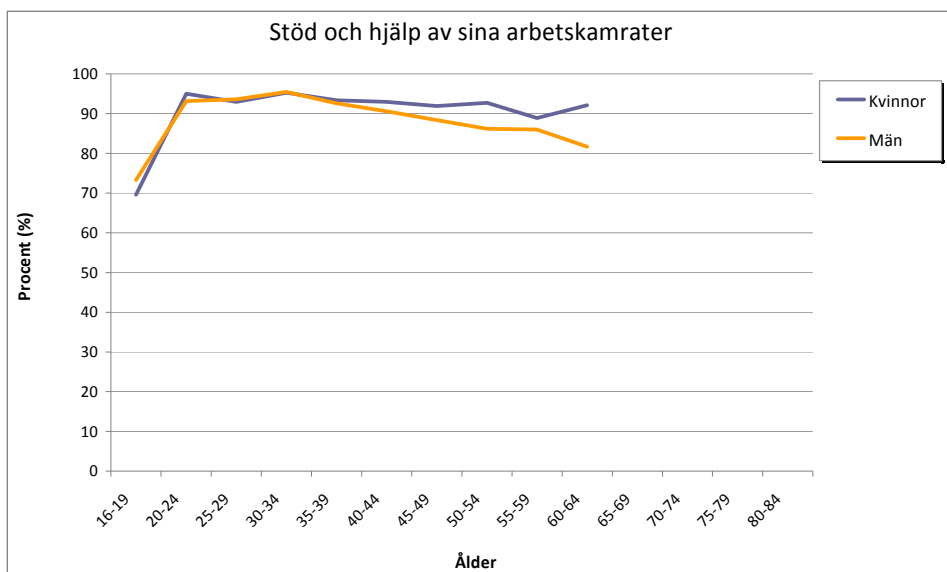
Stöd av arbetskamrater och chef

91 procent av yrkesarbetande 16-64-åringar som svarat, uppger att de får stöd och hjälp av sina arbetskamrater vid behov. 88 procent får stöd av sin chef, vid behov.

Nio av tio får stöd av arbetskamrater och chef

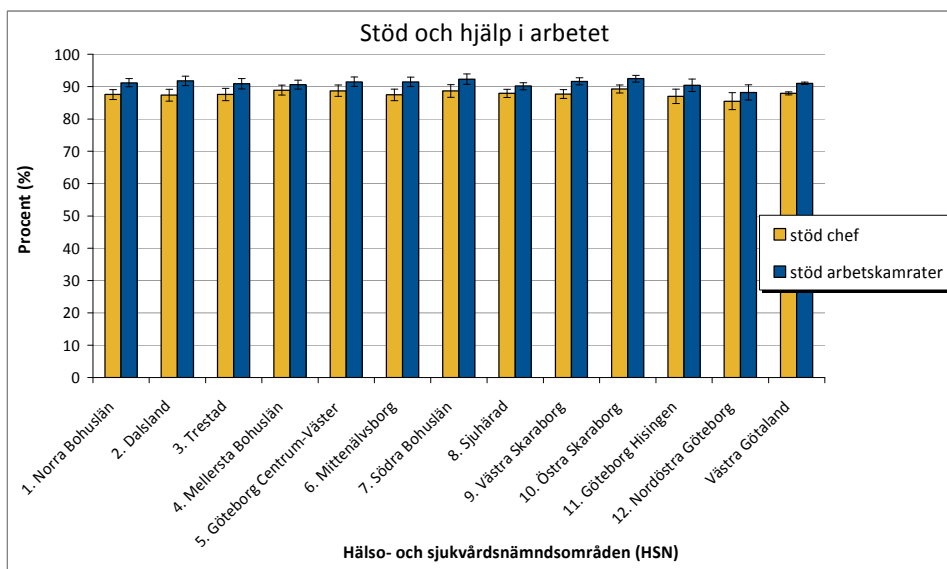
Kvinnor över 40 år får i något högre utsträckning än män stöd av sina arbetskamrater. Stödet av arbetskamrater minskar med stigande ålder, särskilt bland män. Det fanns inga större könsskillnader för stöd från chef, men andelen minskar något med stigande ålder.

Stöd av arbetskamrater eller chef rapporteras mindre vanligt bland personer som saknar kontantmarginal (85 procent), bland personer födda utanför Norden, framförallt utanför Europa (79 procent), personer med funktionsnedsättning (86 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig (79 procent), eller personer med lågt socialt deltagande (81 procent). Stödet upplevs också något mindre bland personer med kort utbildning och bland arbetare.



Figur 56 Andelen av de svarande som upplever stöd och hjälp från arbetskamrater fördelat på ålder och kön 2011. Yrkesverksamma 16-64 år.

Invånarna i nordöstra Göteborg upplever i något lägre utsträckning att de får stöd av sina arbetskamrater vid behov (88 procent), medan invånarna i Östra Skaraborg upplever i något högre grad att de får stöd av arbetskamrater (93 procent). Det finns inga säkra skillnader mellan nämndområdena i andelen som får stöd av sin chef.



Figur 57 Andelen av de svarande som upplever stöd och hjälp från arbetskamrater fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. Yrkesverksamma 16-64 år. 95 % konfidensintervall.

Trivs med arbetsuppgifter

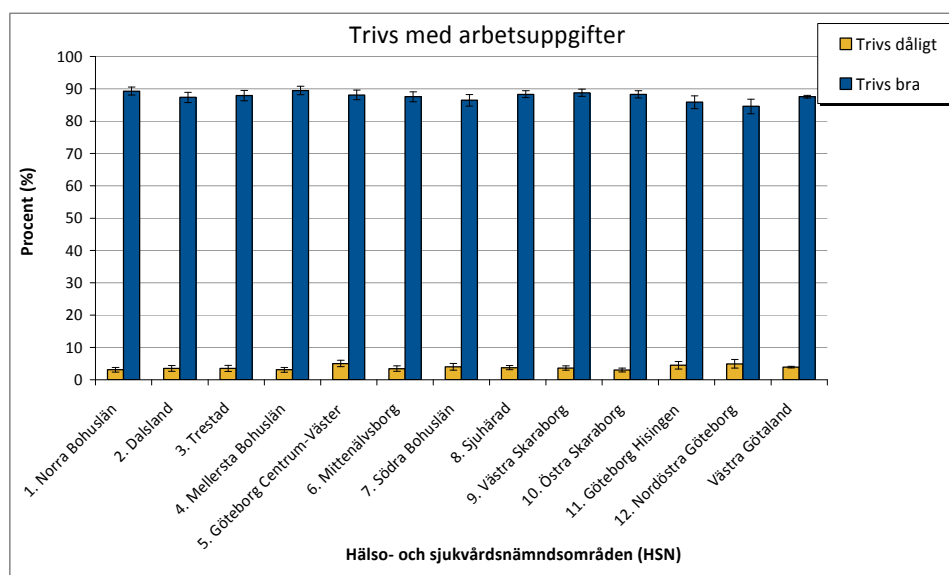
Nio av tio trivs med sina arbetsuppgifter

88 procent av dem som besvarat frågorna och är yrkesverksamma trivs ganska eller mycket bra med sina arbetsuppgifter. Fyra procent trivs ganska dåligt eller mycket dåligt. Trivseln ökar något med stigande ålder men det finns inga påtagliga könsskillnader.

Tjänstemän trivs bättre med sina arbetsuppgifter än arbetare

Det finns inga skillnader mellan grupper med kort, mellanlång eller lång utbildning i andelen som trivs bra med sina arbetsuppgifter. Däremot trivs tjänstemän bättre med arbetsuppgifterna än arbetare (90 procent jämfört med 84 procent). Personer som saknar kontantmarginal trivs i lägre utsträckning med sina arbetsuppgifter (79 procent), liksom personer som skattar sin hälsa som dålig (63 procent) eller varken bra eller dålig (77 procent).

Trivseln är även lägre bland personer födda utanför Norden, personer med funktionsnedsättning, personer med två eller fler ohälsosamma levnadsvanor eller personer med lågt socialt deltagande.



Figur 58 Andelen av de svarande som trivs dåligt respektive bra med sina arbetsuppgifter fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. Yrkesverksamma 16-64 år. 95 % konfidensintervall.

Yrkesverksamma i nordöstra Göteborg uppger i något lägre utsträckning att de trivs med sina arbetsuppgifter (85 procent) jämfört med yrkesverksamma i Mellersta Bohuslän som i något högre grad uppger att de trivs (90 procent).

Vårdkontakter

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Med hjälp av folkhälsoenkäten finns möjlighet att studera om vårdkonsumtionen skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen, till exempel kön, ålder, socioekonomiska grupper, regionalt och kommunalt.

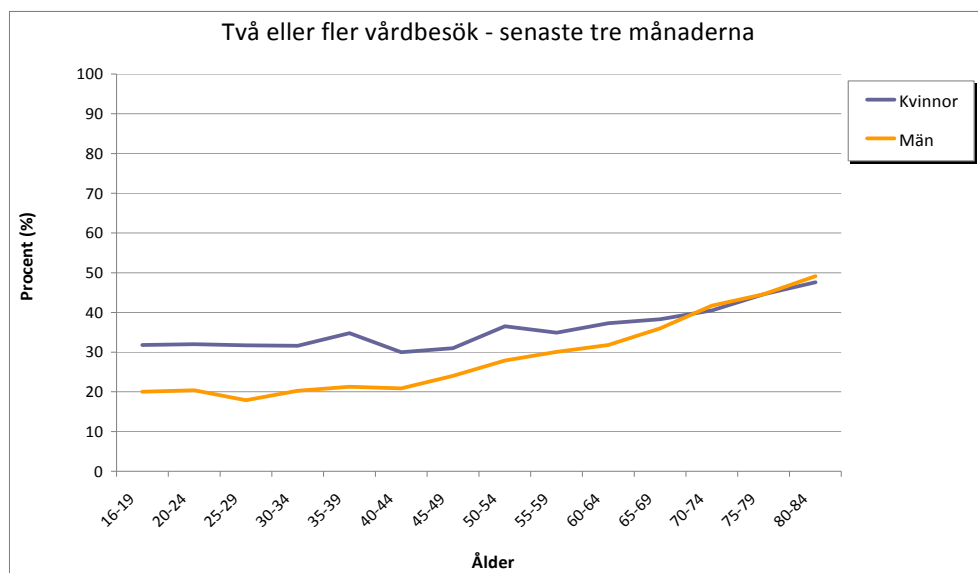
Här redovisas resultat för dem som har haft kontakt med sjukvården, eller avstått från att söka kontakt med sjukvården respektive tandvården trots behov.

Vårdbesök senaste tre månaderna

Mer än varannan av de svarande uppger att de har besökt vården de senaste tre månaderna. 31 procent uppger att de har besökt vården två gånger eller mer under de senaste tre månaderna. Det är en ökning med två procentenheter sedan år 2007. Ökningen ses både bland kvinnor och män och framförallt i åldrarna 16-44 år. Andelen som uppger att de har besökt läkare på vårdcentral har ökat med tre procentenheter sedan 2007.

Fler kvinnor än män söker vård

Andelen med två vårdkontakter eller fler under de senaste tre månaderna ökar med stigande ålder. Andelen är högre bland kvinnor än bland män, förutom i åldrarna 70 år och äldre där andelen är lika stor.



Figur 59 Andelen av de svarande som uppger att de haft två eller flera vårdbesök under de senaste tre månaderna fördelat på ålder och kön 2011.

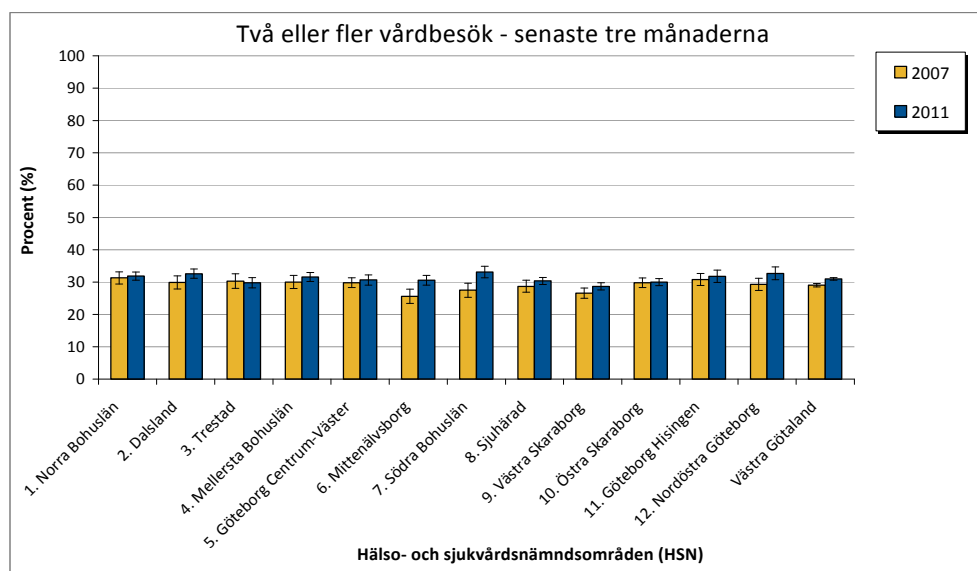
Stora sociala skillnader i vårdkonsumtion

Antalet vårdkontakter senaste tre månaderna skiljer sig mellan olika grupper av de svarande. Andelen med två eller fler vårdkontakter är vanligast förekommande bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (63 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig eller varken bra eller dålig (70 procent respektive 50 procent), respektive personer med funktionsnedsättning (49 procent).

Andelen är även högre bland personer i arbetslöshet (38 procent), personer som saknar kontantmarginal (39 procent), personer födda utanför Sverige (35 procent), personer med två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (34 procent), lågt socialt deltagande (37 procent), låg inkomst (36 procent) respektive kort utbildning (33 procent), jämfört med övriga.

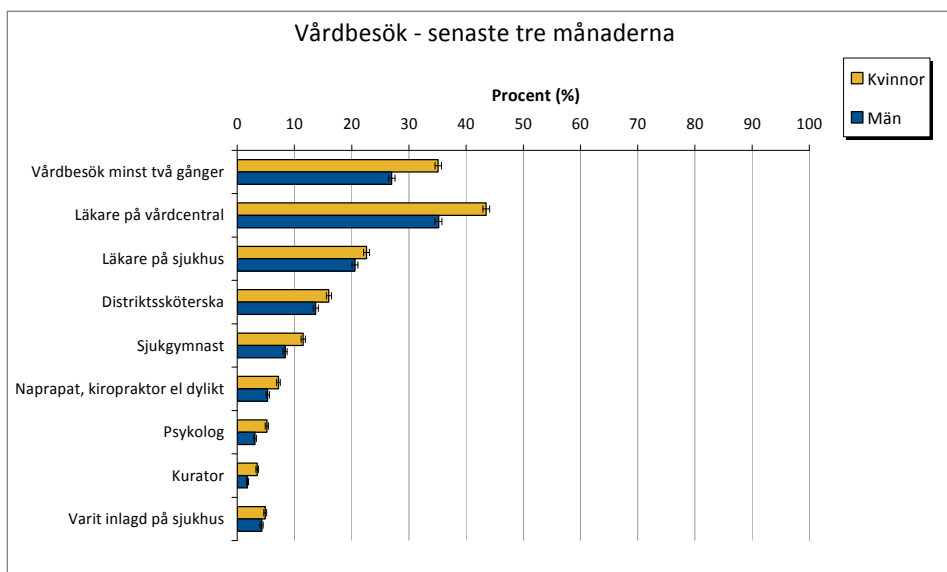
Den enda säkra avvikelserna mellan nämndområden i andelen som besökt vården två eller fler gånger de senaste tre månaderna är Västra Skaraborg, som har ett något lägre värde än länet som helhet (29 procent).

I Södra Bohuslän och Mittenälvsborg rapporteras en ökad andel med två eller fler vårdbesök mellan 2007 och 2011 (6 respektive 5 procentenheter).



Figur 60 Andelen av de svarande som uppger att de haft två eller flera vårdbesök under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Diagrammet visar fördelningen av besök senaste tre månaderna mellan olika vårdgivarkategorier. Trettionio procent har besökt läkare på vårdcentral, 22 procent besökte läkare på sjukhus, 15 procent besökte distriktssköterska. Fem procent var inlagda på sjukhus. Andelen är högre med stigande ålder i samtliga vårdgivarkategorier. Andelen som besökt läkare på vårdcentral har ökat sedan år 2007 både bland män och kvinnor, förutom i åldersgruppen 45-64 år.



Figur 61 Andelen av de svarande som uppger att de haft vårdkontakter under de senaste tre månaderna, fördelat per vårdgivarkategori och kön 2011. 95 % konfidensintervall.

Vårdkonsumtionsmönstret som beskrivs för två eller fler besök senaste tre månaderna fördelat på bakgrundsvariabler, gäller överlag för de olika vårdgivarkategorierna, vilket redovisas i tabell nedan. Vårdbesök är vanligare bland personer med sjuk-/aktivitetsersättning, men även bland personer med funktionsnedsättning, äldre, kvinnor, personer i arbetslöshet, personer med låg inkomst, personer födda utanför Sverige, personer med lågt socialt deltagande, respektive personer med kort utbildning.

Avstått från att söka vård

Sexton procent av de svarande uppger att de avstått från att söka vård de senaste tre månaderna, trots ett upplevt läkarbehov. Andelen har minskat med fyra procentenheter sedan år 2007⁶. Minskningen ses både bland kvinnor och män, men ej bland de yngsta (16-29 år).

Andelen som avstått vård är högst bland kvinnor i 20-29 års ålder (25 procent), och sjunker sedan efter 55 års ålder. Kvinnor avstod i något högre utsträckning än män.

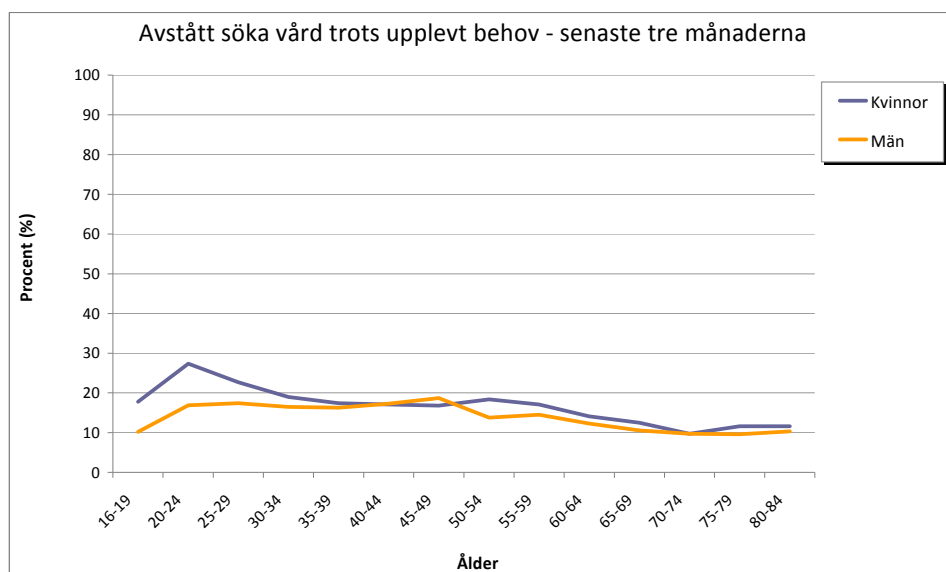
Andelen som inte har sökt vård, trots upplevt behov, skiljer sig mellan grupper av de svarande. Det är vanligast förekommande att inte ha sökt vård bland personer i arbetslöshet (30 procent), personer med sjuk- och aktivitetsersättning (29 procent), personer som saknar kontantmarginal (27 procent), personer födda utanför Sverige, framförallt utanför nordn (25 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig eller varken bra eller dålig (40 procent respektive 27 procent).

⁶ I undersökningen Vårdbarometern finns en liknande fråga. År 2010 ansåg sig 20 procent vara i behov av sjukvård utan att söka vård de senaste 12 månaderna. Andelen minskade med en procentenhet mellan år 2007 och 2010. Källa: Vårdbarometern. Befolkningens syn på vården. Västra Götalandsregionens årsrapport 2010. Västra Götalandsregionen Maj 2011.

Tabell 5 Andelen av de svarande som uppgivit att de haft vårdkontakt under de senaste tre månaderna, fördelat på vårdgivarkategori och olika befolkningsgrupper 2011.

	Andel (%)				
	Två eller fler vårdbesök	Distriktsköterska	Läkare på vårdcentral	Läkare på sjukhus	Inlagd på sjukhus
SAMTLIGA					
Total 2011	31	15	39	22	5
Total 2007	29	14	36	21	5
KÖN					
Kvinnor	35	16	44	23	5
Män	27	14	35	21	4
ÅLDER					
16-29 år	26	9	31	17	3
30-44 år	26	9	34	18	3
45-64 år	32	15	41	22	5
65-84 år	42	31	53	32	9
UTBILDNING, 25-74 år					
Kort utbildning	33	18	43	24	6
Mellanlång utbildning	29	12	38	20	4
Lång utbildning	27	9	36	17	3
SYSELSÄTTNING, 25-64 år					
Yrkesarbetande	25	10	34	17	3
Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd	38	14	41	28	5
Sjuk-/aktivitetsersättning	63	32	65	47	14
Studerar	22	8	31	13	2
EKONOMI					
Låg inkomst	36	19	44	26	7
Hög inkomst	26	10	33	17	3
URSPRUNG (FÖDELSELAND)					
Sverige	30	14	38	21	4
Övriga Norden	36	22	48	25	8
Övriga Europa	34	20	45	23	6
Övriga världen	35	16	43	28	5
FUNKTIONSNEDSÄTTNING					
Funktionsnedsättning	49	26	54	36	11
Nej	26	12	35	17	3
ANTAL OHÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR					
Inga ohälsosamma levnadsvanor	29	13	38	19	4
1	32	16	40	23	5
2 eller fler	34	17	42	25	6
SOCIALT DELTAGANDE, SENASTE 12 MÅN					
Minst 2 sociala aktiviteter	30	13	38	19	4
En eller inga	37	21	45	30	8

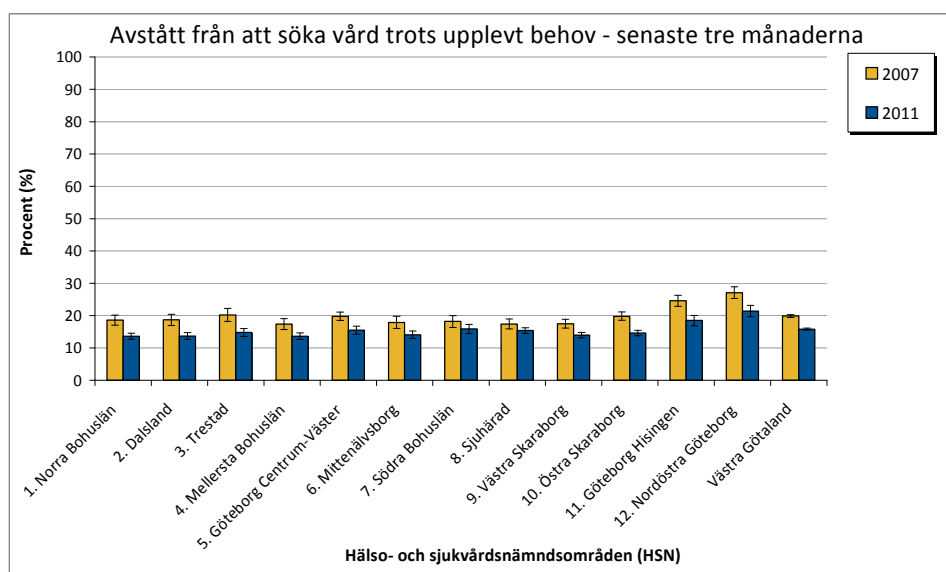
Det är även vanligare att avstå bland personer som är ensamstående med barn, har två eller fler ohälsosamma levnadsvanor, som besökt vården två eller fler gånger senaste tre månaderna, eller studenter.



Figur 62 Andelen av de svarande som uppger att de haft två eller flera vårdkontakter under de senaste tre månaderna fördelat på ålder och kön 2011.

En av fem i nordöstra Göteborg och på Hisingen avstår att söka vård trots behov

Andelen som avstått från att söka vård trots behov har minskat i nästan samtliga nämndområden mellan år 2007 och 2011. Det finns dock skillnader mellan nämndområdena i andelen som inte har sökt vård, trots upplevt behov. I nordöstra Göteborg har en klart högre andel avstått från att söka (21 procent) och även på Hisingen (19 procent). I Norra Bohuslän, Dalsland, Mellersta Bohuslän, Mittenälvborg, Västra och Östra Skaraborg (14 procent) har en något lägre andel avstått från att söka vård.

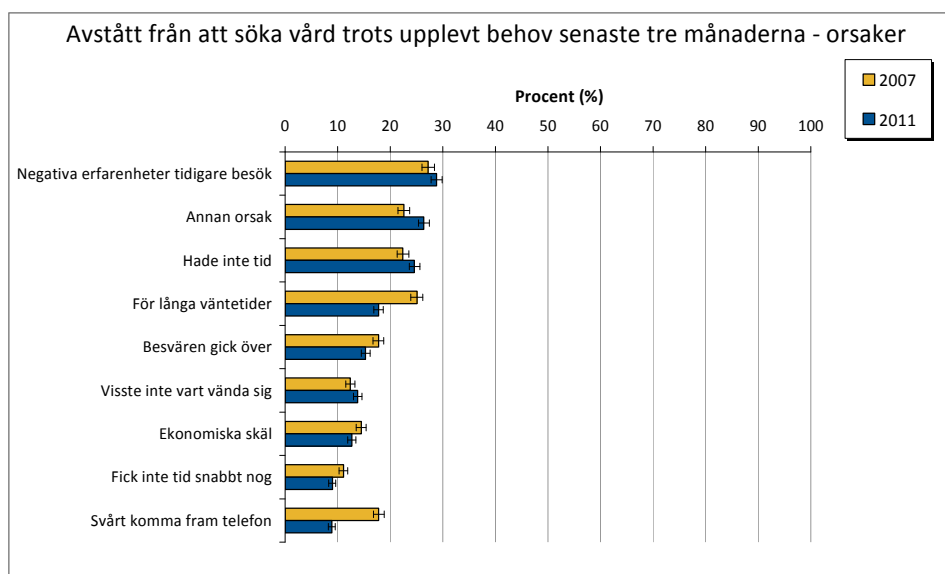


Figur 63 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka vård trots upplevt behov under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Bland de 16 procent som avstod att söka vård var de vanligaste orsakerna negativa erfarenheter från tidigare besök (29 procent), annan orsak (26 procent), och ”hade inte tid” (25 procent). Män uppgav i något högre utsträckning än kvinnor att orsaken var för långa väntetider eller att besvären gick över. Kvinnor svarade i högre utsträckning än män att de inte visste vart de skulle vända sig.

Andelen som uppgav ”annan orsak” och ”hade inte tid” som anledning till att inte söka vård har ökat mellan år 2007 och 2011.

Anledningar som har minskat mellan fyraårsperioden är ”för långa väntetider”, besvären gick över, svårt att komma fram på telefon, respektive fick inte tid snabbt nog.



Figur 64 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna, fördelat per orsak och undersökningsår 2007 och 2011. 95 % konfidensintervall.

Andelen som uppgav ”negativa erfarenheter” som skäl för att inte söka vård har inte förändrats sedan år 2007. Andelen är högst bland personer som skattar sin hälsa som dålig (37 procent) jämfört med bra (24 procent). Det finns inga köns- eller ålderskillnader i andel som uppgav negativa erfarenheter som skäl. I Västra Skaraborg uppgav man i något högre grad negativa erfarenheter som orsak (34 procent), jämfört med i övriga områden.

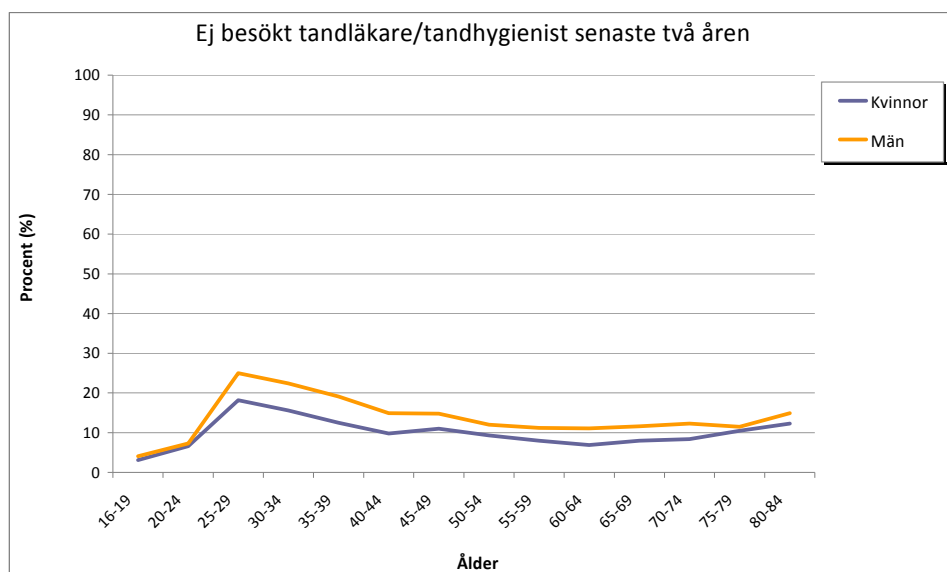
Andelen som uppgav som skäl att de ”inte hade tid” har ökat något från 22 procent år 2007 till 25 procent år 2011. Det är vanligare att ”inte ha tid” bland personer med lång utbildning (34 procent), yrkesarbetande (34 procent), mellan och högre tjänstemän (32 procent), personer med hög inkomst (35 procent), personer som är samboende med barn (32 procent), personer utan funktionsnedsättning (30 procent), eller personer med bra hälsa (32 procent) jämfört med övriga. Vårdbehovet ökar med stigande ålder. Bland personer 65-84 år uppgav endast fyra procent att de avstod att söka vård på grund av tidsbrist.

Andelen som uppgav ”för långa väntetider” som skäl har minskat från 25 procent år 2007 till 18 procent år 2011. Väntetider var ett vanligare skäl bland personer i arbetslöshet (23 procent), personer med sjuk/aktivitetsersättning (22 procent), eller

personer födda utanför Europa (28 procent), jämfört med övriga. I Dalsland, Mittensälvsborg, Västra och Östra Skaraborg uppgav man väntetider som skäl i något lägre utsträckning än i länet som helhet.

Två år eller mer sedan senaste besök hos tandläkare/tandhygienist

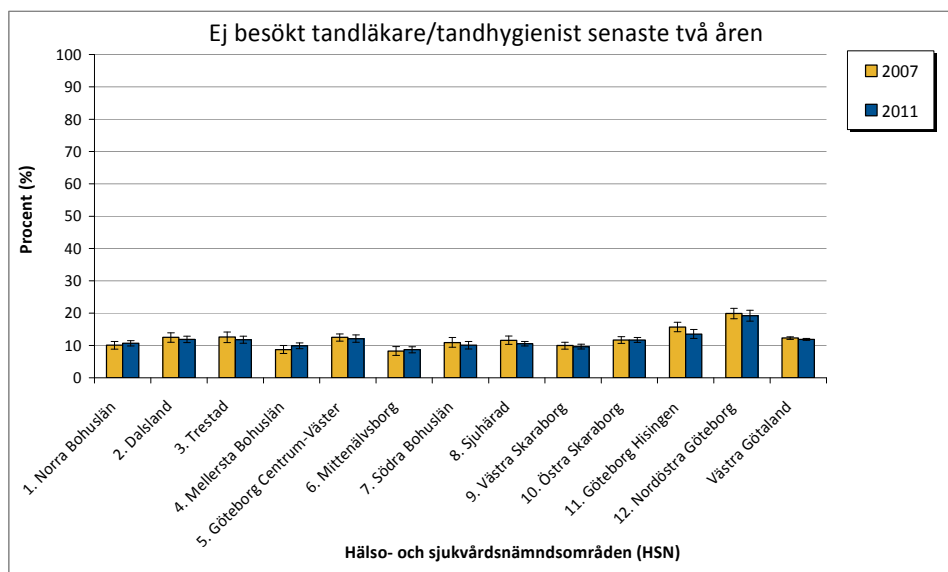
Tolv procent av de svarande har inte besökt tandläkare/tandhygienist de senaste två åren. Andelen är oförändrad sedan år 2007. Det är vanligare att inte ha gjort något besök i åldrarna 25-39 år, och vanligare bland män än bland kvinnor.



Figur 65 Andelen av de svarande som uppger att de inte besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren fördelat på ålder och kön 2011.

Andelen som inte har besökt tandvården de senaste två åren varierar mellan grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer i arbetslöshet (23 procent), personer med sjuk- och aktivitetsersättning (19 procent), personer som saknar kontantmarginal (23 procent), har låg inkomst (21 procent), personer födda utanför Sverige, framförallt utanför Europa (24 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig (21 procent), eller personer som har två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (19 procent), jämfört med övriga.

Nordöstra Göteborg har en högre andel som inte besökt tandläkare senaste två åren (19 procent). Det finns inga säkra förändringar mellan år 2007 och 2011 för nämndområdena.

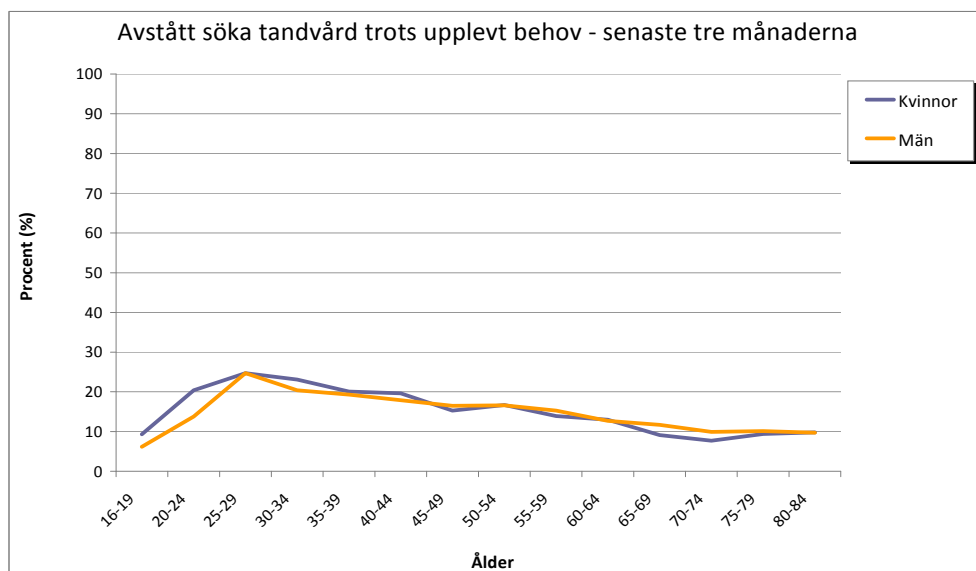


Figur 66 Andelen av de svarande som uppger att de inte besökt tandläkare eller -hygienist under de senaste två åren 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och undersökningsår. 95 % konfidensintervall.

Avstått från att söka tandläkarvård

Var fjärde ung söker inte tandvård trots behov

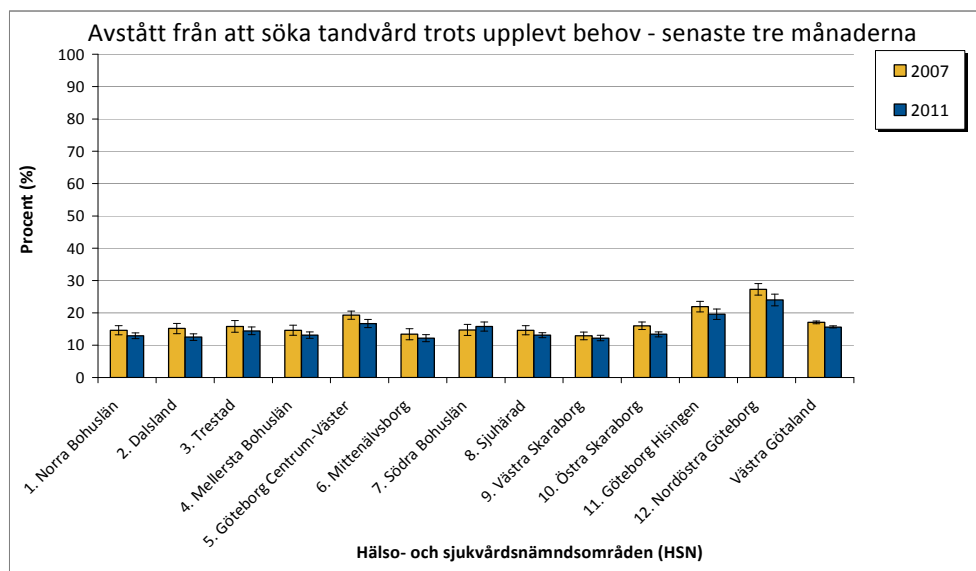
Knappt 16 procent av de som besvarat frågorna uppger att de avstått från att söka tandvård de senaste tre månaderna, trots ett upplevt behov. Andelen har minskat med knappt en procentenhet sedan år 2007. Andelen som avstått är vanligast bland personer i 25-29 års ålder (25 procent), och sjunker sedan med stigande ålder. Det finns inga könsskillnader.



Figur 67 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka tandvård trots upplevt behov under de senaste tre månaderna fördelat på ålder och kön 2011.

Var tredje utomeuropeiskt född söker inte tandvård trots behov

Andelen som inte ha sökt tandvård, trots upplevt behov, skiljer sig mellan grupper av de svarande. Andelen är högst bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (32 procent), personer i arbetslöshet (33 procent), personer som saknar kontantmarginal (34 procent), personer födda utanför Sverige, framförallt utanför Europa (32 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig (33 procent), eller personer som är ensamstående med barn (26 procent).



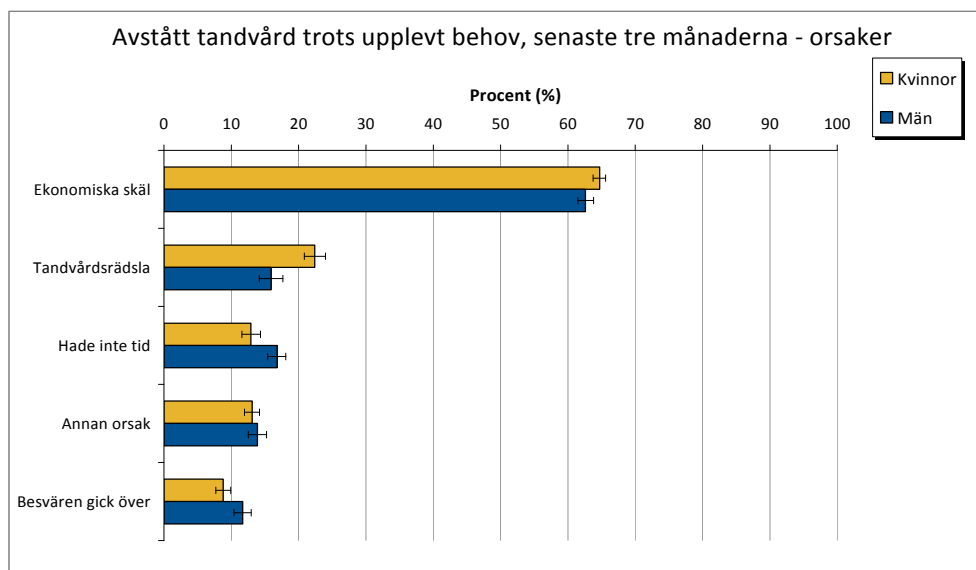
Figur 68 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka tandvård trots upplevt behov under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.

Det finns skillnader mellan nämndområden i andelen som inte har sökt tandvård, trots upplevt behov. I nordöstra Göteborg har en klart högre andel avstått från att söka (24 procent) och även på Hisingen (20 procent). Andelen som avstått har minskat i Dalsland, Göteborg, centrum-väster och Östra Skaraborg mellan år 2007 och 2011 med tre procentenheter.

Bland de 16 procent som avstod att söka tandvård, var den vanligaste orsaken ekonomiska skäl (64 procent). ”Tandvårdsrädsla/drar mig för att gå”, ”hade inte tid”, eller ”besvären gick över”, uppgavs inte i lika hög grad. Kvinnor uppgav i högre utsträckning än män tandvårdsrädsla som skäl, och män uppgav i högre grad tidsbrist eller att besvären gick över.

Andelen som uppgav ekonomiska skäl har minskat från 71 procent år 2007 till 64 procent 2011. Ekonomiska skäl var vanligare bland personer med sjuk/aktivitetsersättning (80 procent), personer i arbetslöshet (81 procent), personer som saknar kontantmarginal (79 procent) än bland övriga. Ekonomiska skäl var även vanligare bland personer med låg inkomst, arbetare, födda utanför Sverige, framförallt utanför Europa, ensamstående med barn, eller personer med dålig hälsa, än bland övriga.

Det finns inga skillnader i andelen som uppgav ekonomi som skäl mellan nämndområdena.

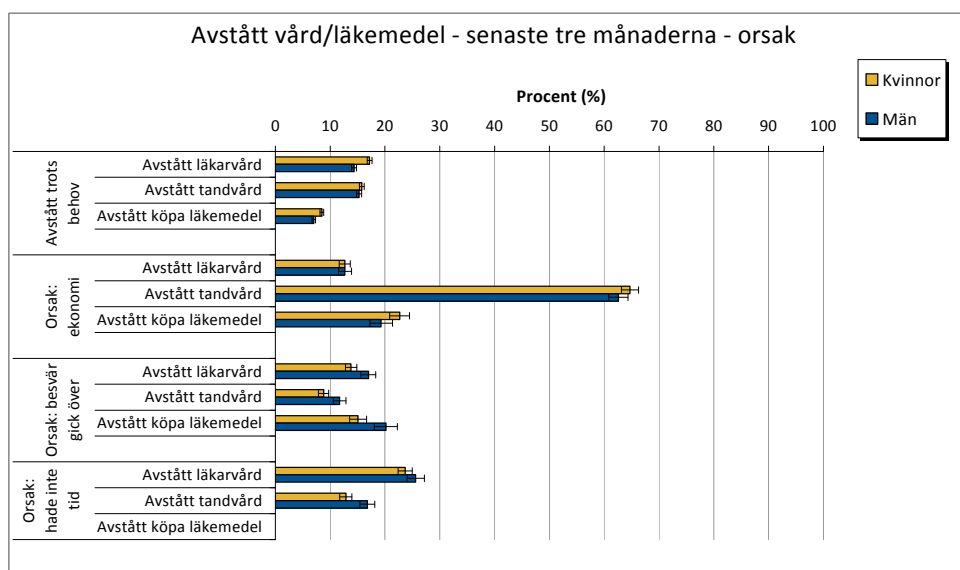


Figur 69 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka tandvård under de senaste tre månaderna fördelat per orsak och kön 2011.

Avstått från att söka vård, tandvård eller köpa medicin

Figuren nedan redovisar de som avstått att söka vård eller tandvård trots behov, respektive avstått från att köpa medicin på recept, samt några av skälen för detta. De svarande uppger i högre grad att de avstått från att söka läkarvård eller tandvård vid behov, jämfört med att avstå att köpa medicin på recept.

Vad gäller orsaker, så finns det skillnader mellan att avstå att söka vård eller tandvård respektive inte köpa medicin. Ekonomi var i mycket högre grad ett skäl att inte söka tandvård.



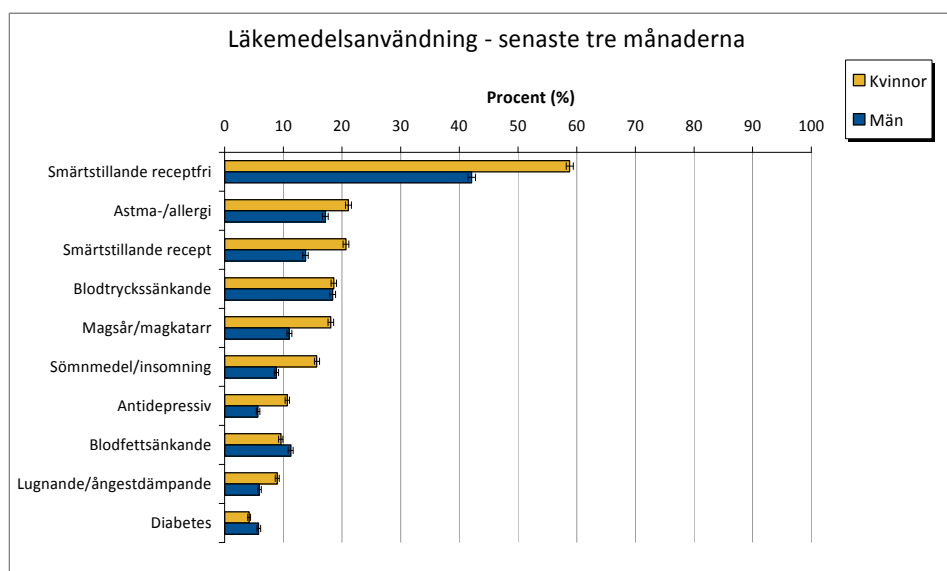
Figur 70 Andelen av de svarande som uppger att de avstått vård eller tandvård trots behov respektive avstått att köpa läkemedel på recept under de senaste tre månaderna fördelat per orsak och kön 2011.

Läkemedelsanvändning

Frågor om läkemedelsanvändning är viktiga att följa då läkemedelskostnaden utgör cirka 10-15 procent av hälso- och sjukvårdsbudgeten. Trots att det finns läkemedelsregister över receptbelagda läkemedel, är statistiken över läkemedelsanvändning delvis osäker. Man måste skilja mellan förskrivning, försäljning och användning eftersom alla läkemedel som förskrivs inte köps ut eller används.

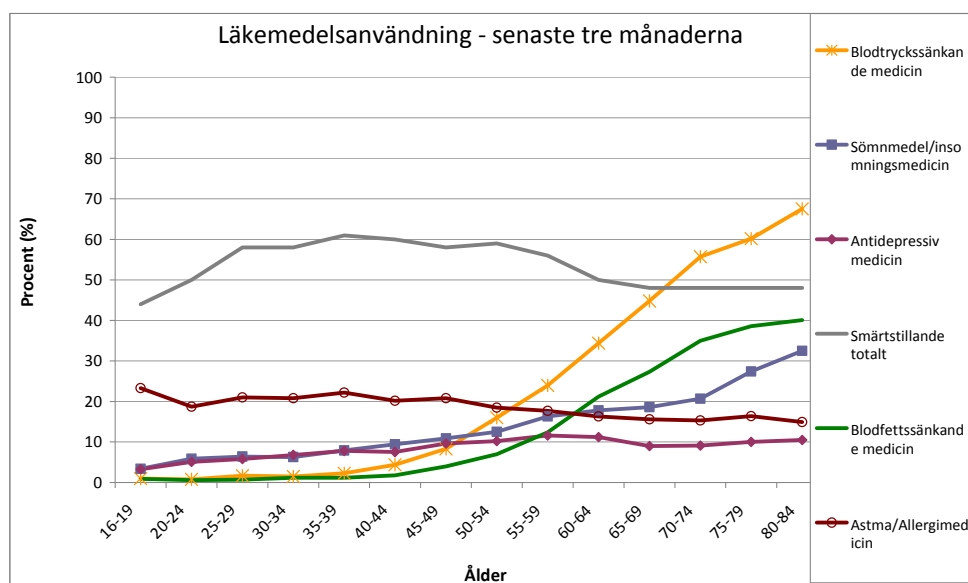
I enkätundersökningen ställs frågan om användning de senaste tre månaderna för vissa utvalda läkemedelsgrupper, bl.a. de med koppling till livsstilsrelaterad ohälsa. Det går inte att urskilja om det är regelbunden användning, eller vid behovsanvändning. Ej heller om det är receptfri medicin eller receptbelagd (förutom för smärtstillande).

Hälften av västragötalänningarna uppger att de använt receptfri smärtstillande medicin någon gång under de senaste tre månaderna. I denna grupp finns troligtvis en stor grupp som inte använder regelbundet, utan vid behov.



Figur 71 Andelen av de svarande som uppger att de använt läkemedel de senaste tre månaderna fördelat på vissa läkemedelsgrupper samt kön 2011.

Kvinnor uppger högre läkemedelsanvändning än män vad gäller smärtstillande, astma/allergi, magsår/magkatarr, sömnmedel/insomning, antidepressiva och lugnande/ångestdämpande medicin. Män uppger i högre grad använda blodfetsänkande och diabetesmedicin.



Figur 72 Andelen av de svarande som uppger att de använt läkemedel de senaste tre månaderna fördelat på vissa läkemedelsgrupper samt ålder 2011.

Rent generellt ökar läkemedelsanvändningen med ålder. Att äldre använder läkemedel på ett felaktigt sätt är ett vanligt problem och kostsamt för både individen och samhället. För individen handlar det också om praktiska frågor, biverkningsrisker, m.m. Figuren visar att andelen som använder blodtryckssänkande, blodfettssänkande, sömnmedel/insomningsmedicin eller receptbelagd värkmedicin ökar kraftigt med ålder.

Magsårs/magkatarrsmedicin

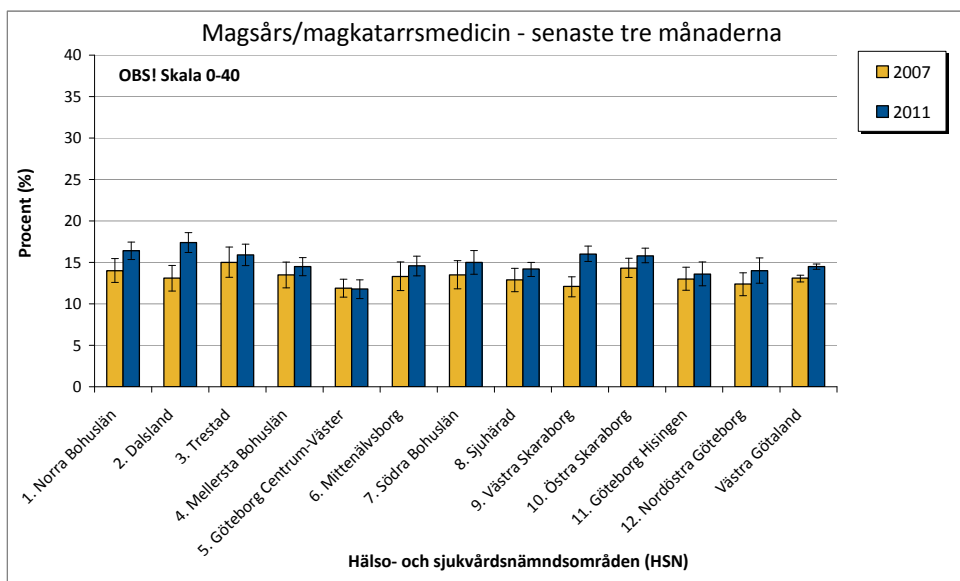
15 procent av de svarande uppger att de använt magsårs/magkatarrsmedicin de senaste tre månaderna. Användningen har ökat något från knappt 13 procent år 2007. Det går inte att se om det är receptfri eller receptbelagd användning som ökat, men tillgängligheten till receptfri magsårs/magkatarrsmedicin har ökat sedan år 2007. Det går heller inte att avläsa om det är regelbundet bruk eller vid behovsbruk som ökat.

Användning av magsårs-/magkatarrsmedicin vanligare bland kvinnor

Användning är vanligare bland kvinnor (18 procent) än bland män (11 procent) i alla åldersgrupper och ökar med stigande ålder (20 procent bland personer 65-84 år).

Det är stora skillnader mellan olika grupper av de svarande i andelen som använt magsårs/magkatarrsmedicin. Andelen användare är högst bland personer som har sjuk/aktivitetsersättning (35 procent) och bland dem som skattar sin hälsa som dålig (38 procent). Tjugofyra procent av personer med funktionsnedsättning uppger att de använt magsårs/magkatarrsmedicin.

Det finns inte så stora skillnader mellan nämndområdena i andelen som använder magsårs/magkatarrsmedicin. Göteborg centrum-väster som har den yngsta befolkningen har lägst användning (12 procent) och Dalsland som har den äldsta befolkningen har högst andel användare (17 procent). Andelen användare har ökat mellan år 2007 och 2011 i Dalsland och Västra Skaraborg med fyra procentenheter.

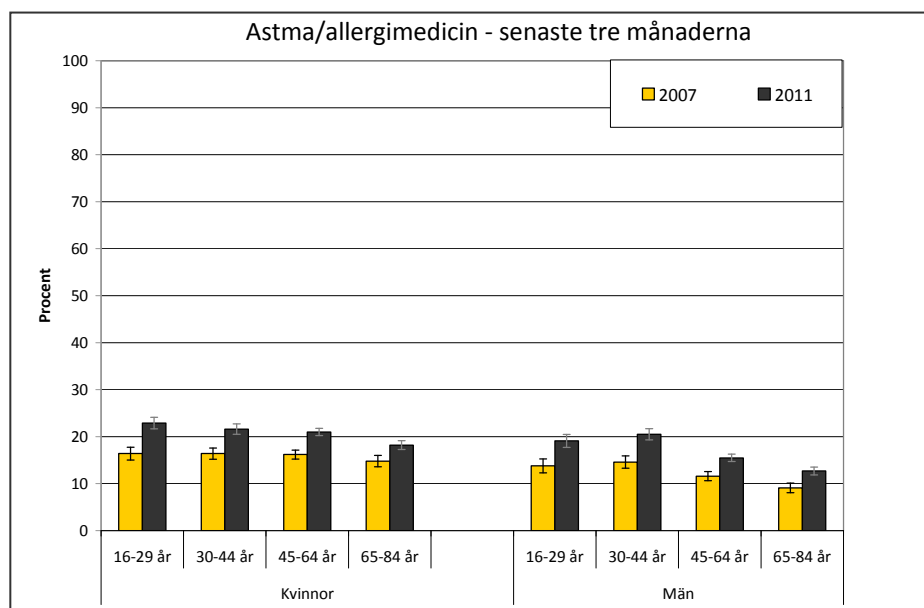


Figur 73 Andelen av de svarande som uppger att de använt magsårs/magkatarrsmedicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Astma/allergimedicin

Användningen av astma/allergimedicin har ökat sedan 2007

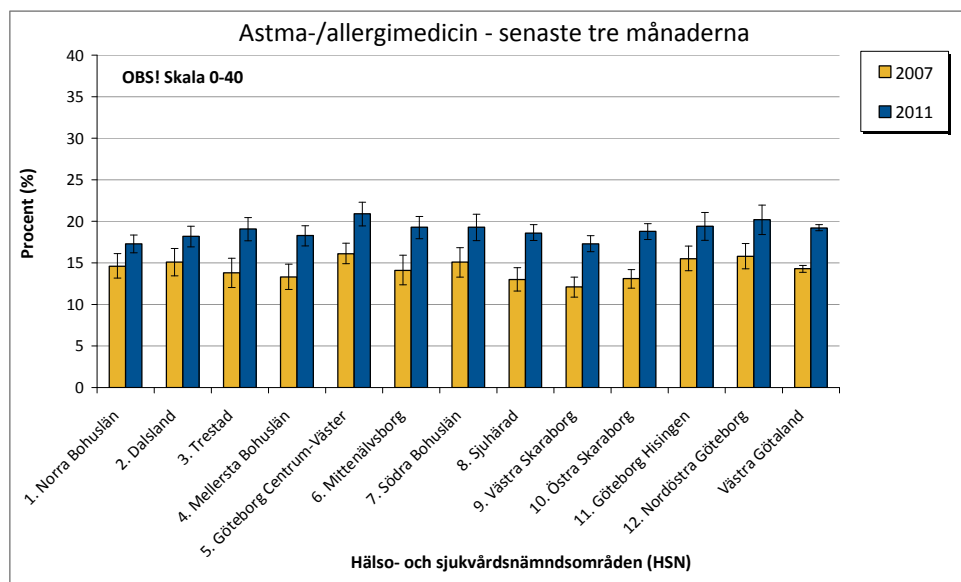
19 procent av de svarande uppger att de använt astma/allergimedicin de senaste tre månaderna. Användningen har ökat från 14 procent år 2007. Ökningen ses både bland kvinnor och män och i alla åldersgrupper, men mest bland yngre. Ökningen är svårtolkad eftersom det inte går att särskilja om det är receptfri eller receptbelagd medicin som ökat, om det är astma eller allergimedicin som ökat, eller om det är regelbunden eller vid behovsanvändning som ökat. År 2011 var det höga pollenhalter, och år 2011 fanns fler receptfria allergimedicin jämfört med år 2007.



Figur 74 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot astma/allergi under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per kön och ålder. 95 % konfidensintervall.

Användningen av astma/allergimedien är vanligare bland yngre

Till skillnad från många andra läkemedel, så ökar inte användningen med stigande ålder, utan minskar snarare. Andelen är vanligare bland kvinnor än män i alla åldrar (21 procent respektive 17 procent). Vanligast förekommande är användning av astma/allergimedien bland personer som har sjuk/aktivitetsersättning (27 procent) och som skattar sin hälsa som dålig (28 procent).



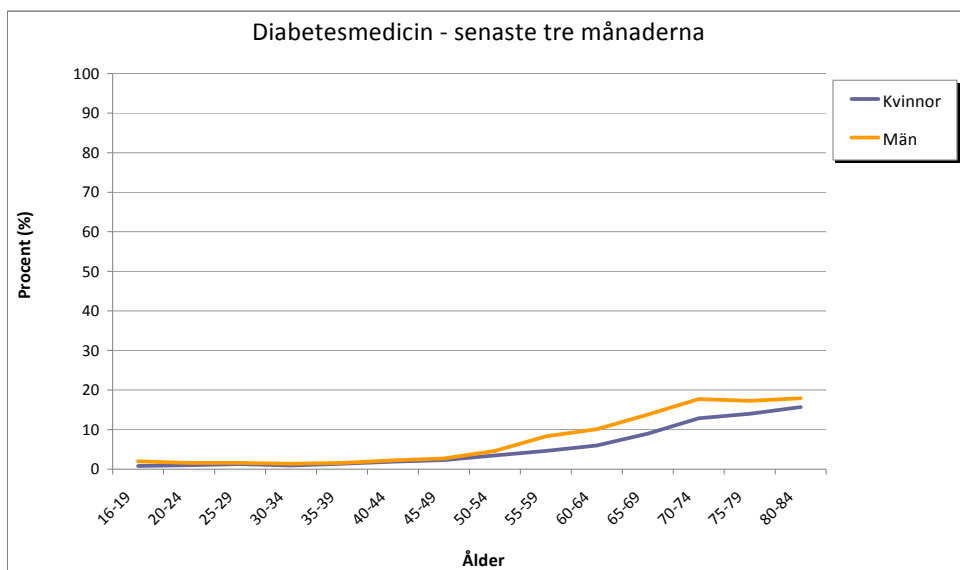
Figur 75 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot astma/allergi under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Andelen som använt astma/allergimedien har ökat i samtliga nämndområden mellan 2007 och 2011. Det finns skillnader mellan nämndområdena. Andelen varierar mellan 17 procent (Norra Bohuslän och Västra Skaraborg) och 21 procent (Göteborg centrum-väster) år 2011.

Diabetesmedicin

Fem procent av dem som besvarat frågeformuläret uppger att de använt diabetesmedicin de senaste tre månaderna (6 procent bland män och 4 procent bland kvinnor).

Användningen har inte förändrats nämnvärt sedan år 2007. Användningen ökar med stigande ålder (14 procent bland personer 65-84 år). Från 55 års ålder är användningen vanligare bland män än bland kvinnor.

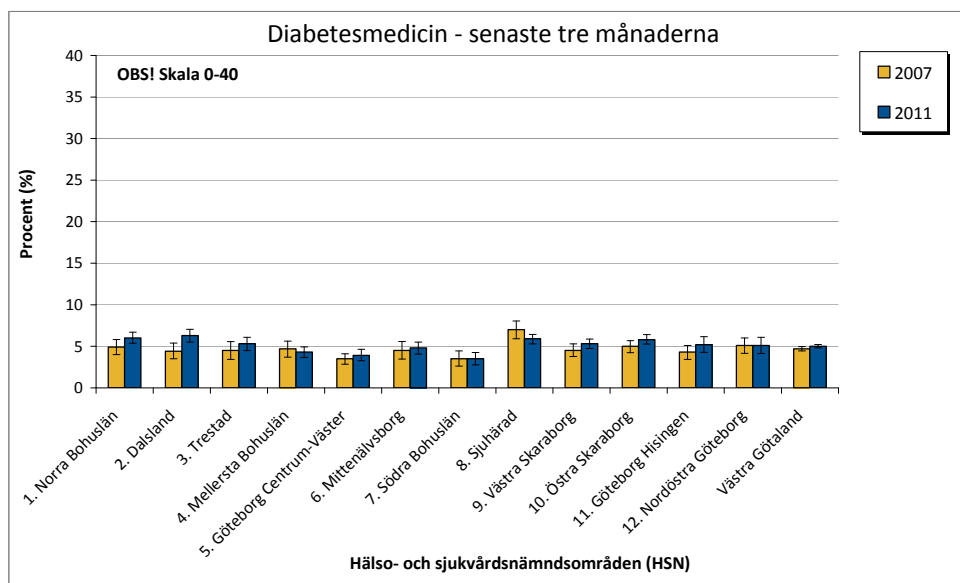


Figur 76 Andelen av svarande som uppger att de använt medicin mot diabetes under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.

Diabetesmedicin vanligare bland personer med funktionsnedsättning

Andelen som använder diabetesmedicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är diabetesmedicin bland personer som har sjuk/aktivitetsersättning (11 procent) och som skattar sin hälsa som dålig (15 procent). Användningen är även högre bland personer med kort utbildning (8 procent), låg inkomst (7 procent), födda i övriga Norden (10 procent) eller övriga Europa (7 procent), personer med funktionsnedsättning (10 procent), personer som har två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (7 procent), respektive som har lågt socialt deltagande (10 procent).

Det finns inte så stora skillnader mellan nämndområdena i användning av diabetesmedicin. Göteborg centrum väster som har den yngsta befolkningen har lägst användning (4 procent) och Dalsland som har den äldsta befolkningen har högst andel användare (drygt 6 procent). I Dalsland ses en ökning med två procentenheter mellan år 2007 och 2011.



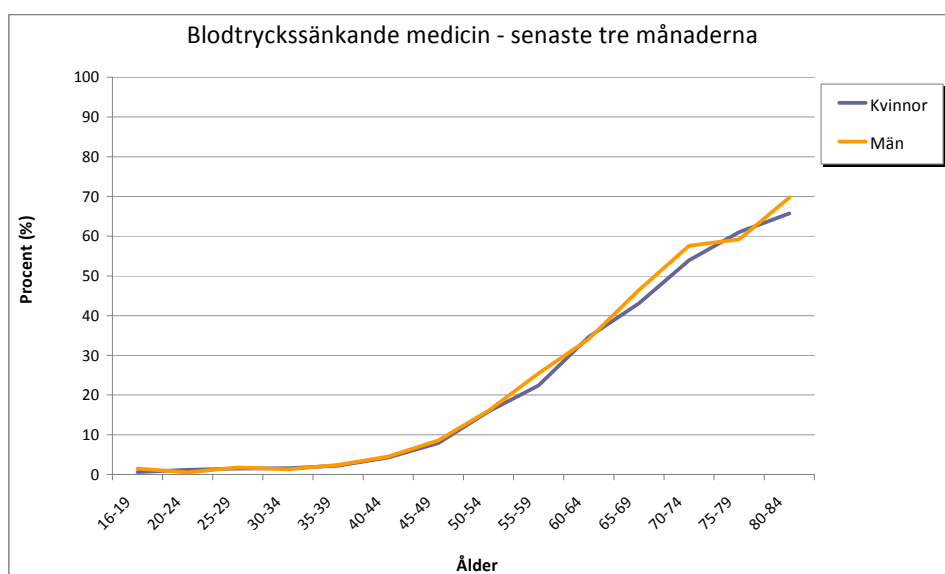
Figur 77 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot diabetes under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Blodtryckssänkande medicin

19 procent av de svarande uppger att de använt blodtryckssänkande medicin de senaste tre månaderna. Användningen har ökat med två procentenheter sedan år 2007. Ökningen ses framförallt i gruppen 65-84 år.

Blodtryckssänkande medicin ökar kraftigt med stigande ålder

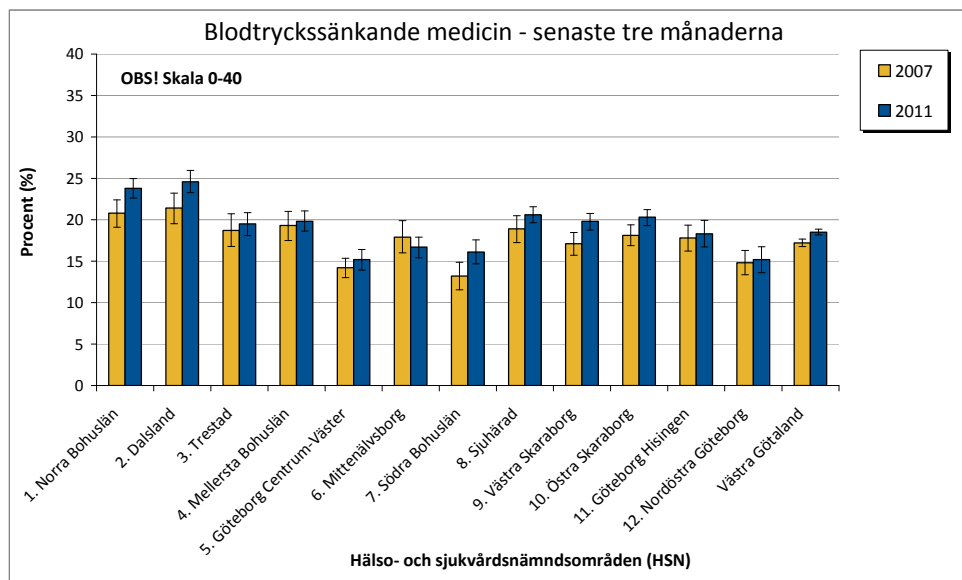
Användningen ökar brant med stigande ålder (55 procent bland personer 65-84 år). Det finns inga stora könsskillnader.



Figur 78 Andelen av de svarande som uppger att de använt läkemedel mot högt blodtryck de senaste tre månaderna fördelat på ålder 2011.

Blodtryckssänkande medicin vanligare bland personer med kort utbildning

Andelen som använder blodtryckssänkande medicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är blodtryckssänkande medicin bland personer med kort utbildning (27 procent), sjuk- och aktivitetsersättning (30 procent), personer födda i övriga norden (38 procent), som har funktionsnedsättning (33 procent) respektive som skattar sin hälsa som dålig (40 procent) eller varken bra eller dålig (35 procent).



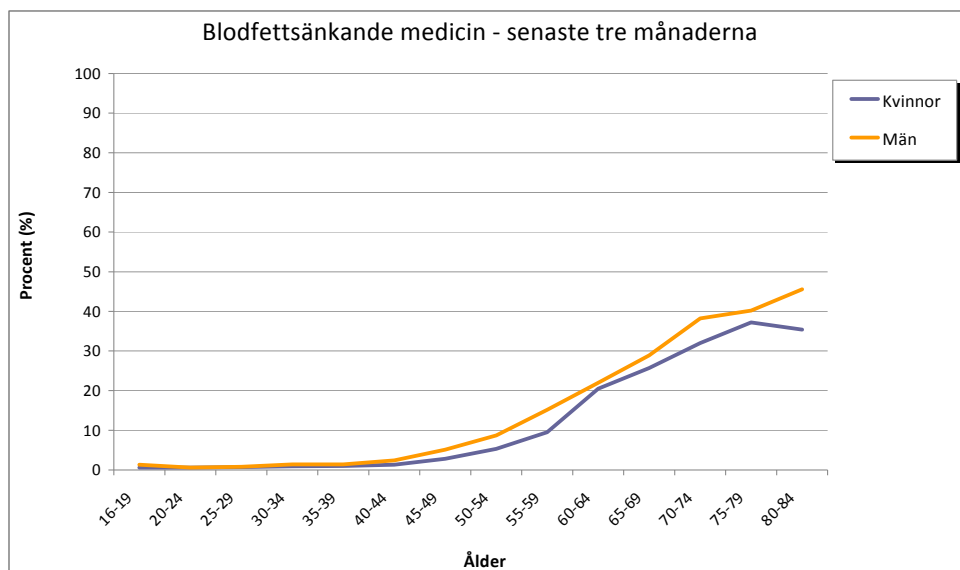
Figur 79 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot högt blodtryck under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Det finns stora skillnader mellan nämndområdena i användning av blodtryckssänkande medicin, vilka framförallt kan förklaras av olika ålderssammansättning i områdena. Göteborg centrum-väster som har den yngsta befolkningen har lägst användning (15 procent) och Dalsland och Norra Bohuslän som har den äldsta befolkningen har högst andel användare (25 respektive 24 procent). En ökning mellan år 2007 och 2011 ses i de områden som har den äldsta befolkningen: Norra Bohuslän, Dalsland och Västra Skaraborg (3 procentenheter) och Östra Skaraborg (2 procentenheter).

Blodfettssänkande medicin

Elva procent av dem som svarat uppger att de använt blodfettssänkande medicin de senaste tre månaderna. Användningen har ökat med två procentenheter sedan år 2007. Ökningen ses framförallt i gruppen 65-84 år.

Användningen ökar brant med stigande ålder, från 40-49 års ålder (34 procent bland personer 65-84 år) och är något vanligare bland män än bland kvinnor.

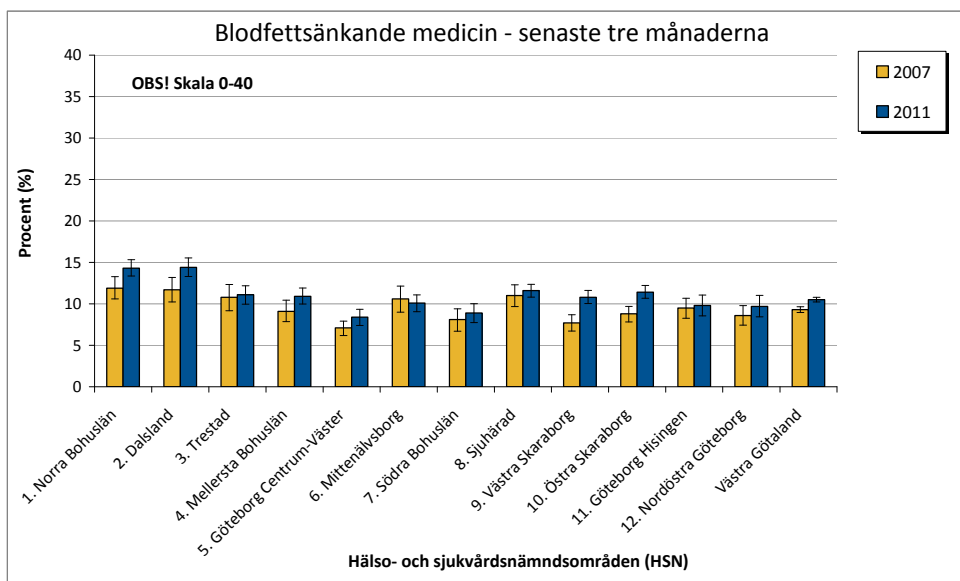


Figur 80 Andelen av svarande som uppger att de använt medicin mot högt blodtryck under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.

Blodfettssänkande medicin vanligare bland personer födda i övriga norden

Andelen som använder blodfettssänkande medicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är blodfettssänkande medicin bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (22 procent), personer födda i övriga norden (22 procent), personer som har funktionsnedsättning (20 procent) eller som skattar sin hälsa som dålig (26 procent) eller varken bra eller dålig (21 procent), samt personer med lågt socialt deltagande (19 procent).

Det finns skillnader mellan nämndområdena i användning av blodfettssänkande medicin, vilka framförallt kan förklaras av olika ålderssammansättning i områdena. Göteborg centrum väster som har den yngsta befolkningen har lägst användning (8 procent) och Dalsland och Norra Bohuslän som har den äldsta befolkningen har högst andel användare (14 procent). En ökning mellan år 2007 och 2011 ses i de områden som har den äldsta befolkningen: Dalsland, Västra och Östra Skaraborg (3 procentenheter) och Norra Bohuslän (2 procentenheter).



Figur 81 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot höga blodfetter under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

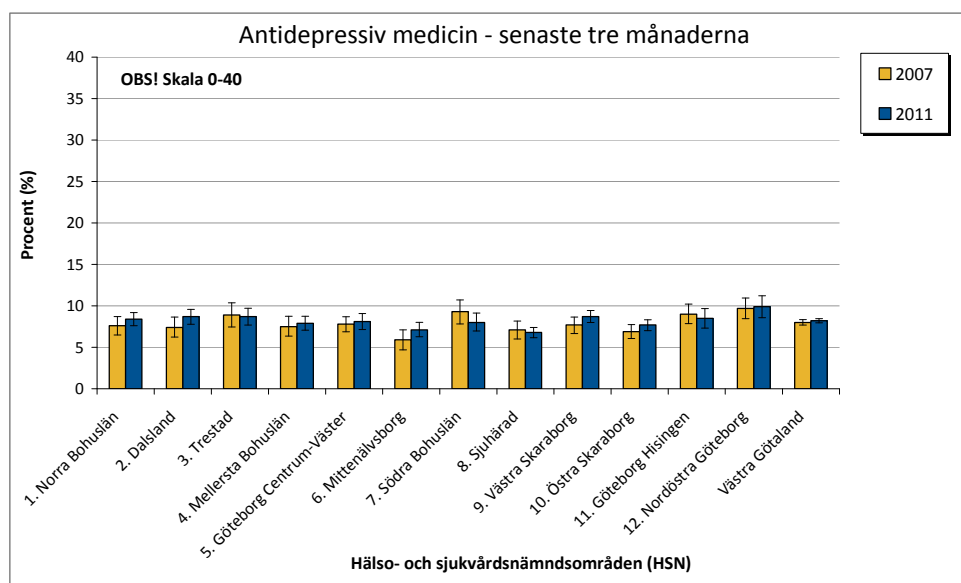
Antidepressiv medicin

Åtta procent av de svarande uppger att de använt antidepressiv medicin de senaste tre månaderna. Andelen har inte förändrats sedan år 2007. Användningen är vanligare bland kvinnor (11 procent) än bland män (6 procent) och är vanligast i åldern 45-64 år (11 procent).

Antidepressiv medicin vanligare bland personer utanför arbetsmarknaden

Andelen som använder antidepressiv medicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är antidepressiv medicin bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (39 procent), och bland personer som skattar sin hälsa som dålig (36 procent).

Användningen är också vanligare bland personer som är arbetslösa eller i arbetsmarknadsåtgärd (15 procent), som saknar kontantmarginal (15 procent) eller som har funktionsnedsättning (18 procent).



Figur 82 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot depression under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Det finns inga stora skillnader mellan nämndområdena i användning av antidepressiv medicin 2011 jämfört med 2007. Nordöstra Göteborg har en högre andel som uppger att de använt antidepressiv medicin (10 procent) och Sjuhärad har en lägre andel (7 procent).

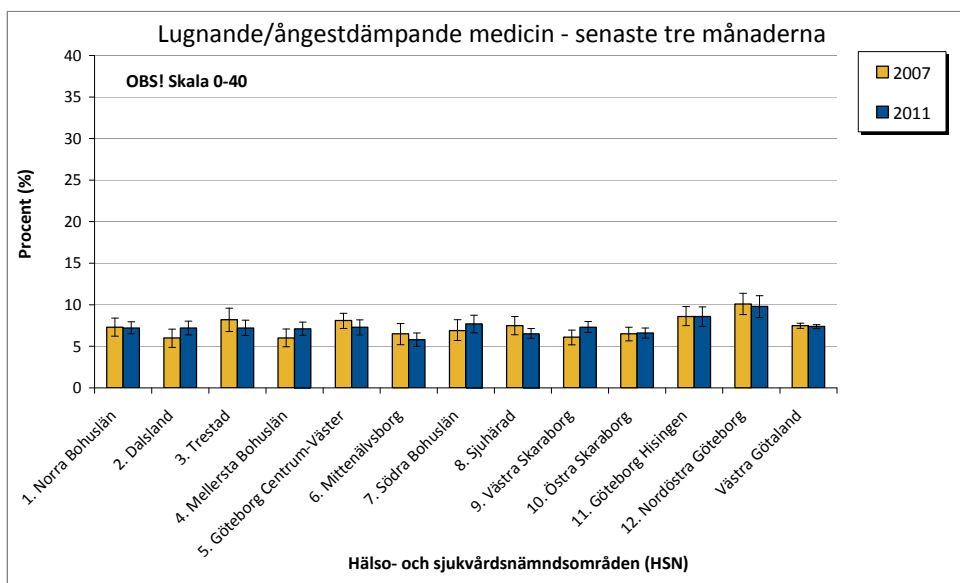
Lugnande/ångestdämpande medicin

Drygt sju procent av dem som svarat uppger att de använt lugnande/ångestdämpande medicin de senaste tre månaderna. Sömnmedel ingår inte här. Andelen är oförändrad sedan år 2007. Användningen ökar något med stigande ålder, och är något vanligare bland kvinnor än bland män (65-84 år: 10 procent, kvinnor: 9 procent, män: 6 procent).

Lugnande/ångestdämpande medicin vanligare bland personer utanför arbetsmarknaden

Andelen som använder lugnande/ångestdämpande medicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är lugnande/ångestdämpande medicin bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (36 procent), och bland personer som skattar sin hälsa som dålig (37 procent).

Användningen är också vanligare bland personer som är arbetslösa eller i arbetsmarknadsåtgärd (13 procent), som saknar kontantmarginal (15 procent), som har funktionsnedsättning (18 procent), eller som har lågt socialt deltagande (15 procent).



Figur 83 Andelen av de svarande som uppger att de använt lugnande eller ångestdämpande medicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

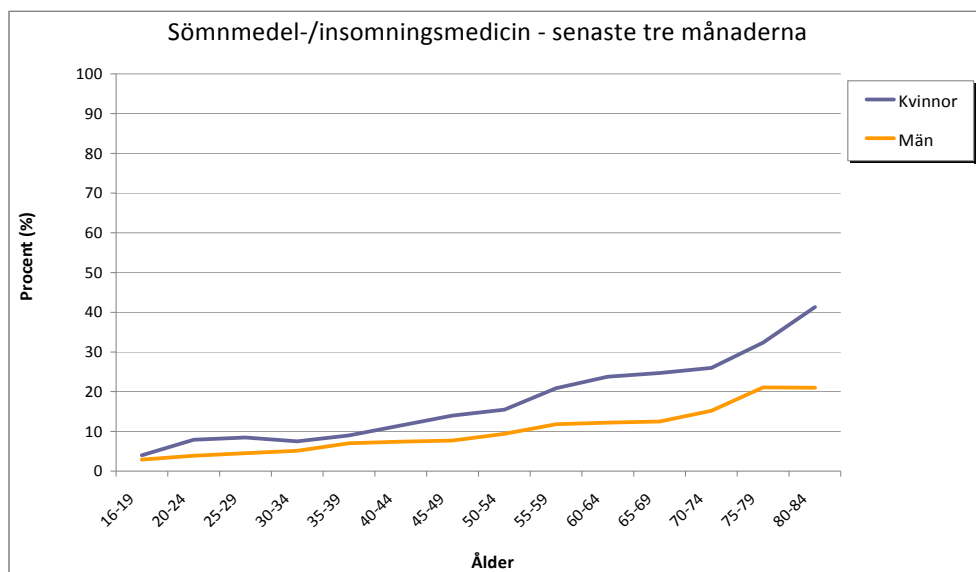
Nordöstra Göteborg har en högre andel som uppger att de använt lugnande/ångestdämpande medicin (10 procent) och Mitteneålsborg och Sjuhäråd har en lägre andel (cirka 6 procent). Det går inte att urskilja om det är regelbunden användning, eller vid behov. Jämfört med 2007 finns 2011 inga större skillnader mellan nämndområdena.

Sömnmedel/insomningsmedicin

Sömnmedel vanligare bland kvinnor än bland män

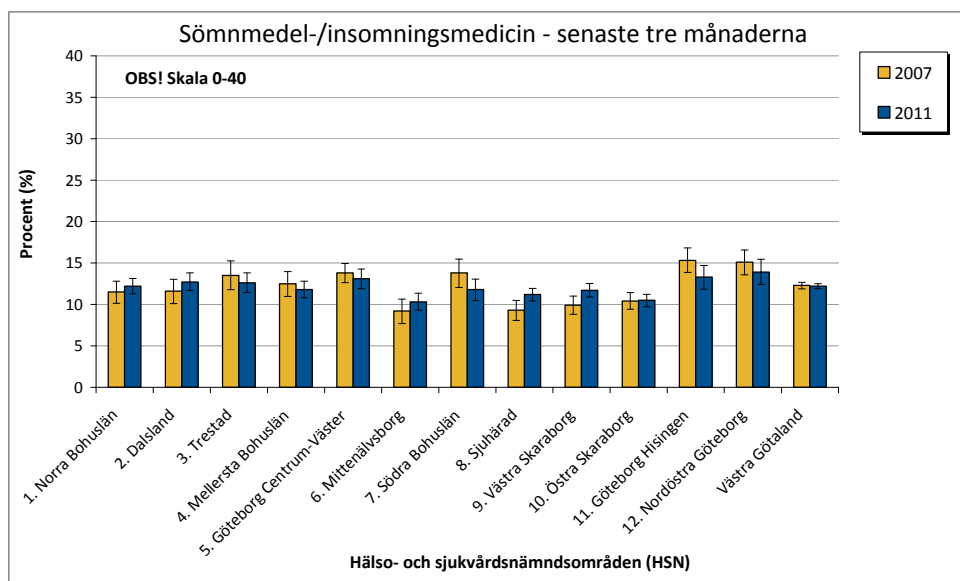
Tolv procent av dem som svarat uppger att de använt sömnmedel/insomningsmedicin de senaste tre månaderna. Andelen är oförändrad sedan år 2007. Användningen ökar med stigande ålder, och är vanligare bland kvinnor än bland män (30 procent av kvinnor och 16 procent bland män i 65-84 års ålder).

Andelen som använder sömnmedel/insomningsmedicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är sömnmedel/insomningsmedicin bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (43 procent), och bland personer som skattar sin hälsa som dålig (46 procent). Användningen är också vanligare bland personer som har funktionsnedsättning (26 procent) eller som skattar sin hälsa som varken bra eller dålig (23 procent).



Figur 84 Andelen av de svarande som uppger att de använt sömnmiddel/insomningsmedicin under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.

Det finns inga stora skillnader mellan nämndområdena i användning av sömnmiddel-/insomningsmedicin. Mitteneälvborg och Östra Skaraborg har en lägre andel än länet som helhet (cirka 10 procent). Det går inte att urskilja om det är regelbunden användning, eller vid behov. Det finns inga säkra skillnader mellan år 2007 och 2011 för nämndområdena.



Figur 85 Andelen av de svarande som uppger att de använt sömnmiddel/insomningsmedicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälsa- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Smärtstillande medicin

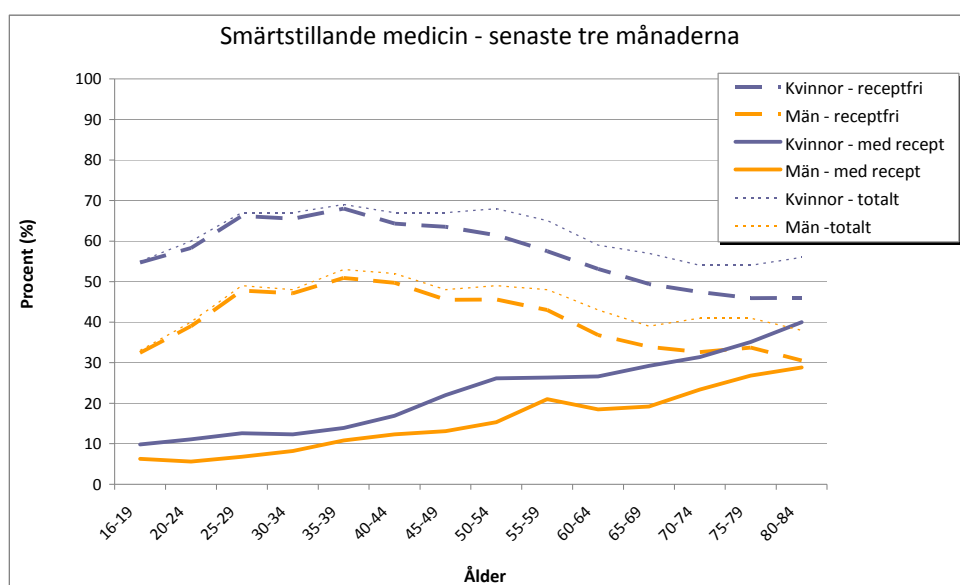
Smärtstillande medicin är vanligare bland kvinnor än bland män

När man redovisar receptfri och receptbelagd smärtstillande medicin sammanslaget, så uppgår andelen användare till 54 procent. Andelen är cirka 50 procent i alla åldersgrupper utom för 25-59-åringar där andelen är cirka 60 procent.

Smärtstillande medicin – utan recept

Femtio procent av dem som svarat uppger att de använt receptfri smärtstillande medicin de senaste tre månaderna. Andelen har ökat med knappt två procentenheter sedan år 2007. Ökningens ses både bland kvinnor och män.

Användningen är högst i 25-44 års ålder (65 procent eller mer), och minskar sedan med stigande ålder. Kvinnor uppger i högre utsträckning än män att de använt receptfri smärtstillande medicin, i alla åldersgrupper (59 procent respektive 42 procent).

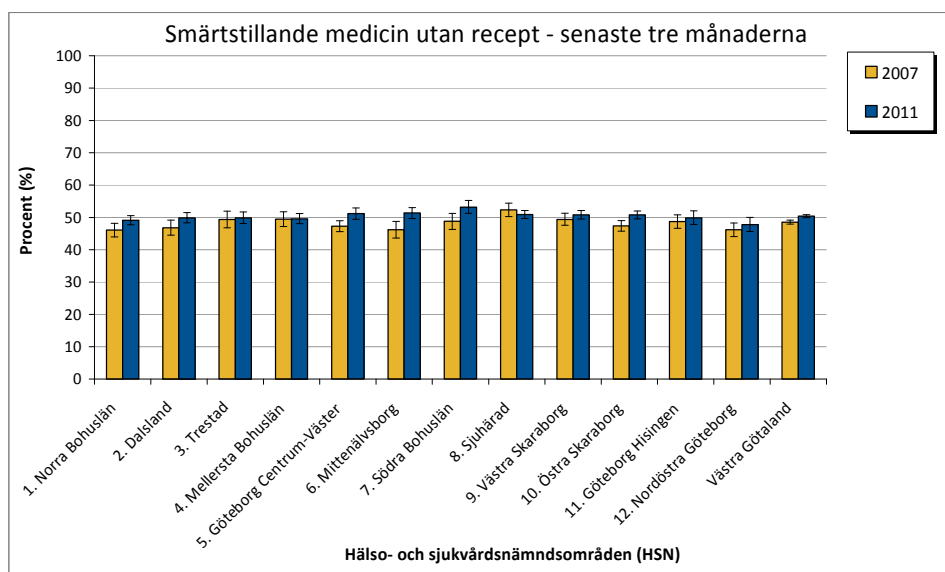


Figur 86 Andelen av de svarande som uppger att de använt receptfri respektive receptbelagd smärtstillande medicin under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.

Utöver kvinnor och personer i åldrarna 25-44 år, är användning av receptfri smärtstillande medicin vanligast förekommande bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (59 procent), personer som skattar sin hälsa som dålig eller varken bra eller dålig (60 procent), eller personer som är samboende med hemmavarande barn 0-17 år (58 procent), eller personer som besökt vården 2 eller fler gånger senaste tre månaderna (59 procent).

Det finns inga stora skillnader mellan nämndområden beträffande användning av receptfri smärtstillande medicin. Nordöstra Göteborg har en lägre andel som uppger att de använt receptfri smärtstillande medicin (48 procent) och Södra Bohuslän har en högre andel (53 procent). Det går inte att urskilja om det är regelbunden användning, eller vid behov.

En ökning ses i andelen användare mellan år 2007 och 2011 i Mittenälvsborg (5 procentenheter), Göteborg centrum-väster (4 procentenheter) och östra Skaraborg (3 procentenheter).



Figur 87 Andelen av de svarande som uppger att de använt receptfri smärtstillande medicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Smärtstillande medicin - receptbelagd

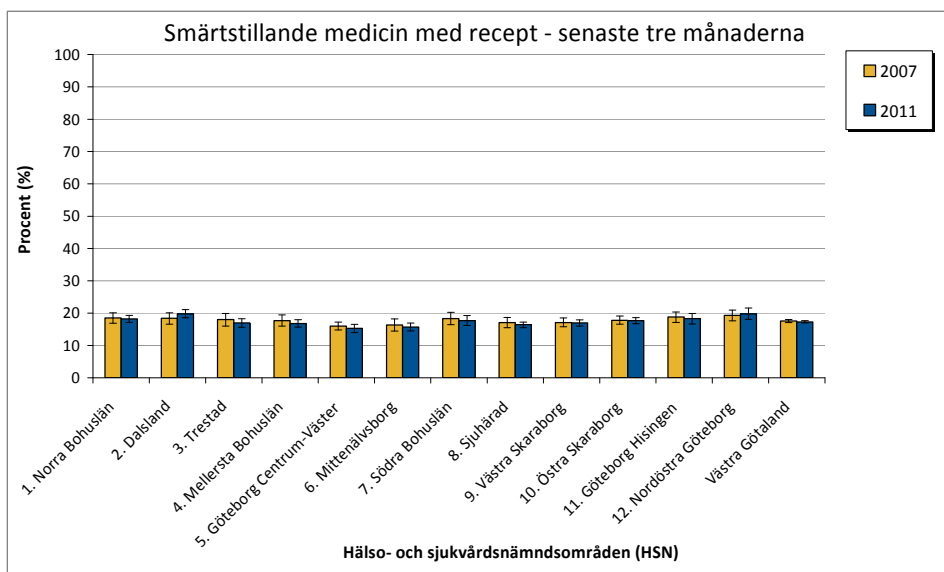
Sjuttio procent av de svarande uppger att de använt receptbelagd smärtstillande medicin de senaste tre månaderna. Det finns ingen säker förändring sedan år 2007.

Användningen ökar med stigande ålder, och är vanligare bland kvinnor än bland män i alla åldersgrupper (21 procent respektive 14 procent). Bland personer mellan 75-84 år använder över 30 procent receptbelagd smärtstillande medicin.

Receptbelagd smärtstillande medicin vanligare bland personer med funktionsnedsättning

Andelen som använder receptbelagd smärtstillande medicin skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande är receptbelagd smärtstillande medicin bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (52 procent), bland personer som skattar sin hälsa som dålig (59 procent) eller varken bra eller dålig (33 procent), eller personer som har funktionsnedsättning (37 procent). Även personer födda i övriga nordnorden uppger en högre användning (30 procent) än övriga.

Det finns skillnader mellan nämndområdena i användning av receptbelagd smärtstillande medicin, vilka inte enbart kan förklaras av olika ålderssammansättning i områdena. Göteborg centrum-väster som har den yngsta befolkningen har lägst användning (15 procent), men nordöstra Göteborg som också har bland den yngsta befolkningen i länet har högst andel användare av receptbelagd smärtstillande medicin (20 procent). Det finns inga förändringar i andelen användare mellan år 2007 och 2011 för nämndområdena.



Figur 88 Andelen av de svarande som uppger att de använt receptbelagd smärtstillande medicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

Avstått att köpa medicin på recept

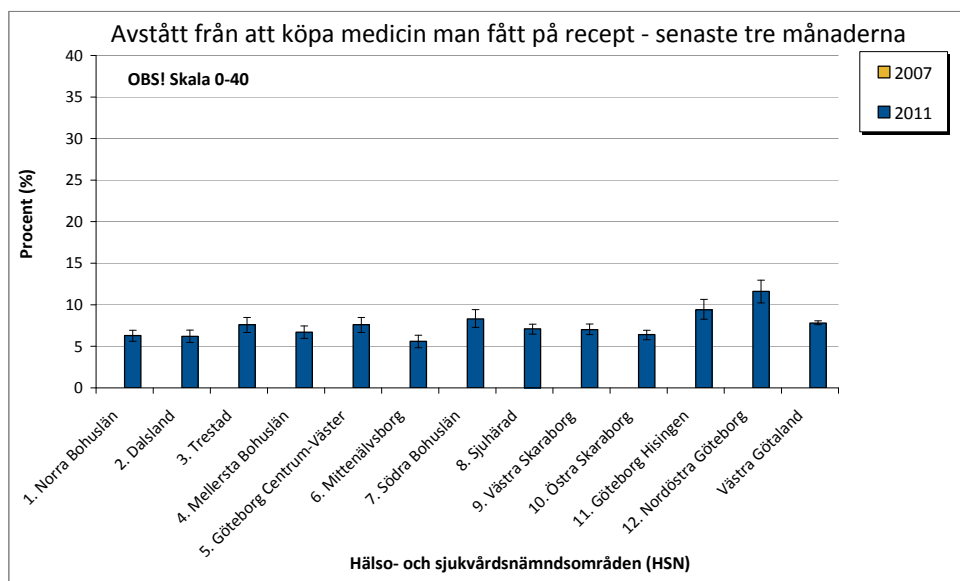
Åtta procent av dem som svarat uppger att de har avstått från att köpa läkemedel som de fått på recept senaste tre månaderna. Uppgifter för år 2007 saknas. Andelen är relativt jämt fördelad över åldersgrupperna och inga skillnader mellan kön.

En av sex med sjuk-/aktivitetsersättning avstår från att köpa medicin på recept

Andelen som avstått från att köpa medicin på recept skiljer sig mellan grupper av de svarande. Vanligast förekommande att avstå är bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning (18 procent), eller arbetslösa (17 procent), bland personer födda utanför Norden (13 procent) eller övriga världen (17 procent), eller bland personer som skattar sin hälsa som dålig (16 procent).

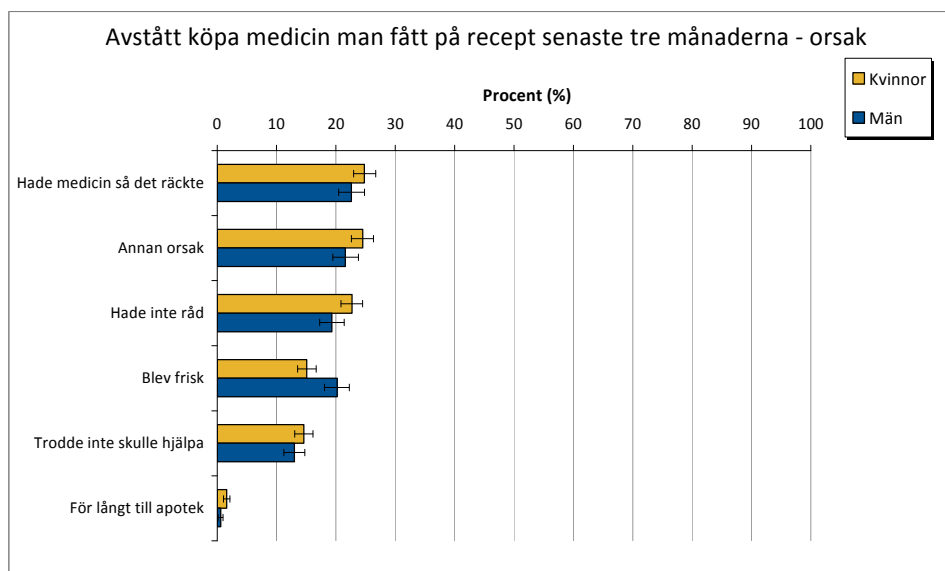
Det finns skillnader mellan nämndområdena i andel som avstått från att köpa medicin de fått på recept. I nordöstra Göteborg och på Hisingen har man i högre grad avstått från att köpa medicin (12 procent respektive 9 procent). I Norra Bohuslän, Dalsland, Mellersta Bohuslän och Mittenälvsborg har man i lägre utsträckning avstått.

Bland de åtta procent som avstod att köpa medicin som de fått på recept, så var den vanligaste orsaken att man hade medicin så det räckte (24 procent), tätt följd av ”annan orsak” (23 procent) eller ”hade inte råd” (21 procent). Män avstod i högre utsträckning än kvinnor till följd av att de blev friska.



Figur 89 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att köpa medicin man fått på recept de senaste tre månaderna 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.

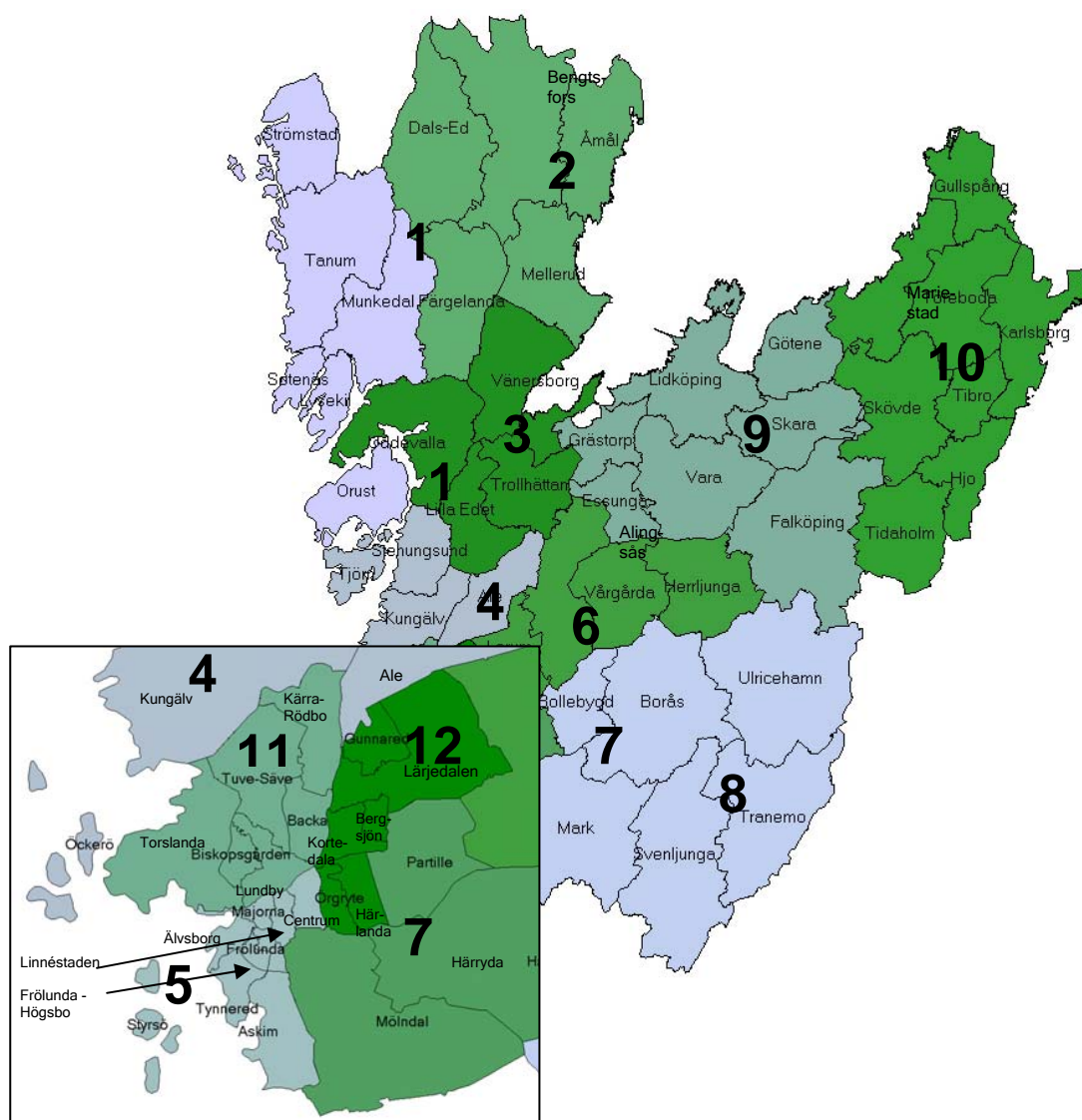
Andelen som uppgav som skäl att de inte hade råd eller att de blev friska är vanligare bland yngre än äldre. Äldre uppgav i högst utsträckning som skäl att de hade medicin så det räckte. Bland personer med sjuk/aktivitetsersättning, arbetslöshet, personer som saknar kontantmarginal, har låg inkomst, eller dålig eller mycket dålig hälsa hade mer än 40 procent angivit som skäl att de inte hade råd att hämta ut medicin, jämfört med 24 procent bland de svarande som helhet.



Figur 90 Andelen av de svarande som uppgivit att de avstått från att köpa medicin man fått på recept de senaste tre månaderna fördelat per orsak och kön 2011. 95 % konfidensintervall.

I nordöstra Göteborg uppgav man i högre utsträckning än i övriga områden att man blev frisk (25 procent jämfört med 17 procent i länet som helhet). Andelen av dem som svarat att de avstått från att köpa medicin på recept på grund av att man inte trodde att den skulle hjälpa var störst i Göteborg Hisingen (21 procent mot 14 procent i länet).

Bilaga 1. Hälso- och sjukvårdsnämndsområden i Västra Götalandsregionen

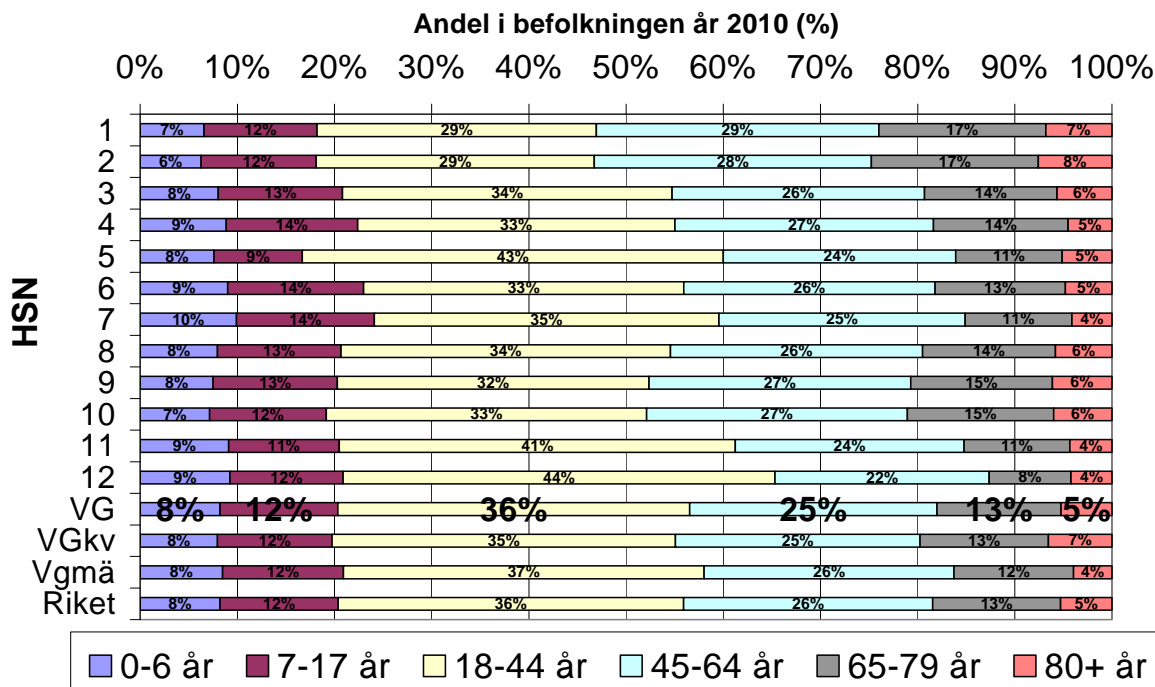


Hälso- och sjukvårdsnämndsområden 2010

	Andel av länets befolkning (%)	Antal i befolkningen			Andel i befolkningen (%)	
		Totalt	Kvinnor	Män	65 år+	80 år+
1 Norra Bohuslän	5	73 153	36 263	36 890	24,0	6,8
2 Dalsland	3	42 611	20 997	21 614	24,8	7,6
3 Trestad	10	156 551	78 422	78 129	19,3	5,6
4 Mellersta Bohuslän*	8	120 379	59 850	60 529	18,4	4,5
5 Göteborg, centrum-väster	14	224 692	114 539	110 153	16,1	5,1
6 Mittenälvborg	6	96 633	48 509	48 124	18,2	4,8
7 Södra Bohuslän*	8	130 520	65 456	65 064	15,1	4,1
8 Sjuhärad	12	190 227	95 495	94 732	19,5	5,8
9 Västra Skaraborg	8	128 200	64 005	64 195	20,7	6,1
10 Östra Skaraborg	8	128 272	63 907	64 365	21,1	6,0
11 Göteborg, Hisingen	9	138 780	69 064	69 716	15,2	4,3
12 nordöstra Göteborg	9	149 138	75 106	74 032	12,6	4,2
Västra Götaland	100	1 580 297	791 935	788 362	18,0	5,3
Riket		9 415 570	4 725 326	4 690 244	18,5	5,3

I Göteborgs kommun finns 1 141 personer (322 kvinnor och 819 män) som ej går att klassa i respektive nämndområde (5, 11, 12). Dessa personer är inkluderade i totalsumman för Västra Götaland. Källa: SCB och Göteborgs stad

Bilaga 2. Ålderssammansättning per hälso- och sjukvårdsnämndsområde



Figur 91 Andelen i befolkningen (%) fördela på åldersklasser och hälso- och sjukvårdsnämndsområden 2010, samt kön för Västra Götaland. Källa: Statistiska Centralbyrån och Göteborgs stad.

Bilaga 3. Bakgrundsvariabler och beskrivning

Hälsa på lika villkor Västra Götaland 2011

	Antal svar		Andel av svarande (%)		Beskrivning
	Oviktat		Oviktat	Viktat	
SAMTLIGA					
Total 2011	51 930		100	100	
Total 2007	28 919		100	100	
KÖN					
					Registervariabel, SCB
kvinnor	28 233		54	50	
män	23 697		46	50	
ÅLDER					
					Registervariabel, SCB
16-29 år	7 804		15	23	
30-44 år	9 715		19	25	
45-64 år	18 859		36	32	
65-84 år	15 552		30	20	
UTBILDNING, 25-74 år					
	40 960		100		Registervariabel, SCB
Kort utbildning	19 467		48	43	Grundskola och gymnasium ≤2 år
Mellanlång utbildning	12 861		31	34	Gymnasium >2 år och högskola ≤2 år
Lång utbildning	8 358		20	22	Högskola/universitet ≥3 år
Utbildning okänd	274		1	1	
SYSSELSÄTTNING, 20-64 år					
	33 872				Självrapporterad, fråga 55
Yrkesarbetande	26 428		78	74	
Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd	1 741		5	6	
Sjuk-/aktivitetsersättning	2 354		7	7	
Studerar	1 796		5	9	
Sysselsättning okänd	1 553		5	4	
SOCIOEKONOMI, 25-74 år					
	40 960				Registervariabel, SCB
Arbetare	15 539		38	37	
Lägre tjänstemän	4 683		11	11	
Mellan o högre tjänstemän	13 392		33	33	
Socioekonomi okänd	7 346		18	18	
EKONOMI					
					Självrapporterad fråga 53. Klarar inte
Saknar kontantmarginal	8 773		17	21	respektive klarar att skaffa fram
Har kontantmarginal	42 637		82	79	15000 kronor på en vecka i en
Kontantmarginal okänd	520		1	1	oförutsedd situation
					Registervariabel, SCB. Hushållets
Låg inkomst	10 217		20	21	inkomst, gräns vid lägsta respektive
Hög inkomst	9 062		17	20	högsta femtedelen i nationella
					urvalet, vilket motsvarar årsinkomst
					lägre än 197 932 SEK respektive
					högre än 566 238 SEK år 2011.
URSPRUNG (FÖDELSELAND)					
					Registervariabel, SCB. Avser
Sverige	46 272		89	83	födelseland
Övriga Norden	1 917		4	3	
Övriga Europa	2 071		4	6	
Övriga världen	1 670		3	8	

Forts tabell

	Antal svar		Andel av svarande (%)		Beskrivning
	Oviktat	Oviktat	Oviktat	Viktat	
FAMILJEFÖRHÅLLANDEN					Självrapporterad, fråga 75a+b
Ensamstående utan barn 0-17	13 820	27	32		
Ensamstående med barn 0-17	1 721	3	5		
Samboende utan barn 0-17	24 687	48	39		
Samboende med barn 0-17	10 781	21	23		
Uppgift saknas	921	2	2		
FUNKTIONSNEDSÄTTNING					Funktionsnedsättning inklusive kraftigt nedsatt syn/hörsel, sammanvägning av (fråga2-6), se beskrivning på web
Ja	12 473	24	22		
Nej	39 284	76	77		
Uppgift saknas	173	0	0		
SJÄLVSKATTAT HÄLSOTILLSTÅND					Självrapporterad, fråga 1
Bra eller mycket bra	35 800	69	71		
Varken eller	12 455	24	22		
Dåligt eller mycket dåligt	2 983	6	6		
Uppgift saknas	692	1	1		
ANTAL OHÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR					Självrapporterad, Två eller fler ohälsosamma levnadsvanor (daglig rökare, dagligs nusare, riskabel alkoholkonsumtion, stillasittande fritid, fetma, litet intag frukt/grönsaker <=1g/dag, riskabla spelvanor och/eller hasch senaste året)
0	24 171	47	44		
1	15 871	31	31		
2 eller fler	11 866	23	26		
Uppgift saknas	22	0	0		
VÅRDKONSUMTION SENASTE 3 mån					Självrapporterad, sammanvägning av fråga 29 och 30a-i
Två eller fler besök	16 403	32	31		
Ett besök eller färre	34 653	67	68		
Uppgift saknas	874	2	2		
SOCIALT DELTAGANDE, aktiviteter					Självrapporterad, fråga 70. Lågt socialt deltagande= deltagit i en eller inga aktiviteter senaste tre månaderna (t.ex. studiecirkel, föreningsmöte, teater, bio, större släktsammankomst, religiös sammankomst etc.)
Minst 2 aktiviteter senaste 12 mån	39 614	76	77		
En eller inga aktiviteter	11 271	22	21		
Uppgift saknas	1 045	2	2		

Bilaga 4. Figurförteckning

Figur 1 Andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa fördelat på kön och ålder 2011.	10
Figur 2 Andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa 2011 och 2007 fördelat hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	12
Figur 3 Andelen med dålig eller mycket dålig självrapporterad hälsa fördelat på kön och ålder 2011.	12
Figur 4 Andelen med dålig eller mycket dålig självrapporterad hälsa 2011 och 2007 fördelat hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	13
Figur 5 hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D index medelvärde, fördelat på kön och ålder 2011.	14
Figur 6 Andelen av de svarande som uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande fördelat på kön och ålder 2011.	16
Figur 7 Andelen av de svarande som uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	17
Figur 8 Andelen av de svarande som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, fördelat på kön och ålder 2011.	18
Figur 9 Andelen av de svarande som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	18
Figur 10 Andelen av de svarande som uppger svåra sömnbesvär fördelat på kön och ålder 2011.	19
Figur 11 Andelen av de svarande som uppger att de har svåra sömnbesvär 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	20
Figur 12 Andelen av de svarande som uppger att de är mycket stressade 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	21
Figur 13 Andelen av de svarande som haft självmordstankar någon gång under de senaste 12 månaderna fördelat på kön och ålder 2011.	22
Figur 14 Andelen av de svarande som uppger ha svår värk i rörelseorganen fördelat på kön och ålder 2011.	23
Figur 15 Andelen av de svarande som uppger ha svår värk i rörelseorganen 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	24
Figur 16 Andelen av de svarande som uppger att de har en funktionsnedsättning inklusive kraftigt nedsatt syn och hörsel fördelat på kön och ålder 2011.	25
Figur 17 Andelen av de svarande som uppger att de har en funktionsnedsättning inklusive kraftigt nedsatt syn och hörsel 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	26
Figur 18 Andelen med självrapporterad allergi fördelat på kön och ålder 2011.	27
Figur 19 Andelen med självrapporterad allergi 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	27
Figur 20 Andelen med självrapporterad diabetes fördelat på kön och ålder 2011.	28
Figur 21 Andelen med självrapporterad diabetes 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	29
Figur 22 Andelen med självrapporterat högt blodtryck fördelat på kön och ålder 2011.	30
Figur 23 Andelen med självrapporterat högt blodtryck 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	30
Figur 24 Andelen av svarande som skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket dålig fördelat på kön och ålder 2011.	32
Figur 25 Andelen av de svarande skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket dålig 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	33
Figur 26 Andelen av de svarande med vissa ohälsosamma levnadsvanor fördelat på kön 2011. 95 % konfidensintervall.	34
Figur 27 Andelen av de svarande med två eller fler ohälsosamma levnadsvanor 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	36
Figur 28 Andelen av de svarande som uppger att de är fysiskt aktiva mer än 30 minuter per dag fördelat på kön och ålder 2011.	37
Figur 29 Andelen av de svarande som uppger att de är fysiskt aktiva mer än 30 minuter per dag 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	37
Figur 30 Andelen av svarande som uppger att de har stillasittande fritid fördelat på kön och ålder 2011.	38
Figur 31 Andelen av de svarande som uppger att de har stillasittande fritid 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	39

Figur 32 Andelen av de svarande som uppger att de har låg konsumtion av frukt och grönt fördelat på kön och ålder 2011.....	40
Figur 33 Andelen av de svarande som uppger att de har låg konsumtion av frukt och grönt 2011 och 2007 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.....	40
Figur 34 Andelen av de svarande med övervikt (BMI>25) och fetma (BMI>30) fördelat på kön och ålder 2011.	42
Figur 35 Andelen av de svarande med övervikt (25<BMI<30) respektive fetma (BMI>30) 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden.	43
Figur 36 Andelen av de svarande med övervikt (25<BMI<30) 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	44
Figur 37 Andelen av de svarande med fetma (BMI>30) 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	45
Figur 38 Andelen av de svarande som uppger att de röker dagligen fördelat på kön och ålder 2011.	46
Figur 39 Andelen av de svarande som uppger att de röker dagligen 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	46
Figur 40 Andelen av svarande som uppger att de snusar dagligen fördelat på kön och ålder 2011.	47
Figur 41 Andelen av svarande som uppger att de utsätts för passiv rökning fördelat på kön och ålder 2011.	48
Figur 42 Andelen av de svarande som uppger riskabla alkoholvanor fördelat på kön och ålder 2011.	49
Figur 43 Andelen av de svarande som uppger riskabla alkoholvanor 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	50
Figur 44 Andelen av svarande som uppger att de har använt hasch/marijuana senaste året fördelat på kön och ålder 2011.....	51
Figur 45 Andelen av de svarande som uppger att de har riskabla spelvanor 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.....	52
Figur 46 Andelen av de svarande som uppger att de har låg grad av socialt deltagande fördelat på ålder och kön 2011.....	54
Figur 47 Andelen av de svarande som uppger att de har låg grad av socialt deltagande 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	55
Figur 48 Andelen av de svarande som uppger att de saknar emotionellt stöd fördelat på ålder och kön 2011.	56
Figur 49 Andelen av de svarande som uppger att de saknar emotionellt stöd 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.....	56
Figur 50 Andelen av de svarande som uppger att de saknar praktiskt stöd 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	57
Figur 51 Andelen av de svarande som uppger att de har svårt att lita på andra fördelat på ålder och kön 2011.	58
Figur 52 Andelen av de svarande som uppger att de har svårt att lita på andra 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	58
Figur 53 Andelen av de svarande som uppger att de saknar kontantmarginal fördelat på ålder och kön 2011.	60
Figur 54 Andelen av de svarande som uppger att de saknar kontantmarginal fördelat per åldersgrupp och hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. 95 % konfidensintervall.	61
Figur 55 Andelen av de svarande med bra arbetsförmåga fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. Yrkesverksamma 16-64 år. 95 % konfidensintervall.	63
Figur 56 Andelen av de svarande som upplever stöd och hjälp från arbetskamrater fördelat på ålder och kön 2011. Yrkesverksamma 16-64 år.	64
Figur 57 Andelen av de svarande som upplever stöd och hjälp från arbetskamrater fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. Yrkesverksamma 16-64 år. 95 % konfidensintervall.	64
Figur 58 Andelen av de svarande som trivs dåligt respektive bra med sina arbetsuppgifter fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde 2011. Yrkesverksamma 16-64 år. 95 % konfidensintervall.	65
Figur 59 Andelen av de svarande som uppger att de haft två eller flera vårdbesök under de senaste tre månaderna fördelat på ålder och kön 2011.....	66
Figur 60 Andelen av de svarande som uppger att de haft två eller flera vårdbesök under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	67
Figur 61 Andelen av de svarande som uppger att de haft vårdkontakter under de senaste tre månaderna, fördelat per vårdgivarkategori och kön 2011. 95 % konfidensintervall.....	68

Figur 62 Andelen av de svarande som uppger att de haft två eller flera vårdkontakter under de senaste tre månaderna fördelat på ålder och kön 2011.....	70
Figur 63 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka vård trots upplevt behov under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	70
Figur 64 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna, fördelat per orsak och undersökningsår 2007 och 2011. 95 % konfidensintervall.	71
Figur 65 Andelen av de svarande som uppger att de inte besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren fördelat på ålder och kön 2011.	72
Figur 66 Andelen av de svarande som uppger att de inte besökt tandläkare eller -hygienist under de senaste två åren 2011 och 2007 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och undersökningsår. 95 % konfidensintervall.....	73
Figur 67 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka tandvård trots upplevt behov under de senaste tre månaderna fördelat på ålder och kön 2011.	73
Figur 68 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka tandvård trots upplevt behov under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområden. 95 % konfidensintervall.	74
Figur 69 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att söka tandvård under de senaste tre månaderna fördelat per orsak och kön 2011.....	75
Figur 70 Andelen av de svarande som uppger att de avstått vård eller tandvård trots behov respektive avstått att köpa läkemedel på recept under de senaste tre månaderna fördelat per orsak och kön 2011.	75
Figur 71 Andelen av de svarande som uppger att de använt läkemedel de senaste tre månaderna fördelat på vissa läkemedelsgrupper samt kön 2011.	76
Figur 72 Andelen av de svarande som uppger att de använt läkemedel de senaste tre månaderna fördelat på vissa läkemedelsgrupper samt ålder 2011.....	77
Figur 73 Andelen av de svarande som uppger att de använt magsårs/magkatarrmedicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	78
Figur 74 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot astma/allergi under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per kön och ålder. 95 % konfidensintervall.	78
Figur 75 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot astma/allergi under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	79
Figur 76 Andelen av svarande som uppger att de använt medicin mot diabetes under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.	80
Figur 77 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot diabetes under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	81
Figur 78 Andelen av de svarande som uppger att de använt läkemedel mot högt blodtryck de senaste tre månaderna fördelat på ålder 2011.	81
Figur 79 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot högt blodtryck under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	82
Figur 80 Andelen av svarande som uppger att de använt medicin mot högt blodtryck under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.....	83
Figur 81 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot höga blodfetter under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	84
Figur 82 Andelen av de svarande som uppger att de använt medicin mot depression under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	85
Figur 83 Andelen av de svarande som uppger att de använt lugnande eller ångestdämpande medicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	86
Figur 84 Andelen av de svarande som uppger att de använt sömnmedel/insomningsmedicin under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.....	87
Figur 85 Andelen av de svarande som uppger att de använt sömnmedel/insomningsmedicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	87

Figur 86 Andelen av de svarande som uppger att de använt receptfri respektive receptbelagd smärtstillande medicin under de senaste tre månaderna fördelat på kön och ålder 2011.....	88
Figur 87 Andelen av de svarande som uppger att de använt receptfri smärtstillande medicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011 fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	89
Figur 88 Andelen av de svarande som uppger att de använt receptbelagd smärtstillande medicin under de senaste tre månaderna 2007 och 2011, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	90
Figur 89 Andelen av de svarande som uppger att de avstått från att köpa medicin man fått på recept de senaste tre månaderna 2011 fördelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 95 % konfidensintervall.	91
Figur 90 Andelen av de svarande som uppgivit att de avstått från att köpa medicin man fått på recept de senaste tre månaderna fördelat per orsak och kön 2011. 95 % konfidensintervall.	91
Figur 91 Andelen i befolkningen (%) fördela på åldersklasser och hälso- och sjukvårdsnämndsområden 2010,	93

Bilaga 5. Referenser och länkar

Källor till texter:

Andersson & Fransson: Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt. Rapport till Expertgruppen för Offentlig Ekonomi 2011:3

Arbetsmiljön 2009. Arbetsmiljöstatistisk Rapport 2010:3. Arbetsmiljöverket

AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Se t.ex. Babor m.fl. WHO 2001: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf

Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen. 2009. Artikelnr 2009-126-71

Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2005? Resultat från den nationella folkhälsoenkäten. Västra Götalandsregionen oktober 2006.

Hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Verksamhetsanalys 2010. Regionkansliet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Verksamhetsanalys 2006. Regionkansliet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Statens folkhälsoinstituts webtexter om ”Hälsa på lika villkor”

<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>

Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Staten folkhälsoinstitut A 2011:09

Vårdbarometern. Befolkningens syn på vården. Västra Götalandsregionens årsrapport 2010. Västra Götalandsregionen maj 2011.

www.vgregion.se/folkhalsoenkaten

Rapporten "Resultat från folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor Västra Götaland 2011" är framtagen i samarbete mellan Västra Götalandsregionens enhet för folkhälsofrågor, hälso- och sjukvårdsavdelning och hälso- och sjukvårdskanslier.

Läs mer

www.vgregion.se/folkhalsoenkaten