

Regionala utvecklingsförvaltningen, Region Västmanland

Liv & hälsa i Västmanland år 2022

Resultat från länets befolkningsundersökning



Innehåll

1	Inledning.....	1
1.1	Folkhälsa och betydelsen av befolkningsundersökningar.....	1
1.2	Undersökningen Liv & hälsa år 2022.....	2
1.3	Syftet med rapporten.....	3
1.4	Att tolka statistiken.....	3
2	Resultat.....	5
2.1	Hälsa.....	5
2.1.1	Självskattad hälsa.....	5
2.1.2	Självskattad tandhälsa.....	7
2.2	Folksjukdomar, besvär och riskfaktorer.....	9
2.2.1	Långvarig sjukdom, besvär och funktionsnedsättning.....	9
2.2.2	Diabetes, Astma och KOL.....	9
2.2.3	Högt blodtryck.....	10
2.2.4	Smärta och värk.....	10
2.2.5	Övervikt och obesitas.....	11
2.3	Psykisk hälsa.....	12
2.3.1	Psykiskt välbefinnande.....	12
2.3.2	Psykisk ohälsa.....	13
2.4	Trygghet, tillit, socialt sammanhang och framtidstro.....	14
2.4.1	Trygg i bostadsområdet.....	14
2.4.2	Avstår från att gå ut ensam av rädsla.....	14
2.4.3	Tillit till andra.....	16
2.4.4	Socialt sammanhang.....	17
2.4.5	Framtidstro.....	19
2.5	Boende och hushåll.....	19
2.5.1	Fysisk inomhusmiljö och anslutande utomhusmiljöer.....	19
2.5.2	Ekonomisk stress.....	20
2.5.3	Betungande hemarbete.....	20
2.6	Utevistelse i park eller grönområde.....	21
2.7	Arbetsliv och arbetsförhållanden.....	22
2.7.1	Trivsel på arbetsplatsen.....	22
2.7.2	Obalans mellan arbete och fritid.....	23
2.7.3	Buller och ensidiga upprepande arbetsrörelser.....	23
2.7.4	Sjukfrånvaro.....	23

2.7.5	Oro att förlora arbetet	24
2.8	Levnadsvanor.....	25
2.8.1	Flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt	25
2.8.2	Fysisk aktivitet och stillasittande.....	26
2.8.3	Matvanor	27
2.8.4	Tobak och nikotin	28
2.8.5	Alkohol.....	30
2.8.6	Narkotika	31
2.8.7	Spel om pengar.....	31
2.9	Kontakt med hälso- och sjukvården	32
2.9.1	Besökt vården de tre senaste månaderna	32
2.9.2	Avstått vård, tandvård eller läkemedel av ekonomiska skäl	33
2.10	Livsvillkor och levnadsvanors samband med allmänt hälsotillstånd.....	33
Bilaga 1. Bakgrundsinformation - statistik för Västmanland och riket		36

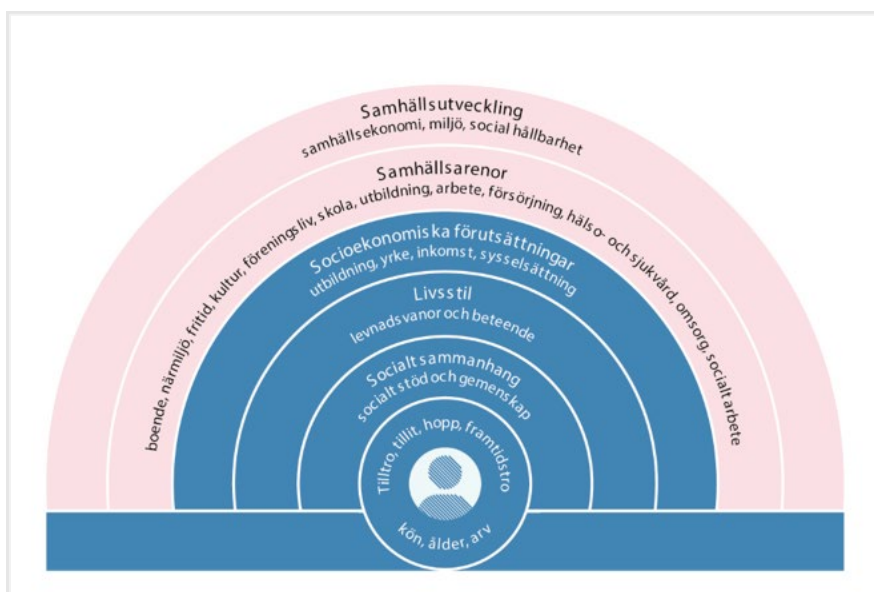
1 Inledning

1.1 Folkhälsa och betydelsen av befolkningsundersökningar

Folkhälsa är ett begrepp som beskriver befolkningens samlade hälsotillstånd i ett avgränsat område, till exempel i Sverige, i Västmanlands län eller i en kommun i länet. En god folkhälsa innebär att hälsan totalt sett är bra i befolkningen, men också att den är jämnt fördelad mellan grupper i befolkningen. Sverige har i flera avseenden en god folkhälsa och hälsoutvecklingen har generellt sett varit positiv över tid. Hälsan i befolkningen är dock ojämnt fördelad, där grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar utifrån till exempel låg utbildnings- eller inkomstnivå, oftare har sämre hälsa än andra grupper. Detta förklaras genom att grupper som är särskilt utsatta jämfört med övriga befolkningen, oftare har flera samlade hälsoproblem.

Människors hälsa påverkas av många faktorer där vi växer upp, utbildar oss och arbetar, där vi bor och lever, sammanfattat i figuren för hälsans bestämningfaktorer (se figur 1). Figuren visar att det finns olika lager av faktorer som antingen kan vara skyddsfaktorer för hälsa eller riskfaktorer för ohälsa. Hälsans bestämningfaktorer omfattar ett brett spektrum av faktorer, allt från individuella så som ålder och kön, till sociala nätverk och relationer, samhällsarenor och levnadsvanor samt samhällliga strukturer som samhällsekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden.

Sambanden mellan bestämningfaktorer och hälsa är komplexa och det finns ett samspel mellan dessa. Exempelvis påverkar ohälsosamma levnadsvanor risken att utveckla många av de sjukdomar som bidrar till sjukdomsburden i Sverige, men livsvillkoren påverkar samtidigt människors möjligheter till hälsosamma levnadsvanor, som i sin tur påverkas av politiska beslut. Människors hälsa och livsvillkor påverkas också av stora händelser som sker i omvärlden, så som låg- och högkonjunkturer, pandemier och krig. Våren 2020 drabbades exempelvis hela världen, inklusive Sverige av Covid-19 pandemin, som haft en direkt negativ påverkan på befolkningens hälsa genom sjukdom och död. Pandemin har också haft en indirekt negativ påverkan på människors livsvillkor och levnadsvanor på grund av de skyddsåtgärder som beslutades för att minska smittspridningen, såsom ökad social isolering och ekonomisk nedgång. Samtidigt sågs vissa indirekta positiva effekter av skyddsåtgärderna, såsom förändrade arbetsförutsättningar med möjlighet till flexibelt arbete mellan hemmet och arbetsplatsen samt ökad utevistelse.



Figur 1. Hälsans bestämningfaktorer, återgiven efter Dahlgren och Whiteheads modell från 1991.

Arbetet för god en folkhälsa är således beroende av politiska beslut inom alla politikområden och arbetet hos många aktörer på många arenor. För att kunna ge underlag för prioriteringar och väl underbyggda beslut i dessa sammanhang, både på nationell, regional och lokal nivå, behövs kunskap om hur befolkningen lever och mår. Befolkningsundersökningar spelar här en viktig roll, då de ger oss fakta i stället för antaganden.

Befolkningsundersökningar med bäring på folkhälsan bör spegla många indikatorer; från självskattad hälsa och välmående, till diagnosticerad sjuklighet och dödlighet, hälsan i olika skeenden och fördelning mellan grupper, men även indikatorer med fokus på hälsans bestämningsfaktorer så som levnadsvanor och livsvillkor samt trender över tid.

1.2 Undersökningen Liv & hälsa år 2022

Liv & hälsa är en enkätundersökning som ger information om befolkningens hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och vårdutnyttjande. Undersökningen är ett samarbete mellan Regionerna i Uppsala, Sörmland, Värmland, Västmanland och Örebro. Undersökningen har genomförts åren 2000, 2004, 2008, 2012 och 2017 och nu senast våren 2022. Till undersökningen 2022 skickades enkäten till drygt 78 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år eller äldre i de fem länen. Dessa personer representerar den vuxna befolkningen i totalt 55 kommuner med drygt 1,2 miljoner invånare. I Västmanlands län skickades enkäten till drygt 14 000 invånare, varav över 6 000 besvarade enkäten (44 %) (se tabell 1). Svarefrekvensen var ungefär densamma som när undersökningen genomfördes 2017.

Andelen som svarar i enkätundersökningar har sedan lång tid tillbaka generellt sett minskat. Detta kan medföra en ökad risk att insamlad data inte är representativ för dem som det avses. Inför och under 2022 års Liv & hälsa undersökning genomfördes därför olika insatser och informationsåtgärder för att öka svarsbenägenheten. Möjlighet fanns därför att besvara enkäten digitalt eller på papper, på engelska (digitala versionen) och på ett förkortat formulär med 16 frågor (vid sista påminnelsen). Totalt sett var det i Västmanland vanligast att besvara enkäten digitalt (56 %). Bland individer över 70 år var det vanligast att besvara pappersenkäten. Mer än nio av tio av respondenter besvarade fullängdsenkäten. Högst andel som besvarade den förkortade enkäten sågs i den yngsta åldersgruppen, 18–29 år. Svarefrekvensen varierade totalt sett mellan åldersgrupper, oavsett sätt att besvara. Lägst svarefrekvens fanns det bland de yngsta, i åldersgruppen 18–29 år, och den högsta svarefrekvensen fanns i åldersgruppen 70–84 år. Mindre än en procent av respondenterna besvarade den engelska versionen av enkäten.

För att korrigera för eventuella skevheter i bortfallet har en etablerad statistisk kalibreringsmetod använts med syftet att resultaten så långt som möjligt ska representera hela befolkningen i området, inte enbart de som svarat på enkäten.

Tabell 1 Svarefrekvens (%), fördelning av svaranden på pappers- respektive webbenkät samt fullängds- respektive kortenkät, fördelat på ålder.

Ålder	Svarefrekvens	Webbenkät	Pappersenkät	Fullängdsenkät	Kortenkät
18–29 år	21	69	31	93	7
30–49 år	33	71	29	94	6
50–69 år	56	64	37	96	4
70–84 år	72	44	56	96	4
85+ år	53	21	79	94	6
Totalt	44	56	44	95	5

1.3 Syftet med rapporten

Syftet med rapporten är att redovisa huvuddelen av resultatet från befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2022 i Västmanlands län. Resultatet redovisas främst på länsnivå, men delvis också på kommunnivå.

Undersökningens resultat kan som helhet återfinnas på Region Västmanlands hemsida. Följ länken: [Resultat - Region Västmanland \(regionvastmanland.se\)](https://regionvastmanland.se).

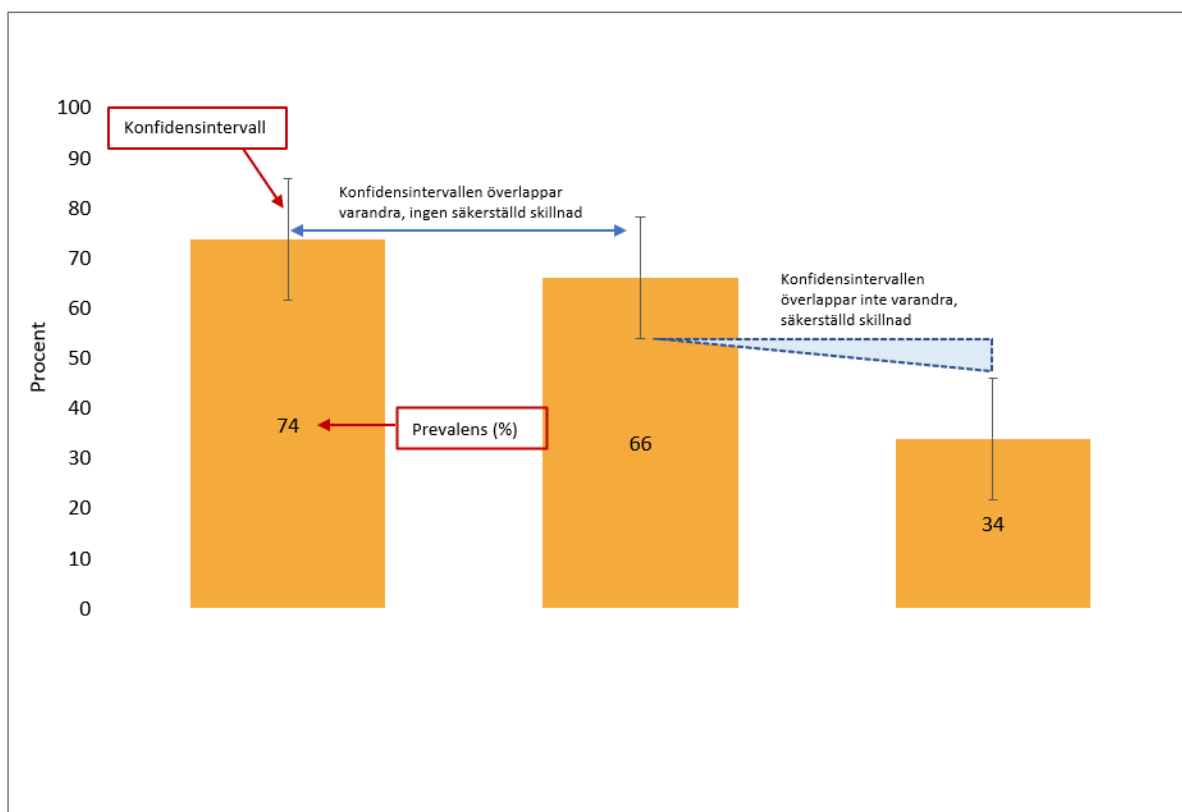
Rapporten kompletterar tidigare publicerade rapporter:

- [Liv & hälsa i Mellansverige - en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa 2022](#)
- [Skillnader i livsvillkor och hälsa i Västmanland 2021](#)

1.4 Att tolka statistiken

Det är främst de övergripande resultaten i undersökningen som läsaren ska ta fasta på. Det är viktigt att inte dra alltför långtgående slutsatser av enskilda skillnader mellan till exempel kommuner eftersom skillnaderna inte nödvändigtvis är statistiskt säkerställda. I rapporten bedöms skillnader mellan kön, ålder, socioekonomiska grupper, födelseland och kommuner utifrån ett 95-procentigt konfidensintervall.

Konfidensintervallet är en skattning av osäkerheten kring punktskattningen. Då konfidensintervallen för två skattningar överlappar varandra görs bedömningen att ingen statistisk säkerställd skillnad finns mellan skattningarna (se figur 2). När det i rapporten anges att det finns skillnader mellan grupper och kommuner innebär det att det finns en statistiskt säkerställd skillnad.



Figur 2 Exempel på hur diagram tolkas.

Observera även att

- skalorna i diagrammen varierar och är antingen upp till 25, 50, 75 eller 100 procent
- talen i rapporten är avrundande, vilket kan leda till att procenttalen i vissa grafer inte summerar exakt till 100 procent
- vid jämförelser mellan åren 2000, 2004, 2008, 2012, 2017 och 2022 samt mellan olika socioekonomiska grupper redovisas åldersstandardiserade värden. Åldersstandardisering genomförs för att ta hänsyn till att åldersfördelningen kan se olika ut i olika grupper i befolkningen.

I rapportens kartor ges möjlighet till visuell jämförelse mellan kommuner, ljusare färger innebär gynnsammare förhållanden och mörkare färger mindre gynnsamma förhållanden.

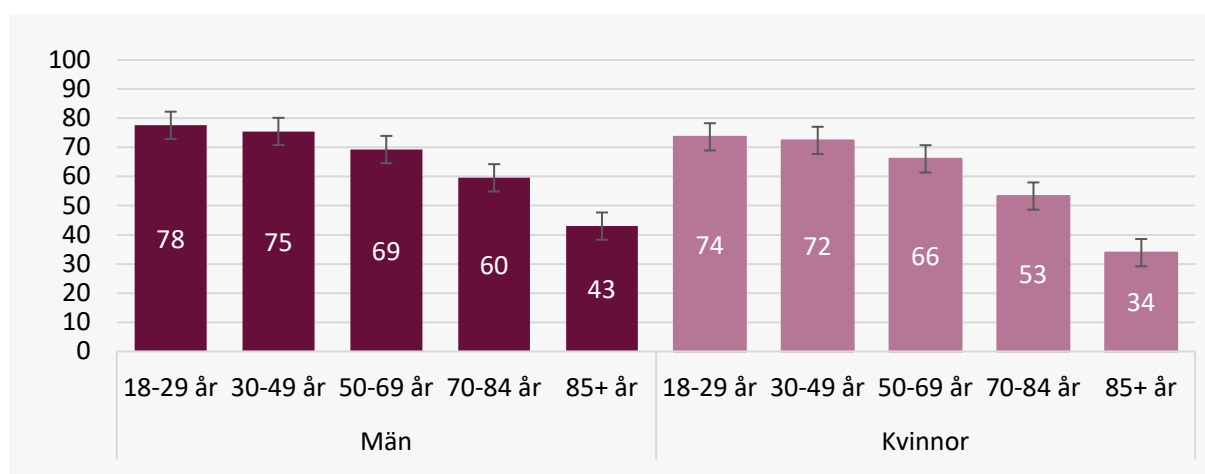
2 Resultat

2.1 Hälsa

2.1.1 Självskattad hälsa

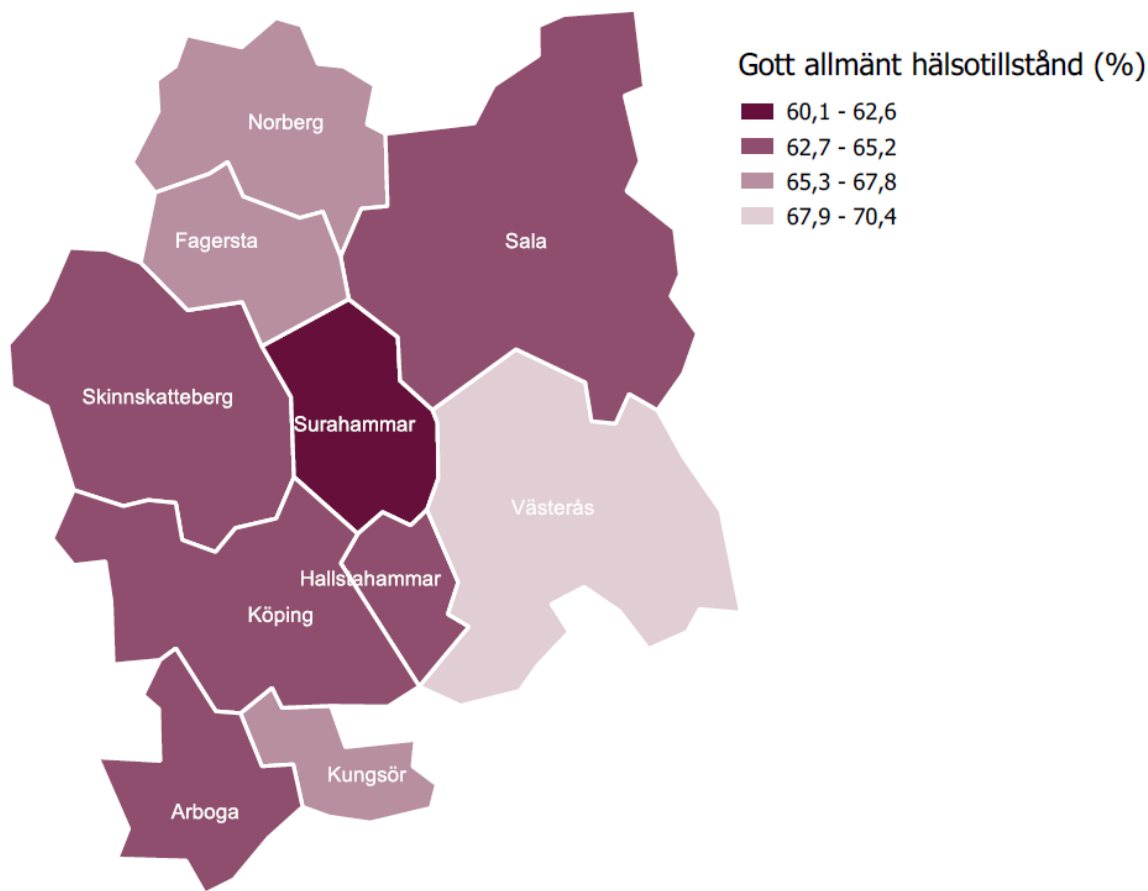
Självskattad hälsa är ett samlat mått på individens upplevda hälsa, inte enbart frånvaro av sjukdom. Det är även ett bra mått på den generella hälsan i en befolkning. Måttet har i flera studier visat sig ha ett starkt samband med det faktiska hälsotillståndet och med framtida sjukdom, vårdbehov och dödlighet.

I Västmanlands län är det totalt sett 68 procent av befolkningen, 65 procent bland kvinnor och 70 procent bland män, som skattar sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra (=gott allmänt hälsotillstånd). Andelen med gott allmänt hälsotillstånd är högre i yngsta åldersgruppen 18–29 år, och minskar gradvis med stigande ålder, bland både män och kvinnor (se figur 3).



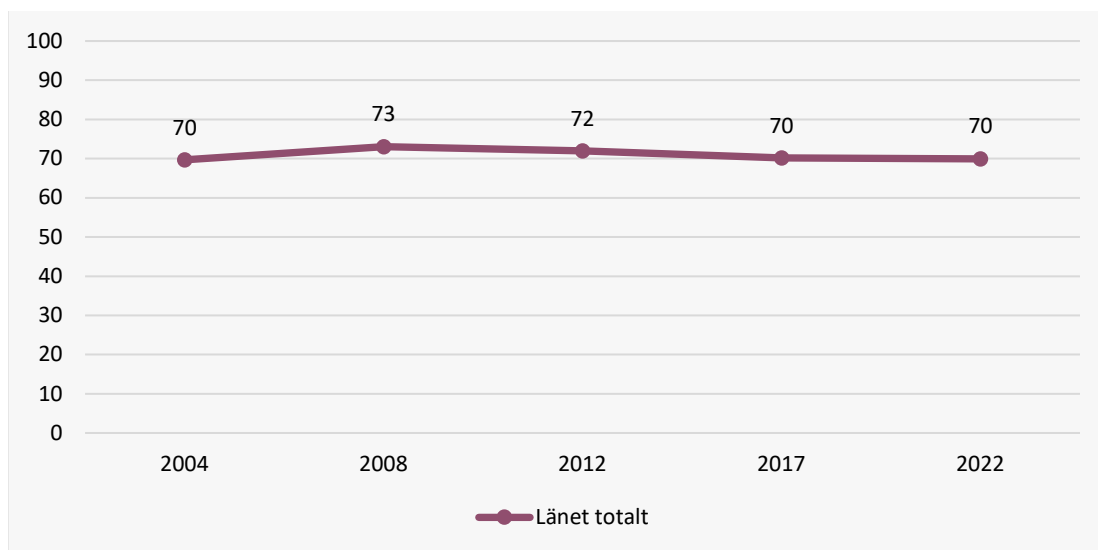
Figur 3 Andel (%) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, fördelat på kön och ålder.

Utbildningsnivå och ekonomisk standard har betydelse för den självskattade hälsan. Individer med eftergymnasial utbildning och/eller med medel eller hög inkomst anger i högre utsträckning att de har ett gott allmänt hälsotillstånd (74 % och 76 %), i jämförelse med de med lägre utbildning eller låg inkomst (förgymnasial utbildning 67 %, gymnasial utbildning 64 % och låg inkomst 58 %). Upplevelsen av ett gott hälsotillstånd varierar mellan länets kommuner, från 60 till 70 procent, där Surahammars kommun skiljer sig åt i jämförelse med länsgenomsnittet, 60 procent mot 68 procent (se figur 4). Upplevelsen varierar också inom Västerås olika stadsdelar, från 63 och 76 procent.



Figur 4 Andel (%) 18 år och äldre som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, fördelat per kommun.

Mellan år 2004 och 2022 har den totala andelen män och kvinnor med upplevt allmänt gott hälsotillstånd varit relativt oförändrad (se figur 5). Samma trend ses även för kvinnor och män separat.

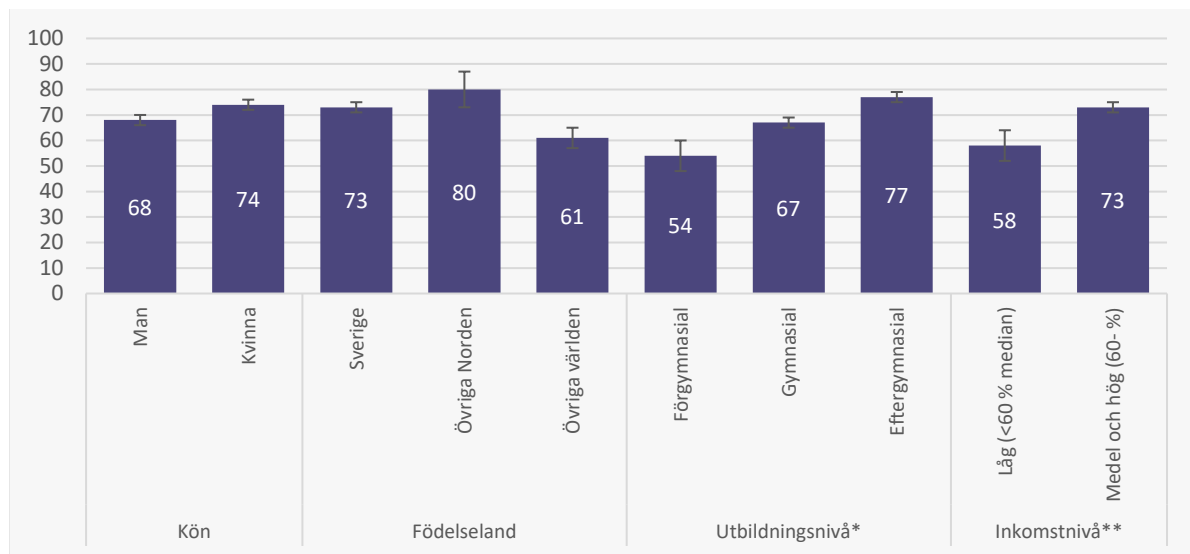


Figur 5 Andel (%) 18–84 år (åldersstandardiserad) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, fördelat på undersökningsår. Observera att alla figurer med jämförelser över tid utgår ifrån åldersstandardiserade värden och har en övre åldersgräns på 84 år. Därför kan det finnas små skillnader jämfört med de figurer som endast visar 2023 års resultat.

2.1.2 Självskattad tandhälsa

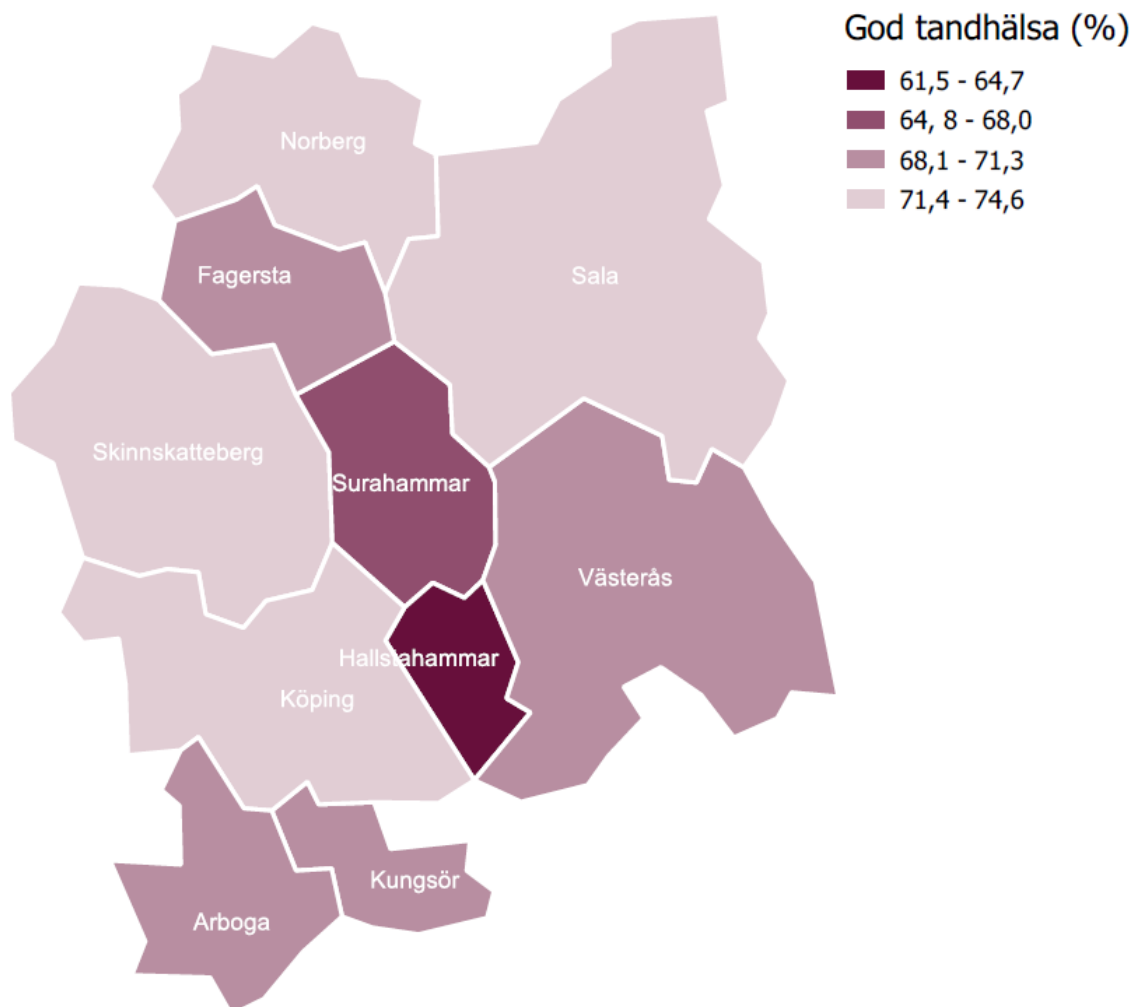
Självskattad tandhälsa speglar ofta den självskattade hälsan eftersom den är starkt förknippad med faktorer som både påverkar och påverkas av andra hälsoaspekter så som levnadsvanor, vårdutnyttjande, ekonomiska förutsättningar och kunskaper om hälsa. En sämre tandhälsa har också kopplingar till olika sjukdomstillstånd så som exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

I Västmanlands län är det totalt 70 procent av den vuxna befolkningen som skattar att sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra (=god tandhälsa), där kvinnor i högre grad uppger en god tandhälsa än män (74 % respektive 68 %). Det finns skillnader i självskattad tandhälsa beroende på utbildningsnivå- ju lägre utbildningsnivå desto lägre är andelen som skattar sin tandhälsa som god. Skillnader finns även utifrån inkomstnivå och födelse land, där individer med lägre inkomst och födelse land utanför Sverige och övriga Norden, skattar sin tandhälsa som god i lägre grad (se figur 6). I den äldsta åldersgruppen, 85 år eller äldre, är andelen som upplever en god tandhälsa som lägst.



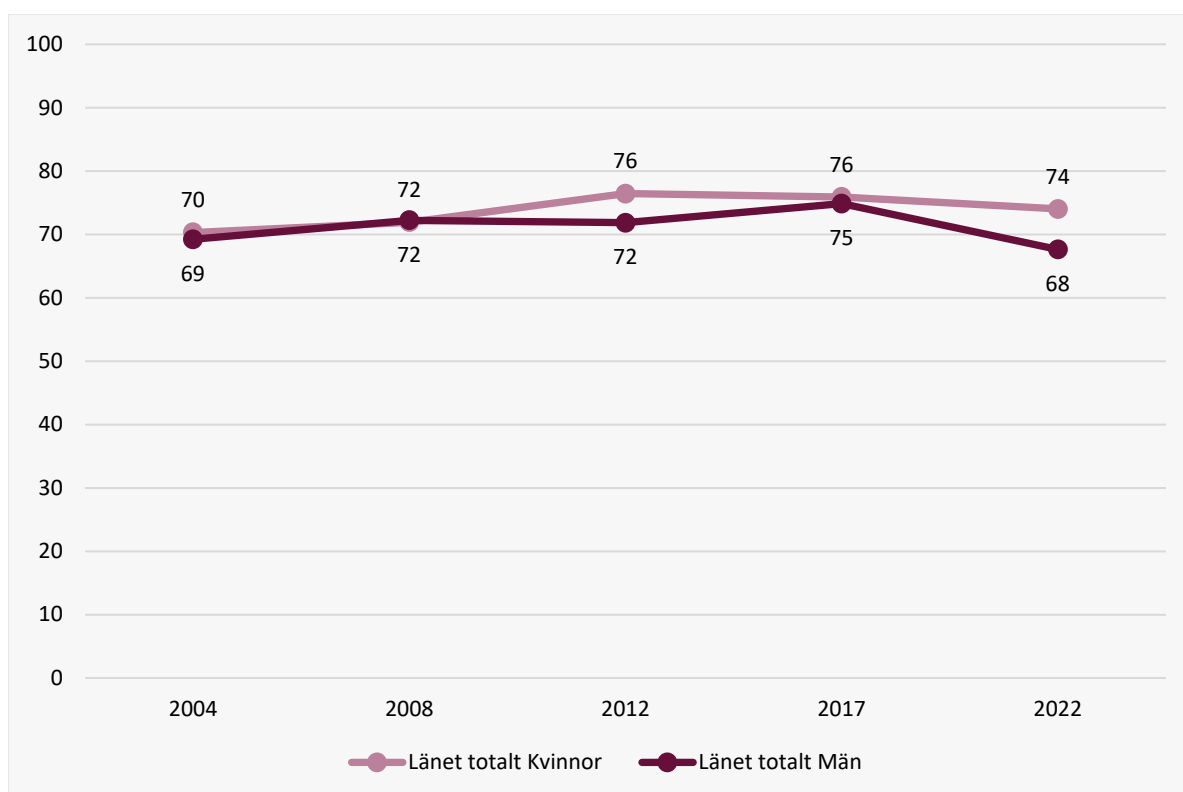
Figur 6 Andel (%) 18 år och äldre som bedömer sin tandhälsa som ganska bra eller mycket bra, fördelat på kön, födelse land, utbildningsnivå* och inkomstnivå** (åldersstandardiserad). *25 år och äldre, **20–64 år

Upplevelsen av en god tandhälsa varierar mellan länets kommuner, från 62 till 75 procent, där Hallstahammar kommun skiljer sig åt mot länsgenomsnittet, med 62 procent jämfört med 70 procent (se figur 7). Upplevelsen varierar också mellan Västerås stadsdelar, från 62–77 procent.



Figur 7 Andel (%) 18 år och äldre som bedömer sin tandhälsa som ganska bra eller mycket bra, fördelat på kommun.

För första gången sedan 2004 har den totala andelen män och kvinnor med god självskattad tandhälsa haft en något negativ utveckling, vilket främst beror på minskningen bland männen (se figur 8).



Figur 8 Andel (%) 18–84 år (åldersstandardiserad) som bedömer sin tandhälsa som ganska bra eller mycket bra, fördelat på kön och undersökningsår.

2.2 Folksjukdomar, besvär och riskfaktorer

Sjukdomar med hög förekomst i befolkningen och som bedöms ha en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd och samhället under en viss tidsperiod kallas för folksjukdomar. Folksjukdomar är vanliga dödsorsaker, men då Sverige har en hälso- och sjukvård av generellt god kvalitet och en befolkning med ett generellt gott hälsotillstånd, bidrar det till att många ofta kan leva med dessa sjukdomar under en lång tid. De vanligaste folksjukdomarna i Sverige idag är hjärt-kärlsjukdomar, vissa cancerformer samt vissa psykiska sjukdomar (läs mer om psykiska sjukdomar i kapitel 2.3.2). Därutöver finns diabetes, astma, övervikt och obesitas (fetma) samt rörelseorganens sjukdomar med flera. Folksjukdomar och andra omfattande hälsobesvär kan många gånger förebyggas och har ofta samma riskfaktorer, så som ohälsosamma levnadsvanor, högt blodtryck, högt BMI och stress.

2.2.1 Långvarig sjukdom, besvär och funktionsnedsättning

I Västmanlands län är det totalt 41 procent av den vuxna befolkningen, 42 procent bland kvinnor och 40 procent bland män, som svarar att de har långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. Andelen med dessa besvär är vanligare i de äldre åldersgrupperna (se tabell 2). Totalt uppger 9 procent att detta medför hinder eller besvär i hög grad.

2.2.2 Diabetes, Astma och KOL

Sedan 2004 har förekomsten av diagnosticerad diabetes och astma varit relativt stabil i den vuxna befolkningen. År 2022 anger totalt sett 9 procent av invånarna, 18 år eller äldre, att de har diagnosen diabetes, där män i högre utsträckning än kvinnor har diagnosen (11 % respektive 6 %). Andelen med diabetes är också vanligare bland individer med lägre utbildningsnivå än de med högre (förgymnasial 11 %, gymnasial 9 % och eftergymnasial 6 %). Totalt sett anger 9 procent av invånarna att de har diagnosen astma, där kvinnor i högre utsträckning har diagnosen än män (10 % respektive 8 %). Totalt anger 3 procent av både kvinnorna och männen att de har diagnosen KOL.

Andelen med diabetes och KOL är som högst i åldern 70–84 år bland både män och kvinnor. Andelen män med astma är fördelat lika mellan samtliga åldersgrupper förutom i gruppen 30–49 år, där den är en procentandel högre. Bland kvinnor varierar andelen med astma mellan 9–13 procent, där den högsta andelen återfinns i åldersgruppen 85 år eller äldre (se tabell 2).

2.2.3 Högt blodtryck

Högt blodtryck är en riskfaktor för bland annat hjärtinfarkt och stroke. I Västmanlands län är det ungefär lika stor andel män som kvinnor som uppger att de har högt blodtryck, 28 procent bland kvinnor och 29 bland procent män. Förekomsten av högt blodtryck ökar gradvis med ökad ålder upp till 85 år eller äldre bland kvinnor, och 70–84 år bland män. I åldern 70–84 år uppger mer än hälften av både män och kvinnor att de har högt blodtryck (se tabell 2).

Tabell 2 Andel (%) med självrapporterad diabetes, astma, högt blodtryck eller funktionsnedsättning med svåra besvär, fördelat på kön och ålder.

Kön	Ålder	Diabetes	Astma	Högt blodtryck	Funktionsnedsättning med svåra besvär	KOL
Män	18–29	3	7	1	5	0
	30–49	4	8	13	4	1
	50–69	14	7	40	9	2
	70–84	24	7	58	12	7
	85 +	17	7	46	20	6
Kvinnor	18–29	1	11	2	8	0
	30–49	3	9	7	6	0
	50–69	6	10	35	12	3
	70–84	15	10	61	12	7
	85 +	11	13	63	24	6

2.2.4 Smärta och värk

Smärta och värk har en påtaglig effekt på hälsan och är en av de vanligaste orsakerna till både kort- och långvarig sjukskrivning. Värk i rörelseorganen kan vara arbetsrelaterat och ett symptom på överbelastning. Stillasittande, sjukdom och psykologiska faktorer så som stress och oro kan också bidra. I Västmanland är det totalt sett drygt hälften av den vuxna befolkningen, mellan 18–84 år som har någon form av smärta eller värk i rygg, höft, skuldror, nacke, axlar, händer, armbågar, ben, knän eller besvär med ischias. Andelen som upplever smärta eller värk är högre bland de med lägre utbildningsnivå än de med eftergymnasial utbildning. Det är också vanligare att kvinnor upplever i smärta och värk än män (se tabell 3). Andelen med smärta och värk i rörelseorganen är lägst bland unga vuxna, 18–29 år och andelen tenderar därefter att öka med stigande ålder.

Tabell 3 Andel (%) 18 år och äldre som upplever smärta eller värk, fördelat på kön och utbildningsnivå*

Typ av smärta/värk	Män	Kvinnor	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
Värk i skuldror, nacke eller axlar	42	59	58	54	45
Ryggsmärta, ryggvärk, höftsmärta eller ischias	45	56	55	55	43
Värk eller smärta i händer, armbågar, ben eller knän	43	52	51	53	41

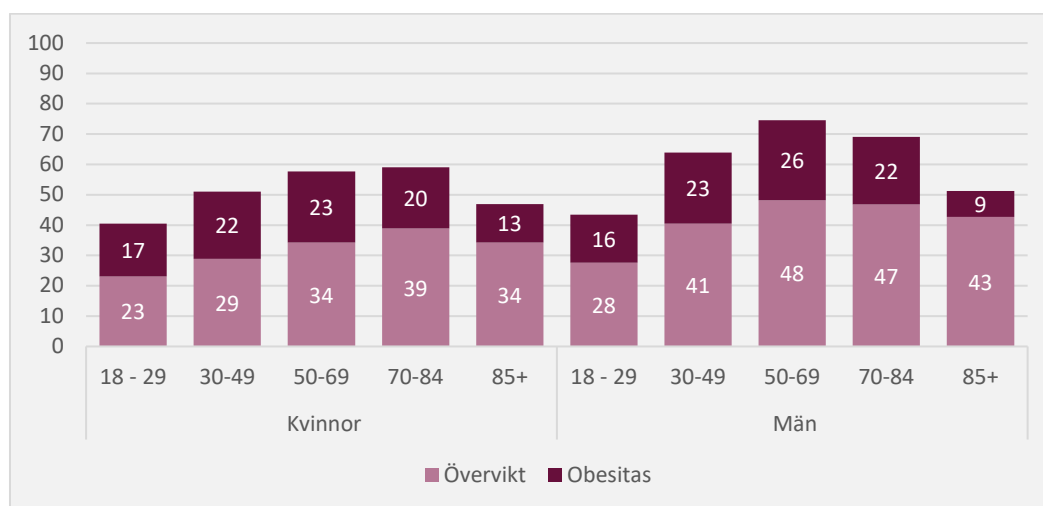
*25 år och äldre

2.2.5 Övervikt och obesitas

Övervikt och obesitas (fetma) ökar risken för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar så som hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, vissa cancerformer samt bidrar till en stor del av sjukdomsburden i Sverige. Övervikt är även ett tillstånd som kan öka risken för obesitas. Obesitas är i sin tur en komplex sjukdom, som påverkas av både livsvillkor, levnadsvanor och arv. Även samhället har förändrats, där vi idag har en fysisk och social miljö som uppmuntrar överkonsumtion av mat och minskad rörelse och som ytterligare är en bidragande orsak till övervikt och obesitas.

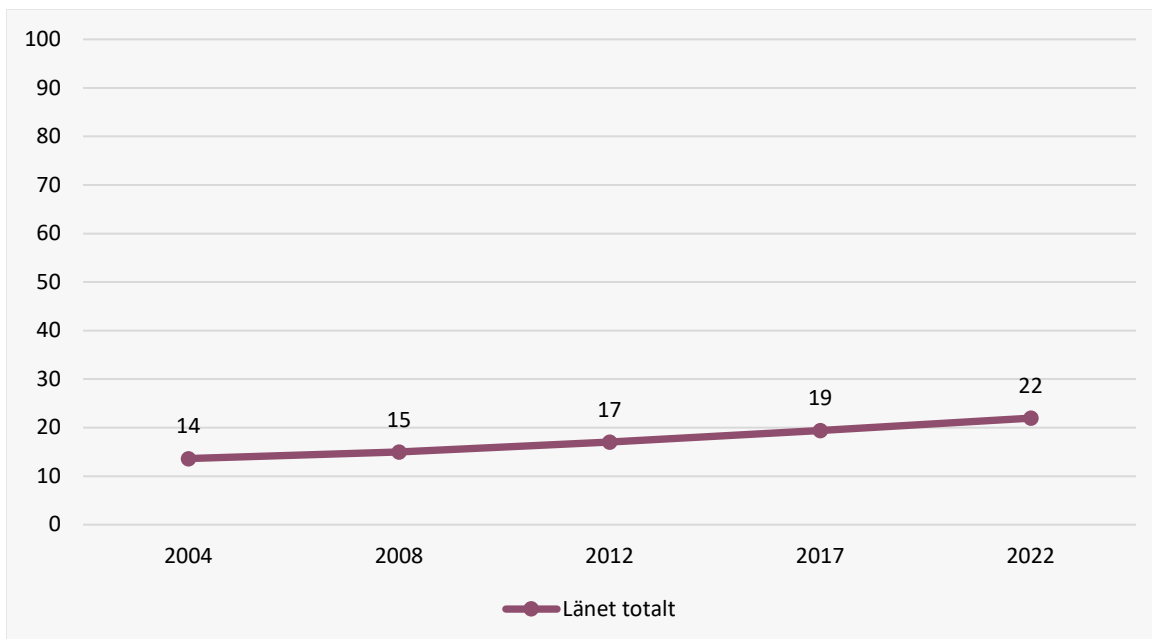
År 2022 har mer än hälften av befolkningen i Västmanland, 18 år eller äldre, övervikt eller obesitas (59 %), där män i högre grad än kvinnor har det (64 % respektive 53 %). Totalt har 22 procent av befolkningen, både bland män och kvinnor, obesitas. Andelen med övervikt och obesitas är lägst i den yngsta åldersgruppen, bland både män och kvinnor och tenderar att öka fram till åldersgruppen 50–69 år, för att därefter minska igen. Undantaget är övervikt bland kvinnor som tenderar att öka fram till 70–84 år (se figur 9).

Förekomsten av både övervikt och obesitas skiljer sig åt beroende på utbildningsnivå, tydligast är dock sambandet vid förekomsten av obesitas. Andelen med obesitas är högst bland de med förgymnasial utbildning följt av gymnasial utbildning och lägst andel bland de med eftergymnasial utbildning (30 %, 24 % och 18 %).



Figur 9 Andel (%) med övervikt eller obesitas fördelat på kön och ålder.

Andelen vuxna 18–84 år med obesitas har ökat tydligt under perioden 2004–2022, från 14 till 22 procent (se figur 10). Mer än hälften av den vuxna befolkningen i länet svarar att de vill gå ned i vikt, där kvinnor i högre grad än män önskar det (59 % respektive 53 %).



Figur 10 Andel (%) 18–84 år (åldersstandardiserad) med obesitas fördelat på undersökningsår.

Övervikt och Obesitas mäts utifrån BMI

Body Mass Index-BMI, är ett mått på förhållandet mellan längd (m) och vikt (kg) och är ett vanligt använt mått för att klassificera undervikt, normalvikt, övervikt och obesitas bland vuxna.

BMI beräknas genom följande formel: $\text{vikt} / (\text{längd i meter} \times \text{längd i meter})$. Följande BMI mått bedöms vara övervikt och obesitas:

Övervikt: 25–29

Obesitas: 30 eller högre

2.3 Psykisk hälsa

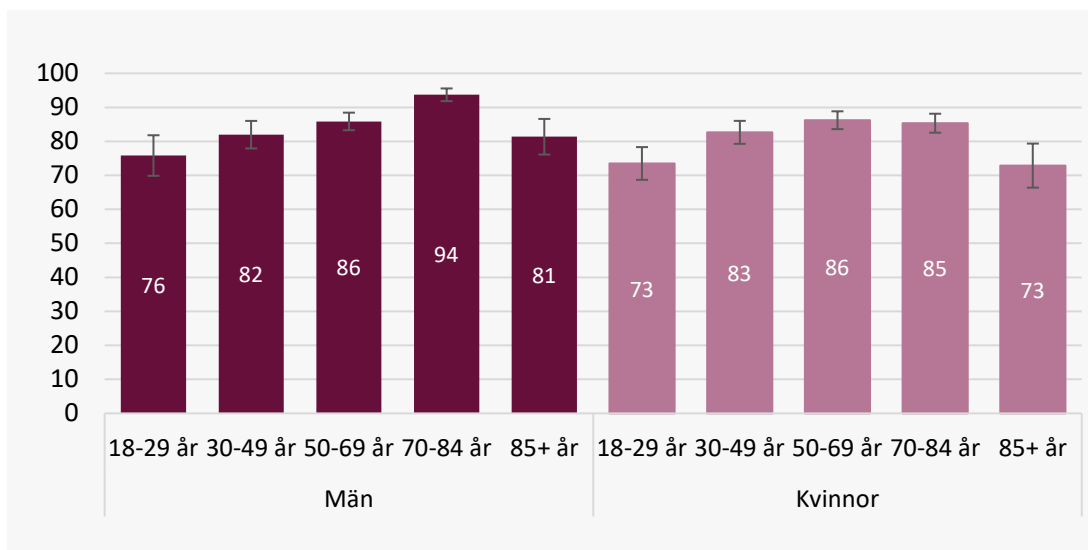
Psykisk hälsa är ett begrepp som används för att sammanfatta hela området från psykiskt välbefinnande till psykisk ohälsa i olika grad.

2.3.1 Psykiskt välbefinnande

Psykiskt välbefinnande är den positiva aspekten av psykisk hälsa. Psykiskt välbefinnande handlar om att kunna känna till exempel glädje, lycka och livstillfredsställelse, men också om förmågan att hantera livets upp- och nedgångar och att balansera positiva och negativa känslor. Psykiskt välbefinnande innebär också möjligheten att kunna utveckla goda sociala relationer, att känna engagemang och att kunna uppnå sin fulla potential utifrån sina förutsättningar, liksom omvänt bidrar dessa till psykiskt välbefinnande.

Det är totalt 83 procent av länets befolkning, 18 år eller äldre, som har ett psykiskt välbefinnande enligt måttet SWEMWBS, 82 procent bland kvinnor och 84 procent bland män. Andelen med gott psykiskt välbefinnande är som lägst i åldersgruppen 18–29 år, bland både män och kvinnor samt kvinnor i åldern 85 år eller äldre (se figur 11). Grad av inkomst- och utbildningsnivå påverkar det psykiska välbefinnandet, där individer med högre inkomst och högre utbildning i större utsträckning upplever ett psykiskt välbefinnande än de med låg inkomst och lägre utbildning. Dessa skillnader är som tydligast avseende inkomstnivå (låg inkomst 70 % jämfört med medel och hög inkomst 85%).

Andelen med gott psykiskt välbefinnande varierar mellan länets kommuner, från 78–87 procent och mellan Västerås stadsdelar, från 79–88 procent.



Figur 11 Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande, fördelat på kön och ålder

Gott psykiskt välbefinnande mäts med SWEMWBS

Short Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale-SWEMWBS, är en sammanvägning av sju frågor om känslor av lugn, att vara till nytta, klarhet i tanken, närheten till andra människor samt problemhantering och synen på framtiden de senaste två veckorna. Gott psykiskt välbefinnande räknas som de cirka 85 procent som har en högre poäng i befolkningen. Instrumentet har validerats för att följa psykiskt välbefinnande i den generella befolkningen.

Källa: www.folkhalsomyndigheten.se

2.3.2 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa används för att sammanfatta psykiska besvär av olika grad, allt ifrån vardagliga psykiska besvär så som oro till svåra psykiatriska tillstånd och suicid. Den psykiska ohälsan kan beroende på typ och omfattning påverka funktionsförmågan i olika grad.

I Västmanlands län är det totalt sett 9 procent av den vuxna befolkningen som uppger att de har diagnosen depression och nio procent som har diagnosen ångestsyndrom. Dessa diagnoser är vanligast i yngsta åldersgruppen 18–29 år, bland både män och kvinnor. Totalt anger 13 procent av den vuxna befolkningen att de för närvarande känner stress och 39 procent att de har sömnsvårigheter.

Psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män. Kvinnor rapporterar till exempel i högre grad diagnosticerad depression, ångest, stress och sömnsvårigheter. Psykisk ohälsa är också tydligt kopplat till inkomstnivå. Till exempel är depression och ångest mer än dubbelt så vanligt bland de med lägre inkomst än de med medel eller hög inkomst (se tabell 4).

Tabell 4 Andel (%) 18 år och äldre som är stressad, har sömnsvårigheter, diagnosticerad depression eller diagnosticerad ångestsyndrom, fördelat på kön och inkomstnivå*

Indelningsgrund	Stressad	Sömnsvårigheter	Diagnosticerad depression	Diagnosticerad ångestsyndrom
Män	10	34	7	6
Kvinnor	17	44	10	11
Låg inkomst	23	41	18	17
Medel/hög inkomst	16	34	8	8

*20–64 år

2.4 Trygghet, tillit, socialt sammanhang och framtidstro

2.4.1 Trygg i bostadsområdet

Ett tryggt boende och en god närmiljö är grundläggande mänskliga behov och viktiga skyddsfaktorer för hälsan, då en stor del av vår fritid, återhämtning och sociala aktiviteter sker här. Tryggheten i närmiljön påverkas av förekomsten av kriminalitet och våldsbrott. Låga nivåer av trygghet eller en försämring i upplevd trygghet över tid behöver dock inte återspegla en hög eller ökad risk att utsättas för brott. Vad som upplevs tryggt eller otryggt är individuellt och beror många gånger på människors erfarenheter och åsikter.

Totalt är det 92 procent, 18 år och äldre, som känner sig trygga och säkra att inte bli angripna eller utsatta för hot i sitt bostadsområde (män 93 % och kvinnor 90 %). Andelen är högst bland de som är födda i övriga Norden följt av de som är födda i Sverige och är som lägst bland de som är födda i övriga världen (97 %, 93 % samt 85 %). Skillnader ses även vid indelning utifrån inkomst. Bland personer med låg inkomst upplever 80 procent att de är trygga i sitt bostadsområde, medan motsvarande andel bland de med medel eller hög inkomstnivå är 93 procent (se tabell 5).

Andelen som känner sig minst trygga i sitt bostadsområde är unga kvinnor och män i åldersgruppen 18–29 år (81 % och 89 %). I övriga åldersgrupper upplever 90–95 procent att de är trygga i sitt bostadsområde.

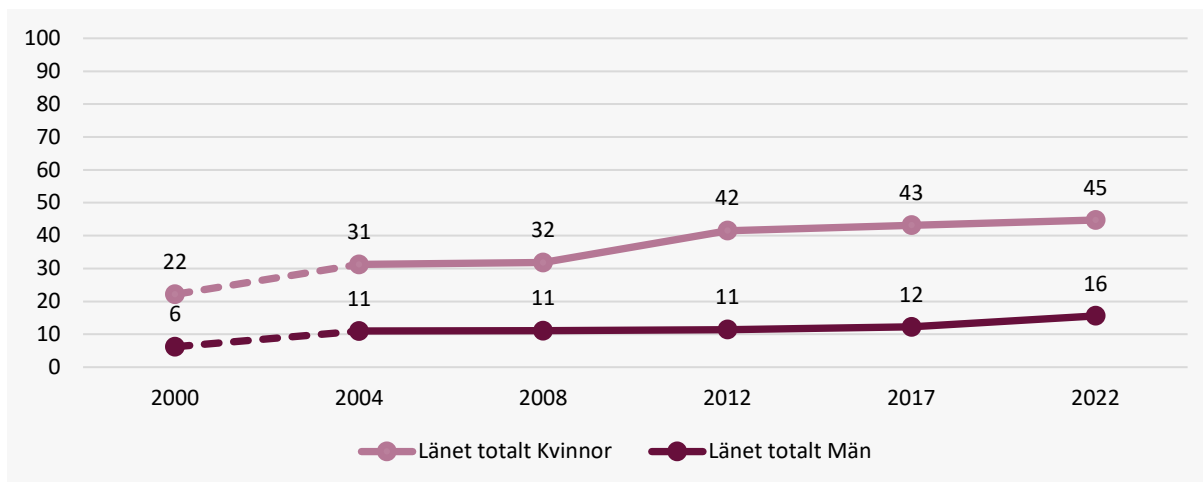
Tabell 5 Andel (%) 18 år och äldre som känner sig trygga i sitt bostadsområde, fördelat på kön, födelseland, och inkomstnivå. *20–64 år.

Indelningsgrund	Trygg i sitt bostadsområde
Man	92
Kvinna	90
Född i Sverige	93
Född i övriga Norden	97
Född i övriga världen	85
Låg inkomst (<60 % av medianlön) *	80
Medel och hög inkomst (≥60 %) *	93

2.4.2 Avstår från att gå ut ensam av rädsla

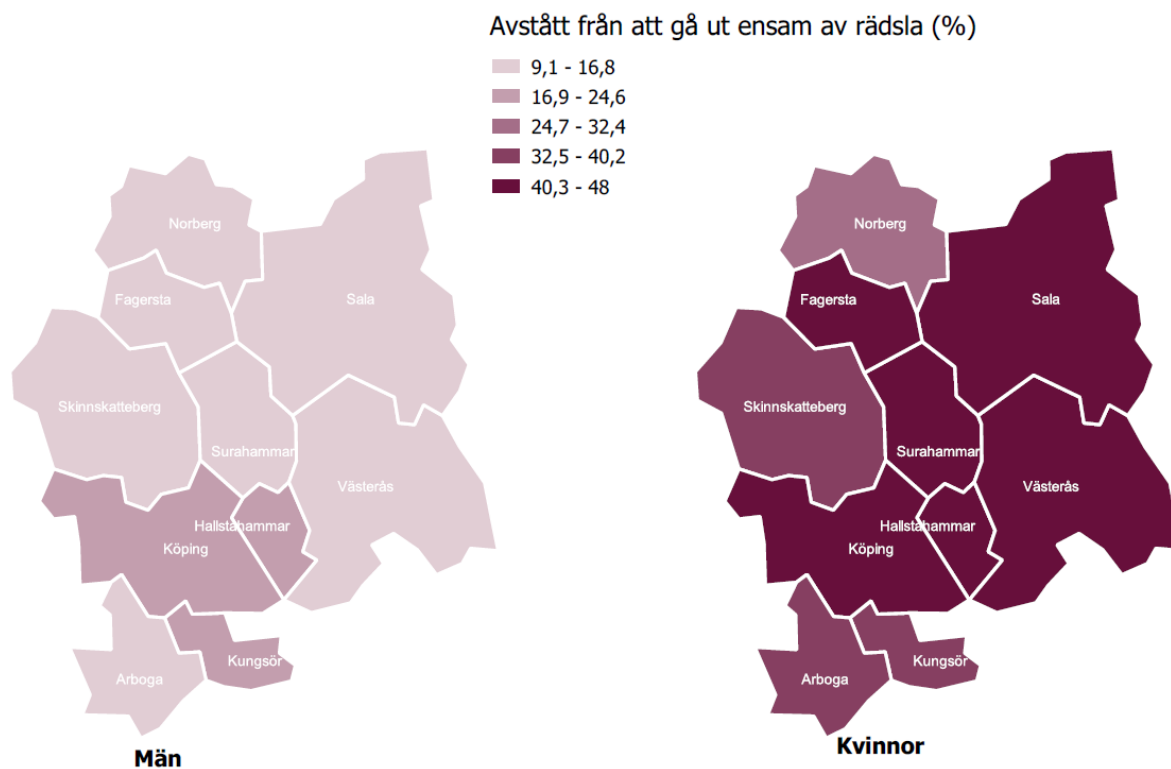
Att avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, oavsett område och plats, är en annan dimension av trygghet. Andelen som ibland eller ofta avstår från att gå ut ensam av rädsla är nästan tre gånger så stor bland kvinnor som bland män (45 % respektive 16 %). Att avstå från att gå ut

ensam av rädsla har varit vanligare bland kvinnor än bland män vid samtliga mätningar (se figur 12). Den totala andelen har också ökat över tid, från 21 procent år 2004 till 30 procent år 2022, där ökningen är som störst bland unga vuxna, 18–29 år (från 9 till 18 procent bland män och från 30 till 56 procent bland kvinnor).



Figur 12 Andel (%) 18–84 år (åldersstandardiserad) som avstått från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, fördelat på kön och undersökningsår. År 2000 ingick åldrarna 18–79 år (streckade linjen).

Det finns en variation mellan länets kommuner i andelen som uppger att de avstår från att gå ut ensam av rädsla. Norbergs kommun och Skinnskattebergs kommun har en lägre andel i jämförelse med länet som helhet (20 % och 21 % jämfört med 30 %) (se figur 13).

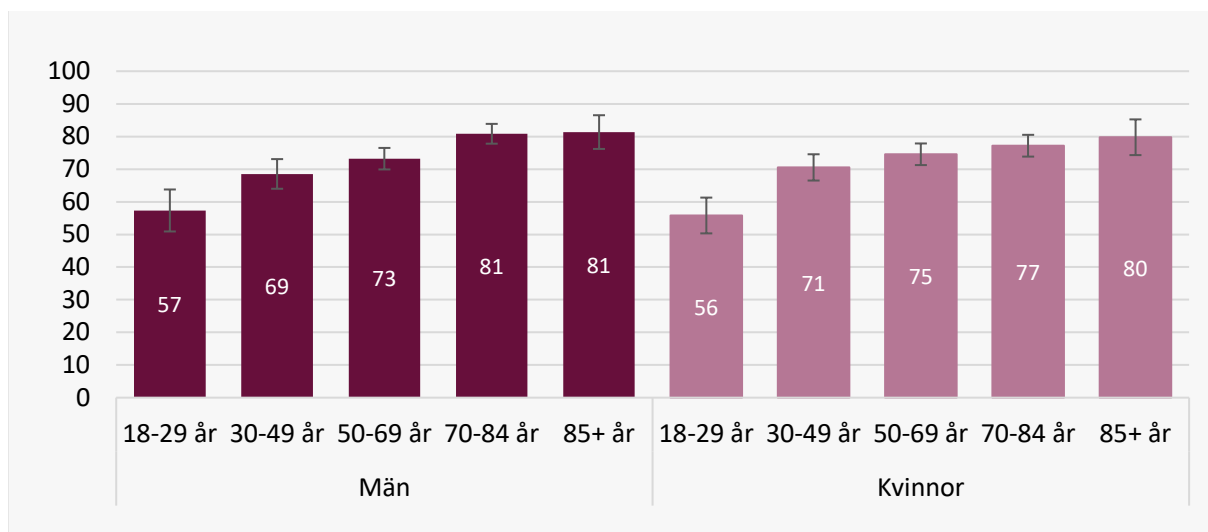


Figur 13 Andel (%) 18 år och äldre som avstått från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, fördelat på kön och kommun.

2.4.3 Tillit till andra

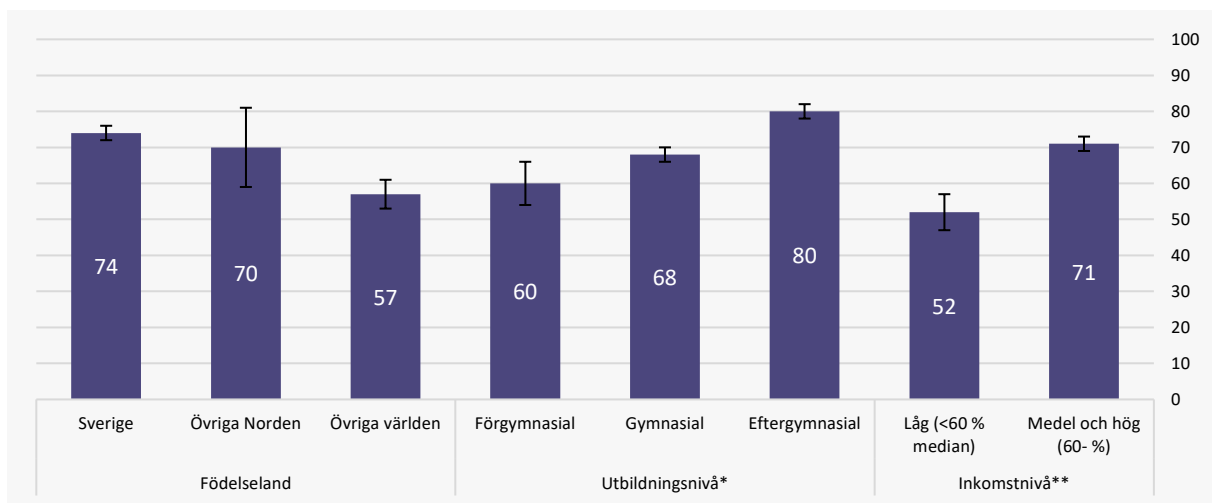
Tillit till andra människor är viktigt för sammanhållningen i ett samhälle. Länder med hög mellanmänsklig tillit har i regel en stabil demokrati, god folkhälsa, låg korruption och brottslighet samt en hög nivå av jämlikhet och jämställdhet. Ur ett internationellt perspektiv är andelen som tycker att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

I Västmanlands län anser totalt 7 av 10 i den vuxna befolkningen att de i allmänhet kan lita på de flesta människor. Äldre personer har i högre utsträckning tillit till andra än yngre personer. Den högsta tilliten finns bland kvinnor och män i åldern 70 år och äldre (se figur 14). Andelen som uppger att de litar på andra människor har inte förändrats sedan senaste mätningen år 2017.



Figur 14 Andel (%) som i allmänhet litar på andra människor, fördelat på kön och ålder.

Det finns en skillnad i andelen som har tillit till andra utifrån födelse land, utbildningsnivå och inkomstnivå. De som är födda i Sverige har högre tillit till andra jämfört med de som är födda utanför Sverige, likaså de med högre utbildningsnivå och högre inkomstnivå jämfört med de med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden (se figur 15).



Figur 15 Andel (%) 18 år och äldre som i allmänhet litar på andra människor, uppdelat på födelseland, utbildningsnivå* och inkomstnivå** (åldersstandardiserad).

*25 år och äldre.

**20–64 år.

Bland länets kommuner varierar tilliten till andra människor mellan 64 och 77 procent (se tabell 6). Mellan Västerås stadsdelar varierar tilliten mellan 59 procent och 79 procent.

Tabell 6 Andel (%) som litar på andra människor i allmänhet fördelat per kön och kommun.

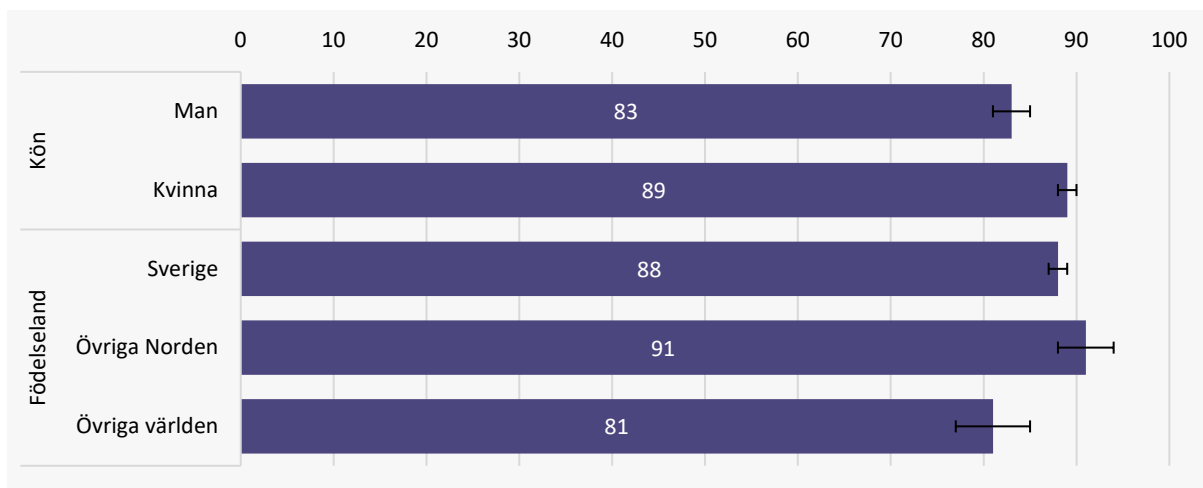
Kommun	Män	Kvinnor
Sala kommun	75	72
Fagersta kommun	72	72
Västerås stad	72	73
Norbergs kommun	71	77
Hallstahammars kommun	69	66
Arboga kommun	68	71
Kungsörs kommun	67	71
Surahammars kommun	67	72
Skinnskattebergs kommun	65	68
Köpings kommun	64	65

2.4.4 Socialt sammanhang

Socialt stöd

Ett gott socialt stöd har ett samband med gott allmänt hälsotillstånd. Faktorer som har ett samband med gott allmänt hälsotillstånd är att ha någon att dela sina innersta känslor med, att ha personer i sin omgivning som kan hjälpa till vid händelse av praktiska problem eller sjukdom samt att känna tillit till andra människor.

Majoriteten av den vuxna befolkningen i Västmanland, 86 procent, upplever att de har emotionellt stöd, det vill säga någon att dela sina innersta känslor med. Det är något vanligare bland kvinnor än bland män (89 % respektive 83 %). Resultatet visar också att personer som är födda i Sverige och övriga Norden i högre utsträckning har någon att anförtro sig åt jämfört med personer som är födda i övriga världen (se figur 16).

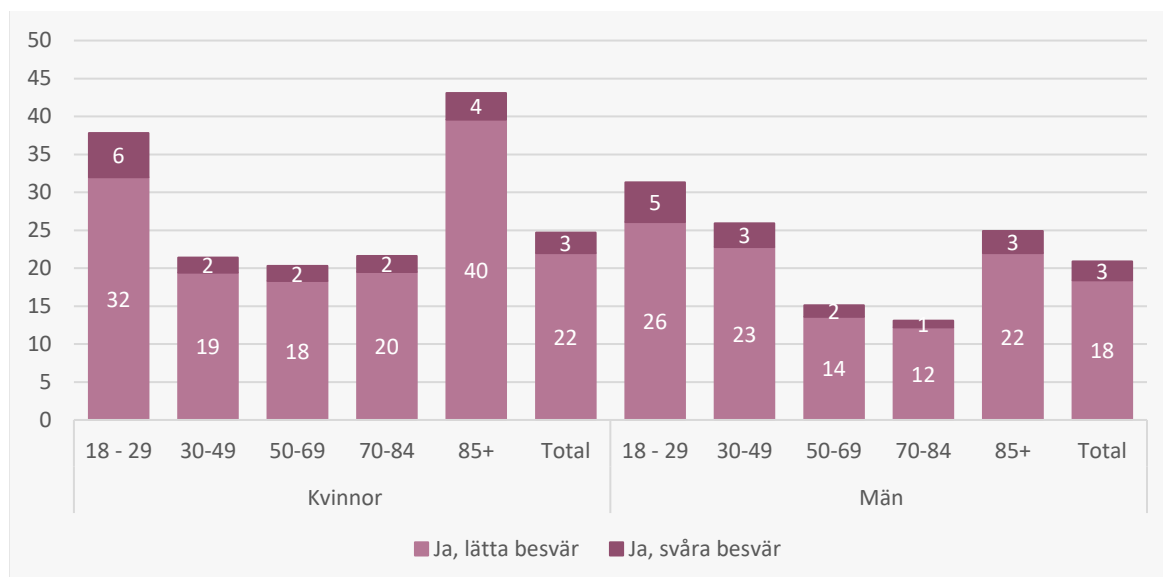


Figur 16 Andel (%) 18 år och äldre som har någon att dela sina innersta känslor med, fördelat på kön och födelse land.

Ensamhet och isolering

Att besväras av ensamhet och isolering kan likställas med samma risk för ohälsa som vid ohälsosamma levnadsvanor. Ofrivillig, och framför allt långvarig ensamhet och isolering kan ge ett kroniskt lågintensivt stresspåslag i kroppen, vilket ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar, stroke, demens och depression. Ofrivillig ensamhet och isolering kan också förvärra smärta medan gemenskap tvärtom kan lindra smärta.

I 2022 års undersökning ställdes för första gången frågan om upplevda besvär av ensamhet och isolering. Totalt uppger 22 procent av kvinnorna och 18 procent av männen att de har lätta besvär av ensamhet och isolering. Andelen kvinnor och män som uppger svåra besvär är 3 procent. Högst andel som sammantaget upplever lätta eller svåra besvär bland kvinnor, finns i den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre följt av den yngsta åldersgruppen, 18–29 år. Bland män är andelen som högst bland den yngsta åldersgruppen, 18–29 år följt av åldersgruppen 30–49 år (se figur 17).



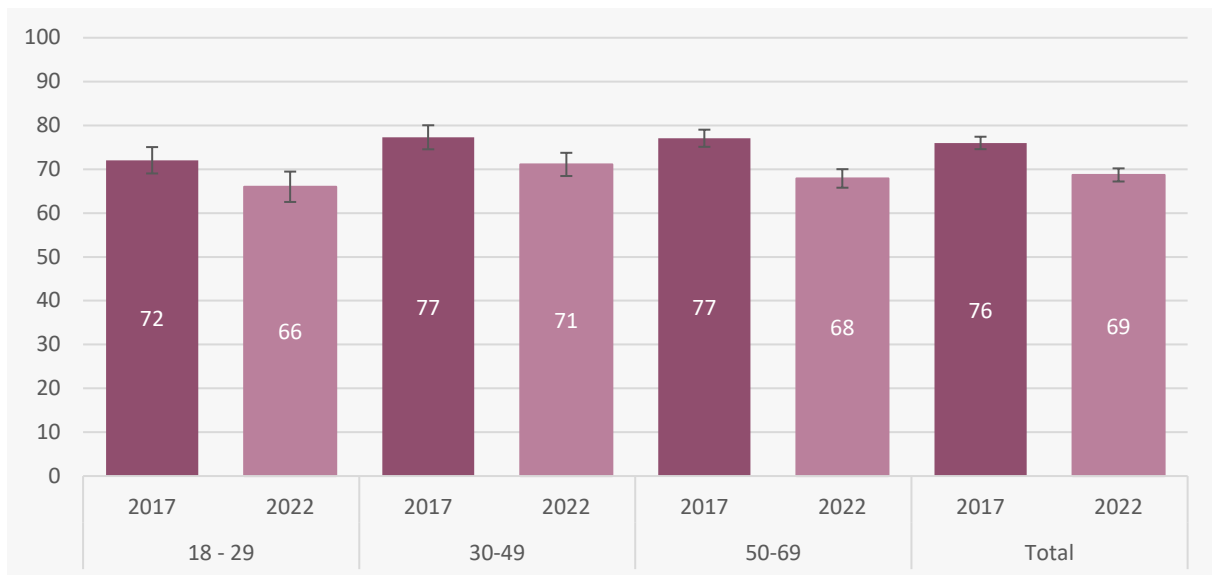
Figur 17 Andel (%) som upplever lätta eller svåra besvär av ensamhet och isolering, fördelat på kön och ålder.

Det finns skillnader i att uppleva besvär av ensamhet och isolering utifrån inkomstnivå. Det är vanligare att uppleva dessa besvär bland de med låg inkomst jämfört med dem med medel- eller hög inkomst (37 % respektive 22 %).

2.4.5 Framtidstro

Framtidstro har ett samband med självskattad hälsa, där optimism och positiv framtidstro kan stärka ett gott allmänt hälsotillstånd och omvänt. Det är totalt sett 65 procent, 18 år och äldre, som personligen ser optimistiskt på framtiden. Andelen som ser optimistiskt på sin framtid är lägst i den äldsta åldersgruppen 85 år och äldre. Det finns skillnader i upplevelsen av att se optimistiskt på framtiden beroende på födelseland. Individer födda i Sverige och i övriga världen upplever i lägre grad framtidstro än de födda i övriga Norden (66 % och 65 % jämfört med 79 %). Andelen med positiv framtidstro minskar också med lägre utbildningsnivå, från 70 procent bland de med eftergymnasial utbildning, till 63 procent bland de med gymnasial utbildning samt till 58 procent bland de med förgymnasial utbildning. Upplevelsen av positiv framtidstro är även lägre bland de med låg inkomstnivå jämför med de som har medel- och hög inkomstnivå (55 % jämfört med 73 %).

Andel kvinnor och män i åldersgruppen 18–69 år med optimistisk syn på framtiden har minskat mellan mätningarna 2017 och 2022 (se figur 18). Totalt har det bland kvinnor minskat från 76 till 70 procent och bland män från 76 till 67 procent.



Figur 18 Andel (%) som ser optimistiskt på framtiden, fördelat på ålder och undersökningsår.

2.5 Boende och hushåll

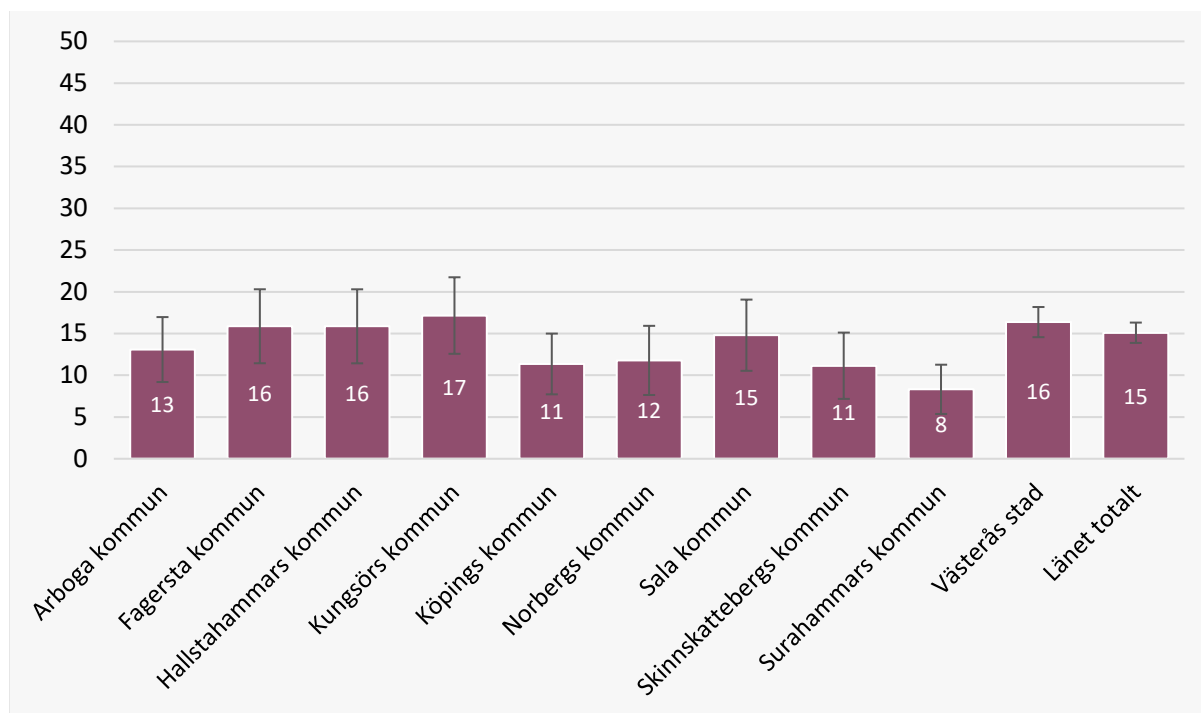
2.5.1 Fysisk inomhusmiljö och anslutande utomhusmiljöer

Den fysiska miljön i bostaden och dess anslutande utemiljöer är faktorer som påverkar hälsan. Dålig luftkvalitet inomhus och luftföroreningar utomhus ökar risken för luftvägssjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar. Buller ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdom, försämrad inlärning och prestation samt sömnstörningar. Liv & hälsa-undersökningen innehåller flera frågor som rör riskfaktorer i bostadens inomhusmiljö och anslutande utomhusmiljöer, som sammanvägs till ett övergripande index, se nedan.

Index - Riskfaktorer i inomhusmiljön och anslutande utomhusmiljöer

- Buller eller andra ljud från vägtrafik, tågtrafik, vägarbete, renhållning eller liknande
- Besvärande grannar
- Fukt eller mögel
- Dålig inomhusluft
- Bilavgaser
- Tobaksrök

Totalt uppger 15 procent i länet att de är mycket besvärande av faktorer i bostadens inomhusmiljö och anslutande utemiljöer (16 % av kvinnorna och 14 % av männen). Det är vanligare att uppleva besvär i den yngre åldersgruppen 18–29 år (28 %). Förekomsten av besvären varierar mellan 8–17 procent i länets kommuner (se figur 19). I Västerås stadsdelar varierar förekomsten mellan 10–26 procent.



Figur 19 Andel (%) 18 år och äldre som upplever mycket eller väldigt mycket besvär med miljön i sin bostad och/eller i närliggande utemiljöer, fördelat på länets kommuner.

2.5.2 Ekonomisk stress

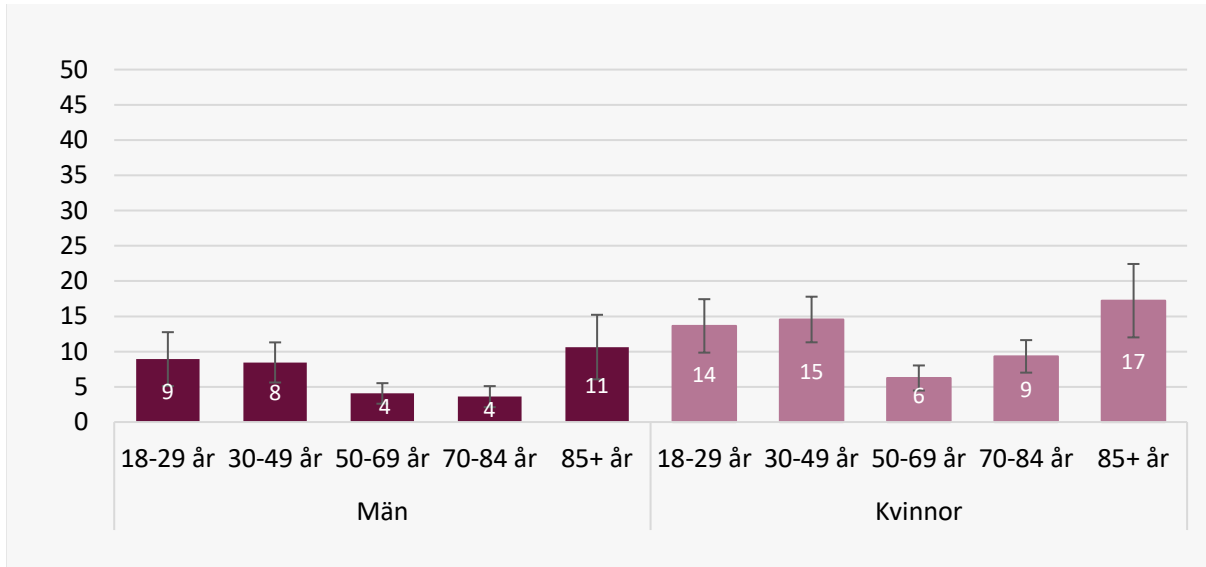
Sambandet mellan individens ekonomiska förutsättningar och självskattad hälsa är väl känt. Personer med sämre ekonomiska förutsättningar uppger i högre utsträckning att de har sämre hälsa än personer med goda ekonomiska förutsättningar. Det finns dessutom samband mellan ekonomiskt sämre förutsättningar och flera andra riskfaktorer för ohälsa, till exempel ökad förekomst av ohälsosamma levnadsvanor.

Det är totalt 12 procent bland både män och kvinnor, 18 år och äldre, som uppger att de vid minst ett tillfälle under de senaste 12 månaderna har haft svårt att klara sina löpande utgifter, så kallat ekonomisk stress. Det är nästan tre gånger så vanligt med ekonomisk stress bland de med låg inkomstnivå jämfört med de med medel- och hög inkomstnivå (32 % jämfört med 12 %). Dessutom är ekonomisk stress betydligt vanligare bland de födda i övriga världen jämfört med de födda i Sverige och övriga nordiska länder (22 % jämfört med 11 % och 5 %). Ekonomisk stress är vanligast i den yngsta åldersgruppen 18–29 år och minskar med stigande ålder. Sedan år 2004 har den totala andelen, 18–84 år, som upplevt ekonomisk stress minskat från 17 procent till 13 procent år 2022.

2.5.3 Betungande hemarbete

Undersökningar visar att det finns ett tydligt samband mellan upplevelsen av att ha ett betungande hemarbete och sämre självskattad hälsa. Andelen som upplever hemarbetet som betungande är högre bland kvinnor än bland män, 11 procent jämfört med 6 procent. Högst andel finns bland

kvinnor i åldern 85 år och äldre samt kvinnor i åldern 30–49 år (17 % respektive 15 %) (se figur 20). De med låg inkomstnivå upplever i nästan dubbelt så stor utsträckning att hemarbetet är betungande jämfört med de med medel- och hög inkomstnivå, 15 procent respektive 8 procent. Frågan om betungande hemarbete ställdes tidigare i undersökningarna år 2004 och 2008, med samma resultat som år 2022.

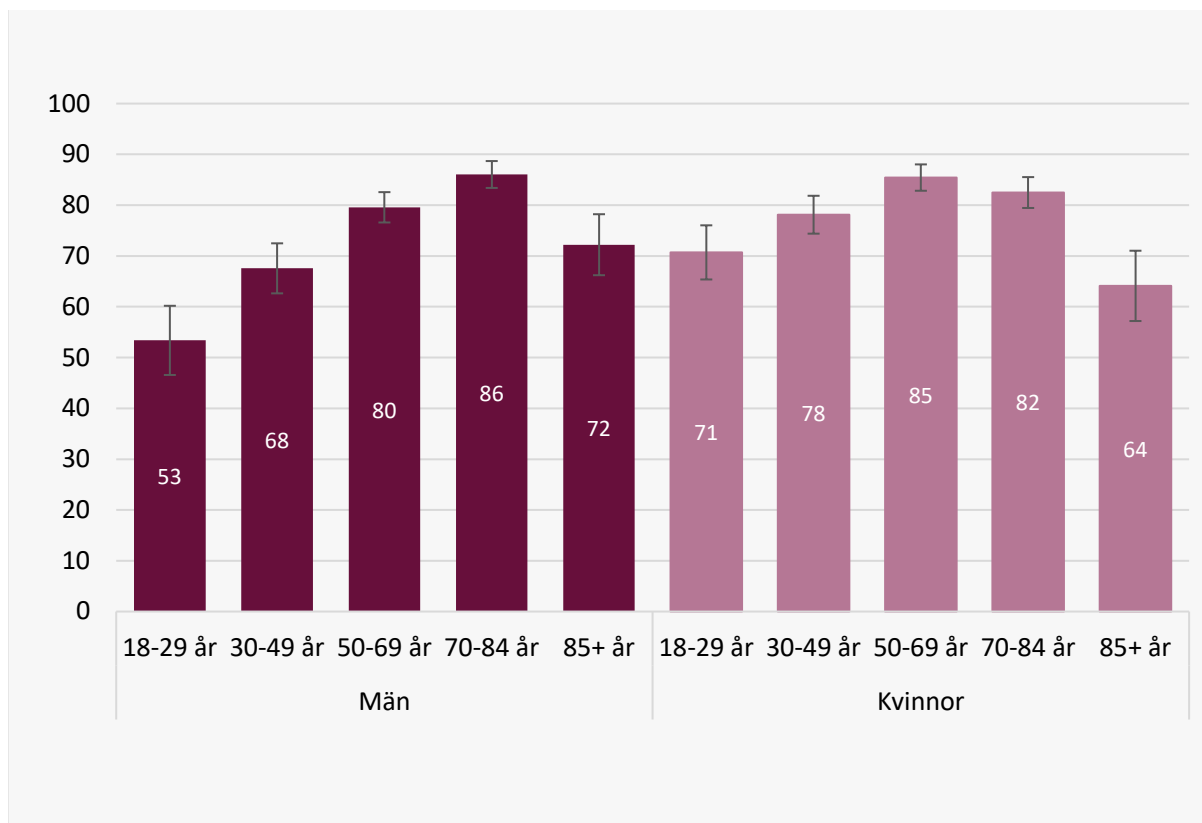


Figur 20 Andel (%) som upplever att hemarbetet är betungande, fördelat på kön och ålder.

2.6 Utevistelse i park eller grönområde

Flera undersökningar visar att vi mår bra av att vistas i naturen. Naturvistelse främjar både den fysiska och psykiska hälsan då det ökar möjligheten till fysisk aktivitet och till rekreation, vila och återhämtning.

I 2022 års Liv & hälsa-undersökning ställdes för första gången frågan om utevistelse i park eller grönområden. Resultatet visar att 76 procent av länets vuxna befolkning vistas ute i parker eller grönområden minst några gånger i veckan. Andelen är högre bland kvinnor än bland män, 79 procent jämfört med 73 procent. Andelen är högst i de äldre åldersgrupperna, 50–84 år bland både kvinnor och män. Den är lägst bland män 18–29 år samt bland kvinnor 85 år och äldre (se figur 21). I länets kommuner varierar andelen mellan 74–80 procent.



Figur 21 Andel (%) 18 år och äldre som vistats i park eller grönområden minst några gånger per vecka, fördelat på kön och ålder.

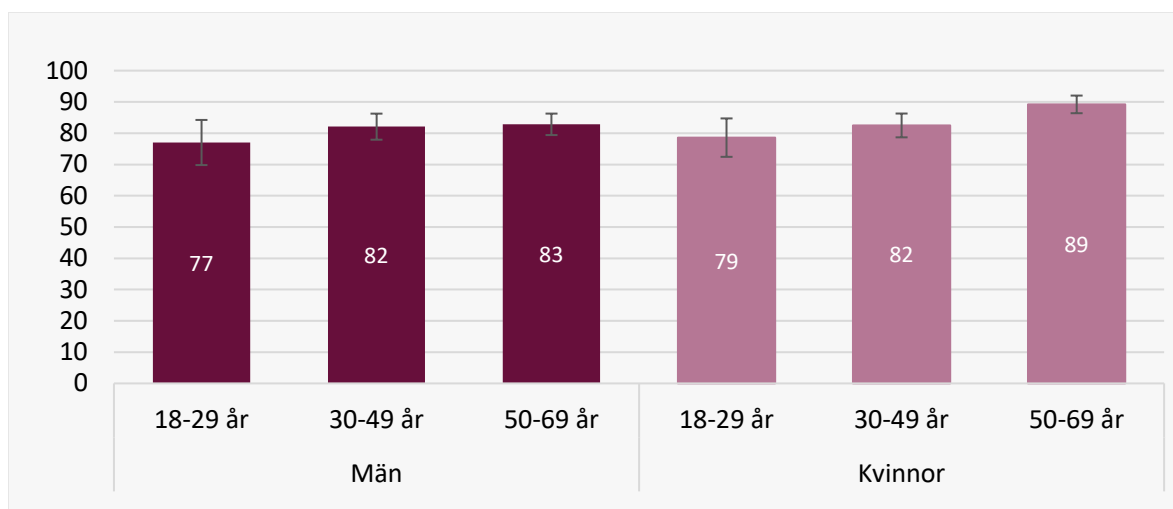
2.7 Arbetsliv och arbetsförhållanden

Människor som arbetar har i allmänhet bättre självskattad hälsa än de som inte arbetar.

Förvärvsarbete är för de flesta människor den viktigaste källan till egna inkomster, vilket i sin tur påverkar våra livsförutsättningar och möjligheten att styra över våra liv. Arbetet fyller också andra viktiga funktioner för vårt välbefinnande, så som tidstruktur, regelbunden aktivitet, social status och sammanhang, identitet, relationer, delaktighet och inflytande i samhället. Att trivas med sitt arbete och känna trygghet i arbetslivet är därför viktiga förutsättningar för en god hälsa. En viss nivå av hälsa är en förutsättning för att kunna arbeta och de som har sämre hälsa kan därför inte alltid få ett arbete. Beroende på bransch, arbetsmiljö, arbetsförhållanden och balansen mellan arbete och fritid kan också ohälsa uppstå, till exempel stress och belastning.

2.7.1 Trivsel på arbetsplatsen

Av de förvärvsarbetande i Västmanland (18–69 år) är det totalt 82 procent av männen och 84 procent av kvinnorna som trivs med sitt nuvarande arbete. Högst andel finns bland kvinnor i åldersgruppen 50–69 år (se figur 22). Upplevelsen av att trivas med sitt arbete varierar mellan kommunerna, från 76 till 88 procent. Andelen som trivs på sitt arbete har varit relativt stabil över tid, från år 2000 och framåt.



Figur 22 Andel (%) förvärvsarbetande som trivs bra eller mycket bra med nuvarande arbetsuppgifter, fördelat på kön och ålder.

2.7.2 Obalans mellan arbete och fritid

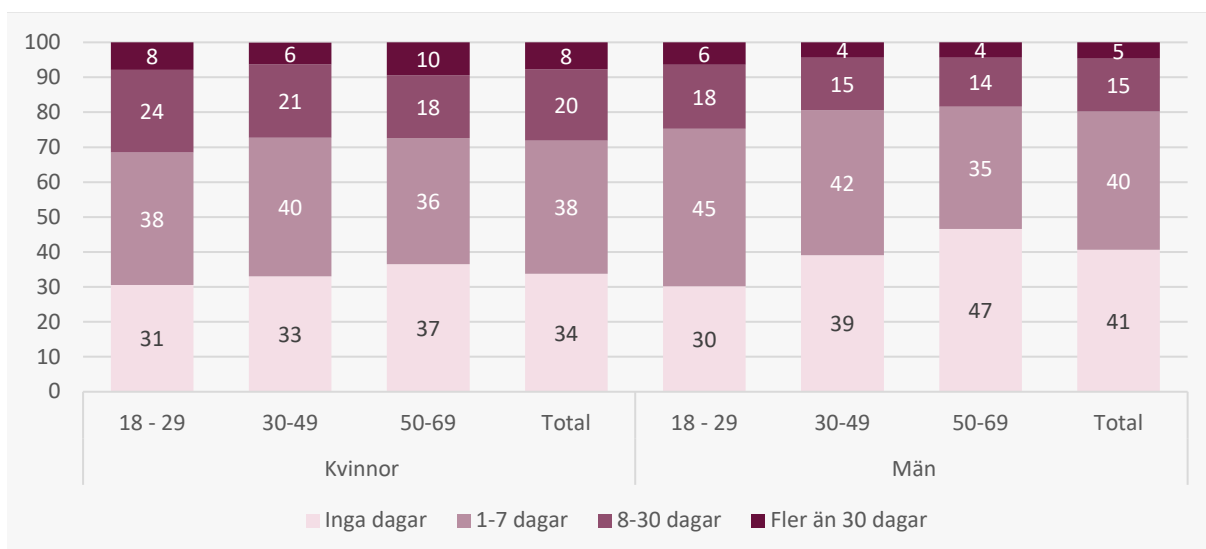
Av de förvärvsarbetande i länet är det 14 procent av både männen och kvinnorna som känner att arbetet tar så mycket tid att privatlivet påverkas negativt. Mellan länets kommuner varierar detta från 8 till 17 procent.

2.7.3 Buller och ensidiga upprepande arbetsrörelser

Totalt uppger 18 procent av de förvärvsarbetande i länet att de dagligen är utsatta för buller i sitt arbete, där män uppger att de är utsatta i högre utsträckning än kvinnor (19 % respektive 17 %). Andelen som totalt sett uppger att de varje dag utför upprepande rörelser är 30 procent, där kvinnor anger det i högre utsträckning än män (34 % respektive 25 %). Det är en högre andel med förgymnasial utbildning som rapporterar att de utsätts för upprepade och ensidiga arbetsrörelser (42 %) eller buller dagligen (27 %) jämfört med de med eftergymnasial utbildning (24 % respektive 12 %).

2.7.4 Sjukfrånvaro

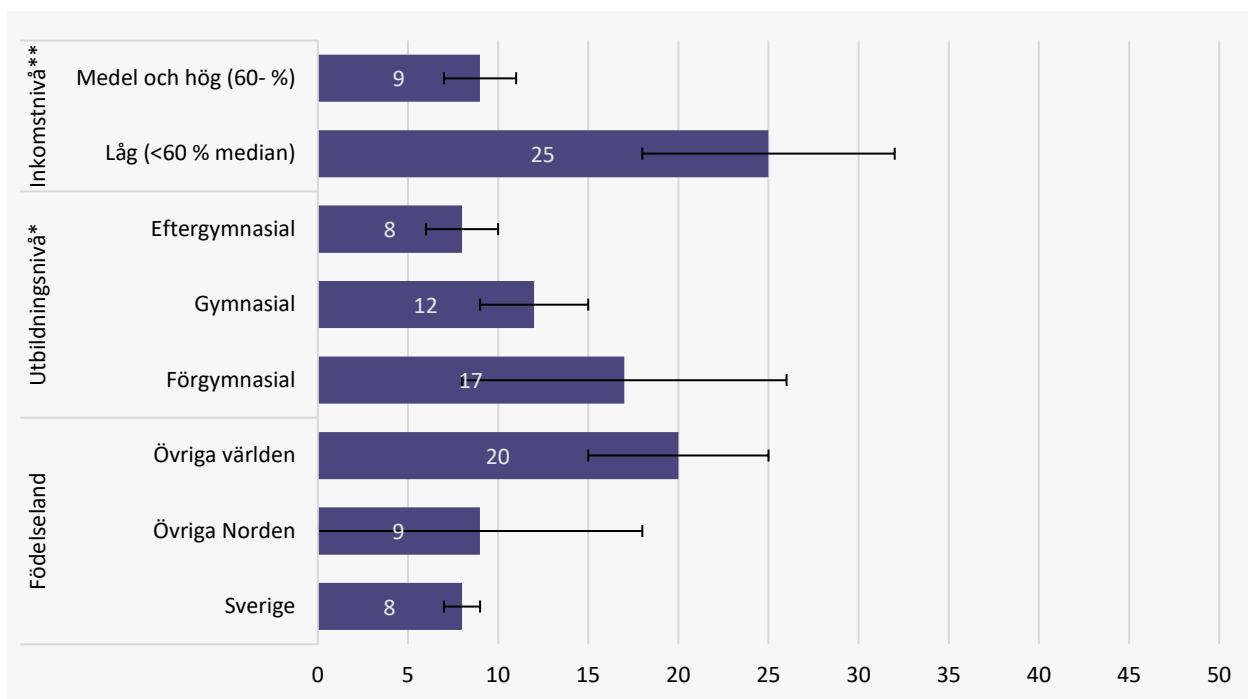
Totalt sett anger 37 procent av länets förvärvsarbetare att de inte haft någon sjukdag det senaste året, 34 procent bland kvinnor och 41 procent bland män. Variationen mellan länets kommuner är 31 till 41 procent. Totalt sett anger 6 procent att de har haft 30 eller fler sjukdagar det senaste året, där andelen kvinnor är 8 procent och andelen män är 5 procent (se figur 23).



Figur 23 Andel (%) förvärvsarbetare som rapporterat olika antal sjukdagar under senaste året, fördelat på kön och ålder.

2.7.5 Oro att förlora arbetet

Av de förvärvsarbetande i länet uppger 11 procent att de är oroliga för att förlora sitt nuvarande arbete inom det närmaste året. Högst andel finns bland unga i åldersgruppen 18–29 år, 17 procent bland män och 14 procent bland kvinnor. Skillnader ses även utifrån födelse land, där andelen är lägre bland personer födda i Sverige jämfört med personer födda i övriga världen. Individer med låg inkomst är mer oroliga för att förlora sitt nuvarande arbete än individer med medel och hög inkomst (se figur 24). Variationen mellan länets kommuner är 7 procent till 16 procent.



Figur 24 Andel (%) förvärvsarbetande, 18–69 år, som är orolig att förlora sitt nuvarande arbete inom det närmaste året, fördelat på kön, födelse land, utbildningsnivå* och inkomstnivå** (åldersstandardiserad). med honom.

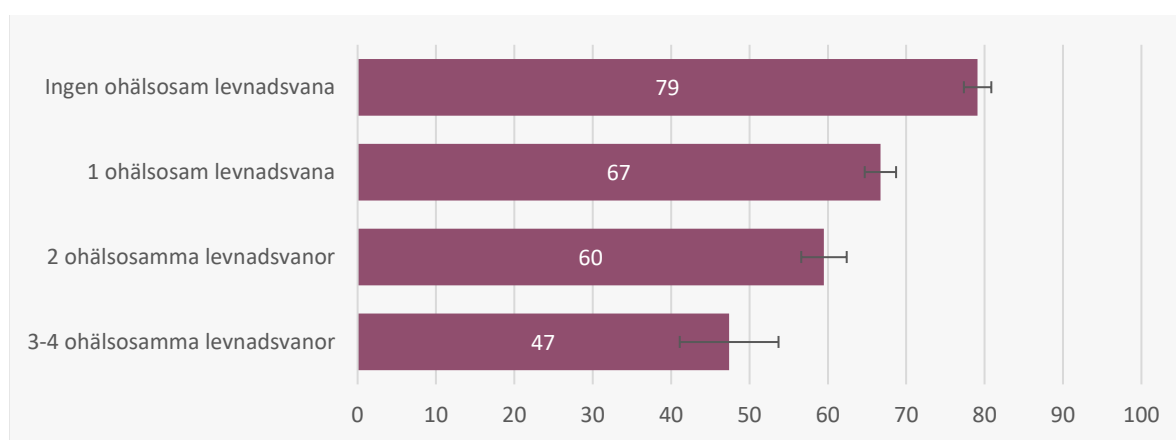
*25 år och äldre

2.8 Levnadsvanor

Det är flera levnadsvanor som har en stor påverkan på individens hälsa och på folkhälsan, både positiv och negativ. Otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, daglig tobaksrökning och riskbruk av alkohol är levnadsvanor som påverkar hälsan negativt. Dessa har en stark koppling till många av våra folksjukdomar och står tillsammans för cirka en femtedel av den totala sjukdomsördningen i Sverige.

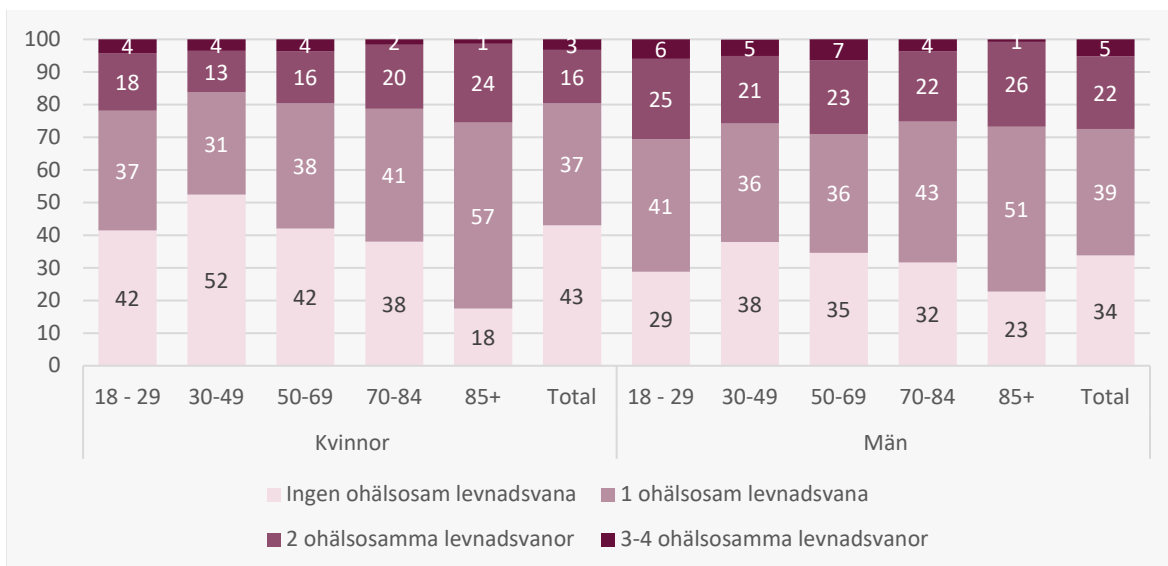
2.8.1 Flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt

Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt medför en ännu större risk för ohälsa än att ha en ohälsosam levnadsvana. Aktuellt resultat visar att ju fler ohälsosamma levnadsvanor, baserat utifrån otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, daglig tobaksrökning och riskbruk av alkohol, desto sämre självskattat hälsotillstånd. Bland de som uppgett att de har 3–4 ohälsosamma levnadsvanor upplever 47 procent att de har ett gott allmänt hälsotillstånd, jämfört med 60 och 67 procent bland de med två respektive en ohälsosam levnadsvana. Bland de som inte har någon av dessa ohälsosamma levnadsvanor uppges 79 procent ett gott allmänt hälsotillstånd (se figur 25).



Figur 25 Andel (%) 18 år och äldre (åldersstandardiserad) med gott allmänt hälsotillstånd, fördelat på antal ohälsosamma levnadsvanor.

Bland kvinnor är det 43 procent och bland män är det 34 procent som uppger att de inte har någon av dessa ohälsosamma levnadsvanor. Högst andel av dessa återfinns i åldersgruppen 30–49 år och lägst andel i åldersgruppen 85 år och äldre (se figur 26).



Figur 26 Andel (%) 18 år och äldre som har olika många ohälsosamma levnadsvanor, fördelat på kön och ålder.

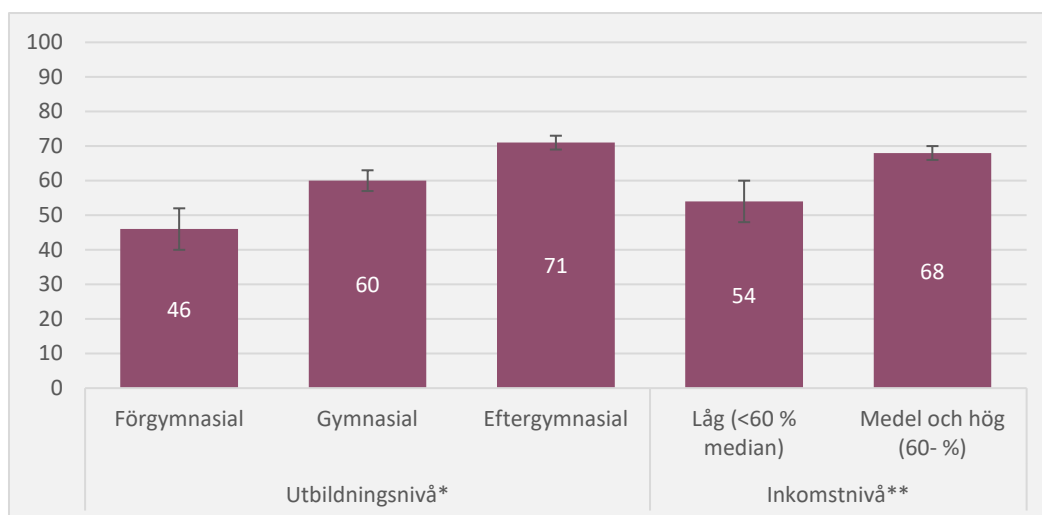
2.8.2 Fysisk aktivitet och stillasittande

Fysisk aktivitet minskar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, obesitas och vissa typer av cancer samtidigt som det ger positiva effekter på till exempel psykisk välmående, sömn och immunsystem. Längre stunder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet, ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes.

Fysisk aktivitet

Den nationella rekommendationen för fysisk aktivitet för vuxna är minst 150 minuter pulshöjande rörelse per vecka. Pulshöjande aktivitet kan både vara fysisk träning och vardagsmotion. I Västmanland når 61 procent av den vuxna befolkningen upp till rekommendationsnivån för fysisk aktivitet. Andelen är densamma bland både kvinnor och män, och den är ungefär densamma som vid undersökningen år 2017. En högre andel i åldersgrupperna 18–69 år når upp till rekommendationerna än de som är 70 år eller äldre. I länets kommuner varierar resultatet mellan 56 och 63 procent.

Andelen som når upp till rekommendationsnivån för fysisk aktivitet är som högst bland de med eftergymnasial utbildningsnivå och bland de med medel- eller hög inkomstnivå (se figur 27).



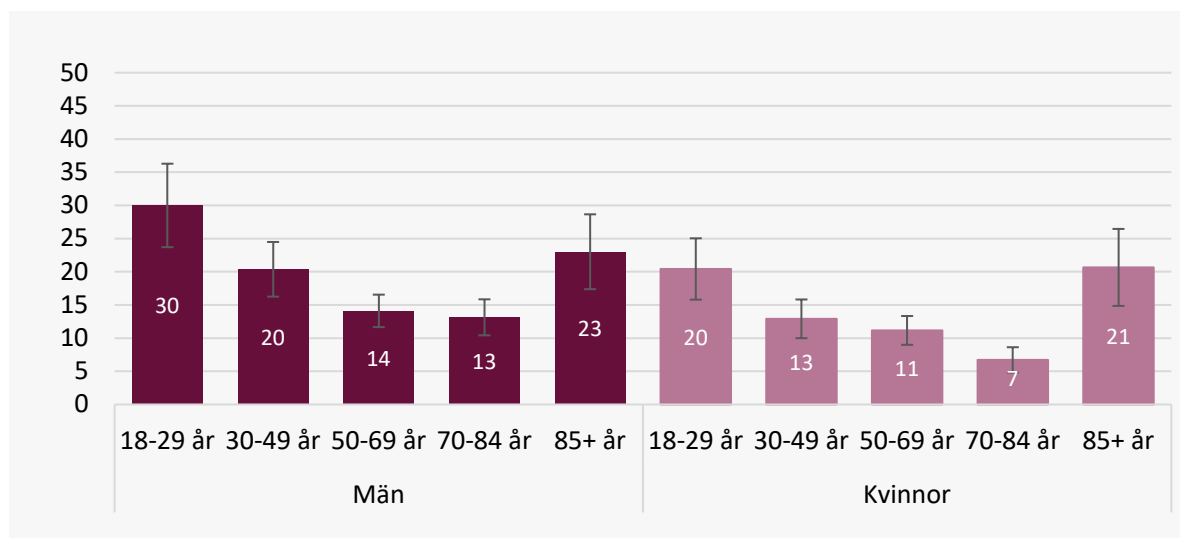
Figur 27 Andel (%) 18 år eller äldre som når upp till rekommendationsnivån för fysisk aktivitet, fördelat på utbildningsnivå* och inkomstnivå**

*25 år och äldre

**20–64 år

Stillasittande

I länets befolkning är 16 procent stillasittande mer än 10 timmar per dag (individer med funktionsnedsättning är undantagna). Bland männen är andelen 19 procent och bland kvinnorna 13 procent. I åldersgruppen 18–29 år samt åldersgruppen 84 år och äldre är andelen stillasittande som högst (se figur 28). Sedan undersökningstillfället 2017 och framåt har stillasittandet ökat bland män i åldersgruppen 18–29 år, från 19 procent till 30 procent. Den kommun som skiljer sig från länsgenomsnittet är Köpings kommun, där andelen som är stillasittande mer än 10 timmar per dag är lägre, 11 procent.



Figur 28 Andel (%) 18 år och äldre som sitter 10 timmar eller mer under ett normalt dygn (individer med funktionsnedsättning undantagna), fördelat på kön och ålder.

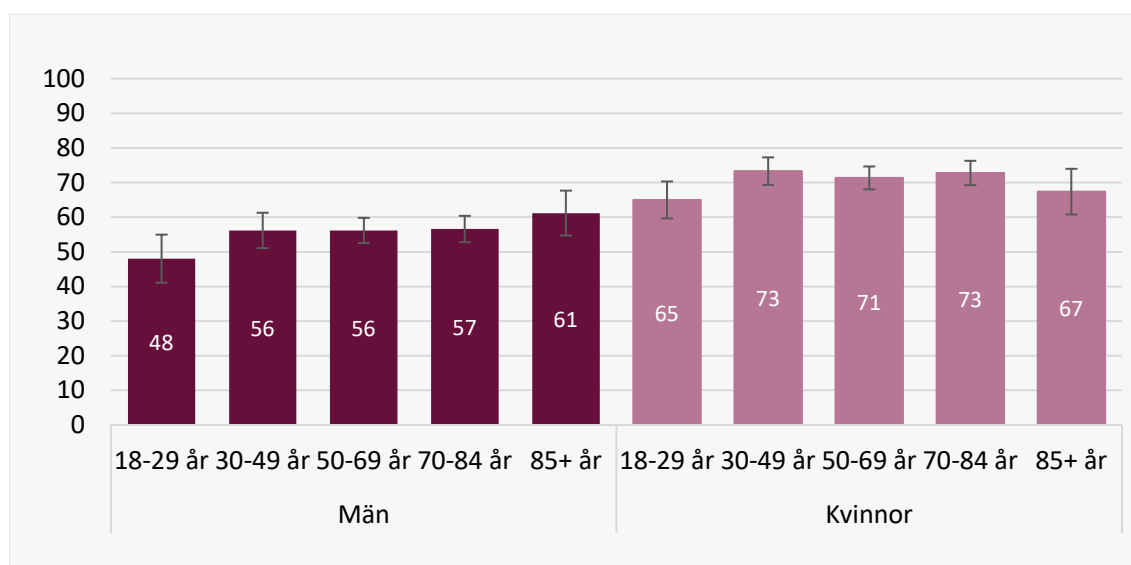
2.8.3 Matvanor

Hälsosamma matvanor minskar, liksom fysisk aktivitet, risken för bland annat hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, obesitas och vissa typer av cancer. Hälsosamma matvanor definieras som matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval inklusive drycker, tillagningsform och måltidsmönster

motsvarar individens behov. Livsmedelverket baserar sina generella kostråd till befolkningen på de nordiska näringsrekommendationerna, där ett högt intag av grönsaker och rotfrukter tydliggörs som bra för hälsa och miljö.

Totalt sett äter 63 procent av länets vuxna grönsaker eller rotfrukter minst en gång per dag. Andelen är högre bland kvinnor än bland män, 71 procent jämfört med 55 procent. Andelen är även högre bland dem som lever under mer socioekonomisk gynnsamma förhållanden. Framför allt ses skillnad utifrån utbildningsnivå, där de med eftergymnasial utbildningsnivå äter grönsaker och rotfrukter i högre utsträckning än de med förgymnasial- eller gymnasial utbildningsnivå (75 % jämfört med 52 % och 59 %). Andelen är även högre bland de som är 30 år eller äldre jämfört med den yngsta åldersgruppen, 18–29 år (se figur 29).

De kommuner som skiljer sig från länsgenomsnittet är Kungsörs och Surahammars kommuner, där andelen som äter grönsaker eller rotfrukter minst en gång per dag är lägre, båda 54 procent.



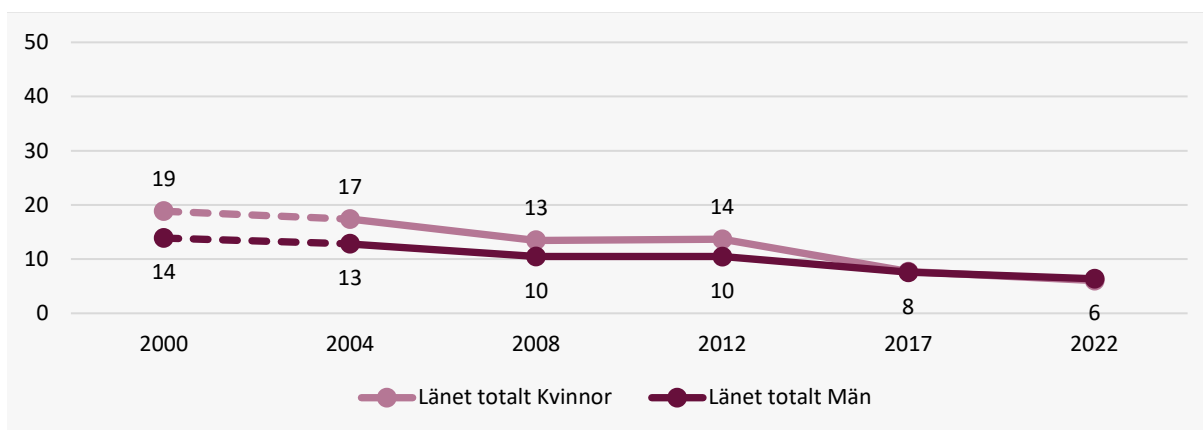
Figur 29 Andel (%) 18 år och äldre som äter grönsaker eller rotfrukter minst en gång per dag, fördelat på kön och ålder.

2.8.4 Tobak och nikotin

Röker dagligen

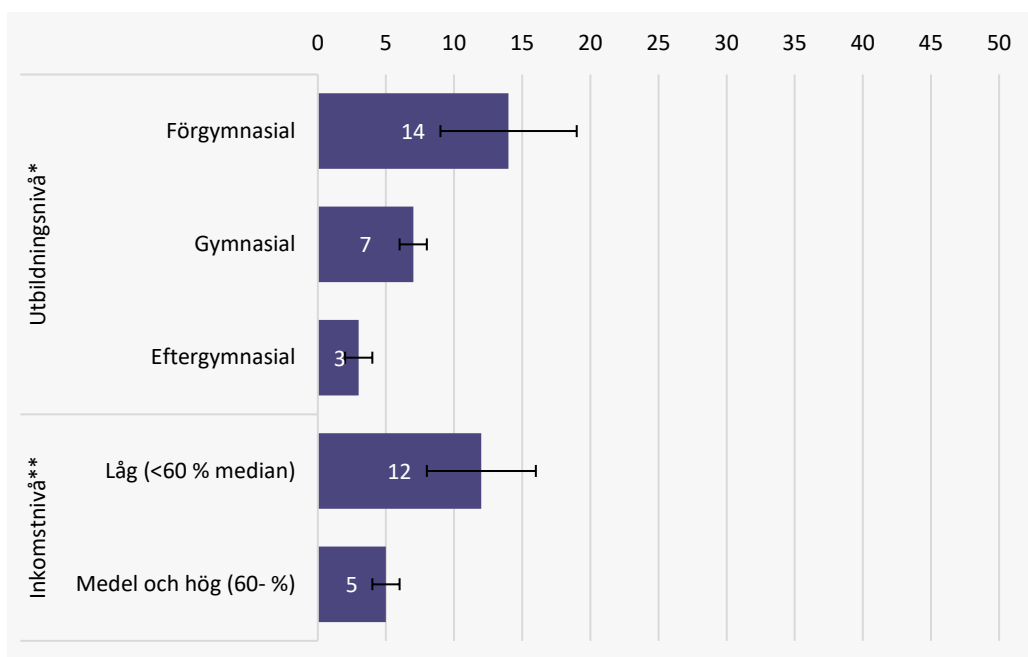
Tobaksrökning är en av de enskilt största riskfaktorerna för ohälsa. I Sverige beräknas cirka 17 procent av alla cancerfall vara orsakade av tobaksrökning, samtidigt som det ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdomar, stroke, typ-2 diabetes samt sjukdomar i andningsorganen. Tobaksrökning har dessutom en negativ påverkan på bland annat munhälsa och skelett, och det finns ett tydligt samband mellan tobaksrökning och psykisk ohälsa.

Andelen dagligrökare har mer än halverats sedan år 2000. I länet är det sammanlagt 6 procent som röker tobak dagligen och det finns inte längre några skillnader mellan män och kvinnor (se figur 30). Daglig tobaksrökning är vanligast i åldersgruppen 50–69 år bland både män och kvinnor (7 % respektive 9 %). Bland de som är födda utanför Norden röker 8 procent dagligen, medan motsvarande andel bland de som är födda i Sverige är 5 procent. I Surahammar röker en högre andel tobak dagligen, 11 procent, jämfört med länets genomsnitt.



Figur 30 Andel (%) 18–84 år (åldersstandardiserad) som röker dagligen fördelat på kön och undersökningsår. År 2000 var åldersgruppen 18–79 år (streckade linjen).

Det är betydligt vanligare att röka tobak dagligen bland de med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med de med gymnasial- och eftergymnasial utbildningsnivå. Samma tydliga skillnad ses avseende inkomstnivå, där de med låg inkomstnivå röker tobak dagligen i högre utsträckning än de med medel- eller hög inkomst (se figur 31).



Figur 31 Andel (%) som röker dagligen, fördelat på utbildningsnivå* och inkomstnivå** (åldersstandardiserad).

*25 år och äldre.

**20–64 år

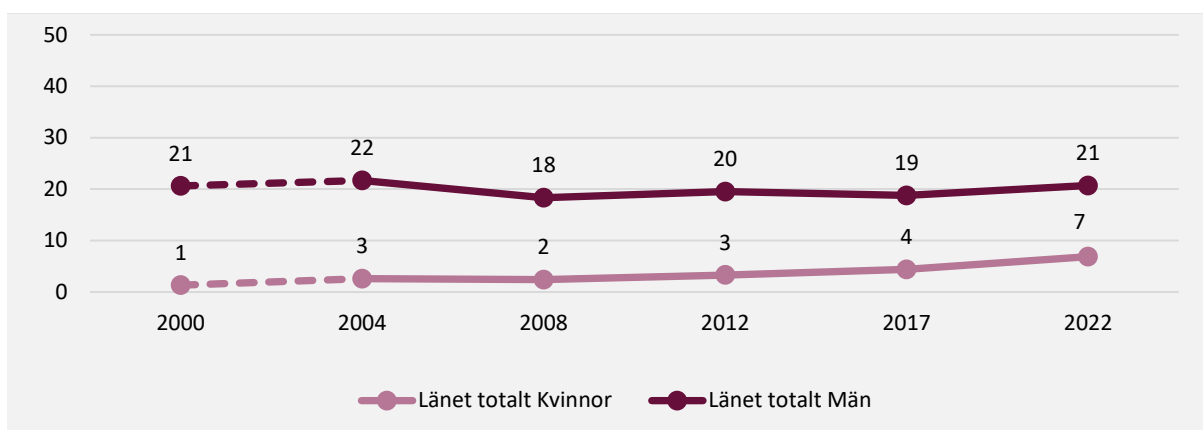
Av de som röker tobak dagligen eller ibland, uppger 55 procent att de vill sluta röka. Av de som röker tobak dagligen eller ibland, oavsett om de anger att vill sluta röka eller inte, tror 27 procent att de klarar av att sluta röka själva, medan 28 procent uppger att de behöver stöd för det.

Snusar dagligen

Att snusa dagligen har samband med förhöjt blodtryck, försämring av blodkärlens förmåga att vidgas (som i sin tur ökar risken för hjärtinfarkt och stroke), insjuknande i typ-2 diabetes och vissa cancerformer. Det kan även ge skador på tandköttet. Snus kan innehålla upp till åtta gånger mer

nikotin än cigaretter och är därför kraftigt beroendeframkallande. Nikotin är ett akuttoxiskt ämne och kan ge negativa effekter på bland annat hjärta och kärl. Även det tobaksfria snuset ("vitt snus") kan innebära en risk för hälsan, särskilt eftersom dess nikotinhalt kan vara ännu högre än i snus med tobak. I 2022 års Liv & hälsa-undersökning finns därför frågor om det tobaksfria snuset.

Totalt använder 13 procent av länets invånare, 18 år och äldre, snus dagligen (både snus med och utan tobak). Män snusar i högre utsträckning än kvinnor, 20 procent jämfört med 6 procent. Användningen av snus bland män har under en lång tid legat stabilt medan kvinnors användande har ökat, från 1 procent år 2000 till 7 procent år 2022 (se figur 32). Ökningen bland unga kvinnor, 18–29 år, har under samma tidsperiod ökat från 2 procent till 11 procent. Bland länets kommuner skiljer sig Norberg och Skinnskatteberg från länets genomsnitt där en högre andel, 21 procent respektive 19 procent, snusar dagligen.



Figur 32 Andel (%) 18–84 år (åldersstandardiserad) som snusar dagligen, fördelat kön och undersökningsår. År 2000 ingick åldersgrupperna 18–79 år (streckade linjen).

Av de som snusar dagligen uppger 27 procent att de vill sluta snusa, 19 procent tror att de klarar av att sluta snusa själva, medan 8 procent uppger att de vill sluta snusa och att de behöver stöd för det.

2.8.5 Alkohol

Alkohol är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige. All konsumtion av alkohol innebär en hälsorisk men den största sjukdomsburden orsakas av en hög konsumtion under en längre tid. Alkoholkonsumtion ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdomar, stroke, leverskador, olika typer av cancer samt ångest och depression. Dessutom påverkas immunförsvar, munhälsa och sömn negativt samtidigt som det finns risk för sociala konsekvenser både för den som konsumerar alkohol och dess närstående. Riskkonsumtion av alkohol definieras som en konsumtion som kraftigt ökar risken för skadliga fysiska-, psykiska-, eller sociala konsekvenser.

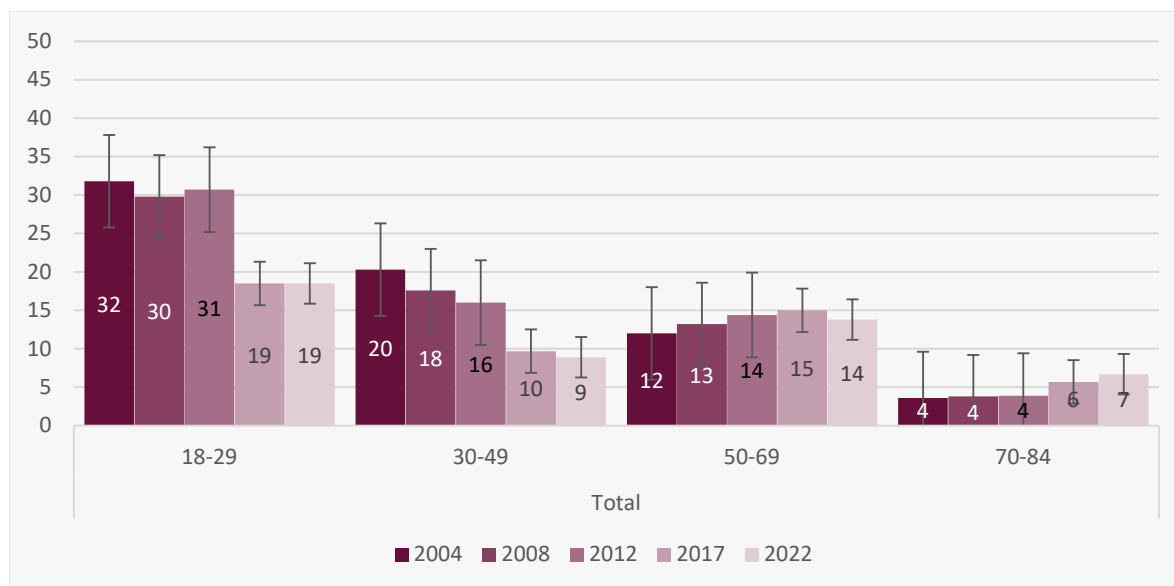
Riskkonsumtion av alkohol (AUDIT-C)

Uppgifterna om riskkonsumtion av alkohol baseras på tre frågor från frågebatteriet AUDIT, där instrumentet kan få värden mellan 0 och 12 poäng. Gränsen för riskkonsumtion för kvinnor är 5 poäng och för män 6 poäng.

AUDIT utvecklades av WHO för att tidigt kunna upptäcka personer med en skadlig konsumtion av alkohol.

Totalt har 11 procent av länets vuxna befolkning en riskkonsumtion av alkohol, 13 procent bland män och 9 procent bland kvinnor. Bland de födda i Sverige har 13 procent en riskkonsumtion, medan motsvarande andel bland dem födda utanför Norden är 5 procent. Andelen med riskkonsumtion av

alkohol har totalt sett minskat sedan 2004. Den nedåtgående utvecklingen beror på en kraftig nedgång i åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år. Däremot tenderar andelen riskkonsumenter av alkohol att öka i åldersgrupperna 50–69 år och 70–84 år (se figur 33). Bland kvinnor i åldersgruppen 70–84 har andelen fördubblats från 2 till 4 procent sedan 2004.



Figur 33 Andelen med riskbruk av alkohol fördelat på ålder och undersökningsår.

2.8.6 Narkotika

Att använda narkotika är en riskfaktor för ohälsa och sociala konsekvenser, både för användaren själv och dess närstående. Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste typen av narkotika i Sverige. Cannabisbruk ökar risken för vissa psykiska sjukdomar och tillstånd, så som schizofreni och psykotiska tillstånd, samt risken för att bruka andra droger.

I länet har 8 procent av den vuxna befolkningen någon gång använt cannabis. Användningen är som högst i den yngsta åldersgruppen 18–29 år, där 23 procent bland männen och 16 procent bland kvinnorna använt cannabis någon gång. Vid jämförelse med tidigare mätningar, år 2012 och 2017, är den totala andelen på ungefär samma nivå, men med en tendens till minskning, främst med hänsyn till att en minskning skett i åldersgruppen 50–69 år (från 7 % till 4 % mellan mätningarna 2012 och 2022).

Det är vidare dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor att någon gång ha använt cannabis (11 % jämfört med 5 %) och mer än dubbelt så vanligt bland de som är födda i Sverige jämfört med de som är födda i övriga världen (10 % jämfört med 5 %). Köpings kommun skiljer sig från länets genomsnitt där en lägre andel, 3 procent, uppger att de någon gång använt cannabis.

En ny fråga i 2022 års Liv & hälsa-undersökning är användning av receptbelagda narkotikaklassade läkemedel (till exempel Tramadol eller bensodiazepiner) på annat sätt än vad läkare ordinerat. Totalt har 5 procent av länets vuxna, 6 procent av männen och 4 procent av kvinnorna, använt narkotikaklassade läkemedel på annat sätt än läkaren ordinerat. Förekomsten är som högst bland män i åldersgruppen 18–29 år (10 %).

2.8.7 Spel om pengar

Spelproblem kan skada relationer, ekonomi och i förlängningen hälsa. Problemen drabbar de som spelar för mycket, men det drabbar även närstående och samhället i stort. Det finns en tydlig

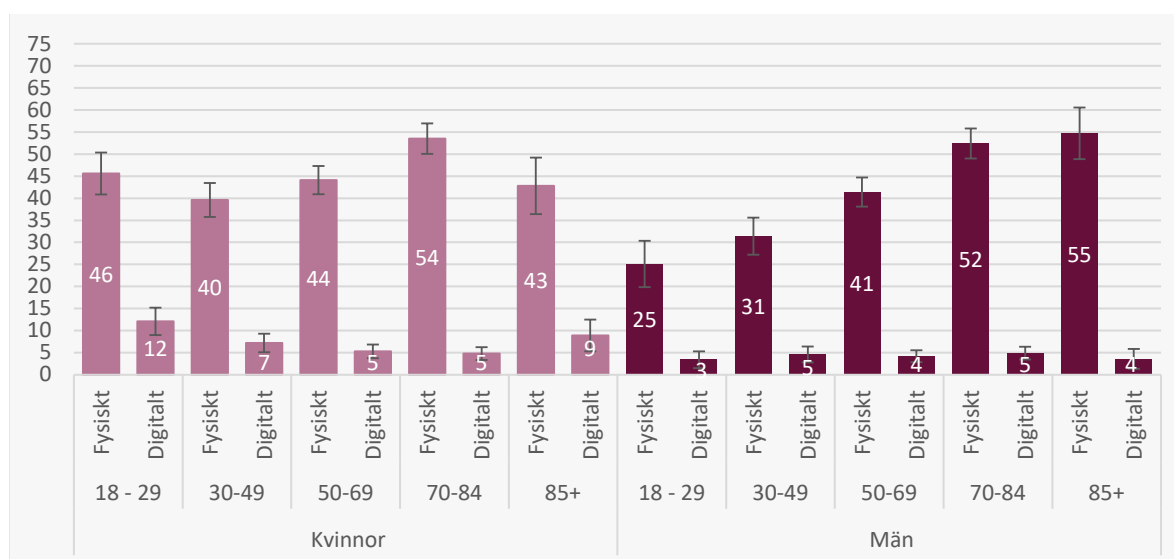
koppling mellan spelproblem och psykisk ohälsa. Totalt anger 1 procent att de under de senaste tolv månaderna har spelat för mer pengar än vad de anser sig ha råd att förlora, på exempelvis kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande. Högst andel ses bland män i åldersgruppen 18–29 år, 3 procent.

2.9 Kontakt med hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har en särskild roll som direkt påverkar individers hälsa och överlevnad genom behandlande, hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av folkhälsopolitikens nationella målområden som pekar ut hälso- och sjukvårdens viktiga roll för att bidra till en god och jämlik hälsa i befolkningen.

2.9.1 Besök vården de tre senaste månaderna

Totalt har 41 procent av länets befolkning haft ett fysiskt vårdbesök för egna besvär eller sjukdom under de tre senaste månaderna. Det är vanligare att kvinnor har besökt vården än män, 45 procent jämfört med 38 procent. Bland kvinnor är andelen som besökt vården högst i åldersgrupperna 18–29 år och 70–84 år (46 % respektive 54 %), medan andelen bland män är som högst i åldersgruppen 85 år och äldre (55 %). I Sala kommun har en högre andel haft ett fysiskt vårdbesök de senaste tre månaderna, 51 procent, vilket skiljer sig från länets genomsnitt på 41 procent. Totalt har 6 procent av länets befolkning haft ett digitalt vårdbesök under de tre senaste månaderna, 7 procent bland kvinnor och 4 procent bland män. De digitala vårdbesöken är vanligast bland kvinnor i den yngre åldersgruppen 18–29 år, på 12 procent (se figur 34).

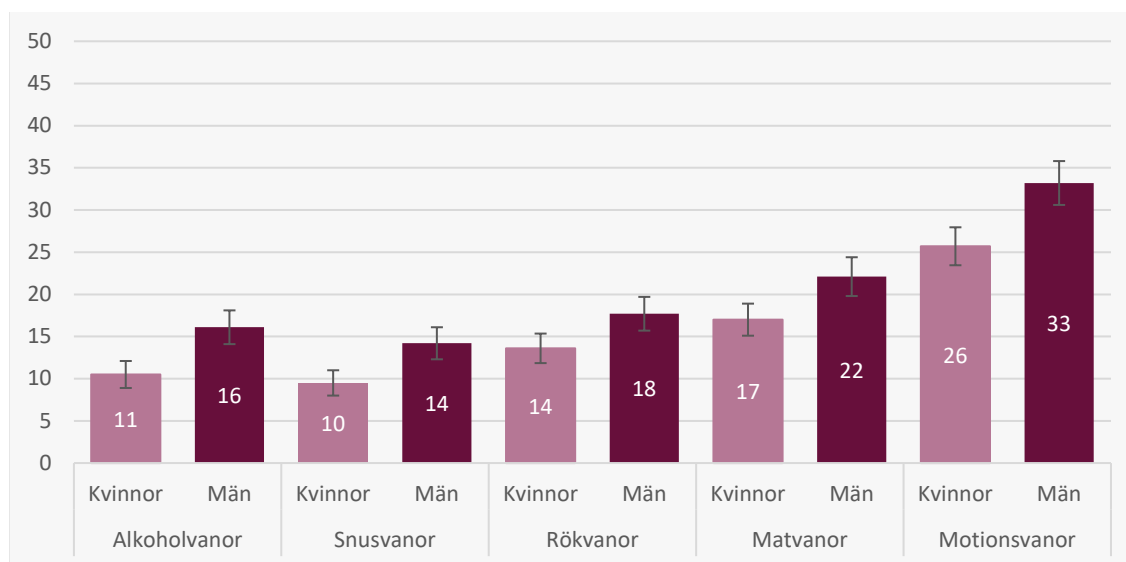


Figur 34 Andel (%) 18 år eller äldre som varit i kontakt med vården för egna besvär eller sjukdom under de senaste 3 månaderna, fördelat på fysiska eller digitala vårdbesök, kön och ålder.

Diskuterat levnadsvanor vid vårdbesök

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att uppmärksamma patienters levnadsvanor och vid behov erbjuda stöd till förändring. Detta tydliggörs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och den nationella kunskapsstyrningens vårdprogram för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, med särskilt fokus på evidensbaserade metoder vid tobaksrökning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Nationella undersökningar visar att en stor majoritet av befolkningen är positiva till att diskutera levnadsvanor med vårdpersonal. Trots evidensbaserade metoder och en vilja hos befolkningen visar utvärderingar att många patienter inte erbjuds det stöd som de behöver när det gäller levnadsvaneförändring.

Av de som haft ett vårdbesök (fysiskt eller digitalt) under de tre senaste månaderna, har 39 procent av männen och 34 procent av kvinnorna diskuterat levnadsvanor vid aktuellt vårdbesök. Andelen är högre bland män än bland kvinnor för samtliga levnadsvanor (se figur 35). Det finns även skillnader mellan olika åldersgrupper, där den yngre åldersgruppen, 18–29 år, i högst utsträckning har diskuterat alkoholvanor, rökvanor, snusvanor och matvanor. Andelen minskar med stigande ålder och är som lägst bland de som är 70 år och äldre. Det är däremot ungefär lika vanligt att ha diskuterat fysisk aktivitet i alla åldersgrupper.



Figur 35 Andel (%) 18 år äldre som diskuterat olika levnadsvanor av de som varit i kontakt med vården, fördelat på kön.

2.9.2 Avstått vård, tandvård eller läkemedel av ekonomiska skäl

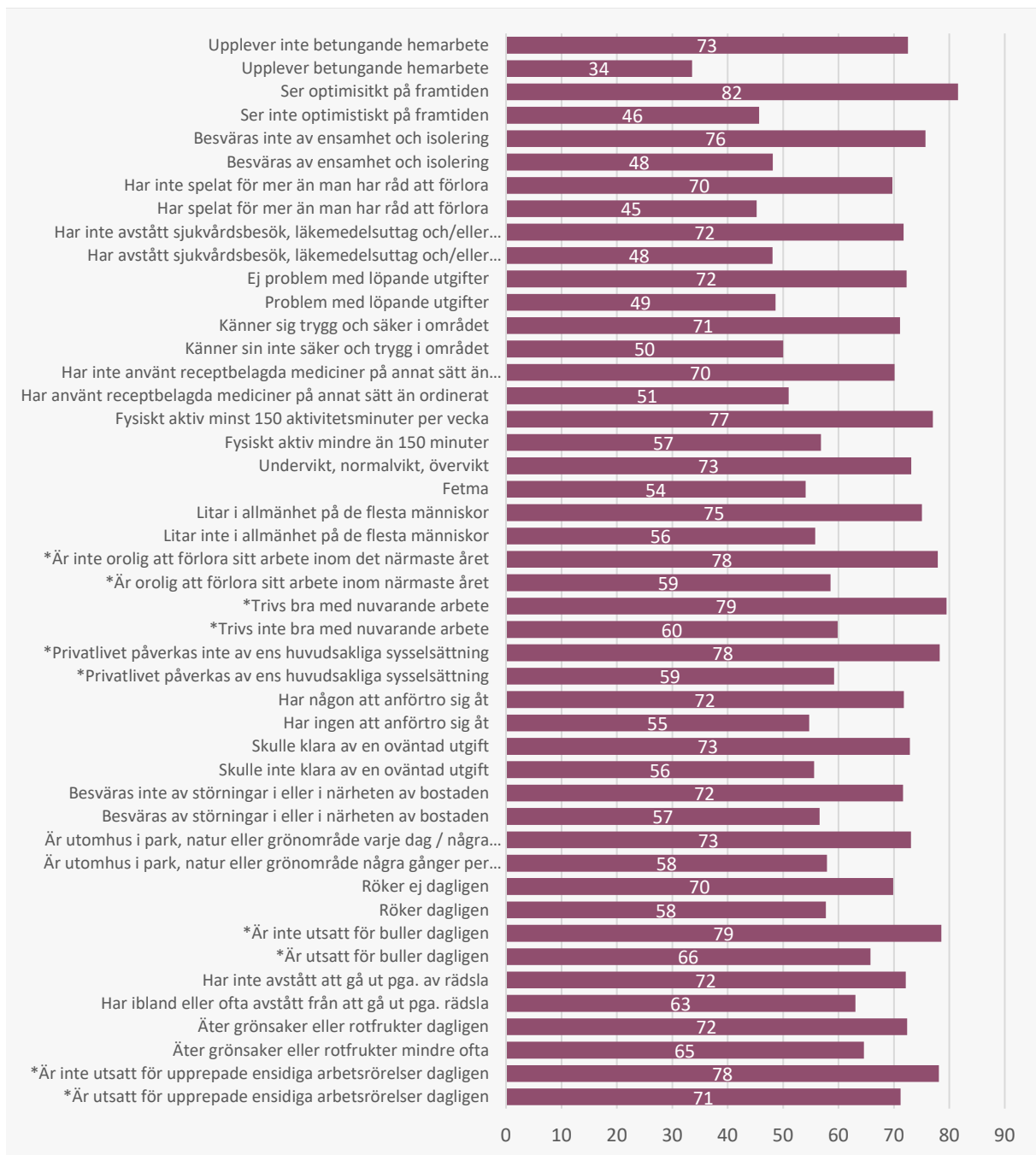
Totalt uppger 9 procent av länets befolkning, både kvinnor och män, att de avstått vårdbesök, läkemedel eller tandvård på grund av ekonomiska skäl. Högst andel, 13 procent, finns i åldersgruppen 30–49 år. Bland de med förgymnasial- och gymnasial utbildningsnivå är andelen som har avstått vårdbesök, läkemedel eller tandvård på grund av ekonomiska skäl 15 procent respektive 12 procent medan motsvarande andel bland de med eftergymnasial utbildningsnivå är 7 procent. Det är dessutom mer än dubbelt så vanligt att avstå vårdbesök, läkemedel eller tandvård på grund av ekonomiska skäl bland de med låg inkomstnivå jämfört med de med medel/hög inkomstnivå, 21 procent jämfört med 10 procent. Det finns även skillnader utifrån födelseland, där individer födda utanför Norden uppger att de har avstått vårdbesök i högre grad än de födda i Sverige (17 % respektive 8 %). Förekomsten i länets kommuner varierar mellan 5–14 procent.

2.10 Livsvillkor och levnadsvanors samband med allmänt hälsotillstånd

Som tidigare har redovisats i rapporten uppskattar omkring 7 av 10 västmanlänningar, 18 år eller äldre, sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Dock ses skillnader i andelen som skattar sin hälsa som bra beroende på vilka livsvillkor och levnadsvanor individen har, baserat på frågorna i enkäten. I figur 36 tydliggörs detta.

Frågorna i figur 36 är rangordnade utifrån storleken på skillnaden i utfallet av gott allmänt hälsotillstånd mellan svarsgrupperna. Det innebär att för den fråga som redovisas överst är skillnaden i gott allmänt hälsotillstånd som störst mellan svarsgrupperna. Exempelvis är andelen som uppskattar sitt hälsotillstånd som gott, dubbelt så stor bland de som inte upplever betungande hemarbete, jämfört med de som upplever det. Eftersom hälsotillstånd, livsvillkor och levnadsvanor mäts vid samma tillfälle går det inte att fastställa vad som föranleder det ena eller det andra. Det går

inte heller att anta att faktorer där skillnaderna i allmänt hälsotillstånd är små inte kommer att påverka hälsan på längre sikt.

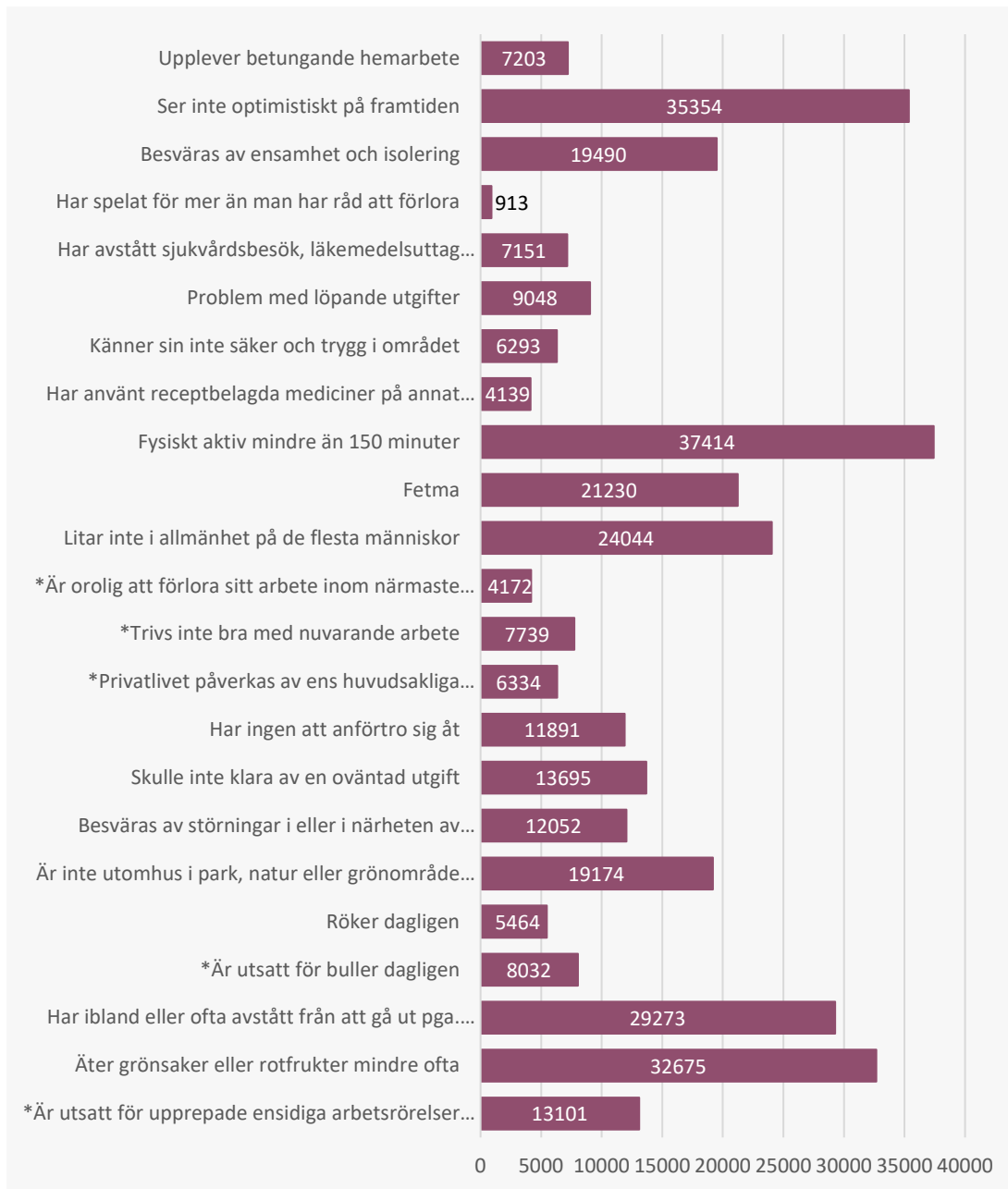


Figur 36 Andel (%) 18 år och äldre (åldersstandardiserad) med gott allmänt hälsotillstånd fördelat på grupper med olika livsvillkor och levnadsvanor.

*20–69 år.

I figur 37 redovisas samma livsvillkor och levnadsvanor, kopplade och sorterade utifrån upplevt allmänt hälsotillstånd, som i figur 36. I figur 37 redovisas i stället ett uppskattat antal personer, 18 år och äldre, i Västmanland som har dessa livsvillkor och levnadsvanor och därmed utbredningen av dem i länet. Exempelvis är skillnaden i gott allmänt hälsotillstånd större mellan svarsgrupperna på frågan om man har spelat för mer än man har råd att förlora, jämfört med frågan om tillräcklig fysisk

aktivitet. Dock beräknas gruppen som är inte är tillräckligt fysiskt aktiva vara mer än 30 gånger så stor (n=37 414) jämfört med de som spelat för mer än de har råd att förlora (n=913).



Figur 37 Uppskattat antal personer 18 år eller äldre med olika livsvillkor och levnadsvanor.
*18–69 år.

Bilaga 1. Bakgrundsinformation - statistik för Västmanland och riket

Övergripande indikatorer	Västmanland			Riket		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Folkmängd totalt (antal)	141 600	139 000	280 600	5 298 324	5 223 232	10 521 556
Medellivslängd vid födseln (år)	80,4	84,2		81,1	84,6	
Utrikesfödda (andel)	22	22	22	20	20	20

Utbildning och arbete (%)	Västmanland			Riket		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Förgymnasial utbildning 25–64 år	13	10	12	12	8	10
Gymnasial utbildning 25–64 år	51	41	46	45	37	41
Eftergymnasial utbildning 25–64 år	34	47	40	40	53	46
Uppgift utbildning saknas 25–64 år	2	2	2	3	2	3
Inskrivna arbetslösa 16–65 år	8	6	7	6	6	6

Ekonomisk standard (låg ¹ /hög ²), (20–64 år), (%)	Västmanland		Riket	
	Låg	Hög	Låg	Hög
Ensamstående kvinnor med barn 0–19 år	38	0	32	1
Ensamstående kvinnor med kvarboende unga vuxna 20–29 år	13	1	13	2
Ensamstående kvinnor utan barn	27	1	25	2
Ensamstående män med barn 0–19 år	16	1	16	3
Ensamstående män med kvarboende unga vuxna 20–29 år	13	2	13	4
Ensamstående män utan barn	25	2	25	4
Sammanboende med barn 0–19 år	11	3	9	5
Sammanboende med kvarboende unga vuxna 20–29 år	4	10	3	13
Sammanboende utan barn	4	15	4	16

Referenser: Region Västmanlands statistikrapporter samt SCB, datum för datauttag: 2023-05-22.

¹ Låg ekonomisk standard avser personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen (SCB).

² Hög ekonomisk standard avser personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är dubbelt så stor som medianvärdet i befolkningen (SCB).

Rapporten är sammanställd av Verksamhet Folkhälsa,
Regionala utvecklingsförvaltningen, 2023

Region Västmanland
Regionala Utvecklingsförvaltningen
Verksamhet folkhälsa

021- 17 30 00

folkhalsa@regionvastmanland.se
www.regionvastmanland.se/utveckling

