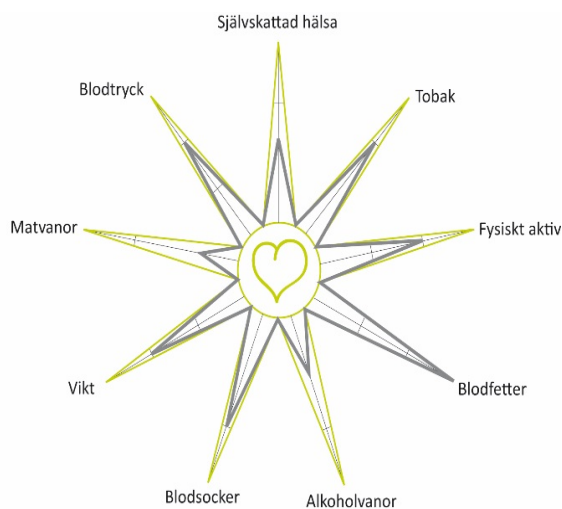


Riktade hälsosamtal med 40, 50 och 60 åringar. Socioekonomisk uppföljningsrapport

Västernorrland 2012 - 2015



Uppföljningsrapport II
Folkhälsoenheten, oktober 2016
Barbro Forslin
Peter Möllerswärd

SAMMANFATTNING

Resultaten visar, att deltagare med *kort* utbildning har sämre hälsa än de med utbildning på *mellan* eller *lång* nivå, utifrån redovisade riskmarkörer.

- Fördelningen på utbildningsnivå av deltagarna i *riktade hälsoundersökningar, vuxna*, åren 2012–2015, uppvisar i stort sett samma fördelning, som gäller i hela befolkningen, för de aktuella åldersgrupperna.
- Kvinnorna ”sticker ut” när det gäller riskmarkörer som, tobaksbruk, stress- och sömnbesvär, där de uppvisar en högre andel än männen.
- Männen utmärker sig med högre andel avseende bland annat snusning, ohälsosamma matvanor och skadlig alkoholkonsumtion.
- De riskfaktorer där hälsoklyftan tydligast kan ses är, daglig rökning samt fysisk inaktivitet, där skillnaden mellan de med *kort* respektive *lång* utbildning är cirka 20 procent. För ohälsosamma matvanor och fetma utgörs skillnaden av 10–15 procent mellan de med *kort* respektive *lång* utbildningsnivå.
- Det är viktigt att nå och erbjuda samtliga i åldersgrupperna 40-, 50 och 60 år att delta i riktade hälsoundersökningar. Här behöver ständigt nya ansatser och metoder utvecklas och prövas.

Innehållsförteckning

INLEDNING	4
Bakgrund	5
Uppdraget	5
Syftet	6
Metod	6
Studiepopulation	7
RESULTAT	8
<i>Självskattad hälsa</i>	8
<i>Rökvanor</i>	9
<i>Snusvanor</i>	10
<i>Fysisk aktivitet</i>	10
<i>Sömnsvårigheter</i>	11
<i>Stress</i>	12
<i>Matvanor</i>	12
<i>Alkoholvanor</i>	13
<i>Laborationsvärden</i>	14
<i>Övervikt/fetma</i>	14
<i>Förhöjt blodtryck</i>	16
<i>Prediabetes</i>	17
RESULTATDISKUSSION OCH SLUTSATS	18

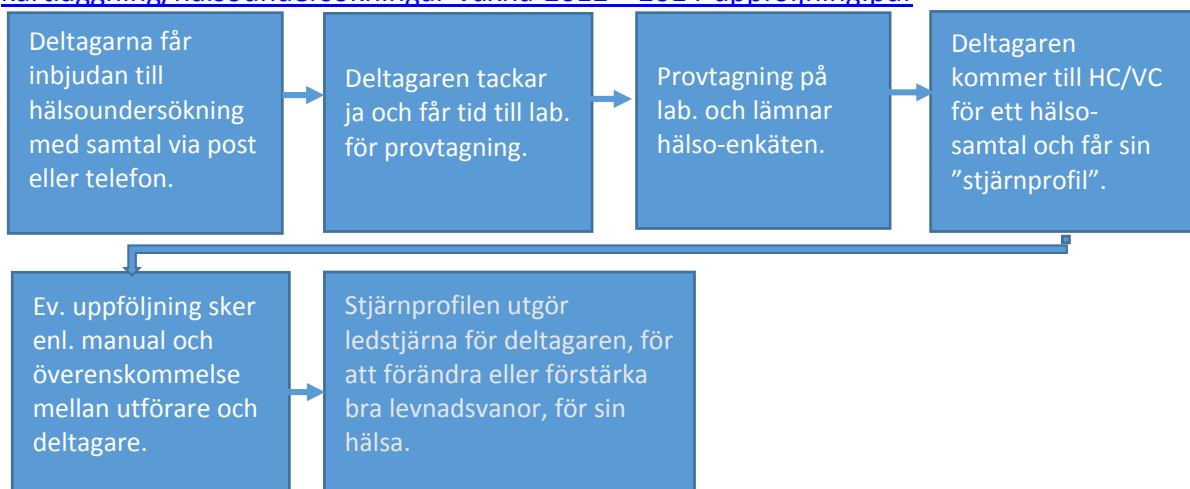
INLEDNING

Denna uppföljningsrapport är en redovisning av hälsoutfall kopplat till jämlik och jämställd hälsa, där utbildningsnivå och kön är bestämningsfaktorer. Uppgifterna baseras på data från interventionen ”Riktade hälsoundersökningar och samtal med 40, 50 och 60 åringar” (HUS) i Västernorrlands län, perioden 2012 – 2015, vilket är ett av insatsområdena i Folkhälsoplanen, *Friskare Västernorrland*, som fastställdes av Landstingsfullmäktige år 2011. (<http://www.lvn.se/Vard-o-halsa/Fakta-och-rad/Landstingets-folkhalsoarbete/Friskare-Vasternorrland/>)

Uppdraget, att genomföra hälsoundersökningar med samtal, är ställt till primärvården och regleras via *Regelbok för Vårdval Västernorrland*. Majoriteten av utförarna av hälsoundersökningarna/-samtalen är sjuksköterskor, distriktssköterskor och specialistsjuksköterskor till exempel inom diabetesvården.

Hur dessa hälsoundersökningar/-samtal går till redovisas i nedanstående flödesschema. I övrigt redovisas till Rapport ”Hälsoundersökningar/-samtal, riktade till 40-, 50- och 60-åringar, 2012-2014”

<https://www.lvn.se/contentassets/f388714921f845bbb6b472a35795e6fa/rapporter/halsokartlaggning/halsoundersokningar-vuxna-2012---2014-uppfoljning.pdf>



Figur 1. Flödet i hälsoundersökningarna/-samtalen

Bakgrund

Kardiovaskulära sjukdomar (CDV) är nummer ett när det gäller de sjukdomsgrupper-/diagnoser som flest människor dör av idag i Sverige. Samtidigt uppskattar WHO, att minst 80 procent av kranskärlsjukdom, stroke och typ 2-diabetes kan förebyggas. Den främsta metoden är förändrade levnadsvanor. (*Folkhälsopolitisk rapport, 2014*)

Olika studier har visat att hälsan är ojämlik fördelad. Bland högutbildade kvinnor har till exempel dödligheten i cancer respektive hjärt- och kärlsjukdomar minskat med 28 respektive 49 procent sedan 1990, men endast med 12 respektive 22 procent bland dem med förgymnasial utbildning. (*Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2014*).

Medellivslängd är ett mått som ofta används för att beskriva hälsan i befolkningen. Dödligheten i de stora folksjukdomarna fortsätter att minska i landet. Medellivslängden fortsätter att öka i landet och är 82,6 år för kvinnor och 78,5 år för män 3 års medelvärde år 2009–2013. Men i Västernorrland är trenden den motsatta där kvinnornas medellivslängd har varit nedåtgående under senaste decenniet. (*ÖJ, Folkhälsa 2014*)

Uppdraget

Folkhälso-primärvårds-tandvårds-nämndens arbetsutskott (FPTNs'au), tillika styrgrupp för hjärt-kärl och diabetes programmet "Friskare Västernorrland", har tilldelat landstingets Folkhälsoenheten i uppdrag (2016-03-03), att analysera riskmarkörer från "Hälsounder-sökningarna" med avseende på socioekonomisk status samt kön.¹

¹. Dessa markörer är också de som är huvudfokus för den av regeringen tillsatta "Kommissionen för jämlik hälsa", som har i uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. <http://kommissionjamilkhalsa.se/sv/kommissionen>

Syftet med denna rapport är, att få en fördjupad kunskap om eventuella skillnader i hälsa för deltagarpopulationen baserad på jämlik respektive jämställd hälsa, vilket i denna rapport är lika med utbildningsnivå respektive kön. Ett delsyfte är att åskådliggöra eventuella skillnader i utbildningsnivå beträffande de som har deltagit respektive icke deltagit i HUS.

Metod

De riskmarkörer som ingår i uppföljningen är: självskattad hälsa (bra/mycket bra), daglig rökning (ja/nej), skadligt alkoholbruk, fysisk inaktivitet, dåliga matvanor, sömnsvårigheter, stressbesvär samt förhöjt blodtryck, skadliga blodfetter och prediabetes.

Jämlikhetsvariabeln *utbildningsnivå* redovisas som **kort** (högst grundskola/förgymnasial), **mellan** (högst teoretiskt och praktiskt gymnasielinje) respektive **lång** (eftergymnasial) utbildning. Deltagarfrekvens samt riskfaktorer redovisas i förhållande till deltagarnas utbildning och kön på grupp nivå dvs. åldersgrupperna hopslagna.

Studiepopulation

Databasen för HUS som använts består av totalt 18 485 individer, 9 914 kvinnor och 8571 män, perioden 2012 - 2015. Antal individer i kategorin *kort* utbildning är 2 321; utbildade på *mellannivå* är 10 241 samt *lång* utbildning är 5 923. Studiepopulationens (HUS deltagares) utbildningsnivå samt befolkningens dito redovisas i *tabell 1*.

Tabell 1. Fördelning avseende utbildningsnivå på deltagare i HUS (hälsounder-sökningar/-samtal), i åldersgrupperna 40, 50 och 60 år jämfört med länet befolkning i motsvarande åldersgrupper

Utbildning/ålder		40 år	50 år	60 år
Kort=förgymnasial	Befolkning	8 % (904)	10 % (1233)	19 % (2411)
	HUS	6 % (322)	10 % (593)	20 % (1382)
Mellan=gymnasial	Befolkning	50 % (5921)	58 % (7491)	53 % (6736)
	HUS	52 % (2770)	61 % (3731)	54 % (3645)
Lång=eftergymnasial	Befolkning	42 % (4944)	32 % (4210)	28 % (3566)
	HUS	42 % (2258)	30 % (1829)	26 % (1780)

Källor: Hälsundersökningar/vuxna, Västernorrland (SPSS) samt SCB:s statistik (befolkningen) – arbetskraftsundersökningar AKU. Åren 2012-2015

Vi tolkar uppgifterna i *tabell 1* som att, de 50 procent deltagare vi når i HUS, utbildningsmässigt avspeglar hela befolkningen i motsvarande åldersgrupper. Resultaten tyder på att det inte finns någon snedfördelning avseende deltagande kopplat till utbildningsnivå. Detta har även framgått av studier gjorda i Västerbotten (Västerbotten Intervention Programme=VIP).

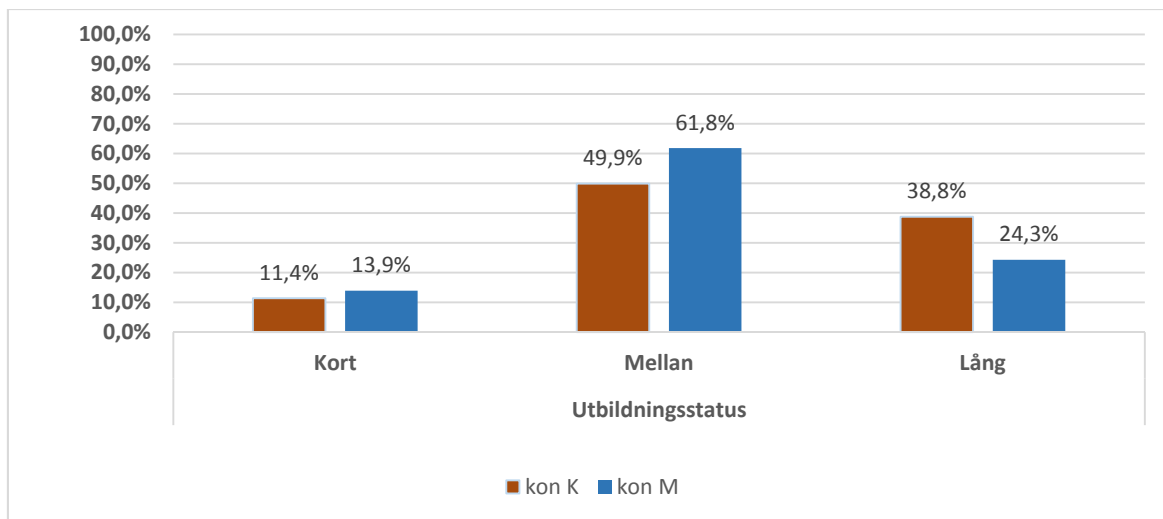
(Västerbotten Intervention Programme (2012). Norberg, M., Blomstedt, Y., Lönnberg, G., Nyström, L., Stenlund, H., Wall, S. och Weinehall, L. *Community participation and sustainability - evidence over 25 years in the Västerbotten Intervention Programme. Global Health Action, nr 5: 19166.*)

RESULTAT

I diagram redovisas ett antal riskmarkörer med avseende på kön och utbildningsnivå.

Utbildningsnivå

I nedanstående diagram redovisas andelen deltagare redovisade på utbildningsnivå och kön.

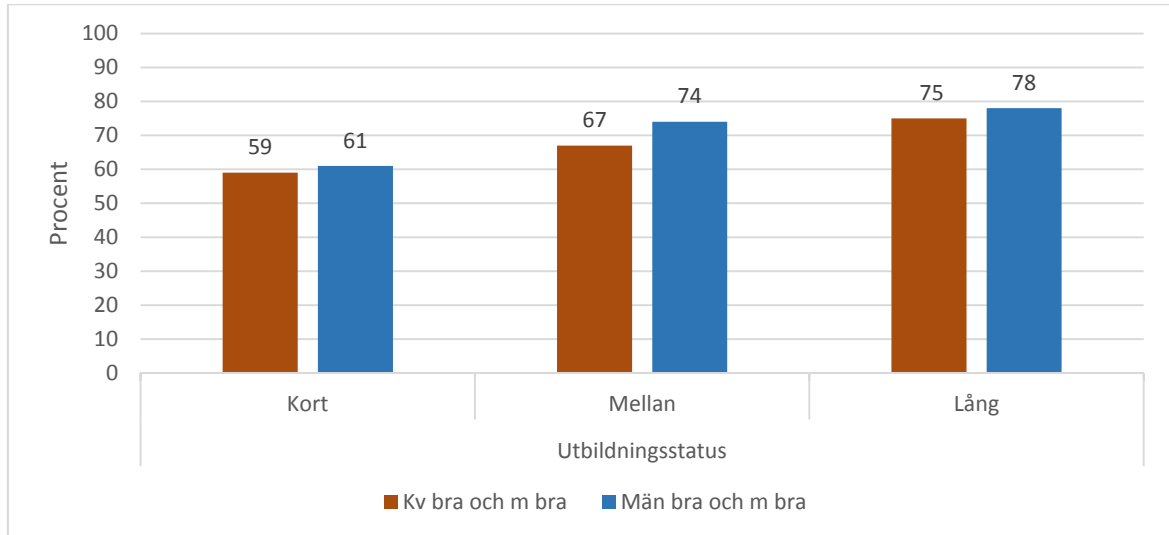


Figur 2. Andelen deltagare redovisade på utbildningsnivå och kön.

Flest deltagare finns i gruppen med gymnasieutbildning (*mellan*). Andelen kvinnor med *lång* utbildning (eftergymnasial) är högre än densamma bland män. Fler kvinnor än män har deltagit i interventionen. Bland deltagare med kort utbildning är den könsmissiga variationen liten. Ser man till deltagare med kort och medellång utbildning är andelen män större. Bland de med lång utbildning är andelen kvinnor större. Detta är även förhållandet i befolkningen, 40 procent av kvinnorna och 29 procent av männen har en lång utbildningsnivå.

Självskattad hälsa

Det finns en koppling mellan självskattad dålig hälsa och förekomsten av många riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Diagrammet nedan visar andelen män och kvinnor som skattar sin hälsa som bra/mycket bra.

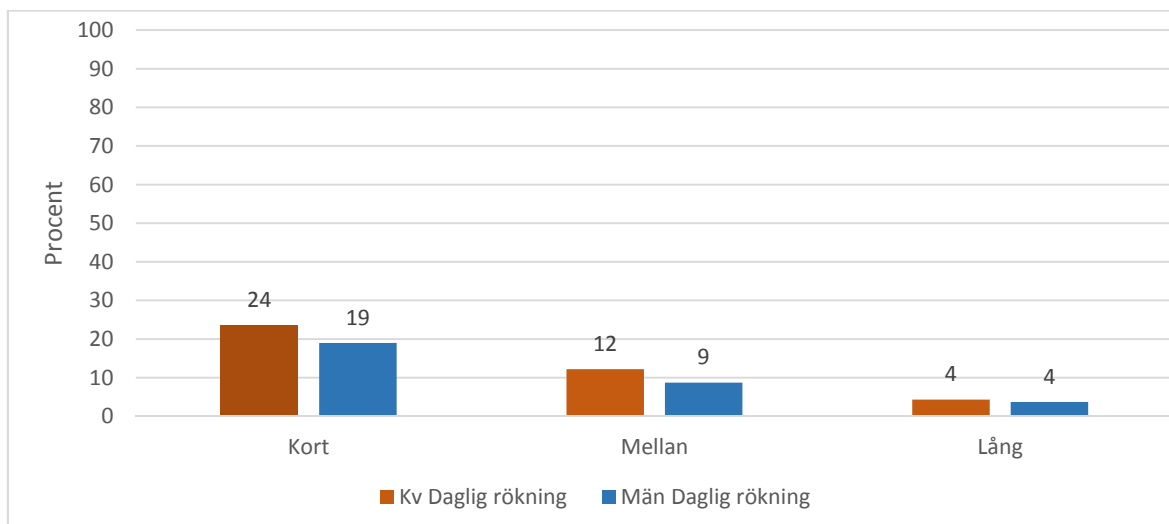


Figur 3. Självskattad hälsa= bra/mycket bra, utbildning, kön.

De allra flesta skattar sin hälsa som bra/mycket bra. Männen gör detta genomgående i något högre utsträckning än kvinnorna. En högre andel av de med eftergymnasial (*lång*) utbildning skattar sin hälsa bra/mycket bra, än de med *mellan* eller *kort* utbildning.

Rökvanor

Rökningen brukar räknas som en av de största riskfaktorerna för skador på hjärta och kärl.

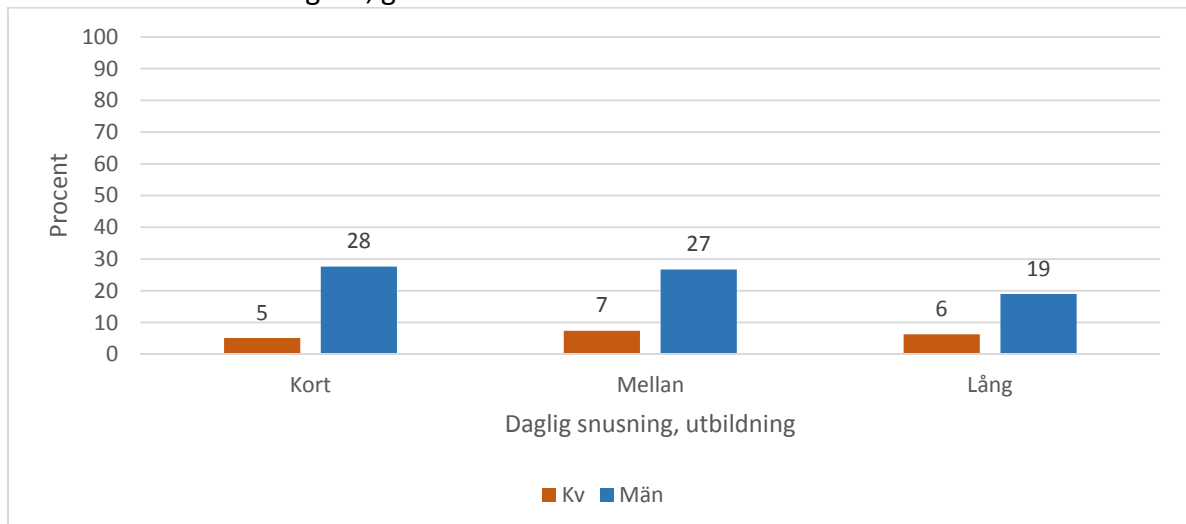


Figur 4. Daglig rökning, utbildning, kön.

Deltagare med *kort* utbildning röker i högre utsträckning än de med *längre* utbildning. Kvinnor med *kort* utbildning är den grupp som röker dagligen i högst utsträckning, 24 procent jämfört med kvinnor med lång utbildning där 4 procent röker dagligen.

Snusvanor

Snusning kan också skada hälsan. Även om hälsoeffekterna med snusande inte är lika dramatiska som rökningens, ger dock snuset ett stort nikotinberoende.

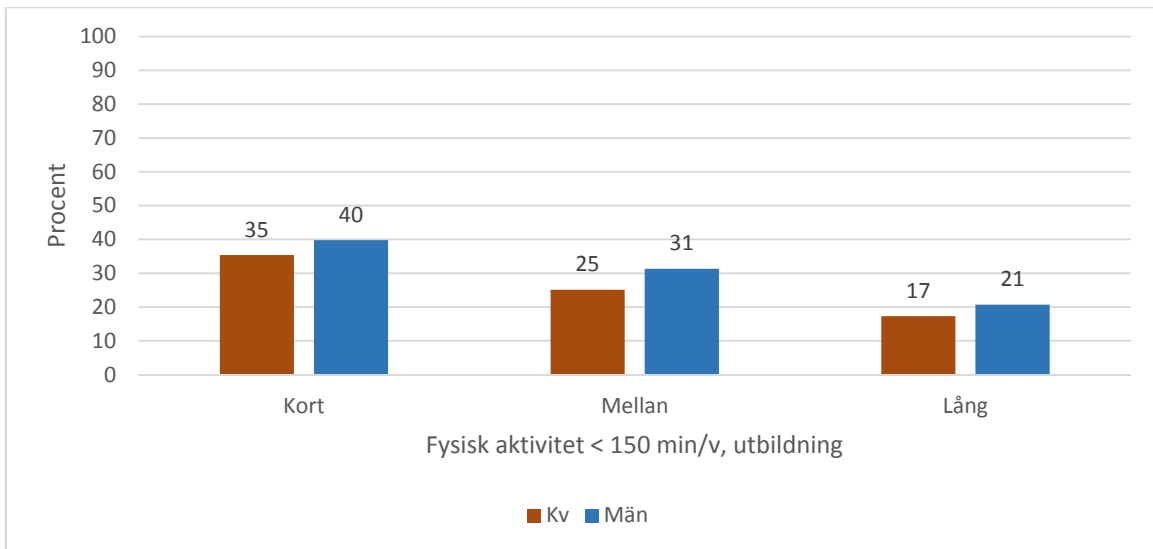


Figur 5. Daglig snusning, utbildning, kön.

Männen snusar i högre grad än andelen kvinnor (25 procent respektive 6 procent). Andelen män med *kort* respektive utbildning på *mellannivå* snusar i högre utsträckning än män med *lång* utbildning. När det gäller kvinnor så märks ingen skillnad i utbildningsnivå för de som uppger att de snusar.

Fysisk aktivitet

Ett stort antal studier visar, att måttlig fysisk aktivitet minskar avsevärt risken att drabbas av hjärtkärlsjukdom. Det medför också avsevärt lägre risk att insjukna i typ 2-diabetes. Fysisk aktivitet har en "skyddande" effekt genom att många riskfaktorer påverkas samtidigt.

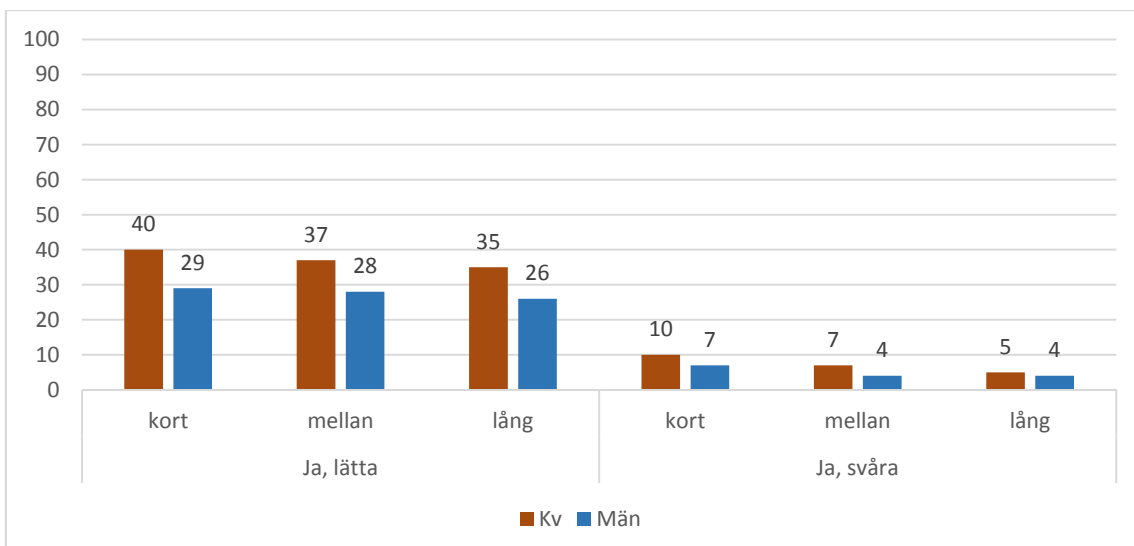


Figur 6. Fysisk aktivitet mindre än 150 min/v, utbildning och kön.

Det som brukar nämnas som fysisk inaktivitet, dvs. mindre än 150 min/vecka, förekommer i störst utsträckning hos dem med *kort* utbildning. Oavsett utbildningsnivå, så är männen genomgående mindre fysiskt aktiva, enligt definition, jämfört med kvinnorna.

Sömnsvårigheter

Det finns olika orsaker till sömnproblem och den vanligaste är stress. Men man kan även få svårt att sova på grund av skiftarbete, oro, sena måltider, rökning, kaffe eller alkohol.

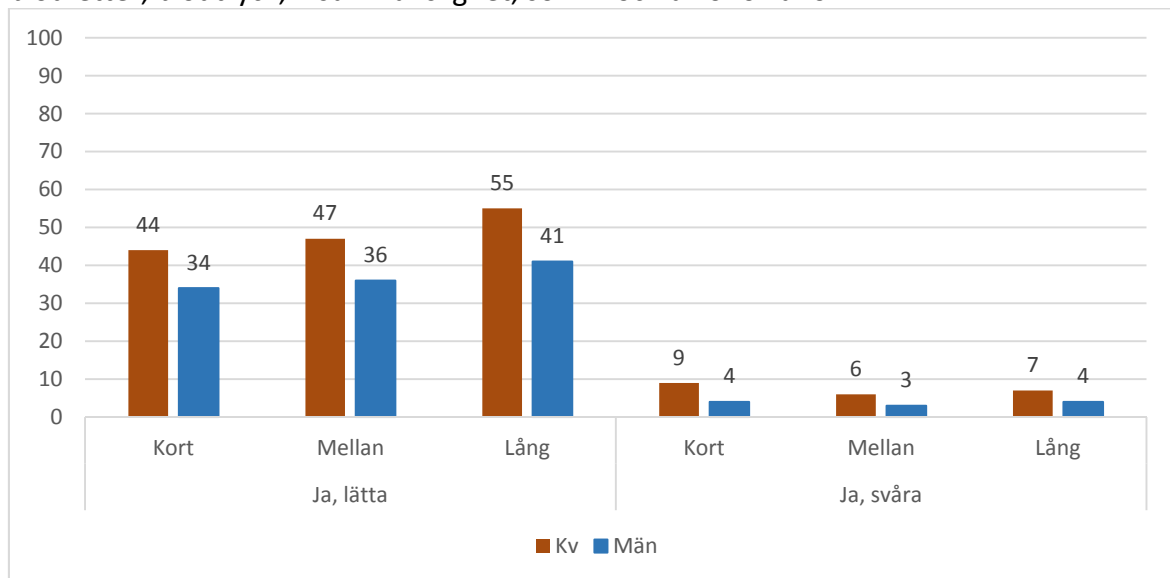


Figur 7. Lätta samt svåra sömnsvårigheter, utbildning och kön.

Sömnsvårigheter, lätta respektive svåra har i något större utsträckning personer med *kort* utbildning jämförelse med dem med *lång* utbildning. Skillnaderna är dock inte så markanta. Kvinnorna har genomgående sömnsvårigheter i något högre utsträckning än männen.

Stress

Stress är i grunden en positiv, instinktiv reaktion som gör kroppen redo för ansträngning. Men när stressen blir långvarig kan negativa effekter uppstå, till exempel påverkan på blodfetter, blodtryck, insulinkänslighet, sömn- och alkoholvanor.

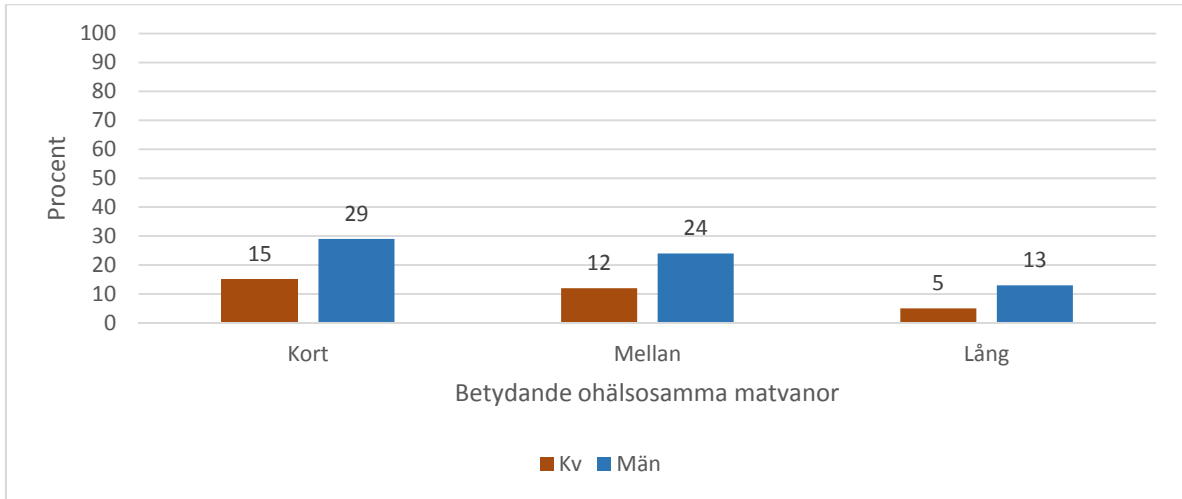


Figur 8. Lätta respektive svåra stressbesvär, utbildning och kön.

Lätta stressbesvär förekommer i högre utsträckning bland dem som har *mellan* respektive *lång* utbildningsnivå än de med *kort* utbildning och kvinnorna i högre utsträckning än männen. När det gäller **svåra** stressbesvär kan man inte se någon större skillnad beträffande utbildningsnivå, men kvinnorna i högre grad än männen även här.

Matvanor

Hälsosamma/bra matvanor kan minska risken att drabbas av och/eller avlida i hjärtkärlsjukdom. Deltagarna har själv med hjälp av Socialstyrelsens matfrågor (nationella riktlinjer) fått uppge sina matvanor. Dessa har sedan poängsatts och "betydande ohälsosamma matvanor" har man vid 0-4 p. Socialstyrelsen utgår från Livsmedelsverkets näringsrekommendationer.

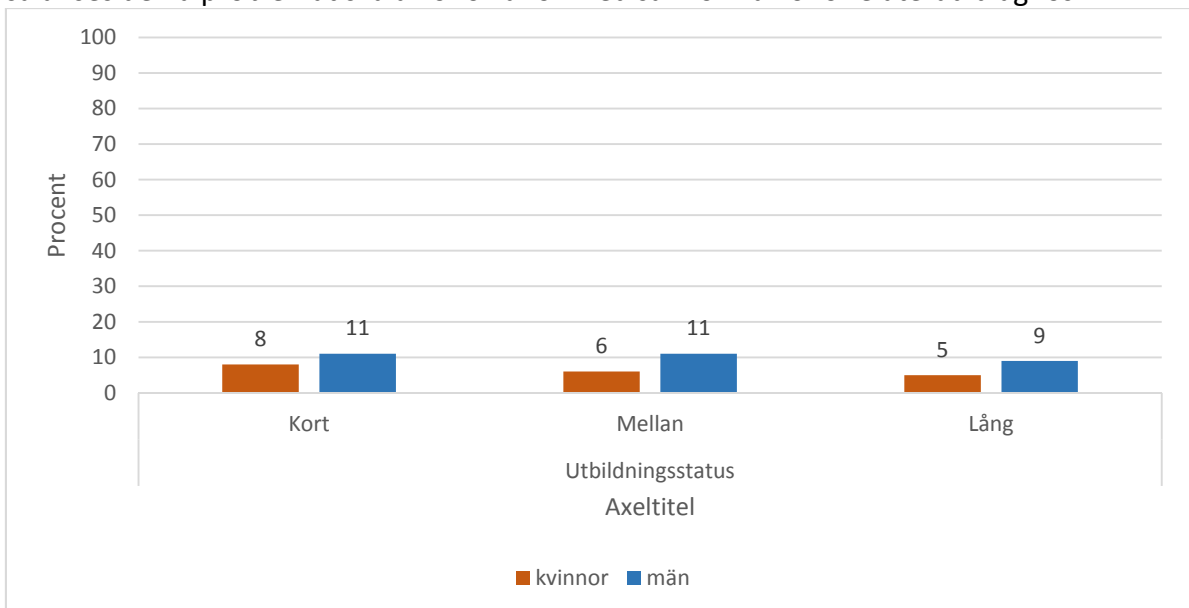


Figur 9 Betydande ohälsosamma matvanor, utbildning och kön.

En högre andel med *kort* utbildning än med högre har ohälsosamma matvanor. Högst andel återfinns bland män med *kort* utbildning. Kvinnor har genomgående bättre matvanor än männen, oavsett utbildningsnivå.

Alkoholvanor

I HUS används sceningsverktyget, AUDIT. Indikation på riskabelt alkoholbruk vid 6 poäng eller mer för kvinnor och för män 8 poäng. Kommer kvinnor över 13 och män över 15 poäng, så anses de ha problematiska alkoholvanor med sannolik alkoholrelaterad diagnos.



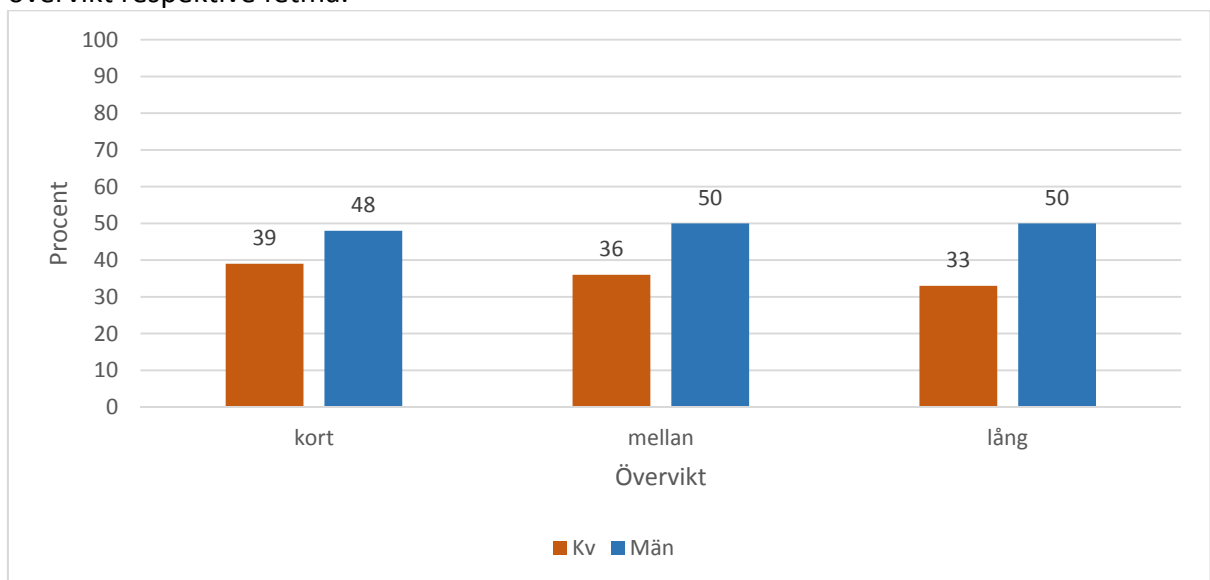
Figur 10. Riskabel alkoholkonsumtion enl. AUDIT ≥ 6 p, kvinnor samt ≥ 8 p, män.

En liten skillnad kan ses beträffande riskabel alkoholkonsumtion bland kvinnorna i olika utbildningsgrupper, där de med kort utbildningsnivå har en något högre andel med riskbrukare. Ingen större skillnad kan ses avseende männens riskbruk mellan utbildningsgrupperna.

Männen har en något högre grad av riskbruk på samtliga utbildningsnivåer jämfört med kvinnorna.

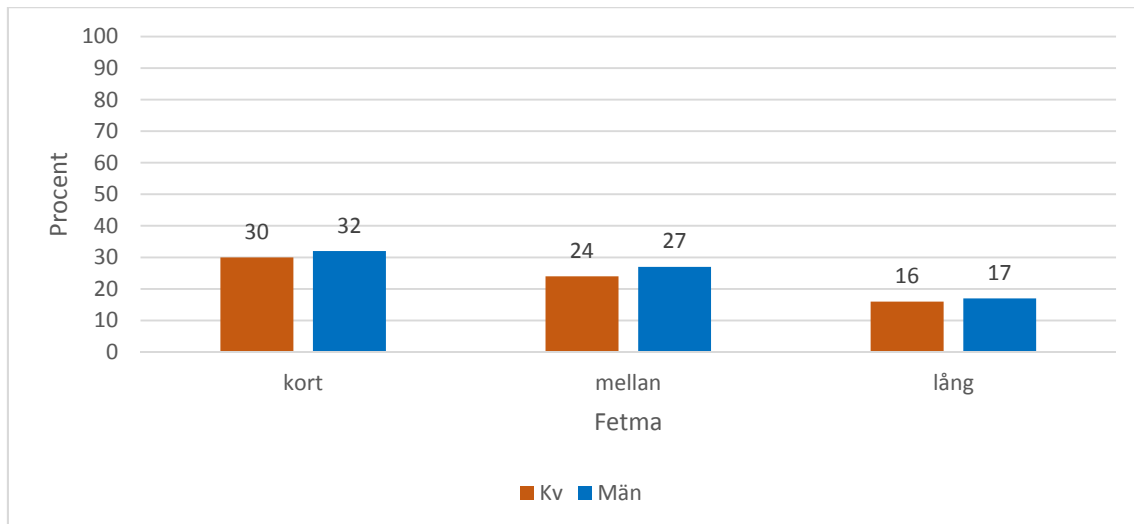
Laborationsvärden Övervikt/fetma

Personer med övervikt (BMI=25,0 – 29,9) eller fetma (BMI \geq 30)² mätt som förhöjt BMI (Body Mass Index) löper ökad risk för insjuknande och död i hjärtinfarkt samt förtida total död, jämfört med normalviktiga (SBU, 2002). I figur 11 och 12 redovisas andel deltagare med övervikt respektive fetma.



Figur 11. BMI= övervikt, utbildning och kön.

² Gränsvärdet för övervikt respektive fetma enligt WHO definitionen (WHO, 2015).



Figur 12. BMI=fetma, utbildning och kön.

Sammanlagda andelen för deltagare HUS med övervikt eller fetma är 65 procent.

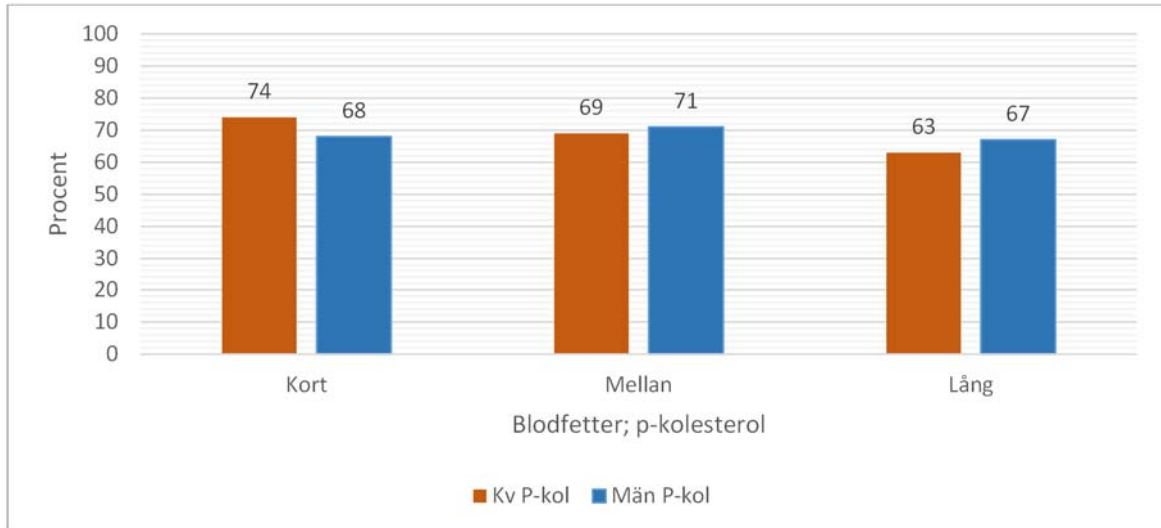
När det gäller övervikt (BMI: 25,0 – 29,9) kan man inte se någon större skillnad när det gäller utbildningsnivå och övervikt. Männerna är generellt mer överviktiga jämfört med kvinnor. När utfallet av BMI är fetma (≥ 30) framträder däremot skillnader.

Kvinnor och män med kort utbildning har i högre grad fetma än de med gymnasial eller eftergymnasial utbildning.

Förhöjda blodfetter

Förhöjt kolesterolvärde anses, jämte rökning, vara den starkaste riskfaktorn för hjärtinfarkt och kan ingå i en mer omfattande rubbning av blodfetterna eller vara en del i det s.k. *Metabola syndromet*.³

³ Definition enl. National Cholesterol Education Programme. Begreppet sammanfattar att en individ bär på flera viktiga riskfaktorer för hjärtinfarkt eller stroke

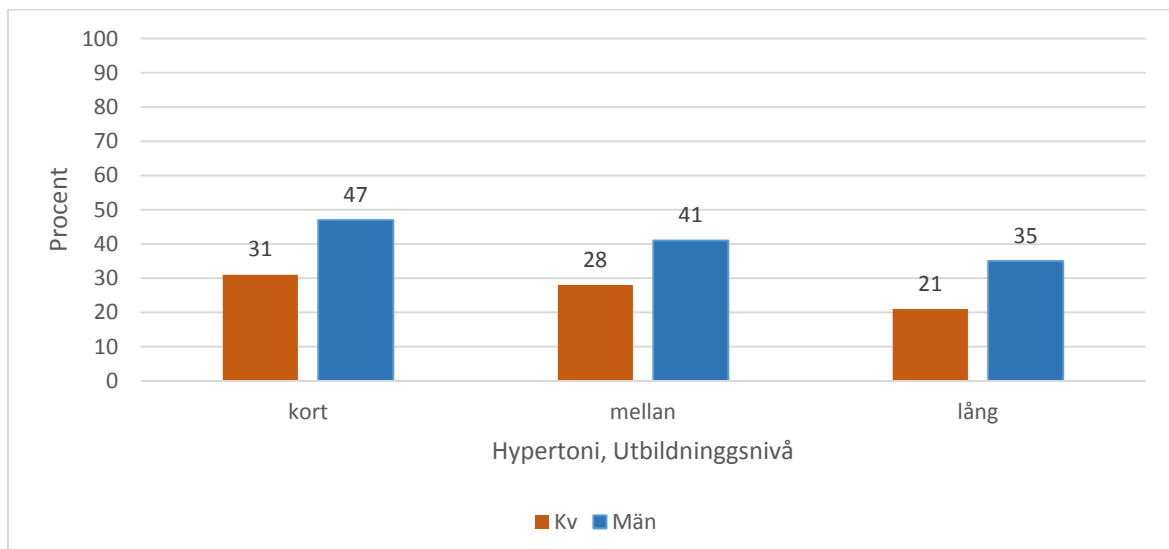


Figur 13. Förhöjda blodfetter ($\geq 5,0$ mmol).

I undersökningsgruppen kan en något högre andel med höga blodfetter ses bland dem med *kort* i förhållande till dem med *längre* utbildningsnivå. Ingen märkbar skillnad kan ses mellan könen.

Förhöjt blodtryck

Högt blodtryck (hypertoni) ökar risken för framför allt stroke men även för hjärtinfarkt, hjärt- och njursvikt. Som definition av hypertoni används följande värden: systoliskt blodtryck 140 mm Hg eller högre och/eller ett diastoliskt blodtryck på 90 mm Hg eller högre.



Figur 14. Högt blodtryck $\Rightarrow 140$ och/eller ≥ 90 , utbildning, kön.

Män med *kort* utbildning utgör den grupp som har högst andel med förhöjt blodtryck. Kvinnors blodtryck är överlag lägre än för männen. Andelen kvinnor med kort utbildning har också högre blodtrycksnivå, i jämförelse med de som har lång utbildning.

Prediabetes

”Prediabetes” - ett förstadium till typ 2-diabetes

Vid insulinresistens börjar efter hand blodsockret sakta att stiga då kroppens eget insulin inte räcker till för det behov som finns. När blodsockret gått över den gräns som är satt för normalt blodsocker, men innan man definitionsmässigt har diabetes, har man förhöjt fasteglukos (impaired fasting glucose, IFG) och även nedsatt tolerans för glukos (impaired glucose tolerance, IGT). Ofta ligger fasteblodsockret då mellan 6-6,9 mmol/l.

Diabetesdiagnos ställs vid upprepade fasteglukosvärden över 7 mmol/l.

Andelen kvinnor respektive män med förhöjt fasteglukosvärde (IFG) är cirka 10 procent respektive 14 procent bland deltagarna. Även här kan en tydlig fördelning ses, där de med kort utbildning har cirka 10 procent högre andel med ”förhöjt fasteglukosvärde” än de med lång utbildning.

RESULTATDISKUSSION OCH SLUTSATS

Resultatdiskussion

Som framgår av föreliggande uppföljningsrapport, är fördelningen av deltagarnas utbildning på kort, mellan, respektive lång nivå i hälsoundersökningarna, åren 2012 – 2015, i stort sett densamma som gäller i hela befolkningen, för de aktuella åldersgrupperna.

Resultaten visar, icke oväntat, att de med kortast utbildning har den sämsta hälsan utifrån redovisade riskmarkörer. Kvinnorna ”sticker ut” när det gäller vissa riskmarkörer, till exempel tobaksbruk, stress- och sömnbesvär. Männerna utmärker sig beträffande bland annat snusning, ohälsosamma matvanor och skadlig alkoholkonsumtion. De riskfaktorer där hälsoklyftan tydligast kan ses är daglig rökning samt fysisk inaktivitet, där skillnaden mellan de med kort respektive lång utbildning är cirka 20 procent. För ohälsosamma matvanor och fetma utgörs skillnaden av 10 – 15 procent mellan de med kort respektive lång utbildningsnivå.

Att människors hälsa hänger nära samman med deras utbildnings- och inkomstnivå samt anknytning till arbetsmarknaden, framgår också i olika studier. Det finns samtidigt en könsskillnad beträffande hälsoutvecklingen de senaste decennierna. Kvinnor med kort utbildning har i flera avseenden haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen (*Vårproposition 2016*). Exempelvis har minskningen av dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom gått långsammare bland de enbart grundskoleutbildade kvinnorna. Även den självskattade hälsan har försämrats i gruppen. (*Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2014*).

Hälso- och sjukvårdslagens intentioner är, att sjukvårdshuvudmännen ska stödja en jämlik hälsoutveckling i hela befolkningen. Regeringen tillsatte därför i juni 2015, ”Kommissionen för jämlik hälsa”, med uppgift att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Huvudfokus är socioekonomiska samt könsmissiga skillnader. (*Kommissionen för jämlik hälsa*).

I Kommissionens underlag anges, att hälsa både en förutsättning för och ett resultat av utbildning, arbete och försörjning. Skillnader i resurser ger inte bara skillnader i risk för ohälsa utan mottagligheten eller motståndskraften skiljer sig också åt mellan människor i olika sociala positioner.

Det förekommer debatter om, att samhällsbaserade interventioner kan bidra till ökade socioekonomiska klyftor avseende hälsotillstånd mellan olika grupper i befolkningen. Analyser från Västerbottens VIP understryker tvärtom, att denna typ av interventioner är särskilt effektiva när det gäller att stödja grupper med kort utbildning (*Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County*,

Sweden, during 1990–2006.). Befolkningsbaserade förebyggande program medverkar således, att identifiera och minska riskfaktorer, utan att bredda den sociala klyftan. HUS i Västernorrland är ett sådant program.

Den "preventiva paradoxen" innebär också, att fler individer som är i behov av stöd och hjälp kommer att hittas, om arbetet riktas brett, än om arbetet bara är riktat till så kallade "riskgrupper". Om man till exempel vill påverka infarkttricken, är det effektivare att förskjuta kolesterolfördelningen mot lägre värden i hela befolkningsgruppen (befolknings-strategi) än, att enbart screena högriskpatienter. Forskningen visar, att då de flesta nyinsjuknade kommer från gruppen med lätt förhöjd risk, bör interventionen, för att ha effekt, nå ett stort antal individer. En befolkningsstrategi innebär alltså, att riktade insatser till hela befolkningen, ger större effekt på folkhälsan då många individer gör en liten hälsosam beteendeförändring, än om ett fåtal individer gör stora förändringar i sitt levnadssätt. (*Folkhälsomyndigheten*).

Slutsats

Att förebygga ohälsa i befolkningen utifrån ett socioekonomiskt perspektiv är ett samhällsproblem på olika nivåer. Utbildningsfrågan är en viktig faktor som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll. Här krävs insatser från andra samhällssektorer. Däremot kommer det att bli allt mer angeläget att utveckla och effektivisera den förebyggande hälso- och sjukvården.

Hur kan vi till exempel nå och inspirera individer/grupper med störst risk för ohälsa till förebyggande åtgärder? Hälsolitteracitet, dvs. individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation och kommunikation, är en viktig framgångsfaktor. Vi måste utveckla metoder att föra ut budskap och motivera medborgarna. Till exempel krävs en utveckling beträffande *stödfunktioner* som IT-stöd, e-hälsa, digitalisering m.m. för att bättre nå ut till personal, patienter och befolkning. Kompetensutveckling för personalen inom hälso- och sjukvård i främjande och förebyggande verksamhet, är en annan viktig utvecklingsfråga.

Datum	Dnr	Sida
2016-10-10		20(23)

Referenslista

Friskare Västernorrland (LVN, 2011) (<http://www.lvn.se/Vard-o-halsa/Fakta-och-rad/Landstingets-folkhalsoarbete/Friskare-Vasternorrland/>)

Folkhälsopolitisk rapport, Folkhälsomyndigheten, 2014

Folkhälsan i Sverige Årsrapport, 2014

Kommissionen för jämlik hälsa, delbetänkande: SOU 2016:55

National Cholesterol Education Programme, March 18, 1997, Volume 95, Issue 6

SCB: Arbetskraftsundersökning (AKU), Nr 2016:151

SKL: Nationell plattform för jämlik hälsa och vård:

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_UF_UF0506/Utbildning/?rxid=cbed72ac-4932-475d-a27d-07ba55bc0471

Västerbotten Intervention Programme (2012). Norberg, M., Blomstedt, Y., Lönnberg, G., Nyström, L., Stenlund, H., Wall, S. och Weinehall, L. *Community participation and sustainability - evidence over 25 years in the Västerbotten Intervention Programme. Global Health Action, nr 5: 19166.*

Västerbottens landsting (2015). Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nyström L, Lönnberg G, Boman K, Wall S och Weinehall L; *Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006.* <http://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009651.full.pdf+html>

Vårproposition 2016 Regeringskansliet, Prop. 2015/16:100

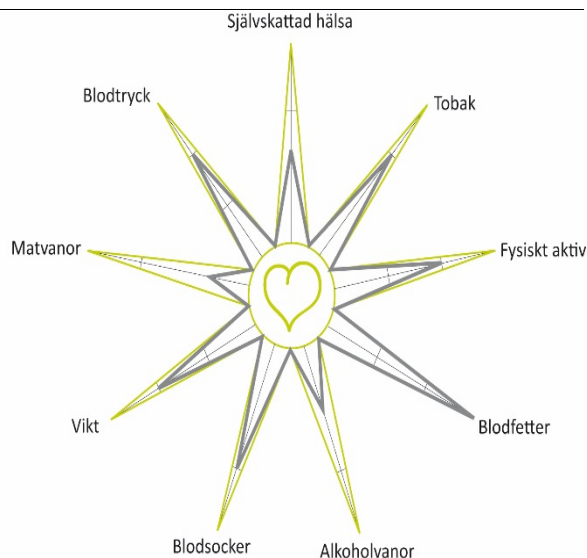
Öppna Jämförelser: folkhälsa 2014. SKL, SoS och Folkhälsomyndigheten.

Datum
2016-10-10

Dnr

Sida
21(23)

<p><i>OBS! I de fall som faktorer vägs samman i en udd (t ex blodsocker, blodtryck, BMI och midjemått), ska det "sämsta" värdet användas i stjärnan.</i></p>		
Kriterium	Kommentar	Nivåer för stjärnan
<p>Självskattad hälsa OBS! Endast tre nivåer på stjärnudd</p>		<p>Full udd: Mycket gott eller ganska gott 1/2-udd: Någorlunda Tom udd: Tämligen dåligt eller dåligt</p>
<p>Tobak OBS! Endast tre nivåer på stjärnudd</p>	Cigaretter/ snus	<p>Full udd: röker/snusar aldrig 1/2-udd: röker ibland/snusar Tom udd: daglig rökning</p>
<p>Fysisk aktivitet</p>		<p>Full udd: 210 minuter eller mer. Hög fysisk aktivitet. 2/3 udd: Från 150 t.o.m. 209 minuter/vecka. Tillräcklig fysisk aktivitet. 1/3 udd: Från 90 t.o.m. 149 minuter/vecka. Låg fysisk aktivitet. Tom udd: Mindre än 90 minuter/vecka. Mycket låg fysisk aktivitet.</p>
<p>Blodfetter Kolesterol och triglyceridvärdet sammanvägs, "sämsta" värdet används.</p>	p-kolesterol	<p>Full udd: under 5.0 2/3-udd: 5.0 – 6.49 1/3-udd: 6.5 – 7.99 Tom udd: 8.0 eller mer</p>
	Triglycerider	<p>Full udd: under 1.7 2/3-udd: 1.7–2.9 1/3-udd: 3.0–3.9 Tom udd: 4.0 eller mer</p>
<p>Alkoholvanor OBS! Endast tre nivåer på stjärnudd</p>		<p>Full udd: Lägre än 6 för kvinnor och lägre än 8 poäng för män på AUDIT 1/2-udd: 6 - 13 för kvinnor och 8 - 15 poäng för män på AUDIT Tom udd: 14 eller mer för kvinnor och 16 poäng eller mer för män på AUDIT</p>



Blodsocker OBS! Endast tre nivåer på stjärnudd	fp-glukos/ p-glukos	Full udd: 6,0 eller mindre (fp-glukos) och 8,0 eller mindre (p-glukos) Halv udd: Fp-glukos 6,0 eller mindre och p-glukos 8,1–12,1, eller fp-glukos 6,1–6,9 och p-glukos mindre än 8,0. Tom udd: 7,0: eller mer (fp-glukos) och 12,2 eller högre (p-glukos).	
Vikt & övervikt BMI och midjemått sammanvägs, "sämsta" värdet används.	BMI	Full udd: under 25 2/3-udd: 25 – 27.9 1/3-udd: 28 – 29.9 Tom udd: 30 eller mer	
	Midjemått	Män	Kvinnor
		Full udd <94 cm	<80 cm
		2/3-udd 94 – 97.9 cm	80 - 83.9 cm
		1/3-udd 98 - 102 cm	84 - 88 cm
		Tom udd >102 cm	>88 cm
Matvanor OBS! Endast tre nivåer på stjärnudd		Full udd: 9-12 p 1/2-udd: 5-8 p Tom udd: 0-4p	
Blodtryck Medeltryck av två mätningar. Det högsta värdet anger nivån för stjärnan.	Systoliskt/ diastoliskt. OBS! För diabetiker 130/80.	Full udd: under 140/under 90 2/3-udd: 140-159/90-99 1/3-udd: 160-179/100-109 Tom udd: 180 +/110 +	(När det systoliska o diastoliska trycket ligger i olika uddar används det högsta värdet för att bestämma i vilken udd värdet ska ligga)
Stress/ sömnsvårigheter	Svåra besvär	Svåra besvär med stress och/eller sömn ska lyftas in i hälsosamtalet; övriga riskfaktorer ges större "tyngd" om även dessa svårigheter föreligger.	

Datum

2016-10-10

Dnr

Sida

23(23)