

Folkhälsorapport 2007

Befolkningens hälsa, livsvillkor och attityder till hälso- och sjukvården i Fyrbodal

Fördjupning av resultat från vårdbarometern och den nationella folkhälsoenkäten



Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, Uddevalla

Andreas Hjertén, december 2007

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	2
1.1 Källmaterial	2
1.2 Vårdbarometern	2
1.3 Nationella folkhälsoenkäten	2
1.3.4 Rapportens upplägg	3
2. BAKGRUND SOCIOEKONOMI	4
3. VÅRDBAROMETERN	9
3.1 Kontakt med vården	9
3.2 Tillgänglighet till hälso- och sjukvård	11
3.3 Telefontillgänglighet	12
3.4 Förtroende för vården	15
3.5 Beteende vid sjukdom	17
3.6 Livsstilsfrågor, FAR	18
3.7 Betyg på besöket	19
3.8 Patienter med kroniska sjukdomar	20
4. NATIONELLA FOLKHÄLSOENKÄTEN	22
4.1 HÄLSOLÄGET	22
4.1.1 Långvarig sjukdom	23
4.1.2 Nedsatt psykisk välbefinnande	24
4.1.2.1 GHQ12	24
4.1.2.2 Ängslan oro eller ångest	25
4.1.2.3 Stress	25
4.1.2.4 Självordstankar	26
4.1.3 Tandhälsa	27
4.2 LEVNADSVANOR	28
4.2.1 Stillasittande fritid	28
4.2.2 Övervikt och fetma	29
4.2.3 Alkoholvanor	30
4.2.4 Rökning	31
4.2.5 Snusare	32
4.2.6 Droganvändning	33
4.2.7 Kostvanor	34
4.2.8 Ohälsosamma levnadsvanor	35
5. SAMMANFATTANDE KOMMENTARER	36
7. KÄLLOR	43
BILAGA 1. NÄMND-KOMMUNPROFILER, SPINDELDIAGRAM	44
BILAGA 2. ANTAL SVAR NATIONELLA FOLKHÄLSOENKÄTEN	64

1. Inledning

Avsikten med denna rapport är att titta närmare på resultat från de befolkningsundersökningar som genomförts i Fyrbodalen under de senaste åren: den nationella folkhälsoenkäten "hälsa på lika villkor" och vårdbarometern. Syftet är att öka kunskapen om befolkningens hälsa och levnadsvanor, samt ta fram ett kunskapsunderlag för framtida beställningar av hälso- och sjukvård. Målgrupperna är i första hand politiker, folkhälsosamordnare och medarbetare. Rapporten kan också användas som underlag för interna processer och grupperingar på hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli.

1.1 Källmaterial

Befolkningsenkäter är en viktig pusselbit när det gäller att kartlägga befolkningens behov. Befintliga register ger ofta inte tillräckliga fakta som kan användas för analys av levnadsvanor och livsvillkor. Informationen från enkäterna kan sedan, tillsammans med annan kunskap, ge ett underlag för beslut om utveckling av hälso- och sjukvården.

Det enkäterna mäter är befolkningens uppfattning och attityder i olika frågor. Förutom hälsoläget får vi kunskap om hur människorna uppfattar sina levnadsvanor och livsvillkor och vad de anser om den hälso- och sjukvård som de konsumerat. Storleken på urvalet i de aktuella enkäterna gör det möjligt att bryta ned data på kommunnivå, samt att följa utvecklingen över tid. Samtidigt är det viktigt att på kommunnivå inte dra allt för långtgående slutsatser av olikheter mellan olika grupper i befolkningen. I små redovisade grupper finns det en ökad osäkerhet i siffrorna.

1.2 Vårdbarometern

Sveriges kommuner och landsting genomför tillsammans med flertalet landsting och regioner i Sverige varje kvartal en rullande mätning av svenska folkets inställning till hälso- och sjukvård. Undersökningen går under benämningen "Vårdbarometern" och har genomförts sedan 2001. Syftet är att få en uppfattning om den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården i landet.

Metoden bygger på telefonintervjuer. Varje år väljs slumpmässigt 0,5 procent av den vuxna befolkningen (18 år och äldre) ut för en intervju. Urvalsramen är det telefonnummerregister som finns i det statliga personadressregistret SPAR. Sammanlagt intervjuas 1 900 personer per år i Fyrbodalen fördelade på 600 i norra Bohuslän, 500 i Dalsland och 800 i Trestad. Hittills har 4 procent av befolkningen i Fyrbodalen blivit intervjuade. Redovisning av materialet finns också på adressen: www.vardbarometern.nu.

1.3 Nationella folkhälsoenkäten

En nationell befolkningsenkät, "Hälsa på lika villkor", med Folkhälsoinstitutet och Sveriges landsting och regioner som initiativtagare har genomförts varje år sedan 2004.

Undersökningen kommer att genomföras regelbundet för att följa upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Enkäten innehåller ett 70-tal frågor om fysiskt och psykiskt välbefinnande, tandvård och vårdutnyttjande. Andra frågor gäller levnadsvanor, såsom fysisk aktivitet, kost, rökning, snusning, alkohol, spel, ekonomiska förhållanden och sociala relationer.

Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda personer i åldern 16-84 år. 2006 genomfördes ett stratifierat tilläggsurval från samtliga hälso- och sjukvårdsnämndsområden, urvalet omfattade 35 000 enkäter för Västra Götalandsregionen (VGR), varav 10 800 för nämnd 1-3. 6 500 personer i Fyrbodalen besvarade enkäten vilket ger ett bortfall på 40 procent.

För att öka tillförlitligheten när svaren redovisas per kommun har enkäterna för åren 2004-2006 vägts samman till en treårsfil. Materialet är även kalibrerat av SCB för att minska effekterna av bortfallet och förekommande urvalsfel. I den sammanvägda filen som omfattar 8 885 svar kommer 4 procent av enkäterna från 2004, 23 procent från 2005 och 73 procent från 2006 (bilaga 2). Redovisning av materialet finns också på adressen: www.vgregion.se/nfhe.

1.3.4 Rapportens upplägg

I kapitel 2 redovisas centrala socioekonomiska basfakta, avsikten är att uppgifterna ska användas som en bakgrund till och förklaring av hälsoläget i respektive kommun. Uppgifterna redovisas per kommun och efter kön. I kapitel 3 redovisas ett urval av frågorna från vårdbarometern. Kapitel 4 presenterar resultat för de mest centrala frågorna i nationella folkhälsoenkäten uppdelat på hälsoläget och levnadsvanor. Uppgifterna redovisas genomgående per kommun och uppdelat på kön.

Kapitel 5 innehåller en sammanfattande analys och slutsatser från rapporten. I avsnittet görs också rangordning av kommunerna efter deras resultat i spindeldiagrammen i bilaga 1. I bilaga 1 presenteras avsnittet om levnadsvanor i olika spindeldiagram. Först kommer en redovisning för våra nämnder och som referensobjekt hela VGR. Därefter kommer en redovisning av levnadsvanorna för varje enskild kommun. Resultatet för varje kommun kommenteras också kortfattat.

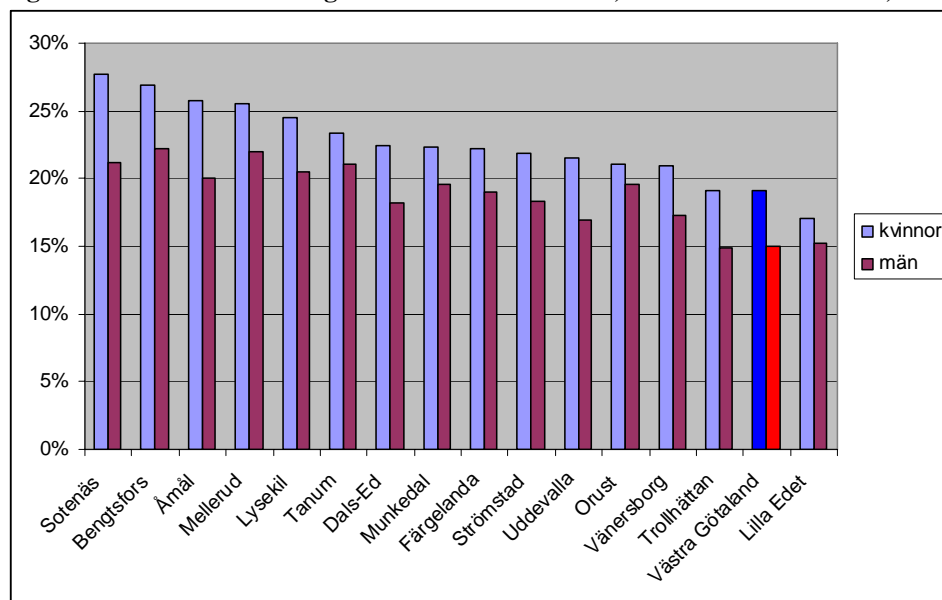
2. Bakgrund socioekonomi

Nedan följer en sammanställning av några centrala socioekonomiska basfakta redovisade per kommun och kön. Avsikten är att uppgifterna ska användas som en bakgrund till och förklaring av hälsoläget i respektive kommun.

Befolkningen i Fyrbodals 15 kommuner uppgår 2006 till 271 400 personer eller 17,6 procent av befolkningen i VGR. Områdets befolkningsmässiga och industriella centrum är de tre större städerna medan övriga kommuner består av glesbygdskommuner och övriga mindre kommuner. Fyrbodals utgör ett heterogent område, förutsättningarna skiftar starkt mellan kommunerna.

Fyrbodals har sammantaget haft en positiv befolkningsutveckling under 2000-talet. Men bilden ser olika ut i de tre nämndområdena. Norra Bohusläns befolkning (73 167) är i stort sett konstant. I Dalsland minskar befolkningen (44 098) i alla kommuner, minskningen uppgår för hela området till i medeltal 280 personer per år. Trestad har under perioden 2000-2006 ökat sin folkmängd (154 196) med knappt 3000 personer.

Figur 1. Andelen i befolkningen som är äldre än 65 år, efter kommun och kön, 2006

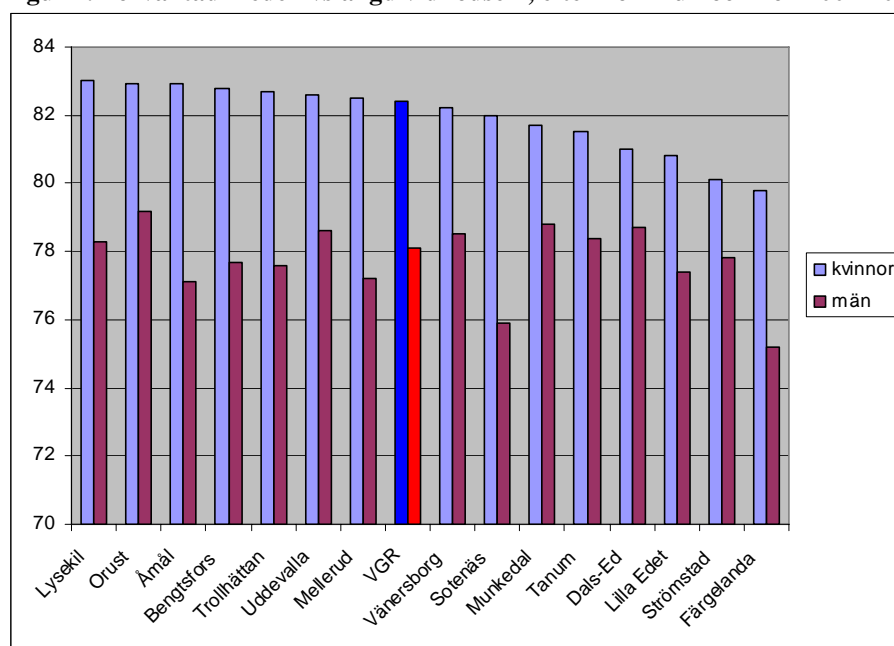


Källa: Statistikdatabasen, Västra Götalandsregionen

I alla kommuner i Fyrbodals finns det fler kvinnor än män i åldersgruppen 65 år och äldre. Andelen kvinnor ökar med stigande ålder. Den äldsta befolkningen i området finns i Sotenäs och Bengtsfors medan den yngsta finns i Trollhättan och Lilla Edet.

Inom Västra Götalandsregionen finns det stora skillnader i ålderssammansättningen bland befolkningen. År 2006 var andelen invånare över 65 år i VGR 17 procent, mot 17,4 procent i riket. Den äldsta befolkningen i Västra Götalandsregionen finns i Dalsland. Även Norra Bohuslän och, i mindre utsträckning, Trestad har en äldre befolkning än genomsnittet i VGR.

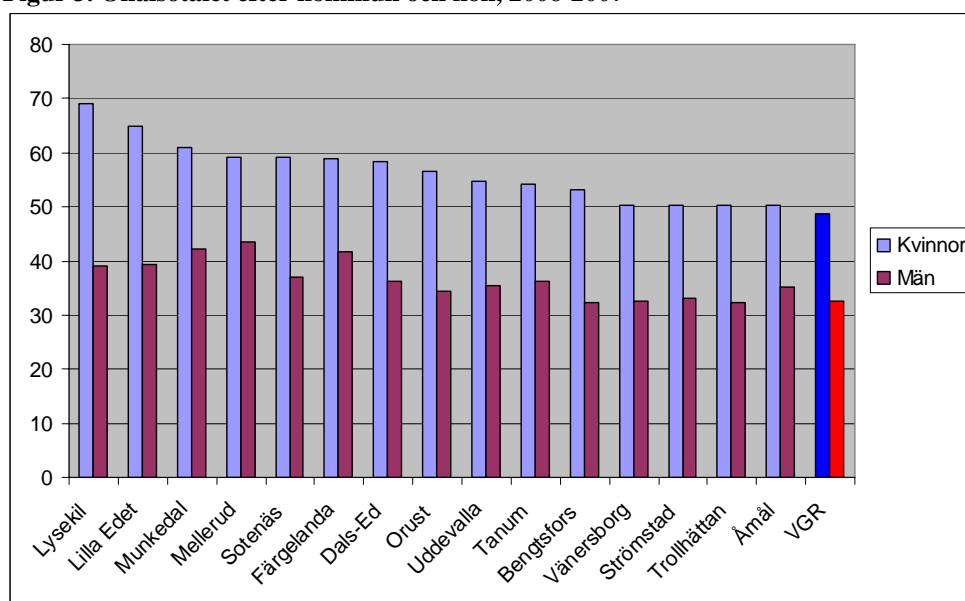
Figur 2. Förväntad medellivslängd vid födseln, efter kommun och kön 2001-2006



Källa: Kommunala basfakta för folkhälsoplanering, Statens folkhälsoinstitut

Medellivslängden är det genomsnittliga antal år som en person förväntas leva om nuvarande mönster i dödlighet består. Den förväntade medellivslängden för kvinnor skiljer tre år mellan Lysekil (83 år) och Färgelanda (79,8 år). För män är motsvarande värden fyra år mellan Orust (78,3 år) och Färgelanda (75,2 år). Motsvarande förväntad medellivslängd för VGR är 82,4 respektive 78,1 år.

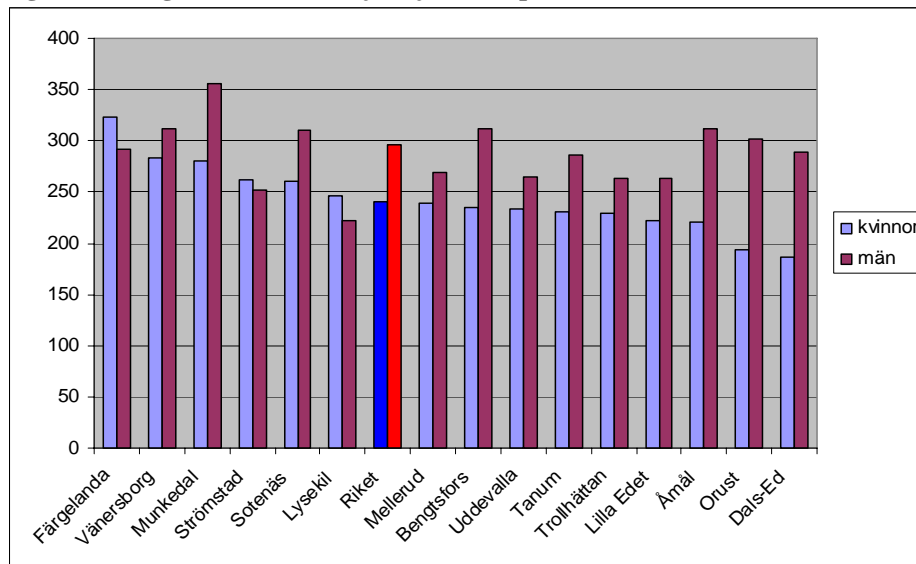
Figur 3. Ohälsotalet efter kommun och kön, 2006-2007



Källa: Försäkringskassan

Under de senaste 12 månaderna har ohälsotalet - antal ersatta dagar per inskriven försäkrad i åldern 16-64 år under en tolv månaders period - i riket minskat med 1,4 dagar. Det är framför allt minskade sjukskrivningar som bidragit till nedgången. Ohälsotalet bland kvinnor och män ligger på samma nivå eller över värdet för Västra Götalandsregionen för samtliga kommuner i Fyrbodalen. Ohälsotalet för kvinnor skiljer nittionio dagar mellan Lysekil och Åmål. För män är motsvarande differens elva dagar mellan Mellerud och Bengtsfors.

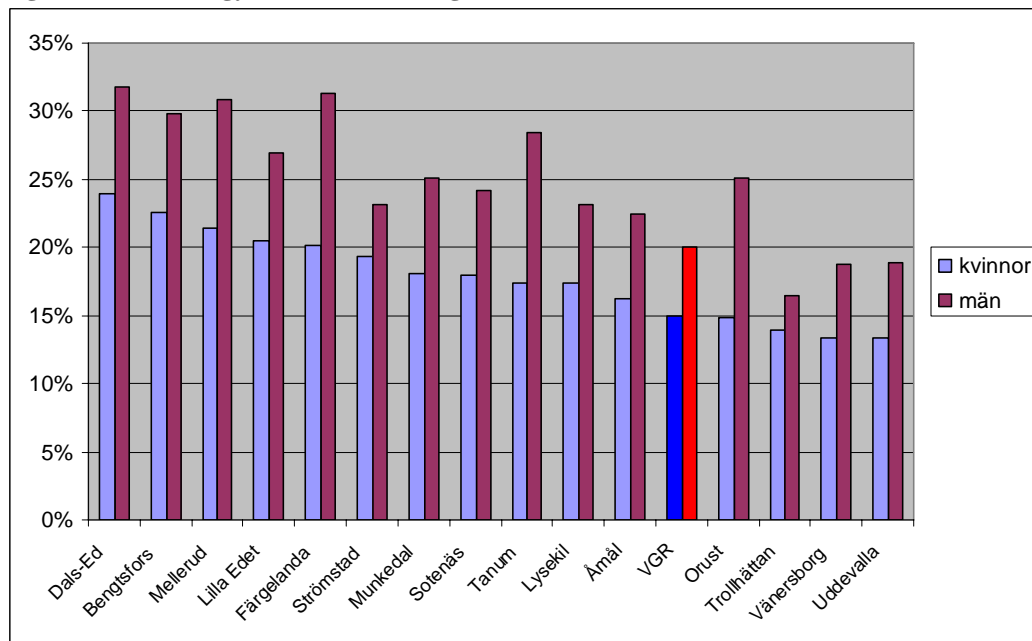
Figur 4. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, per 100 000 15 år och äldre , åldersstandardiserat 2000-2004



Källa: Kommunala basfakta för folkhälsoplanering, Statens folkhälsoinstitut

Den främsta dödsorsaken i Sverige är hjärt-kärlsjukdomar. Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom är genomgående högre för män än för kvinnor. Det motsatta förhållandet råder dock i Färgelanda, Strömstad och Lysekil.

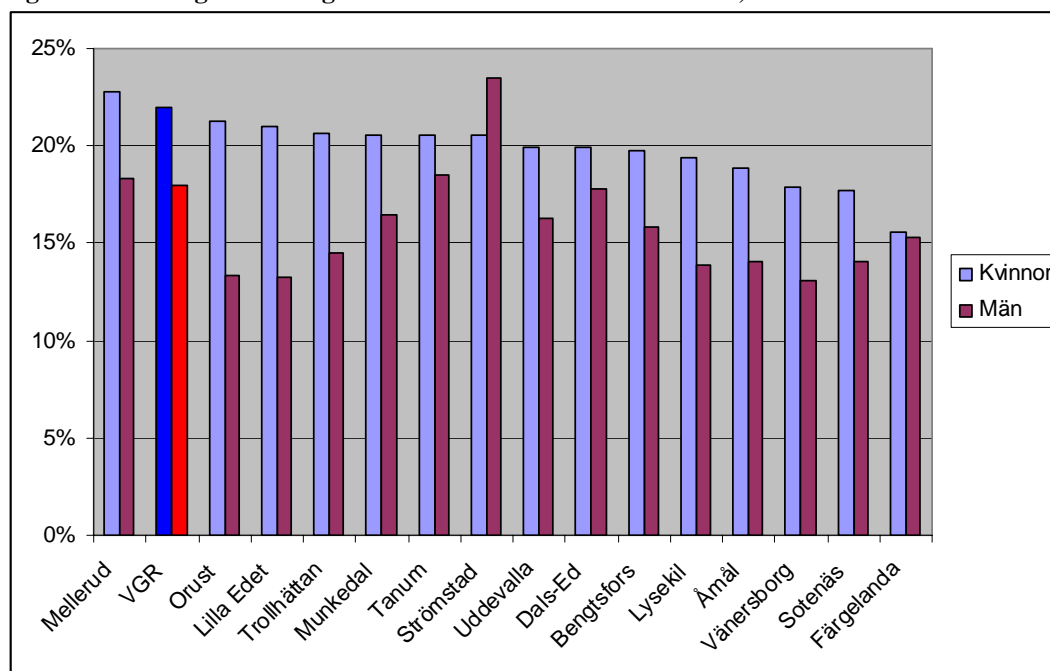
Figur 5. Enbart förgymnasial utbildningsnivå efter kommun och kön, 25-64 år, 2006



Källa: Kommunala basfakta för folkhälsoplanering, Statens folkhälsoinstitut

Sociala skillnader i livslängd och hälsa finns i alla samhällen. Forskningen visar entydigt att personer med lägre utbildningsnivå löper högre risk att drabbas av sjukdom och förtida död jämfört med personer med högre utbildningsnivå. Män har genomgående en lägre utbildningsnivå än kvinnor. Den högsta andelen med låg utbildning finns i Dals Ed och Bengtsfors medan Trestadskommunerna har den lägsta andelen med låg utbildning.

Figur 6. Andel låginkomsttagare efter kommun och kön 20-64 år, 2004¹



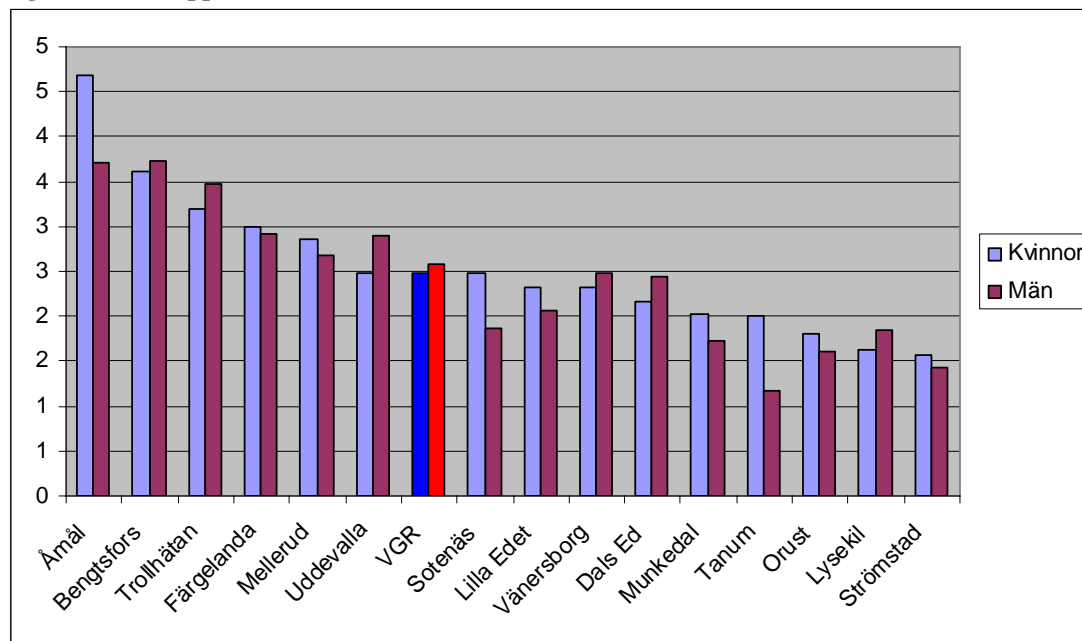
Källa: Kommunala basfakta för folkhälsoplanering, Statens folkhälsoinstitut

Svenska och internationella studier visar att människors hälsa, förbättras med ökande inkomst men i avtagande grad ju högre inkomsten blir. En ekonomiskt utsatt situation som inte bara är tillfällig är däremot negativ för hälsan. Av diagrammet framgår att andelen låginkomsttagare för flertalet kommuner är lägre än i Västra Götalandsregionen.

Kvinnor har genomgående en lägre inkomst än män. Strömstad avviker från detta mönster med en något högre andel män än kvinnor som låginkomsttagare. Bland kvinnor har Mellerud den högsta andelen låginkomsttagare, medan Strömstad har den högsta andelen bland männen.

¹ Låginkomstgränsen är den sammanräknade inkomst under vilken 20 procent av alla inkomsttagare i riket ligger. Låginkomstgränsen var 112 196 kronor år 2004.

Figur 7. Andel öppet arbetslösa efter kommun och kön 20-64 år, 2007-07-09



Källa: AMV

Andelen öppet arbetslösa i september 2007 varierar mellan kommunerna. Den högsta arbetslösheten finns i Åmål och Bengtsfors medan kommunerna i Norra Bohuslän har en lägre arbetslöshet. Jämfört med september 2006 har en minskning av arbetslösheten skett i alla kommuner. Arbetslösheten varierar mellan könen i kommunerna.

Sammanfattande kommentarer

En genomgång av några centrala bakgrundsvariabler för hälsoläget visar att:

- Befolkningen i Fyrbodal är äldre än genomsnittet för Västra Götalandsregionen. Den äldsta befolkningen i området finns i Sotenäs och Bengtsfors medan den yngsta finns i Trollhättan och Lilla Edet. I alla kommuner i Fyrbodal finns det ett överskott av kvinnor i åldersgruppen 65 år och äldre.
- Den förväntade medellivslängden skiljer stort mellan enskilda kommuner i området. Medellivslängden ligger högre för kvinnor än för män.
- Ohälsotalet bland kvinnor och män ligger på samma nivå eller över genomsnittet för Västra Götalandsregionen i samtliga kommuner i Fyrbodal.
- Den främsta dödsorsaken i Sverige och Fyrbodal är dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Övriga stora sjukdomsgrupper är psykiska sjukdomar, cancersjukdomar och olycksfall/skador. Tillsammans svarar dessa fyra sjukdomsgrupper för 70 procent av den totala svenska sjukdomsördan.
- Andelen kvinnor och män av befolkningen med enbart förgymnasial utbildning ligger klart över genomsnittet för Västra Götalandsregionen, undantaget Orust och de tre största kommunerna.
- Andelen låginkomsttagare är för flertalet kommuner i Fyrbodal lägre än i Västra Götalandsregionen.
- Den högsta arbetslösheten finns i Åmål och Bengtsfors medan kommunerna i Norra Bohuslän har en lägre arbetslöshet.

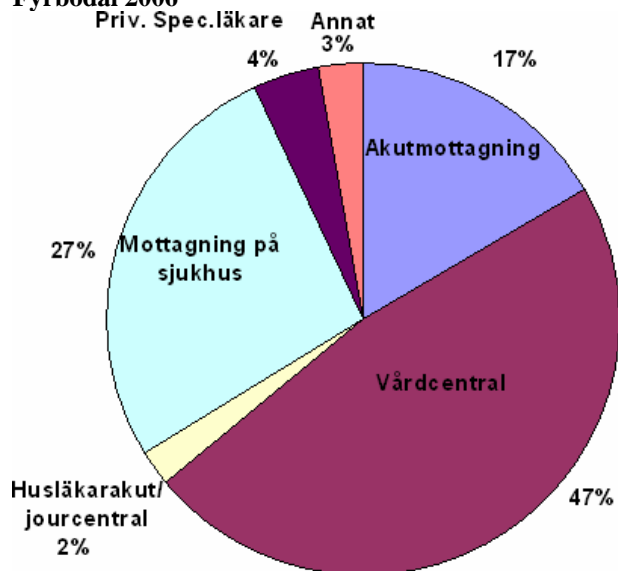
3. Vårdbarometern

3.1 Kontakt med vården

I genomsnitt har 75 procent av befolkningen i Fyrbodals kommun besökt vården som patient eller medföljande de senaste 12 månaderna. Genomsnittet för hela Västra Götalandsregionen är 2006, 77 procent. Patienterna i Fyrbodals kommun vände sig i första hand till en vårdcentral (47 procent) följt av en mottagning på sjukhus (27 procent) eller besökte akutmottagningen (17 procent).

Av de som besökte vården under året gjorde 21 procent ett besök, 54 procent 2-5 besök, 15 procent 6-10 besök och 11 procent mer än 10 besök. 65 procent av besöken gjordes på grund av kronisk sjukdom, sjukdom som varat en tid eller kontroller. Besök på grund av akut sjukdom/olycksfall utgjorde 22 procent.

Figur 8. Vart patienten vände sig för att få vård eller behandling vid det senaste besöket i sjukvården, Fyrbodals kommun 2006



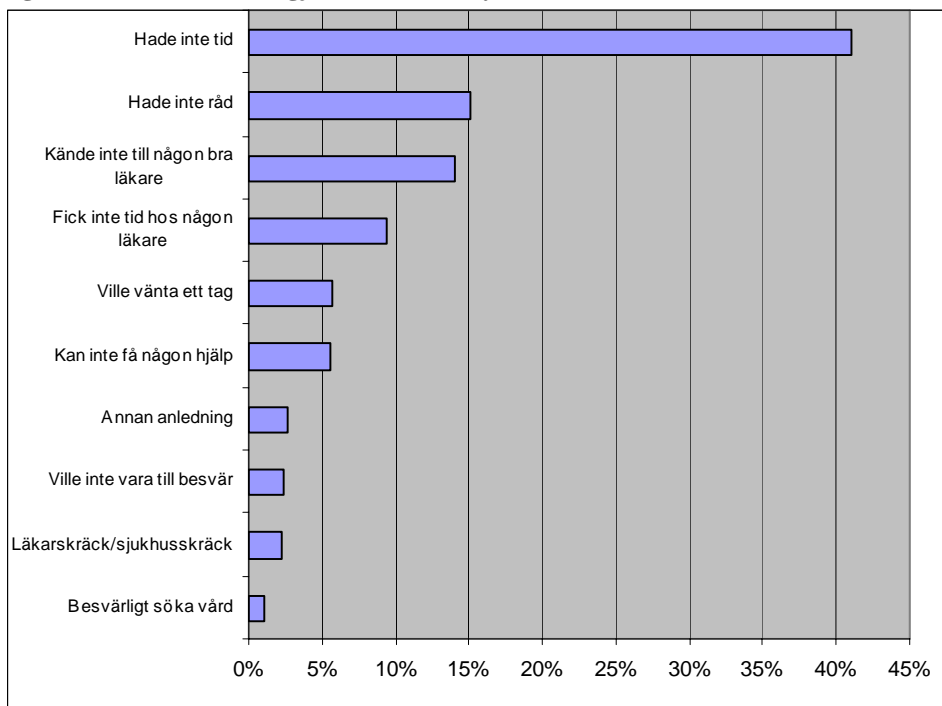
Källa: Vårdbarometern 2006

Det finns inga säkerställda skillnader mellan kontakten med vården i enskilda kommuner. Alla åldersgrupper har en kontaktgrad på över 70 procent förutom för personer under 20 år som ligger på 60 procent.

I behov av vård men inte sökt vård

Drygt 20 procent av de som svarat på enkäten både i VGR och enskilda nämnder uppger att de varit i behov av sjukvård men inte sökt vård. De stora grupperna i detta urval är: förtidspensionärer, sjukpensionärer, långtidssjukskrivna, låginkomsttagare och studenter. På följdfrågan varför man inte gjorde besöket är de vanligaste svaren att man inte hade tid följt av, hade inte råd eller att man inte kände till någon bra läkare.

Figur 9. Varför man inte gjorde besöket, Fyrbodals kommun 2005-2006?

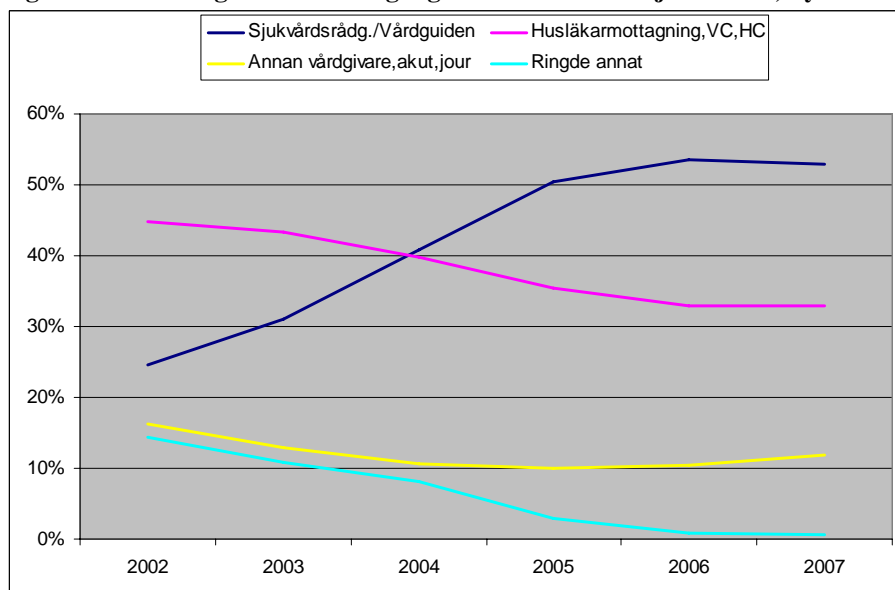


Källa: Vårdbarometern

35 procent i Trestad 32 procent i Norra Bohuslän respektive 29 procent i Dalsland av samtliga tillfrågade uppger att de under de senaste 12 månaderna har ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp om någon sjukdom direkt på telefon. Kvinnor ringer i högre utsträckning än män. Befolkningen i Trestadskommunerna ringer oftast medan de boende i Bengtsfors och Orust ringer mera sällan.

Av befolkningen i Fyrbodals kommun som ringt till sjukvården för råd har andelen som ringer till sjukvårdsupplysningen ökat från 25 procent 2002 till 53 procent 2007. Den största uppgången har skett i Trestad följt av Norra Bohuslän och Dalsland. Det finns inga stora skillnader mellan könen. Denna trend hänger samman med den ökade beställning som har skett av sjukvårdsupplysning de senaste åren och därmed en förbättrad tillgänglighet. Men också på ett ändrat innehåll i blå sidorna som tydligare hänvisar till sjukvårdsupplysningen.

Figur 10. Vart ringde du senaste gången du kontaktade sjukvården, Fyrbodals kommun 2002-2007



Källa: Vårdbarometern

Få använder Internet

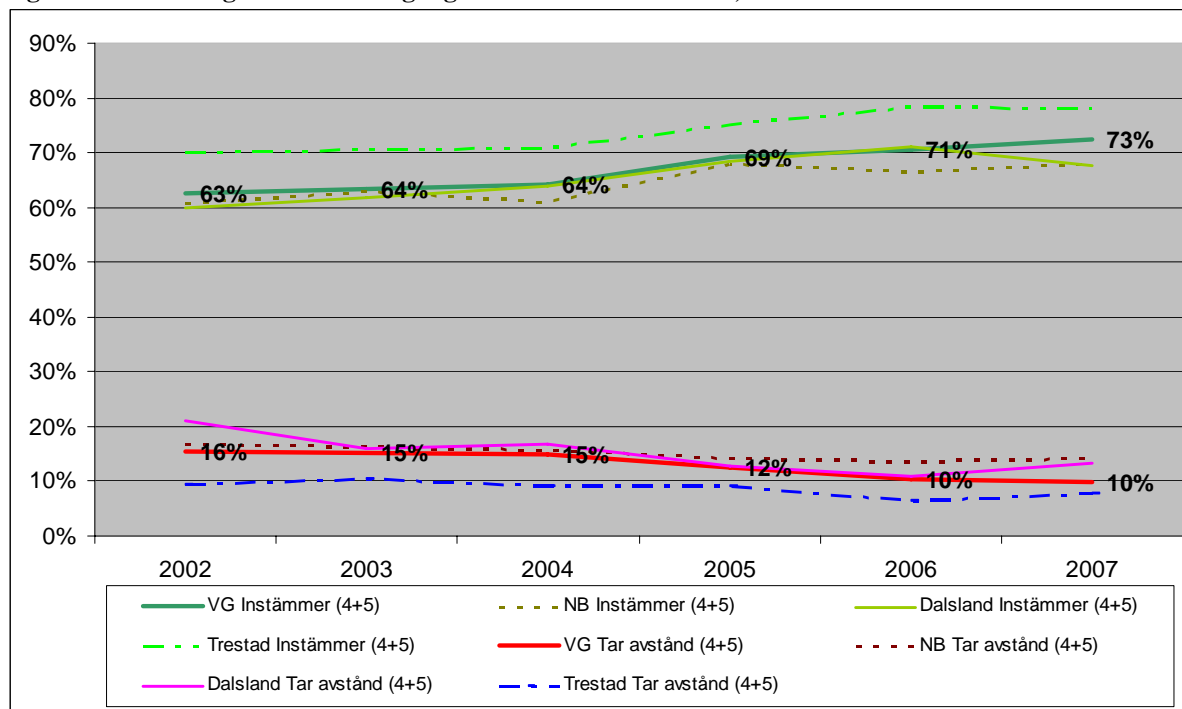
Mellan 2005-2006 har andelen som använder Internet vid kontakt med sjukvården ökat från 3-4 procent. Andelen kommer troligen att öka framöver i takt med att möjligheterna för befolkningen att kommunicera med sjukvården via Internet utökas. Det finns inga skillnader mellan män och kvinnor, men personer mellan 20-40 år är i majoritet. Den vanligaste informationen man sökte efter var; information om sjukdomar, vårdens öppettider, läkemedel och bokning av tider.

3.2 Tillgänglighet till hälso- och sjukvård

Tillgänglighet inom hälso- och sjukvård är ett begrepp som kan ses ur flera olika perspektiv. God tillgänglighet innebär att invånarna ska få merparten av sina vårdbehov tillgodosedda genom snabb och bra hälso- och sjukvård i närmiljön, samt, när medicinskt behov konstaterats, rätt behandling utan onödigt dröjsmål.

I vårdbarometern finns frågan om man anser att man har tillgång till den vård man behöver. Frågan ställs till alla personer oavsett om man besökt vården eller inte.

Figur 11. Utveckling över tid av tillgång till den vård de behöver, 2002-2007



Källa: Vårdbarometern

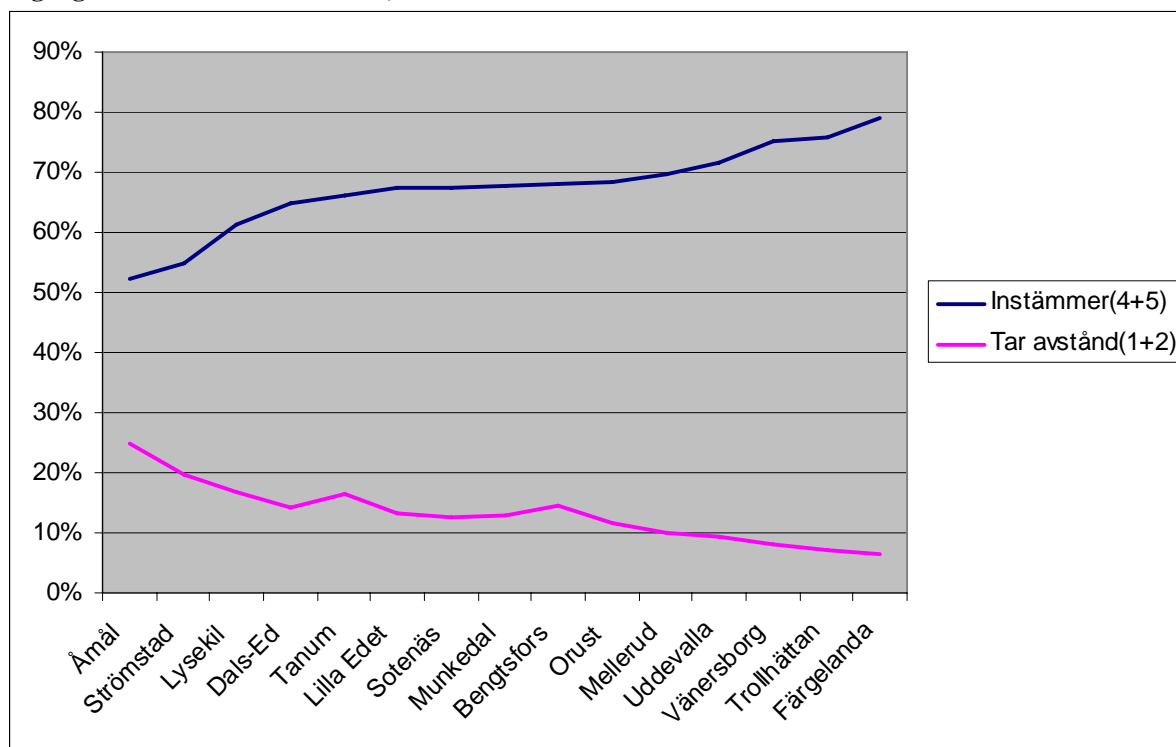
En högre andel av befolkningen upplever att de har tillgång till den vård de behöver 2007 jämfört med 2002. Ökningen har skett både bland kvinnor och män. Männerna är dock genomgående några procentenheter mer nöjda än kvinnorna. Befolkningen i Trestad är under hela perioden mest nöjda med tillgången på vård.

En djupdykning i materialet visar att det är personer i åldersintervallet 30-39 år samt 40-49 år, heltidsarbetande och ensamstående med barn, grupper som i högre utsträckning än det totala urvalet är missnöjda med tillgången på hälso- och sjukvård. Det finns också ett samband med att personer som besöker sjukvården ofta är mer missnöjda med tillgången på vård än personer som utnyttjar vården i mindre utsträckning.

På följdfrågan vad det är man saknar svarar tre av fyra att man vill ha en bättre tillgänglighet i form av kortare väntetider och köer samt mindre krångel och bättre möjligheter att få kontakt med vården. Övriga önskemål rör huvudsakligen krav på fler läkare och övrig vårdpersonal.

Grupper av bland befolkningen som är minst nöjda är: invånare med dålig hälsa, anhöriga till barn, utomnordiska invandrare och personer som bott i Sverige en kortare period.

Figur 12. Andel per kommun som instämmer respektive tar avstånd till frågan om man anser att man har tillgång till den vård man behöver, 2002-2007



Källa: Vårdbarometern

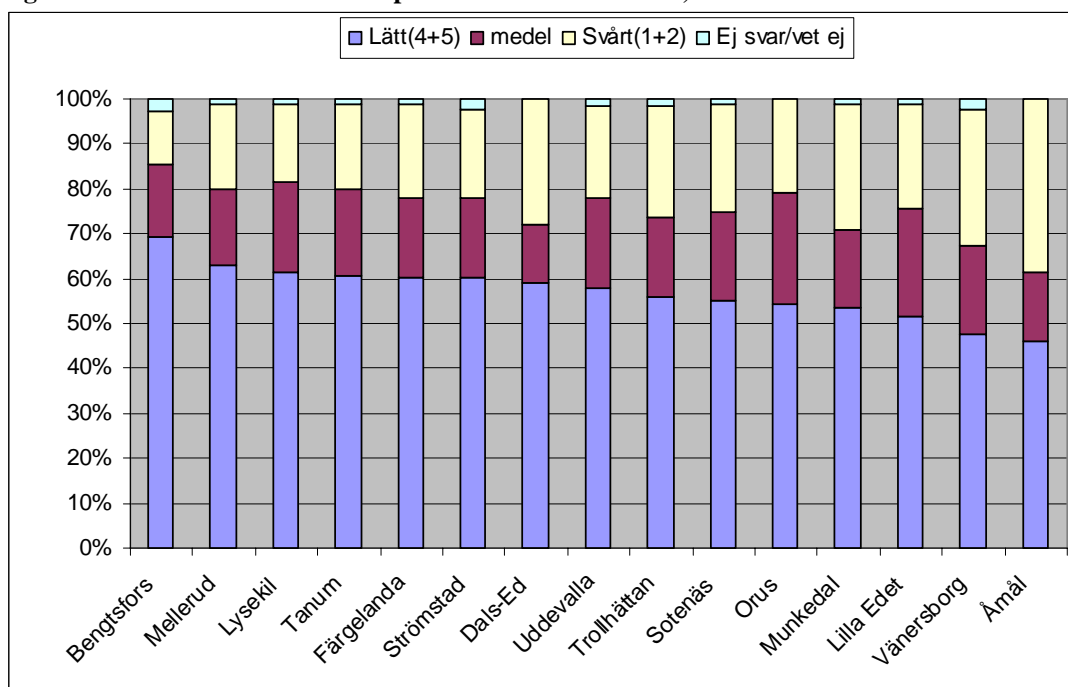
Vid jämförelser mellan enskilda kommuner studeras perioden 2002-2007 för att få ett säkrare underlag. Mest nöjda är befolkningen i Trestad och Färgelanda. Minst nöjda är de boende i Åmål, Strömstad och Lysekil.

3.3 Telefontillgänglighet

En central fråga för tillgängligheten i primärvården är tillgängligheten per telefon.

I nämndernas avtal med primärvården inför 2007 står det att "telefontillgänglighet skall innebära att 80 procent av samtalen kommer fram inom 5 minuter och patienten skall kunna få ett medicinskt råd eller kunna beställa tid". Tillgängligheten per telefon i primärvården har under ett antal år mätts och befunnits variera stort mellan olika vårdcentraler.

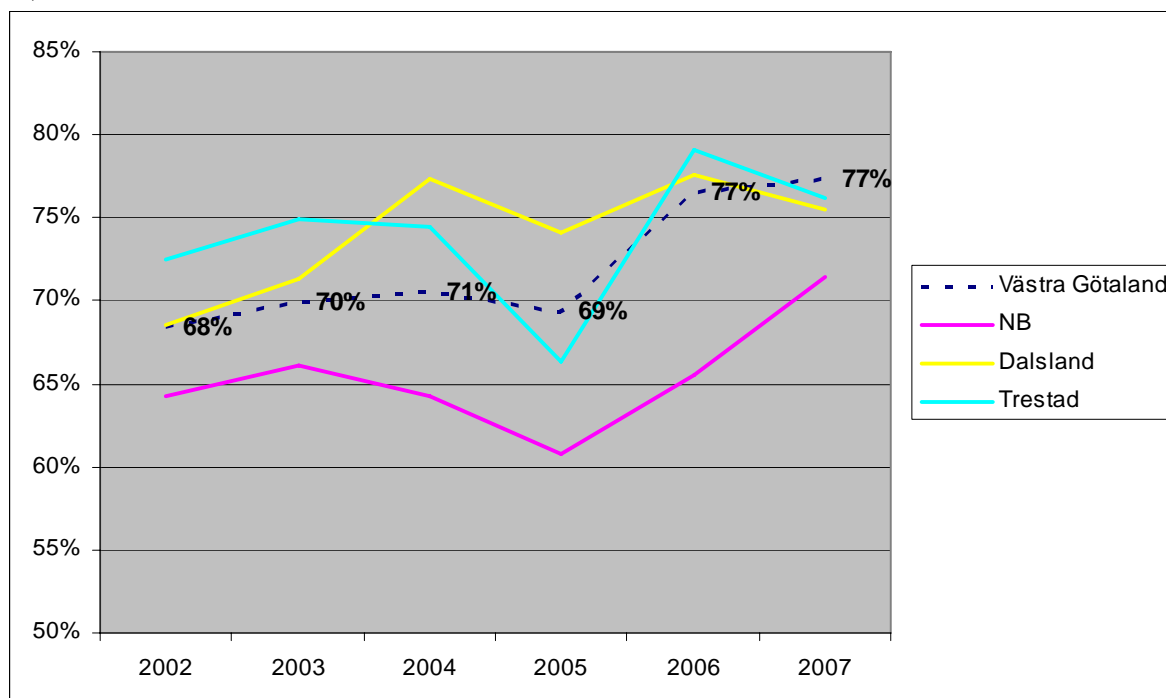
Figur 13. Lätt/svårt komma fram på telefon till vårdcentral, 2002-2007



Källa: Vårdbarometern

En orsak till skillnader mellan kommunerna kan vara olikheter i organisering och rutiner på den enskilda vårdcentralen. Fr.o.m. årsskiftet 2007 har alla offentliga vårdcentraler infört TeleQ.

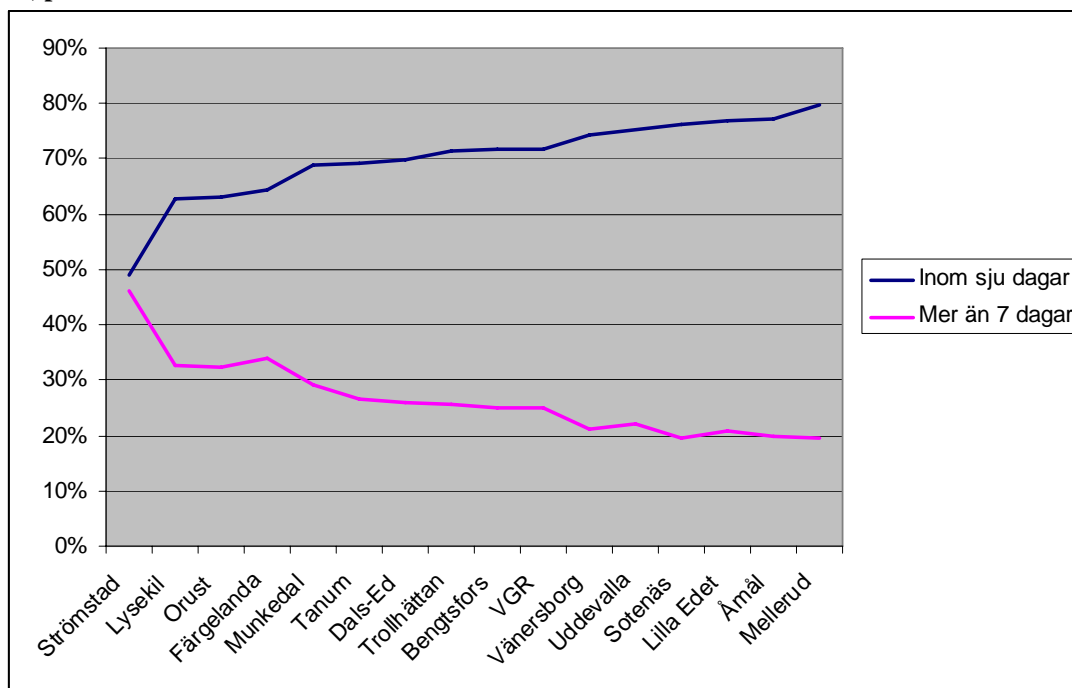
Figur 14. Andel som uppgav att de fick tid på vårdcentral inom 7 dagar efter att de ringt, utveckling över tid, 2002-2007



Källa: Vårdbarometern

Andelen som fick tid för besök inom sju dagar till vårdcentral följer samma utveckling både inom hela VGR och nämnderna i Fyrbodalen. Mot slutet av 2005 infördes vårdgarantin, vilket innebär att alla har rätt till att få besökstid på vårdcentralen inom sju dagar. Vi ser också en ökning från 2005-2007 i tillgängligheten. Under hela mätperioden upplever befolkningen i Norra Bohuslän en sämre tillgänglighet än övriga områden

Figur 15. Andel som uppgav att de fick tid på vårdcentral inom 7 dagar efter att de ringt, utveckling över tid, per kommun 2002-2007



Flera av kommunerna i Norra Bohuslän har en låg tillgänglighet till vårdcentralen. Hälften av kommunerna har dock en tillgänglighet på över 70 procent.

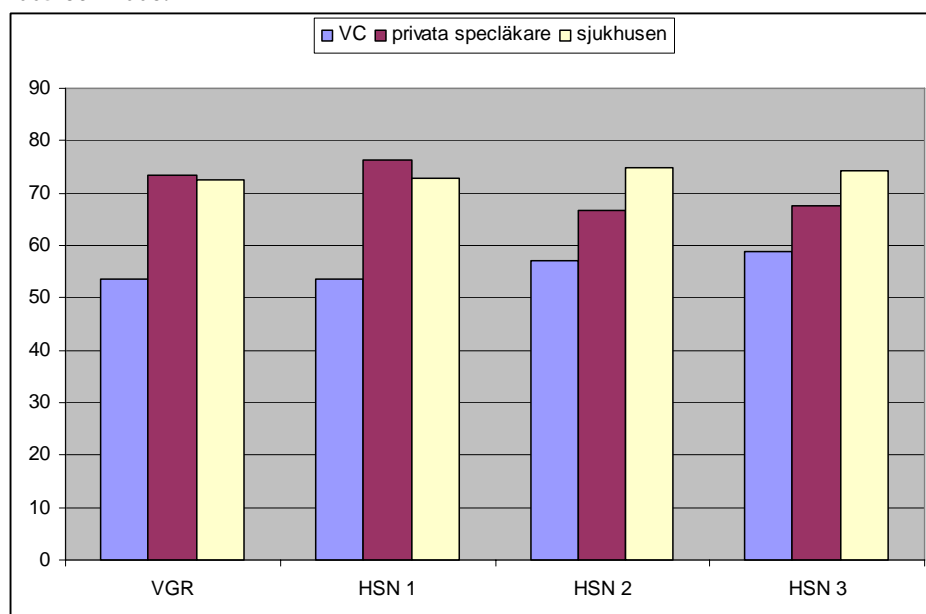
Sveriges kommuner och landsting genomför varje år mätningar av tillgängligheten till primärvården. Hösten 2006 fick 95 procent av befolkningen i VGR träffa en läkare inom sju dagar. Differensen mot vårdbarometerens siffror kan förklaras på två sätt. Vårdbarometern mäter befolkningens uppfattning medan SKL:s mätning bygger på personalens registreringar. Frågan i vårdbarometern omfattar alla yrkesgrupper medan SKL enbart mäter läkarbesök.

3.4 Förtroende för vården

Förtroendet för hälso- och sjukvården speglar vilken tillit patienter och medborgare har till hälso- och sjukvården och hur väl den svarar mot behoven av vård och behandling. Lagstiftningen föreskriver en patientfokuserad hälso- och sjukvård, där det är viktigt att visa omtanke och respekt.

I den nationella folkhälsoenkäten finns en fråga om vilket förtroende man har för olika samhällsinstitutioner. Förtroende för sjukvården får det högsta betyget. I Västra Götalandsregionen uppger 69 procent att de har ganska stort eller mycket stort förtroende för sjukvården år 2006. Förtroendet för politiker i Västra Götalandsregionen hamnar däremot på en bottennotering där bara 17 procent har ganska eller mycket stort förtroende.

Figur 16. Förtroende för vård och behandling hos vårdcentral, sjukhusen och privata specialläkare, 2005 och 2006.

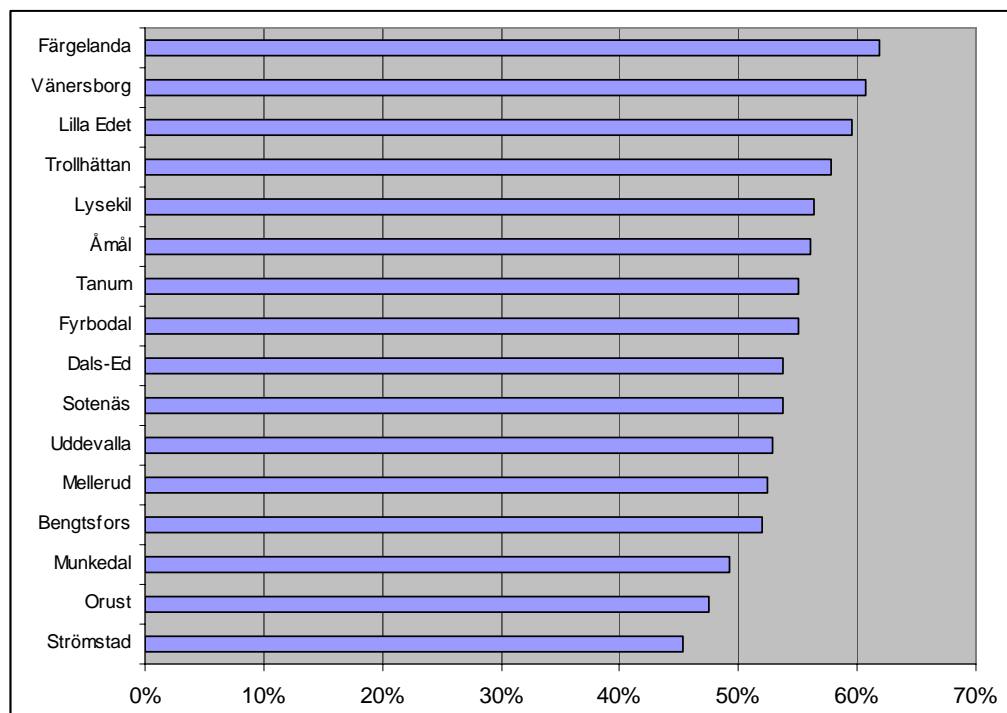


Källa: Vårdbarometern

I vårdbarometern tillfrågas om förtroendet för vården oavsett om man besökt en vårdinrättning eller inte. Utesluter man svarsalternativet ”vet ej” så har befolkningen större förtroende för vård och behandling både vid sjukhus, privata specialläkare än vid vårdcentral.

Störst förtroendet bland befolkningen finns hos kvinnor, äldre personer, personer med låg utbildning och en låg inkomst. Medan förtroendet är lägre hos män, yngre och medelålders, högutbildade, personer med en hög inkomst, heltidsarbetande samt invandrade personer.

Figur 17. Andelen med mycket eller ganska stort förtroende för vård och behandling vid vårdcentral eller motsvarande 2005-2006



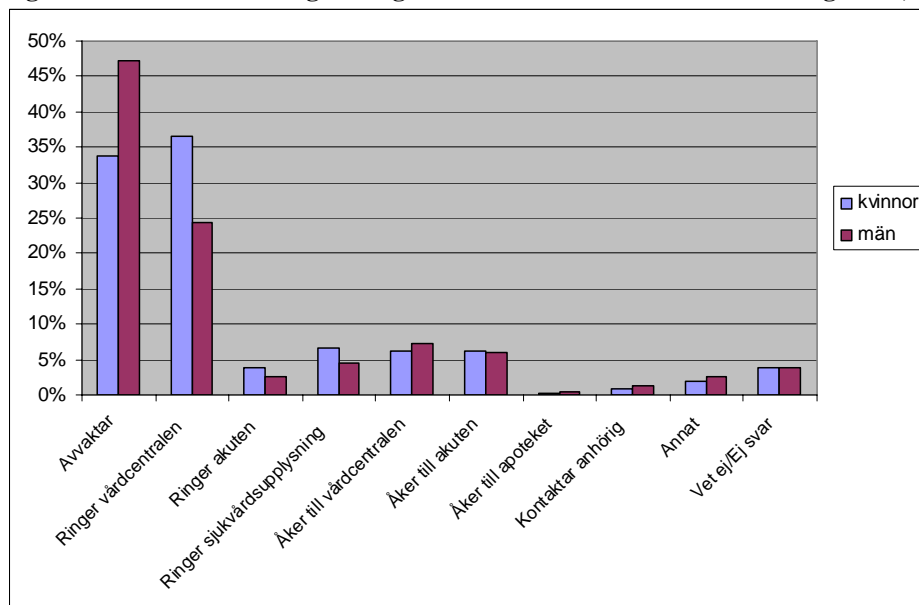
Källa: Vårdbarometern

Andelen med stort förtroende för vårdcentral varierar mellan 62 procent och 45 procent. Det finns inget tydligt samband mellan hög konsumtion av primärvård och högt förtroende bland befolkningen.

3.5 Beteende vid sjukdom

En fråga i vårdbarometern lyder: ”Antag att du varit förkyld en tid och haft hög feber ett par dagar och misstänker halsfluss. Vad gör du, klockan 15 på eftermiddagen en vanlig vardag?”

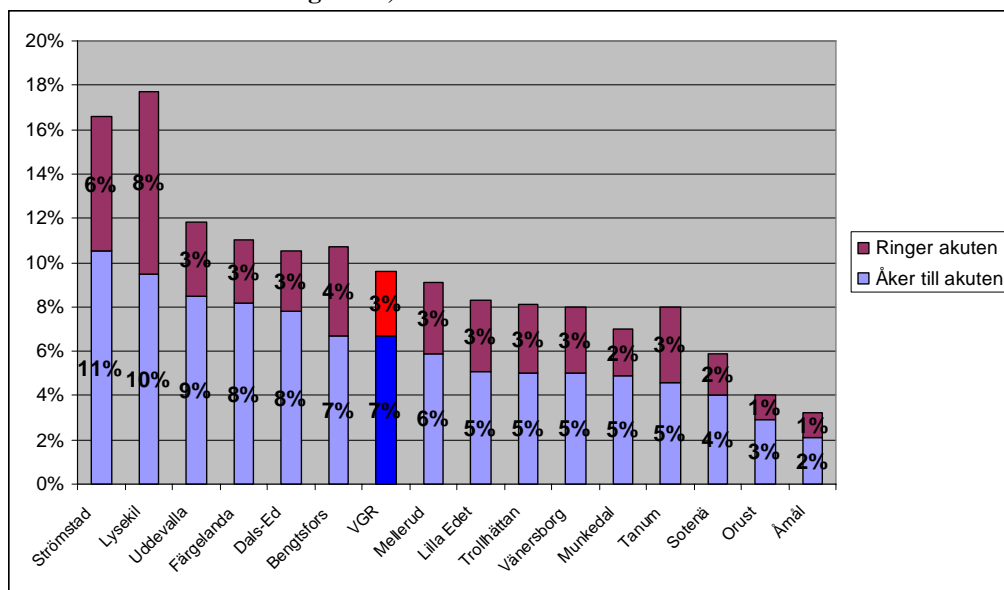
Figur 18 Beteende en vanlig vardag kl 15 vid misstänkt halsfluss med hög feber, Fyrbodalen 2002-2007



Källa: Vårdbarometern

Diagrammet visar att majoriteten av de tillfrågade i Fyrbodalen avvaktar eller ringer till vårdcentralen. Män avvaktar i högre grad medan kvinnor ringer till vårdcentralen i högre utsträckning. Ser vi på utvecklingen över tid tycks gruppen som avvaktar öka, gruppen som ringer direkt till vårdcentralen minskar medan gruppen som ringer till sjukvårdsupplysningen ökar. För övriga alternativ är förändringarna marginella.

Figur 19 Andel personer som ringer alternativt åker till akuten (sjukhus) en vanlig vardag kl 15 vid misstänkt halsfluss med hög feber, efter kommun 2002-2007



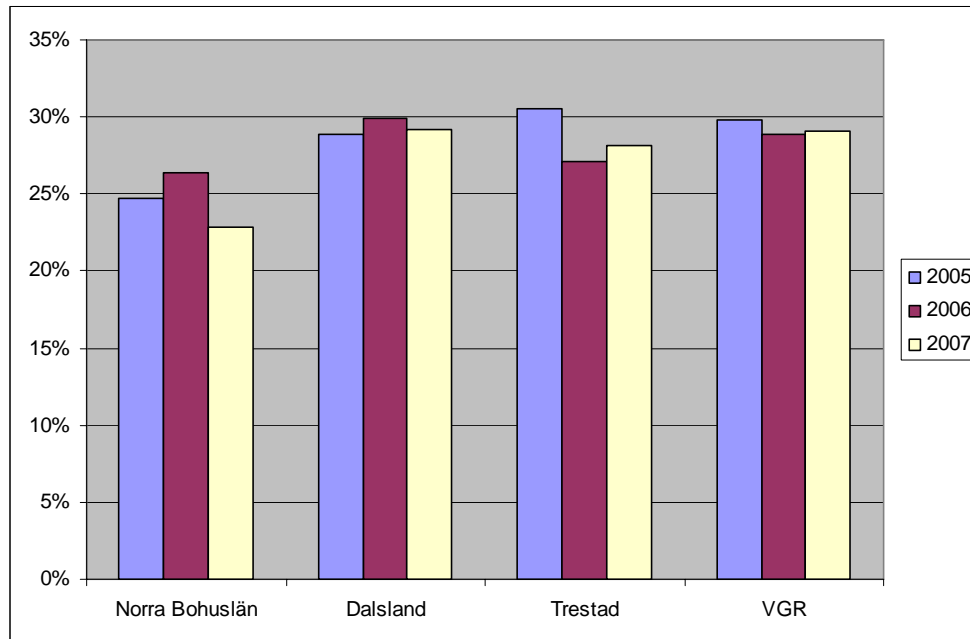
Källa: Vårdbarometern

Tittar vi närmare på andelen som ringer eller åker till akuten ligger Västra Götalandsregionen i mitten. Det finns en stor variation mellan enskilda kommuner. Förklaringar kan vara avstånd till sjukhuset, traditioner, vanor, eller som i Strömstad/Lysekil tror att man åker till akuten när man faktiskt åker till en jourcentral.

3.6 Livsstilsfrågor, FAR

Positiva effekter av fysisk aktivitet har varit kända sedan lång tid och har vetenskapligt ytterliggare förstärkts de senaste åren. Rekommendationer för behandling av livsstilsrelaterade sjukdomar betonar en kombination av läkemedel och livsstilsåtgärder.

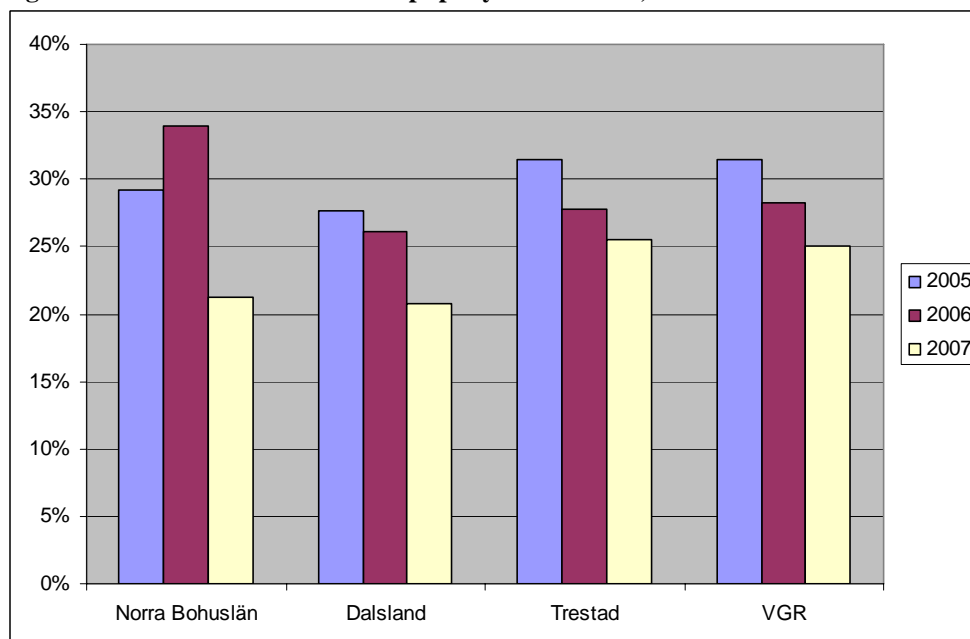
Figur 20. Andel besök i vården där läkaren/sjuksköterskan tagit upp livsstilsfrågor (rökning, kost, alkohol, motion), 2005-2007



Källa: Vårdbarometern

Figuren visar att ungefär en tredjedel av alla personer som besökt vården det senaste året i samband med besöket diskuterat livsstilsfrågor. Minst vanligt är denna typ av samtal i Norra Bohuslän.

Figur 21. Har du dessutom fått recept på fysisk aktivitet, 2005-2007



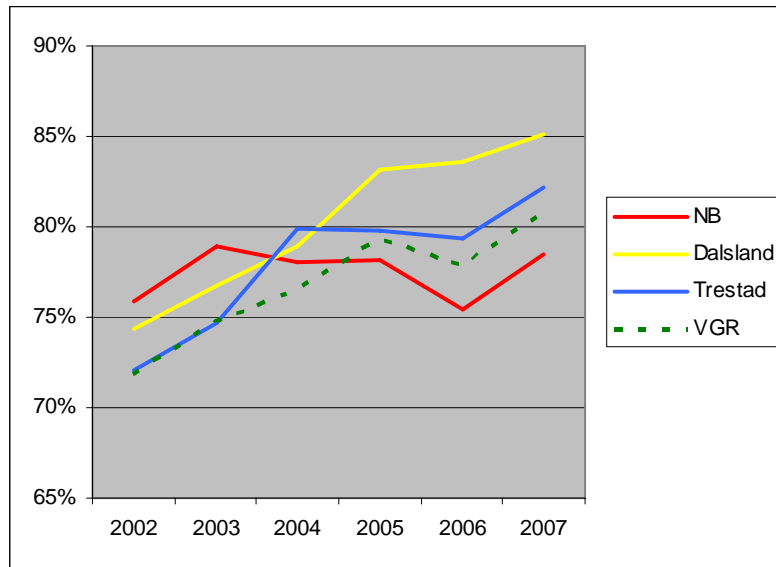
Källa: Vårdbarometern

Följdfrågan om recept på fysisk aktivitet skrivits ut vid besöket visar genomgående en neråtgående trend från 2005-2007. En förklaring kan vara att uppmärksamheten om Fyss/Far var störst vid införandet 2005 samt att arbetet kommit olika långt på olika håll. Den största nedgången har inträffat i Norra Bohuslän.

3.7 Betyg på besöket

En sammanvägd fråga av de som under de senaste tolv månaderna antingen besökt en vårdcentral, mottagning på sjukhus eller privata specialtläkare.

Figur 22. Andelen ganska/mkt nöjda sammanfattande betyg på besöket, 2002-2007

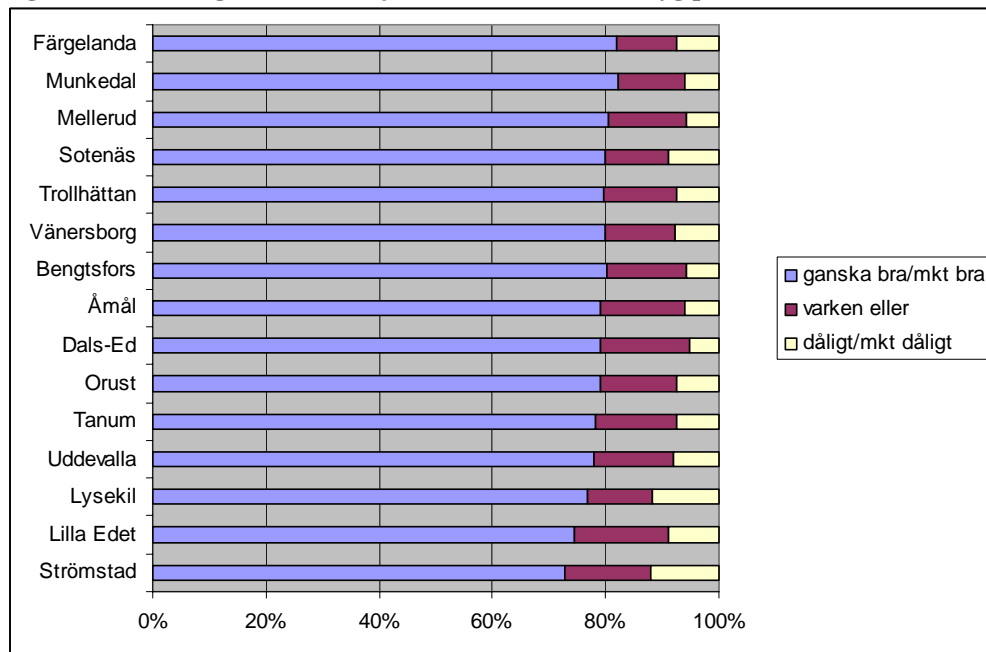


Källa: Vårdbarometern

Befolkningen i Dalsland och Trestad ger ett högre betyg på vården än genomsnittet i Västra Götaland, medan befolkningen i Norra Bohuslän ger ett lägre betyg. Utvecklingen över tid är positiv. Fler är nöjda med sitt besök 2007 än 2002.

Majoriteten av de intervjuade upplever att de fått ett positivt bemötande i sin kontakt med hälso- och sjukvården och att när de väl fått göra sitt besök har de fått den hjälp de förväntat sig. Äldre är nöjdare än yngre, medan skillnaden mellan män och kvinnor är liten. Befolkningen ger högst sammanfattande betyg på sitt besök hos privata specialtläkare följt av besök vid sjukhus medan, besök på vårdcentralen hamnar på en något lägre nivå.

Figur 23. Andelen ganska/mkt nöjda sammanfattande betyg på besöket



Källa: Vårdbarometern 2002-2007

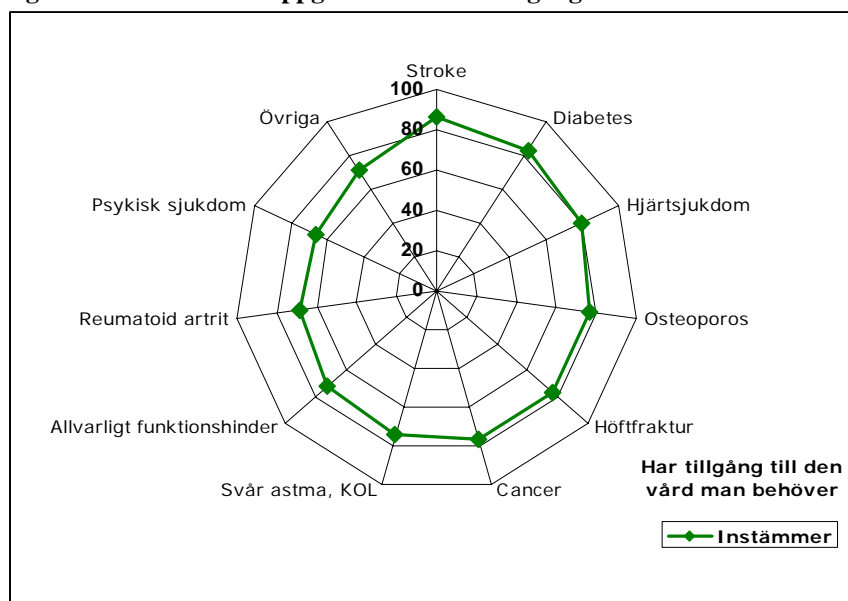
Figuren visar att andelen av befolkningen som ger betyget ganska/mkt bra varierar mellan 73-81 procent.

3.8 Patienter med kroniska sjukdomar

I vårdbarometern finns sedan 2005 en fråga om intervjupersonerna under de senaste tolv månaderna behandlats inom sjukvården på grund av något av följande; hjärtsjukdom, höftfraktur, cancer, diabetes, stroke, ledgångsreumatism, svår astma/KOL, osteoporos, psykisk sjukdom eller allvarligt funktionshinder. Bland de som deltagit i undersökningen uppger 21 procent att de hör till denna grupp.

Med denna fråga kan man följa behovsgruppens synpunkter och erfarenheter av hälso- och sjukvård.

Figur 24. Andelen som uppger att man har tillgång till den vård man behöver, VGR, 2005-2007



Källa: Vårdbarometern

I gruppen med kroniska sjukdomar uppger 76 procent att de har tillgång till den vård de behöver, motsvarande siffra för hela materialet är 71 procent. Gruppen är mera nöjd med tillgången till vård än befolkningen som helhet i Norra Bohuslän och Trestad men något mindre nöjd än befolkningen i Dalsland. Uppdelat på enskilda diagnoser är personer med diabetes och stroke mest nöjda medan personer med ledgångsreumatism och psykisk sjukdom är något mindre nöjda.

Kroniskt sjuka har i större utsträckning haft kontakt med vården än övriga. 28 procent har ansett sig vara i behov av sjukvård en eller flera gånger de senaste 12 månaderna utan att söka vård. Motsvarande andel bland övriga är 21 procent.

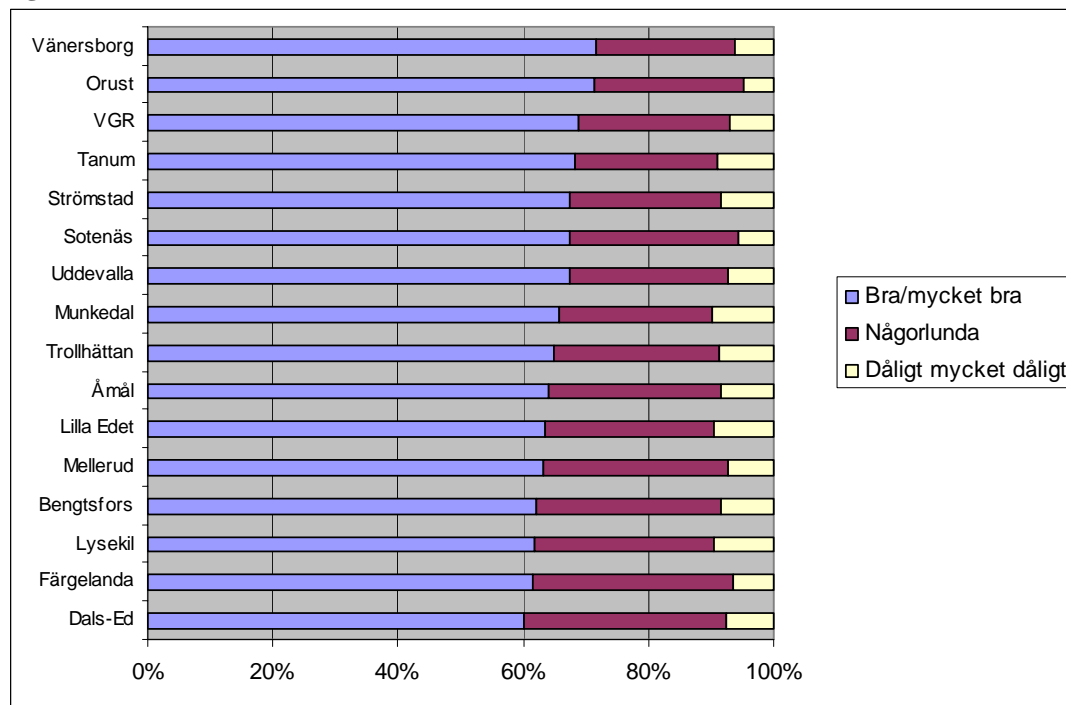
Gruppen har också i något större utsträckning besökt mottagning vid sjukhus jämfört med övriga som i något högre utsträckning besökt vårdcentral eller akutmottagning vid sjukhus. Andelen som avstått från att söka vård är något större bland de definierade diagnoserna än bland övriga patienter

4. Nationella folkhälsoenkäten

4.1 Hälsoläget

Frågan om självskattad allmän hälsa har i en rad studier visat sig vara en bra indikator på sannolikheten att drabbas av framtida ohälsa. En person kan trots långvarig sjukdom tycka sig ha ett bra hälsotillstånd.

Figur 25. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd, 2004-2006



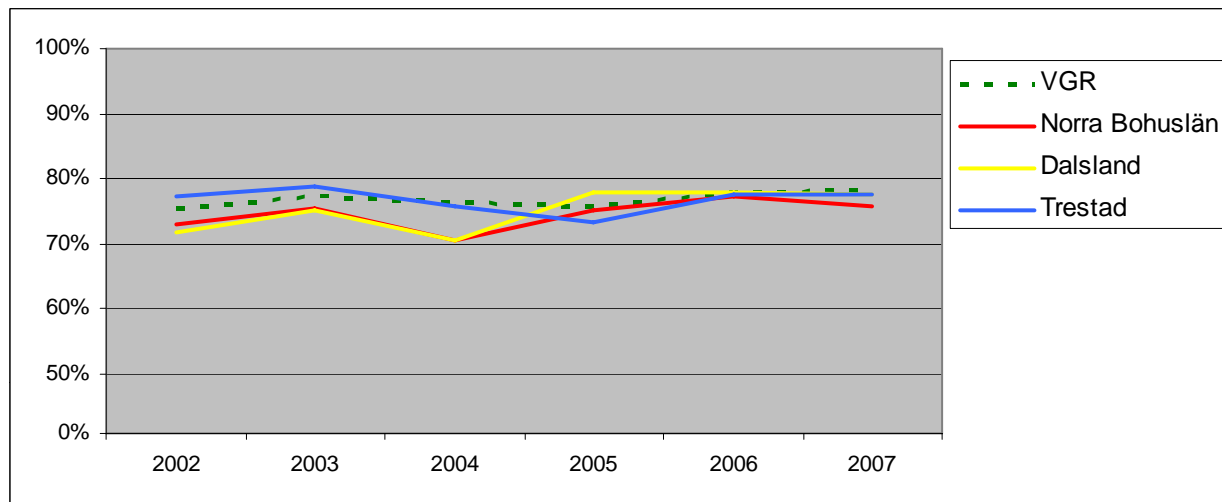
Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

I diagrammet är kommunerna sorterade efter summan av "mycket bra" och "bra". 2004-2006 uppger befolkningen i Vänersborg och Orust bäst hälsotillstånd medan befolkningen i Färgelanda och Dals-Ed uppger sämst hälsotillstånd. Mellan bästa och sämsta kommun skiljer det 12 procentenheter.

Bryter man ner materialet på ålder och kön kan man förenklat säga att över tid förefaller de yngre må sämre medan de äldre mår allt bättre. Män uppger genomgående att de har en bättre hälsa än kvinnor. Invånare med en helsvensk bakgrund mår bättre än de som är födda utanför Sverige. Personer mellan 20-29 år med ett heltidsarbete, en hög inkomst och en högre utbildning mår som bäst, medan grupperna sjukpensionärer och långtidssjukskrivna kvinnor med en lägre utbildning mår som sämst.

För att kunna följa utvecklingen över tid de senaste åren får vi gå till motsvarande fråga i vårdbarometern. Frågan i vårdbarometern har en snarlik formulering men med andra svarsalternativ.

Figur 26. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd, andelen som uppger att de mår bra, 2002-2007



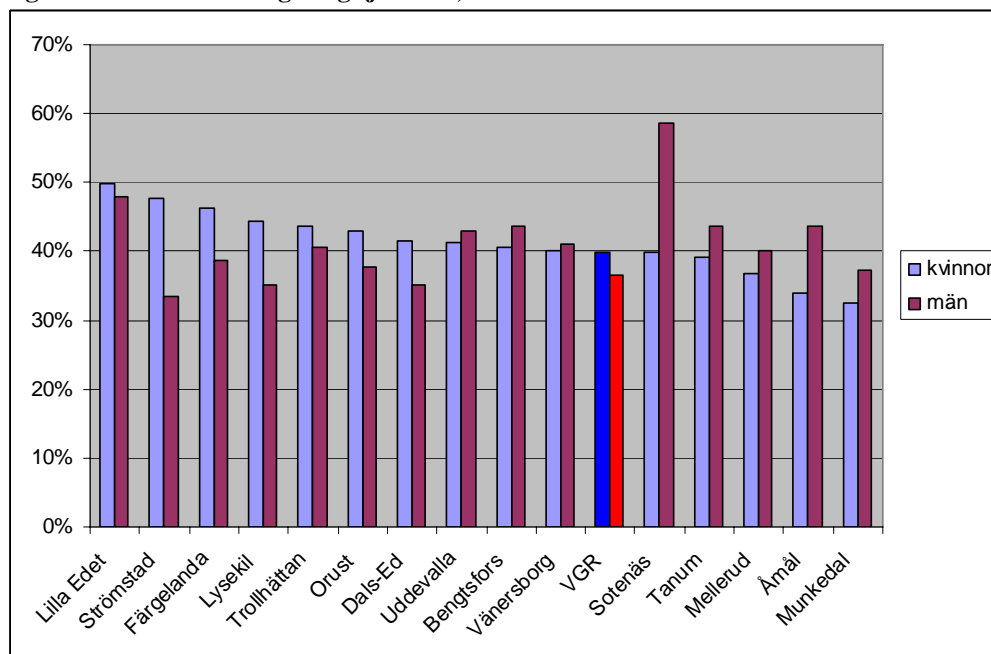
Källa: Vårdbarometern

Diagrammet visar att under hela mätperioden varierar andelen som uppger att de mår bra mellan 70 och 78 procent.

4.1.1 Långvarig sjukdom

I enkäten ställdes en fråga om förekomst av långvarig sjukdom (längre än sex månader). Högt blodtryck, ledbesvär och värk hör till de vanligaste åkommorna i denna kategori.

Figur 27. Andel med långvarig sjukdom, 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

I genomsnitt uppger fyra av tio män och något färre kvinnor i Fyrbodal att de har en långvarig sjukdom. Lilla Edet har det högsta värdet för långvarig sjukdom både bland kvinnor och bland män. Sotenäs avviker genom att hela 59 procent av männen mot 40 procent av kvinnorna uppger långvarig sjukdom.

Som väntat finns det ett tydligt samband mellan ålder och förekomst av långvariga sjukdomar. Personer med lång utbildning har i mindre utsträckning långvarig sjukdom än de med kort utbildning. Det stora flertalet med långvarig sjukdom anger även att de har en nedsatt arbetsförmåga.

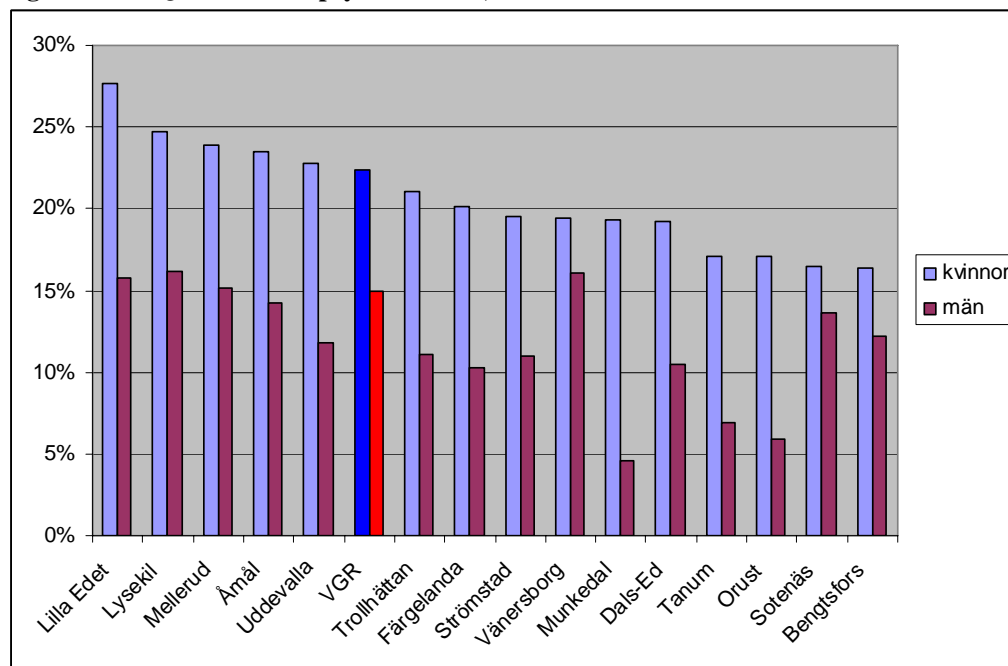
4.1.2 Nedsatt psykisk välbefinnande

Den psykiska ohälsans utbredning bland befolkningen i Sverige anses som omfattande, och framstår som ett av de större folkhälsoproblemen idag. Enkätundersökningar riktade till representativa urval bland befolkningen är den vanligaste metoden för att uppskatta den psykiska ohälsans utbredning bland befolkningen.

4.1.2.1 GHQ12

General Health Questionnaire 12 är ett frågebatteri av 12 frågor som ingår i enkäten ”Hälsa på lika villkor”. Frågorna avser att indikera psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar. GHQ 12 mäter två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina normala funktioner och uppkomsten av nya former av kris/utmattningstillstånd. Forskning har visat att individer med dålig hälsa enligt GHQ 12 har en klart ökad tendens att söka sjukvård för psykiska besvär.

Figur 28. GHQ12 index för psykisk ohälsa, 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”

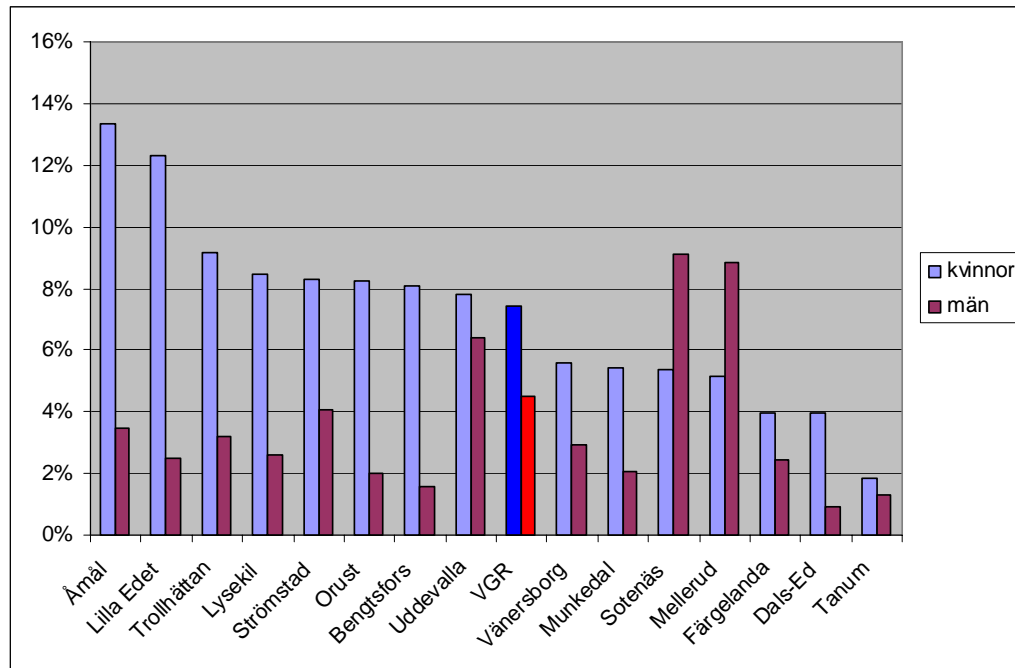
Nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland kvinnor än män i alla kommuner. Det högsta värdet för nedsatt psykisk hälsa bland kvinnor finns i Lilla Edet, 28 procent medan det lägsta finns i Bengtsfors, 16 procent. För män hamnar Lysekil, Vänersborg och Lilla Edet på över 15 procent medan den psykiska ohälsan för män i Munkedal är mindre än 5 procent.

Den psykiska ohälsan är vanligare i de yngre åldersgrupperna än i de äldre. Bland kommunerna i Trestad är dålig psykisk hälsa vanligare bland arbetare och tjänstemän. För hela området finns det ett starkt samband mellan inkomst och psykisk ohälsa. Personer med låg inkomst mår sämre medan personer med hög inkomst mår bättre. Utlandsfödda kvinnor och män har också en något högre andel med psykisk ohälsa än bland svenskfödda.

4.1.2.2 Ängslan oro eller ångest

En annan typ av besvär som helt eller delvis kan relateras till den psykiska hälsan är ängslan oro och ångest.

Figur 29. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, 2004-2006



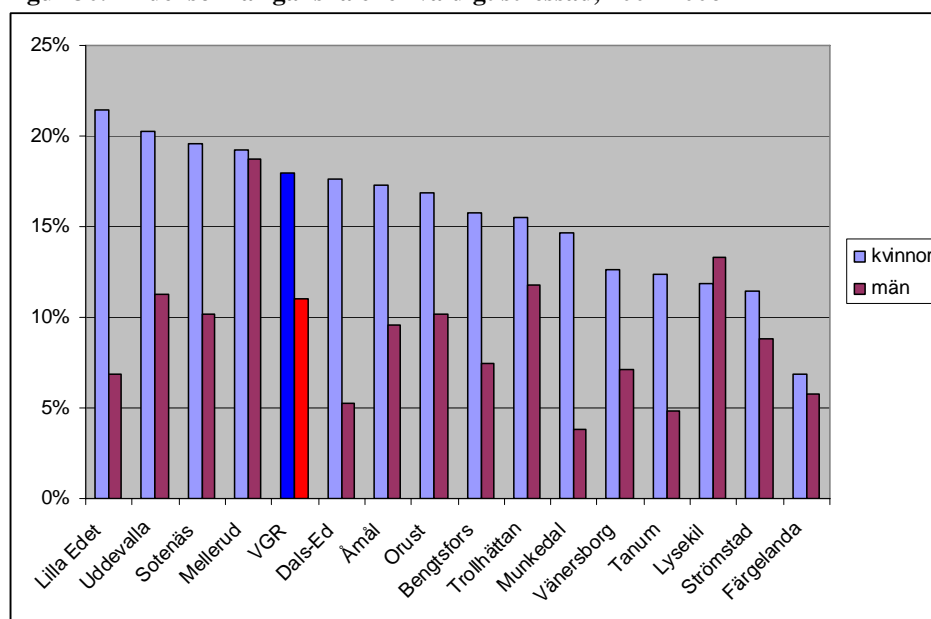
Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Även svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är vanligare bland kvinnor än män. Något förvånande råder det motsatta förhållandet i Sotenäs och Mellerud. Förekomsten av ängslan oro eller ångest bland befolkningen varierar stort mellan kommunerna. Mönstret för olika undergrupper är likartat som för GHQ 12 med undantaget att åldersgruppen 45-64 år har högre värden för ängslan och oro än övriga åldersgrupper.

4.1.2.3 Stress

Stress tillmäts ofta stor betydelse för uppkomsten av ohälsa, t.ex. psykiska problem, hjärt-kärlsjukdomar och besvär från rörelseapparaten. Begreppet stress har ingen enhetlig definition. I nationella folkhälsoenkäten definieras stress som ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.

Figur 30. Andel som är ganska eller väldigt stressad, 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

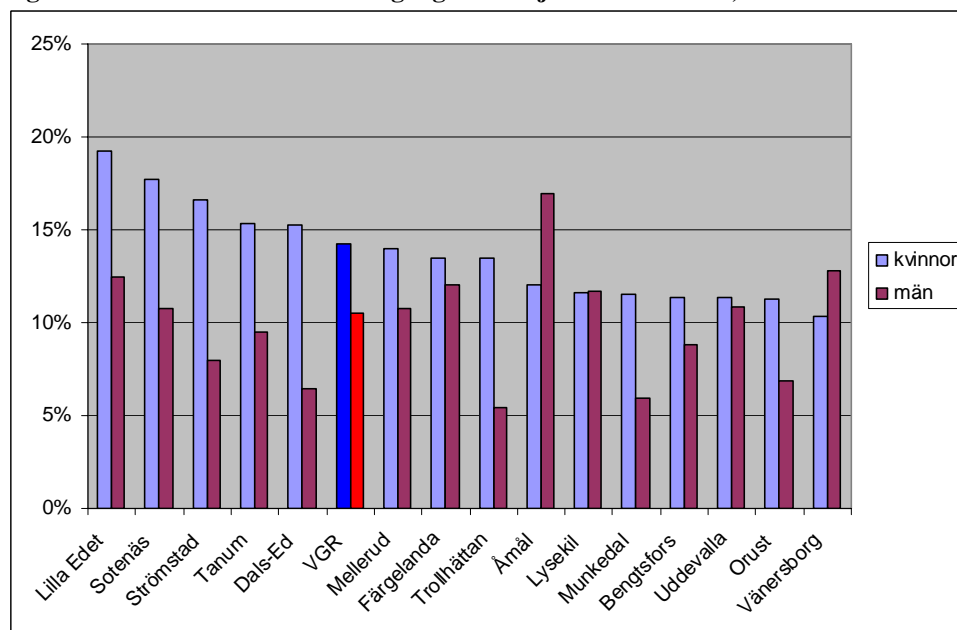
Generellt sett är stress betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. I Fyrbodal råder dock det motsatta förhållandet i Lysekil. Yngre och medelålders av båda könen känner i högre grad att de är stressade än vad äldre gör, med en särskilt låg nivå hos ålderspensionärerna. Stress är också vanligare bland de med kort utbildning och låga inkomster.

Den högsta andelen stressade bland befolkningen i Fyrbodal finns bland kvinnor i Lilla Edet och den lägsta bland män i Munkedal. Den största skillnaden mellan män och kvinnor finns i Lilla Edet, 15 procent, följt av Dals Ed, 12 procent. Mellerud utmärker sig genom att ligga högt bland både kvinnor och män.

4.1.2.4 Självmodstankar

Självdestruktiva tankar förekommer hos en majoritet av alla människor vid särskilda tillfällen i livet, vanligtvis vid stor besvikelse eller frustration. Frågans konstruktion i folkhälsoenkäten gör dock att vi inte vet om självmodstankarna funnits det senaste året eller längre tillbaka i tiden.

Figur 31. Andel som en eller flera gånger haft självmodstankar, 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

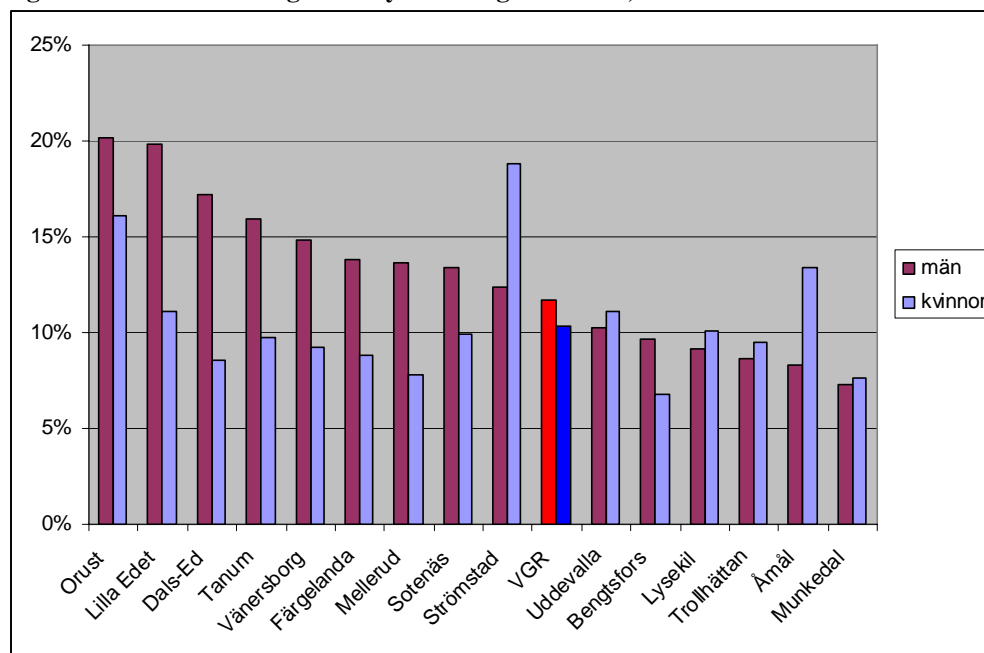
I genomsnitt uppger 12 procent av befolkningen i VGR och Fyrbodalen att de haft självmordstankar. Den högsta andelen självmordstankar bland kvinnor finns i Lilla Edet och den lägsta i Vänersborg. För män finns den högsta andelen självmordstankar i Åmål och den lägsta i Trollhättan. I flertalet kommuner, förutom Åmål och Vänersborg, är självmordstankar vanligare bland kvinnor än bland män.

Yngre personer uppger självmordstankar i betydligt högre utsträckning än äldre. Långtidssjukskrivna män och kvinnor är den grupp som i störst utsträckning uppger självmordstankar en eller flera gånger, medan yrkesarbetande och ålderspensionärer har lägst andel med självmordstankar. Utlandsfödda män och kvinnor uppger i högre utsträckning än svenskfödda att de haft självmordstankar en eller flera gånger.

4.1.3 Tandhälsa

Under de senaste decennierna har tandhälsan i Sverige bland den vuxna befolkningen blivit avsevärt bättre. Det finns dock betydande socioekonomiska skillnader. Speciellt utsatta grupper är personer med utländsk bakgrund och ensamstående kvinnor med barn. Tandhälsan hos barn i socioekonomiskt svaga grupper blir allt sämre. Skillnaden mellan barn med god tandhälsa och barn med dålig tandhälsa har ökat på senare år.

Figur 32. Andel med dålig eller mycket dålig tandhälsa, 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

I Västra Götalandsregionen har 12 procent av männen och 10 procent av kvinnorna svarat att de har en dålig eller mycket dålig tandhälsa. Generellt uppger män att de har något sämre tandhälsa än kvinnor. Det motsatta förhållandet råder tydligast i Strömstad och Åmål. Den största skillnaden i tandhälsa finns mellan män på Orust och Munkedal, 13 procent.

Generellt är andelen med god självskattad tandhälsa vanligare bland yngre både bland män och kvinnor. Andelen med god tandhälsa är högre för kvinnor och män födda i Sverige än för de som är födda i ett annat land. Befolkningen med en högre utbildning uppger en bättre tandhälsa än de med en lägre utbildning.

Många söker inte tandläkare trots behov

Knappt 20 procent av befolkningen i Västra Götaland uppger att man avstår från tandläkarbesök trots att de anser sig ha ett behov av tandvård. Fördelningen ser likartad ut för kommunerna i Fyrbodal. Skillnaden är liten mellan män och kvinnor medan yngre personer avstår i högre utsträckning än äldre personer. Orsakerna till att man avstår trots behov har oftast ekonomiska orsaker men även tandläkarskräck, tidsbrist eller att besvären gått över finns med i bilden.

4.2 Levnadsvanor

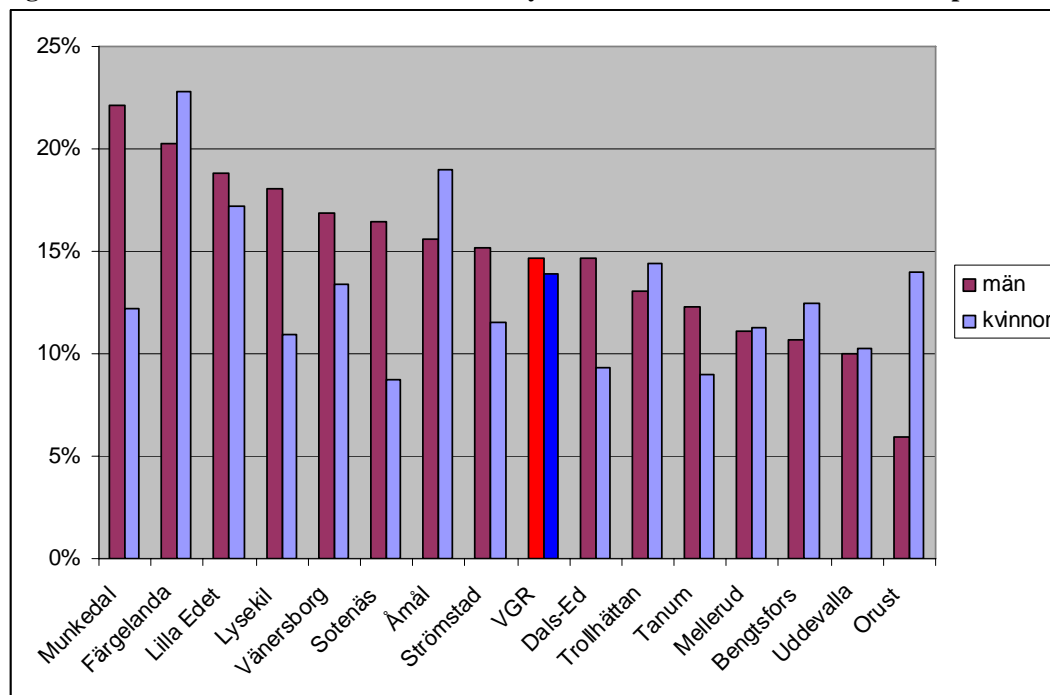
Levnadsvanorna påverkas av kultur och traditioner, och de varierar beroende på bl. a. ekonomiska villkor, arbetslöshet, utbildning, socioekonomisk tillhörighet samt socialt deltagande. Livsstilen är i sin tur ett uttryck för hur människor väljer att leva utifrån sin livssituation.

Ett mönster som framträder i analyser av levnadsvanornas förekomst i olika befolkningsgrupper är att vissa ohälsosamma levnadsvanor tenderar att ansamlas hos personer som också är socialt utsatta. Att vara arbetslös, sakna kontantmarginal, ha ett monotont arbete, sakna känsla av sammanhang, vara lågutbildad och/eller att vara arbetare innebär en ökad sannolikhet för att ha flera ohälsosamma levnadsvanor. Därmed har hälsorelaterade levnadsvanor ett starkt samband med människors livsvillkor och sociala position.

4.2.1 Stilla sittande fritid

Förändringar i samhället har inneburit att allt mindre fysisk aktivitet finns som en naturlig del i vardagen. Att röra sig lite eller inte alls innebär en ökad risk för ohälsa, speciellt i samband med övervikt/fetma. En vanlig rekommendation är att vuxna ska vara fysiskt aktiva motsvarande en promenad på 30 minuter per dag.

Figur 33. Andel med stillasittandefritid d.v.s. fysisk aktivitet mindre än två timmar per vecka, 2004-2006



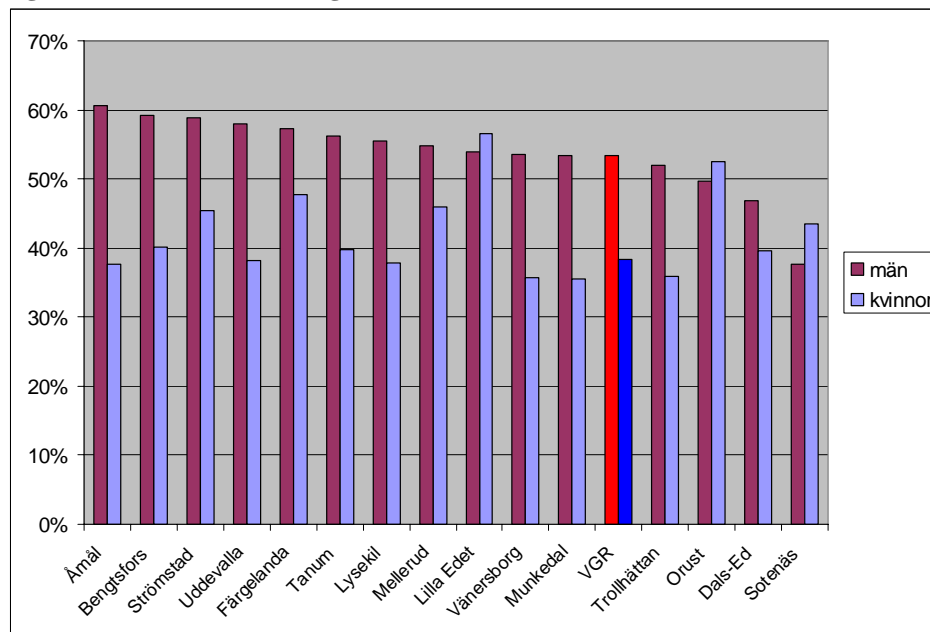
Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

I Fyrbodal uppger 14 procent av befolkningen att de har en stillasittande fritid. Spridningen är stor mellan enskilda kommuner. Det finns ett tydligt samband som visar sig i att grupper med lägre socioekonomisk status har en högre andel stillasittande fritid. Andelen stillasittande ökar med åldern. Personer med kort utbildning och låg inkomst rör sig betydligt mindre än personer med hög inkomst och lång utbildning, detta samband finns i hela Fyrbodal. De som var stillasittande på sin fritid angav att de hade dålig hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande i högre utsträckning än de som inte var stillasittande.

4.2.2 Övervikt och fetma

Övervikt och i synnerhet fetma är ett växande folkhälsoproblem. Övervikt och fetma innebär en ökad risk att utveckla en lång rad sjukdomar samt bidrar till en förkortad livslängd. Gränserna för övervikt bland vuxna är satt till BMI 25-29,9, BMI 30 och däröver har klassificerats till fetma.

Figur 34. Andel av befolkningen med övervikt eller fetma 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Skillnaden mellan andelen överviktiga och feta män och kvinnor i Fyrbodal är stor. Den största skillnaden finns mellan män i Åmål och Sotenäs, 23 procentenheter. Andelen överviktiga och feta män ligger över genomsnittet för Västra Götalandsregionen i alla kommuner utom Trollhättan, Orust, Dals-Ed och Sotenäs. Lilla Edet och Orust är två kommuner som har höga värden både för män och för kvinnor.

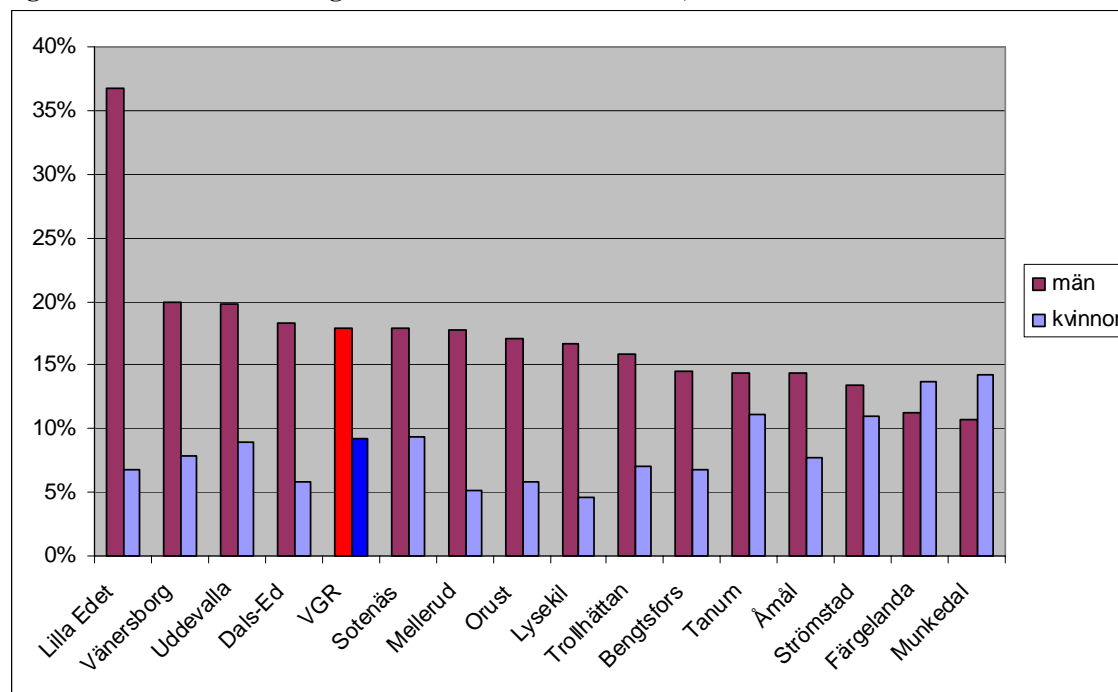
Bland både män och kvinnor ökar andelen med övervikt eller fetma kraftigt med stigande ålder. I åldersgruppen 18-34 år är 28 procent av personerna i Fyrbodal överviktiga eller feta medan motsvarande andel i åldersgruppen över 65 år är knappt 60 procent.

Att ha övervikt eller fetma har ett klart samband med socioekonomisk status. Andelen överviktiga tycks öka med kortare utbildning och lägre inkomst.

4.2.3 Alkoholvanor

En hög konsumtion av alkohol kan orsaka eller bidra till en mängd olika negativa hälsoeffekter men också få sociala konsekvenser. För att bedöma om en person har riskabla alkoholvanor väger man samman uppgifter om hur ofta man dricker alkohol, hur mycket man dricker vid varje tillfälle och hur ofta man är berusad. Måttet är utvecklat inom WHO. De dåliga alkoholvanorna förekommer mest bland yngre vuxna och avtar med åldern.

Figur 35. Andel av befolkningen med riskabla alkoholvanor, 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Den högsta andelen riskkonsumenter bland män finns i Lilla Edet, 37 procent och den lägsta i Munkedal 11 procent. Bland kvinnor råder det motsatta förhållandet med den högsta andelen riskkonsumenter i Munkedal och den lägsta i Lysekil 5 procent.

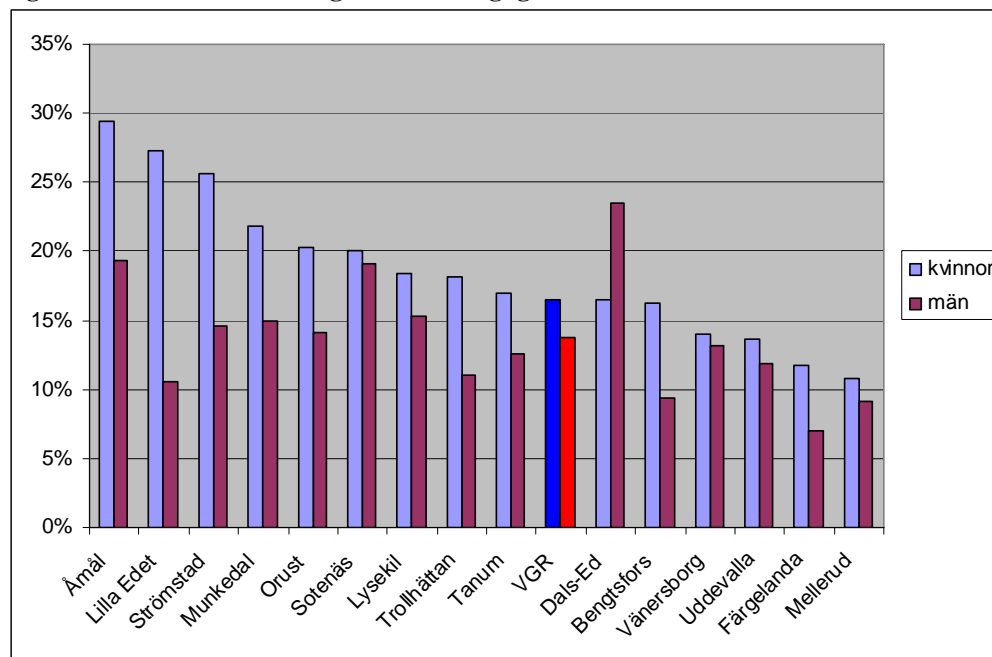
Bland både män och kvinnor ser man ett tydligt åldersrelaterat mönster genom att andelen riskkonsumenter sjunker med stigande ålder. Den högsta andelen riskkonsumenter bland båda könen finns i åldersgruppen 18- 34 år.

Grupper av befolkningen med låg inkomst, kort utbildning med arbetaryrken har fler riskkonsumenter än grupper med hög inkomst, lång utbildning och tjänstemannayrken.

4.2.4 Rökning

Rökning kan beskrivas som det största enskilda förebyggbara och behandlingsbara folkhälso-problemet i Sverige. Den genomsnittliga rökaren kan beskrivas som en medelålders kvinna som oftare än den icke rökande kvinnan är lågutbildad, låginkomsttagare, förtidspensionär eller långtidssjukskriven. Hon bor i en hyresrätt i ett gleset befolkat område och har flera ohälsosamma levnadsvanor. Andelen rökande kvinnor har dock minskat de senaste åren.

Figur 36. Andel av befolkningen som är dagligrökare 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

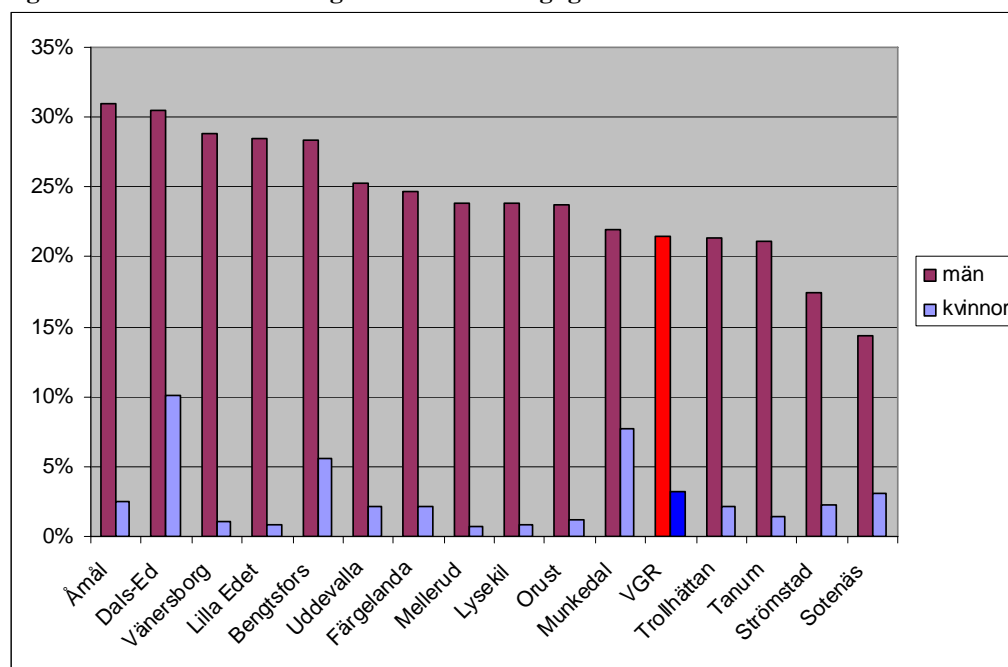
I Fyrbodalen är 16 procent av befolkningen dagligrökare. I alla kommuner utom Dals-Ed är andelen kvinnor som röker högre än andelen män. Åmål och Lilla-Edet har högst andel kvinnliga rökare medan Färgelanda och Mellerud har lägst andel rökare både bland män och för kvinnor.

Största andelen dagligrökare finns i åldersgruppen 45-64 år. De sociala skillnaderna i rökvanor är stora. I Fyrbodalen röker i genomsnitt 20 procent av befolkningen med kort utbildning mot 7 procent av befolkningen med lång utbildning. För arbetare är gruppen rökare 20 procent mot bara 7 procent för mellan och högre tjänstemän.

4.2.5 Snusare

Den typiske snusaren kan utifrån statistiken beskrivas som man i 30 - 40 års ålder och är oftare än den icke snusande mannen lågutbildad, yrkesarbetande eller långtidssjukskriven och boende i glesbygd. Förutom sitt snusbruk röker även den typiske snusaren då och då och har även han flera andra ohälsosamma levnadsvanor. Trots att rökningen minskar i Sverige är det totala tobaksbruket högt, eftersom många som röker även snusar, särskilt män.

Figur 37. Andel av befolkningen som snusar dagligen 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

I alla kommuner är andelen snusare betydligt högre bland män än kvinnor. Den högsta andelen snusare bland män finns i Åmål, 31 procent och den lägsta andelen i Sotenäs 14 procent. Bland övriga kommuner utmärker sig Dals-Ed, Munkedal och Bengtsfors med en hög andel kvinnliga snusare.

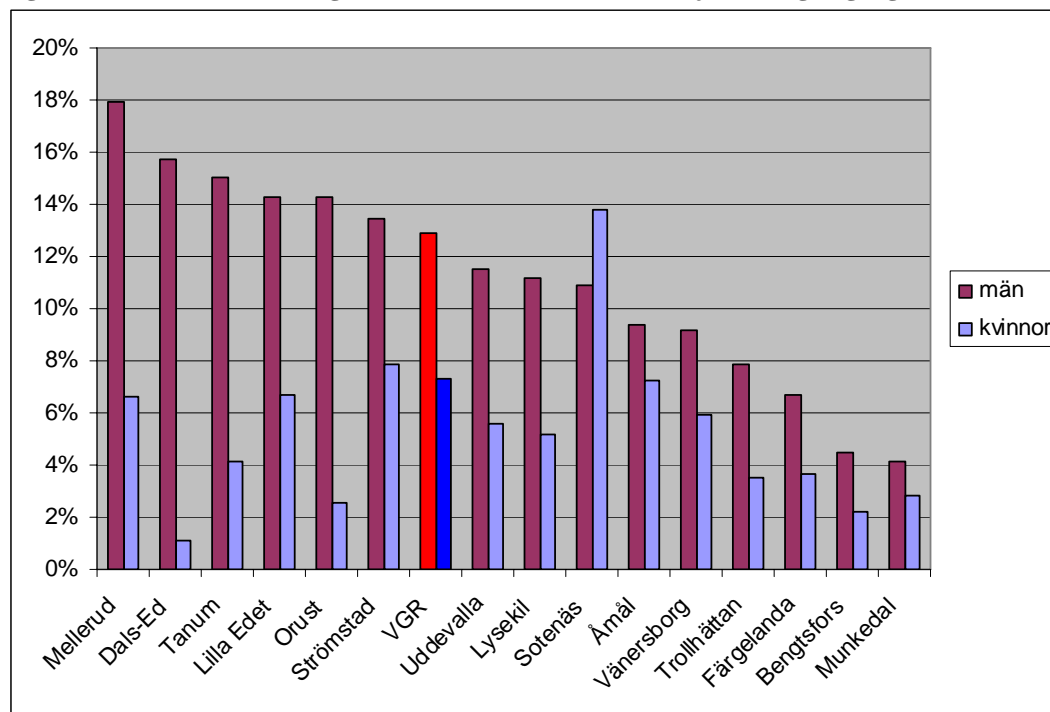
I Fyrbodalen snusar i genomsnitt 16 procent av åldersgruppen 18-34 år, 23 procent av åldersgruppen 35-44 år men endast 9 procent av de över 65 år.

Andelen snusare är betydligt vanligare bland arbetare än tjänstemän liksom bland de med kort utbildning jämfört med lång utbildning.

4.2.6 Droganvändning

Användandet av narkotiska preparat innebär stora hälsorisker. Hälsoriskerna påverkas av vilka preparat som används och den allmänna livsföringen. Narkotikamissbrukare har ofta ett allmänt dåligt hälsotillstånd. Det är vanligt att missbrukare vårdas för olycksfallsskador och våld samt för olika somatiska och psykiska åkommor.

Figur 38. Andel av befolkningen som använt hasch eller marijuana någon gång i livet 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Flertalet av de som svarat ja på frågan uppger att det var mer än ett år sedan man använde drogerna. Användandet av hasch eller marijuana är högre bland män än kvinnor i alla kommuner utom Sotenäs.

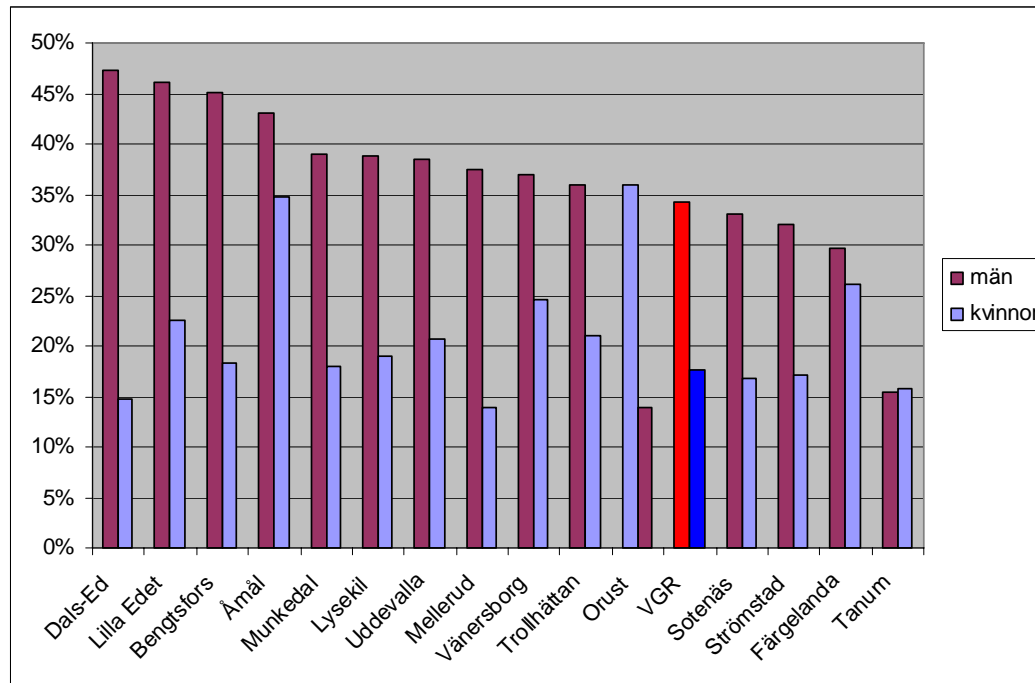
Den högsta andelen droganvändare bland män finns i Mellerud, 18 procent och den lägsta andelen i Munkedal, 4 procent. Dals-Ed utmärker sig med en hög andel droganvändare bland män men den lägsta andelen användare bland kvinnor.

För alla kommuner i Fyrbodalen gäller att det framförallt är ungdomar och unga vuxna som använder narkotiska preparat. Det finns inga tydliga socioekonomiska skillnader i att någonsin ha använt hasch eller marijuana. Skillnaderna mellan personer födda i Sverige och födda i utlandet är små.

4.2.7 Kostvanor

Matvanor har stor inverkan på hälsan. Kost som innehåller mycket frukt och grönsaker förknippas t ex med minskad risk för vissa former av cancer, hjärt-kärlsjukdom och diabetes, övervikt och karies. Att äta frukt och grönt minst fem gånger per dag (400 gram) bedöms av Folkhälsoinstitutet vara en markör för goda kostvanor.

Figur 39. Andel av befolkningen som äter lite frukt och grönsaker, 2004-2006



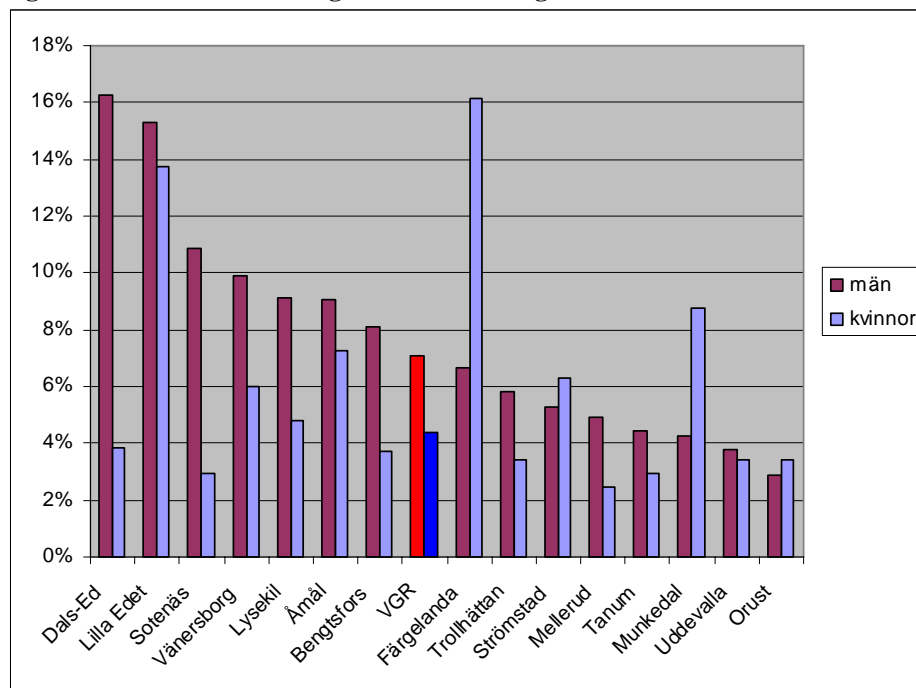
Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

I Fyrbodalen är i genomsnitt låg konsumtion av frukt och grönsaker dubbelt så vanligt bland män som kvinnor. I de yngre åldersgrupperna är andelen med lågt intag av frukt och grönt betydligt större än i de äldre åldersgrupperna. Andelen med lågt intag av frukt och grönt är större bland de mest socialt och ekonomiskt utsatta. Knappt 20 procent av befolkningen i Fyrbodalen (VGR 22 procent) äter enligt frukt- och grönsaksrekommendationerna, dvs. frukt och grönt minst fem gånger per dag.

4.2.8 Ohälsosamma levnadsvanor

Olika riskabla levnadsvanor tenderar att hänga samman. Hälsoriskerna ökar ju fler ohälsosamma levnadsvanor som en person har samtidigt. Med ohälsosamma levnadsvanor avses här: riskkonsumtion av alkohol, daglig rökning, fetma, stillasittande fritid samt ett litet intag av frukt och/eller grönt.

Figur 40. Andel av befolkningen med ansamling av tre till fem ohälsosamma levnadsvanor 2004-2006



Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Det är betydligt vanligare att män har fler ohälsosamma levnadsvanor samtidigt än kvinnor. Det motsatta förhållandet finns dock i Färgelanda och Munkedal. Lilla Edet utmärker sig genom att andelen av befolkningen med flera ohälsosamma levnadsvanor är hög bland båda könen. Befolkningen på Orust har en låg andel av befolkningen med flera ohälsosamma levnadsvanor bland båda könen.

De som har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor uppger i betydligt mindre omfattning att de har ett bra hälsotillstånd än de som inte har någon av de studerade hälsoriskerna. Ju fler ohälsosamma levnadsvanor som ansamlas desto större andel med dålig hälsa eller nedsatt psykisk hälsa.

Folkhälsoenkäten visar att befolkningen i glesbygd har en större ansamling av ohälsosamma levnadsvanor. En större andel kvinnor och män i glesbygden var feta, åt förhållandevis lite frukt och grönsaker samt använde i större utsträckning tobak dagligen jämfört med kvinnor och män i riket

5. Sammanfattande kommentarer

Denna rapport innehåller en mängd information om befolkningen i Fyrbodals hälsa, hur människorna uppfattar sina levnadsvanor och livsvillkor och vad de anser om den hälso- och sjukvård som de konsumerat. Att studera vilken betydelse olika faktorer har för människors hälsa är svårt eftersom orsakssambanden är så komplexa. Förhoppningen är att rapporten med slutsatser även inbjuder läsaren till egna analyser. Det är viktigt att komma ihåg att urvalet till Vårdbarometern är personer 18 år eller äldre medan frågorna i Nationella folkhälsoenkäten ställs till personer i åldrarna 16-84 år.

Analys socioekonomi

Det finns en stor skillnad mellan enskilda kommuner vad gäller de socioekonomiska variablerna. Den socioekonomiska bakgrunden för de olika variablerna är i många fall mer positiva i de större städerna, d.v.s. att man ligger bättre till än genomsnittet i Västra Götalandsregionen. Motsatsen finns i de övriga mindre glesbygdskommunerna där flera av bakgrundsvariablerna är negativa.

För hela Fyrbodals kommuner gäller att kommunerna har en äldre befolkning än genomsnittet i Västra Götalandsregionen. Ohälsotalen ligger också för alla kommuner över genomsnittet för VGR. Analysen visar också att grupper med lägre socioekonomisk status för flertalet frågor ger ett lägre betyg på vården och uppger sämre hälsa och levnadsvanor än övriga grupper i befolkningen.

Befolkningen i kommuner med stor andel unga, högutbildade och socioekonomiska starka grupper mår generellt sett bättre än befolkningen i kommuner där det motsatta förhållandet råder.

Analys vårdbarometern

- 75 procent av befolkningen i Fyrbodals kommun har besökt vården som patient eller medföljande de senaste 12 månaderna. Drygt 20 procent av de som svarat på enkäten uppger att de varit i behov av sjukvård men inte sökt vård. De stora grupperna i detta urval är: förtidspensionärer, sjukpensionärer, långtidssjukskrivna, låginkomsttagare och studenter. På följdfrågan varför man inte gjorde besöket är de vanligaste svaren att man inte hade tid följt av, att man inte hade råd eller att man inte kände till någon bra läkare.
- En högre andel av befolkningen upplever att de har tillgång till den vård de behöver 2007 jämfört med 2002. Ökningen har skett både bland kvinnor och män. Männerna är dock genomgående några procentenheter mer nöjda än kvinnorna. I gruppen med kroniska sjukdomar uppger 76 procent att de har tillgång till den vård de behöver, motsvarande siffra för hela materialet är 71 procent.
- Det finns en stor variation vad gäller hur befolkningen upplever tillgången till vård. Befolkningen i Trestad är under hela perioden mest nöjda med tillgången på vård. Den geografiska närheten till vården slår igenom d.v.s. befolkningen i kommuner som har nära till de stora sjukhusen, vårdcentraler mm är nöjdare än de i kommuner med längre avstånd till vård.
- Andelen av befolkningen som fick tid för besök till vårdcentralen inom sju dagar har ökat under hela mätperioden. Befolkningen i Norra Bohuslän upplever däremot under mätperioden en sämre tillgänglighet till primärvården än övriga områden.

- Vid en jämförelse av förtroendet för olika samhällsinstitutioner får sjukvården det högsta betyget (69 procent), medan förtroendet för politiker i ditt landsting hamnar på en bottennotering (17 procent). Befolkningen har större förtroende för vård och behandling både vid sjukhus och privata specialistläkare än vid vårdcentral.
- En intressant beteendefråga är ”andelen personer som ringer alternativt åker till akuten en vanlig vardag kl 15 vid misstänkt halsfluss med hög feber”. Befolkningen i Strömstad och Lysekil avviker i sitt beteende från övriga kommuner genom att i betydligt högre utsträckning ringa eller åka till akuten. En tänkbar förklaring är att de tror att de åker till akuten när de faktiskt åker till en jourcentral.
- Det finns ett samband mellan tillgång till vård och förtroende för vården, samma kommuner (Färgelanda, Vänersborg, Trollhättan) är mest nöjda med båda variablerna.
- En tredjedel av alla personer som besökt vården det senaste året har i samband med besöket diskuterat livsstilsfrågor. Minst vanligt är denna typ av samtal i Norra Bohuslän. Följdfrågan om recept på fysisk aktivitet skrivits ut vid besöket visar genomgående en neråtgående trend 2005-2007. Den största nedgången har inträffat i Norra Bohuslän. En förklaring kan vara att uppmärksamheten om Fyss/Far var störst vid införandet 2005.
- Befolkningen ger högst sammanfattande betyg på sitt besök hos privata specialistläkare följt av besök vid sjukhus. Besök på vårdcentralen hamnar på en något lägre nivå. Befolkningen i Dalsland och Trestad ger ett högre betyg på vården än genomsnittet i Västra Götaland, medan befolkningen i Norra Bohuslän ger ett lägre betyg. Fler är nöjda med sitt besök 2007 än 2002.

Analys folkhälsoenkäten

I många avseenden överensstämmer resultaten från folkhälsoenkäten med andra jämförbara befolkningsundersökningar. Resultatet från undersökningen måste dock avvägas mot de lokala kunskaper som finns om situationen i varje kommun.

I rapporten framgår att hälsan är ojämnt fördelad och att detta till stor del beror på olika livsvillkor och levnadsvanor. Man ser en tydlig skillnad mellan mäns och kvinnors hälsa, hälsan är genomgående sämre för de mest socialt och ekonomiskt utsatta och dessa har också flera hälsorisker.

På nationell nivå har man sett att för de flesta måtten på ohälsa och bestämningsfaktorer för hälsa har det över tid skett en minskning av skillnader mellan olika kommungrupper som större tätorter och glesbygdskommuner. Framtiden får utvisa om detta mönster också återfinns i Fyrbodalen.

Hälsoläget

Hälsan är beroende av de livsvillkor och levnadsvanor som befolkningen har. Sett i ett internationellt perspektiv är hälsoläget i Sverige och Fyrbodal mycket gott. Samtidigt finns det flera folkhälsoproblem och nya tendenser att lyfta fram. Vi vet att befolkningen generellt sett blir somatiskt allt friskare medan den psykiska ohälsan ökar.

- I Fyrbodal uppger 65 procent av befolkningen ett ”mycket bra” och ”bra” hälsotillstånd medan 16 procent uppger nedsatt psykisk ohälsa (GHQ12). På kommunnivå finns det inget tydligt samband mellan bedömt allmänt hälsotillstånd och psykisk ohälsa. Kommuner med ett gott hälsotillstånd kan samtidigt ha en hög psykisk ohälsa (GHQ12). Forskning har visat att individer med dålig hälsa enligt GHQ 12 har en klart ökad tendens att söka sjukvård för psykiska besvär.
- I genomsnitt uppger fyra av tio män och något färre kvinnor i Fyrbodal att de har en långvarig sjukdom. Lilla Edet har det högsta värdet för långvarig sjukdom både bland kvinnor och för män. Det finns ett tydligt samband mellan ålder och förekomst av långvariga sjukdomar. Personer med lång utbildning har i mindre utsträckning långvarig sjukdom än de med kort utbildning.
- Psykisk ohälsa är generellt vanligare bland kvinnor än män. Något förvånande råder det motsatta förhållandet i Sotenäs och Mellerud för variabeln ”ängslan, oro eller ångest”. Mellerud avviker även genom att andelen både män och kvinnor som upplever sig vara stressade är hög. Förekomsten av ångslan oro eller ångest bland befolkningen varierar stort mellan kommunerna.
- I Fyrbodal uppger 12 procent av befolkningen att de haft självmordstankar en eller flera gånger. I flertalet kommuner, förutom Åmål och Vänersborg, är självmordstankar vanligare bland kvinnor än bland män. Den högsta andelen självmordstankar bland kvinnor finns i Lilla Edet och den lägsta i Vänersborg. För män finns den högsta andelen självmordstankar i Åmål och den lägsta i Trollhättan.

Yngre personer uppger självmordstankar i betydligt högre utsträckning än äldre. Långtidssjukskrivna män och kvinnor är den grupp som i störst utsträckning uppger självmordstankar en eller flera gånger, medan yrkesarbetande och ålderspensionärer har lägst andel med självmordstankar.

- Generellt uppger män att de har något sämre tandhälsa än kvinnor, det motsatta förhållandet råder dock i Strömstad och Lysekil. Knappt 20 procent av befolkningen i Fyrbodal uppger att man avstår från tandläkarbesök trots ett behov. Skillnaden är liten mellan män och kvinnor medan yngre personer avstår i högre utsträckning än äldre personer.

Levnadsvanor

Levnadsvanorna påverkas av kultur och traditioner. Inte sällan samlas flera ohälsosamma levnadsvanor hos en och samma person eller grupp.

- I Fyrbodal uppger 14 procent av befolkningen att de har en stillasittande fritid. Spridningen är stor mellan enskilda kommuner. Det finns ett tydligt samband som visar sig i att grupper med lägre socioekonomisk status har en högre andel stillasittande fritid. De som var stillasittande på sin fritid angav att de hade dålig hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande i högre utsträckning än de som inte var stillasittande.

- Att ha övervikt eller fetma har ett klart samband med socioekonomisk status. Andelen överviktiga tycks öka med kortare utbildning och inkomst. 48 procent av befolkningen i Fyrbodal hör till denna grupp.

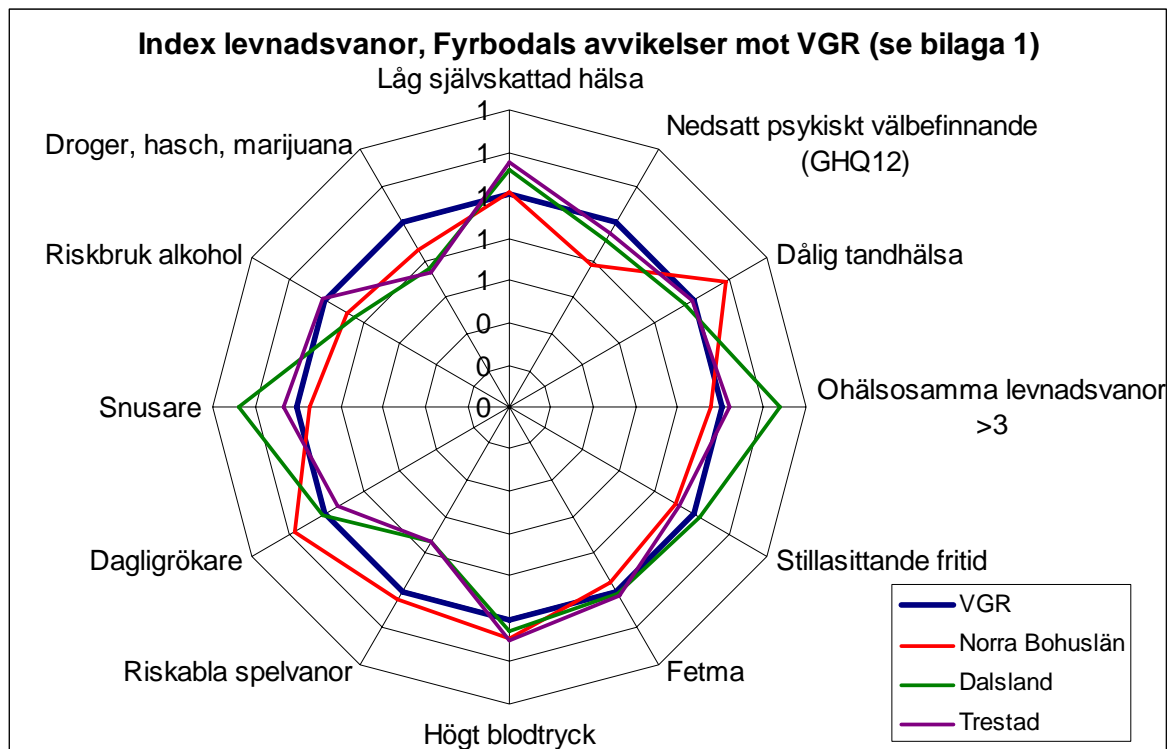
Skillnaden mellan andelen överviktiga och feta män och kvinnor i Fyrbodal är stor. Andelen överviktiga och feta män är ligger över genomsnittet för Västra Götalandsregionen i alla kommuner utom Trollhättan, Orust, Dals Ed och Sotenäs. Lilla Edet och Orust är två kommuner som har höga värden både för män och för kvinnor.

- Riskkonsumtion av alkohol är vanligare bland män än bland kvinnor. Den högsta andelen riskkonsumenter bland män finns i Lilla Edet, 37 procent och den lägsta i Munkedal 11 procent. För Fyrbodal som helhet är andelen riskkonsumenter 12 procent.
- Största andelen daglig rökare finns i åldersgruppen 45-64 år. De sociala skillnaderna i rökvanor är stora. I Fyrbodal röker i genomsnitt 20 procent av befolkningen med kort utbildning mot 7 procent av befolkningen med lång utbildning. För arbetare är gruppen rökare 20 procent mot bara 7 procent för mellan och högre tjänstemän. I alla kommuner utom Dals-Ed är andelen kvinnor som röker högre än andelen män.
- För alla kommuner i Fyrbodal gäller att det framförallt är ungdomar och unga vuxna som använder narkotiska preparat. Användandet av hasch eller marijuana är högre bland män än kvinnor i alla kommuner utom Sotenäs. Det finns inga tydliga socioekonomiska skillnader i att någonsin ha använt hasch eller marijuana. Av de som svarat ja på frågan, 8 procent, uppger flertalet att det var mer än ett år sedan man använde drogerna
- Knappt 20 procent av befolkningen i Fyrbodal äter enligt frukt- och grönsaksrekommendationerna, dvs. frukt och grönt minst fem gånger per dag. Låg konsumtion av frukt och grönsaker är dubbelt så vanligt bland män som kvinnor. I de yngre åldersgrupperna är andelen med lågt intag av frukt och grönt betydligt större än i de äldre åldersgrupperna. Andelen med lågt intag av frukt och grönt är större bland de mest socialt och ekonomiskt utsatta.
- Det är betydligt vanligare att män har fler ohälsosamma levnadsvanor samtidigt än kvinnor. Lilla Edet utmärker sig genom att andelen av befolkningen med flera ohälsosamma levnadsvanor är hög bland båda könen. Befolkningen på Orust har en låg andel av befolkningen med flera ohälsosamma levnadsvanor bland båda könen. Folkhälsoenkäten visar att befolkningen i glesbygd har en större ansamling av ohälsosamma levnadsvanor. Tydligast ser vi detta mönster i Dalsland.

De som har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor uppger i betydligt mindre omfattning att de har ett bra hälsotillstånd än de som inte har någon av de studerade hälsoriskerna. Ju fler ohälsosamma levnadsvanor som ansamlas desto större andel med dålig hälsa eller nedsatt psykisk hälsa.

Nämndsprofiler, kommentarer utifrån spindeldiagram, bilaga 1 s 44-48

I stora drag visar de redovisade spindeldiagrammen en likartad profil både för Västra Götaland totalt och för nämnderna i Fyrbodal. De skillnader som finns mellan könen återkommer både i VGR och i Fyrbodal. Tittar man närmare finns det dock skillnader mellan nämnderna.



Den markerade blåa ringen avser värdena från folkhälsoenkäten för hela Västra Götalandsregionen. Västra Götaland används här som referensvärde och får värdet 1. De av nämndernas värden som hamnar utanför den blåa ringen tyder på sämre folkhälsa eller utgångspunkt för folkhälsa. De av nämndernas värden som hamnar innanför den blåa ringen tyder på bättre folkhälsa eller utgångspunkt för folkhälsa.

Positiva resultat

- Den psykiska ohälsan (GHQ12) tycks vara lägre i framförallt Norra Bohuslän än i VGR.
- Befolkningen i Dalsland och Trestad har färre riskabla spelvanor än i VGR
- Användandet av narkotiska preparat är mindre i Fyrbodal än i VGR.
- Riskbruk av alkohol är något lägre i Norra Bohuslän och Dalsland än i VGR
- Riskabla spelvanor är ovanligare i Norra Bohuslän och Dalsland än i VGR

Problemområden

- Befolkningen i Dalsland och Trestad har en något lägre självskattad hälsa än VGR som helhet
- Ohälsosamma levnadsvanor (tre till fem) är vanligare i Dalsland än i VGR
- Andelen daglig rökare i Norra Bohuslän är större än i VGR
- Befolkningen i Norra Bohuslän har en sämre tandhälsa än i VGR
- Andelen snusare i Dalsland är större än genomsnittet i VGR

Ett annat sätt att presentera resultaten från spindeldiagrammen är att översätta procentsiffrorna till antal personer i åldern 16-84 år, d.v.s. målgruppen för enkäten.

I Norra Bohuslän finns det i åldern 16-84 år 56 300 personer varav ca:

- 8 500 personer (15 %) med nedsatt psykiskt välbefinnande
- 3 100 personer (5 %) med tre till fem ohälsosamma levnadsvanor
- 7 600 personer (13 %) med en stillasittande fritid
- 10 400 (18 %) daglig rökare
- 7 000 (12 %) riskkonsumenter av alkohol
- 6 100 (11 %) personer med fetma

I Dalsland finns det i åldern 16-84 år 36 600 personer varav ca:

- 5 900 personer (17 %) med nedsatt psykiskt välbefinnande
- 2 500 personer (7 %) med tre till fem ohälsosamma levnadsvanor
- 5 200 personer (15 %) med en stillasittande fritid
- 5 400 (15 %) daglig rökare
- 4 000 (12 %) riskkonsumenter av alkohol
- 4 000 (11 %) personer med fetma

I Trestad finns det i åldern 16-84 år 116 400 personer varav ca:

- 21 300 personer (18 %) med nedsatt psykiskt välbefinnande
- 7 100 personer (6 %) med tre till fem ohälsosamma levnadsvanor
- 16 000 personer (13 %) med en stillasittande fritid
- 17 200 (14 %) daglig rökare
- 16 700 (14 %) riskkonsumenter av alkohol
- 13 700 personer (11 %) med fetma

Kommunprofiler, kommentarer spindeldiagram, bilaga 1 s 49-63

Som framkommer i rapporten finns i folkhälsoenkäten en stor spridning för många variabler mellan kommunerna. Till en del beror geografiska skillnader med stor sannolikhet på befolkningssammansättningen med en i genomsnitt yngre och mer utbildad befolkning i vissa kommuner. Men även andra faktorer som inkomstnivå, in- och utflyttning, arbetslöshet, etnicitet och socioekonomisk bakgrund har betydelse. Strukturella selektionsmekanismer spelar också roll, ex att många unga och friska flyttar från glesbygdsområden för att studera och söka arbete medan exempelvis äldre och sjuka personer stannar kvar.

I tabellen nedan rankas kommunerna inom respektive variabel (se sidan, 44) från 1-15 där placering 1 utgör sämsta värde. De olika placeringarna summeras för varje enskild kommun och kommunerna rangordnas efter den sammanlagda poängsumman. Den kommun som uppnår högst poängsumma hamnar i topp.

Figur 41 Rangordning av kommunerna efter deras samlade placeringar för varje enskild fråga i spindeldiagrammen (se bilaga 1.)

	<i>poäng</i>	procent
Orust	139	
Munkedal	125	
Bengtstors	123	
Trollhättan	118	
Tanum	117	
Färgelanda	115	
Uddevalla	106	
Mellerud	104	
Dals Ed	103	
Vänersborg	99	
Sotenäs	93	
Strömstad	89	
Lysekil	81	
Åmål	79	
Lilla Edet	49	

25 procent
50 procent
25 procent

Grön färg innebär att kommunen tillhör de 25 procent som har bäst resultat. Gul färg att kommunen tillhör de 50 procent som hamnar i mitten och röd färg att kommunen tillhör de 25 procent som har sämst resultat.

Ingen av kommunerna har bästa eller sämsta ranking för alla variabler. Men Lilla Edet utmärker sig genom att kommunen har tio variabler som är sämre än VGR och endast en som är bättre. Lilla Edet utmärker sig med sämre värden för alla levnadsvanor, undantaget är andelen av befolkningen med riskabla spelvanor.

Orust utmärker sig åt andra hållet genom att kommunen har tre variabler som är sämre än VGR och åtta bättre. Kommunen har färre med lågt skattad hälsa samt som uppger psykisk ohälsa. Men också färre som snusar, missbrukar alkohol samt droger. Men fler med fetma, som har högt blodtryck samt andelen daglig rökare bland befolkningen.

Två av de större kommunerna, Uddevalla och Vänersborg hamnar i mitten medan Trollhättan placerar sig på den övre halvan. Kommunernas storlek gör att det inom dem sannolikt både finns enskilda kommundelar som, placerar sig bättre eller sämre än genomsnittet.

Undersökningar på nationell nivå från bl.a. på Folkhälsoinstitutet pekar på att ålder och utbildningsnivå i kommungruppen är de faktorer som har störst förklaringsvärde. Det finns ingen anledning att tro att inte detta förhållande gäller också ibland befolkningen i Fyrbodalen.

Slutkommentarer

Arbetet med att tolka och analysera resultatet från befolkningsundersökningar kan utvecklas mera. Den lokala kunskapen ute i kommunerna behöver tas tillvara. I rapporten har genomgående det statistiska underlag som finns använts med försiktighet. Det är ändå viktigt att påpeka att det på kommunnivå inte är möjligt att dra allt för långtgående slutsatser av hur olika kommuner har svarat. Det är önskvärt att även framöver fortsätta med befolkningsundersökningar för att kunna följa utvecklingen över tid.

7. Källor

Melinder, K. Stress i stan och övervikt i glesbygden? – om samband mellan människors hälsa och typ av boendekommun. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2007.

Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2005? Västra Götalandsregionen, Oktober 2006

Verksamhetsanalys 2006. Regionkansliet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, maj 2007

Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen

Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens folkhälsoinstitut

Bilaga 1. Nämnd - kommunprofiler, spindeldiagram

Fördelen med spindeldiagrammen är att man relativt snabbt kan få en överblick av såväl enstaka bestämningsfaktorer för hälsan som grupperingar av dessa. För att öka tillförlitligheten i svaren har enkäterna för åren 2004-2006 vägts samman till en treårsfil. I den sammanvägda filen kommer 4 procent av enkäterna från 2004, 23 procent från 2005 och 73 procent från 2006. Antalet observationer för Norra Bohuslän är 3380, Dalsland 2382, Trestad 2643 och Västra Götalandsregionen totalt 42 359.

De enskilda variabler som ingår i spindeldiagrammen är:

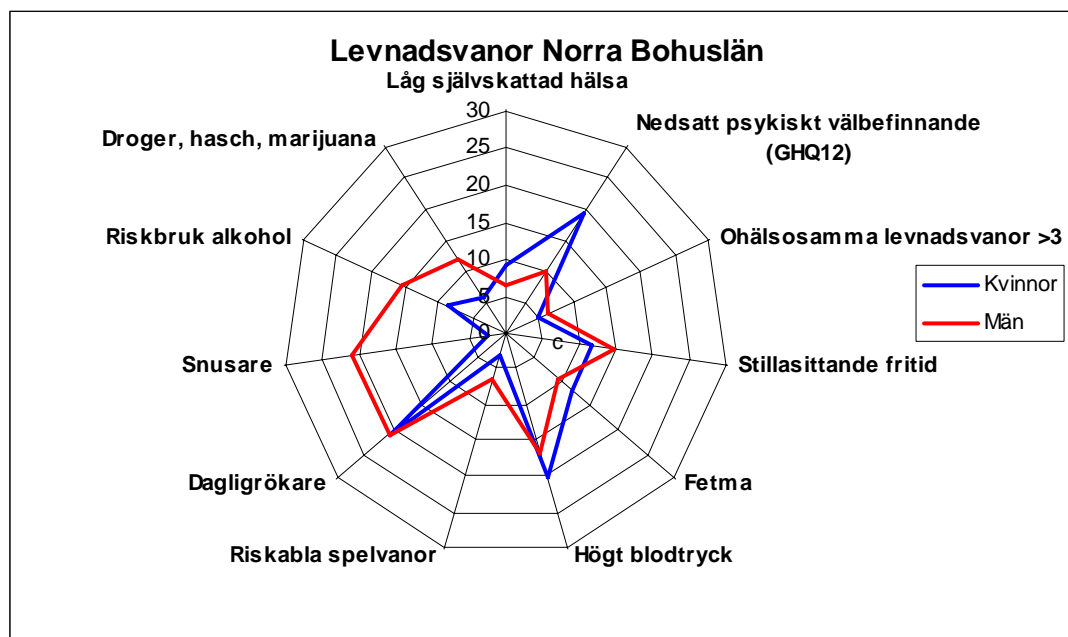
1. Låg självskattad hälsa, innebär att man bedömt hälsan som ”dåligt” eller ”mycket dåligt” i en 5-gradig skala.
2. GHQ12 ett index skapas av 12 frågor. Frågorna avser att indikera psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar. De som har angivit tre eller fler negativt laddade svarsalternativ har klassats som att de har lågt psykiskt välbefinnande.
3. Högt blodtryck innebär att man har högt blodtryck antingen med eller utan besvär
4. Fetma innebär att personen har ett kroppsmasseindex (BMI) som är ≥ 30 .
5. Dagligrökare innebär att man är cigaretrökare och röker mer än en cigarett per dag.
6. Snusare innebär att man snusar dagligen
7. Alkoholmissbruk är ett index som bygger på instrumentet Audit. Indexet tar hänsyn till den totala alkoholkonsumtionen, hur ofta man dricker, mängden alkohol vid varje tillfälle samt hur ofta man dricker sig berusad.
8. Med drogmissbruk avses om man använt hasch eller marijuana.
9. Riskabla spelvanor är ett index som bygger på tre delfrågor.
10. Ohälsosamma levnadsvanor innebär att personen har tre – fem ohälsosamma levnadsvanor. Levnadsvanorna som belyses är: riskkonsumtion av alkohol, daglig rökning, fetma, stillasittande fritid samt ett litet intag av frukt och/eller grönt.
11. Stillasittande fritid, innebär att man promenerar, cyklar eller rör på sig mindre än två timmar i veckan.

För samtliga variabler gäller att de mäter negativa förhållanden.

För varje nämnd redovisas ett spindeldiagram: resultaten för levnadsvanor efter kön

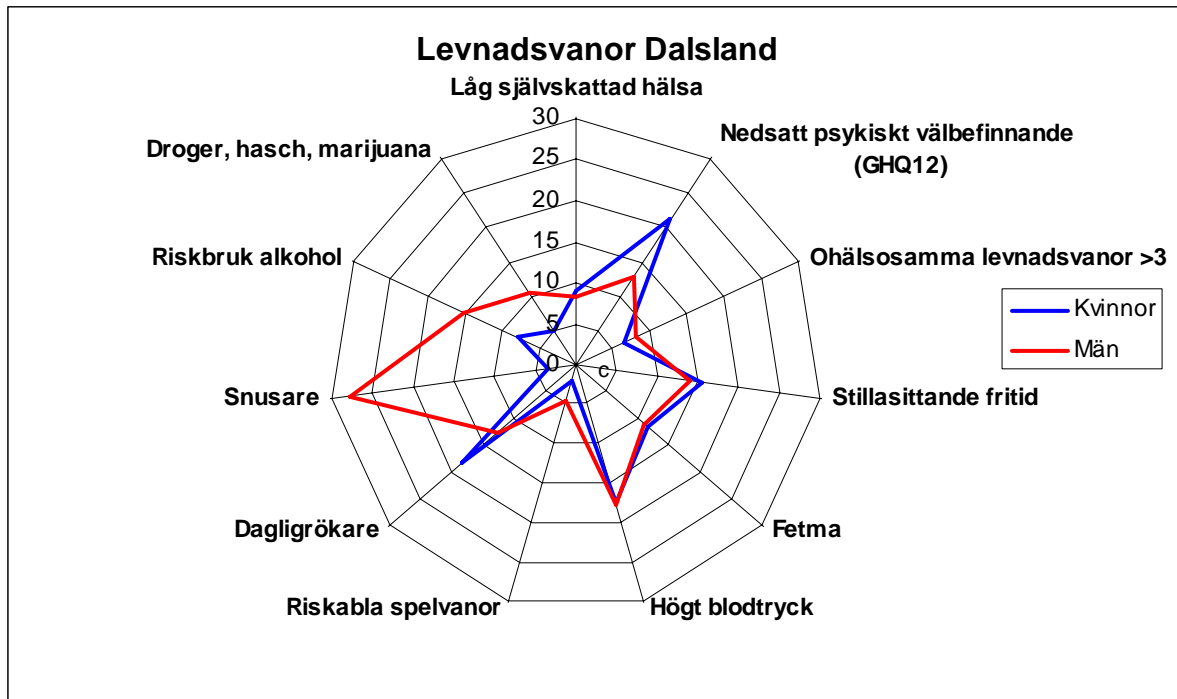
För varje kommun redovisas två spindeldiagram: resultaten för levnadsvanor i respektive kommun jämfört med VGR samt resultaten för respektive kommun efter kön. För varje kommun redovisas också socioekonomiska basfakta (se avsnitt 2) Grön färg innebär att kommunen tillhör de 25 procent som har bäst resultat. Gul färg att kommunen tillhör de 50 procent som hamnar i mitten och röd färg att kommunen tillhör de 25 procent som har sämst resultat. Därefter kommenteras de frågor som utmärker respektive kommun. En sammanvägning görs också efter antal värden som är sämre än VGR respektive bättre än VGR.

Spindeldiagram efter nämnd



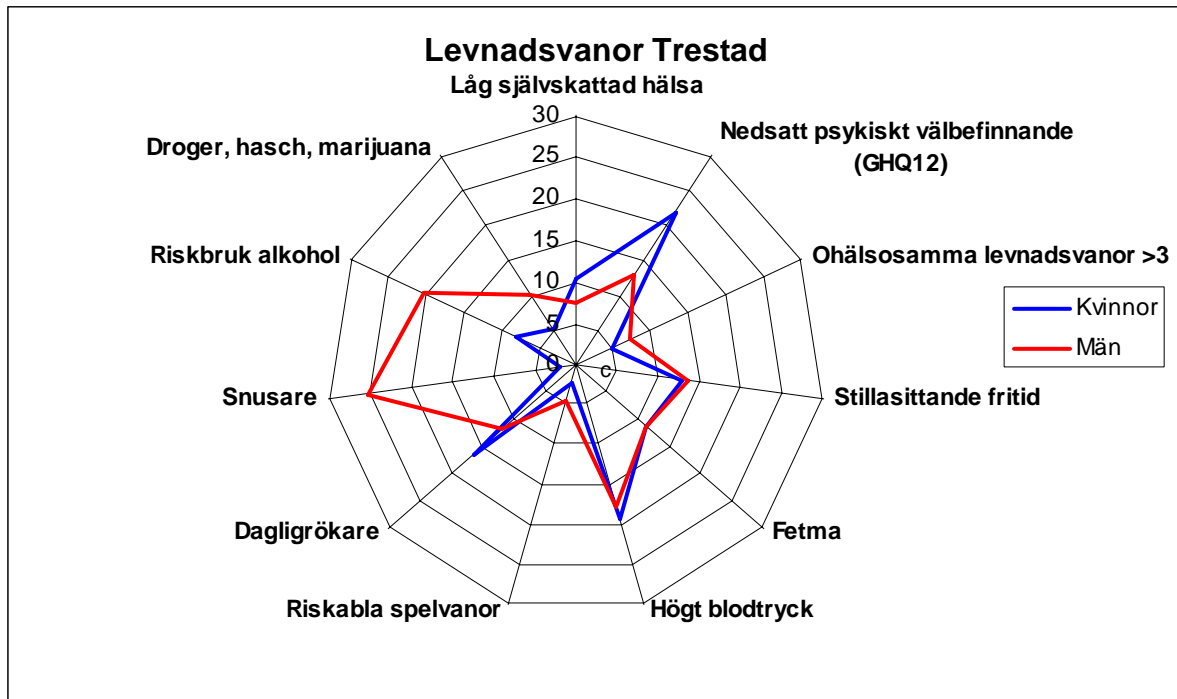
Spindeldiagram för levnadsvanor

Norra Bohuslän	Kvinnor	Män
Låg självskattad hälsa	9	6
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	19	10
Ohälsosamma levnadsvanor >3	5	6
Stillasittande fritid	11	15
Fetma	12	9
Högt blodtryck	20	17
Riskabla spelvanor	3	7
Dagligrökare	21	21
Snusare	2	21
Riskbruk alkohol	9	15
Droger, hasch, marijuana	6	12



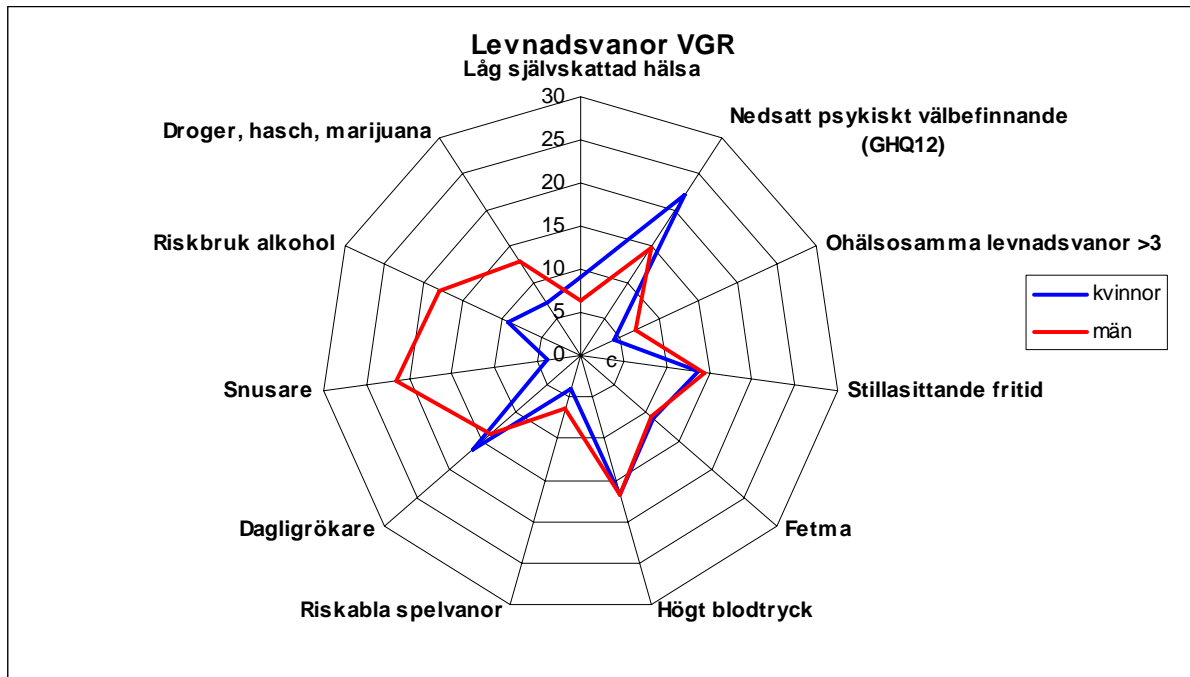
Spindeldiagram för levnadsvanor

Dalsland	Kvinnor	Män
Låg självskattad hälsa	9	8
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	21	13
Ohälsosamma levnadsvanor >3	7	8
Stillasittande fritid	16	14
Fetma	12	11
Högt blodtryck	18	18
Riskabla spelvanor	2	5
Dagligrökare	18	13
Snusare	4	28
Riskbruk alkohol	8	15
Droger, hasch, marijuana	5	10



Spindeldiagram för levnadsvanor

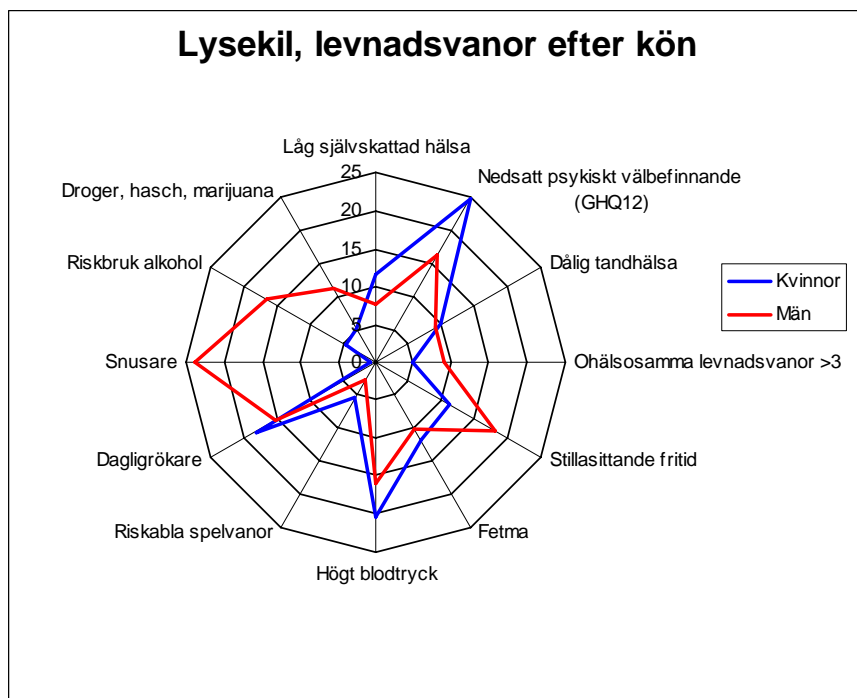
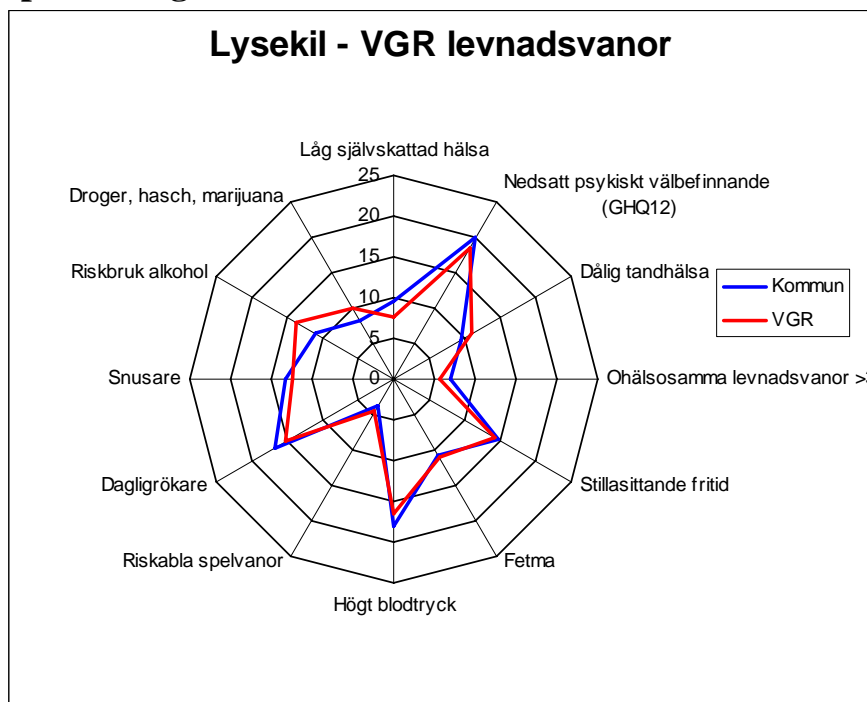
Trestad	Kvinnor	Män
Låg självskattad hälsa	10	8
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	22	13
Ohälsosamma levnadsvanor >3	5	7
Stillasittande fritid	13	14
Fetma	11	11
Högt blodtryck	19	18
Riskabla spelvanor	2	5
Dagligrökare	16	12
Snusare	2	25
Riskbruk alkohol	8	20
Droger, hasch, marijuana	5	10



Spindeldiagram för levnadsvanor

VGR	Kvinnor	Män
Låg självskattad hälsa	9	6
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	22	15
Ohälsosamma levnadsvanor >3	4	7
Stillasittande fritid	14	15
Fetma	11	11
Högt blodtryck	17	17
Riskabla spelvanor	4	6
Dagligrökare	17	14
Snusare	4	22
Riskbruk alkohol	9	18
Droger, hasch, marijuana	7	13

Spindeldiagram efter kommun



Levnadsvanor

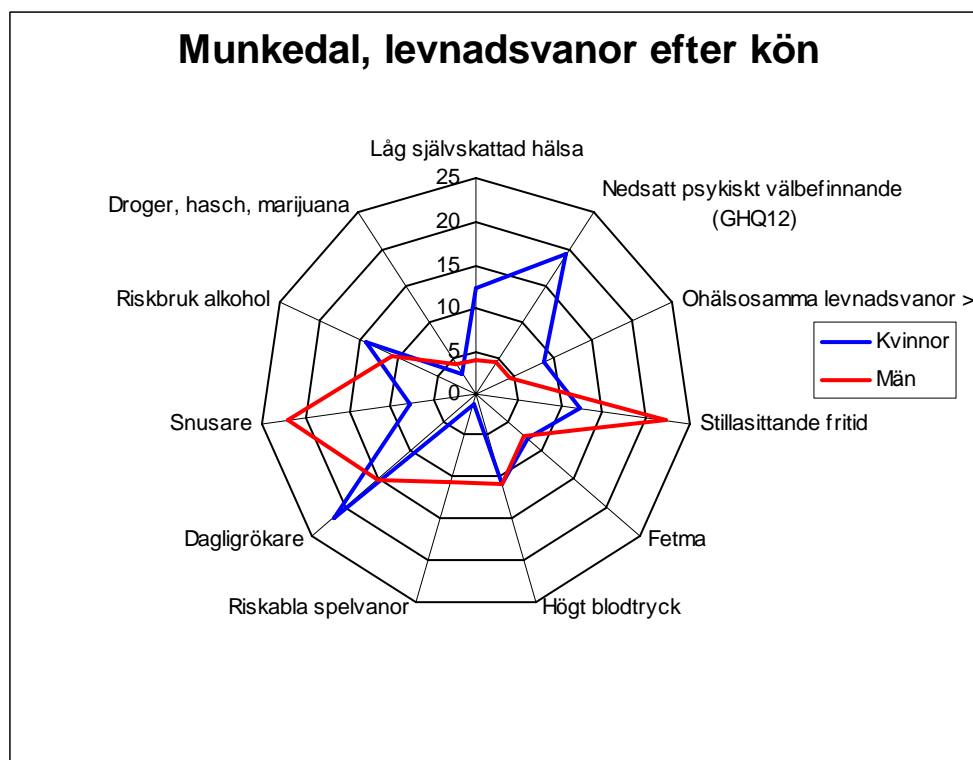
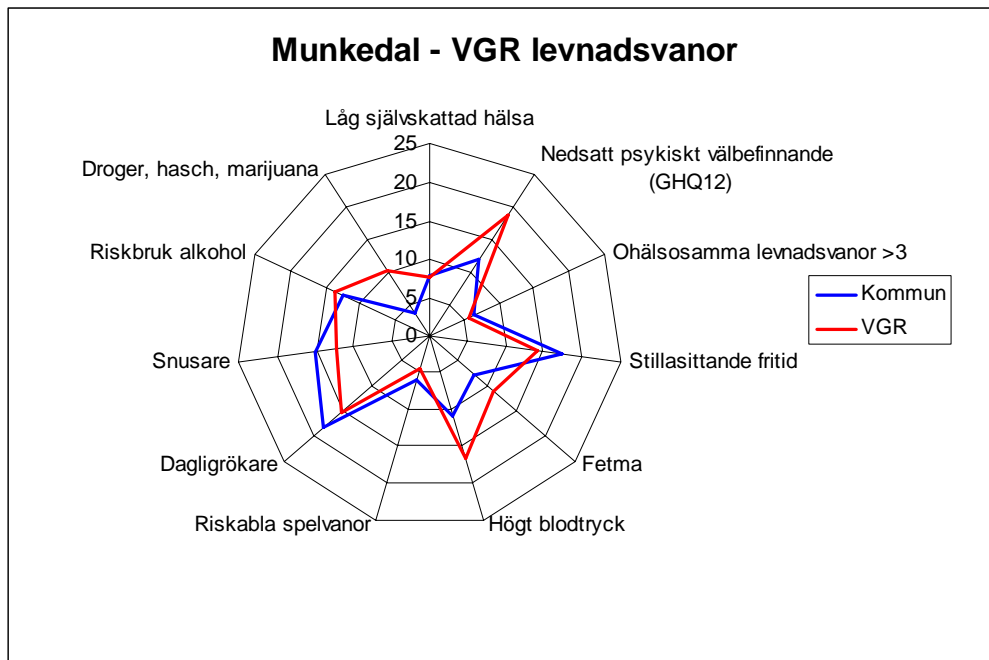
Lysekil har sju variabler som är sämre än VGR och fyra bättre. Kommunen hör därmed till kommungruppen med 25 procents sämst resultat. Lysekil utmärker sig med ett sämre hälsotillstånd, fler ohälsosamma levnadsvanor och fler rökare/snusare. Kommunen har samtidigt färre riskmissbrukare av alkohol och droger.

Kvinnor - män

Kvinnor har betydligt sämre självskattad hälsa och psykisk hälsa. Andelen med högt blodtryck och dagliga rökare är också högre för kvinnor. Män har en mer stillasittande fritid samt använder mera droger, dricker mera alkohol samt snusar i högre utsträckning.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasialutbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

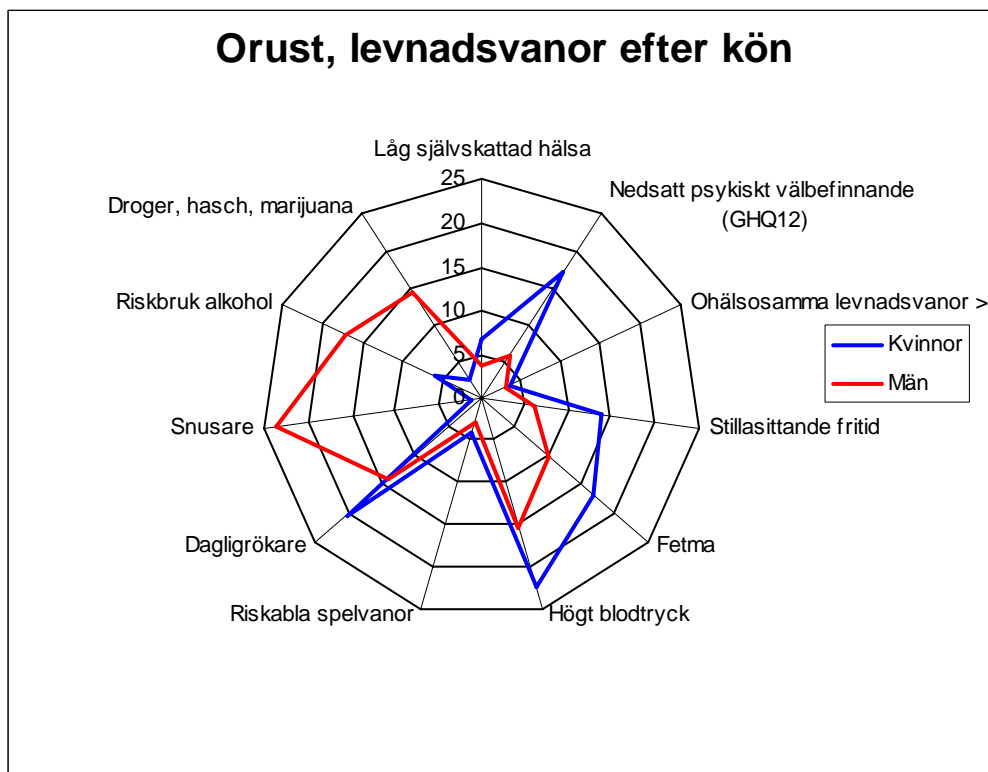
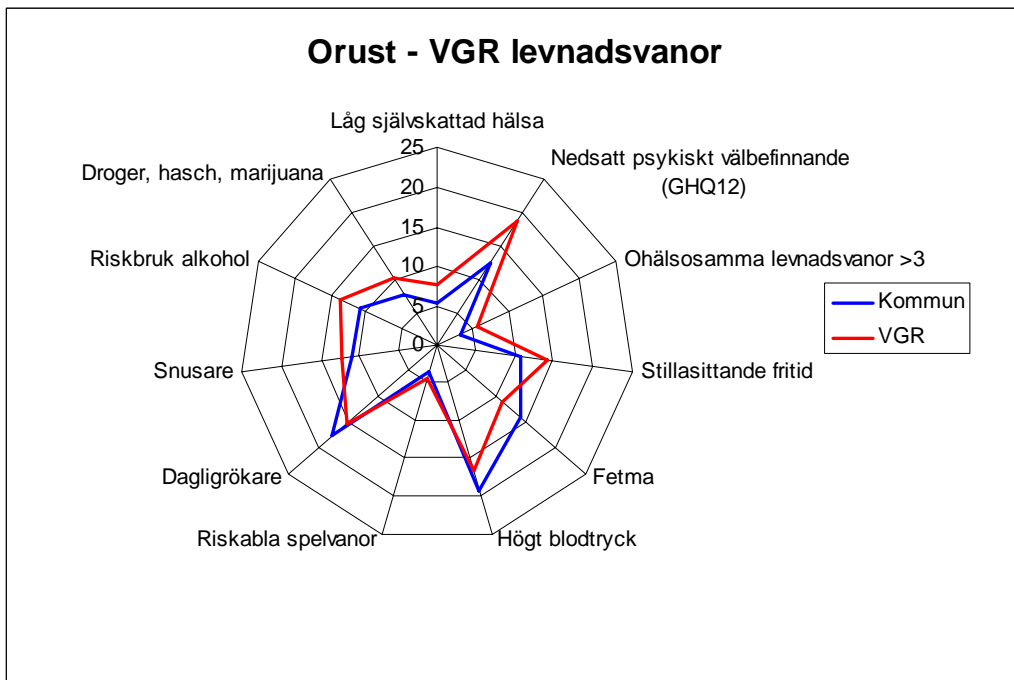
Munkedal har fem variabler som är sämre än VGR och sex bättre. Kommunen tillhör de 25 procent som har bäst resultat. Munkedal utmärker sig med fler som har en stillasittande fritid, är dagligrökare samt snusare. Kommunen har samtidigt färre som uppger psykisk ohälsa, som lider av högt blodtryck samt brukare av droger.

Kvinnor - män

Kvinnor har betydligt sämre självskattad hälsa och psykisk hälsa. Andelen dagliga rökare och riskbrukare av alkohol också högre för kvinnor. Män har en mer stillasittande fritid, riskabla spelvanor samt snusar i högre utsträckning.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

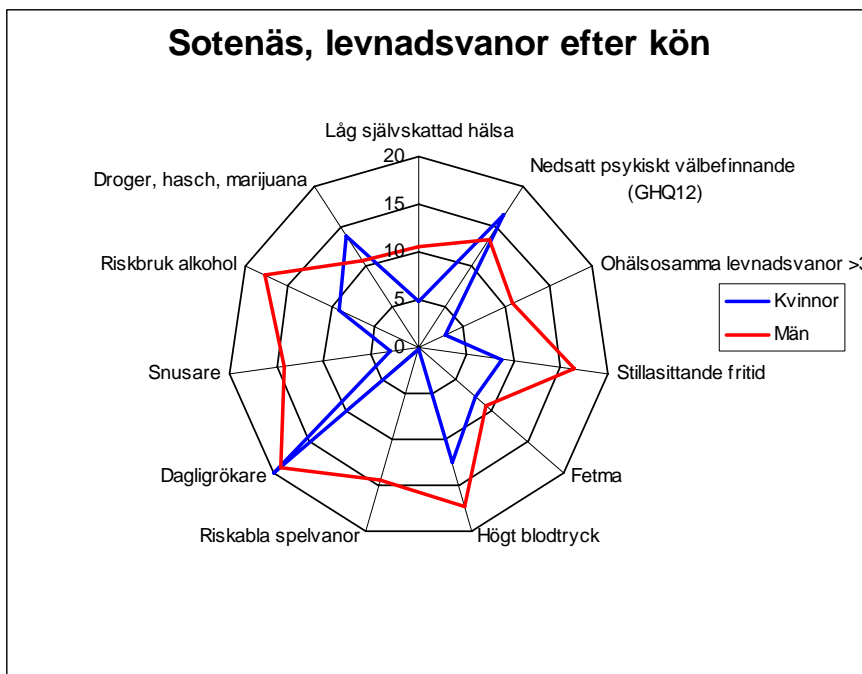
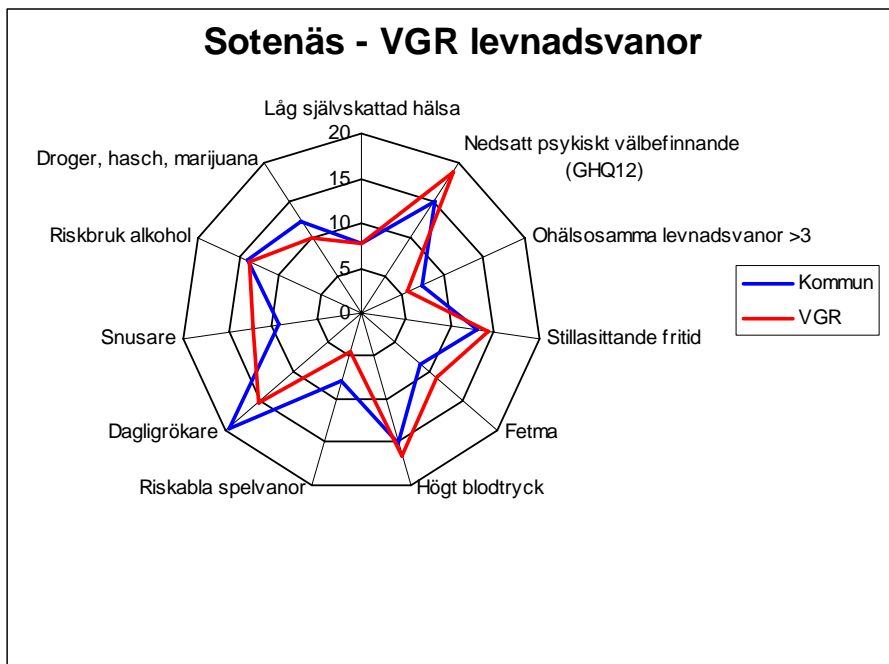
Orust har tre variabler som är sämre än VGR och åtta bättre. Kommunen tillhör de 25 procent som har bäst resultat. Orust utmärker sig med fler bland befolkningen med fetma, som har högt blodtryck samt är dagligrökare. Kommunen har också färre med lågt skattad hälsa samt som uppger psykisk ohälsa. Men också färre som snusar, missbrukar alkohol samt droger.

Kvinnor - män

Kvinnor har betydligt sämre psykisk hälsa, men även en stillasittande fetma, högt blodtryck samt dagligrökare. Män utmärker sig genom att använda mera droger, alkohol och snus.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

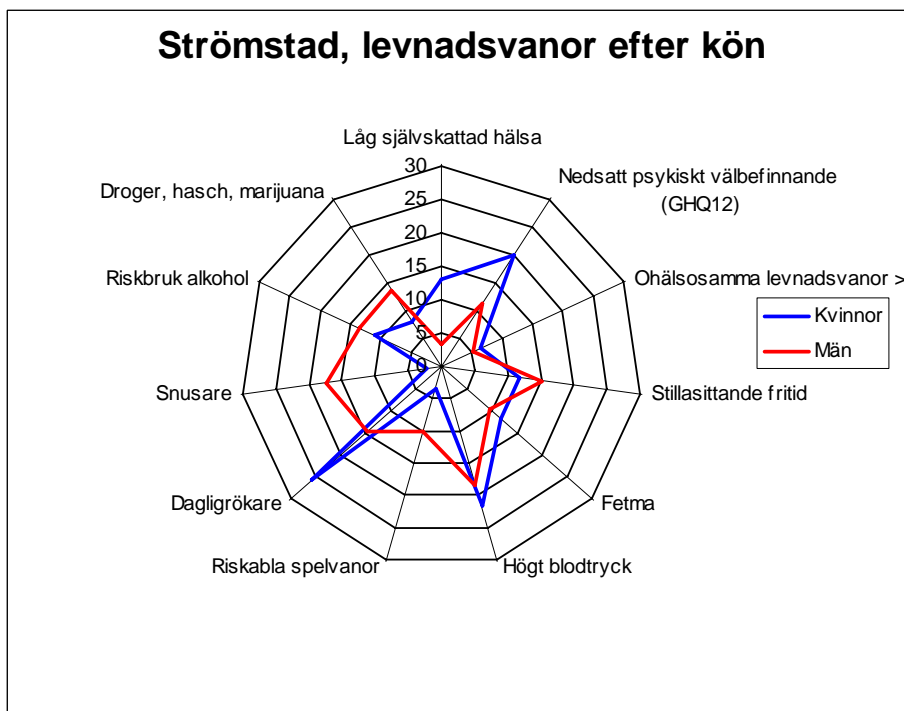
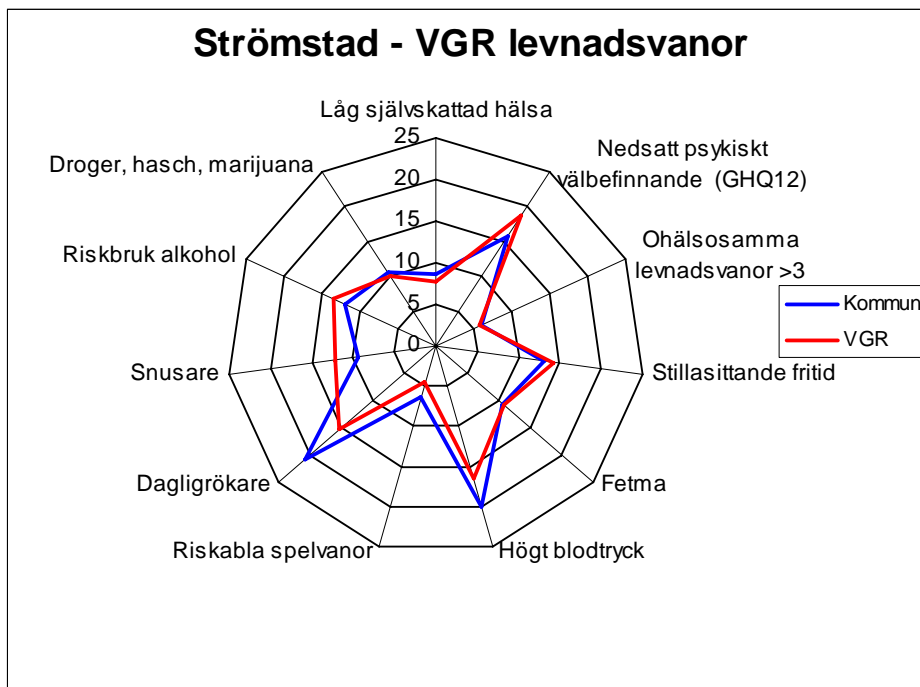
Sotenäs har sex variabler som är sämre än VGR och fem bättre. Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Sotenäs utmärker sig med fler ohälsosamma levnadsvanor, fler riskabla spelvanor, fler dagligrökare och användare av droger. Kommunen har också färre personer med psykisk ohälsa, fetma, och snusar.

Kvinnor - män

Kvinnor har en sämre psykisk hälsa men inte en sämre självskattad hälsa. Andelen dagliga rökare och andelen personer som provat droger är också högre för kvinnor. Män har en mer stillasittande fritid, lider av fetma, högt blodtryck samt dricker mera alkohol, snusar i högre utsträckning och har mer riskabla spelvanor.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomstagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

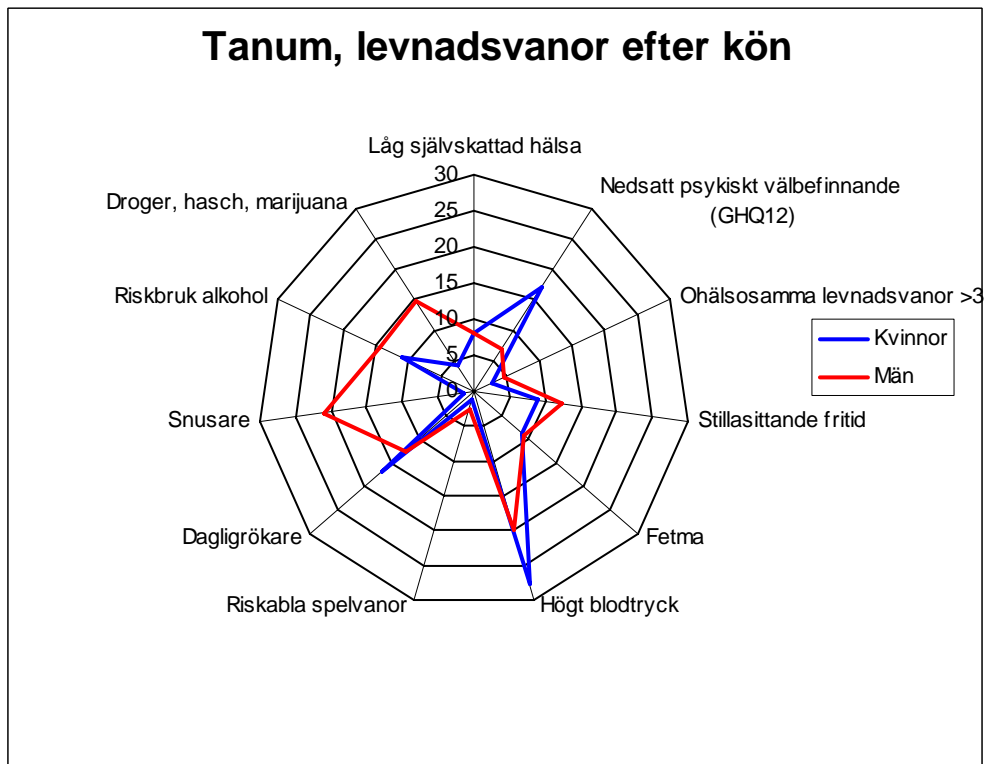
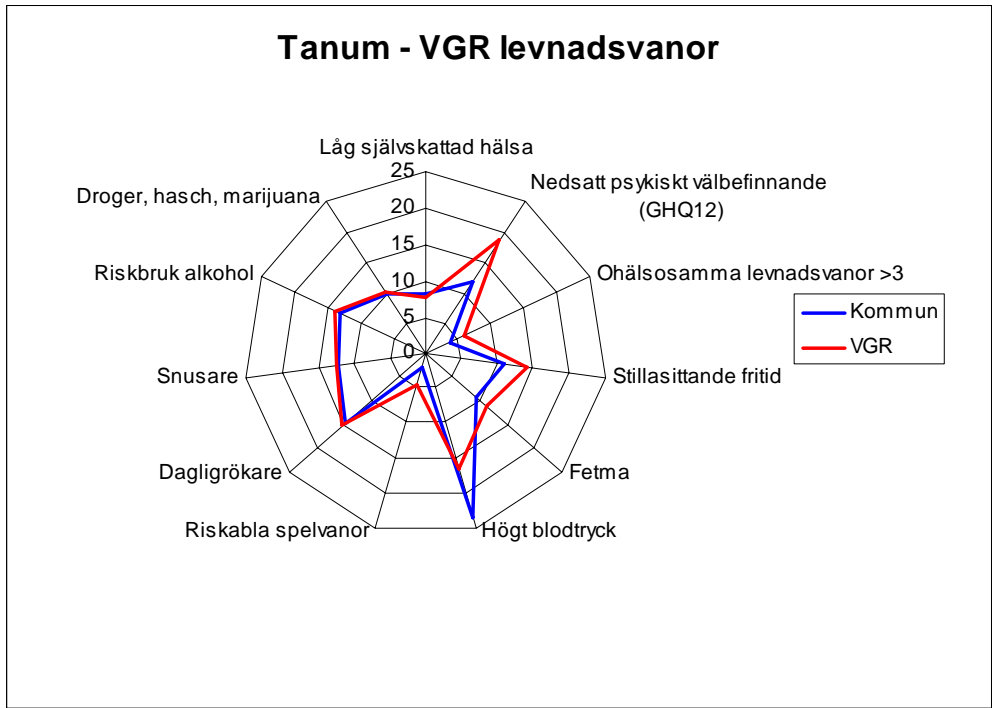
Strömstad har sex variabler som är sämre än VGR och fem bättre. Kommunen hör därmed till kommungruppen med 25 procents sämst resultat. Strömstad ligger för flertalet variabler nära VGR. Men befolkningen utmärker sig med ett högt blodtryck och en högre andel dagligrökare. Kommunen däremot färre personer som snusar.

Kvinnor - män

Kvinnor har en sämre självskattad hälsa och psykisk hälsa. Andelen dagliga rökare och andelen personer med högt blodtryck också högre för kvinnor. Män har en mer stillasittande fritid, mer riskabla spelvanor, snusar i högre utsträckning, röker mera samt använder droger i högre utsträckning.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

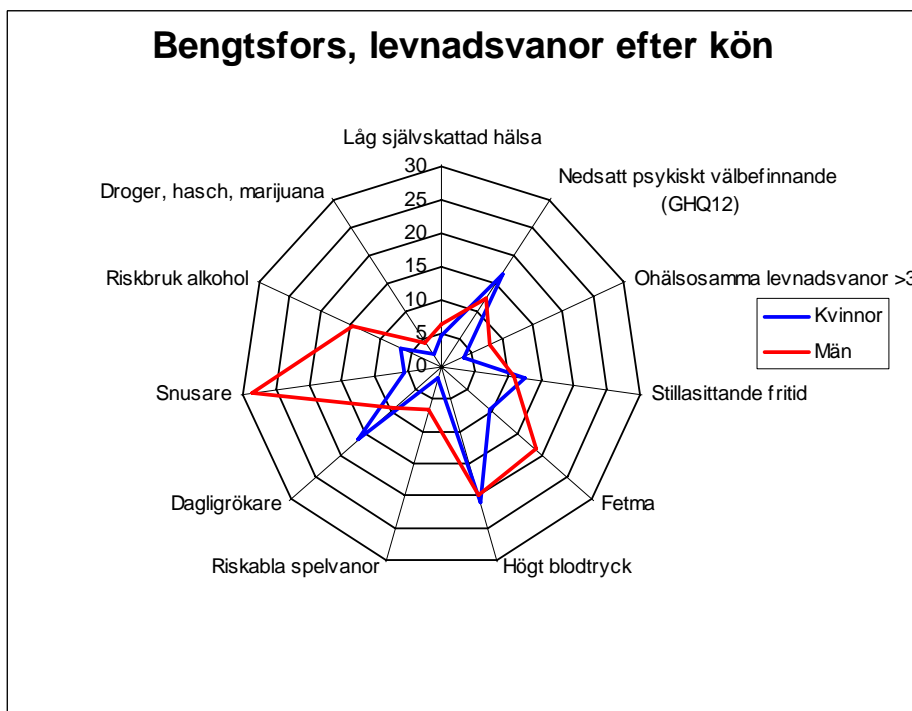
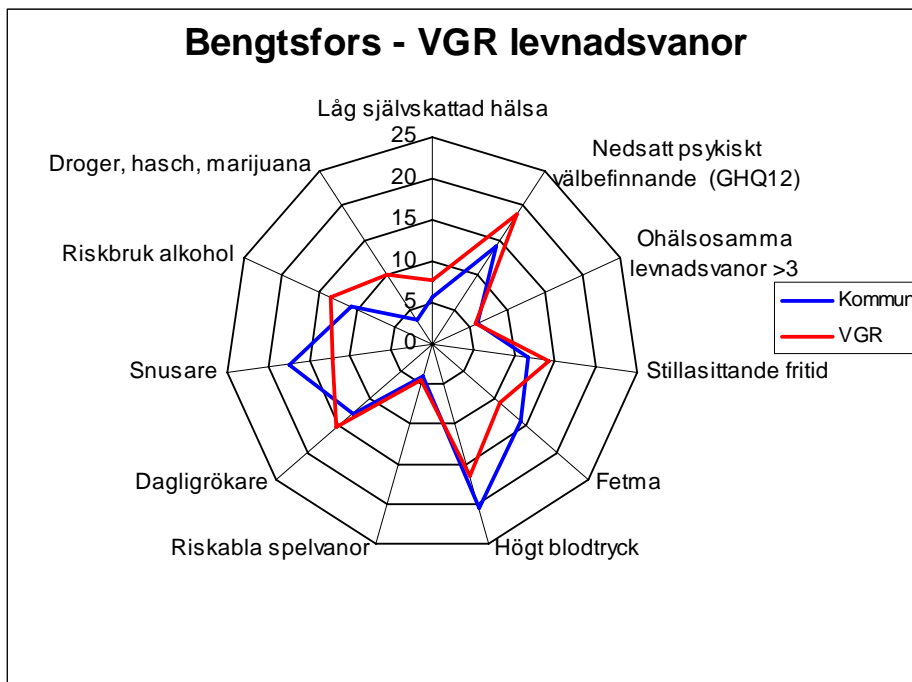
Tanum har två variabler som är sämre än VGR och nio bättre. Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Tanum utmärker sig nästan alla variabler är bättre än VGR, undantagen är högt blodtryck och en låg andel självskattad hälsa.

Kvinnor - män

Kvinnor har en sämre psykisk hälsa. Andelen dagliga rökare och andelen personer med högt blodtryck också högre för kvinnor. Män har en mer stillasittande fritid, men använder framför allt droger, alkohol och snus i betydligt högre utsträckning.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

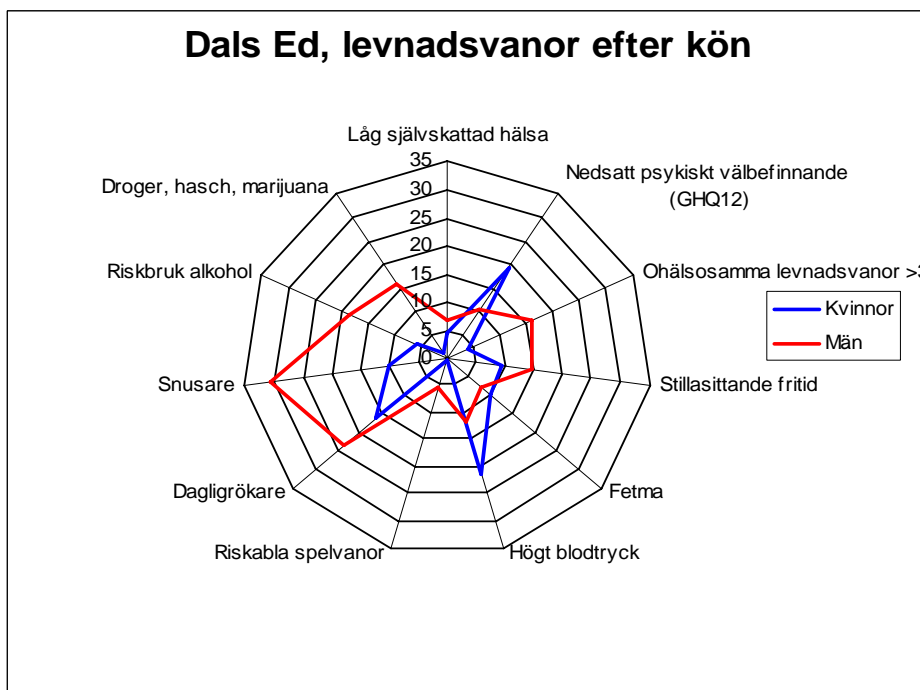
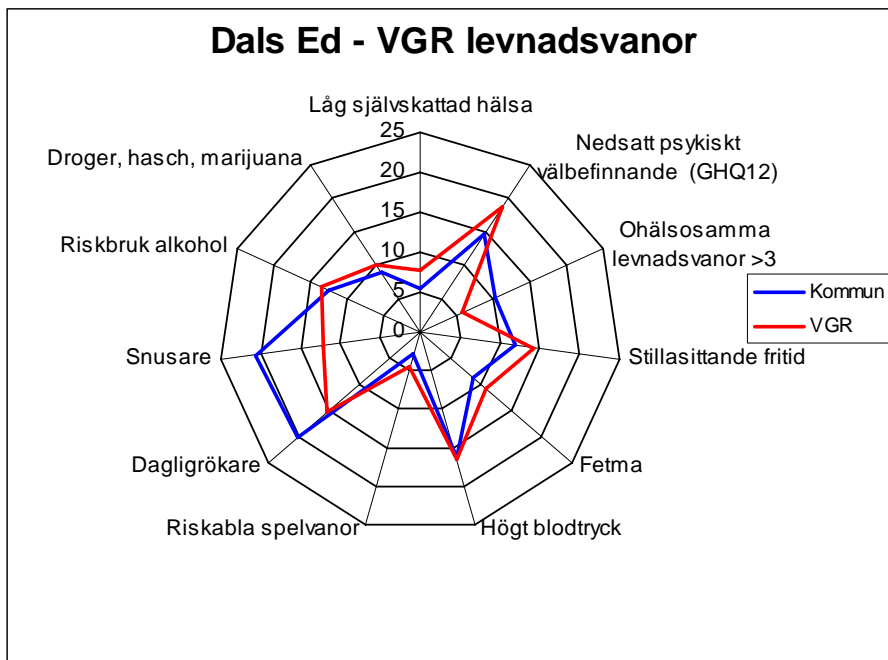
Bengtsfors har fyra variabler som är sämre än VGR och sju bättre. Kommunen tillhör de 25 procent som har bäst resultat. Bengtsfors utmärker sig med en högre andel med fetma, högt blodtryck samt andelen snusare av befolkningen. Kommunen har också färre personer med lågt självskattad hälsa, samt alkoholmissbruk.

Kvinnor - män

Kvinnor har en sämre psykisk hälsa men inte en sämre självskattad hälsa. Andelen dagliga rökare är också högre för kvinnor. Män lider i högre utsträckning av fetma samt dricker mera alkohol, snusar i högre utsträckning och har mer riskabla spelvanor.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

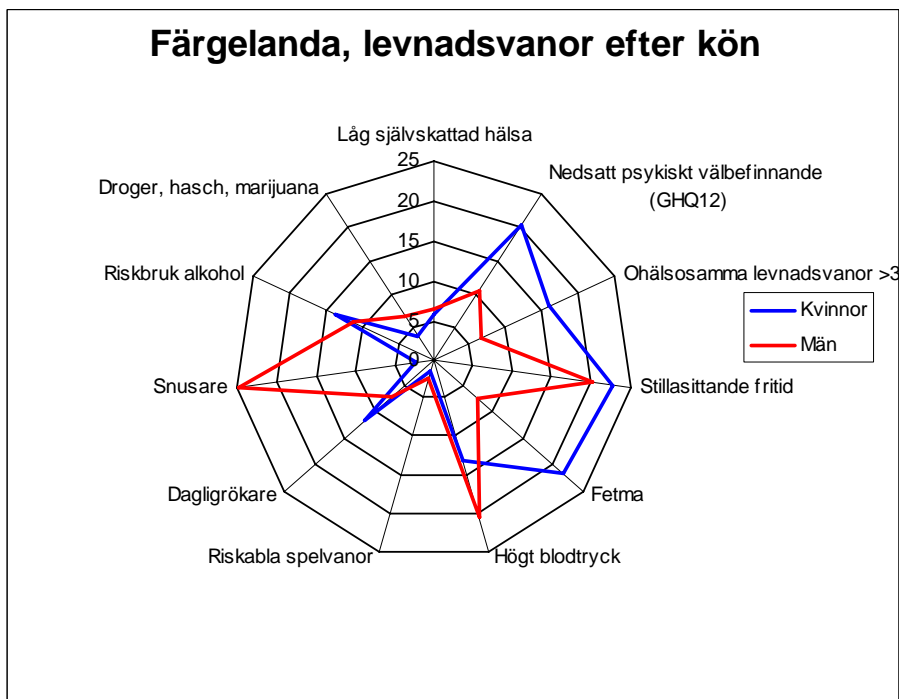
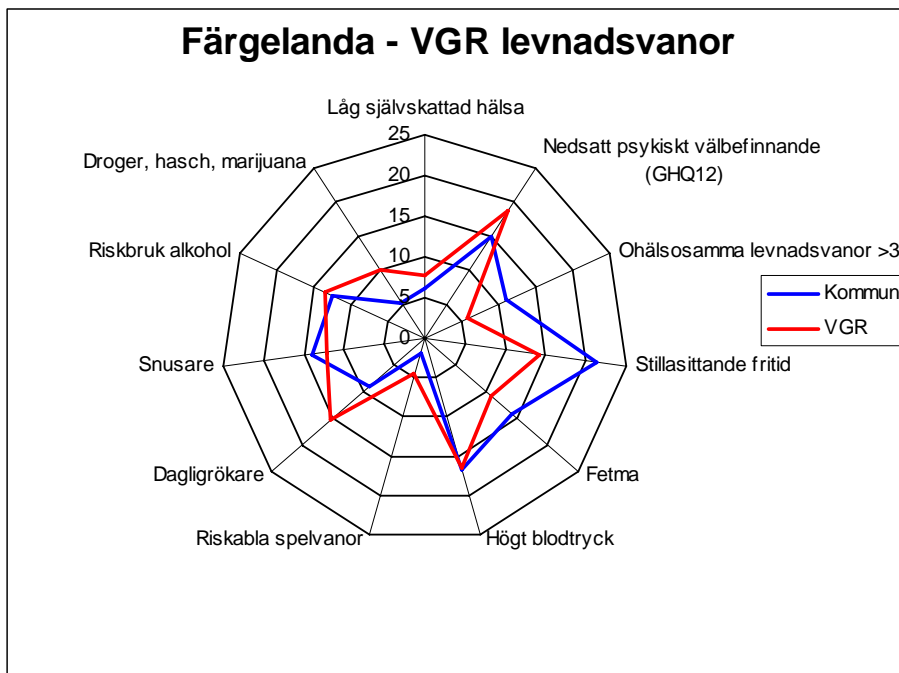
Dals Ed har tre variabler som är sämre än VGR och åtta bättre. Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Dals Ed utmärker sig med en högre andel med ohälsosamma levnadsvanor, dagligrökare och snusare bland befolkningen. För övriga variabler ligger kommunen på samma eller lägre nivå än VGR.

Kvinnor - män

Kvinnor har en sämre psykisk hälsa men inte en sämre självskattad hälsa. Andelen med högt blodtryck är också högre för kvinnor. Män lider i högre utsträckning av ohälsosamma levnadsvanor och har en stillasittande fritid. Andelen dagligrökare är också högre bland män liksom, andelen snusare, alkoholmissbrukare och användare av droger.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

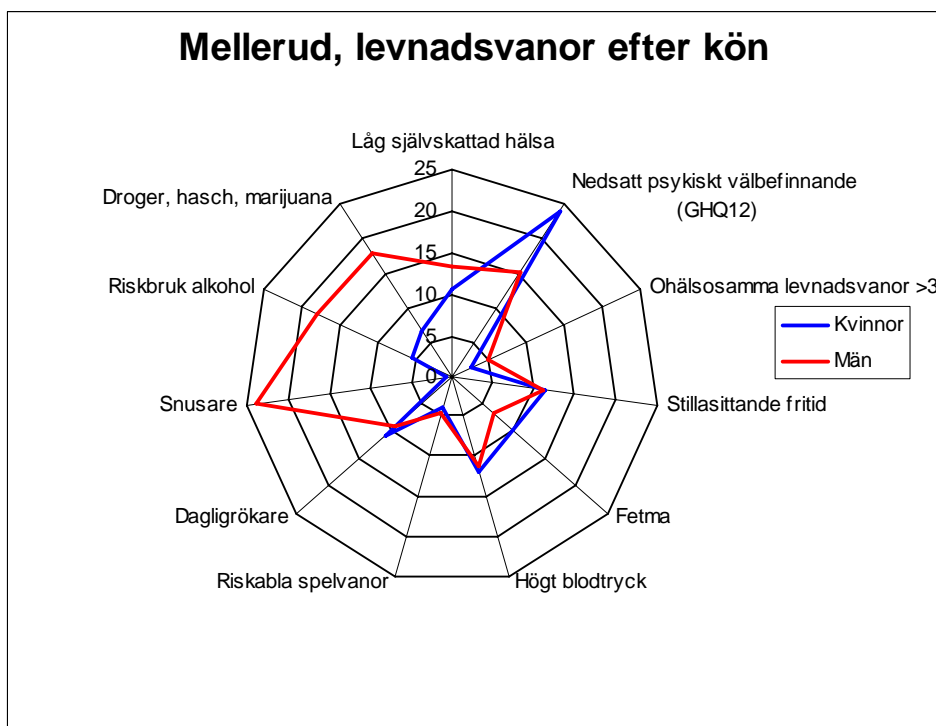
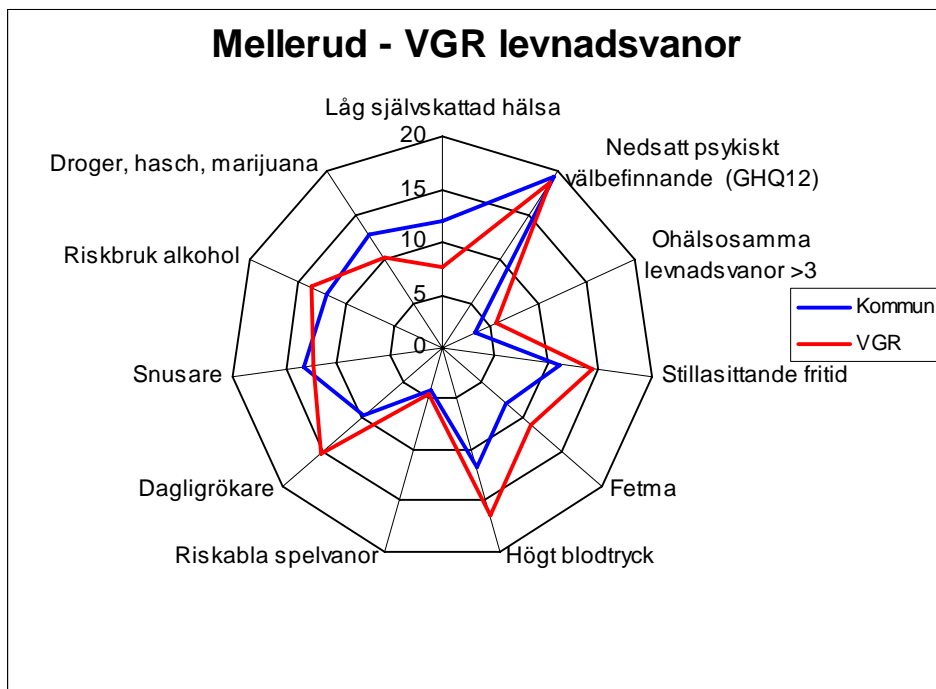
Färgelanda har fem variabler som är sämre än VGR och sex bättre Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Färgelanda utmärker sig med en högre andel med ohälsosamma levnadsvanor, stillasittande fritid, fetma och snusare bland befolkningen. Kommunen har också färre med lågt skattad hälsa samt som uppger psykisk ohälsa. Men också färre dagligrökare, användare av droger samt personer med riskabla spelvanor.

Kvinnor - män

Kvinnor har en betydligt sämre psykisk hälsa men inte en sämre självskattad hälsa. Andelen med ohälsosamma levnadsvanor, stillasittande fritid, fetma och dagligrökare är också högre bland kvinnor.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnsial utbildning	Låginkomstagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

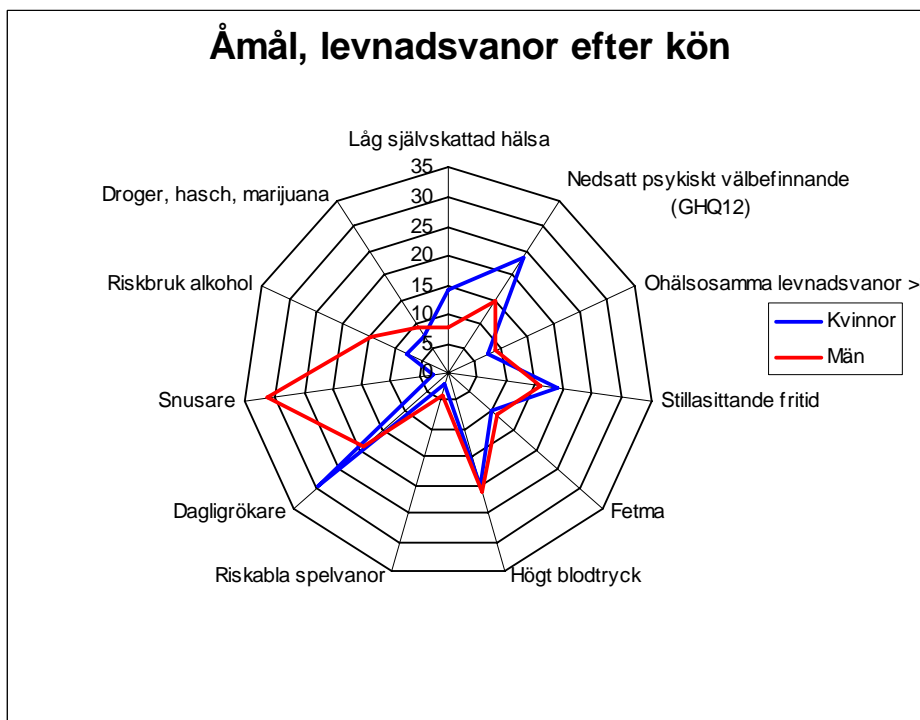
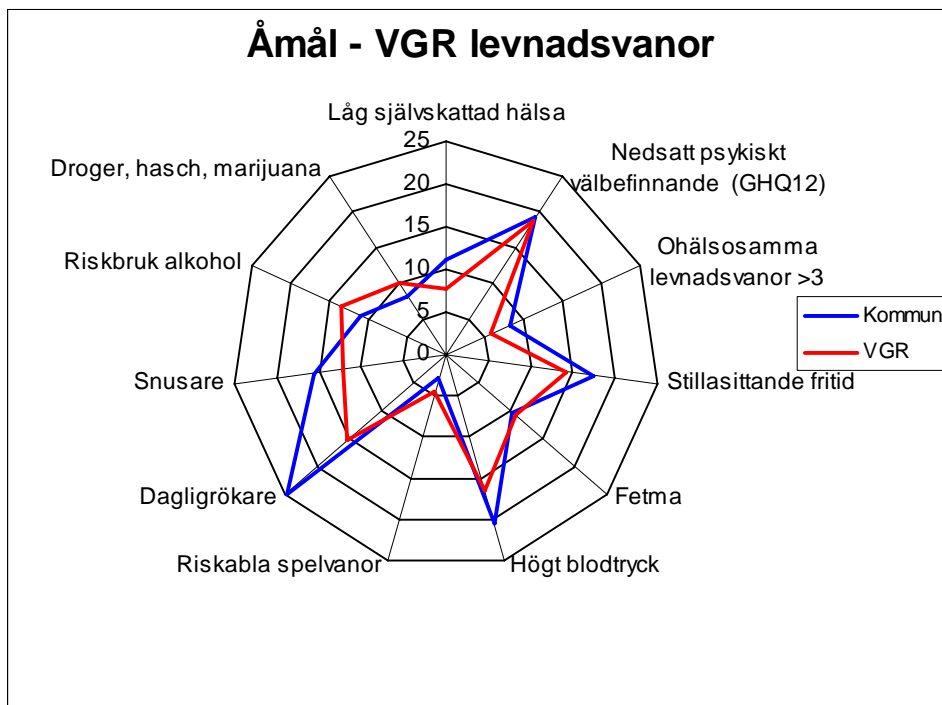
Mellerud har fyra variabler som är sämre än VGR och sju bättre. Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Mellerud utmärker sig med en högre andel lågt självskattad hälsa och brukare av droger bland befolkningen. Kommunen har också färre med ohälsosamma levnadsvanor, en stillasittande fritid, högt blodtryck, dagligrökare samt missbrukare av alkohol.

Kvinnor - män

Kvinnor har en betydligt sämre psykisk hälsa men inte en sämre självskattad hälsa. Andelen med, fetma är också högre bland kvinnor. För övriga variabler är männen i majoritet.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

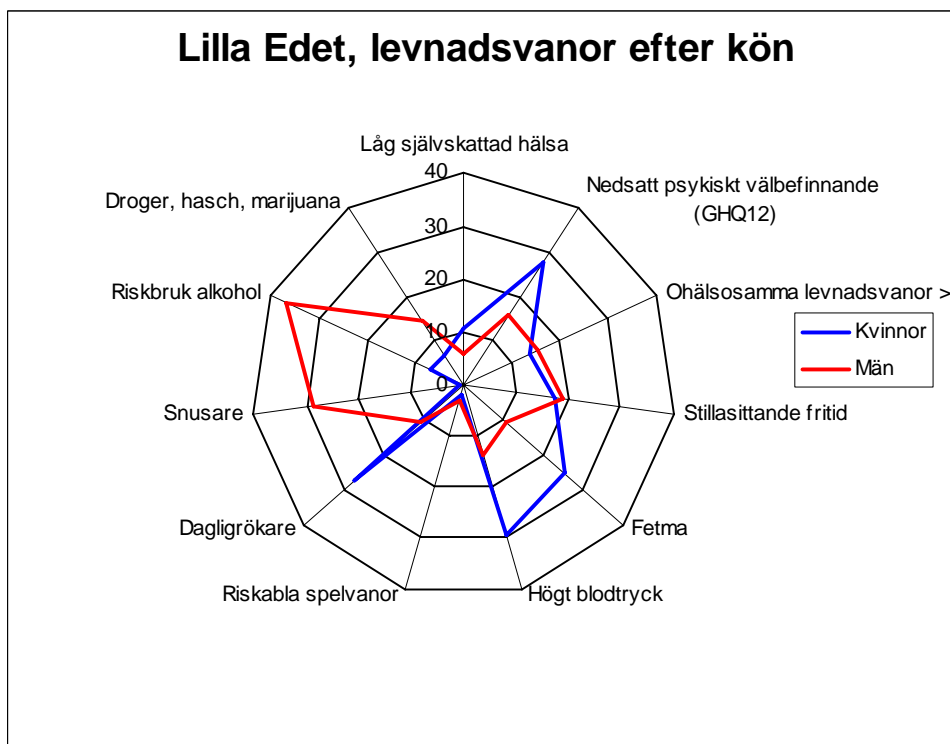
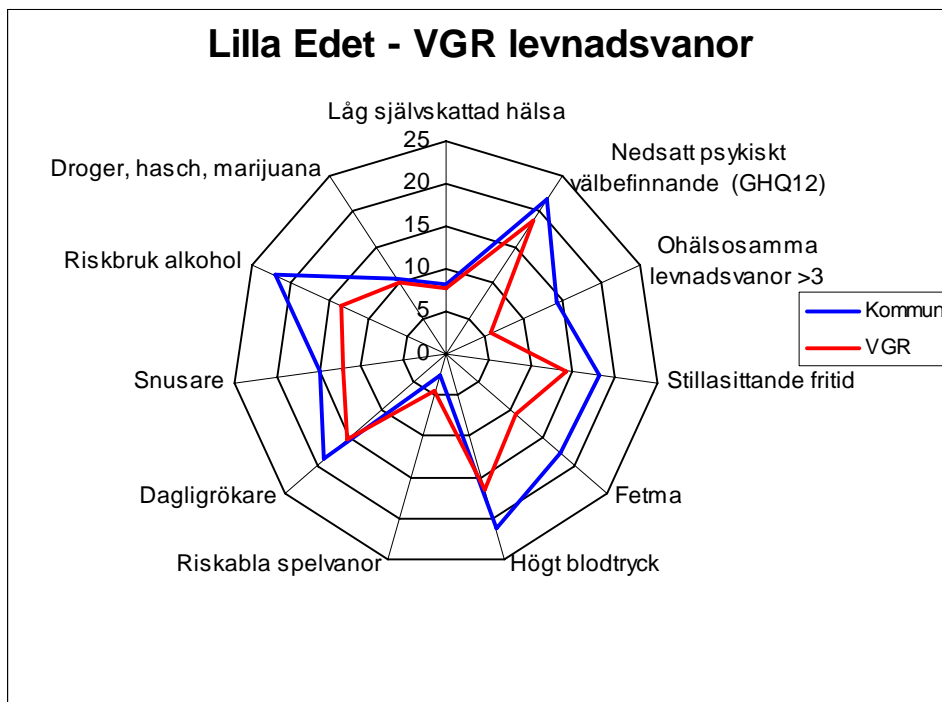
Åmål har fyra variabler som är sämre än VGR och sju bättre. Kommunen hör därmed till kommungruppen med 25 procents sämst resultat. Åmål utmärker sig en högre andel av befolkningen med en stillasittande fritid och högt blodtryck. Andelen dagligrökare och snusare är också högre än för VGR. Kommunen har däremot färre missbrukare av alkohol.

Kvinnor - män

Kvinnor har en betydligt sämre psykisk hälsa och en sämre självskattad hälsa. Andelen dagligrökare är också högre bland kvinnor. Männens dominerar stort när det gäller andelen snusare och missbrukare av alkohol.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

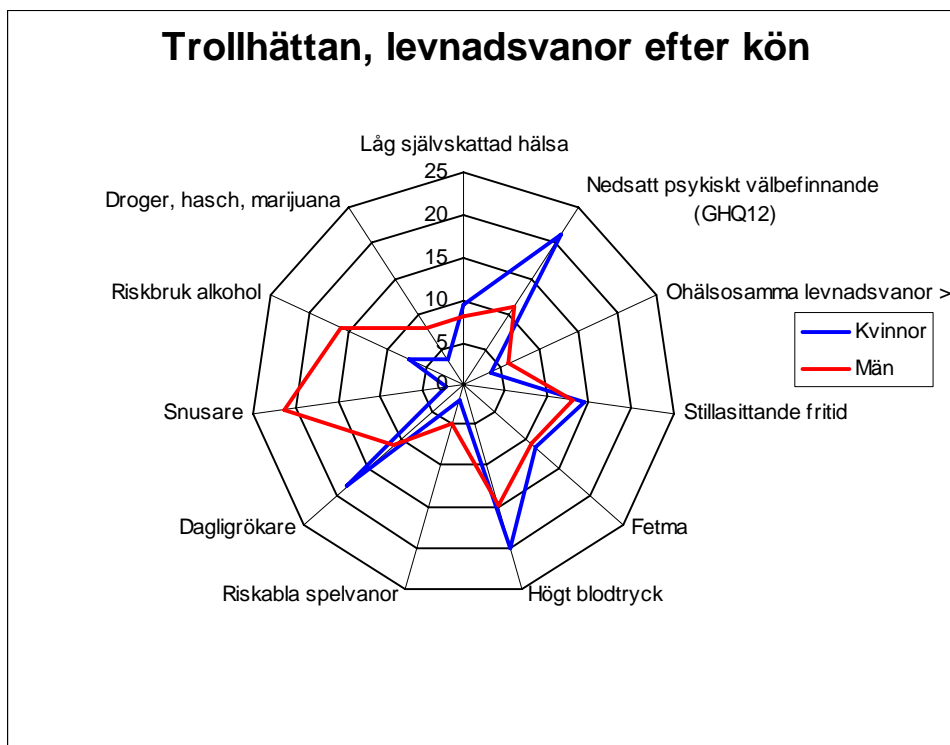
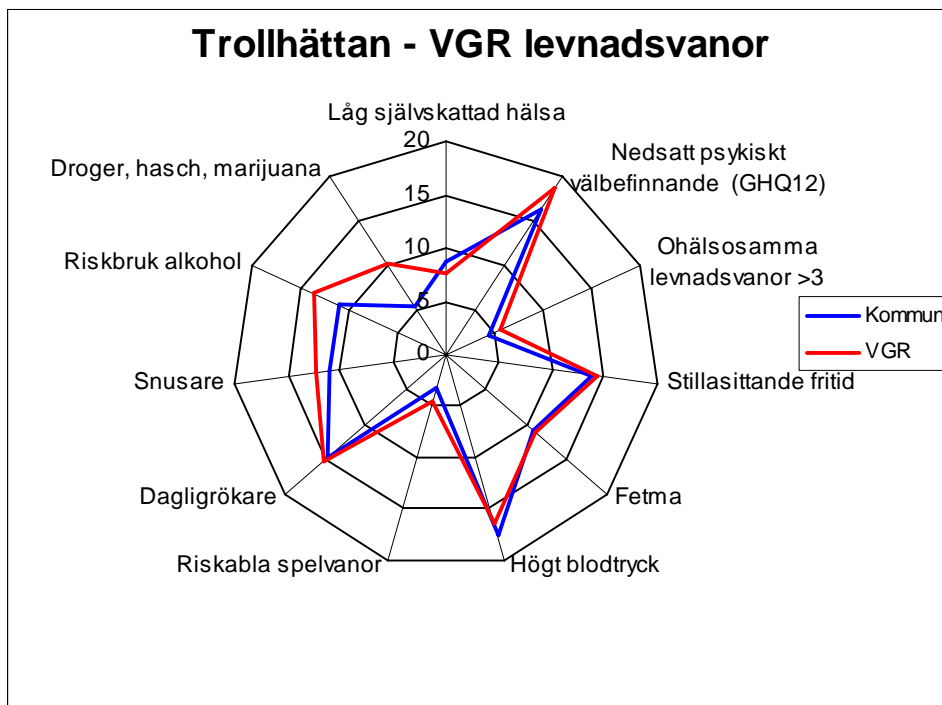
Lilla Edet har tio variabler som är sämre än VGR och en bättre. Kommunen hör därmed till kommungruppen med 25 procents sämst resultat. Lilla Edet utmärker sig med sämre värden för alla levnadsvanor, undantaget är andelen av befolkningen med riskabla spelvanor.

Kvinnor - män

Kvinnor har en betydligt sämre psykisk hälsa och en något sämre självskattad hälsa. Andelen med fetma, högt blodtryck och dagligrökare är också högre bland kvinnor. Männerna är i majoritet bland snusare, alkoholmissbrukare och missbrukare av droger.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomstagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

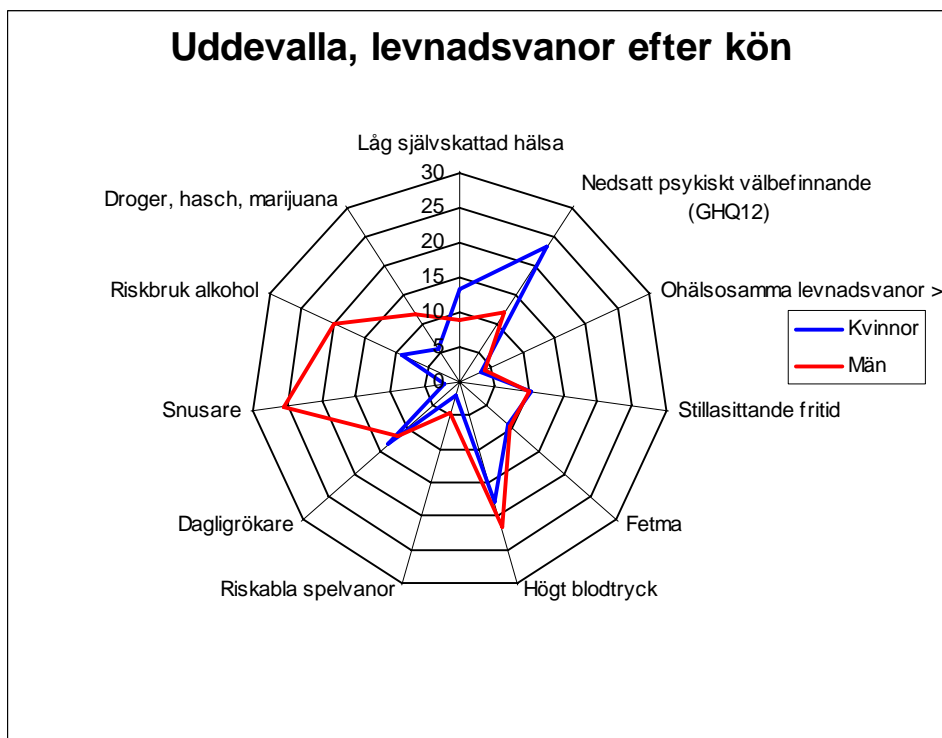
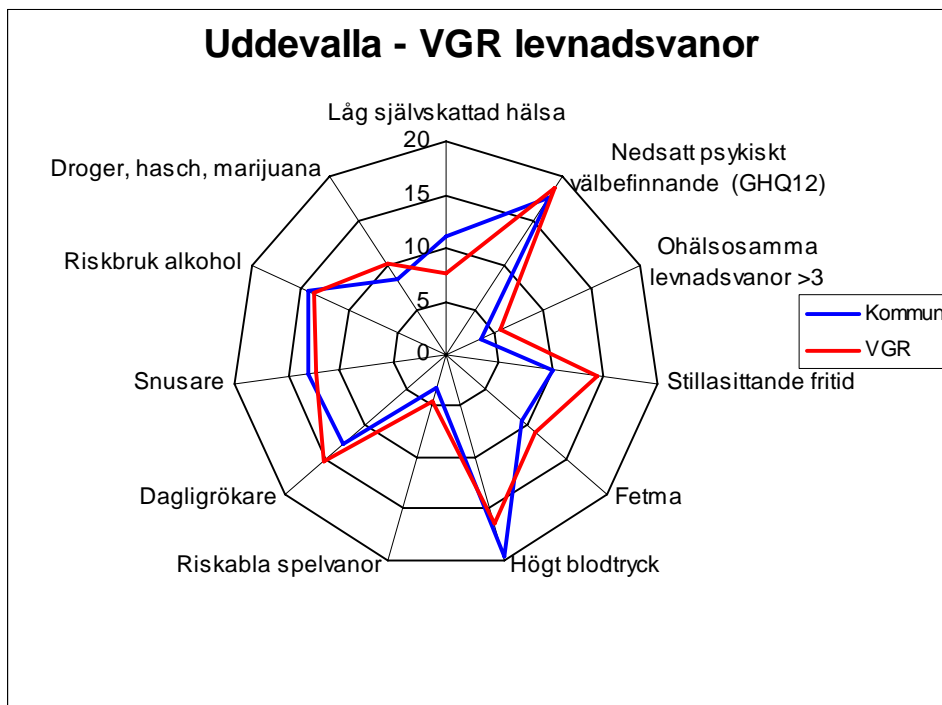
Trollhättan har två variabler som är sämre än VGR och nio bättre. Kommunen tillhör de 25 procent som har bäst resultat.. Trollhättan utmärker sig bättre värden än övriga VGR. Undantagen är högt blodtryck och en något lägre självskattad hälsa.

Kvinnor - män

Kvinnor har en betydligt sämre psykisk hälsa och en något sämre självskattad hälsa. Andelen med en stillasittande fritid, fetma, högt blodtryck och andelen dagligrökare är också högre bland kvinnor. För övriga variabler är männen i majoritet.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnsial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

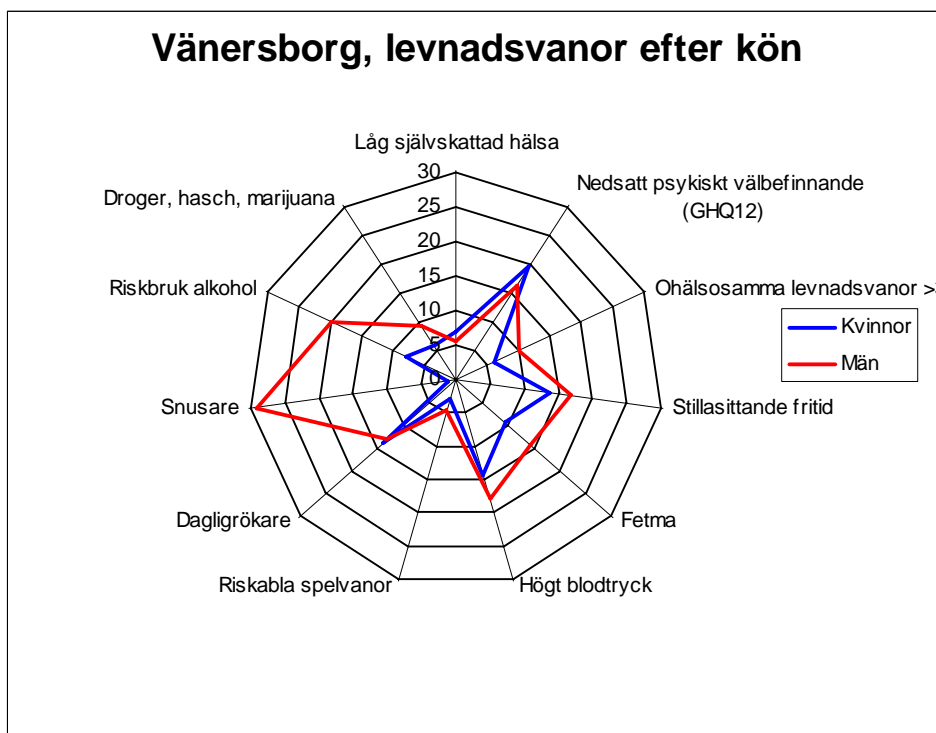
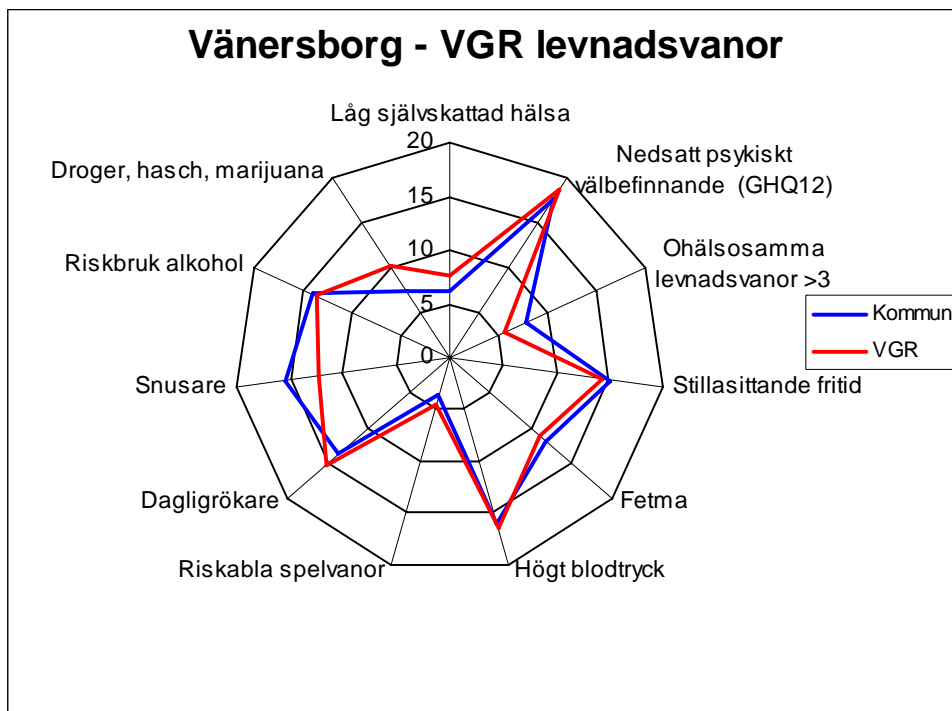
Uddevalla har fyra variabler som är sämre än VGR och sju bättre. Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Uddevalla utmärker sig med en högre andel lågt självskattad hälsa, snusare och alkoholmissbrukare bland befolkningen. Kommunen har också färre med ohälsosamma levnadsvanor, en stillasittande fritid, fetma, dagligrökare, missbrukare av droger samt med dåliga spelvanor.

Kvinnor - män

Kvinnor har en betydligt sämre psykisk hälsa och en något sämre självskattad hälsa. Andelen dagligrökare är också högre bland kvinnor. För övriga variabler är männen i majoritet.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomsttagare	Arbetslöshet



Levnadsvanor

Vänersborg har fem variabler som är sämre än VGR och sex bättre. Kommunen tillhör de 50 procent som har ett medel bra resultat. Vänersborg har genomgående mindre skillnader mot VGR, men utmärker sig genom en högre andel av befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor och snusare.

Kvinnor - män

Kvinnor har en något sämre psykisk hälsa och självskattad hälsa. För övriga variabler är männen i majoritet.

Socioekonomi

Andel över 65 år	Medellivslängd	Ohälsotal	Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Förgymnasial utbildning	Låginkomstagare	Arbetslöshet

Bilaga 2. Antal svar Nationella folkhälsoenkäten

Antal svar Nationella folkhälsoenkäten 2004-2006				
	År			
Kommun	2004	2005	2006	Totalt 2004-2006
Strömstad	12	97	459	568
Tanum	17	94	482	593
Munkedal	13	74	480	567
Sotenäs	14	99	404	517
Lysekil	14	143	414	571
Orust	25	141	398	564
Bengtstors	11	161	411	583
Åmål	14	169	431	614
Dals-Ed	4	60	450	514
Mellerud	12	135	463	610
Färgelanda	10	100	401	511
Vänersborg	55	185	404	644
Uddevalla	80	241	423	744
Trollhättan	69	250	423	742
Lilla Edet	20	49	444	513
VGR	5047	16252	21060	42359