

# **Hälsförhållanden i Skåne**

## **Folkhälsoenkät Skåne 2004**

---

**Eds. Maria Rosvall, Farhad Ali Khan,  
Mathias Nilsson, Per-Olof Östergren**

---

Denna rapport är utgiven av:  
Socialmedicinska enheten, Region Skåne, Univer-  
sitetssjukhuset MAS, 205 02 MALMÖ  
Tfn vx 040-33 10 00

Tryck: Prinfo/Team Offset & Media, Malmö

Malmö juni 2005

# Förord

## till rapporten "Hälsoförhållanden i Skåne - Folkhälsoenkät Skåne 2004"

En god hälsa hos individen är en av de viktigaste förutsättningarna för en bra livskvalitet. En god hälsa i befolkningen är en av de viktigaste förutsättningarna för en hållbar samhällsutveckling.

En bärande tanke i Region Skånes satsning Skånsk Livskraft, Vård och Hälsa, är att förbättra hälsan hos enskilda individer och i den skånska befolkningen, genom att främst rikta sig mot de individer eller grupper av individer som har de största behoven, dvs. verksamheten är behovsstyrd. För detta är det helt nödvändigt med uppdaterade kunskaper om utvecklingen av olika hälsoförhållanden, hälsorisker och s.k. bestämningsfaktorer för hälsan i hela befolkningen.

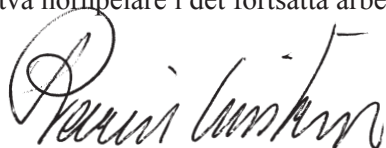
Mycket värdefull kunskap om skåningarnas hälsa finns i Hälso- och sjukvårdens olika register, men en förbättring av hälsan i en befolkning kan främst göras genom det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet som riktar sig mot individer som i de flesta fall fortfarande är friska. Dessa förekommer därför inte i några sjukdoms- eller patientregister, varför uppgifter om deras hälsa och hälsorisker måste samlas in direkt från dem.

En annan bärande tanke för Skånsk Livskraft, Vård och Hälsa, är att Region Skånes insatser ska utformas i en dialog med befolkningen och dess valda ombud. Via politikerna i regionen, så har Hälso- och sjukvårdsledningen fått uppdraget att med en enkätundersökning, Folkhälsoenkät Skåne 2004, inbjuda ett stort antal slumpmässigt utvalda skåningar att ge information om sitt hälsotillstånd, vårdbehov, hälsorisker och viktiga resurser för att behålla en god hälsa.

Nästan 30.000 skåningar har tagit tillfället i akt och bidragit med tid och kunskap om sina förhållanden. Om vi antar att det tog drygt en timma att svara på enkäten, så motsvarar detta sammanlagt nästan 20 arbetsår på heltid. Detta är en imponerande investering från befolkningens sida, som bör leda till stora förväntningar om en fortsatt dialog om Region Skånes insatser.

Den rapport som här presenteras, med en sammanställning av de mest centrala analyserna av den stora information som kommit in genom Folkhälsoenkät 2004, kan därför ses som ett nästa steg i denna dialog. Den kommer säkerligen också att fortsätta i form av en allmän diskussion i medier och i olika politiska sammanhang, där rapportens resultat förhoppningsvis kan utgöra en viktig utgångspunkt.

Den information som enkäten har tagit fram och den dialog med befolkningen som den kan bidra till, är två hörnstenar i det fortsatta arbetet för en god hälsa på lika villkor i hela den skånska befolkningen.



Karin Christensson  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Region Skåne



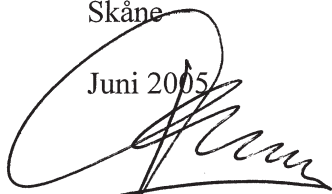
# Projektgruppens sammansättning

Projektet är ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsledningen enligt beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden. Projektet har lett av folkhälsostrateg Kent Karlsson för uppdragsgivaren och av professor/verksamhetschef Per-Olof Östergren, hälsoplanerare/epidemiolog Farhad Ali Khan och statistiker Mathias Nilsson, för uppdragstagaren, Socialmedicinska enheten, UMAS, i samarbete med en referensgrupp bestående av representanter för Hälso- och sjukvårdsledningen, distriktsnämndernas kanslier, Skåne läns allmänna försäkringskassa samt Kommunförbundet Skåne.

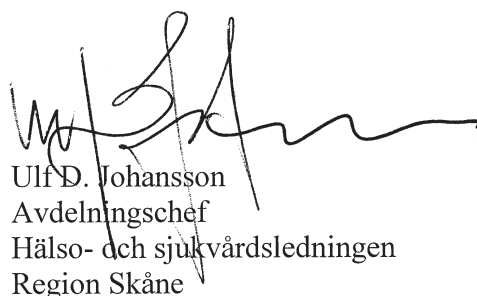
Ansvariga för framtagande av underlaget till frågeformuläret har varit Per-Olof Östergren, specialistläkare Maria Rosvall och Farhad Ali Khan, som också varit operativt ansvarig för insatserna vid datainsamlingen som genomförts av SCB. Vidare så har Maria Rosvall, Per-Olof Östergren, Farhad Ali Khan, docent/överläkare Martin Lindström, hälsoplanerare Kontie Moussa, underläkare Sara Lindeberg och doktorand Martin Stafström författat olika delar av rapporten. Per-Olof Östergren har gjort den sammanfattande analysen. Maria Rosvall har varit huvudansvarig för sammanställandet av rapporten. Mathias Nilsson har ansvarat för databashantering och framtagande av tabellunderlaget och sekreterare Viveca Flodén har svarat för lay-out och redigering. Samtliga av oss hoppas att resultatet av våra ansträngningar blir ett viktigt verktyg i det kommande folkhälsoarbetet i Skåne.

Skåne

Juni 2005



Per-Olof Östergren  
Verksamhetschef  
Socialmedicinska enheten  
Region Skåne



Ulf D. Johansson  
Avdelningschef  
Hälso- och sjukvårdsledningen  
Region Skåne



# Innehållsförteckning

<b>Deltagare och metoder</b>	<b>9</b>	<b>3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet</b>	<b>47</b>
Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)	9	Ekonomisk stress	48
Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt "Hälsa på lika villkor"	9	Arbetslös för tillfället	49
Frågeformulär	9	Svag social förankring i bostadsområdet	50
Population och urval	10	Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	51
Datainsamling	11	Utsatt för hot om våld	52
Sekretess och utlämnande	11	Utsatt för våld	53
Svarsfrekvens	12	Svagt emotionellt stöd	54
Bortfall	15	Svagt praktiskt stöd	55
Viktberäkning och estimation	15	Lågt socialt deltagande	56
Fördelning efter kön, ålder, socioekonomisk status och födelseland (grundvariablerna)	16	Låg tillit	57
Redovisning av resultaten	17	Lågt förtroende för samhällsinstitutioner	58
		Buller från vägtrafik besvärar	59
<b>Resultat</b>	<b>19</b>	<b>4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö</b>	<b>61</b>
<b>1. Hälsa och läkemedel</b>	<b>19</b>	Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Dålig självskattad hälsa	20	Inte fast anställd	63
Dålig psykisk hälsa (GHQ12)	21	Önskar byta yrke	64
Långvarig sjukdom	22	Arbetar ofta övertid	65
Sjukfrånvaro senaste året	23	Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	66
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	24	Höga psykologiska krav i arbetet	67
Sömnbesvär	25	Låg kontroll i arbetet	68
Stressad i vardagen	26	Anspänd arbetssituation	69
Låg vitalitet	27	Svagt socialt stöd i arbetet	70
Använt läkemedel senaste tre månaderna	28	Mobbning eller trakasserier i arbetet	71
Besvär med karies (hål i tänderna)	29	Buller i arbetet	72
		Ingen ersättning för friskvård	73
<b>2. Levnadsvanor och livsstil</b>	<b>31</b>	Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven	74
Daglig rökning	32	Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna	75
Slutat röka	33	Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna	76
Passiv rökning på arbetsplatsen	34	<b>5. Kontakter med sjukvården</b>	<b>77</b>
Använder snus	36	Otillfredsställda vårdbehov	78
Någonsin rökt hasch	38	Besökt akutmottagning	79
Övervikt	39	Legat på sjukhus eller sjukhem	80
Fetma	40	Läkarbesök på grund av sjukdom	81
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41	Lågt förtroende för sjukvården	82
Riskkonsumtion av alkohol	42	Otillfredsställda tandvårdsbehov	83
Laglig privat införsel av alkohol	43		
Köpt märkessprit av privatperson	44		
Riskabla spelvanor	45		
Äter lite frukt och grönsaker	46		
		<b>Sammanfattning</b>	<b>85</b>





# Deltagare och metoder

I likhet med nästan alla landsting i Sverige så genomför Region Skåne regelbundet återkommande folkhälsoenkäter för att kartlägga och följa förekomsten av vissa hälsotillstånd som inte kan mätas på annat sätt, olika hälsorisker (såväl betingade av miljöfaktorer som av individernas egna levnadsvanor), olika typer av vårdutnyttjande samt vissa demografiska, socioekonomiska och psykosociala bakgrundsfaktorer som används för analys av fördelningen av ohälsa och hälsorisker i målbefolkningen. Dessa data utgör en viktig grund för det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet i Skåne, och är genom jämförelser med data från tidigare hälsoenkäter, ett instrument för uppföljning av olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt vissa förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i Skåne. Den näst senaste folkhälsoundersökningen i Skåne (FHS-2000) genomfördes hösten 1999-våren 2000. Dessförinnan har motsvarande enkäter genomförts i Malmö kommun 1987 och 1994.

## Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)

Ett urval drogs ur befolkningsregistret bland personer i åldern 18-80 år som var bosatta i Region Skåne den 30 juni 2004. Urvalet var stratifierat efter geografiska områden där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp förutom Helsingborg som delades in i fem stadsdelar, Kristianstad med sex kommuner, Lund med tio kommuner samt Malmö med tio stadsdelar. Ungefär lika stora urval gjordes i varje delområde. Totalt besvarade 27963 personer frågeformuläret, vilket motsvarade knappt 59 procent av nettourvalet (n = 47621).

Syftet med FHS 2004 var att få en aktuell bild av skåningarnas hälsa, vårdkontakter och levnadsförhållanden som även har betydelse för den framtida folkhälsan i Skåne och samtidigt att göra en uppföljning genom att jämföra med den tidigare undersökningen FHS 2000 i Skåne. Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS, Region Skåne var operativt ansvarig för undersökningen (FHS 2004 samt även FHS 2000). Statistiska Centralbyrån (SCB) har fått uppdraget att utföra utskick, insamling av frågeformulären och sammanställningar. Undersökningen var godkänd av den regionala forskningsetiska kommittén och av SCB:s egna etikorgan.

## Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt ”Hälsa på lika villkor”

Som nämndes ovan görs jämförelser över tid med resultaten från den tidigare folkhälsoundersökningen FHS 2000 i Skåne. Där bjöd man in ca 24000 individer i åldern 18-80 år att delta och fick en svarsfrekvens på 59 %. Jämförelser görs även där så är möjligt med resultaten från den nationella Folkhälsoenkätundersökningen ”Hälsa på lika villkor” år 2004 som genomförts i samarbete mellan Statens Folkhälsoinstitut, landstingen Gävleborg, Kronoberg, och Dalarna, Gotlands kommun, Region Halland, samt delar av Västra Götaland. Urvalet omfattade sammanlagt 54 000 personer i åldern 18-84 år i hela Sverige. Svarsfrekvensen var 63 procent, totalt cirka 33 000 personer.

## Frågeformulär

Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS har i samarbete med representanter för olika verksamheter i Region Skånes organisation, representanter för Skånes kommuner och Försäkringskassan i Skåne län, utformat frågorna i frågeblanketten. Frågeformuläret bestod av 130 nummerade frågor, flera av dem hade delfrågor vilket genererade totalt 277 frågor. Frågorna handlade bl a om hälsa, läkemedel, levnadsvanor, psykosociala faktorer och arbetsmiljö. Förutom variabler som samlats in via frågeblanketten har ett antal registervariabler hämtats från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB), Utbildningsregistret, Sysselsättningsregistret samt Inkomst- och taxeringsregistret. Dessa är bland annat födelseår, kön, födelseort, utbildningsnivå och inkomstuppgifter.

## Population och urval

Populationen, dvs de individer som man vill kunna dra slutsatser om, utgörs i denna undersökning av samtliga personer i åldern 18-80 år som var folkbokförda i Skåne län under undersökningsperioden. För att kunna dra ett urval från populationen skapades en urvalsram utifrån RTB som avgränsar, identifierar och möjliggör koppling till individerna i populationen. Urvalsramen i denna undersökning bestod av folkbokförda i Skåne län i åldern 18-80 år (n = 855 599 personer).

I undersökningen gjordes ett obundet slumpmässigt stratifierat urval vilket innebär att alla individer inom respektive stratum (geografiskt område) har samma sannolikhet att komma med i urvalet. Stratifieringen gjordes mot variablerna kön och kommun/stadsdel.

Varje kommuns/stadsdels män respektive kvinnor utgjorde ett stratum, vilka redovisas i tabell 5.

**Tabell 1.** Förteckning över stratum och urvalsstorlek.

Strata	Anmärkning
29 kommuner, 2 kön	58 strata med 400 i urval (29 kommuner, könsuppdelat). Gäller ej för Malmö, Lunds, Kristianstads och Helsingborgs kommuner.
Malmö kommun, (10 stadsdelar, 2 kön)	20 strata med 400 i urval (10 stadsdelar, könsuppdelat)
Lunds kommun, (10 kommundelar, 2 kön)	20 strata med 400 i urval (10 kommundelar, könsuppdelat)
Kristianstads kommun, (6 kommundelar, 2 kön)	12 strata med 400 i urval (6 kommundelar, könsuppdelat)
Helsingborgs kommun, (5 stadsdelar, 2 kön + förtätning i 2 stadsdelar, 2 kön)	10 strata med 400 i urval (5 stadsdelar, könsuppdelat) Förtätning av urval: - Helsingborg Norr delområde Dalhem: 2 strata (könsuppdelat) med 300 i urval. - Helsingborg Syd delområdena Söder, Eneborg och Högaborg: 2 strata (könsuppdelat) med totalt 200 i urval
	Sammanlagt 124 strata (49 000 individer)

Som framkommer i tabell 1 gjordes lika stora urval (400 individer) i varje strata förutom i Helsingborg Norr – delområde Dalhem (300 individer) och Helsingborg Syd – delområdena Söder, Eneborg och Högaborg (totalt 200 individer).

Urvalsprocessen, bestående av 49 000 individer (bruttourvalet), genomfördes i tre steg. I ett första steg drogs 8 000 personer från hela urvalsramen som ett slumpmässigt obundet urval. Dessa 8 000 personer ingick i en grupp som skulle få speciella åtgärder vad gällde försök till bortfallsreduktion. I nästa steg fördelades dessa 8 000 personer efter undersökningens 124 (62 områden\* 2 kön) strata och i det sista steget fylldes sedan på med individer till önskad urvalsstorlek i respektive stratum för att nå upp till de efterfrågade 49 000 personerna.

Innan frågeblanketten sändes ut samt under själva undersökningsperioden genomfördes identifikationskontroller av personerna i urvalet mot befolkningsdata för att få fram aktuella adressuppgifter. Vid kontrollerna visade det sig att 261 personer inte längre tillhörde populationen utan utgjorde s.k. övertäckning.

De vanligaste orsakerna till övertäckning är att personerna hunnit emigrera eller avlidit sedan urvalet drogs. Ytterligare övertäckning kom till SCB:s kännedom under insamlingsfasen. I dessa fall rör det sig t ex om att undersökningspersonerna eller deras anhöriga uppgett att de inte längre tillhör populationen. Av de postade breven kom 395 i retur från posten och för 723 personer fick man kännedom att de inte ingick i undersökningspopulationen. Orsaken till detta var att vissa personer hade flyttat utanför Skåne, hade skyddad adress, inte kunde nå pga. allvarligt fysiskt hinder eller var institutionsboende eller att rätt person varken hade fått enkät eller påminnelser. Dessa totalt 1379 personer som inte kunde nå eller inte hade fått enkäten redovisas som övertäckning i tabell 2. Efter avdrag för övertäckning återstod 47 621 personer, det s k nettourvalet.

**Tabell 2.** Population och urval. Nettourval är det som kvarstår efter att övertäckningen tagits bort från bruttourvalet.

Population (18-80)	855 599
Bruttourval	49 000
Övertäckning	1379
Nettourval	47 621

## Datainsamling

Frågeformuläret sändes till urvalspersonerna via post. Tillsammans med frågeblanketten skickades ett informationsbrev där uppgiftslämnarna kunde läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes i samarbete mellan SCB och Region Skåne. Informationsbrevet informerade också om att uppgifter hämtas från registret över totalbefolkningen, utbildningsregistret, sysselsättningsregistret, inkomst- och taxeringsregistret, landstingets databaser och Riksförsäkringsverket (Försäkringskassan). Det framgick också att samtliga uppgifter är skyddade av personuppgiftslagen och sekretesslagen, att det är frivilligt att delta och att en avidentifierad fil och avidentifierade frågeblanketter kommer att levereras till Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS, Region Skåne. Vidare ombads de besvara frågorna och skicka tillbaka frågeblanketten till SCB.

Det första utskicket genomfördes den 13/9 2004, sedan skickades två påminnelser ut till dem som inte besvarat frågeblanketten. Dessa utskick skedde med ca tio dagars mellanrum. Den första påminnelsen bestod av ett tack- och påminnelsekort och den andra påminnelsen var en enkätpåminnelse. Den tredje påminnelsen var en enkätpåminnelse och skickades ut ca en månad efter den andra påminnelsen till samtliga personer som inte hade besvarat enkäten, förutom till 2 800 slumpmässigt utvalda personer från de 8 000 personer som dragits i urvalsprocessens första steg. Dessa 2 800 personer lämnades till telefonintervju och efter avdrag för personer som saknade telefon, hade skyddat telefonnummer, var bosatta i utlandet och liknande skäl, återstod 1682 personer till telefonintervjuer. Dessa pågick vecka 45-48. Datainsamlingen avslutades 10/1 2005.

## Sekretess och utlämnande

SCB har gjort en intern sekretessprövning för utlämnandet av registervariabler från RTB, utbildningsregistret, sysselsättningsregistret samt inkomst- och taxeringsregistret. Dessutom har en sekretessöverenskommelse upprättats mellan Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS och SCB med avseende på hur det avidentifierade datamaterialet och de avidentifierade frågeblanketterna får hanteras. Behandlingen av personuppgifter i undersökningen har anmälts till SCB:s juridiska kansli.

## Svarfrekvens

Totalt har 27 963 personer besvarat frågeformuläret, vilket motsvarar 58,7 procent av nettourvalet (47 621 personer) (tabell 3). Efter det första utskicket hade 17080 personer (35,9 % av nettourvalet) besvarat enkäten. Första tack- och påminnelsekortet till resterande 30541 personer medförde att ytterligare 3771 personer svarade (7,9 % av nettourvalet). Efter den första enkätpåminnelsen svarade ytterligare 4 822 personer (10,1% av den totala andelen svarande) på enkäten och genom den andra enkätpåminnelsen ökade den totala svarsandelen med 3,4 % (1598 personer). Av de 2800 personer som skulle telefonintervjuas, kunde 1682 personer nås via telefon och av dessa besvarade 689 personer (1,4 % av nettourvalet) enkäten. Undersökningens slutliga svarsandel blev därför 58,7%.

**Tabell 3.** Beskrivning av inflödet

	<b>Antal som fick enkät/telefonkontakt</b>	<b>Antal svar</b>	<b>Svar (%)</b>	<b>Totalt svar (%)</b>	<b>Kumulativt svar (%)</b>
Efter första utsändning	47621	17 080	35,9	35,9	35,9
Efter Tack och Påminnelse kort	30 541	3 774	12,4	7,9	43,8
Efter enkätpåminnelse 1	26 767	4 822	18,0	10,1	53,9
Efter enkätpåminnelse 2	19 145	1 598	8,3	3,4	57,3
Telefonintervju	1682	689	41,0	1,4	58,7
<b>Summa</b>	<b>47621</b>	<b>27 963</b>	<b>58,7</b>	<b>58,7</b>	<b>58,7</b>

Tabell 4 visar hur svarsandelen samvarierar med olika bakgrundsvariabler. Större andel kvinnor än män har besvarat enkäten. I yngre åldrar är svarsandelen lägre, som ofta är fallet vid folkhälsundersökningar och liknande studier. T.ex. är svarsandelen 49,2% i åldersgruppen 18-34 medan i åldersgruppen 65-80 år är motsvarande andel 66,2%.

Grupperingen på födelseland uppvisar en tydlig skillnad i svarsandelar med 59,5% för svenskfödda, 53,7% för övriga Norden, 46,6% för övriga Europa och 33,9% för individer med födelseland utanför Europa. Det är också vanligare bland gifta (62,7%) än bland övriga (ensam, ogifta, änka/änkling) att svara på enkäten. Mellan olika inkomstgrupper är skillnaden stor, medan 49,7 % har svarat i gruppen låginkomsttagare så har 65,6% av höginkomsttagarna besvarat enkäten. En större andel av personerna i undersökningen med eftergymnasial utbildning har svarat, 64,5 %, jämfört med de som har förgymnasial utbildning, 50,8%.

**Tabell 4.** Undersökningspopulation, urval och svarsfrekvens med avseende på kön, ålder, födelse-land, civilstånd, inkomst och utbildning. \* G+RP (Giftna och registrerade partner)

		Population total	Population (%)	Urval	Urval (%)	Svarande	Svarande (%)
<b>Kön</b>	<i>Män</i>	424207	49,58	24500	50	12720	51,9
	<i>Kvinnor</i>	431392	50,42	24500	50	15243	62,2
<b>Ålder</b>	<i>18-34</i>	244075	28,53	13788	28,14	6787	49,2
	<i>35-44</i>	161079	18,83	9414	19,21	4997	53,1
	<i>45-54</i>	147966	17,29	8601	17,55	5001	58,1
	<i>55-64</i>	150701	17,61	8702	17,76	5551	63,8
	<i>65-80</i>	151778	17,74	8495	17,34	5627	66,2
<b>Födelse-land</b>	<i>Sverige</i>	711692	83,18	41367	84,42	24622	59,5
	<i>Övr Norden</i>	26849	3,14	1500	3,06	806	53,7
	<i>Övr Europa</i>	69459	8,12	3596	7,34	1676	46,6
	<i>Övr världen</i>	47599	5,56	2537	5,18	859	33,9
<b>Civilstånd</b>	<i>G + RP*</i>	397112	46,41	23522	48,00	14742	62,7
	<i>Övriga</i>	458487	53,59	25478	52,00	13221	51,9
<b>Årlig inkomst (tusen kr)</b>	<i>0-149</i>	342568	40,04	19245	39,28	9556	49,7
	<i>150-299</i>	384124	44,90	22193	45,29	13449	60,6
	<i>300+</i>	128907	15,07	7562	15,43	4958	65,6
<b>Utbildning</b>	<i>Förgymnasial</i>	257493	30,10	14732	30,07	7482	50,8
	<i>Gymnasial</i>	360553	42,14	20668	42,18	11709	56,7
	<i>Eftergymnasial</i>	237553	27,76	13600	27,76	8772	64,5
<b>Totalt</b>		855599	100,00	49000		27963	

I tabell 5 redovisas svarsfrekvensen för samtliga 124 geografiska strata. Bland kvinnor finns högsta svarsfrekvensen (70 procent av bruttourvalet) i Staffanstorps. En hög svarsfrekvens bland kvinnor noteras även i Ystad och Lomma (69%) samt Båstad och Malmöstadsdelen Limhamn-Bunkeflo (68%). Lägst svarsfrekvens uppnåddes i delområdena Söder/Eneborg/Högaborg i Helsingborg Syd (41 %) och i Malmöstadsdelen Rosengård (39 %).

Bland män är svarsfrekvensen högst i Hässleholm (62 %) och Lomma (61%). Därefter följer Kävlinge, Bromölla, Eslöv och Åhus utanför Kristianstad, samtliga har en svarsfrekvens på 59 %. Bland männen i undersökningen är svarsfrekvensen lägst i Malmöstadsdelarna Fosie (40 %) och Rosengård (36 %).

**Tabell 5.** Svarsfrekvens (brutto) per urvalsstrata (procent)

Kommun	Stadsdel	Svarsandel	Svarsandel
		Män	Kvinnor
Svalöv		48,5	63,4
Staffanstorps		56,9	70,3
Burlöv		52,1	59,8
Vellinge		57,0	65,7
Östra Göinge		51,5	61,2
Örkelljunga		49,0	58,5
Bjuvs		49,3	59,3
Kävlinge		58,8	64,7
Lomma		60,6	69,1
Svedala		52,8	62,8
Skurup		48,2	64,3
Sjöbo		55,0	60,5
Hörby		55,1	66,5
Höörs		55,3	63,1
Tomelilla		50,6	62,9
Bromölla		59,2	60,7
Osby		57,8	66,5
Perstorp		46,6	62,4
Klippan		46,1	63,6
Åstorp		47,9	58,9
Båstad		56,5	67,7
Landskrona		50,4	63,2
Höganäs		52,6	60,9
Eslöv		58,9	65,7
Ystad		55,7	68,9
Trelleborg		49,9	63,9
Simrishamn		52,6	65,7
Ängelholm		57,6	65,8
Hässleholm		61,7	65,5
Malmö	Centrum.	43,3	61,6
Malmö	S. Innerstaden	42,0	57,2
Malmö	V. Innerstaden	56,0	64,9
Malmö	Limhamn-Bunkeflo	56,9	67,7
Malmö	Hyllie	53,3	59,3
Malmö	Fosie	40,4	50,6
Malmö	Oxie	51,3	58,5
Malmö	Rosengård	35,9	38,9
Malmö	Husie	54,3	65,8
Malmö	Kirseberg	46,1	60,7
Lunds	Centrum.	48,1	64,7
Lund	Dalby	54,4	66,4
Lund	Genarp	51,1	62,8
Lund	Norr	50,1	57,2
Lund	Söder	51,3	66,3
Lund	S Sandby	57,3	64,8
Lund	Torn	55,3	66,3
Lund	Veberöd	50,9	66,2
Lund	Väster	53,9	64,8
Lund	Östra	52,8	66,6
Kristianstad	Södra	57,7	66,5
Kristianstad	Västra	55,9	65,7
Kristianstad	Östra exkl. Åhus	52,5	63,5
Kristianstad	Norra	54,3	61,7
Kristianstad	Centrum	53,9	59,2
Kristianstad	Åhus	58,8	66,2
Helsingborg	Norr	50,4	52,9
Helsingborg	Centrum	43,8	56,8
Helsingborg	Väst	55,2	64,4
Helsingborg	Öst	51,3	66,3
Helsingborg	Syd	55,2	63,8
Helsingborg	Dalhem	41,0	54,5
Helsingborg	Söder, Eneborg och Högaborg	42,4	41,0

## Bortfall

Bortfallet består dels av objektsbortfall som innebär att frågeblanketten inte är besvarad alls och dels av partiellt bortfall som innebär att vissa frågor på blanketten inte är besvarade. Om bortfallet skiljer sig åt från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva. För att reducera bortfalls skevheten har vikter beräknats med hjälp av kalibrering.

Objektsbortfallet, som bland annat kan bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte går att nå eller att uppgiftslämnaren är förhindrad att medverka, t ex på grund av sjukdom, redovisas i tabell 6. Totalt har 19658 personer (41,3% av nettourvalet) inte svarat. Med ”ej avhörda” (16 657 personer) menas att ingen uppgift om varför frågeblanketten inte är besvarad har lämnats. En del av dessa var ”förhindrade” respektive ”avböjde medverkan”, vilket därmed innebär att SCB meddelats att uppgiftslämnaren är förhindrad eller inte ville medverka i undersökningen. Vanliga skäl för vägran var att frågeformuläret var för långt eller att man inte hade tid (295 personer) att svara på så många frågor. Andra var oroliga för sekretessen, eller tyckte att frågorna var alltför personliga (46 personer). Andra ville inte svara därför att de hade synpunkter på undersökningens syfte (30 personer) eller eftersom att det var frivilligt att delta (875 personer).

**Tabell 6.** Beskrivning av objektsbortfall

	Antal	Procent bland total urval	Procent bland bortfall
Ej avhörda	16657	35,0	84,7
Språksvarigheter	95	0,2	0,5
Har ej tid	295	0,6	1,5
Sekretess - Integritet - Register	46	0,1	0,2
Ställer aldrig upp i undersökningar	25	0,1	0,1
Frivilligheten	875	1,8	4,5
Undersökningens syfte	30	0,1	0,2
Kräver ersättning	12	0,0	0,1
Insänd blank	413	0,9	2,1
Lovat sända in utan att sända	92	0,2	0,5
Ej anträffad via telefon	772	1,6	3,9
Hemligt telefonnummer	4	0,0	0,0
Saknar telefon	342	0,7	1,7
<b>Totalt bortfall</b>	<b>19658</b>	<b>41,3</b>	<b>100,0</b>

Internt bortfall, eller det partiella bortfallet, innebär att personer som svarat på enkäten undvikit att svara på vissa specifika frågor i enkäten. Partiellt bortfall kan bero på att frågan är svår att förstå, är känslig, att uppgiftslämnaren glömmer att besvara frågan eller att instruktionerna vid hoppfrågor misstolkas och att uppgiftslämnaren då inte besvarar rätt frågor. Till partiellt bortfall räknas även dubbelmarkeringar och svar som inte kan tydas. I denna undersökning varierar det partiella bortfallet mellan 0,6 % för en fråga om sömn och välbefinnande till 42,2% för en fråga om spelberoende.

## Viktberäkning och estimation

Den statistiska säkerheten sammanhänger med antalet svar i den grupp som man vill analysera. Vi gjorde därför ett ungefär lika stort urval i alla geografiska områden, vilket ger bästa statistiska säkerhet med givet antal svar. Det innebär dock att man har ungefär lika många svar från det stora Landskrona som från det betydligt mindre Genarp, vilket får betydelse när man skall redovisa svaren för hela Region Skåne. Landskrona bör ha större inverkan på totalresultaten än Genarp eftersom det bor fler människor

där och därför viktar man svaren i resultatredovisningen av data för hela Skåne. Varje urvalsgrupp får då den vikt som motsvarar gruppens andel av den totala befolkningen. Antag att det finns lika många svar från två geografiska områden A och B, och att A har 1 000 invånare och B 9 000 invånare. Antalet som svarat på enkäten är lika stort i bägge områdena. Svaren från område B ges då genom viktningen 9 gånger så stor vikt som svaren från område A, vilket är rimligt eftersom det bor 9 gånger fler personer där.

Vissa befolkningsgrupper deltar i undersökningar i högre utsträckning än andra, dvs det finns ett selektivt bortfall bland de svarande, exempelvis så är det fler äldre än yngre som svarar på folkhälsoenkäter och en högre andel kvinnor än män. Man vill dock att varje åldersgrupp ska ha den inverkan på resultatet som motsvarar gruppens andel i totalbefolkningen. I redovisningen för Skåne har vi därför viktat resultatet från varje geografiskt område, med avseende på kön och ålder i tre grupper (18-40 år, 41-60 år, 61-80 år). I vardera av de geografiska områdena har varje kombination av kön och ålder den inverkan på totalresultatet som motsvarar gruppens andel av totalbefolkningen. Detta medför att resultat kan redovisas för hela populationen och inte bara för de svarande, d v s vikterna kompenserar för objektsbortfallet. Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl och därmed att över- och undertäckningen är försumbar.

## Fördelning efter kön, ålder, socioekonomiskt status och födelseland (grundvariablerna)

Tabell 7 visar den jämna åldersfördelningen i materialet. Åldersfördelningen i grupperna män och kvinnor är nästan likadan. Män är i större utsträckning än kvinnor högre tjänstemän, icke-facklärd arbetare och egna företagare medan kvinnor i större utsträckning än män är tjänstemän i mellan- och lägre ställning samt studerande. Nästan 90 % av personerna som svarat på enkäten är födda i Sverige.

**Tabell 7.** Deltagande (antal) enligt kön, ålder, socioekonomiskt status och födelseland

	<b>Män</b>		<b>Kvinnor</b>	
	<b>Antal</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
<b>Åldersgrupper</b>				
18-34	2907	22,9	3880	25,5
35-44	2224	17,5	2773	18,2
45-54	2316	18,2	2685	17,6
55-64	2619	20,6	2932	19,2
65-80	2654	20,9	2973	19,5
<b>Socio-ekonomisk status <sup>1</sup></b>				
Högre tjänstemän	1356	14,1	1323	11,3
Mellantjänstemän	1591	16,5	2300	19,7
Lägre tjänstemän	606	6,3	1416	12,1
Facklärd arbetare	1309	13,6	1472	12,6
Icke facklärd arbetare	1908	19,8	1851	15,9
Egenföretagare + Lantbrukare	977	10,1	479	4,1
Förtidspensionär	562	5,8	820	7,0
Arbetslös	572	5,9	717	6,1
studerande	1356	7,9	1292	11,1
<b>Födelseland</b>				
Svenskfödda	10670	88,5	12891	88,0
Utlandsfödda	1383	11,5	1766	12,0

1) endast åldersgrupperna 18-64 år



## Redovisning av resultaten

Resultat från undersökningen redovisas i figurer för hela Region Skåne. I analyserna har viktning använts (med avseende på befolkningstal i områdena samt kön och ålder: 18-40 år, 41-60 år samt 61-80 år).

I figurer som visar variablernas fördelning efter ålder, socioekonomisk status eller födelse-land har ingen åldersstandardisering gjorts. Anledningen är att åldersstandardisering kan ge felvisande prevalenser i grupper som har en mycket skev åldersfördelning. Så består till exempel gruppen förtidspensionärer till stor del av äldre personer (55-64 år), medan gruppen studerande till stor del består av yngre personer (18-34 år). I gruppen förtidspensionärer skulle således de fåtaliga individerna i åldersgruppen 18-34 år få en oproportionerligt stor betydelse vid direkt åldersstandardisering. Samma sak gäller för de relativt fåtaliga äldre studerande.

I denna rapport har redovisningen av resultaten delats upp i de fem områdena hälsa och läkemedel, levnadsvanor och livsstil, ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet, fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt kontakt med sjukvården. Siffrorna för området fysisk och psykosocial arbetsmiljö avser den förvärvsaktiva delen av populationen som arbetar minst 30 timmar i veckan. De siffror som redovisas för de övriga fyra områdena avser hela populationen. Förutom data från folkhälsoenkät i Skåne 2004 redovisas även där så är möjligt jämförelser med resultat från Folkhälsoenkät Skåne 2000 samt den nationella folkhälsoenkäten 2004 "Hälsa på lika villkor?". Jämförelsen mellan resultaten från FHS Skåne 2004 samt den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket. Dessa siffror är åldersstandardiserade.



# Innehållsförteckning

## Deltagare och metoder 9

Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)	9
Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt "Hälsa på lika villkor"	9
Frågeformulär	9
Population och urval	10
Datainsamling	11
Sekretess och utlämnande	11
Svarsfrekvens	12
Bortfall	15
Viktberäkning och estimation	15
Fördelning efter kön, ålder, socioekonomiskt status och födelseland (grundvariablerna)	16
Redovisning av resultaten	17

## Resultat 19

### 1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa	20
Dålig psykisk hälsa (GHQ12)	21
Långvarig sjukdom	22
Sjukfrånvaro senaste året	23
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	24
Sömnbesvär	25
Stressad i vardagen	26
Låg vitalitet	27
Använt läkemedel senaste tre månaderna	28
Besvär med karies (hål i tänderna)	29

### 2. Levnadsvanor och livsstil 31

Daglig rökning	32
Slutat röka	33
Passiv rökning på arbetsplatsen	34
Använder snus	36
Någonsin rökt hasch	38
Övervikt	39
Fetma	40
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41
Riskkonsumtion av alkohol	42
Laglig privat införsel av alkohol	43
Köpt märkessprit av privatperson	44
Riskabla spelvanor	45
Äter lite frukt och grönsaker	46

### 3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 47

Ekonomisk stress	48
Arbetslös för tillfället	49
Svag social förankring i bostadsområdet	50
Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	51
Utsatt för hot om våld	52
Utsatt för våld	53
Svagt emotionellt stöd	54
Svagt praktiskt stöd	55
Lågt socialt deltagande	56
Låg tillit	57
Lågt förtroende för samhällsinstitutioner	58
Buller från vägtrafik besvärar	59

### 4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Inte fast anställd	63
Önskar byta yrke	64
Arbetar ofta övertid	65
Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	66
Höga psykologiska krav i arbetet	67
Låg kontroll i arbetet	68
Anspänd arbetssituation	69
Svagt socialt stöd i arbetet	70
Mobbning eller trakasserier i arbetet	71
Buller i arbetet	72
Ingen ersättning för friskvård	73
Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven	74
Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna	75
Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna	76

### 5. Kontakter med sjukvården 77

Otillfredsställda vårdbehov	78
Besökt akutmottagning	79
Legat på sjukhus eller sjukhem	80
Läkarbesök på grund av sjukdom	81
Lågt förtroende för sjukvården	82
Otillfredsställda tandvårdsbehov	83

## Sammanfattning 85

## Dålig självskattad hälsa

Självskattad hälsa är ett mått som baseras på individens egen uppfattning om sin hälsa. Detta mått anses vara en av de bästa prediktorerna som finns att tillgå för att förutsäga individens hälsa efter 7-10 år. Skillnader i självskattad hälsa mellan olika befolkningsgrupper kan därigenom ge en fingervisning om potentiella framtida hälsoproblem i en befolkning och är sålunda viktiga för diskussionen rörande valet av vilka grupper som förebyggande insatser främst bör inriktas mot.

I enkäten fick deltagarna skatta hur de känner sig just nu, fysiskt och psykiskt, på en skala från 1 till 7, där 1 representerar ”Mycket dåligt, kunde inte må sämre” och 7 ”Mycket bra, kunde inte må bättre”. Svartalternativ 1-3 klassades här som dålig självskattad hälsa.

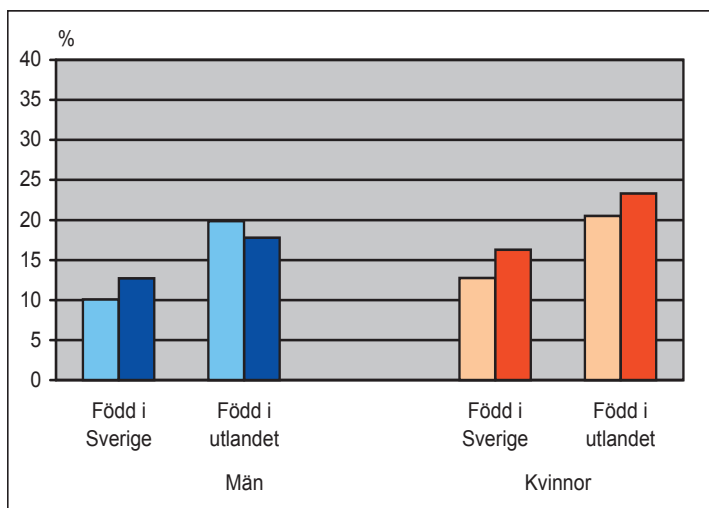
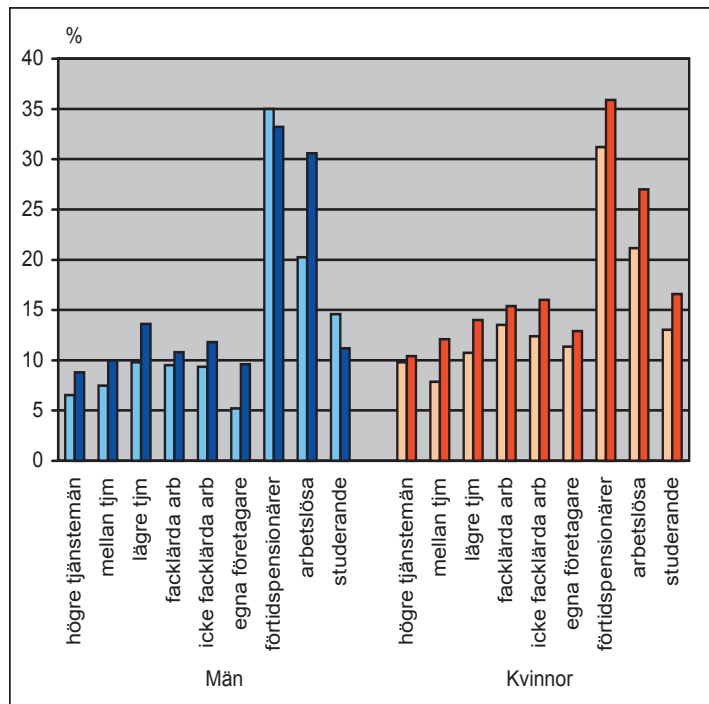
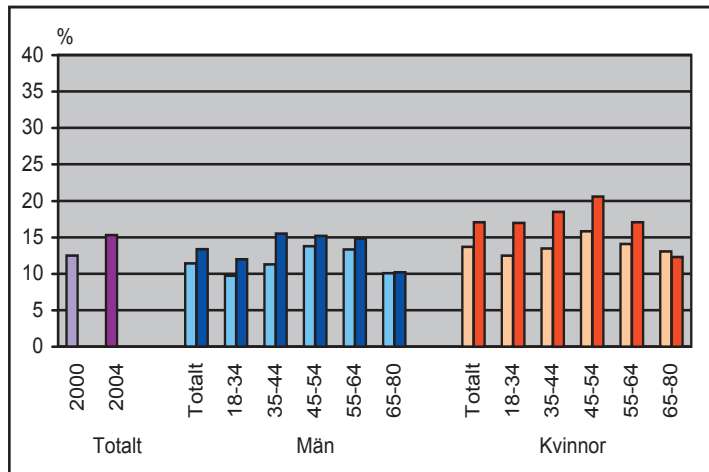
Resultaten från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” visar att andelen med dålig självskattad hälsa är lägre i Skåne än för hela riket (index = 86). Detta gäller för såväl män (index = 87) som kvinnor (index = 85). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Totalt uppgav 13 % av männen och 17 % av kvinnorna en dålig självskattad hälsa, vilket är en ökning jämfört med undersökningen år 2000 (11 respektive 14 %). I alla åldrar uppgav kvinnor en sämre hälsa än männen, och uppvisar dessutom en något större försämring av den självskattade hälsan jämfört med tidigare undersökning. Den sedan tidigare påvisade skillnaden mellan könen verkar nu alltså ha blivit än större. Den självskattade hälsan verkar också ha försämrats mer i de yngre åldersgrupperna än i de äldre, både för män och för kvinnor.

Bland de yrkesarbetande uppgav arbetare och lägre tjänstemän en något sämre hälsa än mellan- och högre tjänstemän. Förtidspensionärer och arbetslösa uppgav en sämre självskattad hälsa än de som arbetar eller studerar. Man ser en påtaglig ökning av andelen med dålig självskattad hälsa bland arbetslösa av båda könen och bland kvinnliga förtidspensionärer.

Utlandsfödda uppgav liksom i tidigare undersökning sämre hälsa än svenskfödda. Totalt uppgav 21 % av de utlandsfödda dålig självskattad hälsa, jämfört med 15 % av de svenskfödda. Skillnaden har dock minskat bland män, men inte bland kvinnor.

	Index
Totalt .....	86
Män .....	87
Kvinnor .....	85



■ 2000 ■ 2004

## Dålig psykisk hälsa (GHQ12)

Med psykisk hälsa avses här individens allmänna psykiska välbefinnande. I undersökningen används "General Health Questionnaire" innehållande 12 frågor (GHQ-12). GHQ12 skiljer inte mellan olika psykiska sjukdomar och diagnosticerar inte någon specifik psykisk sjukdom. Däremot används detta instrument för att undersöka förekomsten av psykisk ohälsa i en befolkning. Internationella studier har visat att individer med dålig psykisk hälsa enligt GHQ-12 har en klart ökad tendens att söka sjukvård för psykiska besvär.

Individer som angett besvär inom minst tre av de tolv efterfrågade kategorierna i GHQ-12-instrumentet definieras här som att lida av dålig psykisk hälsa.

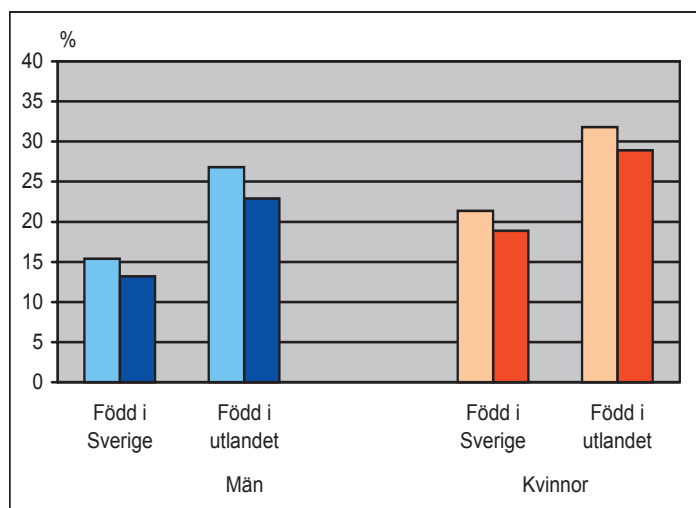
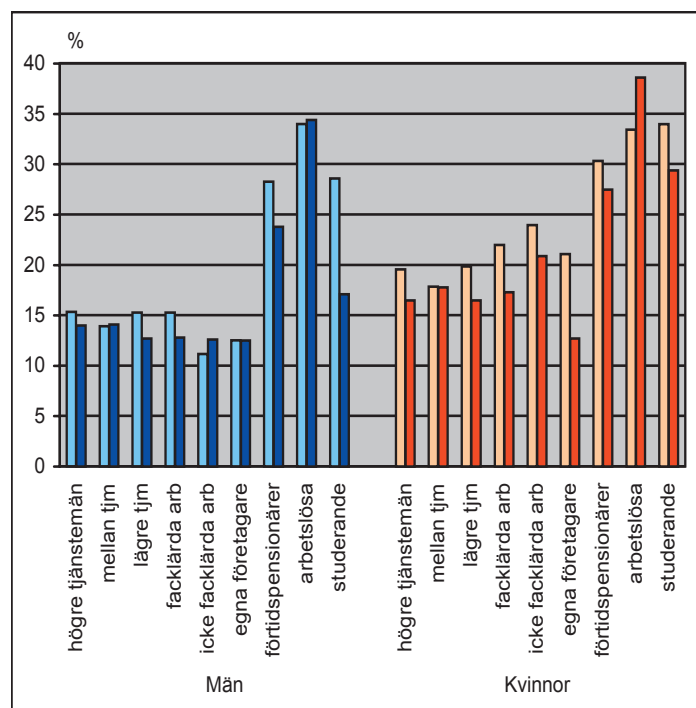
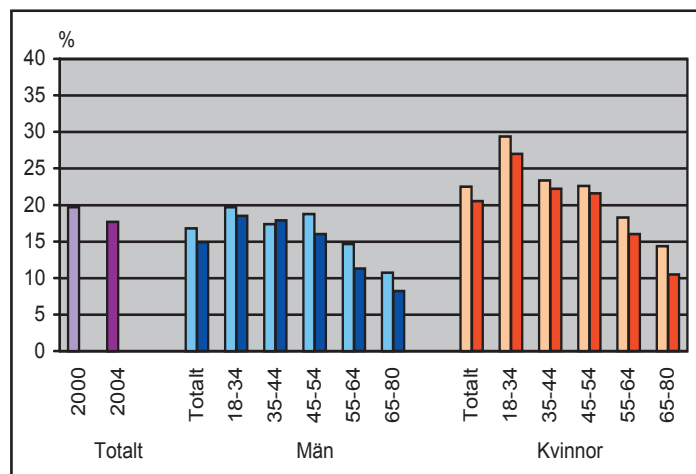
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med dålig psykisk hälsa i nivå med andelen i hela riket (index = 100). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger under andelen i riket (index = 91), medan kvinnor ligger något över (index = 104). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Förekomsten av dålig psykisk hälsa var 15 % för männen och för 21 % för kvinnorna, vilket är en liten minskning för båda könen jämfört med undersökningen år 2000 (17 % respektive 23 %). Den psykiska ohälsan är mer utbredd i de yngre åldersgrupperna än i de äldre.

Utifrån en socioekonomisk uppdelning ser man att dålig psykisk hälsa är vanligare bland förtidspensionärer, arbetslösa och studerande än bland de som arbetar, vilket i stora drag överensstämmer med tidigare undersökning. Dock ses en ökning bland arbetslösa av båda könen, mest bland kvinnor. Bland männen har tjänstemän på hög- och mellannivå en något högre andel med psykisk ohälsa än lägre tjänstemän och arbetare, medan det hos kvinnorna är de icke-facklärdas arbetarna som har högst andel med dålig psykisk hälsa. Mönstret har här alltså förändrats något jämfört med tidigare.

Utlandsfödda kvinnor och män har en högre andel med psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda. Denna skillnad har inte förändrats sedan undersökningen år 2000.

	Index
Totalt .....	100
Män .....	91
Kvinnor .....	104



2000 2004

## Långvarig sjukdom

Andelen individer i befolkningen med långvarig sjukdom har i Sverige undersökts i flera stora befolkningsstudier sedan 1960-talet, och definieras som ett tillstånd som ger påtagliga besvär under mer än sex månaders tid.

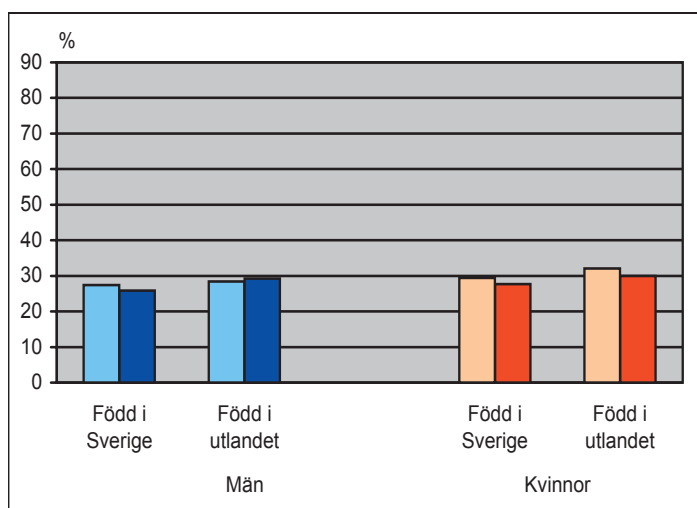
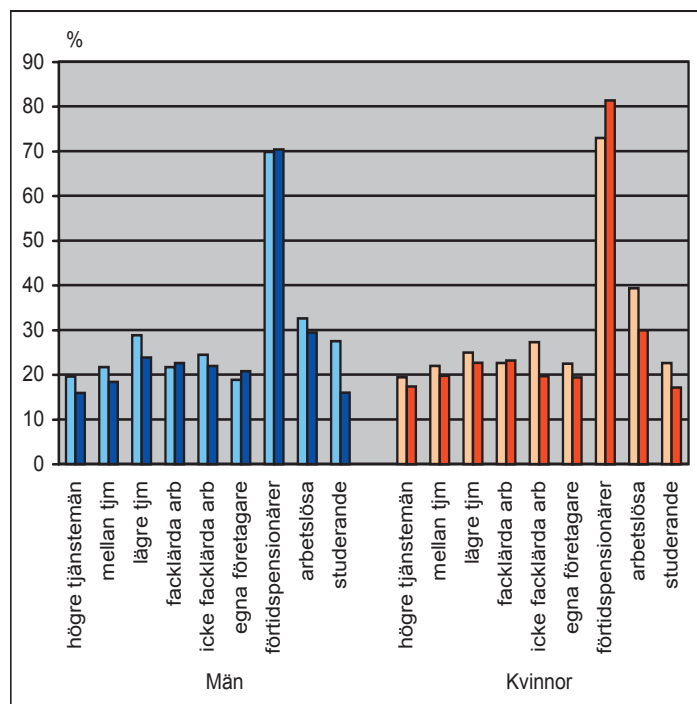
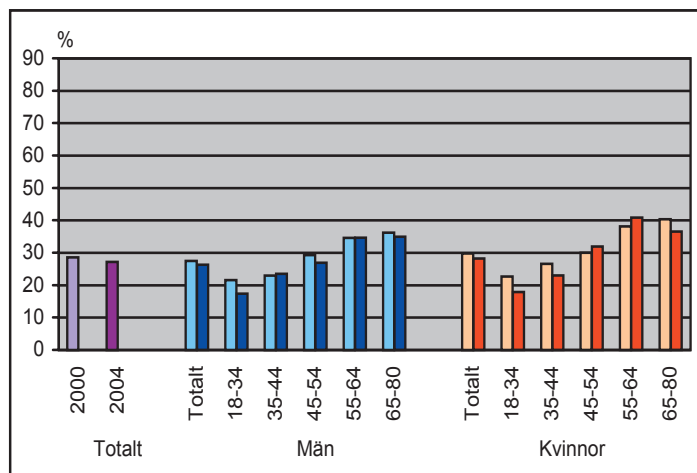
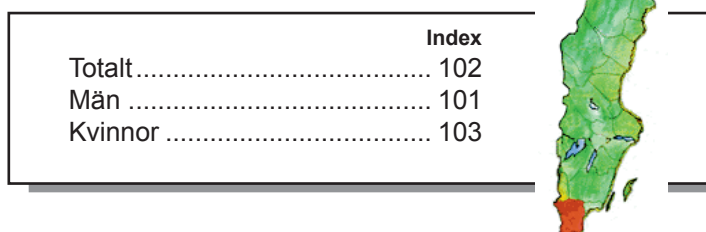
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med långvarig sjukdom i nivå med andelen i hela riket (index = 102). Detta gäller för såväl män (index = 101) som kvinnor (index = 103). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Andelen med långvarig sjukdom i den skånska befolkningen är i stort sett oförändrad mellan undersökningarna 2000 och 2004, 29 respektive 27 %. Andelen är relativt likartad mellan män och kvinnor, 26 respektive 28 %.

Inte helt oväntat så är andelen högre ju äldre man blir, den är ungefär dubbelt så hög i den äldsta åldersgruppen i undersökningen (65-80 år), jämfört med den yngsta (18-34 år), omkring 18 % respektive 36 %. Skillnaderna i åldersfördelningen och förändringen över tid är små mellan könen, men det kan noteras att de enda grupperna som noterbart har ökat sin andel med långvarig sjukdom mellan 2000 och 2004 är kvinnor mellan 45-54 och 55-64 år.

Då det gäller skillnaderna i andelen med långvarig sjukdom mellan socioekonomiska grupper, så dominerar mönstret av den stora skillnaden mellan förtidspensionerade individer med en andel på 70-80 %, och övriga som ligger mellan 20-30 %. Det kan dock noteras att det är enbart bland de förtidspensionerade individerna som det inte har skett en minskning av andelen mellan 2000 och 2004, bland de förtidspensionerade kvinnorna noteras till och med en ökning på 8 %.

Skillnaden i andelen med långvarig sjukdom mellan individer födda i utlandet jämfört med individer födda i Sverige är mycket liten och detta innebär ingen förändring mellan 2000 och 2004.



■ 2000 ■ 2004

## Sjukfrånvaro senaste året

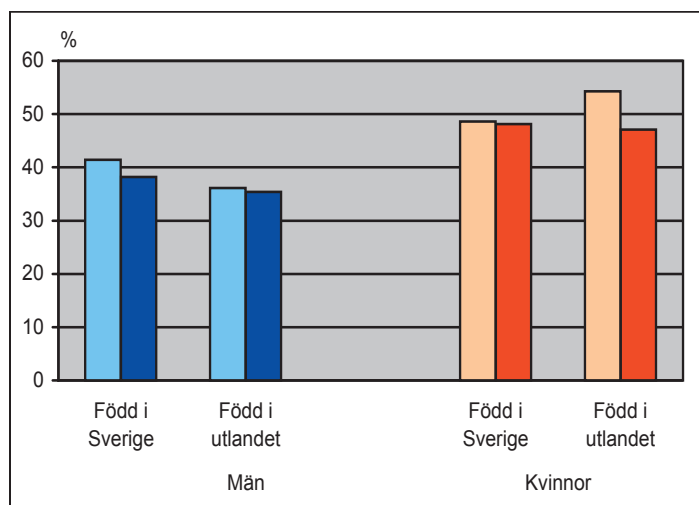
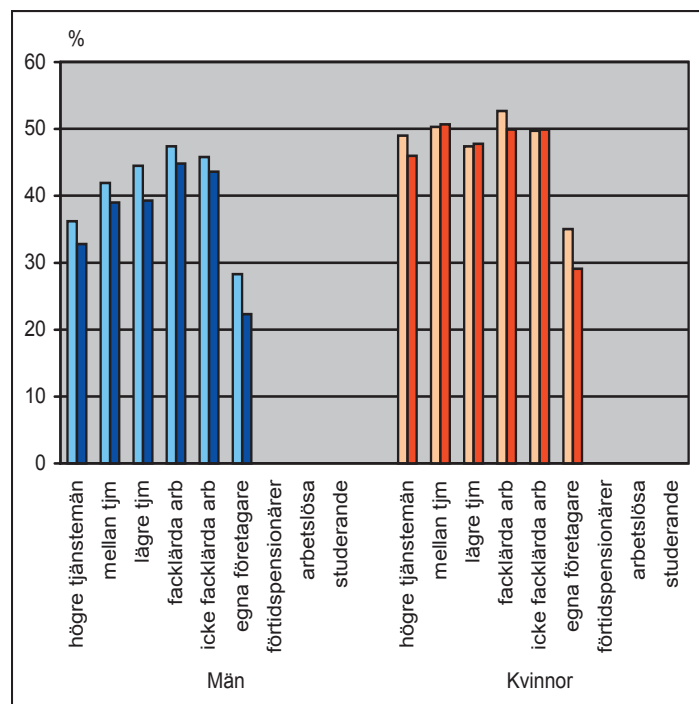
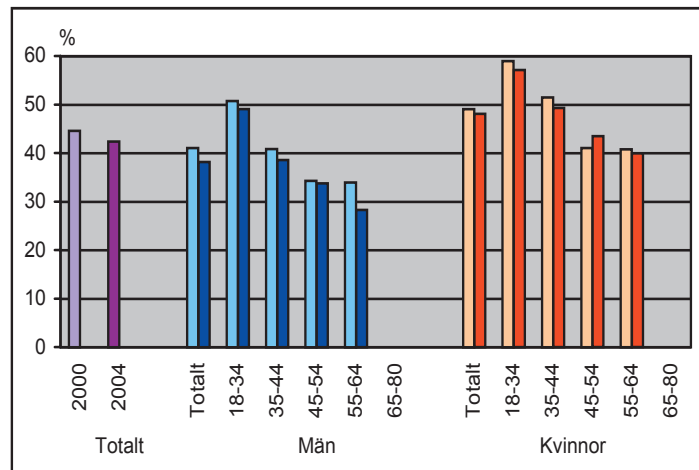
Den totala andelen av den skånska befolkningen i arbetsför ålder som uppgivit att de varit sjukskrivna minst en gång under det senaste året var 42 % 2004 jämfört med 45 % 2000, dvs. en liten minskning noterades. Denna minskning var dock större bland män, 3 %, jämfört med kvinnor, 1 %.

Som vid föregående undersökning noteras den högsta andelen i den yngsta åldersgruppen (18-34 år), 49 % bland männen och 57 % bland kvinnorna. Minskningen var störst bland män i åldersgruppen 55-64 år, där andelen sjönk med 6 %. Kvinnor i åldrarna 45-55 år var den enda åldersgruppen som ökade sin andel, fast bara marginellt med 2 %.

Som tidigare noterades den lägsta andelen bland män i gruppen högre tjänstemän och egna företagare, medan nivån var liknande bland alla grupper av anställda kvinnor men lägre bland egna företagare. Bland män noterades dock en minskning i alla socioekonomiska grupper, medan mönstret var annorlunda bland kvinnor där små ökningar noterades bland tjänstemän på mellannivå och låg nivå och bland icke facklärd arbetare.

Den tidigare noterade skillnaden mellan individer födda i Sverige och individer födda utomlands verkar i stort sett ha försvunnit. Gruppen svenskfödda män minskade sin andel som varit sjukskriven någon gång senaste året med 3 % och utlandsfödda kvinnor med hela 7 %. Minskningen bland utlandsfödda män och svenskfödda kvinnor var emellertid mycket liten.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året

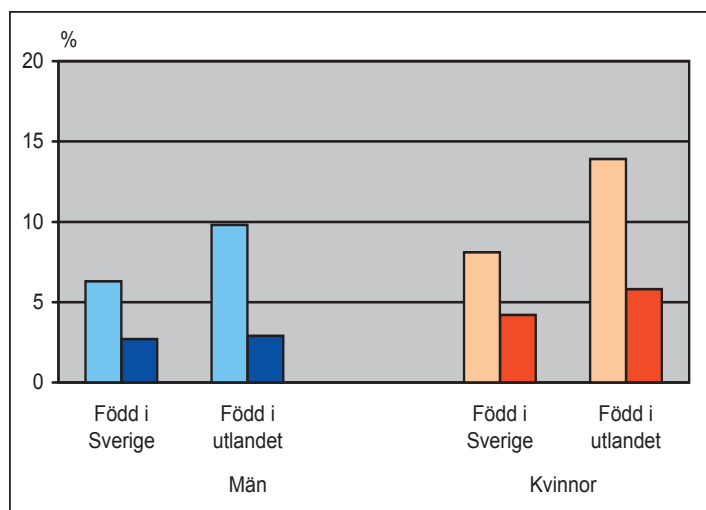
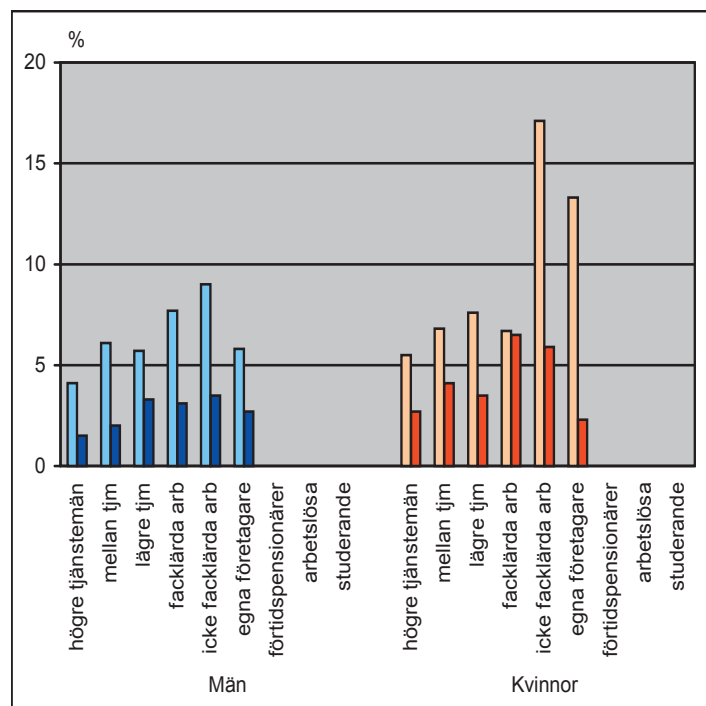
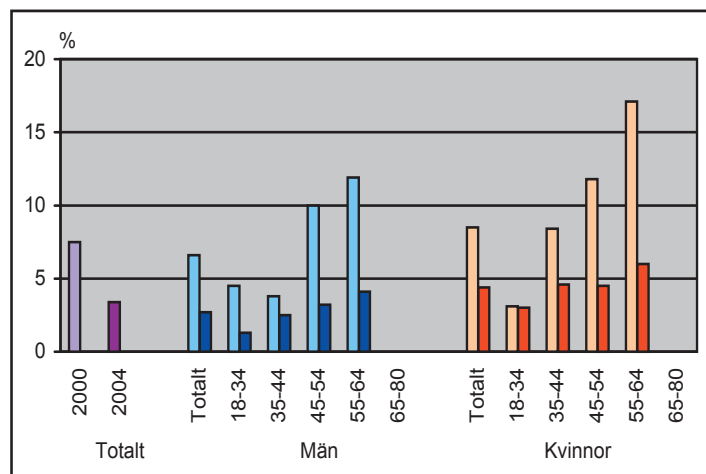
Andelen av de svarande i undersökningen som uppger att de varit sjukskrivna mer än 30 dagar under det senaste året har mer än halverats mellan 2000 och 2004, från 7 % till 3 %. Andelen kan givetvis minska på två sätt, antingen genom att de långtidssjukskrivna blir förtidspensionerade, eller genom att de återgår i arbete. Folkhälsoenkät Skåne 2004 ger inget svar på frågan om vilken av dessa mekanismer som är den viktigaste orsaken till den noterade minskningen. Andelen är 2004 större bland kvinnor än män, 4 % respektive 3 %, medan minskningen över tid är ungefär lika stor, omkring 4 %.

Variationen mellan åldersgrupperna är ganska likartad mellan män och kvinnor, med den högsta andelen i den äldsta åldersgruppen på arbetsmarknaden (55-64 år), 4 % bland männen och 6 % bland kvinnorna. Det är också i denna åldersgrupp som minskningen mellan 2000 och 2004 varit störst, 8 % för männen och hela 11 % bland kvinnorna.

Som tidigare noteras skillnader mellan de socioekonomiska grupperna, där den lägsta andelen noteras för högre tjänstemän bland männen och för samma grupp och egna företagare bland kvinnorna. Det kan noteras att minskningen mellan 2000 och 2004 varit särskilt påtaglig bland kvinnor i grupperna icke facklärd arbete och egna företagare, 11 %.

Den skillnad som noterades mellan utlandsfödda individer och individer födda i Sverige, har i stort sett helt försvunnit för såväl män som kvinnor, mellan 2000 och 2004.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004



## Sömnbesvär

En god sömn är viktig för individens återhämtning och hälsa. Sömnproblem kan framför allt hos yngre och medelålders friska personer vara uttryck för ett stresstillstånd, som i sin tur kan förvärras ytterligare av bristande sömn och återhämtning.

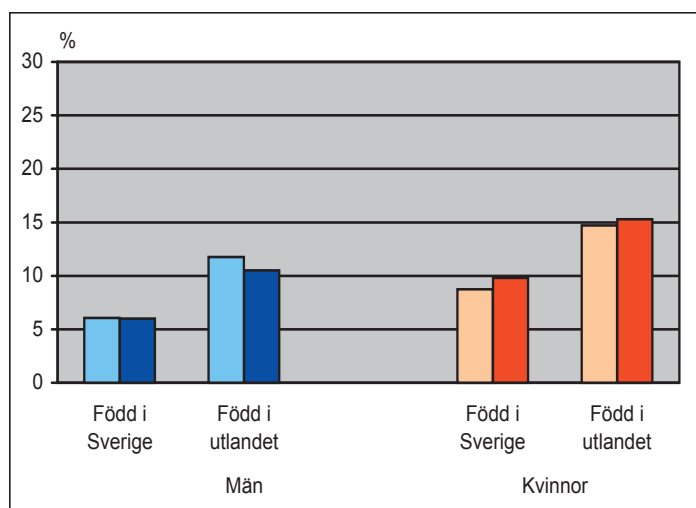
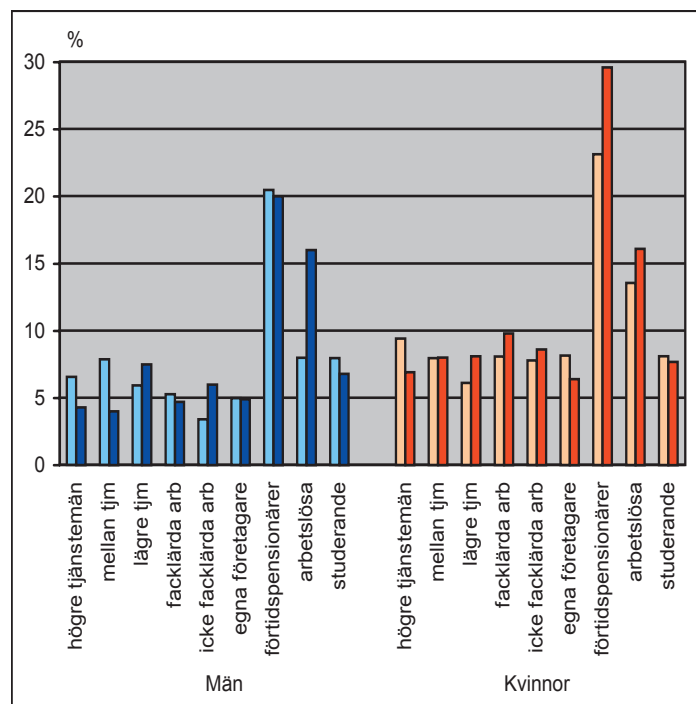
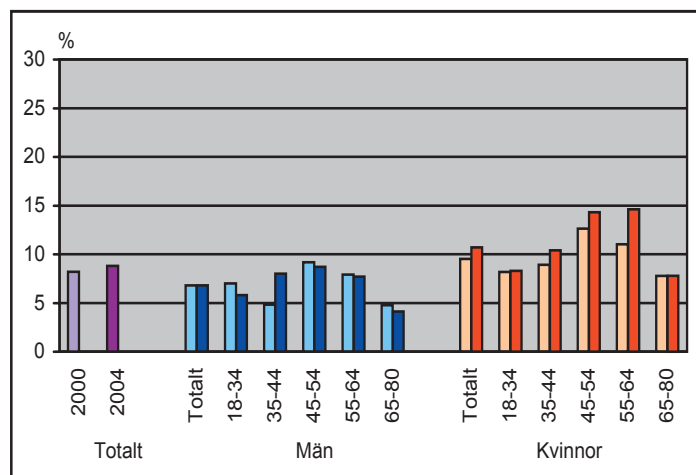
I undersökningen angav 11 % av kvinnorna och 7 % av männen att de under de senaste 14 dagarna varit mycket besvärade av sömnproblem. Detta motsvarar en liten ökning sedan år 2000 bland kvinnor.

Kvinnor i åldern 45-64 år är de som oftast anger sig ha sömnproblem. Bland männen är sömnbesvären mer jämnt fördelade mellan åldersgrupperna. Det är framförallt i åldersgrupperna 35-44 år och 55-64 år som en ökning har skett sedan år 2000.

Den socioekonomiska fördelningen visar att förtidspensionärerna av båda könen, liksom i tidigare undersökning, utmärker sig med en särskilt hög grad av sömnbesvär, 30 % av kvinnorna och 20 % av männen. Även bland de arbetslösa är det vanligt med sömnbesvär med en frekvens på 16 % bland båda könen. Bland övriga socioekonomiska grupper är sömnbesvären mer jämnt fördelade. Sedan förra undersökningen år 2000 har det skett en påtaglig ökning bland arbetslösa män och förtidspensionerade kvinnor.

Bland utlandsfödda män och kvinnor uppper 13 % sömnbesvär jämfört med 8 % bland de svenskfödda.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Stressad i vardagen

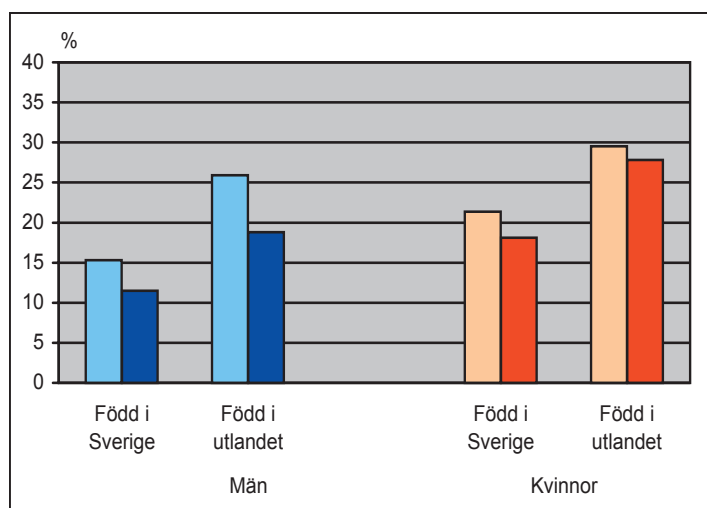
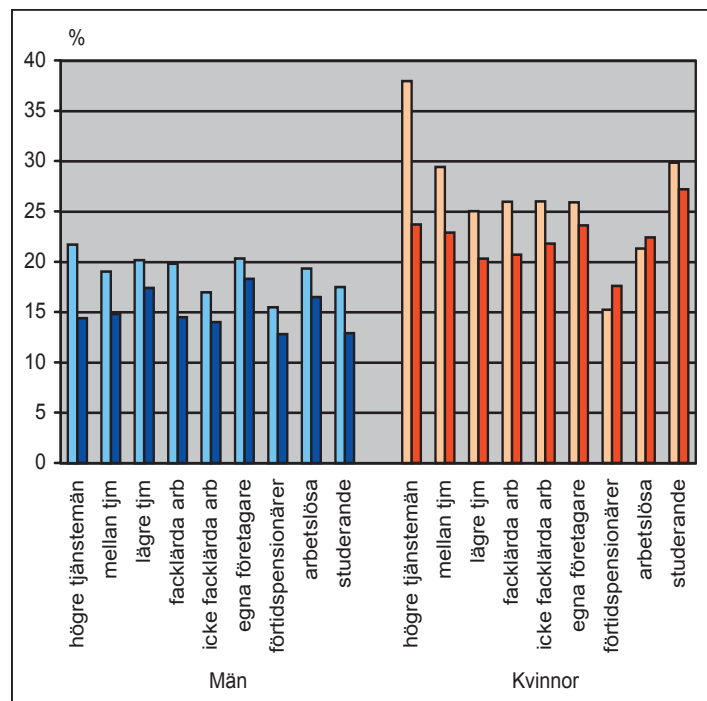
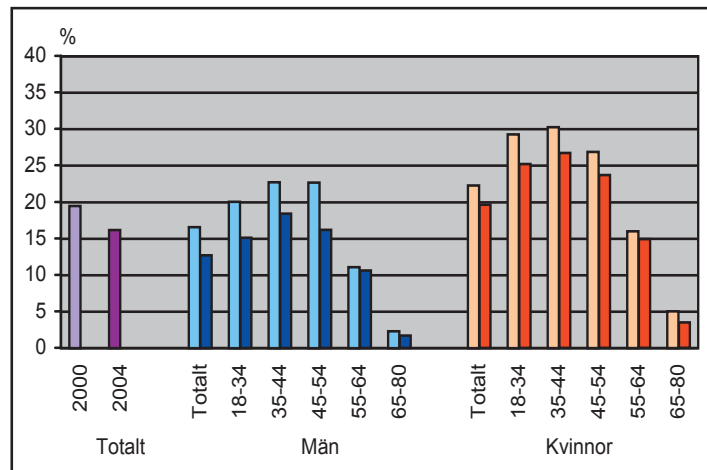
Stress har under det senaste decenniet lyfts fram som ett hot mot folkhälsan i Sverige. Stress förknippas framför allt med kroniska psykiska utmattningssyndrom och psykiska besvär, och ses som en av de dominerande orsakerna till nuvarande höga nivåer av långtidssjukskrivningar. Stress anses också bidra till uppkomsten av kroppsliga sjukdomar.

Tabellerna visar andelen individer i olika befolkningsgrupper som angett att de ofta känner sig stressade i sin vardag. Generellt kan man se en minskning jämfört med undersökningen år 2000. Totalt svarar 20 % av kvinnorna och 13 % av männen att de ofta känner sig stressade, jämfört med 22 % respektive 17 % år 2000. Det tidigare mönstret att kvinnor upplever sig mer stressade än männen kvarstår, med en hög frekvens hos kvinnor i åldrarna 18-44 år. Liksom tidigare känner sig yngre och medelålders av båda könen i högre grad att de är stressade än vad de äldre gör, med en särskilt låg nivå hos ålderspensionärerna. Den enda åldersgrupp där man inte kan se en klar minskning i andelen som är stressade i vardagen är i åldersgruppen 55-64 år bland både män och kvinnor.

Upplevelsen av stress i vardagen är förhållandevis jämn mellan olika socioekonomiska grupper. Hos kvinnorna avviker detta från tidigare undersökning där särskilt de högre tjänstemännen men även mellantjänstemännen utmärkte sig med en klart högre andel stressade, även om de fortfarande i något högre grad uppger att de är stressade än vad lägre tjänstemän och arbetare gör. Kvinnliga studerande är de som i störst utsträckning uppger sig vara stressade. Bland männen ser man störst andel stressade bland lägre tjänstemän, egenföretagare och arbetslösa.

Fler av de utlandsfödda (23 %) än de svenskfödda (15 %) uppger sig vara stressade i vardagen.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Låg vitalitet

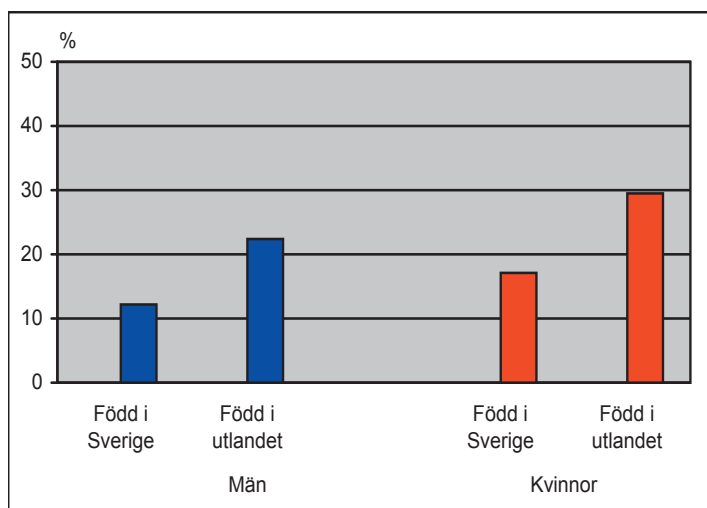
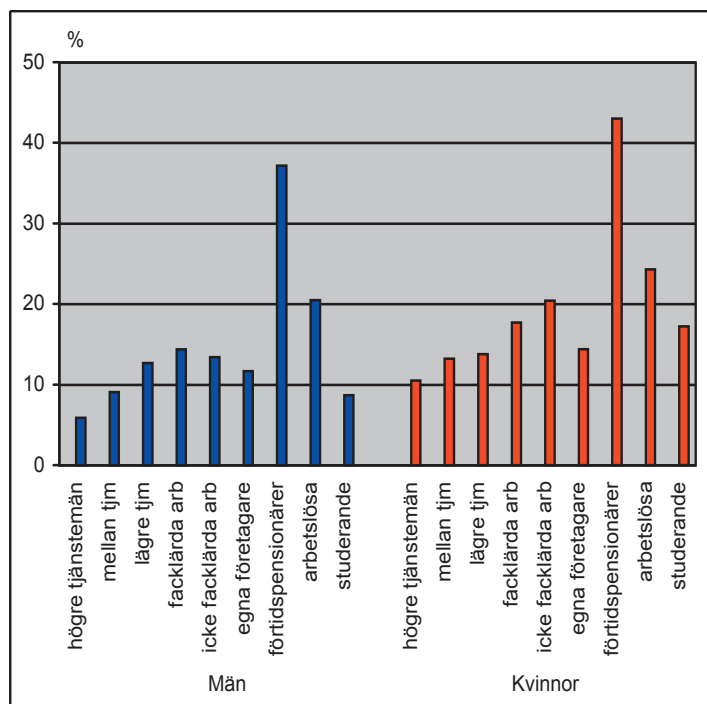
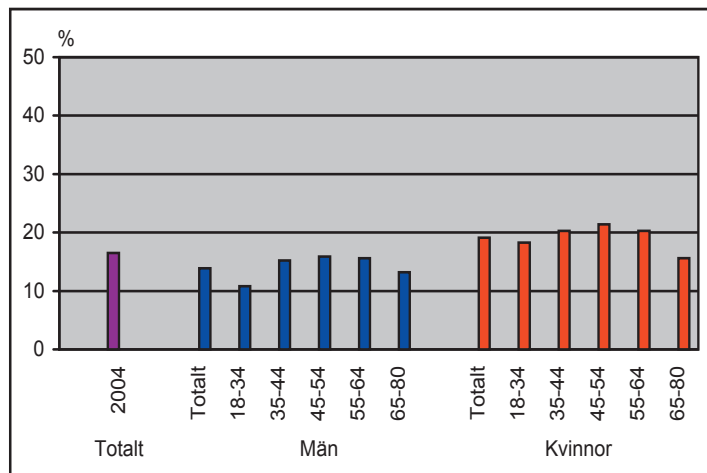
Låg vitalitet mätt med instrumentet SF-36 fångar individer som under de senaste fyra veckorna känt sig trötta eller utslitna och känt sig ha lite energi.

Andelen med låg vitalitet är högre bland kvinnor (19 %) än bland män (14 %), och har en ganska jämn fördelning mellan åldersgrupperna om än en viss övervikt för de medelålders (35-64 år).

Bland de yrkesarbetande kvinnorna uppger arbetare en högre andel med låg vitalitet än tjänstemän. Bland män ses ett liknande mönster, men där lägre tjänstemän har en relativt hög andel med låg vitalitet. De högre tjänstemännen av båda könen är de som uppvisar lägst andel med låg vitalitet. Förtidspensionärer och arbetslösa av båda könen utmärker sig med en särskilt hög andel med låg vitalitet.

Andelen med låg vitalitet är nästan dubbelt så hög bland personer födda i ett annat land än Sverige än bland svenskfödda för såväl män som kvinnor.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Använt läkemedel senaste tre månaderna

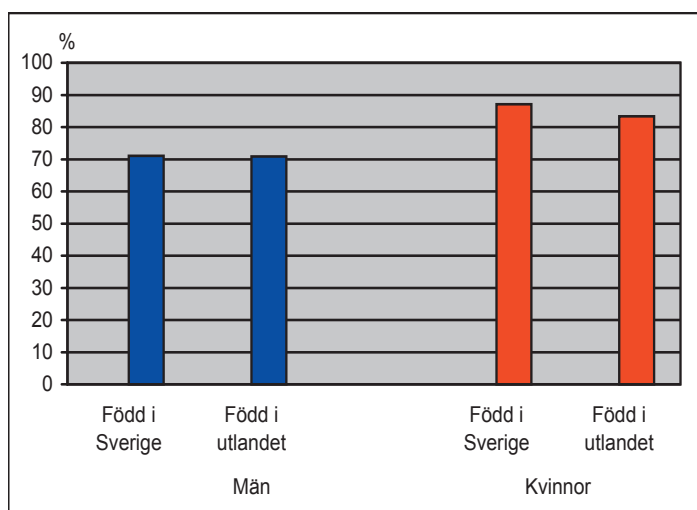
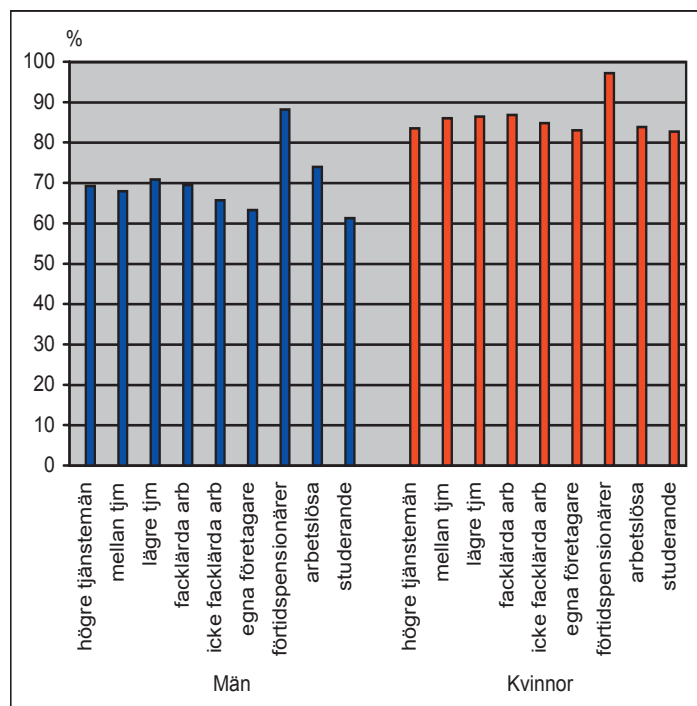
Läkemedelanvändning är ett viktigt mått när det gäller befolkningens hälsa. Den har stor såväl medicinsk som ekonomisk betydelse. Deltagarna i postenkätundersökningen fick svara på frågan om de hade använt någon form av läkemedel eller preparat under de senaste tre månaderna.

Förekomsten av användning av läkemedel eller preparat som var köpta med eller utan recept var högre bland kvinnor (87 %) än män (71 %). Både bland män och kvinnor, ökar läkemedelsanvändning med stigande ålder och kvinnor använder läkemedel i högre utsträckning än män i alla åldersgrupper.

Läkemedelsanvändningen var högst bland förtidspensionärer både för män (88 %) och kvinnor (97 %). Bland såväl kvinnor som män, var läkemedelsanvändningen tämligen jämnt fördelad i olika socioekonomiska grupper i den arbetande befolkningen, och låg på 84 % bland högre tjänstemän, 86 % bland tjänstemän på mellannivå, och 87 % bland facklärd arbetare bland kvinnor. Bland män var motsvarande siffror 69 %, 68 % respektive 70 %.

Kvinnor födda i Sverige använde läkemedel i högre utsträckning, 87 % än kvinnor födda utomlands, 83 %. En motsvarande skillnad kunde inte ses bland män.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Besvär med karies (hål i tänderna)

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med besvär med karies något högre i Skåne än andelen i hela riket (index = 104). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger över andelen i riket (index = 108), medan kvinnor ligger i nivå med andelen i riket (index = 101). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket

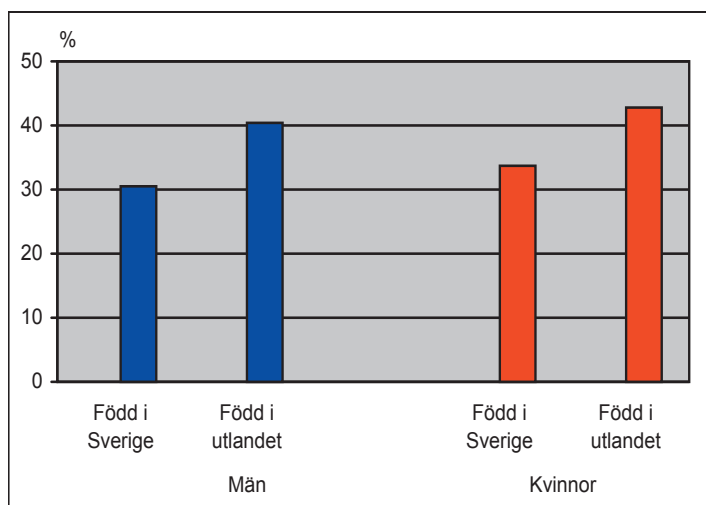
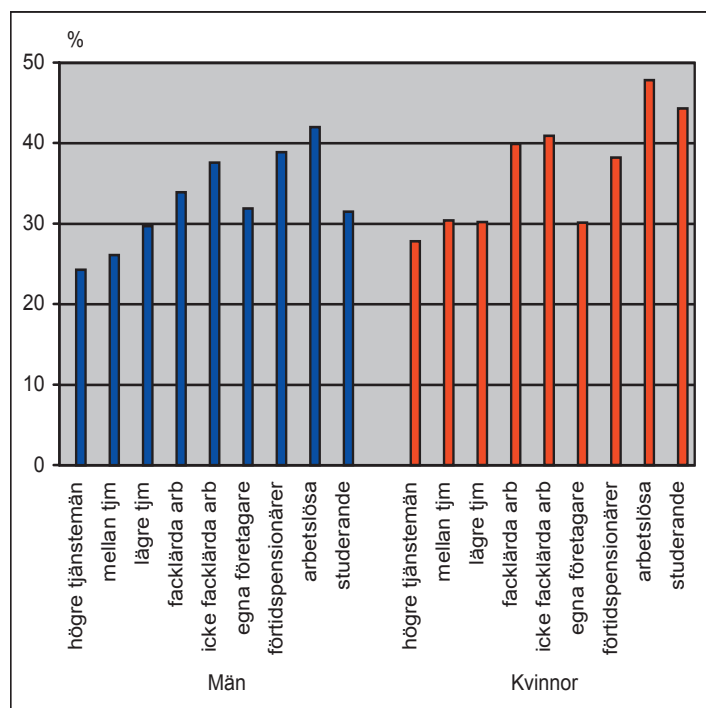
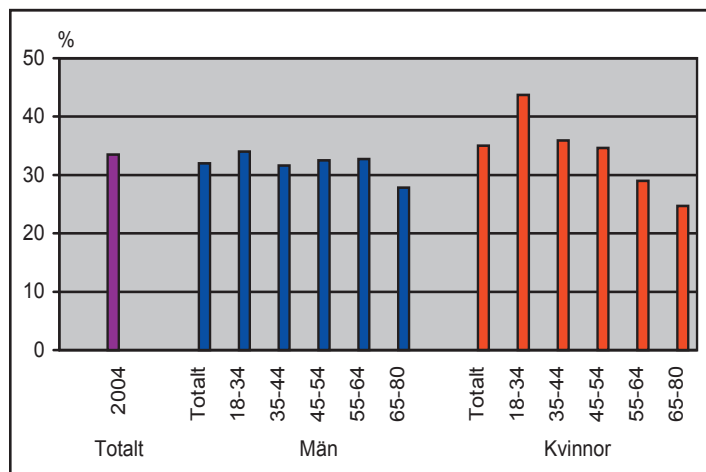
Frågan om besvär med karies (hål i tänderna) ställdes för första gången i undersökningen 2004, varför det inte går att göra några jämförelser med 2000. Andelen som uppgav denna typ av besvär i den skånska befolkningen var totalt 34 %, något högre bland kvinnor, 35 % jämfört med män, 32 %.

Betydande skillnader mellan män och kvinnor noteras vad det gäller andelen med besvär mellan åldersgrupperna i undersökningen. För männen varierade andelen ganska lite mellan åldersgrupperna, medan det fanns en tydlig tendens bland kvinnorna till en högre andel med besvär i de yngre åldersgrupperna, i den yngsta gruppen (18-34 år) var andelen bland kvinnorna 44 % och i den äldsta gruppen (65-80 år), 25 %.

Det finns även betydande skillnader mellan de socioekonomiska grupperna, där arbetslösa individer noterar den högsta andelen med besvär med hål i tänderna såväl bland män som bland kvinnor, 42 % respektive 48 %. Tjänstemän rapporterade en lägre andel än arbetare, och den lägsta andelen för båda könen noteras bland högre tjänstemän, 24 % bland männen och 28 % bland kvinnorna.

Andelen med besvär med hål i tänderna är betydligt större bland individer som är födda i utlandet jämfört med individer födda i Sverige, såväl bland männen som bland kvinnorna var skillnaden cirka 10 %.

	Index
Totalt .....	104
Män .....	108
Kvinnor .....	101



2000 2004



# Innehållsförteckning

## Deltagare och metoder 9

Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)	9
Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt "Hälsa på lika villkor"	9
Frågeformulär	9
Population och urval	10
Datainsamling	11
Sekretess och utlämnande	11
Svarsfrekvens	12
Bortfall	15
Viktberäkning och estimation	15
Fördelning efter kön, ålder, socioekonomiskt status och födelseland (grundvariablerna)	16
Redovisning av resultaten	17

## Resultat 19

### 1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa	20
Dålig psykisk hälsa (GHQ12)	21
Långvarig sjukdom	22
Sjukfrånvaro senaste året	23
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	24
Sömnbesvär	25
Stressad i vardagen	26
Låg vitalitet	27
Använt läkemedel senaste tre månaderna	28
Besvär med karies (hål i tänderna)	29

### 2. Levnadsvanor och livsstil 31

Daglig rökning	32
Slutat röka	33
Passiv rökning på arbetsplatsen	34
Använder snus	36
Någonsin rökt hasch	38
Övervikt	39
Fetma	40
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41
Riskkonsumtion av alkohol	42
Laglig privat införsel av alkohol	43
Köpt märkessprit av privatperson	44
Riskabla spelvanor	45
Äter lite frukt och grönsaker	46

### 3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 47

Ekonomisk stress	48
Arbetslös för tillfället	49
Svag social förankring i bostadsområdet	50
Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	51
Utsatt för hot om våld	52
Utsatt för våld	53
Svagt emotionellt stöd	54
Svagt praktiskt stöd	55
Lågt socialt deltagande	56
Låg tillit	57
Lågt förtroende för samhällsinstitutioner	58
Buller från vägtrafik besvärar	59

### 4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Inte fast anställd	63
Önskar byta yrke	64
Arbetar ofta övertid	65
Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	66
Höga psykologiska krav i arbetet	67
Låg kontroll i arbetet	68
Anspänd arbetssituation	69
Svagt socialt stöd i arbetet	70
Mobbning eller trakasserier i arbetet	71
Buller i arbetet	72
Ingen ersättning för friskvård	73
Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven	74
Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna	75
Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna	76

### 5. Kontakter med sjukvården 77

Otillfredsställda vårdbehov	78
Besökt akutmottagning	79
Legat på sjukhus eller sjukhem	80
Läkarbesök på grund av sjukdom	81
Lågt förtroende för sjukvården	82
Otillfredsställda tandvårdsbehov	83

## Sammanfattning 85

## Daglig rökning

Rökning beskrivs som det största enskilda förebyggbara och behandlingsbara folkhälsoproblemet i Sverige. I Sverige beräknas cirka 6400 personer dö i förtid av sin rökning per år och ca 500 dör till följd av passiv rökning. Dock fortsätter antalet rökare att minska i Sverige. Andelen män som röker dagligen i åldrarna 16-84 år har minskat från 37 % 1980 till 17 % 2003. Motsvarande minskning för kvinnor under samma period var från 28 % till 18 %. Minskningen bland män var således dubbelt så stor jämfört med kvinnor.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen dagligrökare högre i Skåne än för hela riket (index = 108). Detta gäller för såväl män (index = 103) som kvinnor (index = 109). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

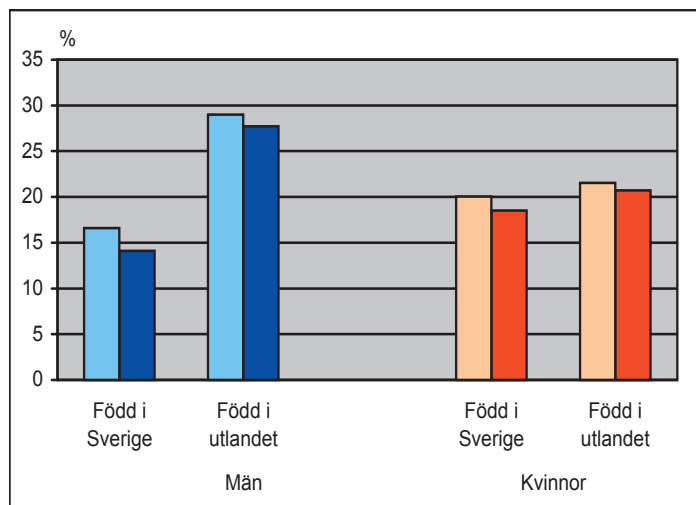
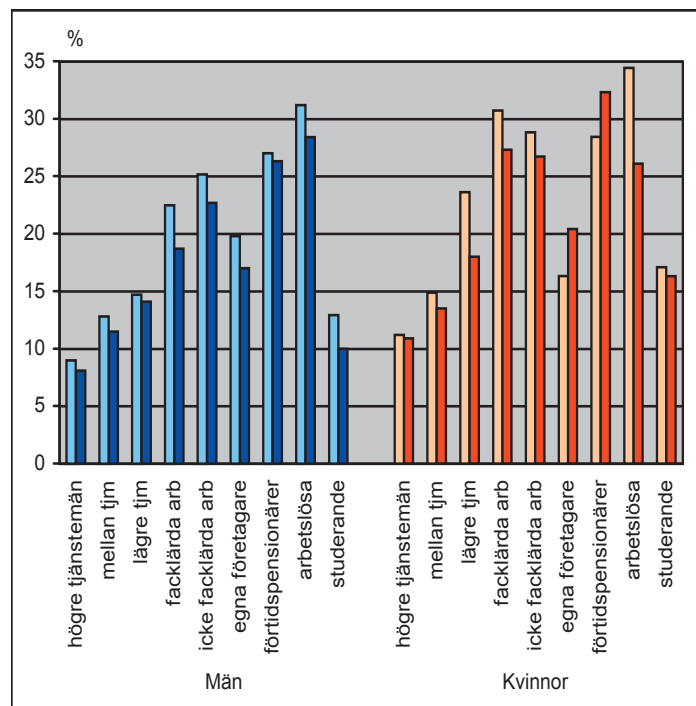
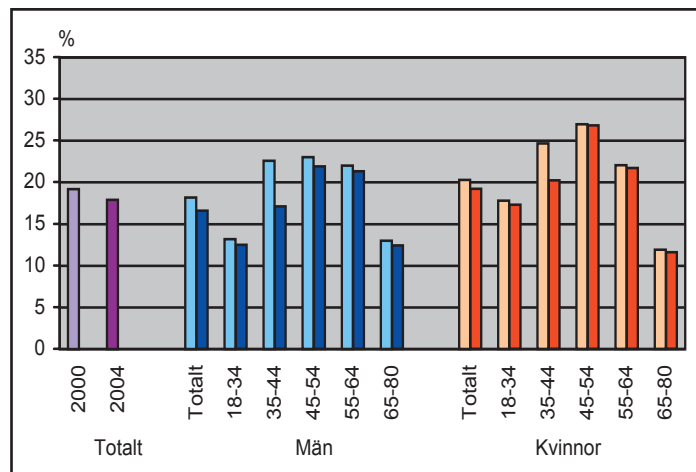
I Folkhälsoenkät Skåne 2004 uppgav totalt 18 % av Skånes befolkning i åldrarna 18-80 år att de rökte dagligen, varav 17 % bland män och 19 % bland kvinnor.

Andelen dagligrökare har minskat med en procentenhet sedan 2000. I Folkhälsoenkät Skåne 2000 uppgav totalt 19 % av Skånes befolkning i åldrarna 18-80 år att de rökte dagligen, varav 18% män och 20% kvinnor. Största andelen av dagligrökare fanns i åldersgruppen 45-54 år, varav 22 % av männen och 27% av kvinnorna var dagligrökare. Den största minskningen i andelen dagligrökare ses bland män och kvinnor i åldern 35-44 år.

De sociala skillnaderna i rökvanor fortsätter att vara stora. I Folkhälsoenkät Skåne 2004 rökte endast 8 % av de manliga och 11 % av de kvinnliga högre tjänstemännen dagligen. Motsvarande andel för kvinnliga respektive manliga icke facklärd arbetare var, 27% respektive 23%. Den högsta andelen dagligrökare ses bland arbetslösa och förtidspensionerade kvinnor och bland arbetslösa män. Medan man ser en ökning i andelen dagligrökare bland kvinnliga förtidspensionärer, ses en minskning bland manliga förtidspensionärer.

Andelen dagligrökare har minskat bland män födda i Sverige från 17 % 2000 till 14 % 2004. Motsvarande andelar bland män födda i utlandet är 29 % år 2000 och 28 % år 2004. Bland kvinnor födda i Sverige rökte 20 % 2000 och 19 % 2004. Motsvarande andel för kvinnor födda i utlandet var 22 % 2000 och 21% 2004.

	Index
Totalt .....	108
Män .....	103
Kvinnor .....	109



2000 2004



## Slutat röka

Andelen dagligrökare i Sverige fortsätter att minska pga att fler slutar röka och färre börjar röka. Andelen av Sveriges befolkning i åldrarna 16-84 år som slutat röka var 26% år 2001.

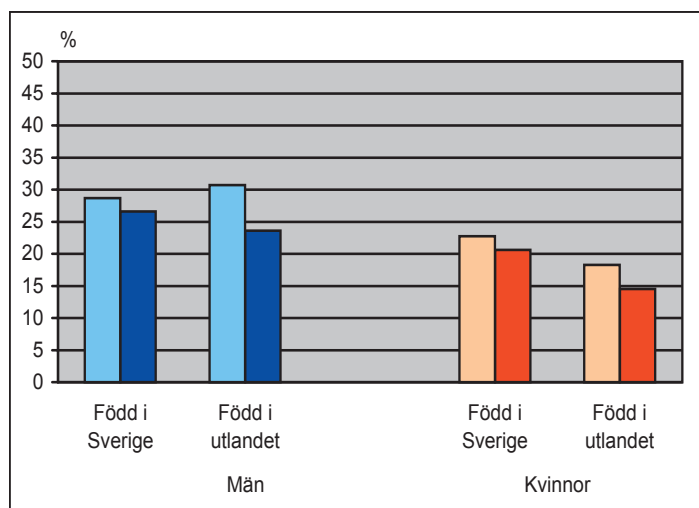
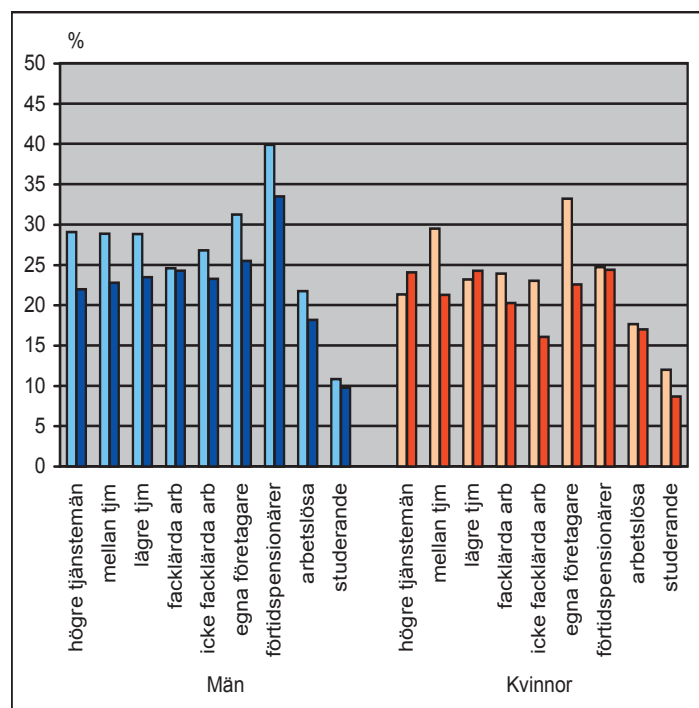
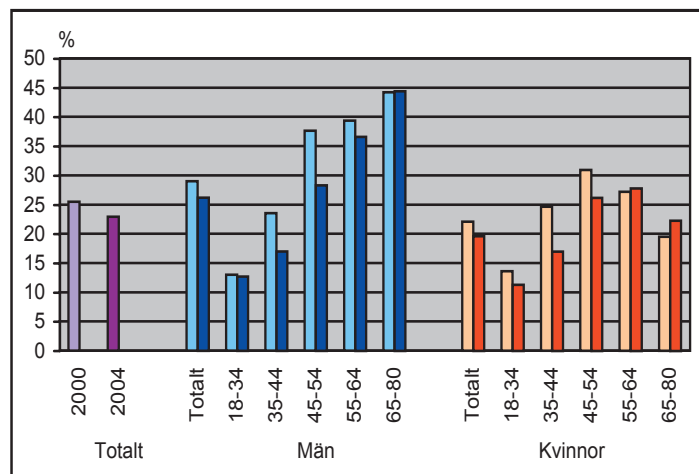
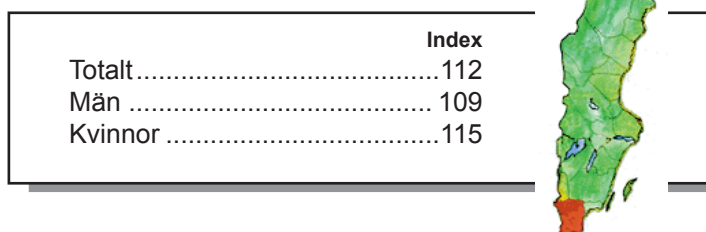
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som slutat röka högre i Skåne än för hela riket (index = 112). Detta gäller för såväl män (index = 109) som kvinnor (index = 115). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket

År 2004 hade 26 % av männen och 20 % av kvinnorna slutat att röka i Skåne. Motsvarande siffror år 2000 var 29 % respektive 22 %.

Andelen som har slutat röka var större bland äldre individer, jämfört med yngre. Detta var tydligare för män än för kvinnor. Medan 44 % av männen i åldrarna 65-80 år hade slutat röka, var motsvarande andel i samma åldersgrupp för kvinnor 22 %.

De socioekonomiska skillnaderna i andelen som har slutat röka är små i den arbetande befolkningen. Man ser ingen tydlig förändring jämfört med undersökningen år 2000. Bland män är andelen som har slutat röka högre bland förtidspensionärer (34 %) jämfört med bland andra socioekonomiska grupper. Näst högst andel som har slutat röka noteras bland manliga egenföretagare (26%). Andelen som har slutat röka bland manliga studerande var bara 10%. Bland kvinnor är andelen förtidspensionärer som slutat röka 24% och följs av egenföretagare och lägre tjänstemän med 23% respektive 24%. Kvinnliga icke facklärd arbetare och kvinnliga studenter har slutat röka i mindre utsträckning, 16% respektive 9%.

Andelen som har slutat röka bland män födda i Sverige och andra länder är ungefär samma. Kvinnor födda i Sverige har slutat röka i högre utsträckning (21%) än kvinnor födda i andra länder (15%).



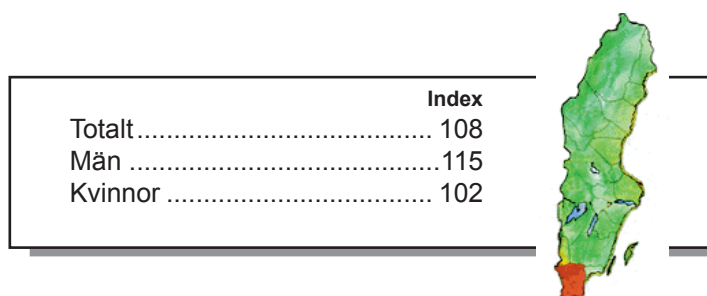
2000 2004

## Passiv rökning på arbetsplatsen

Det är välkänt att långvarig passiv rökning leder till en ökad risk för kroniska sjukdomar som t ex lungcancer och hjärt-kärlsjukdom. I Sverige beräknas c:a 500 personer dö årligen till följd av passiv rökning. Små barn som utsätts för passiv rökning löper en ökad risk att drabbas av luftvägsinfektioner, öroninflammation, astma-allergi och plötslig spädbarnsdöd. Exponeringen för passiv rökning på arbetet beräknas minska till följd av att tobakslagen skärptes ytterligare för att förbättra arbetsmiljön för restauranganställda den 1 juni 2005.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som utsätts för passiv rökning på arbetet högre än andelen i hela Sverige (index = 108). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att detta gäller framförallt för män (index = 115), medan kvinnor enbart ligger något över motsvarande andel i Sverige (index = 102). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela Sverige. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i Sverige.

I Folkhälsoenkät Skåne 2004 uppgav 33 % av männen och 18 % av kvinnorna att de utsattes för passiv rökning på arbetet. Motsvarande andel för 2000 var 20 % för män och 15 % för kvinnorna. Frågan var annorlunda ställd i undersökningen 2000, jämfört med 2004. I den förra enkäten frågas om man överhuvudtaget utsattes för passiv rök på arbetet, medan man i den nya enkäten tillfrågades om man gör detta dagligen (den mörkare delen av staplarna) eller någon/några gånger i veckan alternativt månaden (ljusare delen av stapeln). Det är därför svårt att exakt jämföra resultaten från 2004 med dem från 2000. Vi kan dock förvänta oss att den mörka delen av stapeln för 2004 bör vara något mindre än stapeln för 2000. Om dessa staplar är ganska lika i storlek, eller om den mörka stapeln för 2004 är större än hela stapeln för 2000, så har det med stor säkerhet skett en ökning. En sådan ökning kan stå dels för en "sann" ökning, dels för en högre benägenhet att rapportera att man är utsatt för passiv rökning. Vi kan i denna

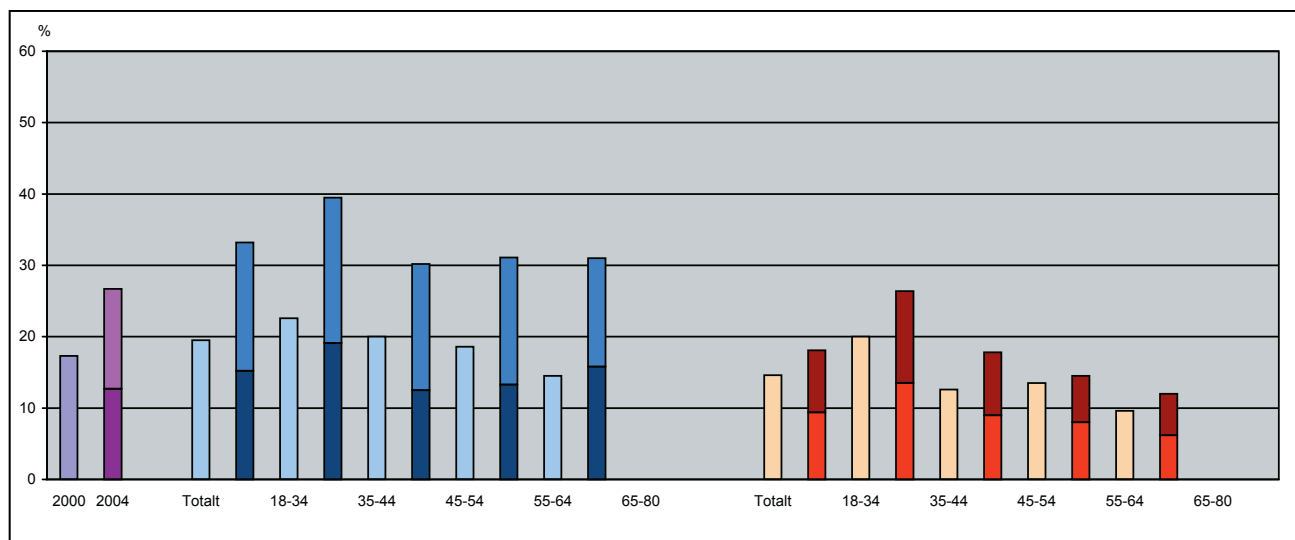


undersökning inte avgöra den relativa andelen av dessa två möjliga komponenter.

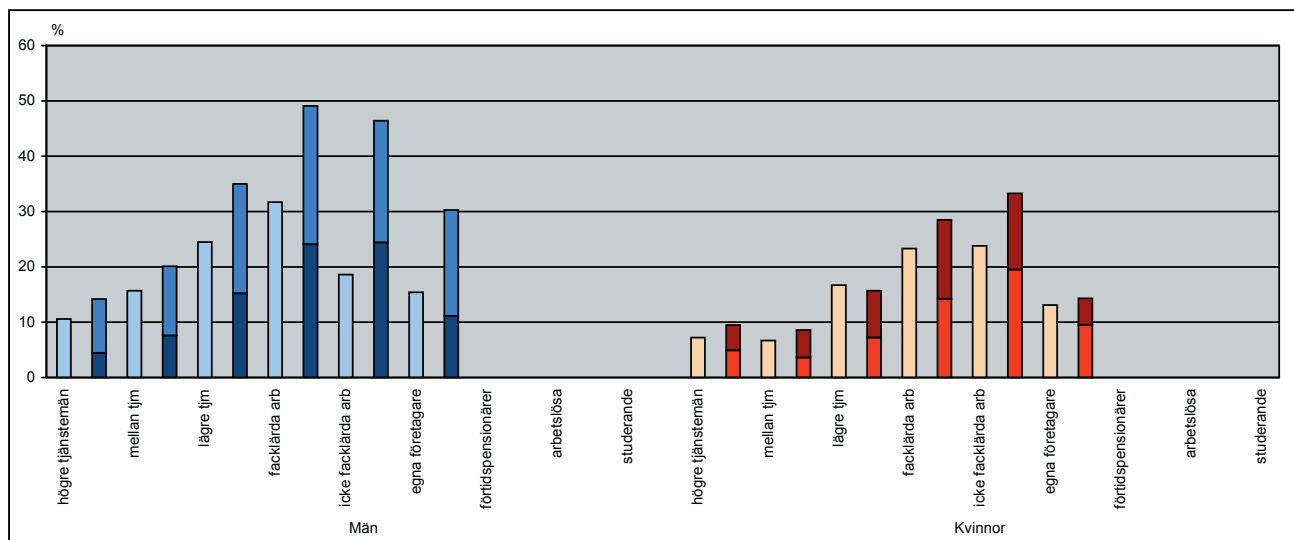
Man ser stora skillnader i exponering för passiv rökning på arbetet mellan olika åldergrupper. Yngre personer mellan 18-34 års ålder var den grupp som oftast uppgav sig vara exponerad för passiv rökning på arbetet. Andelen var 40 % för män och 25 % för kvinnor i den ovannämnda åldersgruppen. Vi kan förmoda att det skett en ökning av andelen bland kvinnor åtminstone i åldersgrupperna 35-44 år och 55-64 år.

Man ser stora socioekonomiska skillnader vad gäller att utsättas för passiv rökning på arbetet. Bland män uppgav 14 % av de högre tjänstemännen och 49 % av de facklärdade arbetarna att de utsattes för passiv rökning på arbetet år 2004. Bland kvinnor, var motsvarande andelar 9 % respektive 28 %. Vi kan förmoda att det skett en ökning av andelen mellan 2000 och 2004 bland icke facklärdade arbetare av båda könen, och en minskning bland kvinnliga tjänstemän och bland manliga tjänstemän på hög och mellannivå.

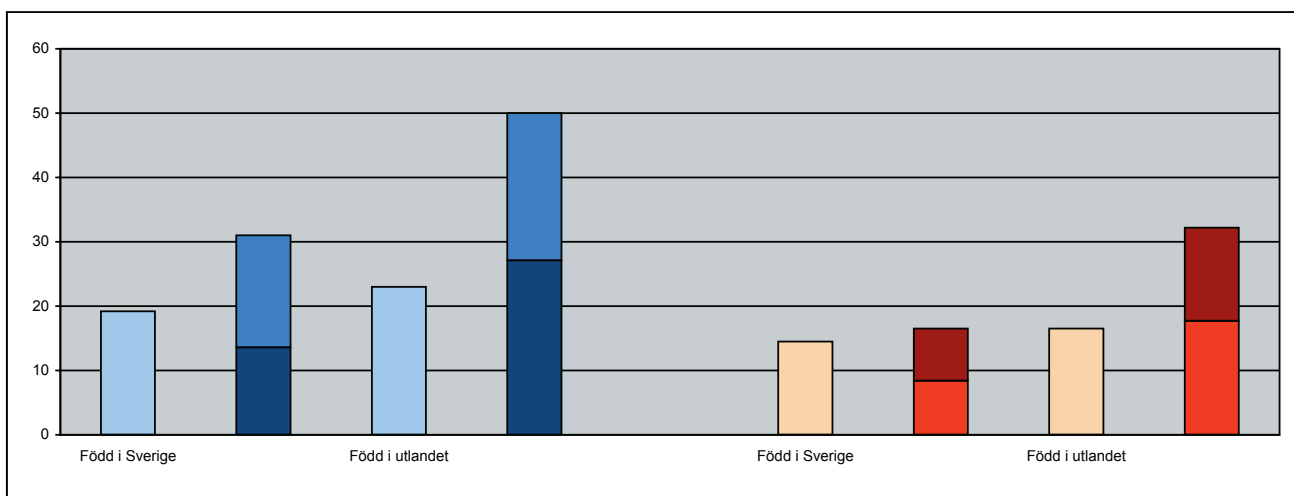
Det finns tydliga skillnader i exponeringen för passiv rökning på arbetet mellan individer födda i Sverige och individer födda i utlandet. Andelen var 31% för män födda i Sverige och 51% män födda i utlandet. Motsvarande andel bland kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda i utlandet var 16% respektive 32%. Vi kan på goda grunder förmoda det skett en påtaglig ökning av andelen bland alla utlandsfödda individer, såväl bland männen som kvinnorna.



2000 2004 Dagligen 2004 Ej dagligen 2004



2000 2004 Dagligen 2004 Ej dagligen 2004



2000 2004 Dagligen 2004 Ej dagligen 2004

## Använder snus

I slutet av 1960-talet var det äldre män som snusade mest. Sedan dess har snusandet ökat och förekommer idag mest i den yngre delen av befolkningen. Kunskapen kring snusets hälsoeffekter är ofullständig, men det är känt att snusandet leder till ett starkt nikotinberoende och även ökar risken att bli beroende av andra droger. I Sverige snusade 22 % av männen och 3 % av kvinnorna år 2004.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som snusar lägre i Skåne än för hela Sverige (index = 84). Detta gäller för såväl män (index = 90) som kvinnor (index = 76). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela Sverige. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i Sverige.

Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2004 visar att snusandet i Skåne har ökat från 21 % 2000 till 24 % år 2004 bland män. Andelen snusande kvinnor har under samma period ökat från 2 % 2000 till 5 % 2004. Dock var frågan annorlunda ställd i undersökningen år 2000, jämfört med 2004. I den förra enkäten frågades om man snusade överhuvudtaget, medan i den nya enkäten tillfrågades om man gjorde det dagligen eller någon gång då och då. Därför är det svårt att exakt jämföra resultaten från 2004 med dem från 2000.

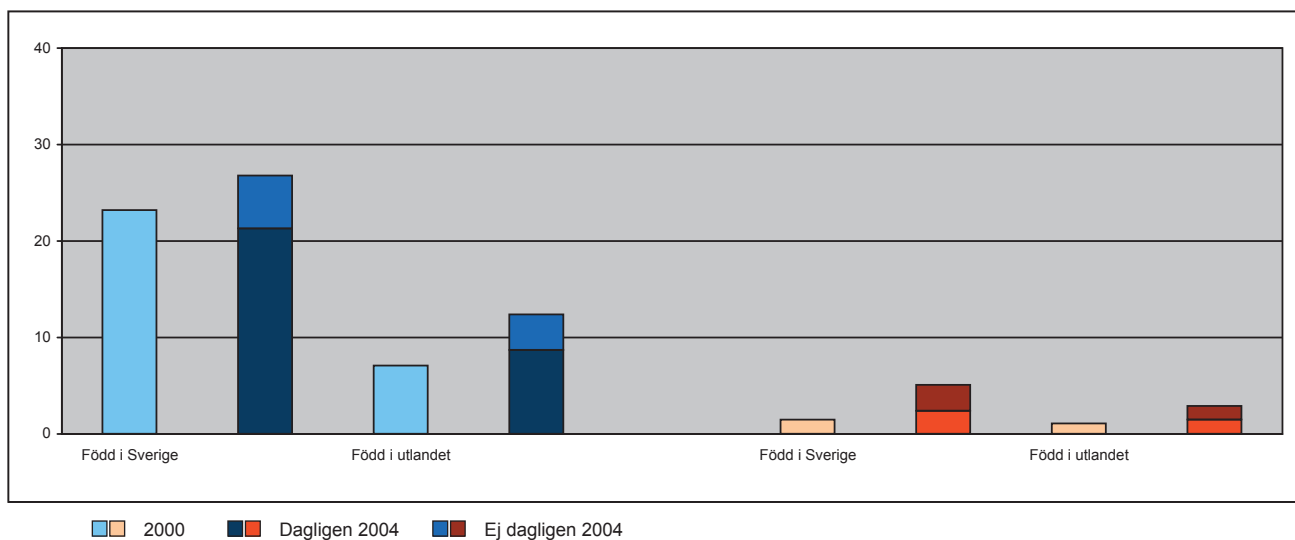
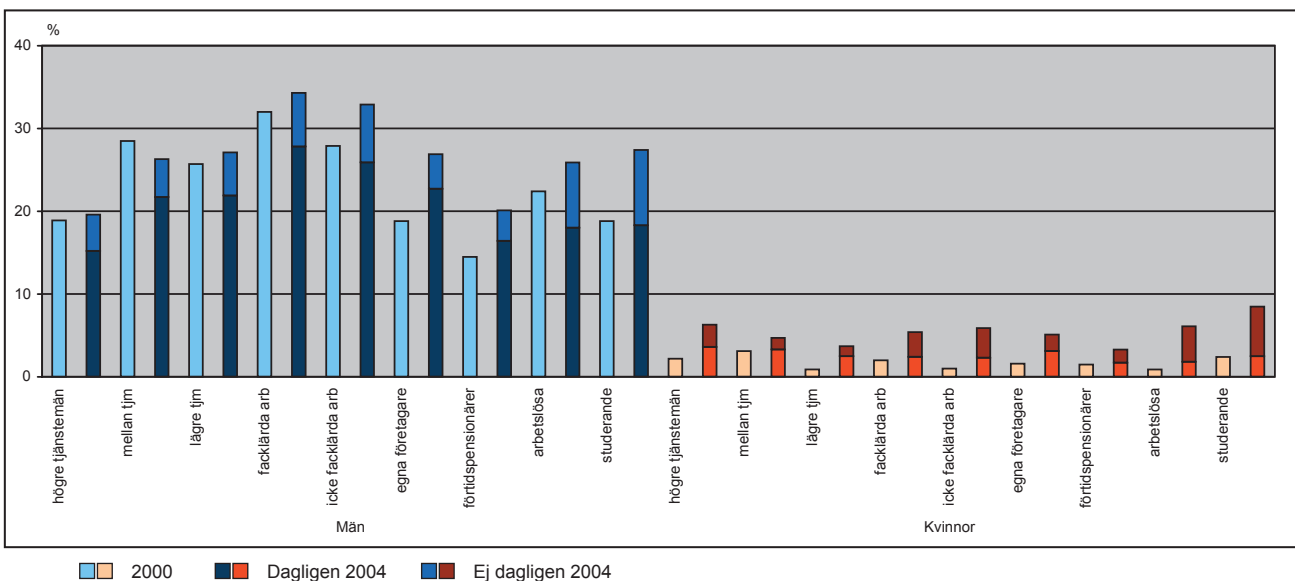
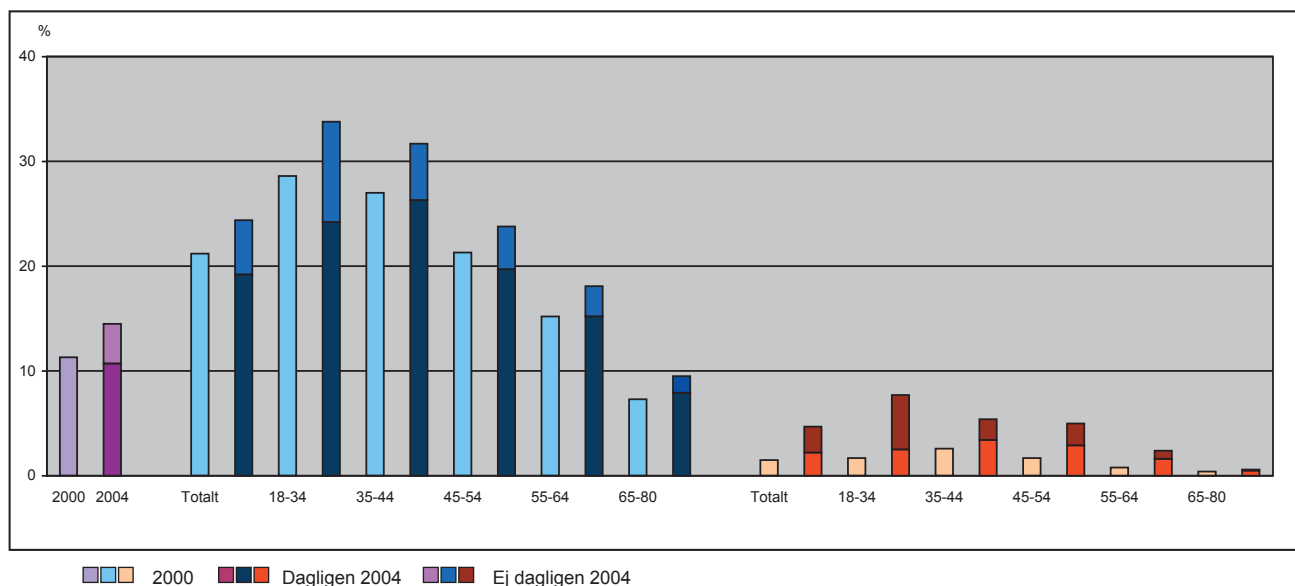
Användandet av snus är vanligast bland personer i åldrarna 18-34 år. Andelen snusande män i åldrarna 18-34 år var 34 % och motsvarande andel för kvinnor var 8 % år 2004. Förekomsten av snusning bland äldre kvinnor i åldrarna 65-80 var enbart 1%, motsvarande andel för män i samma ålder var 10%.

Man ser tydliga socioekonomiska skillnader vad gäller snusvanor bland män. Andelen snusare bland manliga högre tjänstemän är 20 % och motsvarande andel för manliga facklärd arbetare är 33 %. Andelen kvinnliga högre tjänstemän som snusar är 6 % och motsvarande andel för kvinnliga facklärd arbetare är 5%. Bland kvinnor ses snusandet mest bland kvinnliga studenter där andelen är 9 %. Andelen arbetslösa som snusar är 26 % bland män och 6 % bland kvinnor.

Andelen som snusar bland män födda i Sverige är 27 % och motsvarande andel för män födda i utlandet är 12 %. Andelen snusande kvinnor födda i Sverige är 5 %, medan motsvarande andel för kvinnor födda i utlandet är 3%. Liknande skillnader sågs i undersökningen år 2000.

	Index
Totalt .....	84
Män .....	90
Kvinnor .....	76





## Någonsin rökt hasch

I Sverige är haschrökning det vanligaste sättet att konsumera cannabis. Cannabis kan akut ge upphov till förvirringstillstånd och psykos. Långvarigt cannabisbruk kan också ge demens och personlighetsförändring med passivitet, minskat intresse för omvärlden, motorisk slapphet, och nedsatt sexualitet. Cannabis anses dessutom vara en inkörsport till missbruk av annan narkotika.

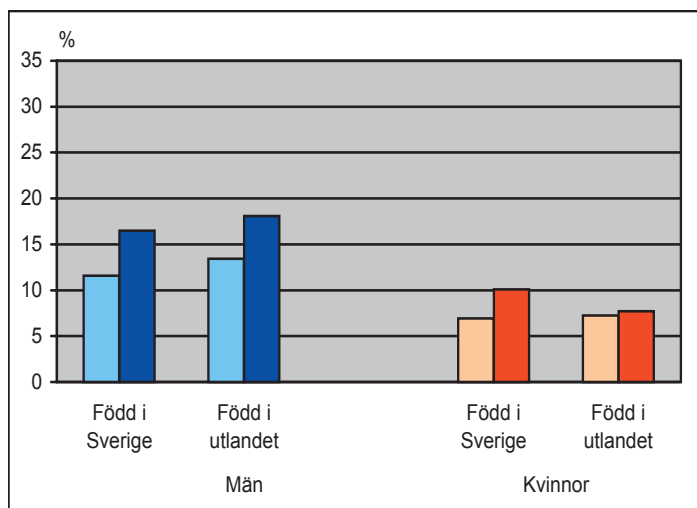
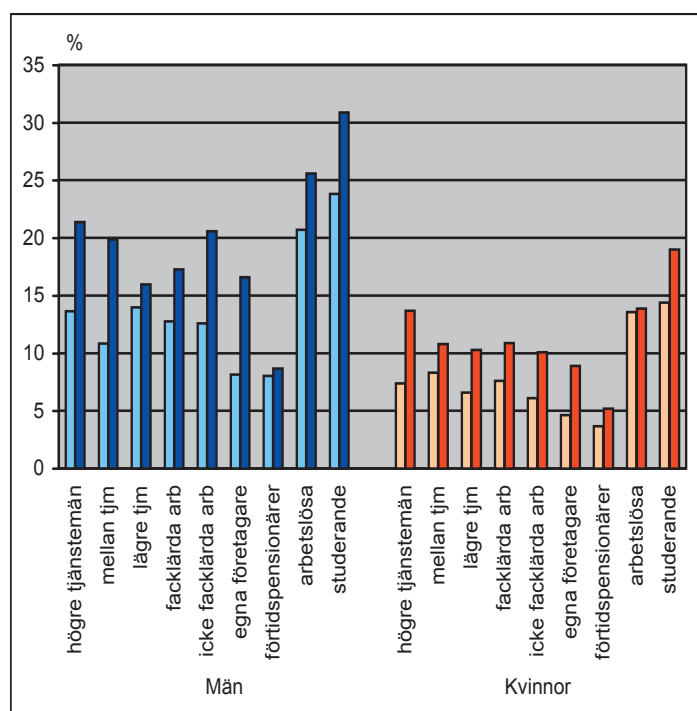
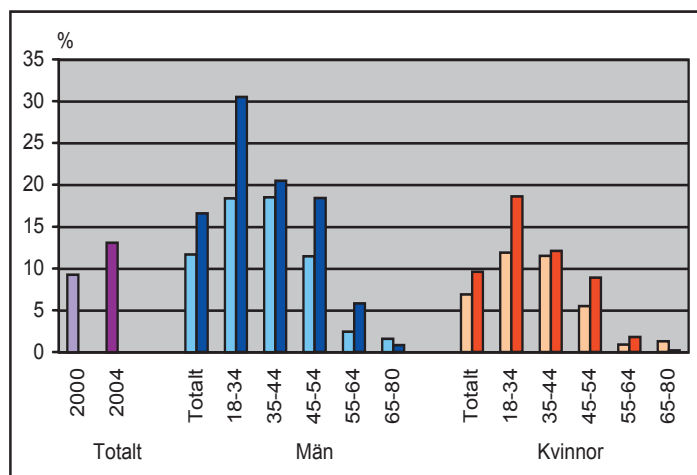
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som någonsin provat hasch eller marijuana högre i Skåne än för hela riket (index = 106). Detta gäller för såväl män (index = 109) som kvinnor (index = 104). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket

Andelen personer som någonsin har rökt hasch har ökat från 12% av alla män och 7% av alla kvinnor i folkhälsoundersökningen 2000 till 17% av alla män och 10% av alla kvinnor 2004. Ökningen är koncentrerad till de yngre åldersgrupperna. I undersökningen 2004 har 31% av männen och 19% av kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år vid åtminstone något tillfälle rökt hasch. Andelen minskar med stigande ålder och i åldersgruppen 65-80 år kan andelen räknas i promillen.

Det finns inga tydliga socioekonomiska skillnader i att någonsin ha rökt hasch. Bland männen är andelen 21% bland såväl högre tjänstemän som icke facklärd arbetare. Andelen är dock något högre bland arbetslösa män, 26%, och manliga studerande, 31%, vilket när det gäller de studerande torde bero på att de huvudsakligen tillhör åldersgruppen 18-34 år. Bland kvinnorna är andelen 14% bland högre tjänstemän, 10% bland icke facklärd arbetare, 14% bland de arbetslösa och 19% bland de studerande. Även bland kvinnorna kan den högre andelen bland de studerande förklaras av åldern.

Skillnaderna mellan personer födda i Sverige och personer födda i utlandet är små. Bland männen är andelen 18% bland de utrikes födda och 16% i gruppen födda i Sverige, medan motsvarande andelar bland kvinnorna är 8% respektive 10%.

	Index
Totalt .....	106
Män .....	109
Kvinnor .....	104



2000 2004

## Övervikt

Övervikt definieras ofta som BMI 25-29,9. I tabellerna på denna sida räknar vi in såväl övervikt (BMI 25,0-29,9) som fetma (BMI 30 eller mer) i redovisningen. Övervikt är en riskfaktor för fetma, högt blodtryck, diabetes (typ 2) och hjärtkärlsjukdomar.

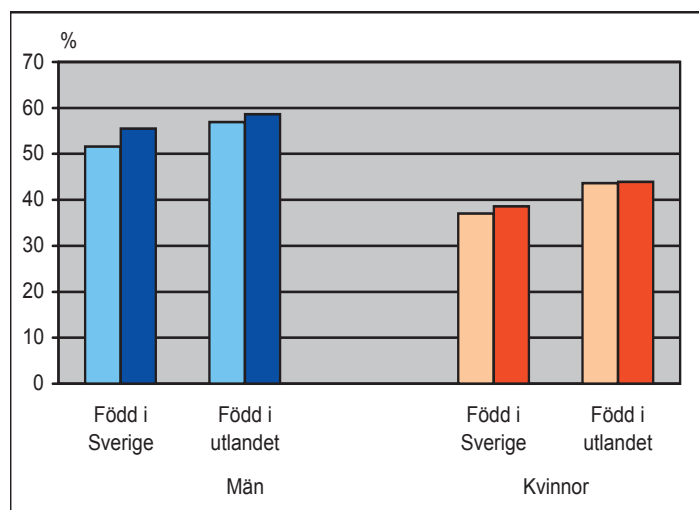
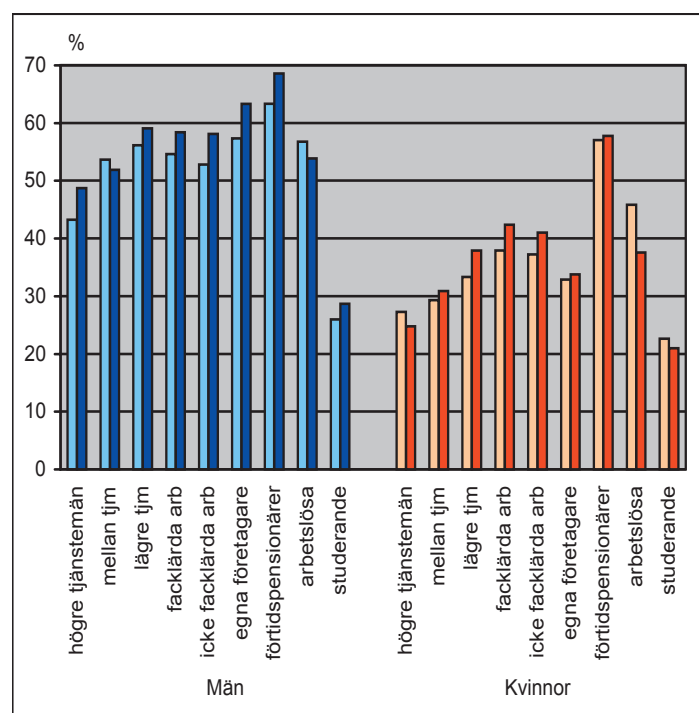
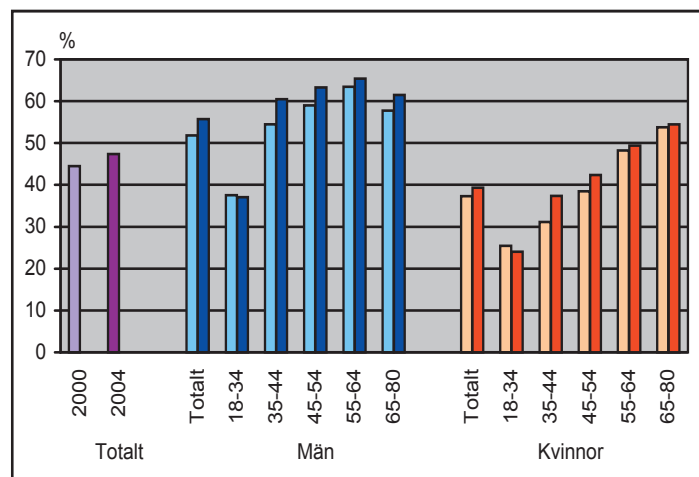
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen överviktiga i nivå med andelen i hela riket (index = 100). Detta gäller för såväl män (index = 103) som kvinnor (index = 97). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Andelen med övervikt eller fetma har ökat något bland män från 52 % till 56 % sedan undersökningen 2000. Andelen med övervikt eller fetma bland kvinnor har ökat marginellt från 37% till 39%. Bland både män och kvinnor ökar andelen med övervikt eller fetma kraftigt med stigande ålder. I åldersgruppen 18-34 år är 37% av männen överviktiga eller feta, medan motsvarande andelar är över 60% i samtliga övriga åldersgrupper. Bland kvinnorna är andelen överviktiga eller feta 24% i åldersgruppen 18-34 år och 54% i åldersgruppen 65-80 år.

Att ha övervikt eller fetma har ett klart samband med socioekonomisk status. Bland männen har 49 % av de högre tjänstemännen, 58 % av de icke facklärdas arbetarna och 69 % av förtidspensionärerna övervikt eller fetma. Bland kvinnorna har 25 % av de högre tjänstemännen, 41% av de icke facklärdas arbetarna och 58 % av förtidspensionärerna övervikt eller fetma.

Sambandet mellan födelseort och övervikt eller fetma är svagt. Andelen med övervikt eller fetma är 56 % bland män födda i Sverige och 59 % bland män födda i andra länder än Sverige. Andelen med övervikt eller fetma är 39 % bland kvinnor födda i Sverige och 44% bland utrikes födda kvinnor.

	Index
Totalt .....	100
Män .....	103
Kvinnor .....	97



2000 2004

## Fetma

Fetma definieras som BMI på 30 eller högre. BMI (Body Mass Index) beräknas som vikt i kg dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat. Fetma är en riskfaktor för högt blodtryck, diabetes (typ 2) och hjärtkärlsjukdomar. I Sverige liksom i många andra västländer ökar andelen med fetma i befolkningen.

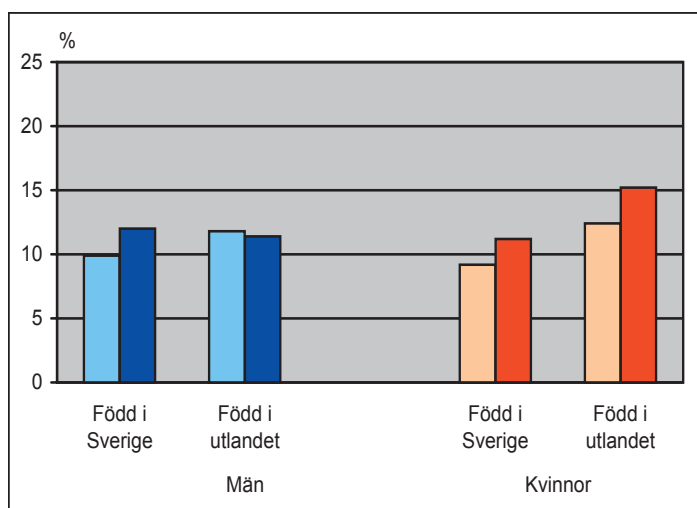
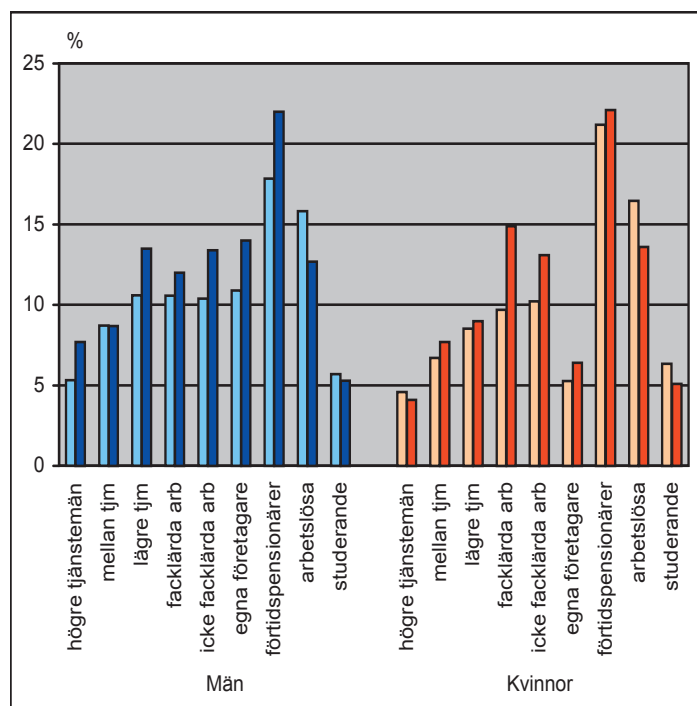
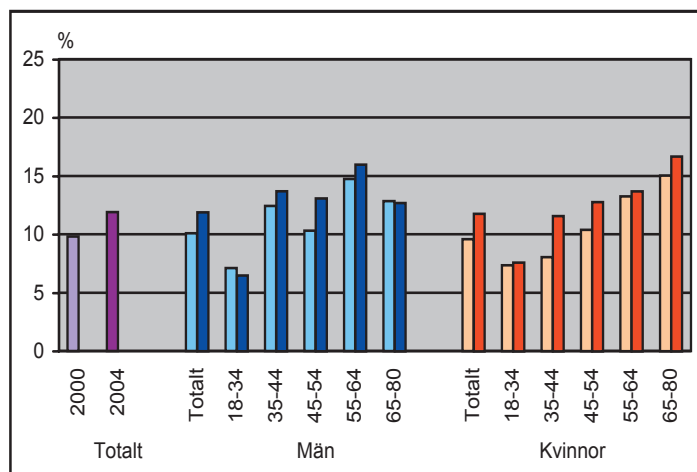
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med fetma högre i Skåne än för hela riket (index = 110). Detta gäller för såväl män (index = 107) som kvinnor (index = 111). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

I Skåne har andelen med fetma ökat från 10% till 12% bland både män och kvinnor sedan 2000 och mest i åldersgruppen 35-44 år och 45-54 år, bland såväl män som kvinnor. Andelen med fetma är högst i äldre åldrar. Bland män är andelen 16% i åldersgruppen 55-64 år jämfört med 6% i åldersgruppen 18-34 år. Bland kvinnor är andelen med fetma 8% i åldersgruppen 18-34 år och 17% i åldersgruppen 65-80 år.

Det finns stora socioekonomiska skillnader i förekomsten av fetma. Bland män är andelen 8% bland de högre tjänstemännen, 13% bland de icke facklärdade arbetarna, 13% bland de arbetslösa och 22% bland förtidspensionärerna. Bland kvinnorna är andelen med fetma 4% bland de högre tjänstemännen, 13% bland de icke facklärdade arbetarna, 14% bland de arbetslösa och 22% bland förtidspensionärerna. Andelen har ökat mest bland förtidspensionerade män och facklärdade kvinnliga arbetare och minskat bland arbetslösa av båda könen.

Andelen med fetma är 12% bland män födda i Sverige och 11% bland män födda i andra länder än Sverige. Andelen med fetma är 11% bland kvinnor födda i Sverige och 15% bland kvinnor födda i andra länder än Sverige.

	Index
Totalt .....	110
Män .....	107
Kvinnor .....	111



2000 2004



## Låg fysisk aktivitet på fritiden

Regelbunden fysisk aktivitet bromsar upp eller förhindrar utvecklingen av högt blodtryck, övervikt, diabetes (typ 2) och hjärtkärlsjukdomar. Frågan om fysisk aktivitet i undersökningen 2004 innehåller fyra alternativ som motsvarar olika aktivitetsnivåer från helt stillasittande till idrottsutövning på eller nära elitnivå. Det är förekomsten av det sämsta alternativet (stillasittande fritid) som redovisas här.

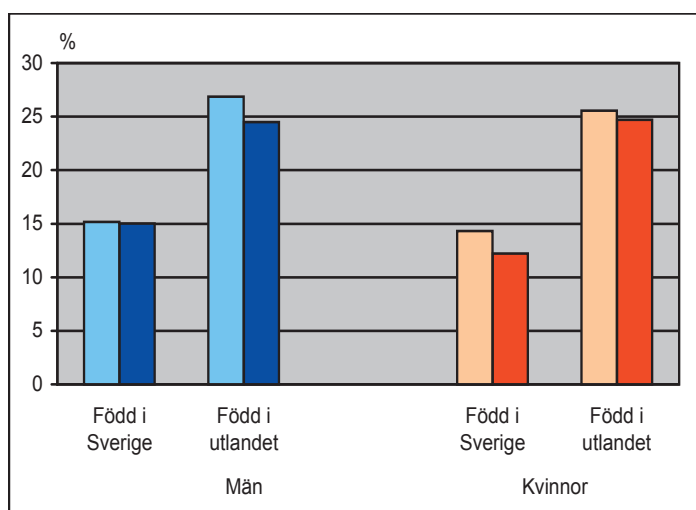
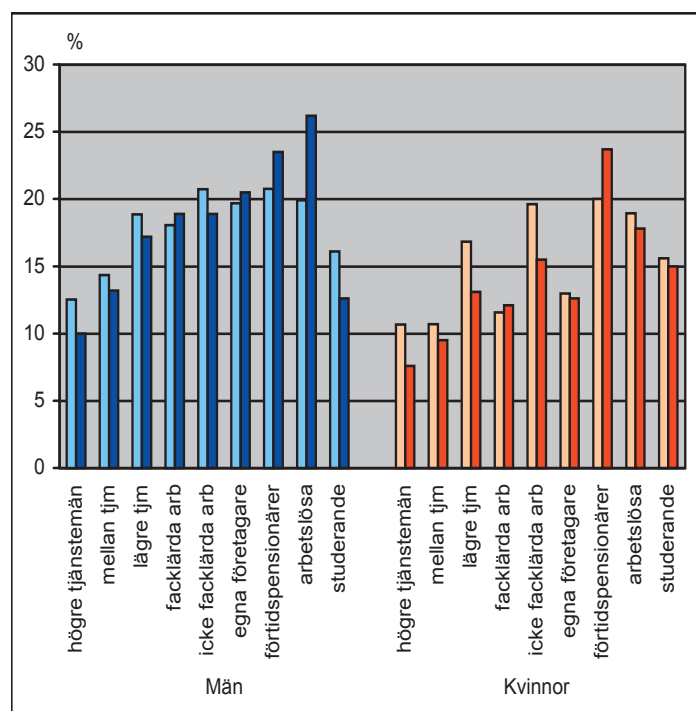
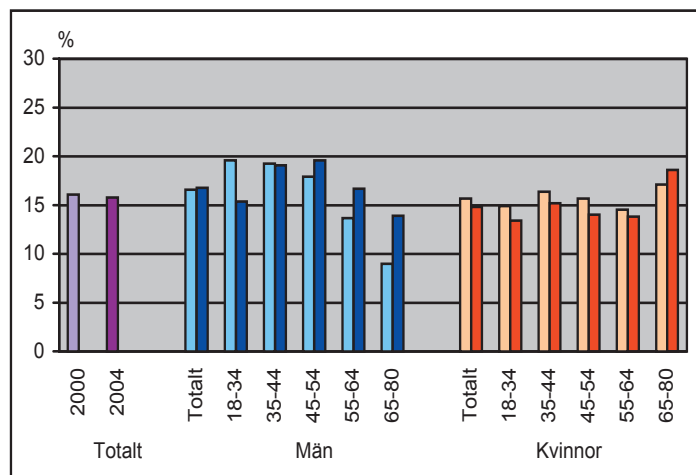
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden lägre i Skåne än för hela riket (index = 92). Detta gäller framförallt män (index = 84). Däremot ligger kvinnor i nivå med motsvarande andel i hela riket (index = 98). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

I folkhälsoenkätundersökningen 2000 var andelen med en helt stillasittande fritid 17 % av alla män och 16 % av alla kvinnor. I undersökningen 2004 ser man ingen påtaglig skillnad i andelen där 17% av alla män och 15% av alla kvinnor har en helt stillasittande fritid. Bland männen är andelen med en helt stillasittande fritid lägst i de yngsta och äldsta åldersgrupperna, 15% respektive 14%, medan andelen är högst i åldersgruppen 45-54 år (20%). Bland kvinnorna är andelen lägst i åldersgruppen 18-34 år, 13%, och högst i åldersgruppen 65-80 år, 19%. Man ser en minskning i andelen bland de yngsta männen och en ökning bland ålderspensionärer sedan år 2000.

De socioekonomiska skillnaderna är betydande. Bland männen är andelen 10% bland de högre tjänstemännen och 19% bland de icke facklärd arbetarna. Andelen stillasittande är ännu högre bland de arbetslösa (26%) och förtidspensionärerna (24%). Bland kvinnorna är andelen 8% för högre tjänstemän och 16% för icke facklärd arbetare. Bland kvinnliga arbetslösa och förtidspensionärer ses också en relativt hög förekomst av låg fysisk aktivitet på fritiden, 18% respektive 24%. Andelen har ökat bland förtidspensionärer av båda könen, samt bland manliga arbetslösa.

Bland männen har 15% av de som är födda i Sverige men hela 25% av de utrikes födda en stillasittande fritid. Bland kvinnorna är andelen 12% för de som är födda i Sverige och 25% för de utrikes födda.

	Index
Totalt .....	92
Män .....	84
Kvinnor .....	98



2000 2004

## Risikkonsumtion av alkohol

Dagens anpassning till EU i form av ändrade införselregler samt sänkta priser kommer att påverka såväl dryckesmönster som mängd konsumerad alkohol i Sverige. Detta gäller speciellt Skåne med dess närhet till Danmark och övriga kontinenten. I Folkhälsoenkät Skåne 2004 beräknades risikkonsumtion av alkohol genom ett index baserat på 3 frågor: hur ofta man dricker, hur mycket man dricker vid ett vanligt tillfälle samt hur ofta en större mängd dricks vid ett och samma tillfälle. Indexet kunde anta värden mellan 0 och 12. Män ansågs vara riskkonsumenter vid 8-12 poäng och kvinnor vid 6-12 poäng. Dessutom räknades även de som varit berusade 2-3 ggr per månad eller oftare till gruppen riskkonsumenter.

Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2004 visar att 16 % av männen och 9 % av kvinnorna är riskkonsumenter enligt ovan nämnda definition. Vid Folkhälsoundersökningen 2000 ställdes även frågor vad gäller alkoholkonsumtion varpå andelen riskkonsumenter kunde beräknas. Frågorna skiljer sig något 2004 jämfört med 2000. Den nya metoden antas ge en lägre andel riskkonsumenter jämfört med den gamla. Därför kan måttliga minskningar av andelen riskkonsumenter i vissa grupper bero på en skillnad mellan metoderna, medan en ökning mellan 2000 och 2004 däremot sannolikt är större än vad våra siffror visar. Vid föregående undersökning var andelen riskkonsumenter 19 % bland män och 5 % bland kvinnor. Medan man bland män inte säkert kan säga att den något lägre andelen år 2004 innebär en minskning av andelen riskkonsumenter, kan den nära fördubbling i andelen som ses bland kvinnor däremot antas stå för en betydande ökning.

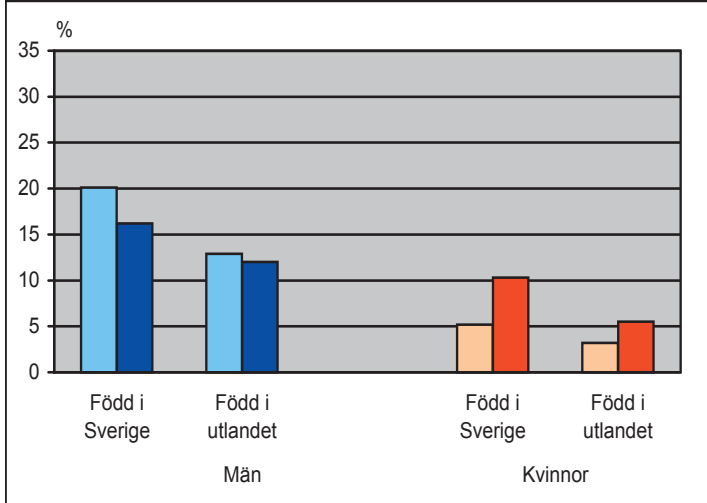
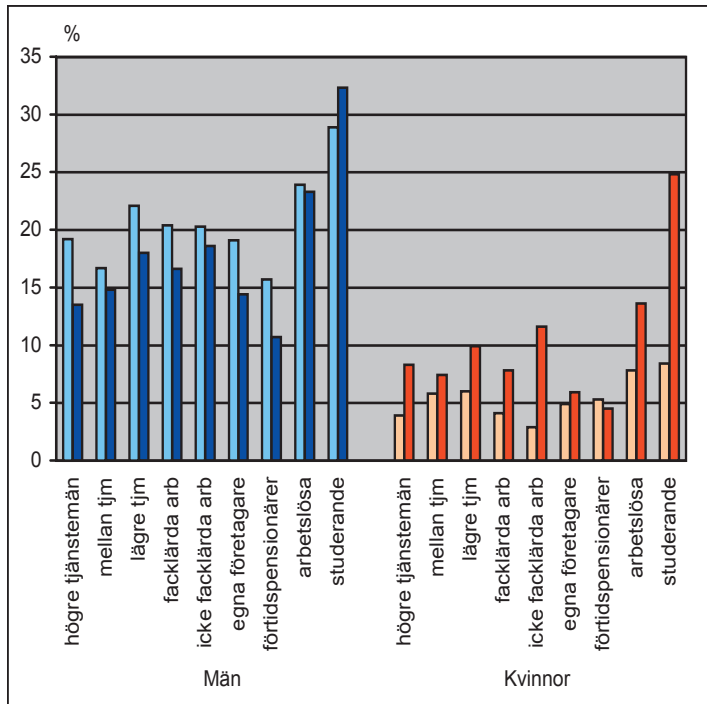
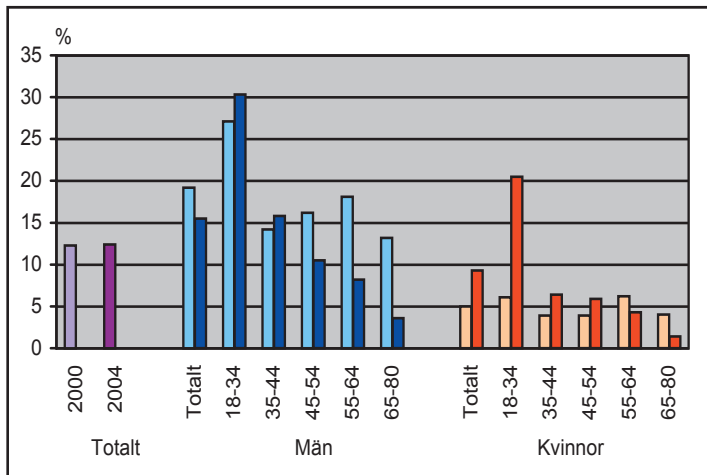
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen riskkonsumenter lägre i Skåne än för hela Sverige (index = 88). När man studerar män och kvinnor separat finner man dock att detta enbart gäller män (index = 79), medan kvinnor i Skåne ligger något högre än motsvarande nivå i Sverige (index = 104). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela Sverige. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i Sverige.

Bland såväl män som kvinnor ser man ett tydligt åldersrelaterat mönster så att andelen riskkonsumenter sjunker med stigande ålder. Den högsta andelen ses således i åldersgruppen 18-34 år bland såväl män som kvinnor, 30 % respektive 21 %. Det är också i denna grupp man finner den största ökningen sedan år 2000.

Man återfinner de högsta andelarna riskkonsumenter bland grupperna arbetslösa samt studerande bland män, 23 % respektive 32 %, och kvinnor, 14 % respektive 25 %. Detta mönster fanns även vid undersökningen år 2000. I den arbetande befolkningen är andelen högst bland icke facklärd arbetare, 19 % bland män och 12 % bland kvinnor. Den lägsta andelen riskkonsumenter ses i gruppen förtidspensionärer bland både män och kvinnor.

Andelen riskkonsumenter är dubbelt så hög bland kvinnor födda i Sverige jämfört med kvinnor födda utomlands, 10 % respektive 5 %. Bland män ses en liknande skillnad, dock inte lika uttalad.

	Index
Totalt .....	88
Män .....	79
Kvinnor .....	104



Legend: 2000 (light blue), 2004 (dark blue)

## Laglig privat införsel av alkohol

Under perioden 2000 till 2004 har den lagliga privatinförseln av alkohol ökat dramatiskt, i synnerhet i Skåne. Sedan 1 januari 2004 är de tillåtna införselkvoterna av alkohol för privat bruk 10 liter sprit, 20 liter starkvin, 90 liter vin och 110 liter starköl per resa. Skånes närhet till såväl Danmark som Tyskland har gjort att just denna landsända har varit den där förekomsten av privat införsel av alkohol har varit som störst, och idag kan vi konstatera att merparten av den alkohol skåningen dricker kommer från utlandet. Detta har givetvis fått ett genomslag på resultatet i Folkhälsoenkät Skåne 2004, som på alla punkter, vad det gäller privatinförsel av alkohol, skiljer sig markant från de i Folkhälsoenkät Skåne 2000.

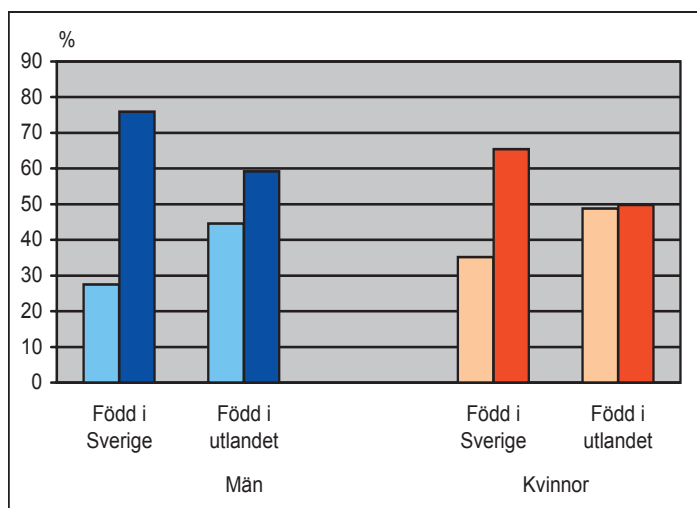
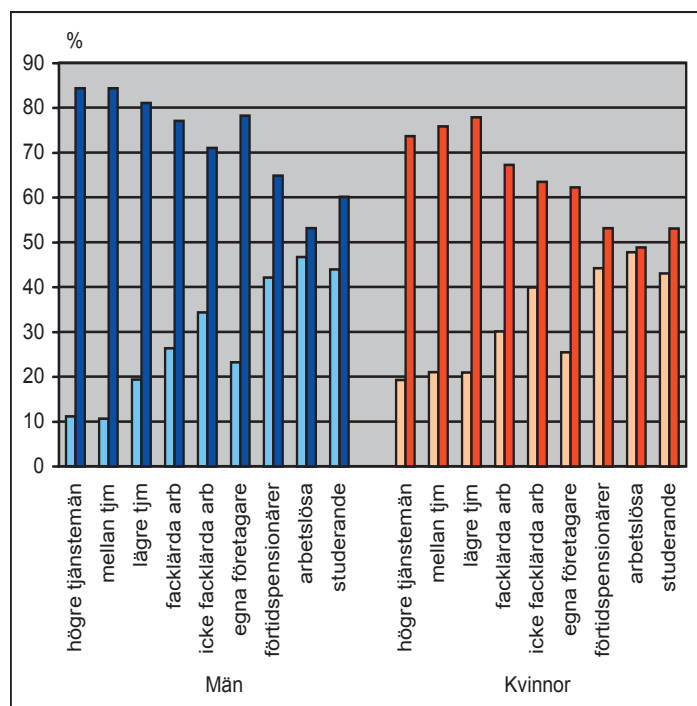
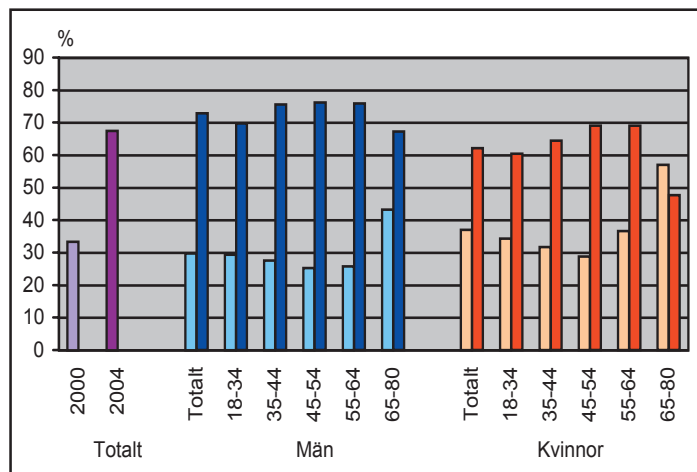
Folkhälsoenkät Skåne 2004 visade att andelen som infört alkohol från utlandet i samband med utlandsresa var 62% bland kvinnor och 73% bland män, vilket är en fördubbling av siffrorna från enkäten 2000.

Att importera alkohol för privat bruk är relativt jämnt fördelat i alla åldersgrupper. Bland männen kan vi dock se att det är mindre vanligt bland de äldre (65-80 år), en grupp som var överrepresenterad i 2000 års enkät.

De socioekonomiska skillnader som återfanns i 2000 års Folkhälsoenkät Skåne innebar att icke facklärd arbetare var överrepresenterade bland de som köpte alkohol i samband med utlandsresa. I 2004 års enkät är den tidigare socioekonomiska gradienten omvänd. Resultaten kan sammanfattas med att ju högre köpkraft desto fler privatimportörer av alkohol, ett konstaterande som gäller för bägge könen.

Något som också har förändrats kraftigt är den etniska sammansättningen bland de som privatimporterar alkohol. Bland de svenskfödda som besvarat enkäten har 76 % av männen och 65% av kvinnorna privatinfört alkohol i samband med utlandsresa. Bland de utlandsfödda respondenterna har 59 % av männen och 50 % av kvinnorna tagit med sig alkohol hem efter en utlandsvistelse. Mönstret är det omvända jämfört med undersökningen år 2000.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Köpt märkessprit av privatperson

Begreppet ”smuggelsprit” är på många vis diffust. Dels kan detta innefatta sprit som illegalt importerats till Sverige och sedan marknadsförs. Dels kan begreppet innefatta alkohol som legalt importerats till Sverige och som sedan säljs vidare. Under senare år har införselkvoterna förändrats dramatiskt, vilket inneburit en ökning av det senare.

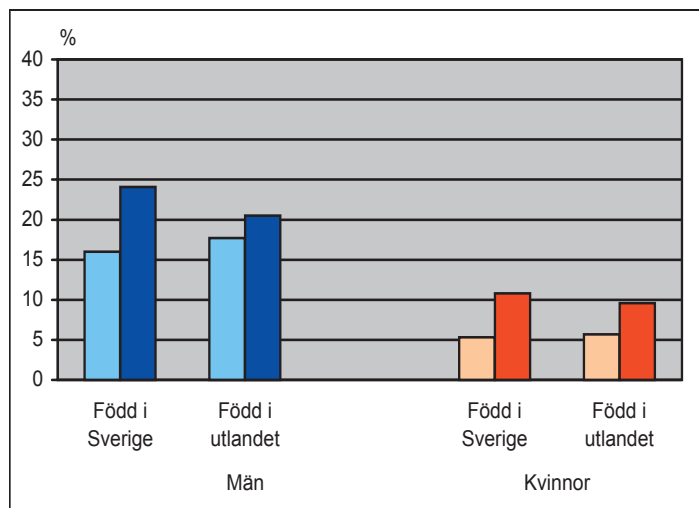
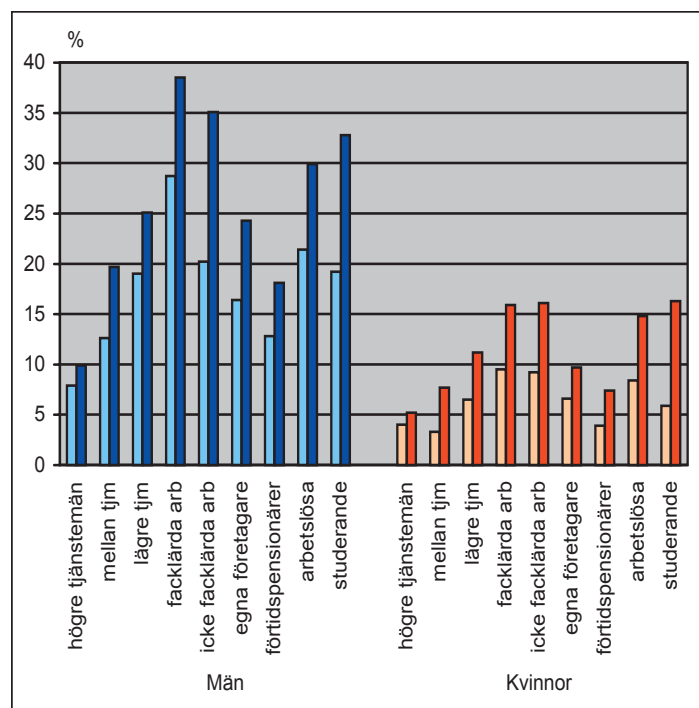
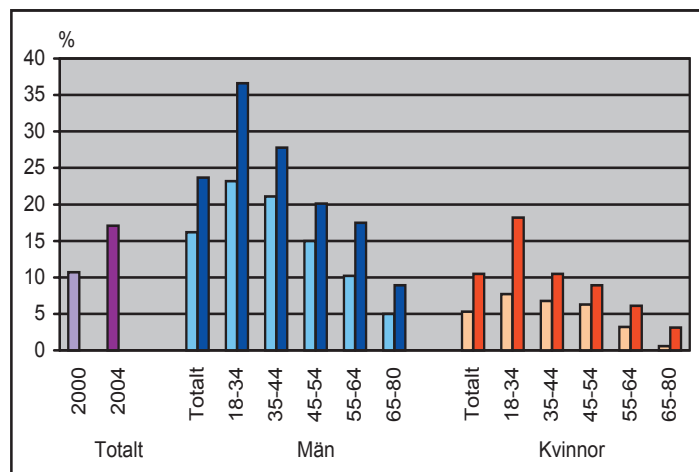
I Folkhälsoenkät Skåne 2004 ställdes frågan om man under de senaste 12 månaderna inköpt märkessprit av en privatperson till ett lägre pris än vad som gäller i Systembolagets butiker. Denna andel var 24 % bland män och 11 % bland kvinnor. Detta innebär en fördubbling bland kvinnor jämfört med resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2000, och en ökning med 8 procentenheter bland män.

För både kvinnor och män finns en tydlig åldersgradient, där ju yngre man är desto högre är sannolikheten att man köpt märkessprit av privatperson.

Man ser tydliga socioekonomiska skillnader i andelen som köpt märkessprit av privatperson. De högsta andelarna ses bland arbetare, både bland facklärd (16% av kvinnorna respektive 39% av männen) och icke facklärd (16% av kvinnorna och 35% av männen). Studenterna är en annan grupp som också i stor utsträckning köpt märkessprit av privatperson (16% av kvinnorna respektive 33% av männen). Bland högre tjänstemän är det emellertid få som köpt märkessprit av privatperson (5% av kvinnorna och 10% av männen).

I Folkhälsoenkät Skåne 2000 fann man inga större skillnader mellan personer födda i Sverige och personer födda utomlands vad gäller andelen som köpt märkessprit av privatperson. Vid undersökningen år 2004 finner man en högre andel bland svenskfödda män jämfört med utlandsfödda, medan man bland kvinnor inte ser några sådana skillnader.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Riskabla spelvanor

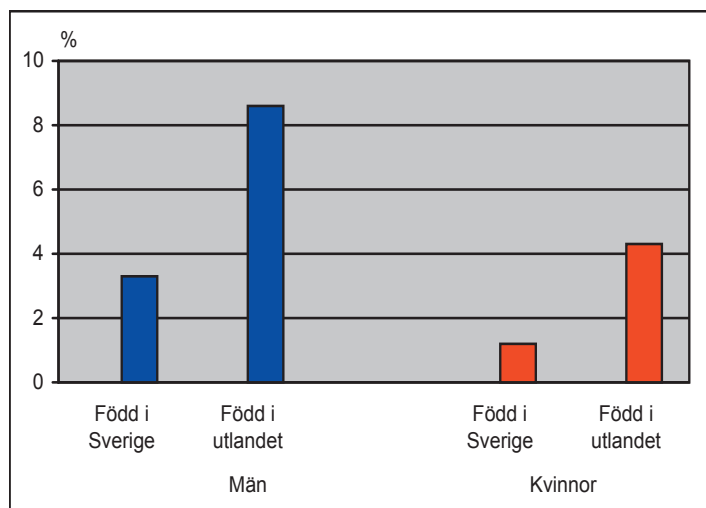
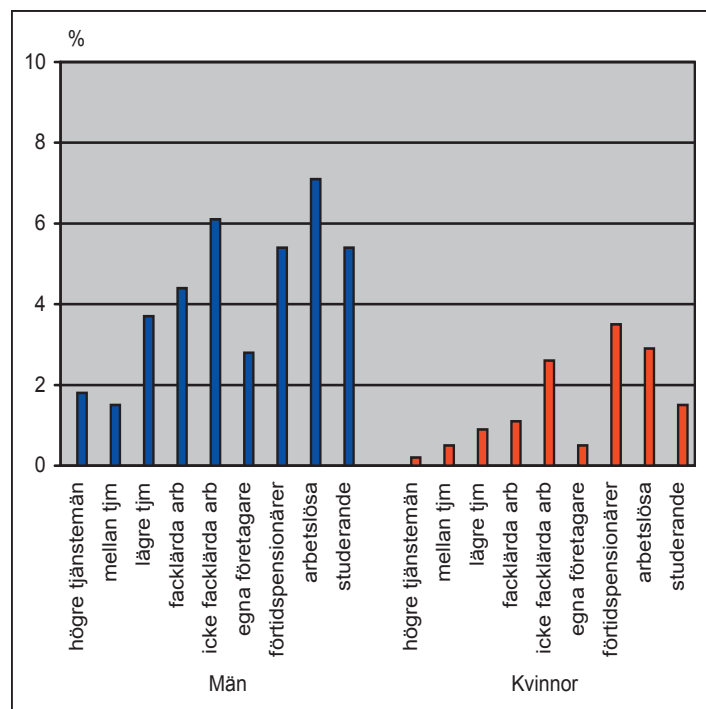
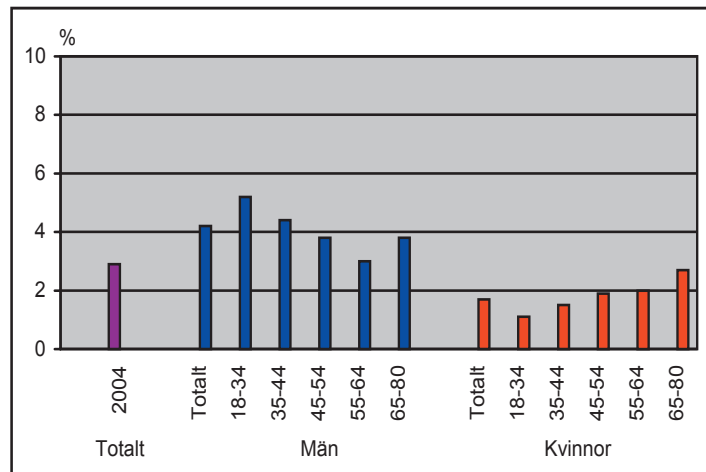
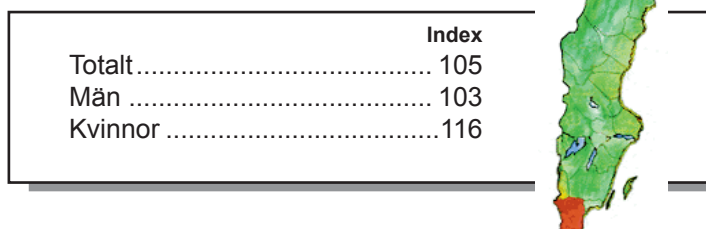
Andelen med riskabla spelvanor definierat som att man någon gång ljugit om hur mycket man spelat, försökt minska sitt spelande och/eller känt sig rastlös och irriterad om man inte kunnat spela är i Skåne 4 % bland män och 2 % bland kvinnor.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med riskabla spelvanor högre i Skåne än för hela Sverige (index = 105). Detta gäller för män (index = 103), men framförallt för kvinnor (index = 116). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela Sverige. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i Sverige.

Bland män ses den högsta andelen med riskabla spelvanor i åldersgruppen 18-34 år, 5 % och den lägsta i åldern 55-64 år, 3 %. Bland kvinnor ses en ökande andel med stigande ålder.

Vid analysen av den socioekonomiska fördelningen noteras att den högsta andelen med spelberoende finns bland arbetslösa, förtidspensionärer, studerande samt icke facklärd arbetare bland män. Bland kvinnor ses den högsta andelen bland arbetslösa, förtidspensionärer och icke facklärd arbetare. Omvänt ses den lägsta andelen bland mellantjänstemän för män och bland högre tjänstemän för kvinnor.

Andelen med spelberoende är mer än dubbelt så hög bland utlandsfödda jämfört med bland svenskfödda bland både män och kvinnor.



2000 2004

## Äter lite frukt och grönsaker

Frukt och grönsaker innehåller ämnen (antioxidanter och fibrer) som skyddar mot hjärtkärlsjukdomar och cancer. Det finns flera olika rekommendationer för konsumtion av frukt och grönsaker. En rekommendation är minst 400 gram om dagen och en annan intag fem gånger om dagen. Folkhälsoinstitutet har använt en lägsta gräns 1,3 konsumtionstillfällen per dag (genomsnitt för en individ under en vecka) som presenteras här.

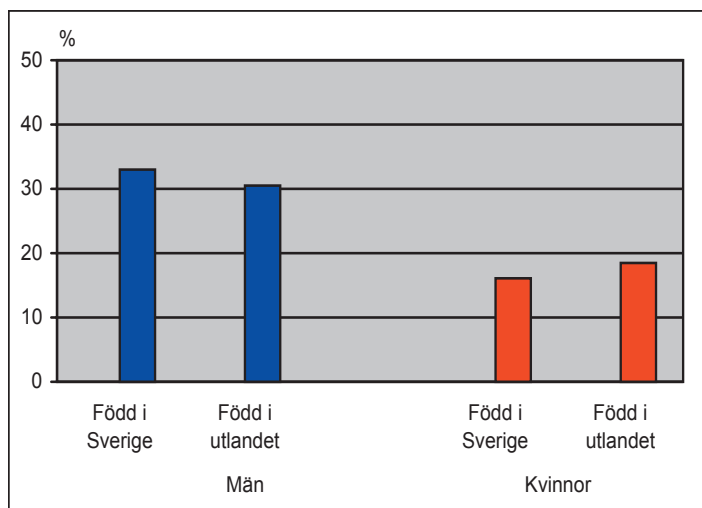
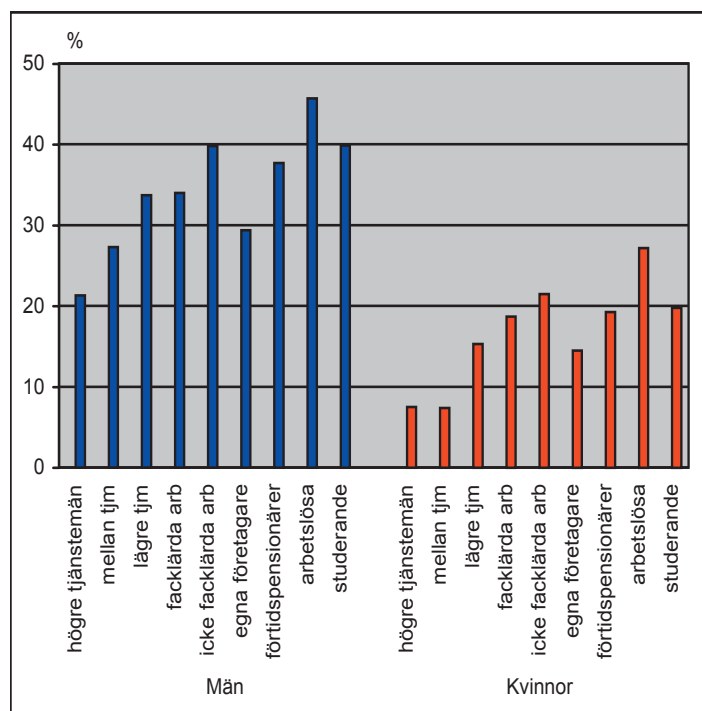
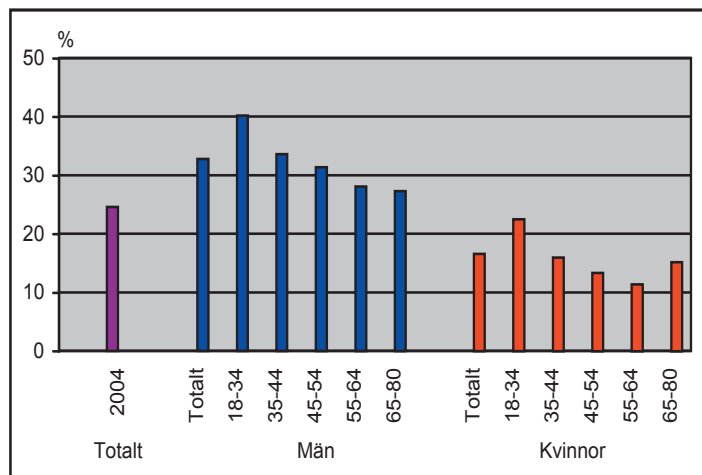
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som äter lite frukt och grönt lägre i Skåne än för hela riket (index = 87). Detta gäller såväl män (index = 86) som kvinnor (index = 90). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Låg konsumtion av frukt och grönsaker är dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor, 33 % respektive 17 %. Yngre människor har en lägre konsumtion av frukt och grönsaker än äldre. Bland männen i åldersgruppen 18-34 år har 40 % en låg konsumtion, medan 27 % av männen i åldersgruppen 65-80 år är lågkonsumenter. Bland kvinnorna har 22 % i åldersgruppen 18-34 år men endast 11 % i åldersgruppen 55-64 år en låg konsumtion.

De finns tydliga socioekonomiska skillnader i konsumtionen av frukt och grönsaker. Bland männen har 21 % av de högre tjänstemännen, 40 % av de icke facklärda arbetarna och 46 % av de arbetslösa en låg konsumtion. Bland kvinnorna har 7 % av de högre tjänstemännen, 22 % av de icke facklärda arbetarna och 27 % av de arbetslösa en låg konsumtion.

Skillnaderna mellan gruppen födda i Sverige och gruppen födda i andra länder är mycket små. Bland männen har 33 % av männen födda i Sverige och 30 % av männen födda i andra länder än Sverige en låg konsumtion. Bland kvinnorna är motsvarande andelar med låg konsumtion 16 % respektive 19 %.

	Index
Totalt .....	87
Män .....	86
Kvinnor .....	90



2000 2004

# Innehållsförteckning

## Deltagare och metoder 9

Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)	9
Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt "Hälsa på lika villkor"	9
Frågeformulär	9
Population och urval	10
Datainsamling	11
Sekretess och utlämnande	11
Svarsfrekvens	12
Bortfall	15
Viktberäkning och estimation	15
Fördelning efter kön, ålder, socioekonomiskt status och födelseland (grundvariablerna)	16
Redovisning av resultaten	17

## Resultat 19

### 1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa	20
Dålig psykisk hälsa (GHQ12)	21
Långvarig sjukdom	22
Sjukfrånvaro senaste året	23
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	24
Sömnbesvär	25
Stressad i vardagen	26
Låg vitalitet	27
Använt läkemedel senaste tre månaderna	28
Besvär med karies (hål i tänderna)	29

### 2. Levnadsvanor och livsstil 31

Daglig rökning	32
Slutat röka	33
Passiv rökning på arbetsplatsen	34
Använder snus	36
Någonsin rökt hasch	38
Övervikt	39
Fetma	40
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41
Riskkonsumtion av alkohol	42
Laglig privat införsel av alkohol	43
Köpt märkessprit av privatperson	44
Riskabla spelvanor	45
Äter lite frukt och grönsaker	46

### 3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 47

Ekonomisk stress	48
Arbetslös för tillfället	49
Svag social förankring i bostadsområdet	50
Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	51
Utsatt för hot om våld	52
Utsatt för våld	53
Svagt emotionellt stöd	54
Svagt praktiskt stöd	55
Lågt socialt deltagande	56
Låg tillit	57
Lågt förtroende för samhällsinstitutioner	58
Buller från vägtrafik besvärar	59

### 4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvävarsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Inte fast anställd	63
Önskar byta yrke	64
Arbetar ofta övertid	65
Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	66
Höga psykologiska krav i arbetet	67
Låg kontroll i arbetet	68
Anspänd arbetssituation	69
Svagt socialt stöd i arbetet	70
Mobbning eller trakasserier i arbetet	71
Buller i arbetet	72
Ingen ersättning för friskvård	73
Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven	74
Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna	75
Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna	76

### 5. Kontakter med sjukvården 77

Otillfredsställda vårdbehov	78
Besökt akutmottagning	79
Legat på sjukhus eller sjukhem	80
Läkarbesök på grund av sjukdom	81
Lågt förtroende för sjukvården	82
Otillfredsställda tandvårdsbehov	83

## Sammanfattning 85

## Ekonomisk stress

Under 1990-talet genomfördes omfattande besparingar i bl a socialförsäkringen. Den öppna arbetslösheten steg även kraftigt. Även om den dominerande anställningsformen idag är tillsvidareanställning, så deltar alltfler i arbetslivet på osäkra villkor och andelen arbetstagare med tidsbegränsade anställningar har ökat sedan början av 1990-talet. Denna typ av förändringar kan medföra försämrade ekonomiska villkor för den enskilde individen.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med ekonomisk stress i nivå med andelen i hela riket (index = 101). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger något under andelen i riket (index = 97) medan kvinnor ligger något över (index = 103). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

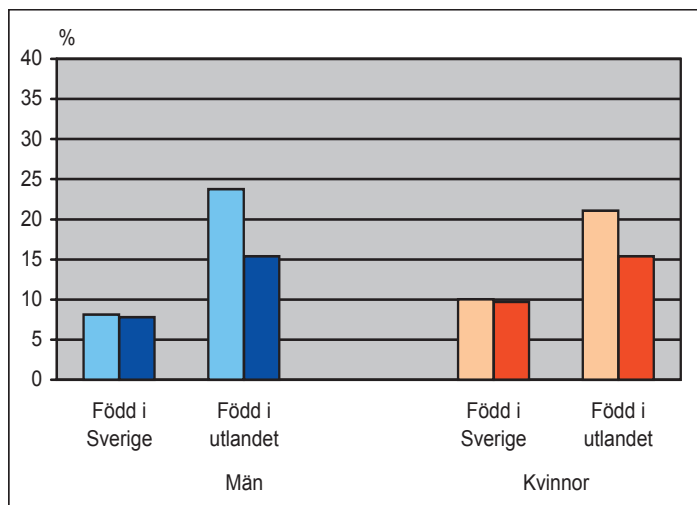
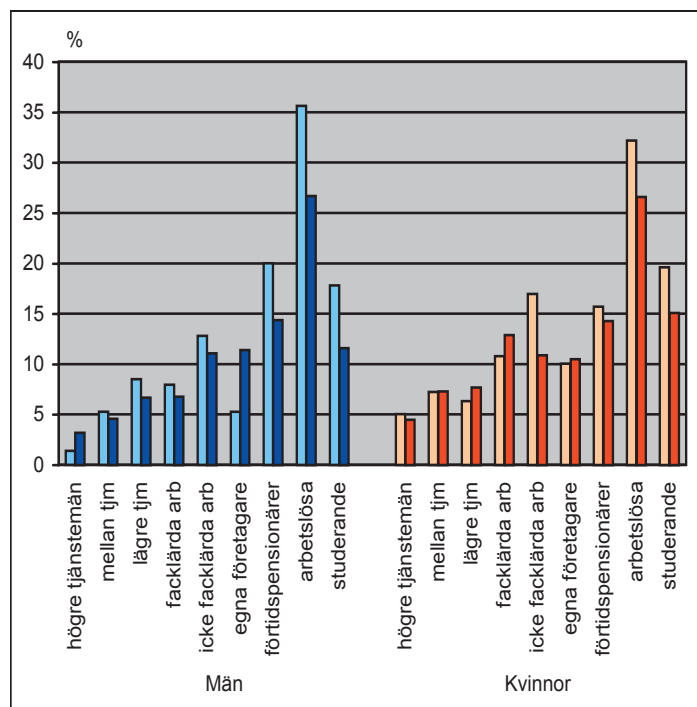
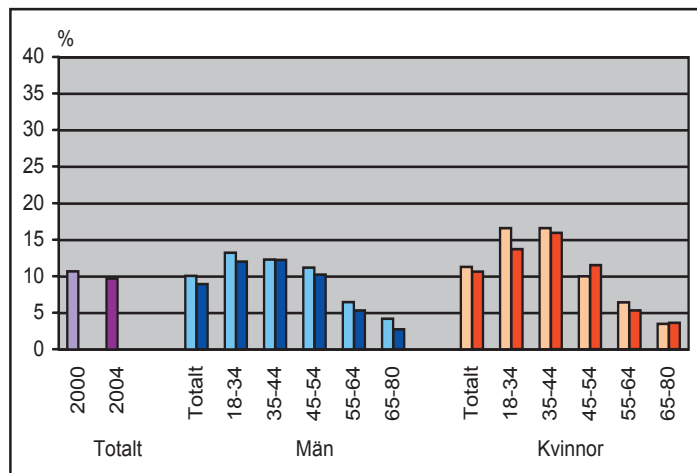
I Folkhälsoenkät Skåne år 2004 uppgav 9 % av männen och 11 % av kvinnorna att de hade svårigheter med att betala räkningar under minst hälften av årets månader. Man ser ingen tydlig förändring jämfört med resultaten i Folkhälsoenkät Skåne 2000.

Liksom vid föregående undersökning år 2000 ser man ett åldersrelaterat mönster i andelen med ekonomisk stress såtillvida att andelen tenderar att minska med stigande ålder med undantag för kvinnor i åldern 35-44 år.

Man ser tydliga socioekonomiska skillnader vad gäller andelen med ekonomisk stress bland såväl män som kvinnor. Bland män angav 11 % respektive 7 % av icke facklärdade respektive facklärdade arbetare ekonomisk stress. Motsvarande andelar bland tjänstemän på låg, mellan och hög nivå var, 7 %, 5 % respektive 3 %. Ett liknande mönster ses bland kvinnor. Bland de arbetslösa hade 27 % av såväl män som kvinnor sådana ekonomiska bekymmer, vilket är en minskning sedan år 2000.

Andelen med ekonomisk stress är klart högre bland personer födda utomlands jämfört med personer födda i Sverige, men skillnaden har minskat påtagligt sedan undersökningen år 2000.

	Index
Totalt .....	101
Män .....	97
Kvinnor .....	103



2000 2004



## Arbetslös för tillfället

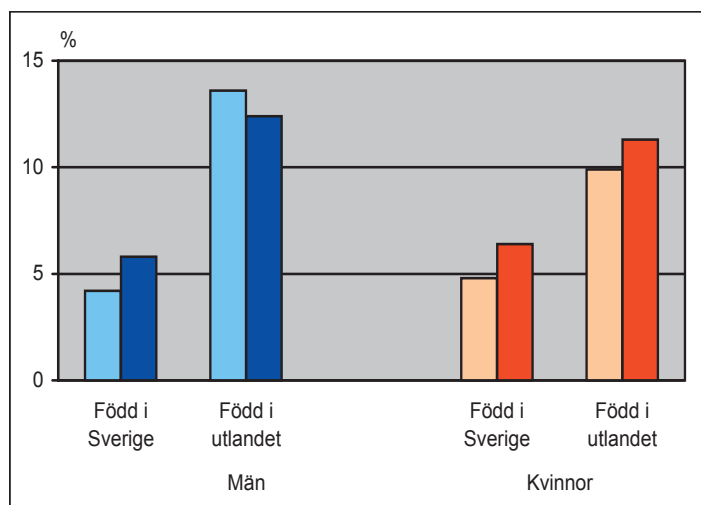
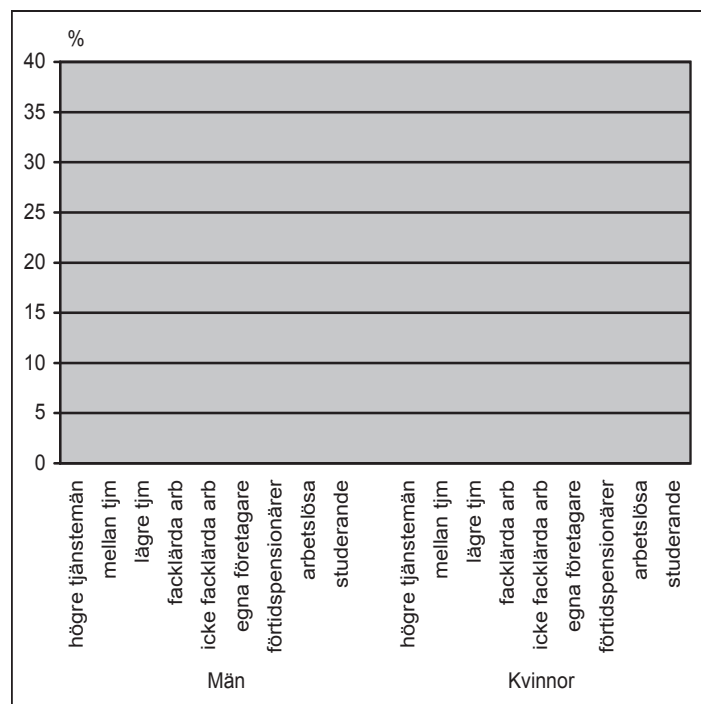
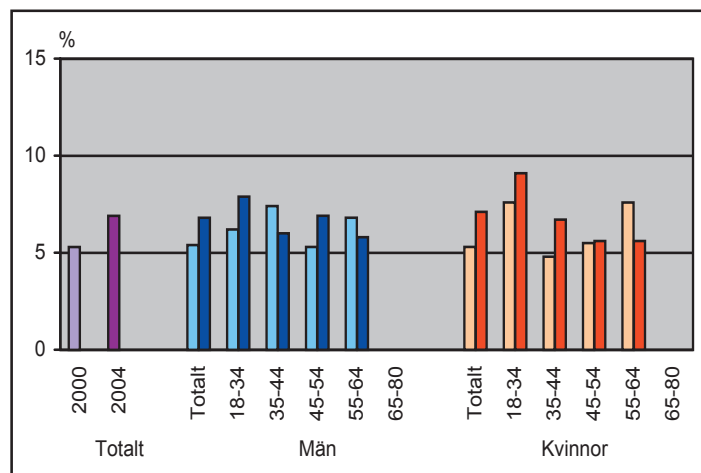
Den totala andelen av de svarande i undersökningen som uppgav att de var arbetslösa när de fyllde i enkäten var 7 % 2004, jämfört med 5 % 2000. Kvinnor och män skiljde sig mycket lite åt, både avseende totala andelen och ökningen.

Andelen arbetslösa för tillfället var för både män och kvinnor hög i den lägsta åldersgruppen (18-34 år), 8 % bland männen och 9 % bland kvinnorna. Bland män ses en ökning i andelen i åldersgrupperna 18-34 år och 45-54 år och bland kvinnor i åldersgrupperna 18-34 år och 35-44 år jämfört med undersökningen 2000.

Eftersom socioekonomisk status bestämdes av den anställning som den svarande individen hade då svarsformuläret fylldes i så kunde inga jämförelser göras mellan olika socioekonomiska grupper.

Andelen för tillfället arbetslösa var ungefär dubbelt så hög bland utlandsfödda individer som bland individer födda i Sverige, omkring 12 % jämfört med 6 %. Skillnaden var dock något större bland männen, 7 %, jämfört med 5 % bland kvinnorna. Bland män har skillnaden minskat något sedan år 2000.

	Index
Totalt .....	124
Män .....	125
Kvinnor .....	121



2000 2004

## Svag social förankring i bostadsområdet

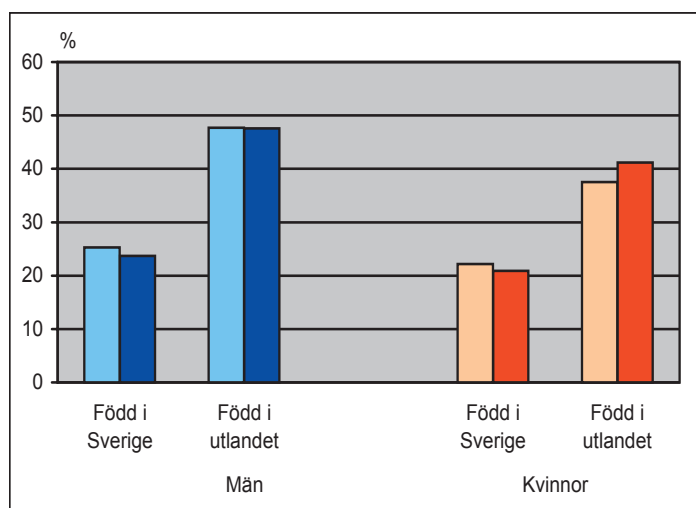
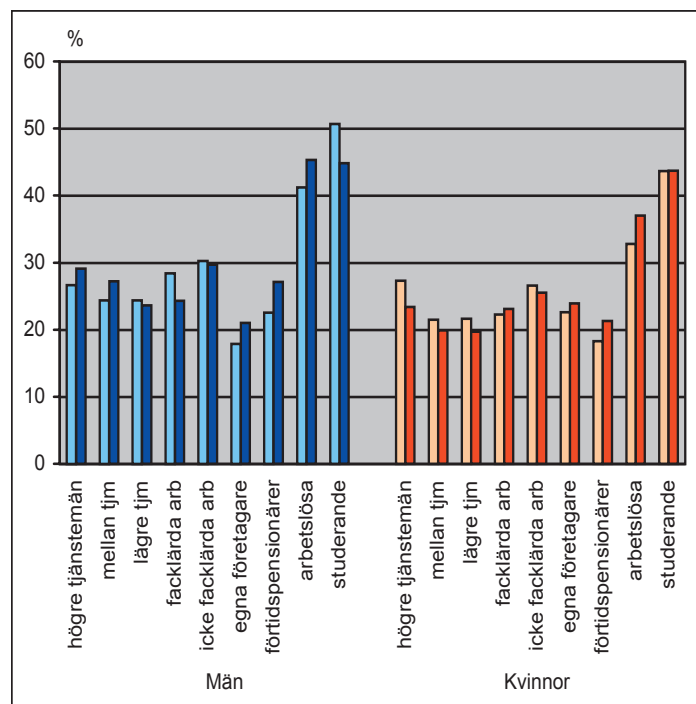
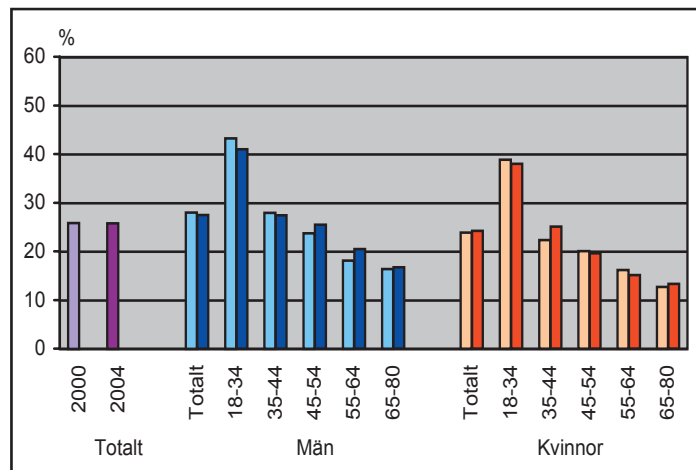
Goda sociala miljöer har stor betydelse för folkhälso-utvecklingen och hänger samman med begreppet socialt kapital. Ett exempel på en sådan god social närmiljö är den sociala förankringen i det egna bostadsområdet.

Andelen som uppger en känsla av svag social förankring i det egna bostadsområdet är oförändrat 28 % av männen och 24 % av kvinnorna när vi jämför med undersökningen 2000. De yngre har en sämre social förankring i bostadsområdet. Bland männen är andelen med en svag social förankring 41 % i åldersgruppen 18-34 år och 17% i åldersgruppen 65-80 år. Bland kvinnorna är andelen 38 % i åldersgruppen 18-34 år och 13 % i åldersgruppen 65-80 år.

De socioekonomiska skillnaderna i svag social förankring i bostadsområdet i den arbetande delen av befolkningen är små. Bland männen uppger 29 % av de högre tjänstemännen, och 30 % av de icke facklärdas arbetarna en svag social förankring i det egna bostadsområdet. Motsvarande siffror bland förtidspensionärer, arbetslösa och studerande är 27 %, 45 % respektive 45 %. Bland kvinnorna har 23 % av de högre tjänstemännen och 25 % av de icke facklärdas arbetarna, en svag social förankring i bostadsområdet. Motsvarande andelar bland förtidspensionärer, arbetslösa och studerande är 21 %, 37 % respektive 44 %.

Födelseland är mycket starkt associerat med känslan av svag social förankring i det egna bostadsområdet. Bland männen har 24% av de födda i Sverige och 48 % av de utrikesfödda en svag social förankring i det egna bostadsområdet. Bland kvinnor är motsvarande andelar 21 % respektive 41%.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet

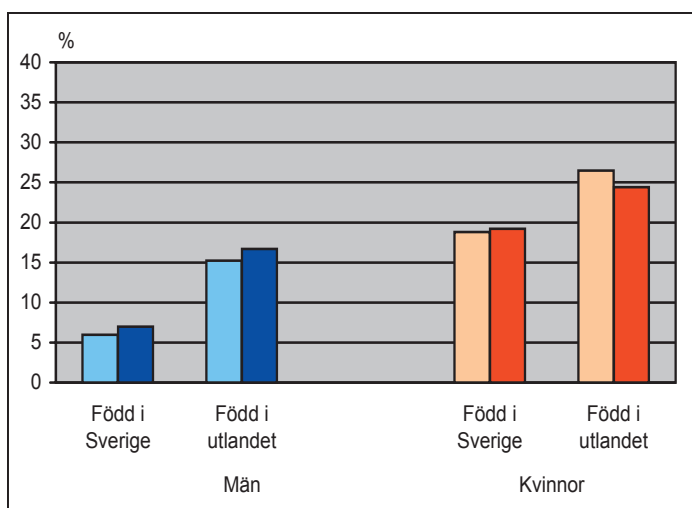
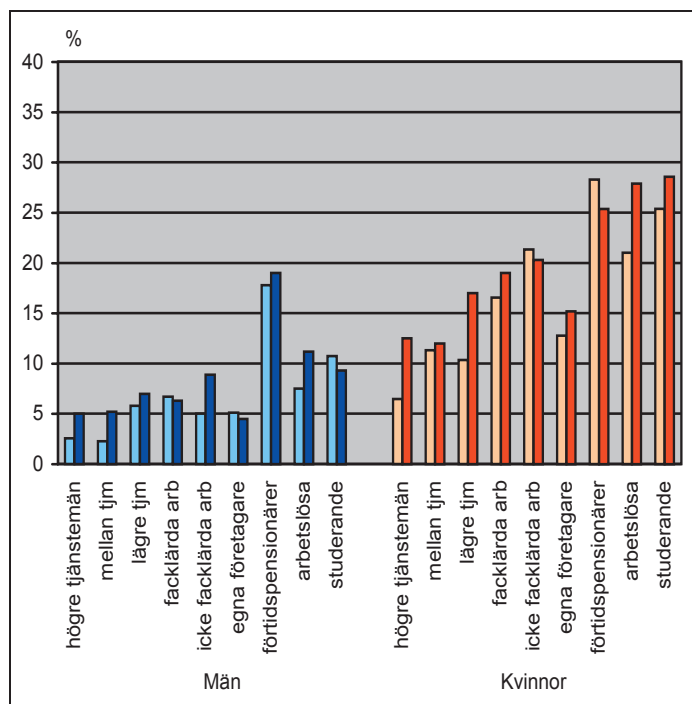
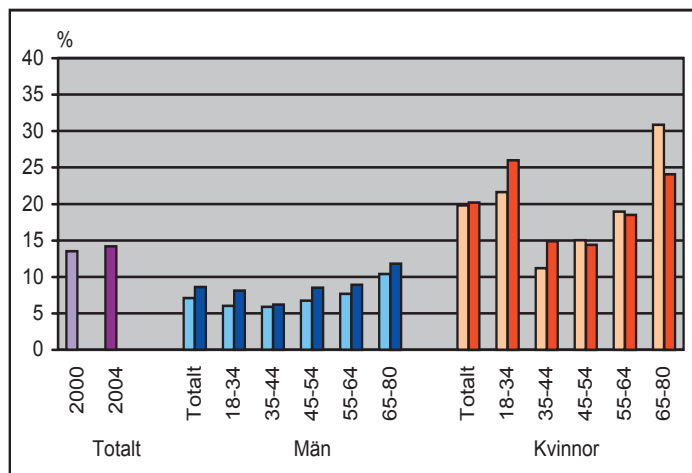
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som upplever osäkerhet i bostadsområdet efter mörkrets inbrott högre än andelen i hela riket (index = 123). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att män ligger betydligt över andelen i riket (index = 149), vilket även gäller för kvinnor medan kvinnor dock inte lika uttalat (index = 113). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Andelen som känner osäkerhet i det egna bostadsområdet efter mörkrets inbrott har ökat något bland männen från 7 % till 9% mellan 2000 och 2004, medan andelen 20% är oförändrad bland kvinnorna. Bland männen är andelen högst i åldersgruppen 65-80 år (12%). Bland kvinnorna är andelen högst i de yngsta (26%) och äldsta (24%) åldersgrupperna. Man ser en tydlig ökning i andelen i den yngsta åldersgruppen, 18-34 år, och en minskning bland ålderspensionärer bland kvinnor

Andelen män som känner osäkerhet i det egna bostadsområdet efter mörkrets inbrott är 5% bland högre tjänstemän, 9% bland icke facklärd arbetare, 19% bland förtidspensionärer och 11% bland arbetslösa. Andelen osäkra bland kvinnorna är 12% bland de högre tjänstemännen, 20% bland de icke facklärd arbetarna, 25% bland förtidspensionärerna och 28% bland de arbetslösa. Sedan förra undersökningen år 2000 har det skett en påtaglig ökning i andelen bland kvinnliga högre tjänstemän och bland arbetslösa av båda könen.

Bland män födda i Sverige är andelen 7%. Bland män födda i andra länder än Sverige är andelen 17%, det vill säga mer än dubbelt så hög. Dessa skillnader efter ursprungsland är mindre bland kvinnor. Bland kvinnor födda i Sverige är andelen osäkra efter mörkrets inbrott 19% och bland kvinnor födda i andra länder än Sverige 24%. Liknande skillnader fanns även vid undersökningen år 2000.

	Index
Totalt .....	123
Män .....	149
Kvinnor .....	113



2000 2004

## Utsatt för hot om våld

I undersökningen tillfrågades deltagarna om de någon gång under det senaste året blivit utsatta för hot om våld som var så allvarligt att de blev rädda.

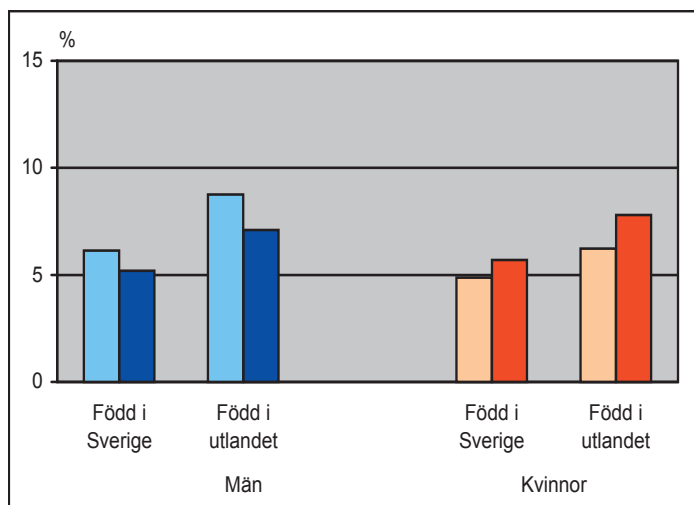
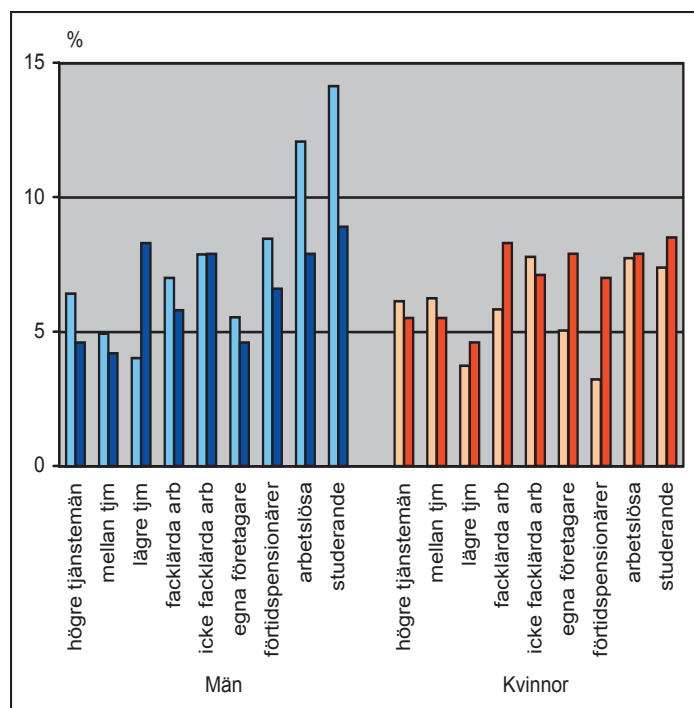
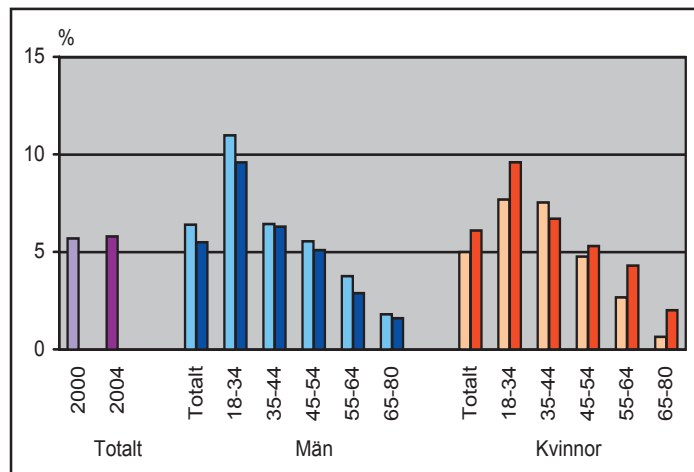
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som blivit utsatta för hot om våld i nivå med andelen i hela riket (index = 100). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger under andelen i riket (index = 87), medan kvinnor ligger över (index = 109). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Totalt svarade 6 % av både männen och kvinnorna jakande på frågan. Fördelningen mellan könen är jämn i alla åldersgrupper, vilket är en förändring jämfört med motsvarande undersökning år 2000 där männen generellt i något högre grad rapporterade att de utsatts för hot om våld. En topp på 10 % ses i den yngsta åldersgruppen, för att därefter falla med stigande ålder till 2 % för ålderspensionärerna. Andelen som utsatts för hot om våld har ökat påtagligt i den yngsta åldersgruppen, 18-34 år samt i åldersgruppen 55-64 år bland kvinnor.

Några större variationer ses inte mellan olika socioekonomiska grupper. Studerande ligger något högre på 9 %, vilket förmodligen hänger samman med att de till stor del återfinns i den yngre åldersgruppen. Mellan år 2000 och 2004 har det skett en påtaglig ökning i andelen bland manliga lägre tjänstemän och kvinnliga facklärd arbetare, egenföretagare och förtidspensionärer.

Någon större skillnad ses inte mellan utlandsfödda och svenskfödda, som totalt ligger på 8 respektive 6 %.

	Index
Totalt .....	100
Män .....	87
Kvinnor .....	109



2000 2004

## Utsatt för våld

Deltagarna i undersökningen tillfrågades om de under det senaste året blivit utsatta för fysiskt våld.

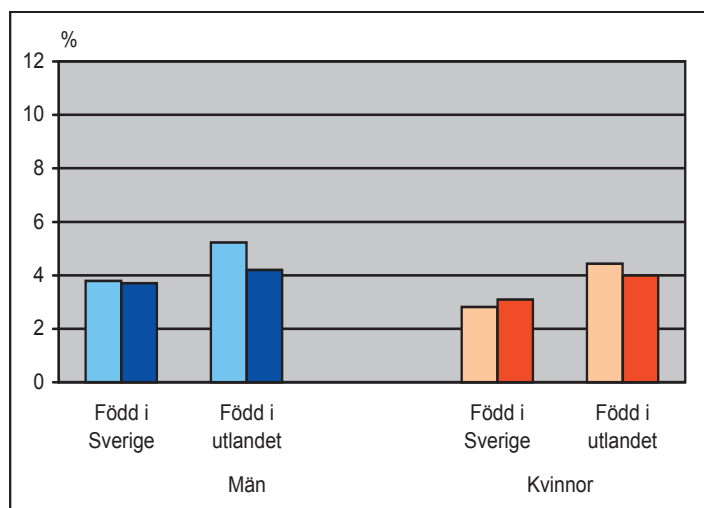
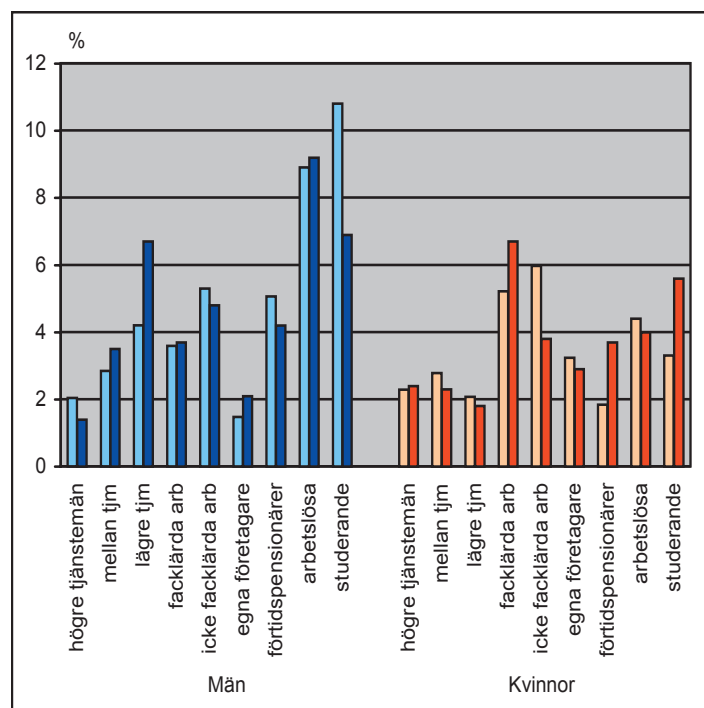
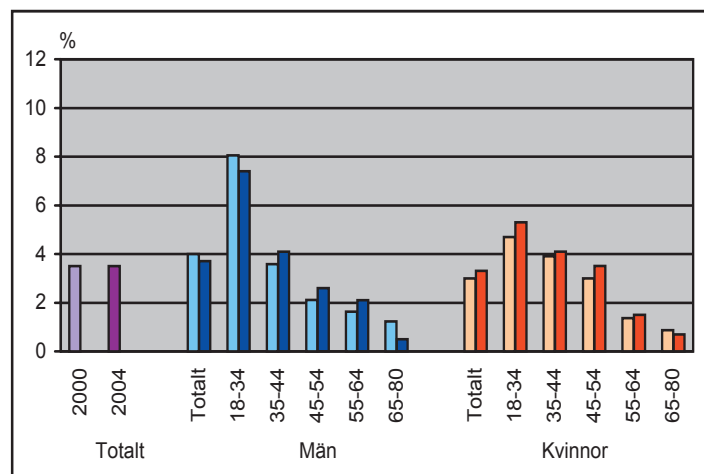
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som utsatts för fysiskt våld lägre än andelen i hela riket (index = 95). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att detta gäller framförallt män (index = 93), medan kvinnor ligger i nivå med motsvarande andel för hela riket (index = 100). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Av männen svarade 4 % och av kvinnorna 3 % ja-kande på frågan, vilket är exakt samma siffror som framkom i motsvarande undersökning år 2000. Att ha blivit utsatt för fysiskt våld är vanligast i den yngsta åldersgruppen på 7 % för männen respektive 5 % för kvinnorna, och faller med stigande ålder till 1 % i den äldsta åldersgruppen.

Bland kvinnorna ser man att det bland facklärd arbetare är vanligare att ha varit utsatt för fysiskt våld (7 %). Bland männen är det vanligare för arbetslösa (9 %) och studerande och lägre tjänstemän (7 %) att ha blivit utsatt för fysiskt våld. Man ser en påtaglig ökning i andelen som utsatts för våld bland manliga lägre tjänstemän och kvinnliga facklärd arbetare samt studerande mellan år 2000 och 2004. Andelen har minskat bland manliga studerande och bland kvinnliga icke facklärd arbetare.

Någon skillnad i förekomsten av att ha blivit utsatt för våld ses inte mellan utlandsfödda män och kvinnor och män och kvinnor födda i Sverige. Den skillnad som noterades vid förra undersökningen har i stort sett försvunnit.

	Index
Totalt .....	95
Män .....	93
Kvinnor .....	100



2000 2004

## Svagt emotionellt stöd

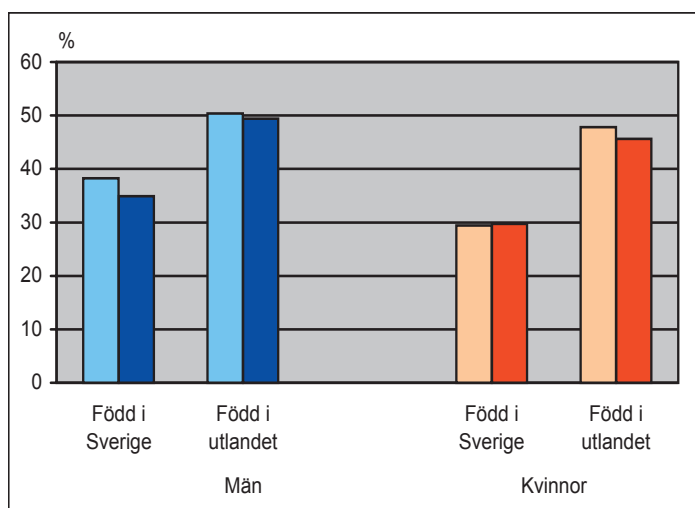
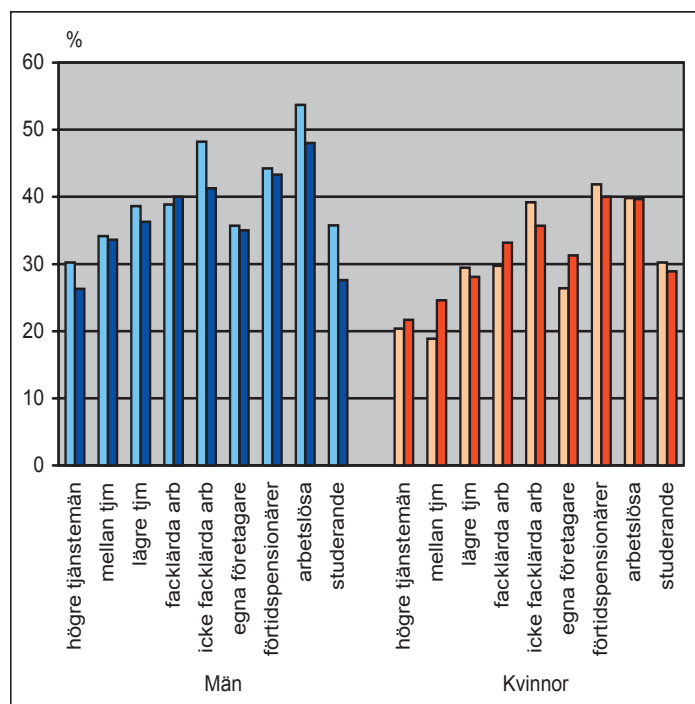
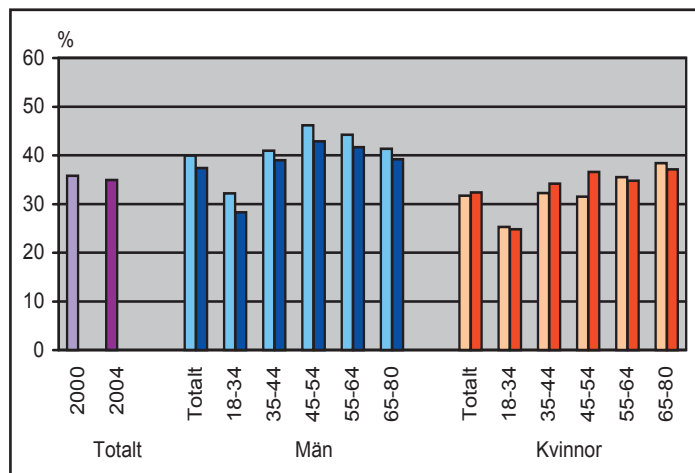
Med emotionellt stöd menas att man har någon person som kan ge det personliga stöd som kan behövas för att klara av livets stress och svårigheter. Studier har visat att individer med ett svagt emotionellt stöd löper en större risk att drabbas av ohälsa än de som har tillgång till emotionellt stöd. Interventionsstudier har visat att patienters chanser att bli botade från eller överleva sjukdom kan förbättras genom att stärka deras sociala stöd.

Det är ungefär en tredjedel av de svarande som uppger att de har ett svagt emotionellt stöd. Dessa siffror ligger i nivå med resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2000. Männerna uppger i likhet med tidigare undersökning i större utsträckning ett svagt emotionellt stöd jämfört med kvinnorna, 37 % mot 32 %. Det visar på en liten nedgång för männen medan det för kvinnorna är oförändrat jämfört med år 2000. Ett svagt emotionellt stöd är vanligare bland medelålders och äldre än i yngre åldersgrupper.

Utifrån en socioekonomisk uppdelning ser man att det för båda könen är framförallt förtidspensionärer och arbetslösa som uppger ett svagt emotionellt stöd, med hela 48 % för de arbetslösa männen. I den arbetande gruppen är bristande emotionellt stöd vanligare bland arbetare än bland tjänstemän.

Ett svagt emotionellt stöd är betydligt vanligare bland utlandsfödda jämfört med bland de födda i Sverige bland både män och kvinnor. Man ser ingen större förändring jämfört med undersökningen år 2000.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Svagt praktiskt stöd

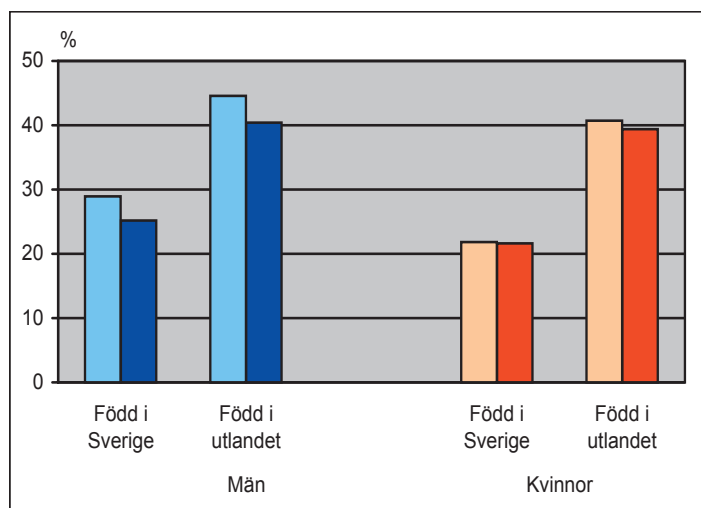
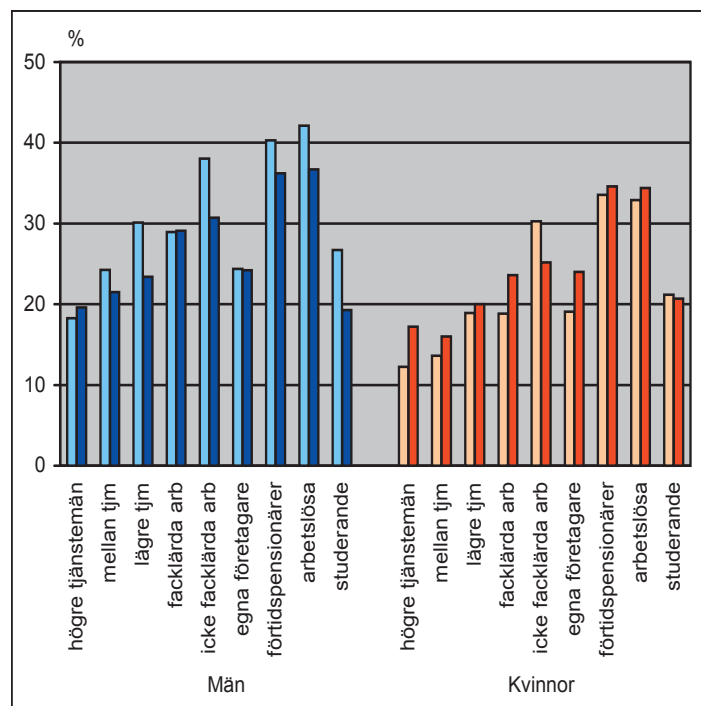
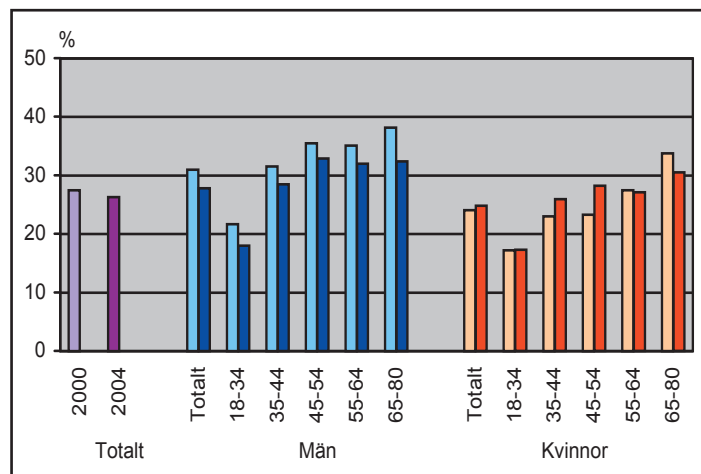
Med praktiskt stöd avses att man har någon person som kan hjälpa till vid t ex sjukdom eller praktiska problem. Det ingår tillsammans med emotionellt stöd i begreppet socialt stöd, och anses i likhet med emotionellt stöd vara en viktig faktor för individers hälsa och tillfrisknande från sjukdom.

Av männen uppger 28 % och av kvinnorna 25 % ett svagt praktiskt stöd, vilket ligger i nivå med motsvarande siffror från Folkhälsoenkät Skåne 2000. Männen har i alla åldersgrupper en något större andel med svagt praktiskt stöd jämfört med kvinnorna. Liksom i tidigare undersökning ser man bland ålderspensionärer en relativt hög andel med svagt praktiskt stöd bland såväl män som kvinnor, 32 % respektive 31 %. Den lägsta andelen ses i den yngsta åldersgruppen, 18 % för män och 17 % för kvinnor.

Det är vanligare bland förtidspensionärer och arbetslösa att uppge ett svagt praktiskt stöd än i andra socioekonomiska grupper. I den arbetande delen av befolkningen ser man att andelen med ett lågt praktiskt stöd är högre bland arbetare än tjänstemän.

Bland utlandsfödda män och kvinnor uppger hela 40 % ett svagt praktiskt stöd, jämfört med 23 % hos de svenskfödda.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Lågt socialt deltagande

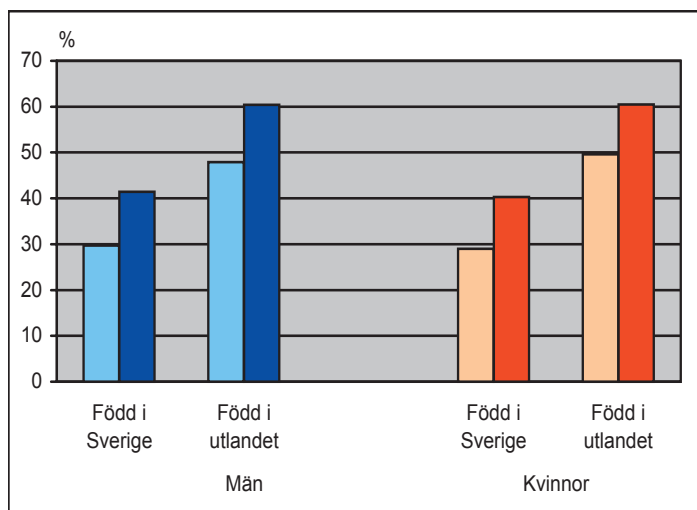
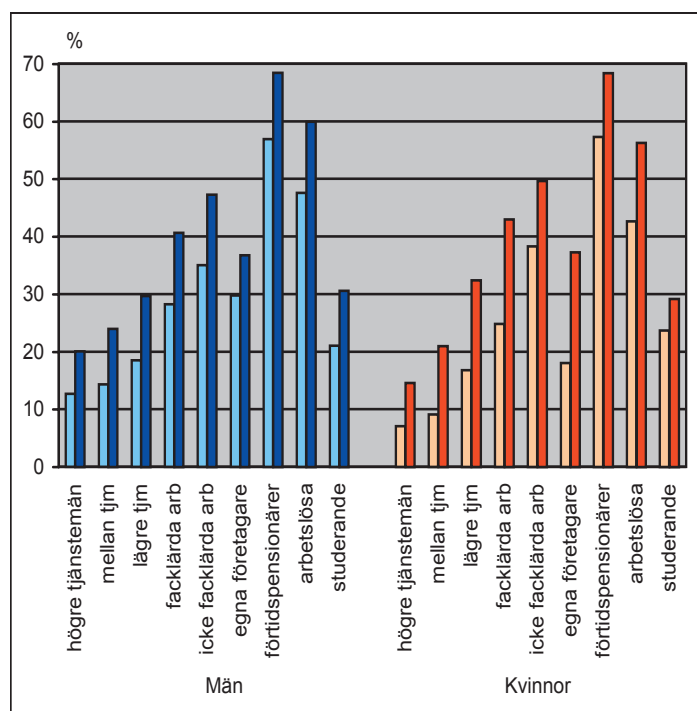
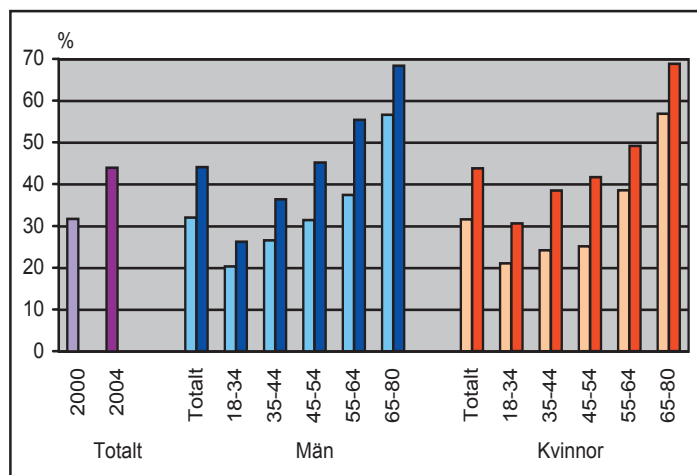
De senare årens forskning har visat att fenomen som tillit till andra människor, ett högt socialt deltagande och gemensamma värderingar (ibland sammanfattat i begreppet socialt kapital) verkar hänga samman med en god folkhälsoutveckling. Man tänker sig att dessa faktorer bl a gynnar spridningen av information som är relevant för hälsan och påverkar gemensamma attityder som i sin tur styr olika beteenden som har betydelse för hälsan (t ex motionsvanor, rökning, droganvändning, etc.). Det sociala deltagandet har ansetts vara en aspekt på det sociala kapitalet varför en sådan fråga fanns med i undersökningen redan 2000. Individerna i undersökningen fick uppge sitt deltagande i tretton olika sociala sammanhang och resultatet summerades. De som uppgav ett deltagande i färre än fyra olika sociala sammanhang bedömdes ha ett lågt socialt deltagande.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med lågt socialt deltagande något lägre än andelen i hela riket (index = 97). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att detta gäller framförallt män (index = 94), medan kvinnor ligger i nivå med motsvarande andel för hela riket (index = 100). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Generellt verkar andelen med lågt socialt deltagande ha ökat kraftigt i den skånska befolkningen mellan 2000 och 2004, från 32 % till 44 %. Skillnaden mellan män och kvinnor är mycket liten. Det finns stora skillnader i andelen med lågt deltagande mellan de olika åldersgrupperna, de yngsta (18-34 år) har den lägsta andelen, 26-30 %, medan de äldsta har den högsta, nästan 70 %, lika för män och kvinnor. Ökningen över tid verkar ha varit större bland de medelålders individerna, särskilt gäller detta männen.

Skillnaderna i andelen som anger ett lågt socialt deltagande mellan de olika socioekonomiska grupperna är som tidigare mycket stora. Förtidspensionärer och arbetslösa anger de högsta andelarna, omkring 70 respektive 60 %, relativt lika för män och kvinnor. Tjänstemän anger en betydligt lägre andel än arbetare, och bland högre tjänstemän av båda könen återfinns den lägsta andelen, 15-20 %. Det förefaller också vara en tendens att andelen med ett lågt socialt deltagande har ökat mest bland de förvärvsarbetande kvinnorna, mellan 2000 och 2004. Som tidigare är andelen med ett lågt socialt deltagande betydligt lägre bland individer födda i Sverige, jämfört med individer födda utomlands, skillnaden är cirka 20 % för båda könen, både 2000 och 2004.

	Index
Totalt .....	97
Män .....	94
Kvinnor .....	100



2000 2004



## Låg tillit

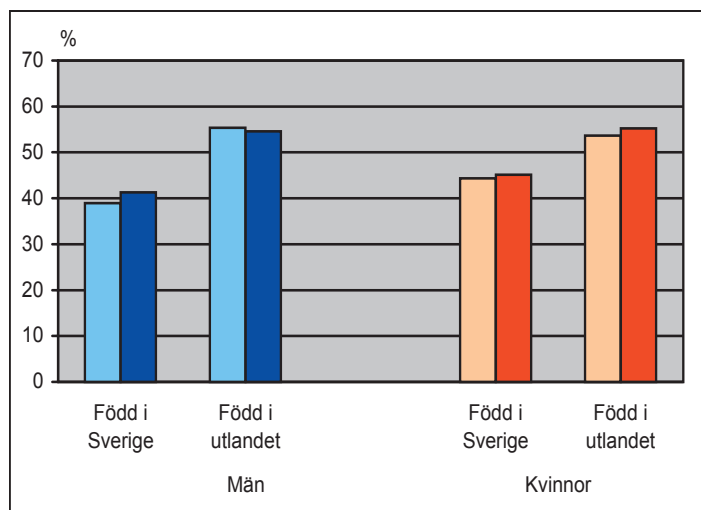
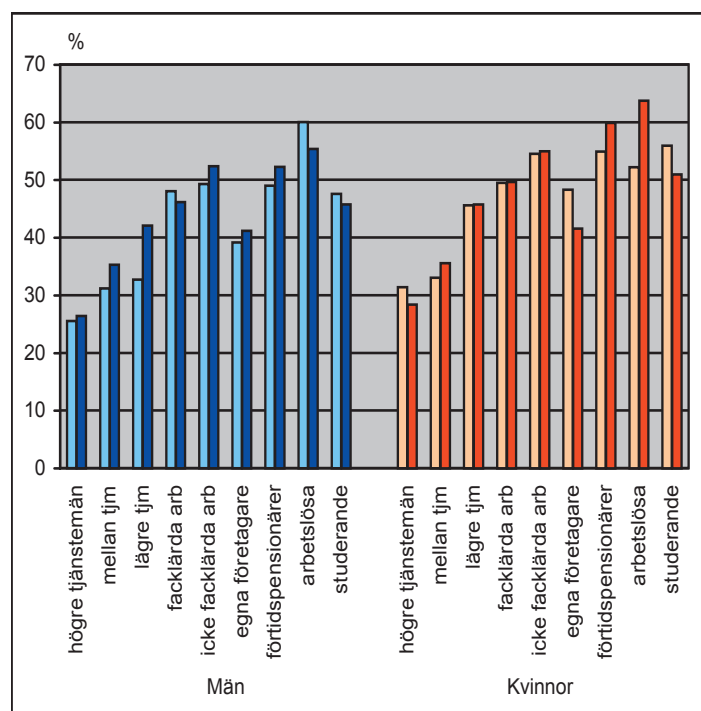
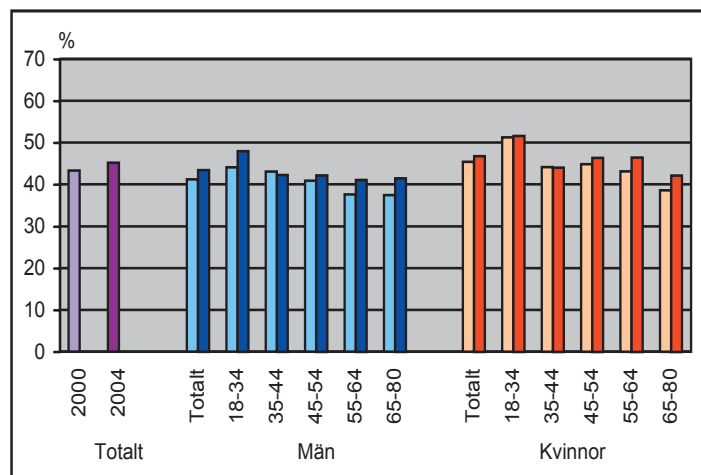
Tillit till andra människor är en viktig psykologisk aspekt av socialt kapital. Socialt kapital anses ha samband med hälsa genom att minska psykosocial stress, genom att främja goda levnadsvanor genom att förmedla normer och värderingar, genom att minska kriminaliteten i samhället och genom att öka tillgången till sjukvård och andra välfärdsinrättningar. Låg tillit till andra människor i samhället kan således försämra folkhälsan.

Sedan Folkhälsoenkät Skåne 2000 har andelen med låg tillit ökat marginellt bland män från 41% till 44% och bland kvinnor från 45% till 47%. Andelen med låg tillit är högst bland män i åldersgruppen 18-34 år, 48%, och lägst i åldersgrupperna 55-64 år och 65-80 år, 41%. Bland kvinnor är andelen med låg tillit 52% i åldersgruppen 18-34 år och 42% i åldersgruppen 65-80 år.

Det socioekonomiska mönstret i låg tillit är tydligt. Bland männen uppger 26% av de högre tjänstemännen, men 52% av de icke facklärdade arbetarna, 52% av förtidspensionärerna och 55% av de arbetslösa låg tillit. Bland kvinnorna är andelen 28% för de högre tjänstemännen, 55% för de icke facklärdade arbetarna, 60% för förtidspensionärerna och 64% för de arbetslösa.

Förekomsten av låg tillit är 41% bland män födda i Sverige och 55% bland utrikes födda män. Motsvarande andelar för kvinnor är 45% respektive 55%. Man ser ingen förändring jämfört med undersökningen år 2000.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Lågt förtroende för samhällsinstitutioner

De senare årens forskning har visat att fenomen som tillit till andra människor, ett högt socialt deltagande och gemensamma värderingar (ibland sammanfattat i begreppet socialt kapital) verkar hänga samman med en god folkhälsoutveckling. Man tänker sig att dessa faktorer bl a gynnar spridningen av information som är relevant för hälsan och påverkar gemensamma attityder som i sin tur styr olika beteenden som har betydelse för hälsan (t ex motionsvanor, rökning, droganvändning, etc.). Förtroendet för samhällsinstitutioner har ansetts vara en aspekt på det sociala kapitalet varför en sådan fråga togs med i undersökningen 2004. Individerna i undersökningen fick skatta förtroendet för ett 10-tal olika samhällsinstitutioner (från Riksdagen, domstolarna, polisen, till sjukvården, försäkringskassan och dagspressen) och frågan summerades till ett index. De som erhöll en indexpoäng som låg i den nedre tredjedelen av dem som deltog i studien bedömdes ha ett lågt förtroende för samhällsinstitutioner.

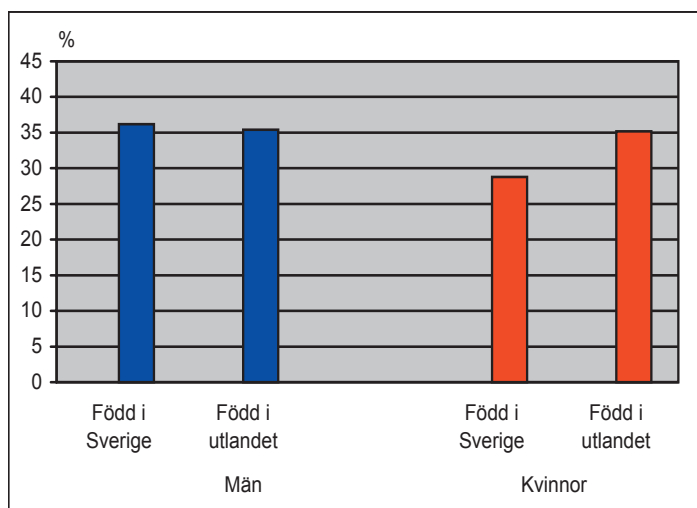
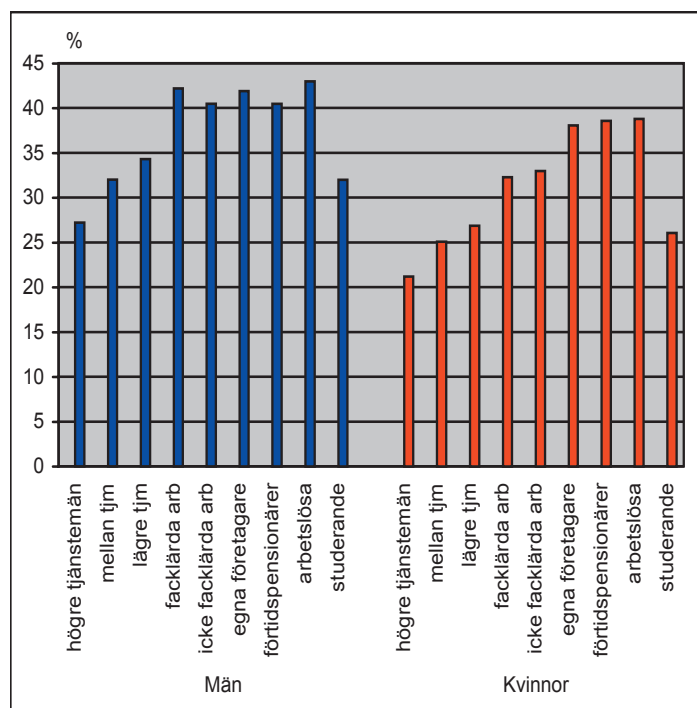
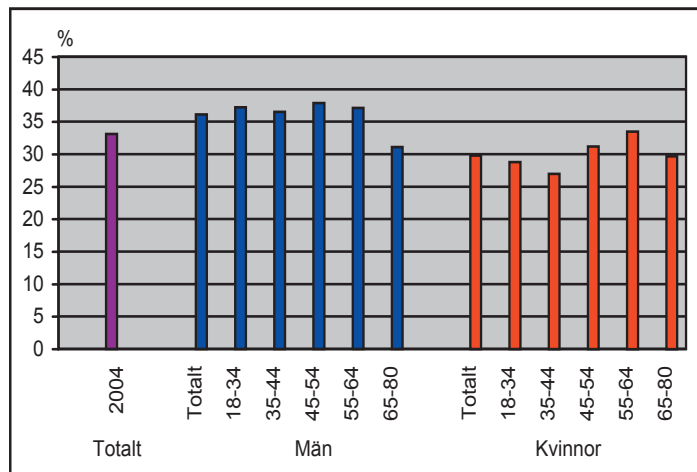
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med lågt förtroende för samhällets institutioner något högre än andelen i hela Sverige (index = 104). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att män ligger något över motsvarande andel i Sverige (index = 102), medan kvinnor ligger ännu högre (index = 108). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela Sverige. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i Sverige.

Andelen med lågt förtroende för samhällsinstitutioner är något högre bland män, jämfört med kvinnor, 36 % respektive 30 %. Andelen var högst i åldersgruppen 45-54 år bland män, 38 % och i åldersgruppen 55-64 år bland kvinnor, 34 %. De lägsta andelen ses i den äldsta åldersgruppen (65-80 år) bland män och i åldern 35-44 år bland kvinnor.

Det fanns stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Bland individer i förvärsarbete var andelen med lågt förtroende lägre bland tjänstemän än bland arbetare och högst i gruppen facklärd arbetare bland män, 40 % och i gruppen icke facklärd arbetare bland kvinnor, 33 %. Andelen med lågt förtroende var högre bland förtidspensionärer och arbetslösa, cirka 40 %, jämfört med individer på arbetsmarknaden.

Skillnaden mellan individer födda i utlandet och individer födda utomlands, var närmast marginell bland män, medan man ser en högre andel bland utlandsfödda kvinnor jämfört med kvinnor födda i Sverige.

	Index
Totalt .....	104
Män .....	102
Kvinnor .....	108



■ 2000 ■ 2004

## Buller från vägtrafik besvärar

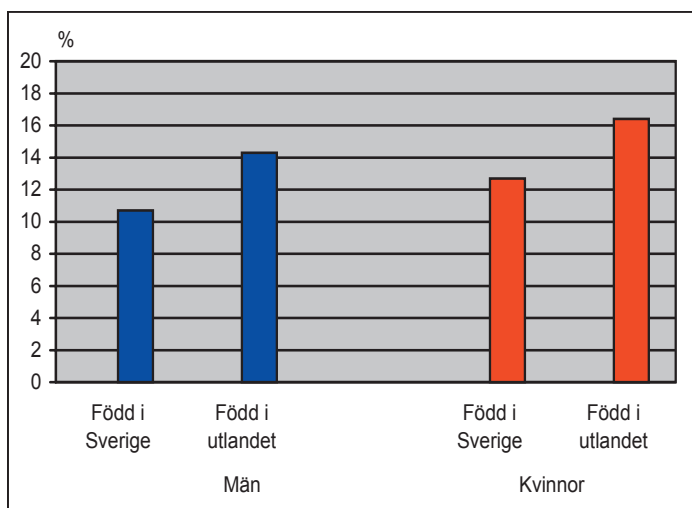
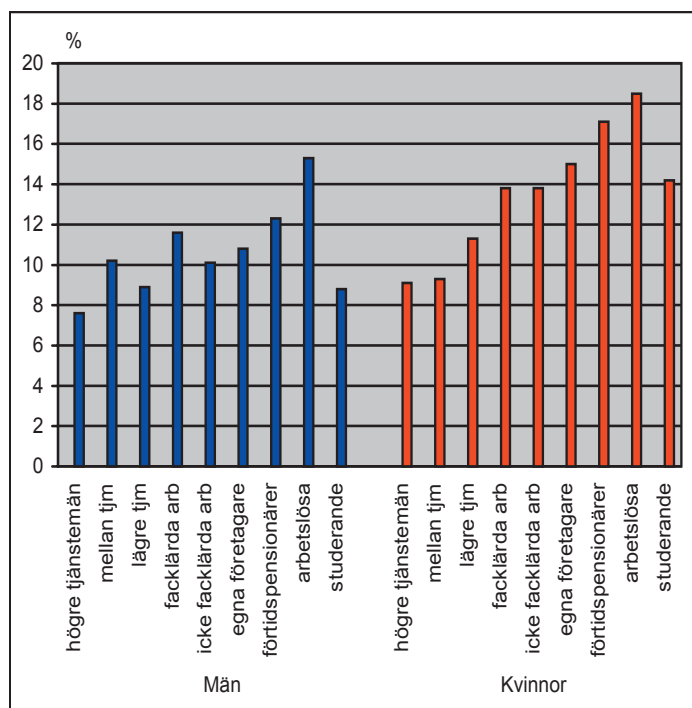
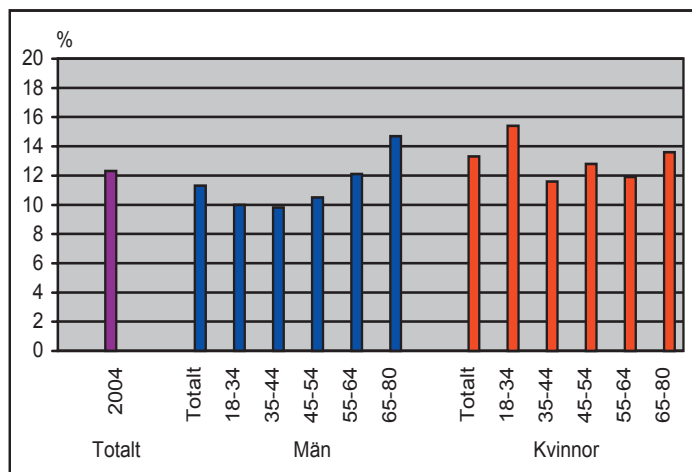
Buller kan ha stor inverkan på möjligheten till en god livskvalitet med påverkan på bland annat sömn som hörsel.

Andelen som anser sig besvärar av buller från vägtrafik är 11 % bland män och 13 % bland kvinnor. Andelen är tämligen jämnt fördelad i de olika åldersgrupperna, förutom i gruppen 65-80 år bland män och i åldern 18-34 år bland kvinnor, där andelen är högre än i övriga grupper.

Det är vanligare bland förtidspensionärer och arbetslösa att uppge ett besvär av vägtrafikbuller än i andra socioekonomiska grupper bland både män och kvinnor. Bland kvinnor ses en stark socioekonomisk gradient så att andelen är lägst i gruppen högre tjänstemän och högst i gruppen icke facklärd arbetare. En så tydlig gradient kan inte ses bland män.

Personer födda utomlands uppger i högre utsträckning att de besvärar av vägtrafikbuller än personer födda i Sverige.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004



# Innehållsförteckning

## Deltagare och metoder 9

Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)	9
Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt "Hälsa på lika villkor"	9
Frågeformulär	9
Population och urval	10
Datainsamling	11
Sekretess och utlämnande	11
Svarsfrekvens	12
Bortfall	15
Viktberäkning och estimation	15
Fördelning efter kön, ålder, socioekonomisk status och födelseland (grundvariablerna)	16
Redovisning av resultaten	17

## Resultat 19

### 1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa	20
Dålig psykisk hälsa (GHQ12)	21
Långvarig sjukdom	22
Sjukfrånvaro senaste året	23
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	24
Sömnbesvär	25
Stressad i vardagen	26
Låg vitalitet	27
Använt läkemedel senaste tre månaderna	28
Besvär med karies (hål i tänderna)	29

### 2. Levnadsvanor och livsstil 31

Daglig rökning	32
Slutat röka	33
Passiv rökning på arbetsplatsen	34
Använder snus	36
Någonsin rökt hasch	38
Övervikt	39
Fetma	40
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41
Riskkonsumtion av alkohol	42
Laglig privat införsel av alkohol	43
Köpt märkessprit av privatperson	44
Riskabla spelvanor	45
Äter lite frukt och grönsaker	46

### 3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 47

Ekonomisk stress	48
Arbetslös för tillfället	49
Svag social förankring i bostadsområdet	50
Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	51
Utsatt för hot om våld	52
Utsatt för våld	53
Svagt emotionellt stöd	54
Svagt praktiskt stöd	55
Lågt socialt deltagande	56
Låg tillit	57
Lågt förtroende för samhällsinstitutioner	58
Buller från vägtrafik besvärar	59

### 4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvärsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Inte fast anställd	63
Önskar byta yrke	64
Arbetar ofta övertid	65
Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	66
Höga psykologiska krav i arbetet	67
Låg kontroll i arbetet	68
Anspänd arbetssituation	69
Svagt socialt stöd i arbetet	70
Mobbning eller trakasserier i arbetet	71
Buller i arbetet	72
Ingen ersättning för friskvård	73
Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven	74
Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna	75
Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna	76

### 5. Kontakter med sjukvården 77

Otillfredsställda vårdbehov	78
Besökt akutmottagning	79
Legat på sjukhus eller sjukhem	80
Läkarbesök på grund av sjukdom	81
Lågt förtroende för sjukvården	82
Otillfredsställda tandvårdsbehov	83

## Sammanfattning 85

## Förvärvsarbetar mindre än 30 timmar per vecka

Förvärvsarbete är förknippat med såväl positiva som negativa faktorer för individens hälsa, där de förra oftast anses överväga. Andelen som arbetar i olika grupper ger en delvis ofullständig bild av sysselsättningen, varför en fråga om man arbetar mindre än 30 timmar i veckan, ställdes redan i undersökningen 2000.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som förvärvsarbetar mindre än 30 timmar i veckan något högre än andelen i hela riket (index = 104). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger under andelen i riket (index = 94, medan kvinnor ligger över (index = 107). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

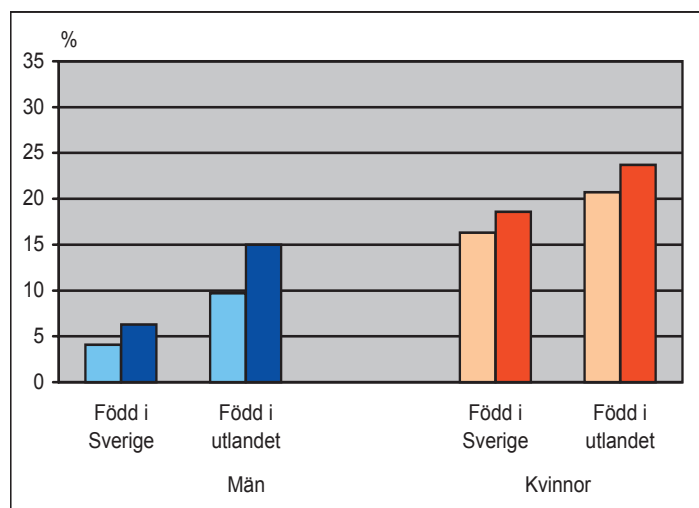
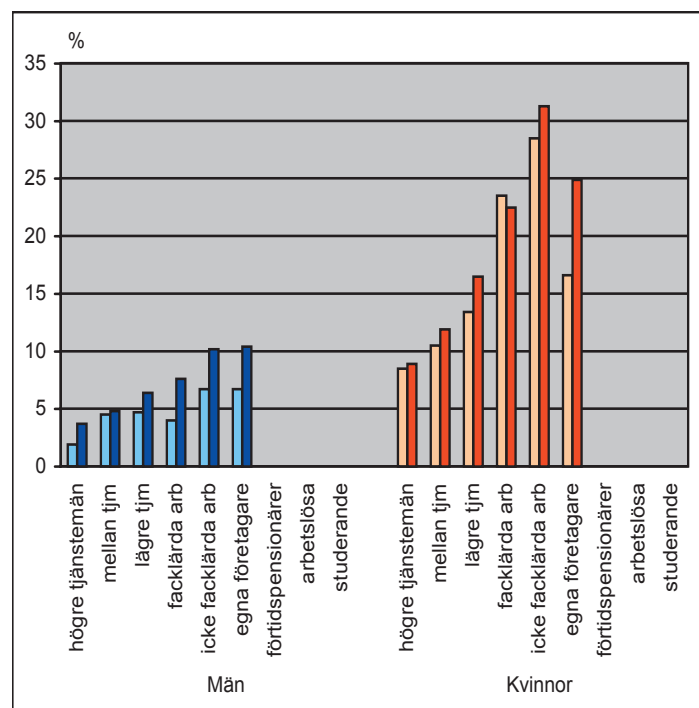
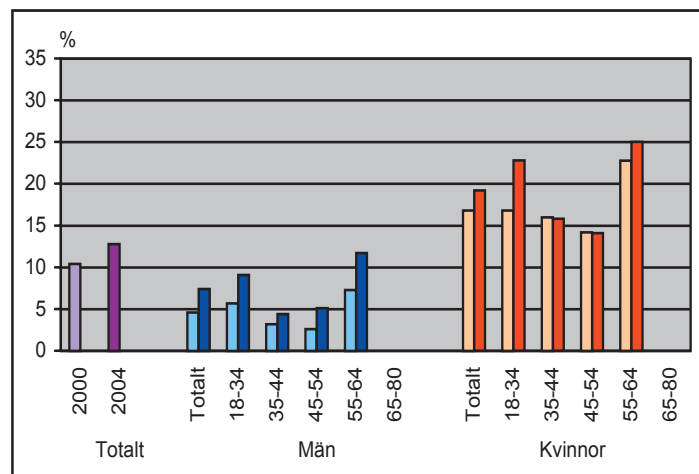
Andelen som förvärvsarbetar mindre än 30 timmar per vecka har ökat i den skånska befolkningen mellan 2000 till 2004, från 10 % till 13 %. Skillnaderna är stora mellan män och kvinnor, 7 % respektive 19 %, ökningen från 2000 är däremot på samma nivå för båda könen.

Andelen som förvärvsarbetar mindre än 30 timmar i veckan är högst i den yngsta (18-34 år) och den äldsta åldersgruppen (55-64 år), bland såväl män som kvinnor. Det är dock i den yngsta åldersgruppen som ökningen mellan 2000 och 2004 har varit störst, 3 % för männen i undersökningen och 6 % för kvinnorna.

Det noteras också stora variationer mellan de socioekonomiska grupperna, där andelen generellt är lägre bland tjänstemän, jämfört med arbetare och egna företagare. Såväl bland män som bland kvinnor noteras den lägsta andelen i gruppen högre tjänstemän, 4 % bland männen och 9 % bland kvinnorna. Den högsta andelen noteras bland icke facklärd arbetare, med 10 % bland männen och 31 % bland kvinnorna.

Som tidigare noteras påtagliga skillnader i andelen som arbetar mindre än 30 timmar i veckan, mellan utlandsfödda individer och individer födda i Sverige. Skillnaden är 9 % bland männen och 5 % bland kvinnorna. Ökningen mellan 2000 och 2004 var störst bland de utlandsfödda männen, 5 %.

	Index
Totalt .....	104
Män .....	94
Kvinnor .....	107



2000 2004

## Inte fast anställd

Anställningstryggheten har ibland anförts som en faktor som kan motverka stress och ohälsa som kan tänkas följa på detta. Därför inkluderades en fråga om anställningsformen redan i undersökningen 2000.

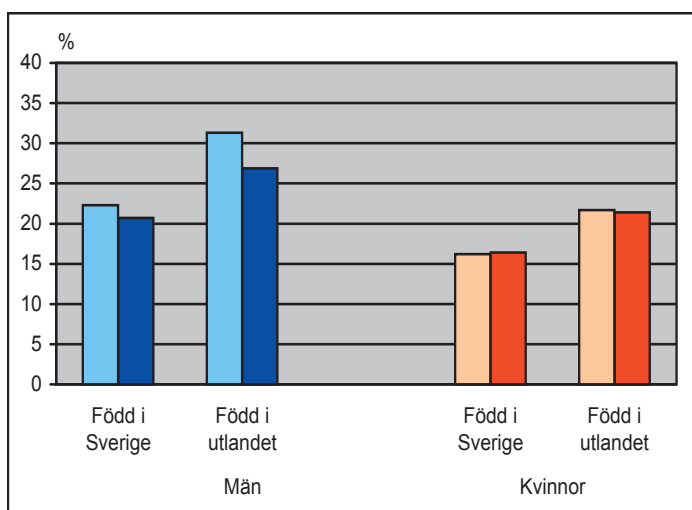
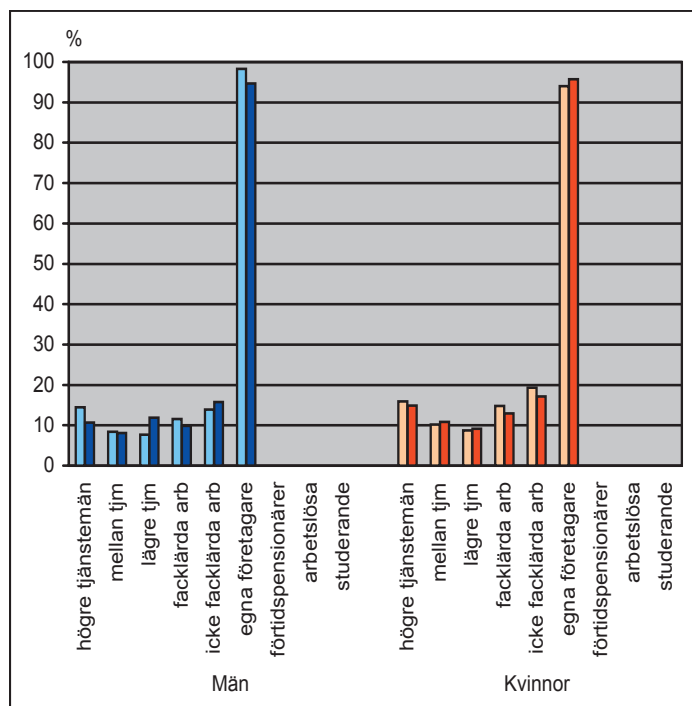
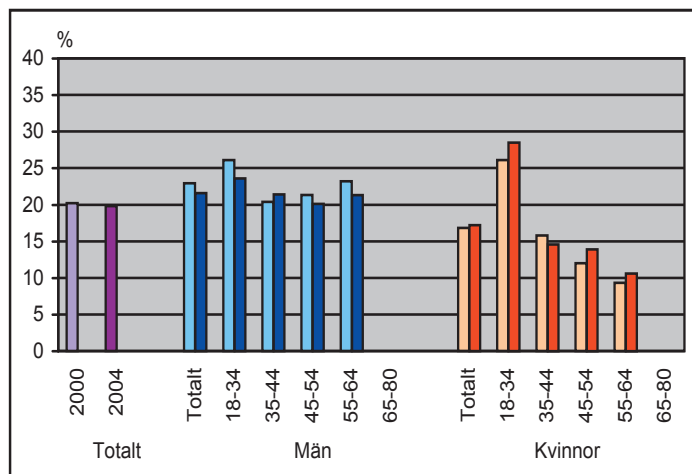
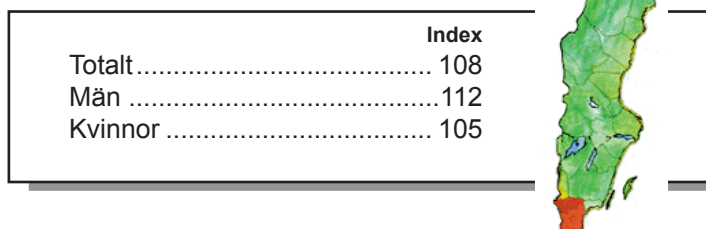
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som saknar fast anställning högre i Skåne än för hela riket (index = 108). Detta gäller för såväl män (index = 112) som kvinnor (index = 105). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Andelen av de yrkesverksamma i Skåne som saknar fast anställning har inte förändrats mellan 2000 och 2004, utan ligger på 20 %. Skillnaden i denna andel är stor mellan män och kvinnor, 23 % respektive 17 %.

Andelen som saknar fast anställning avtar med stigande ålder bland kvinnor och är högst i den yngsta åldersgruppen (18-34 år), 29 % medan den är lägst i åldersgruppen 55-64 år, 11 %. Ett liknande, men svagare mönster ses bland män.

Det socioekonomiska mönstret har inte ändrats påtagligt mellan 2000 och 2004. De högsta andelarna ses (förutom bland egna företagare) bland män i grupperna högre tjänstemän, 11 %, lägre tjänstemän, 12 % och icke facklärd arbetare, 16 %. Andelen bland lägre tjänstemän har ökat sedan förra undersökningen. Bland kvinnor ses de högsta andelarna bland högre tjänstemän, 15 % och icke facklärd arbetare, 17 %. Ett liknande mönster kunde ses vid undersökningen år 2000.

Man ser tydliga skillnader mellan individer födda utomlands och individer födda i Sverige avseende andelen som saknar fast anställning. Bland såväl män som kvinnor är andelen högre bland utlandsfödda jämfört med svenskfödda. Liknande skillnader kunde ses i undersökningen år 2000.



2000 2004

## Önskar byta yrke

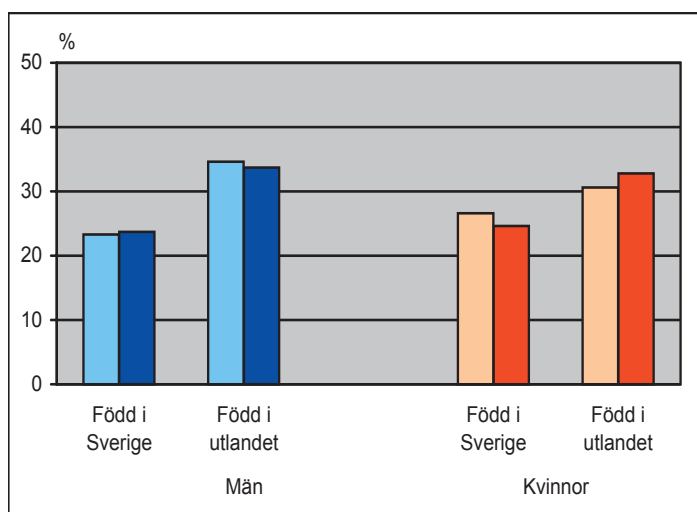
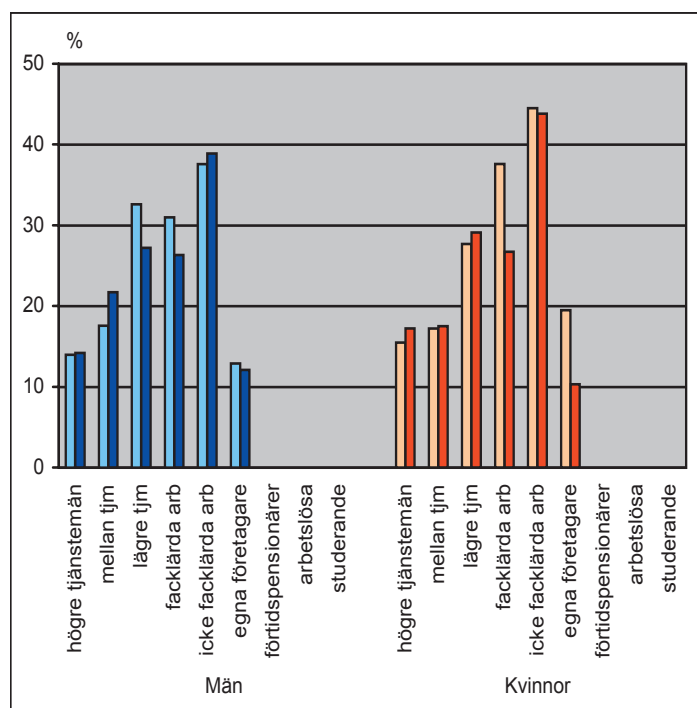
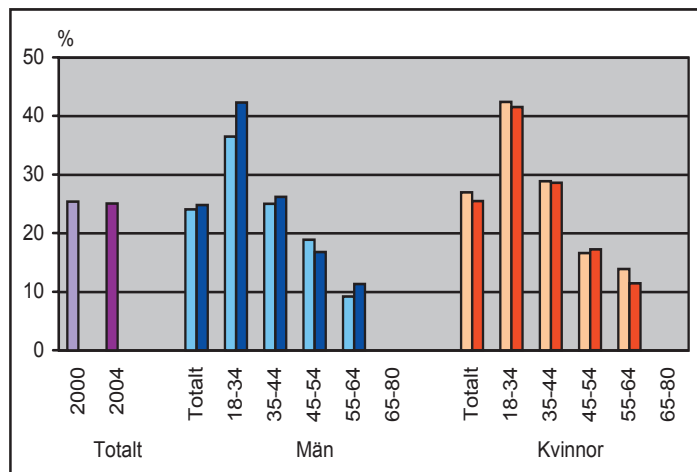
Att inte kunna byta yrke när man önskar detta, kan tyda på en så kallad inlåsningsituation vilket har ansetts utgöra en risk för olika typer av ohälsa och för sjukfrånvaro. Andelen av skåningar i aktivt förvärvsarbete som uppger att de önskar byta yrke är i oförändrad då resultatet från undersökningen 2004 jämförs med det från 2000, 25 %. Andelen är lika stor bland män och bland kvinnor.

Andelen som önskar byta yrke är som tidigare störst i den yngsta åldersgruppen (18-34 år), drygt 40 %, och lägst i den äldsta åldersgruppen, omkring 11 %. Detta är lika för män och kvinnor. Den enda påtagliga förändringen då man jämför siffrorna från 2000 med 2004, är att det skett en ökning bland män i åldersgruppen 18-34 år med 6 %.

Som tidigare så finns den lägsta andelen som önskar byta yrke bland högre tjänstemän och egna företagare, cirka 10 % bland såväl män som kvinnor. I grupperna facklärd arbetare och egna företagare noteras bland kvinnorna i undersökningen en minskning av andelen med 11 % respektive 9 %. Den enda grupp där en viss ökning kunde noteras är bland manliga tjänstemän på mellannivå, där andelen ökade med 4 %.

Som tidigare är andelen som angav att de önskar byta yrke betydligt högre bland individer födda i utlandet jämfört med individer födda i Sverige, omkring 33 % i den förstnämnda gruppen mot omkring 24 % i den sistnämnda gruppen.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004



## Arbetar ofta övertid

Under 1990-talet skedde förändringar i ekonomi och arbetsorganisation med därpå följande nedskärningar. Andelen som arbetade övertid eller tog med sig arbete hem ökade under denna period. Därefter har det skett en viss minskning, men andelen som arbetar övertid ligger fortfarande klart över de nivåer som fanns på 1980-talet.

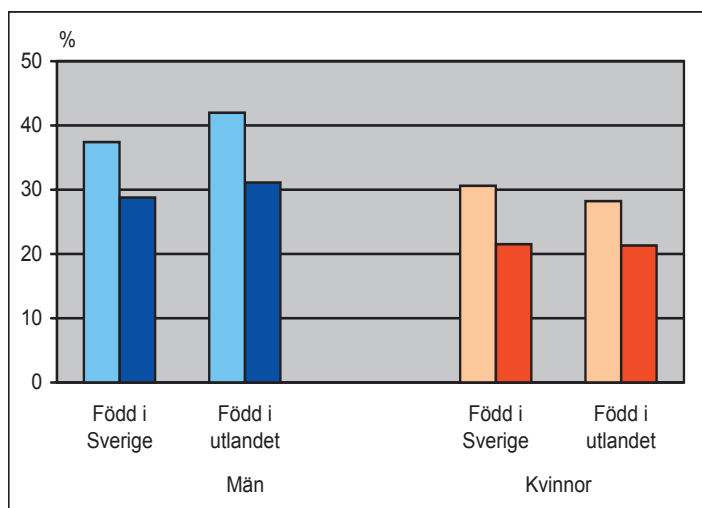
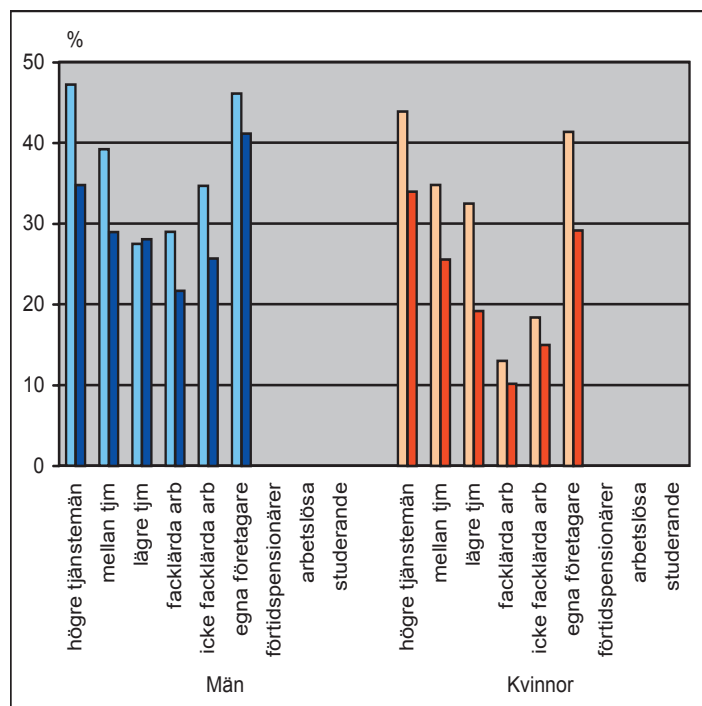
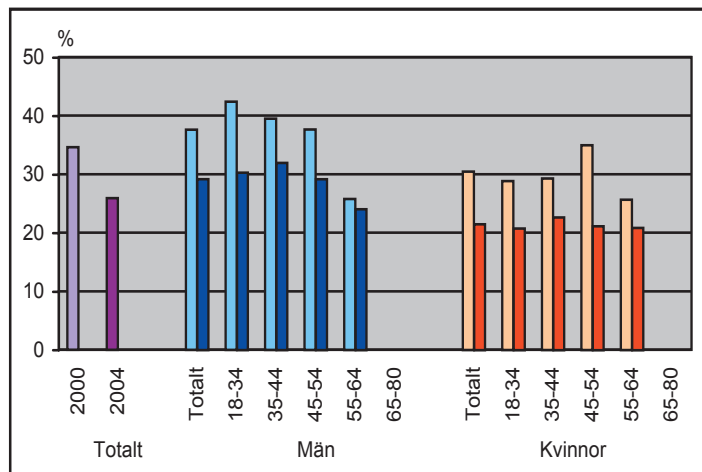
Andelen som uppgett att de ofta arbetar övertid är högre bland män, 29 %, än bland kvinnor, 22 %. Vid förra folkhälsoundersökningen år 2000 var motsvarande siffror 38 % respektive 31 %. Det har alltså skett en klar minskning i andelen som ofta arbetar övertid.

Den lägsta andelen som uppgett att de ofta arbetar övertid återfinns i åldersgruppen 55-64 år bland män, medan nivåerna är snarlika i de olika åldersgrupperna bland kvinnor.

Det finns liksom vid föregående undersökning stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. De högsta andelarna personer som ofta arbetar övertid ses bland högre tjänstemän samt egenföretagare bland såväl män som kvinnor. Den lägsta andelen ses bland facklärd arbetare.

Man ser inga tydliga skillnader i andelen som ofta arbetar övertid mellan personer födda i Sverige och personer födda utomlands.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa

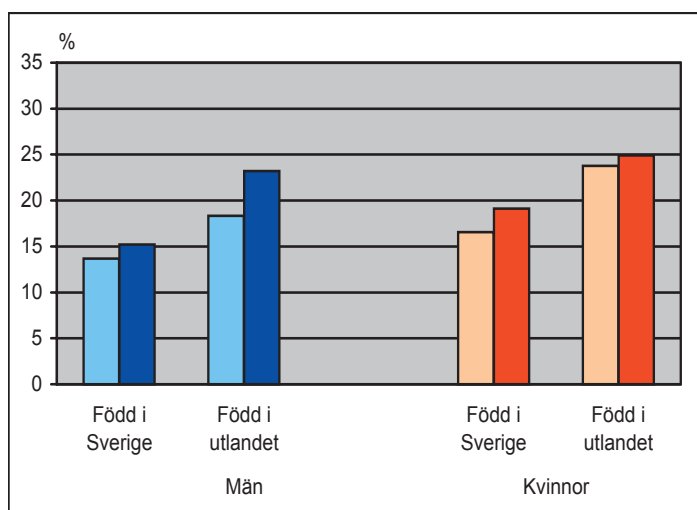
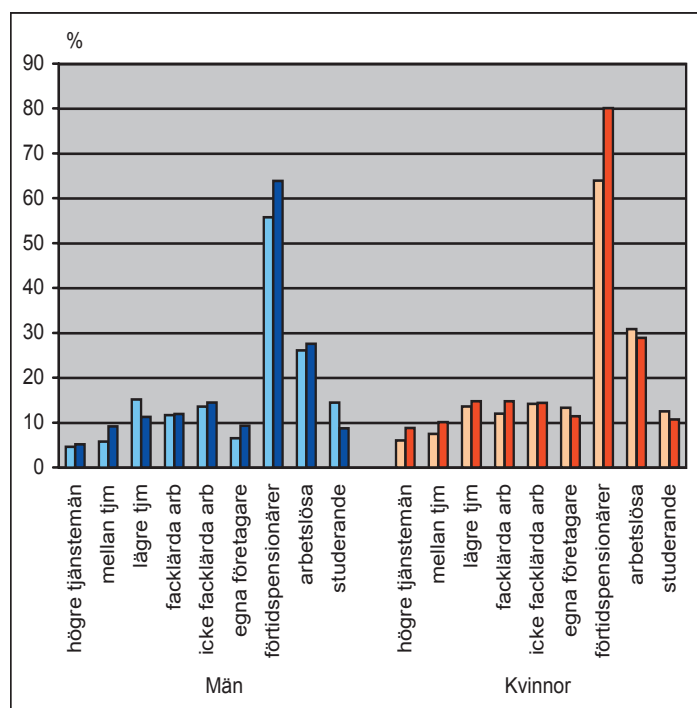
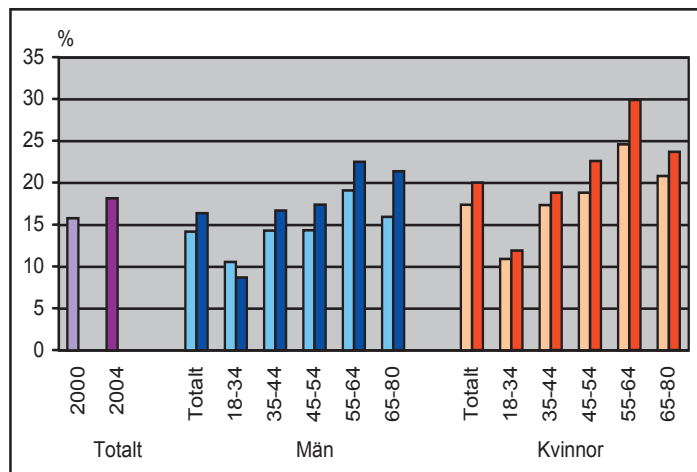
Andelen som uppgav att de någon gång hade bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa ökade i den skånska befolkningen mellan 2000 och 2004, från 16 % till 18 %. Ökningen var ungefär lika stor bland män som bland kvinnor vilket resulterade i en fortsatt högre andel bland kvinnor, 20 %, jämfört med män, 16 %.

Som tidigare är andelen lägst i den yngsta åldersgruppen (18-34 år), omkring 10 % för båda könen, och högst i åldersgruppen 55-64 år, 23 % bland männen och 30 % bland kvinnorna i undersökningen. Ökningen mellan 2000 och 2004 var störst i åldersgruppen 65-80 år bland män och i åldersgruppen 55-64 år bland kvinnor.

Som tidigare noteras en mycket stor skillnad mellan grupperna på respektive utanför arbetsmarknaden, med de högsta andelarna bland förtidspensionärer, 64 % bland männen och 80 % bland kvinnorna. De lägsta andelarna observeras bland högre tjänstemän, 5 % bland männen och 9 % bland kvinnorna i denna kategori. Ökningen mellan 2000 och 2004 var för båda könen störst bland förtidspensionärerna, 8 % för männen och hela 16 % för kvinnorna.

Andelen som bytt arbete eller arbetsuppgifter på grund av ohälsa bland utlandsfödda individer var omkring 7 % högre jämfört med individer födda i Sverige, såväl bland män som bland kvinnor. Den största ökningen, 5 %, noterades bland utlandsfödda män.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Höga psykologiska krav i arbetet

Under 1990-talet har såväl arbetstempot som tidspressen ökat inom de flesta yrken, vilket resulterat i högre psykologiska krav i arbetet.

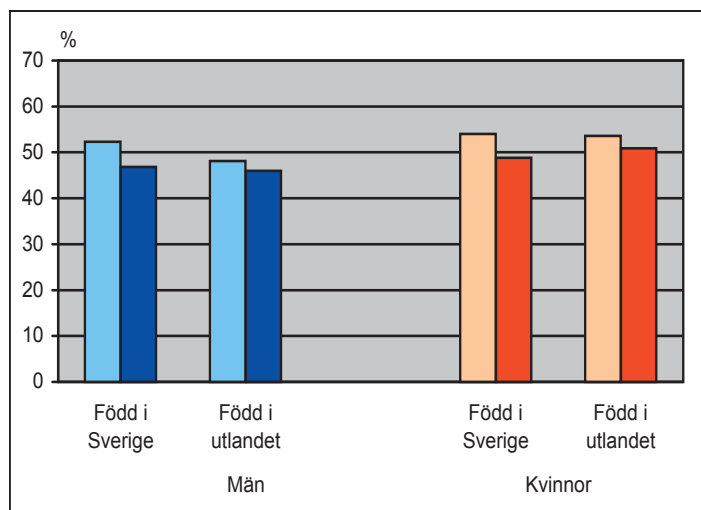
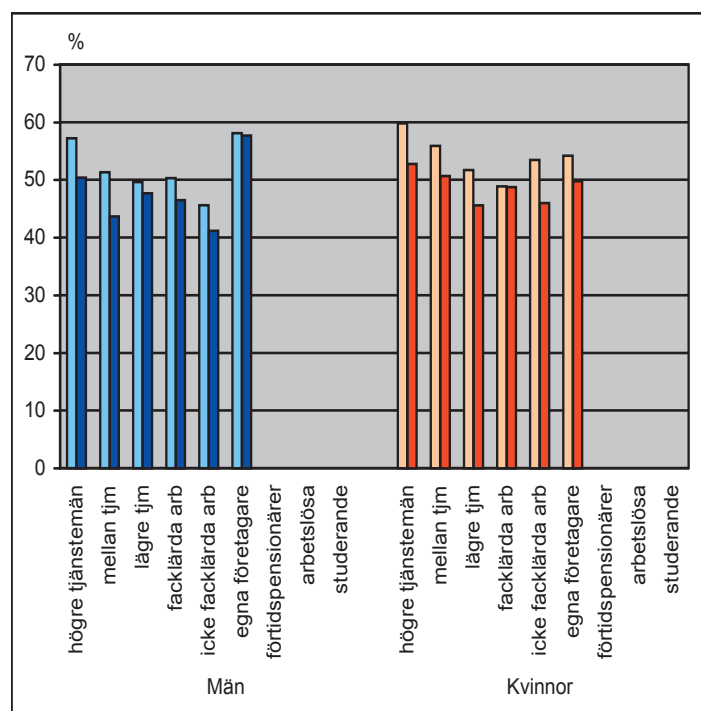
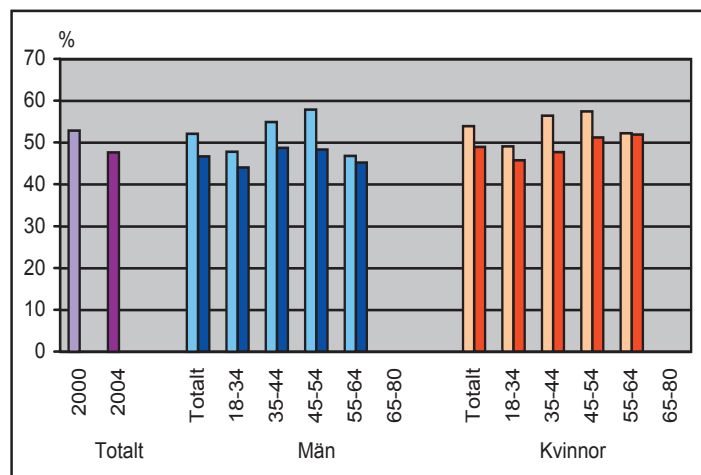
Fenomenet psykologiska krav i arbetet mäts med ett antal frågor genom vilka ett index räknas fram. Individer som får en indexpoäng över en förutbestämd gräns anses ha höga psykologiska krav i arbetet. Andelen som uppger höga psykologiska krav i arbetet har minskat något jämfört med föregående undersökning bland såväl män som kvinnor, från 53 % till 48 % totalt.

Andelen med höga psykologiska krav i arbetet är lägst bland såväl män som kvinnor i åldern 18-34 år. Den högsta andelen ses bland män i åldersgruppen 35-44 år och bland kvinnor i åldersgruppen 55-64 år. Andelen har minskat minst i den äldsta åldersgruppen bland både män och kvinnor.

Bland såväl män som kvinnor återfinns den högsta andelen med höga psykologiska krav i arbetet bland högre tjänstemän respektive egenföretagare. Den grupp som angett lägst andel är icke facklärd arbetare bland män och lägre tjänstemän bland kvinnor. Andelen med höga psykologiska krav i arbetet har minskat mest bland tjänstemän på hög eller mellan nivå bland män och bland högre tjänstemän och icke facklärd arbetare bland kvinnor.

Man ser ingen större skillnad vad gäller andelen med höga psykologiska krav i arbetet mellan personer födda i Sverige respektive födda utomlands.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Låg kontroll i arbetet

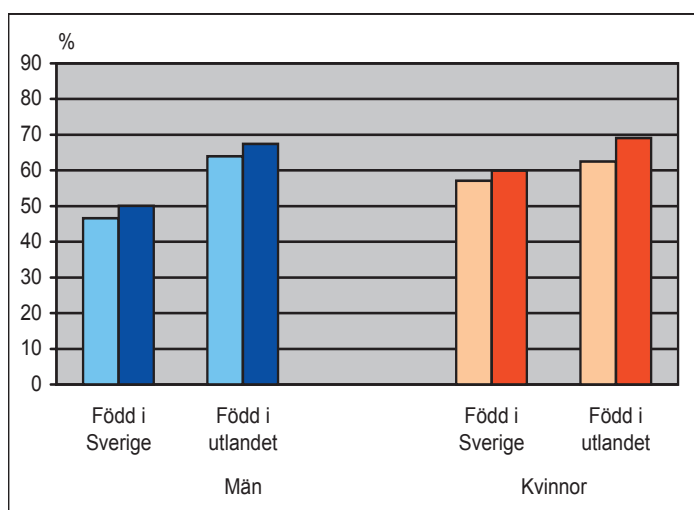
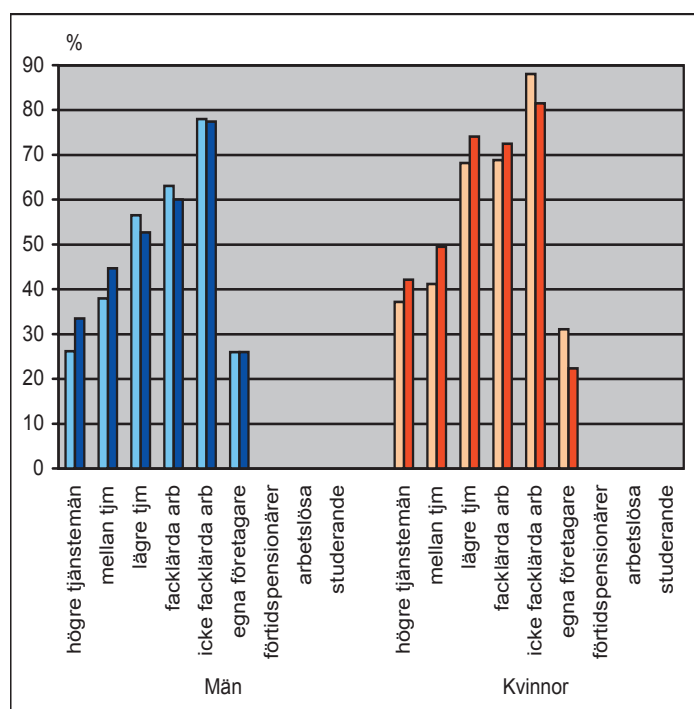
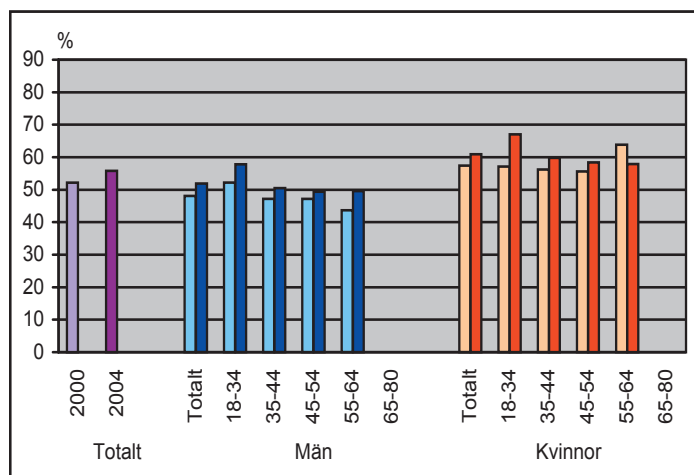
Att ha lågt inflytande (kontroll) över det egna arbetet har i ett flertal studier i kombination med höga psykologiska krav visat sig vara relaterat till ett antal sjukdomar. Kvinnor saknar oftare än män inflytande över arbetssituationen. Vissa aspekter av kontrolldimensionen, såsom att som mest halva arbetstiden kunna bestämma arbetstakten själv, har utvecklats negativt i alla socioekonomiska grupper under senare delen av 1990-talet.

Fenomenet lågt beslutsutrymme (kontroll) i arbetet mäts med ett antal frågor genom vilka ett index räknas fram. Individuer som får en indexpoäng över en förutbestämd gräns anses ha låg kontroll i arbetet. I Folkhälsoenkät Skåne 2004 uppgav 52 % av männen och 61 % av kvinnorna en låg kontroll i arbetet. Bland såväl män som kvinnor ses en åldersrelaterad trend så att andelen med låg kontroll är högst i åldersgruppen 18-34 år. Det är också i denna åldersgrupp som man ser den största ökningen av andelen med låg kontroll i arbetet mellan år 2000 och 2004.

De socioekonomiska skillnaderna vad gäller andelen med lågt beslutsutrymme i arbetet är stora. Endast 33 % av de manliga och 42 % av de kvinnliga högre tjänstemännen har ett lågt beslutsutrymme i arbetet, medan 77 % av de manliga och 82 % av de kvinnliga icke facklärdade arbetarna har ett lågt beslutsutrymme. Andelen har ökat bland högre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå bland både män och kvinnor.

Personer födda i utlandet har oftare än personer födda i Sverige ett lågt beslutsutrymme i arbetet. Denna skillnad har ökat något mellan 2000 och 2004 bland kvinnor.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Anspänd arbetssituation

En anspänd arbetssituation är enligt definitionen en arbetssituation karakteriserad av höga psykologiska krav och lågt beslutsutrymme. Antalet sådana arbeten ökade något under slutet av 1990-talet. Denna typ av arbetssituation har i ett antal studier visat sig sammanhänga med bland annat en ökad risk för insjuknande i hjärtkärlsjukdom.

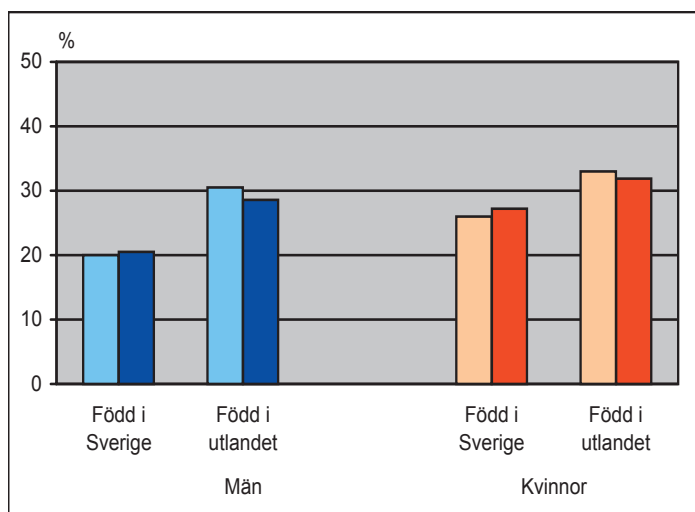
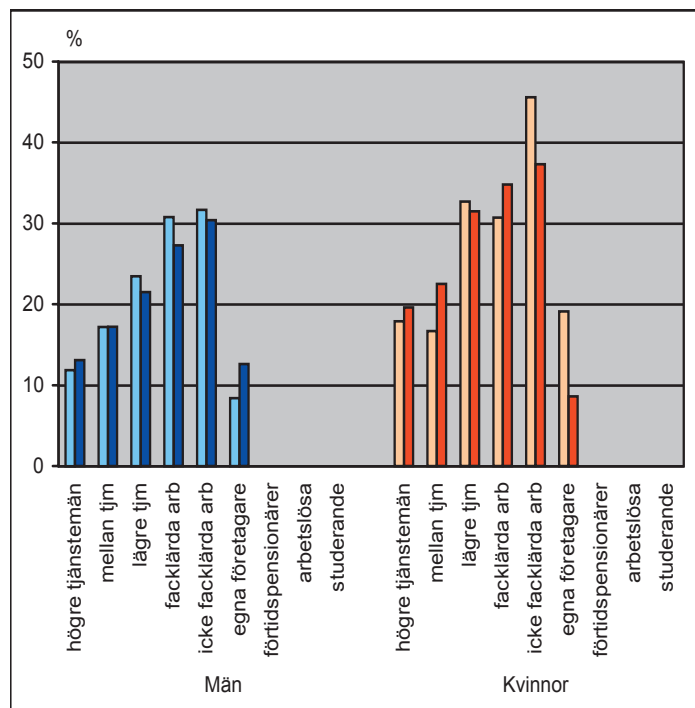
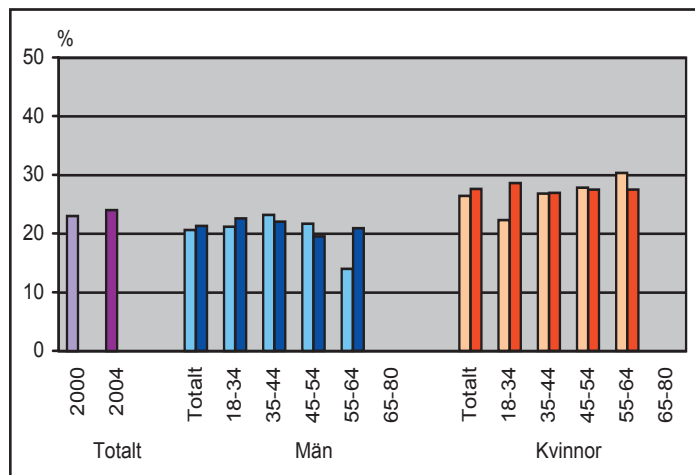
Andelen med en anspänd arbetssituation är högre bland kvinnor (28 %) jämfört med bland män (21 %). Man ser ingen större förändring jämfört med undersökningen Folkhälsoenkät Skåne 2000.

Man finner inga större åldersrelaterade skillnader i andelen med en anspänd arbetssituation varken för män eller kvinnor. Andelen har ökat i åldersgruppen 55-64 år bland män och i åldern 18-34 bland kvinnor.

Det finns tydliga skillnader mellan de olika socioekonomiska grupperna vad gäller förekomsten av en anspänd arbetssituation. Bland såväl män som kvinnor ses de lägsta andelarna med en anspänd arbetssituation bland tjänstemän på hög eller mellannivå respektive bland egna företagare. De högsta andelarna ses bland icke facklärd arbetare. Bland kvinnliga egna företagare och icke facklärd arbetare har andelen med en anspänd arbetssituation minskat mellan år 2000 och 2004, medan det skett en ökning bland tjänstemän på hög eller mellannivå.

Utlandsfödda har generellt en högre andel med en anspänd arbetssituation jämfört med personer födda i Sverige, men denna skillnad har minskat något

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Svagt socialt stöd i arbetet

Ett svagt socialt stöd i arbetet har, framförallt i kombination med en anspänd arbetssituation, visat sig påverka såväl den mentala hälsan, men även risken att insjukna i hjärtkärlsjukdomar. Faktorer som bland annat kan tänkas påverka det sociala stödet är anställningsvillkor och organisationsförändringar.

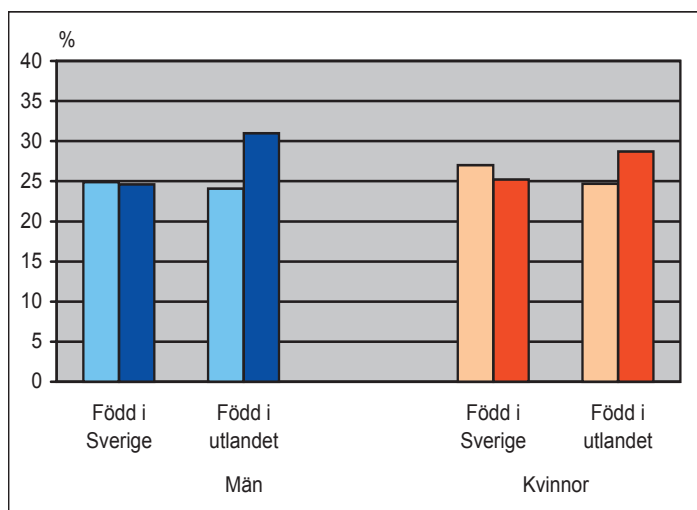
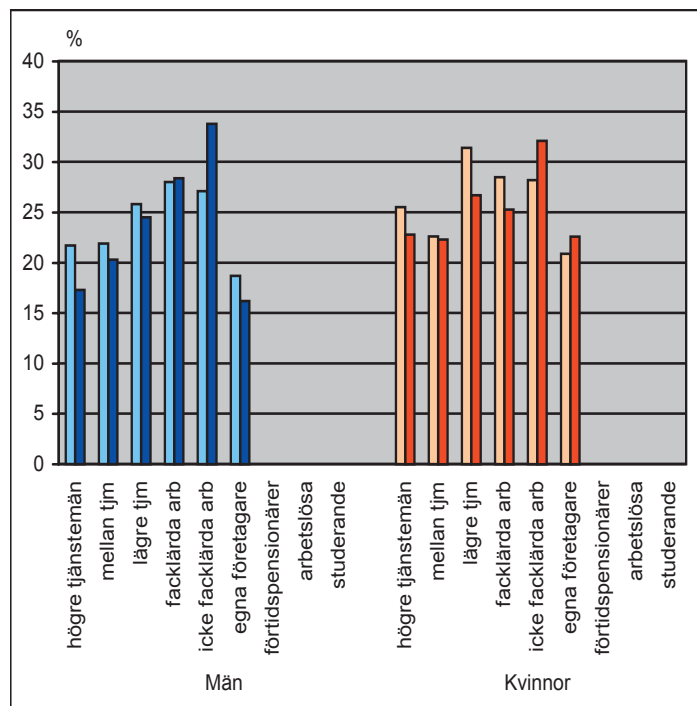
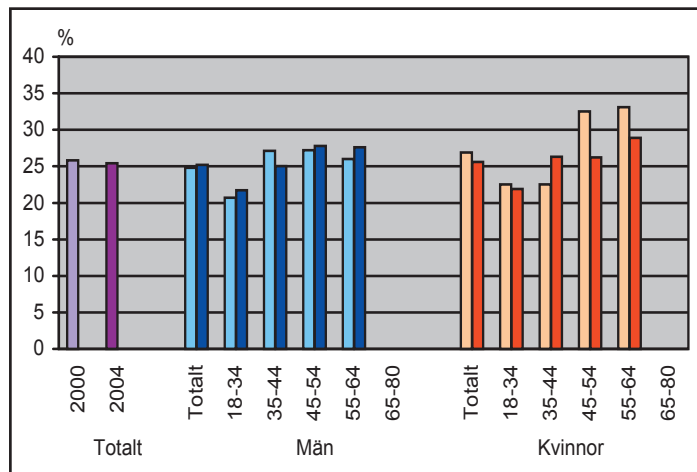
Andelen med ett svagt socialt stöd beräknades genom ett frågebatteri med frågor rörande stöd från såväl arbetskamrater som överordnade. Lite drygt var fjärde man och kvinna som svarat på enkäten kunde anses ha ett lågt socialt stöd i arbetet. Dessa andelar är snarlika de som uppgavs i förra folkhälsoundersökningen år 2000.

Det fanns betydande åldersrelaterade skillnader i andelen med lågt socialt stöd i arbetet. Den lägsta andelen sågs i åldersgruppen 18-34 år och var 22 % bland såväl män som kvinnor. Motsvarande andelar i åldersgruppen 55-64 år var 28 % bland män och 29 % bland kvinnor. Andelen har minskat mest påtagligt mellan 2000 och 2004 bland kvinnor i åldersgruppen 45-54 år och 55-64 år.

Skillnaderna mellan de olika socioekonomiska grupperna är tydlig. Den högsta andelen med ett lågt socialt stöd i arbetet ses bland icke facklärd arbetare bland såväl män som kvinnor, 34 % respektive 32 %. Detta kan jämföras med 17 % respektive 23 % bland högre tjänstemän och med 20 % respektive 22 % bland tjänstemän på mellannivå. Den lägsta andelen med lågt socialt stöd ses bland egna företagare bland män. I gruppen icke facklärd arbetare har andelen med lågt socialt stöd i arbetet ökat påtagligt för både män och kvinnor mellan år 2000 och 2004.

Andelen med lågt socialt stöd är högre bland personer födda utomlands än bland personer födda i Sverige beroende på att denna andel har ökat för utlandsfödda män och kvinnor mellan 2000-2004.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Mobbning eller trakasserier i arbetet

Andelen som anser att de minst några dagar i veckan utsätts för mobbning eller trakasserier är 3 % bland såväl män som kvinnor.

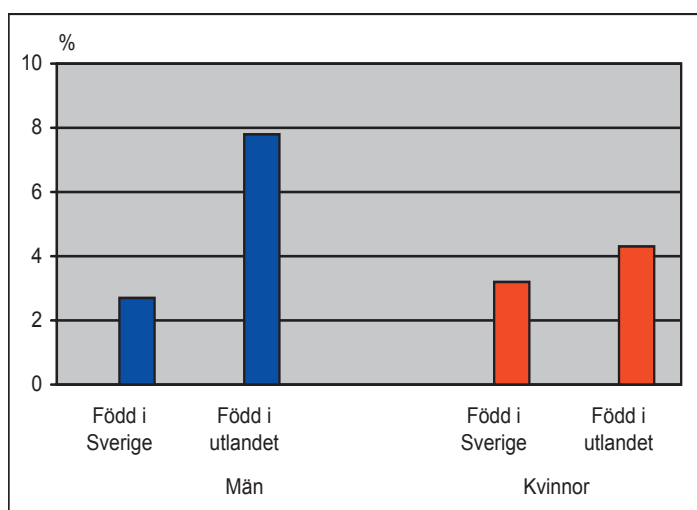
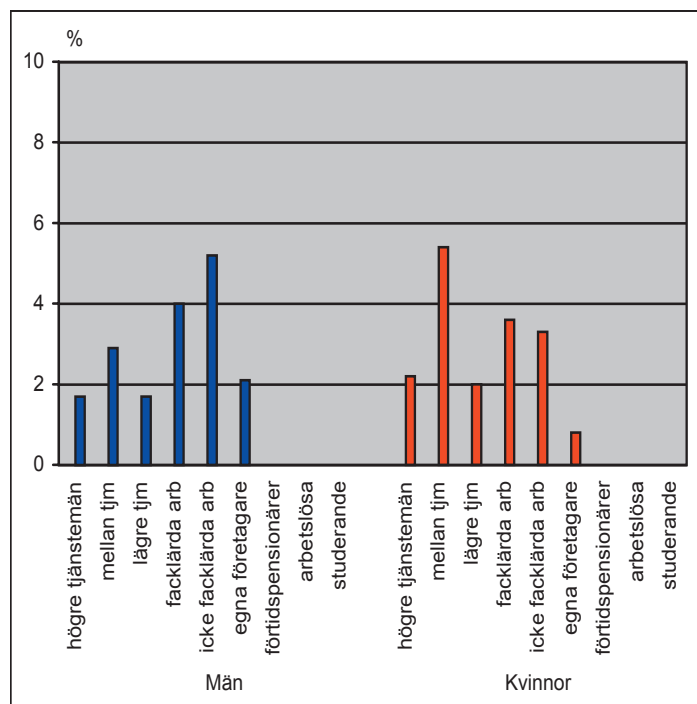
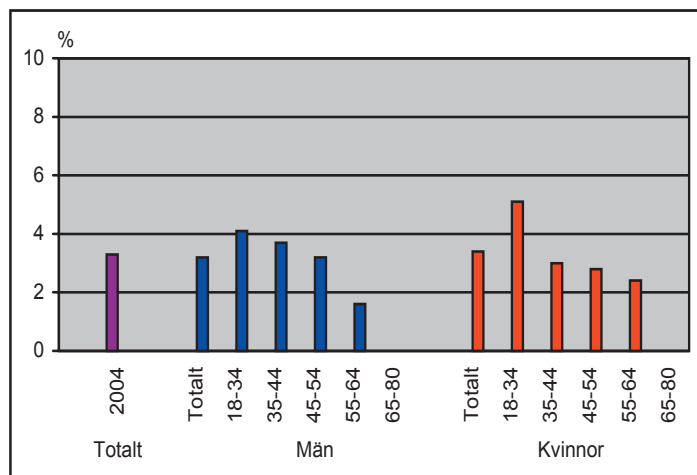
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som utsatts för mobbning eller trakasserier högre i Skåne än för hela riket (index = 108). Detta gäller för såväl män (index = 109) som kvinnor (index = 106). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Bland såväl män som kvinnor ser man en ålderskillnad i förekomsten av mobbning, så att andelen tenderar att minska med stigande ålder. Bland personer i åldern 18-34 år uppgav 4 % av männen och 5 % av kvinnorna att de minst några dagar i veckan utsätts för mobbning eller trakasserier. Motsvarande andelar i åldersgruppen 55-64 år var 2 % bland såväl män som kvinnor.

Den socioekonomiska fördelningen av förekomsten av mobbning skiljer sig mellan män och kvinnor. Bland män rapporterar arbetargrupperna i högre utsträckning än tjänstemän att de minst några dagar i veckan utsätts för mobbning eller trakasserier. Ett sådant mönster kan inte ses bland kvinnor. Bland kvinnor ses en påtagligt hög andel i gruppen tjänstemän på mellannivå.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda, noteras en betydligt högre andel som anger att de utsätts för mobbning eller trakasserier bland de sistnämnda. Skillnaderna är betydligt större bland män än bland kvinnor.

	Index
Totalt .....	108
Män .....	109
Kvinnor .....	106



2000 2004

## Buller i arbetet

Buller har under senare år kommit att uppmärksammas som en hälsorisk och kan leda till stress, försämrad sömn, hörselproblem samt koncentrations-svårigheter. Mer än 20 procent av EU:s befolkning anses vara utsatta för oacceptabla bullernivåer.

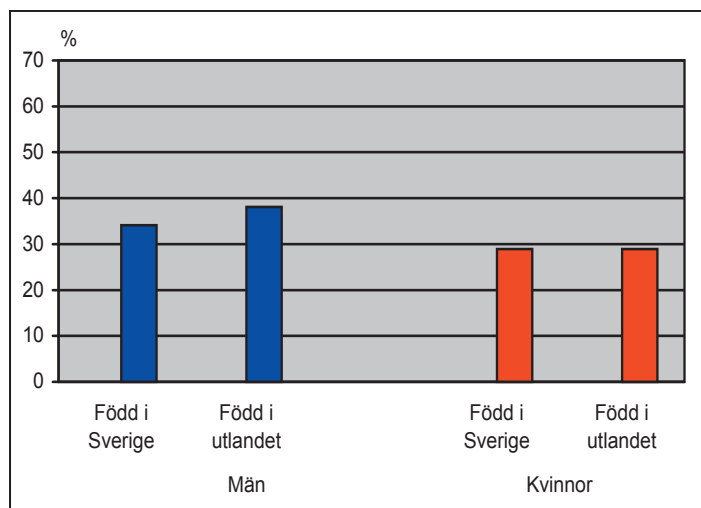
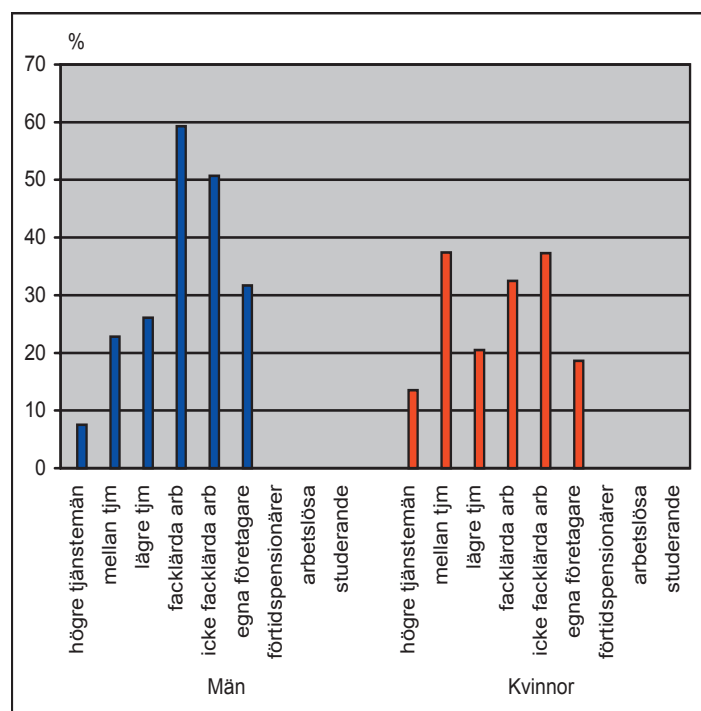
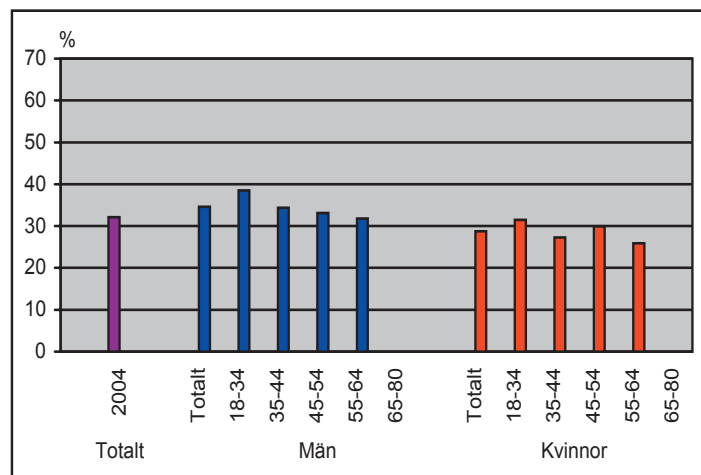
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen som dagligen besväras av buller i arbetet i nivå med andelen i hela riket (index = 101). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att detta gäller framförallt män (index = 99), medan kvinnor ligger över motsvarande andel i riket (index = 106). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

Andelen som uppger sig dagligen vara besvärad av buller i arbetet är 35 % bland män och 29 % bland kvinnor. Bland män ses ett ålderrelaterat mönster så att andelen avtar med stigande ålder. Ett liknande, men svagare, mönster ses även bland kvinnor.

Det finns stora skillnader mellan de olika socioekonomiska grupperna vad gäller att vara dagligen utsatt för buller i arbetet. Bland män återfinns de högsta andelarna bland facklärda och icke facklärda arbetare, 59 % respektive 51 % och den lägsta andelen bland högre tjänstemän, 8 %. Ett liknande mönster ses bland kvinnor, men där även gruppen tjänstemän på mellannivå anger en hög andel som besväras av buller i arbetet.

Bland män uppger personer födda utomlands något oftare att de dagligen utsätts för buller i arbetet än personer födda i Sverige. Något liknande mönster ses inte bland kvinnor.

	Index
Totalt .....	101
Män .....	99
Kvinnor .....	106



2000 2004



## Ingen ersättning för friskvård

Fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsan. Bristande fysisk aktivitet har visat sig sammanhånga med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdom, åldersdiabetes, benskörhet och övervikt. Bland annat har ökningen av arbete vid bildskärmar kommit att innebära en ökning av andelen med stillasittande arbete.

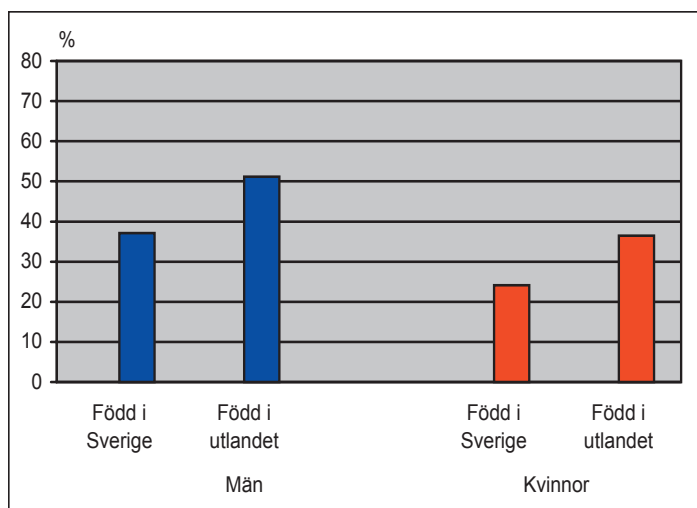
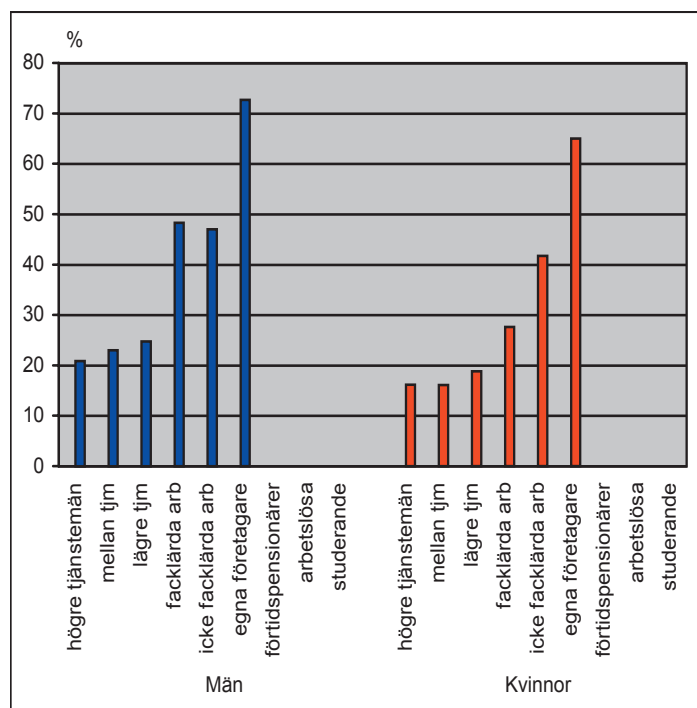
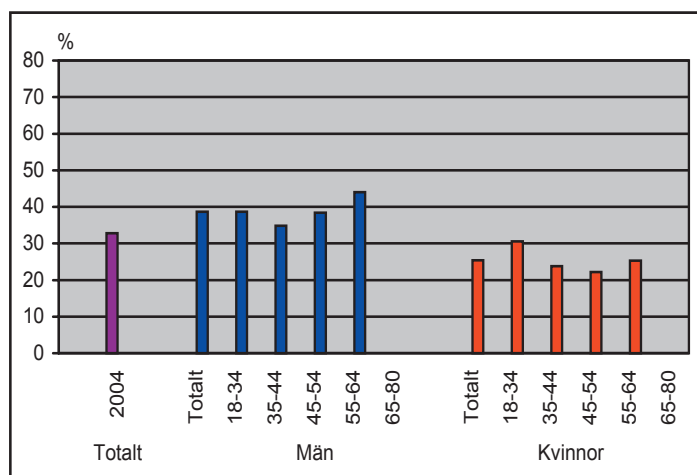
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” är andelen där arbetsgivaren inte erbjuder någon form av ersättning för motion eller träning något lägre i Skåne än för hela riket (index = 97). Detta gäller för såväl män (index = 97) som kvinnor (index = 97). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket. Ett värde på 100 anger samma nivå i Skåne som i riket.

I Folkhälsoenkät Skåne 2004 uppgav 39 % av männen och 25 % av kvinnorna att arbetsgivaren inte erbjuder någon form av ersättning för motion eller träning. Bland män var denna andel högst i åldersgruppen 55-64 år, medan det omvända mönstret kunde ses bland kvinnor, där andelen var högst i åldersgruppen 18-34 år.

Det finns tydliga socioekonomiska skillnader vad gäller andelen som uppgett att arbetsgivaren inte erbjuder någon form av ersättning för motion eller träning. Bland män är andelen mer än dubbelt så hög bland facklärd respektive icke facklärd arbetare, 48 % och 47 % som bland högre tjänstemän, 21 %. Motsvarande siffror bland kvinnor är 28 %, 42 % samt 16 %. Andelen är högst bland egna företagare bland såväl män som kvinnor.

Andelen där arbetsgivaren inte erbjuder någon form av ersättning för motion eller träning är betydligt högre bland personer födda utomlands jämfört med bland personer födda i Sverige bland såväl män som kvinnor.

	Index
Totalt .....	97
Män .....	97
Kvinnor .....	97



2000 2004

## Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven

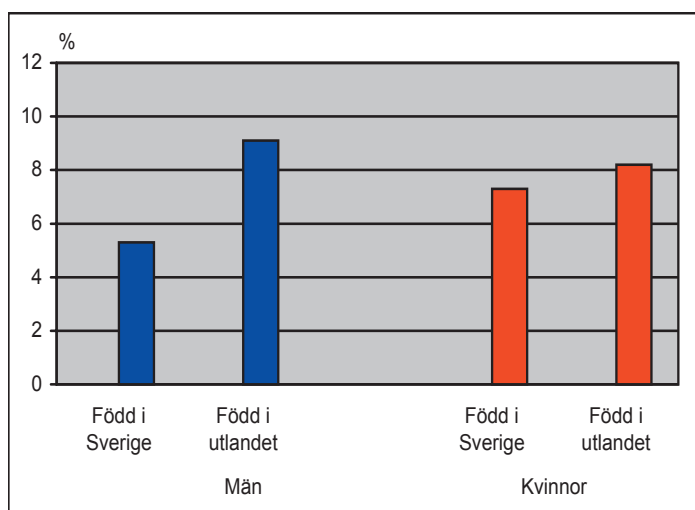
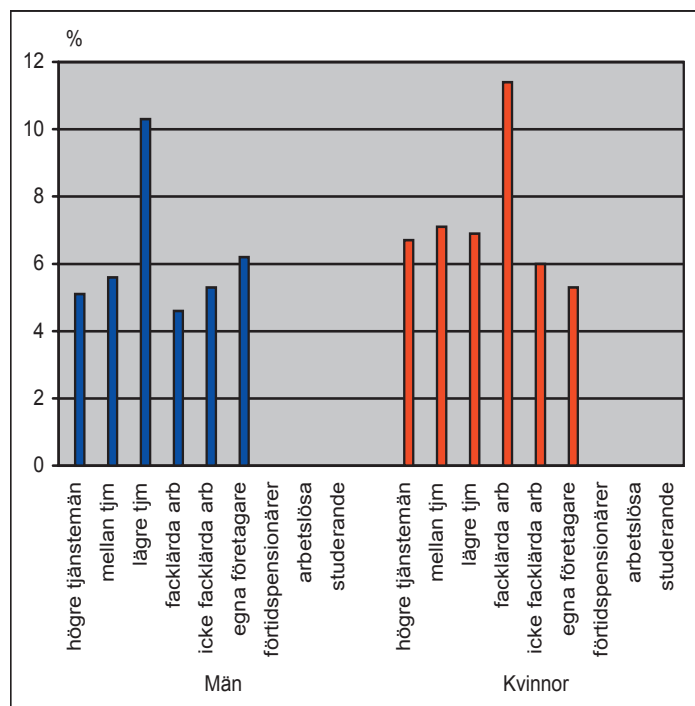
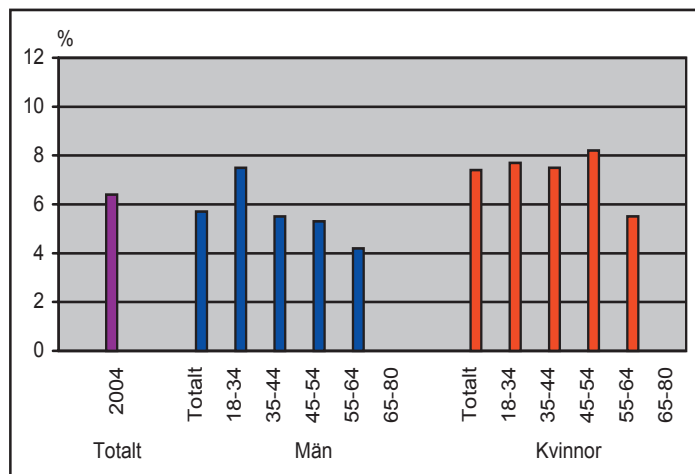
Andelen som anser att problem i familjen/privatlivet har mycket stor betydelse för sin egen risk att bli sjukskriven är 6 % bland män och 7 % bland kvinnor.

Bland män minskar andelen med stigande ålder. Andelen som anser att problem i familjen/privatlivet har mycket stor betydelse för sin egen risk att bli sjukskriven är 8 % i åldersgruppen 18-34 år och 4 % i åldersgruppen 55-64 år. Bland kvinnor ses den lägsta andelen i åldern 55-64 år och den högsta andelen i åldern 45-54 år.

Vad gäller socioekonomiska skillnader ses den högsta andelen bland manliga lägre tjänstemän och kvinnliga facklärdade arbetare. För övrigt ses inget tydligt socioekonomiskt mönster vad gäller andelen som anser att problem i familjen/privatlivet har stor betydelse för risken att bli sjukskriven, varken bland män eller kvinnor.

Bland män ses en tydlig skillnad i ovannämnda andel så att personer födda utomlands har en högre andel än personer födda i Sverige. Ett liknande mönster ses bland kvinnor, dock inte lika tydligt.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna

Det finns ett flertal studier som visar att sjukskrivningsnivån samvarierar med den ekonomiska konjunkturen. I lågkonjunktur ökar antalet arbetslösa medan sjukskrivningarna minskar. Vanliga diagnoser bakom kortare sjukfrånvaro är olika typer av infektionssjukdomar som inte kräver läkarvård, medan den längre sjukfrånvaron ofta är relaterad till diagnoser som kräver medicinsk behandling.

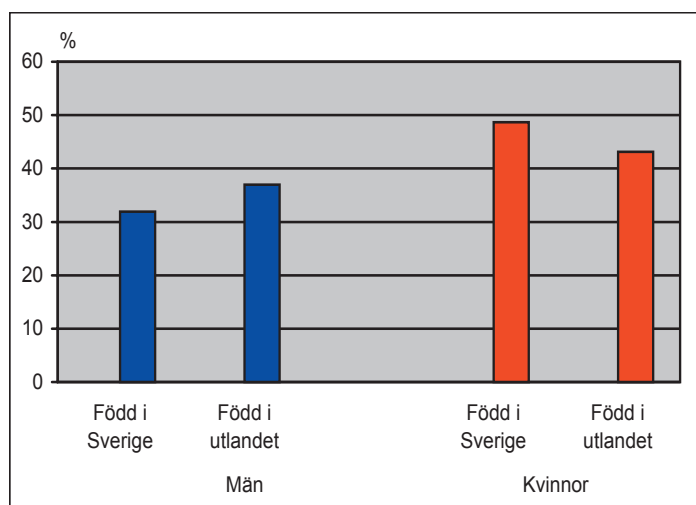
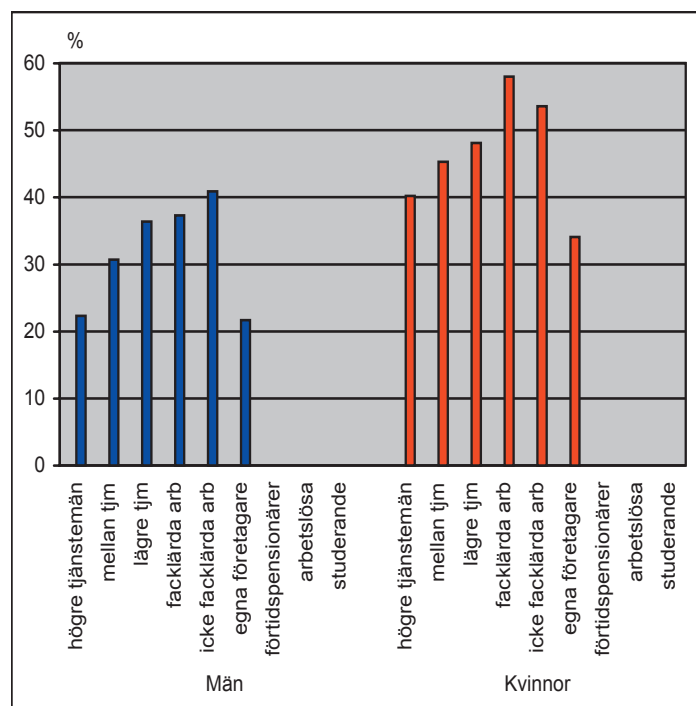
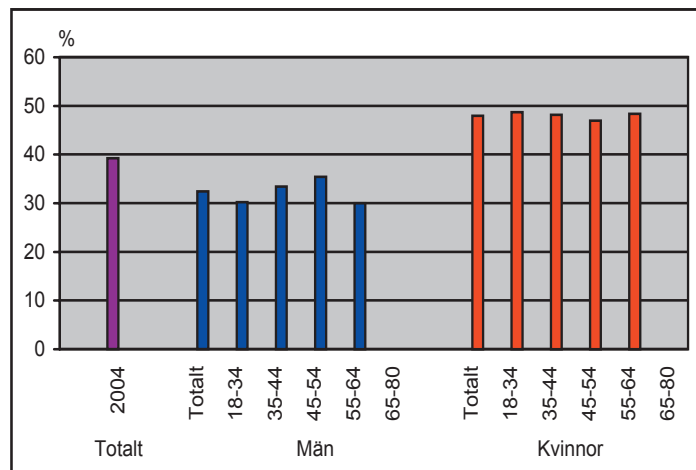
Andelen som anser att påfrestande arbetsförhållanden har en mycket stor inverkan på sjukskrivningarna i Sverige är klart högre bland kvinnor, 48 %, än bland män, 32 %.

Bland såväl män som kvinnor är andelen som anser att påfrestande arbetsförhållanden har en mycket stor inverkan på sjukskrivningarna i Sverige jämnt fördelad i olika åldrar.

De socioekonomiska skillnaderna i ovannämnda andel är likartade bland män och kvinnor. Manliga facklärdade respektive icke facklärdade arbetare anger en högre andel som anser att påfrestande arbetsförhållanden har en sådan inverkan på sjukskrivningarna, 37 % respektive 41 % jämfört med högre tjänstemän, 22 %. Motsvarande andelar bland kvinnor var, 58 %, 54 % och 40 %. Den lägsta andelen ses i gruppen egna företagare bland såväl män som kvinnor.

Medan ovannämnda andel var högre bland utlandsfödda män jämfört med svenskfödda, sågs det omvända mönstret bland kvinnor.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

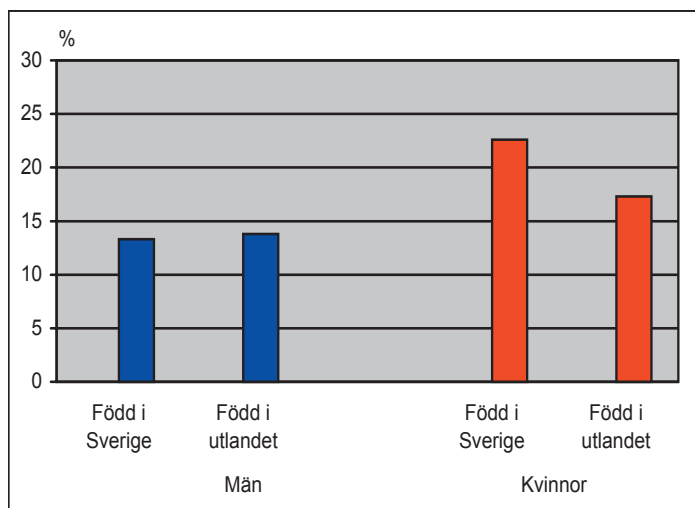
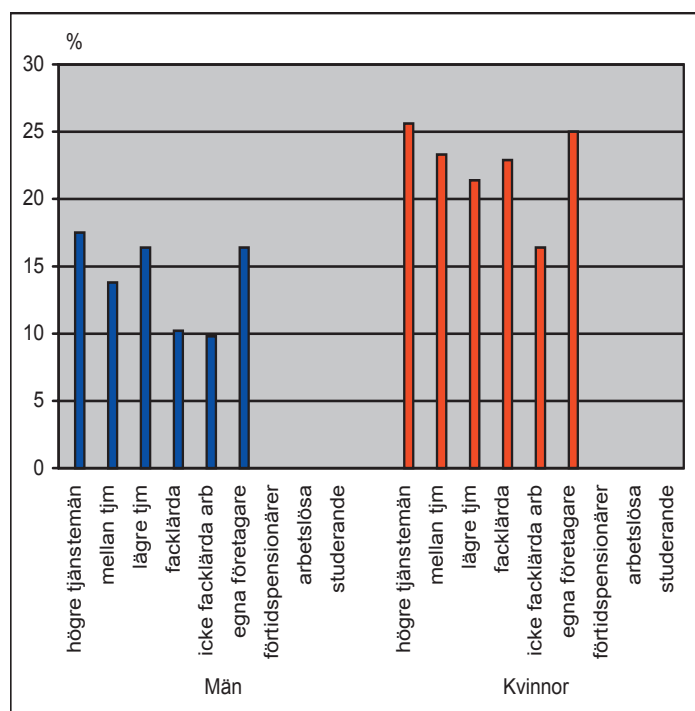
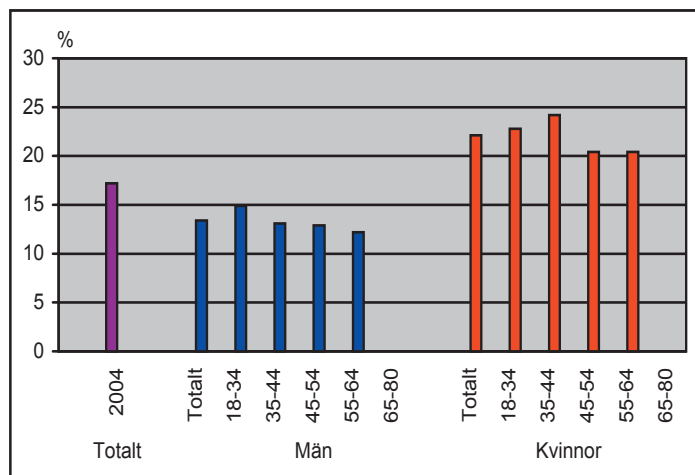
## Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna

I Folkhälsoenkät Skåne 2004 är det 13 % av männen och 22 % bland kvinnorna som anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna i Sverige. Denna andel är jämnt fördelad i de olika åldergrupperna bland både män och kvinnor.

Bland män ses en tydlig socioekonomisk gradient i den arbetande delen av befolkningen så att andelen generellt är lägre bland arbetare än tjänstemän. Bland kvinnor ses den högsta andelen bland högre tjänstemän, 26 % och egenföretagare, 25 %, medan man ser den lägsta andelen bland icke facklärd arbetare, 16 %.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda respektive utlandsfödda personer, noteras en högre andel bland de svenskfödda bland kvinnor, medan man inte ser någon sådan skillnad bland män.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

# Innehållsförteckning

<b>Deltagare och metoder</b>	<b>9</b>	<b>3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet</b>	<b>47</b>
Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004)	9	Ekonomisk stress	48
Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000) samt "Hälsa på lika villkor"	9	Arbetslös för tillfället	49
Frågeformulär	9	Svag social förankring i bostadsområdet	50
Population och urval	10	Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	51
Datainsamling	11	Utsatt för hot om våld	52
Sekretess och utlämnande	11	Utsatt för våld	53
Svarsfrekvens	12	Svagt emotionellt stöd	54
Bortfall	15	Svagt praktiskt stöd	55
Viktberäkning och estimation	15	Lågt socialt deltagande	56
Fördelning efter kön, ålder, socioekonomisk status och födelseland (grundvariablerna)	16	Låg tillit	57
Redovisning av resultaten	17	Lågt förtroende för samhällsinstitutioner	58
		Buller från vägtrafik besvärar	59
<b>Resultat</b>	<b>19</b>	<b>4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö</b>	<b>61</b>
<b>1. Hälsa och läkemedel</b>	<b>19</b>	Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Dålig självskattad hälsa	20	Inte fast anställd	63
Dålig psykisk hälsa (GHQ12)	21	Önskar byta yrke	64
Långvarig sjukdom	22	Arbetar ofta övertid	65
Sjukfrånvaro senaste året	23	Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	66
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	24	Höga psykologiska krav i arbetet	67
Sömnbesvär	25	Låg kontroll i arbetet	68
Stressad i vardagen	26	Anspänd arbetssituation	69
Låg vitalitet	27	Svagt socialt stöd i arbetet	70
Använt läkemedel senaste tre månaderna	28	Mobbning eller trakasserier i arbetet	71
Besvär med karies (hål i tänderna)	29	Buller i arbetet	72
		Ingen ersättning för friskvård	73
<b>2. Levnadsvanor och livsstil</b>	<b>31</b>	Anser att problem i privatlivet har stor betydelse för egen risk att bli sjukskriven	74
Daglig rökning	32	Anser att påfrestande arbetsförhållanden har stor påverkan på sjukskrivningarna	75
Slutat röka	33	Anser att påfrestningar utanför arbetet har stor påverkan på sjukskrivningarna	76
Passiv rökning på arbetsplatsen	34	<b>5. Kontakter med sjukvården</b>	<b>77</b>
Använder snus	36	Otillfredsställda vårdbehov	78
Någonsin rökt hasch	38	Besökt akutmottagning	79
Övervikt	39	Legat på sjukhus eller sjukhem	80
Fetma	40	Läkarbesök på grund av sjukdom	81
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41	Lågt förtroende för sjukvården	82
Riskkonsumtion av alkohol	42	Otillfredsställda tandvårdsbehov	83
Laglig privat införsel av alkohol	43		
Köpt märkessprit av privatperson	44		
Riskabla spelvanor	45		
Äter lite frukt och grönsaker	46		
		<b>Sammanfattning</b>	<b>85</b>

## Otillfredsställda vårdbehov

Det är välkänt att det finns skillnader mellan olika befolkningsgrupper dels vad gäller vårdutnyttjande, men även med avseende på i vilken grad man upplever sig ha otillfredsställda vårdbehov. I enkäten ställdes frågan om man under de senaste 3 månaderna haft behov av vård men inte sökt. Andelen med otillfredsställda vårdbehov var 21 % bland kvinnor och 18 % bland män. Motsvarande siffror år 2000 var 22 % respektive 21 %. Detta innebär således en viss minskning jämfört med år 2000.

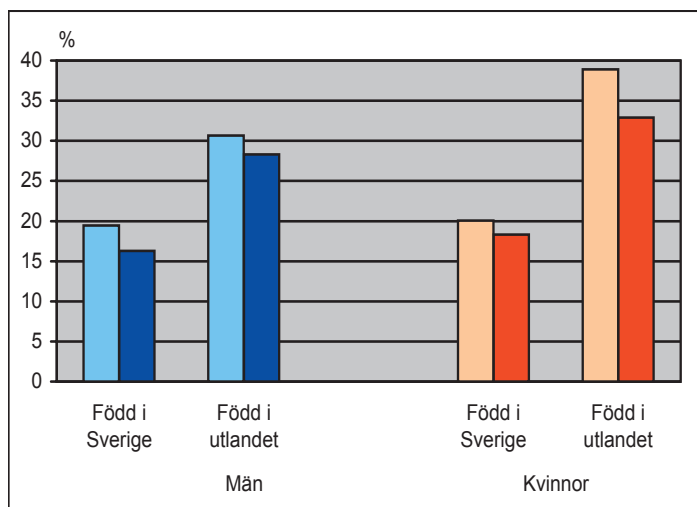
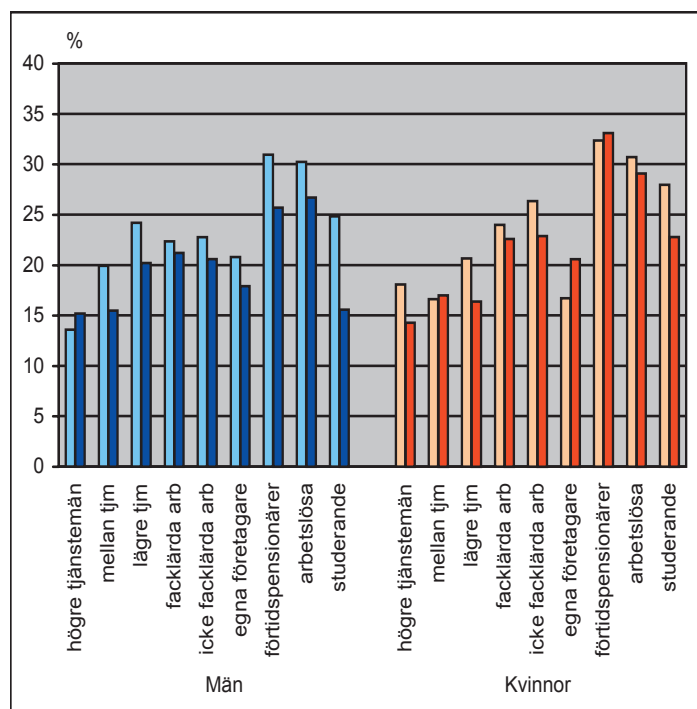
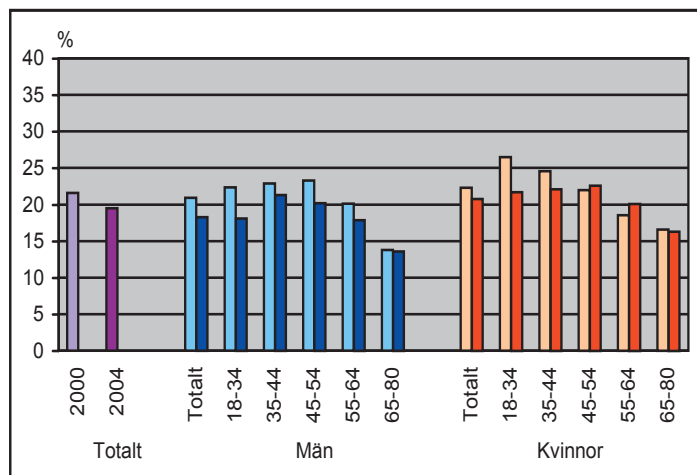
Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med otillfredsställda vårdbehov i nivå med andelen i hela riket (index = 98). När man tittar på män och kvinnor separat ser man att medan män ligger under andelen i riket (index = 95) så ligger kvinnor i nivå med andelen i riket (index = 100). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket

Andelen med otillfredsställda vårdbehov minskar, med undantag för den yngsta åldersgruppen, med stigande ålder. Andelen har ökat bland kvinnor i åldersgrupperna 45-54 år och 55-64 år.

Bland män finns en klar socioekonomisk gradient i den arbetande delen av befolkningen med den lägsta andelen bland högre tjänstemän och den högsta andelen bland arbetargrupperna. Ett liknande mönster ses bland kvinnor. Den högsta andelen med otillfredsställda vårdbehov ses bland förtidspensionärer och arbetslösa bland såväl män som kvinnor. Andelen med otillfredsställda vårdbehov har minskat mellan år 2000 och 2004 även i dessa grupper bland män, men inte bland kvinnor.

Liksom vid föregående folkhälsoundersökning från år 2000 är andelen med otillfredsställda vårdbehov nästan dubbelt så hög bland personer födda utomlands som bland personer födda i Sverige.

	Index
Totalt .....	98
Män .....	95
Kvinnor .....	100



2000 2004

## Besökt akutmottagning

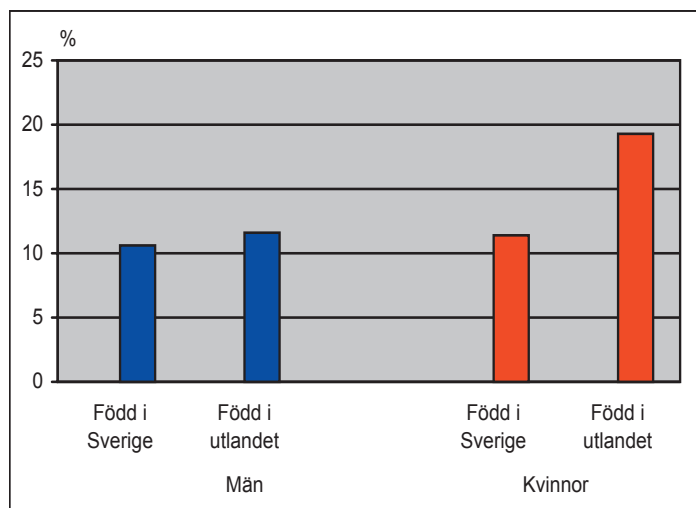
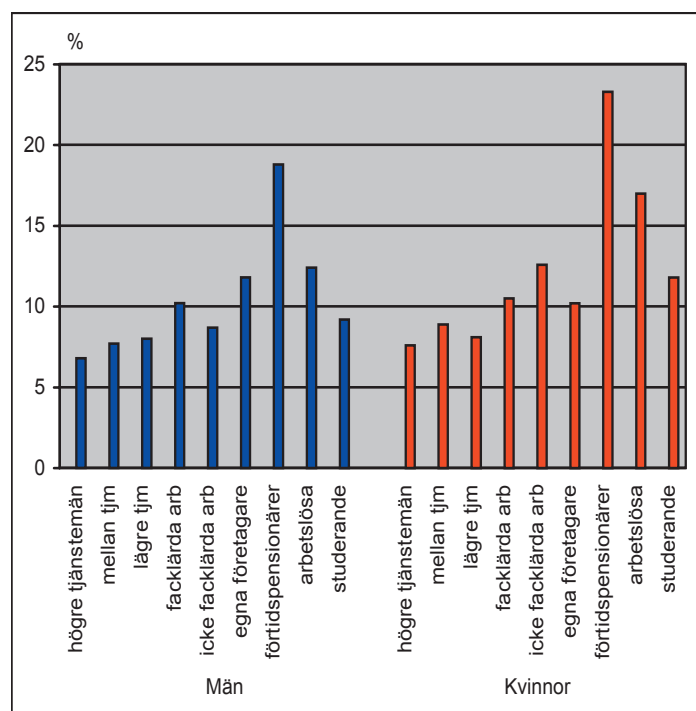
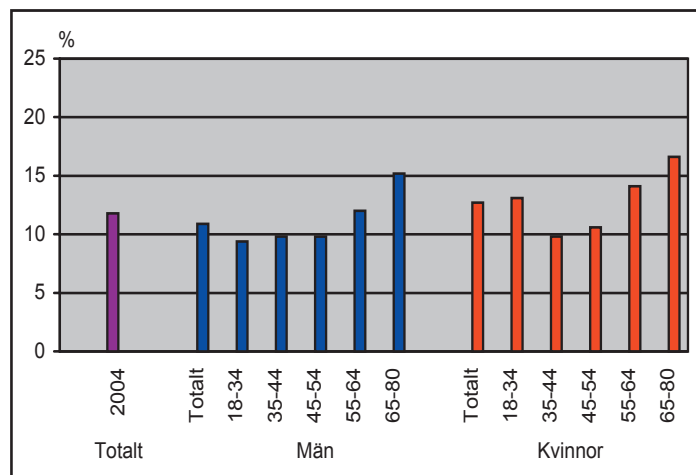
Andelen som någon gång under de senaste 3 månaderna sökt akutmottagning var 11 % bland män och 13 % bland kvinnor.

Bland såväl män som kvinnor återfinns den högsta andelen i den äldsta åldersgruppen, 65-80 år, 15 % respektive 17 %. Den lägsta andelen som sökt akutmottagning ses bland män i åldersgruppen 18-34 år, 9 % och bland kvinnor i åldersgruppen 35-44 år, 10 %.

När det gäller fördelningen mellan olika socioekonomiska grupper så är det främst bland förtidspensionärer och arbetslösa som man finner en hög andel som sökt akutmottagning under de senaste 3 månaderna bland såväl män, 19 % respektive 12 % som kvinnor, 23 % respektive 17 %. I den arbetande befolkningen är det män och kvinnor i grupperna egen företagare, facklärda respektive icke facklärda arbetare som uppgett en relativt hög andel.

Personer födda utomlands har sökt akutmottagning i betydligt högre utsträckning än personer födda i Sverige bland kvinnor, medan denna skillnad är liten bland män.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

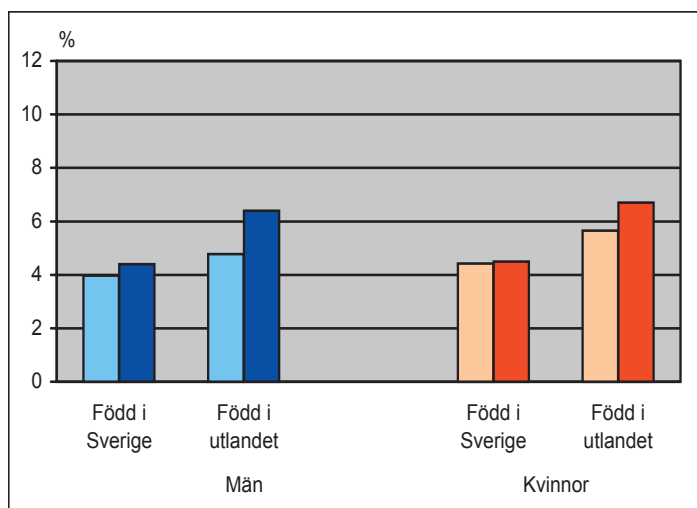
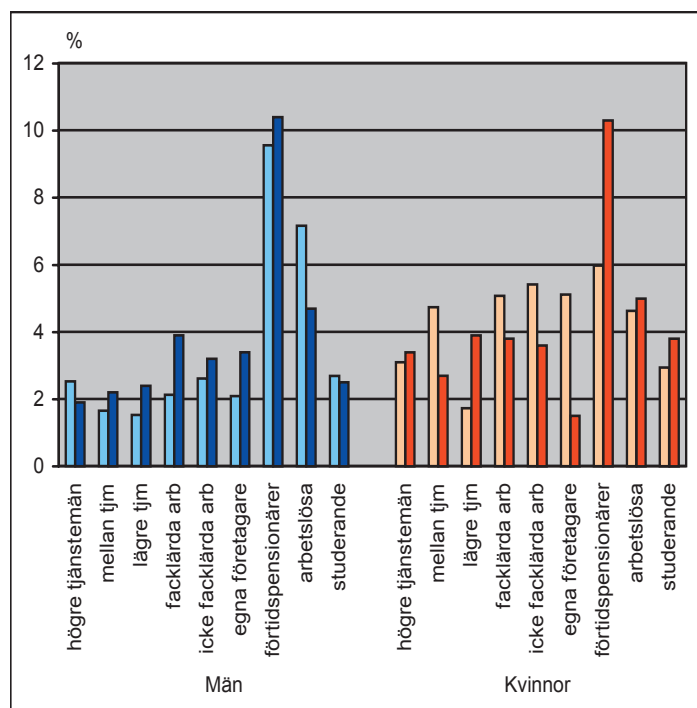
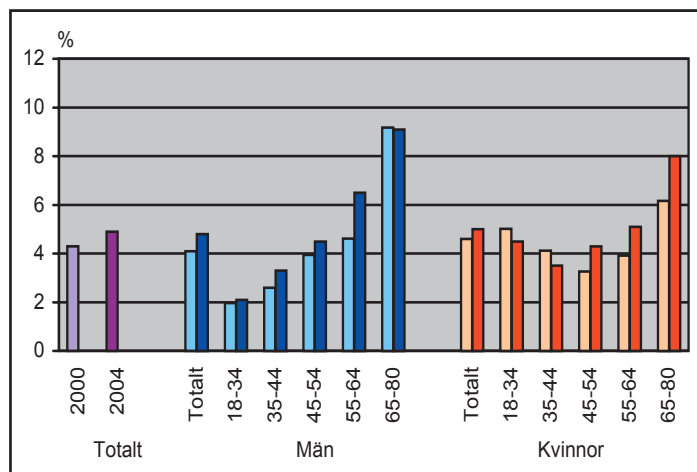
## Legat på sjukhus eller sjukhem

Av befolkningen ingående i folkhälsoenkät Skåne 2004 var det enbart 5 % som hade legat på sjukhus eller sjukhem under de gångna 3 månaderna. Andelen var lika stor bland män som bland kvinnor. Vid en jämförelse med Folkhälsoenkät Skåne 2000 ses ingen tydlig förändring. Bland män ökade andelen successivt med stigande ålder, medan man bland kvinnor återfann den lägsta andelen bland de i åldern 35-44 år.

Vad gäller socioekonomiska skillnader så ses den lägsta andelen bland gruppen högre tjänstemän bland män, medan den högsta andelen återfinns bland de arbetslösa och förtidspensionärer. Bland kvinnor ses inget tydligt mönster i den arbetande delen av befolkningen, medan arbetslösa och förtidspensionärer har de högsta andelarna som legat på sjukhus under de senaste 3 månaderna. Andelen har ökat kraftigt bland kvinnliga förtidspensionärer sedan undersökningen år 2000.

Personer födda utomlands har varit inlagda på sjukhus eller sjukhem i större utsträckning än personer födda i Sverige bland såväl män som kvinnor och dessa skillnader har ökat mellan 2000 och 2004.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004



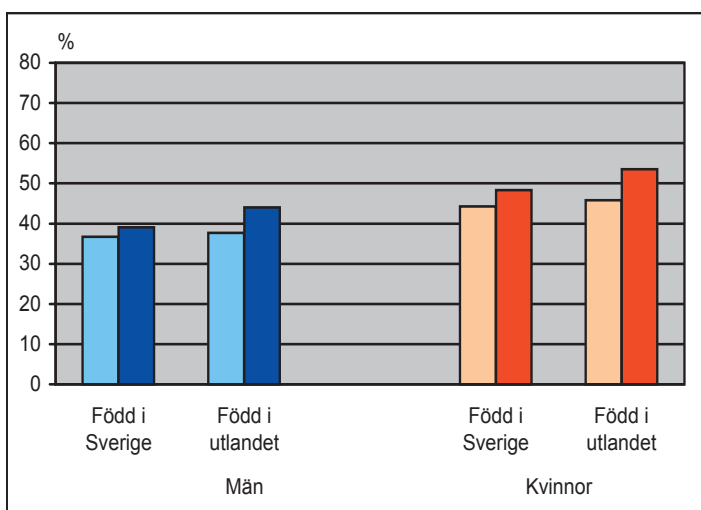
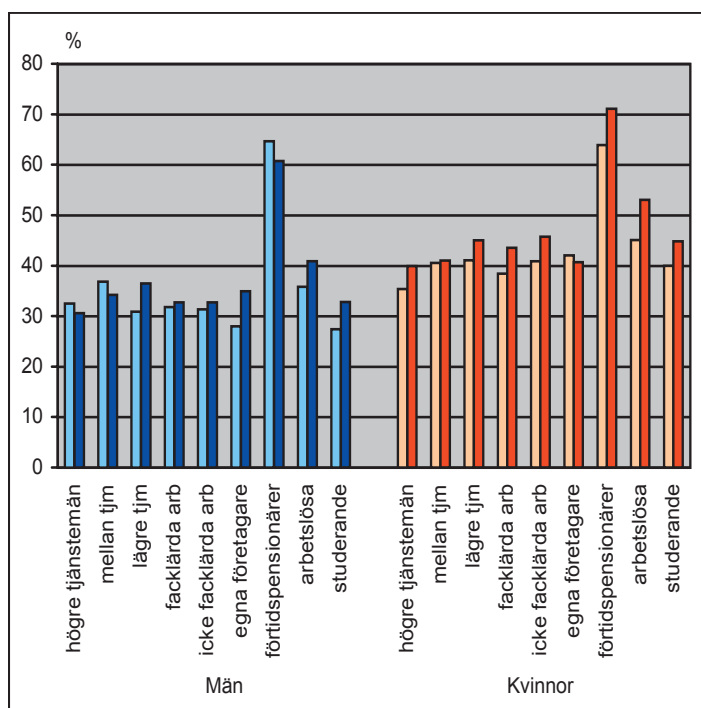
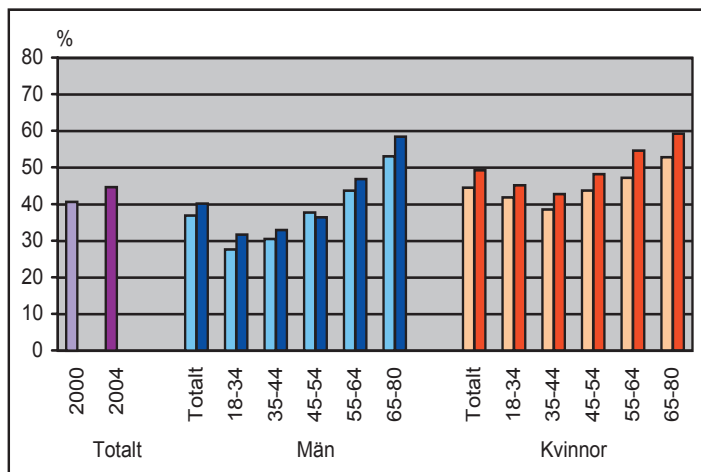
## Läkarbesök på grund av sjukdom

God hälsa och vård på lika villkor är ett mål för hälso- och sjukvården. I Folkhälsoenkät Skåne 2004 uppgav 45 % av befolkningen att man någon gång under de senaste 3 månaderna sökt läkare på grund av egen sjukdom. Andelen kvinnor var högre än andelen män, 49 % respektive 40 %. Detta innebär en viss ökning jämfört med folkhälsoundersökningen i Skåne år 2000. Andelen som sökt läkare ökade med stigande ålder bland såväl män som kvinnor.

Andelen som besökt läkare under de senaste 3 månaderna är högst bland arbetslösa och förtidspensionärer bland både män och kvinnor. Man kan liksom vid föregående undersökning inte se några tydliga socioekonomiska skillnader i den arbetande delen av befolkningen.

Personer födda utomlands har i något högre utsträckning än personer födda i Sverige sökt läkare under de senaste 3 månaderna bland både män och kvinnor. Skillnaden mellan personer födda utomlands och personer födda i Sverige har ökat något sedan år 2000.

Jämförelse med Sverige saknas



2000 2004

## Lågt förtroende för sjukvården

Individerna i undersökningen fick skatta förtroendet för ett 10-tal olika samhällsinstitutioner och däribland förtroendet för sjukvården. De som svarat att deras förtroende för sjukvården inte är särskilt stort alternativt inte alls har något förtroende för sjukvården, klassas som att ha ett lågt förtroende för sjukvården.

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” är andelen med lågt förtroende för sjukvården något högre i Skåne än andelen i hela riket (index = 104). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger något under andelen i riket (index = 98), medan kvinnor ligger över (index = 109). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket.

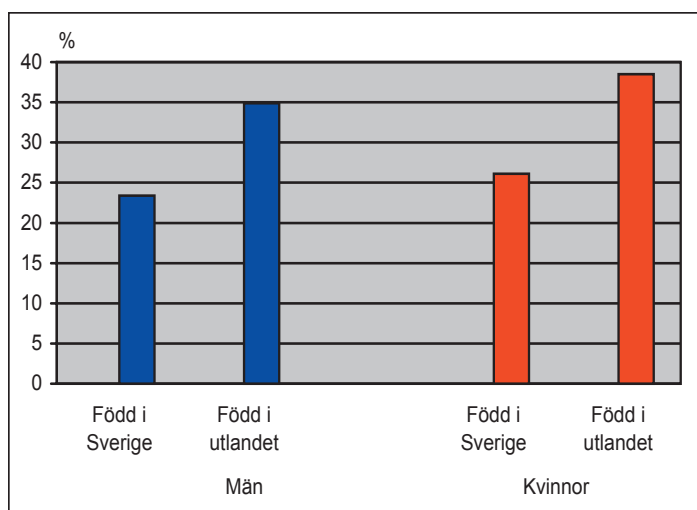
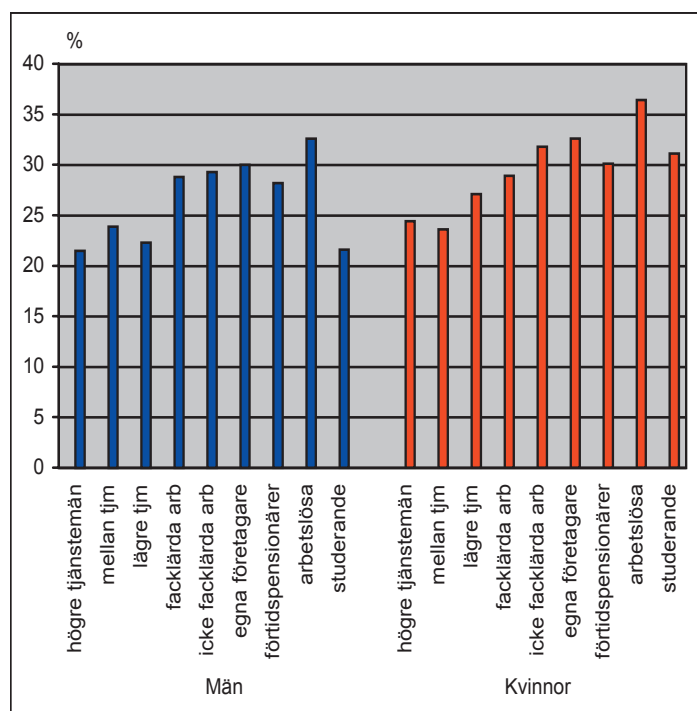
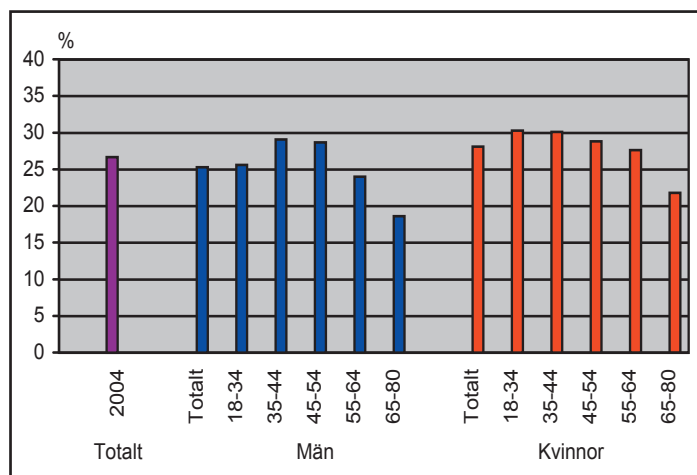
I Folkhälsoenkät Skåne 2004 hade 25 % av männen och 28 % av kvinnorna ett lågt förtroende för sjukvården.

Bland kvinnor ses en åldersrelaterad trend med en sjunkande andel med lågt förtroende vid stigande ålder. Ett liknande mönster kunde ses bland män med undantag för åldersgruppen 18-34 år, där andelen med ett lågt förtroende för sjukvården var lägre, 26 % än i åldersgrupperna 35-44 år, 29 % och 45-54 år, 29%.

De högsta andelarna med ett lågt förtroende för sjukvården ses bland män i grupperna icke facklärd arbetare, 29 %, egenföretagare 30 % och bland arbetslösa 33 %. Motsvarande andelar bland kvinnor är 32 %, 33 % respektive 36 %. De lägsta andelarna ses för män bland högre tjänstemän, 21 % och för kvinnor bland tjänstemän på mellannivå, 24 %.

Andelen med ett lågt förtroende för sjukvården är klart högre bland personer födda utomlands jämfört med personer födda i Sverige bland både män och kvinnor.

	Index
Totalt .....	104
Män .....	98
Kvinnor .....	109



2000 2004

## Otillfredsställda tandvårdsbehov

Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" är andelen med otillfredsställda tandvårdsbehov något högre i Skåne än andelen i hela riket (index = 104). När man tittar på män och kvinnor separat ser man dock att män ligger något under andelen i riket (index = 97), medan kvinnor ligger över (index = 109). Denna jämförelse baseras på ett index där andelen i Skåne divideras med motsvarande andel i hela riket.

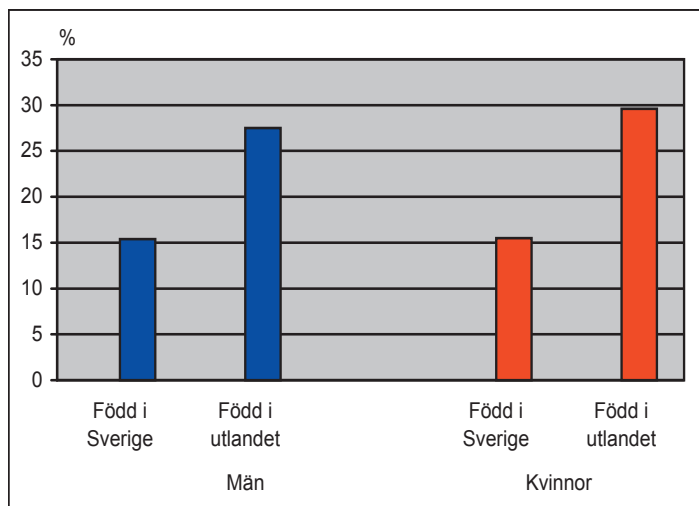
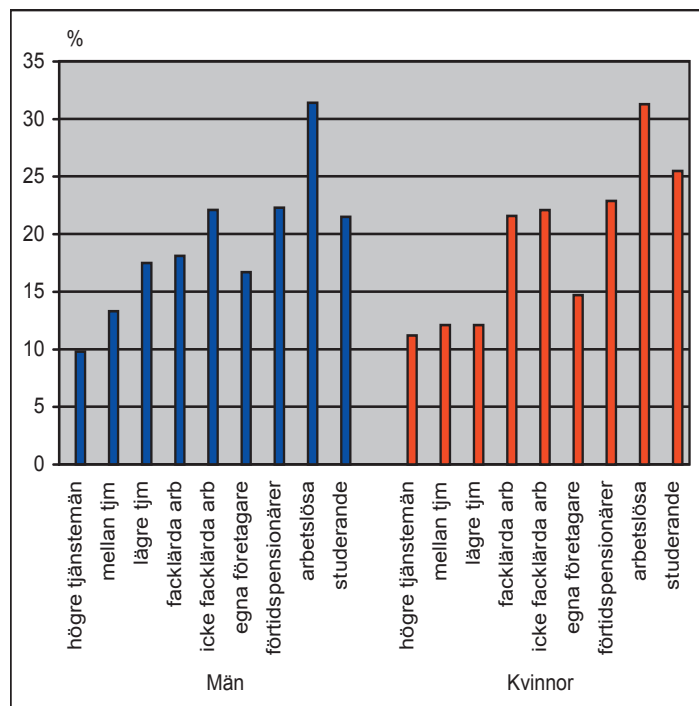
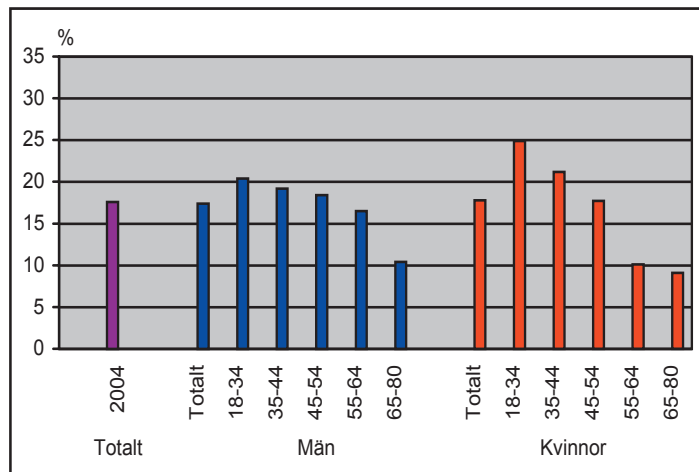
Andelen i den skånska befolkningen som uppgav att de hade avstått från att söka tandvård under senaste året fast de ansåg att de hade behövt göra det, var totalt 18 %. Denna andel var nästan identisk bland män och kvinnor. Motsvarande fråga ställdes inte i Folkhälsoenkät Skåne 2000, varför en jämförelse över tiden inte kan göras.

Största andelen otillfredsställda tandvårdsbehov noteras såväl bland män som bland kvinnor i den yngsta åldergruppen (18-34 år), 20 % respektive 25 %. Den lägsta andelen noteras för båda könen i den äldsta åldergruppen (65-80 år), 10 % bland män och 9 % bland kvinnor.

Stora skillnader noteras mellan socioekonomiska grupper både bland män och bland kvinnor. Bland båda könen så har individer utanför arbetsmarknaden en betydligt högre andel med otillfredsställda tandvårdsbehov, som störst i gruppen arbetslösa där den ligger omkring 31 % för båda könen. Bland individer i sysselsättning så är andelen lägst bland högre tjänstemän, 10 % bland män och 11 % bland kvinnor, och högst bland icke facklärd arbetare, 22 % bland både män och kvinnor.

Både bland män och bland kvinnor noteras en betydande skillnad mellan individer som är födda i Sverige och individer födda utomlands. I den förstnämnda gruppen är andelen 15 % och i den sistnämnda gruppen ungefär dubbelt så stor.

	Index
Totalt .....	104
Män .....	97
Kvinnor .....	109



2000 2004



# Sammanfattande synpunkter

Denna rapport innehåller en mängd information om hur hälsa, hälsorisker och hälsorelevanta levnadsförhållanden fördelar sig i olika delar av den skånska befolkningen, hur detta har förändrats över tid och hur de skånska siffrorna förhåller sig till genomsnittet i Sverige. Det är svårt att sammanfatta detta på ett heltäckande sätt. I stället har vi valt att göra en kortfattad analys av utvecklingstendenserna inom sex områden av folkhälsan som ofta diskuterats under de senaste åren; den psykiska hälsan, arbetshälsan, tobaksvanorna, alkoholvanorna, övervikt/fetma och tandhälsan.

## Den psykiska hälsan

Stora farhågor har uttryckts över att den psykiska ohälsan ska öka ytterligare och bli det dominerande ohälsoproblemet inom en snar framtid. Vår undersökning ger inte något starkt stöd för detta scenario. Med det mått vi har använt (GHQ12) så har den psykiska ohälsan i befolkningen minskat något, jämfört med 2000. Vi ser denna minskning även i den yngsta åldersgruppen både för män och för kvinnor. Det kan noteras att andelen med dålig psykisk hälsa är högst bland arbetslösa och detta är den enda gruppen där andelen har ökat sedan förra undersökningen. Skåne ligger på samma nivå som riksgenomsnittet, men det finns en skillnad såtillvida att de skånska männen ligger något bättre till, och de skånska kvinnorna något sämre, jämfört med riksgenomsnittet. Det bör samtidigt betonas att det finns många olika typer av psykisk ohälsa och att det använda måttet kanske säger relativt lite om andelen personer i befolkningen med psykisk ohälsa av mer allvarlig natur, t ex psykos, allvarliga depressions- eller ångesttillstånd.

Två andra resultat i undersökningen kan komplettera bilden av de ovan nämnda tendenserna: Andelen som anger att de ofta känner sig stressade i vardagen och andelen som anger att de har sömnbesvär. När det gäller upplevelsen av att ofta vara stressad i vardagen, så har också denna andel minskat i den skånska befolkningen. Denna minskning är mest påtaglig i den yngsta åldersgruppen och bland kvinnliga tjänstemän på hög och mellannivå (det var dessa grupper som tidigare låg högst bland kvinnorna).

Mönstret är annorlunda när det gäller andelarna i den skånska befolkningen som anger att de har sömnbesvär. Denna andel har ökat något sedan 2000. Detta gäller nästan enbart kvinnor, där andelen har ökat påtagligt bland de äldre individerna i arbetsföra åldrar. Ökningen syns även bland de kvinnor som står utanför arbetsmarknaden och bland lägre tjänstemän och arbetare.

Sammantaget skulle man kunna ana delvis motstridiga tendenser i detta mönster. Den akuta psykiska belastningen och den psykiska ohälsa som kan tänkas följa på denna, har möjligen minskat något över tid, men de mer långsiktiga följderna av belastning i form av sömnsvårigheter har ökat. Det är utifrån våra siffror omöjligt att säga om det senare står för en ”eftersläpning” av tidigare förhållanden, eller om detta representerar en tillagande trend. Detta får framtida undersökningar svara på.

## Arbetshälsan

Andelen bland de yrkesaktiva som uppger att de överhuvudtaget varit sjukfrånvarande under det senaste året, har minskat något bland både män och kvinnor. Den grupp som visar på den största minskningen är kvinnor födda i utlandet. Eftersom den största andelen av dessa individer bara varit frånvarande en kortare tid, så förmodas denna utveckling inte påverkas i någon högre grad av en utslagning från arbetsmarknaden.

När det gäller andelen bland de förvärvsaktiva som anger att de varit frånvarande från sitt arbete mer än 30 dagar under det senaste året, så har denna sjunkit kraftigt sedan 2000. Andelen har sjunkit mer bland kvinnor än bland män, mer bland äldre jämfört med yngre, mer bland arbetare än bland tjänstemän och slutligen mer bland utlandsfödda jämfört med individer födda i Sverige. Minskningen i dessa grupper har varit så påtaglig att det nu bara återstår ganska marginella skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Det är inte orimligt att anta att detta mönster, åtminstone till en betydande del, står för en utslagning från arbetsmarknaden av individer i s.k. utsatta grupper, snarare än en drastisk förbättring av arbetshälsan.

Om man tittar på två vanligt diskuterade psykosociala arbetsmiljöfaktorer som har betydelse för

både utslagning från, och rehabilitering tillbaka till arbetslivet; en anspänd arbetssituation (kombinationen höga krav och låg kontroll i arbetssituationen) och socialt stöd i arbetet (från såväl arbetskamrater som arbetsledningen), så noteras följande: Andelen med en anspänd arbetssituation har ökat marginellt sedan 2000. Markanta ökningarna noteras dock bland de yngsta männen och de äldsta kvinnorna i arbetsföra åldrar. En ökning noteras också bland kvinnliga tjänstemän på hög och mellannivå. När det gäller andelen som anger ett svagt socialt stöd i arbetet, så är även denna på en liknande nivå jämfört med 2000. Andelen är som tidigare högst i de högre åldersgrupperna i de arbetsföra åldrarna, och har ökat påtagligt i gruppen icke facklärd arbetare bland såväl män som kvinnor.

Sammanfattningsvis så ser man en betydligt lägre andel med starkt arbetshindrande ohälsa bland de förvärvsaktiva skåningarna, vilket sannolikt beror på att de mest sjuka har lämnat arbetslivet sedan 2000. Andelen med en måttlig arbetsohälsa verkar ganska stabil, liksom andelen som har påfrestande psykosociala arbetsmiljöförhållanden, även om belastningen av dessa faktorer har ökat i vissa grupper.

## **Tobaksvanorna**

Andelen individer som uppger att de röker dagligen har minskat med en procentenhet sedan 2000. Glädjande nog ligger denna minskning nästan helt och hållet i åldersgruppen 35-44 år, vilket kan tyda på att många relativt unga individer har lyckats sluta röka. En annan förklaring kan dock vara att många icke-rökare som tidigare tillhörde en yngre åldersgrupp nu har kommit upp bland de något äldre, utan att bli rökare. En lite oroande tendens är att andelen dagligrökare i den yngsta åldersgruppen är i stort sett densamma som 2000. Detta tyder på att andelen individer som börjar röka i unga år inte har minskat nämnvärt.

En minskning av andelen dagligrökare har skett i de flesta socioekonomiska grupperna, men det finns en tendens till en något större minskning bland lägre tjänstemän och arbetare, särskilt bland kvinnorna. Ett observandum är att skåningarna har en betydligt större andel dagligrökare jämfört med genomsnittet för riket, detta gäller särskilt för de skånska kvinnorna.

Det är i detta sammanhang intressant att notera att det i undersökningen finns en klar tendens till en stigande andel bland de förvärvsaktiva som anger

att de är utsatta för miljötabaksrök (passiv rökning) på sin arbetsplats, jämfört med 2000. Eftersom rökningen har minskat något i befolkningen, så är den troligaste tolkningen att man blivit mer benägen att rapportera detta förhållande. Dock är det intressant att notera att det är bland arbetare och utlandsfödda individer som den rapporterade ökningen är störst. Detta kan möjligen stå för att vissa typer av arbetsplatser släpar efter i sin implementering av en miljötabaksfri arbetsmiljö. Detta är givetvis angeläget att följa upp efter införandet av utvidgade restriktioner mot rökning på restauranger och caféer under 2005.

Andelen som anger att de snusar har ökat i den skånska befolkningen, särskilt bland yngre män där nu var fjärde uppger att de snusar dagligen. Om man lägger samman dagligrökandet och dagligsnusandet som har ett bakomliggande nikotinberoende gemensamt, så ligger andelen i dessa åldrar av dem som rapporterar ett sådant nikotinberoende på samma, möjligen en något högre nivå jämfört med de länder som har de allra högst nivåerna av dagligrökare (men som nästan inte har några snusare), exempelvis Danmark och Tyskland. Det kan samtidigt noteras att de skånska männen ligger betydligt under den nationella nivån då det gäller andelen som snusar varje dag. Bland kvinnorna är denna situation helt annorlunda, andelen som snusar dagligen är fortfarande mycket låg, men den procentuella ökningen är större än bland männen.

## **Alkoholvanorna**

Förutsättningarna för den traditionella svenska alkoholpolitiken har ändrats dramatiskt sedan föregående undersökning, genom de kraftigt utökade privata införselkvoterna av alkohol i samband med utlandsresa och genom samtida kraftiga pris-sänkningar i våra grannländer. Skåne har i detta avseende ansetts som särskilt påverkat av dessa förhållanden genom sitt geografiska läge.

Det är därför kanske något överraskande att vi i undersökningen inte kan påvisa någon påtaglig ökning av andelen riskkonsumenter av alkohol bland de skånska männen jämfört med 2000. Bland kvinnorna ses däremot uppskattningsvis en fördubbling av andelen riskkonsumenter. Det är likaså notabelt att andelen av de skånska männen som uppger en riskkonsumtion är betydligt lägre än genomsnittet för Sverige. De skånska kvinnorna ligger dock på ungefär samma nivå som genomsnittet för riket.

Det kan vara värt att notera att detta inte betyder att den totala alkoholkonsumtionen bland skånska män behöver vara lägre än i andra delar av landet och inte heller betyder det att en ökning av den totala alkoholkonsumtionen sedan 2000 kan anses osannolik. Det kan vara så att en nedgång av berusningsdrickandet och en samtidig uppgång av den totala konsumtionen bland männen, utan att denna i de flesta fall når upp till en risknivå, ligger bakom de gjorda observationerna. Detta kommer att analyseras vidare, eftersom kunskapen om vilka förändringar som den ökade införseln av alkohol har medfört, är av stor betydelse för det korrekta valet av alkoholpolitiska instrument.

Vår undersökning bekräftar att det verkligen har skett en kraftig ökad laglig privat införsel av alkohol i samband med utlandsresor, jämfört med 2000. Nästan sju av tio skåningar uppger att de har gjort så under det senaste året, jämfört med tre av tio 2000. En mycket dramatisk ökning ses i de högre socioekonomiska grupperna bland såväl män om kvinnor, medan ökningen är förhållandevis mindre bland individer utanför arbetsmarknaden. Dvs. ökningen är som störst i de grupper där berusningsdrickandet i tidigare undersökningar har visat sig vara mer sällsynt.

## Övervikt och fetma

Andelen av de svarande i undersökningen som anger att de är kraftigt överviktiga (BMI över 30, fetma) har ökat sedan 2000. Ökningen är mest markant bland medelålders personer av båda könen, samt bland individer med arbetaryrken. Andelen som uppger fetma är påtagligt högre i Skåne jämfört med genomsnittet för Sverige. Detta är mer uttalat för de skånska kvinnorna.

Andelen som anger en mer måttlig övervikt (BMI mellan 25 och 30) har däremot bara ökat marginellt sedan 2000. Detta beror sannolikt på en ”utplattning” av viktfordelningskurvan i befolkningen, dvs. enkelt uttryckt att ju mer överviktig man var tidigare, ju mer har man ökat i vikt. Det betyder att individer i de grupper som ligger inom ”normalviktsområdet” har ökat sin vikt förhållandevis lite. Detta mönster torde ha betydelse för valet av lämpliga metoder för att hantera övervikt som folkhälsoproblem.

I detta sammanhang är det också intressant att titta på hur andelen av de svarande som anger en låg fysisk aktivitet på fritiden har förändrats. Totalt sett så är denna andel stabil sedan 2000. Jämför med hela Sverige så ligger skåningarna betydligt

under riksgenomsnittet för denna andel, särskilt gäller detta de skånska männen.

Man kan samtidig notera olika tendenser över tid i olika delar av den skånska befolkningen. Minskningen av andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden har varit störst i de yngre åldersgrupperna, särskilt bland männen. I de grupper som står utanför arbetsmarknaden så har andelen ökat påtagligt. Som tidigare är andelen med låg fysisk aktivitet ungefär dubbelt så hög bland individer födda utomlands, jämfört med individer födda i Sverige.

## Tandhälsan

Under det senaste decenniet har ersättningsnivåerna i tandvårdsförsäkringen minskat, varför det finns goda skäl att följa upp vilket eventuellt genomslag detta har haft för tandhälsan i befolkningen, kanske särskilt om, och i så fall hur, den sociala jämlikheten i tandhälsan utvecklas. Under ökningen 2004 gjordes med en annan metod än 2000, för att kunna jämföra Skåne med resten av landet, och detta innebär att jämförelser över tid inte kan göras denna gång.

Andelen bland de svarande som anger att de har besvär med hål i tänderna är ungefär en tredjedel av hela befolkningen. Andelen är högre bland kvinnorna i undersökningen, jämfört med männen. Andelen skåningar är något högre än genomsnittet för riket, särskilt gäller det de skånska männen.

Bland männen så är andelen som anger besvär med hål i tänderna ganska jämt för delad över de olika åldrarna medan den är högre bland de yngsta kvinnorna. Den är också högre bland arbetare jämfört med tjänstemän och ännu högre bland individer utanför arbetsmarknaden. Andelen är också högre bland individer födda i utlandet. Alla dessa samband är lika för män och kvinnor i undersökningen. Sammantaget noteras klara tendenser till ojämlikhet i tandhälsan såväl avseende kön, etnicitet som socioekonomisk position.

Andelen som anger att de avstått från att söka tandvård, fast de anser att de skulle ha behövt det, uppvisar ett mycket liknande mönster. Detta stödjer antagandet att detta är en bakomliggande faktor till skillnaderna i tandhälsa mellan olika grupper i befolkningen. Andelen skåningar med otillfredsställda vårdbehov är totalt något högre än genomsnittet för Sverige, men detta gäller bara de skånska kvinnorna som har en betydligt högre andel med otillfredsställda tandvårdsbehov, jämfört med övriga svenska kvinnor.

