



Folkhälsorapport Skåne 2013

- en undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa





Folkhälsorapport Skåne 2013

Baserad på
Folkhälsoenkät Skåne 2012

- En undersökning om vuxnas livsvillkor,
levnadsvanor och hälsa

Författare: Maria Fridh, Birgit Modén, Martin Lindström,
Mathias Grahn, Maria Rosvall



Denna rapport är utgiven av Region Skåne

Sammanställningen är gjord av:
Epidemiologisk bevakning och analys
Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet
Clinical Research Center, Jan Waldenströms gata 35
Skånes Universitetssjukhus Malmö
205 02 Malmö
<http://www.skane.se/folkhalsa>

Publicerad oktober 2013

Layout: Kreation kommunikationsbyrå, Kalmar
Tryck: KSPrint Digitaltryck, Malmö Opera, Malmö

Förord

Region Skåne genomför regelbundet folkhälsoenkäter för att kartlägga skåningarnas hälsa, levnads- och miljöförhållanden. Hösten 2012 genomfördes Folkhälsoenkät Skåne 2012 (FHS 2012) och drygt 28 000 skåningar har tagit sig tid att besvara enkäten. Folkhälsoenkät Skåne 2012 gör det möjligt att jämföra enkätresultat med de tre tidigare folkhälsoundersökningarna som genomförts i Skåne (FHS 2000, FHS 2004 och FHS 2008).

Frågorna som besvarades handlar om: hälsa; läkemedel; sömn och välbefinnande; tandhälsa; levnadsvanor; sociala relationer; hot och våld; förtroende för samhällsinstitutioner; arbete, sysselsättning och ekonomi; företagshälsovård; hem, hushåll och boendemiljö; livskvalitet och vårdutnyttjande. Syftet med undersökningen är att kunna följa utvecklingen inom dessa områden och att ta fram underlag till Region Skånes och de skånska kommunernas förebyggande arbete och prioriteringar. Kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer, hälsans fördelning i befolkningen och det aktuella hälsoläget hos skåningarna är nödvändiga för att kunna bedriva ett effektivt arbete inom såväl folkhälsoområdet som för olika former av samhällsplanering och utvecklingsarbete.

Med hjälp av resultaten från den här undersökningen får vi nu kunskap om livsvillkor, levnadsvanor, sociala faktorer och hälsa i den skånska befolkningen och vi får även möjlighet att analysera hur dessa faktorer hänger ihop.

Vi vill rikta ett Stort Tack till alla de skåningar som deltagit i undersökningen, och alla andra som varit inblandade och gjort det möjligt för oss att genomföra den här stora och viktiga undersökningen!



Birgitta Södertun
Regionråd
Ordförande i folkhälsoberedningen
Region Skåne



Elisabeth Bengtsson
Folkhälsochef
Region Skåne

Projektgruppens sammansättning

Från Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet i Region Skåne har Maria Rosvall, Birgit Modén och Mathias Grahn arbetat med såväl planering som genomförande av Folkhälsoenkät Skåne 2012. Projektgruppen har haft stor hjälp av engagerade representanter såväl från den egna verksamheten som från Geriatriskt utvecklingscentrum i Malmö (GUC), Arbets- och miljömedicin i Lund, Skånes kommuner och Centrum för primärvårdsforskning (CPF).

Huvudansvariga för framtagandet av enkätinnehållet har varit Maria Rosvall, Mathias Grahn och Birgit Modén. Datainsamlingen har genomförts av SCB. Maria Rosvall har varit ansvarig för sammanställningen av rapporten och den sammanfattande analysen och Mathias Grahn har ansvarat för framtagandet av underlag till tabeller och figurer. Maria Fridh, Birgit Modén, Martin Lindström (Centrum för Primärvårdsforskning), Mathias Grahn och Maria Rosvall har författat olika delar av rapporten. Vi som arbetat med rapporten vill rikta ett särskilt tack till Maria Albin och Kristina Jakobsson från Arbets- och Miljömedicin, Skånes Universitetssjukhus, Lund, som har kommit med värdefulla synpunkter och inspel avseende kapitlet kring Arbete och Miljö samt Sölve Elmståhl från Geriatriskt utvecklingscentrum (GUC), Skånes Universitetssjukhus, Malmö, som lämnat synpunkter på enkätinnehåll. Samtliga medverkande hoppas att resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2012 blir ett användbart verktyg i folkhälsoarbetet i Skåne.

1 Innehållsförteckning

Sammanfattning	12
1 Bakgrund.....	18
1.1 Demografi.....	18
1.2 Medellivslängd.....	20
1.3 Sjuklighet	21
1.3.1 Akut hjärtinfarkt och slaganfall (stroke).....	21
1.3.2 Cancer.....	21
1.3.3 Skador	22
1.4 Dödlighet.....	25
1.5 Sammanfattning	28
1.6 Referenser.....	29
2 Deltagare och metod.....	34
2.1 Frågeformulär.....	34
2.2 Population och urval.....	35
2.3 Datainsamling.....	37
2.4 Sekretess och utlämnande	37
2.5 Svarfrekvens.....	38
2.6 Bortfall	41
2.7 Viktberäkning och estimation	41
2.7.1 Fördelning efter kön, ålder, socioekonomisk status och födelseland.....	42
2.8 Redovisning av resultaten	42
3 Hälsa	46
3.1 Självskattad hälsa	47
3.2 Livskvalitet.....	51
3.3 Psykisk ohälsa	52
3.4 Självmodersförsök och självmordstankar	56
3.5 Stress	58
3.6 Sömn.....	60
3.7 Övervikt och fetma.....	62
3.8 Fysiska hälsoproblem.....	65
3.9 Långvarig sjukdom.....	68
3.10 Funktionsnedsättning	69
3.11 Läkemedel	71
3.11.1 Inte hämtat ut medicin	74
3.11.2 Ordinerats fysisk aktivitet på recept (FaR).....	75
3.12 Vårdsökande.....	77
3.12.1 Testat sig för sexuellt överförbar sjukdom.....	79
3.12.2 Otillfredsställda vårdbehov	80
3.12.3 Vårdcentral: listning, regi, byte.....	83
3.13 Förtroende för sjukvården	85
3.14 Tandhälsa	86
3.14.1 Otillfredsställda tandvårdsbehov.....	88
3.15 Avstått från att söka vård, tandvård och att hämta ut läkemedel på recept.....	89
3.16 Sammanfattning	91
3.17 Referenser.....	92
4 Levnadsvanor	100
4.1 Tobak.....	100
4.1.1 Daglig rökning.....	100
4.1.2 Vill sluta röka.....	107
4.1.3 Daglig snusning.....	108
4.1.4 Daglig rökning och/eller snusning.....	109
4.1.5 Passiv rökning.....	109

4.1.6	Vattenpipa.....	112
4.2	Hasch.....	113
4.3	Låg fysisk aktivitet på fritiden.....	114
4.3.1	Vill öka sin fysiska aktivitet.....	118
4.4	Låg konsumtion av frukt och grönt.....	119
4.5	Riskkonsumtion av alkohol.....	121
4.6	Laglig privat införsel av alkohol.....	123
4.7	Ansamling av riskfaktorer.....	124
4.8	Upplevelsen av att själv kunna påverka sin hälsa.....	126
4.9	Spelvanor.....	127
4.10	Sammanfattning.....	129
4.11	Referenser.....	130
5	Sociala relationer och trygghet.....	134
5.1	Svagt emotionellt stöd.....	135
5.2	Svagt praktiskt stöd.....	136
5.3	Vård av anhörig.....	137
5.4	Låg tillit till andra.....	138
5.5	Lågt socialt deltagande.....	140
5.6	Datoranvändning.....	145
5.7	Känsla av otrygghet i det egna bostadsområdet.....	147
5.8	Hot om våld och våld under det senaste året.....	149
5.8.1	Hot om våld.....	149
5.8.2	Usatt för våld.....	151
5.9	Ekonomisk stress.....	152
5.10	Kränkning.....	153
5.11	Trångboddhet.....	155
5.12	Sammanfattning.....	156
5.13	Referenser.....	157
6	Arbete, miljö och hälsa.....	160
6.1	Sysselsättning.....	160
6.1.1	Sysselsättning och hälsa samt livskvalitet.....	160
6.1.2	Sysselsättning och ansamling av riskfaktorer.....	163
6.2	Anställningsform.....	163
6.3	Arbetstid.....	165
6.4	Orolig för att förlora arbetet.....	167
6.5	Psykiska krav och inflytande över sitt arbete.....	169
6.6	Socialt stöd i arbetet.....	171
6.7	Företagshälsovård.....	172
6.8	Önskar byta yrke.....	173
6.9	Fysisk miljö, buller och trafik.....	175
6.9.1	Besvär av buller, ljud, luftföroreningar, lukt eller vindkraft.....	175
6.9.2	Utemiljön nära bostaden.....	178
6.10	Sammanfattning.....	180
6.11	Referenser.....	181
7	Socioekonomiska skillnader i hälsa och levnadsförhållanden.....	184
7.1	Socioekonomiska skillnader i medellivslängd.....	184
7.2	Socioekonomiska skillnader i dödsorsaker.....	185
7.3	Socioekonomiska skillnader i sjuklighet.....	187
7.4	Socioekonomiska skillnader i levnadsvanor och levnadsvillkor.....	188
7.5	Avstått från att söka vård trots behov.....	191
7.6	Sammanfattning.....	193
7.7	Referenser.....	194
8	Hälsa och levnadsförhållanden bland äldre.....	198
8.1	Hälsa och välbefinnande.....	198
8.1.1	Självskattad hälsa.....	198

8.1.2	<i>Livskvalitet (EQ5D)</i>	199
8.1.3	<i>Psykisk ohälsa</i>	200
8.1.4	<i>Vårdkonsumtion</i>	201
8.1.5	<i>Läkemedel</i>	201
8.1.6	<i>Tandhälsa</i>	202
8.1.7	<i>Sömn</i>	203
8.1.8	<i>Övervikt och fetma</i>	203
8.1.9	<i>Funktionsnedsättning</i>	204
8.1.10	<i>Fallolyckor</i>	208
8.2	<i>Levnadsvanor</i>	210
8.2.1	<i>Fysisk aktivitet</i>	210
8.2.2	<i>Matvanor</i>	210
8.2.3	<i>Tobak</i>	211
8.2.4	<i>Alkohol</i>	212
8.2.5	<i>Spelvanor</i>	214
8.2.6	<i>Datoranvändning</i>	214
8.3	<i>Sociala relationer, tillgänglighet och trygghet</i>	215
8.3.1	<i>Emotionellt och praktiskt stöd</i>	216
8.3.2	<i>Socialt deltagande och sociala relationer</i>	216
8.3.3	<i>Tillit till andra människor</i>	218
8.3.4	<i>Tillgänglighet, service och trygghet</i>	218
8.4	<i>Sammanfattning</i>	220
8.5	<i>Referenser</i>	222
	Till sist	226

Sammanfattning

Denna rapport är ett led i Region Skånes fortlöpande rapportering om utbredning av hälsa, hälsorisker och levnadsförhållanden i den skånska befolkningen. Syftet med rapporten är att ge en aktuell bild av levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa i den vuxna befolkningen i Skåne, hur detta har förändrats över tid samt hur de skånska siffrorna förhåller sig till genomsnittet i Sverige. Dessa data utgör en viktig grund för det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet i Skåne samt för att kunna följa utvecklingen över tid.

Rapporten bygger huvudsakligen på information från Folkhälsoenkät Skåne 2012. Denna enkätundersökning besvarades av drygt 28 000 skåningar i åldern 18-80 år. Nedan presenteras i korthet några av resultaten från enkätundersökningen.

Hälsa

De allra flesta vuxna i Skåne mår ”bra” eller ”mycket bra”. Bland män är andelen som mår ”bra” eller ”mycket bra” något högre än bland kvinnor. Som väntat finns en tydlig åldersgradient med högst andel med god självskattad hälsa bland de yngsta och lägst andel bland de äldsta. Andelen skåningar som mår ”bra” eller ”mycket bra” ligger väl i nivå med nationella siffror.

Nationella studier har visat en försämrad psykisk hälsa bland yngre vuxna. Även i Skåne är det i åldersgruppen yngre vuxna (18-34 år) som man återfinner högst andel med psykisk ohälsa. Detta mönster har varit tydligt sedan år 2000, men tydligare bland kvinnor än bland män. Sedan föregående undersökning år 2008 har andelen yngre män med psykisk ohälsa ökat och nivån av psykisk ohälsa är nu den högsta som uppmätts bland män i de skånska Folkhälsoenkäterna sedan år 2000. Detta mönster avspeglas även i att allvarliga självmordstankar respektive självmordsförsök är vanligast i den yngsta åldersgruppen.

Sex av tio män och fyra av tio kvinnor i Skåne lider av övervikt eller fetma. Nivån har inte förändrats sedan föregående undersökning år 2008. Personer med fetma upplever oftare en nedsatt livskvalitet. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är livskvalitetsindex mätt med EQ5D lägre i gruppen med fetma i alla åldrar, framför allt bland kvinnor, jämfört med gruppen utan fetma.

Fysisk aktivitet är en viktig påverkbar faktor när det gäller att förebygga sjukdom. Sedan cirka tio år tillbaka kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skriva ut fysisk aktivitet på recept (FaR) till patienter med riskfaktorer eller sjukdomar. Sju procent av männen och åtta procent av kvinnorna i Skåne har någon gång fått utskrivet fysisk aktivitet på recept. Andelen ökar med åldern upp till pensionsåldern och är högst för kvinnor i åldern 45-64 år (10 %).

Sju av tio män och åtta av tio kvinnor i Skåne har aktivt valt sin vårdcentral. Aktiv listning är vanligare vid högre ålder och bland de äldsta har omkring nio av tio själva valt sin vårdcentral. Att själv ha valt sin vårdcentral är minst vanligt bland de arbetslösa respektive de studerande. De vanligaste anledningarna till att man bytt vårdcentral är att man flyttat eller att man var missnöjd med sin vårdcentral.

Nästan var femte skånsk man respektive kvinna upplever otillfredsställda vårdbehov. Andelen minskar med stigande ålder. Det är ungefär dubbelt så vanligt med otillfredsställda vårdbehov bland arbetslösa eller sjukskrivna män och kvinnor som bland högre tjänstemän.

Levnadsvanor

Levnadsvanor som tobaksrökning, alkohol, kost och motion har stor betydelse för hälsans utveckling.

Den totala andelen tobaksbrukare, rökare och snusare, har minskat kraftigt under perioden 2000-2012. Endast en liten andel både röker och snusar. Daglig rökning har minskat under 2000-talet och är nu lika vanligt bland män och kvinnor i Skåne (12 %). Av de kvarvarande rökarna vill många sluta att röka, men känner att de behöver hjälp. Det finns även en nedåtgående trend i snusning bland män under perioden 2000-2012. Denna nedgång har dock i stort sett avstannat under den senaste delperioden 2008-2012.

Användningen av nikotinersättningsmedel vid rökstopp har ökat kraftigt sedan 1970-talet och är vanligare bland kvinnor, medan snusning som hjälp vid rökstopp är mycket vanligare bland män.

Färre skånska män och kvinnor utsätts för passiv rökning efter att rökning förbjöds på restaurang år 2005. Rökning av vattenpipa är skadlig och förekommer främst bland unga. I åldern 18-34 år har en fjärdedel av skånska män och en femtedel av skånska kvinnor rökt vattenpipa under det senaste året.

Haschrökning har ökat i Skåne under perioden 2000-2012 och är vanligast bland unga. Mer än var tredje man och nästan var fjärde kvinna i åldern 18-34 år har rökt hasch någon gång.

Var tredje man och var femte kvinna i Skåne äter för lite frukt och grönsaker och var sjunde man och kvinna i Skåne rör sig för lite. Tre av fyra män och kvinnor vill öka sin fysiska aktivitet.

Man får olika bild av andelen riskkonsumenter av alkohol i olika åldersgrupper beroende på vilket mått på riskkonsumtion man använder. När riskkonsumtion mäts i gram alkohol per vecka ses en högre andel riskkonsumenter i äldre åldersgrupper. När riskkonsumtion mäts som ett index (utifrån hur ofta man dricker, hur stor mängd man dricker vid ett typiskt tillfälle och hur ofta man dricker stora mängder vid ett tillfälle) är riskkonsumtionen klart högst bland unga män och kvinnor i åldern 18-34 år. Oberoende av vilket mått som används framgår att cirka 15-20% av männen och en tiondel av kvinnorna är riskkonsumenter av alkohol.

Sociala relationer och trygghet

En avsaknad av socialt stöd kan ge upphov till stress och försämrat välbefinnande. Förekomsten av ett svagt emotionellt och praktiskt stöd är vanligare bland män än bland kvinnor. Andelen med ett svagt stöd ökar med stigande ålder.

Cirka var tionde man och kvinna har någon närstående som de hjälper med vardagliga sysslor, ser till eller vårdar. Andelen är högst i åldersgruppen 55-64 år bland både män (14 %) och kvinnor (19 %).

Andelen skåningar med låg tillit till andra människor har minskat bland både män och kvinnor under perioden 2000-2012. Låg tillit är vanligare bland yngre än bland äldre. Tillit sammanhänger med anknytning till arbetsmarknaden och man finner den högsta andelen med låg tillit bland personer som är sjukskrivna (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) eller arbetslösa.

Drygt tre av fyra unga män och kvinnor använder dagligen datorn till att kommunicera med andra. Ungefär lika många använder datorn för att lyssna på musik, se film eller följa serier.

Andelen som uppger otrygghet i bostadsområdet är högst bland de yngsta och de äldsta kvinnorna, medan det endast finns små ålderskillnader bland män. Andelen som uppger att de blivit utsatta för våld är dock högst bland män i åldersgruppen, 18-34 år.

Personer med en annan sexuell läggning än heterosexuell utsätts i större utsträckning för kränkning och hot om våld.

Arbete, miljö och hälsa

Tre av fyra sysselsatta män och kvinnor har fast anställning. Andelen med fast anställning är lägst i den yngsta åldersgruppen bland både män och kvinnor. Det finns tydliga skillnader i anställningsform baserat på en persons födelseland, med lägst andel fast anställda bland män och kvinnor födda utanför Europa.

Deltidsarbete är betydligt vanligare bland kvinnor än män i alla åldrar. Deltidsarbete är vanligast i yngre samt äldre åldrar bland män, men ungefär lika vanligt i alla åldersgrupper bland kvinnor. En del personer går ned i arbetstid när hälsan försämras. Ett sådant mönster verkar finnas för män där en lägre andel av deltidsarbetande män rapporterar att de ”mår bra” eller ”mycket bra” jämfört med de som arbetar heltid. Ett sådant samband ses inte lika tydligt bland kvinnor.

Inom arbetsmiljöforskning har förekomst av höga krav och låg kontroll i arbetet visats vara relaterat till olika former av ohälsa. En av fem arbetande män och kvinnor uppger en anspänd arbetssituation (höga krav och låg kontroll). Dessa andelar har inte förändrats sedan föregående undersökning. En anspänd arbetssituation är vanligast bland icke facklärd arbetare.

Företagshälsovården är en viktig resurs för arbetsgivaren när det gäller det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för att anpassa arbetet till individens förutsättningar. Drygt sex av tio män och kvinnor i åldrarna 35-64 år uppger att det finns tillgång till företagshälsovård på deras arbetsplats. Andelen är lägre i den yngsta åldersgruppen, 18-34 år.

Utemiljön nära bostaden är betydelsefull för rekreation, trivsel i området och vardaglig fysisk aktivitet. Tre av fyra män och kvinnor anser att utemiljön i närheten av bostaden har en ombonad och trygg plats för avkoppling eller barns fria lekar.

Drygt fem procent av män och kvinnor rapporterar mycket eller oerhört mycket störning av buller från vägtrafik. Andelen varierar endast lite mellan olika bostadstyper. Däremot ses tydliga skillnader i andelen som blir störd av ljud från grannar mellan olika bostadstyper, med lägst andel bland personer som bor i villa och högst andel bland personer som bor i hyresrätt. Ett liknande mönster ses för bilavgaser.

Socioekonomiska skillnader i hälsa och levnadsförhållanden

Trots en tydlig folkhälsopolitisk målsättning att minska sociala skillnader i hälsa fortsätter skillnaderna att vara stora och i vissa fall öka. Skillnaden i förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan skånska män och kvinnor med låg respektive hög utbildning har ökat de senaste tjugo åren och är nu 5,4 år för män och 4,9 år för kvinnor.

Personer som står utanför arbetsmarknaden har ofta sämre hälsa, levnadsförhållanden och levnadsvanor än den förvärvsarbetande delen av befolkningen. Exempelvis är andelen rökare bland män och kvinnor utanför arbetsmarknaden ungefär tjugo procentenheter högre än i tjänstemannagrupperna.

Skånska män och kvinnor utanför arbetsmarknaden avstår betydligt oftare än tjänstemän från att söka vård, trots en större ohälsa. Dessa grupper anger också betydligt oftare ekonomiska skäl som anledning till att avstå, medan tjänstemän betydligt oftare anger tidsbrist som skäl.

Äldres hälsa

Sex av tio äldre skåningar över 65 år bedömer det egna hälsotillståndet som ”bra” eller ”mycket bra”. Äldre personer, 65-80 år, mår psykiskt bättre än yngre personer.

Två av tio äldre män och kvinnor i Skåne rapporterar att de har en funktionsnedsättning. Äldre personer som är i behov av hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att ta sig fram utomhus, känner sig oftare ensamma än äldre utan behov av hjälpmedel.

I åldersgrupperna 65-69 år och 70-74 år klarar de flesta av att själv sköta sina vardagliga sysslor, medan fler 75-80-åringar har problem med att klara detta på egen hand. De största behoven av fysisk hjälp bland äldre män är med tvätt och matlagning, medan kvinnornas behov av hjälp rör städning och matinköp.

Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem då den skada som ofta uppkommer vid en fallolycka många gånger leder till en nedsatt rörlighet. Fem procent av de äldre i Skåne rapporterar att de under det senaste halvåret varit tvungna att söka vård efter en fallolycka. Av dessa fallolyckor inträffade i stort sett lika många inomhus som utomhus. Fallolyckorna har oftast inträffat under eftermiddagen. Skadan/skadorna de äldre erhållit efter en fallolycka har i mer än hälften av fallen påverkat deras vardagsaktiviteter. Vanliga utlösande orsaker till fallet är att man snubblat, halkat eller känt sig yr.

Endast drygt var tionde äldre person känner sig besvärad av ensamhet minst en gång per vecka. Ungefär tre av fyra äldre i Skåne träffar anhöriga och nära vänner minst en gång varje vecka och något fler har varje vecka kontakt med anhöriga eller nära vänner via telefon eller internet.

Användningen av datorer och internet har ökat kraftigt i Sverige under de senaste åren och så även inom gruppen äldre. Sex av tio äldre skånska män och hälften av äldre skånska kvinnor rapporterar att de använder datorn mer än en dag i veckan till att leta information, läsa tidningar eller liknande. Var tredje äldre man och kvinna använder datorn mer än en dag per vecka till att kommunicera med andra.

Ungefär var tionde person över 65 års ålder röker dagligen. Trots en tydlig minskning av andelen rökare i den vuxna befolkningen, har andelen dagliga rökare inte minskat i äldregruppen sedan föregående undersökning år 2008.

Andelen äldre med en riskkonsumtion av alkohol (riskkonsumtionsgräns för män: 128 gram alkohol per vecka och för kvinnor: 96 gram alkohol per vecka) har ökat kraftigt både bland män och kvinnor sedan år 2000.

Folkhälsorapport Skåne 2013

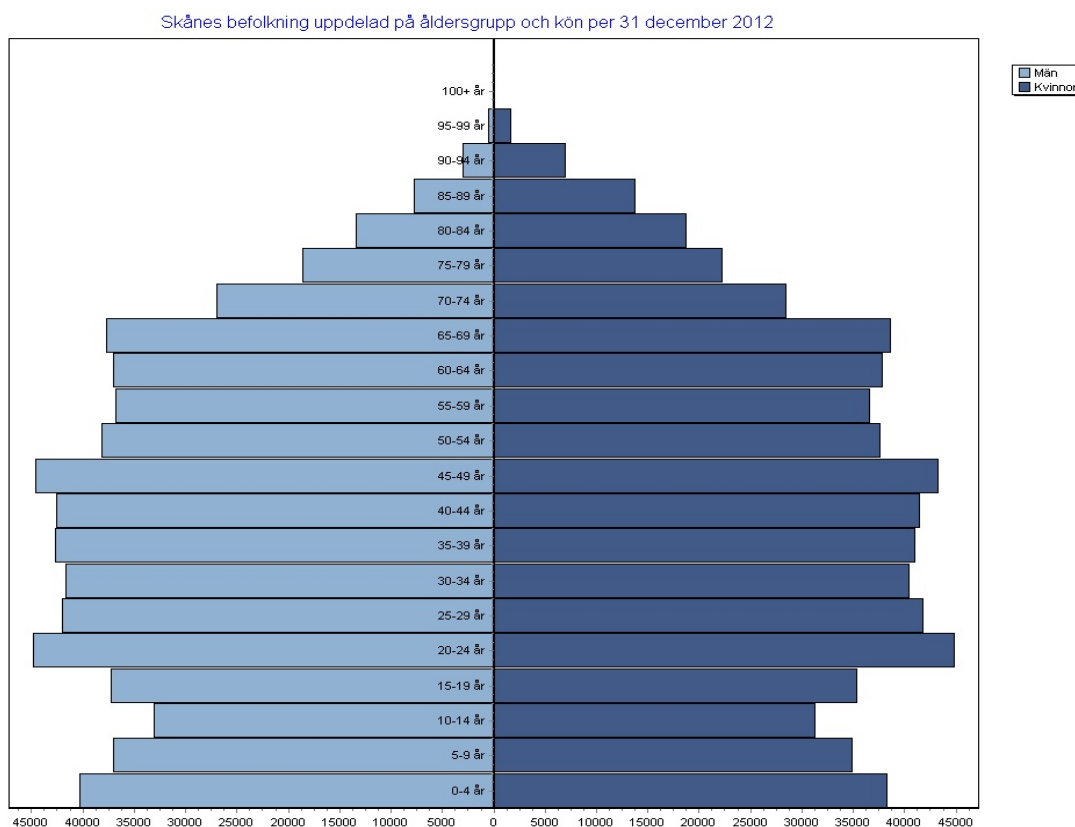
Bakgrund

1

1 Bakgrund

1.1 Demografi

I Skåne finns 33 kommuner och fler tätorter i förhållande till ytan än i något annat län i Sverige.¹ De fyra största städerna är Malmö, Helsingborg, Lund och Kristianstad.² Den skånska befolkningen uppgick vid årsskiftet 2011/2012 till 1 252 933 personer.³ Figur 1.1 visar Skånes befolkning år 2012 fördelad på kön och ålder.



Figur 1.1. Skånes befolkning år 2012 uppdelad på ålder och kön. Källa: Statistiska Centralbyrån (SCB).

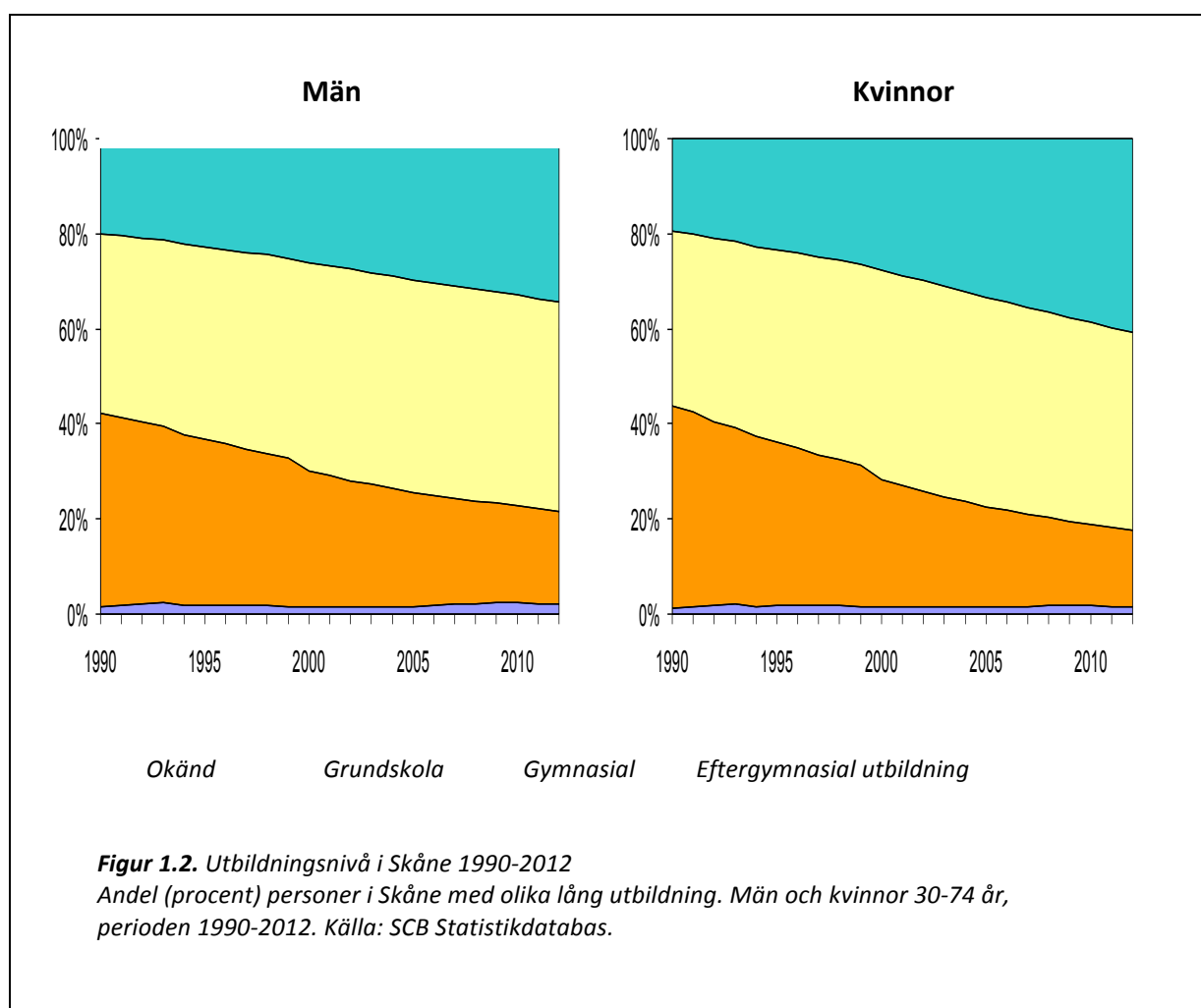
Åldersstrukturen skiljer sig mellan olika delar av Skåne. Den västra delen av Skåne har en yngre befolkning än den östra delen. Sydöstra Skåne har den äldsta befolkningen. Skånes befolkning har ökat sedan slutet av 1980-talet och ökningen har varit störst i sydvästra Skåne och minst i nordöstra Skåne.³ Drygt hälften av Skånes befolkning bor idag i sydvästra Skåne, en fjärdedel i nordvästra Skåne, 15 % i nordöstra Skåne och 7 % i sydöstra Skåne.³

I Skåne är 18 % av invånarna födda utomlands.⁴ Den etniska bostadssegregationen är mycket tydlig. Nära två av tre utlandsfödda bor i de fyra kommunerna Malmö, Helsingborg, Lund och Landskrona. Högst andel utlandsfödda har Malmö med 30 %, Burlöv med 26 % och Landskrona 24 %.¹ Närmare hälften av Skånes befolkning bor i områden med en homogen svenskfödd befolkning.⁵

Sysselsättningsgraden i Skåne är relativt låg, 74 % av befolkningen mellan 20-64 år förvärvsarbetar jämfört med riksgenomsnittet 77 % (gränspendling mot Danmark och Norge

inräknad).⁴ Skillnaden gentemot riket har dock minskat under åren 2001-2010.⁶ Arbetslösheten är högre i Skåne än i riket. Arbetslösheten (räknad som summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd, i förhållande till den registerbaserade arbetskraften) var 9,9 % i Skåne jämfört med 8,1 % i riket, i slutet av maj 2013. Nivån varierar mycket inom länet, med lägst arbetslöshet i Lomma (3,2 %) och högst i Landskrona (14,5 %). Malmö låg också högt med 14,2 %.⁷

Utbildningsnivån i den svenska befolkningen har höjts under de senaste decennierna. Utbildning kan påverka hälsan på flera sätt, dels via bättre arbetsförhållanden och en bättre ekonomisk situation, dels genom bättre förutsättningar att hitta och ta till sig information om hälsorelaterat beteende.⁸ Figur 1.2 visar hur utbildningsnivån i Skåne förändrats mellan åren 1990-2012. Det är troligt att de omkring 20 % som i dag endast har förgymnasial utbildning är en socialt mer utsatt grupp än de omkring 40 % som hade förgymnasial utbildning år 1991.⁸



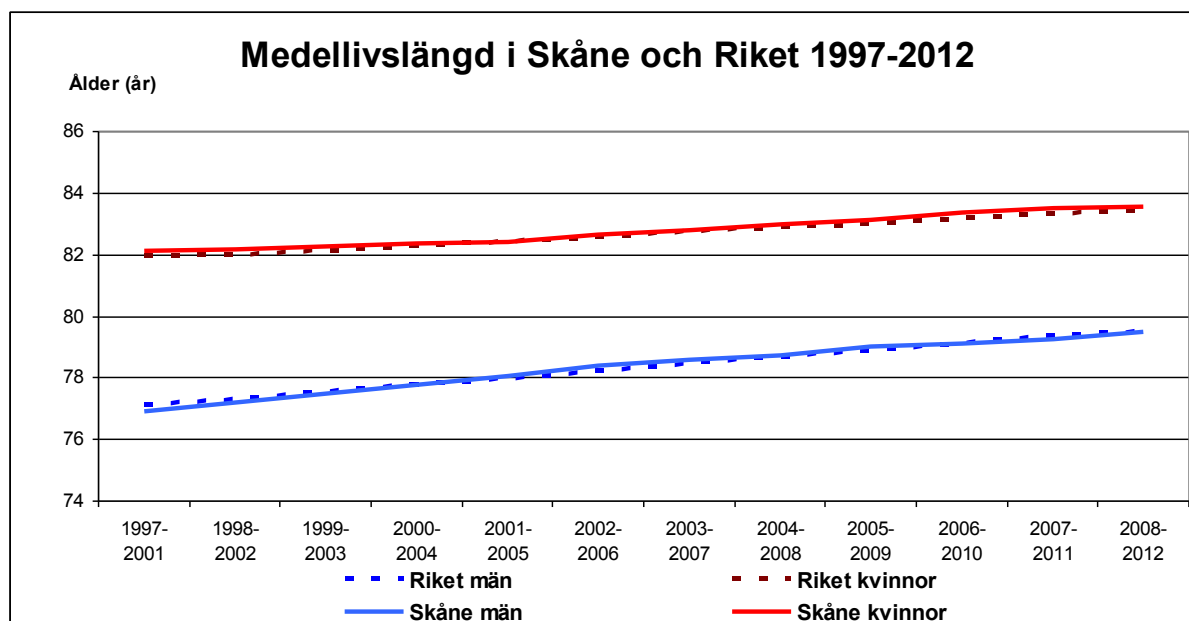
Utbildningsnivån i Skåne är hög när man ser till andelen högskoleutbildade i befolkningen, där Skåne ligger på fjärde plats i landet efter Stockholm, Uppsala och Västerbottens län. Men Skåne är samtidigt en av de regioner i Sverige som har lägst andel behöriga till gymnasiet efter avslutad grundskola.¹

Medellivslängden är ett mått på hur länge ett nyfött barn skulle leva i genomsnitt om dödligheten i olika åldrar förblev densamma som under det år man gör beräkningarna

Definition enligt Statistiska Centralbyrån, SCB

1.2 Medellivslängd

Vi lever allt längre. I Sverige har medellivslängden ökat från strax under 50 år kring mitten av 1800-talet till omkring 80 år idag.⁹ I Sverige var medellivslängden 83,4 år för kvinnor och 79,5 år för män perioden 2008-2012.¹⁰ Förr påverkades genomsnittet kraftigt av den höga spädbarnsdödligheten och under lång tid var den främsta anledningen till ökningen av livslängden att spädbarnsdödligheten minskade. Idag beror den ökade livslängden framför allt på minskad dödlighet bland de äldre.⁹ Förbättrade levnadsförhållanden och en förbättrad medicinsk behandling har bidragit till denna utveckling. För kvinnor har medellivslängden ökat i en jämn takt från 1960-talet fram till 2011. För män skedde en liten ökning under 1960- och 1970-talen, men från och med 1980 har männens medellivslängd ökat snabbare än kvinnornas och gapet mellan könen har minskat.¹¹ Detta beror till stor del på att dödligheten i hjärtkärlsjukdom minskat mer för män än för kvinnor,⁸ vilket i sin tur sammanhänger med att tobaksrökning under lång tid minskat mer bland män.¹² Figur 1.3 visar utvecklingen av medellivslängden för män och kvinnor i Skåne respektive riket under åren 1997-2012.



Figur 1.3. Förväntad återstående medellivslängd (vid födelsen). Kvinnor och män i Skåne respektive riket, under perioden 1997-2012 med genomsnittsvärden för 5-årsperioder (Källa: Statistiska centralbyrån).

Skånska män (79,5 år) respektive kvinnor (83,6 år) lever i genomsnitt ungefär lika länge som i riket.¹⁰ Längst lever kvinnorna i Halland och männen i Uppsala, medan kvinnorna i Gävleborg och männen i Norrbottens län lever kortast tid.¹⁰ Skillnaden mellan Sveriges län är dock endast omkring 2 år, medan man ser betydligt större skillnader mellan landets 290 kommuner; drygt 8 år för män och 6 år för kvinnor.⁹ Skillnaden i medellivslängd mellan Skånes kommuner är 3,7 år för män och 4,3 år för kvinnor. Längst lever männen i Vellinge (81,4 år) och kvinnorna i Båstad (86,0 år), kortast lever männen i Burlöv (77,8 år) och kvinnorna i Östra Göinge (81,7 år). Dessa siffror är genomsnitt för åren 2008-2012.¹³

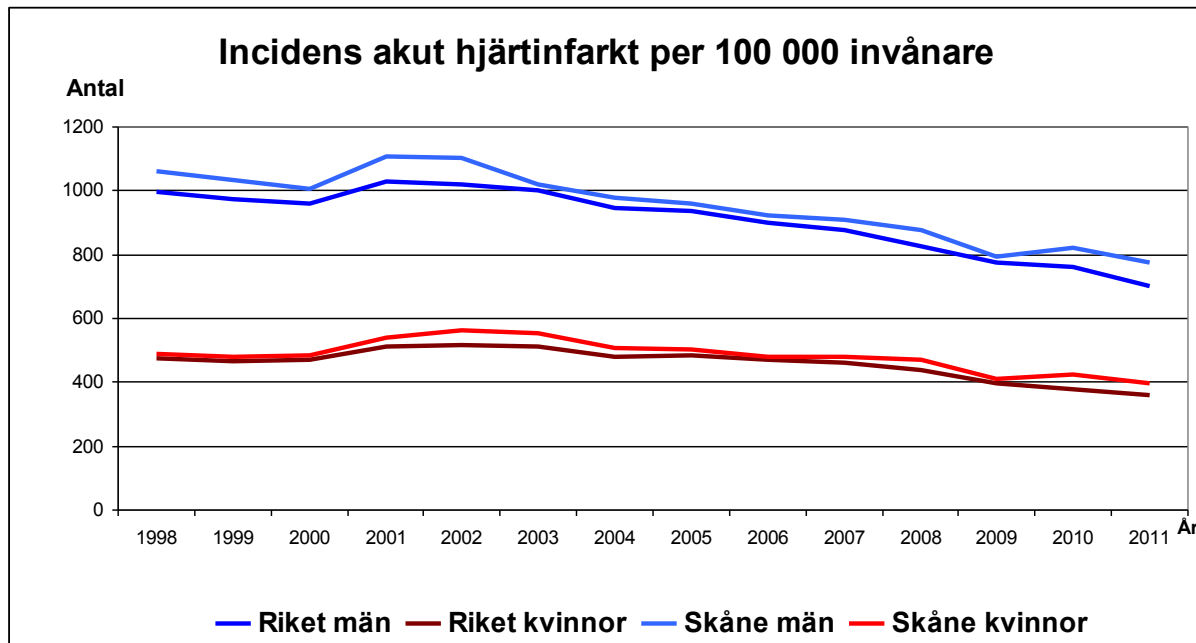
1.3 Sjuklighet

Det finns inget enhetligt heltäckande nationellt register för att inhämta information om sjuklighet för hela befolkningen. Studerar man läkarbesök inom öppen vård är högt blodtryck, ospecificerad värk, depression, sömnsvårigheter, astma och ångestillstånd de vanligast förekommande diagnosgrupperna. Inom slutenvården vårdas däremot flest patienter för hjärt-kärlsjukdom, skador/förgiftningar/frakturer, matsmältningsorganens sjukdomar och cancer.¹⁴ Hjärtkärlsjukdom innefattar i huvudsak hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och slaganfall.¹⁵ Här nedan redovisas skadeincidens i Skånes befolkning samt insjuknanden i några av våra stora sjukdomsgrupper, nämligen hjärtinfarkt, slaganfall (stroke) och cancer.

1.3.1 Akut hjärtinfarkt och slaganfall (stroke)

År 2011 insjuknade 34 000 personer i akut hjärtinfarkt¹⁶ och 30 000 personer i stroke.¹⁷ Insjuknandet i akut hjärtinfarkt respektive stroke har minskat avsevärt de senaste tjugo åren.^{8,16} Den åldersstandardiserade incidensen av hjärtinfarkt minskade med ungefär 30 procent för både män och kvinnor mellan år 2001 och 2011.¹⁶ Akut hjärtinfarkt respektive stroke är vanligast bland äldre personer. Män drabbas oftare av dessa sjukdomar än kvinnor och insjuknar i tidigare ålder.^{8,16} Beräkningar visar att minst två tredjedelar av alla hjärtinfarkter skulle kunna förebyggas genom mer hälsosamma levnadsvanor.¹⁸

Figur 1.4 visar incidensen av akut hjärtinfarkt för män och kvinnor i Skåne och riket över tid. Puckeln i början av 2000-talet beror på att diagnoskriterierna för akut hjärtinfarkt ändrades år 2001. Medan incidensen av akut hjärtinfarkt är något högre i Skåne än i riket, är incidensen av stroke något lägre i Skåne jämfört med riket (visas ej i figur).



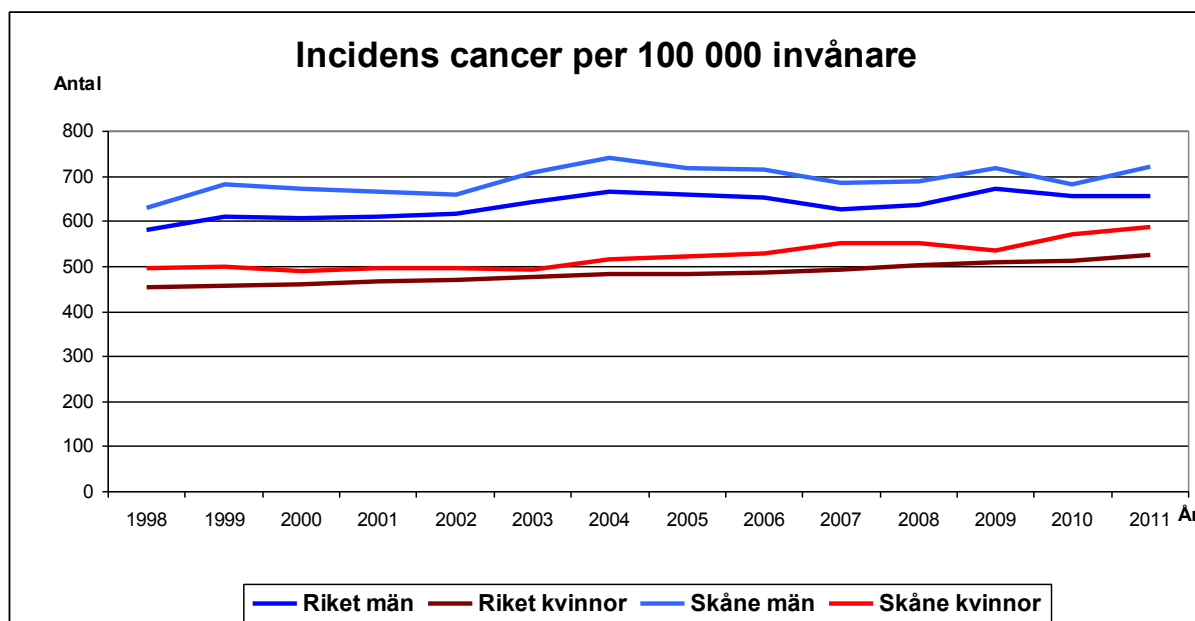
Figur 1.4. Åldersstandardiserad incidens i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare i Skåne län och riket under perioden 1988-2011. Kvinnor och män, åldersintervall 30–85+. Källa: Socialstyrelsen.

1.3.2 Cancer

År 2011 nydiagnosticerades 46 000 personer med cancer i Sverige.¹⁹ Insjuknandet i cancer har ökat de senaste decennierna och idag räknar man med att var tredje svensk kommer att få en cancerdiagnos.²⁰ Screening och förbättrade diagnostiska metoder förklarar en del av ökningen.¹⁹ Cancer är vanligast bland äldre personer. Fördelningen mellan könen är jämn med

52 procent män och 48 procent kvinnor.¹⁹ De vanligaste cancersjukdomarna i Sverige är prostatacancer för män och bröstcancer för kvinnor. Därefter kommer (för både män och kvinnor) hudcancer (undantaget malignt melanom) och tjocktarmscancer.²⁰ Prognosen varierar mycket för olika cancerformer men har generellt sett förbättrats de senaste decennierna för många typer av cancer, däribland bröstcancer.^{19,20}

Figur 1.5 visar insjuknandet i cancer för män och kvinnor i riket och i Skåne mellan år 1998 och 2011. Det är vanligare att män och kvinnor i Skåne insjuknar i cancer jämfört med i riket.



Figur 1.5. Åldersstandardiserad incidens i cancer (samtliga tumörer oavsett tumörtyper) per 100 000 invånare enligt befolkningen 2000, Skåne och riket under perioden 1998-2011. Kvinnor och män, alla åldrar. Källa: Socialstyrelsen.

1.3.3 Skador

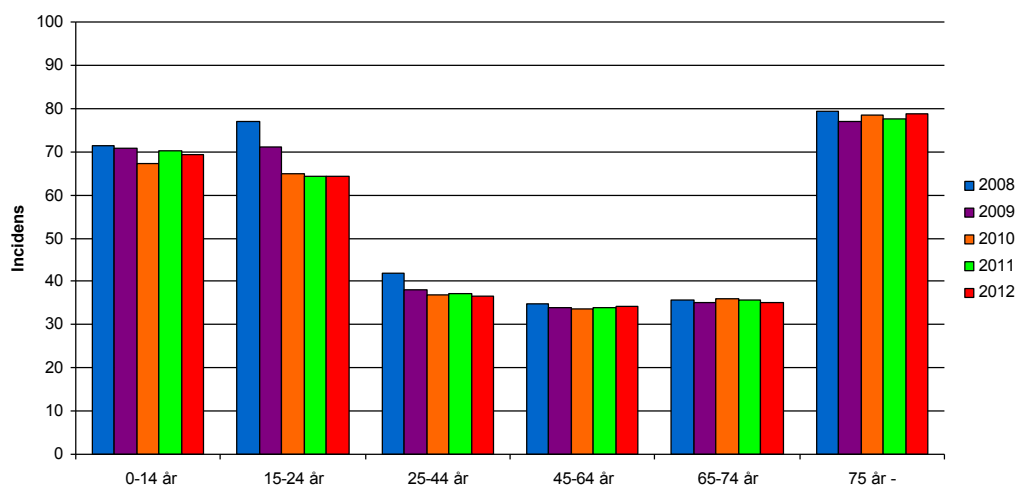
Personskador är ett stort folkhälsoproblem. Förutom ett stort personligt lidande så innebär personskador stora kostnader för såväl sjukvården som kommunerna, men även i form av produktionsbortfall.²¹ I jämförelse med EU:s medlemsländer har Sverige färre antal döda och sjukhusvårdade efter olycksfall i trafik- och arbetsmiljön, däremot ligger Sverige över EU:s genomsnitt avseende döda eller vårdade på sjukhus efter en skada som inträffat i hem- och fritidsmiljön.²²

Varje år behöver mer än 100 000 personer i Sverige sjukhusvård minst ett dygn för skador, 600 000 besöker en akutmottagning och ytterligare 400 000 personer vänder sig till primärvården för skador de fått i olyckor.²³ Fördelningen varierar med ålder och kön. Olyckor i hemmet drabbar främst äldre och små barn, medan olyckor i trafiken är vanligast bland unga män.²³ Detta innebär att varje dag, året om i Sverige, behöver över 2 700 personer läkarvård för skador de fått i olyckor. Utöver mänskligt lidande kostar olycksfallsskadorna samhället 64 miljarder kronor – om året.²³ Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen som leder till sjukhusvård.²³ Personer 65 år och äldre utgör en knapp femtedel av Sveriges befolkning, men står för två tredjedelar av samtliga som dör i olyckor och för hälften av dem som måste läggas in på sjukhus efter en olycka.^{23,24}

För att kunna minska antalet skador och därmed även det lidande och de kostnader som är förknippade med dessa, är det viktigt att kunna genomföra ett effektivt skadeförebyggande arbete. En förutsättning för detta är att kunskap finns om i vilka miljöer, inom vilka åldrar och varför skador inträffar. För det regionala och lokala skadeförebyggande arbetet är det än viktigare att denna information finns att tillgå på en lägre nivå än den nationella. I Region Skåne finns en kontinuerlig skaderegistrering av sluten- och öppenvårdsbesök vid åtta sjukhus sedan 1999 (Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad, Lund, Malmö, Trelleborg, Ystad, Ängelholm).²⁵ Registreringen omfattar anledningen till att en patient besöker sjukvården (kontaktkod) samt om ett olycksfall inträffat även i vilken miljö olycksfallet skett (platskod). Då registreringen är knuten till befolkningsregistret erhålls även uppgifter om patientens ålder, kön samt mantalsskrivningsort. Kvaliteten på registret varierar mellan de olika sjukhusen men även mellan olika år, och bortfallet ligger årligen på mellan 5 och 10 %.

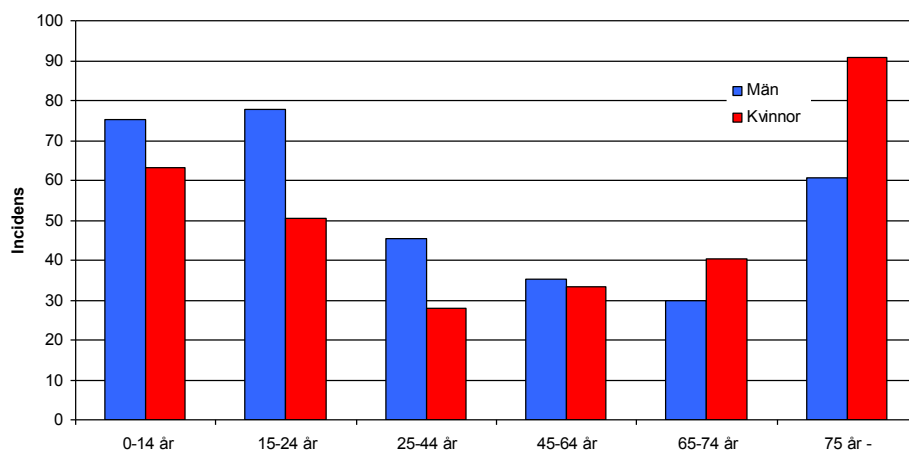
1.3.3.1 Olycksfallsskador i Skåne

I Skåne söker årligen cirka 60 00 personer akut sjukvård på grund av en olycksfallsskada, en andel som varit tämligen konstant under samtliga registreringsår (1999-2012). Skadeincidensen (antalet skadade per 1000 invånare och år) är högst bland personer 75 år och äldre, samt bland barn och yngre vuxna (0-24 år). Medan tendensen i skadeincidens är minskande bland personer 15-24 år, är skadeincidensen tämligen konstant i övriga åldrar (Figur 1.6).



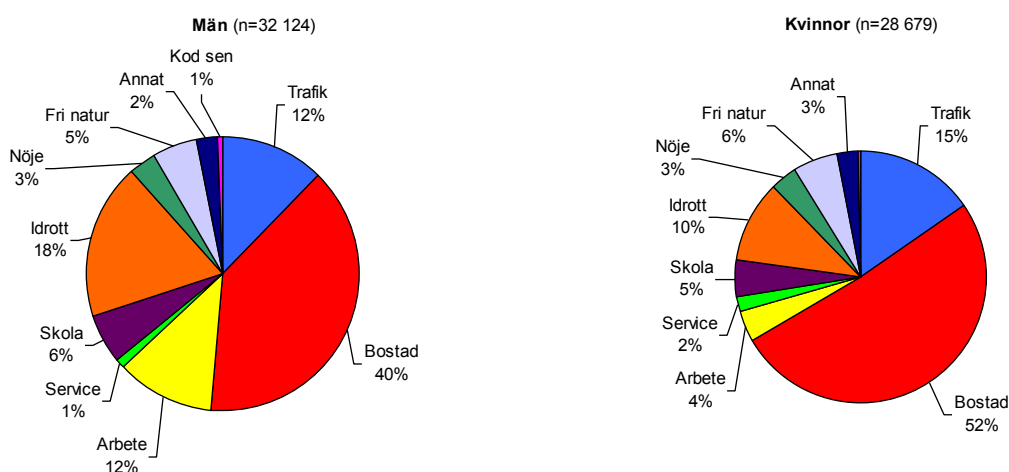
Figur 1.6. Utvecklingen av skadeincidensen, antal skadade per 1000 invånare och år i Skåne, under de senaste fem åren fördelat på åldersgrupper. Källa: Region Skånes skaderegistrering.

Region Skånes skaderegistrering visar att människors skador dominerar i samtliga åldersgrupper utom bland de äldsta, 65-74 år samt 75 år och äldre. Speciellt i den äldsta åldersgruppen ses en klar dominans för kvinnornas skador (Figur 1.7).



Figur 1.7 Skadeincidens, antal skadade per 1000 invånare och år i Skåne, för olycksfallsskador 2012 fördelat på ålder och kön (n=60 803). Källa: Region Skånes skaderegistrering.

Bostadsmiljön är den största skademiljön för både män och kvinnor och mer än hälften av alla olycksfallsskador som drabbar kvinnor inträffar i bostadsmiljön. För männen är idrottsmiljön den näst största skademiljön med en andel av olycksfallsskadorna på 18 %. Cirka 15 % av skadorna bland kvinnor och 12 % bland män inträffar i trafikmiljö (Figur 1.8).



Figur 1.8 Antal registrerade olycksfallsskador i Skåne 2012 fördelade på skademiljöer. Källa: Region Skånes skaderegistrering.

1.3.3.2 Skador efter avsiktlig våldshandling i Skåne

Under åren 1999-2012 har årligen cirka 2000 skåningar sökt akut sjukvård efter att ha blivit utsatta för en avsiktlig våldshandling, ungefär tre gånger så många män som kvinnor. Antalet har legat i stort sett konstant under samtliga registreringsår. De högsta skadeincidenserna (antal våldsskador per 1000 invånare och år) återfinns i åldern 15-24 år bland både män och kvinnor (visas ej i figur).

1.3.3.3 Skador efter avsiktlig självdestruktiv handling i Skåne

Vid skaderegistreringens start 1999 registrerades totalt 664 personer där orsaken till kontakt med akutsjukvården angetts som avsiktlig självdestruktiv handling, 369 kvinnor och 295 män där merparten av de skadade återfanns i åldern 15-24 år. År 2012 registrerades totalt 1472 självtillfogade skador, 857 kvinnor och 615 män. Skadeincidensen, antal självtillfogade

skador per 1000 invånare och år för åldersgruppen 15-24 år, har under registreringsåren (1999-2012) ökat från 1,6 till 4,6 bland kvinnorna och från 1,4 till 3,4 bland männen.

För att kunna genomföra ett effektivt skadeförebyggande arbetet på lokal nivå, är det viktigt med en kontinuerlig skaderegistrering som omfattar alla individer och miljöer i samhället. Skadeutvecklingen varierar över åren, men även över mindre geografiska områden i lokalsamhället såsom delområden och statistikområden. De insatser som görs inom det skadeförebyggande arbetet bör därför relateras till befintliga skadedata för att på bästa sätt ta vara på de resurser som avsätts för ändamålet.

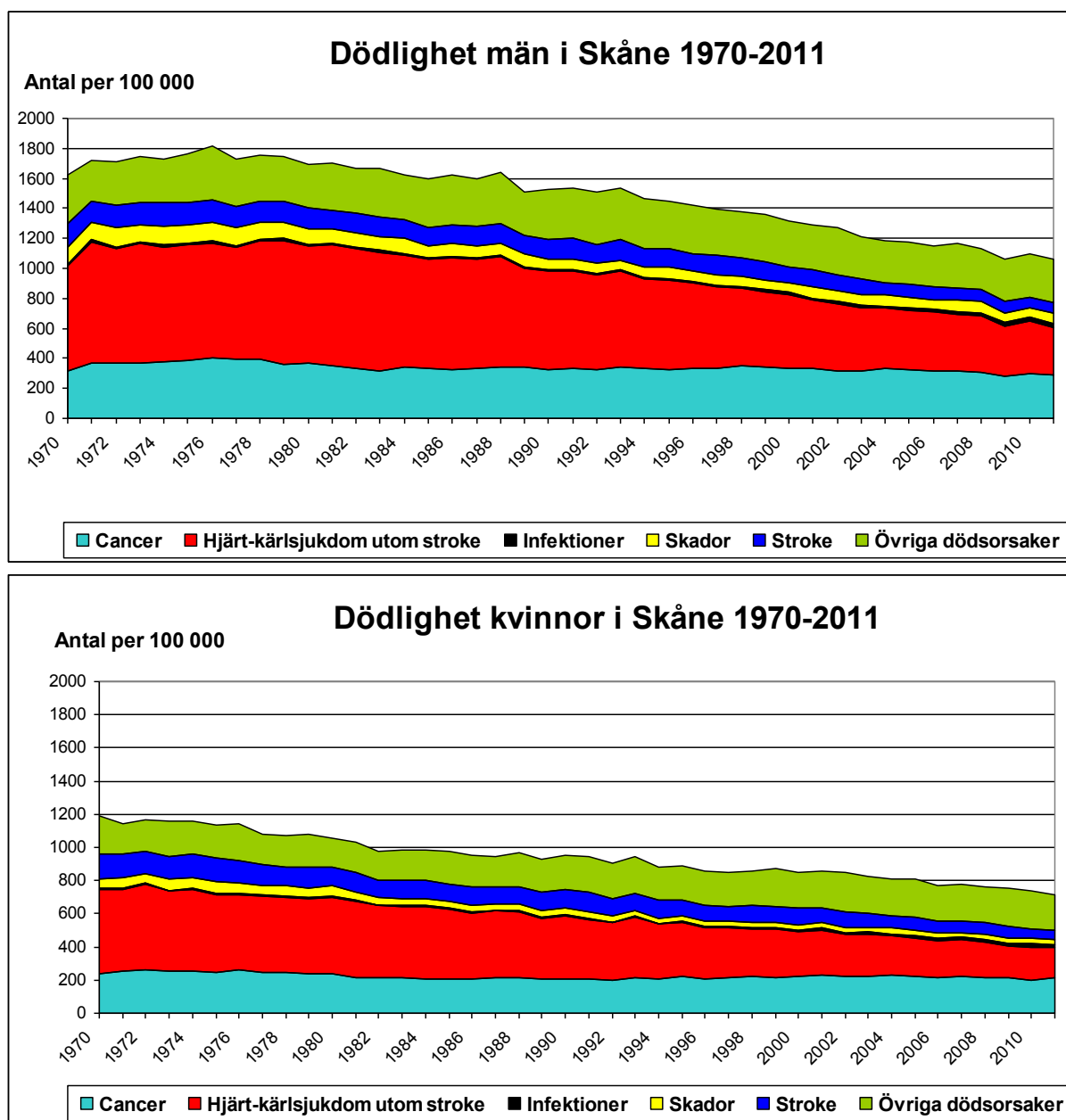
1.4 Dödlighet

Den totala dödligheten har minskat över tid. Antalet döda påverkas framför allt av befolkningens storlek i de äldre åldrarna. I Sverige dog 44 300 män respektive 47 700 kvinnor under år 2012. Motsvarande siffror för Skåne var 5 800 män respektive 6 400 kvinnor.²⁶ De två vanligaste dödsorsakerna är hjärtkärlsjukdom och cancer. De allra flesta dödsfall i Sverige sker i hög ålder. År 2012 var det endast 9 procent av dödsfallen som inträffade före 65 års ålder.²⁷ Hjärtkärlsjukdom har under lång tid varit den vanligaste dödsorsaken i Sverige, men har minskat kraftigt under de senaste decennierna. Hjärtkärlsjukdom är fortfarande den vanligaste dödsorsaken sett till hela befolkningen.⁸ De två största diagnoserna i denna grupp är hjärtinfarkt och stroke (slaganfall).⁸ År 2012 dog i Sverige nästan 35 000 personer av hjärtkärlsjukdom medan 23 000 personer dog av cancer.²⁶

Dödligheten i cancer har minskat något under senare år, trots att allt fler insjuknar i cancer.²⁰ Att överlevnaden ökat kan bero på bättre och tidigare diagnostik samt förbättrade medicinska behandlingsmetoder.²⁸ Dödligheten varierar för olika cancerformer. Lungcancer är en tumörform med dålig prognos.²⁹ Lungcancer har sedan några år gått om bröstcancer som den cancerform som orsakar flest dödsfall bland kvinnor.²⁶ Lungcancer orsakas oftast av rökning och utvecklingen av lungcancer speglar hur rökvanorna förändrats i befolkningen.^{8,29} Lungcancer är vanligare i Skåne jämfört med Riket.²⁹ Bland män är prostatacancer den enskilda cancerform som orsakar flest dödsfall.⁸

Nästan 3000 personer om året omkommer i olyckor i Sverige.²³ Från 1970-talet och fram till mitten på 1990-talet sågs en nedåtgående trend avseende dödsfall till följd av olyckor i Sverige, men från 1995 och fram till 2012 så har trenden brutits.²⁶ Det dödliga våldet i Sverige har legat på nästan samma nivå under de senaste 30 åren med cirka 100 döda årligen. Självorden i Sverige har minskat sedan början av 1990-talet i alla åldersgrupper utom i gruppen 15-24 år där en liten ökning kan ses.⁸

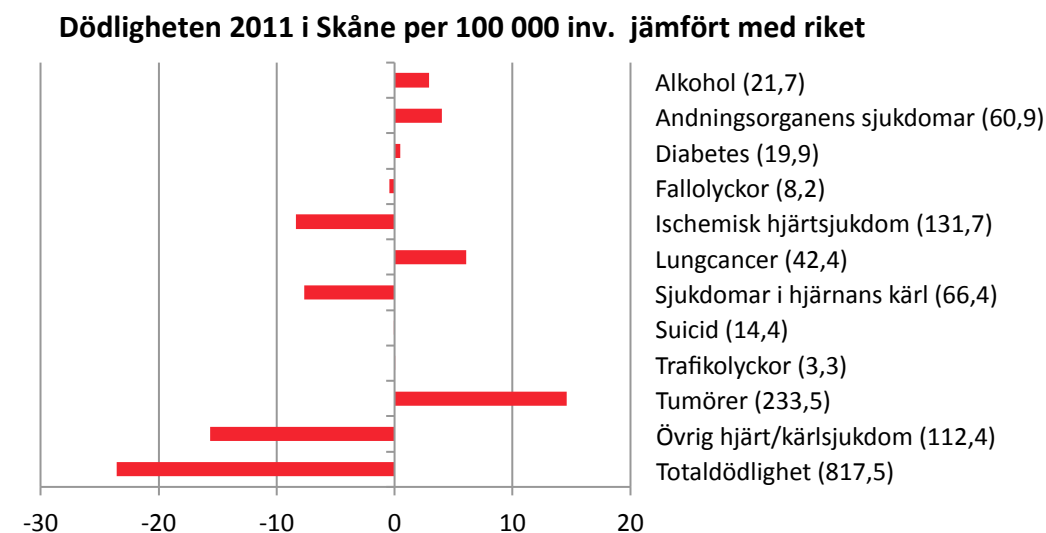
Figur 1.9 visar hur dödsorsaksmönstret förändrats i Skåne mellan åren 1970-2011. Stroke ingår inte i gruppen hjärtkärlsjukdom utan redovisas som en egen grupp. Dödligheten till följd av hjärtkärlsjukdom har minskat kraftigt under perioden, medan dödligheten till följd av cancer legat mer stabil.



Figur 1.9. Antal döda per 100 000 i Skåne efter dödsorsak och år under perioden 1970-2011. Kvinnor och män i alla åldrar. Åldersstandardiserat efter rikets medelbefolkning år 2000.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 1.10 visar dödligheten i Skåne jämfört med riket år 2011. Totalt sett var den åldersstandardiserade dödligheten i Skåne något lägre jämfört med riket. Negativa värden visar att dödligheten i Skåne under 2011 var lägre än i riket och positiva värden visar att dödligheten i Skåne var högre än i riket. Dödligheten i Skåne var något lägre för sjukdomar i hjärnans kärl, ischemisk hjärtsjukdom och övriga hjärtkärlsjukdomar, men något högre för tumörsjukdomar (inklusive lungcancer), sjukdomar i andningsorganen och alkoholrelaterade dödsorsaker.³⁰



Källa: Socialstyrelsen Enheten för vård- och omsorgsstatistik

Figur 1.10. Åldersstandardiserad dödlighet i Skåne per 100 000 invånare jämfört med riket år 2011. Rikets åldersstandardiserade dödstal står inom parentes efter varje dödsorsak. Källa: Adolfsson P. Skånska hälsofakta 2013, behovsunderlag avseende hälso- och sjukvård i budgetprocessen 2014, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Enheten för metodstöd och behovsanalys Region Skåne 2013-03-22 samt Socialstyrelsen.

1.5 Sammanfattning

- *Skånska män (79,5 år) och kvinnor (83,6 år) lever ungefär lika länge som genomsnittet för Sverige.*
- *Skillnaden i medellivslängd mellan Skånes kommuner är 3,7 år för män och 4,3 år för kvinnor.*
- *Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen som leder till sjukhusvård.*
- *Bostadsmiljön är den största skademiljön både bland män och kvinnor.*
- *I Region Skåne finns en kontinuerlig skaderegistrering av sluten- och öppenvårdsbesök vid åtta sjukhus sedan år 1999.*
- *Dödligheten till följd av hjärtkärlsjukdom har minskat kraftigt i Skåne under perioden 1970-2011, medan dödligheten till följd av cancer legat mer stabil.*
- *Dödligheten i Skåne är något lägre än genomsnittet i Sverige för hjärtkärlsjukdom och sjukdomar i hjärnans kärl, men något högre för tumörsjukdomar (inklusive lungcancer), sjukdomar i andningsorganen och alkoholrelaterade dödsorsaker.*

1.6 Referenser

1. Detta är Skåne. Regionala trender, konkurrensfördelar, outnyttjad potential. Region Skåne. www.skane.se/oecd
2. Snabbfakta om Skåne. Befolkning, största städer och Skånes kommuner. <http://www.skane.com/sv/snabbfakta-om-skane>
3. Skånes befolkningsprognos 2012-2021. Avdelningen för regional utveckling. Enheten för samhällsanalys. Region Skåne 2012. <http://www.skane.se/Skanes-utveckling/Samhallsanalys/Rapporter-och-publikationer-A-O/Skane/>
4. Bjärenlov A, Ripa C, Nilsson D, Wigvall L, Axelsson A, Lindell C. SkåneAnalysen. En kort analys om Skånes tillväxt och utveckling. Sysselsättning och utanförskap i Skåne. Enheten för samhällsanalys, Regional utveckling samt Analysfunktionen Näringsliv Skåne. Region Skåne januari 2012. <http://www.skane.se/sv/Skanes-utveckling/Samhallsanalys/>
5. Skånes styrkor och utmaningar. Sammanfattning av OECD territorial reviews: Skåne 2012. <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/RU/OECD/oecd-korversion-web.pdf>
6. Samuelsson D, Johannsen M. Arbetskraftsundersökningen (AKU) – Arbetsmarknaden ur ett regionalt perspektiv 2001-2010. Sveriges officiella statistik. Statistiska meddelanden. SCB 21 februari 2011. http://www.scb.se/statistik/AM/AM0401/2010K04X/AM0401_2010K04X_SM_01_AM1ISM1101.pdf
7. Mer information om arbetsmarknadsläget i Skåne län i slutet av maj månad 2013. Arbetsförmedlingen 2013-06-14. http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Pressrum/Pressmeddelanden/Pressmeddelandeartiklar/Skane/6-14-2013-Fler-som-far-jobb-och-fler-arbetslosa.html#.Ujxj6X_N58E
8. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013. Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut 2013. www.socialstyrelsen.se
9. Allt fler lever uti hundra år. SCB 2012. http://www.scb.se/Pages/Article_333965.aspx
10. Skåne – Fakta och perspektiv. <http://www.regionfakta.com/Skane-lan/Halsa-och-ohalsa/Medellivslangd/>
11. Befolkningsframskrivningar. Medellivslängd efter kön 1960-2012 och prognos 2013-2060. SCB. http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_273436.aspx.
12. Pampel FC. Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality. Population and Development Review. 2002;28(1):77-104
13. Återstående medellivslängd för 0-åringar 2008-2012 per kommun, under rubriken Helårsstatistik – Kommun, län och riket. Befolkningsstatistik SCB. http://www.scb.se/Pages/ProductTables_25795.aspx

14. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-111-2>
15. Rosengren A. Förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom –
Bakgrundsdokumentation. Information från Läkemedelsverket 3:2006. Rättelse 080609.
<http://www.lakemedelsverket.se>
16. Hjärtinfarkter 1987-2011. Sveriges officiella statistik. Hälsa- och sjukvård.
Socialstyrelsen 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-12-21>
17. Årsrapport. Rapport från Riks-Stroke 2011. Tryckt av Västerbottens läns landsting 2012.
Riks-Stroke, the Swedish stroke register. <http://www.riks-stroke.org/?content=analyser>
18. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Beslutsstöd för prioriteringar. Socialstyrelsen
2008. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8592/2008-102-7_20081028.pdf.
19. Cancer incidence in Sweden 2011. Cancerförekomst i Sverige 2011. Sveriges officiella
statistik. Socialstyrelsen 2012. www.socialstyrelsen.se
20. Elizabeth Johansson (red): Cancer i siffror 2013. Populärvetenskapliga fakta.
Socialstyrelsen och Cancerfonden 2013. www.cancerfonden.se
21. Berg L, Ekman R, Svensson S. Att registrera personsador. Räddningsverket och
Socialstyrelsen, 2008. NCO 2007:11.
22. European Union, EU. Injuries in the European Union – summary 2003-2005. Featuring
the EU Injury Database (IDB), 2007. <https://webgate.ec.europa.eu/idb>
23. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB. Olyckor och kriser 2009/2010.
2010. MSB 0170-10. <https://www.msb.se/>
24. Socialstyrelsen. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2011. 2009-9-4.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-10-27>.
25. Modén B, Östergren P-O. Skador på grund av olycksfall i Skåne 1999 -2004.
Socialmedicinska enheten, Region Skåne, 2005.
26. Dödsorsaker 2012. Socialstyrelsen 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>
27. Örjan Hemström. Medellivslängden ökar mest för högutbildade. Nr 2013:50. SCB 2013-
06-18. www.scb.se
28. Bergmark E. Cancervård. I: Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>
29. Cancer i Skåne. En väckarklocka för hela Sverige. 2010-07-13. Aktuellt om vetenskap
och hälsa. Populärvetenskapligt om medicinsk forskning från Lunds universitet och region
Skåne. www.vetenskaphalsa.se

30. Adolfsson P. Skånska hälsofakta 2013, behovsunderlag avseende hälso- och sjukvård i budgetprocessen 2014, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Enheten för metodstöd och behovsanalys Region Skåne 2013-03-22.

Deltagare och metod

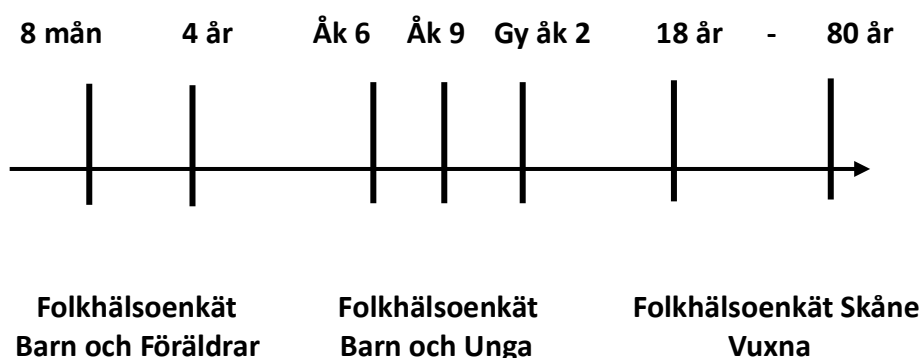
2

2 Deltagare och metod

Region Skåne genomför regelbundet folkhälsoenkäter för att kartlägga skåningarnas hälsa och levnads- och miljöförhållanden. Genom dessa enkätundersökningar ges möjlighet att 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 hälsa och hälsorisker i målbefolkningen. Dessa data utgör ett viktigt underlag för det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet i Skåne och i de 33 skånska kommunerna. Resultaten kan genom jämförelser med data från tidigare folkhälsoenkäter, användas som ett instrument för uppföljning av olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt vissa förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i Skåne.

Syftet med Folkhälsoenkät Skåne 2012 (FHS 2012) är således att få en aktuell bild av skåningarnas hälsa, levnads- och miljöförhållanden. Undersökningen utgör även ett viktigt underlag för arbetet med att förbättra förutsättningarna för en god framtida hälsa i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2012 gör det möjligt att jämföra enkätresultat med de tre tidigare undersökningarna (FHS 2000, FHS 2004 och FHS 2008) i Skåne. Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet, Region Skåne, har varit operativt ansvarig för undersökningen. Statistiska Centralbyrån (SCB) fick uppdraget att utföra utskick och insamling av frågeformulären.

Folkhälsoenkät Skåne riktad till den vuxna befolkningen ingår som en viktig del i den regionala epidemiologiska bevakningen i Skåne. Tillsammans med Folkhälsoenkät Barn och Unga (riktad till skolelever i årskurs sex, årskurs nio samt årskurs två på gymnasiet) respektive Folkhälsoenkät Barn och Föräldrar (riktad till de små barnen och deras föräldrar) finns nu information om den skånska befolkningen i olika åldersgrupper.



2.1 Frågeformulär

Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet har i samarbete med representanter för olika verksamheter i Region Skånes organisation, Skånes kommuner samt SCB utformat frågorna i frågeblanketten. Enkät 1 (Yngre) skickades ut till personer i åldern 18-64 år och bestod av 145 numrerade frågor varav flera hade delfrågor, vilket genererade totalt 287 frågor. Enkät 2 (Äldre), som skickades ut till personer i åldern 65-80 år, bestod av 136 numrerade frågor varav flera hade delfrågor, vilket genererade totalt 252 frågor. I ett senare skede i undersökningen skickades en förkortad pappersblankett ut. Den förkortade blanketten till de yngre bestod av 42 numrerade frågor och den förkortade blanketten till de äldre bestod av 44 numrerade frågor.

Frågorna handlade om: bakgrundsdata; uppväxtförhållanden; hälsa; läkemedel; sömn och välbefinnande; tandhälsa; levnadsvanor; sociala relationer; hot och våld; förtroende för samhällsinstitutioner; arbete, sysselsättning och ekonomi; företagshälsovård; hem, hushåll och boendemiljö; livskvalitet och vårdutnyttjande. Förutom variabler som samlats in via frågeblanketten har ett antal registervariabler hämtats från SCB:s olika register.

2.2 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 Registret över totalbefolkningen (RTB) som avgränsar, identifierar och möjliggör koppling till individerna i populationen. Urvalsramen i denna undersökning bestod av folkbokförda män och kvinnor i Skåne län i åldern 18-80 år ($n = 944\,628$ 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. För att vara säker på att urvalet innehåller tillräckligt många individer i viktiga redovisningsgrupper kan dessa redovisningsgrupper definieras som egna strata. Varje kommuns/stadsdels män respektive kvinnor utgjorde ett stratum.

Urvalet genomfördes i två steg. Från urvalsramen drogs först ett stratifierat urval med hjälp av ett av SCB egenutvecklat urvalsprogram. Detta så kallade grundurval bestod av 47 400 personer stratifierat på 56 geografiska områden inom Region Skåne (30 kommuner + 26 kommundelar i Malmö, Lund och Kristianstad) samt kön, dvs. 112 strata (56×2). Från 17 delområden inom Malmö, Helsingborg och Kristianstad drogs därefter ett så kallat tilläggsurval om totalt 9 200 personer. Totalt urval omfattar därmed sammanlagt 56 600 personer fördelade på 146 strata (Tabell 2.1).

Tabell 2.1 Förteckning över stratum och urvalsstorlek

Strata	Antal i urvalet	Anmärkning
29 kommuner, 2 kön	23 200	58 strata med 400 i urval (29 kommuner, könsuppdelat). Gäller ej för Malmö, Helsingborgs, Lunds, och Kristianstads kommuner.
Helsingborgs kommun, (hela kommunen, 2 kön)	8 000	2 strata med 1700 i urval (hela kommunen, könsuppdelat) Förtätning av urval: -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Planteringen. -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Drottninghög. -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Dalhem. -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Fredriksdal. -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Närlunda. -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Adolfsberg. -i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Mariastaden. - i Helsingborg byggdes urvalet på med ytterligare totalt 200 kvinnor respektive ytterligare totalt 200 män för de tre delområdena Söder, Eneborg och Högaborg tillsammans.
Malmö kommun, (10 stadsdelar, 2 kön)	11 000	20 strata med 400 i urval (10 stadsdelar, könsuppdelat) Förtätning av urval: -För Malmö Södra Innerstadens två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Seved. -För Malmö Fosies två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Lindängen. -För Malmö Kirsebergs två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Segevång. -För Malmö Rosengårds två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Herrgården. -För Malmö Hyllies två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 300 kvinnor respektive ytterligare 300 män från delområde Holma-Kroksbäck.
Lunds kommun, (10 kommundelar, 2 kön)	8 000	20 strata med 400 i urval (10 kommundelar, könsuppdelat)
Kristianstads kommun, (6 kommundelar, 2 kön)	6 400	12 strata med 400 i urval (6 kommundelar, könsuppdelat) Förtätning av urval: -För Kristianstad Norrs två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med: a. ytterligare 200 kvinnor respektive ytterligare 200 män från delområde Österäng b. ytterligare 200 kvinnor respektive 200 män från delområde Gamlegården. -För Kristianstad Västras två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 200 kvinnor respektive ytterligare 200 män från delområde Charlottesborg, -För Kristianstads centrums två strata (kvinnor respektive män) byggdes urvalet på med ytterligare 200 kvinnor respektive ytterligare 200 män från delområde Centrala.
Totalt	56 600	Sammanlagt 146 strata

Innan frågeblanketterna sändes ut genomfördes en identifikationskontroll av personer i det totala urvalet för att ta fram senaste aktuella adresser i RTB samt för kontroll av övertäckning gällande avlidna, emigrerade samt obefintliga, dvs. då personnumret inte finns med i RTB. Vid kontrollen visade det sig att totalt 364 personer inte längre tillhörde populationen utan utgjorde så kallad övertäckning, vilket medför att frågeformuläret skickades till 56 236 personer.

Ytterligare övertäckning kom till SCB:s kännedom under insamlingsfasen. I dessa fall rör det sig exempelvis om att undersökningspersonerna eller deras anhöriga uppgett att de inte längre tillhör populationen. Av de postade breven kom 1 036 i retur från posten och för 950 personer fick man kännedom att de inte ingick i undersökningspopulationen. Orsaken till detta kunde vara att vissa personer hade flyttat utanför Skåne, hade skyddad adress, inte kunde nås på grund av allvarligt fysiskt hinder eller var institutionsboende. Efter avdrag för övertäckning återstod 54250 personer, det så kallade totala nettourvalet (Tabell 2.2).

Tabell 2.2. Population och urval.

	Grundurval	Tilläggsurval	Totalt urval
Population (18-80 år)	-	-	944 628
Bruttourval	47 400	9 200	56 600
Övertäckning	333	31	364
Personer som inte kunde nås	1 514	472	1 986
Nettourval*	45 553	8 697	54 250

* Nettourval är de personer som kvarstår efter att övertäckning och personer som inte kunde nås exkluderats från bruttourvalet.

2.3 Datainsamling

Breven och frågeformulären sändes till urvalspersonerna via post. I informationsbrevet som skickades ut den 29-30 oktober 2012 erbjöds urvalspersonerna att besvara frågorna via Internet. Det första pappersenkätutskicket genomfördes den 12-13 november 2012 och därefter skickades fyra påminnelser ut till dem som inte besvarat enkäten. Den första påminnelsen bestod av ett tack- och påminnelsebrev som skickades ut den 26-27 november 2012. Den andra och tredje påminnelsen var en enkätpåminnelse som skickades ut den 4-5 december 2012 respektive den 2-3 januari 2013. Till de personer i grundurvalet som ej svarat skickades en fjärde påminnelse i form av en förkortad pappersenkät den 25 februari 2013. Insamlingen avslutades den 22 mars 2013.

2.4 Sekretess och utlämnande

Frågeblankettens framsida bestod av ett informationsbrev där uppgiftslämnaren kunde läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes som ett samarbete mellan SCB och Region Skåne. Brevet informerade också om att folkbokföringsuppgifter såsom ålder, kön, civilstånd, födelseland (i grupper) och medborgarskap (i grupper) hämtas från Statistiska centralbyråns Register över totalbefolkningen (RTB) och att uppgifter om utbildningsnivå, sysselsättning, invandringsår, geografisk indelning och inkomst hämtas från andra register på SCB. Vidare informerades det om att uppgifter gällande sjukvårdsanvändning hämtas från Region Skånes och Socialstyrelsens/Epidemiologiskt centrum's databaser. Uppgiftslämnaren fick veta att en aidentifierad datafil skulle levereras till Region Skåne. Brevet informerade om personuppgiftslagen samt offentlighets- och

sekretesslagen och att det var frivilligt att medverka i undersökningen. I slutet av enkäten ställdes frågan om uppgiftslämnaren godkänner att SCB kopplar på deras adresskoordinat och lämnar ut den till Region Skåne. För de personer som gav sitt godkännande för detta har SCB lämnat ut adresskoordinaten till Region Skåne.

2.5 Svarfrekvens

I undersökningens ursprungliga grundurval har 24 944 personer besvarat frågeformuläret, vilket motsvarar 54,8 % av nettogrundurvalets 45 553 personer.

Från 17 delområden inom Malmö, Helsingborg och Kristianstad drogs som tidigare nämnts ett så kallat tilläggsurval om totalt 9 200 personer. Av dessa svarade 3 085 personer, vilket motsvarar 35,5 % av nettotilläggsurvalets 8 697 personer.

Oavsett urvalstillhörighet har totalt 28 029 personer besvarat frågeformuläret (Tabell 2.3). Efter det första utskicket hade 17 807 personer (32,8%) besvarat enkäten. Första tack- och påminnelsekortet till resterande 36 443 personer medförde att ytterligare 4 553 personer svarade (8,4 %). Efter den första enkätpåminnelsen svarade ytterligare 2 028 personer (3,7%) på enkäten och genom den andra enkätpåminnelsen ökade den totala svarsandelen med 1 826 personer (3,4%). Efter den förkortade pappersenkäten hade ytterligare 1 815 personer (3,3%) besvarat frågeformuläret. Det totala nettourvalets slutliga svarsandel blev därmed 51,7% då hänsyn tagits till både grundurval och tilläggsurval. I Tabell 2.3 ses att svarsbenägenheten var betydligt större i samband med introduktionsbrevet och framförallt första enkätutskicket bland personer i åldern 65-80 år. Av de som svarat på enkäten till de yngre var det 43,8% som svarade på webben. Bland de äldre var motsvarande andel 28,5%.

Tabell 2.3. Beskrivning av inflödet för totala nettourvalet, uppdelat på Yngre (18-64 år) respektive Äldre (65-80 år).

	Yngre - antal	Yngre - andel (%)	Äldre - antal	Äldre - andel (%)	Totalt - antal	Totalt - Andel (%)
Introduktionsbrevet	6 292	14,2	1 862	18,5	8 154	15,0
Första enkätutskick	5 757	13,0	3 896	38,6	9 653	17,8
Tack och Påminnelsekort	3 722	8,4	831	8,2	4 553	8,4
Enkätpåminnelse 1	1 696	3,8	332	3,3	2 028	3,7
Enkätpåminnelse 2	1 576	3,6	250	2,5	1 826	3,4
Förkortad pappersenkät	1 549	3,3	266	2,6	1 815	3,3
Totalt svarande	20 592	46,6	7 437	73,8	28 029	51,7
Bortfall	23 574	53,4	2 647	26,3	26 221	48,3
Nettourval	44 166	100	10 084	100	54 250	100

Tabell 2.4 visar hur svarsandelen i det totala urvalet samvarierar med olika bakgrundsvariabler. En högre andel bland kvinnor än bland män har besvarat enkäten. I yngre åldrar är svarsandelen lägre, vilket ofta är fallet vid folkhälsoundersökningar och liknande studier. Gruppering på födelseland uppvisar en tydlig skillnad i svarsandelar med 55,2 % för svenskfödda, 46,8 % för övriga Norden, 33,9 % för övriga Europa och 25,4 % för personer födda utanför Europa. Det är även vanligare bland gifta personer än bland övriga (ensamstående, ogifta, änka/änkling) att svara på enkäten. Det är tydliga skillnader i svarfrekvens mellan olika inkomstgrupper. Vidare har en större andel av personerna i

undersökningen med eftergymnasial utbildning svarat, 59,4%, jämfört med de som har förgymnasial utbildning, 40,1%.

Tabell 2.4. Undersökningspopulation, totalt bruttourval och svarsfrekvens med avseende på kön, ålder, födelseland, civilstånd, inkomst och utbildning.

		Population urval	Population (%)	Urval	Urval (%)	Svarande (Antal)	Svarande (%)
Kön	Man	471 563	49,9	28 300	50,0	12 828	45,3
	Kvinna	473 065	50,1	28 300	50,0	15 201	53,7
Ålder	18-34	283 458	30,0	17 085	30,2	5 800	33,9
	35-44	167 612	17,7	9 947	17,6	4 215	42,4
	45-54	163 770	17,3	9 903	17,5	4 980	50,3
	55-64	148 685	15,7	9 033	16,0	5 497	60,9
	65-80	181 103	19,2	10 632	18,8	7 537	70,9
Födelseland	Sverige	741 254	78,5	42 852	75,7	23 649	55,2
	Övr Norden	29 218	3,1	1 681	3,0	787	46,8
	Övr Europa	96 268	10,2	6 188	10,9	2 097	33,9
	Övr världen	77 888	8,2	5 879	10,4	1 496	25,4
Civilstånd	G+RP*	424 929	45,0	25 658	45,3	14 665	57,2
	Övriga	519 699	55,0	30 942	54,7	13 364	43,2
Inkomst	0-149	348 568	36,9	21 909	38,7	8 068	36,8
	150-299	329 833	34,9	19 809	35,0	11 017	55,6
	300-	266 227	28,2	14 882	26,3	8 944	60,1
Utbildning	Förgymnasial	223 007	23,6	14 552	25,7	5 835	40,1
	Gymnasial	402 491	42,6	24 155	42,7	11 561	47,9
	Eftergymnasial	319 130	33,8	17 893	31,6	10 633	59,4
Totalt		944 628		56 600		28 029	

* G+RP (Giftna och registrerade partner)

I Tabell 2.5 redovisas svarsfrekvensen för samtliga geografiska strata, beräknad på grundurval och tilläggsurval. Bland kvinnor är svarsfrekvensen högst i Lomma (68,8%), Lund Torn (65,9%), Kristianstad Åhus (65,6%) och Ystad (65,2%). En hög svarsfrekvens bland kvinnor noteras även i Hörby (64,9%) och Simrishamn (64,6%). Bland män är svarsfrekvensen högst i Lund Genarp (57,6 %) och Lomma (57,0%). Därefter följer Kristianstad Åhus (56,7%) och Kristianstad Södra (56,6%) samt Bromölla (54,9%) och Kävlinge (54,5%).

Tabell 2.5. Svarsfrekvens per urvalsstrata (procent) för totalt bruttourval exklusive övertäckning.

Kommun	Stadsdel	Man	Kvinna	Kommun	Stadsdel	Man	Kvinna
Svalöv		46,3	60,8	Malmö	Centrum	42,0	53,9
Staffanstorps		50,3	60,5	Malmö	S. Innerstaden	34,3	46,7
Burlövs		45,8	48,6	Malmö	V. Innerstaden	44,7	58,5
Vellinge		50,4	60,5	Malmö	Limhamn-Bunkeflo	52,9	58,6
Östra Göinge		48,9	56,3	Malmö	Hyllie	43,9	50
Örkelljunga		49,6	53,3	Malmö	Fosie	36,6	38,4
Bjuv		41,7	50,3	Malmö	Oxie	47,5	53,2
Kävlinge		54,5	64,2	Malmö	Rosengård	29,8	29,5
Lomma		57,0	68,8	Malmö	Husie	48,6	59,5
Svedala		49,1	60,4	Malmö	Kirseberg	37,6	46,1
Skurup		48,6	57,5	Malmö	Seved (ingår i Södra Innerstaden)	26,7	41,7
Sjöbo		52,1	53,9	Malmö	Holma-Kroksbäck (ingår i Hyllie)	31,5	36,8
Hörby		48,2	64,9	Malmö	Lindängen (ingår i Fosie)	27,5	31,4
Höör		50,5	61,8	Malmö	Herrgården (ingår i Rosengård)	12,2	15,8
Tomelilla		50,9	58,5	Malmö	Segevång (ingår i Kirseberg)	32,1	41,1
Bromölla		54,9	57,5	Kristianstad	Norra	53,3	61,5
Osby		52,8	55,8	Kristianstad	Östra exkl. Åhus	51,8	60,8
Perstorp		45,8	51,0	Kristianstad	Åhus	56,7	65,6
Klippan		42,8	57,0	Kristianstad	Södra	56,6	62,1
Åstorp		43,5	56,6	Kristianstad	Västra	51,9	62,9
Båstad		52,3	62,0	Kristianstad	Centrala	44,6	51,5
Landskrona		45,8	55,6	Kristianstad	Centrum (ingår i Centrala)	42,5	50,5
Höganäs		52,4	62,2	Kristianstad	Österäng (ingår i Centrala)	30,5	39,5
Eslövs		52,0	58,4	Kristianstad	Gamlegården (ingår i Centrala)	28,5	28,0
Ystad		49,2	65,2	Kristianstad	Charlottesborg (ingår i Centrala)	18,6	29,5
Trelleborg		52,6	55,3	Helsingborg		46,1	56,2
Simrishamn		51,5	64,6	Helsingborg	Mariastaden	49,3	58,0
Ängelholm		51,1	62,1	Helsingborg	Fredriksdal	30,5	46,0
Hässleholm		49,1	58,3	Helsingborg	Drottninghög	26,1	28,4
Lund	Centrum	48,2	56,4	Helsingborg	Dalhem	32,4	39,0
Lund	Dalby	52,3	59,8	Helsingborg	Söder+Eneborg+Högaborg	35,0	35,5
Lund	Genarp	57,6	51,5	Helsingborg	Närlunda	28,5	30,1
Lund	Norr	43,4	55,6	Helsingborg	Adolfsberg	33,0	38,0
Lund	Söder	50,9	61,1	Helsingborg	Planteringen	30,6	38,8
Lund	S Sandby	54,2	61,8				
Lund	Torn	52,1	65,9				
Lund	Veberöd	52,8	60,7				
Lund	Väster	50,3	64,4				
Lund	Östra Torn	50,1	61,7				

2.6 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 kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva. För att reducera bortfalls-skevheten har vikter beräknats med hjälp av kalibrering. Objektsbortfallet kan bland annat bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte går att nå eller att uppgiftslämnaren är förhindrad att medverka exempelvis på grund av sjukdom.

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 Yngre-enkäten varierar det partiella bortfallet för grundfrågor (dvs inte följdfrågor) mellan 0,4 % för två frågor om alkoholkonsumtion samt en fråga om man har barn boende hemma, till 48,8 % för en fråga huruvida de flesta människor försöker vara i grunden rättvisa eller ej. I Äldre-enkäten är variationen mellan 0,8 % för en fråga om födelseår till 23,5 % för en fråga om astma.

2.7 Viktberäkning och estimation

Den statistiska säkerheten sammanhänger med antalet svar i den grupp man vill analysera. Vi gjorde därför ett ungefär lika stort urval i alla geografiska områden, vilket ger bäst statistisk 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 viktas 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 8 000 invånare. Antalet personer som svarat på enkäten är lika stort i båda områdena. Svaren från område B ges då genom viktningen 8 gånger så stor vikt som svaren från område A, vilket är rimligt eftersom det bor 8 gånger fler personer där.

Vissa befolkningsgrupper deltar i undersökningar i högre utsträckning än andra (se Tabell 2.4 och Tabell 2.5), dvs. det finns ett selektivt bortfall bland de svarande. Det är exempelvis fler äldre än yngre som svarar på folkhälsoenkäter och en högre andel kvinnor än män. Man vill dock att varje befolkningsgrupp 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, ålder, födelseland, civilstånd, inkomst och utbildning. I vardera av de geografiska områdena har varje kombination av dessa variabler 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, dvs. vikterna kompenserar för objektsbortfallet. Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl och att över- och undertäckningen därmed är försumbar.

2.7.1 Fördelning efter kön, ålder, socioekonomisk status och födelse land

I Tabell 2.6 ses inga tydliga åldersskillnader bland deltagarna mellan män och kvinnor. Bland kvinnor är dock andelen yngre något högre än bland män, medan andelen äldre är högre bland män. Män är i större utsträckning än kvinnor högre tjänstemän, facklärd arbetare, icke-facklärd arbetare och egna företagare samt arbetslösa. Kvinnor är i större utsträckning än män tjänstemän i mellan- och lägre ställning, sjukskrivna (långtidssjukskrivna eller har sjuk- eller aktivitetsersättning) eller studerande. Knappt 16 % av personerna som svarat på enkäten är födda utanför Sverige.

Tabell 2.6. Deltagande (antal) enligt kön, socioekonomisk status och födelse land.

	Män antal	Män (%)	Kvinnor antal	Kvinnor (%)
Åldersgrupper				
18-34	2441	19,0	3359	22,1
35-44	1851	14,4	2364	15,6
45-54	2277	17,8	2703	17,8
55-64	2588	20,2	2909	19,1
65-80	3671	28,6	3866	25,4
Socioekonomisk status*				
Högre tjänstemän	1536	16,9	1457	13,2
Mellan tjänstemän	1247	13,7	2105	19,1
Lägre tjänstemän	642	7,1	1366	12,4
Facklärd arbetare	1484	16,3	1733	15,8
Icke-facklärd arbetare	1515	16,6	1634	14,9
Egenföretagare + Lantbrukare	1228	13,5	655	6,0
Sjuk- eller aktivitetsersättning/ Långtidssjukskriven mer än 3 månader	322	3,5	604	5,5
Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd	567	6,2	568	5,2
Studerande/värnpliktig	561	6,2	879	8,0
Födelse land				
Svenskfödda	10858	84,6	12784	84,1
Utlandsfödda	1970	15,4	2417	15,9

*Endast åldersgrupperna 18-64 år.

2.8 Redovisning av resultaten

Resultat från undersökningen redovisas i figurer för hela Skåne. I analyserna har viktning använts med avseende på befolkningstal i de geografiska områdena samt kön, ålder, födelse land, civilstånd och utbildningsnivå. I denna rapport har redovisningen av resultaten delats upp i olika områden såsom: Hälsa; Levnadsvanor; Sociala relationer och trygghet; Arbete, miljö och hälsa; Socioekonomiska skillnader i hälsa och levnadsförhållanden samt Hälsa och levnadsförhållanden bland äldre. Siffrorna rörande arbetslivsområdet avser i huvudsak den förvärvsaktiva delen av populationen som arbetar minst 30 timmar i veckan. Geografiska jämförelser baseras på en indelning av Skånes kommuner i storstad (Malmö),

större städer (Lund, Helsingborg, Kristianstad, Hässleholm), förortskommuner (Staffanstorp, Burlöv, Vellinge, Bjuv, Kävlinge, Lomma, Svedala, Skurup, Sjöbo, Hörby, Höör, Åstorp, Eslöv), pendlingskommuner (Svalöv, Östra Göinge, Tomelilla, Bromölla, Osby, Klippan, Höganäs, Trelleborg, Ängelholm), kommuner i tätbefolkad region (Landskrona, Ystad, Simrishamn), samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner (Örkelljunga, Perstorp, Båstad). Dessa geografiska jämförelser är åldersstandardiserade.

Förutom data från Folkhälsoenkät i Skåne 2012 redovisas där så är möjligt jämförelser med resultat från Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004 och 2008 samt den Nationella Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor 2012". Skillnad i resultat mellan Skåne och riket (Nationella Folkhälsoenkäten 2012) uttrycks i absoluta procentenheter bredvid kartbilden under respektive indikatorrubrik. Skåne är rödmarkerat på kartan vid statistiskt säkerställda högre nivåer i Skåne än riksgenomsnittet för män och kvinnor sammantaget (totalt) och Skåne är grönmarkerat på kartan vid statistiskt säkerställda lägre nivåer i Skåne än riksgenomsnittet för män och kvinnor sammantaget (totalt). Är skillnaden mellan Skåne och riket för män och kvinnor sammantaget (totalt) inte statistiskt säkerställd behåller kartan sin gula färg. Skillnader mellan Skåne och riket inom gruppen män respektive kvinnor nämns bredvid kartbilden och i texten, men markeras inte med färg. Alla dessa nationella jämförelser är åldersstandardiserade.

Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000), Folkhälsoenkät Skåne 2004 (FHS 2004), Folkhälsoenkät Skåne 2008 (FHS 2008) samt "Hälsa på lika villkor 2012"

Jämförelser görs över tid med resultaten från tidigare folkhälsoundersökningar. I Folkhälsoenkät Skåne 2000 bjöd man in 23 437 individer i åldern 18-80 år att delta. Urvalet var stratifierat efter geografiska områden där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp förutom Helsingborg (som delades in i sex stadsdelar), Kristianstad (fem kommundelar), Lund (tio kommundelar) samt Malmö (tio stadsdelar). Ungefär lika stora urval gjordes i varje delområde och totalt besvarade 13 604 personer enkätundersökningen, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 58,5 %.

Ett urval drogs ur befolkningsregistret bland personer i åldern 18-80 år bosatta i Skåne den 30 juni 2004 för att genomföra Folkhälsoenkät Skåne 2004. Urvalet var stratifierat efter geografiska områden där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp förutom Helsingborg (som delades in i sex stadsdelar), Kristianstad (fem kommundelar), Lund (tio kommundelar) samt Malmö (tio stadsdelar). Ungefär lika stora urval gjordes i varje delområde. Totalt besvarade 27 963 personer frågeformuläret, vilket motsvarade 58,7 % av nettourvalet (n = 47 621).

För att genomföra Folkhälsoenkät Skåne 2008 drogs ett urval ur befolkningsregistret bland personer i åldern 18-80 år bosatta i Skåne den 30 juni 2008. Grundurvalet var stratifierat efter geografiska områden där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp förutom Helsingborg som delades in i fem stadsdelar, Kristianstad med sex kommundelar, Lund med tio kommundelar samt Malmö med tio stadsdelar. Ungefär lika stora urval gjordes i varje delområde. Totalt besvarade 25 789 personer frågeformuläret, vilket motsvarade 55,2 % av nettourvalet (n = 46 734). Utöver grundurvalet gjordes i denna undersökning även ett tilläggsurval på 5 600 personer från 11 delområden inom Helsingborg och Kristianstad.

Jämförelser görs (som nämndes ovan) även där så är möjligt med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkät-undersökningen "Hälsa på lika villkor" år 2012 som genomförts av SCB under perioden mars till juni 2012 på uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut. Urvalet omfattade sammanlagt 20 000 personer i åldern 16-84 år i hela Sverige. Totalt var det 9 855 personer som besvarade frågeblanketten, vilket är 49,3 % av urvalet.

Folkhälsorapport Skåne 2013

Hälsa

3

3 Hälsa

Det finns ingen universell definition av begreppet ”hälsa”. WHO definierar hälsa som ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara en frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning.¹ Detta beskriver ett idealtillstånd. Men hälsan kan upplevas som bra trots sjukdom eller besvär och man kan känna sig sjuk utan att det går att finna en medicinsk förklaring.² Hälsan definieras då av individens subjektiva helhetsupplevelse. Detta kapitel baseras på självrapporterade uppgifter om hälsa.

En hälsoparadox är att kvinnor rapporterar sämre hälsa, men lever längre än män. Kvinnor har sämre hälsa än män när man mäter psykisk ohälsa, arbetsrelaterade besvär och hälsorelaterad livskvalitet, medan män har sämre hälsa än kvinnor när man mäter levnadsvanor och förtidig dödlighet.³

På individnivå kan ohälsa ofta tyckas inträffa slumpartat, men på befolkningsnivå finns det tydliga samband med livsvillkor (exempelvis utbildning, sysselsättning, ekonomi och boende) och levnadsvanor (exempelvis rökning, alkohol, kost och motion).⁴ Levnadsvanor är delvis självvalda, men formas också av omgivningen. Sämre livsvillkor ökar benägenheten för ohälsosamma levnadsvanor. Ohälsa har sociala och ekonomiska orsaker, men medför även sociala och ekonomiska konsekvenser. Sambanden är komplexa och behöver ses i ett sammanhang.⁵ Med folkhälsa avses befolkningens hälsotillstånd, både med hänsyn till nivå och fördelning. En god folkhälsa innebär alltså inte bara en god hälsa generellt i befolkningen, utan även att hälsan är jämnt fördelad mellan olika samhällsgrupper.⁶ Folkhälsan är viktig ur samhällsekonomisk synpunkt då ohälsosamma levnadsvanor och skador beräknas kosta samhället minst 120 miljarder per år.⁷ Det finns även ett ömsesidigt samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt - hälsa är en förutsättning för ekonomisk tillväxt, vilken i sin tur påverkar hälsoläget i befolkningen.⁷

Många faktorer påverkar vår hälsa – biologiska faktorer, sociala relationer, levnadsvanor och olika samhällsfaktorer.⁸ (Se Bild 3.1) Arv, kön och ålder kan vi inte ändra, men de övriga faktorerna går att påverka. Att förbättra folkhälsan är ett gemensamt samhällsansvar som kräver insatser på många områden och nivåer, och där en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård är en bland flera aktörer.^{7,9}

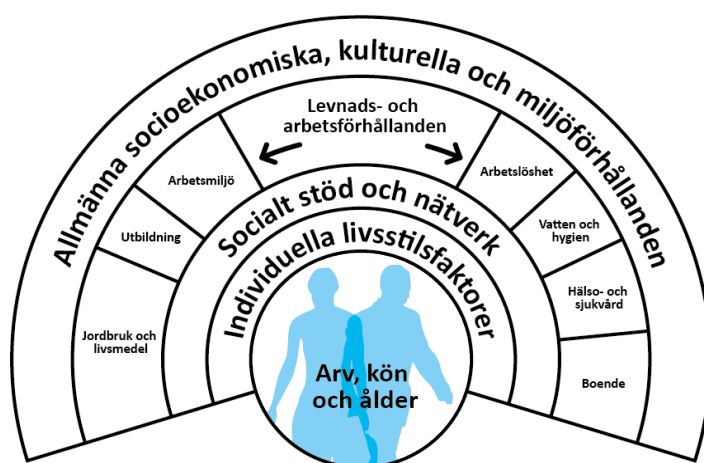


Bild 3.1. Hälsans bestämningsfaktorer. Omarbetad bild.

Källa: Dahlgren G & Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

3.1 Självsfattad hälsa

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	0
Män	0
Kvinnor.....	0

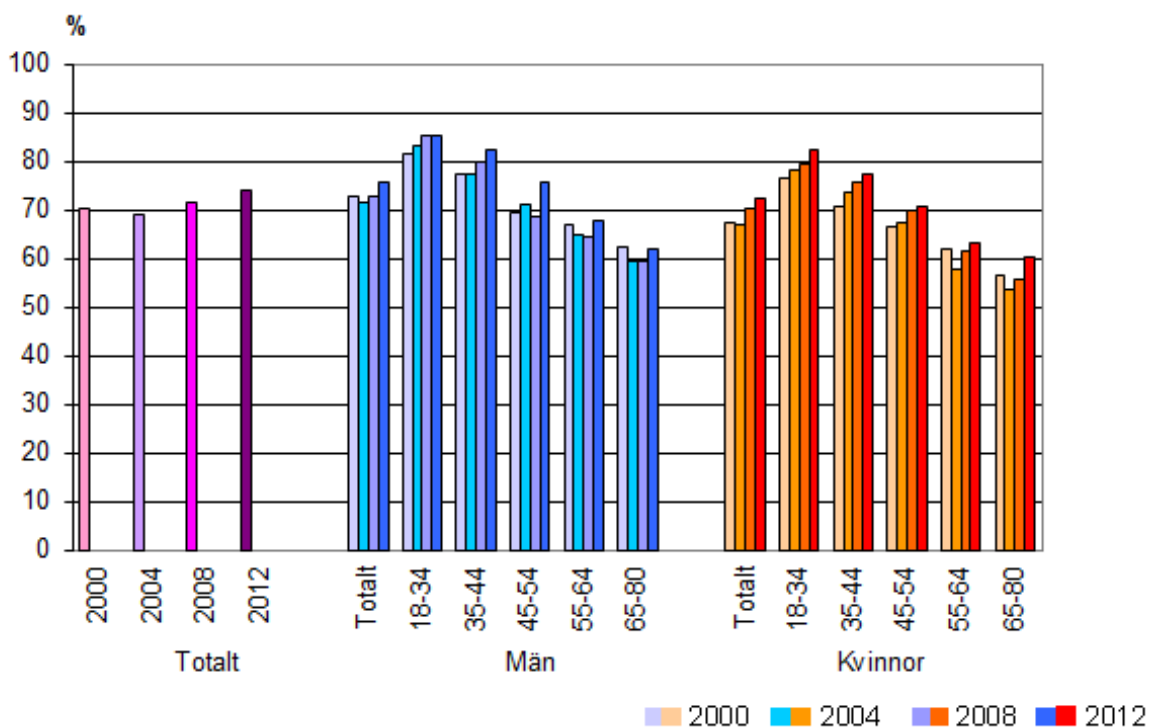


Den självskattade hälsan ger en helhetsbild av hur individen upplever sin hälsa fysiskt och psykiskt. Vi har frågat ”Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?” med fem svarsalternativ: ”mycket bra”, ”bra”, ”någorlunda”, ”dåligt” och ”mycket dåligt”. Denna enkla fråga har vetenskapligt visats ha ett starkt samband med framtida sjuklighet, vårdsökande och dödlighet.¹⁰⁻¹³

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav 76 % av männen och 73 % av kvinnorna att de har en ”bra” eller ”mycket bra” hälsa (Figur 3.1). Man ser en tydlig åldersgradient med högst andel bland de yngsta och lägst andel bland de äldsta. En något högre andel bland män uppgav ”bra” eller ”mycket bra” hälsa jämfört med kvinnor i de flesta åldersgrupper, med störst skillnad i åldern 45-54 år. Trenden har varit svagt ökande sedan år 2000.

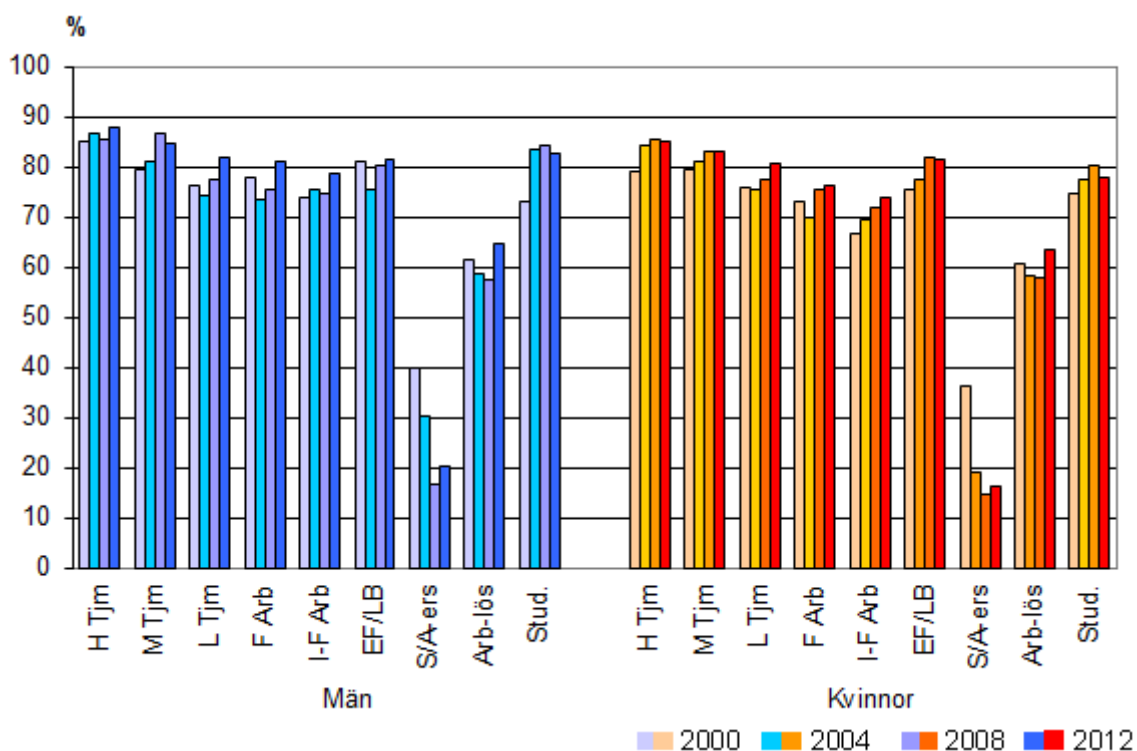
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med en god självskattad hälsa i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. (För närmare förklaring se Avsnitt 2.8).

Exakt samma fråga ställdes även till elever i årskurs nio i Folkhälsoenkät Barn och Unga 2012 och då rapporterade ungefär nio av tio pojkar och åtta av tio flickor en ”bra” eller mycket ”bra hälsa”.¹⁴



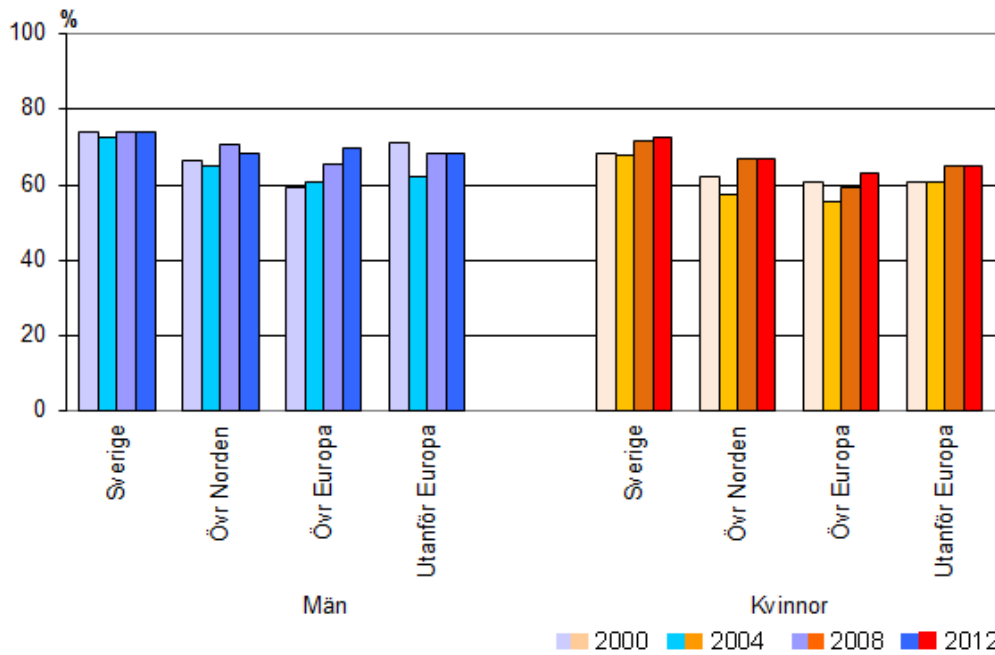
Figur 3.1. Andel män och kvinnor som uppgett att de mår ”bra” eller ”mycket bra” fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Det är väl känt att självrapporterad hälsa har ett samband med människors socioekonomiska situation.⁵ Figur 3.2 visar andelen av Skånes befolkning som rapporterat en ”bra” eller ”mycket bra” hälsa efter socioekonomisk indelning och kön. Inom den arbetande delen av befolkningen är andelen högst bland högre tjänstemän och lägst bland icke facklärda arbetare. Den stora skillnaden är dock mellan den arbetande delen av befolkningen och de som står utanför arbetsmarknaden. Bland arbetslösa män och kvinnor är det färre än två av tre som rapporterat ”bra” eller ”mycket bra” hälsa. Bland sjukskrivna (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) är det endast en av sex kvinnor och en av fem män som angett en god hälsa. Studerande (som främst består av unga personer) ligger ungefär i nivå med den arbetande delen av befolkningen. Trenden över tid visar en svag förbättring bland den arbetande delen av befolkningen, men en tydlig försämring bland sjukskrivna.



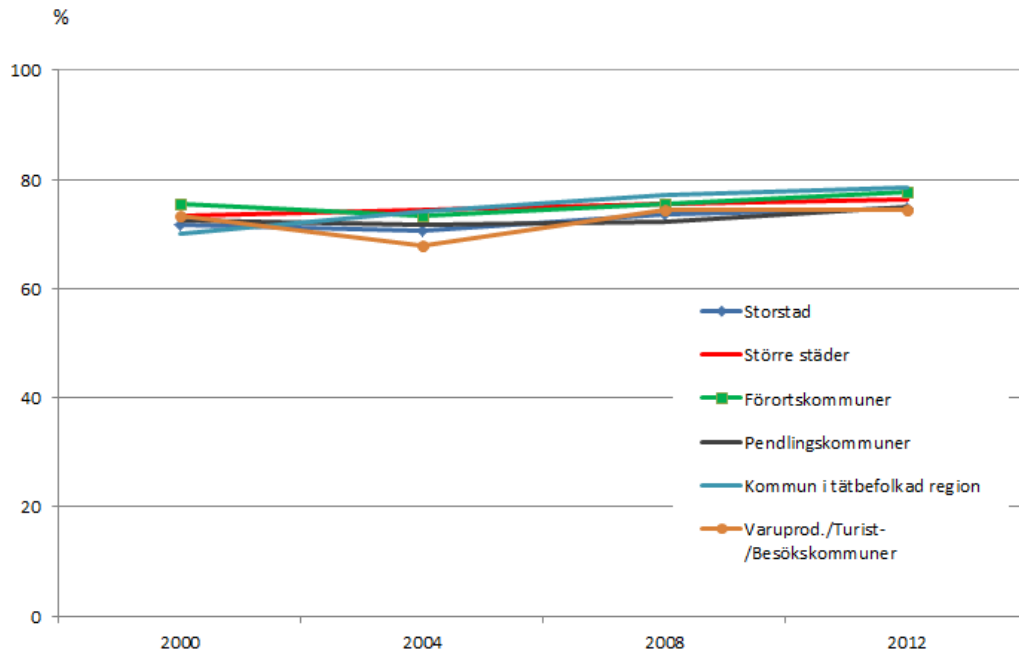
Figur 3.2. Andel män och kvinnor som uppgett att de ”mår bra” eller ”mycket bra” fördelat på socioekonomisk grupp i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärda arbetare=F arb; Icke facklärda arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Svenskfödda män och kvinnor uppgav generellt en bättre självskattad hälsa än personer födda utanför Sverige (Figur 3.3).

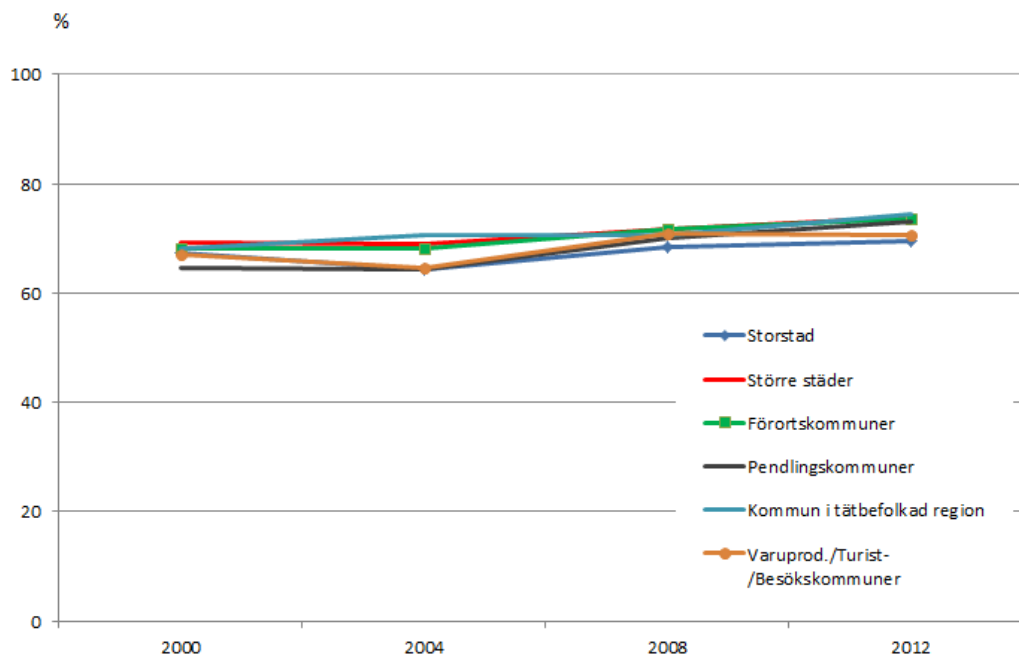


Figur 3.3. Andel män och kvinnor som uppgett att de "mår bra" eller "mycket bra" fördelat på födelseland i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Född i Sverige=Sverige; Född i övriga Norden=Övr Norden; Född i Övriga Europa=Övr Europa; Född utanför Europa=Utanför Europa.

Vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning (SKL) (se Avsnitt 2.8),¹⁵ finns inga tydliga geografiska skillnader i förekomsten av en god självskattad hälsa. Generellt ses en trend mot en bättre självskattad hälsa under perioden 2000-2012 bland såväl män (Figur 3.4) som kvinnor (Figur 3.5) inom alla kommuntyper.



Figur 3.4. Andel män som uppgett att de "mår bra" eller "mycket bra" vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



Figur 3.5. Andel kvinnor som uppgett att de "mår bra" eller "mycket bra" vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

3.2 Livskvalitet

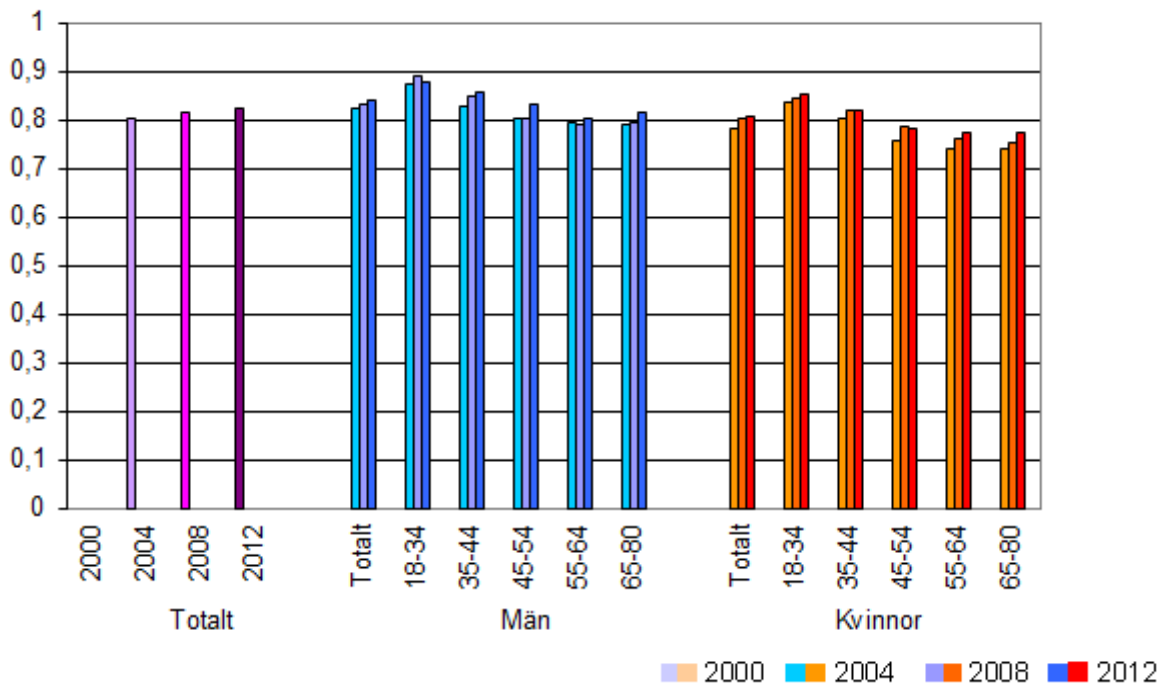
Jämförelse med Sverige saknas



”Livskvalitet i världsklass” är ett av Region Skånes strategiska mål.¹⁶ Ett sätt att mäta livskvalitet är med hjälp av frågeinstrumentet EQ5D. Detta är ett standardiserat icke sjukdomsspecifikt frågeinstrument som kan mäta hälsorelaterad livskvalitet både som en hälsoprofil och som ett indexvärde. Instrumentet kan användas såväl i kliniska sammanhang som på befolkningsnivå.^{17, 18} Forskning har visat att EQ5D är en oberoende prediktor för sjuklighet och dödlighet, både för patientgrupper¹⁹⁻²² och för befolkningen generellt.²³

EQ5D består av ett frågebatteri där individen kan klassificera sin hälsa i fem dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet på en tregradig skala (inga, måttliga respektive svåra besvär). Individens svar bildar en hälsoprofil, men de fem hälsodimensionerna kan också uttryckas som en samlad livskvalitetsvikt, EQ5D-index, med ett värde mellan 0 och 1. Om man svarat ”inga problem” på alla fem frågor får man index 1, det vill säga full hälsa. Andra svarsalternativ ger avdrag i olika grad. Åldern har stor betydelse för indexmedelvärdet, som sjunker med stigande ålder.¹⁷

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är EQ5D-index 0,84 för män och 0,81 för kvinnor (Figur 3.6). Männens indexvärde är något högre än kvinnornas i samtliga åldersgrupper. Indexvärdet är högst i den yngsta åldersgruppen och minskar gradvis med åldern, tydligast bland kvinnorna. EQ5D-index visar en tendens till en svag ökning över tid sedan år 2004.



Figur 3.6. EQ5D-index fördelat på ålder och kön i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

Tabell 3.1 redovisar andelen i den skånska befolkningen som rapporterat måttliga eller svåra problem per EQ5D dimension samt EQ5D-index. Kvinnor rapporterar mer problem än män framför allt när det gäller smärtor/besvär och oro/nedstämdhet, vilket medför ett lägre livskvalitetsindex. Som väntat ökar besvär med stigande ålder och livskvalitetsindex minskar från 0,88 till 0,81 bland män och från 0,85 till 0,77 bland kvinnor.

Tabell 3.1. Andel (%) som rapporterar måttliga eller svåra problem per EQ5D dimension och EQ5D-index efter kön och ålder.

EQ 5D-dimension	18-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-80 år	Totalt
Rörlighet						
Män	3	5	9	14	19	10
Kvinnor	4	7	12	16	23	11
Hygien						
Män	1	2	2	3	3	2
Kvinnor	1	2	2	3	3	2
Huvudsakliga aktiviteter						
Män	5	6	6	9	8	6
Kvinnor	6	8	9	11	9	8
Smärtor/besvär						
Män	28	38	49	57	61	46
Kvinnor	35	45	58	63	68	51
Oro/nedstämdhet						
Män	32	32	29	29	20	28
Kvinnor	44	41	40	37	32	39
Livskvalitetsvikt (EQ5D-index)						
Män medelvärde	0.88	0.86	0.83	0.80	0.81	0.84
Kvinnor medelvärde	0.85	0.82	0.78	0.77	0.77	0.81

3.3 Psykisk ohälsa

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 2,7

Män 2,9

Kvinnor..... 2,5



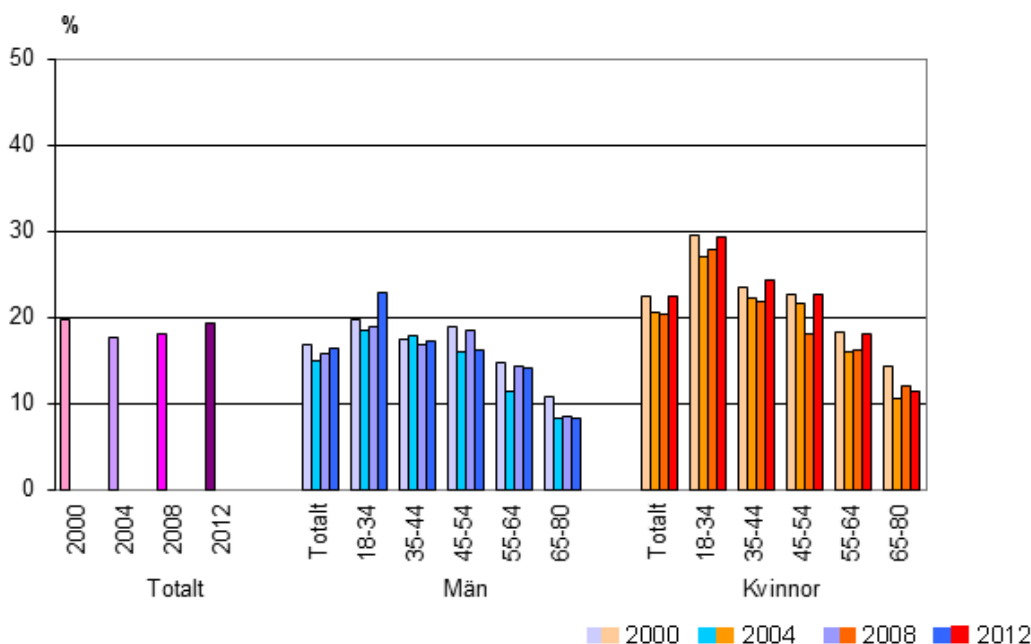
Psykisk ohälsa räknas som ett av de stora folkhälsoproblemen. Det är ett omfattande begrepp som täcker allt från psykisk sjukdom och allvarlig psykisk störning till nedsatt psykiskt välbefinnande. Man uppskattar att mellan 20 och 40 procent av Sveriges befolkning lider av psykisk ohälsa.²⁴

Depression och ångestsyndrom är vanliga psykiska sjukdomar som drabbar människor i alla åldrar.²⁵ Mellan 4 och 10 % av den vuxna befolkningen beräknas ha en pågående depression.²⁶ Var tredje kvinna och var femte man insjuknar någon gång under livet i en behandlingskrävande depression.^{27, 28} Mellan 12-17 % av befolkningen lider av någon form av ångestsyndrom.²⁹ Vid ångestsyndrom finns flera symtom på ångest samtidigt. Var fjärde individ insjuknar någon gång under livet i ett ångestsyndrom, varav fler kvinnor än män.^{25, 29} Livstidsrisken att insjukna i en psykosjukdom beräknas vara ungefär 2 %, varav drygt hälften får diagnosen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.³⁰

Psykisk sjukdom medför en betydande överdödlighet.³¹ Personer med depression eller ångestsjukdom har två till tre gånger högre dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt, och män med schizofreni har åtta gånger högre dödlighet än befolkningen i allmänhet.²⁵ Det är vanligt med samsjuklighet vid psykisk sjukdom, både med andra psykiska diagnoser och med kroppslig sjukdom, och risken för självmord är förhöjd.²⁵ Självrapporterad psykisk ohälsa i form av oro, nedstämdhet, sömnbesvär, trötthet, anspänning och värk har ökat sedan 1980-talet. Ökningen har varit störst bland unga i åldern 15-24 år med en tredubbling av vissa symtom.³² Andelen med psykisk ohälsa är högst bland unga kvinnor, men ökningstakten har varit likartad för unga män.³² Lindriga psykiska symtom ökar risken för allvarlig psykisk sjukdom.^{33,34} Psykisk ohälsa har blivit den överlägset vanligaste orsaken till sjukskrivning, både bland kvinnor (40 %) och män (30 %).³⁵ Utöver det lidande psykisk ohälsa innebär för den drabbade och dess anhöriga, beräknas kostnaderna för samhället till över 70 miljarder kronor om året i förlorade arbetsinsatser och utgifter för vård och omsorg.²⁵

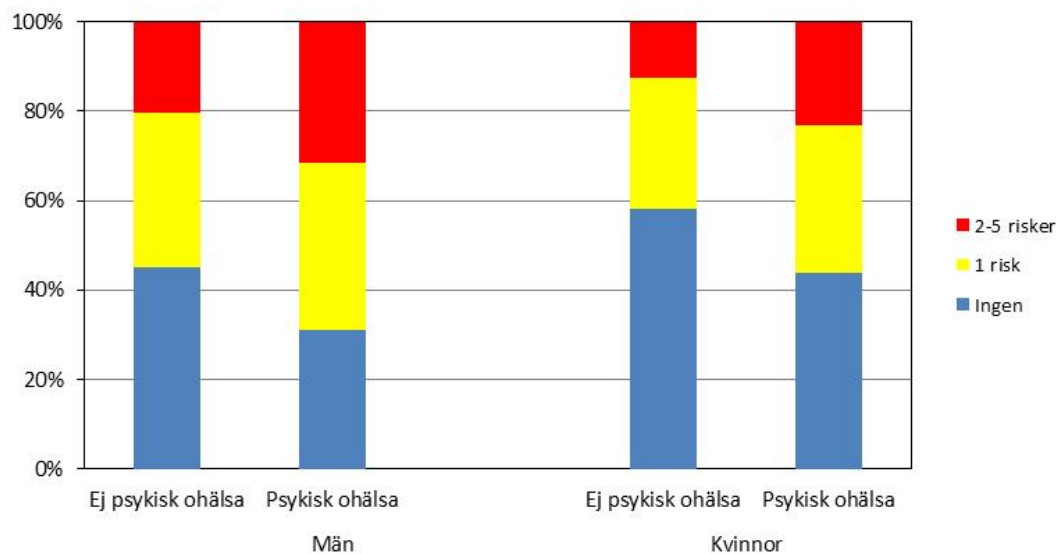
General Health Questionnaire (GHQ-12) är ett väletablerat internationellt frågeinstrument som mäter psykisk ohälsa i ett befolkningsperspektiv. Det mäter inte något specifikt psykiskt besvär och inte någon psykisk sjukdom.³⁶ En person som bejakat symtom på tre eller fler av de tolv frågorna bedöms ha psykisk ohälsa. Internationella studier har visat på samband mellan psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 och ökad sjuklighet och dödlighet.³⁷⁻³⁹

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 22 % av kvinnorna och 16 % av männen psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 instrumentet (Figur 3.7). Ohälsan följer en åldersgradient med mest besvär bland de yngsta och minst besvär bland de äldsta. I den yngsta åldersgruppen 18-34 år rapporterade 29 % av kvinnorna och 23 % av männen psykisk ohälsa. Andelen med psykisk ohälsa har ökat något bland kvinnor sedan undersökningen år 2008. Bland män utmärker sig gruppen 18-34 år med en ökning sedan föregående undersökning år 2008 till den högsta nivån av psykisk ohälsa som uppmätts bland män i våra undersökningar sedan år 2000. Den största ökningen bland kvinnor sedan föregående undersökning ses i medelåldern. Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med psykisk ohälsa högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan) som för män respektive kvinnor. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda.



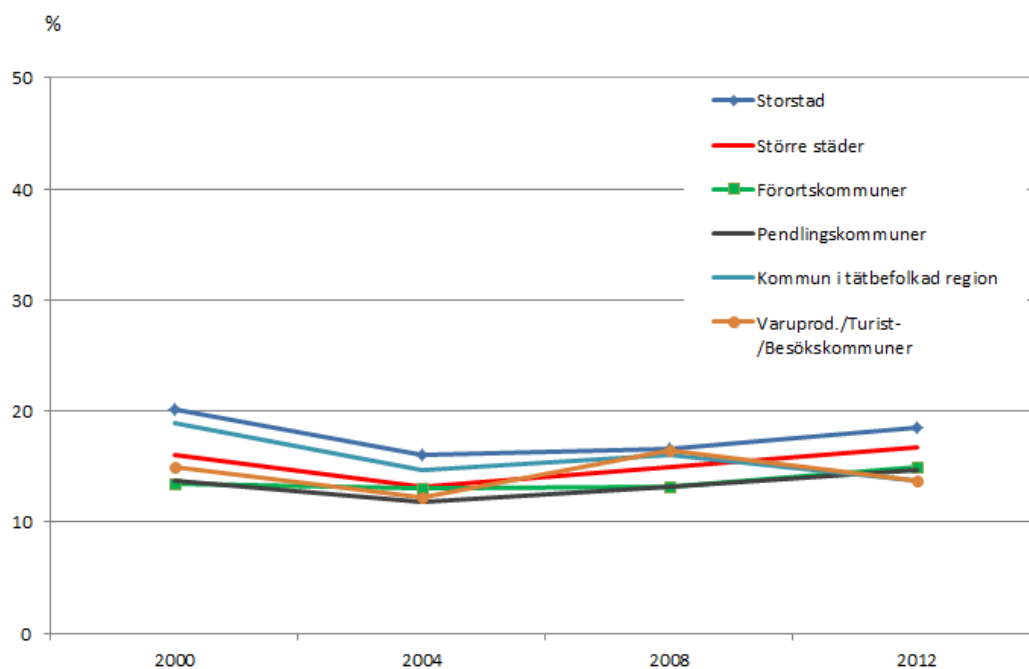
Figur 3.7. Andel män och kvinnor som uppgett psykisk ohälsa fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Det är inte ovanligt med en ansamling av flera riskfaktorer hos samma individer. En sådan ansamling är ofta kopplad till en sämre hälsa.²⁴ Figur 3.8 visar fördelningen av ett antal riskfaktorer (daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol, lågt intag av frukt och grönsaker, låg fysisk aktivitet samt fetma) bland skånska män och kvinnor med respektive utan psykisk ohälsa. Personer med psykisk ohälsa uppgav fler riskfaktorer än personer utan psykisk ohälsa. Ungefär var tredje man och var fjärde kvinna med psykisk ohälsa uppgav att de har minst två av ovan nämnda riskfaktorer jämfört med ungefär var femte man och var åttonde kvinna utan psykisk ohälsa.

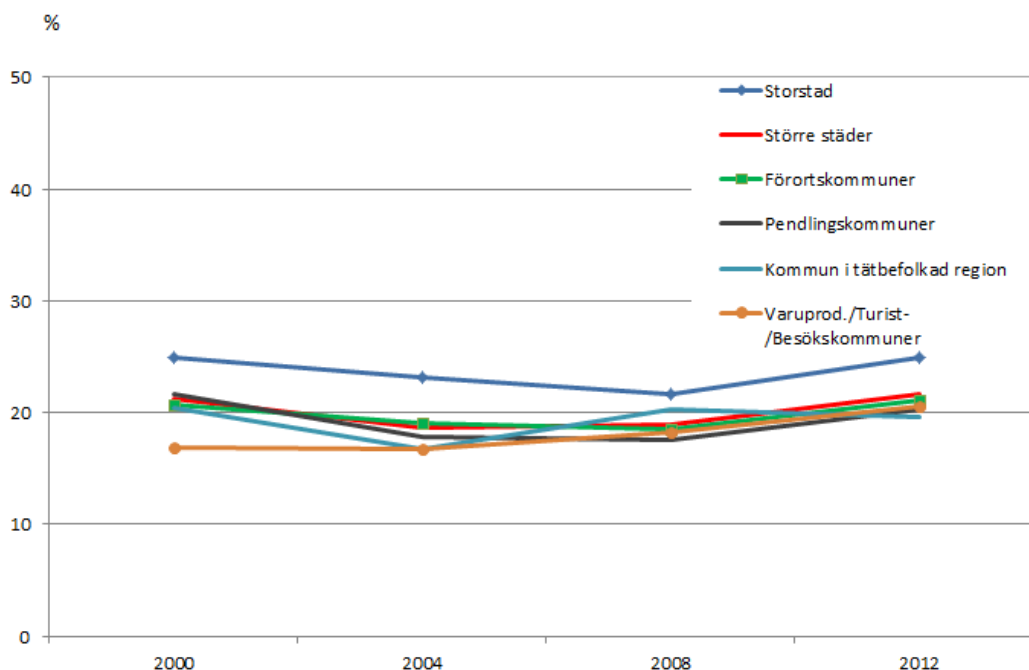


Figur 3.8. Andel män och kvinnor som uppgett sig ha ingen, en eller minst två av följande riskfaktorer (daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol, lågt intag av frukt och grönsaker, låg fysisk aktivitet samt fetma) fördelat på förekomst av psykisk ohälsa, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Vid en kommungruppsindelning av Skånes kommuner, enligt SKL, finns det inga tydliga geografiska skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa med undantag av att storstaden Malmö ligger på en högre nivå än övriga kommuner (Figur 3.9), (Figur 3.10). Detta är tydligast bland kvinnor.

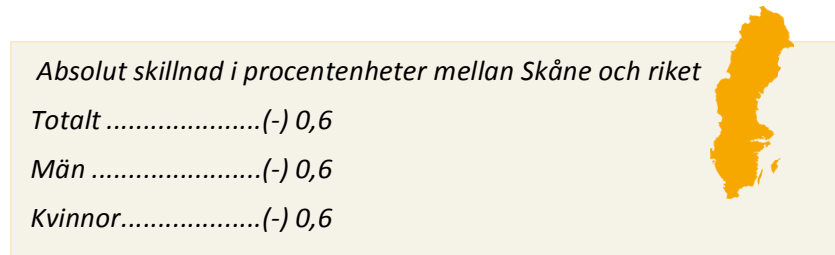


Figur 3.9. Andel män som uppgett psykisk ohälsa vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



Figur 3.10. Andel kvinnor som uppgett psykisk ohälsa vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

3.4 Självmordsförsök och självmordstankar

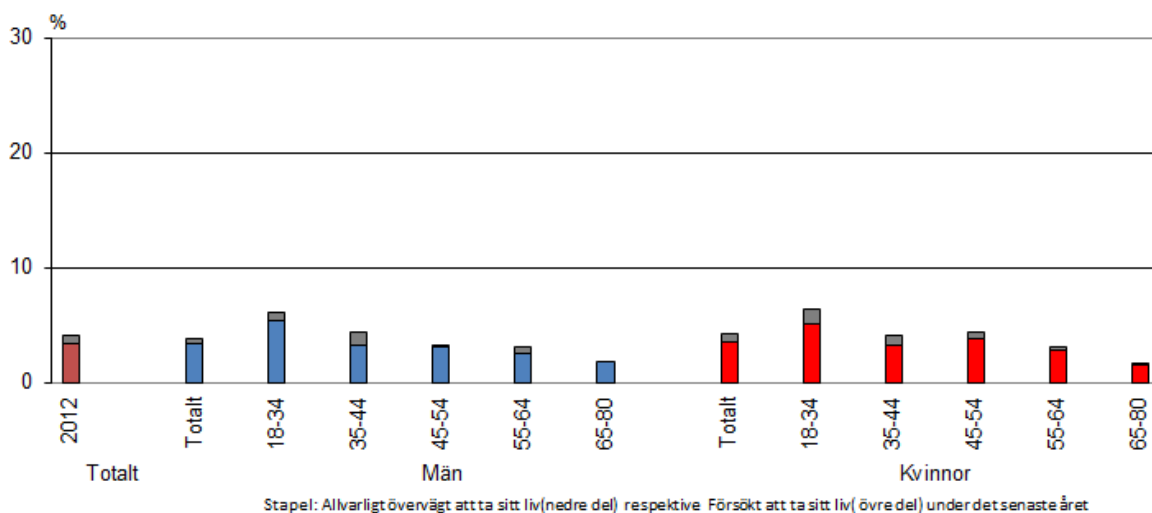


Självmord kan ses som den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa. Patienter som vårdats inom psykiatrien löper högre risk att begå självmord än resten av befolkningen och de fyra första veckorna efter psykiatrisk slutenvård är risken för självmord förhöjd ungefär 100 gånger.^{25, 40, 41}

Män begår oftare självmord än kvinnor och äldre oftare än yngre personer. Självmord är vanligast i åldersgruppen 45-64 år bland kvinnor och i åldersgruppen 75 år och äldre bland män. De senaste tjugo åren har självmorden minskat i alla åldersgrupper utom i åldersgruppen 15-24 år där självmord i stället blivit något vanligare.⁴² I denna åldersgrupp är självmord den vanligaste dödsorsaken bland unga kvinnor och män i Sverige.⁴³ Tidigare självmordsförsök är en stark riskfaktor för fullbordat självmord.⁴⁴ Självmordsförsök är betydligt vanligare än självmord, men det är svårt att säga hur mycket vanligare eftersom mörkertalet är stort. Kvinnor gör oftare självmordsförsök än män och yngre oftare än äldre. Bland unga män och kvinnor i åldern 15-24 år har självmordsförsöken ökat kraftigt sedan 1997.⁴⁵

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 svarade 16 % av kvinnorna och 12 % av männen ja på frågan: ”Har du någon gång allvarligt övervägt att ta ditt liv, kanske till och med planerat hur du i så fall skulle göra?” Andelen minskar med åldern och är högst bland kvinnor (22 %) och män (17 %) i åldersgruppen 18-34 år. På frågan: ”Har du någon gång försökt att ta ditt liv?” svarade 5 % av kvinnorna och 3 % av männen ”ja”. Andelen som svarat jakande är högst bland kvinnor och män i åldersgruppen 18-34 år och minskar med åldern. Figur 3.11 visar andelen män och kvinnor med självmordstankar respektive självmordsförsök *under det senaste året*. Cirka 4 % av både män och kvinnor har haft allvarliga självmordstankar och knappt 1 % har försökt att ta sitt liv under det gångna året. Andelarna som övervägt självmord och som gjort självmordsförsök är högst i åldersgruppen 18-34 år (lika för män och kvinnor) med 5 % respektive 1 %.

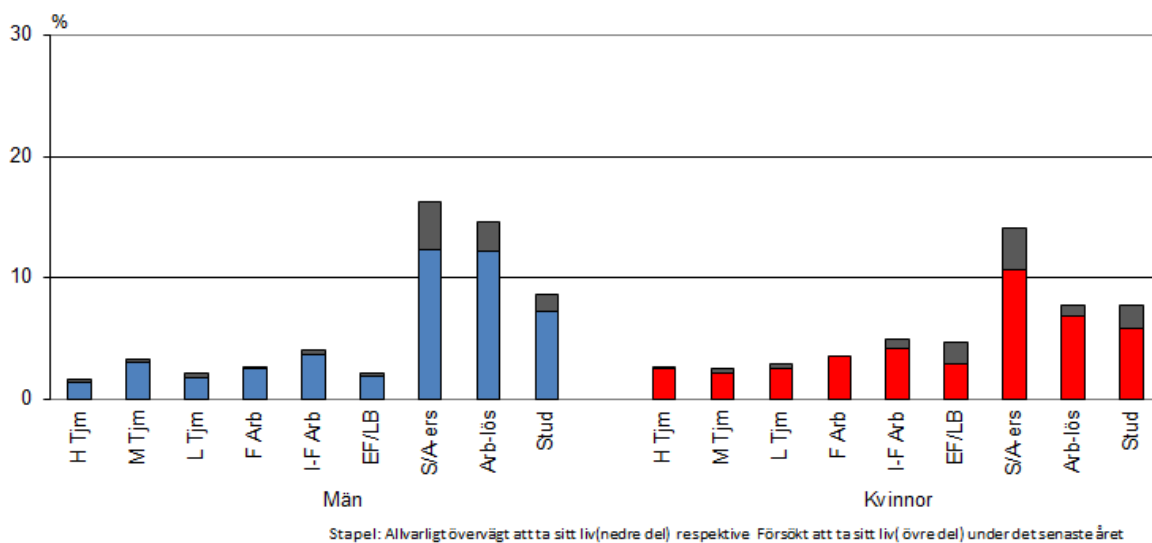
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som försökt ta sitt liv under det senaste året i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än i riket. Dessa skillnader är dock små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 3.11. Andel män och kvinnor som i Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgett allvarliga självmordstankar respektive självmordsförsök under det senaste året fördelat på ålder.

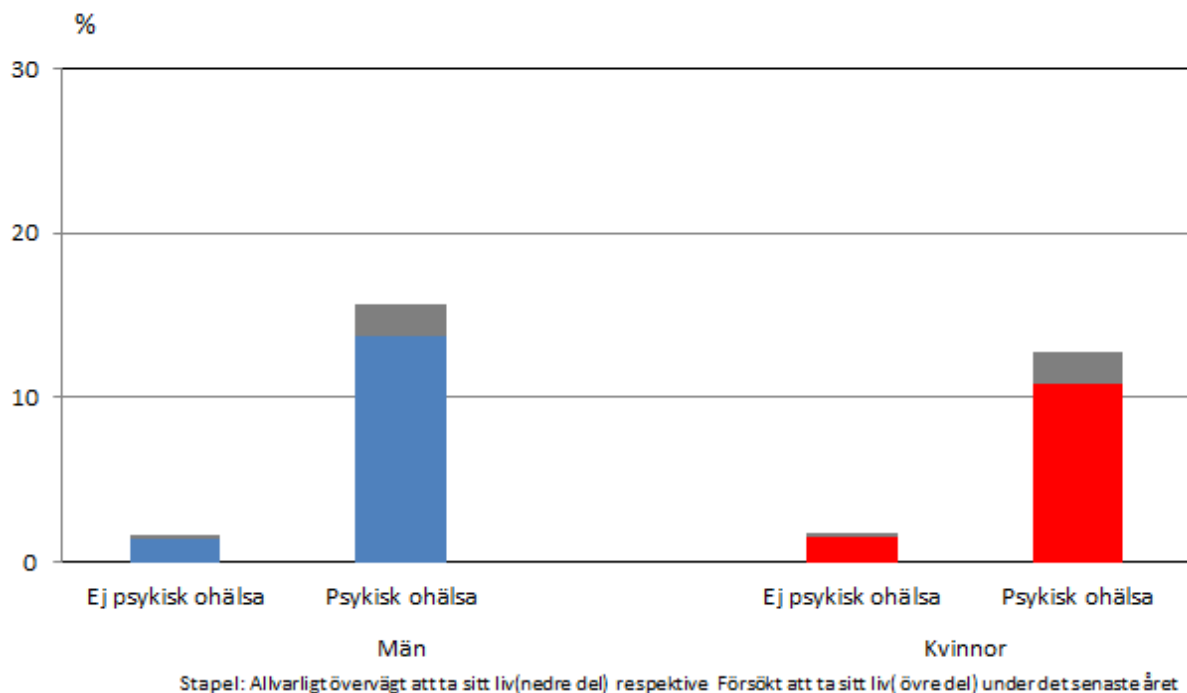
Risken för självmord är större vid ogynnsamma socioekonomiska förhållanden, vid alkohol- och drogmissbruk samt bland ogifta jämfört med gifta/sammanboende.⁴⁶

Figur 3.12 visar fördelningen av självmordstankar och självmordsförsök under det senaste året i Skåne efter socioekonomisk gruppering. Självmordstankar och självmordsförsök förekommer främst i grupperna utanför arbetsmarknaden, dvs. bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning, arbetslösa och studerande. Bland arbetslösa män har 12 % haft självmordstankar och 2 % har försökt ta sitt liv under det senaste året. Bland män med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning har likaledes 12 % haft självmordstankar och 4 % har försökt ta sitt liv. Även bland kvinnor utmärker sig den senare gruppen med 11 % som uppgett självmordstankar och 3 % som har försökt ta sitt liv.



Figur 3.12. Andel män och kvinnor som i Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgett allvarliga självmordstankar respektive självmordsförsök under det senaste året fördelat på socioekonomisk grupp. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Figur 3.13 visar att det finns en tydlig koppling mellan psykisk ohälsa (mätt som GHQ-12) och självmordstankar samt självmordsförsök. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 14 % av männen och 11 % av kvinnorna med psykisk ohälsa allvarliga självmordstankar under det senaste året, jämfört med drygt 1 % av män och kvinnor utan psykisk ohälsa. Självmordsförsök under det senaste året rapporterades av 2 % av män och kvinnor med psykisk ohälsa och nära noll % av män och kvinnor utan psykisk ohälsa.



Figur 3.13. Andel män och kvinnor som i Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgett allvarliga självmordstankar respektive självmordsförsök under det senaste året fördelat på förekomst av psykisk ohälsa.

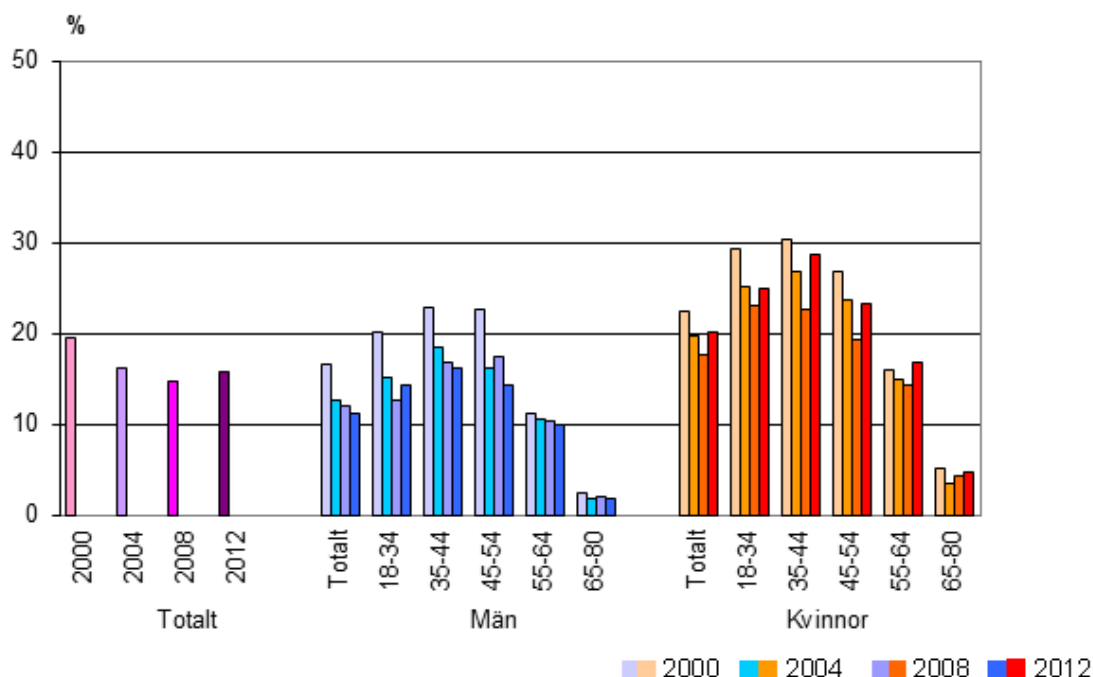
3.5 Stress

Jämförelse med Sverige saknas



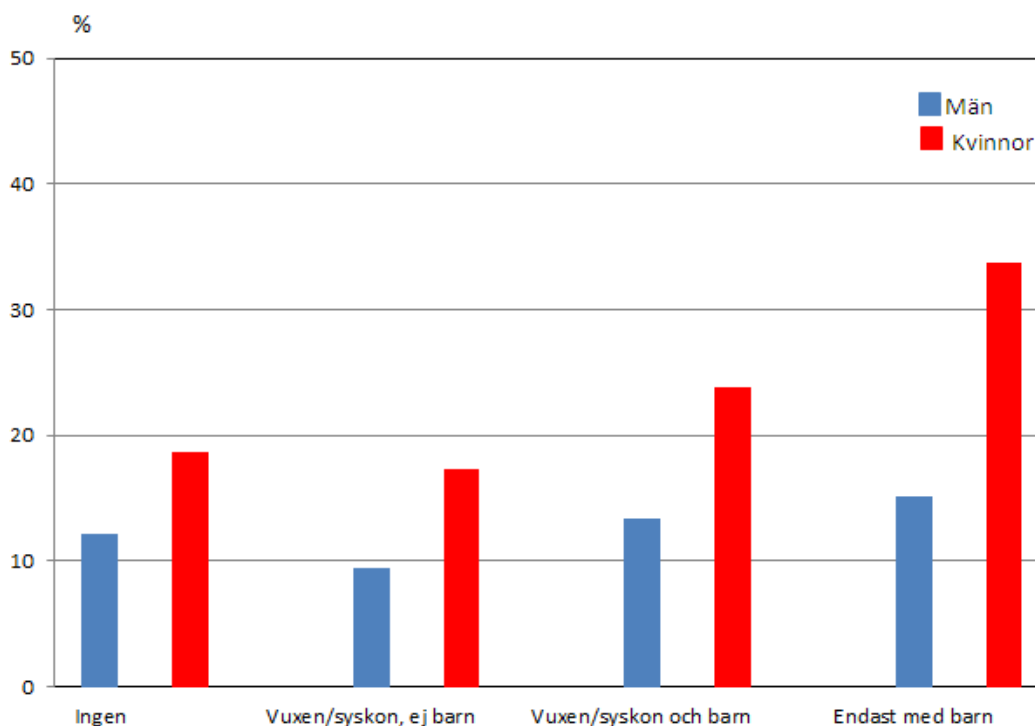
Stress uppstår ur en obalans mellan de krav som ställs på oss och vår förmåga att hantera dem.^{47, 48} Kroppens stresssystem är skapta för plötsliga fysiska hot, men idag möter vi oftare långvarig psykisk och psykosocial stress, vilken kan ge både psykiska och fysiska symtom. Vanliga stressrelaterade besvär som ångslan och oro, ständig trötthet, sömnbesvär samt värk i nack- och skulderregionen har blivit vanligare sedan 1980-talet i alla åldrar upp till pensionsåldern.⁴⁸ Kvinnor rapporterar generellt mer stressrelaterade besvär än män. Den genomsnittliga arbetstiden i förvärsarbete har ökat bland kvinnor med små barn sedan 1980-talet, vilket kan ha bidragit till att deras stressrelaterade besvär har ökat.⁴⁸ Intensiv långvarig stress utan perioder av återhämtning kan leda till sjuklighet som depression, kroniska smärttillstånd, utmattning och hjärtkärlsjukdom.⁴⁸

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Känner du dig stressad i din vardag?” med svarsalternativen: ”Ja, ofta”, ”Ja, ibland” och ”Nej, nästan aldrig”. Här redovisas de som svarat att de ofta känner sig stressade i sin vardag. Resultaten visar att kvinnor rapporterar stress i högre utsträckning än män. Nivån av stress minskar från 55-års ålder och uppåt för både kvinnor och män med lägst andel bland de äldsta (Figur 3.14). Exakt samma fråga ställdes i Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2012 och ungefär var åttonde pojke och nästan var tredje flicka i årskurs nio rapporterade att de ofta kände sig stressade i vardagen.¹⁴



Figur 3.14. Andelen män och kvinnor som uppgett att de ofta är stressade i vardagen fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Att ensam ansvara för både omvårdnad av barn och försörjning innebär en ökad stress. Ensamstående mammor utan arbete är särskilt utsatta.⁴⁹ Idag är var femte mamma i Sverige ensamstående.⁵⁰ Figur 3.15 visar andelen män och kvinnor som ofta känner sig stressade i vardagen utifrån hushållets sammansättning. Ensamstående mammor rapporterade betydligt oftare stress i vardagen jämfört med mammor som delar bostad med någon vuxen (34 % jämfört med 24 %). Bland ensamstående pappor rapporterade 15 % att de ofta är stressade i vardagen, jämfört med 13 % av pappor som delar bostad med någon vuxen.



Figur 3.15. Andel män och kvinnor som år 2012 uppgett att de ofta är stressade i vardagen fördelat på med vem man delar bostad. Folkhälsoenkät 2012.

3.6 Sömn

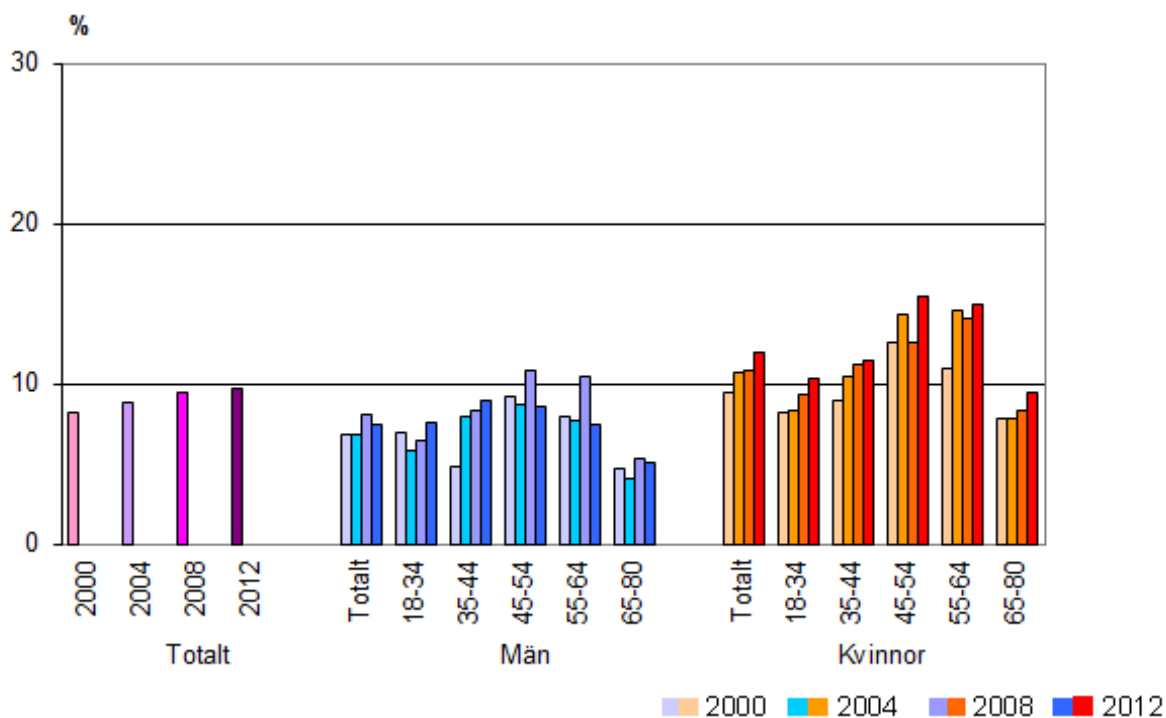
Jämförelse med Sverige saknas



God sömn är en motvikt till stress. Särskilt djupsömnen är viktig för att kroppen ska kunna återhämta sig fysiskt och mentalt.⁴⁸ Under sömnen repareras kroppen, stresshormonerna minskar och immunförsvaret är mer aktivt. Men stress är en effektiv sömnstörare, och sömnbrist ökar stress vilket kan leda till en ond cirkel.⁴⁸ På kort sikt leder sömnbrist till trötthet, sänkt prestationsförmåga, försämrat minne, koncentrationssvårigheter och en förhöjd olycksrisk. På lång sikt kan sömnbrist leda till olika typer av kroniska sjukdomar såsom högt blodtryck, hjärtkärlsjukdom, diabetes, långdragna infektioner, depression och utmattning.^{51, 52} Sömnbehovet är individuellt och minskar med åldern.⁵³ Både längden och kvaliteten på sömnen spelar roll, men de flesta vuxna känner sig utvilade efter 6-8 timmars sömn.⁵³

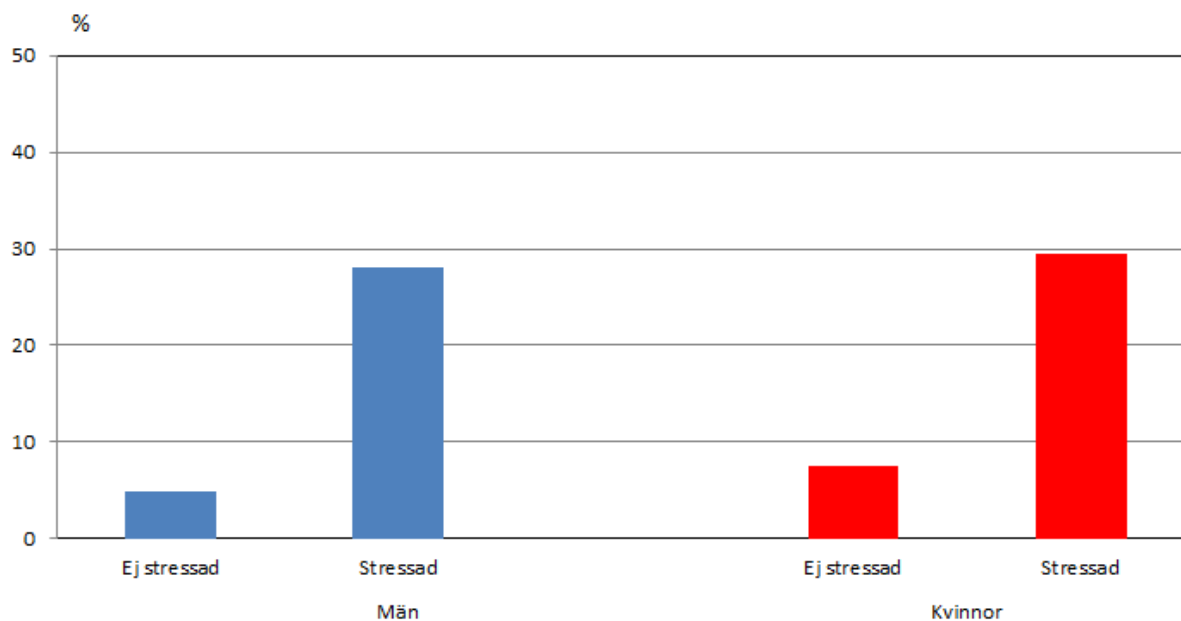
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har du under de senaste 14 dagarna stört av sömnbesvär eller sömnproblem och hur besvärad har du i så fall varit av dem?” med svarsalternativen: ”Ja, mycket besvärad”, ”Ja, lite besvärad” och ”Nej”. Figur 3.16 redovisar de som svarat att de varit mycket besvärade av sömnproblem. Cirka 7 % av männen och 12 % av kvinnorna i Skåne rapporterade mycket besvärande sömnproblem. Kvinnor har mer besvär än män i samtliga åldersgrupper och bland kvinnor ses en tydlig åldersgradient med ökande besvär upp till pensionsåldern, varefter nivån blir som lägst. Även bland män minskar

sömnp Problemen efter pensionsåldern och den allra lägsta nivån ses bland de äldsta männen. Trenden har varit svagt ökande under 2000-talet för kvinnor.



Figur 3.16. Andel män och kvinnor som uppgett att de är mycket besvärade av sömnp Problemen fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Sömnp Problemen kan framförallt bland yngre och medelålders personer vara ett uttryck för stressstillstånd. Att stress och sömnpbesvär hänger ihop visas i Figur 3.17. Bland de som ofta känner sig stressade i vardagen har 28 % av männen och 30 % av kvinnorna mycket besvär av sömnp Problemen, jämfört med 5 % av männen och 8 % av kvinnorna bland de som inte upplever vardagsstress ofta.



Figur 3.17. Andel män och kvinnor som uppgett att de är mycket besvärade av sömnp Problemen fördelat på förekomst av stress i vardagen, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

BMI = Body Mass Index

BMI anger relationen mellan vikt och längd: kroppsvikten i kilogram delad med kroppslängden i meter i kvadrat. BMI är det vanligaste sättet att mäta övervikt.

Undervikt:	$BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$
Normalvikt:	$18,5 \leq BMI < 25 \text{ kg/m}^2$
Övervikt :	$25 \leq BMI < 30 \text{ kg/m}^2$
Fetma:	$BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Källa: Folkhälsorapport 2009, Socialstyrelsen.

3.7 Övervikt och fetma

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt	1,5
Män	2,0
Kvinnor.....	0,8

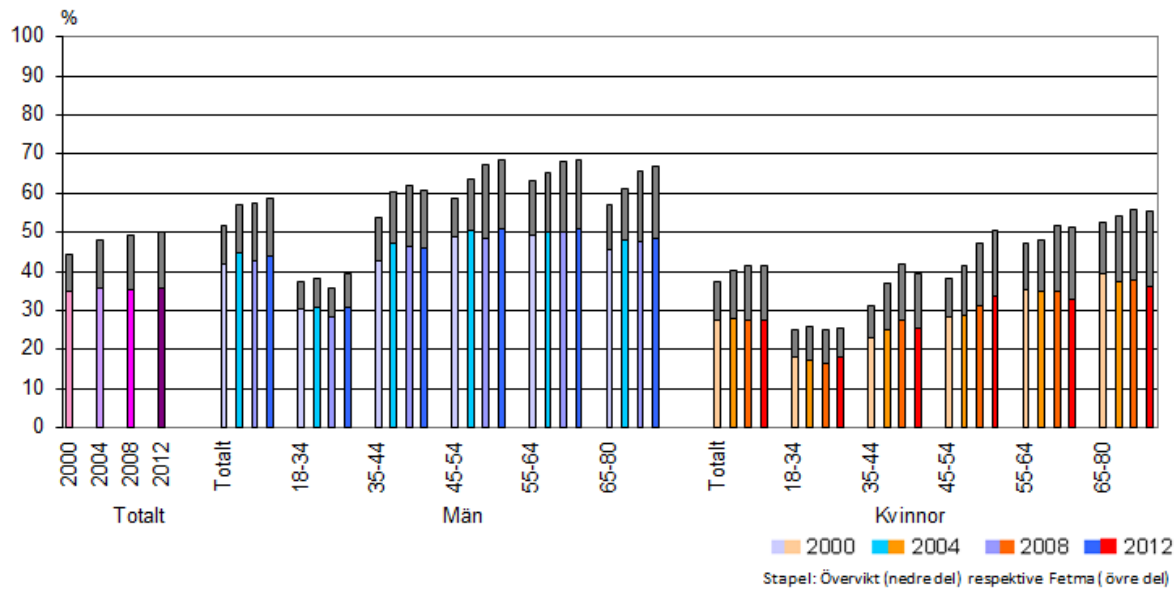


Övervikt och fetma beror på att vi äter mer än vad kroppen hinner förbränna. Sedan början av 1990-talet har andelen av befolkningen med övervikt eller fetma ökat så kraftigt både i Sverige och i resten av världen att man talat om en fetma-epidemi. Ökningstakten har dock avtagit på senare år i Sverige.⁵⁴ Övervikt och i synnerhet fetma är en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och dödlighet.^{55, 56} Fetma ökar bland annat risken för diabetes, hjärtkärlsjukdom, stroke, högt blodtryck, gallsten, artros, andningsbesvär inklusive sömnapné och vissa typer av cancer.⁴⁸ Risken att dö i förtid är 50 procent större vid övervikt och dubblrad vid fetma, vilket motsvarar risken av att röka mindre än 10 cigaretter respektive mer än 10 cigaretter dagligen.⁵⁷

I Sverige är övervikt vanligare bland män (42 %) än bland kvinnor (28 %). Andelen med övervikt har generellt sett inte ökat de senaste tio åren, medan fetman har ökat från 11 % år 2004 bland både män och kvinnor, till 15 % bland män och 14 % bland kvinnor år 2012.⁴² Sammantaget är idag omkring 60 % av männen och 40 % av kvinnorna i Sverige överviktiga eller feta.⁴²

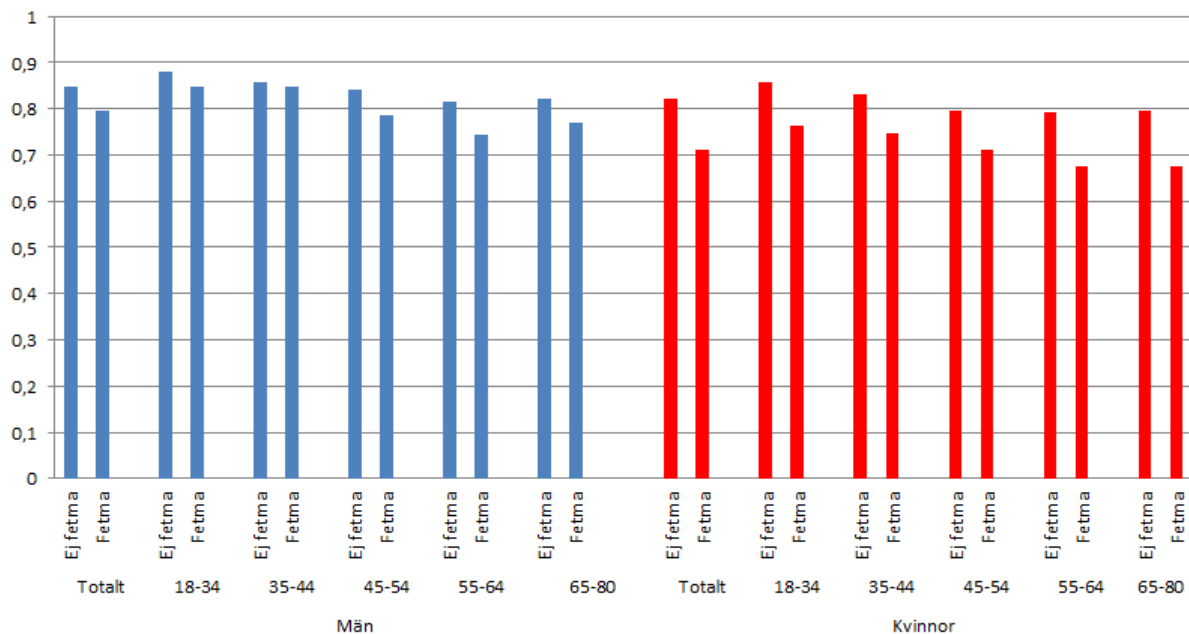
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 59 % av männen och 42 % av kvinnorna övervikt eller fetma (Figur 3.18). Andelen med övervikt eller fetma är lägst i den yngsta åldersgruppen bland både män och kvinnor. Andelen kvinnor och män med övervikt eller fetma ökade fram till 2008, men har sedan planat ut. Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor medan fetma är ungefär lika vanligt bland män och kvinnor. Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med övervikt eller fetma totalt (män och kvinnor sammantaget) något högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan) (Skåne

rödmarkerat på kartan). Skillnaderna är dock små och inom gruppen män respektive kvinnor är skillnaderna inte statistiskt säkerställda.



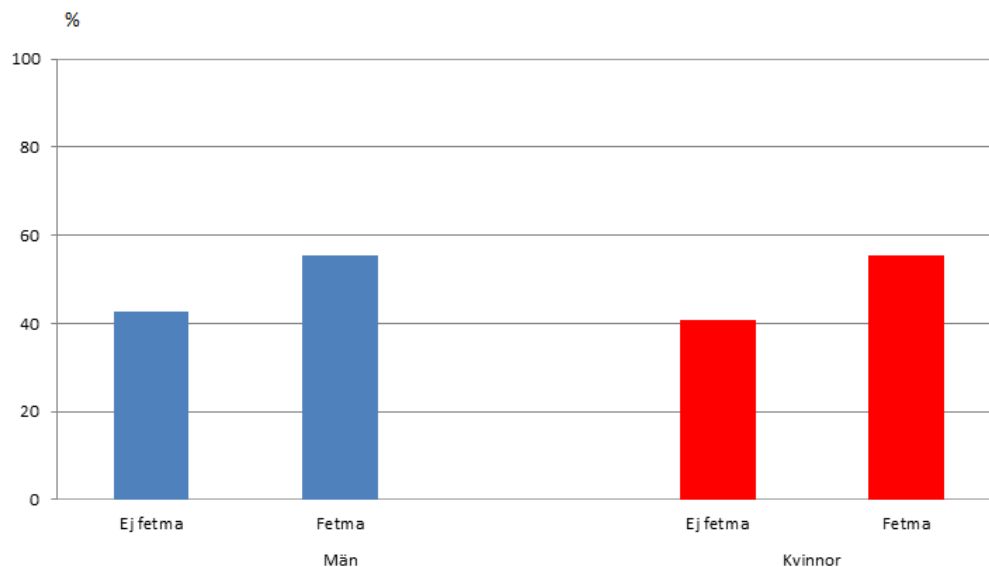
Figur 3.18. Andel män och kvinnor med övervikt ($25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{Body Mass Index} < 30 \text{ kg/m}^2$) respektive fetma ($\text{Body Mass Index} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) fördelat på åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Personer med fetma upplever oftare nedsatt livskvalitet.⁵⁶ Figur 3.19 visar livskvalitetsindex EQ5D i den skånska befolkningen bland personer med fetma respektive personer utan fetma. (För beskrivning av EQ5D-index se Avsnitt 3.2). Livskvalitetsindex EQ5D är generellt lägre i befolkningsgruppen med fetma, framför allt bland kvinnor. Högst index har unga män utan fetma, medan kvinnor med fetma i åldern 55 år eller äldre har lägst index.



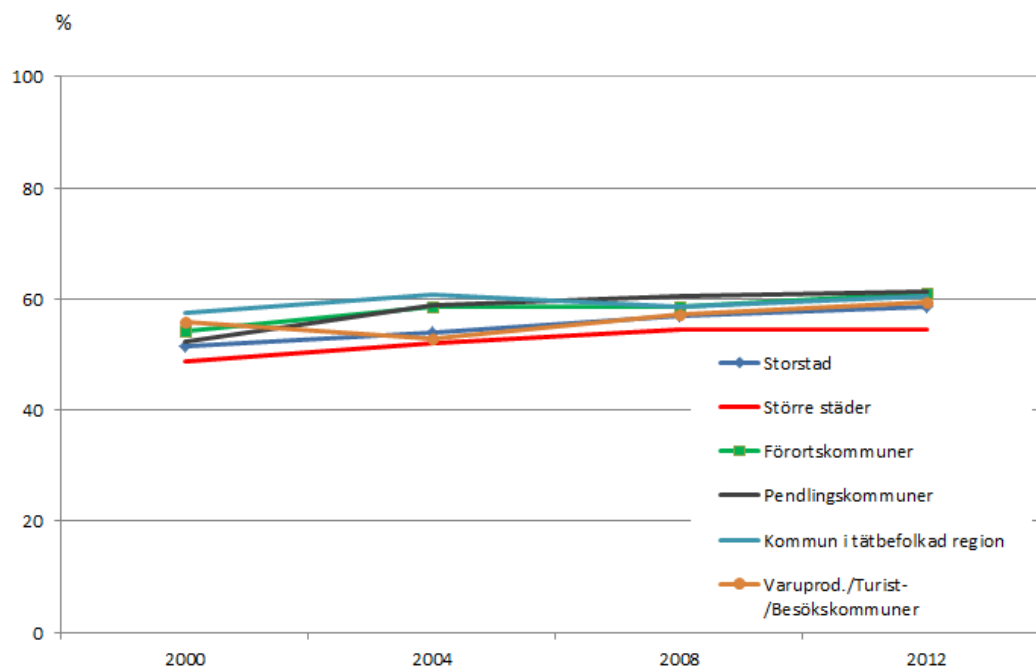
Figur 3.19. EQ5D-index är fördelat på kön och förekomst av fetma ($\text{Body Mass Index} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Fetma kan ge en negativ självbild och många känner sig diskriminerade på grund av sin vikt.⁵⁸ Fetma kan även innebära inskränkningar i den fysiska rörelseförmågan.⁵⁹ Figur 3.20 visar andelen med lågt socialt deltagande i den skånska befolkningen bland personer med och utan fetma. Mer än hälften av män och kvinnor med fetma rapporterade lågt socialt deltagande jämfört med ungefär fyra av tio män och kvinnor utan fetma.

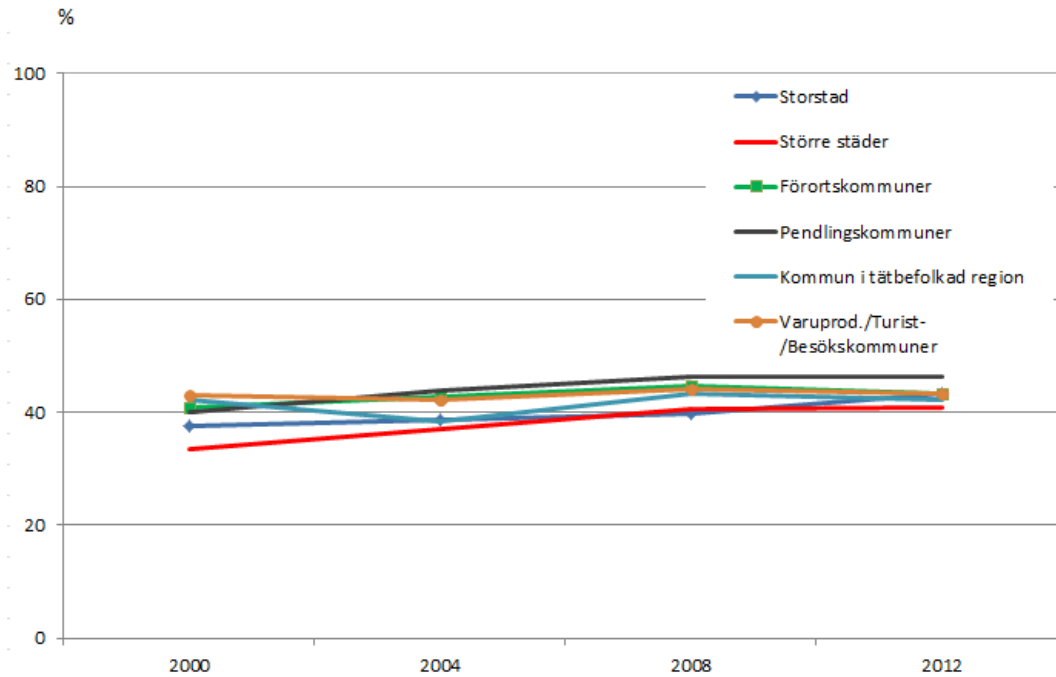


Figur 3.20. Andel män och kvinnor med lågt socialt deltagande fördelat på förekomst av fetma (Body Mass Index ≥ 30 kg/m²), Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Det finns inga tydliga geografiska skillnader i förekomsten av övervikt eller fetma vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungrupps-indelning (se Avsnitt 2.8). Generellt ses en någorlunda stabil nivå avseende andelen med övervikt eller fetma sedan år 2008 bland såväl män (Figur 3.21) som kvinnor (Figur 3.22).



Figur 3.21. Andel män som uppgett övervikt (Body Mass Index ≥ 25 kg/m²) eller fetma (Body Mass Index ≥ 30 kg/m²) efter en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



Figur 3.22. Andel kvinnor som uppgett övervikt ($\text{Body Mass Index} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) eller fetma ($\text{Body Mass Index} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) efter en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

3.8 Fysiska hälsoproblem

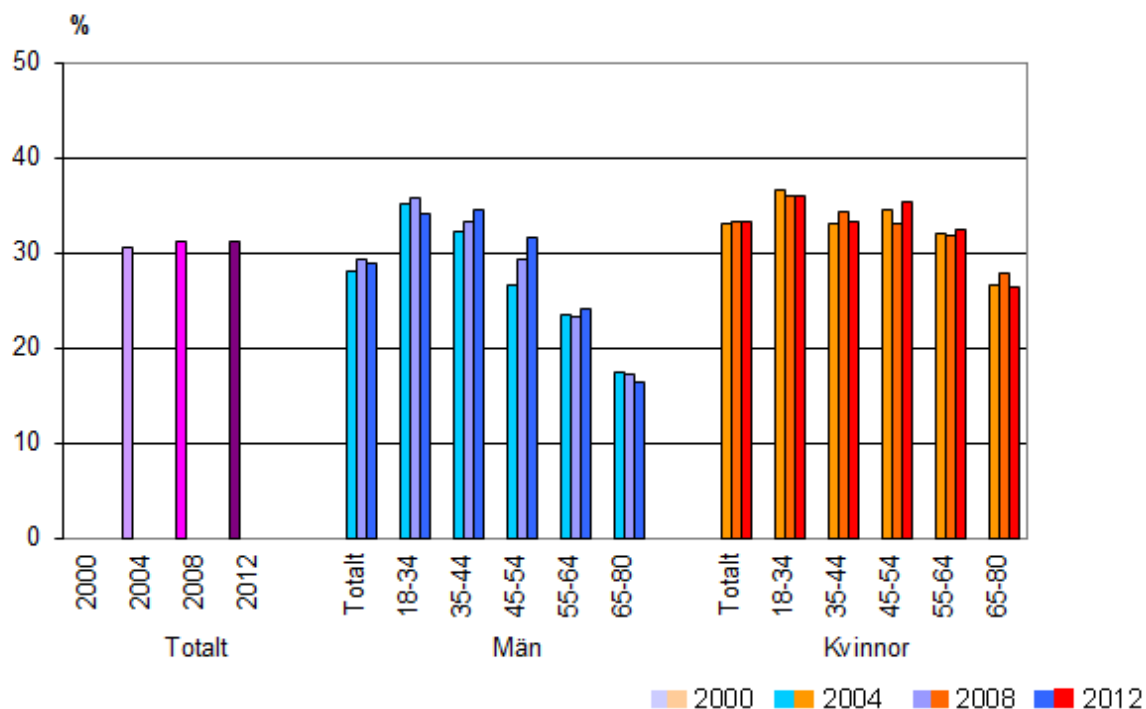
Jämförelser med Sverige nämns inne i texten



I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har du något/några av följande hälsoproblem?” rörande fem vanliga åkommor: Allergi, Astma, Diabetes, Högt blodtryck respektive Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Svartalternativen var: ”Nej”, ”Ja, men inga besvär”, ”Ja, lätta besvär” och ”Ja, svåra besvär”. Frågorna ger ett trubbigt mått på prevalensen i befolkningen, särskilt när det gäller allergi, men kan peka på förändringar över tid.⁶⁰

Allergier och astma ökade i hela västvärlden under andra halvan av 1900-talet, framför allt bland barn och unga, en ökning som nu förefaller ha klingat av.^{61, 62} Allergi innebär att immunförsvaret reagerar på ämnen i vår omgivning som människan brukar tåla och symtomen kan komma från ögon, hud, lufrör och mag-tarmkanalen. Omkring 30-40 procent av alla svenskar uppger allergibesvär men de flesta har lindriga symtom.⁶³ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 29 % av männen och var tredje kvinna att de har allergi. Majoriteten rapporterade lätta besvär. Figur 3.23 visar att förekomsten av allergi är högst bland yngre kvinnor och män och minskar med åldern. Andelen som rapporterar allergi har varit väsentligen oförändrad sedan 2004 då frågan ställdes för första gången.

Jämfört med data från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är förekomsten av allergi något lägre i Skåne än i riket. Skillnaden är dock liten, 1,6 procentenheter (visas ej på karta).



Figur 3.23. Andel män och kvinnor med allergi fördelat på ålder under perioden 2004-2012.

Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom med varierande obstruktivitet. De flesta insjuknar i småbarnsåldern, men man kan få astma i alla åldrar. Ungefär 8 % av befolkningen har läkar diagnostiserad astma och allergi är en vanlig orsak till astma.^{48, 65} I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 9 % av männen och 12 % av kvinnorna att de har astma (Figur 3.24). Förekomsten är något högre bland yngre än bland äldre, men skillnaderna mellan åldersgrupperna är små. Jämfört med data från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är förekomsten av astma i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (visas ej på karta).

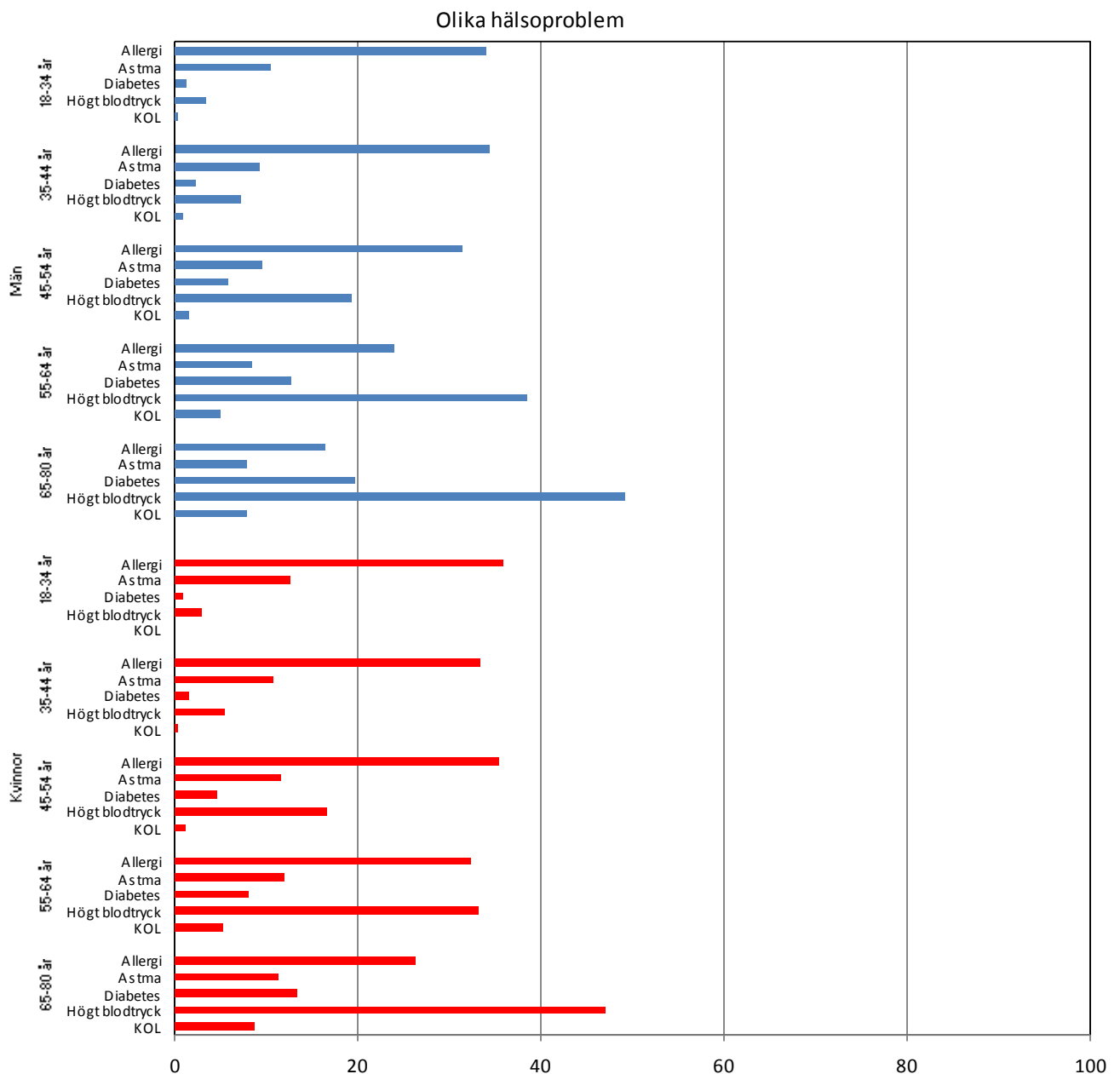
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) medför en gradvis tilltagande obstruktivitet och emfysem och dess prognos är dålig. Sjukdomen är ovanlig bland yngre, men blir vanligare med stigande ålder och man räknar med att 5-15 % av befolkningen över 45 år har KOL. Sjukdomen beror oftast på rökning.⁶⁵ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade omkring 3 % av både män och kvinnor att de har KOL (Figur 3.24). Förekomsten ökar från 55 års ålder och är högst i den äldsta gruppen.

Diabetes (kroniskt förhöjt blodsocker) finns i två former; typ 1 som oftast börjar akut hos unga personer och typ 2 som utvecklas långsamt och ger sig till känna från medelåldern och uppåt. Typ 2 är vanligast (85-90 procent av all diabetes) och kallades tidigare för åldersdiabetes.^{48, 66} Förekomsten av diabetes i Sverige beräknas vara mellan 4-5 %, men med nya mätmetoder upptäcks nästan lika många nya okända fall. Bland personer över 80 år har nästan var femte diabetes.⁶⁶ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 8 % av männen och 5 % av kvinnorna att de har diabetes (Figur 3.24). Förekomsten ökar tydligt med åldern och i den äldsta åldersgruppen rapporterade var femte man och ungefär var sjunde kvinna att de har

diabetes. Jämfört med data från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är förekomsten av diabetes i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (visas ej på karta).

Högt blodtryck innebär enligt WHO ett övertryck på 140 mm Hg eller högre och/eller ett undertryck på 90 mm Hg eller högre.⁶⁷ Det är ovanligt med högt blodtryck före 45 års ålder, men med stigande ålder blir det snabbt vanligare.⁴⁸ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade ungefär var femte man respektive kvinna att de har högt blodtryck (Figur 3.24). Förekomsten av högt blodtryck ökar från medelåldern till att omfatta nästan varannan man och kvinna i den äldsta åldersgruppen. Jämfört med data från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är förekomsten av högt blodtryck i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (visas ej på karta).

Man räknar med att ungefär hälften av alla som har högt blodtryck (hypertoni) inte vet om det, då de ofta inte har några symtom.⁴⁸ Genom livsstilsförändringar kan både blodtryck och blodsocker förbättras och ibland till och med normaliseras.⁴⁸



Figur 3.24. Andel män och kvinnor med olika hälsoproblem (allergi, astma, diabetes, högt blodtryck respektive kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)) fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

3.9 Långvarig sjukdom

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 5,8

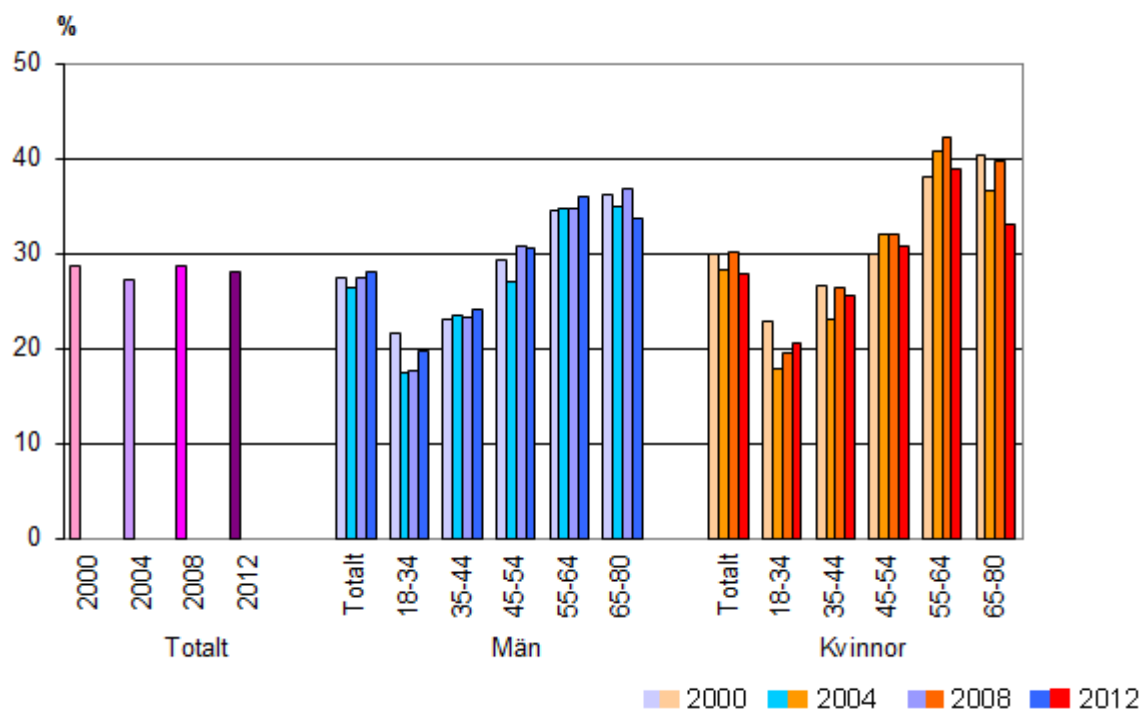
Män(-) 5,3

Kvinnor.....(-) 6,1



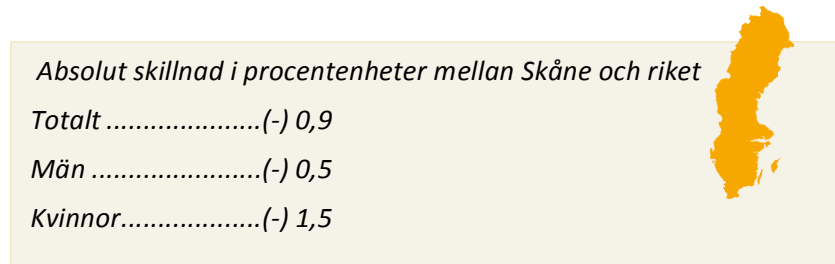
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?” (”Ja, Nej”). Vid jakande svar kom följdfrågan: ”Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt *eller* hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?” med svarsalternativen ”Nej, inte alls”, ”Ja, i någon mån” och ”Ja, i hög grad”. Nästan tre av tio personer (28 %) uppgav att de har någon form av långvarigt hälsoproblem (Figur 3.25). Som förväntat ökar andelen med stigande ålder. Förekomsten ökar likartat för kvinnor och män upp till 55 års ålder. Nivån har varit stabil under 2000-talet. Av de som uppgett ett långvarigt hälsoproblem, svarade var femte man och var fjärde kvinna att dessa besvär i hög grad medförde att arbetsförmågan var nedsatt eller hindrade dem i andra dagliga sysselsättningar.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med långvarig sjukdom lägre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne grönmarkerat på kartan) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar lägre nivåer i Skåne än riket.



Figur 3.25. Andel män och kvinnor med långvarig sjukdom fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

3.10 Funktionsnedsättning

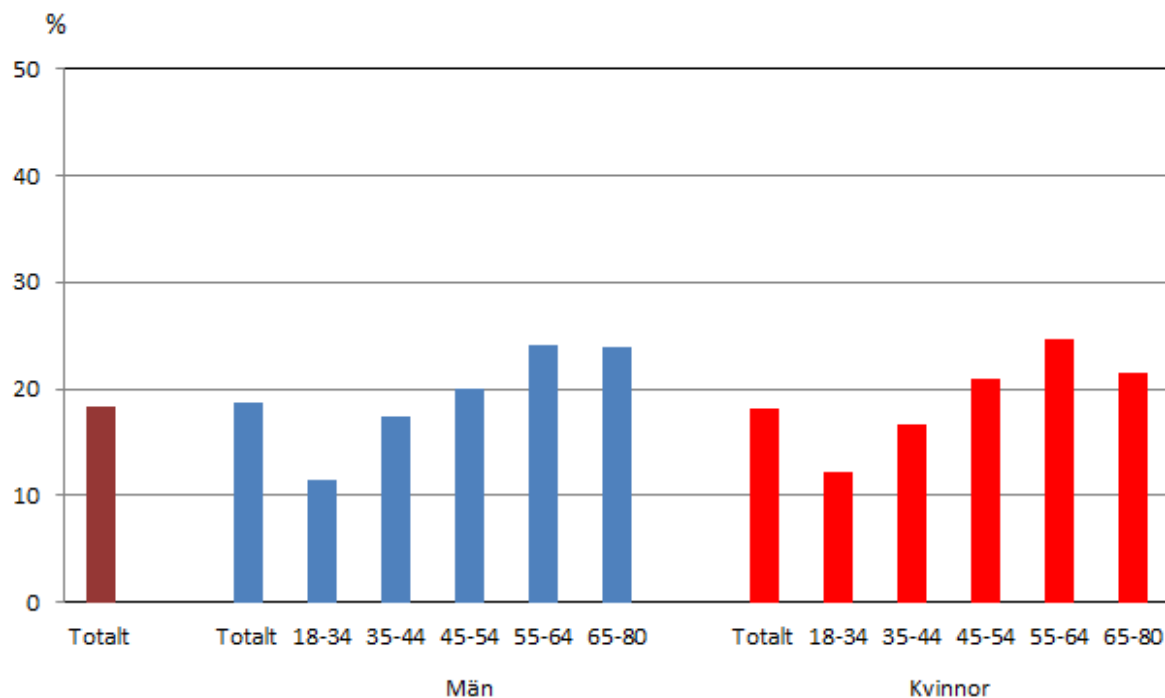


I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågor kring syn, hörsel och rörelseförmåga. Frågan om syn lyder: ”Kan du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning?” med svarsalternativen: ”Ja, utan glasögon”, ”Ja, med glasögon” och ”Nej”. Frågan om hörsel lyder: ”Kan du utan svårigheter höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?” med svarsalternativen: ”Ja, utan hörapparat”, ”Ja, med hörapparat” och ”Nej”. Rörelseförmågan efterfrågas med tre frågor: ”Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter? (”Ja, Nej”): ”Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? Till exempel stiga på buss eller tåg”, ”Kan du ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt?” och ”Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?”.

Funktionsnedsättning definieras som att ha någon av följande begränsningar: långvarig sjukdom med höggradiga konsekvenser, att inte kunna läsa vanlig text i en dagstidning ens med glasögon, att inte kunna höra vad som sägs i ett samtal med flera personer ens med hörapparat samt rörelsehinder (att inte kunna gå upp ett trappsteg utan besvär, inte kunna gå en kort promenad i någorlunda rask takt eller behöva hjälp för förflyttning utomhus).⁶⁰

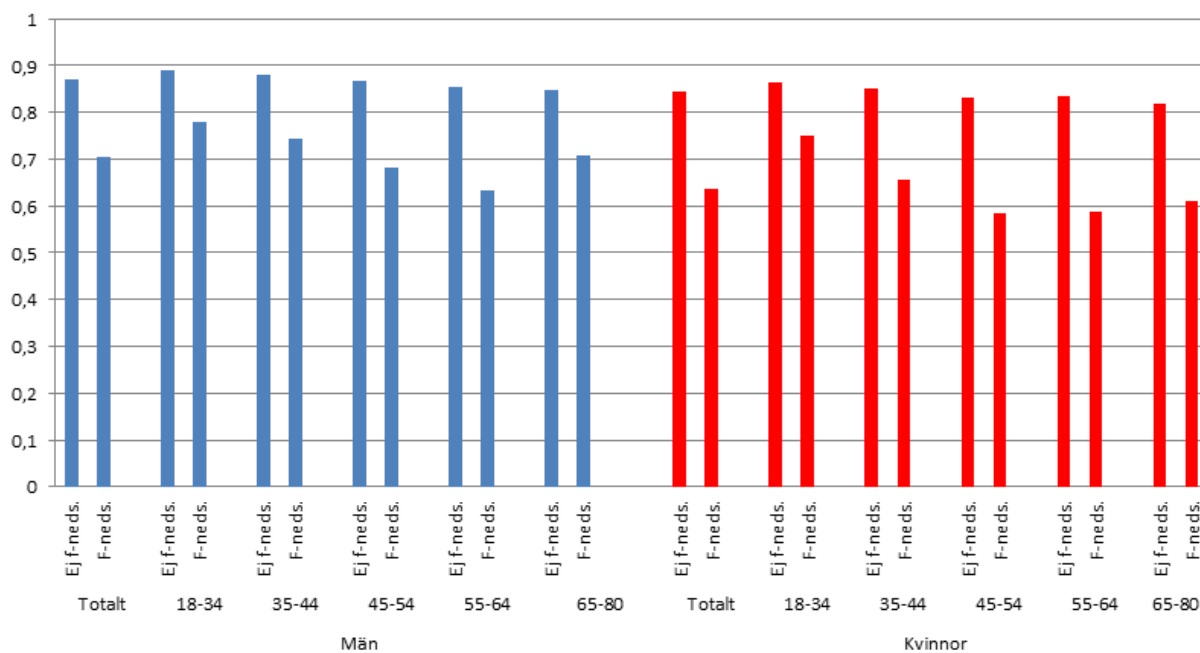
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 definieras knappt var femte man och kvinna ha en funktionsnedsättning (Figur 3.26). Andelen ökar med åldern, från var nionde man och var åttonde kvinna i åldersgruppen 18-34 år, till knappt var fjärde man i de två äldsta åldersgrupperna och var fjärde kvinna i den näst äldsta åldersgruppen.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med funktionsnedsättning i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. Dessa skillnader är dock små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 3.26. Andel män och kvinnor med funktionsnedsättning fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Personer med funktionsnedsättning har betydligt oftare dålig hälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning.⁶⁸ Figur 3.27 visar livskvalitet (mätt som EQ5D-index) bland män och kvinnor i Skåne med respektive utan funktionsnedsättning. (För beskrivning av EQ5D-index se Avsnitt 3.2). Figuren visar att livskvaliteten minskar i befolkningen med ökande ålder, men brantare för personer med funktionsnedsättning. Högst index har unga män utan funktionshinder 18-34 år, medan medelålders kvinnor med funktionsnedsättning har lägst.



Figur 3.27. EQ5D-index är fördelat på kön och förekomst av funktionsnedsättning (F-neds), Folkhälsoenkät Skåne 2012.

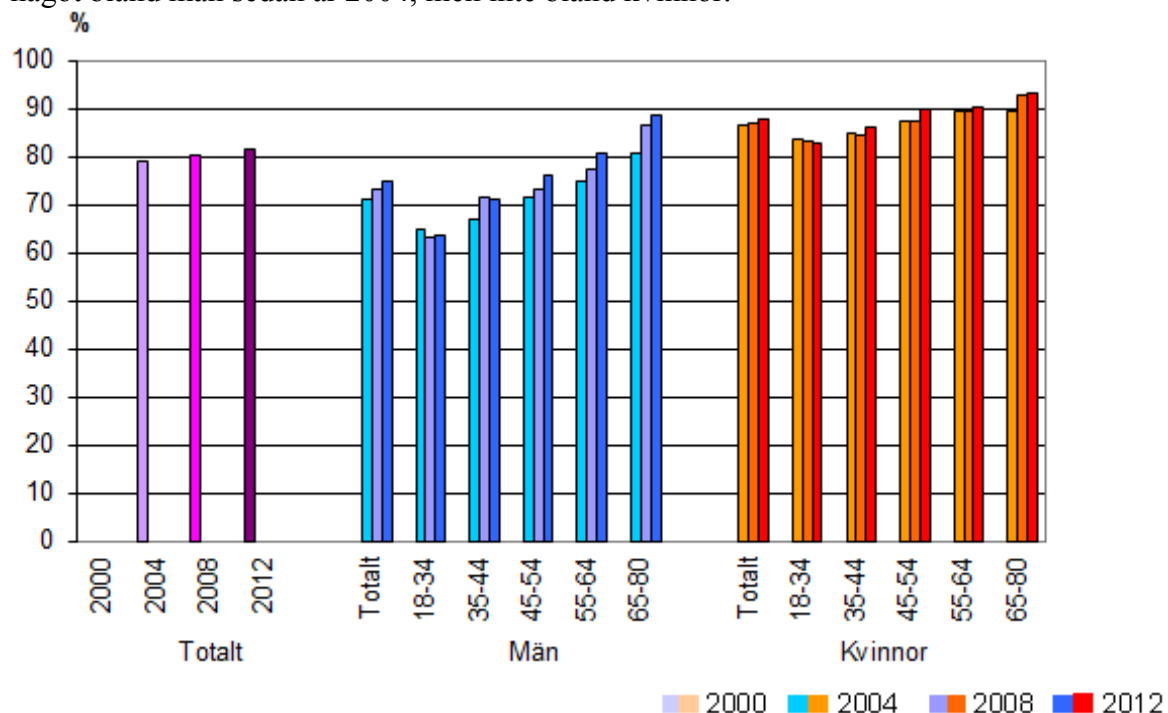
3.11 Läkemedel och Fysisk aktivitet på recept

Jämförelser med Sverige nämns inne i texten



Läkemedelsanvändning är ett av många sätt att mäta hälsa. Kvinnor ordinerar fler läkemedel än män och rapporterar oftare biverkningar.⁶⁹ I Folkhälsoenkät 2012 ställdes frågan: ”Har du under de tre senaste månaderna använt något av följande läkemedel eller preparat?” med möjlighet att kryssa för följande: Blodtryckssänkande medicin, Medicin mot astma/allergi, Smärtstillande medel (köpt utan recept), Smärtstillande medel (köpt med recept), Antibiotika, Sömnmedel, Nervlugnande medicin, Medel mot depression, Magsårsmedicin, Östrogenpreparat, Vitaminer/mineraler, Naturläkemedel och Annat. Svartalternativen var: ”Nej”, ”Ja, senaste tre månaderna” och ”Ja, senaste 14 dagarna”.

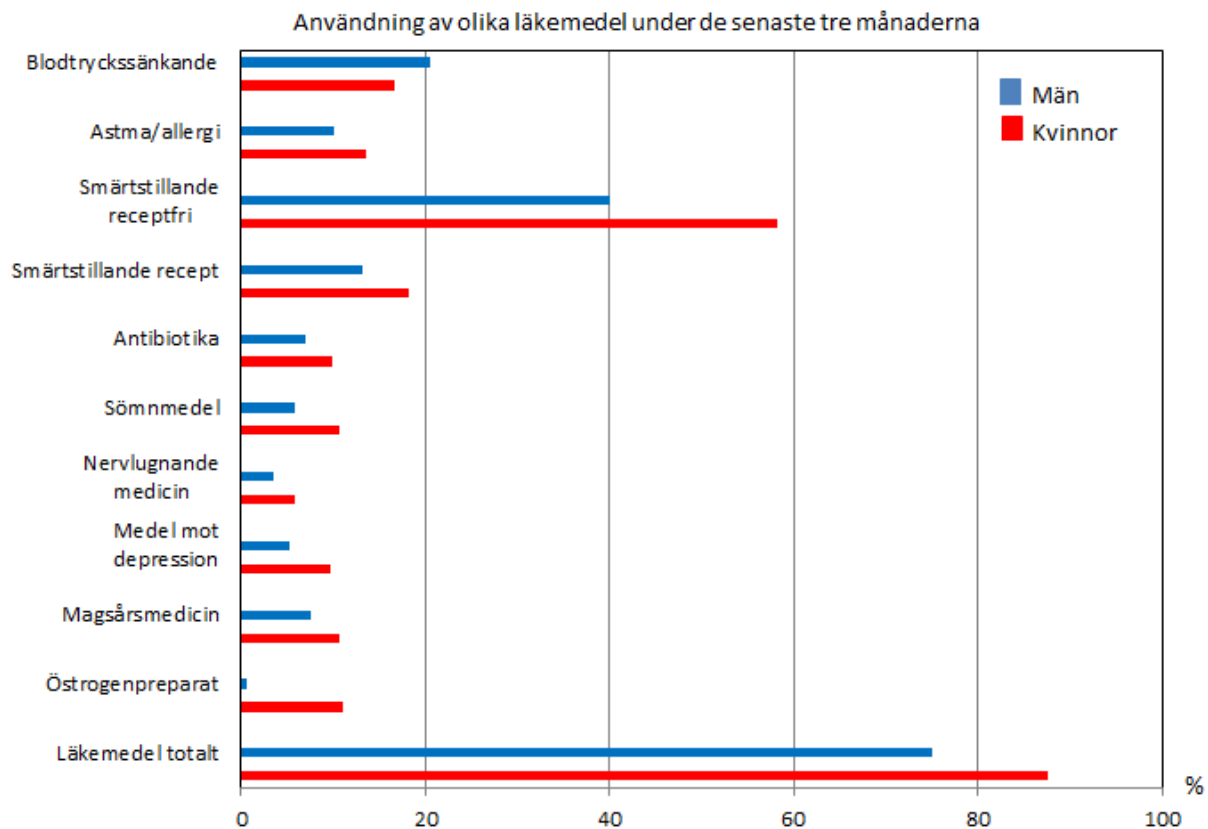
Figur 3.28 visar totalanvändningen av läkemedel i Skåne under en tremånaders period (här ingår inte användning av Vitaminer/mineraler eller Naturläkemedel). Över 80 % av befolkningen (75 % av männen och 88 % av kvinnorna) uppgav att de använt något läkemedel under denna tidsperiod. Kvinnor uppgav högre andelar än män i samtliga åldersgrupper. Som väntat ökar andelen med åldern och ökningen är brantare för män än för kvinnor. Lägst förbrukning har de yngsta männen. Andelen som använt läkemedel har ökat något bland män sedan år 2004, men inte bland kvinnor.



Figur 3.28. Andel män och kvinnor som använt läkemedel under de senaste tre månaderna fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

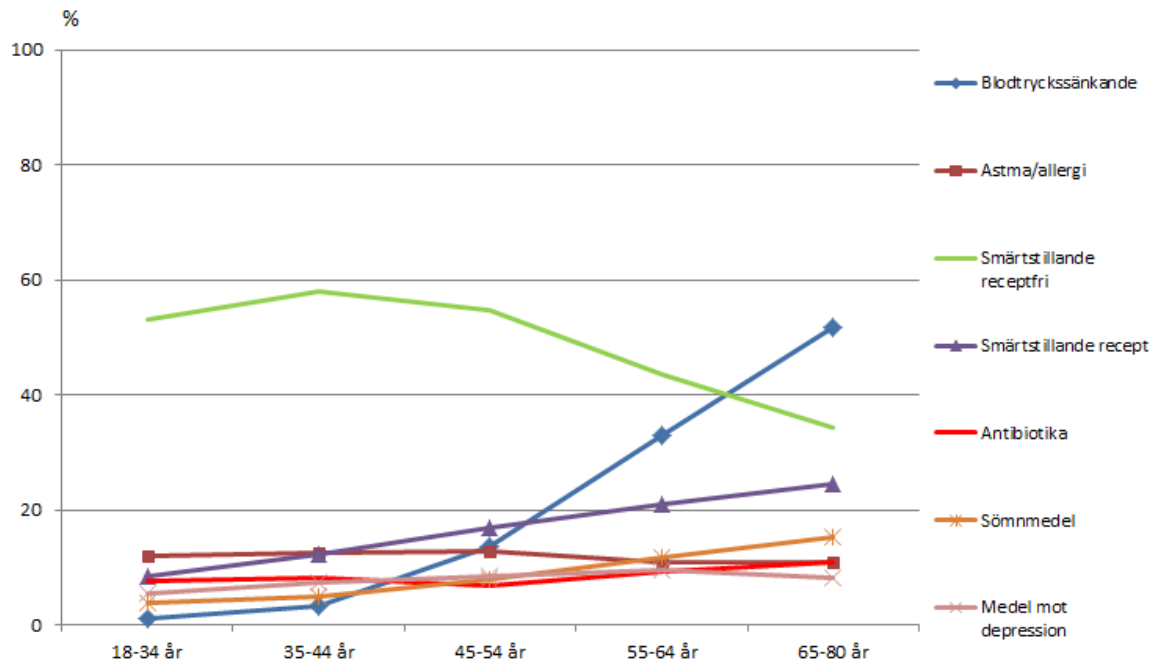
Smärtstillande läkemedel (med eller utan recept) och blodtryckssänkande medicin är de läkemedel som oftast rapporterades (Figur 3.29). Kvinnor använder mer läkemedel av alla sorter utom blodtryckssänkande medicin som är vanligare bland män. Den största skillnaden

mellan män och kvinnor (undantaget östrogenpreparat) ses för smärtstillande läkemedel utan recept, smärtstillande med recept, sömnmedel och medel mot depression.



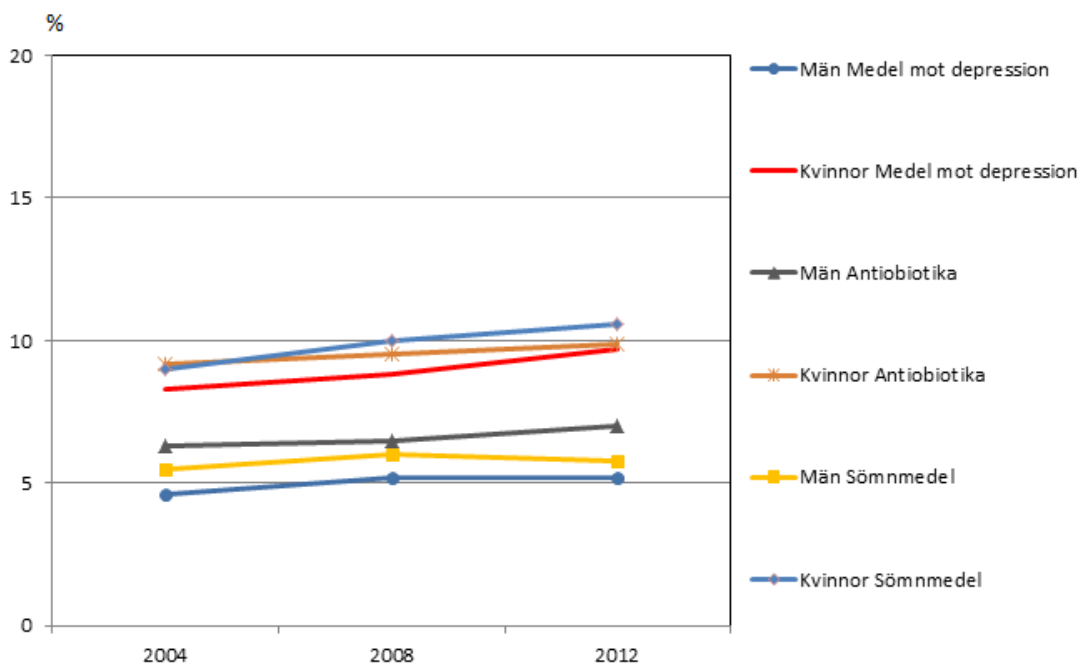
Figur 3.29. Andel män och kvinnor som använt olika typer av läkemedel under de senaste tre månaderna under perioden, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Figur 3.30 visar användningen av några läkemedel i olika åldersgrupper. Bland yngre personer dominerar receptfria smärtstillande medel. Användandet av receptbelagda smärtstillande medel ökar med åldern, från 10 % bland de yngsta till knappt 25 % bland de äldsta. Blodtryckssänkande medicin används av 1-3 % i de två yngre åldersgrupperna och ökar tydligt till över 50 % i den äldsta åldersgruppen. Användningen av astma/allergi-medicin är ganska jämn över åldersgrupperna (varierar mellan 11-13 %). Antibiotika användningen är lägst i åldersgruppen 45-54 år (7 %) och högst i den äldsta åldersgruppen (11 %). Sömnmedel används i ökande grad med stigande ålder, från 4 % bland de yngsta till 15 % bland de äldsta. Medicin mot depression används av 6 % av de yngre, 10 % i åldersgruppen 55-64 år och minskar till 8 % bland de äldsta.



Figur 3.30. Andel män och kvinnor som använt olika typer av läkemedel under de senaste tre månaderna fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2012.


Figur 3.31 visar trender över tid mellan år 2004 och 2012 avseende användning av medel mot depression, sömnmedel respektive antibiotika. Kvinnor har under hela perioden en högre användning av alla dessa tre läkemedel. Man ser relativt små förändringar över tid. Jämfört med data från den Nationella Folkhälsoenkäten är användningen av antidepressiv medicin i nivå med riksgenomsnittet medan sömnmedel används i något lägre omfattning i Skåne (visas ej på karta). Jämförelser med antibiotikaanvändning går inte att göra då det saknas information om detta i den nationella folkhälsoenkäten.



Figur 3.31. Andel män och kvinnor som använt medel mot depression, sömnmedel respektive antibiotika under de senaste tre månaderna i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

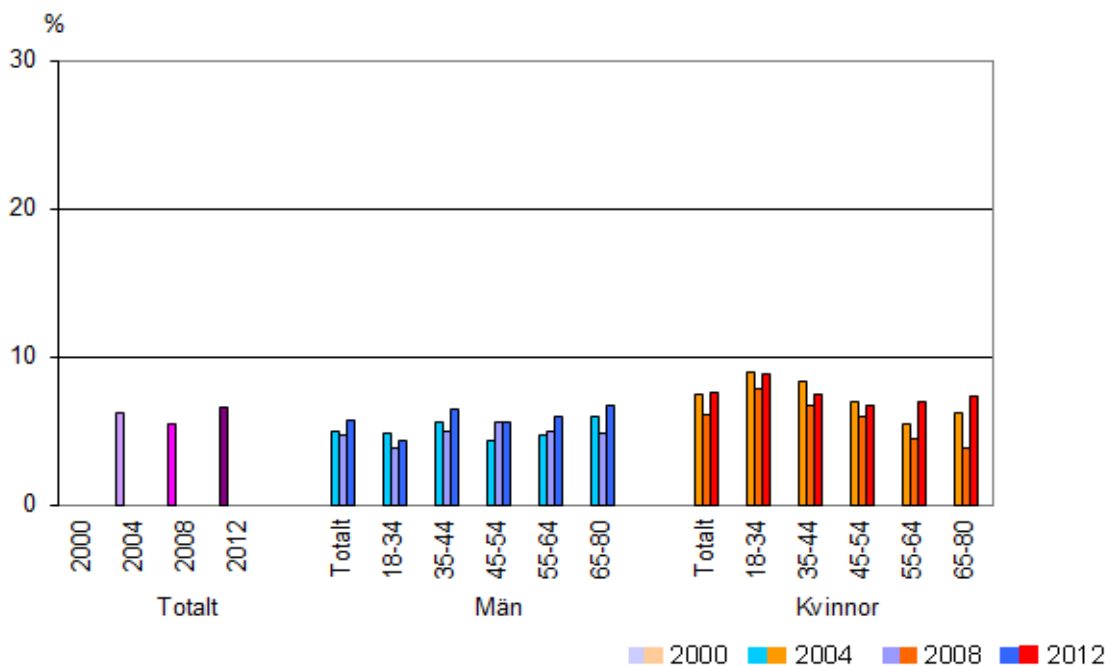
3.11.1 Inte hämtat ut medicin

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	(-) 0,2
Män	(-) 0,7
Kvinnor.....	0,0



I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan om man under de tre senaste månaderna någon gång fått recept utskrivet, men inte hämtat ut medicin på apoteket, med svarsalternativen ”Nej”, ”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger”. Figur 3.32 visar att 7 % av kvinnorna och 5 % av männen i Skåne inte har hämtat ut sådan medicin någon eller flera gånger under de senaste månaderna.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som inte hämtat ut receptbelagd medicin i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. Dessa skillnader är dock små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 3.32. Andel män och kvinnor som under de senaste tre månaderna fått ett recept utskrivet men inte hämtat ut medicinen fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

De som svarat ja på frågan om de någon gång under de senaste tre månaderna fått recept utskrivet, men inte hämtat ut det på apoteket fick besvara en följdfråga om anledningen till detta. De två vanligaste anledningarna var att man hade medicin hemma så det räckte och att man inte hade råd att hämta ut medicinen. Se även Avsnitt 3.15.

3.11.2 Ordinerats fysisk aktivitet på recept (FaR)

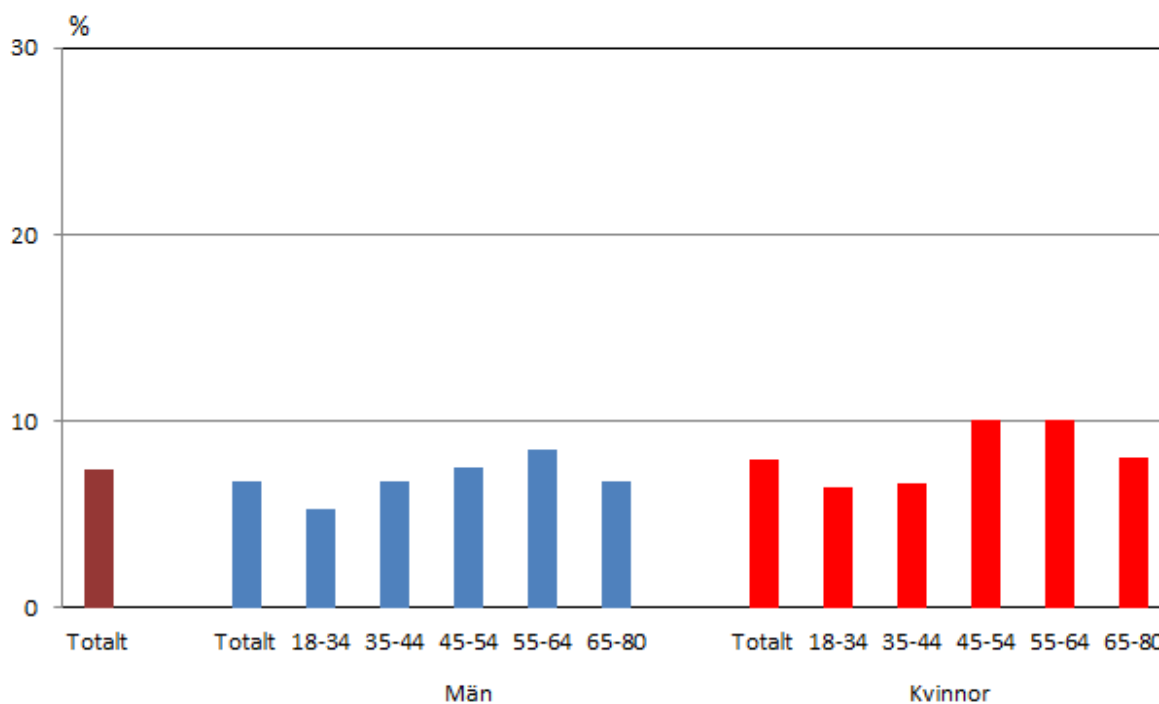
Jämförelse med Sverige saknas



Fysisk aktivitet är en av de viktigaste påverkbara faktorerna när det gäller att förebygga sjukdom. I motsats till läkemedel påverkar fysisk aktivitet många olika biologiska och fysiologiska system i kroppen på en gång. Sedan år 2001 kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skriva ut fysisk aktivitet på recept (FaR) till patienter med riskfaktorer eller sjukdom, där ökad fysisk aktivitet bevisligen hjälper mot det aktuella hälsoproblemet.⁷⁰ Som grund för ordinationen används kunskapsbanken FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling).⁷¹

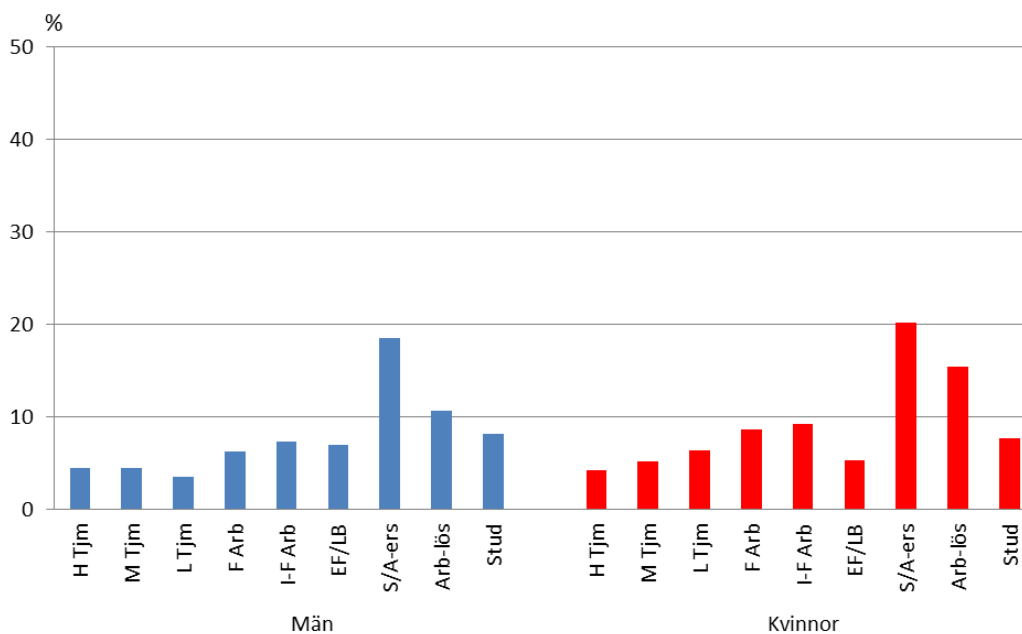
Förskrivning av fysisk aktivitet på recept kan gå till så här: En överviktig kvinna eller man i medelåldern med högt blodtryck och diabetes har ett motiverande samtal med sin läkare/sjuksköterska/sjukgymnast. Tillsammans kommer de fram till vilken form av fysisk aktivitet som kan fungera för henne/honom. Grunden är ökad fysisk aktivitet på egen hand i vardagen, såsom promenader, cykling, trädgårdsarbete eller ett träningsprogram som utförs i hemmet. Detta kompletteras med en gruppaktivitet 1-2 gånger per vecka, exempelvis grupp-gymnastik eller vattengymnastik. Vad som kan erbjudas beror på hur det lokala samarbetet med olika aktivitetsarrangörer ser ut. Ordinationen skrivs ut på recept, vilket ger den en större tyngd både för patienten själv och för omgivningen. Uppföljning av både fysisk aktivitet och hälsoutfall (sänkt blodtryck och bättre blodsockerreglering) är viktig.⁷⁰ Följsamheten vid ordination av fysisk aktivitet har visats vara minst lika god som för läkemedel,^{70, 72, 73} och svenska studier visar att behandling med FaR ger goda resultat.^{74, 75} Mellan år 2008 och 2010 ökade antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet från 512 till 7300 i Skåne.⁷⁰

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav 7 % av männen och 8 % av kvinnorna att de någon gång fått utskrivet fysisk aktivitet på recept (Figur 3.33). Andelen ökar med åldern upp till pensionsåldern och är högst för kvinnor i åldern 45-64 år (10 %).



Figur 3.33. Andel män och kvinnor som någon gång fått ett recept utskrivet på fysisk aktivitet fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Figur 3.34 visar den socioekonomiska fördelningen bland de som fått fysisk aktivitet på recept. Att få fysisk aktivitet på recept är vanligast bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning (omkring var femte person) och bland arbetslösa (15 % av kvinnorna och 11 % av männen).



Figur 3.34. Andel män och kvinnor som någon gång fått ett recept utskrivet på fysisk aktivitet fördelat på socioekonomisk grupp, Folkhälsoenkät Skåne 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

3.12 Vårdsökande

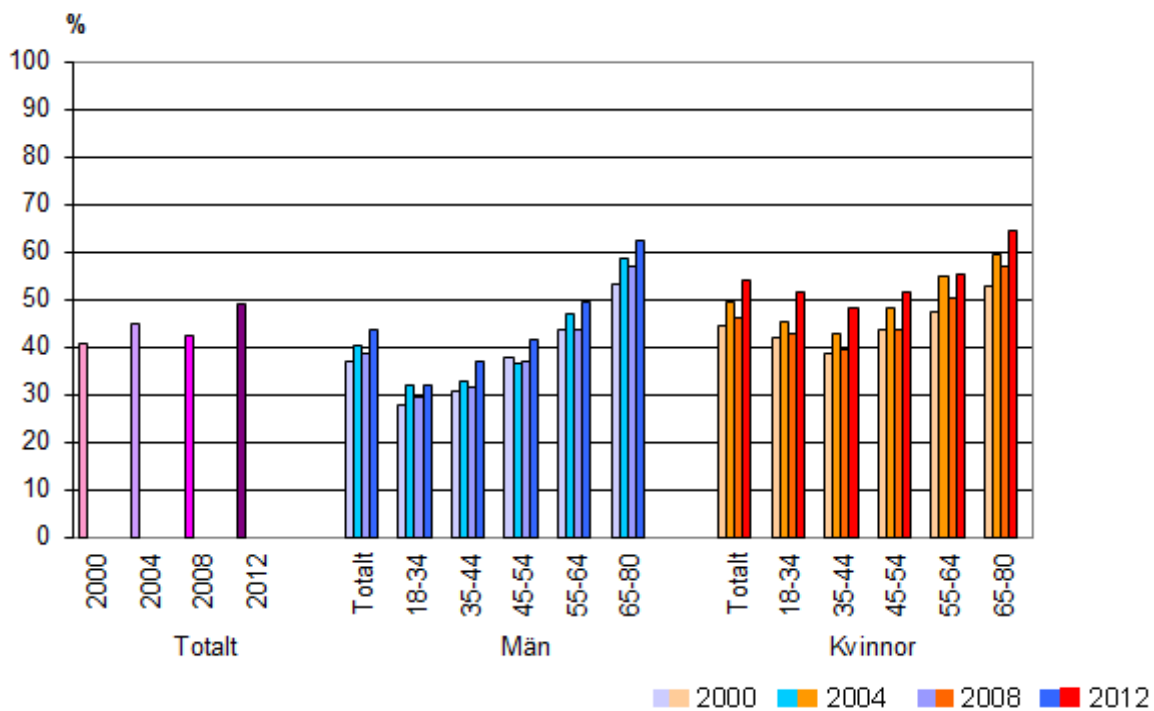
Jämförelse beskrivs inne i texten



Hälso- och sjukvården möter en stor del av befolkningen under ett år.⁷⁶ I Skåne ökade den totala vårdkonsumtionen med 2,5 procent mellan år 2011 och 2012, vilket kan jämföras med att befolkningen under samma period ökade med 0,8 procent. I genomsnitt hade skåningen cirka sju vårdkontakter per person under år 2012. Vårdkontakter med andra vårdgivare än läkare (sjuksköterskor, sjukgymnaster m.fl.) har ökat under den senaste femårsperioden, medan vårdkontakter med läkare varit relativt oförändrad.⁷⁷

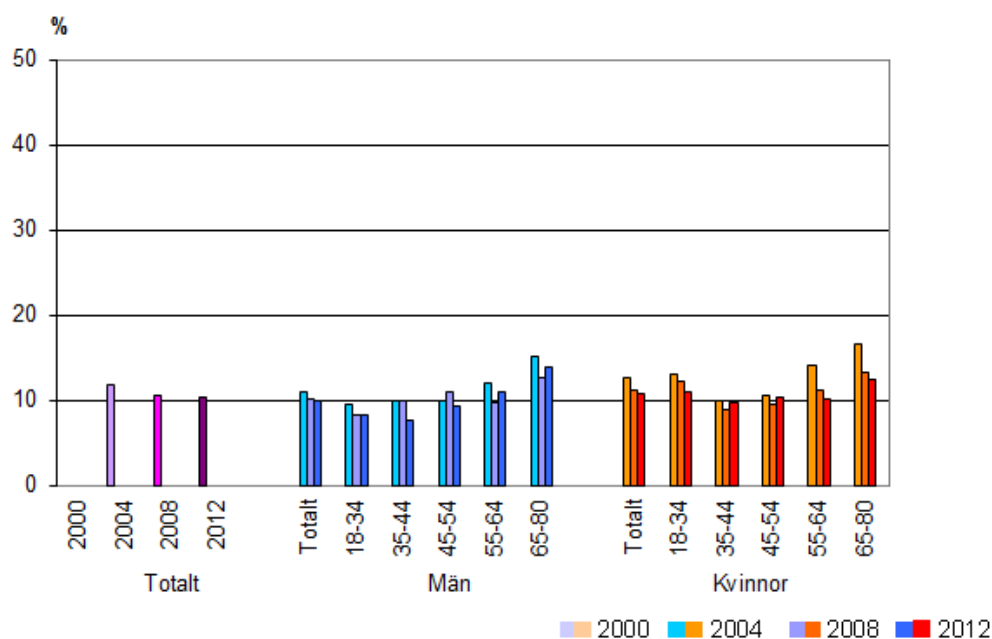
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 efterfrågades om man under de senaste tre månaderna för egna besvär eller sjukdom besökt läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande, besökt en akutmottagning respektive om man varit inlagd på sjukhus.

Kvinnor uppgav besök till läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande oftare än män i samtliga åldrar, 54 % jämfört med 44 % (Figur 3.35). Andelen har ökat sedan föregående undersökning år 2008. Andelen ökar generellt med åldern, med en tydligare åldersgradient för männen. Mer än varannan kvinna i åldern 18-34 år hade besökt läkare jämfört med var tredje man i motsvarande ålder. I den äldsta åldersgruppen hade mer än 60 % av befolkningen sökt läkare under de gångna tre månaderna.



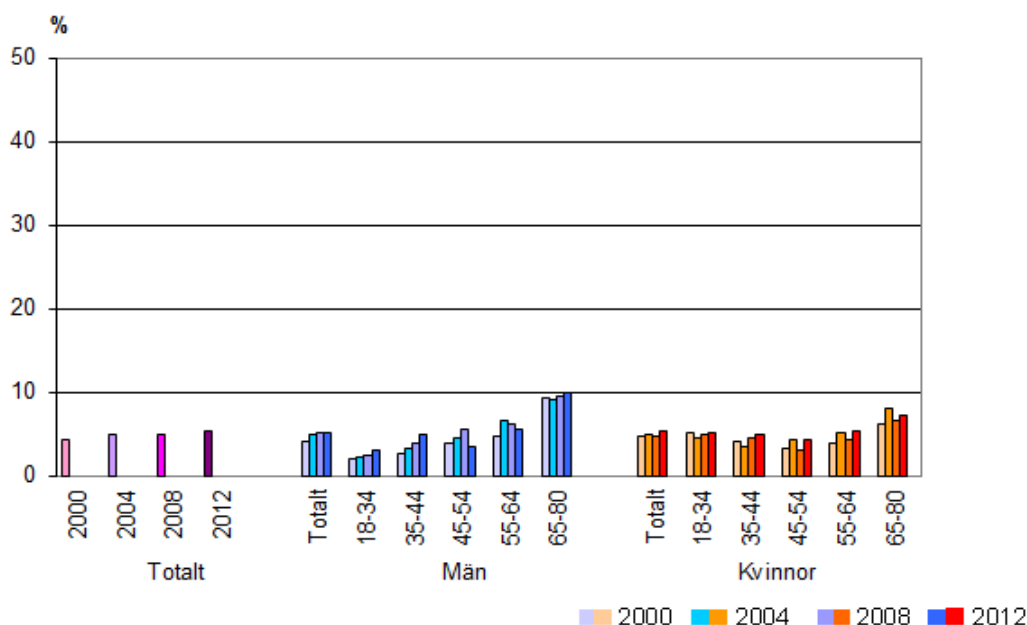
Figur 3.35. Andel män och kvinnor som besökt läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande under de senaste tre månaderna fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Kvinnor och män hade besökt en akutmottagning i ungefär lika stor utsträckning under de senaste tre månaderna (Figur 3.36). Åldersgradienten är tydligast för männen med högst andel bland män i den äldsta åldersgruppen (14 %). Andelen som besökt en akutmottagning har minskat något över tid, tydligast bland kvinnor.



Figur 3.36. Andel män och kvinnor som besökt en akutmottagning under de senaste tre månaderna fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

Fem procent av de skånska männen och kvinnorna uppgav att de under de senaste tre månaderna varit inlagda på sjukhus (Figur 3.37). Åldersgradienten är mycket tydlig för män. I den yngsta åldersgruppen hade kvinnor oftare varit inlagda på sjukhus än män, vilket troligen beror på att många kvinnor föder barn i denna åldersgrupp. I den äldsta åldersgruppen hade fler män än kvinnor varit inlagda på sjukhus. Andelen som legat på sjukhus har varit relativt oförändrad sedan år 2004. Jämfört med data från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som legat på sjukhus i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (visas ej på karta).



Figur 3.37. Andel män och kvinnor som legat på sjukhus under den senaste tre månaderna fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

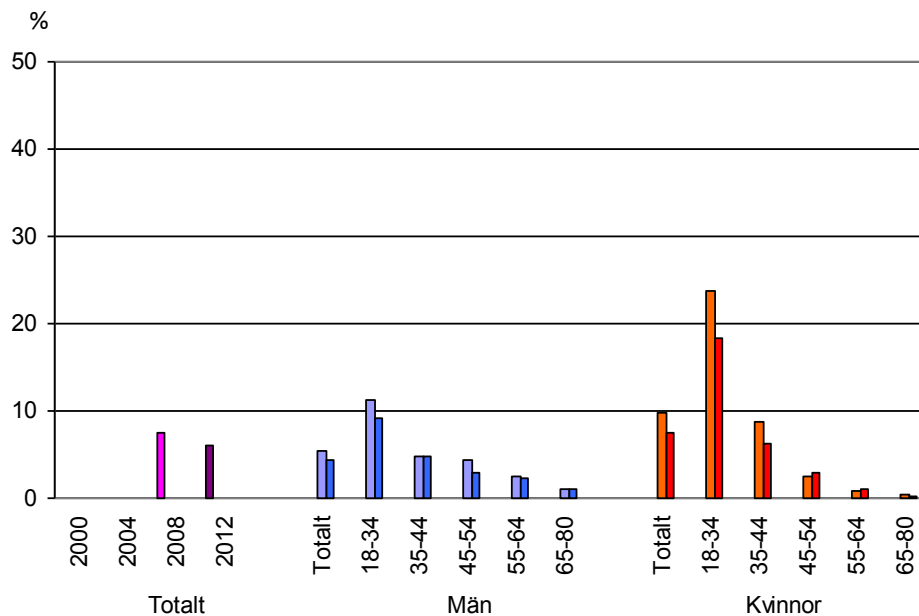
3.12.1 Testat sig för sexuellt överförbar sjukdom

Jämförelse med Sverige saknas



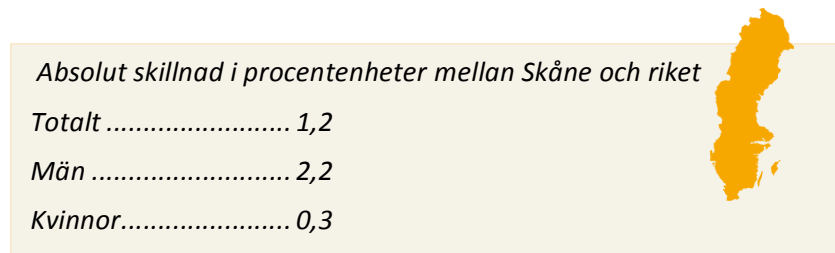
Klamydia, gonorré, syfilis och HIV-infektion är sexuellt överförbara infektioner (STI) som klassas som allmänfarliga sjukdomar. Enligt smittskyddslagen ska dessa fall anmälas till landstingets smittskyddsläkare och Smittskyddsinstitutet. Den behandlande läkaren är ansvarig för smittspårning för att förhindra fortsatt spridning. Undersökning och behandling är kostnadsfri för patienten.⁴⁸ Klamydia är den överlägset vanligaste sexuellt överförda infektionen i Sverige och många märker inte att de har sjukdomen eftersom den oftast inte ger några symtom. Klamydia är lätt att behandla med antibiotika, men obehandlad kan den leda till sterilitet hos kvinnor.^{48,78} Antalet klamydiafall har ökat under det senaste decenniet, främst bland ungdomar i åldern 15-24 år, men trenden har varit minskande sedan år 2008.⁷⁸

Figur 3.38 visar andelen i den skånska befolkningen som svarat att de någon gång under de senaste tolv månaderna testat sig och fått provsvar för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom (exempelvis klamydia, syfilis, gonorré). Fyra procent av männen och 8 % av kvinnorna svarade att de hade testat sig. Prevalensen är överlägset högst i den yngsta åldersgruppen 18-34 år (9 % bland männen och 18 % bland kvinnorna) och andelen minskar tydligt med åldern.



Figur 3.38. Andel män och kvinnor som testat sig och fått provsvar för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom under de senaste 12 månaderna fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2008 och 2012.

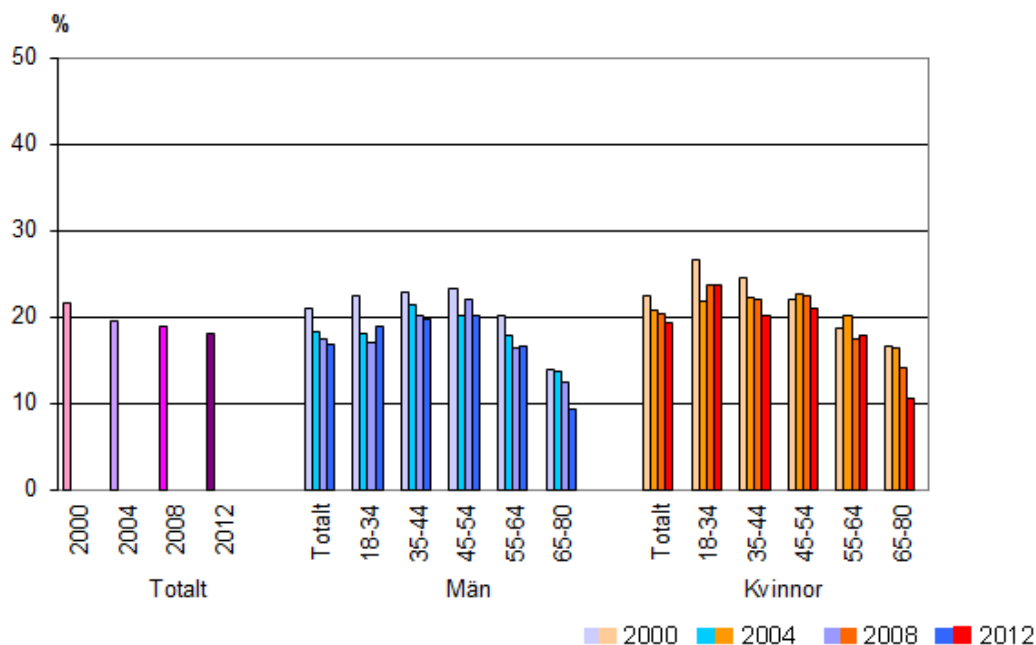
3.12.2 Otillfredsställda vårdbehov



Arbetslösa och sjukskrivna uppger otillfredsställda vårdbehov dubbelt så ofta jämfört med de som arbetar.⁷⁹ Kvinnor, utlandsfödda och lågutbildade anger också oftare otillfredsställda vårdbehov.⁸⁰

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes en fråga om man under de tre senaste månaderna ansett sig vara i behov av vård men inte sökt vård ("Ja, Nej"). De som svarade "ja" anses ha otillfredsställda vårdbehov och redovisas i Figur 3.39. I Skåne rapporterade 19 % av kvinnorna och 17 % av männen otillfredsställda vårdbehov. Högst andel rapporterade unga kvinnor åldern 18-34 år och lägst andel rapporterade de äldsta männen. Andelen av befolkningen med otillfredsställda vårdbehov har minskat under 2000-talet.

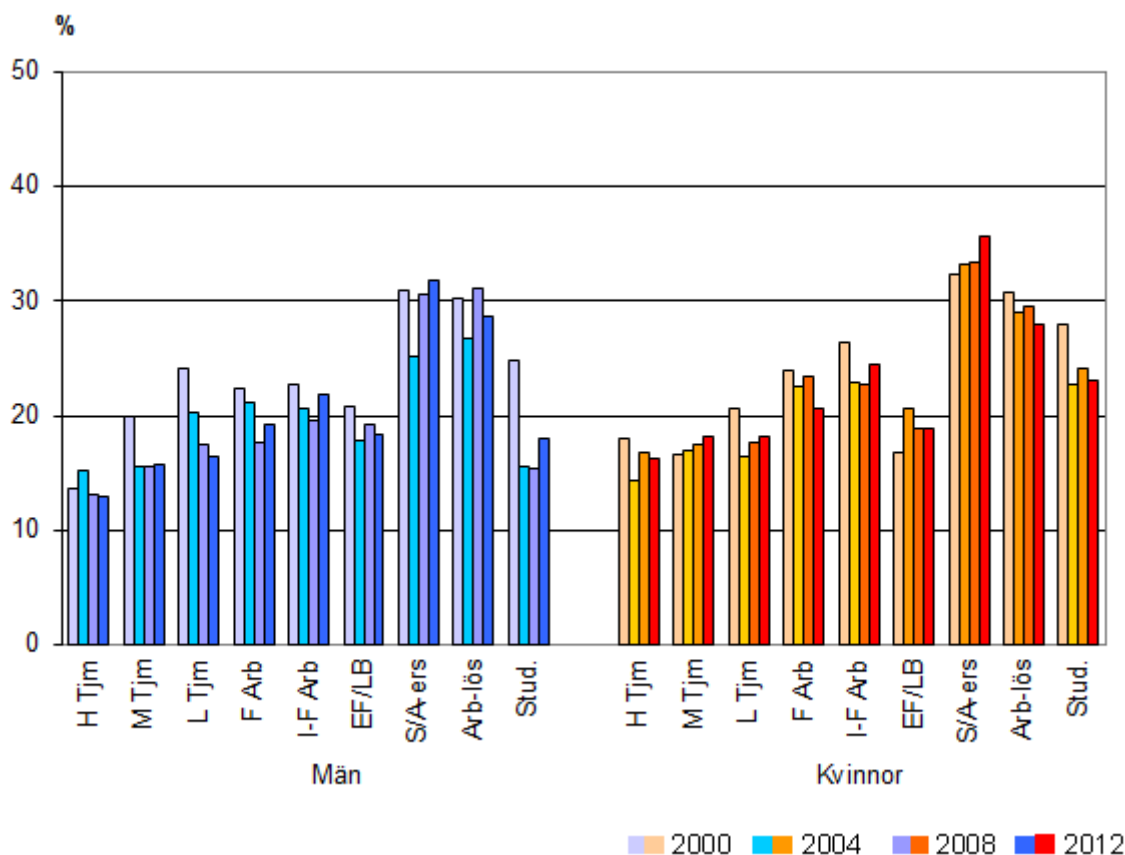
Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med otillfredsställda vårdbehov i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan) som för kvinnor. Andelen med otillfredsställda vårdbehov bland män är dock högre än riksgenomsnittet. Denna skillnad är statistiskt säkerställd.



Figur 3.39. Andel män och kvinnor med otillfredsställda vårdbehov under de senaste tre månaderna fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

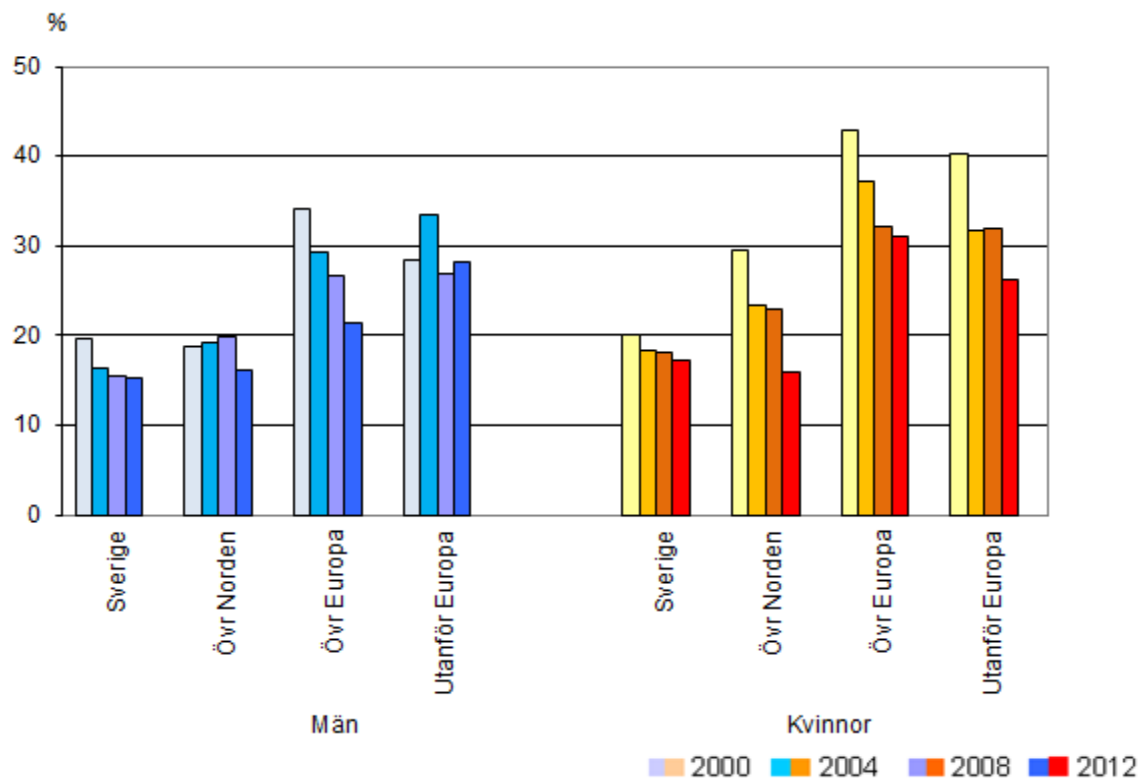
De som definierades ha otillfredsställda vårdbehov fick en följdfråga om varför de avstått från att söka vård. De vanligaste anledningarna som uppgavs var att man ville vänta ett tag, att man inte tyckte att man kunde få någon hjälp och att man inte hade tid. Se även Avsnitt 3.15.

Andelen med otillfredsställda vårdbehov varierar mellan olika socioekonomiska grupper i Skåne (Figur 3.40). Det är ungefär dubbelt så vanligt med otillfredsställda vårdbehov bland arbetslösa eller sjukskrivna män och kvinnor som bland högre tjänstemän.



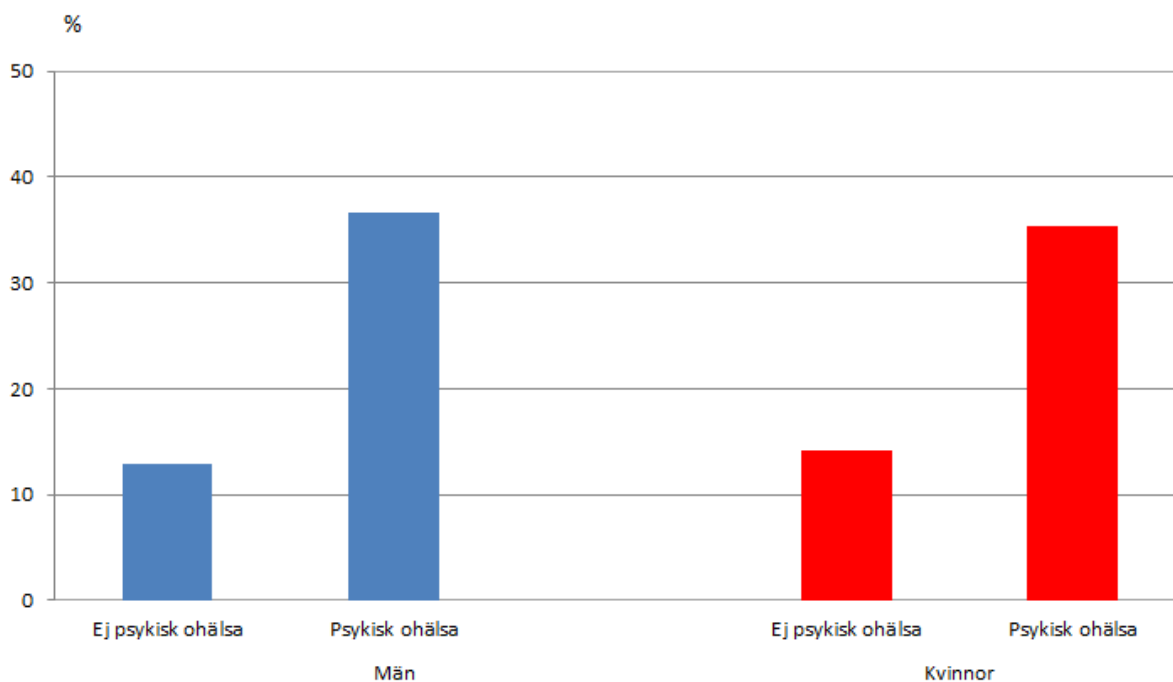
Figur 3.40. Andel män och kvinnor med otillfredsställda vårdbehov under de senaste tre månaderna fördelat på socioekonomisk grupp i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare= EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Otillfredsställda vårdbehov är vanligare bland utlandsfödda personer (Figur 3.41). Bland män ökar andelen bland utlandsfödda med det geografiska avståndet till Sverige och otillfredsställda vårdbehov är nästan dubbelt så vanligt bland män födda utanför Europa jämfört med män födda i Sverige. Bland kvinnor är mönstret något annorlunda. Lägst andel uppgav kvinnor födda i Sverige och Norden, medan drygt var fjärde kvinna född utanför Europa och nästan var tredje kvinna född inom Europa rapporterade otillfredsställda vårdbehov.



Figur 3.41. Andel män och kvinnor med otillfredsställda vårdbehov under de senaste tre månaderna fördelat på födelseland, i Folkhälsoenkät Skåne 2012. Född i Sverige=Sverige; Född i övriga Norden=Övr Norden; Född i Övriga Europa=Övr Europa; Född utanför Europa=Utanför Europa.

Det är ungefär tre gånger så vanligt att uppleva otillfredsställda vårdbehov bland personer som rapporterat psykisk ohälsa jämfört med de som inte har rapporterat psykisk ohälsa (Figur 3.42).



Figur 3.42. Andel män och kvinnor med otillfredsställda vårdbehov under de senaste tre månaderna fördelat på förekomst av psykisk ohälsa, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

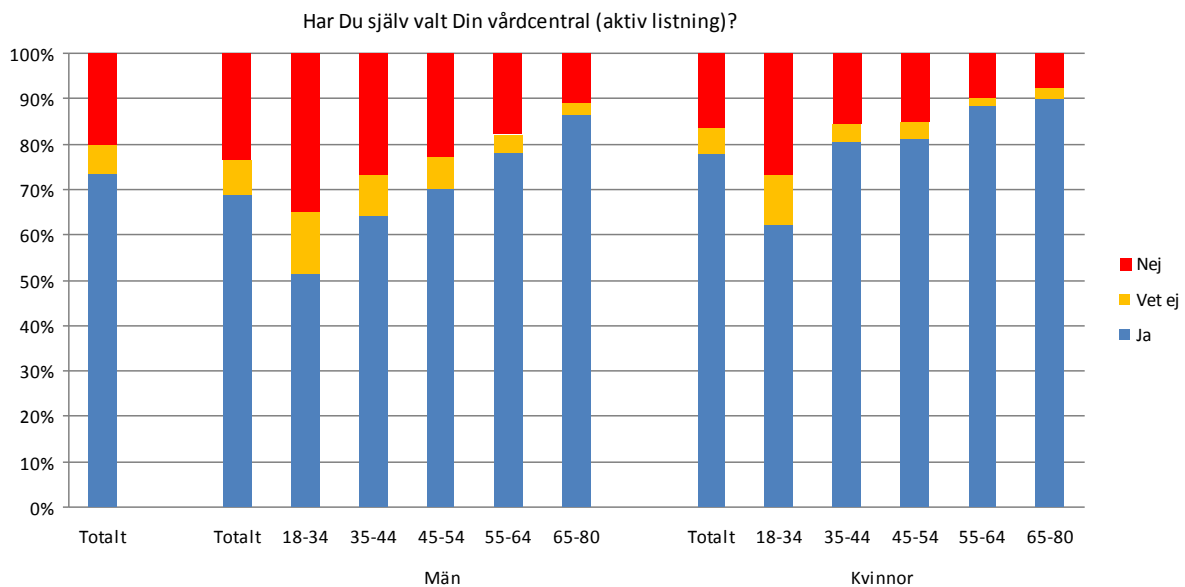
3.12.3 Vårdcentral: listning, regi, byte

Jämförelse med Sverige saknas



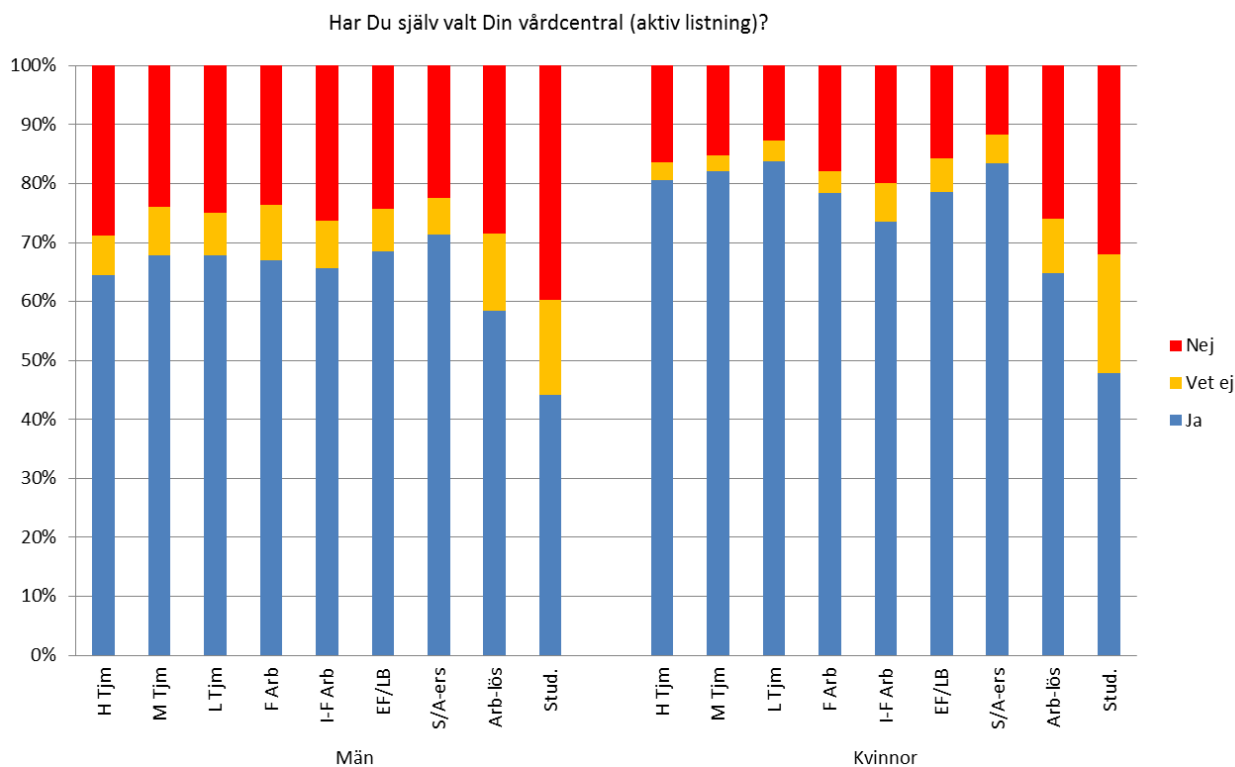
I maj år 2009 infördes Hälsovalet i Region Skåne. Det innebär bland annat att man själv kan välja vilken vårdcentral man vill tillhöra. Om man inte gör något val av vårdcentral, placeras man (listas) på den som är geografiskt närmast eller där man senast sökte vård. Det går bra att byta om man inte är nöjd.⁸¹

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 efterfrågades om man själv valt sin vårdcentral (aktiv listning), ("Ja, Nej, Vet inte"), hur vårdcentralen drivs ("I offentlig regi, I privat regi, Vet inte") och om man har bytt vårdcentral sedan maj 2009 ("Ja, Nej"). De som svarade att de bytt vårdcentral fick en följdfråga om anledningen till varför. Figur 3.43 visar hur skåningarna valt sin vårdcentral. Ungefär sju av tio män och åtta av tio kvinnor har gjort ett aktivt val. Aktiv listning är vanligare vid högre ålder och bland de äldsta har omkring nio av tio själva valt sin vårdcentral. De yngsta har oftare inte valt sin vårdcentral och i denna grupp finns dessutom flest som svarat "vet ej" på frågan. Detta kan delvis bero på att de yngre generellt är friskare och inte besöker sin vårdcentral så ofta.



Figur 3.43. Andel män och kvinnor som själv valt sin vårdcentral fördelat på ålder, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Figur 3.44 visar att det bland män endast finns små socioekonomiska skillnader när det gäller att själv ha valt sin vårdcentral bland personer i arbete, men med en lägre andel bland arbetslösa och studerande. Mönstret ser lite annorlunda ut bland kvinnor. Här är det vanligast att själv ha valt sin vårdcentral bland tjänstemän samt bland personer med långtids-sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Liksom bland män ligger andelarna lägre bland arbetslösa och studerande. I dessa grupper är andelen som svarat "vet ej" störst.




Figur 3.44. Andel män och kvinnor som själv valt sin vårdcentral fördelat på socioekonomisk grupp, Folkhälsoenkät Skåne 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Över hälften svarade att deras vårdcentral drivs i offentlig regi, en fjärdedel att den drivs i privat regi och en femtedel visste inte hur vårdcentralen drivs. Det är inga större skillnader mellan könen eller olika åldersgrupper avseende hur vårdcentralen drivs, frånsett att osäkerheten är störst i den yngsta gruppen (visas inte i figur). På frågan om man bytt vårdcentral sedan maj månad år 2009 svarade 28 % av männen och 33 % av kvinnorna ”ja”. Kvinnor har bytt vårdcentral i större utsträckning än män i alla åldersgrupper. Byte av vårdcentral är vanligast i den yngsta åldersgruppen (45 % av kvinnorna och 40 % av männen). Att byta vårdcentral blir mindre vanligt med åldern och förekommer minst bland de äldsta (ungefär var femte person). Den vanligaste anledningen till att man bytt vårdcentral är att man flyttat, vilket uppgavs som anledning av 45 % av de män och kvinnor som bytt vårdcentral. Den näst vanligaste anledningen är att man var missnöjd med sin vårdcentral, vilket rapporterades av 22 % av männen och 27 % av kvinnorna (visas ej i figur).

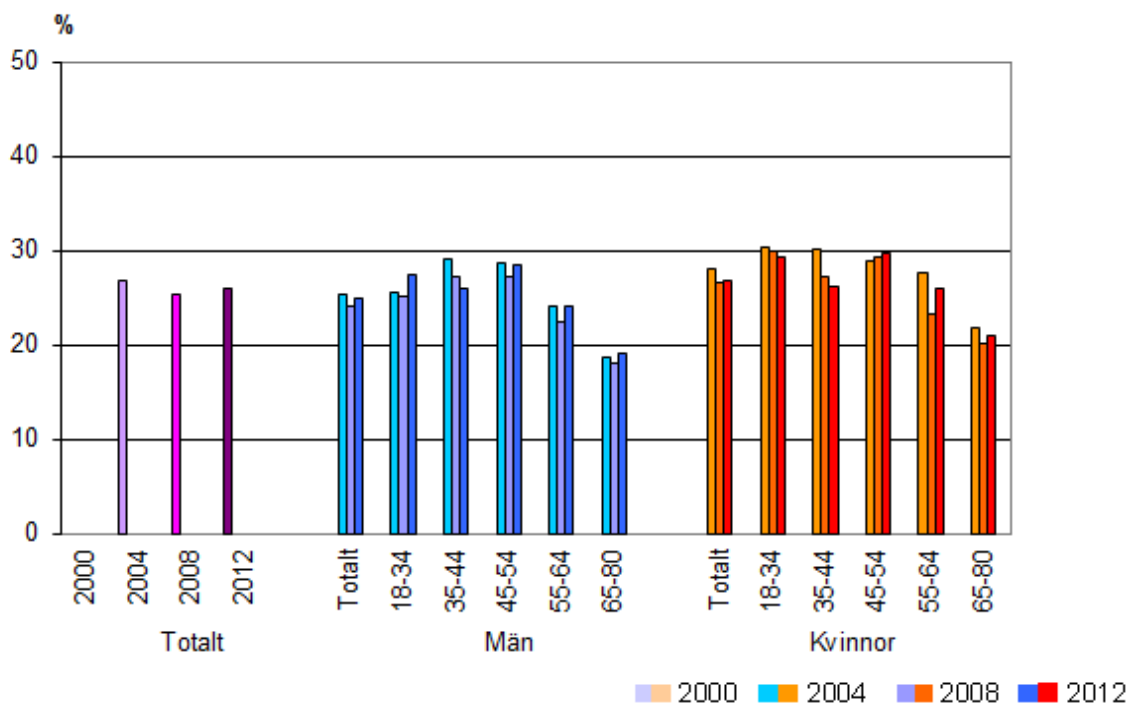
3.13 Förtroende för sjukvården

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	(-) 0,5
Män	(-) 0,6
Kvinnor.....	(-) 0,4



I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes en fråga om vilket förtroende man har för olika samhällsinstitutioner, däribland sjukvården, med svarsalternativen ”Mycket stort”, ”Ganska stort”, ”Inte särskilt stort”, ”Inte alls” och ”Har ingen åsikt”. De som svarade ”Inte särskilt stort” eller ”Inte alls” bedöms ha lågt förtroende. Lågt förtroende för sjukvården är vanligast bland yngre och medelålders personer, med andelar uppemot 30 % (Figur 3.45). Bland de äldsta har ungefär var femte man och kvinna lågt förtroende för sjukvården. Man ser ingen tydlig förändring över tid.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med ett lågt förtroende för sjukvården i Skåne i nivå med riksgenomsnittet. Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor (se karta ovan). Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. Dessa skillnader är dock små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 3.45. Andel män och kvinnor med lågt förtroende för sjukvården fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

3.14 Tandhälsa

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 2,4

Män 3,3

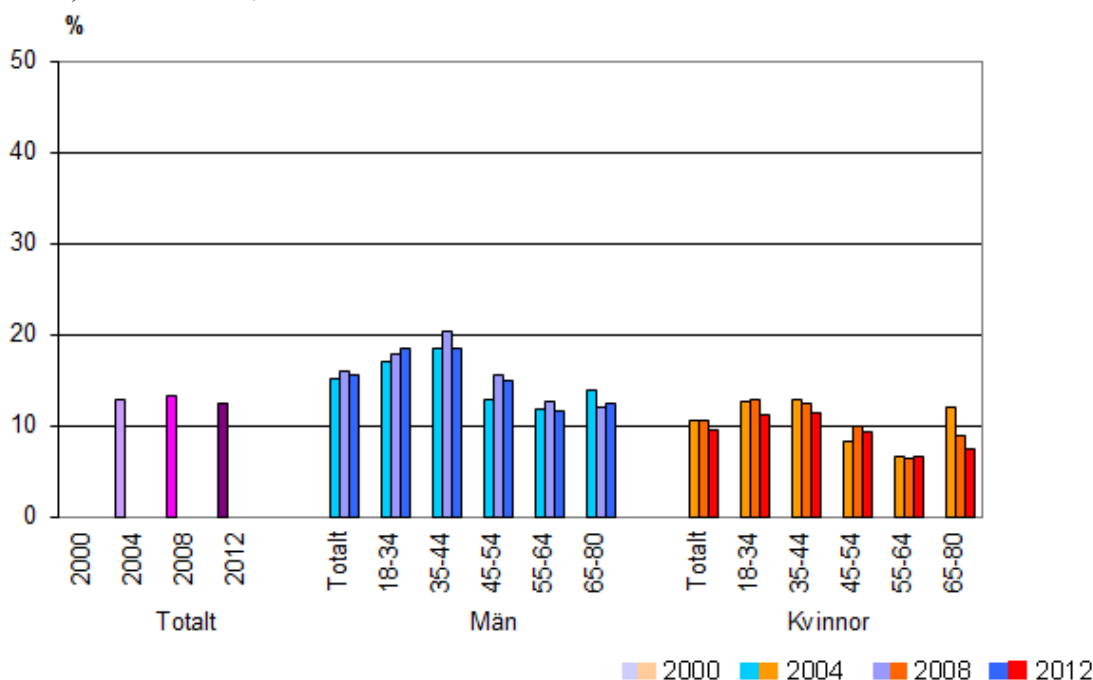
Kvinnor..... 1,6



Den svenska befolkningen har generellt sett god tandhälsa, men det finns stora skillnader mellan olika grupper. Socialt utsatta och utlandsfödda har oftare en sämre tandhälsa.⁸² Allt fler äldre har kvar sina egna tänder och behovet av tandvård ökar därmed.⁴⁸ Drygt fyra av tio pensionärer uppger att de har problem med munnen eller tänderna.^{82, 83} Munnen är en del av kroppen vilket innebär att munhälsan och allmänhälsan påverkar varandra. Det finns forskning som visar på samband mellan tandlossningssjukdom (parodontit) och hjärt-kärlsjukdom och diabetes.⁸⁴

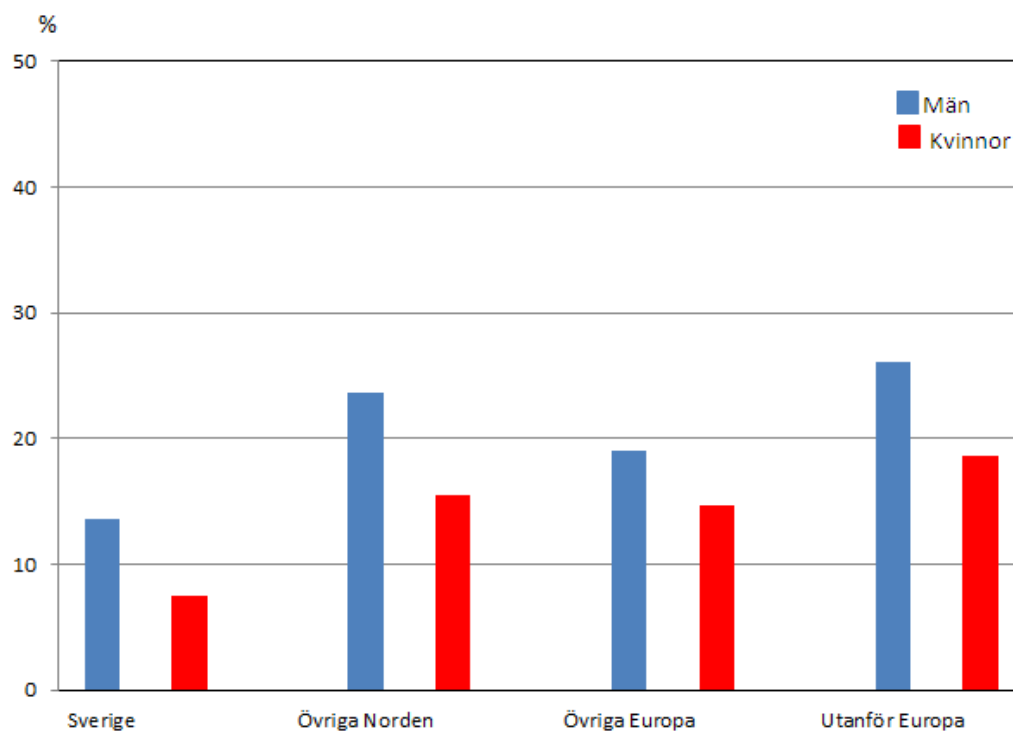
I Folkhälsoenkät 2012 ställdes frågan ”När var du senast hos tandläkare/tandhygienist?”. Figur 3.46 redovisar de som inte gjort något besök de senaste två åren. Det är vanligare bland män än kvinnor att inte ha varit hos tandläkare eller tandhygienist de senaste två åren. Yngre har oftare avstått än äldre och nästan var femte man i åldern 18-44 år sköter inte sina tänder regelbundet. Det finns ingen tydlig trend över tid.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som inte besökt tandläkare/tandhygienist de senaste två åren på en högre nivå i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan) som för män, men är inte statistiskt säkerställt för kvinnor.



Figur 3.46. Andel män och kvinnor som inte besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

Det är vanligare bland utlandsfödda att inte ha besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren (Figur 3.47). Jämfört med svenskfödda, där 14 % av männen och 8 % av kvinnorna avstått från tandläkarbesök, ökar andelen för personer födda i övriga Europa (19 % av männen och 15 % av kvinnorna), personer födda i övriga Norden (24 % bland männen och 16 % bland kvinnorna) till personer födda utanför Europa (26 % av männen och 19 % av kvinnorna).



Figur 3.47. Andel män och kvinnor som inte besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren fördelat på födelseland, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

3.14.1 Otillfredsställda tandvårdsbehov

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 0,6

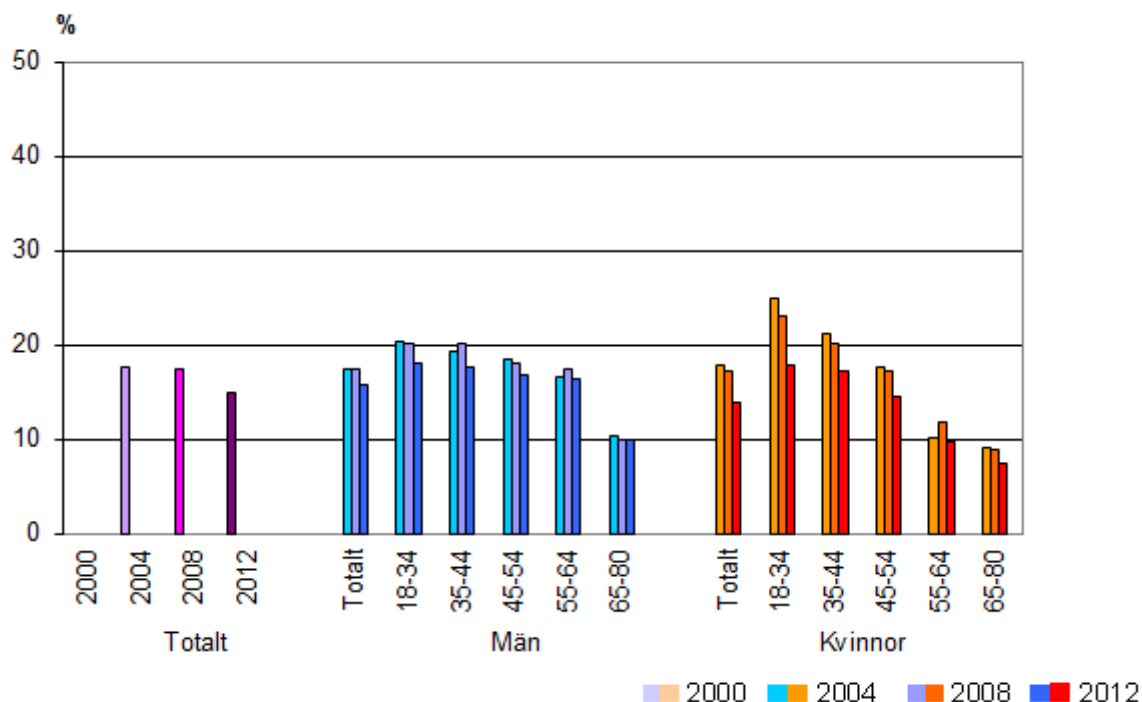
Män 1,3

Kvinnor.....(-) 2,0



I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av tandläkarvård, men inte sökt vård?” (”Ja, Nej”). Figur 3.48 visar att 16 % av männen och 14 % av kvinnorna uppgett otillfredsställda tandvårdsbehov. Otillfredsställda tandvårdsbehov är vanligare bland yngre än bland äldre och lägst andel rapporterar de äldsta kvinnorna. Andelen med otillfredsställda tandvårdsbehov har minskat sedan år 2004, tydligast bland yngre kvinnor.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med otillfredsställda tandvårdsbehov i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. Dessa skillnader är dock små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 3.48. Andel män och kvinnor med otillfredsställda tandvårdsbehov fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

De som rapporterat otillfredsställda tandvårdsbehov fick en följdfråga om varför de inte sökt vård. De vanligaste anledningarna var att man inte hade råd, tandläkarskräck och att man inte hade tid. Se även Avsnitt 3.15 nedan.

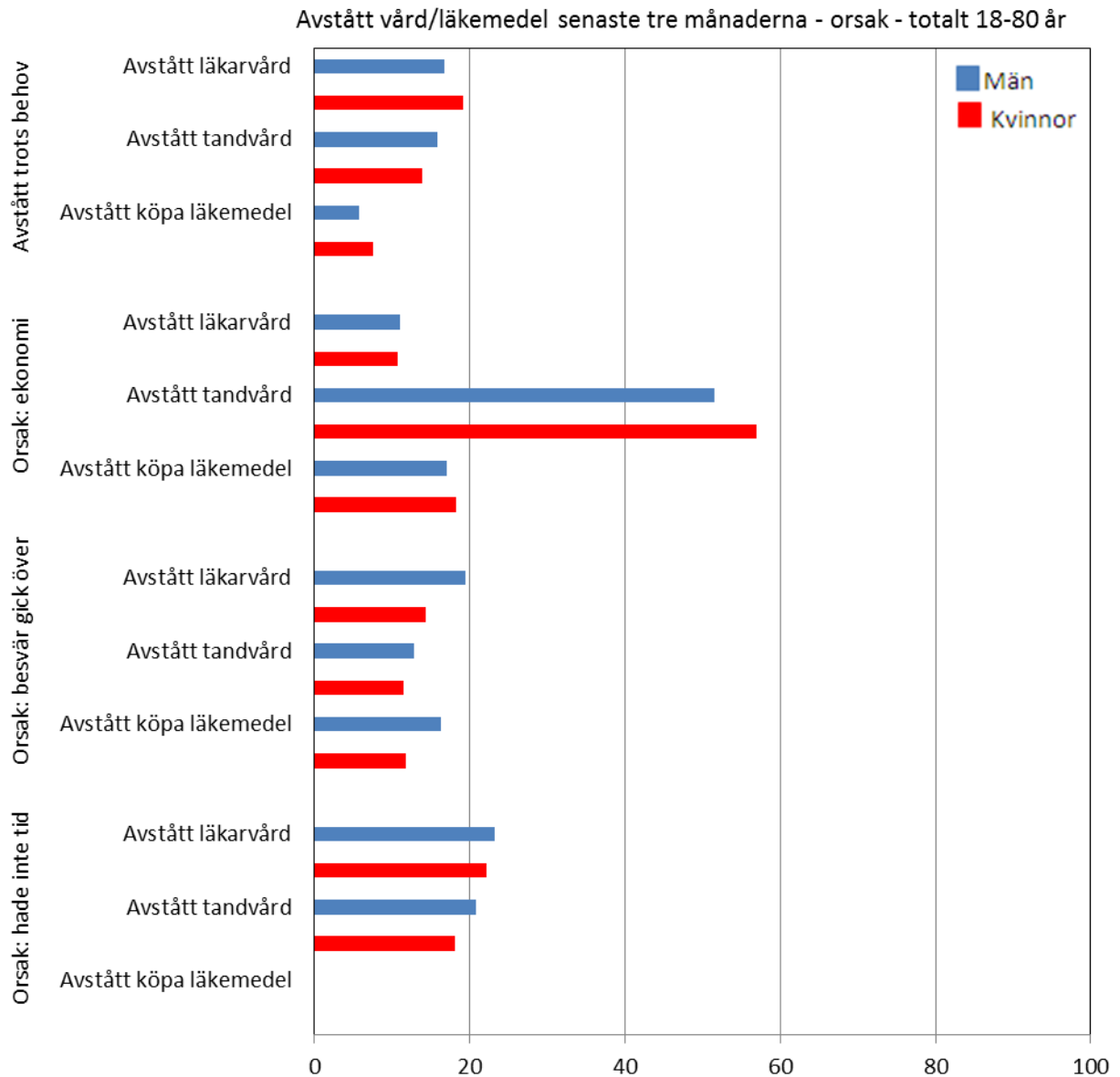
3.15 Avstått från att söka vård, tandvård och att hämta ut läkemedel på recept.

Jämförelse med Sverige saknas



Som tidigare nämnts ställdes följdfrågor i Folkhälsoenkät Skåne 2012 till de personer som uppgett ett otillfredsställt vård- eller tandvårdsbehov alternativt inte hämtat ut sin medicin trots recept, om anledning till varför man inte hämtat ut sitt läkemedel samt varför man avstått från att söka läkare eller tandvård trots behov.

Figur 3.49 visar andelen i den skånska befolkningen som avstått från ovanstående respektive andelen bland de som avstått som uppgett tre vanliga orsaker: ekonomiska skäl, tidsbrist och att besvären gick över. Det är vanligare att avstå från läkarbesök och tandvård än att inte hämta ut medicin på recept. Orsakerna varierar. Ekonomiska skäl dominerar tydligt när det handlade om tandläkarbesök. Mer än hälften av männen (52 %) och nästan sex av tio kvinnor (57 %) med otillfredsställda tandvårdsbehov har avstått från tandläkarbesök av ekonomiska skäl. Ekonomiska skäl är även den vanligaste anledningen till att inte hämta ut medicin på recept (angavs av knappt var femte person). Tidsbrist och att besvären gått över är de vanligaste skälen till att avstå från läkarbesök trots att man har behov. Kvinnor angav något oftare ekonomiska skäl, framför allt till uteblivna tandläkarbesök, medan män något oftare angav tidsbrist och att besvären gått över som skäl till att avstå från vård.



Figur 3.49. Andel män och kvinnor som uppger orsakerna - hade inte tid, besvären gick över respektive hade inte råd - till att inte ha hämtat ut receptbelagd medicin trots recept, otillfredsställda tandvårdsbehov respektive otillfredsställda vårdbehov, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

3.16 Sammanfattning

- *Tre av fyra män och kvinnor har en bra eller mycket bra hälsa.*
- *Vid mätning av livskvalitet med EQ5D rapporterar kvinnor mer problem än män, framför allt när det gäller smärtor/besvär och oro/nedstämdhet.*
- *I åldern 18-34 år rapporterar tre av tio kvinnor och en av fyra män psykisk ohälsa.*
- *Män i åldern 18-34 år rapporterar år 2012 den högsta nivån av psykisk ohälsa som uppmätts bland män i denna ålder sedan år 2000.*
- *Personer med psykisk ohälsa har oftare en ansamling av riskfaktorer än personer utan psykisk ohälsa*
- *Fyra procent av skånska män och kvinnor uppger att de haft allvarliga självmordstankar och knappt en procent uppger att de försökt ta sitt liv under det gångna året.*
- *Bland arbetslösa män har 12 % haft självmordstankar och 2 % har försökt ta sitt liv under det senaste året.*
- *Bland kvinnor med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning har 11 % haft självmordstankar och 3 % har försökt ta sitt liv under det senaste året.*
- *Ensamstående mammor rapporterar betydligt oftare stress i vardagen jämfört med mammor som delar bostad med någon vuxen.*
- *Sex av tio män och fyra av tio kvinnor i Skåne lider av övervikt eller fetma.*
- *Personer med fetma rapporterar en sämre livskvalitet, framförallt kvinnor med fetma.*
- *Tre av tio män och kvinnor i Skåne har någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem.*
- *Var femte man och kvinna i Skåne har en funktionsnedsättning.*
- *Tre av fyra män och nästan nio av tio kvinnor i Skåne har använt läkemedel under de senaste tre månaderna.*
- *Sju procent av männen och åtta procent av kvinnorna i Skåne har någon gång fått utskrivet fysisk aktivitet på recept.*
- *Nästan var femte skånsk man respektive kvinna upplever otillfredsställda vårdbehov*
- *Sju av tio män och åtta av tio kvinnor i Skåne har aktivt valt sin vårdcentral.*
- *Den vanligaste anledningen till att man bytt vårdcentral är att man flyttat. Den näst vanligaste anledningen är att man är missnöjd med sin vårdcentral.*
- *Var fjärde skåning har ett lågt förtroende för sjukvården.*
- *Mer än hälften av männen och nästan sex av tio kvinnor med otillfredsställda tandvårdsbehov uppger att de avstått från tandläkarbesök av ekonomiska skäl.*

3.17 Referenser

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. New York: World Health Organization, 1948.
2. Lundin A. Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten. Läkartidningen 2008;44:3123-7.
3. Månsdotter A. Jämställdhet och folkhälsa. Ett kunskapsunderlag. Karolinska institutets hälsoakademi 2009:5.
<http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=3518>
4. Boström G. Hälsorelaterade levnadsvanor – vad vet vi och vad behöver vi veta? Reviderad version, maj 2003. Statens folkhälsoinstitut rapport nr 2003:27.
http://www.who.int/fctc/reporting/Sweden_annex2_HealthRelatedHabitsStudy_2003.pdf
5. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Rapport 2007:5. Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi. Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting. 2007.
<http://www.folkhalsoguiden.se/Publikationer/488/Rapporter/2347/>
6. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm; Natur och Kultur. 2000.
7. Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens hälsa – allas ansvar. Statens folkhälsoinstitut. <http://www.fhi.se/PageFiles/10555/R2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>
8. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Copenhagen: World Health Organization 1992. <http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
9. Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens folkhälsoinstitut R 2005:5.
<http://www.fhi.se/PageFiles/3308/r2005-05-folkhalsopolitisk-rapport.pdf>
10. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences 1995 Nov;50(6):S344-53.
11. Van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT, Kinmonth AL. Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk UK. PloS One 2013;8(6):65290.
12. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. Journal of Clinical Epidemiology 1997;50(5):517-528.

13. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2006 Mar;21(3):267-75.
14. Grahn M, Modén B, Fridh M, Lindström M, Rosvall M. Folkhälsorapport barn och unga i Skåne 2012 – en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Epidemiologisk bevakning och analys. Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet. Region Skåne 2012.
<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/folkhalsa/dokument/Rapport.pdf>
15. Sveriges kommuner och landsting, SKL.
http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/fakta_om_kommuner/kommungruppsindelning
16. Strategikarta 2013-2015 – från vision till mål.
<http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/Nyheter/Politik/Dokument/Strategikarta.pdf>
17. Burström K. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D. Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län. Stockholms läns landsting och Karolinska institutet 2002.
<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkh%C3%A4lsoarbete/H%C3%A4lsorelaterad%20livskvalitet%20m%C3%A4tt%20med%20EQ-5D.pdf>
18. Folkhälsorapport 2007. Folkhälsan i Stockholms län 2007. Stockholms läns landsting.
http://www.sll.se/Page/41604/folkhalsorapport_2007.pdf
19. Clarke PM, Hayes AJ, Glasziou PG, Scott R, Simes J, Keech AC. Using the EQ-5D index score as a predictor of outcomes in patients with type 2 diabetes. *Medical Care* 2009;47(1):61-8.
20. Park SM, Park MH, Won JH, Lee KO, Choe WS, Heo DS, Kim SY, Lee KS, Yun YH. EuroQol and survival prediction in terminal cancer patients: a multicenter prospective study in hospice-palliative care units. *Supportive Care in Cancer* 2006;14(4):329-33.
21. Mathews WC, May S. EuroQol (EQ-5D) measure of quality of life predicts mortality, emergency department utilization and hospital discharge rates in HIV-infected adults under care. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5:5.
22. Issa SM, Hoeks SE, Scholte op Reimer WJ, Van Gestel YR, Lenzen MJ, Verhagen HJ, Pedersen SS, Poldermans D. Health-related quality of life predicts long-term survival in patients with peripheral artery disease. *Vascular Medicine* 2010;15(3):1639.
23. Cavrini G, Broccoli S, Puccini A, Zoli M. EQ-5D as a predictor of mortality and hospitalization in elderly people. *Quality of Life Research* 2012;21(2):269-80.
24. Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-111-2>

25. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19149/2013-6-7.pdf>
26. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Sammanfattning och slutsatser. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Sammanfattn_slutsats.pdf
27. Mattisson, C, Bogren, M, Nettelblatt, P, Munk-Jorgensen, P, Bhugra, D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. Journal of Affective Disorders 2005; 87(2-3):151-60.
28. Psykisk ohälsa med inriktning på schizofreni och depression samt självmordsnära tillstånd. Kommunförbundet Skåne. Region Skåne. April 2003.
http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%E4Iso%20och%20sjukv%E5rdsprogram/Dok_Psyk_ori_skarm.pdf
29. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Volym 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/angest_vol_2.pdf
30. Flyckt L. Schizofreni och andra psykossjukdomar. Regionalt vårdprogram. Medicinskt programarbete. Stockholms läns landsting 2008.
http://www1.psykiatristod.se/Global/varprogram_fulltext/RV_Schizofreni_Psykossjukdomar_utg2_2008.pdf
31. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science 1998;173:11-53.
32. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska ohälsa. Statens offentliga utredningar SOU 2006:77.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/74/72/ff3f46fd.pdf>
33. Ljungdahl S, Malmgren L, Bremberg S. Lindriga psykiska symtom och risk för psykisk sjukdom – en systematisk litteraturöversikt. Statens folkhälsoinstitut R 2007:19.
http://www.fhi.se/PageFiles/3387/R200719_Lindriga_psykiska_symtom_0801.pdf
34. Blom M. (Red:) Stressrelaterad psykisk ohälsa. Regionalt vårdprogram. Medicinskt programarbete. Stockholms läns landsting 2007.
http://www.vardsamordning.sll.se/Global/Vardsamordning/Dokument/Publikationer/Vardprogram/RV_Stressrelaterad_psykisk_ohalsa.pdf
35. Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling. Delredovisning 1 av regeringsuppdrag år 2013. Försäkringskassan, Socialdepartementet Stockholm. 2013-03-22.
http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/94d7447e-f1ab-47b5-85a1-d74acd0aef54/uppfoljning_av_sjukforsakringens_utveckling_delrapport1_2013.pdf?MOD=AJPERES

36. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine* 1997;27(1):191-7.
37. Puustinen PJ, Koponen H, Kautianen H, Mäntyselkä P, Vanhala M. Psychological distress predicts the development of the metabolic syndrome: A prospective population-based study. *Psychosomatic Medicine* 2011;73(2):158-65.
38. Whittaker W, Sutton M, Maxwell M, Munoz-Arroyo R, Macdonald S, Power A, Smith M, Wilson P, Morrison J. Predicting which people with psychosocial distress are at risk of becoming dependent on state benefits: analysis of routinely available data. *British Medical Journal* 2010;341:c3838.
39. Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. *Annals of Epidemiology* 2004;14(7):467-72.
40. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 1997;170:205-28.
41. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(4):427-32.
42. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>
43. Jiang G-X, Floderus B, Wasserman D. Själv mord i Stockholms län och Sverige 1980-2007. *Karolinska institutets folkhälsoakademi* 2009:22. <http://www.folkhalsoguiden.se/sv/Publikationer/515/509/748/3669/>
44. Wasserman D, Ramberg I-L. (Red:) Själv mordspreventiva program och strategier. Samlade rapporter i suicidologi och självmordsprevention utgivna av NASP 1993-2010. <http://ki.se/content/1/c6/14/69/28/Sjalvmordspreventiva%20program%20och%20strategier.pdf>
45. Jiang G-X, Floderus B, Wasserman D. Själv mordsförsök i Stockholms län och Sverige 1987-2007. *Karolinska Institutets folkhälsoakademi* 2009:23. <http://www.folkhalsoguiden.se/sv/Publikationer/515/509/748/3667/>
46. Eriksson L, Bremberg S. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag. Statens folkhälsoinstitut 2007. <http://www.fhi.se/PageFiles/3447/Suicidprevention0706.pdf>
47. Perski A. Ur balans. Stockholm; Bonnier Fakta; 2002.
48. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

49. Fritzell S. Social differentials in health among lone mothers in different policy contexts. Financial difficulties and employment status in relation to health. Thesis. Karolinska Institutet. Stockholm; 2011.
<http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40718/thesis%2031%20oct%20kv%C3%A4ll.pdf?sequence=1>
50. Ringmar E. Var femte mamma är ensamstående. Vålfärd 2010(2):6-7. SCB.
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0001_2010K02_TI_03_A05TI1002.pdf
51. WHO. Technical meeting on sleep and health. Bonn Germany: WHO Regional Office for Europe, 2004.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/114101/E84683.pdf
52. Mallon L, Broman JE, Hetta J. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. Diabetes Care 2005 Nov;28(11):2762-7.
53. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rapport nr 199. Juni 2010.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Behandling_somnbesvar_vuxna_fulltext.pdf
54. Norberg M, Danielsson M. Overweight, cardiovascular diseases and diabetes. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 7. Scandinavian Journal of Public Health 2012;40(Suppl 9):135-163.
55. Wolk A, Rössner S. Rund och god ofta tjock och sjuklig. Läkartidningen 1995;92:2577-9.
56. Boström G, Eliasson M. Chapter 5.3: Major health problems – overweight and obesity. Scandinavian Journal of Public Health. Supplement 2006;67:69-77.
57. Neovius M, Sundström J, Rasumssen F. Combined effects of overweight and smoking in late adolescence on subsequent mortality: nationwide cohort study. British Medical Journal 2009;338:b496.
58. Löndahl C. Fetma – vår nya folksjukdom. Populärvetenskaplig översikt. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS. Nr2/2007.
<http://www.forte.se/upload/dokument/publiaktioner/pdf/Fetma.pdf>
59. Mixter S. Hälsorelaterad livskvalitet, mental hälsa och antropometriska mått hos en grupp obesa unga vuxna inskrivna på överviktscentrum, Norrtulls sjukhus. Mastersuppsats i folkhälsovetenskap. Uppsala universitet 2010. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:325764/FULLTEXT01>
60. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten 2011. Statens folkhälsoinstitut A 2011:09. <http://www.fhi.se/PageFiles/12380/A-2011-09-Syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-halsoenkaten.pdf>

61. Foucard T, Hedlin G, Wennergren G (Red:). Allergi och astma hos barn. Tredje upplagan. Svenska Barnläkarföreningens sektion för Barn och ungdomsallergologi, Astra Zeneca Sverige AB. 2005.
http://www.barnallergisektionen.se/Boken/BOK_AAB.pdf
62. Lundbäck B. Farmakologisk behandling vid astma – bakgrundsdocumentation. Information från Läkemedelsverket. Suppl 1:2007.
http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/astma_bakgrund2007_bokm%C3%A4rken.pdf
63. Allergi/överkänslighet – ett kunskapsunderlag. Folkhälsoinstitutet 2001:02.
<http://www.fhi.se/PageFiles/3153/Folkhlsorapport%20.pdf>
64. Folkhälsoinstitutet. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Fysisk-halsa/Sjukdomar-och-ovriga-besvar/>
65. Janson C, Ställberg B, Hesselmar B. Astma och KOL. I: Läkemedelsboken 2011-2012. Läkemedelsverket. http://www.lakemedelsboken.se/astma_och_kol.html
66. Berne C, Fritz T. Diabetes mellitus. I: Läkemedelsboken 2011-2012. Läkemedelsverket. http://www.lakemedelsboken.se/diabetes_mellitus.html
67. Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma CSr, Kuulasmaa KA, Marques-Vidal PM, Sans S, Wilhelmsen L, Tuomilehto JO. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2006;13(1):13-29.
68. Arnhof Y. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut R 2008:13.
http://www.fhi.se/PageFiles/3399/R200813_Onodig_ohalsa0807.pdf
69. Smirthwaite G. (O)jämsliddhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Sveriges kommuner och landsting 2007.
<http://janda.ub.gu.se/bitstream/1/357/1/genusmed.pdf>
70. FaR. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Statens folkhälsoinstitut R 2011:30. 2012. <http://www.fhi.se/PageFiles/13765/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>
71. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). Statens folkhälsoinstitut R 2008:4.
http://www.fhi.se/PageFiles/3158/FYSS_08%281%29.pdf
72. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellenius ML, Ståhle A. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. Journal of Physical Activity & Health 2009;6(4):483-92.

73. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva; 2003.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
74. Leijon M. Activating People -Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county. Linköping University Medical Dissertations No. 1096; 2009. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:174277/FULLTEXT01>
75. Kallings LV. Physical activity on prescription - Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008. <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/thesis.pdf>
76. Lägesrapport 2011. Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Artikelnr 2011-2-1. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18229/2011-2-1.pdf>
77. Adolfsson P. Skånska hälsofakta 2013, behovsunderlag avseende hälso- och sjukvård i budgetprocessen 2014, Hälsa- och sjukvårdsavdelningen, Enheten för metodstöd och behovsanalys Region Skåne 2013-03-22.
78. Smittskyddsinstitutet.
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/klamydiainfektion/>
79. Åhs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. Health Policy 2006;78(2-3):178-93.
80. Diaz A. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Sveriges kommuner och landsting 2009.
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-437-4.pdf?issuusi=ignore>
81. Region Skåne.
http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden_Skane/Vardcentraler/Halsovalet/
82. Tandvård och tandhälsa. Socialstyrelsen 2013.
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Tandvardochtandhalsa.pdf
83. Äldres munhälsa – en tickande bomb. Dina tänder – hela livet. Nr 2/2012. Sveriges tandläkarförbund; 2012.
http://www.tandlakarforbundet.se/Global/Bibliotek/nyhetsbrev/Dina%20t%C3%A4nder%20-%20hela%20livet/2012/Nyhetsbrev%20nr%202_2012.pdf
84. Klinge B. Hål i välfärden. Varannan låginkomsttagare väljer bort tandvård – folkhälsoproblem väntar. Läkartidningen 2006;10(103):738-9.

Levnadsvanor

4

4 Levnadsvanor

Många levnadsvanor är hälsorelaterade genom att öka risken för både insjuknande och dödlighet i vanligt förekommande folksjukdomar som hjärtkärlsjukdom, företrädesvis hjärtinfarkt och stroke, och cancer. Val av livsstil och hälsobeteende kan förefalla vara något man väljer själv, men det är inte fullt så enkelt. Ett flertal levnadsvanor som tobaksrökning, kostvanor och fysisk aktivitet följer tydliga sociala mönster definierade av yrke, utbildning och inkomst. En högre andel personer har riskfyllda levnadsvanor i mera socialt utsatta grupper såsom personer med lägre yrkesstatus, arbetslösa, långtidssjukskrivna, personer med lägre utbildning eller lägre inkomst. Sociala skillnader i levnadsvanor är därför en delförklaring till sociala skillnader i insjuknande, sjuklighet och dödlighet i olika diagnoser.^{1,2} Det är även vanligt att levnadsvanor grundläggs tidigt i livet och har samband med föräldrarnas socioekonomiska position.³ Riskkonsumtion av alkohol uppvisar ett liknande men svagare socialt mönster.^{4,5}


I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågor om tobak, hasch, fysisk aktivitet, konsumtion av frukt och grönsaker och alkohol samt spelvanor.

4.1 Tobak

I Sverige konsumeras tobak genom rökning, snusning och rökning av vattenpipa.

4.1.1 Daglig rökning

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	0,7
Män	1,0
Kvinnor.....	0,4



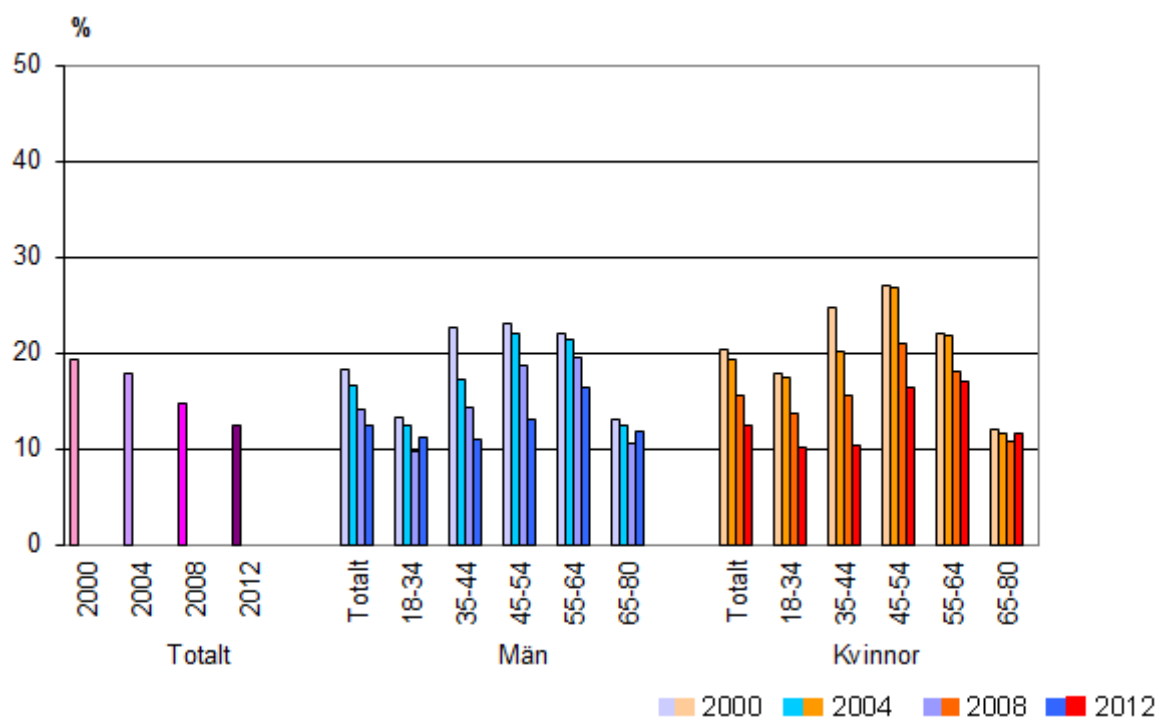
Tobaksrökning, högt blodtryck och högt kolesterol är de tre klassiska riskfaktorerna för hjärtinfarkt, men även andra hjärtkärlsjukdomar som stroke. Rökning orsakar även lungcancer. Sambandet mellan rökning och lungcancer är ett av de starkaste kända sambanden inom epidemiologin. Rökning har ett svagare samband med en del andra cancersjukdomar som till exempel cancer i munhålan och cancer i bukspottkörteln. Dessutom orsakar rökning andra sjukdomar som till exempel kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och kronisk bronkit.²

Tobaksrökning är fortfarande ett stort folkhälsoproblem i Sverige, trots att andelen manliga rökare minskat kontinuerligt sedan 1970-talet och andelen yngre kvinnliga rökare minskat sedan 1980-talet. Dödligheten i både lungcancer och hjärtkärlsjukdomar har minskat bland män under de senaste decennierna som en följd av den minskade förekomsten av rökning, och minskningen av dödligheten i hjärtkärlsjukdomar är den viktigaste orsaken till den snabba ökningen av medellivslängden för män. Bland kvinnor har dödligheten i lungcancer fortsatt att öka.² De socioekonomiska skillnaderna i tobaksrökning har ökat under senare decennier som en följd av den långsammare nedgången i andelen rökare bland personer med arbetaryrken, arbetslösa och långtidssjukskrivna. Socioekonomiska skillnader i tobaksrökning är därför en orsak till att sociala skillnader i hälsa ökat i betydelse. Sedan senare delen av 1990-talet har andelen rökare varit något högre bland kvinnor än män. Skåne uppvisar liknande demografiska och sociala mönster och trender som övriga Sverige när det gäller

rökning. Risken att vara rökare är högre bland medelålders personer, bland utlandsfödda (framför allt utlandsfödda män), och bland personer med låg socioekonomisk status definierad som yrke, utbildning och inkomst.^{6,7}

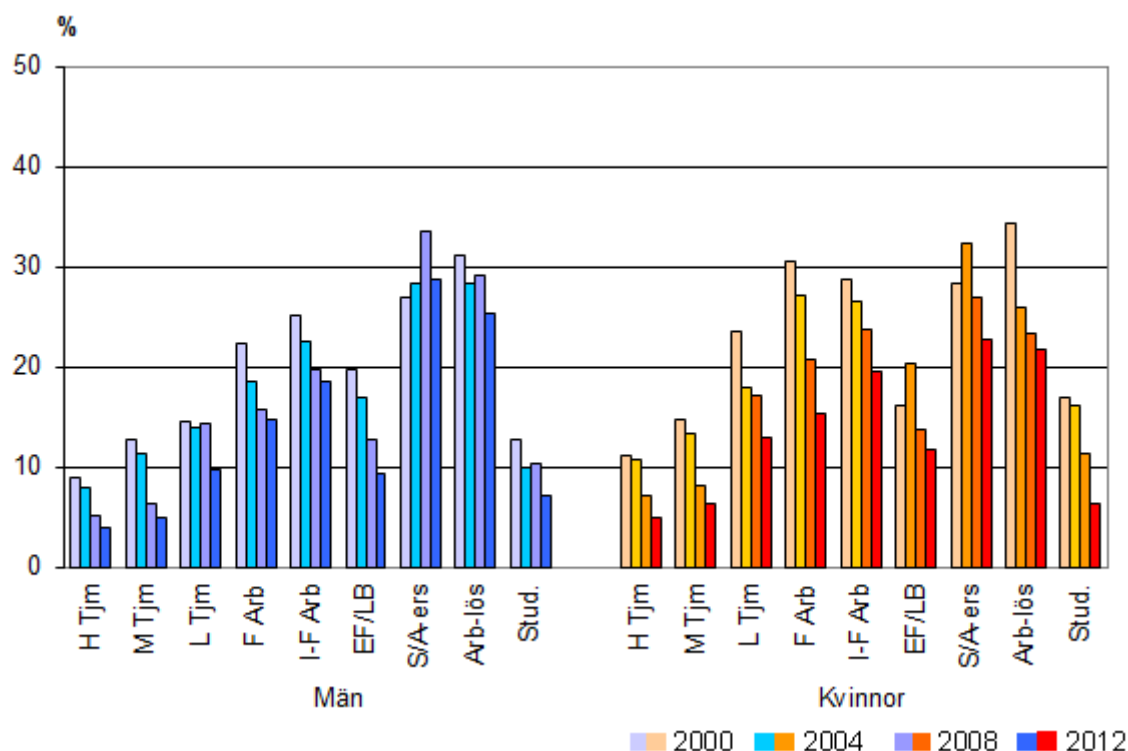
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ses en fortsatt nedåtgående trend i daglig rökning för både män och kvinnor med en minskning även sedan undersökningen år 2008 (Figur 4.1). Andelen dagliga rökare är nu 12 % bland både män och kvinnor. Den högsta andelen dagliga rökare finns i åldersgruppen 55-64 år bland både män och kvinnor. I tidigare Folkhälsoenkäter i Skåne har andelen dagliga rökare varit högst i åldersgrupperna 35-44 år, 45-54 år och 55-64 år, men år 2012 ses en tydlig försvagning av detta mönster. Försvagningen beror på att nedgången mellan 2008 och 2012 i andelen dagliga rökare varit speciellt kraftig i åldersgrupperna 35-44 år och 45-54 år bland både män och kvinnor, samtidigt som det inte ägt rum någon nedgång alls bland män i åldersgruppen 18-34 år och bland män och kvinnor i åldersgruppen 65-80 år. Bland kvinnor i åldersgruppen 18-34 år har andelen dagliga rökare minskat.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen dagliga rökare i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. De små skillnader som finns är inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



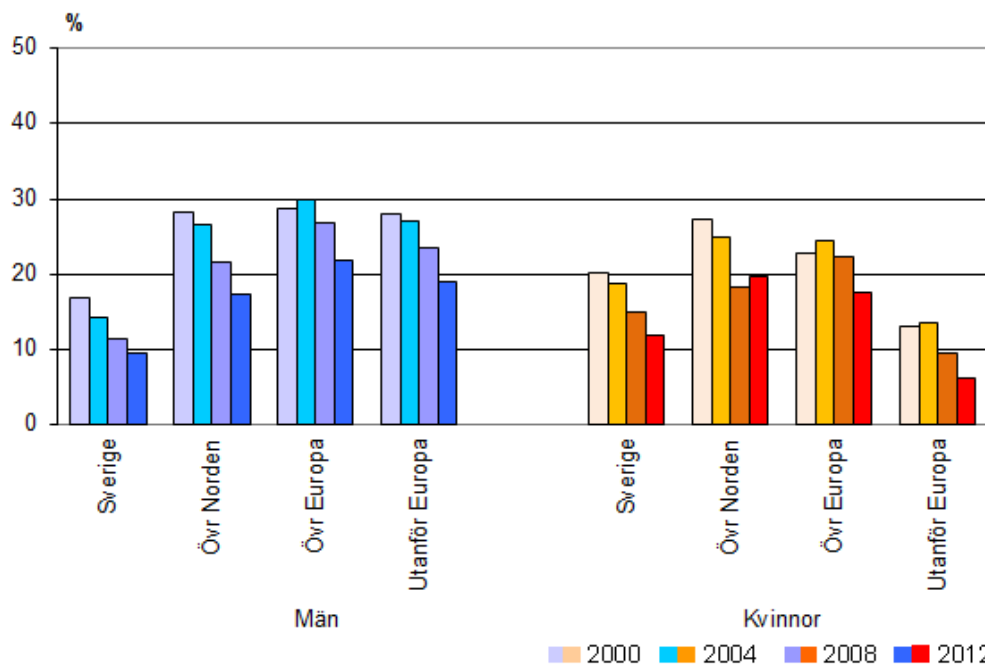
Figur 4.1. Daglig rökning bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Sedan flera decennier har det bland både män och kvinnor funnits socioekonomiska skillnader i daglig rökning. Dessa skillnader har inte minskat över tid (Figur 4.2). I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är var tjugonde högre manlig tjänsteman daglig rökare, jämfört med var sjätte manlig arbetare. Andelarna är högst bland män med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och bland de arbetslösa. För kvinnor ses ett helt likartat mönster av socioekonomiska skillnader i daglig rökning. I Skåne har andelen dagliga rökare minskat i stort sett i samtliga socioekonomiska grupper under perioden 2000-2012.



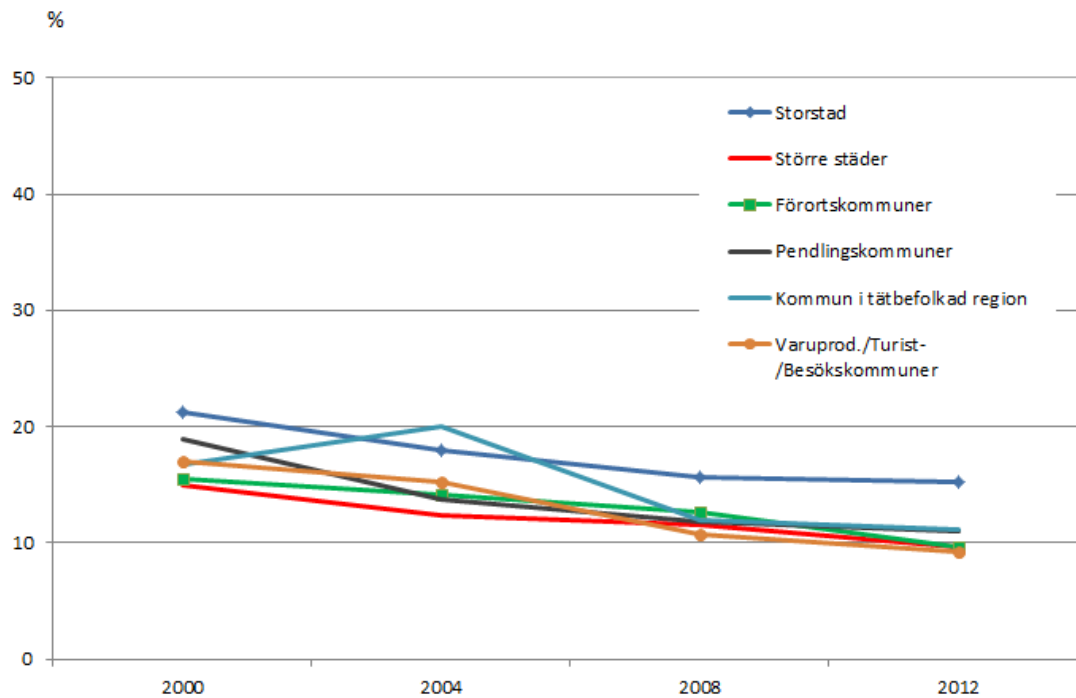
Figur 4.2. Andel dagliga rökare bland män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

I Skåne finns det skillnader i daglig rökning efter födelseland, vilket redan visades i data från Folkhälsoenkätundersökningen i Malmö 1994.⁷ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade var tionde svenskfödd man, men var femte man född utanför Norden att de är dagliga rökare. Bland kvinnor är andelen rökare högst bland kvinnor födda i övriga Norden och lägst bland kvinnor födda utanför Europa. Andelen dagliga rökare har minskat i samtliga grupper under perioden 2000-2012 (Figur 4.3).

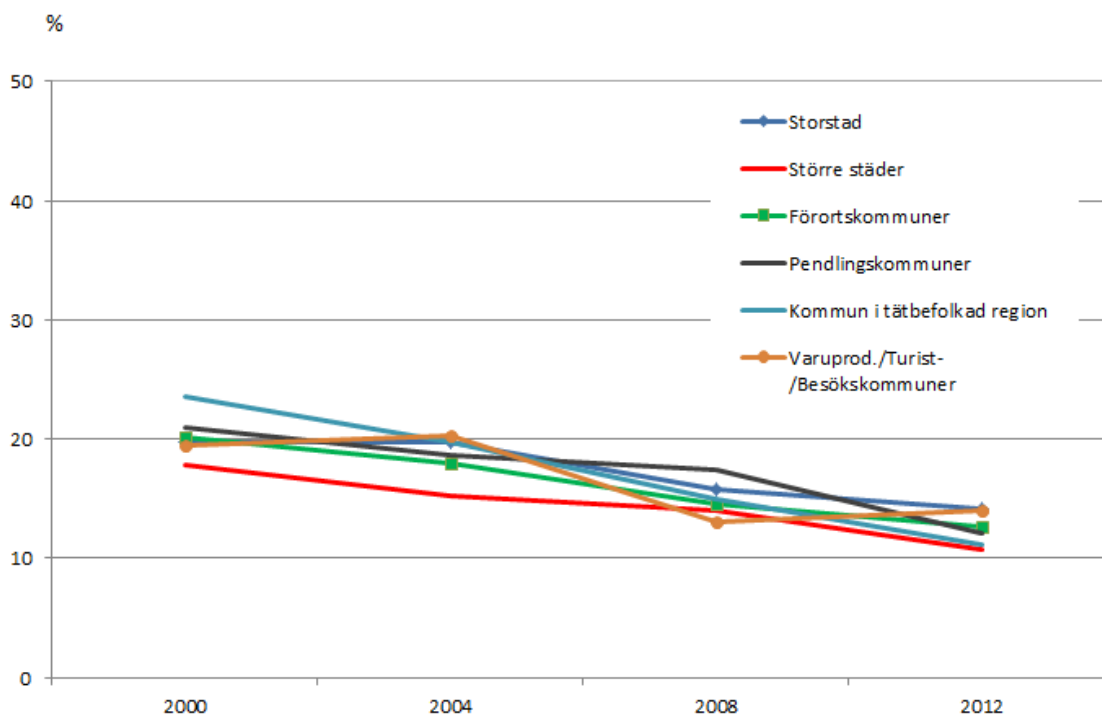


Figur 4.3. Andel dagliga rökare bland män och kvinnor efter födelseland i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Född i Sverige=Sverige; Född i övriga Norden=Övr Norden; Född i Övriga Europa=Övr Europa; Född utanför Europa=Utanför Europa.

Vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungruppsindelning (se Avsnitt 2.8), ses att storstaden Malmö under större delen av perioden 2000-2012 har en högre andel dagliga rökare än övriga kommunkategorier bland män (Figur 4.4). Ett sådant mönster ses inte för kvinnor (Figur 4.5). Generellt ses en trend mot en minskande andel dagliga rökare under perioden 2000-2012 bland såväl män som kvinnor inom alla kommuntyper.

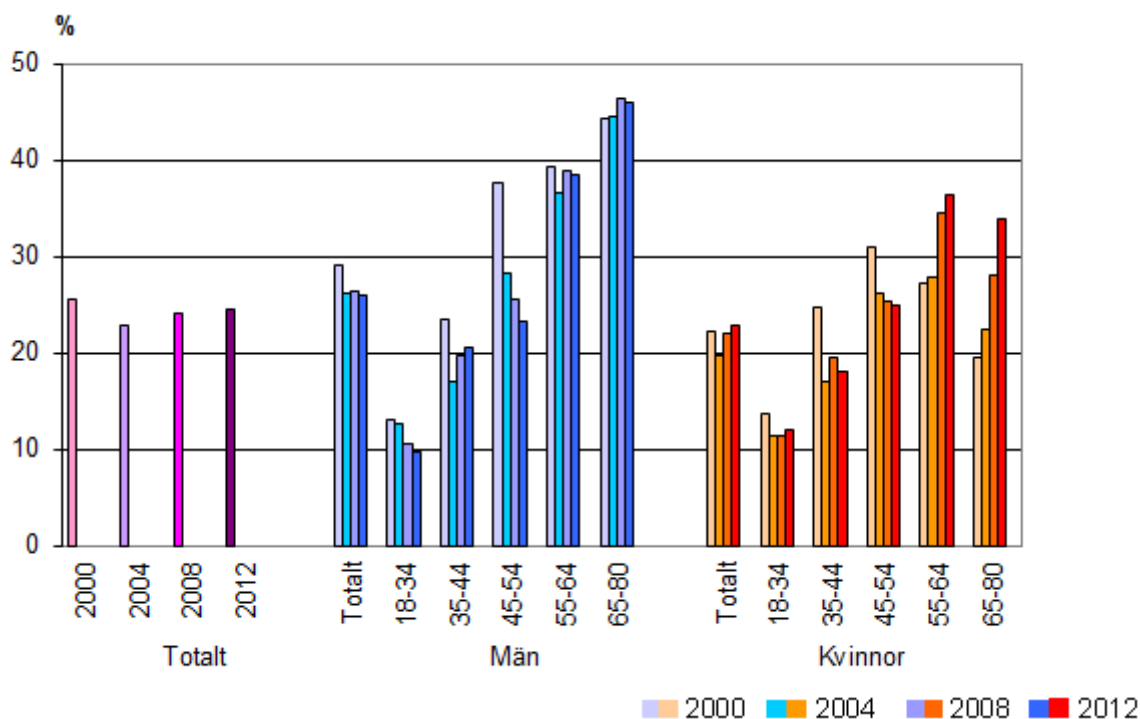


Figur 4.4. Andel dagliga rökare bland män vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



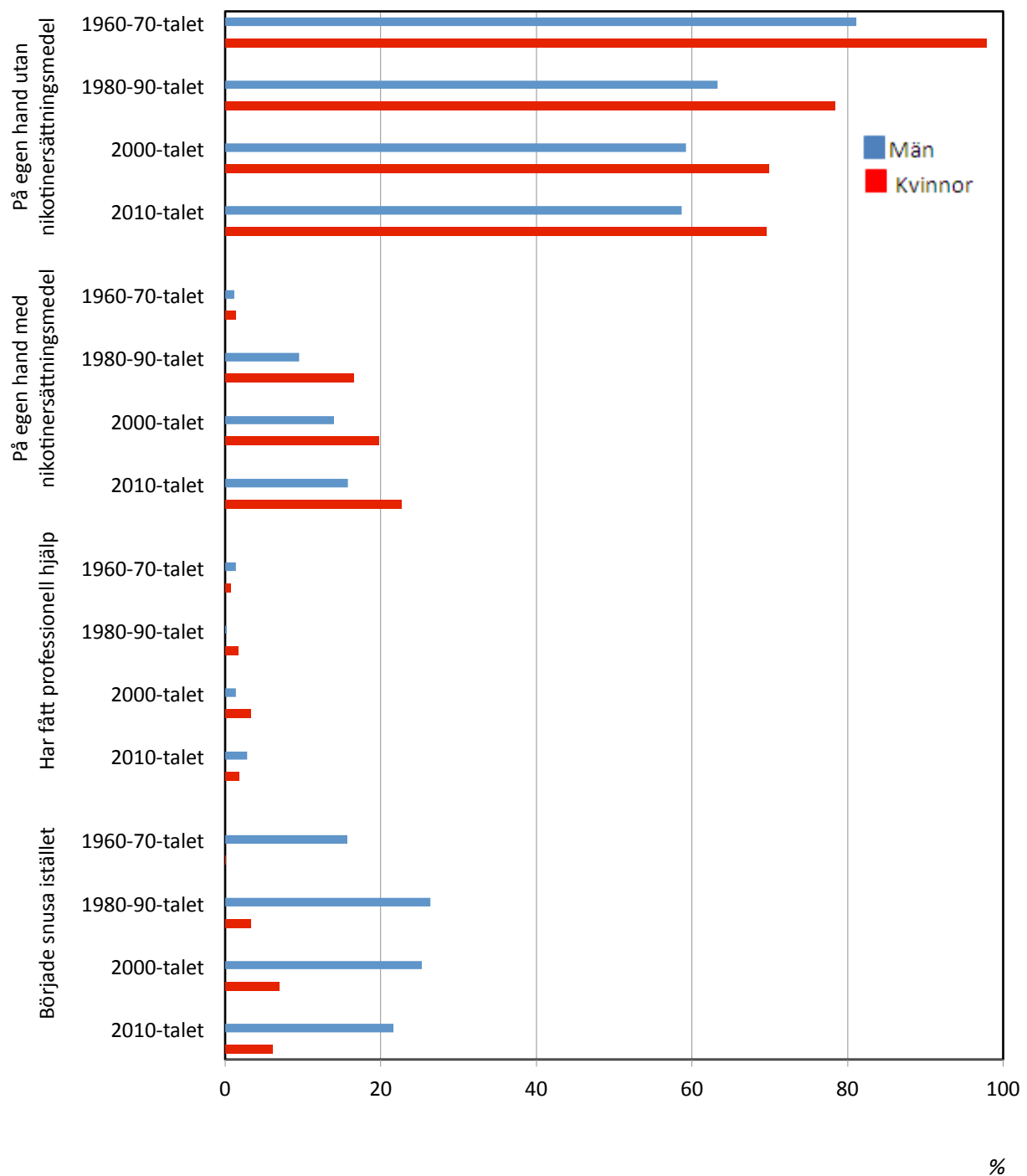
Figur 4.5. Andel dagliga rökare bland kvinnor vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

Andelen personer som tidigare rökt, men slutat röka har varit ganska oförändrad under perioden 2000-2012 bland både män och kvinnor (Figur 4.6). Att andelen rökare minskar samtidigt som andelen som slutat röka är oförändrad kan förefalla paradoxalt. Förklaringen är att variabeln slutat röka speglar ett beteende även bakåt i tiden. Äldre ålderskohorter (tidigare födelseår), med en hög andel som någonsin rökt och därmed en högre andel som slutat röka, under perioden 2000-2012 har ersatts med senare födda ålderskohorter med en lägre andel som någonsin rökt och en lägre andel som slutat röka. Andelen som slutat röka är högre bland de äldre och lägst bland de allra yngsta i åldersgruppen 18-34 år.



Figur 4.6. Andel av hela populationen som slutat röka bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågor om *när* personen slutat röka och *hur* det gått till. Av samtliga som slutat röka på 1960- och 1970-talen hade 81 % av männen och 98 % av kvinnorna slutat röka utan att börja snusa istället, utan att använda nikotinersättningsmedel och utan att anlita professionell hjälp. Bland både män och kvinnor hade 1 % använt nikotinersättningsmedel och 1 % anlitat professionell hjälp. Bland männen hade 16 % börjat snusa istället, medan andelen kvinnor som börjat snusa istället var i stort sett försumbar. Andelen som slutat röka utan att börja snusa istället, utan att använda nikotinersättningsmedel och utan att anlita professionell hjälp, har sedan minskat över tid och är 59 % bland männen och 69 % bland kvinnorna under det tidiga 2010-talet. Av män som slutat röka under det tidiga 2010-talet har 16 % slutat med stöd av nikotinersättningsmedel, 3 % genom professionell hjälp och 22 % genom att börja snusa. Bland kvinnor som slutat röka under tidigt 2010-tal har 23 % slutat med stöd av nikotinersättningsmedel, 2 % med professionell hjälp och 6 % genom att börja snusa (Figur 4.7).



Figur 4.7. Tidpunkt (decennier) för rökstopp och eventuella hjälpmedel för att sluta bland män och kvinnor som är före detta rökare, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

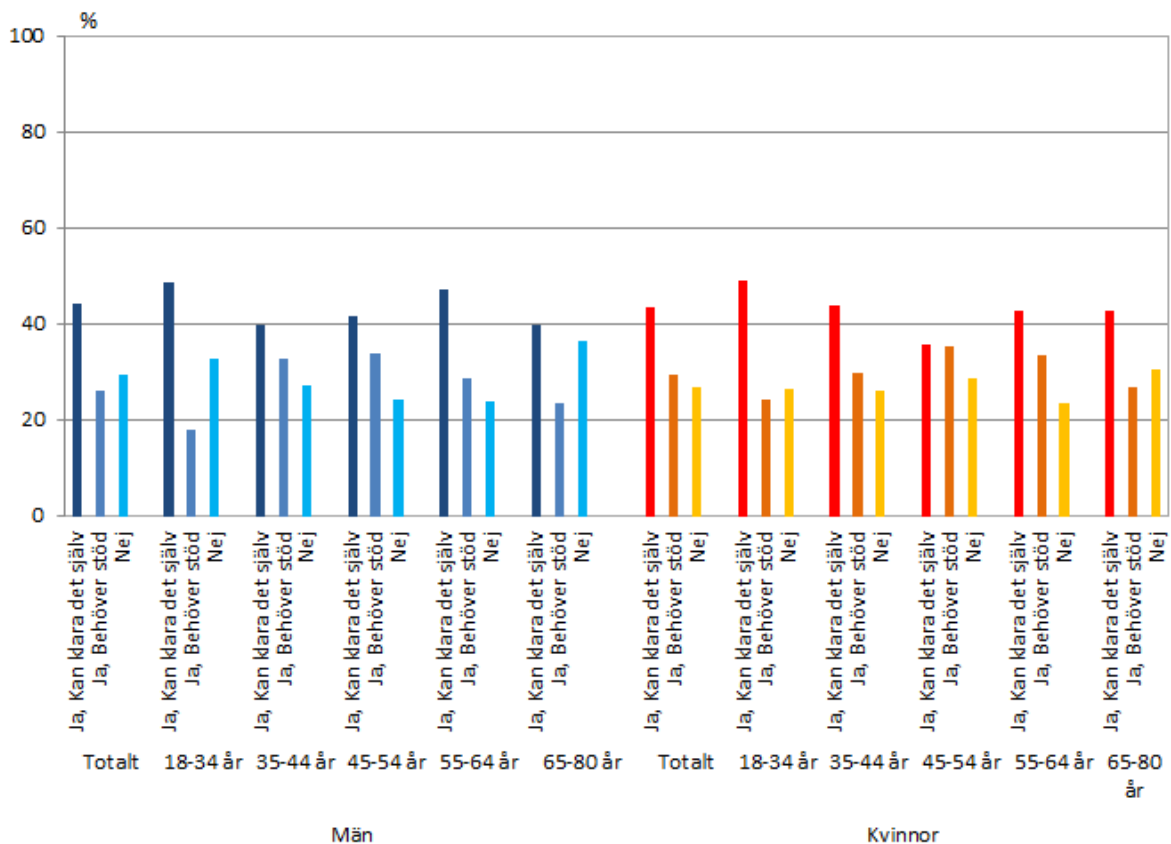
4.1.2 Vill sluta röka

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	(-) 0,8
Män	0,2
Kvinnor.....	(-) 1,3



I gruppen rökare finns det personer som skulle vilja sluta röka. På frågan ”Vill du sluta röka?” svarade 44 % av de manliga rökarna ”Ja, och jag tror att jag kan klara det själv”, 26 % ”Ja, men jag behöver stöd” och 29 % ”Nej”. Av de kvinnliga rökarna svarade 44 % ”Ja, och jag tror att jag kan klara det själv”, 29 % ”Ja, men jag behöver stöd” och 27 % ”Nej” (Figur 4.8). Den största gruppen som vill sluta röka men känner att de behöver stöd ses bland medelålders män och kvinnor.


Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen rökare som vill sluta röka i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. Dessa skillnader är dock små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 4.8. Andel av manliga och kvinnliga dagliga rökare som vill respektive inte vill sluta röka fördelat på åldersgrupper, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

4.1.3 *Daglig snusning*

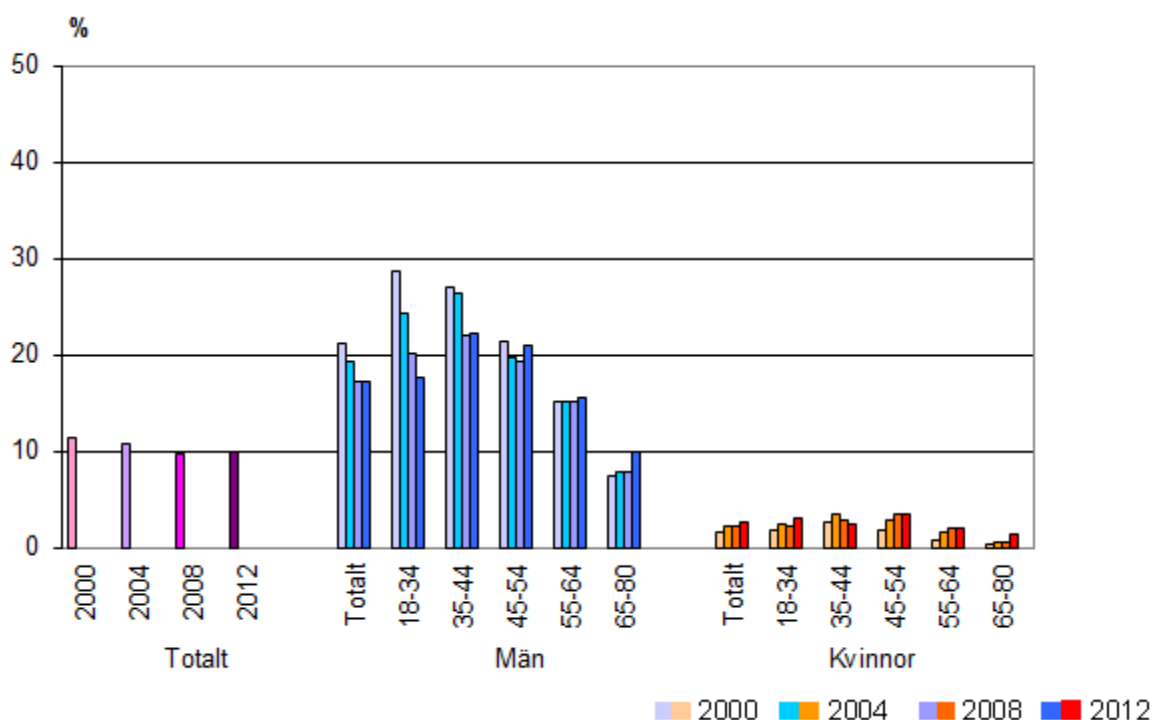
Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	(-) 1,5
Män	(-) 2,1
Kvinnor.....	(-) 1,0



Andelen snusare är hög bland män och låg bland kvinnor, men ökande. Bland män är snusning betydligt vanligare än tobaksrökning. Enligt Statistiska Centralbyråns ULF-undersökningar 2004-2005 var 12 % av männen i Sverige enbart tobaksrökare, 21 % enbart snusare och 2 % både dagliga snusare och rökare.⁵

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är andelen dagliga snusare mycket högre bland män (21 %) än bland kvinnor (3 %). Detta mönster ses i alla åldersgrupper (Figur 4.9). Dessa tydliga könsskillnader i daglig snusning har även observerats i tidigare Folkhälsoenkäter i Skåne 2000, 2004 och 2008. Det finns en nedåtgående trend i snusning bland män under perioden 2000-2012 som i stort sett avstannat under den senaste delperioden 2008-2012. Samtidigt ses en svagt uppgående trend i snusning bland kvinnor. Bland män är andelen dagliga snusare högst i åldersgrupperna 35-44 och 45-54 år, och lägst i åldersgruppen 65-80 år. Bland kvinnor är andelen snusare lägst bland de allra äldsta.

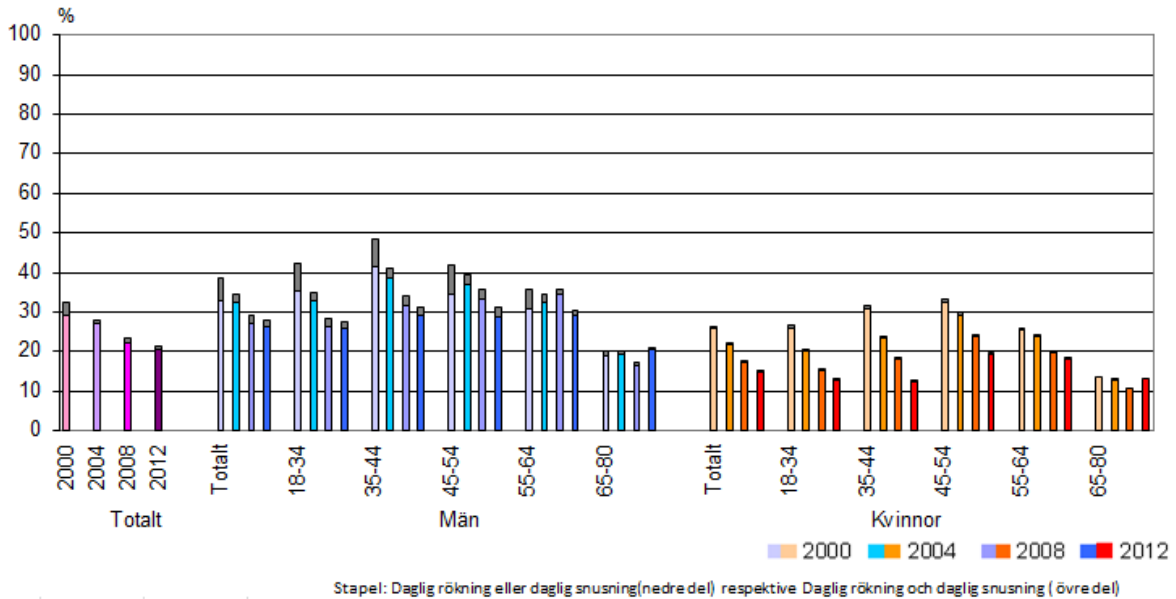
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen dagliga snusare i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne gulmarkerat på kartan) som för kvinnor. Dock ses en statistiskt säkerställd lägre andel snusare bland skånska män. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket.



Figur 4.9. Andel med daglig snusning bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

4.1.4 Daglig rökning och/eller snusning

Den totala andelen tobaksbrukare, rökare och snusare, har minskat kraftigt under perioden 2000-2012 (Figur 4.10). Andelen som både röker och snusar samtidigt har minskat bland män från 6 % till 2 % under perioden. Motsvarande andel bland kvinnor ligger lägre än 1 % under hela perioden. Den totala andelen tobakskonsumenter är betydligt högre bland män än bland kvinnor, men har minskat för båda könen. Bland män har den totala andelen tobakskonsumenter minskat från 39 % till 28 % och bland kvinnor från 26 % till 15 % under perioden 2000-2012. Nedgången ses i alla åldersgrupper, med undantag för den äldsta gruppen 65-80 år.



Figur 4.10. Andel dagliga rökare och/eller snusare bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

4.1.5 Passiv rökning

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 1,8

Män 1,8

Kvinnor..... 1,6

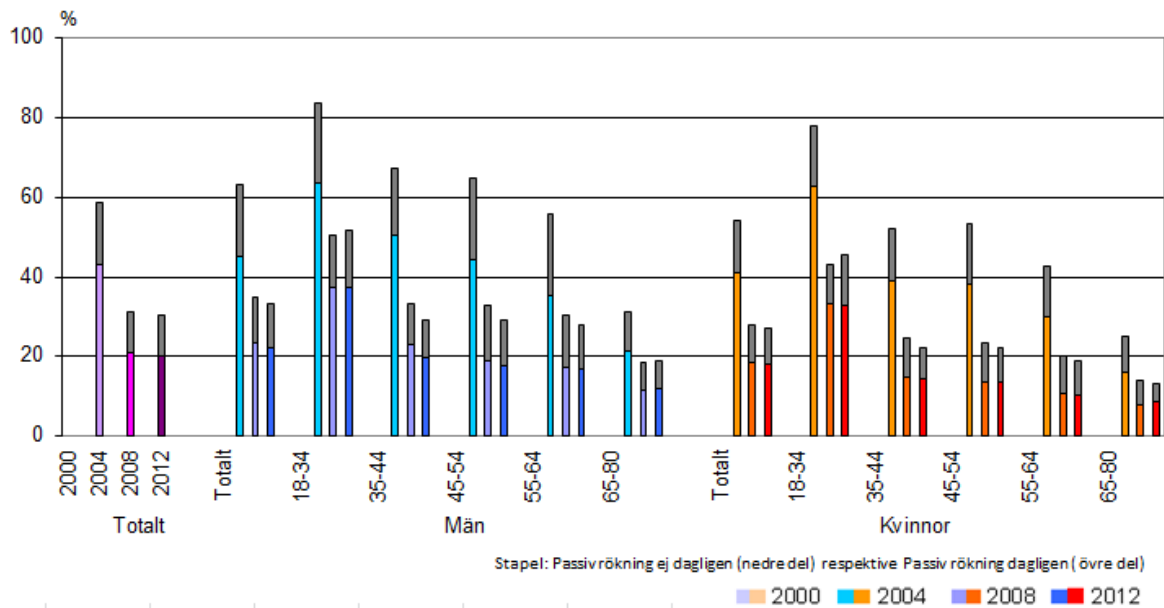


Passiv rökning har, liksom aktiv tobaksrökning, ett väldokumenterat samband med bland annat lungcancer, andra respiratoriska sjukdomar och hjärtkärlsjukdom. I Sverige är passiv rökning orsak till cirka 500 dödsfall årligen. År 2005 förbjöds tobaksrökning i restauranger i Sverige. Flertalet internationella studier som undersökt sambandet mellan lagstiftning och rökförbud visar en effekt på folkhälsan till exempel i form av minskning av hjärtkärlsjukdomar.^{8,9}

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 11 % av männen och 9 % av kvinnorna att de dagligen utsätts för passiv rökning och 22 % respektive 18 % att de utsätts för passiv rökning

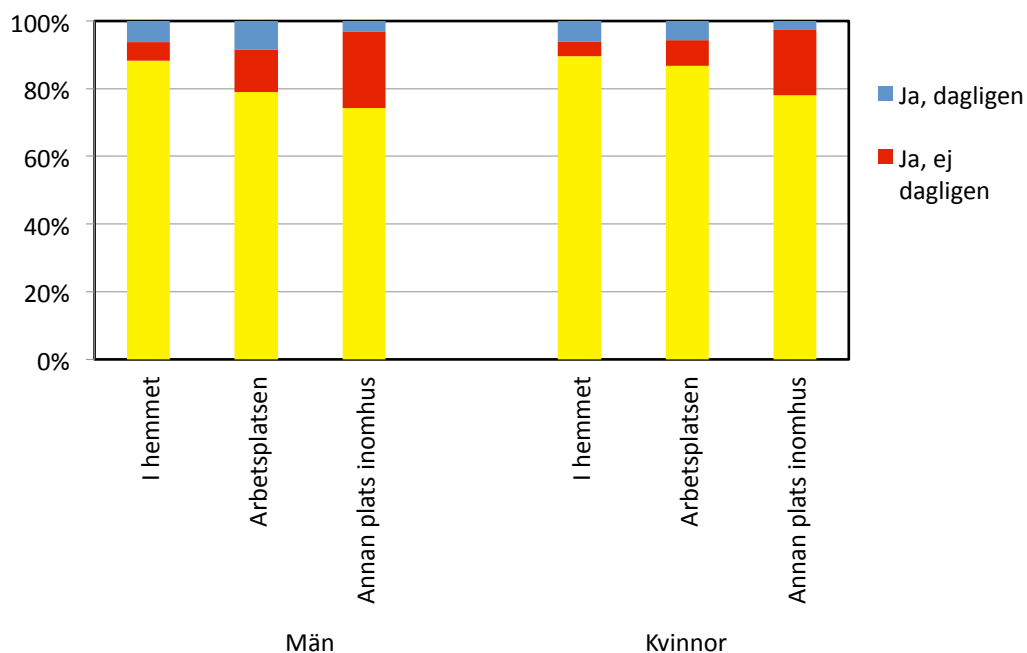
minst någon/några gånger i månaden. Studerar man andelen som utsätts för passiv rökning ser man en kraftig nedgång över tid i alla åldrar. Andelen som utsätts för passiv rökning är lägst bland de äldre, både bland män och bland kvinnor (Figur 4.11).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som utsätts för passiv rökning något högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta mönster ses totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan), men är inte statistiskt säkerställt inom gruppen män respektive kvinnor.



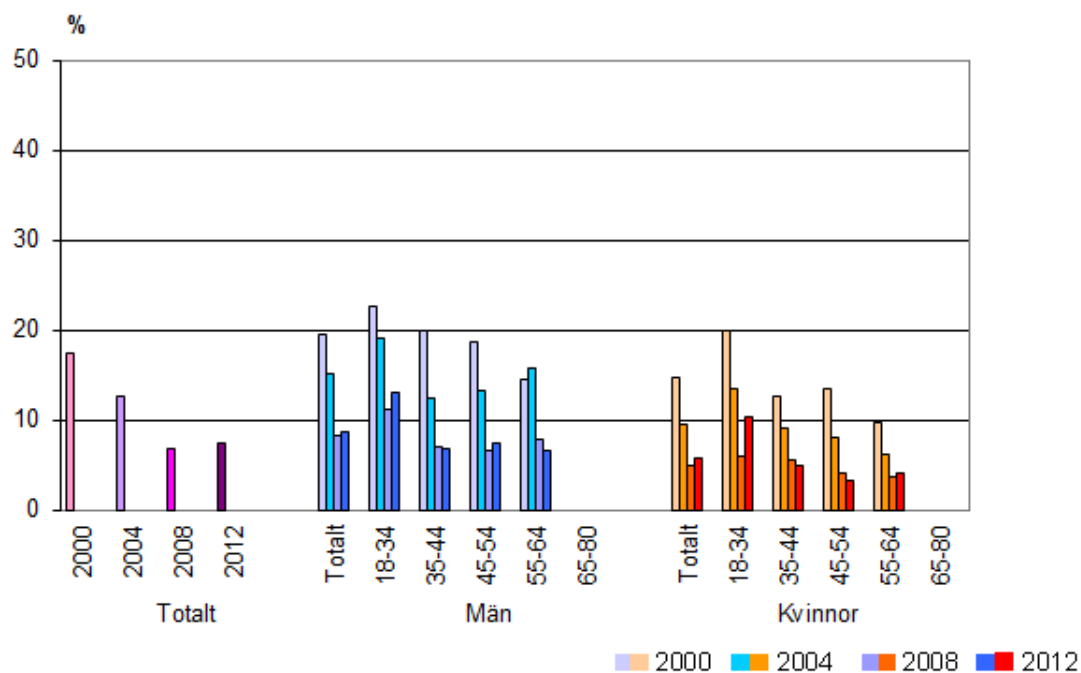
Figur 4.11. Exponering för passiv rökning bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

Om man studerar den plats personerna exponerats på ser man att knappt nio av tio av män aldrig utsätts för passiv rökning i hemmet och att 6 % utsätts för passiv rökning i hemmet dagligen. Bland män utsätts 9 % dagligen för passiv rökning på arbetsplatsen och 3 % exponeras dagligen för passiv rökning på annan plats inomhus. Av kvinnorna i Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade nio av tio att de aldrig utsätts för passiv rökning i hemmet och 6 % att de utsätts för passiv rökning dagligen i hemmet. Bland kvinnor utsätts 6 % dagligen för passiv rökning på arbetsplatsen och 3 % utsätts dagligen för passiv rökning på annan plats inomhus (Figur 4.12).



Figur 4.12. Exponering för passiv rökning i olika miljöer bland män och kvinnor i Folkhälsoenkät Skåne 2012.


Passiv rökning på arbetsplatsen har minskat kraftigt under perioden 2000-2012 (Figur 4.13). Mellan 2000 och 2012 har andelen män i arbetskraften som exponeras för passiv rökning på arbetsplatsen minskat från 20 % år 2000 till 9 % år 2012. Bland kvinnor ses en motsvarande minskning från 15 % till 6 % under samma period. Det är fortfarande betydligt vanligare att personer i åldersgruppen 18-34 år exponeras för passiv rökning på sin arbetsplats än i de andra åldersgrupperna 35-44 år, 45-54 år och 55-64 år. Minskningen i exponering ses i alla åldersgrupper vilket är förklaringen till att åldersmönstret har bevarats.



Figur 4.13. Andel män och kvinnor som exponeras för passiv rökning på arbetsplatsen i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

4.1.6 Vattenpipa

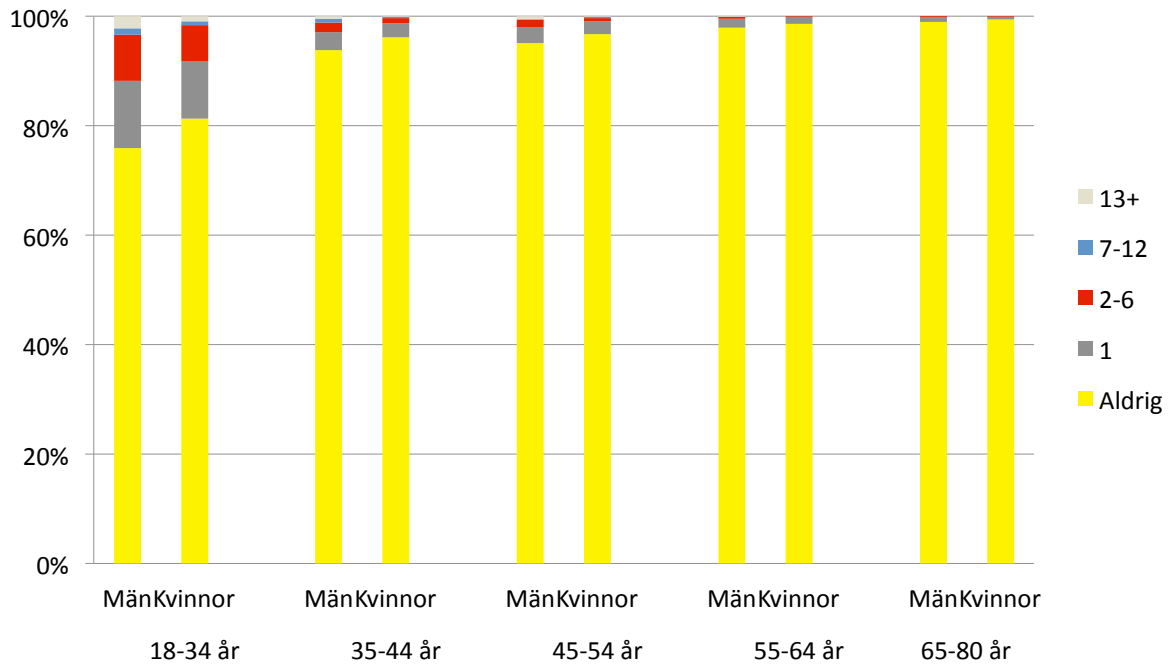
<i>Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket</i>	
<i>Totalt</i>	<i>0,6</i>
<i>Män</i>	<i>0,7</i>
<i>Kvinnor.....</i>	<i>0,6</i>



Rökning av vattenpipa har ökat under senare år. Röken i vattenpipan kan upplevas som mild jämfört med röken från cigaretter, men röken innehåller samma skadliga ämnen. Dessutom får vattenpipsrökaren ofta i sig mera rök och mer nikotin än cigaretrökaren, eftersom vattenpipa ofta röks under längre tid.¹⁰⁻¹²

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav var fjärde man och var femte kvinna i åldern 18-34 år att de rökt vattenpipa minst en gång under de senaste tolv månaderna. Cirka 9 % av männen och 7 % av kvinnorna hade rökt 2-6 gånger under det senaste året, och 2-3 % av männen och kvinnorna hade rökt vattenpipa 7-12 gånger eller flera. I samtliga åldersgrupper över 34 år är andelen som rökt vattenpipa under det gångna året mycket låg (Figur 4.14). Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som rökt vattenpipa under det senaste året i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. De små skillnader som finns är inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

Resultaten i Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar att rökning av vattenpipa framför allt förekommer bland unga vuxna, och detta stämmer väl överens med resultaten i den Folkhälsoenkät bland skolelever i årskurserna 6 och 9 i grundskolan samt årskurs 2 i gymnasieskolan som genomfördes våren 2012 i Skåne. Bland elever i årskurs 9 uppgav var tredje pojke och flicka att de rökt vattenpipa minst en gång under det senaste året. Drygt var tionde pojke och knappt var tionde flicka i grundskolans årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 uppgav att de rökt vattenpipa mer än sex gånger under det senaste året.¹³



Figur 4.14. Rökning av vattenpipa (antal gånger) under det senaste året bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

4.2 Hasch

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 2,6

Män 4,3

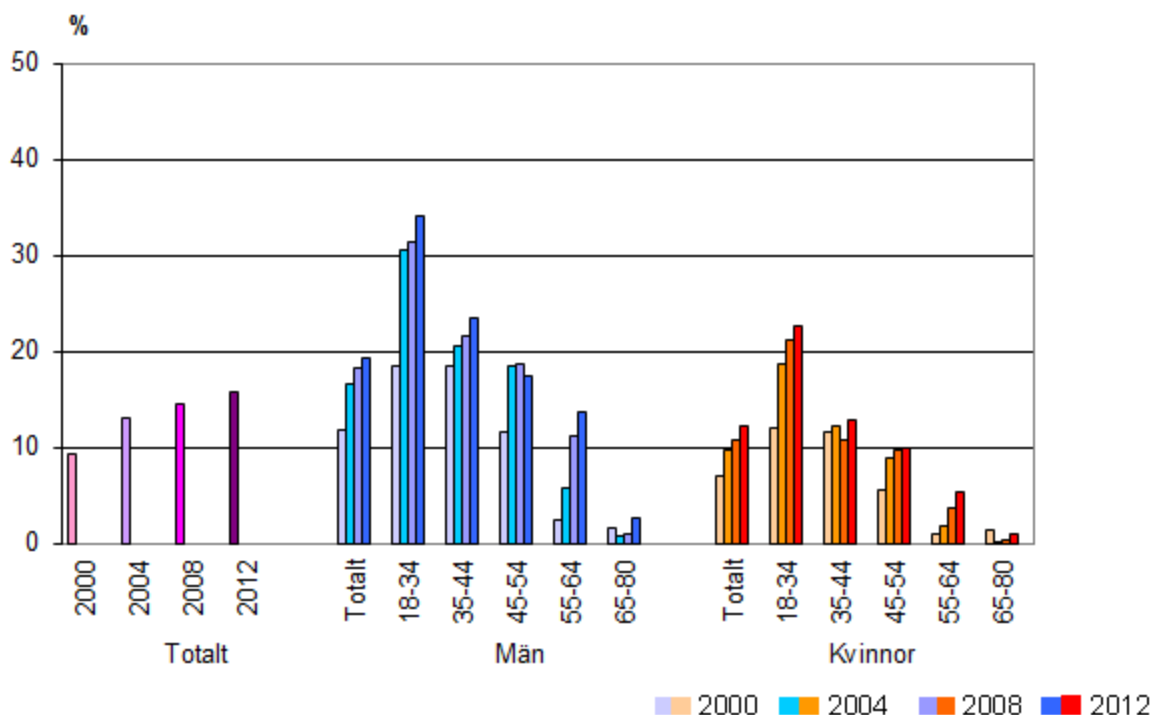
Kvinnor..... 1,2



Cannabis är den vanligaste illegala drogen i västvärlden. Det är främst tonåringar och yngre vuxna som konsumerar cannabis. I Sverige konsumeras cannabis framför allt genom rökning, och cannabiskonsumtion är vanligast bland yngre personer och i synnerhet bland yngre män.^{2,4}

Folkhälsoenkäterna i Skåne visar att andelen med erfarenhet av att någonsin ha rökt hasch har ökat under perioden 2000-2012 från 12 % till 19 % av alla män och från 7 % till 12 % av alla kvinnor. Det finns ett tydligt åldersmönster med en mycket högre andel med erfarenhet av att någonsin ha rökt hasch bland yngre än bland äldre (Figur 4.15).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som någonsin rökt hasch högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta mönster ses såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan) som bland män, men är inte statistiskt säkerställt bland kvinnor.



Figur 4.15. Andel män och kvinnor som någon gång har rökt hasch i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

4.3 Låg fysisk aktivitet på fritiden

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 2,2

Män 1,9

Kvinnor..... 2,4

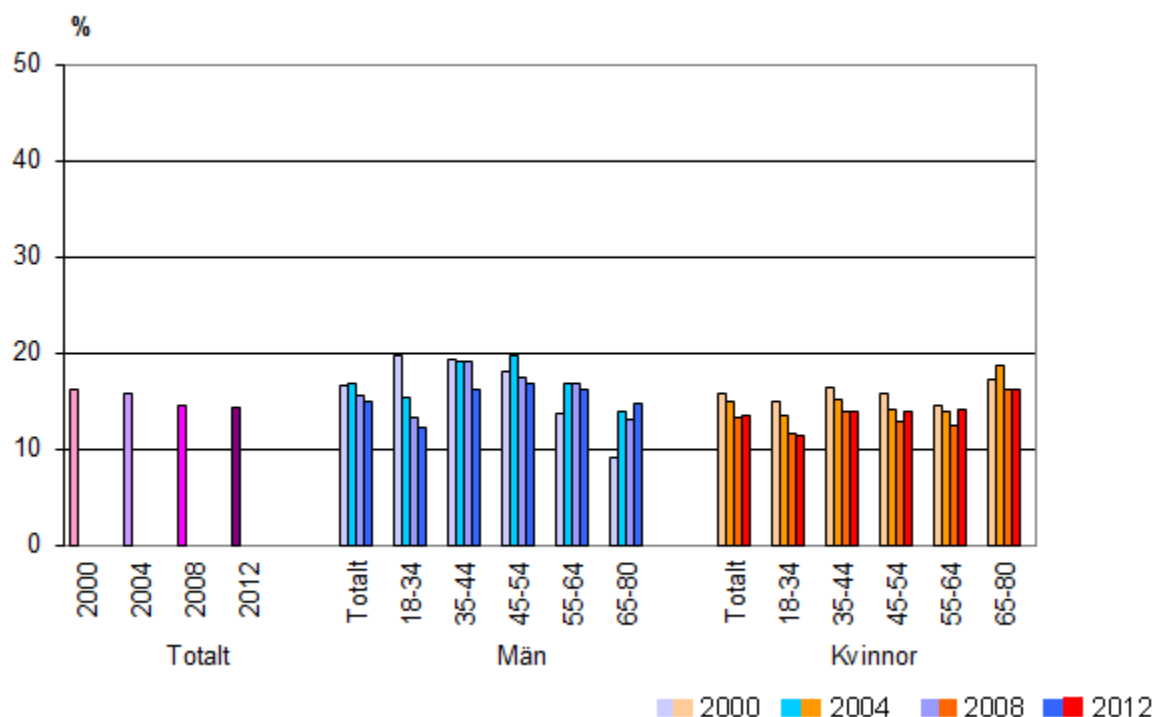


Fysisk aktivitet ökar kroppens energikonsumtion, sänker blodtrycket, ökar fettcellernas känslighet för insulin och förbättrar kolesterolsammansättningen i blodet. Fysisk aktivitet ökar även uppbyggnaden av muskelvävnad och nedbrytningen av fett. Fysisk aktivitet leder därmed bland annat till minskad risk för övervikt och fetma, minskad risk för diabetes, minskad risk att drabbas av hjärtkärlsjukdom och minskad risk för vissa cancersjukdomar. Regelbunden träning krävs för att uppnå hälsofrämjande effekter av fysisk aktivitet.¹⁴ Minst 30 minuters rask promenad om dagen minst fem, gärna samtliga, dagar i veckan rekommenderas.¹⁵ Tidigare var många arbeten fysiskt krävande, men i vår tids arbetsliv är relativt få arbeten fysiskt ansträngande. Betydelsen för hälsan av fysisk aktivitet på fritiden har därför ökat kraftigt sedan decennier. Stillasittande fritid är vanligare bland arbetare än bland högre tjänstemän bland både män och kvinnor i Sverige.²

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes en fråga om fysisk aktivitet på fritiden med fyra svarsalternativ. Det svarsalternativ som motsvarar låg fysisk aktivitet på fritiden eller en stillasittande fritid är det svarsalternativ som redovisas här, ”mindre än två timmars promenad, cykling eller motsvarande aktivitet per vecka”. Andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden har varit förhållandevis oförändrad under perioden 2000-2012 (Figur 4.16). Under

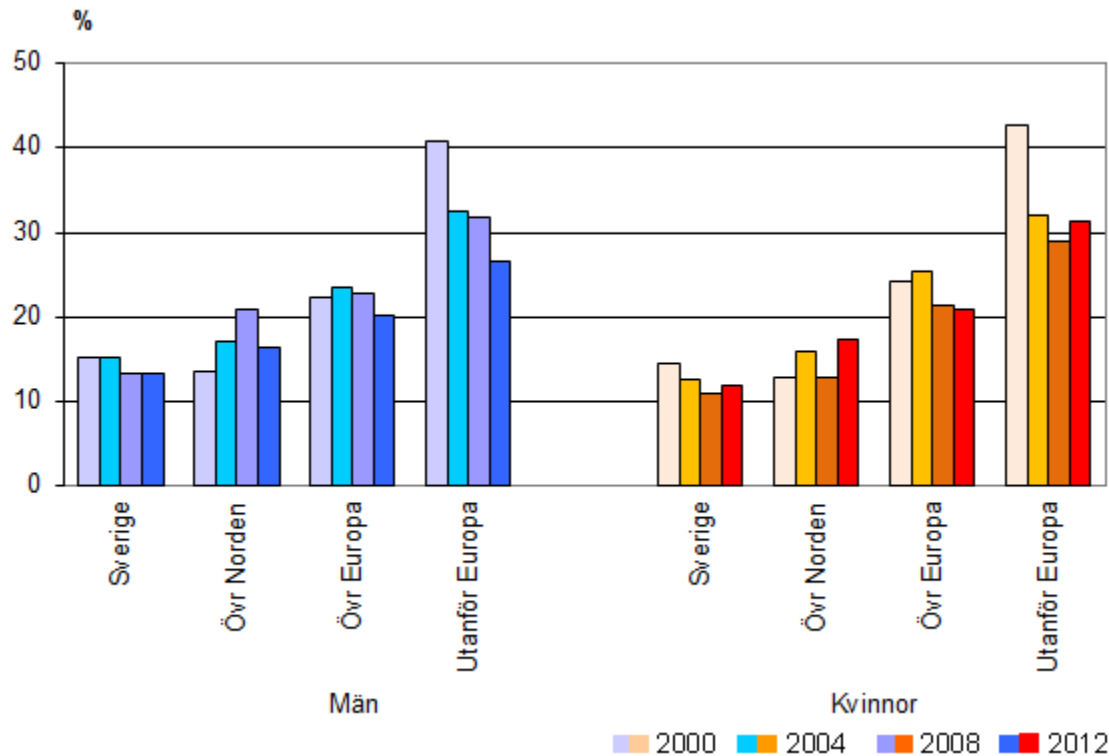
detta oförändrade sammanvägda medeltal döljer sig emellertid förhållandevis stora förändringar i olika åldersgrupper. Bland män i åldersgruppen 18-34 år har andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden minskat från knappt 20 % till 12 % under perioden 2000-2012. Bland män i åldersgruppen 65-80 år ses däremot en ökning från 9 % till 15 % under samma period. För kvinnor i den yngsta åldersgruppen 18-34 år ses även en minskning av andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden från 15 % till drygt 11 %, medan åldersgruppen äldre kvinnor uppvisar en oförändrad andel med låg fysisk aktivitet.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med låg fysisk aktivitet högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta mönster ses såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan) som bland kvinnor, men är inte statistiskt säkerställt bland män.



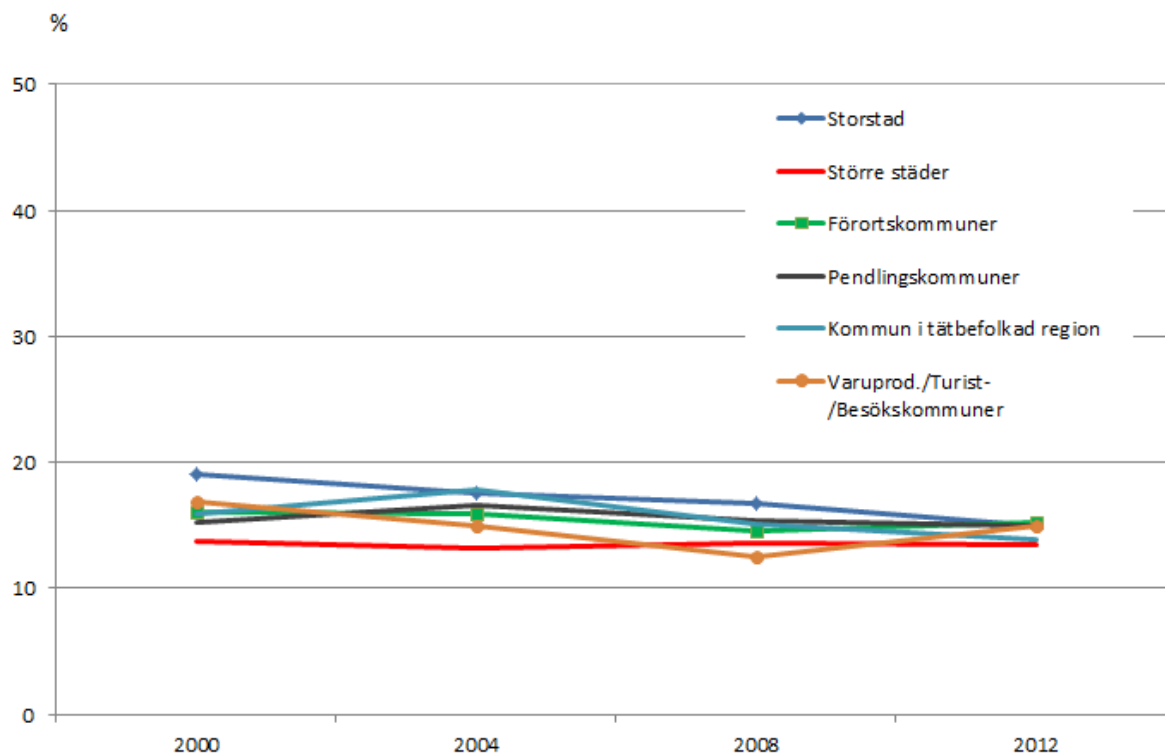
Figur 4.16. Andel män och kvinnor med låg fysisk aktivitet på fritiden i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Det finns skillnader mellan olika födelseländer i andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden, vilket tidigare visats i data från Malmö redan på 1990-talet.¹⁶ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 13 % av männen födda i Sverige, 17 % av männen födda i övriga Norden, 20 % av männen födda i övriga Europa och 27 % av männen födda i övriga världen låg fysisk aktivitet (Figur 4.17). Ett liknande mönster och liknande nivåer ses bland kvinnor. Andelen med låg fysisk aktivitet har inte förändrats nämnvärt i någon av grupperna under perioden 2000-2012, med undantag av gruppen män och kvinnor födda utanför Europa som uppvisar en minskad förekomst av låg fysisk aktivitet.

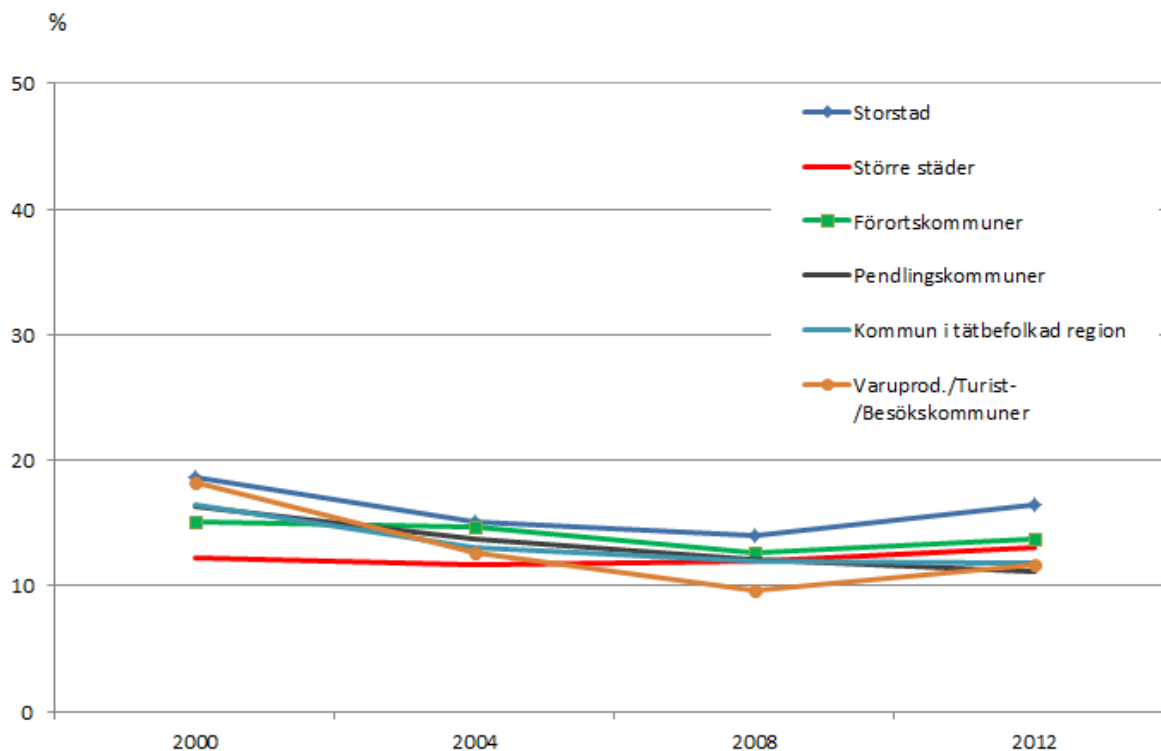


Figur 4.17. Andel män och kvinnor med låg fysisk aktivitet på fritiden efter födelseland i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Född i Sverige=Sverige; Född i övriga Norden=Övr Norden; Född i Övriga Europa=Övr Europa; Född utanför Europa=Utanför Europa.

Det finns inga tydliga geografiska skillnader i förekomsten av låg fysisk aktivitet vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungruppsindelning (se Avsnitt 2.8). Generellt ses en relativt stabil nivå av andelen med en låg fysisk aktivitet under perioden 2000-2012 bland såväl män (Figur 4.18) som kvinnor (Figur 4.19) inom alla kommuntyper.



Figur 4.18. Andel män med låg fysisk aktivitet vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



Figur 4.19. Andel kvinnor med låg fysisk aktivitet vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

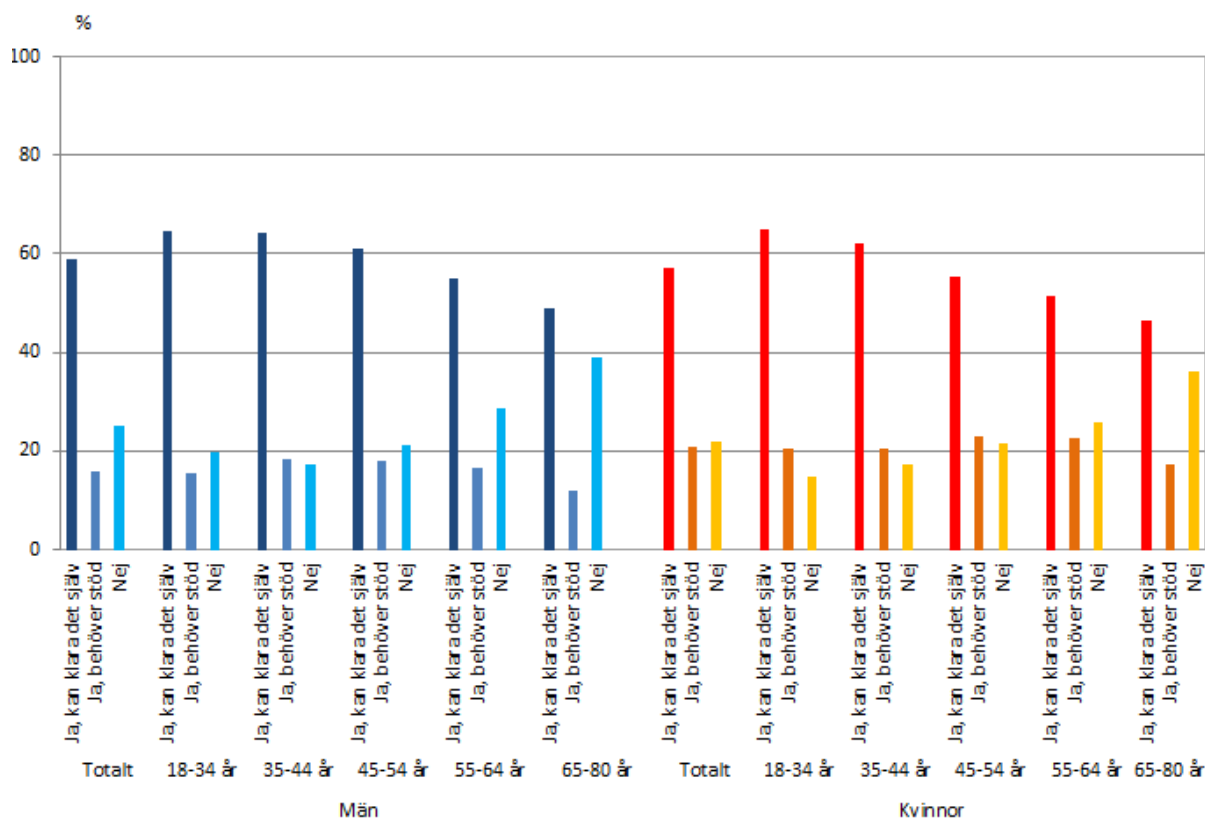
4.3.1 Vill öka sin fysiska aktivitet

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	0,4
Män	2,0
Kvinnor.....	(-) 1,0



På frågan ”Vill du öka din fysiska aktivitet?” svarade 59 % av männen ”Ja, och jag tror att jag kan klara det själv”, 16 % ”Ja, men jag behöver stöd” och 25 % ”Nej”. Bland kvinnorna svarade 57 % ”Ja, och jag tror att jag kan klara det själv”, 21 % ”Ja, men jag behöver stöd” och 22 % ”Nej” (Figur 4.20). Den grupp som minst gärna vill öka sin fysiska aktivitet ses i åldern 65-80 år.


Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som vill öka sin fysiska aktivitet i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män och kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 4.20. Andel män och kvinnor som vill respektive inte vill öka sin fysiska aktivitet fördelat på åldersgrupper, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

4.4 Låg konsumtion av frukt och grönt

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	0,6
Män	(-) 1,3
Kvinnor.....	1,9

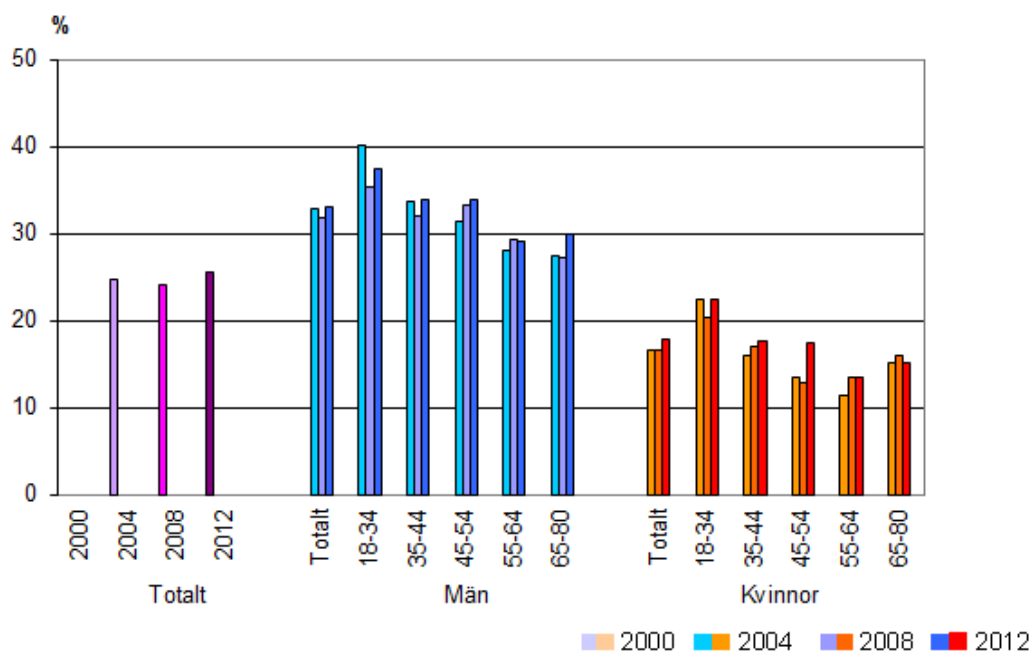


Livsmedelsverkets rekommendationer utgår från de nordiska näringsrekommendationerna och de genomsnittliga måltidsvanorna idag.¹⁷ Rekommendationerna eftersträvar bland annat en minskad konsumtion av godis, glass, bakverk, snacks och energirika drycker som läsk och alkohol, ökad konsumtion av frukt och grönsaker till 500 gram frukt och grönsaker om dagen, fisk tre gånger per vecka samt byte till fullkornsprodukter av bröd och andra spannmålsprodukter. Målet med rekommendationerna är att uppnå näringsbehovet samtidigt som övervikt, fetma, hjärtkärlsjukdom, diabetes och vissa former av cancer förebyggs.⁵ Frukt och grönsaker innehåller antioxidanter och fibrer som har en förebyggande effekt mot hjärtkärlsjukdomar och vissa cancersjukdomar, men frukt och grönsaker är också av central betydelse för kostvanorna därför att de ger en bra mättnad då fibrerna binder vatten och ger maten en stor volym i förhållande till energiinnehållet.^{18,19} En rekommendation är att äta minst 500 gram frukt och grönsaker om dagen, men en annan rekommendation är att äta frukt och grönsaker minst fem gånger per dag.²⁰ Den definition av låg konsumtion av frukt och grönsaker som används i denna rapport är Folkhälsoinstitutets gräns för låg konsumtion dvs. mindre än 1,3 gånger per dag. Bland kvinnor och högutbildade är andelen med bättre matvanor i allmänhet högre än bland män och grupper med lägre utbildning.²

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 33 % av männen och 18 % av kvinnorna en låg konsumtion av frukt och grönsaker. En låg konsumtion av frukt och grönt är vanligare bland män än bland kvinnor i alla åldrar. Andelen är i stort sett oförändrad för både män och kvinnor jämfört med Folkhälsoundersökningarna i Skåne år 2004 och 2008. Låg konsumtion av frukt och grönt är vanligare bland yngre än bland äldre, och även detta åldersmönster är oförändrat sedan undersökningarna 2004 och 2008 (Figur 4.21).

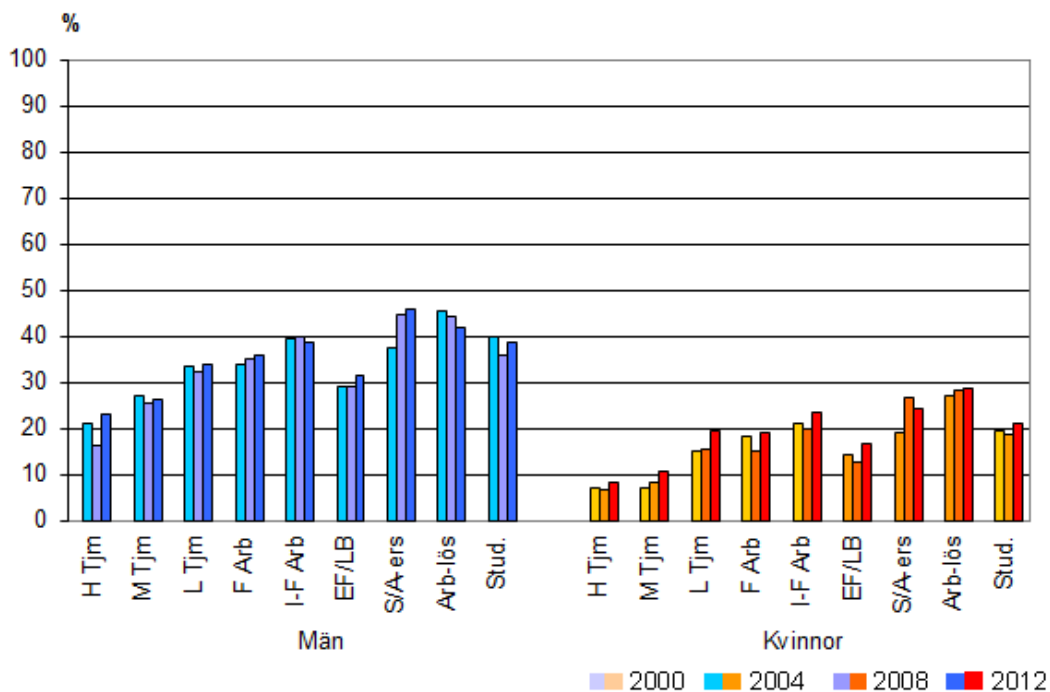
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som äter lite frukt och grönt i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar små skillnader i låg konsumtion av frukt och grönsaker efter födelse-land. Andelen med låg konsumtion av frukt och grönsaker har varit i stort sett oförändrad under perioden 2000-2012 vid indelning efter födelse-land (visas ej i figur).



Figur 4.21. Andel män och kvinnor med en låg konsumtion av frukt och grönsaker i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.


Det finns tydliga socioekonomiska skillnader i konsumtion av frukt och grönsaker. Inom den förvärvsarbetande gruppen ses både bland män och kvinnor lägst andelar med låg konsumtion av frukt och grönsaker bland högre tjänstemän, 23 % respektive 8 %, och högst nivåer bland icke facklärd arbetare, 39 % respektive 24 % (Figur 4.22). Högst andelar med låg konsumtion av frukt och grönt ses bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och arbetslösa. Andelen med låg konsumtion av frukt och grönsaker visar ingen tydlig tidstrend i någon av de socioekonomiska grupperna under perioden 2004-2012.



Figur 4.22. Andel män och kvinnor med en låg konsumtion av frukt och grönsaker i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

4.5 Riskkonsumtion av alkohol

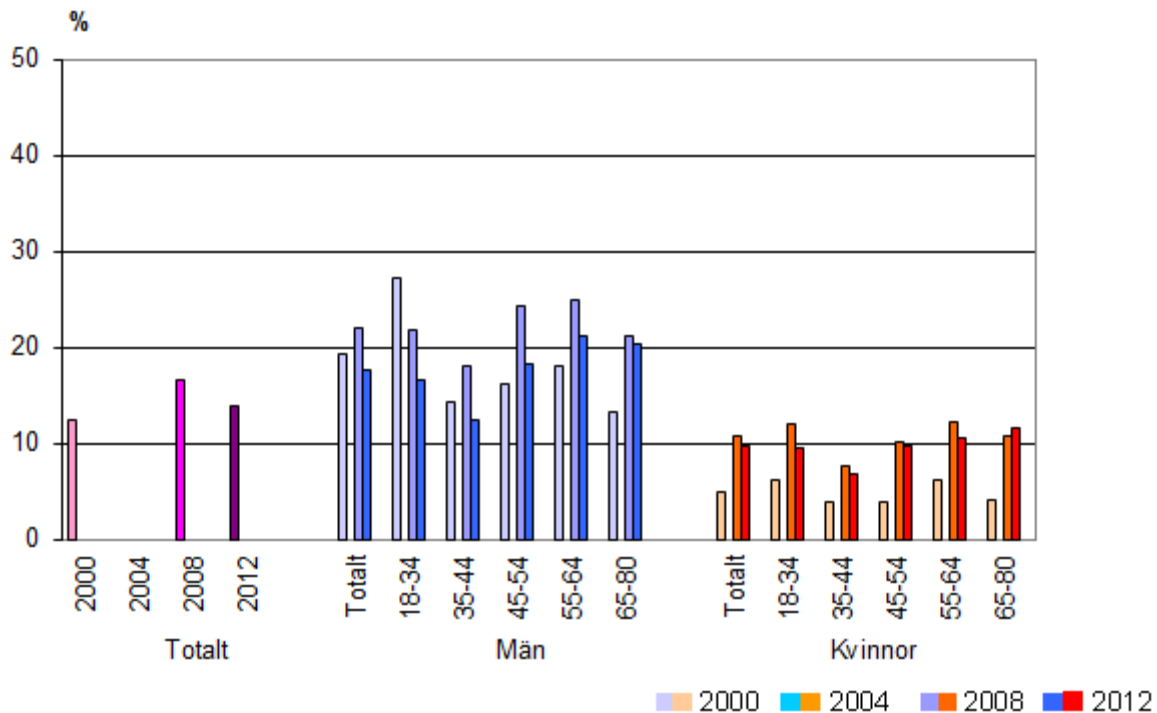
<i>Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket</i>	
<i>Totalt</i>	<i>(-) 1,1</i>
<i>Män</i>	<i>(-) 1,4</i>
<i>Kvinnor.....</i>	<i>(-) 0,9</i>



Sedan Sveriges inträde i EU 1995 har såväl den registrerade som den oregistrerade konsumtionen av alkohol ökat i befolkningen. Med registrerad konsumtion avses försäljning av sprit, vin och öl via Systembolaget, restauranger och butiker. I synnerhet den oregistrerade konsumtionen har ökat efter EU-inträdet till följd av ökade införselkvoter. Den snabba ökningen kulminerade 2004 med en konsumtion av 10,4 liter ren (100%) alkohol per capita i befolkningen över 15 år.² Därefter minskade konsumtionen något, och per capita-konsumtionen var 9,2 liter ren alkohol per capita år 2012.²¹ I Sverige hade 16 % av männen och 10 % av kvinnorna riskabla alkoholvanor år 2011. Den högsta alkoholkonsumtionen finns bland unga män, men de sociala och ekonomiska mönstren i alkoholkonsumtion är inte lika tydliga som för en del andra levnadsvanor, även om konsumtionen är högre bland personer med ekonomiska problem och liten kontantmarginal.²⁰

Ett mått på riskkonsumtion av alkohol i Folkhälsoenkät Skåne 2012 väger samman frekvens och mängd konsumerad alkohol vid varje konsumtionstillfälle. Män med en alkoholkonsumtion som överstiger 128 gram ren alkohol per vecka definieras som riskkonsumenter. Motsvarande nivå för kvinnor är 96 gram ren alkohol per vecka. En flaska vin innehåller ungefär 60 gram ren alkohol och en flaska (75 cl) starksprit innehåller ungefär 240 gram. Den fråga som anger konsumtionen i gram per vecka fanns inte med i den skånska Folkhälsoenkäten år 2004.

En jämförelse av förekomsten av riskkonsumtion av alkohol mätt i gram per vecka mellan olika undersökningsår visar en viss ökning för män från 19 % till 22 % och en fördubbling för kvinnor från 5 % till nästan 11 % mellan åren 2000 och 2008 (Figur 4.23). I Folkhälsoenkät Skåne 2012 har andelen med riskkonsumtion minskat för män till 18 % och förblivit i stort sett oförändrat på 10 % för kvinnor sedan 2008 års undersökning. I den första undersökningen år 2000 var riskkonsumtion betydligt vanligare bland unga män, men år 2012 ses en omvänd åldersgradient med en högre andel riskkonsumenter i äldre åldersgrupper. Detta beror på att det skett en kraftig minskning av andelen riskkonsumenter bland unga män under perioden 2000-2012, samtidigt som det skett en kraftig ökning under samma period i framför allt åldersgruppen 65-80 år. Bland kvinnor är ålderskillnaderna relativt små.

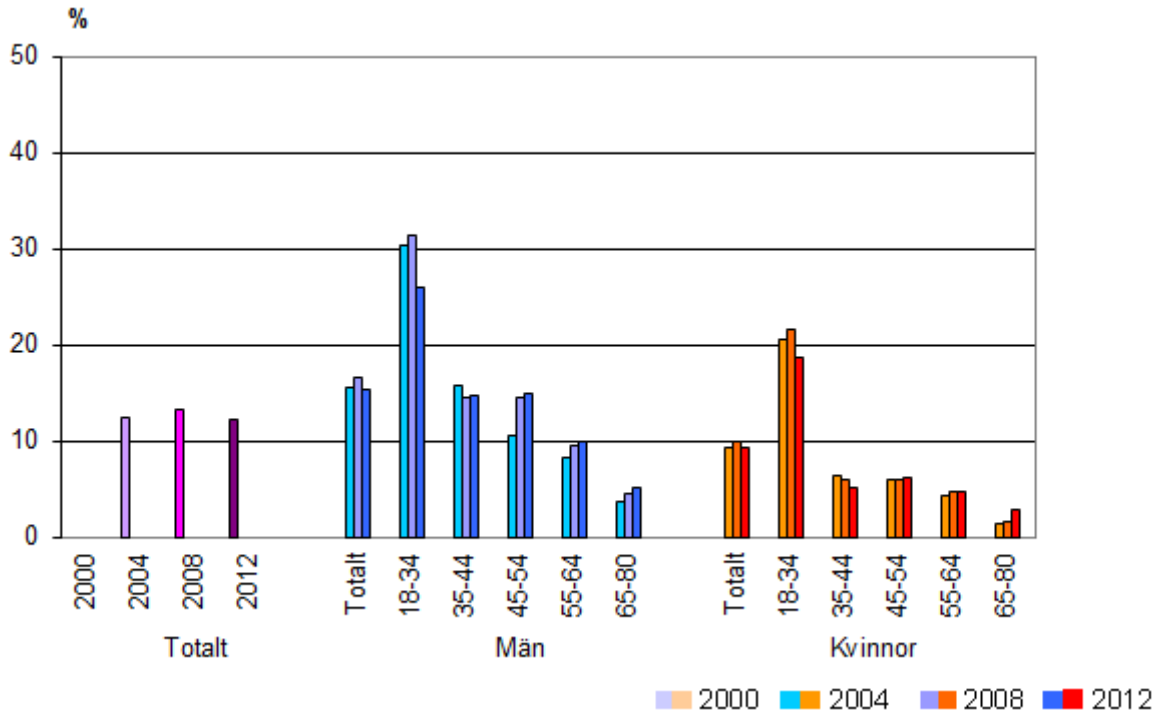


Figur 4.23. Andel män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (> 128 gram ren alkohol/vecka för män; > 96 g ren alkohol/vecka för kvinnor) i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2008 och 2012.

Det andra måttet på riskkonsumtion av alkohol i Folkhälsoenkät Skåne 2012 mäter riskkonsumtion av alkohol med hjälp av frågor om hur ofta respondenten druckit, hur mycket respondenten druckit vid ett typiskt konsumtionstillfälle och hur ofta respondenten dricker större mängder vid ett tillfälle. Sammanräkningen av dessa frågor ger ett index med värden mellan 0 och 12. Män definieras som riskkonsumenter i intervallet 8-12 och kvinnor i intervallet 6-12. Dessutom räknas de som varit berusade 2-3 gånger per månad som riskkonsumenter.

Detta mått på riskkonsumtion av alkohol började användas i Folkhälsoenkät 2004 och förändringarna över tid är små (måttet fanns inte med i Folkhälsoenkät 2000). Andelen med riskkonsumtion är 15 % för män både 2004 och 2012 samt 9 % för kvinnor både 2004 och 2012 (Figur 4.24). När man mäter riskkonsumtion av alkohol med detta andra mått ses ett tydligt och över tid bestående åldersmönster med en högre andel personer med riskkonsumtion bland unga jämfört med äldre.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med riskkonsumtion av alkohol i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 4.24. Riskkonsumtion av alkohol (enligt index) bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

De geografiska skillnaderna i förekomsten av riskkonsumtion av alkohol (enligt index) är små bland såväl män som kvinnor vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungruppsindelning (visas ej i figur).

Andelen som vill minska sin konsumtion av alkohol är 17 % bland män och 10 % bland kvinnor i hela befolkningen och relativt konstant över de olika åldersgrupperna (visas ej i figur).

4.6 Laglig privat införsel av alkohol

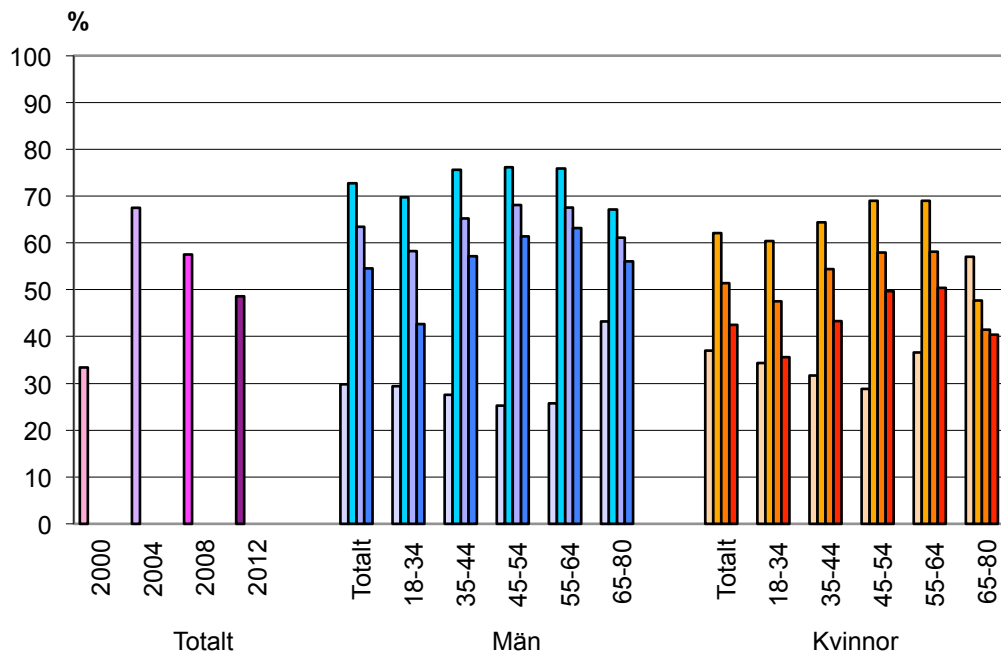
Jämförelse med Sverige saknas



Den oregistrerade konsumtionen av alkohol har ökat kraftigt i Sverige under senare decennier. Ökningen beror framför allt på ändrade regler för införsel som lett till en kraftigt ökad laglig införsel av alkohol sedan inträdet i EU. Dessutom förekommer en olaglig införsel av alkohol. När alkoholkonsumtionen var som högst år 2004 uppgick den totala konsumtionen av oregistrerad alkohol i Sverige till 3,9 liter ren alkohol per capita, vilket motsvarade 38 % av den totala alkoholkonsumtionen. Av den totala mängden oregistrerad alkohol 2004 hade 2,9 liter kommit in i Sverige med laglig privatinförsel och 1,0 liter genom olaglig införsel. Konsumtionen av både lagligt och olagligt införd alkohol har därefter minskat något.² I Folkhälsoenkäterna i Skåne ökade andelen respondenter som lagligen fört in alkohol dramatiskt mellan Folkhälsoenkäten som genomfördes vid årsskiftet 1999/2000 och den andra

Folkhälsoenkäten som genomfördes 2004, vilket delvis kan förklaras av att Öresundsbron öppnades i juni 2000 samt förändrade införselregler.^{2,22}

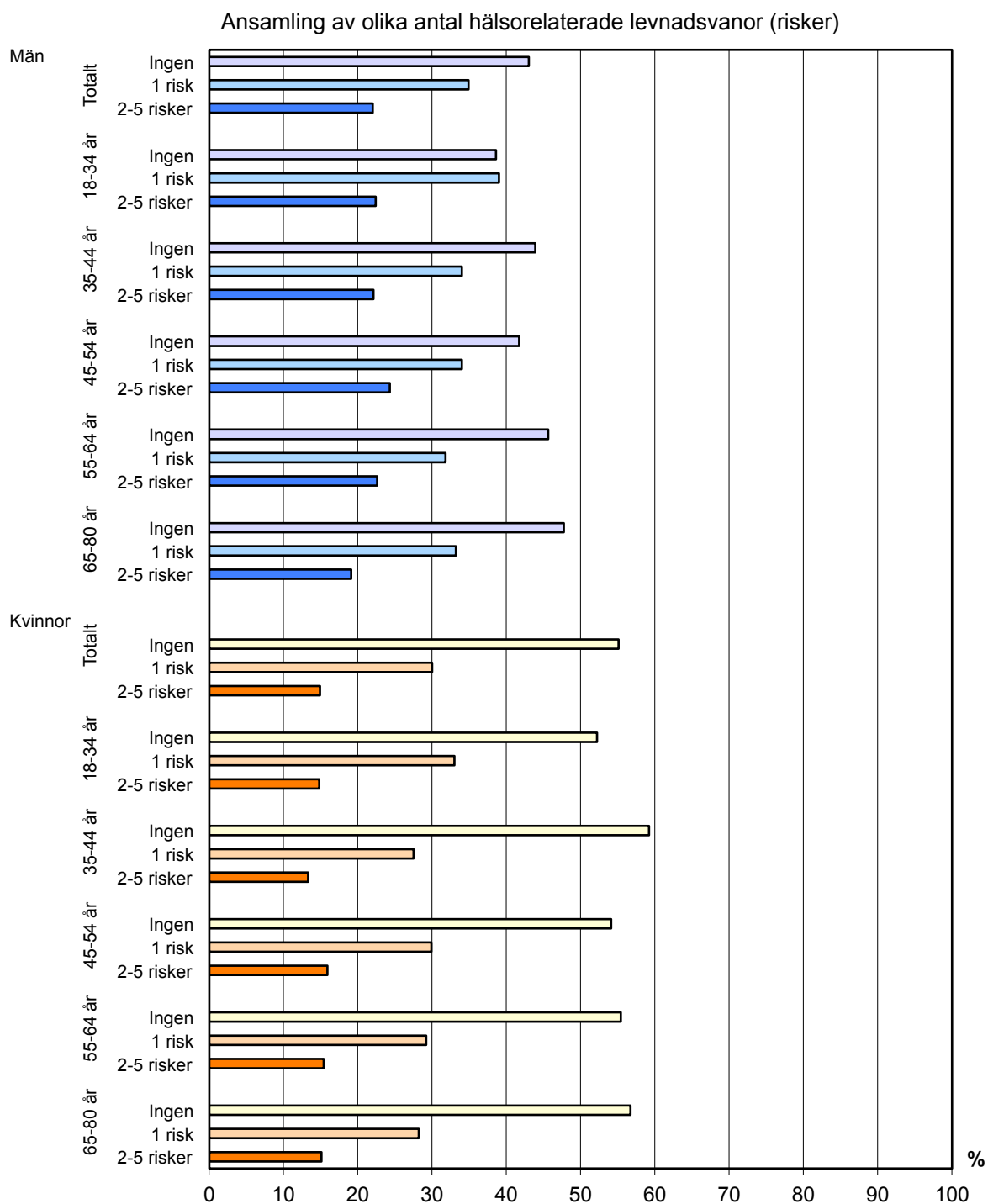
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ses en nedgång i andelen som lagligen fört in alkohol under det senaste året jämfört med 2004 och 2008 bland både män och kvinnor. Laglig införsel av alkohol är liksom tidigare (2004 och 2008) vanligast i åldersgrupperna 45-54 år och 55-64 år (Figur 4.25).



Figur 4.25. Andel män och kvinnor med en laglig privat införsel av alkohol i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

4.7 Ansamling av riskfaktorer

Det förekommer att individer har en ansamling av flera betydelsefulla riskfaktorer som påverkar hälsan negativt. Olika riskfaktorer kan samverka och ge en ökad risk för dålig hälsa som är större än summan av de olika enskilda riskfaktorerna. Daglig rökning, låg fysisk aktivitet, låg konsumtion av frukt och grönsaker, fetma och riskkonsumtion av alkohol är fem sådana centrala riskfaktorer. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 35 % av männen och 30 % av kvinnorna en riskfaktor, medan 22 % av männen och 15 % av kvinnorna hade 2-5 riskfaktorer (Figur 4.26).



Figur 4.26. Ansamling av riskfaktorer (daglig rökning, låg fysisk aktivitet, låg konsumtion av frukt och grönsaker, fetma och riskkonsumtion av alkohol) bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

4.8 Upplevelsen av att själv kunna påverka sin hälsa

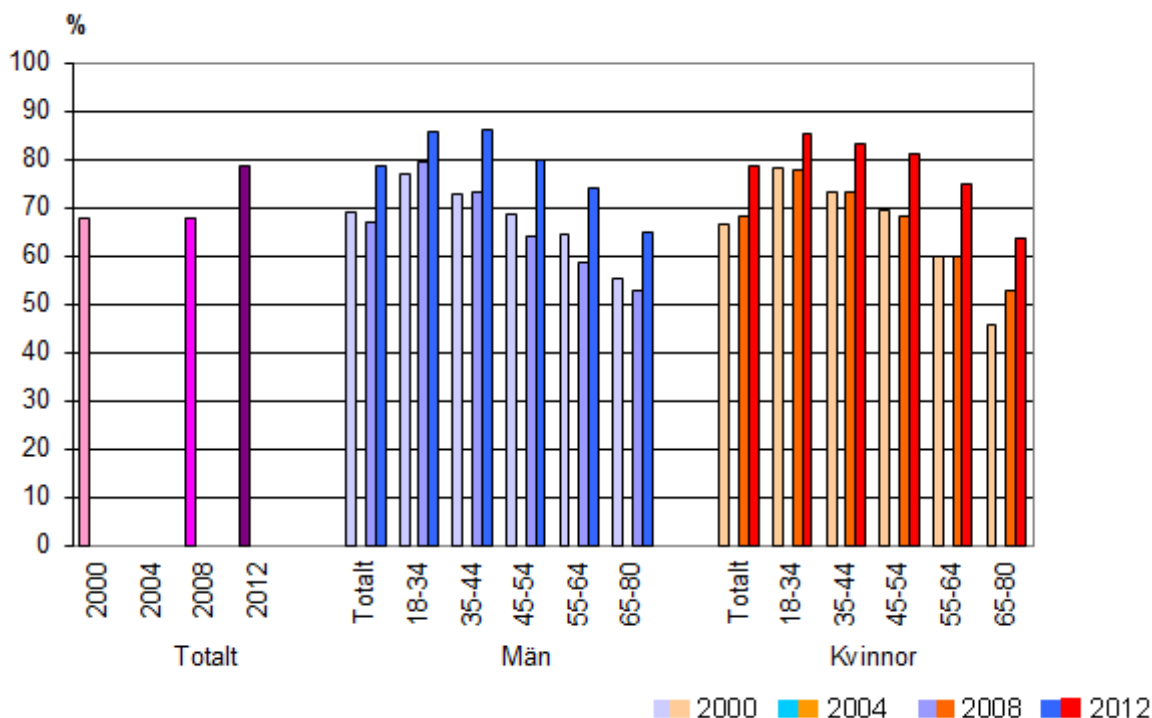
Jämförelse med Sverige saknas



I vilken utsträckning man upplever att man själv kan påverka sin hälsa har betydelse för hälsorelaterade beteenden. De som upplever att de själv kan påverka sin hälsa röker i mindre utsträckning, äter hälsosammare och rör sig mer.²³ Känslan av att kunna påverka sin egen hälsa minskar med åldern och påverkas negativt av arbetslöshet samt kombinationen av höga krav och låg kontroll på arbetet (job strain).²⁴

Vi har ställt frågan ”Tror du att du kan göra något själv för att bevara en god hälsa?” med tre svarsalternativ; ”Ja, jag tror att egen insats är mycket betydelsefull”, ”Ja, jag tror att egen insats har viss betydelse” och ”Nej, jag tror inte att egen insats har någon betydelse”.

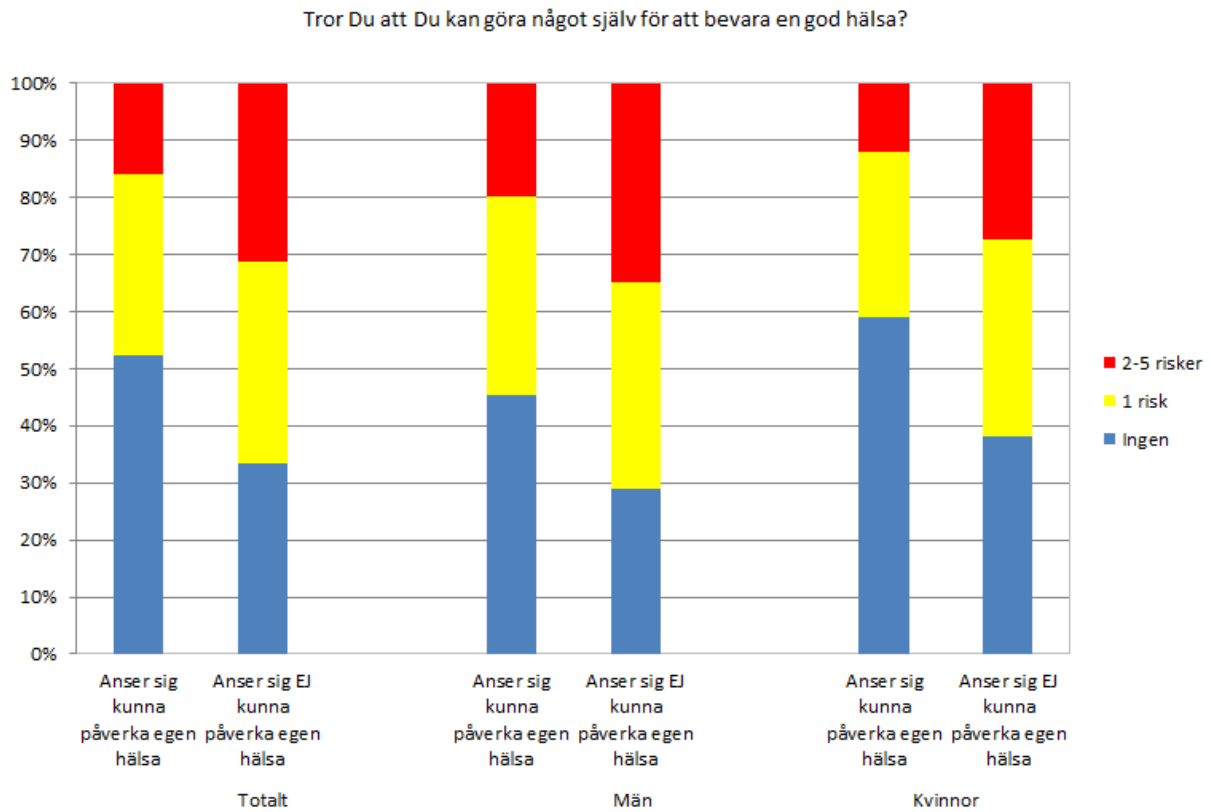
I Folkhälsoenkäterna 2000 och 2008 ansåg knappt 70 % att de kunde påverka den egna hälsan. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 har andelen som anser sig kunna påverka den egna hälsan ökat till 80 % bland både män och kvinnor. Det är vanligare bland yngre att man anser sig kunna påverka den egna hälsan. Andelen har ökat i alla åldersgrupper för båda könen (Figur 4.27).



Figur 4.27. Andel män och kvinnor med upplevelse av att själv kunna påverka sin hälsa i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2008 och 2012.

Upplevelsen av att kunna påverka den egna hälsan har samband med fördelningen av det mått på ansamling av riskfaktorer som tidigare definierats och redovisats i detta kapitel. De som upplever att de inte kan påverka den egna hälsan har fler riskfaktorer än de som känner att de kan påverka sin egen hälsa bland både män och kvinnor (Figur 4.28). Av alla män som

upplever att de kan påverka den egna hälsan har 20 % 2-5 riskfaktorer, men av män som inte upplever detta är motsvarande andel 35 %. Av de kvinnor som upplever att de kan påverka den egna hälsan har 12 % 2-5 riskfaktorer mot 27 % av kvinnor som inte upplever att de kan påverka den egna hälsan.



Figur 4.28. Ansamling av riskfaktorer (daglig rökning, låg fysisk aktivitet, låg konsumtion av frukt och grönsaker, fetma och riskkonsumtion av alkohol) och upplevelse av att själv kunna påverka sin hälsa. Män och kvinnor, Folkhälsoenkät Skåne 2012.

4.9 Spelvanor

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 0,6

Män(-) 0,8

Kvinnor.....(-) 0,4

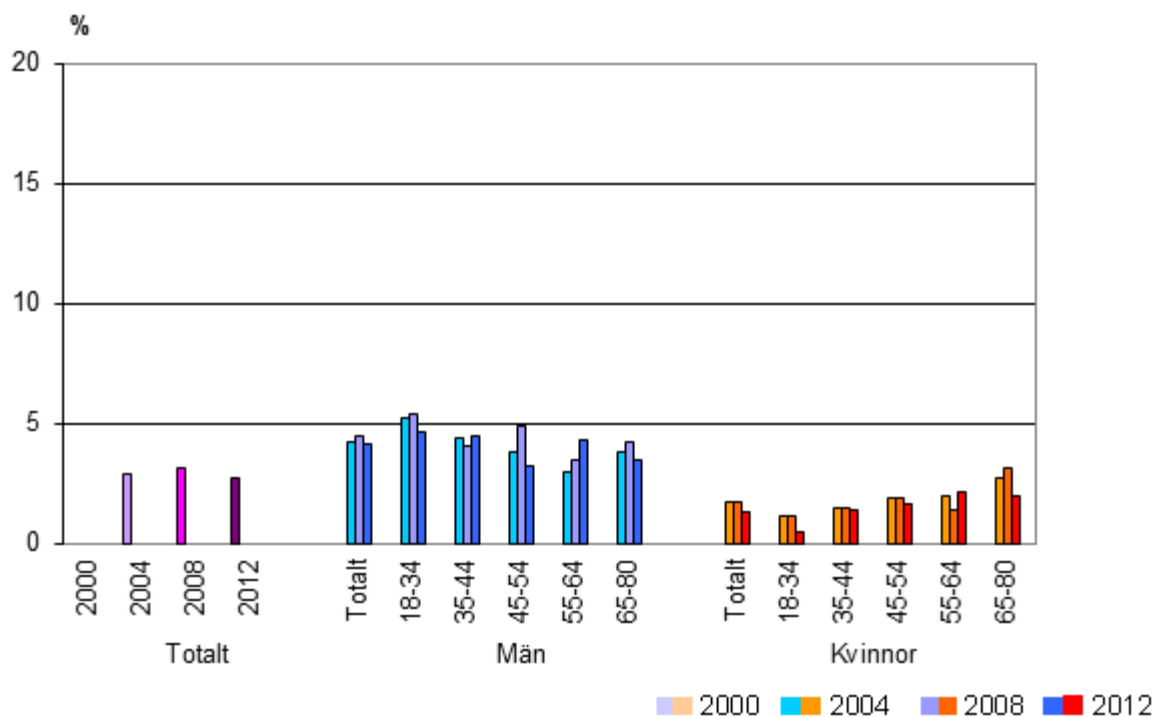


Spelberoende är ett betydande folkhälsoproblem med hög prevalens i många länder.²⁵ Internationell forskning visar att socialt utsatta grupper med till exempel kortare utbildning, lägre socioekonomisk status definierad av yrke, lägre inkomst och mindre kontantmarginaler har en starkt ökad risk att ha riskabla spelvanor. Internationell forskning visar också att riskabla spelvanor är associerade med en ökad risk för riskabla alkoholvanor, en ökad risk att använda narkotika och ökad kriminalitet.²⁶

Enligt Folkhälsoinstitutets Nationella Folkhälsoenkät 2011 hade 5 % av männen och 2 % av kvinnorna riskabla spelvanor, ett begrepp som mättes med hjälp av tre frågor som handlade om bland annat spelande under det senaste året, storleken på insatsen senaste veckan samt förnekelse och vilja att ta sig ur spelberoende. En stor majoritet (79 %) av de med riskabla spelvanor ville ta sig ur dessa. Liksom i flertalet internationella undersökningar är riskabla spelvanor vanligare i socialt utsatta grupper med lägre socioekonomisk status (yrke), lägre utbildning, lägre inkomst och bland personer med utländsk bakgrund.²²

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 har 4 % av männen och 1 % av kvinnorna riskabla spelvanor. Andelen med riskabla spelvanor är oförändrad sedan motsvarande folkhälsoundersökningar i Skåne år 2004 och 2008. År 2000 ingick inte spelvanor i Folkhälsoenkäten. Bland män finns inga tydliga ålderskillnader i riskabla spelvanor. Bland kvinnor tenderar riskabla spelvanor att öka något med åldern (Figur 4.29).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med riskabla spelvanor i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 4.29. Andel män och kvinnor med riskabla spelvanor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

4.10 Sammanfattning

- *Andelen dagliga rökare har minskat bland både män och kvinnor sedan föregående undersökning år 2008.*
- *Cirka 12 % av männen och kvinnorna röker dagligen.*
- *De stora socioekonomiska skillnaderna i daglig rökning består.*
- *Användningen av nikotinersättningsmedel vid rökstopp har ökat kraftigt sedan 1970-talet och är vanligare bland kvinnor, medan snusning som hjälp vid rökstopp är mycket vanligare bland män.*
- *En stor majoritet av både manliga och kvinnliga rökare vill sluta, men många känner att de behöver stöd.*
- *Daglig snusning är mycket vanligare bland män, i synnerhet yngre män.*
- *Den totala andelen tobaksbrukare, rökare och snusare, har minskat kraftigt under perioden 2000-2012. Endast en liten andel både röker och snusar.*
- *Nedgången av tobaksbruk ses i alla åldersgrupper utom i den äldsta gruppen 65-80 år.*
- *Cirka var tionde man och kvinna utsätts dagligen för passiv rökning.*
- *Andelen som är utsatta för passiv rökning har minskat kraftigt bland män och kvinnor sedan 2004.*
- *Andelen vuxna som röker vattenpipa är låg och i huvudsak koncentrerad till åldern 18-34 år.*
- *Andelen som någon gång rökt hasch har ökat kraftigt sedan 2000, och utgör knappt en femtedel av männen och drygt en tiondel av kvinnorna.*
- *Tre av fyra män och kvinnor vill öka sin fysiska aktivitet.*
- *En tredjedel av männen och knappt en femtedel av kvinnorna har låg konsumtion av frukt och grönsaker.*
- *Riskkonsumtion av alkohol är vanligare bland män än bland kvinnor oavsett hur man mäter riskkonsumtion.*
- *Cirka 15-20% av männen och en tiondel av kvinnorna är riskkonsumenter av alkohol.*
- *Ansamling av flera riskfyllda levnadsvanor hos samma individ är vanligare bland män än bland kvinnor.*
- *En stor majoritet av både män och kvinnor, ungefär fyra av fem, upplever att de själva kan påverka sin hälsa.*
- *De som upplever att de inte kan påverka den egna hälsan har fler riskfaktorer än de som känner att de kan påverka sin egen hälsa bland både män och kvinnor.*
- *Riskabla spelvanor är vanligare bland män än bland kvinnor.*

4.11 Referenser

1. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2006.
2. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
3. Lindström M, Modén B, Rosvall M. A life-course perspective on economic stress and tobacco smoking: a population-based study. *Addiction* 2013; 108: 1305-14.
4. Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-111-2>
5. Grahn M, Lindström M, Merlo J, Modén B, Östergren PO, Rosvall M. Hälsförhållanden i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2008. Malmö: Socialmedicinska enheten, 2009.
6. Ali SM, Chaix B, Merlo J, Rosvall M, Wamala S, Lindström M. Gender differences in daily smoking prevalence in different age strata: a population-based study in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009; 37: 146-52.
7. Lindström M, Sundquist J. Ethnic differences in daily smoking in Malmö, Sweden: Varying influence of psychosocial and economic factors. *European Journal of Public Health* 2002; 12(4): 287-294.
8. Naiman A, Glazier RH, Moineddin R. Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 182: 761-767.
9. Johnson EL, Beal JR. Impact of a comprehensive smoke-free law following a partial smoke-free law on incidence of heart attacks at a rural community hospital. *Nicotine and Tobacco Research* 2013; 15(3): 745-747.
10. Statens Folkhälsoinstitut. Vattenpipa-rök utan risk? Hälsoeffekter, vanor, attityder och tillsyn. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut R2010:22, 2010.
11. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Abou Jaoude P, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39: 834-857.
12. Akl EA, Gunukula SK, Aleem S, Obeid R, Jaoude PA, Honeine R, et al. The prevalence of waterpipe tobacco smoking among the general and specific populations: a systematic review. *BMC Public Health* 2011; 11: 244-255.
13. Grahn M, Modén B, Fridh M, Lindström M, Rosvall M. Folkhälsorapport barn och unga i Skåne 2012 – en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Epidemiologisk bevakning och analys. Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet. Region Skåne 2012.
<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/folkhalsa/dokument/Rapport.pdf>

14. Zierath JR. Invited review: Exercise training-induced changes in insulin signaling in skeletal muscle. *Journal of Applied Physiology* 2002; 93(2): 773-781.
15. Statens folkhälsoinstitut och Yrkesföreningar (YFA). FYSS-Fysisk aktivitet i prevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr. 2003:44, 2003.
16. Lindström M, Sundquist J. Immigration and leisure-time physical activity: A population-based study. *Ethnicity and Health* 2001; 6(2): 77-85.
17. Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Thorsdottir I, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2004: Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2004. Nord 2004:13.
18. Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management. *Journal of the American Dietetic Association* 2005; May 105 (5 Suppl 1): S98-103.
19. Ello-Martin JA, Roe LS, Ledikwe JH, Beach AM, Rolls BJ. Dietary density in the treatment of obesity: a year-long trial comparing 2 weight-loss diets. *American Journal of Clinical Nutrition* 2007 Jun; 85(6): 1465-1477.
20. Berglund D, Bergsröm K, Nilsson K. Levnadsvanor. Lägesrapport 2011. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut Rapport A 2012:03, 2012.
21. Ramstedt M, Lindell A, Raninen J. Tal om alkohol- en statistisk årsrapport från Monitorprojektet. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD, Stockholms Universitet, Forskningsrapport 67, 2013.
22. Guttormsson U, Fender E. Drogutvecklingen i 2007. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 2007.
23. Helmer SM, Krämer A, Mikolajczyk RF. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Research Notes* 2012;5:703.
24. Sadiq MA, Lindström M. Psychosocial work conditions, unemployment and health locus of control: A population based study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008;36:429-435.
25. Stucki S, Rihs-Middel M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An Update. *Journal of Gambling Studies* 2007; 23: 245-257.
26. Jacobsson T. Överdrivet spelande och hälsa. En systematisk litteraturöversikt. Östersund: Statens folkhälsoinstitut Rapport 2012:06, 2012.

**Sociala relationer
och trygghet**

5

5 Sociala relationer och trygghet

Sociala relationer och känsla av trygghet är viktiga förutsättningar för ett gott liv och en god hälsa och kan mätas på olika sätt och i olika dimensioner. Vissa begrepp som ekonomisk stress och att ha blivit utsatt för kränkning är individens upplevelse av sin egen situation. Andra begrepp och egenskaper hos sociala relationer som emotionellt (känslomässigt) och instrumentellt (praktiskt) stöd liksom vård av anhörig hänför sig till individens omedelbara sociala närhet. Frågor om trygghet i det egna bostadsområdet relaterar till den geografiska och fysiska närmiljön. Begreppen socialt deltagande i olika sociala nätverk, organisationer och aktiviteter i samhället samt generaliserad tillit till andra människor handlar om människans plats i samhället och kontaktytor mot samhället.

Socialt deltagande och tillit definieras ofta i folkhälsolitteraturen som två dimensioner av socialt kapital. Ett samhälle med högt socialt kapital kännetecknas av ett gott samarbete mellan individer, grupper, organisationer och offentliga myndigheter samt låga transaktionskostnader.¹ Socialt deltagande och tillit till andra människor är två dimensioner av socialt kapital som ibland benämns ”strukturellt” socialt kapital respektive ”kognitivt” socialt kapital.^{1,2,3} Socialt kapital påverkar olika aspekter av hälsa via åtminstone fyra olika mekanismer; via psykologiska och psykosociala mekanismer, via normer och värderingar som påverkar levnadsvanor och andra hälsorelaterade beteenden, via ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård och annan samhällsservice samt via en minskad risk för att bli utsatt för framför allt våldsbrott.⁴ En lång rad studier har funnit starka samband mellan socialt kapital och hälsa och hälsorelaterade levnadsvanor.⁵

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågor om bland annat emotionellt stöd, praktiskt stöd, vård av anhörig, tillit till andra människor, socialt deltagande, datoranvändning och sociala kontaktytor vid datoranvändning, trygghet i det egna bostadsområdet, hot om våld, ekonomisk stress, kränkning och trångboddhet.

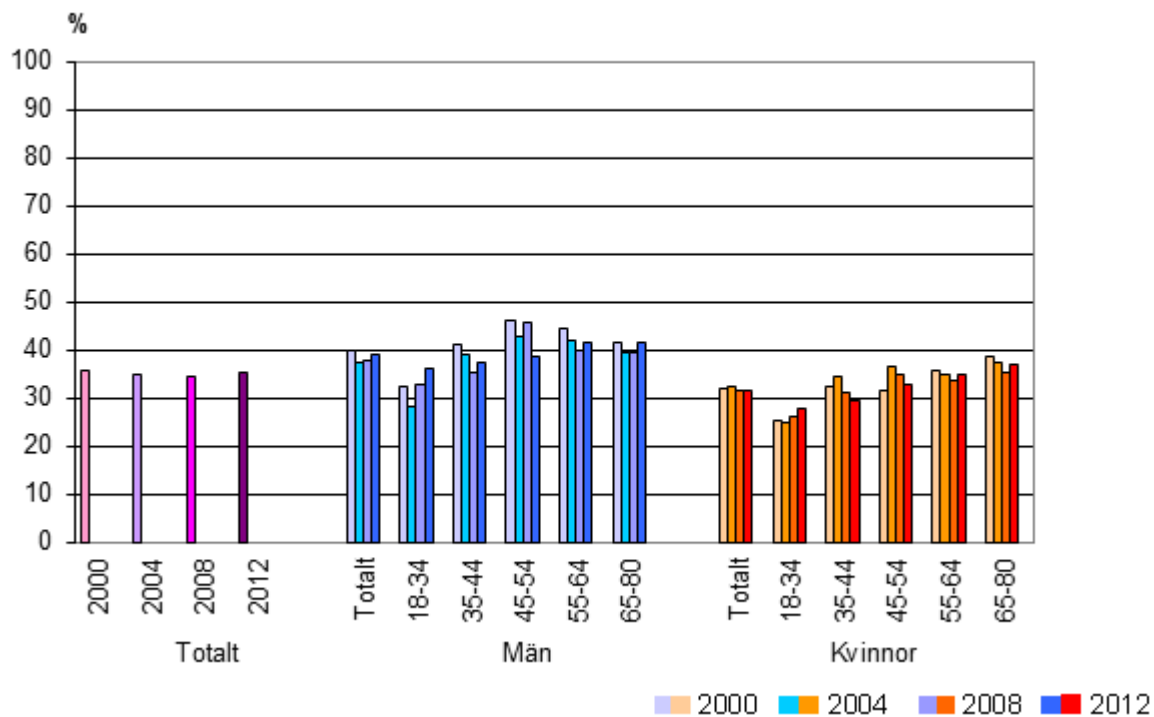
5.1 Svagt emotionellt stöd

Jämförelse med Sverige saknas



Emotionellt stöd innebär att ha någon närstående som kan ge personligt stöd och som man kan tala ut med om livets stress och problem. Svagt emotionellt stöd innebär avsaknad av sådant personligt stöd, och detta medför risk för ökad psykosocial stress. Den ökade psykosociala stressen kan i sin tur leda till en ökad risk för framför allt psykisk ohälsa, men även enligt vissa studier ge ökad risk för hjärtkärlsjukdomar.⁶

Svagt emotionellt stöd är vanligare bland män än bland kvinnor. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav 39 % av männen och 32 % av kvinnorna att de har ett svagt emotionellt stöd (Figur 5.1). Andelen med svagt emotionellt stöd liksom könsskillnaden är oförändrade jämfört med Folkhälsoundersökningarna i Skåne 2000, 2004 och 2008. Bland äldre är andelen som uppger svagt emotionellt stöd högre än bland yngre, och detta mönster har varit oförändrat för båda könen under hela perioden 2000-2012.



Figur 5.1. Andel män och kvinnor med ett svagt emotionellt stöd fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

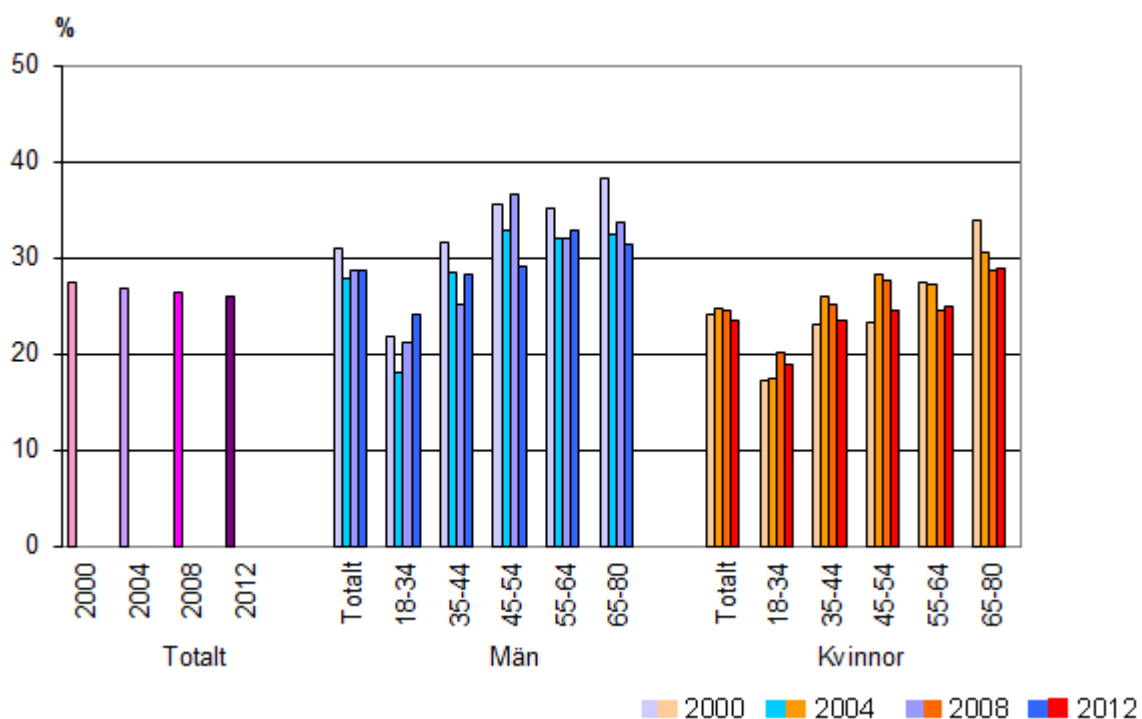
5.2 Svagt praktiskt stöd

Jämförelse med Sverige saknas



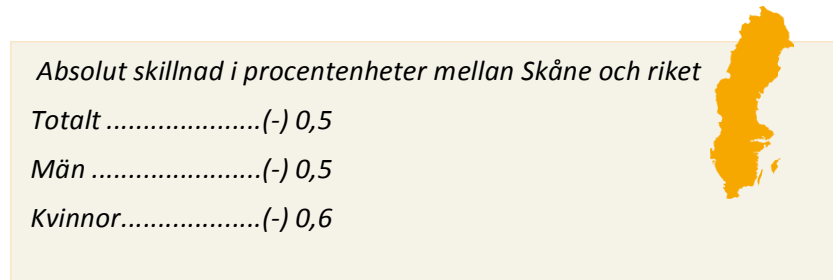
Praktiskt stöd innebär att kunna få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem (låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp att skriva en skrivelse, få råd eller information).

Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar att svagt praktiskt stöd liksom svagt emotionellt stöd är vanligare bland män än bland kvinnor (Figur 5.2). Under perioden 2000-2012 har andelen med svagt praktiskt stöd legat tämligen oförändrad jämfört med Folkhälsoundersökningarna i Skåne 2000, 2004 och 2008. Svagt praktiskt stöd är vanligare bland äldre än bland yngre. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade knappt en fjärdedel av männen i åldersgruppen 18-34 år ett svagt praktiskt stöd jämfört med en tredjedel av männen i åldersgruppen 65-80 år. Bland kvinnor i åldersgruppen 18-34 år rapporterade knappt en femtedel svagt praktiskt stöd jämfört med knappt en tredjedel av kvinnor i åldersgruppen 65-80 år.



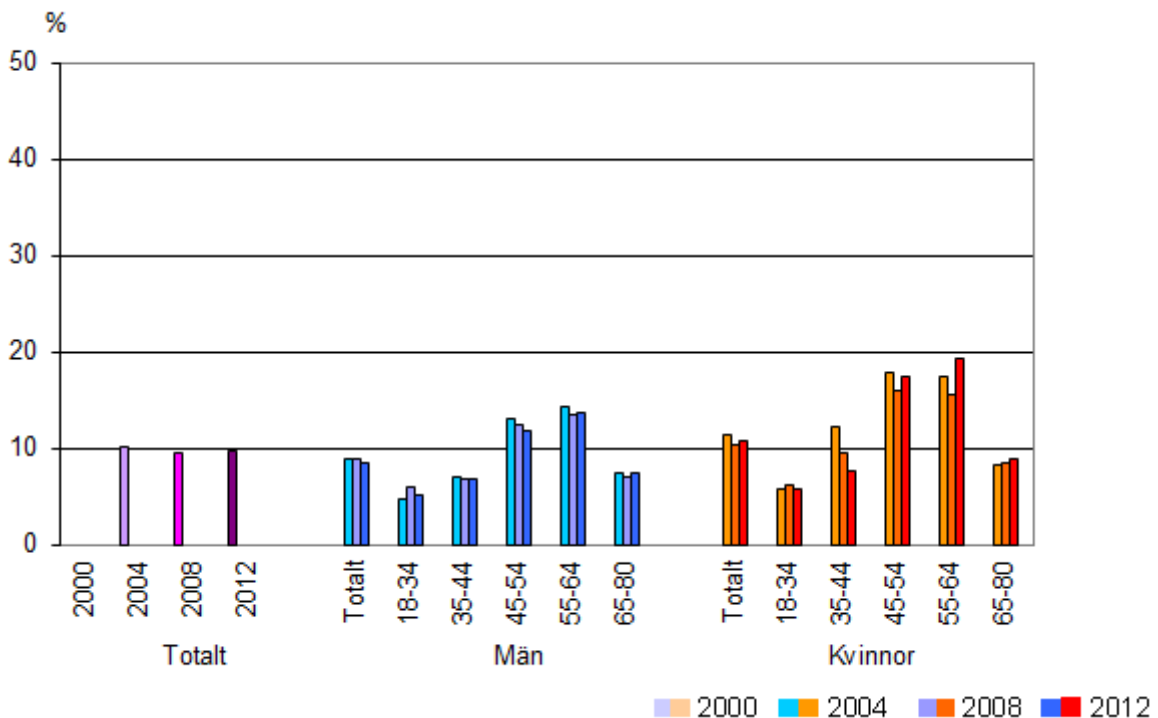
Figur 5.2. Andel män och kvinnor med ett svagt praktiskt stöd fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

5.3 Vård av anhörig



I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har du någon gammal, sjuk eller funktionshindrad närstående som du behöver hjälpa med vardagliga sysslor, se till eller vårda?” Figur 5.3 redovisar de som svarat ”ja” på denna fråga. Cirka 8 % av alla män och 11 % av kvinnorna uppgav att de ger vård eller hjälp till anhörig. Andelen har inte förändrats sedan Folkhälsoenkäterna i Skåne 2004 och 2008. Att hjälpa anhörig är mindre vanligt i de yngre åldersgrupperna 18-34 år och 35-44 år samt i den äldsta åldersgruppen 65-80 år. I åldersgruppen 55-64 år rapporterade 14 % av männen och 19 % av kvinnorna att de vårdar anhörig. Andelen som vårdar anhörig har i stort sett varit oförändrad i alla åldersgrupper under perioden 2004-2012.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som rapporterat att de vårdar eller hjälper en anhörig i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 5.3. Andel män och kvinnor som uppgett vård av anhörig fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2004, 2008 och 2012.

5.4 Låg tillit till andra

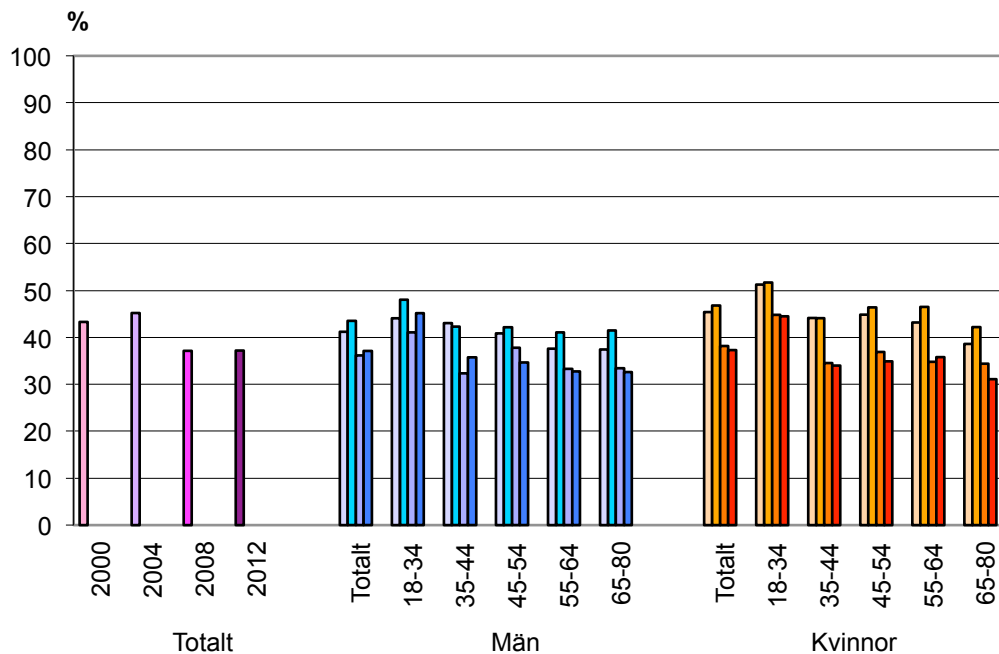
Jämförelse med Sverige saknas



Tillit är en aspekt av socialt kapital som ibland betecknas som ”kognitivt socialt kapital”, det vill säga den självupplevda tilliten till andra.

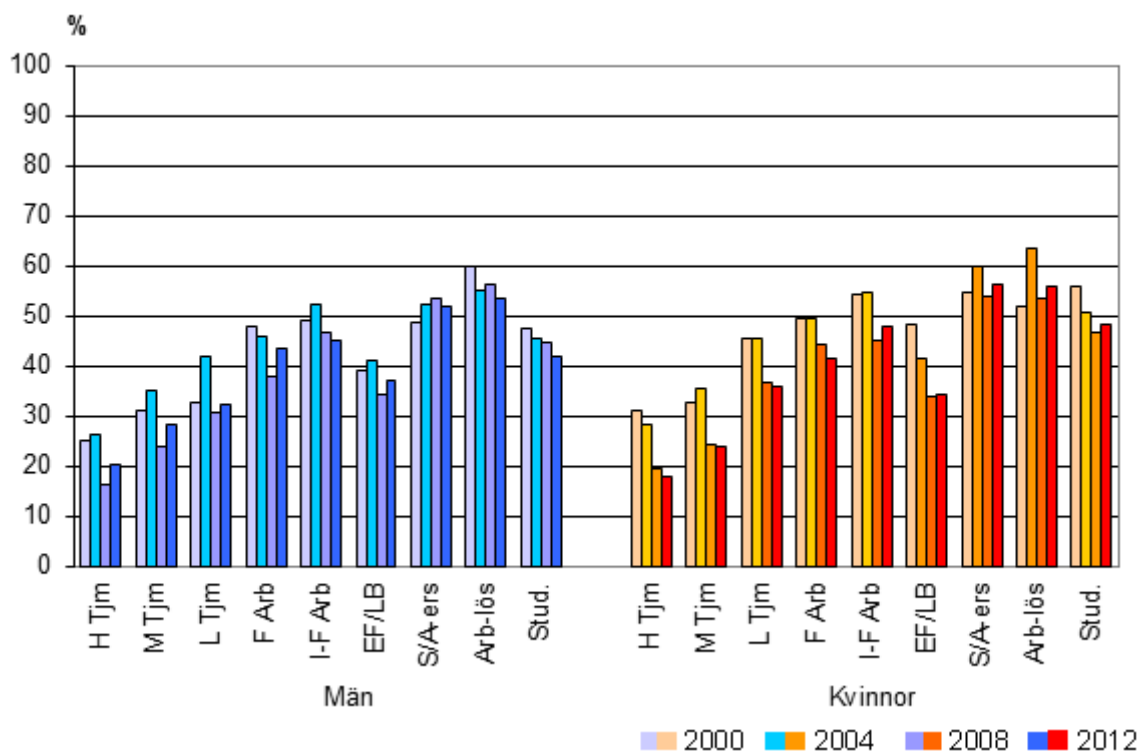
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 finns bland annat frågor om generaliserad tillit till andra människor som mäter i vilken utsträckning man litar på andra människor i samhället inklusive främlingar som man aldrig tidigare mött. Låg tillit till andra har liksom socialt deltagande ett starkt samband med dålig självrapporterad hälsa och samtidigt ett starkare samband med självrapporterad psykisk hälsa än vad socialt deltagande har.⁷

Andelen som uppgett låg generaliserad tillit till andra människor har minskat från 41 % till 37 % bland män och från 45 % till 37 % bland kvinnor i Skåne under perioden 2000-2012. Andelen med låg tillit är högre bland yngre män och kvinnor än bland äldre. Bland äldre och medelålders män har andelen med låg tillit minskat något under perioden 2000-2012, men bland yngre män är andelen med låg tillit oförändrad år 2012 jämfört med år 2000. Bland kvinnor har andelen med låg tillit minskat i alla åldersgrupper under tolvårsperioden (Figur 5.4).



Figur 5.4. Andel män och kvinnor som uppgett låg tillit till andra fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

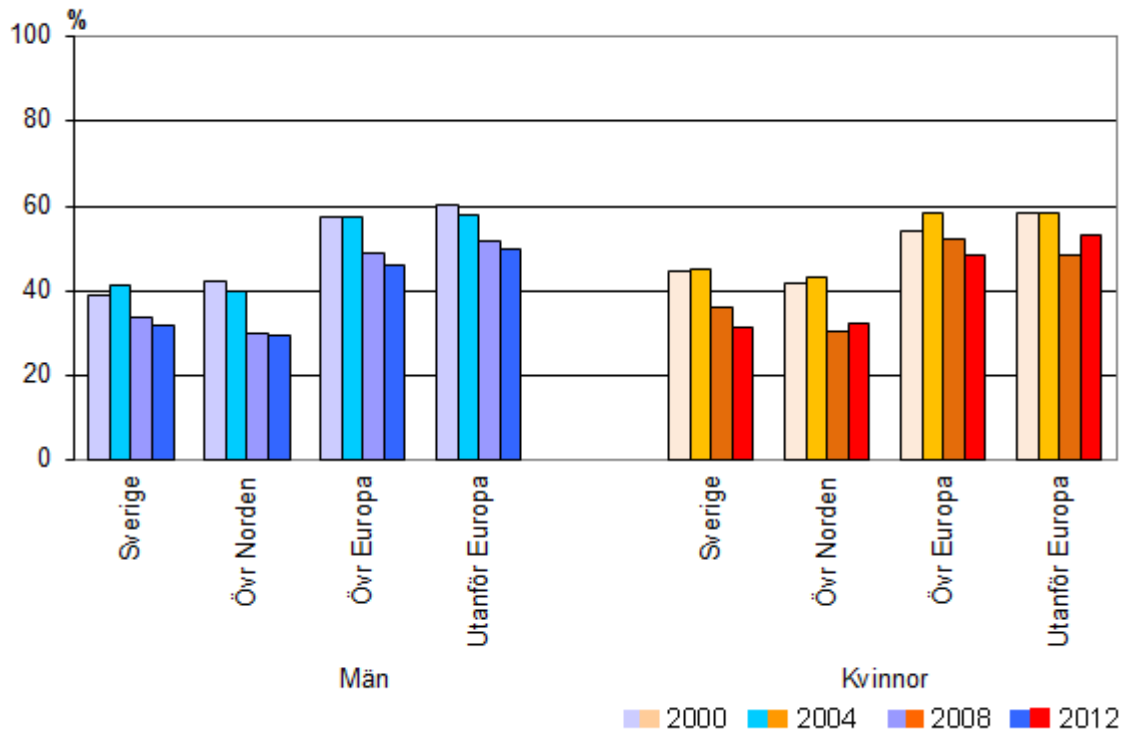
Tillit till andra varierar med socioekonomisk status och anknytning till arbetsmarknaden. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är andelen med låg tillit till andra 20 % bland manliga högre tjänstemän, 45 % bland manliga icke facklärd arbetare, 52 % bland män med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och 54 % bland arbetslösa män (Figur 5.5). Bland kvinnor är andelen med låg tillit till andra 18 % bland högre tjänstemän, 48 % bland icke facklärd arbetare, 56 % bland kvinnor med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och 56 % bland arbetslösa. Andelen med låg tillit till andra har minskat under perioden 2000-2012 i de flesta socioekonomiska grupper med sysselsättning på arbetsmarknaden, men i gruppen män och kvinnor med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning samt arbetslösa kvinnor ses ingen nedgång under perioden.



Figur 5.5. Andel män och kvinnor som uppgett låg tillit till andra fördelat på olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare= EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

De geografiska skillnaderna i förekomsten av låg tillit är väldigt små bland såväl män som kvinnor vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungruppsindelning (visas ej i figur).

Generaliserad tillit till andra varierar med födelseland. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterades låg tillit av 32 % av männen födda i Sverige, 29 % av männen födda i övriga Norden, 46 % av männen födda i övriga Europa och 50 % av männen födda i övriga världen. Låg tillit rapporteras av 31 % av kvinnorna födda i Sverige, drygt 32 % av kvinnorna födda i övriga Norden, 48 % av kvinnorna födda i övriga Europa och 53 % av kvinnorna födda i övriga världen (Figur 5.6). Andelen med låg tillit har minskat, både bland män och bland kvinnor, i samtliga fyra grupper definierade med utgångspunkt i födelseland under perioden 2000-2012.



Figur 5.6. Andel män och kvinnor som uppgett låg tillit till andra fördelat på födelseland i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Född i Sverige=Sverige; Född i övriga Norden=Övr Norden; Född i Övriga Europa=Övr Europa; Född utanför Europa=Utanför Europa.

5.5 Lågt socialt deltagande

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 2,4

Män(-) 3,0

Kvinnor.....(-) 1,8



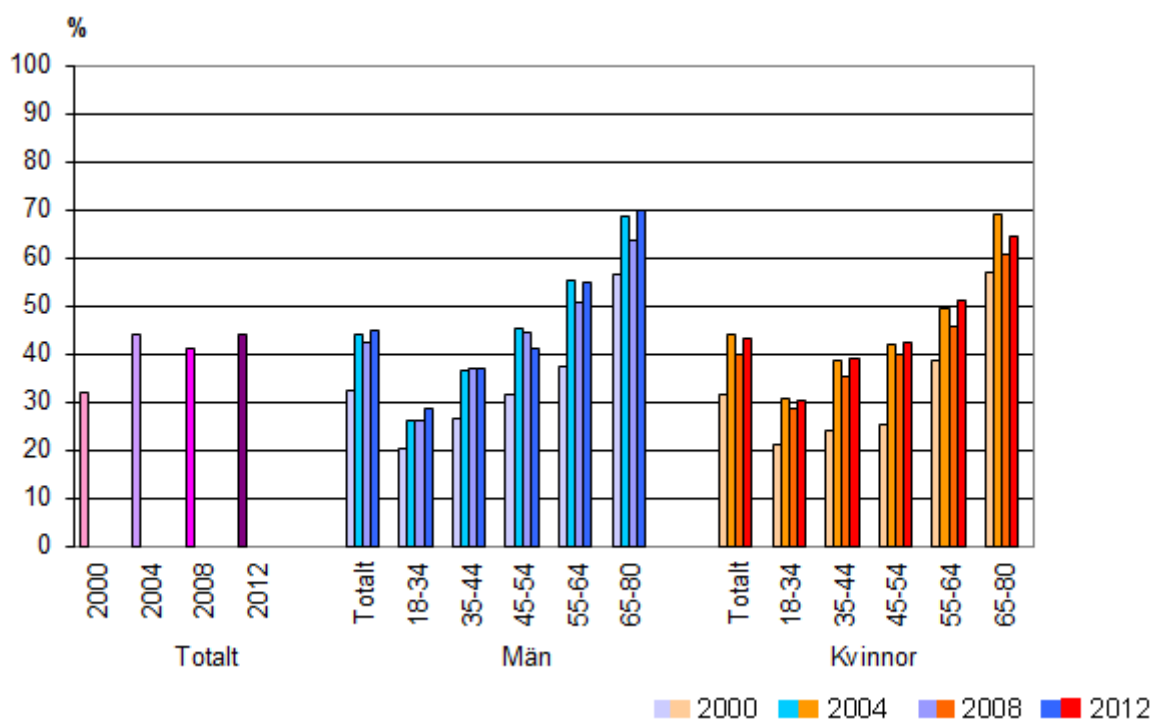
Lågt socialt deltagande och tillit är två olika dimensioner av socialt kapital.^{1,2,3} Socialt deltagande benämns ibland ”strukturellt socialt kapital”. Socialt deltagande har ett starkt samband med ett flertal levnadsvanor som är av central betydelse för hälsan som till exempel förmågan att sluta röka, tillräcklig fysisk aktivitet på fritiden och goda kostvanor.⁸ Socialt deltagande anses även skydda hälsan genom att minska psykosocial stress.⁹ Socialt deltagande har enligt vissa studier en skyddande effekt mot hjärtinfarkt och slaganfall, men studier har också visat en skyddande effekt mot återinsjuknande efter hjärtinfarkt och slaganfall.¹⁰

Socialt deltagande innefattar en rad kontaktytor mot människor, grupper och organisationer i samhället. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 fick de tillfrågade ange om de under de senaste tolv månaderna deltagit i studiecirkel/kurs på sin arbetsplats, i studiecirkel/kurs på sin fritid, i fackföreningsmöte, i annat föreningsmöte, varit på teater/bio, på konstutställning, deltagit i religiös sammankomst, varit på sportevenemang, skrivit insändare i tidning/tidskrift, deltagit i demonstration, besökt offentlig tillställning, deltagit i större släktsammankomst eller varit på

privat fest hos någon. Tre eller färre av dessa aktiviteter under det gångna året definieras som lågt socialt deltagande, fyra eller flera som högt. Frågan har använts i enkäter i Sverige sedan 1970-talet.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav 45 % av männen och 43 % av kvinnorna ett lågt socialt deltagande (Figur 5.7). Andelen med ett lågt socialt deltagande har ökat något jämfört med Folkhälsoundersökningen år 2008, men har ökat kraftigt sedan undersökningen år 2000. Lågt socialt deltagande har ökat kraftigt i alla åldersgrupper för båda könen jämfört med undersökningen 2000. Skillnaden mellan könen har varit liten i alla fyra undersökningarna.

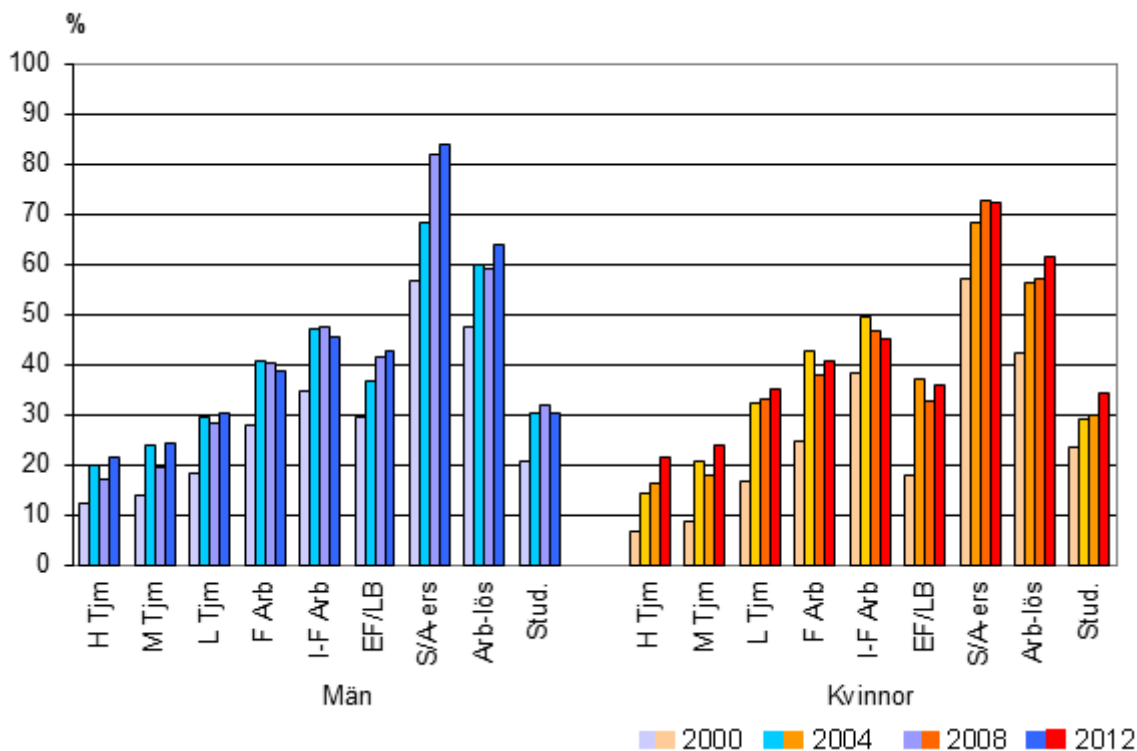
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med ett lågt socialt deltagande lägre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne grönmarkerat på kartan) som för män, men är inte statistiskt säkerställt för kvinnor.



Figur 5.7. Andel män och kvinnor som uppgett lågt socialt deltagande fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

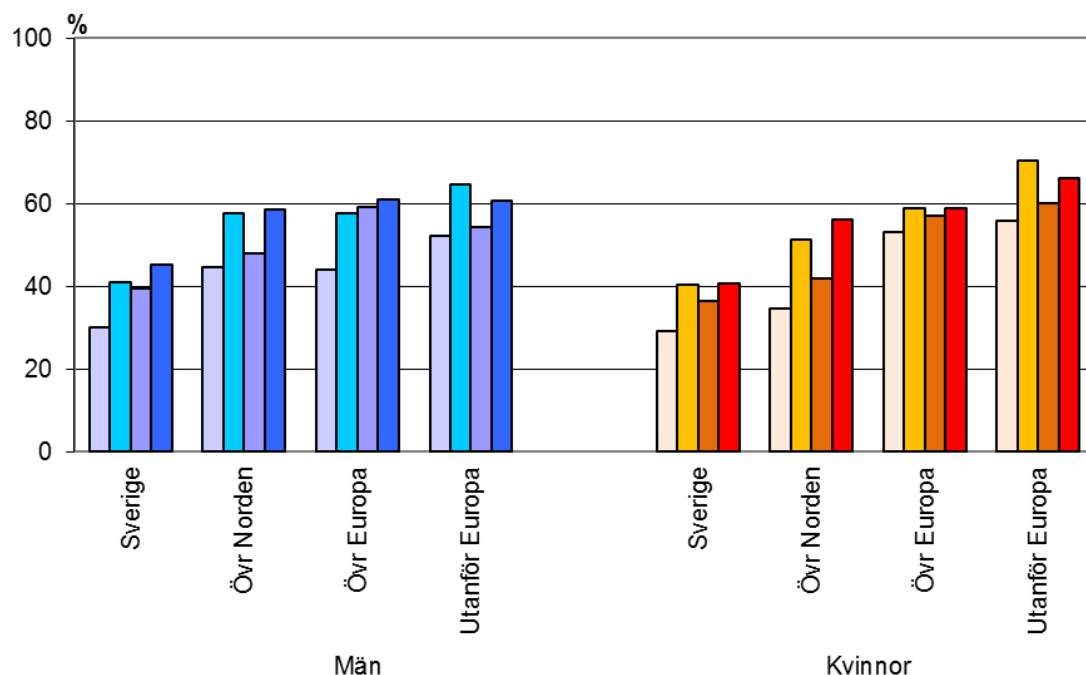
Datoranvändning och kommunikation via internet diskuterades som en möjlig aspekt av socialt kapital redan vid millennieskiftet.³ En intressant fråga är om den höga förekomsten av kommunikation med andra via datorn ersatt direktkommunikation i form av socialt deltagande av det traditionella slaget. Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2012 tyder snarast på motsatsen. Personer med lågt socialt deltagande har också lägre sannolikhet än personer med högt socialt deltagande att kommunicera med andra personer via datorn minst en gång i veckan. Bland män med lågt socialt deltagande är andelen som minst en gång i veckan kommunicerar med andra personer via datorn 53 % jämfört med 83 % bland män med högt socialt deltagande. Bland kvinnor med lågt socialt deltagande är andelen som kommunicerar med andra via datorn 60 % jämfört med 83 % bland kvinnor med högt socialt deltagande. De som kommunicerar med andra via datorn har således en högre benägenhet att också delta i traditionella sociala aktiviteter och direkta möten med andra.

Det finns stora socioekonomiska skillnader i socialt deltagande. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är andelen män med ett lågt socialt deltagande 22 % bland de högre tjänstemännen, 46 % bland icke facklärdare arbetare, 81 % bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och 64 % bland de arbetslösa (Figur 5.8). Liknande socioekonomiska skillnader i socialt deltagande ses bland kvinnor. Andelen kvinnor med lågt socialt deltagande är 22 % bland högre tjänstemän, 45 % bland icke facklärdare arbetare, 71 % bland kvinnor med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och 62 % bland arbetslösa.



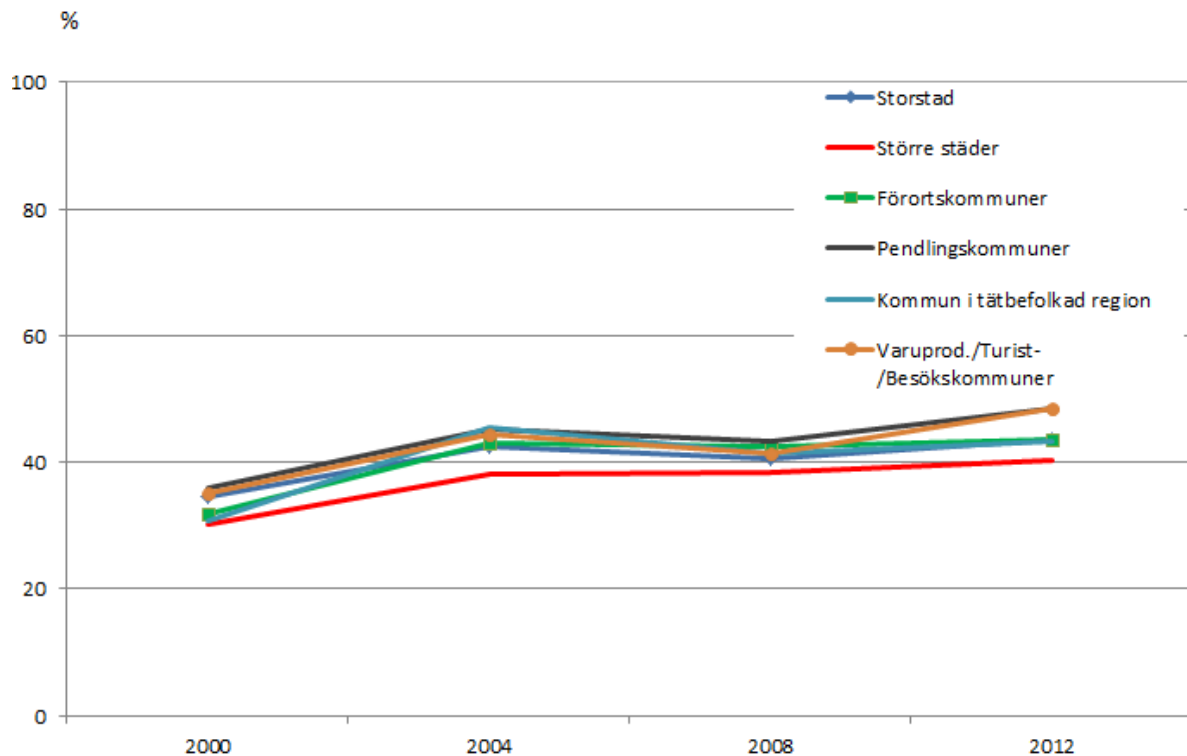
Figur 5.8. Andel män och kvinnor som uppgett lågt socialt deltagande fördelat på olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärdare arbetare=F arb; Icke facklärdare arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Lågt socialt deltagande varierar även med födelseland, vilket data redan från Folkhälsoundersökningen i Malmö 1994 visat.¹¹ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade drygt 45 % av männen födda i Sverige, tre femtedelar av männen födda i övriga Norden, övriga Europa och övriga världen utanför Europa ett lågt socialt deltagande (Figur 5.9). Vidare rapporterade två femtedelar av kvinnorna födda i Sverige, tre femtedelar av kvinnorna födda i övriga Norden och övriga Europa ett lågt socialt deltagande. Två tredjedelar av kvinnorna födda utanför Europa rapporterar ett lågt socialt deltagande. Lågt socialt deltagande har ökat i samtliga grupper definierade med utgångspunkt i födelseland under perioden 2000-2012.

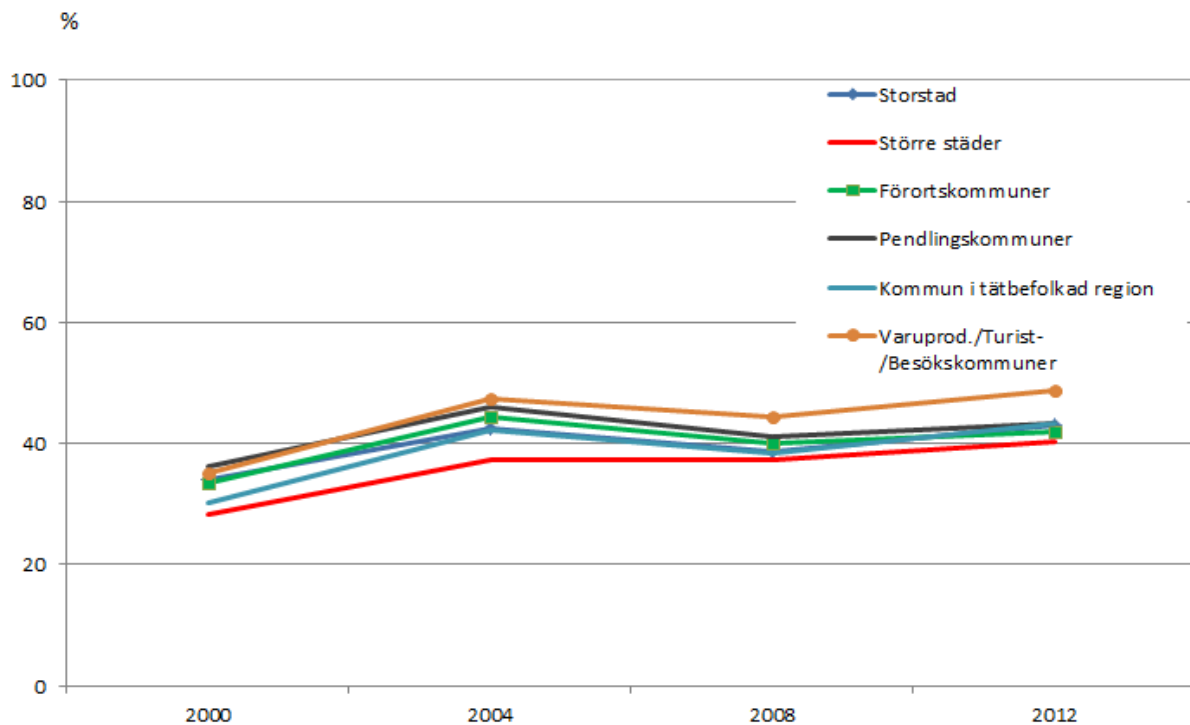


Figur 5.9. Andel män och kvinnor som uppgett lågt socialt deltagande fördelat på födelseland i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Född i Sverige=Sverige; Född i övriga Norden=Övr Norden; Född i Övriga Europa=Övr Europa; Född utanför Europa=Utanför Europa.

Vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungruppsindelning, ses små geografiska skillnader i andelen med ett lågt socialt deltagande bland både män (Figur 5.10) och kvinnor (Figur 5.11). Bland kvinnor ses (under perioden 2000-2012) en högre andel med ett lågt socialt deltagande i varuproducerande/turist- eller besökskommuner än i större städer. Generellt ses en trend mot en ökad andel med lågt socialt deltagande under perioden 2000-2012 bland såväl män som kvinnor inom alla kommuntyper.



Figur 5.10. Andel män med ett lågt socialt deltagande vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



Figur 5.11. Andel kvinnor med ett lågt socialt deltagande vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

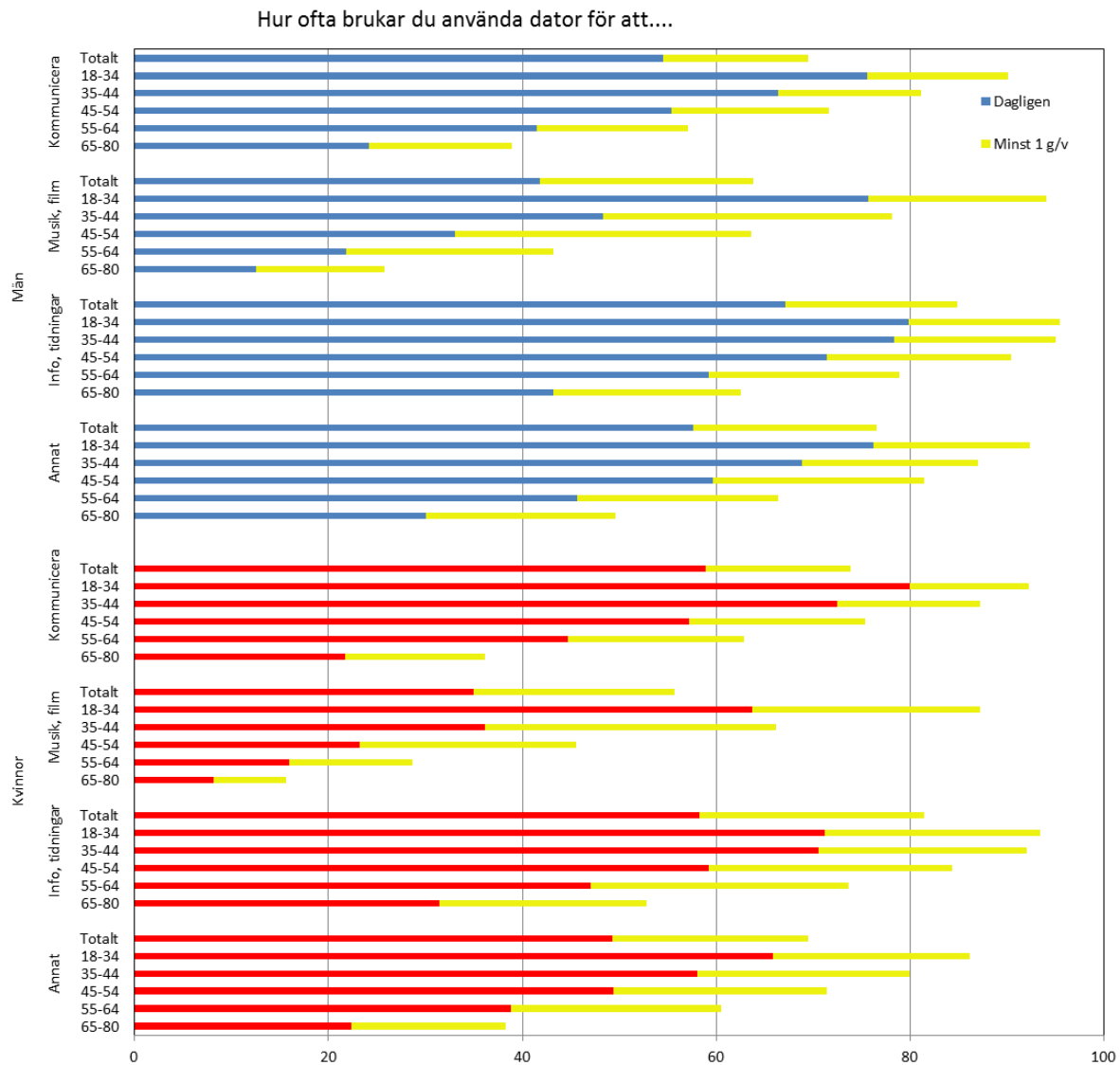
5.6 Datoranvändning

Jämförelse med Sverige saknas



Sverige har den högsta andelen invånare med tillgång till persondator i världen. Kommunikation med andra via dator kan ses som ett nytt sätt att kommunicera och därmed också som en ny aspekt av socialt kapital.³ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågor om användning av dator för att kommunicera med andra via e-mail, Facebook med mera, lyssna på musik, titta på film eller serier, leta information och läsa tidningar samt annat/annan användning. Av män i samtliga åldrar kommunicerar 54 % med andra varje dag via e-mail, Facebook och liknande. Bland kvinnor är motsvarande andel 59 % (Figur 5.12). Bland männen använder 42 % datorn varje dag för att lyssna på musik, se på film och följa serier, bland kvinnor 35 %. Två tredjedelar av samtliga män använder datorn för att läsa tidningar och söka information varje dag och ytterligare knappt en femtedel minst en gång i veckan. Bland kvinnor använder nästan tre femtedelar datorn varje dag och ytterligare nästan en fjärdedel minst en gång i veckan för att läsa tidningen och söka information.

Det finns mycket tydliga ålderskillnader. Yngre män och kvinnor använder i mycket större utsträckning dator varje dag för att kommunicera med andra. Tre fjärdedelar av män i åldersgruppen 18-34 år använder datorn för att lyssna på musik, se film eller följa serier varje dag. Bland män i åldersgruppen 65-80 år använder bara en åttondel datorn för samma ändamål varje dag. Bland kvinnor i åldersgruppen 18-34 år använder nästan två tredjedelar datorn varje dag för att lyssna på musik, se film eller följa serier, medan motsvarande andelar bland kvinnor i åldersgruppen 65-80 år bara är 8 %. Skillnaden mellan olika åldersgrupper är något mindre när det gäller datoranvändning för att leta information och läsa tidningar samt annat/annan användning (Figur 5.12).



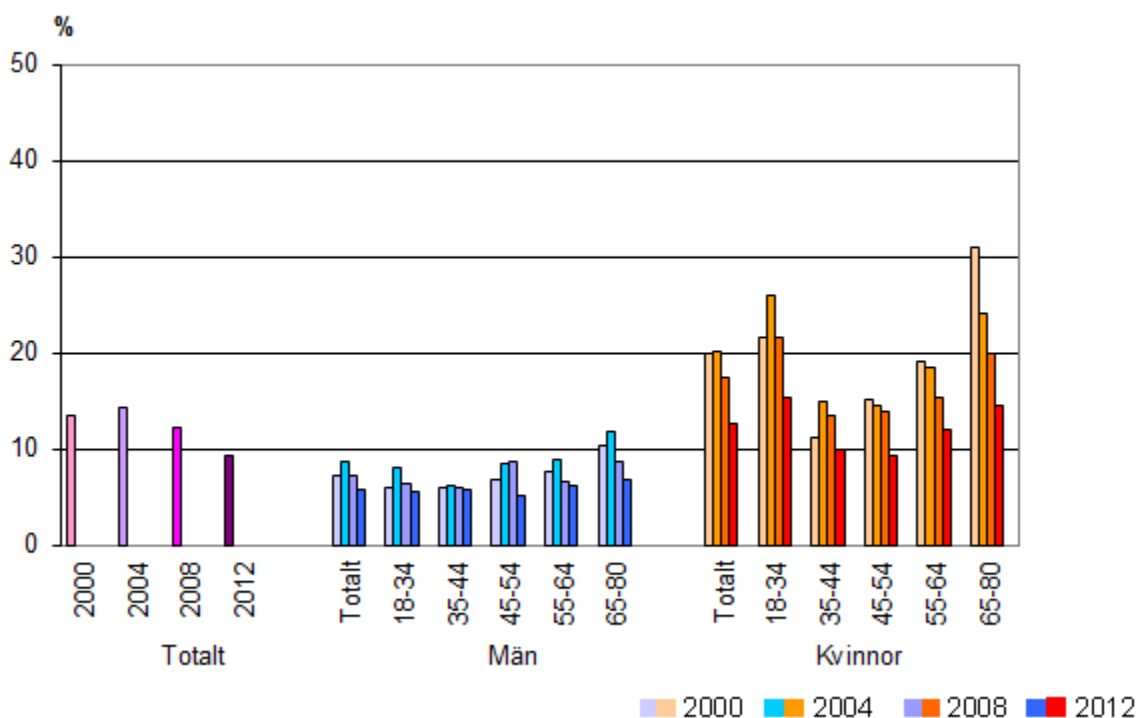
Figur 5.12. Användning av dator för att kommunicera med andra, lyssna på musik, titta på film eller serier, leta information och läsa tidningar samt annat bland män och kvinnor i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

5.7 Känsla av otrygghet i det egna bostadsområdet

Jämförelse med Sverige saknas

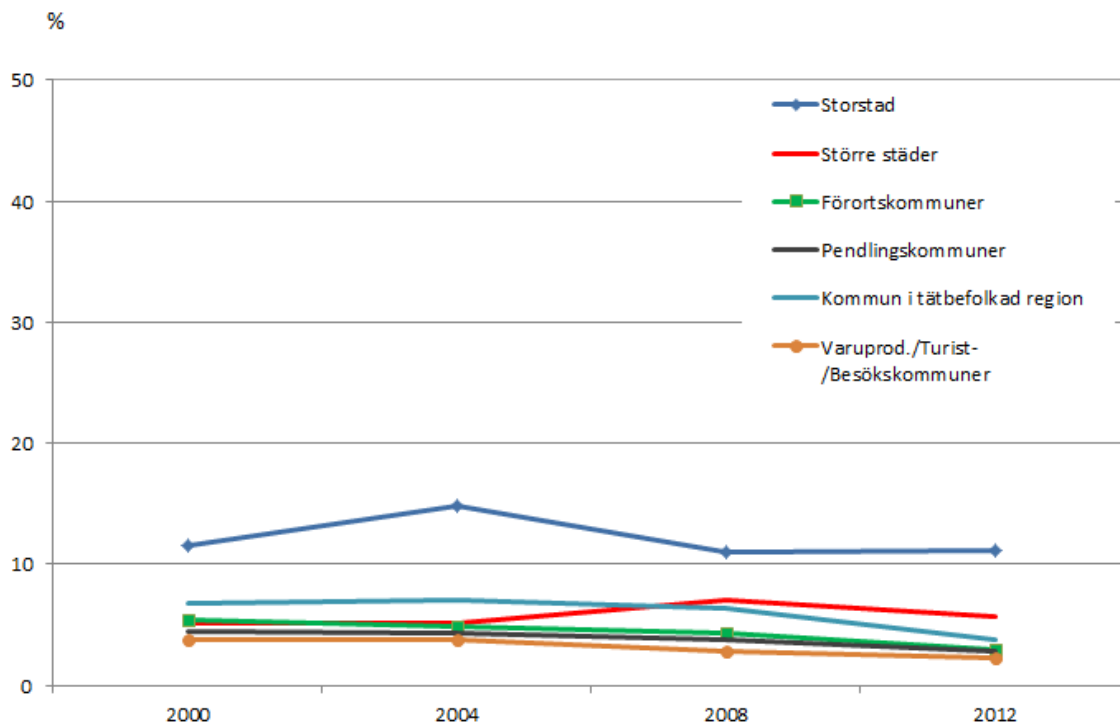


Risken att bli utsatt för brott i det egna bostadsområdet är viktig för känslan av trygghet och varierar kraftigt mellan olika kommuner¹² och bostadsområden. Trygghet i det egna bostadsområdet är associerad med socialt kapital och därmed även med individens hälsa.¹³ Andelen män och kvinnor med en känsla av otrygghet i det egna bostadsområdet nådde en topp 2004 jämfört med föregående (2000) och efterföljande undersökningsår (2008 och 2012). Därefter har andelen otrygga minskat (Figur 5.13). Mellan år 2008 och 2012 har andelen legat nästan oförändrad bland män från drygt 7 % till knappt 6 % medan det skett en stor minskning för kvinnor med nästan fem procentenheter till 13 % år 2012. Andelen med känsla av otrygghet i det egna bostadsområdet är högst bland de yngsta och de äldsta kvinnorna i undersökningen 2012. Bland män ses mindre ålderskillnader än bland kvinnor.

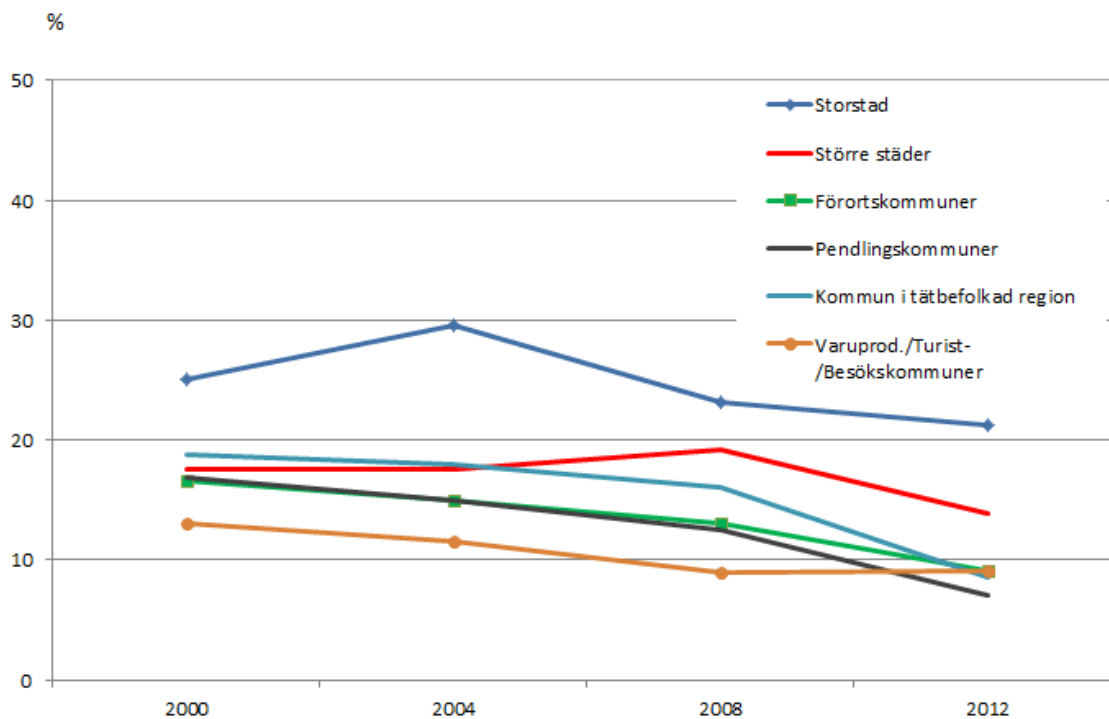


Figur 5.13. Andel män och kvinnor som uppgett känsla av otrygghet i det egna bostadsområdet fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

Vid en indelning av Skånes kommuner enligt SKLs kommungruppsindelning, ses under hela perioden 2000-2012 en högre andel som rapporterat otrygghet i bostadsområdet i storstaden Malmö jämfört med andra kommuntyper bland både män (Figur 5.14) och bland kvinnor (Figur 5.15). Även i större städer är otryggheten större än i övriga kommuntyper år 2012. Generellt ses en trend i alla kommuntyper mot en minskad otrygghet under perioden 2000-2012 bland kvinnor.



Figur 5.14. Andel män med otrygghet i bostadsområdet vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.



Figur 5.15. Andel kvinnor med otrygghet i bostadsområdet vid en indelning av Skånes kommuner enligt Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning i storstad, större städer, förortskommuner, pendlingskommuner, kommuner i tätbefolkad region samt varuproducerande/turist- eller besökskommuner. Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008, 2012. Åldersstandardiserat.

5.8 Hot om våld och utsatt för våld under det senaste året

5.8.1 Hot om våld

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 1,2

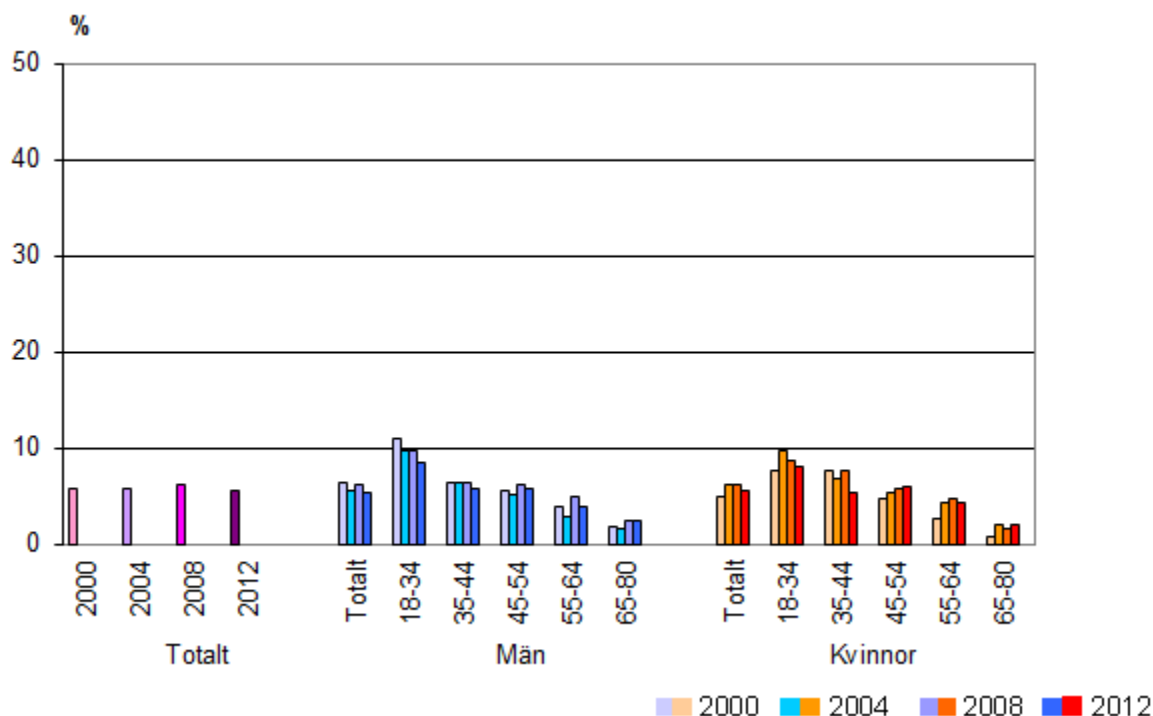
Män 2,1

Kvinnor..... 0,5



I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 5 % av både män och kvinnor att de blivit utsatta för hot om våld under det senaste året. Andelen män och kvinnor som blivit utsatta för hot om våld under det senaste året har legat på samma nivå i samtliga Folkhälsoenkäter i Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Det är vanligare att yngre personer rapporterat att de blivit utsatta för hot om våld (Figur 5.16). I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 8 % av både män och kvinnor i åldersgruppen 18-34 år att de blivit utsatta för hot om våld, medan andelen män och kvinnor i åldersgruppen 65-80 år som utsatts för hot om våld under det senaste året är 2 % i samma undersökning.

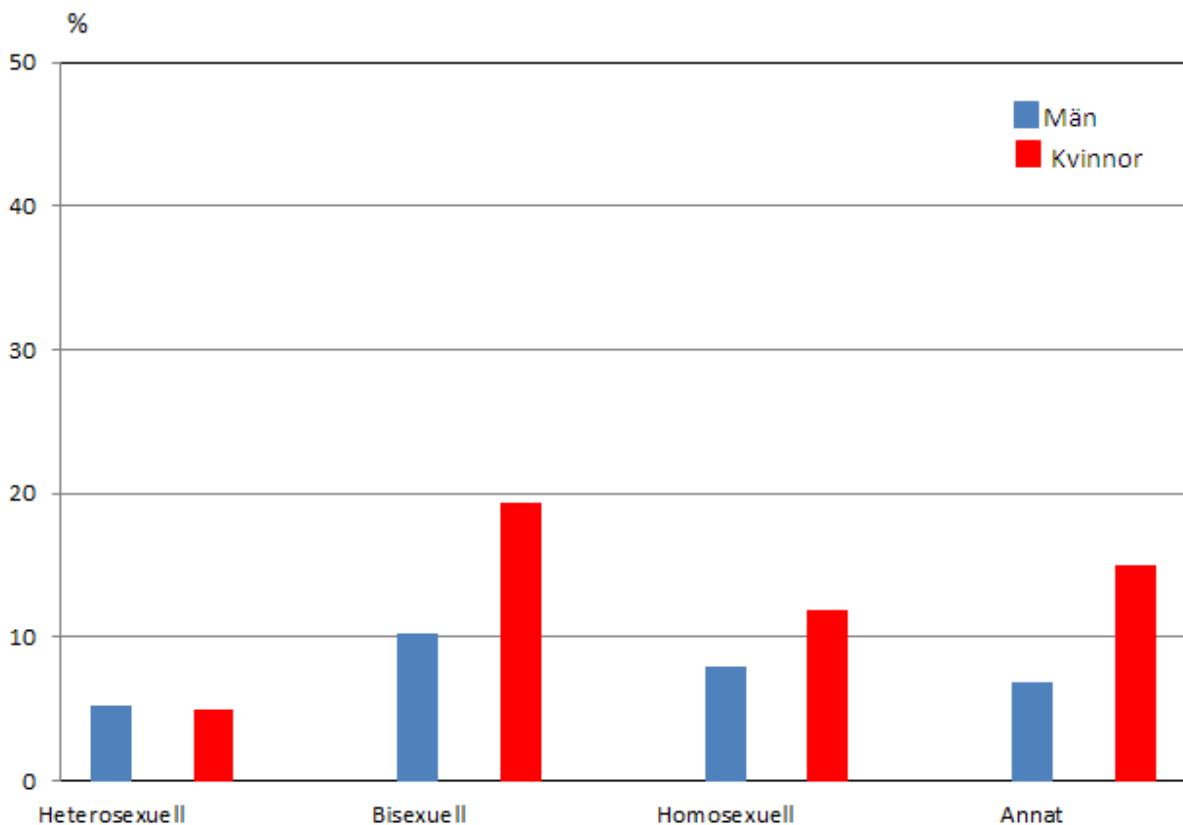
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som utsatts för hot om våld i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Dock har skånska män oftare utsatts för hot om våld än riksgenomsnittet. Denna skillnad är inte statistiskt säkerställd totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne gulmarkerat på kartan) eller bland kvinnor.



Figur 5.16. Andel män och kvinnor som uppgett erfarenhet av hot om våld det senaste året fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

Personer med en annan sexuell läggning än heterosexuell utsätts oftare för våld och hot om våld.¹⁴ Unga homo- och bisexuella män avstår oftare från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande jämför med unga heterosexuella unga män.¹⁵


Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar att andelen som utsätts för hot om våld varierar med sexuell läggning och är högre för kvinnor än män i alla grupper utom den heterosexuella (Figur 5.17). Andelen är lägst bland heterosexuella män och kvinnor (5 %) och högst bland bisexuella män och kvinnor (10 % bland män och 19 % bland kvinnor). Bland de homosexuella rapporterade 8 % av männen och 12 % av kvinnorna upplevt hot om våld. I gruppen som definierade sin sexualitet som annan än hetero, homo- eller bisexualitet, hade 7 % av männen och 15 % av kvinnorna upplevt hot om våld.



Figur 5.17. Andel män och kvinnor som blivit utsatt för hot om våld under de senaste tolv månaderna fördelat på sexuell läggning i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

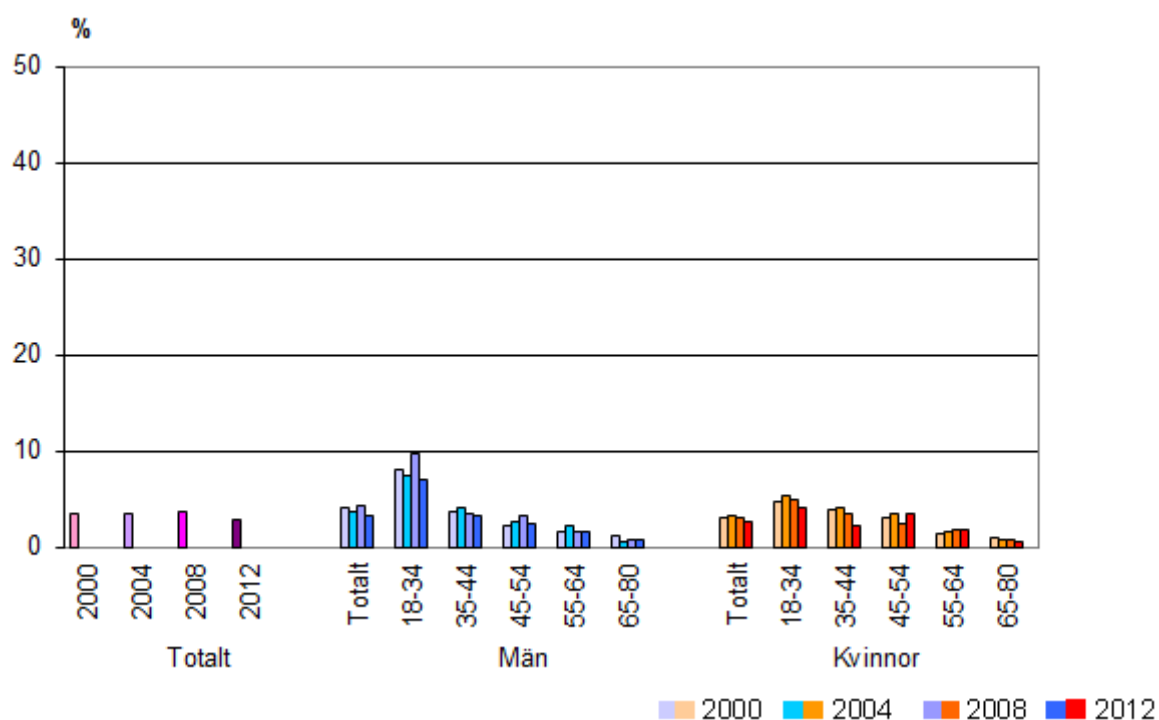
5.8.2 Utsatt för våld

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	0,2
Män	(-) 0,2
Kvinnor.....	0,4



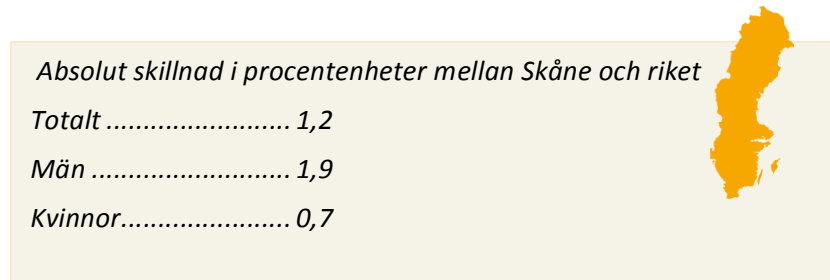
Drygt 3 % av männen och kvinnorna rapporterade i Folkhälsoenkät Skåne 2012 att de blivit utsatta för våld under det senaste året. Andelen som utsatts för våld är i stort sett oförändrad jämfört med tidigare folkhälsoenkäter. Både yngre män och yngre kvinnor är drabbade av våld i större utsträckning än äldre (Figur 5.18).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som utsatts för våld i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än riket. Skillnaderna är små och inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 5.18. Andel män och kvinnor som uppgett att de blivit utsatta för våld under det senaste året fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

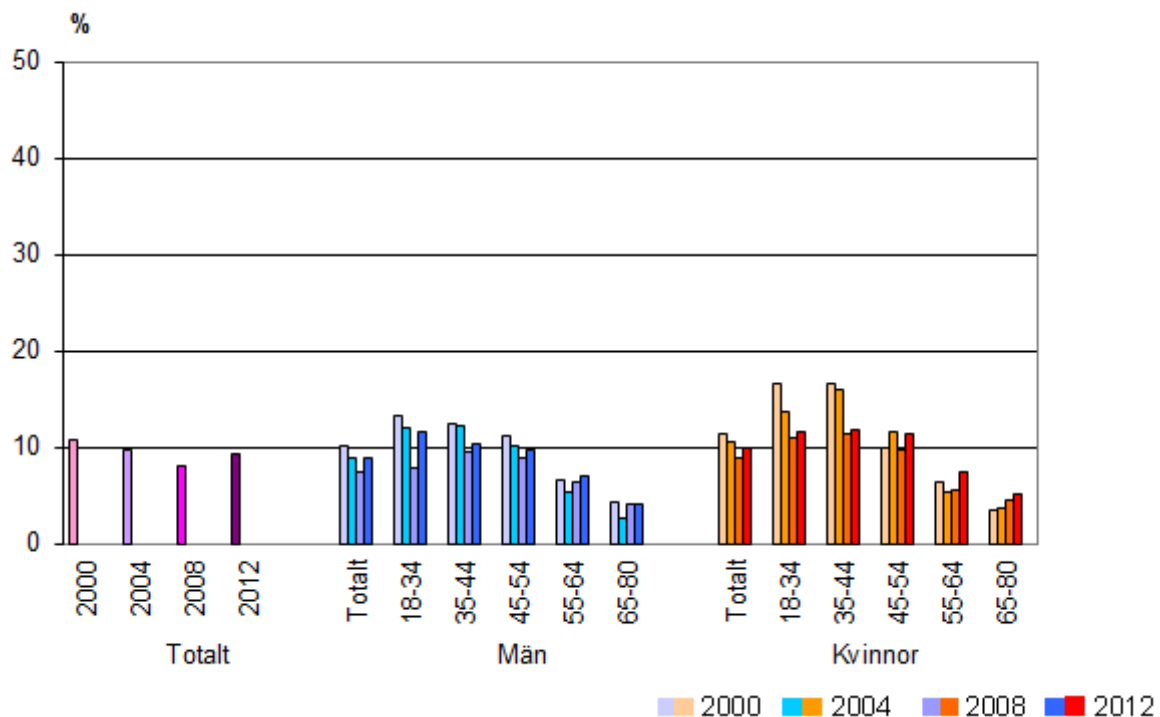
5.9 Ekonomisk stress



En fråga om ekonomisk stress i Folkhälsoenkät Skåne 2012 handlar om hur ofta den tillfrågade haft problem med att betala räkningar under det senaste året. Av de fasta svarsalternativen ”Aldrig”, ”Någon enstaka gång”, ”Ungefär hälften av årets månader” och ”Varje månad” definieras de två senare alternativen som ekonomisk stress. Ekonomisk stress har samband med en ökad risk för bland annat både dålig självrapporterad generell hälsa¹⁶ och en ökad risk att vara dagligrökare.¹⁷

I Folkhälsoenkät 2012 rapporterade 9 % av männen och 10 % av kvinnorna ekonomisk stress (Figur 5.19). Andelen med ekonomisk stress minskade från 2000 fram till 2008. Bland både män och kvinnor är ekonomisk stress vanligare bland yngre än bland äldre.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med ekonomisk stress i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. De små skillnader som finns är inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 5.19. Andel män och kvinnor som uppgett ekonomisk stress fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2000, 2004, 2008 och 2012.

5.10 Kränkning

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 2,7

Män 2,7

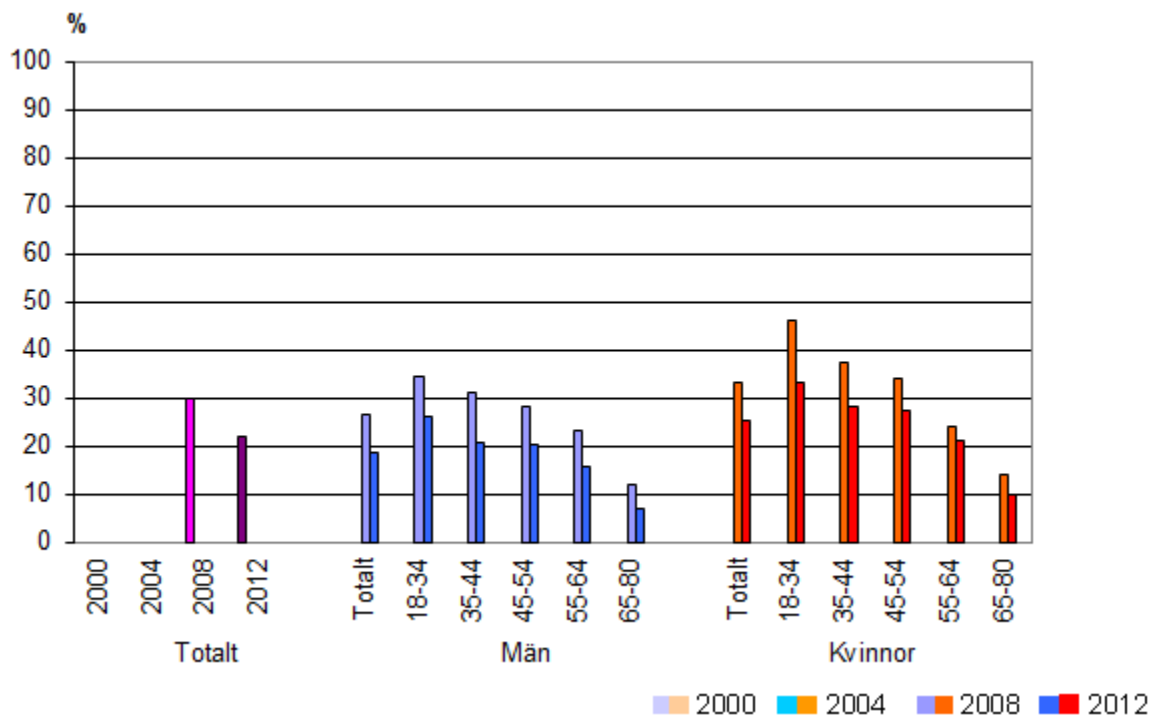
Kvinnor..... 2,5



Social värdighet innefattar den egna självrespekten och värdet som person samt värdigheten i relation till andra. Upplevelse av kränkning har bland annat studerats i relation till att förlora sitt arbete¹⁸ och i kränkande behandling av äldre.¹⁹ Självrapporterad kränkning har samband med självrapporterad global hälsa på arbetsmarknaden¹⁸ och i hela vuxna befolkningar som till exempel befolkningen i Skåne.²⁰

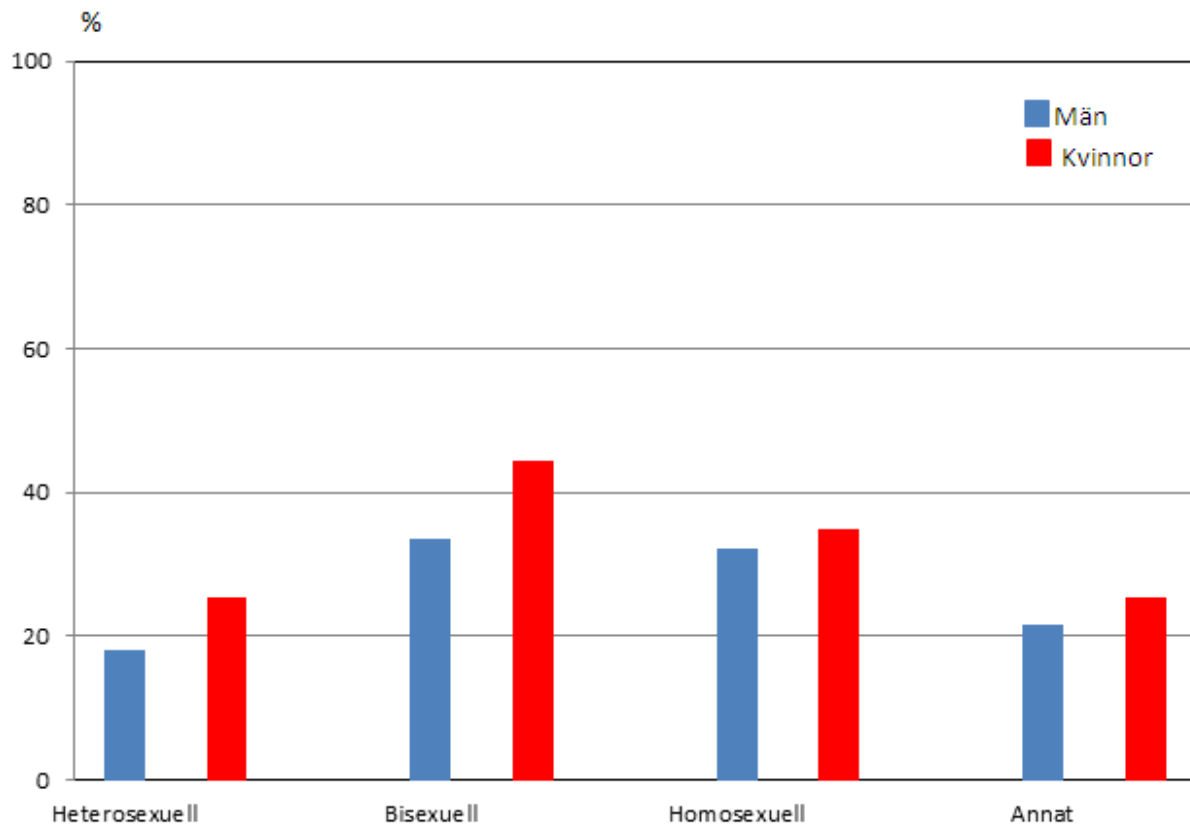
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 18 % av männen och 25 % av kvinnorna att de under de senaste tre månaderna blivit behandlade/bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta (Figur 5.20). Andelen har sjunkit sedan föregående undersökning år 2008. Yngre upplever sig ha blivit utsatta för kränkande behandling eller bemötande i mycket högre utsträckning än äldre.

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen som rapporterat att de blivit behandlade/bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan) som för män respektive kvinnor. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda.



Figur 5.20. Andel män och kvinnor som uppgett att de känt sig kränkta under de senaste tre månaderna fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2008 och 2012.

Personer som inte är heterosexuella är mer utsatta i samhället. Diskriminering förekommer trots att inställningen till samkönad sexualitet har blivit mer accepterande.²¹ Figur 5.21 visar andelen män och kvinnor med olika sexuell läggning i Skåne som under de senaste tre månaderna upplevt att de blivit behandlade eller bemötta på ett sådant sätt att de känt sig kränkta. Andelen som rapporterat kränkning är lägst bland heterosexuella (18 % av männen och 25 % av kvinnorna) och högst bland bisexuella (34 % av männen och 44 % av kvinnorna). Bland homosexuella har 32 % av männen och 35 % av kvinnorna någon gång under de senaste tre månaderna känt sig kränkta. Bland de som definierar sin sexualitet som annan än hetero-, homo- eller bisexualitet har 22 % av männen och 26 % av kvinnorna känt sig kränkta.



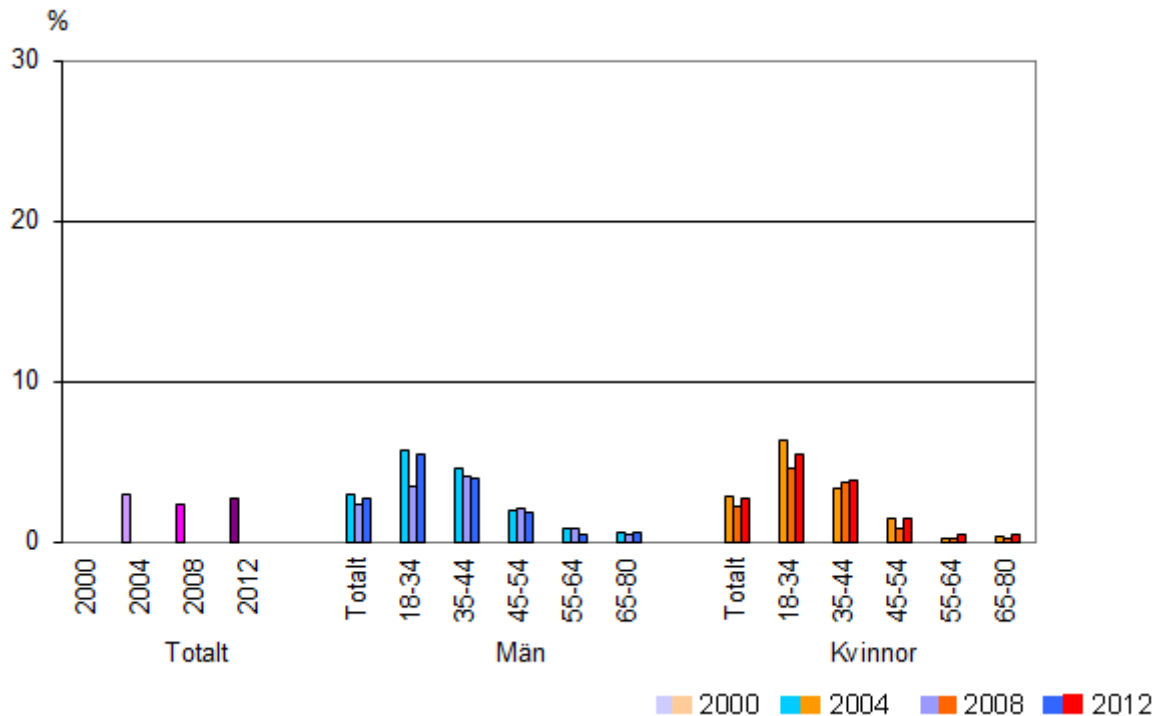
Figur 5.21. Andel män och kvinnor som uppgett att de känt sig kränkta under de senaste tre månaderna fördelat på sexuell läggning i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

5.11 Trångboddhet

Jämförelse med Sverige saknas



I Folkhälsoenkät Skåne ställdes även frågor kring antal rum i bostaden samt hur många personer som bodde i bostaden. Trångboddhet definieras som fler än två personer per rum (undantaget kök, hall och badrum). Knappt 3 % av männen och kvinnorna uppgav att de var trångboddna (Figur 5.22). Andelen med trångboddhet är högst i den yngsta åldersgruppen och lägst i den äldsta åldersgruppen. Andelen med trångboddhet har varit relativt konstant sedan år 2004.



Figur 5.22. Andel män och kvinnor som uppgett trångboddhet fördelat på ålder i Folkhälsoenkät Skåne åren 2004, 2008 och 2012.

5.12 Sammanfattning

- *Svagt emotionellt stöd är vanligare bland män och äldre personer.*
- *Svagt praktiskt stöd är vanligare bland män och äldre personer.*
- *Andelen med låg tillit är lägst bland högre tjänstemän och högst bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning samt arbetslösa.*
- *Låg tillit till andra är vanligare bland män och kvinnor födda i övriga Europa (utanför Norden) och utanför Europa än bland män och kvinnor födda i Sverige.*
- *Andelen med ett lågt socialt deltagande har ökat kraftigt sedan undersökningen år 2000.*
- *Det finns stora socioekonomiska skillnader i socialt deltagande.*
- *En stor del av befolkningen har tillgång till och använder dator.*
- *Yngre personer använder dator dagligen eller minst en gång i veckan i mycket större utsträckning än äldre, i synnerhet när det gäller att kommunicera med andra, titta på film, lyssna på musik och följa serier.*
- *Åldersskillnaderna i datoranvändning är betydligt mindre när det gäller att hämta information och läsa tidningar på nätet.*
- *Knappt 6 % av männen och 13 % av kvinnorna känner otrygghet i det egna bostadsområdet.*
- *Andelen som uppger otrygghet i bostadsområdet är högst bland de yngsta och de äldsta kvinnorna.*
- *Det är mycket vanligare att unga, jämfört med äldre, har blivit utsatta för våld eller hot om våld.*
- *Ungefär 3 % av både män och kvinnor har blivit utsatta för våld under det senaste året.*
- *En högre andel personer med bisexuell, homosexuell och annan sexuell läggning har blivit utsatta för hot om våld under det senaste året, jämfört med heterosexuella.*
- *En fjärdedel av kvinnorna och knappt en femtedel av männen har känt sig kränkta under de senaste tre månaderna.*
- *Var tionde man och kvinna upplever ekonomisk stress.*
- *Ekonomisk stress är vanligare bland yngre än bland äldre.*
- *Knappt 3 % av männen och kvinnorna uppgav att de var trångbodda.*

5.13 Referenser

1. Putnam RD. Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1993.
2. Coleman JS. Foundations of Social Theory. Cambridge, Mass, London, England: The Belknap Press of Oxford University Press, 1990.
3. Putnam RD. Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community. New York, London: Simon and Schuster, 2000.
4. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 1999; 89: 1187-1193.
5. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (Red.). Social capital and health. New York: Springer, 2008.
6. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health, I Berkman LF, Kawachi I (Red) *Social Epidemiology*, pp. 137-173. Oxford, New York: Oxford University Press, 2000.
7. Lindström M. Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health. *Social Science and Medicine* 2004; 59: 595-607.
8. Nieminen T, Prättälä R, Martelin T, Härkänen T, Hyypä MT, Alanen E, Koskinen S. Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC Public Health* 2013; 13: 613.
9. Marmot M. The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt and Company, 2004.
10. Berkman LF, Glass T. "Social integration, social networks, social support, and health", i Berkman LF, Kawachi I (red.) *Social Epidemiology*, ss. 137-173. Oxford: Oxford University Press, 2000.
11. Lindström M. Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: A population-based study. *Soc Sci Med* 2005; 60(7): 1527-46.
12. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277: 918-924.
13. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (Redaktörer). Social capital and health. New York: Springer, 2008.
14. Pihlblad M, Ainetdin T. Utsatthet för fysiskt våld och hot – ur ett folkhälsoperspektiv. Stockholms läns landsting. Karolinska institutet. 2011.
15. Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella – resultat från nationella folkhälsoenkäten. FHI 2008. www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/pm-unga-hbt-livsvillkor-halsa-0907.pdf

16. Lindén-Boström M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - a population-based survey in Sweden. *BMC Public Health* 2010; 10: 628.
17. Lindström M, Modén B, Rosvall M. A life course perspective on economic stress and tobacco smoking: a population based study. *Addiction* 2013; 108(7): 1305-14.
18. Virtanen P, Janlert U, Hammarström A. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occupational and Environmental Medicine* 2011; 68(8): 570-4.
19. Dong X, Simon MA. Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? *Gerontology* 2008; 54(6): 381-8.
20. Lindström M, Axelsson J, Rosvall M. Experience of violation during the past 3 months, social capital, and self-rated health: a population-based study. *Scand J Public Health* 2012; 40(8): 753-760.
21. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

**Arbete,
miljö och hälsa**

6

6 Arbete, miljö och hälsa

Tillgång till ett meningsfullt arbete är en viktig grund för en god hälsa. En bra arbetsmiljö främjar individens utveckling, hälsa och välbefinnande och minskar risken för sjukskrivning,¹ medan exempelvis en dålig psykosocial arbetsmiljö kan medföra lika stora hälsorisker som arbetslöshet.² För befolkningen i arbetsför ålder är arbetet ett viktigt sätt att delta i samhället, medan arbetslöshet kan leda till en känsla av utanförskap och försämrade känslor av sammanhang.³ Osäkra anställningsförhållanden är förenade med en ökad risk för ohälsa, särskilt för dem med dåliga utsikter på arbetsmarknaden.⁴ Arbetsmiljöproblem och arbetsskador innebär stora kostnader för samhället och en förlust av hälsa och trygghet för individerna som drabbas.⁵ Hälsan har betydelse för att man ska kunna arbeta, men även för att man ska kunna komma in på arbetsmarknaden.⁶ Goda arbetsförhållanden minskar barriärerna för den som har en ökad känslighet (exempelvis atopi och allergi) eller funktionshinder. Företagshälsovården är arbetsgivarens resurs för det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för att anpassa arbetet till individens förutsättningar.⁷

Även den yttre miljön påverkar vår hälsa. Skadliga miljöfaktorer (som t ex luftföroreningar, radon, buller och miljögifter) kan ha en rad olika negativa effekter på hälsan, medan hälsofrämjande miljöfaktorer (som t ex naturvärden nära bostaden) har en omvänd effekt.⁸

I Folkhälsoenkät 2012 ställdes frågor om sysselsättning, arbetsmiljö, tillgång till företagshälsovård, typ av anställning samt miljön nära bostaden. Det senare innefattade frågor kring störande buller, luftföroreningar och naturvärden.

6.1 Sysselsättning

Jämförelse med Sverige saknas

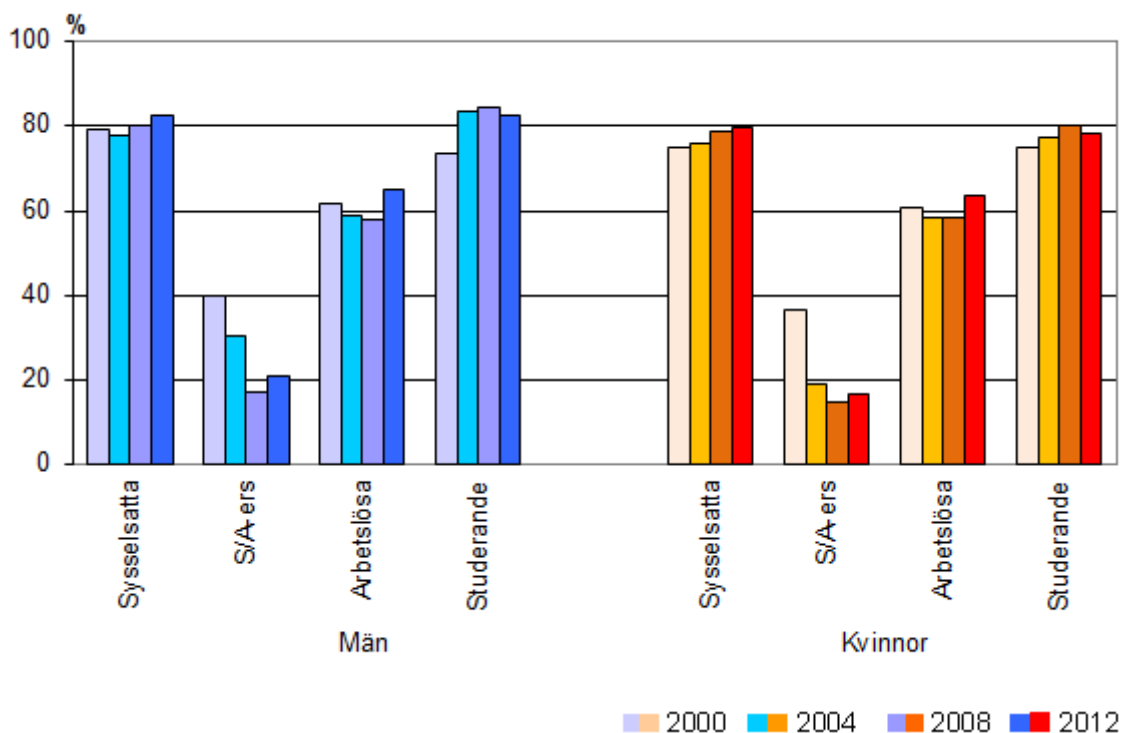


Sysselsättningsgraden i Skåne är relativt låg; 74 procent av befolkningen mellan 20-64 år förvärvsarbetar jämfört med riksgenomsnittet 77 procent (gränspendling mot Danmark och Norge inräknad).⁹

6.1.1 Sysselsättning och hälsa samt livskvalitet

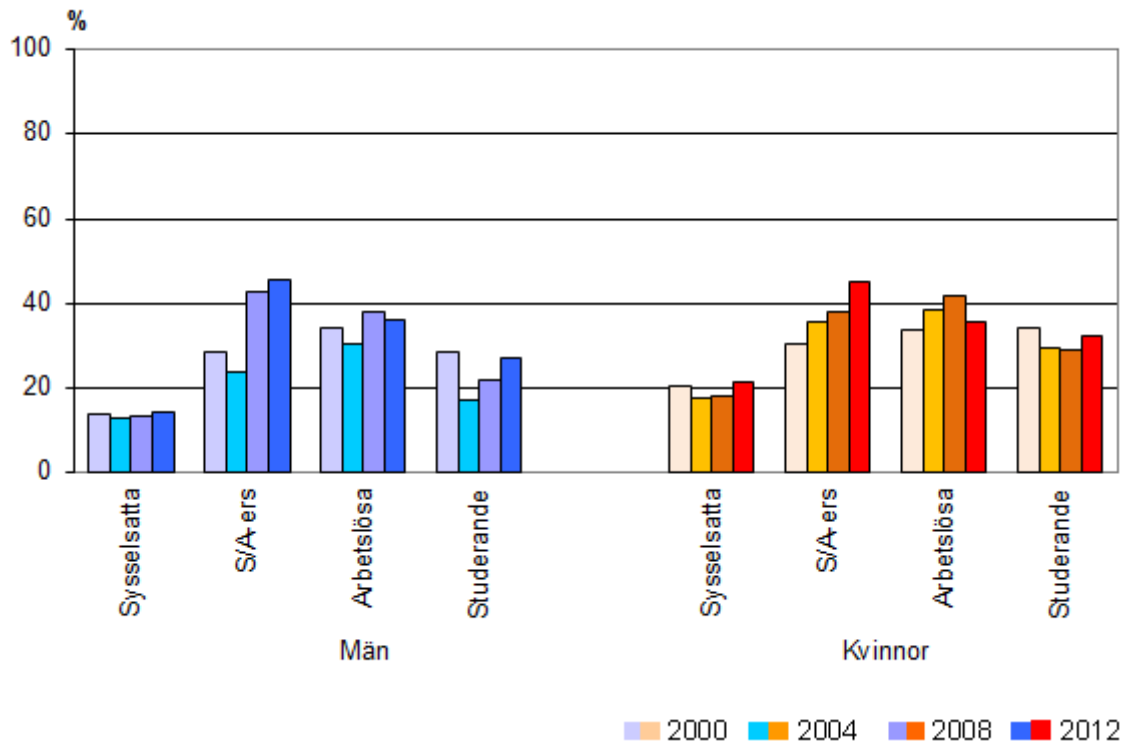
Hälsan påverkar arbetsförmågan och möjligheten att inneha ett arbete. Omvänt har förvärvsarbete många positiva effekter på hälsan och bidrar till en social identitet, inkomst samt socialt stöd. Flera studier visar på en sämre hälsa och fler ofördelaktiga levnadsvanor bland personer som står utanför arbetsmarknaden.⁶

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade personer som står utanför arbetsmarknaden generellt en sämre självskattad hälsa än de som förvärvsarbetar. Figur 6.1 visar den självskattade hälsan bland sysselsatta och de som står utanför arbetsmarknaden, nämligen de som har långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning, är arbetslösa eller studerande. Bäst självskattad hälsa ses i grupperna förvärvsarbetande respektive studerande och sämst självskattad hälsa ses bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning samt bland de arbetslösa. Detta mönster har inte förändrats nämnvärt sedan föregående undersökning år 2008.

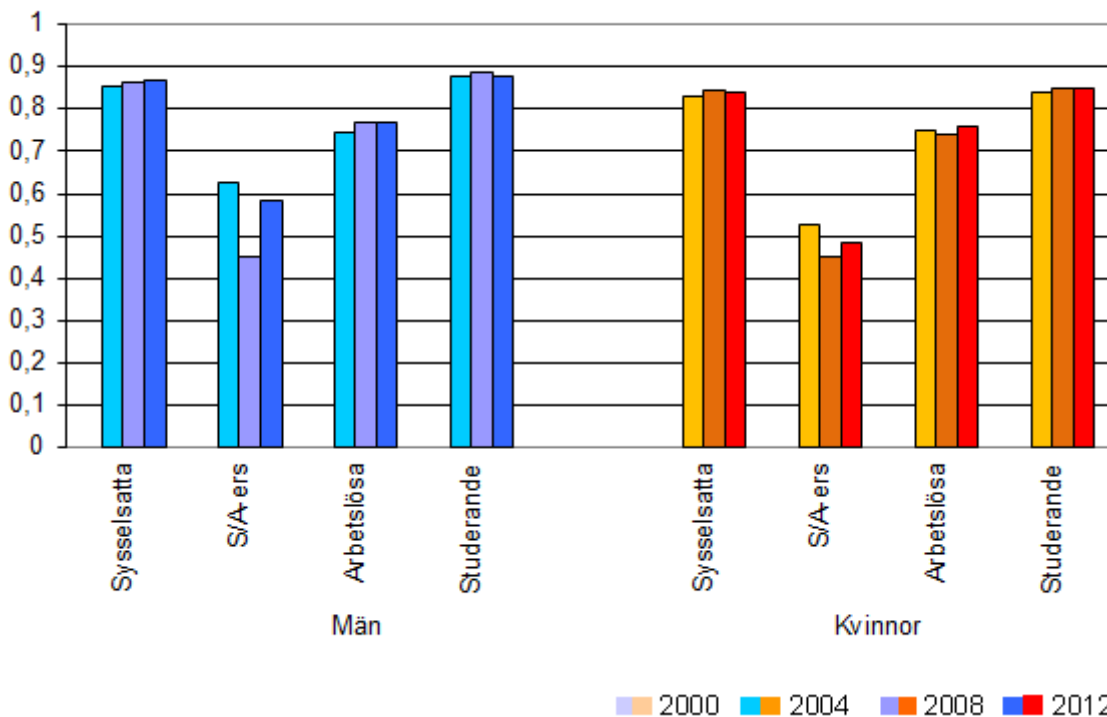


Figur 6.1. Andel män och kvinnor som uppgett att de "mår bra" eller "mycket bra" fördelat på socioekonomisk grupp i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers.

Även andra indikatorer på hälsotillstånd såsom psykisk ohälsa mätt med General Health Questionnaire (GHQ12) och livskvalitet mätt med instrumentet EQ5D (se Avsnitt 3.2 för närmare beskrivning) visar på en sämre hälsa och livskvalitet bland personer utanför arbetsmarknaden. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav 14 % av de förvärsarbetande männen och 21 % av de förvärsarbetande kvinnorna förekomst av psykisk ohälsa. Motsvarande siffror bland personer i gruppen med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning respektive i gruppen arbetslösa är 46 % respektive 36 % bland både män och kvinnor (Figur 6.2). Vidare rapporterade de båda senare grupperna en lägre livskvalitet enligt EQ5D än de förvärsarbetande bland både män och kvinnor (Figur 6.3)



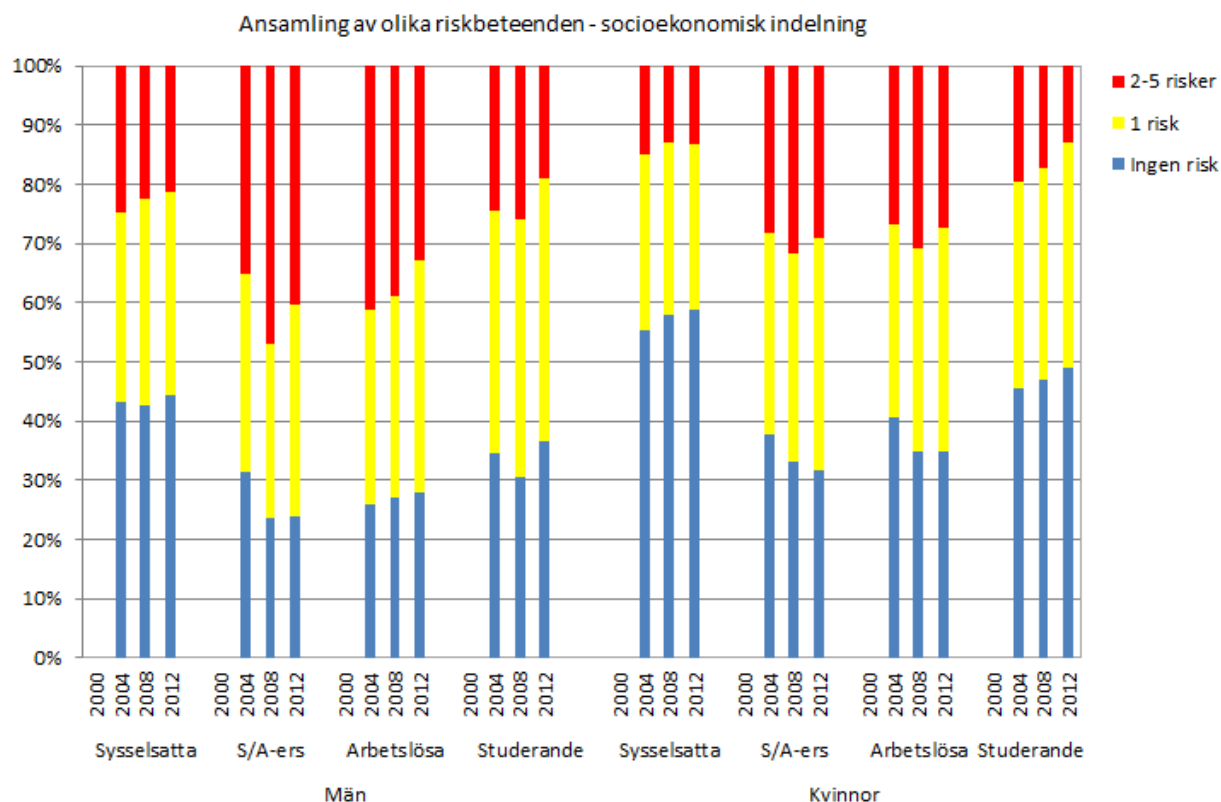
Figur 6.2. Andel män och kvinnor som uppgett psykisk ohälsa (mätt med GHQ12) fördelat på socioekonomisk grupp i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers.



Figur 6.3. EQ5D-index fördelat på kön och socioekonomisk grupp i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012. Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven= S/A-ers.

6.1.2 Sysselsättning och ansamling av riskfaktorer

Levnadsvanor sammanhänger med sysselsättning. Personer som står utanför arbetsmarknaden har ofta mer ofördelaktiga levnadsvanor än personer som förvärvsarbetar. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 är andelen med en ansamling av riskfaktorer (daglig rökning, låg fysisk aktivitet, låg konsumtion av frukt och grönsaker, fetma och riskkonsumtion av alkohol) ungefär dubbelt så hög bland personer i gruppen med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning respektive i gruppen arbetslösa jämfört med förvärvsarbetande (Figur 6.4).



Figur 6.4. Ansamling av riskfaktorer (daglig rökning, låg fysisk aktivitet, låg konsumtion av frukt och grönsaker, fetma och riskkonsumtion av alkohol) bland män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012. Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven = S/A-ers.

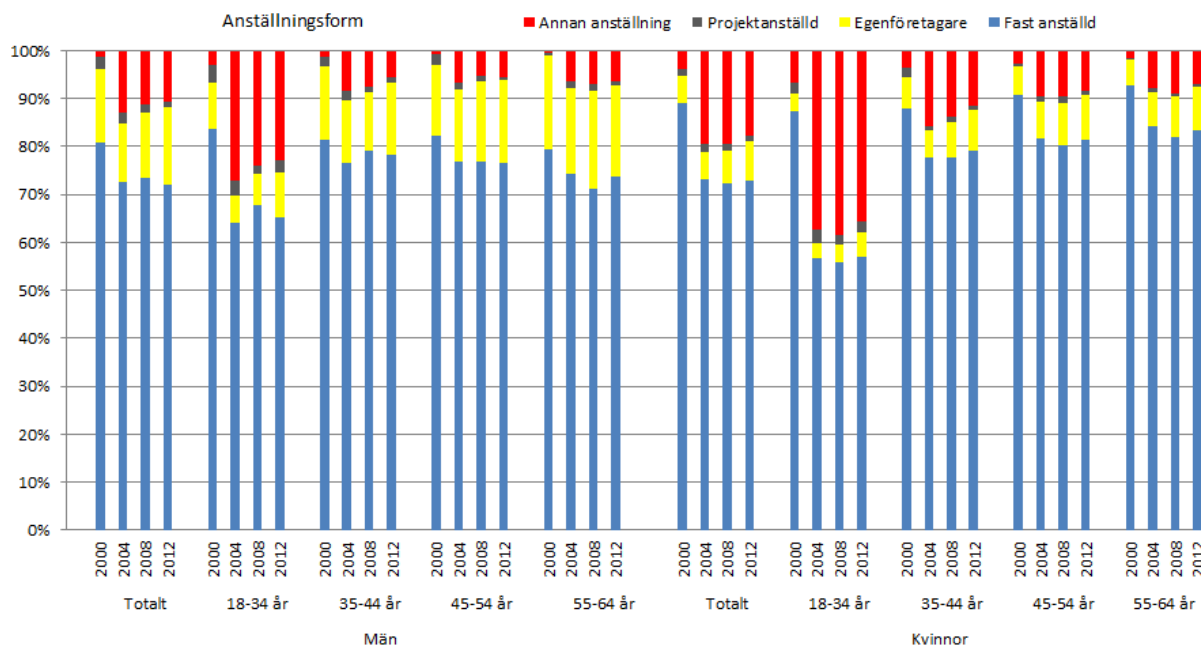
6.2 Anställningsform

Jämförelse med Sverige saknas



Tidsbegränsade anställningsformer kan vara ett sätt att ”få in en fot” på arbetsmarknaden och få viktig arbetslivserfarenhet. Sådana anställningsformer kan dock vara stressande och leda till arbetslöshet och ekonomiska bekymmer.¹ Tidsbegränsad anställning ökade under slutet av 1990-talet, för att minska i början av 2000-talet och sedan åter öka något igen.³ Det är generellt vanligare med tillfälliga anställningar bland kvinnor än bland män.³

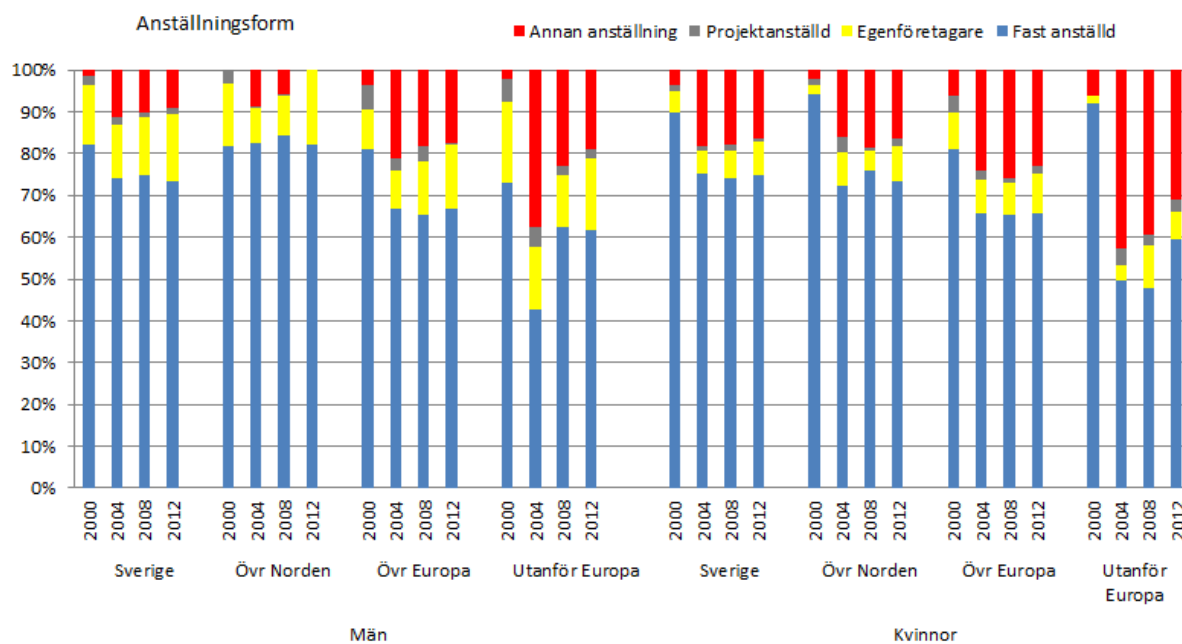
I Folkhälsoenkät Skåne ställdes en fråga om anställningsform. Resultaten visar att 72 % av sysselsatta män och kvinnor är fast anställda. Andelen egna företagare är högre bland män än bland kvinnor, medan mönstret är det omvända för annan anställning (Figur 6.5) Andelen med fast anställning är lägst i den yngsta åldersgruppen bland både män och kvinnor.



Figur 6.5. Anställningsform bland män och kvinnor i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Fast anställning är vanligast i grupperna högre – respektive mellantjänstemän och rapporterades där av 93 % av männen i båda grupperna och 87 % respektive 89 % av kvinnorna. Minst vanligt är fast anställning i gruppen icke facklärda arbetare där 83 % av männen och 67 % av kvinnorna har fast anställning (visas ej i figur).

Det finns tydliga skillnader i anställningsform efter födelseland. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade sex av tio män och kvinnor födda utanför Europa att de har fast anställning, medan tre av fyra svenskfödda män och kvinnor gjorde detsamma (Figur 6.6). Mönstret har inte förändrats nämnvärt sedan 2004, även om nivåerna varierar något mellan undersökningsåren.



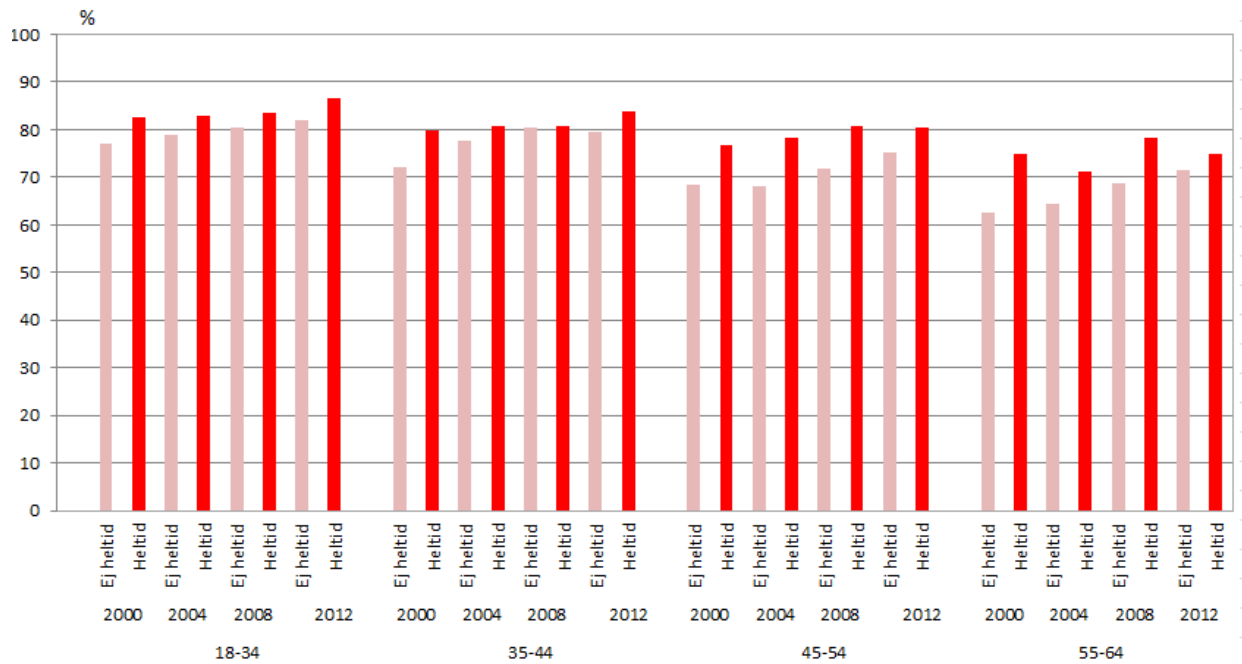
Figur 6.6. Anställningsform bland män och kvinnor fördelat på födelseland i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Född i Sverige = Sverige; Född i övriga Norden = Övr Norden; Född i Övriga Europa = Övr Europa; Född utanför Europa = Utanför Europa.

6.3 Arbetstid

Jämförelse med Sverige saknas



Det är vanligt att kvinnor arbetar deltid. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 84 % av männen och 54 % av kvinnorna att de arbetar heltid samt 10 % av männen och 30 % av kvinnorna att de arbetar mellan 75-99 % av heltid. Cirka 7 % av männen och 16 % av kvinnorna arbetar mindre än 75 % av heltid. Deltidsarbete är vanligast i yngre samt äldre åldrar bland män, medan deltidarbete är ungefär lika vanligt i alla åldersgrupper bland kvinnor (Figur 6.7).



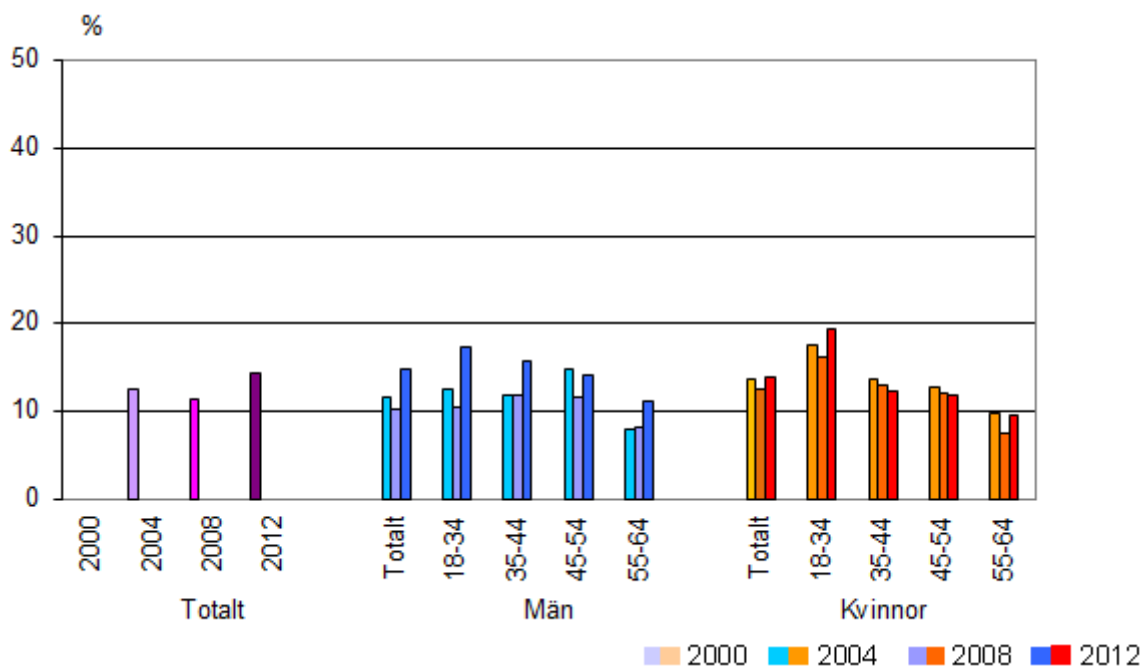
Figur 6.9. Andel kvinnor i olika åldersgrupper som uppgett att de "mår bra" eller "mycket bra" fördelat på arbetstid (heltid respektive ej heltid) i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

6.4 Orolig för att förlora arbetet

Jämförelse med Sverige saknas

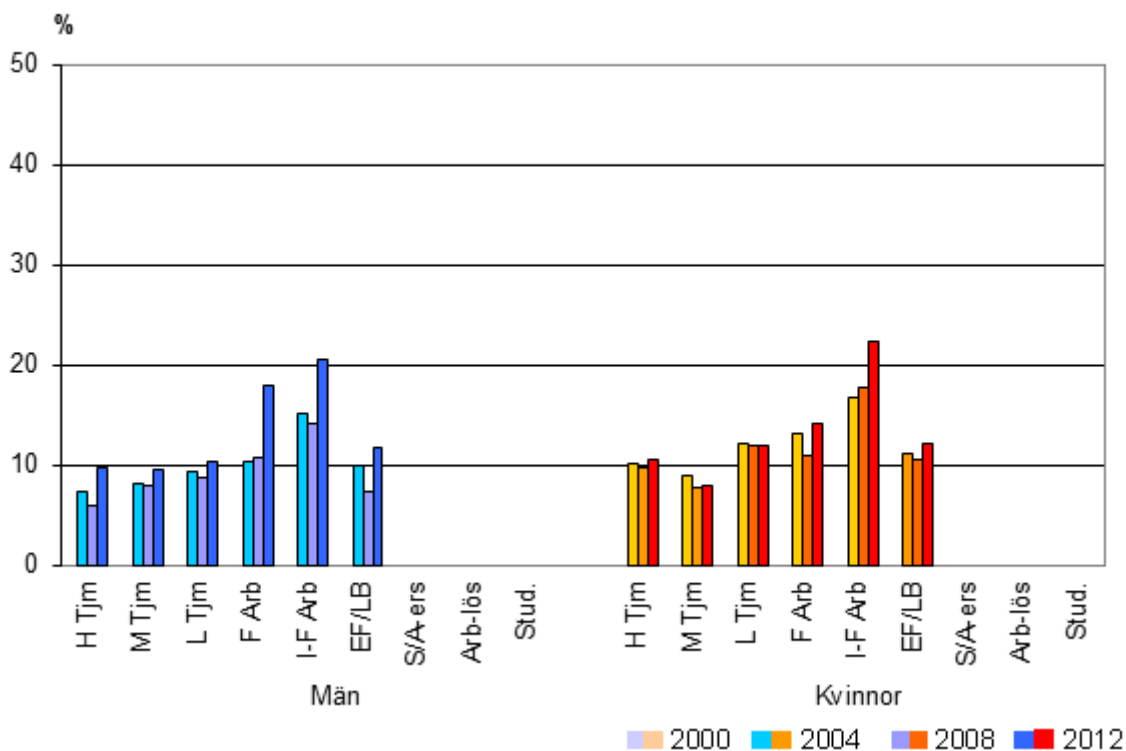


I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 15 % av männen och 14 % av kvinnorna att de är oroliga för att förlora sitt arbete inom det närmaste året. Andelen är högst bland de yngsta och minskar med stigande ålder (Figur 6.10). Andelen som är oroliga för att förlora arbetet har ökat bland män, men inte bland kvinnor, sedan föregående undersökning år 2008. Oro för att förlora arbetet sammanhänger med anställningsform där fast anställda och egenföretagare är minst oroliga att förlora arbetet, medan projektanställda eller personer med annan anställning är mest oroliga (visas ej i figur).



Figur 6.10. Andel män och kvinnor som är oroliga för att förlora arbetet inom det närmaste året i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012.

Oron för att förlora arbetet inom det närmaste året är högst hos icke facklärd arbetare såväl bland män som bland kvinnor och andelen har stigit sedan föregående undersökningar (Figur 6.11).



Figur 6.11. Andel män och kvinnor som är oroliga för att förlora arbetet inom det närmaste året i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare= EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

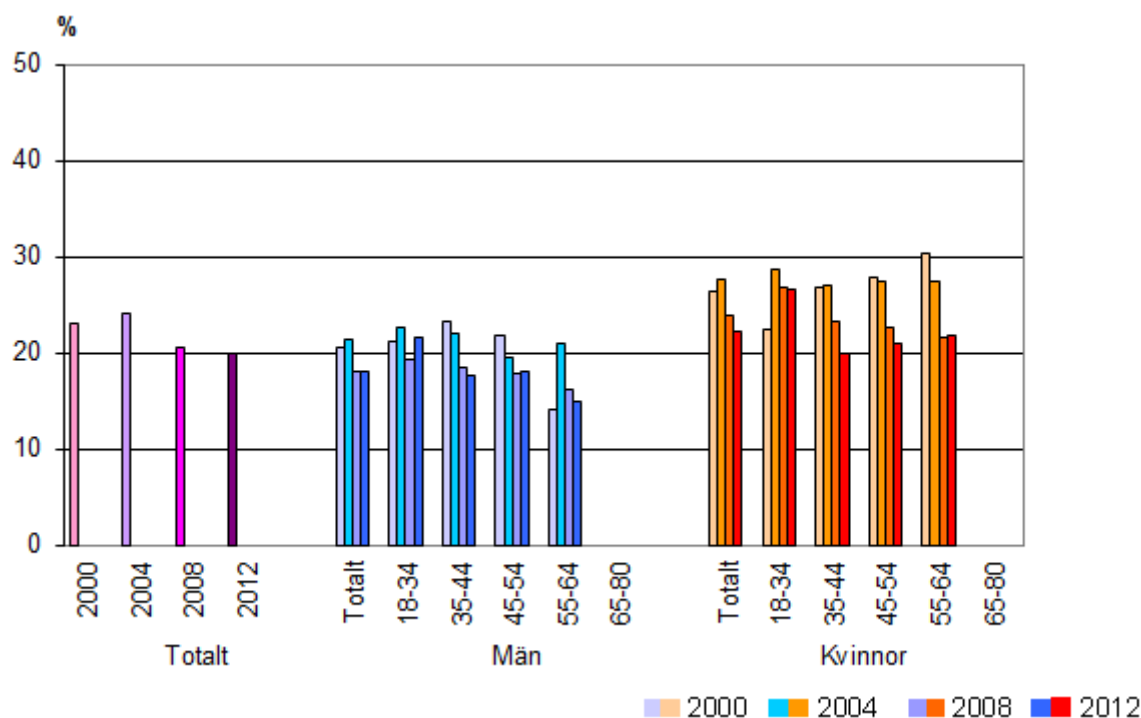
6.5 Psykiska krav och inflytande över sitt arbete

Jämförelse med Sverige saknas



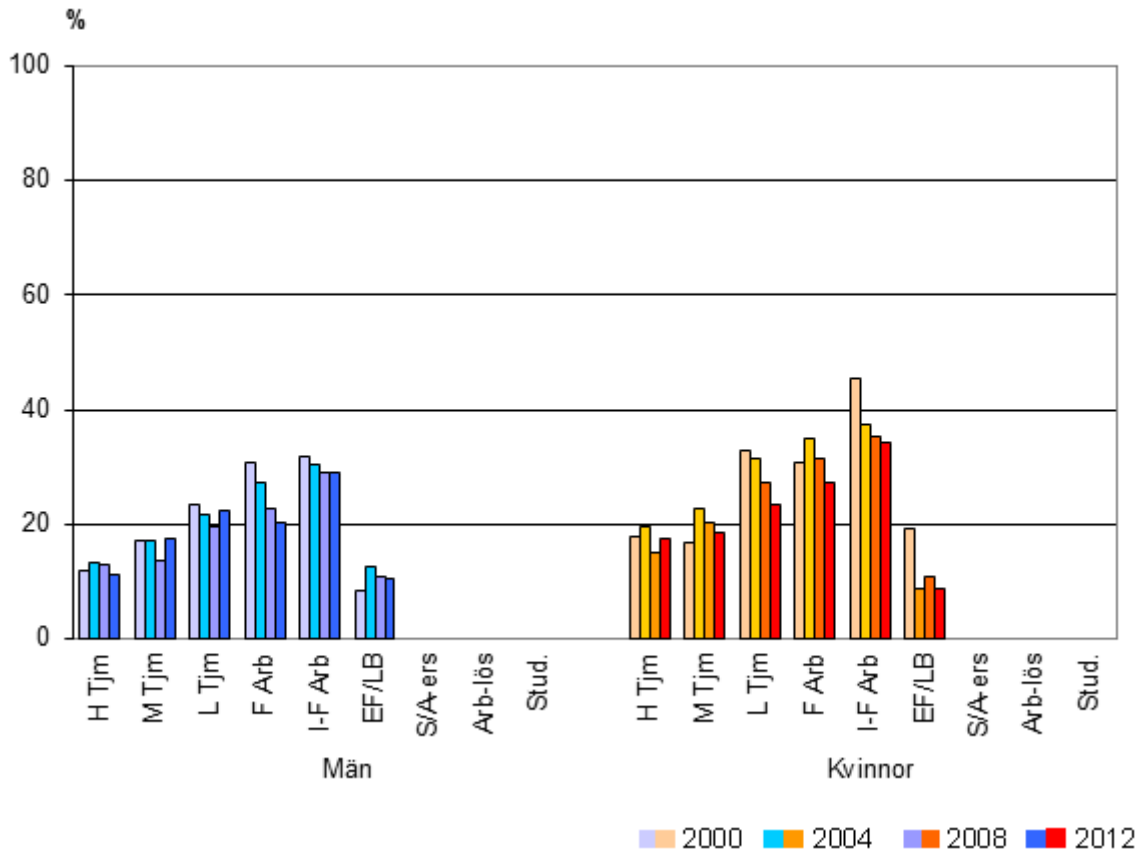
Något som är viktigt att ha i åtanke när man undersöker betydelsen av olika hälsorelaterade belastningar är att arbetsmiljöns betydelse ofta underskattas till följd av att de som drabbas av ohälsa många gånger lämnar sitt arbete eller hamnar utanför arbetsmarknaden.^{6,8} Inom arbetsmiljöforskning har förekomst av höga krav, men låg kontroll i arbetet visats vara relaterat till olika former av ohälsa såsom hjärtkärlsjukdom och psykiska besvär.¹ Fenomenen höga krav respektive låg kontroll mäts ofta 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 och vice versa gäller för låg kontroll. En anspänd arbetssituation är enligt definition en arbetssituation karakteriserad av höga psykologiska krav och lågt beslutsutrymme (kontroll).

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 18 % av männen och 22 % av kvinnorna en anspänd arbetssituation. Dessa andelar ligger i nivå med motsvarande andelar i föregående undersökning (Folkhälsoenkät Skåne 2008). Andelen med en anspänd arbetssituation är högst i den yngsta åldersgruppen bland både män och kvinnor (Figur 6.12).



Figur 6.12. Andel män och kvinnor med en anspänd arbetssituation (job strain) i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Det finns även en tydlig socioekonomisk gradient avseende förekomsten av en anspänd arbetsituation, med lägst förekomst bland egenföretagare och högre tjänstemän och högst förekomst bland icke facklärd arbetare. Mönstret är detsamma för män och kvinnor (Figur 6.13)



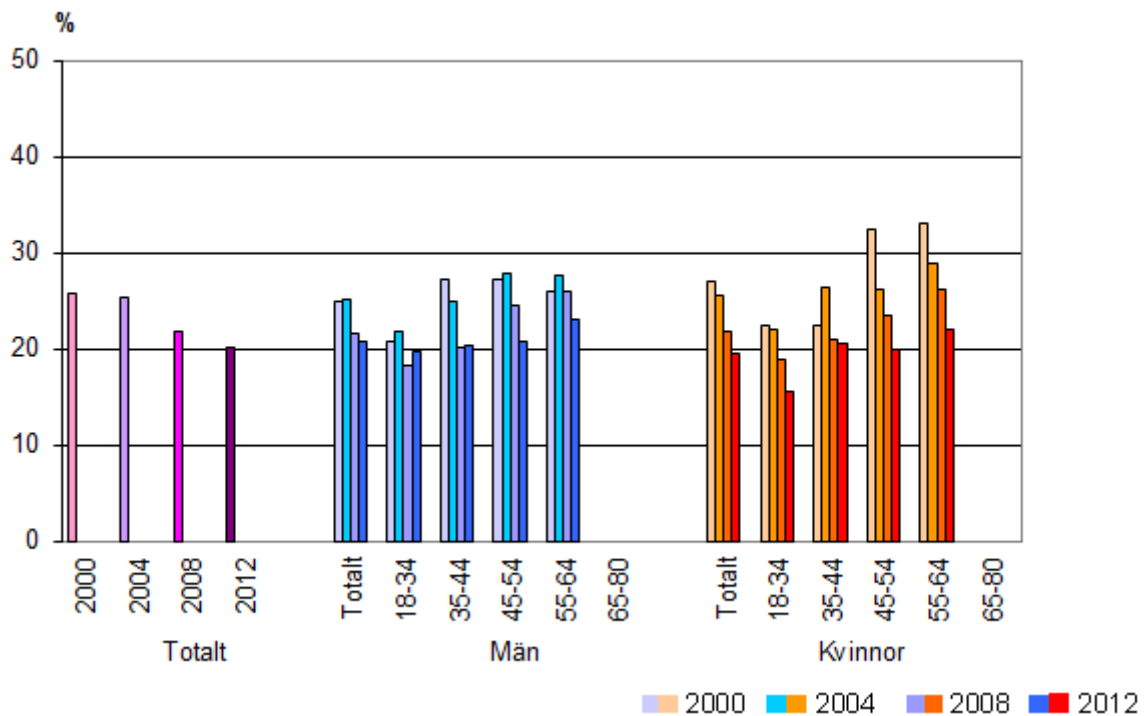
Figur 6.13. Andel män och kvinnor med en anspänd arbetsituation (job strain) i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

6.6 Socialt stöd i arbetet

Jämförelse med Sverige saknas



Människors sätt att hantera olika arbetssituationer sammanhänger med upplevelsen av stöd från kollegor och överordnade.¹ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade var femte man respektive kvinna ett svagt socialt stöd i sitt arbete. Förekomsten av ett svagt socialt stöd beräknas genom ett frågebatteri med frågor rörande stöd från arbetskamrater och överordnade. Andelen med ett svagt socialt stöd har minskat under perioden 2000-2012 bland både män och kvinnor. Bland kvinnor är andelen med ett svagt socialt stöd lägst bland de yngsta, medan andelen är jämnt fördelad i de olika åldersgrupperna bland män (Figur 6.14).



Figur 6.14. Andel män och kvinnor med ett svagt socialt stöd i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

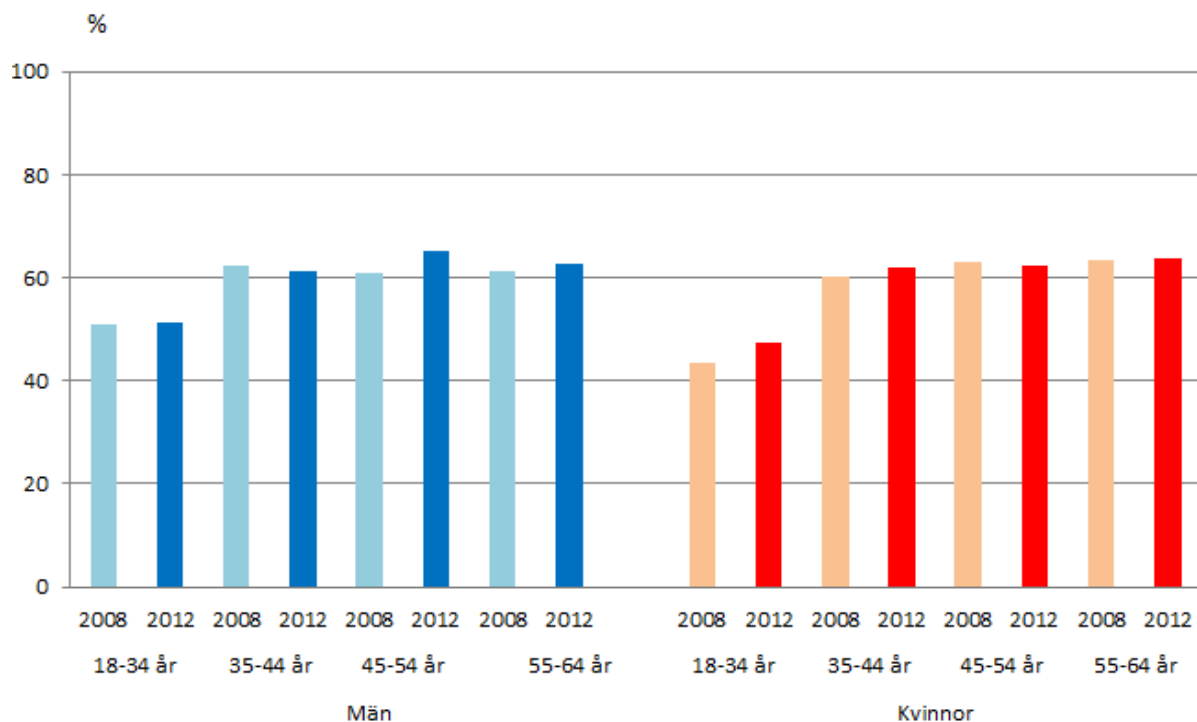
6.7 Företagshälsovård

Jämförelse med Sverige saknas



Företagshälsovården är en viktig resurs för arbetsgivaren när det gäller det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för att anpassa arbetet till individens förutsättningar.⁷ Enligt nationell arbetsmiljöstatistik från SCB och Arbetsmiljöverket har offentligt anställda och personer anställda i större företag, framför allt inom industrin, i stor utsträckning tillgång till företagshälsovård. Anslutningen är lägre i servicesektorn, bland småföretag och egna företagare. Yngre, särskilt unga kvinnor, har generellt lägre tillgång till företagshälsovård än äldre.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav drygt sex av tio män och kvinnor i åldrarna 35-64 år att det finns tillgång till företagshälsovård på deras arbetsplats. Andelen är lägre i de yngre åldrarna bland både män och kvinnor (Figur 6.15). Mönstret har inte förändrats sedan föregående folkhälsoundersökning år 2008.



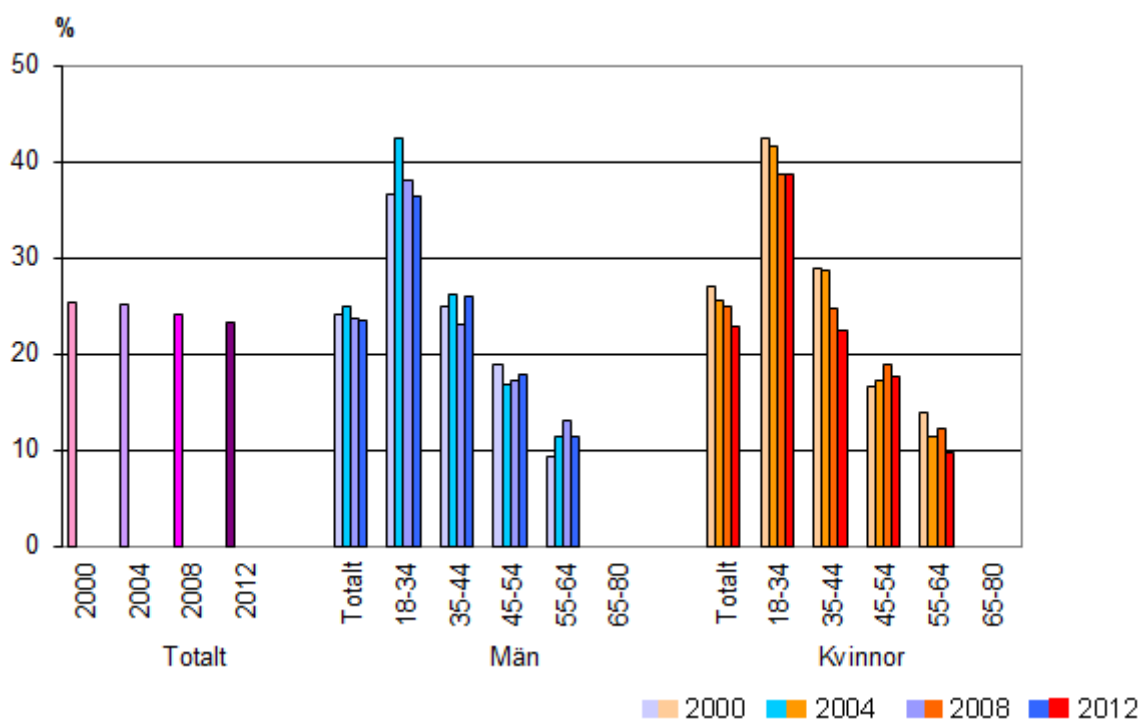
Figur 6.15. Andel män och kvinnor med tillgång till företagshälsovård på arbetsplatsen i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2008 och 2012.

6.8 Önskar byta yrke

Jämförelse med Sverige saknas

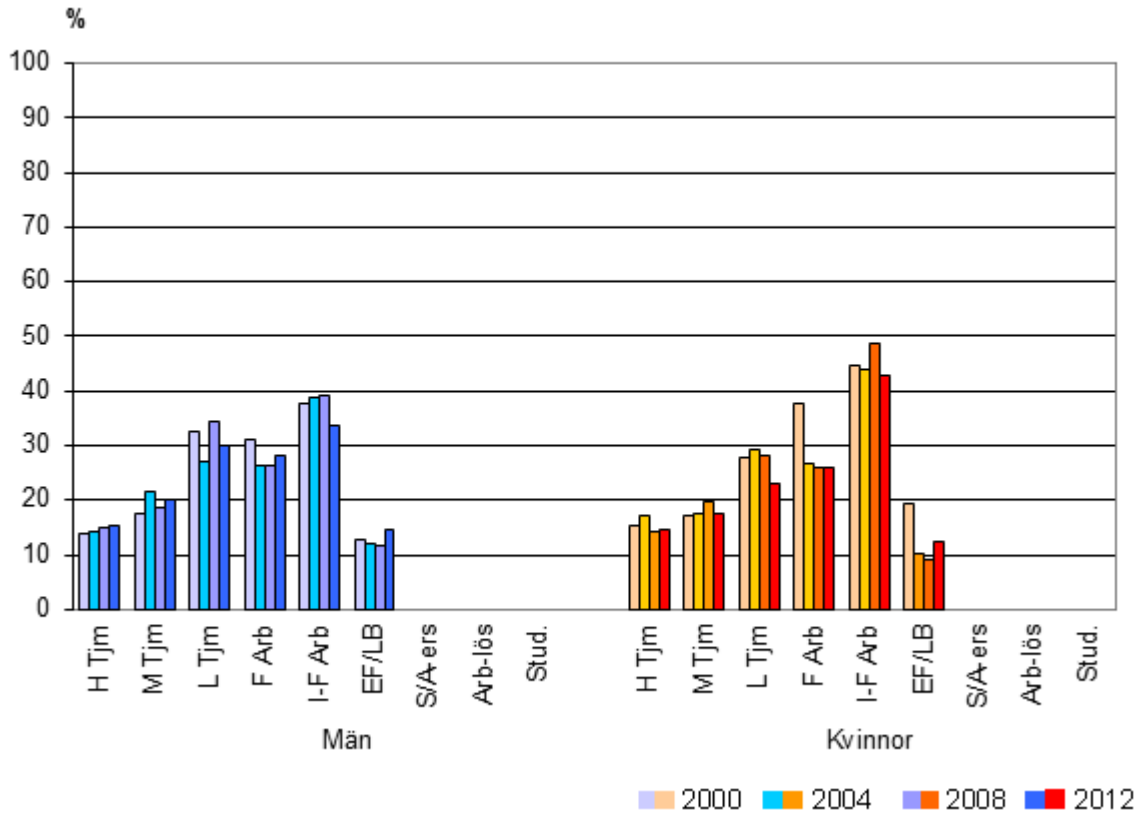


I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade en av fyra män och kvinnor att de önskar byta yrke. Bland unga män och kvinnor i åldern 18-34 år önskar cirka 35 % byta yrke. Andelen avtar med stigande ålder och är relativt konstant mellan de olika undersökningsåren (Figur 6.16).



Figur 6.16. Andel män och kvinnor som önskar byta yrke i olika åldersgrupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012.

Liksom i tidigare undersökningar ses lägst andel som önskar byta yrke i grupperna högre tjänstemän och egna företagare, medan andelen är högst bland icke facklärd arbetare, 34 % bland män och 43 % bland kvinnor (Figur 6.17).



Figur 6.17. Andel män och kvinnor som önskar byta yrke i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000, 2004, 2008 och 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare= EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

6.9 Fysisk miljö, buller och trafik

Jämförelse med Sverige saknas



Deltagarna i Folkhälsoenkät Skåne 2012 fick även besvara frågor om den fysiska närmiljön.

6.9.1 Besvär av buller, ljud, luftföroreningar, lukt eller vindkraft

Nationellt hör buller från vägtrafik och från grannar till de vanligaste rapporterade miljöstörningarna.¹⁰ En av frågorna som ställdes var: ”Om du tänker på de senaste 12 månaderna, när du befinner dig hemma, hur mycket störs eller besväras du av: Buller från vägtrafik, buller från tågtrafik, buller från flygtrafik, ljud från grannar, bilavgaser, vedeldningsrök, vindkraft respektive lukt från industrier”. Svaren redovisas nedan.

6.9.1.1 Buller från vägtrafik

Buller och ljudstörningar från omgivningen är en del av den fysiska miljön. Bland samtliga män och kvinnor upplevde 52 % ingen störning av buller från vägtrafik, medan 3 % upplevde mycket störning och 2 % oerhört mycket störning (Figur 6.18). Man ser inga tydliga ålderskillnader i upplevelsen av vägbuller (visas ej i figur).

6.9.1.2 Buller från tågtrafik

De allra flesta männen och kvinnorna störs inte alls av tågtrafik, 80 % respektive 82 %. Bland både män och kvinnor störs 2 % ganska mycket och 2 % mycket eller oerhört mycket (Figur 6.18). Den procentuella fördelningen av upplevelse av störning från tågtrafik är likartad i alla åldersgrupper bland både män och kvinnor (visas ej i figur).

6.9.1.3 Buller från flygtrafik

En tredje fråga om buller handlar om buller från flygtrafik. Av samtliga män rapporterade 81 % ingen störning, medan andelen som upplevde mycket eller oerhört mycket störning var mindre än 1 %. Bland kvinnor upplevde 84 % ingen störning alls, medan andelen som upplevde mycket eller oerhört mycket störning liksom bland män är mindre än 1 % (Figur 6.18). Bland män störs yngre personer i åldern 18-34 år mer än äldre. Bland kvinnor är ålderskillnaderna mycket små (visas ej i figur).

6.9.1.4 Ljud från grannar

Människor kan även störas av ljud från sina grannar. I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade 7 % att de störs ganska mycket och 3 % att de störs mycket eller oerhört mycket av ljud från grannar. Även för denna typ av ljudstörning är den procentuella fördelningen för män och kvinnor likartad. Av kvinnorna störs 7 % ganska mycket och 5 % mycket eller oerhört mycket (Figur 6.18). Ålderskillnaderna i upplevelsen av störning från grannar är större än ålderskillnaderna i buller från vägtrafik, tågtrafik och flygtrafik. Yngre män och kvinnor störs av ljud från grannar i betydligt högre utsträckning än äldre (visas ej i figur).

6.9.1.5 Bilavgaser

Bilavgaser och utsläpp av rök och kemikalier är en annan del av den fysiska miljön. Bland män rapporterade 5 % att de störs ganska mycket och 2 % att de störs mycket eller oerhört mycket av bilavgaser. Bland kvinnor störs 6 % ganska mycket, 2 % mycket och 1 % oerhört mycket av bilavgaser (Figur 6.18). Skillnaderna mellan olika åldersgrupper i upplevelsen av bilavgaser är små för både män och kvinnor (visas ej i figur).

6.9.1.6 Vedeldningsrök

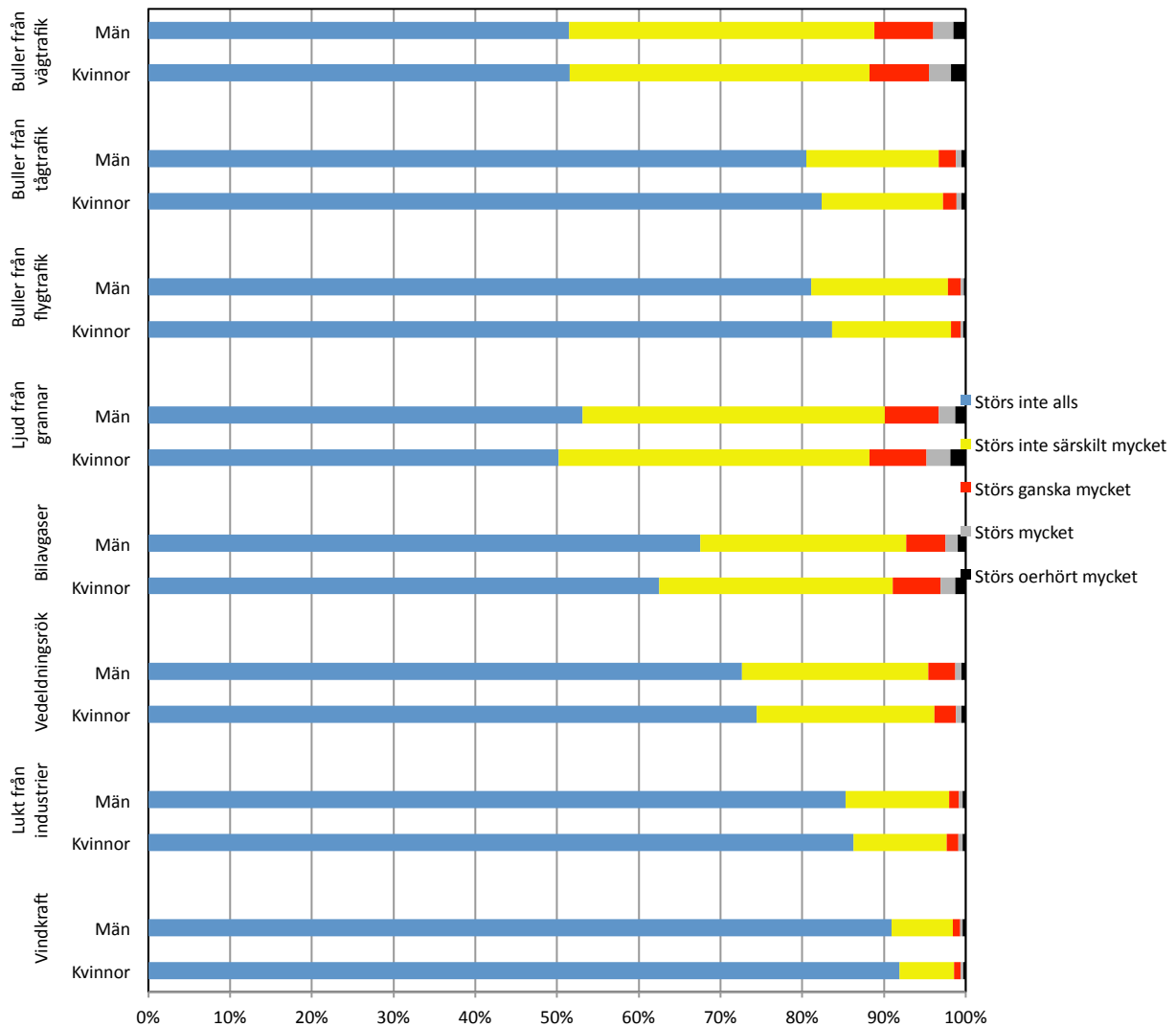
Bland männen störs 73 % och bland kvinnorna drygt 74 % inte alls av vedeldningsrök. Både bland män och bland kvinnor ligger andelen som störs mycket eller oerhört mycket på 2 % (Figur 6.18). Andelen som upplever besvär av vedeldningsrök är lägre för båda könen i åldersgruppen 18-34 år jämfört med andra åldersgrupper (visas ej i figur).

6.9.1.7 Lukt från industrier

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 efterfrågades även besvär med lukt från industrier. Bland båda könen återfinns ett liknande mönster avseende störningar med 2 % som rapporterade att de störs ganska mycket och 1 % att de störs mycket eller oerhört mycket (Figur 6.18). Skillnaderna mellan olika åldersgrupper när det gäller att besväras av lukt från industrier är mycket små bland både män och kvinnor (visas ej i figur).

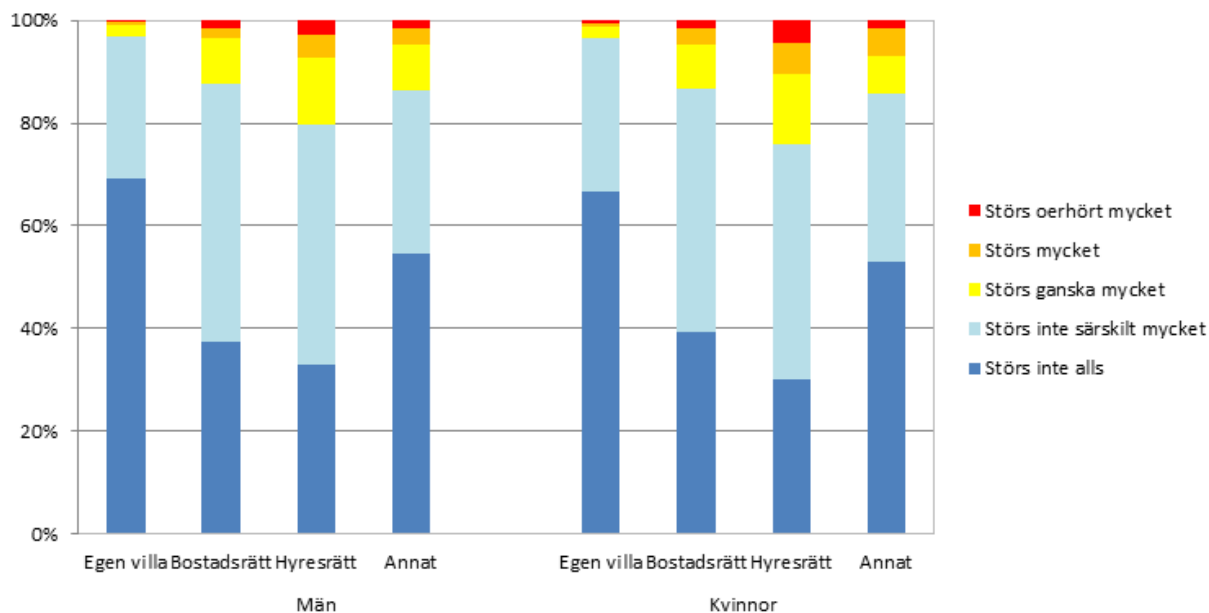
6.9.1.8 Vindkraft

Slutligen innehåller enkäten en fråga om störningar från vindkraft. Av både män och kvinnor svarar 91-92 % att de inte störs alls av vindkraft och mindre än 1 % att de störs mycket eller oerhört mycket (Figur 6.18). Åldersskillnaderna är små när det gäller besvär från vindkraft bland både män och kvinnor (visas ej i figur).



Figur 6.18. Upplevelse av att bli störd av buller från vägtrafik, buller från tågtrafik, buller från flygtrafik, ljud från grannar, bilavgaser, vedeldningsrök, vindkraft respektive lukt från industrier bland män och kvinnor i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

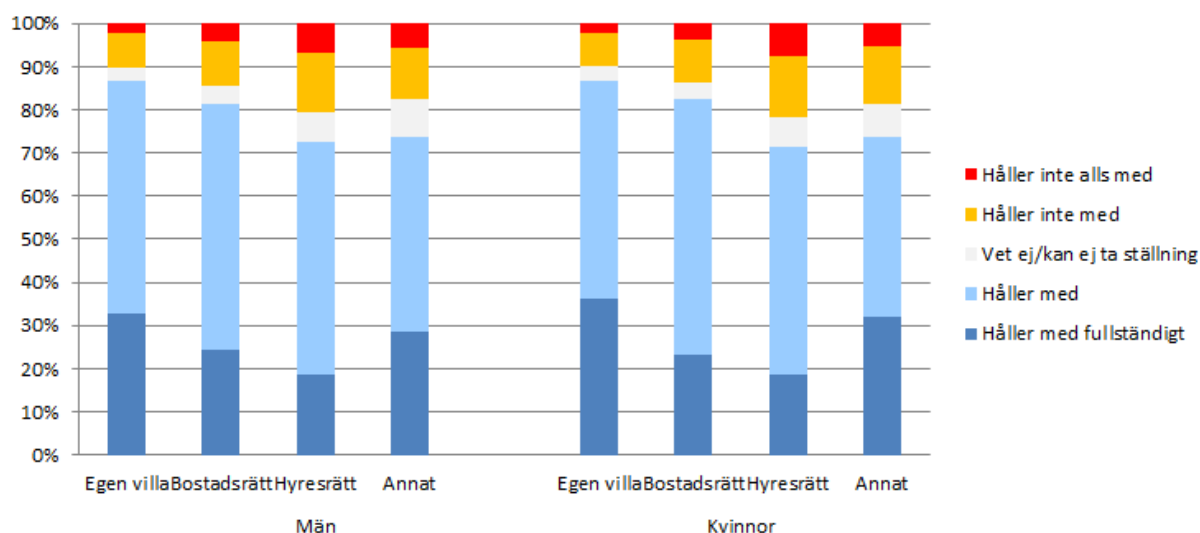
Denna typ av störning från den yttre miljön kan även sammanhånga med bostadstyp. När det gäller buller från vägtrafik, tågtrafik eller flygtrafik, vedeldningsrök, lukt från industrier eller störning från vindkraft ses endast små skillnader i andelen som störs ganska mycket, mycket eller oerhört mycket, mellan olika bostadstyper (villa, hyresrätt, bostadsrätt eller annat) (visas ej i figur). Däremot ses tydliga skillnader i andelen som blir störd av ljud från grannar mellan olika bostadstyper, med lägst andel bland personer som bor i villa och högst andel bland personer som bor i hyresrätt. (Figur 6.19) Ett liknande mönster ses för bilavgaser (visas ej i figur).



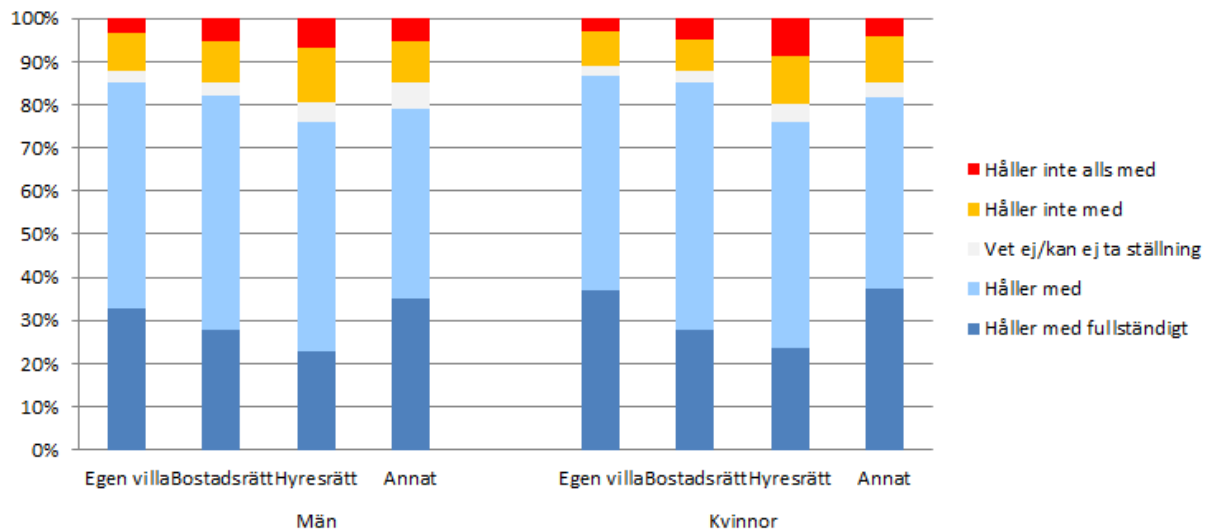
Figur 6.19. Upplevelse av att bli störd av ljud från grannar uppdelat på bostadstyp bland män och kvinnor i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

6.9.2 Utemiljön nära bostaden

Utemiljön nära bostaden är betydelsefull för rekreation, trivsel i området och vardaglig fysisk aktivitet.¹¹ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågor kring utemiljön inom 5-10 minuters gångavstånd från bostaden. En hög andel män och kvinnor svarade att utemiljön i närheten av bostaden har en ombonad och trygg plats för avkoppling eller barns fria lekar. Andelen är högst (över 80 %) bland personer boende i villa eller bostadsrätt bland både män och kvinnor (Figur 6.20). Vidare rapporterade c:a åtta av tio män och kvinnor att utemiljön i närheten av bostaden har en öppen yta för exempelvis bollspel eller picknick (Figur 6.21).



Figur 6.20. Andel män och kvinnor som anser att utemiljön i närheten av bostaden har en ombonad och trygg plats för avkoppling och barns fria lekar i Folkhälsoenkät Skåne 2012.



Figur 6.21. Andel män och kvinnor som anser att utemiljön i närheten av bostaden har en öppen yta för exempelvis bollspel eller picknick i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

6.10 Sammanfattning

- *Bäst självskattad hälsa ses i gruppen förvärvsarbetande samt studerande.*
- *Sämst självskattad hälsa ses bland personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning respektive bland arbetslösa.*
- *Andelen med en ansamling av riskfaktorer är dubbelt så hög bland personer i gruppen med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning respektive i gruppen arbetslösa jämfört med bland de förvärvsarbetande.*
- *Andelen med fast anställning är lägst i den yngsta åldersgruppen bland både män och kvinnor.*
- *Sex av tio män och kvinnor födda utanför Europa rapporterar att de har fast anställning, medan tre av fyra svenskfödda män och kvinnor gör detsamma.*
- *Deltidsarbete är vanligast i yngre samt äldre åldrar bland män, medan deltidsarbete är ungefär lika vanligt i alla åldersgrupper bland kvinnor.*
- *En lägre andel av deltidsarbetande män rapporterar att de "mår bra" eller "mycket bra" jämfört med de som arbetar heltid. Ett sådant mönster ses inte lika tydligt bland kvinnor.*
- *Oro för att förlora arbetet sammanhänger med anställningsform där fast anställda och egenföretagare är minst oroliga att förlora arbetet, medan projektanställda eller personer med annan anställning är mest oroliga.*
- *Oron för att förlora arbetet inom det närmaste året är högst bland icke facklärd arbetare och andelen har stigit sedan föregående undersökning.*
- *Drygt 18 % av männen och 22 % av kvinnorna rapporterar en anspänd arbetssituation. Dessa andelar ligger i nivå med motsvarande andelar i föregående undersökning år 2008.*
- *En anspänd arbetssituation är vanligast bland icke facklärd arbetare.*
- *Drygt sex av tio män och kvinnor i åldrarna 35-64 år uppger att det finns tillgång till företagshälsovård på deras arbetsplats.*
- *En av fyra män och kvinnor rapporterar att de önskar byta yrke. Andelen avtar med stigande ålder och är relativt konstant mellan de olika undersökningsåren.*
- *Drygt 5 % av män och kvinnor rapporterar mycket eller oerhört mycket störning av buller från vägtrafik.*
- *Det finns tydliga skillnader i andelen som blir störd av ljud från grannar mellan olika bostadstyper, med lägst andel bland personer som bor i villa och högst andel bland personer som bor i hyresrätt. Ett liknande mönster ses för bilavgaser.*
- *Tre av fyra män och kvinnor anser att utemiljön i närheten av bostaden har en ombonad och trygg plats för avkoppling eller barns fria lekar.*

6.11 Referenser

1. Backhans M, Hemmingsson T, Sörberg A, Toomingas A. Arbetshälsorapport 2012. Stockholms Läns Landsting, Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholm, 2012.
2. Butterworth P, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine* 2011;68(11):806-12.
3. Bäckman H. Anknytning till arbetsmarknaden och ungas etablering. Social rapport 2010. Socialstyrelsen, 2010.
4. Kim IH, Muntaner C, Vahid Shahidi F, Vives A, Vanroelen C, Benach J. Welfare states, flexible employment and health: A critical review. *Health Policy* 2012; 104 (2):99-127.
5. Georgellis A, Hemmingsson T. Miljö, arbete och hälsa i Stockholms län. Stockholms läns landsting och Karolinska institutet. Stockholm, 2012.
6. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
7. Marinko K, Ivarsson-Walther R. Företagshälsovård, i (Edling, Nordberg, Albin, Nordberg, redaktörer) *Arbets- och miljömedicin – en lärobok om hälsa och miljö*. Studentlitteratur, 3e upplagan, 2010, sid 131 -142.
8. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-111-2>
9. Bjärenlöv A, Ripa C, Nilsson D, Wigvall L, Axelsson A, Lindell C. SkåneAnalysen. En kort analys om Skånes tillväxt och utveckling. Sysselsättning och utanförskap i Skåne. Enheten för samhällsanalys, Regional utveckling samt Analysfunktionen Näringsliv Skåne. Region Skåne januari 2012. <http://www.skane.se/sv/Skanes-utveckling/Samhallsanalys/>
10. Socialstyrelsen: Miljöhälsorapport 2009. Kapitel 15 Buller. Socialstyrelsen, 2009.
11. de Jong K, Albin M, Skärbäck E, Grahn P, Björk J. Perceived green qualities were associated with neighborhood satisfaction, physical activity, and general health: results from a cross-sectional study in suburban and rural Scania, southern Sweden. *Health Place*. 2012;18(6):1374-80

**Socioekonomiska
skillnader i hälsa och
levnadsförhållanden**

7

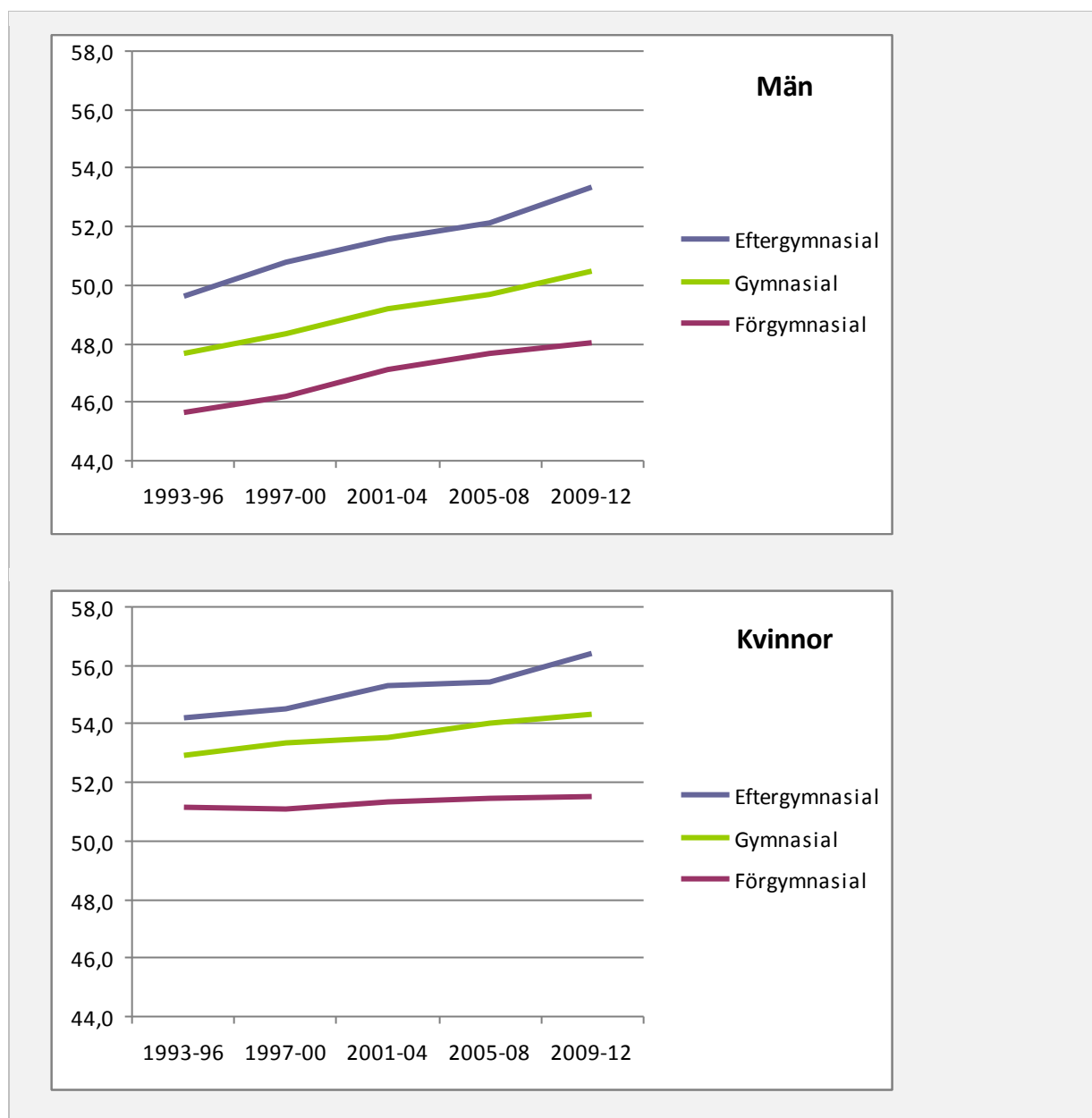
7 Socioekonomiska skillnader i hälsa och levnadsförhållanden

Trots att Sverige sedan länge haft en folkhälsopolitisk målsättning att minska sociala skillnader i hälsa har dessa fortsatt att öka.¹ Att minska den ojämlika hälsan är även en viktig målsättning i den regionala folkhälsostrategin i Region Skåne² och i Region Skånes verksamhetsplan för 2015-2016.³ I den svenska befolkningen finns det stora sociala skillnader i både dödlighet, sjuklighet och avseende hälsans bestämningsfaktorer.^{1,4,5} Socioekonomiska skillnader kan mätas med olika mått på social position, exempelvis utbildningsnivå eller socioekonomisk indelning baserat på yrke. Utbildning kan påverka hälsan på många sätt, exempelvis genom en bättre arbetsmiljö, bättre ekonomi, mindre stress och bättre förutsättningar att göra hälsosamma val. Personer med en låg social position har ofta sämre levnadsvillkor och sämre levnadsvanor samt mer ohälsa, högre dödlighet och kortare livslängd än personer med hög social position då deras utrymme att göra hälsosamma val är mindre.^{4,7} De klart största hälsoriskerna ses bland personer utanför arbetsmarknaden.⁸ Sambandet mellan social position och levnadsvillkor är starkt, men det är ett dubbelriktat samband, eftersom konsekvenser av ohälsa också påverkar individens sociala position.⁴ Exempelvis får den som blir sjuk svårare att behålla sitt arbete och riskerar att hamna i en lägre social position.^{4,9} Det finns även samband mellan att vara utlandsfödd och att hamna i en låg social position.⁴

I Skåne ses stora skillnader i hälsa utifrån bland annat geografisk tillhörighet, socioekonomisk indelning, etnicitet och kön.¹⁰ Geografiska skillnader speglar sociala skillnader. De stora hälsoskillnader som kan ses mellan Skånes kommuner speglar till stor del sociala skillnader i kommunernas befolkningssammansättning. I exempelvis Malmö är skillnaden i medellivslängd mellan stadsdelarna 5,4 år för män och 4,6 år för kvinnor (i medeltal för perioden 2007-2011).⁴ I detta kapitel ger vi en kortare översikt av en del av de socioekonomiska skillnader i hälsa, levnadsvanor och levnadsförhållanden som man ser i Skåne.

7.1 Socioekonomiska skillnader i medellivslängd

Skillnaden i medellivslängd har ökat mellan grupper med kort och lång utbildning under många år, samtidigt som skillnaden i medellivslängd har minskat mellan könen.¹ Numera är skillnaden i medellivslängd mellan personer med kort och lång utbildning större än skillnaden mellan könen (ungefär fem respektive fyra år).⁵ Utvecklingen i medellivslängd har varit bäst för högutbildade män och sämst för lågutbildade kvinnor.¹¹ Bland lågutbildade kvinnor har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjugoförårsperioden.⁵ Figur 7.1 visar utvecklingen av återstående medellivslängd i Skåne vid 30 års ålder för män och kvinnor med förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning under åren 1993-2012. Idag är den förväntade återstående medellivslängden vid 30 år 5,4 år kortare för skånska män med förgymnasial utbildning jämfört med män med eftergymnasial utbildning, och gapet har ökat med 1,5 år under en tioårsperiod. För skånska kvinnor är motsvarande skillnad 4,9 år och gapet mellan låg- och högutbildade har ökat med 1,9 år.



Figur 7.1. Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder (år) fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Män och kvinnor i Skåne, perioden 1993-2012 (med fyra-åriga snitt). Statistiken gäller för personer födda i Sverige eftersom det bland utlandsfödda ofta saknas uppgift om utbildningsnivå. Medellivslängden beräknas efter utbildningsnivå vid 30 års ålder eftersom de flesta då avslutat sin eftergymnasiala utbildning. Källa: Statistiska Centralbyrån.

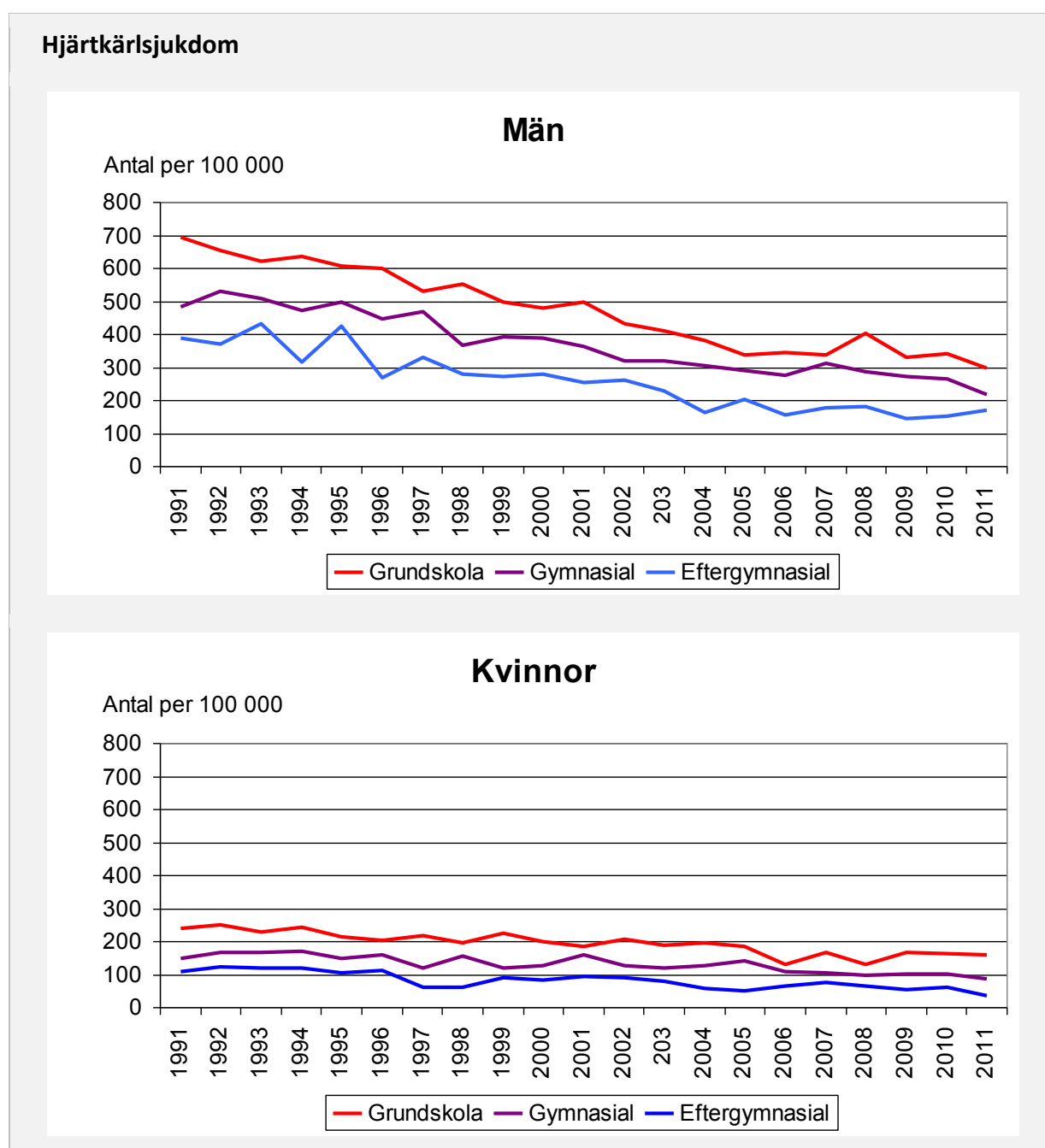
7.2 Socioekonomiska skillnader i dödsorsaker

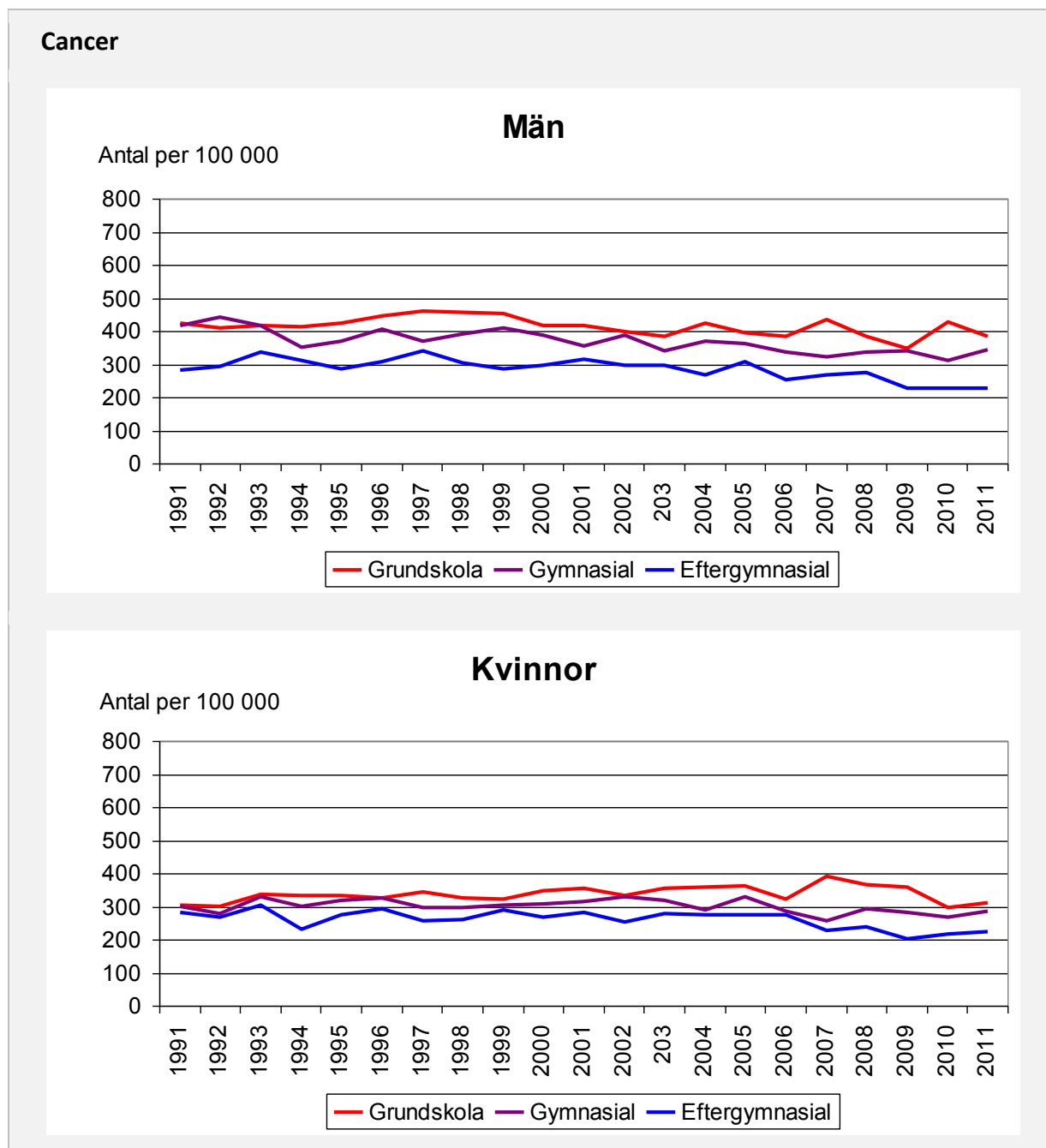
Dödligheten i alla stora dödsorsaker i befolkningen – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser – är högre bland personer med kort utbildning jämfört med personer med lång utbildning.⁵ En svensk studie fann vidare att risken att dö i magsår, hjärtkärlsjukdom, diabetes, astma och hypertoni var mellan 3,1 och 7,5 gånger högre i den icke-arbetande delen av befolkningen jämfört med den arbetande delen av befolkningen.^{9, 12}

Dödligheten i hjärtkärlsjukdom och stroke har minskat kraftigt de senaste decennierna, framför allt för män,¹³ men bland lågutbildade kvinnor i yngre medelålder (35-44 år) ökar nu

insjuknanden både i hjärtinfarkt och stroke nationellt.⁵ Lågutbildade kvinnor löper större risk att avlida i cancer jämfört med kvinnor med högre utbildning. Bland lågutbildade män ställs färre cancerdiagnoser, men dödligheten är ändå högst i denna grupp.⁵

Figur 7.2 visar den åldersstandardiserade dödligheten i Skåne i hjärtsjukdom och cancer efter utbildningsnivå under perioden 1991-2011. Man ser tydligt att dödligheten är högst för kvinnor och män med enbart grundskoleutbildning och lägst för kvinnor och män med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna i dödlighet i hjärtsjukdom för män med olika lång utbildning är mindre nu än i början av 1990-talet i åldern 45–74 år, räknat i antal döda per 100 000. Även för kvinnor minskade skillnaden i dödlighet mellan utbildningsgrupper under 1990-talet och början av 2000-talet, men under senare år har skillnaden ökat igen. Dödligheten i cancer har minskat bland män och kvinnor med eftergymnasial utbildning sedan 1991, medan man inte ser någon motsvarande minskning bland män och kvinnor med enbart grundskoleutbildning.

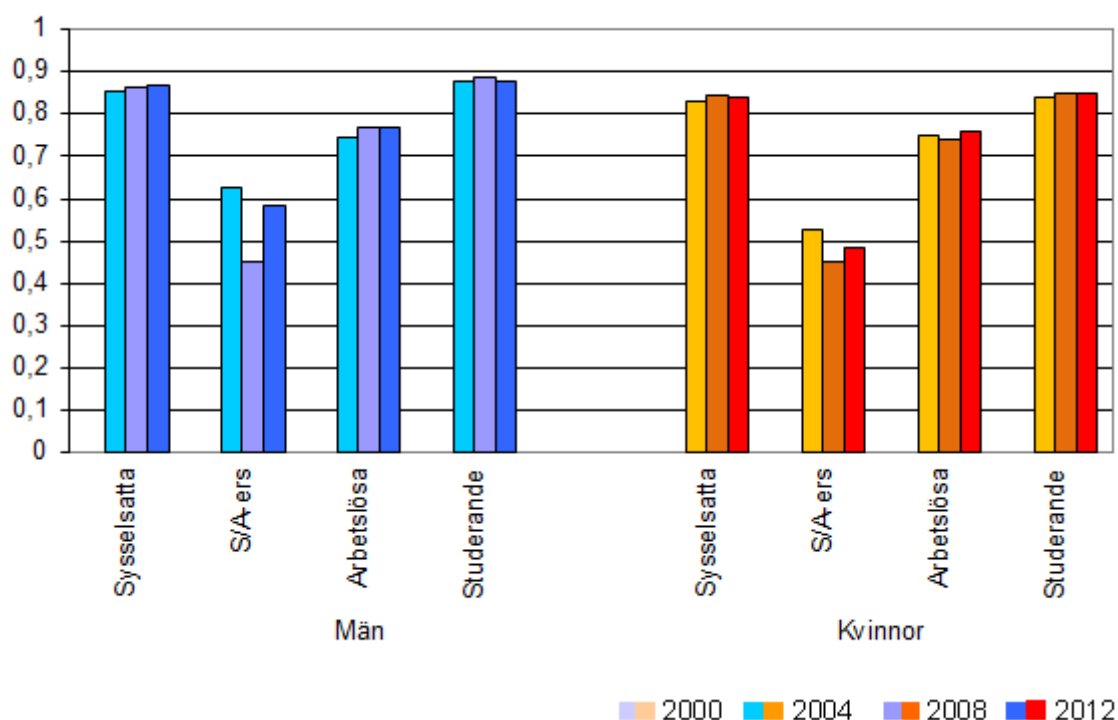




Figur 7.2. Dödlighet i hjärtkärlsjukdom och cancer efter utbildning i Skåne 1991-2011. Kvinnor och män 45-74 år, perioden 1991 – 2011, Skåne län. Åldersstandardiserat efter rikets medelbefolkning år 2000. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

7.3 Socioekonomiska skillnader i sjuklighet

Det finns stora socioekonomiska skillnader i sjuklighet i ett stort antal stora sjukdomsgrupper såsom hjärtkärlsjukdom, diabetes, psykisk ohälsa, sjukdomar i rörelseorganen, värk och höftledsfraktur.^{1, 5, 14} Personer med kort utbildning rapporterar i högre utsträckning dålig självskattad hälsa och långvarig sjukdom.¹⁵ I denna rapport visar vi tydliga socioekonomiska skillnader i självskattad hälsa, psykisk ohälsa och livskvalitet mätt med EQ5D (Figur 7.3).



Figur 7.3. EQ5D-index fördelat på socioekonomisk grupp i Folkhälsoenkät Skåne 2004, 2008 och 2012. Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven= S/A-ers.

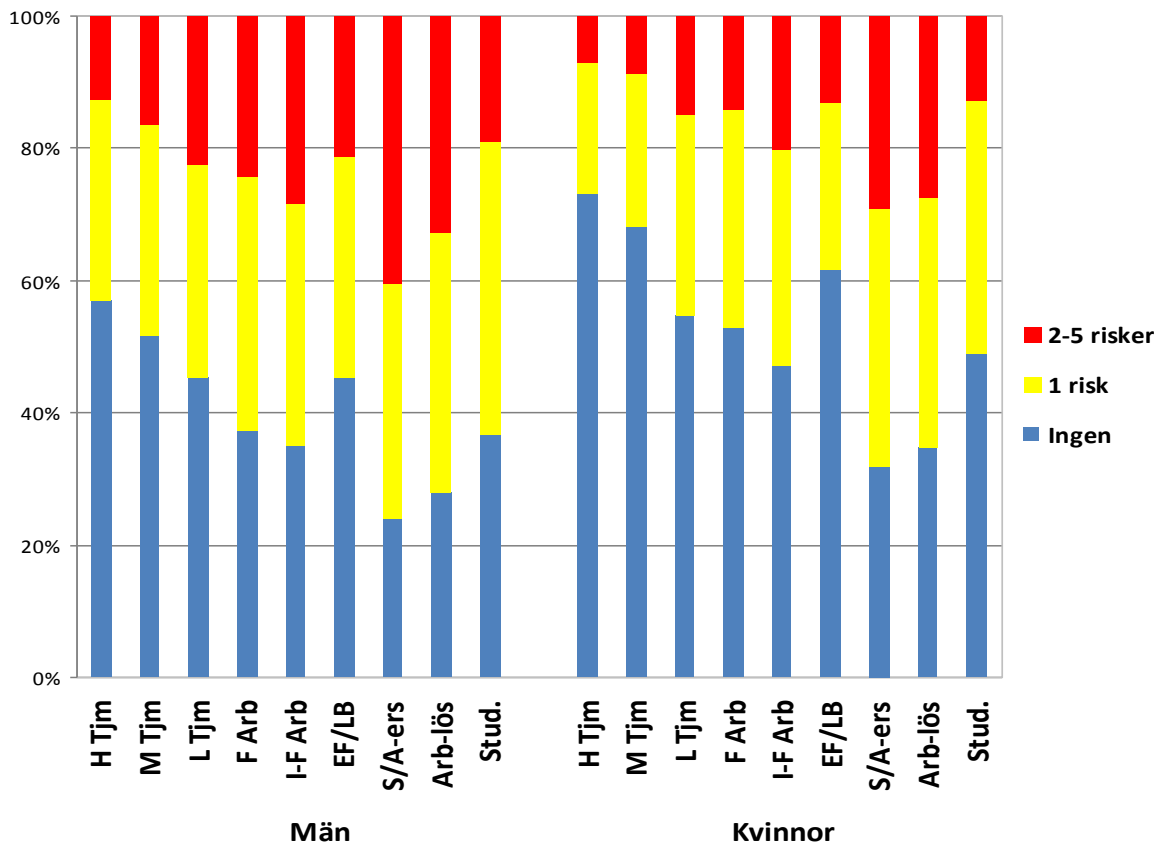
7.4 Socioekonomiska skillnader i levnadsvanor och levnadsvillkor

Arbetslöshet medför ofta sämre livsvillkor, hälsoskadliga levnadsvanor och försämrad psykisk och fysisk hälsa.^{16, 17} Arbetslösa unga vuxna är en särskilt utsatt grupp.¹⁷ Individens ekonomiska resurser har stor betydelse för möjligheterna att påverka sina livsvillkor¹⁴ och relativ fattigdom innebär att inte kunna göra olika val eller delta i samhällslivet på det sätt som majoriteten gör på grund av ekonomiska begränsningar.^{17, 18}

Det är vanligare med mer ofördelaktiga levnadsvanor (såsom ohälsosamma matvanor, daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol, spelberoende, brist på fysisk aktivitet) och fetma bland människor med en lägre social position.^{1, 19} Tobak, alkohol och narkotika används ofta som en form av kortsiktig stresshantering.²⁰

Resultaten från Folkhälsoenkät 2012 visar liksom andra undersökningar^{19, 21} att flera ohälsosamma levnadsvanor ofta förekommer samtidigt hos samma individer i socialt utsatta grupper. Figur 7.4 visar fördelningen av ett antal riskfaktorer (daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol, lågt intag av frukt och grönsaker, låg fysisk aktivitet samt fetma) bland skånska män och kvinnor med olika socioekonomisk tillhörighet. Kvinnor uppvisar ett mindre riskbeteende än män i samtliga grupper. Bland högre tjänstemän svarade nästan tre av fyra kvinnor och nästan sex av tio män att de inte har någon av dessa fem risker. Andelen med riskbeteenden följer en socioekonomisk gradient bland både män och kvinnor. Bland personer utanför arbetsmarknaden är andelen med två eller fler riskfaktorer högst; detta gäller fyra av tio sjukskrivna män (långtidssjukskriven eller med sjuk- eller aktivitetsersättning), var tredje arbetslös man och nästan tre av tio arbetslösa eller sjukskrivna kvinnor.

Ansamling av riskfaktorer - socioekonomisk indelning



Figur 7.4. Andel män och kvinnor som uppgett sig inte ha någon, en eller minst två av följande riskfaktorer (daglig rökning, riskkonsumtion av alkohol, lågt intag av frukt och grönsaker, låg fysisk aktivitet samt fetma) fördelat på socioekonomisk tillhörighet. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare= EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Nedanstående spindeldiagram i Figur 7.5 visar översiktligt socioekonomiska skillnader för en mängd olika faktorer bland skånska män och kvinnor i åldern 18-64 år. Dessa spindeldiagram baseras på resultat från Folkhälsoenkät 2012. Tjänstemän utgör här en referensgrupp och representeras av den svarta cirkeln i mitten. Den bruna oregelbundet formade cirkeln representerar arbetare och den blå oregelbundet formade linjen representerar personer som står utanför arbetsmarknaden (arbetslösa, långtidssjukskrivna och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning). Spindeldiagrammen visar absoluta skillnader (i procentenheter) mellan arbetare och tjänstemän respektive mellan personer utanför arbetsmarknaden jämfört med tjänstemän. Faktorerna är färgkodade i olika huvudgrupper – rött för hälsoutfall, grönt för socialt kapital, lila för arbetslivsfaktorer, brunt för miljöfaktorer och blått för levnadsvanor. De Folkhälsopolitiska målen 1 och 2 (delaktighet och inflytande i samhället, ekonomisk och social trygghet) berör de faktorer som markerats med grönt. Det Folkhälsopolitiska målet 4 (ökad hälsa i arbetslivet) berör de faktorer som markerats med lila och det folkhälsopolitiska målet 5 (sunda och säkra miljöer) berör brunmarkerade faktorer. Folkhälsomålen 9, 10 och 11 (ökad fysisk aktivitet, goda matvanor, minskat bruk av tobak och alkohol) berör de faktorer som markerats med blått.

Generellt ser man ett mönster som innebär att arbetare har en sämre hälsa och mer ofördelaktiga levnadsförhållanden och levnadsvanor än tjänstemän (Figur 7.5). Exempelvis är

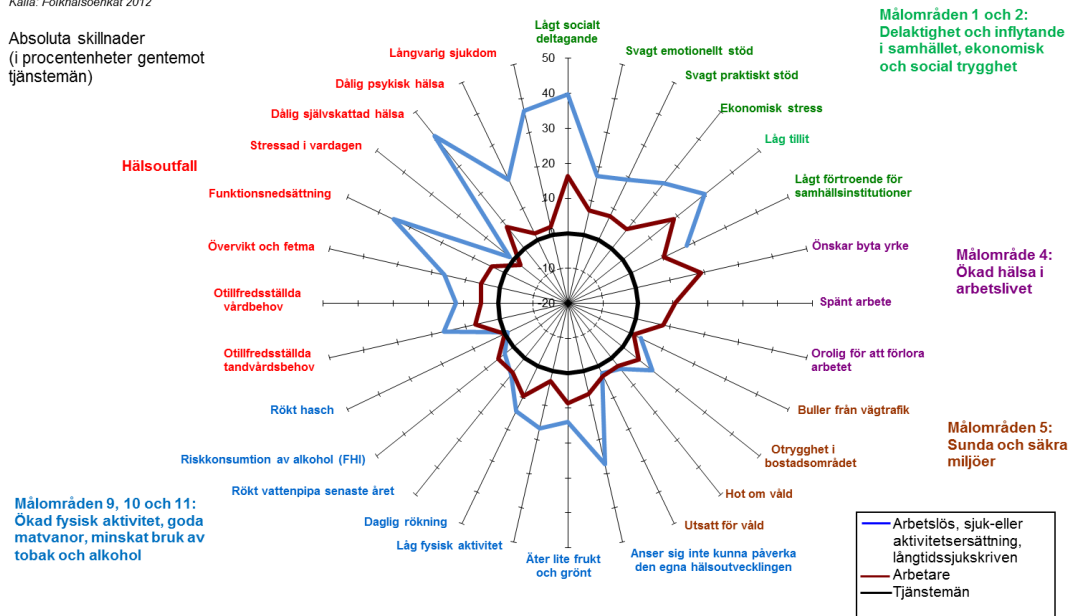
andelen rökare bland män i arbetargruppen 10 procentenheter högre än i tjänstemanna-gruppen. De som står utanför arbetsmarknaden har sämst hälsa, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Andelen rökare bland män utanför arbetsmarknaden är 20 procentenheter högre än i tjänstemannagruppen. Mönstret är överlag det samma bland kvinnor och män även om utslagen kan vara olika stora. Ett undantag ses dock för övervikt och fetma.

Socioekonomisk status

Kvinnor 18-64 år i Skåne

Källa: Folkhälsoenkät 2012

Absoluta skillnader
(i procentenheter gentemot
tjänstemän)

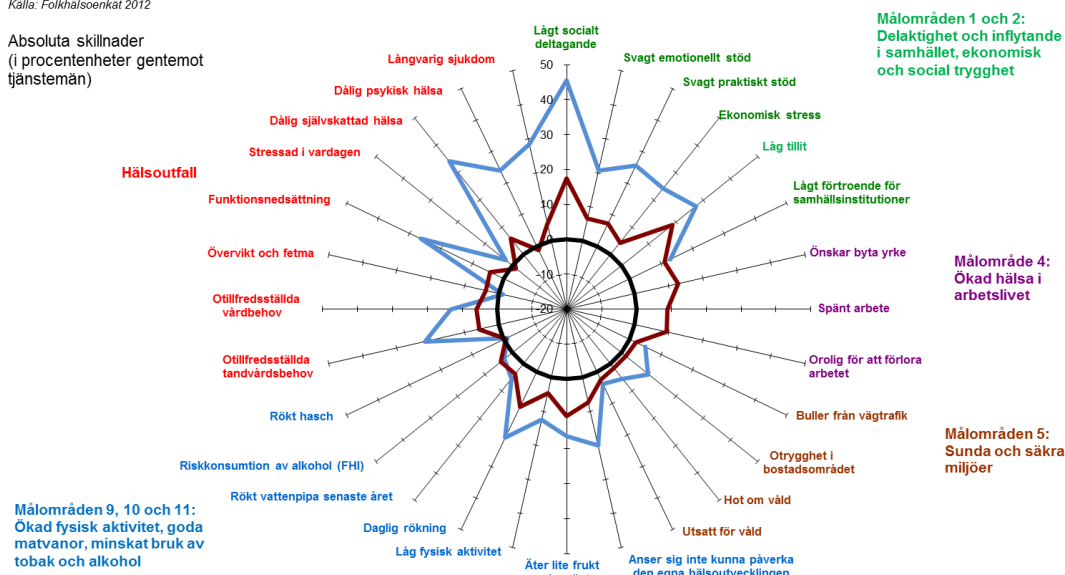


Socioekonomisk status

Män 18-64 år i Skåne

Källa: Folkhälsoenkät 2012

Absoluta skillnader
(i procentenheter gentemot
tjänstemän)

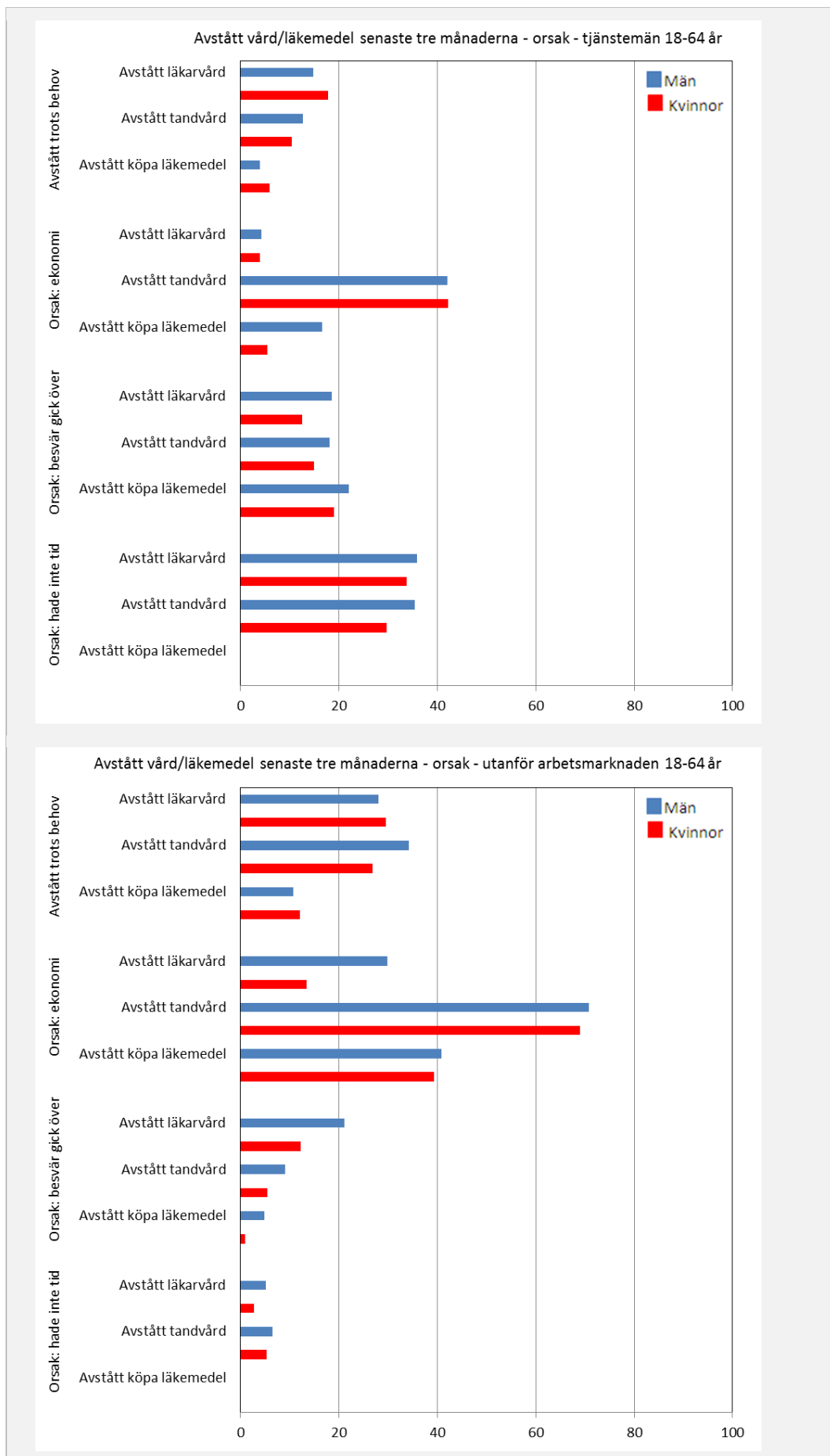


Figur 7.5. Spindeldiagram som illustrerar socioekonomiska skillnader i hälsa, levnadsvanor och levnadsförhållanden bland kvinnor (överst) och män (nederst) i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2012. Tjänstemän är referensgrupp (svart cirkel i mitten).

7.5 Avstått från att söka vård trots behov

Socialt utsatta grupper avstår oftare från att söka vård jämfört med mer privilegierade grupper.⁹ Många som avstår från att söka vård anger ekonomiska skäl som den viktigaste anledningen.²¹

Figur 7.6 visar att det är betydligt vanligare för personer utanför arbetsmarknaden (arbetslösa, personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) att avstå från att söka vård (hos läkare, tandläkare alternativt hämta ut medicin på recept) jämfört med tjänstemän i Skåne. Exempelvis har var tredje man och var fjärde kvinna utanför arbetsmarknaden avstått från tandläkarbesök trots behov jämfört med ungefär var tionde tjänsteman. Anledningarna skiljer sig också åt. Personer utanför arbetsmarknaden avstår från att söka vård främst på grund av ekonomiska skäl, medan tjänstemän oftare avstår på grund av tidsbrist. Utebliven tandvård förklarades med ekonomiska skäl av 70 % av personer utanför arbetsmarknaden och 40 % av tjänstemän, medan tidsbrist angavs som förklaring av ungefär var tjugonde person utanför arbetsmarknaden och var tredje tjänsteman.



Figur 7.6. Andel män och kvinnor som uppger orsakerna - hade inte tid, besvären gick över, hade inte råd - till att inte hämta ut medicin, otillfredsställda vård- eller tandvårdsbehov, Folkhälsoenkät 2012.

7.6 Sammanfattning

- *De socioekonomiska skillnaderna i hälsa fortsätter att vara stora trots en tydlig folkhälsopolitisk målsättning att minska dem.*
- *Den förväntade återstående medellivslängden vid 30 år är 5,4 år kortare för skånska män och 4,9 år kortare för skånska kvinnor med förgymnasial utbildning jämfört med skånska män och kvinnor med eftergymnasial utbildning.*
- *Skånska kvinnor och män med enbart grundskoleutbildning har högre dödlighet i hjärtskärlsjukdom och cancer jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.*
- *Generellt ses ett mönster som innebär att arbetare har en sämre hälsa och mer ofördelaktiga levnadsförhållanden och levnadsvanor än tjänstemän. Skillnaderna är ännu större för personer som står utanför arbetsmarknaden.*
- *Skånska män och kvinnor utanför arbetsmarknaden avstår betydligt oftare än tjänstemän från att söka vård, trots en större ohälsa.*
- *Personer utanför arbetsmarknaden avstår oftast från att söka vård av ekonomiska skäl, medan tjänstemän oftare avstår på grund av tidsbrist.*

7.7 Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
2. Regional folkhälsost strategi för Skåne 2010-2013. Kommunförbundet Skåne. Region Skåne.
<https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/folkhalsa/Folkh%C3%A4lsost strategi%202010-2013.pdf>
3. Budget, Region Skåne 2014. Verksamhetsplan för 2015-2016. Region Skåne, 2013.
4. Isacson S-O. (Red:) Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö Stad 2013.
www.malmo.se/kommission_2013-10-07
5. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>
6. Nettle D. Why are there social gradients in preventative health behavior? A perspective from behavioral ecology. PloS One. 2010;5(10):14s.
7. Pisinger C, Aadahl M, Toft U, Jorgensen T. Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. Preventive Medicine 2011;52(1):48-52. Epub 2010/11/05.
8. Ågren G. Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan. Statens folkhälsoinstitut 2003.
<http://www.krokom.se/download/18.5ef591d12433be5d7a80002199/dennyafhpolitiken0401.pdf>
9. Diaz A. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Sveriges kommuner och landsting 2009.
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-437-4.pdf?issuusl=ignore>
10. Region Skåne. <http://www.skane.se/sv/Skanes-utveckling/Ansvarsomraden/Folkhalsa/Vart-folkhalosarbete/Epidemiologisk-bevakning/>
11. Örjan Hemström: Medellivslängden ökar mest för högutbildade. SCB 2013.
http://www.scb.se/Pages/Article_358644.aspx
12. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in 'avoidable' mortality in Sweden 1986-1990. International Journal of Epidemiology 1996;25(3):560-7.
13. Dödsorsaker 2011. Socialstyrelsen 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-30>
14. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-111-2>

15. Folkhälsoinstitutet. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Fysisk-halsa/Allmant-halsotillstand/>
16. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity. I: Marmot M, Wilkinson RG (eds). Social determinants of health. Second edition. New York: Oxford University Press. 2006:78-96.
17. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynøe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Rapport 2007:5. Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi. Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting. 2007.
<http://www.folkhalsoguiden.se/Publikationer/488/Rapporter/2347/>
18. Townsend P. Poverty in the United Kingdom. Harmondsworth: Penguin, 1979.
19. Boström G. Hälsorelaterade levnadsvanor – vad vet vi och vad behöver vi veta? Reviderad version, maj 2003. Statens folkhälsoinstitut rapport nr 2003:27.
http://www.who.int/fctc/reporting/Sweden_annex2_HealthRelatedHabitsStudy_2003.pdf
20. Krueger PM, Chang VW. Being poor and coping with stress: Health behaviors and the risk of death. American Journal of Public Health 2008;98(5):889-96.
21. Wamala S, Merlo J, Boström G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. Journal of Epidemiology and Community Health 2007;61(5):409-15.

Folkhälsorapport Skåne 2013

**Hälsa och
levnadsförhållanden
bland äldre.**

8

8 Hälsa och levnadsförhållanden bland äldre

Cirka 19 procent av Skånes befolkning utgörs idag av personer som är 65 år eller äldre, och andelsmässigt överensstämmer detta väl med hur det ser ut i Sverige totalt.

Befolkningsprognosen för Skåne 2012-2021 visar att antalet personer i 65-79 års ålder väntas öka med närmare tjugo procent och personer 80 år och äldre med närmare tio procent.¹

Många studier visar att det är viktigt att få vara självständig så länge som möjligt och för äldre innebär självständigheten att få vara rörlig och oberoende.^{2,3} Att vara rörlig och oberoende ger frihet att på egen hand kunna engagera sig i olika aktiviteter och att kunna träffa vänner och bekanta. Att själv kunna kontrollera sin livssituation är särskilt viktigt för äldre personer, och förlusten av oberoende ger sänkt livskvalitet, vilket i sin tur är en grogrund för ohälsa.² I motståndskraften mot ohälsa ingår många omgivningsfaktorer som t.ex. att ingå i sociala nätverk, att ha en fungerande privatekonomi, att kunna få praktiskt och känslomässigt stöd men även att ha en bostad som är tillgänglig oavsett funktionsnedsättning och där du kan känna dig trygg. Hur hälsan utvecklas är även beroende av livsstilsfaktorer såsom matvanor, fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion.³

I detta kapitel redovisas enkätresultat från Folkhälsoenkät Skåne 2012 riktad till den äldre befolkningen i åldern 65-80 år (Enkät 2 (Äldre)). I denna enkät ingick frågor riktade specifikt till personer över pensionsåldern. Åldern för pensionering varierar i verkligheten, men pensionering vid 65 års ålder är vanligast. Syftet med denna del av rapporten är att för första gången i redovisningen av resultat från de skånska folkhälsoenkäterna kunna särredovisa bilden av hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sociala faktorer i den äldre befolkningen i Skåne. I tidigare kapitel i denna rapport har även en del av de äldres enkätresultat redovisats, och därför görs en kort sammanfattning av dessa resultat i varje avsnitt nedan.

8.1 Hälsa och välbefinnande

Det biologiska åldrandet varierar och människor åldras i olika takt. De flesta som går i pension idag kan dock se fram emot många relativt friska år och ett aktivt liv med socialt engagemang.⁴ Med stigande ålder försämras människans funktioner men mycket som verkar vara biologiska åldersförändringar är istället olika effekter av yttre faktorer. Dessa yttre faktorer kan vara förslitningar på grund av felaktiga rörelsemönster eller olämpliga arbetsställningar, inaktivitet, rökning, dåliga matvanor etc.⁵ Trots sjukdomar och handikapp kan man må bra och ”det goda åldrandet” karaktäriseras ofta av god hälsa i hög ålder med liten eller ingen funktionsnedsättning, ett gott socialt deltagande, personlig tillfredsställelse, psykiskt god hälsa med bibehållen uppfattningsförmåga, god motorik osv.⁵

8.1.1 Självskattad hälsa

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 0,6

Män(-) 1,4

Kvinnor..... 2,4

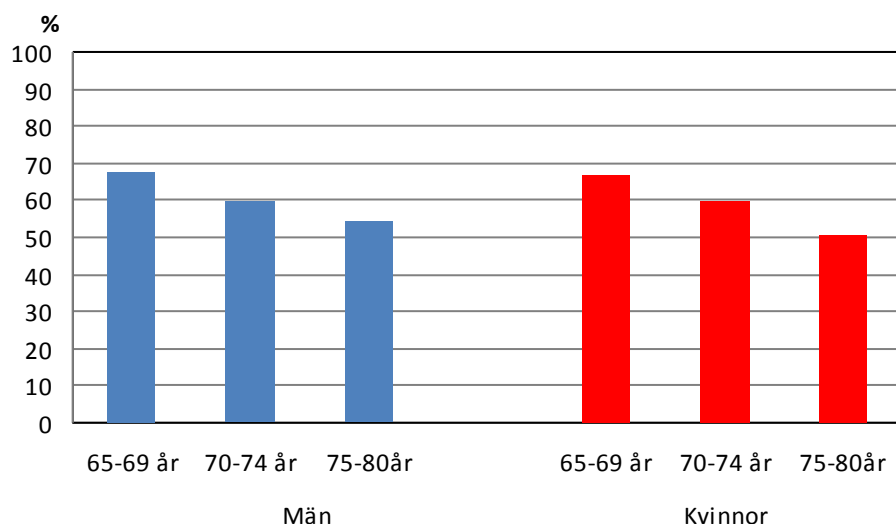


Hur människor själva rapporterar sitt allmänna hälsotillstånd har i olika studier visat sig vara en starkt prediktor för dödlighet.⁶ Människor kan uppleva sin hälsa som bra eller dålig oavsett

om de har några sjukdomar eller inte.⁴ Hur man upplever hälsa påverkas bland annat av den enskilda individens referensramar. I takt med att man blir äldre ställs i allmänhet lägre krav än bland de yngre på vad man anser vara en ”god hälsa”.⁷ I takt med stigande ålder, närvaro av fler sjukdomar och funktionsnedsättningar upplevs dock hälsan som allt sämre.⁴

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 rapporterade ca 60 % av de äldre att deras hälsa är ”bra” eller ”mycket bra” (Figur 3.1). Inom äldregruppen är det nästan sju av tio män och kvinnor i åldern 65-69 år som uppgav en ”bra” eller ”mycket bra” hälsa, ett förhållande som minskar med ökande ålder (Figur 8.1).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med en ”bra” eller ”mycket bra” självskattad hälsa i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än i riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 8.1 Andel äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som uppgett att de mår ”mycket bra” eller ”bra” i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Andelen äldre personer som i Folkhälsoenkät Skåne 2012 anser sig kunna påverka den egna hälsan har ökat under perioden 2000-2012 från 55 % till 65 % bland män och från 45 % till 63% bland kvinnor (Figur 4.27). Att anse sig kunna påverka den egna hälsan minskar dock med stigande ålder och bland de allra äldsta, 75-80 år, ligger andelen cirka tio procentenheter lägre än bland de äldre totalt (visas ej i figur).

8.1.2 Livskvalitet (EQ5D)

Jämförelse med Sverige saknas

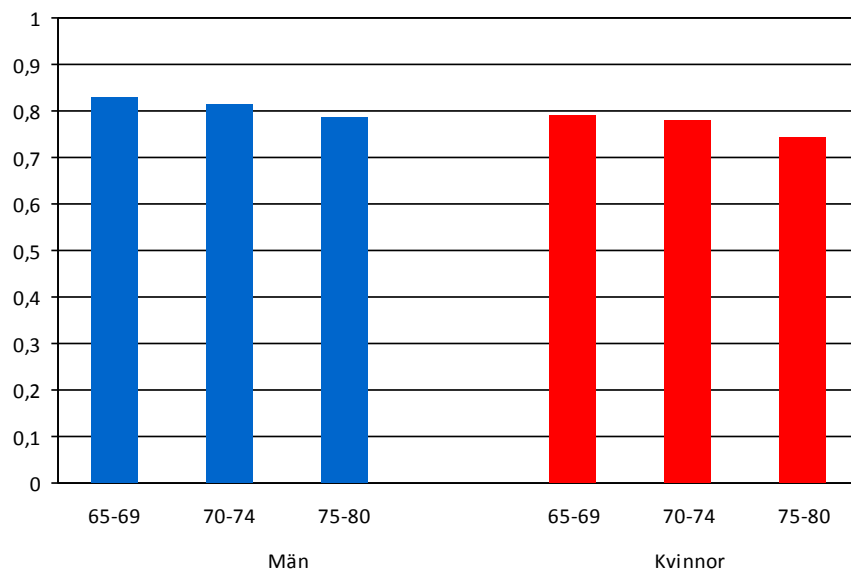


Hälsorelaterad livskvalitet förklaras oftast med den effekt som en individs hälsa har på de fysiska, mentala och sociala funktionerna i livet, men också på individens generella välbefinnande.⁸ I detta ingår basala aktiviteter såsom förmågan att vara rörlig och kunna

umgås med släkt och vänner, att kunna sköta sina dagliga aktiviteter som matlagning, tvätt och personlig hygien, men även den egna upplevelsen av hur individen mår och känner sig.⁹ En av anledningarna till att mäta hälsorelaterad livskvalitet bland äldre är att vi lever allt längre och detta innebär en ökad sjuklighet, och därför behövs bra underlag för planering, prioritering och utvärdering av hälso- och sjukvården.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ökar andelen som rapporterat måttliga eller svåra problem med stigande ålder, och livskvaliteten är lägst bland de äldsta 65-80 år. De äldre männen rapporterade mindre problem än kvinnorna, men bland båda könen kan en svag trend till en ökad livskvalitet ses (Figur 3.6). I dimensionen smärtor/besvär återfinns högst andelar med måttliga eller svåra problem både bland de äldre, närmast kommer i storleksordning dimensionerna oro/nedstämdhet och rörlighet.

Inom gruppen äldre är livskvalitetsindex mätt med EQ5D (se Avsnitt 3.2) lägst bland de allra äldsta 75-80 år både bland män och bland kvinnor, men med en något högre nivå för männen (Figur 8.2).



Figur 8.2 EQ5D-index (livskvalitet) bland de äldre fördelat på kön och åldersgrupper

8.1.3 Psykisk ohälsa

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 0,2

Män 0,6

Kvinnor.....(-) 0,8



I takt med stigande ålder ökar risken att drabbas av psykisk ohälsa.⁴ Äldre personer kan t.ex. drabbas av psykisk ohälsa på grund av upplevd förlorad social identitet efter pensioneringen, sämre kroppslig förmåga eller att man förlorar en livskamrat. Med stigande ålder ökar även risken att drabbas av depression vars symtom felaktigt kan tolkas som en demens.¹¹ Trots detta verkar äldre generellt må psykiskt bättre än yngre personer, vilket återspeglas i

Folkhälsoenkät Skåne 2012 (Figur 3.7), men också väl överensstämmer med nationella siffror.¹⁰ Inom gruppen äldre ses ingen skillnad i psykisk ohälsa med ökande ålder, men äldre kvinnor har en något sämre psykisk hälsa än äldre män (visas ej i figur).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med psykisk ohälsa i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än i riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

8.1.4 Vårdkonsumtion

Jämförelser med Sverige nämns i texten



Det biologiska åldrandet är oundvikligt och majoriteten av de äldre kommer att behöva vård och omsorg på grund av sjukligheten som oftast följer i åldrandets spår.¹²

Drygt en av tio äldre män och kvinnor i Skåne uppgav i Folkhälsoenkät Skåne 2012 att de under de senaste tre månaderna besökt en akutmottagning, vilket bland kvinnor är något lägre än i tidigare Skånska folkhälsoundersökningar. Andelen med besök på en akutmottagning ökar med stigande ålder (Figur 3.36). En av tio äldre personer uppgav att de varit inlagda på sjukhus under de senaste tre månaderna och även andelen inlagda personer ökar med stigande ålder (Figur 3.37).

Avseende långvarig sjukdom bland äldre i Skåne ses en nedåtgående trend och då främst bland kvinnor (Figur 3.25). Även andelen med otillfredsställda vårdbehov bland de äldre har minskat under perioden 2000-2012 (Figur 3.39). De äldre (65-80 år) är den åldersgrupp som har högst förtroende för sjukvården. Denna andel har legat tämligen konstant under åren 2004-2012 (Figur 3.45). Andelen äldre med otillfredsställda vårdbehov respektive lågt förtroende för sjukvården ligger i nivå med riksgenomsnittet, medan andelen med långvarig sjukdom är lägre i Skåne än riksgenomsnittet.

8.1.5 Läkemedel

Jämförelse med Sverige saknas



I takt med att människan åldras sker förändringar i kroppen, dels som en följd av åldrandet och dels till följd av sjukdom. En med åldern ökad sjuklighet, olika krämpor och besvär leder till att användningen av läkemedel även ökar med stigande ålder. Äldre och personer med många sjukdomar tar ofta olika läkemedel dagligen, och därmed ökar även risken för olika misstag i hanteringen av tabletterna. Läkemedelsbiverkningar och felmedicinering är vanliga orsaker till att äldre personer måste vårdas på sjukhus.⁴

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav 88 % av de äldre männen och 94 % av de äldre kvinnorna att de använt något läkemedel under de senaste tre månaderna. Det finns en uppåtgående trend i läkemedelsanvändningen bland äldre under perioden 2004-2012 med störst ökning bland män (Figur 3.28). Den vanligaste receptbelagda medicinen som används bland äldre skåningar är blodtryckssänkande medicin, vilken cirka hälften använde. Nästan tre av tio kvinnor och två av tio män använde smärtstillande medicin som de hämtat på recept, och cirka två av tio äldre kvinnor och en av tio äldre män använde sömnmedel. Användningen av läkemedel ökade med stigande ålder i stort sett oavsett typ av medicin (Figur 3.30). Den vanligaste orsaken till att äldre personer inte hämtat ut mediciner som de fått utskrivna på recept är att de redan har mediciner hemma så det räcker (visas ej i figur).

8.1.6 Tandhälsa

Jämförelser med Sverige nämns i texten



Minskad salivavsöndring orsakad av bland annat åldrande och läkemedelsanvändning är riskfaktorer för äldres tandhälsa.⁵ Munslemhinnorna hos äldre blir tunnare och därmed ökar risken för svampinfektioner. Till följd av en försämrad motorik så får även många äldre svårt att klara sin munhygien vilket ökar bakteribeläggningen på tänderna.⁵

Var tionde äldre person i Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav att de inte besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren, något fler män än kvinnor (Figur 3.46). Andelen har minskat under perioden 2004-2012 bland äldre kvinnor, medan andelen bland äldre män ligger på en jämn nivå. Inom gruppen äldre så återfinns flest personer som inte regelbundet får sina tänder kontrollerade i den allra äldsta åldersgruppen, 75-80 år (visas ej i figur). Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre som inte besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste två åren i Skåne i nivå med riksgenomsnittet. De små skillnader som ses är inte statistiskt säkerställda (visas ej på karta).

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav totalt 10 % av de äldre att deras behov av tandvård inte är tillfredsställt (Figur 3.48). De högsta andelarna återfinns, både bland män och bland kvinnor, i åldern 65-69 år och minskar sedan med ökande ålder (visas ej i figur). Den vanligaste orsaken till att äldre inte sökt tandläkare, trots att behov funnits, är att man inte haft råd (visas ej i figur). Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med otillfredsställda tandvårdsbehov i Skåne i nivå med riksgenomsnittet. De små skillnader som ses är inte statistiskt säkerställda.

Var fjärde äldre person i Skåne, 65-80 år, uppger besvär med karies (hål i tänderna), ungefär 20 % anger tandlossning och drygt 10 % tuggsvårigheter (visas ej i figur).

8.1.7 Sömn

Jämförelse med Sverige saknas



Sömnbesvär var tidigare betydligt vanligare bland äldre, men idag är dessa besvär ungefär lika vanliga bland äldre som bland yngre personer.¹⁰ Bland de äldre har besvären legat på en stabil nivå medan besvären ökat bland yngre, och i samtliga åldrar är sömnbesvär vanligare bland kvinnor än bland män.

Den äldsta åldersgruppen, 65-80 år, uppgav i Folkhälsoenkät Skåne 2012 minst besvär med sömnen av alla åldersgrupper (Figur 3.16). Knappt var tionde äldre skånsk kvinna uppgav besvär med sömnen. Samtidigt var konsumtionen av sömnmedel högst bland de äldre (Figur 3.30). Detta kan tolkas som att de äldres lägre förekomst av sömnbesvär förmodligen delvis beror på en högre konsumtion av sömnmedel.

8.1.8 Övervikt och fetma

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 0,4

Män(-) 0,6

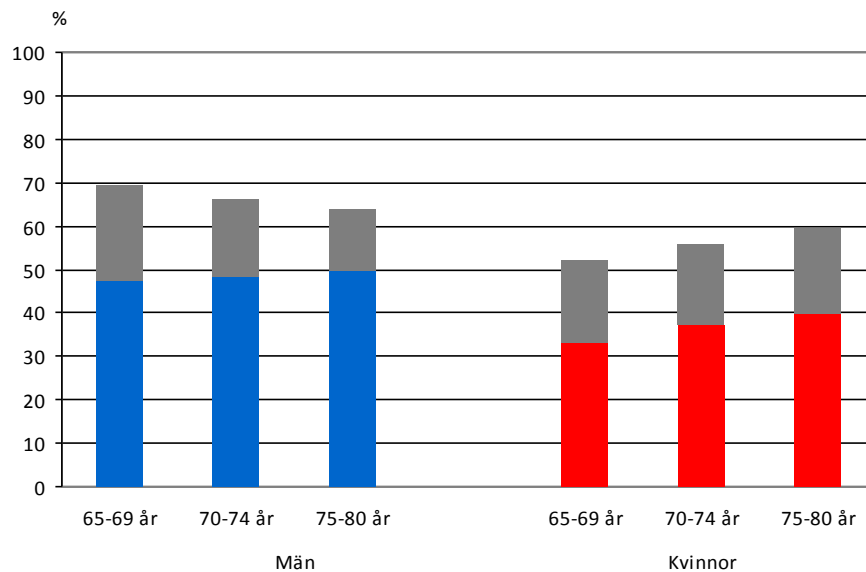
Kvinnor..... 1,1



I takt med stigande ålder så minskar kroppens behov av energi, men näringsbehovet är detsamma.¹³ För många äldre är det svårt att anpassa kosten till minskat energibehov, vilket ökar risken för övervikt och fetma.⁴ Övervikt och fetma ökar risken för olika sjukdomar och särskilt bland äldre kan det minska möjligheterna att röra sig och klara av sin vardag.

Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar att män överlag är mer överviktiga än kvinnor i alla åldrar, och de äldre männen och kvinnorna (65-80 år) är överviktiga i högre grad än män och kvinnor totalt (Figur 3.18). Detta stämmer väl överens med nationella siffror.⁸ Andelen med övervikt och fetma bland de äldre i Skåne har ökat mellan 2000 och 2012 och då framförallt bland männen. Nästan sju av tio äldre män och mer än hälften av de äldre kvinnorna är idag överviktiga eller feta (Figur 8.3). Inom gruppen äldre ökar andelen med övervikt eller fetma med stigande ålder bland kvinnor, medan det omvända mönstret ses bland män.

Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med övervikt eller fetma i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 8.3 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp med övervikt och fetma (den grå stapeln motsvarar fetma).

8.1.9 Funktionsnedsättning

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 7,1

Män(-) 5,0

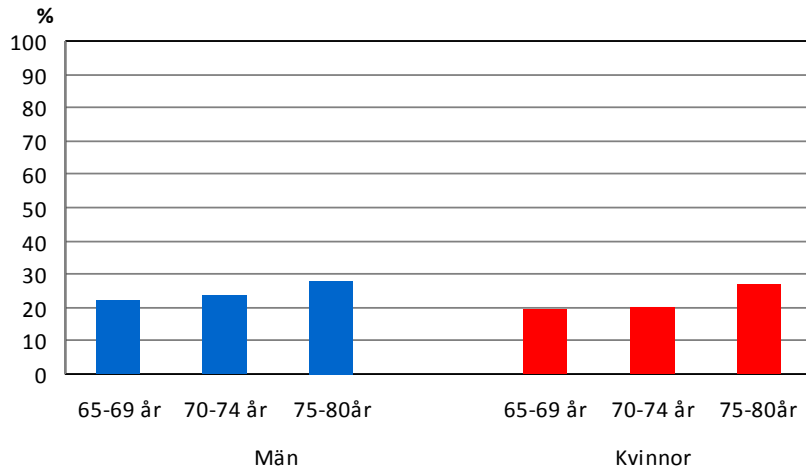
Kvinnor.....(-) 8,9



Att kunna klara sin vardag sammanhänger med hälsan, men är också beroende av omgivande faktorer såsom närhet till affärer och serviceinrättningar, bostadens anpassning till funktionshinder, den egna förmågan att klara hushållssysslor, etc.¹⁴ Inom äldreforskningsområdet är det vanligt att mäta funktionsnedsättning med förmågan att sköta den personliga omvårdnaden, och bland äldre personer är det först och främst problem med att bada/duscha som uppkommer. Att utan hjälp kunna bada/duscha speglar bland annat den enskilde individens kognitiva kapacitet, men även hur bostaden är utformad.¹⁴ Om det finns en skillnad mellan den enskilde individens fysiska, psykiska och kognitiva kapacitet och de krav som den fysiska och sociala miljön ställer på individen, så uppstår ett funktionshinder.¹⁵

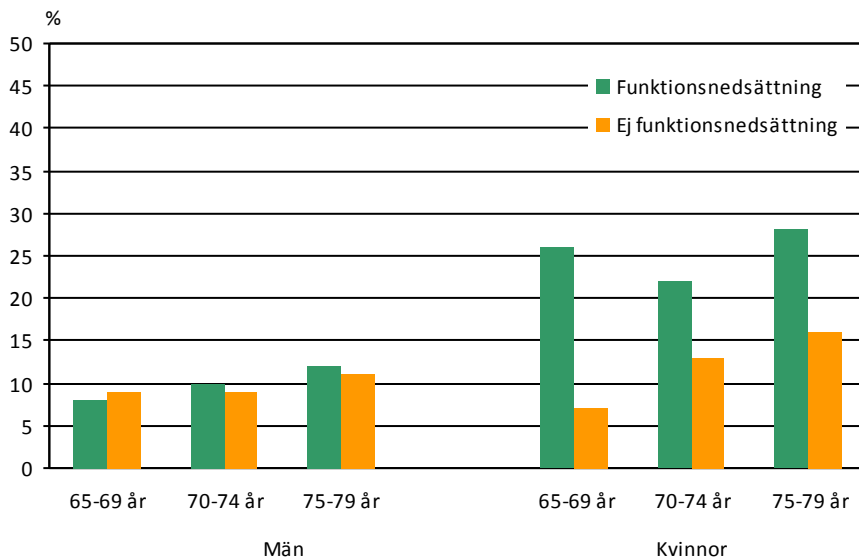
Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar att drygt två av tio äldre män och kvinnor har en funktionsnedsättning (Figur 3.26) Andelen med funktionsnedsättning bland de äldre tenderar att öka något med stigande ålder (Figur 8.4).

Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med funktionsnedsättning i Skåne lägre än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne grönmärkat på kartan) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en lägre nivå i Skåne än riket.



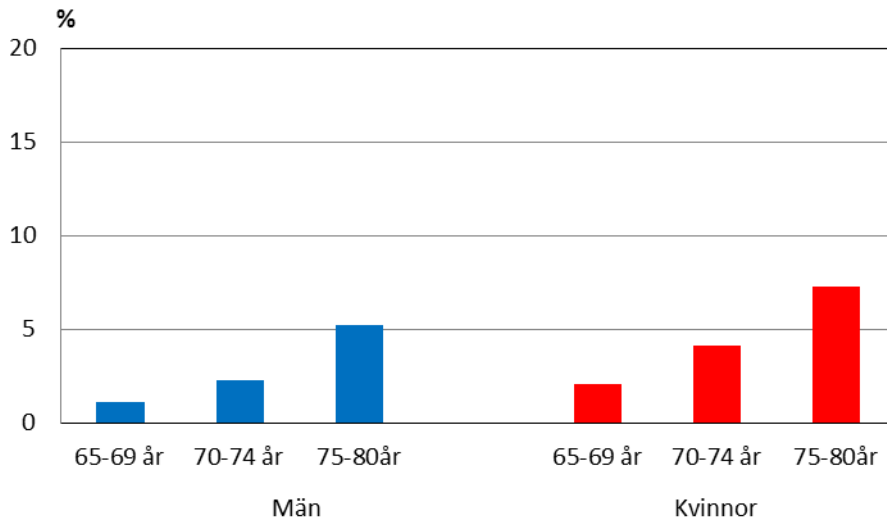
Figur 8.4 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp med funktionsnedsättning.

Bland äldre personer med funktionsnedsättning uppgav fler ett lågt social deltagande än personer utan funktionsnedsättning (visas ej i figur). Vidare är det en högre andel bland äldre kvinnor med funktionsnedsättning som rapporterat att de besväras av ensamhet (Figur 8.5). Bland äldre män ses ingen skillnad i ensamhetskänslan mellan de med funktionsnedsättning och de utan.



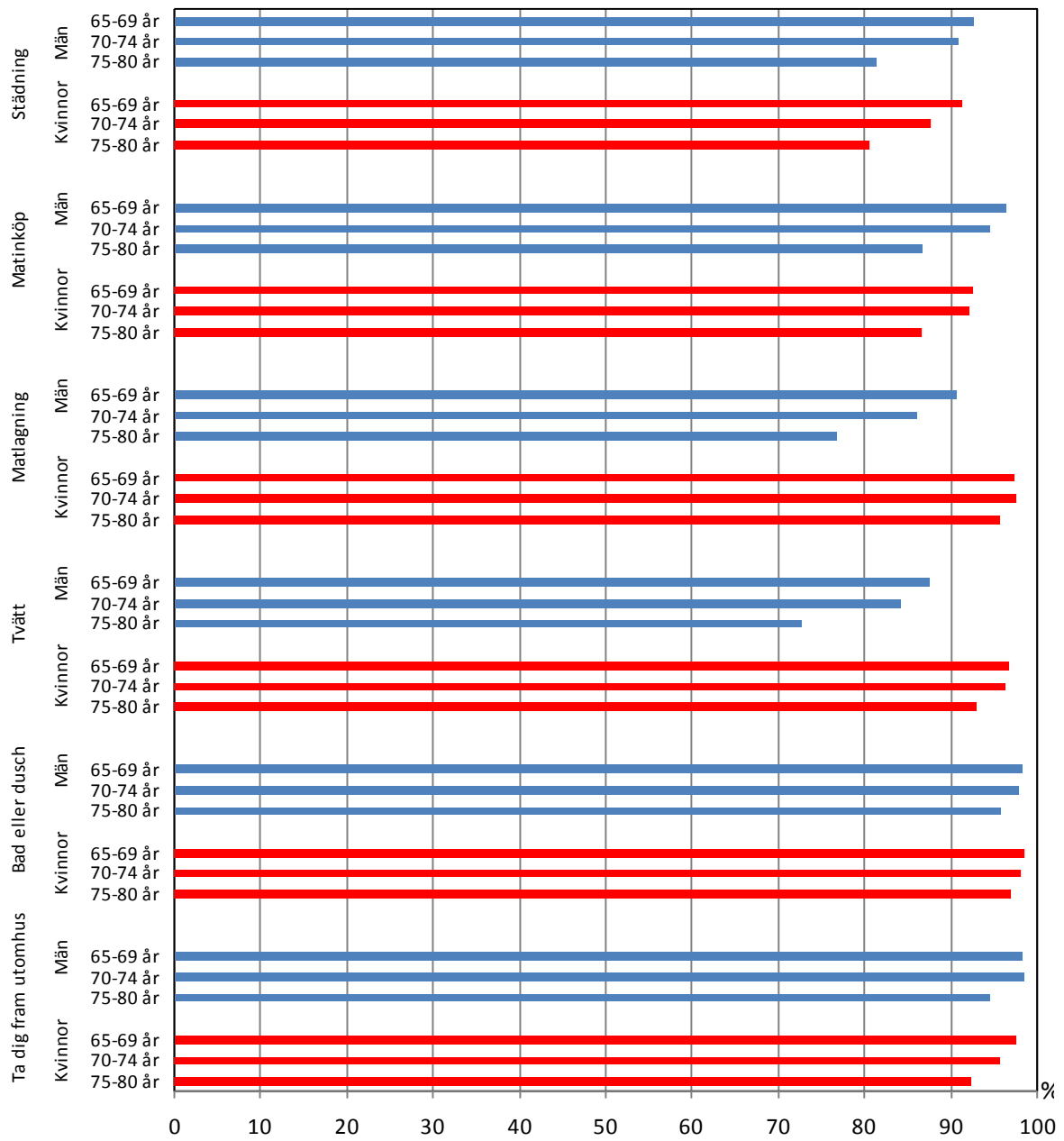
Figur 8.5 Andelen män och kvinnor i respektive åldersgrupp med eller utan funktionsnedsättning som angett besvär av ensamhet minst en gång varje vecka.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan om man på grund av sitt hälsotillstånd är begränsad i olika aktiviteter såsom: ”Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? T.ex. stiga på buss eller tåg”, ”Kan du ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt?” och ”Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?”. Andelen äldre personer med rörelsehinder ökade kraftigt med stigande ålder och 5 % av de äldsta männen och 7 % av de äldsta kvinnorna uppgav rörelsehinder som begränsade olika aktiviteter (Figur 8.6).



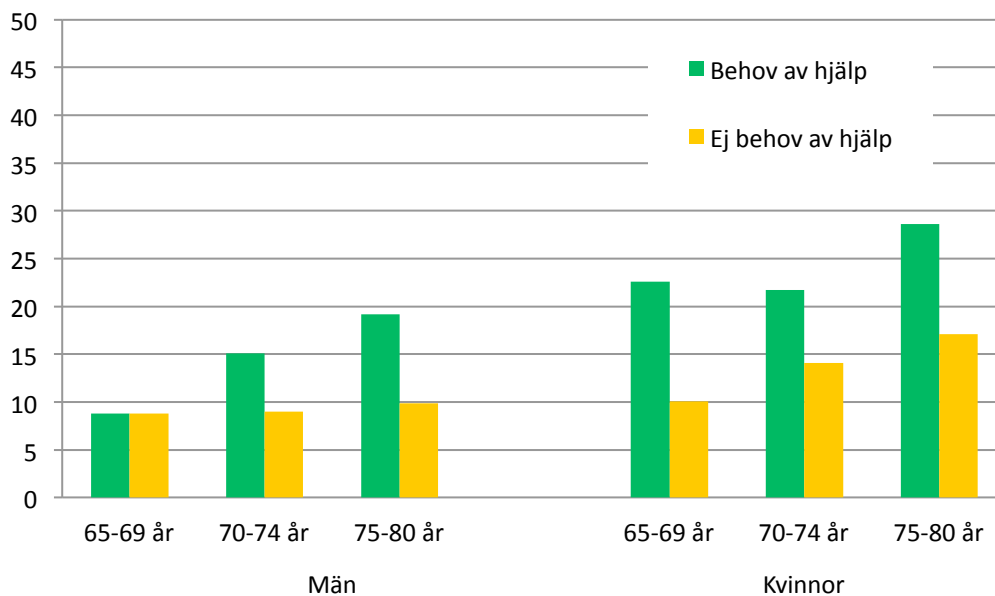
Figur 8.6 Andelen män och kvinnor i respektive åldersgrupp med rörelsehinder som begränsar deras aktiviteter.

Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar att i åldersgrupperna 65-69 år och 70-74 år klarar de flesta av att själv sköta sina vardagliga sysslor, medan fler 75-80-åringarna har problem med att klara detta på egen hand (Figur 8.7). De största behoven av hjälp bland äldre män är att klara tvätt och matlagning, medan kvinnornas behov av hjälp rör städning och matinköp.



Figur 8.7 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som angett att de själva klarar olika sysslor i vardagslivet.

Bland de äldre personer, 65-80 år, som i Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav att de var i behov av hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att ta sig fram utomhus, besväras totalt i genomsnitt 15 % av männen och 25 % av kvinnorna av ensamhet minst en gång varje vecka. Detta kan jämföras med ensamhetskänslorna bland män utan behov av hjälp för att ta sig fram utomhus som i genomsnitt ligger på 9 % och motsvarande bland kvinnorna på 13 % (Figur 8.8).



Figur 8.8 Andelen äldre män och kvinnor som besväras av ensamhet minst en gång per vecka i respektive åldersgrupp relaterat till huruvida de behöver hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att ta sig fram utomhus eller inte.

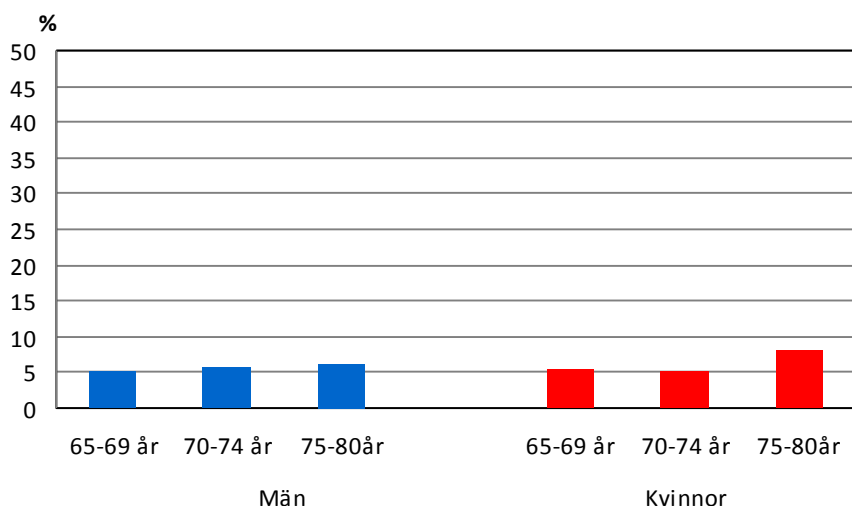
8.1.10 Fallolyckor

Jämförelse med Sverige saknas



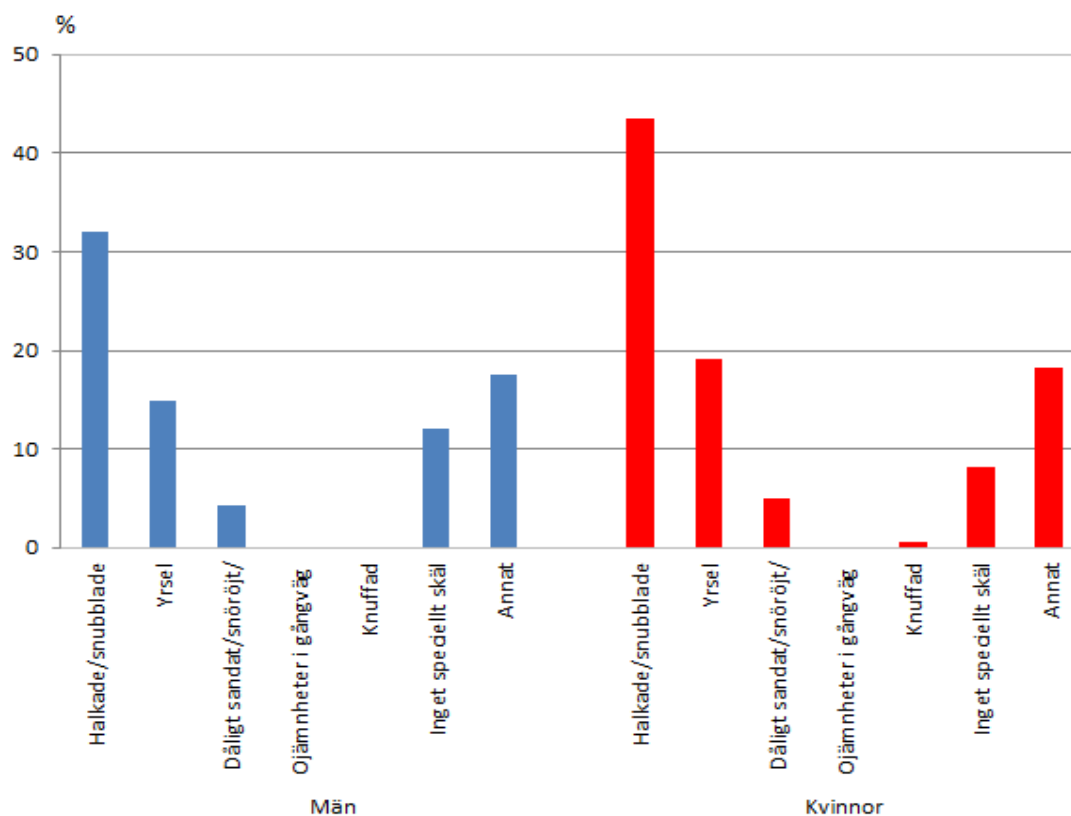
I olycks- och skadestatistiken är personer 65 år och äldre överrepresenterade och bland personer 80 år och äldre har dödsolyckorna nästan fördubblats under de senaste tjugo åren.⁸ Nationellt står fallolyckorna för drygt 70 % av alla skador i gruppen 65-79 år, och bland personer 80 år och äldre ligger fallolyckorna bakom 90 % av alla skador.¹⁶ Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem då olyckan, och den skada som ofta uppkommer vid en fallolycka, leder till en nedsatt rörlighet och därmed även behov av hjälp från andra. Det finns många orsaker till att en fallolycka inträffar. Under åldrandets process är det många faktorer som tillstöter såsom sämre syn, sämre balans, yrsel, sjukdomar i rörelseapparaten men även undernäring vilka påverkar risken för en fallolycka.¹⁷⁻¹⁹ Demografiska faktorer såsom civilstånd och födelseland påverkar förekomsten av fallolyckor, liksom tidigare fallolycka och användning av olika läkemedel, t.ex. psykofarmaka.²⁰⁻²¹

I 2012 års skånska Folkhälsoenkät uppgav 5 % av de äldre, 65-80 år, att de under det senaste halvåret tvingats söka vård efter en fallolycka, vilket antalsmässigt motsvarar cirka 9 600 äldre personer i Skåne. Både bland män och kvinnor ökar andelen fallolyckor med stigande ålder, och är vanligast bland 75-80-åringarna (Figur 8.9).



Figur 8.9 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som fallit minst en gång de senaste 6 månaderna.

Av de fallolyckor som de äldre rapporterade inträffade i stort sett lika många inomhus som utomhus, 44 % respektive 53 %. Den vanligaste orsaken till fallet uppgavs vara att man halkat eller snubblat, därefter kom yrsel och annan orsak (Figur 8.10). Den tid på dygnet då flest fallolyckor inträffat var under eftermiddagen, 12.00-18.00, med drygt 42 % av fallolyckorna. Kvälls- och nattetid inträffade få fallolyckor (visas ej i figur). Mer än hälften av de som fallit uppgav att den skada eller de skador de erhöll vid fallet har påverkat deras vardagsaktiviteter, något fler kvinnor än män i samtliga åldersgrupper. Drygt hälften av de äldre som i Folkhälsoenkät Skåne 2012 angivit att skadan/skadorna de fått i samband med en fallolycka har påverkat deras vardagsaktiviteter, angav att denna påverkan varat fem veckor eller längre (visas ej i figur).



Figur 8.10 Andel män och kvinnor som uppgett olika anledningar till att man fallit bland de som råkat ut för en fallolycka under de senaste sex månaderna.

8.2 Levnadsvanor

Levnadsvanor är starkt förknippade med människans livsvillkor och sociala position. Levnadsvanorna påverkas av bl.a. traditioner och kultur, men också av ekonomiska villkor, utbildning, arbetslöshet och socialt deltagande.²² Befolkningens matvanor, motionsvanor, alkoholvanor och tobaksvanor är av stor betydelse för folkhälsan. Hälsosamma levnadsvanor minskar risken för att råka ut för många sjukdomar, men de har även positiva effekter på den enskilda människan och bidrar till att individen kan vara frisk och vital högt upp i åldrarna.⁴

8.2.1 Låg fysisk aktivitet

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt	2,6
Män	2,2
Kvinnor.....	3,0



En aktiv livsstil är förknippad med en bättre hälsa och ett längre liv.²³ Flera studier har visat ett starkt samband mellan fysisk aktivitet och hälsa även bland äldre personer.²⁴ De aktiviteter som äldre personer ägnar sig åt är ofta en fortsättning på tidigare aktiviteter och vanor.²³

Cirka två av tio äldre personer, 65-80 år, uppgav i Folkhälsoenkät Skåne 2012 en låg fysisk aktivitet (Figur 4.16). Inom gruppen äldre minskar den fysiska aktiviteten med stigande ålder (visas ej i figur).

Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med låg fysisk aktivitet högre i Skåne än riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller totalt (män och kvinnor sammantaget) (Skåne rödmarkerat på kartan). Skillnaderna inom grupperna män respektive kvinnor är inte statistiskt säkerställda.

8.2.2 Matvanor

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt	1,1
Män	1,1
Kvinnor.....	1,1



Åldrandet medför en ökad risk att råka ut för sjukdomar och därför är goda matvanor extra viktigt för äldre personer.¹³ Avseende matvanor så har fokus, i både nationella och regionala folkhälsoenkäter, lagts på individens konsumtion av frukt och grönsaker.


Äldre kvinnor uppgav, i den skånska Folkhälsoenkäten 2012, en högre konsumtion av frukt och grönsaker än män. Konsumtionen av frukt och grönt har legat tämligen konstant bland både äldre kvinnor och män under perioden 2004-2012 (Figur 4.21). Medan mäns konsumtion av frukt och grönt ökar något med stigande ålder, minskar kvinnornas konsumtion mellan åldrarna 65-69 år och 75-80 år (visas ej i figur).

Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med en låg konsumtion av frukt och grönt i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. De små skillnader som ses är inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

8.2.3 Tobak

8.2.3.1 Daglig rökning

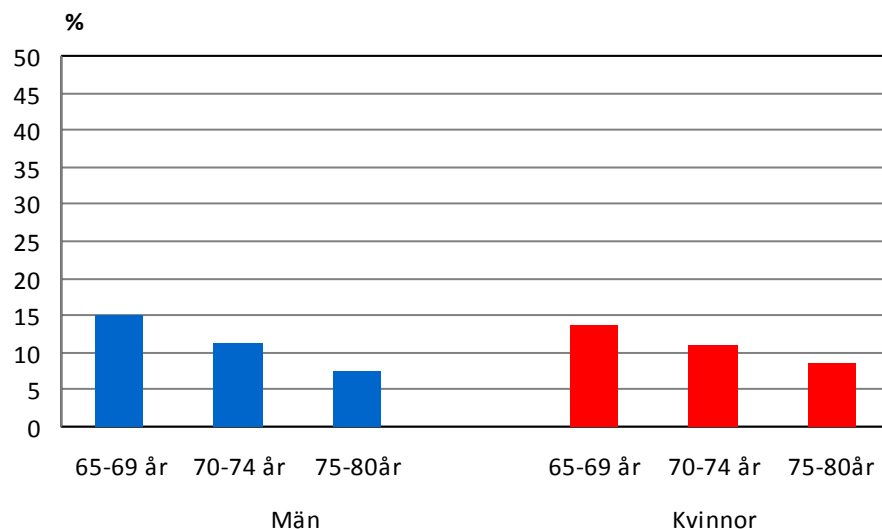
Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket	
Totalt	1,0
Män	1,5
Kvinnor.....	0,3



Rökning är en riskfaktor för ett stort antal sjukdomar.²⁵ Tobak, både rökning och snusning, orsakar nedsatt immunförsvar vid olika infektioner särskilt bland äldre och orsakar även försvårad läkning efter olika typer av operationer. Studier har visat att en rökare som slutar röka i 70-årsåldern minskar sin överrisk att dö i förtid med 50 %, och att insatser för att få äldre att sluta röka också är kostnadseffektiva.²⁵

Ungefär var tionde person över 65 års ålder anger i Folkhälsoenkät Skåne 2012 att de röker dagligen, vilket är något färre än i befolkningen som helhet (Figur 4.1). Inom gruppen äldre minskar andelen dagliga rökare med stigande ålder (Figur 8.11).

Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre dagliga rökare i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. De små skillnader som ses är inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

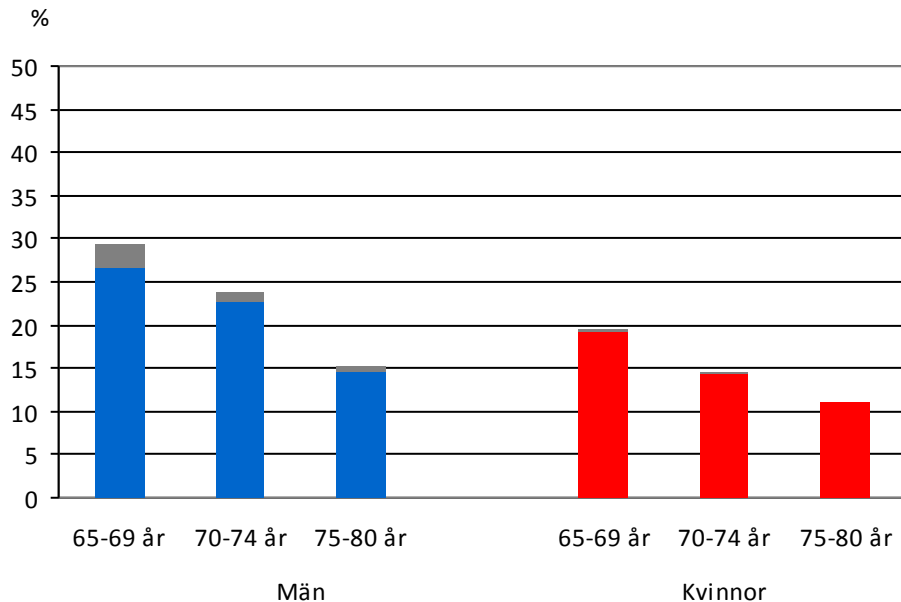


Figur 8.11 Andelen män och kvinnor i respektive åldersgrupp som röker dagligen.

Bland äldre kvinnor har andelen som slutat röka ökat markant sedan Folkhälsoenkäten 2000, medan motsvarande andel bland männen ligger oförändrad på en hög nivå (Figur 4.6).

8.2.3.2 Snus och total tobakskonsumtion

Snusanvändningen är låg framför allt bland de äldre kvinnorna, medan var tionde man över 65 år använder snus dagligen. (Figur 4.9). Inom gruppen äldre ligger den totala tobakskonsumtionen högst bland personer i åldern 65-69 år bland både män och kvinnor (Figur 8.12). Tobakskonsumtionen minskar med stigande ålder.



Figur 8.12 Total tobakskonsumtion bland äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp. Stapel: Rökning eller snusning (nedre del) respektive Rökning och snusning (övre del).

8.2.4 Alkohol

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt 0,0

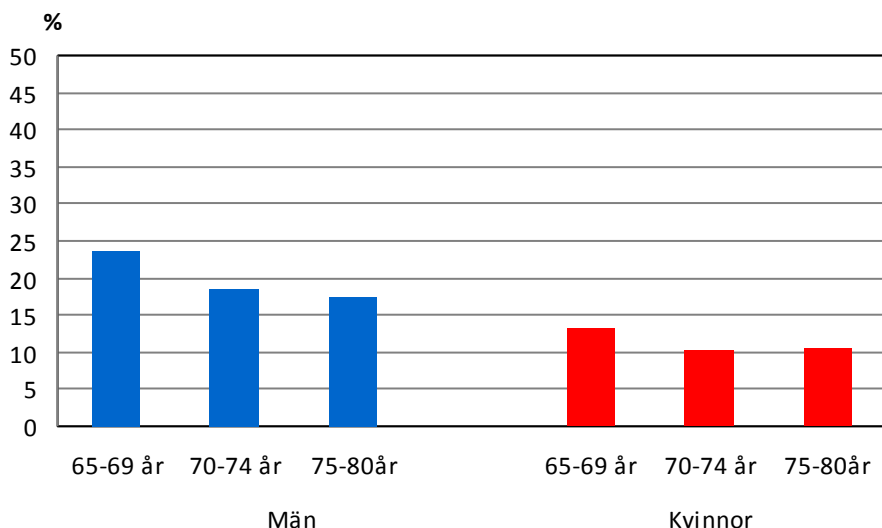
Män(-) 1,2

Kvinnor..... 1,0



De biologiska förändringar som åldrandet innebär och en regelbunden användning av läkemedel medför att äldre människor är känsligare för alkoholens effekter än yngre.²⁶ De sjukdomar som drabbar äldre och som kan relateras till alkoholbruk är bl.a. tidig demens, skrumplever, diabetes, hjärtsvikt och benskörhet och bland de som behöver vårdas på sjukhus eller sjukhem så är äldre personer med alkoholproblem överrepresenterade.²⁵

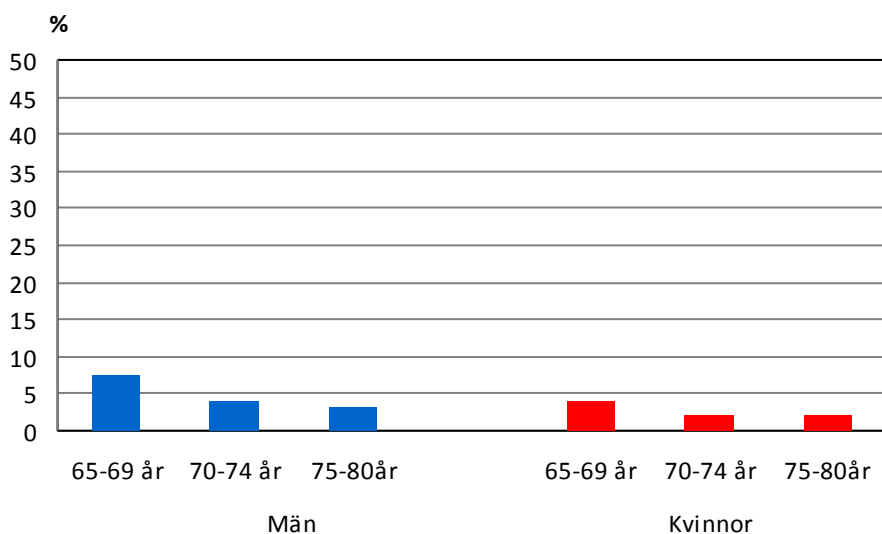
Andelen äldre med riskkonsumtion av alkohol (riskkonsumtionsgräns för män 128 gram alkohol per vecka och för kvinnor 96 gram alkohol per vecka) har ökat kraftigt både bland män och bland kvinnor sedan år 2000. Idag ligger de äldres riskkonsumtion av alkohol på drygt 20 % bland de äldre männen och nästan 12 % bland kvinnorna (Figur 4.23). Inom gruppen äldre minskar riskkonsumtionen med stigande ålder (Figur 8.13).



Figur 8.13 Andelen äldre män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (gräns för män: 128 gram alkohol per vecka och för kvinnor: 96 gram alkohol per vecka) i respektive åldersgrupp.

Mättet riskkonsumtion av alkohol enligt Folkhälsoinstitutets index (där man förutom mängden konsumerad alkohol även tar hänsyn till bland annat berusningsdrickande) visar i Folkhälsoenkät Skåne 2012 att andelen äldre män och kvinnor med riskabla alkoholvanor är lägre än i befolkningen i Skåne som helhet (Figur 4.24). Inom gruppen äldre minskar andelen med riskkonsumtion av alkohol (mätt enligt Folkhälsoinstitutets index) med stigande ålder (Figur 8.14).

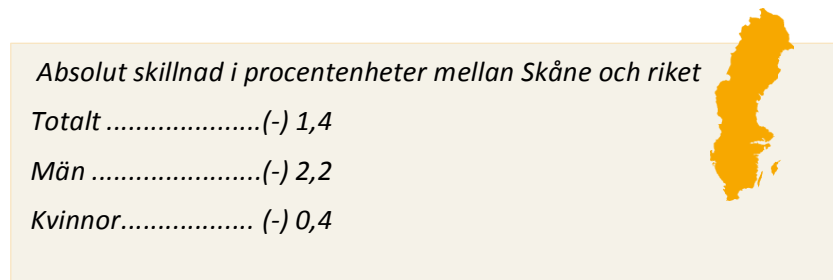
Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med riskkonsumtion av alkohol i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknet i kartbilden illustrerar en något lägre nivå i Skåne än i riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.



Figur 8.14 Andelen äldre män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (enligt index) i respektive åldersgrupp.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes även frågan ”Vill Du minska Din alkoholkonsumtion?” Nästan 9 % av de äldre männen och 12 % av de äldre kvinnorna svarade ”ja” på den frågan. De allra flesta tror sig själv kunna klara av att minska sin alkoholkonsumtion utan stöd utifrån (visas ej i figur).

8.2.5 Spelvanor

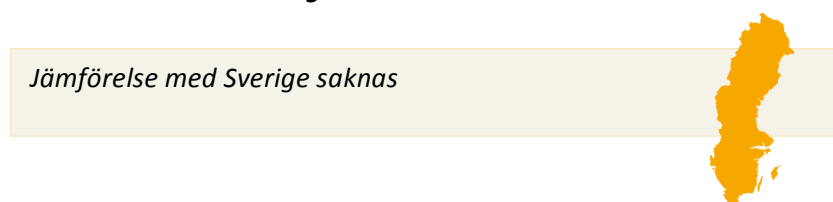


Begreppet riskabla spelvanor innefattar spel om pengar som medför en eller flera negativa konsekvenser för individen, men kan också ses som en indikator för överdrivet spelande.²⁷ Mer än två procent av Sveriges befolkning drabbas av överdrivet spelande. Hur mycket man spelar, spelbeteendet, individens socioekonomiska situation, ålder och kön är faktorer som hänger samman med de skadliga effekter som uppstår vid överdrivet spelande.²⁷

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 visar en högre andel män än kvinnor på ett riskabelt spelande. Bland män finns inga tydliga ålderskillnader i riskabla spelvanor. Bland kvinnor tenderar riskabla spelvanor att öka något med åldern (Figur 4.29).

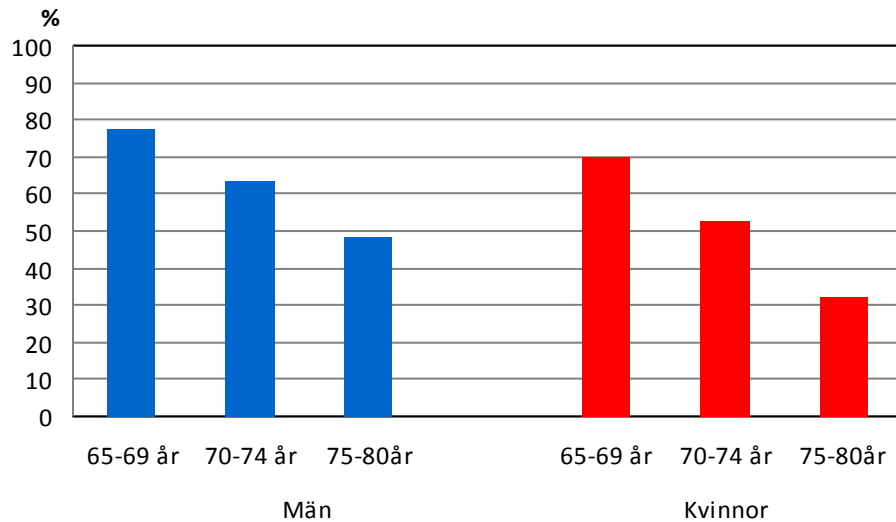
Jämfört med resultaten från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre med riskabla spelvanor i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

8.2.6 Datoranvändning



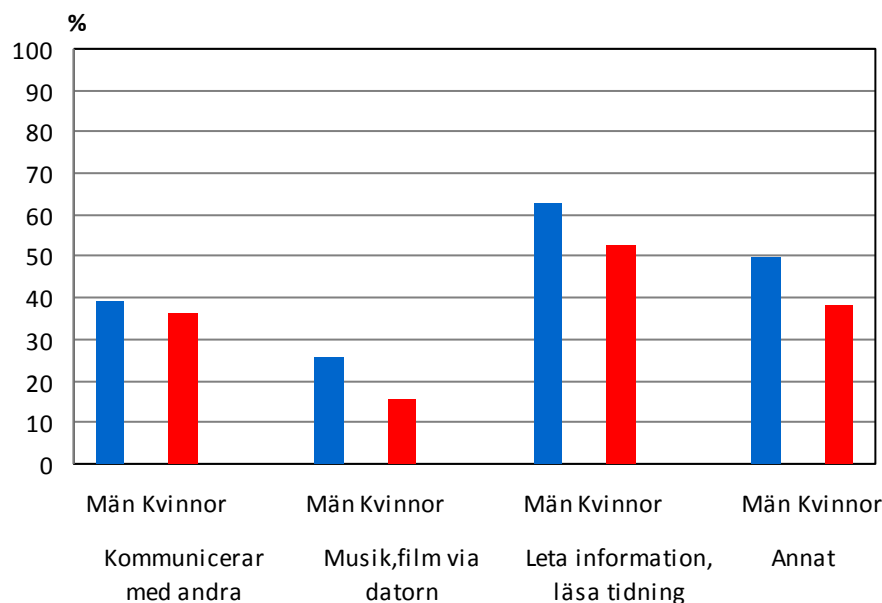
Användningen av datorer och internet har ökat kraftigt under de senaste åren. Undersökningar om datorvanor visar att idag har hälften av alla personer mellan 65 och 79 år tillgång till internet. Detta kan jämföras med motsvarande andel för tio år sedan, vilken var endast fyra procent.²⁸

I den skånska Folkhälsoenkäten 2012 ställdes frågan ”Använder du Internet?” till personer över 65 år. Totalt använder nästan sex av tio äldre i Skåne internet, 65 % av männen och 54 % av kvinnorna (Figur 8.15). Inom gruppen äldre minskar andelen internetanvändare kraftigt med stigande ålder och bland de allra äldsta, 75-80 år, är det knappt hälften av männen som använder internet och endast tre av tio kvinnor.



Figur 8.15 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som angett att de använder internet.

Ytterligare en fråga om datoranvändning ställdes i Folkhälsoenkät Skåne 2012. Denna innefattade hur ofta man använde datorn till olika aktiviteter. Bland de äldre, 65-80 år, var det vanligast att datorn användes mer än en dag i veckan till att leta information, läsa tidningar eller liknande; drygt sex av tio män och drygt hälften av kvinnorna (Figur 8.16). Mer än tre av tio äldre män och kvinnor uppgav att de använder datorn till att kommunicera med andra t.ex. Facebook, MSN, mail, ICQ eller liknande.



Figur 8.16 Andelen äldre män och kvinnor i åldern 65-80 år som angett vad de oftast använde internet till (mer än en dag per vecka).

8.3 Sociala relationer, tillgänglighet och trygghet

En bild som är vanligt förekommande är att äldre personer är socialt isolerade. Men många studier visar på att äldre personer både har täta kontakter med anhöriga och vänner och även att många äldre deltar i olika typer av aktiviteter.¹⁴ I ett "lyckosamt åldrande" ingår som en central del vikten av ett fortsatt socialt engagemang med nära relationer och meningsfulla

aktiviteter vilket i sin tur kan ge mening och syfte med livet.²⁹⁻³⁰ Forskning har visat att även sent i livet har sociala relationer ett starkt samband med fysisk och psykisk hälsa.²⁹

8.3.1 Emotionellt och praktiskt stöd

Jämförelse med Sverige saknas



Relationer med familj och vänner samt socialt stöd är av stor betydelse för ett gott åldrande.¹⁵ Bland många äldre finns intresset av fysiska och sociala aktiviteter kvar även när hälsa och ork avtar.²⁹ För att kunna ha en fortsatt social gemenskap och för att kunna fortsätta att vara fysiskt aktiv behövs ofta stöd. Studier visar att det finns en klar vinst med verksamheter som hjälper till att möjliggöra social gemenskap och bryta isolering.²⁹

Cirka 40 % av de äldre har i Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgett att de inte har någon eller några personer i sin omgivning som kan ge ett ordentligt personligt stöd för att klara livets stress och problem (Figur 5.1). Jämfört med tidigare Folkhälsoenkäter i Skåne 2000, 2004 och 2008, ses inga större skillnader över tid. Inom gruppen äldre uppgav de allra äldsta kvinnorna, 75-80 år, lägst emotionellt stöd (visas ej i figur).

Avseende det praktiska stödet visar resultaten i den skånska Folkhälsoenkäten 2012 att tre av tio äldre personer saknar någon eller några personer som kan ge dem hjälp vid sjukdom eller praktiska problem (Figur 5.2). Inom gruppen äldre ökar det svaga praktiska stödet med stigande ålder bland både män och kvinnor (visas ej i figur).

8.3.2 Socialt deltagande och sociala relationer

Absolut skillnad i procentenheter mellan Skåne och riket

Totalt(-) 0,1

Män 0,7

Kvinnor..... (-) 0,9

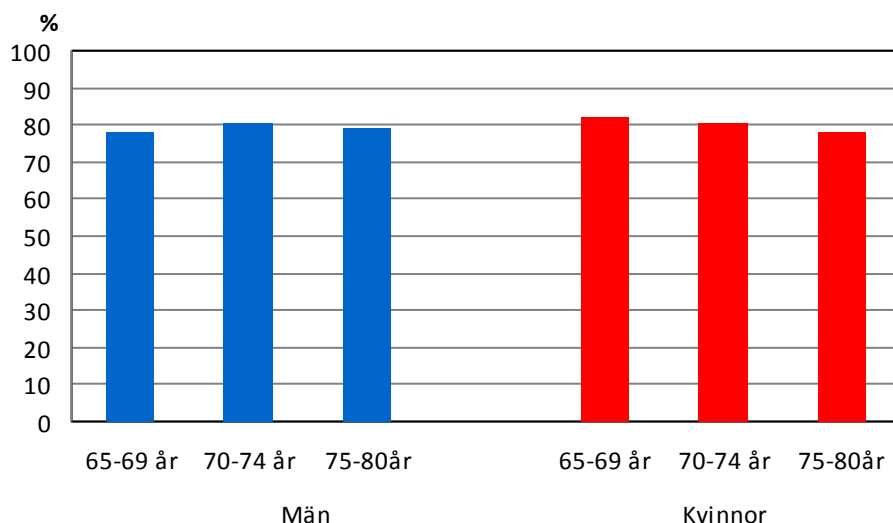


I de allra flesta människors liv fyller sociala relationer en viktig funktion av betydelse för hälsan och möjligheterna att klara det dagliga livet.²⁹ För att de äldre skall kunna uppleva social gemenskap behövs även mötesplatser som kan utgöra stödjande miljöer för deras sociala deltagande.²⁹

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav de äldsta männen och kvinnorna lägst socialt deltagande av alla åldersgrupper (Figur 5.7). Sju av tio äldre män och drygt sex av tio äldre kvinnor uppgav ett lågt socialt deltagande och andelarna har ökat under perioden 2000-2012.

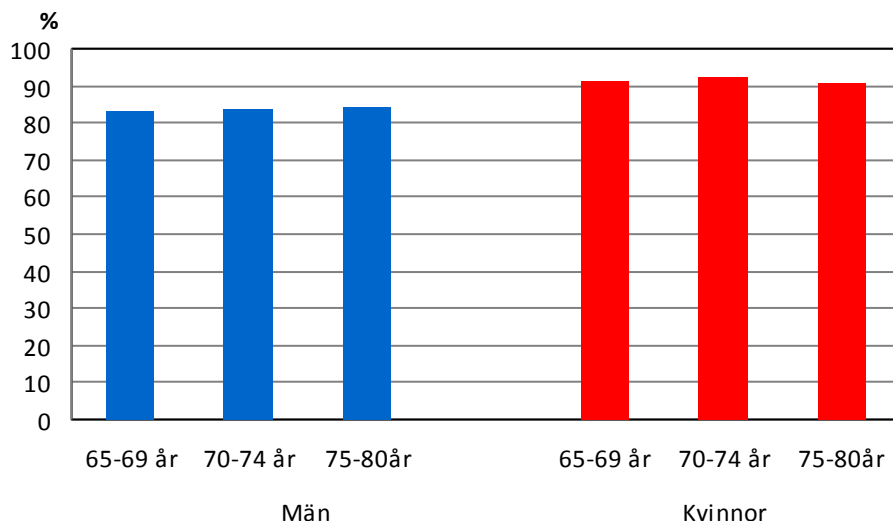
Jämfört med resultaten från den Nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen med ett lågt socialt deltagande i Skåne i nivå med riksgenomsnittet (se karta ovan). Detta gäller såväl totalt (män och kvinnor sammantaget) som för män respektive kvinnor. Minustecknen i kartbilden illustrerar något lägre nivåer i Skåne än riket. De små skillnader som ses är dock inte statistiskt säkerställda och Skåne behåller därmed den gula färgen på kartan.

Trots det låga sociala deltagandet bland äldre, har 75 % av de äldre personligen träffat anhöriga och nära vänner minst en gång varje vecka. Inom gruppen äldre ses inga större skillnader mellan de olika åldersgrupperna (Figur 8.17).



Figur 8.17 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som angett att de träffar anhöriga och nära vänner minst en gång i veckan.

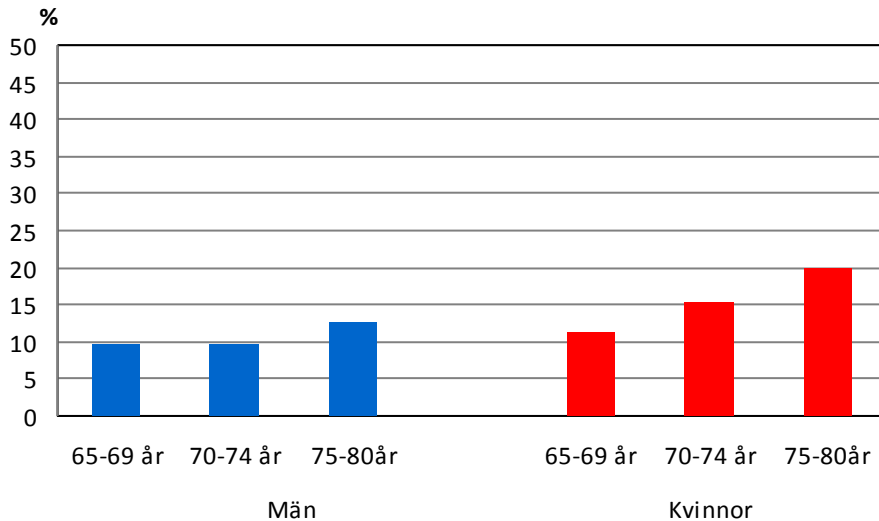
I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav mer än åtta av tio äldre personer, 65-80 år, att de minst en gång i veckan har kontakt med anhöriga och nära vänner via telefon eller internet. Inom gruppen äldre uppgav kvinnor i samtliga åldersgrupper en högre grad av kontakt med anhöriga och nära vänner via telefon eller internet än män i samma åldrar (Figur 8.18).



Figur 8.18 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som varje vecka har kontakt med anhöriga och nära vänner via telefon eller internet.

Nästan en av tio äldre personer i Skåne uppgav i 2012 års Folkhälsoenkät att de har någon gammal, sjuk eller funktionshindrad närstående som de behöver hjälpa med vardagliga sysslor, se till eller vårda (Figur 5.3).

Att besväras av ensamhet är inte detsamma som att vara isolerad socialt. Relationen mellan social isolation och känslan av ensamhet är komplex och forskning har visat att personer som är socialt isolerade inte behöver känna sig ensamma och ensamma personer behöver inte vara isolerade.¹⁴ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav totalt 12 % av den äldre befolkningen att de besväras av ensamhet minst en gång varje vecka. Inom gruppen äldre är andelen högre bland äldre kvinnor än bland äldre män (Figur 8.19). Både bland män och bland kvinnor ökar ensamhetskänslan med stigande ålder.



Figur 8.19 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som varje vecka besväras av ensamhet.

8.3.3 Tillit till andra människor

Jämförelse med Sverige saknas



Tillit till andra människor kan ses som ett sammanhållande kitt i samhället och varje generations mellanmänniskliga förtroende präglas av det samhälle i vilket de vuxit upp.³¹ Flera studier ha visat att de äldre generationerna har ett klart högre mellanmänniskligt förtroende än yngre.³²

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 uppgav tre av tio äldre personer, 65-80 år, en låg tillit till andra människor. Bland både äldre män och kvinnor ses en trend av en ökande tillit till andra människor under åren 2000-2012 (Figur 5.4).

8.3.4 Tillgänglighet, service och trygghet

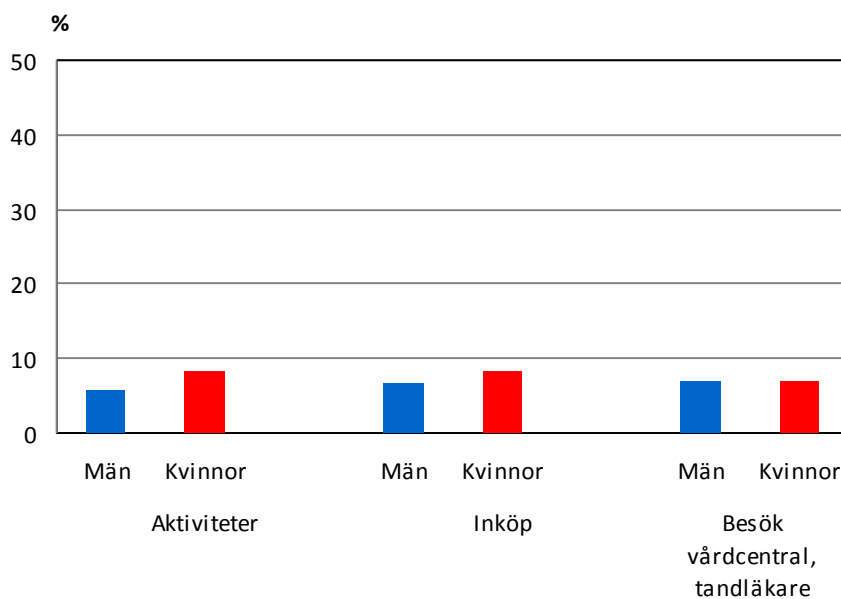
Jämförelse med Sverige nämns inne i texten



Många äldre är beroende av en bra samhällsplanering för att underlätta kontakten med andra människor.¹⁴ Inte bara kontakten med anhöriga och vänner är viktig, utan även informella

möten t.ex. i butiken, i bostadsområdet eller vid parkbänken. Att ha möjlighet att vistas utomhus är bra både för den psykiska och fysiska hälsan.³³ För att närmiljön skall vara hälsosam för äldre är en förutsättning att affärer, post, bank, apotek och annan samhälls-service finns i närheten och att det finns en närhet till kollektiva transporter.⁵ För att äldre människor skall känna sig trygga i sitt boende och i sitt bostadsområde krävs också en del av boendemiljön såsom god belysning och säker trafikmiljö.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har bristande tillgång till transportmedel under det senaste året inskränkt Dina möjligheter till ...: med svarsalternativen: aktiviteter (t.ex. kontakt med barn, vänner); inköp; besök på vårdcentral/tandläkare/apotek”. Både avseende aktiviteter och inköp uppgav 6 % av männen och 8 % av kvinnorna att bristande tillgång till transportmedel inskränkt deras möjligheter (Figur 8.20). När det gäller att besöka en vårdcentral, tandläkare eller ett apotek så uppgav 7 % bland både män och kvinnor problem beträffande transportmöjligheter.



Figur 8.20 Andelen äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som angett att bristande tillgång till transportmedel inskränkt deras möjligheter till olika aktiviteter.

Bland de äldre, 65-80 år, rapporterade 7 % av männen och 14 % av kvinnorna att de känner otrygghet i det egna bostadsområdet (Figur 5.13). Otryggheten ökar med stigande ålder och då framför allt bland de äldre kvinnorna (visas ej i figur). Endast två procent av de äldre männen och kvinnorna angav i Folkhälsoenkät Skåne 2012 att de varit utsatt för hot om våld det senaste året (Figur 5.16). Jämfört med data från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre som utsatts för hot om våld i Skåne i nivå med riksgenomsnittet. Andelen äldre som varit utsatt för våld under det senaste året är låg både bland män och bland kvinnor, 0,8 respektive 0,5 % (Figur 5.18). Jämfört med data från den nationella Folkhälsoenkäten 2012 är andelen äldre som utsatts för våld på samma nivå i Skåne än i riket (visas ej på karta).

8.4 Sammanfattning

- Cirka 60 procent av äldre skåningar (65-80 år) bedömer det egna hälsotillståndet som "bra" eller "mycket bra".
- Fler äldre anser sig idag kunna påverka den egna hälsan.
- Bland de äldre ligger kvinnornas livskvalitetsindex lägre än männens.
- Äldre personer, 65-80 år, mår psykiskt bättre än yngre personer.
- En av tio äldre skåningar har besökt en akutmottagning de senaste tre månaderna.
- En av tio äldre skåningar har varit inlagda på sjukhus de senaste tre månaderna.
- Fler äldre skåningar än i tidigare folkhälsoundersökningar upplever sina vårdbehov tillfredsställda och det är också de äldre som har högst förtroende för sjukvården.
- Den vanligaste receptbelagda medicinen som äldre skåningar använder är blodtryckssänkande medicin.
- Var tionde äldre i Skåne går inte regelbundet till tandläkare och den vanligaste orsaken är att man inte har råd.
- Den högsta konsumtionen av sömnmedel återfinns bland den äldre befolkningen.
- Sju av tio skånska äldre män och mer än hälften av de äldre kvinnorna är idag överviktiga eller feta.
- Två av tio äldre män och kvinnor i Skåne har en funktionsnedsättning.
- Äldre personer som är i behov av hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att ta sig fram utomhus, känner sig oftare ensamma än äldre utan behov av hjälpmedel.
- De största behoven av fysisk hjälp bland äldre män är att klara tvätt och matlagning, medan kvinnornas behov av hjälp rör städning och matinköp.
- Fem procent av de äldre i Skåne rapporterar att de under det senaste halvåret varit tvungna att söka vård efter en fallolycka.
- Skadan/skadorna de äldre erhållit efter en fallolycka har i mer än hälften av fallen påverkat deras vardagsaktiviteter.
- Fallolyckan inträffade i stort sett lika ofta inomhus som utomhus.
- Den vanligaste orsaken till fallet uppgavs vara att man halkat eller snubblat, därefter kom yrsel. Den tid på dygnet då flest fallolyckor inträffat var under eftermiddagstimmarna, 12.00-18.00.
- Två av tio skåningar i åldern 65-80 år har en låg fysisk aktivitet.
- Ungefär var tionde person över 65 år rapporterar daglig rökning.

- *Risikkonsumtion av alkohol (> 128 gram alkohol per vecka för män; > 96 gram alkohol per vecka för kvinnor) har ökat bland de äldre sedan år 2000.*
- *Cirka 60 procent av äldre skåningar använder internet och vanligast användes internet till att leta information, läsa tidningar eller liknande.*
- *Cirka 60 procent av de äldre i Skåne rapporterar ett gott personligt stöd.*
- *Det sociala deltagandet är lägre bland de äldre i Skåne än bland befolkningen i övrigt och har minskat sedan år 2000.*
- *Ungefär 75 procent av de äldre i Skåne träffar anhöriga och nära vänner minst en gång varje vecka, och något fler har kontakt med anhöriga eller nära vänner per telefon eller internet.*

8.5 Referenser

1. Region Skåne. <http://www.skane.se/Skanes-utveckling/Samhallsanalys/Rapporter-och-publikationer-A-O/Skane/>
2. Gabriel Z, Bowling A. Quality of Life from the perspectives of older people. *Ageing & Society* 2004;24, 675-691.
3. Statens folkhälsoinstitut. Hälsan bland 55-84-åringar – Enligt den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV). A 2012:01. www.fhi.se
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009
5. Berleen G. Bättre hälsa hos äldre! Statens folkhälsoinstitut 2003:41. www.fhi.se
6. Statens folkhälsoinstitut. (2011a). Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
7. Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London and New York: Routledge; 1990.
8. Burström K. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D- Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län. *Socialmedicin, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting*, 2002.
9. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics* 2000; 17:13-35.
10. Statens folkhälsoinstitut. Äldres hälsa- Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2011, R 2011:12.
11. Spjut C. *Depression och bipolär sjukdom*. Stockholms läns landsting 2007.
12. Rundgren Å. Åldrandets villkor. *Socialmedicinsk tidskrift* 3/2010.
13. Fysisk aktivitet & bra matvanor för det goda åldrandet. Resultat från forskningsprojektet Gott Åldrande i Skåne (GÅS). Geriatriska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Rapport 2013:1.
14. Lennartsson C, Agahi N, Wånell SE. Hälsa och levnadsvanor – bland äldre personer i Stockholms län. Stockholms läns landsting, 2011.
15. SNAC-Skåne. Upplevd hälsa och funktionsförmåga bland män och kvinnor, 60 till 93 år i Skåne. Gott åldrande i Skåne (GÅS). Geriatriska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Rapport 2010:1.
16. Schyllander J, Rosenberg T. *Skador bland äldre i Sverige*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Kunskapscentrum för äldres säkerhet, 2009.
17. Rogowski P. Gång med framgång, Att förebygga fallskador bland äldre i Malmö (in Swedish). FoU-rapport nr 2005:3 Malmö stad 2005.

18. Bergland A, Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. *Injury Prevention* 2004;10:308-13.
19. Eriksson S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Risk factors for falls in people with and without a diagnose of dementia living in residential care facilities: A prospective study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2008;46:293-306.
20. Modén B, Merlo J, Ohlsson H, Rosvall M. Psychotropic drugs and falling accidents among the elderly: a nested case control study in the whole population of Scania, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010;64:440-446.
21. Modén B, Merlo J, Ohlsson H, Rosvall M. Psychotropic drugs and accidents in Scania, Sweden. *The European Journal of Public Health* 2012;22:726-32.
22. Lindström M. Social participation, social capital and socioeconomic differences in health-related behaviours. Malmö: Department of Community Medicine, Malmö University Hospital, Lund University; 2000. (Avhandling)
23. Agahi N. Aktiv och frisk eller frisk och aktiv? Äldre personers fritidsaktiviteter och sambandet med hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift* 3/2010.
24. DiPietro L. Physical activity in aging. *The Journals of Gerontology series A Bio Sci Med Sci* 56A (Special Issue2):134-22. 2001.
25. Wramner B. Tobaks- och alkoholprevention- viktigt också för äldre. *Socialmedicinsk tidskrift* 3/2010.
26. Hallgren M, Högberg P, Andréasson S. Alcohol consumption among elderly European Union Citizens: health effects, consumption trends and related issues. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
27. Folkhälsoinstitutet. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/FolkhalsoAtlas/Rapportblad/Riskabla-spelvanor/>
28. Nordicom-Sveriges Internetbarometer 2011. http://www.nordicom.gu.se/common/publ_pdf/363_Internetbarometer%202011.pdf.
29. Agahi N, Lennartsson C, Österman J, Wånell SE. Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3/2010.
30. Rowe JW, Kahn RL. *Successful Aging*. New York: Pantheon Books. 1998.
31. Fukuyama F. *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press, 1995.
32. Rahn WM, Transue JE. Social Trust and Value Change: The Decline of Social Capital in American Youth, 1976-1995. *Political Psychology* 1998;19(3): 545-563.

33. Forss E, Löf AM. Hur utbildning av vårdpersonal påverkar äldres utevistelser på särskilt boende. Utevistelsens hälsobefrämjande effekter på människan. FoU-rapport 9:2003, Linköping.

Folkhälsorapport Skåne 2013

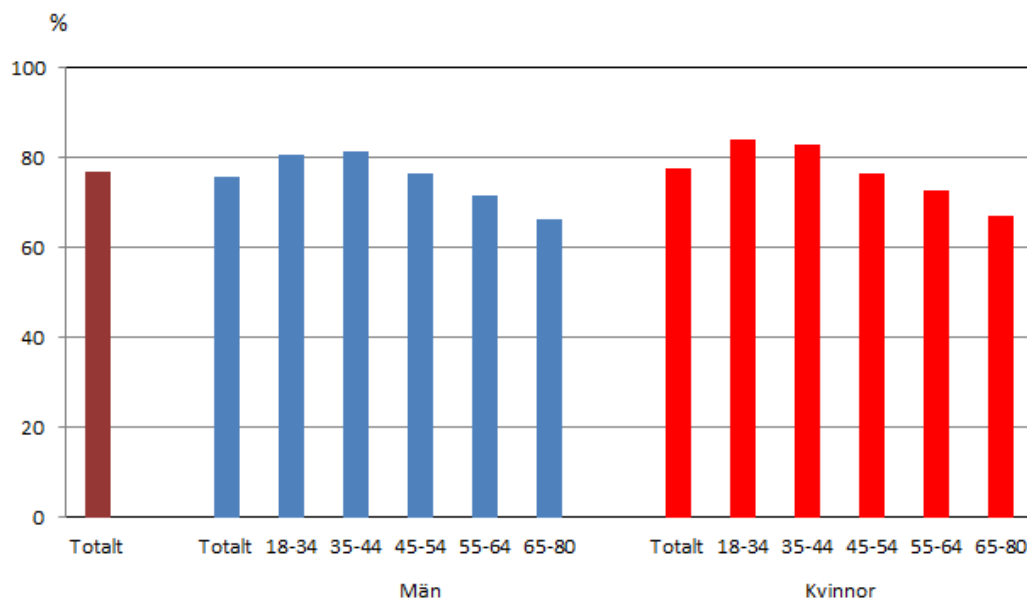
**Till sist..
Framtidstro**

Till sist...

Framtidstro

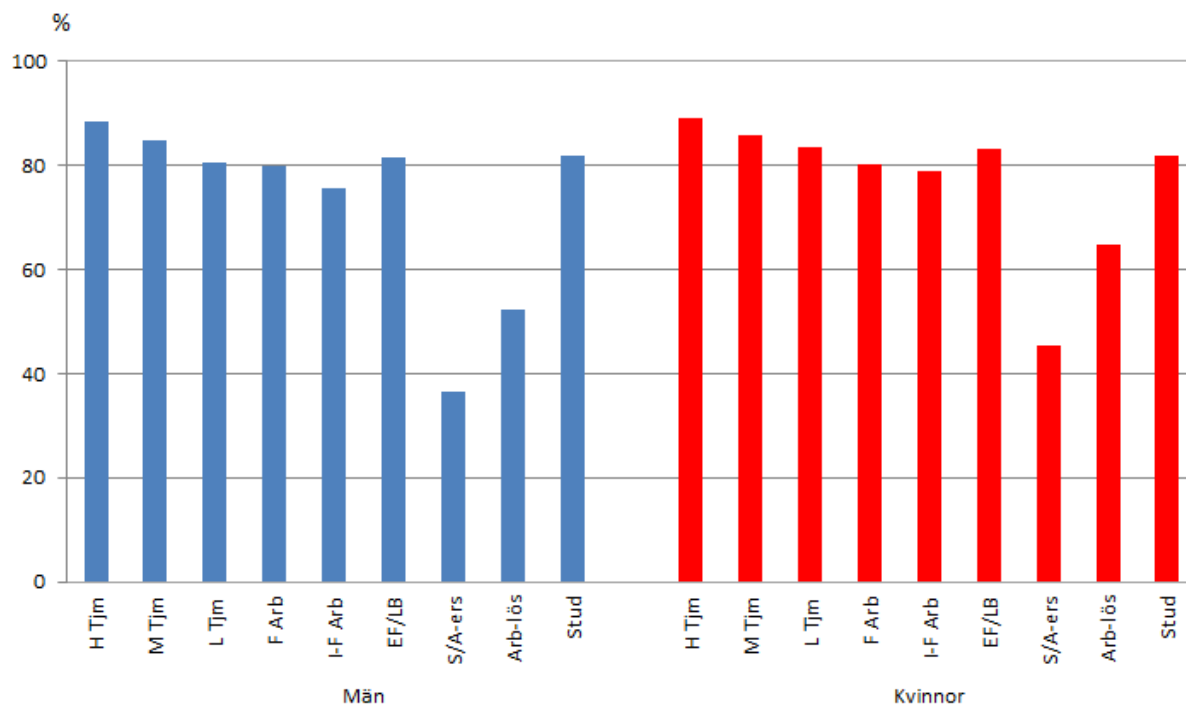
Frågan om människor känner optimism eller pessimism inför framtiden är i hög grad bunden till tid, plats och person. Frågan speglar delvis samhällsutvecklingen som påverkar ekonomiska och sociala levnadsförhållanden, men delvis också personliga erfarenheter och omständigheter som personliga relationer och sjukdomar.

I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes frågan ”Hur ser du på framtiden för din personliga del?” med svarsalternativen ”Jag ser mycket ljust på framtiden”, ”Jag ser ganska ljust på framtiden”, ”Jag ser varken ljust eller mörkt på framtiden”, ”Jag ser ganska mörkt på framtiden” och ”Jag ser mycket mörkt på framtiden”. Ungefär tre fjärdedelar av både männen och kvinnorna rapporterade att de ser ”mycket ljust” eller ”ganska ljust” på framtiden. Andelen som ser mycket ljust eller ganska ljust på framtiden varierar med ålder. I åldersgrupperna 18-34 och 35-44 år är det mer än fyra femtedelar av både män och kvinnor som ser optimistiskt på framtiden jämfört med ungefär två tredjedelar i åldersgruppen 65-80 år (se nedan).



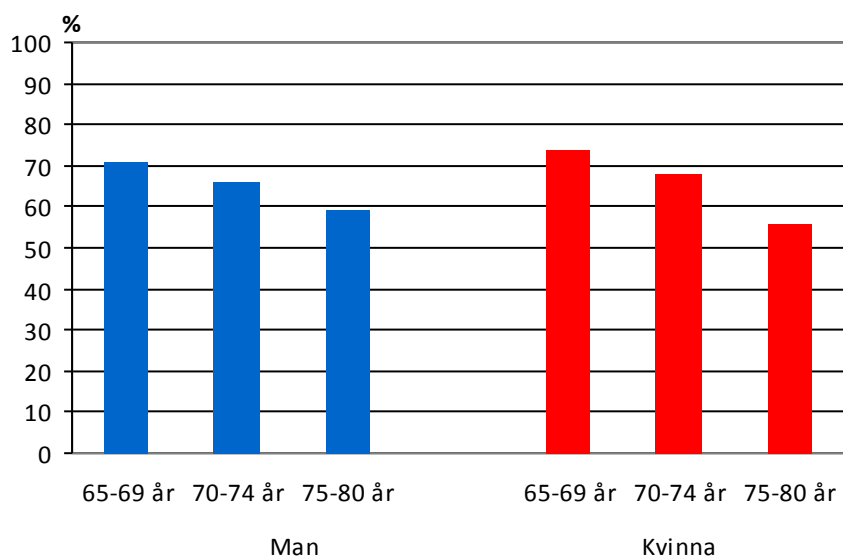
Andel män och kvinnor i olika åldersgrupper som ser ”ganska ljust” eller ”mycket ljust” på framtiden i Folkhälsoenkät Skåne 2012.

Det finns tydliga socioekonomiska skillnader i andelen som ser ”mycket ljust” eller ”ganska ljust” på framtiden. Bland högre tjänstemän är det nästan nio tiondelar som ser ”ganska ljust” eller ”mycket ljust” på framtiden bland både män och kvinnor jämfört med mindre än åtta tiondelar bland icke facklärd arbetare. De största socioekonomiska skillnaderna ses emellertid mellan å ena sidan de förvärvsarbetande grupperna och de studerande och å andra sidan de med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och de arbetslösa. Bland män är det mindre än två femtedelar och bland kvinnor drygt två femtedelar av de med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning som ser mycket ljust eller ganska ljust på framtiden, medan andelen är drygt hälften bland arbetslösa män och drygt tre femtedelar bland arbetslösa kvinnor.



Andel män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper som ser "ganska ljust" eller "mycket ljust" på framtiden i Folkhälsenkät Skåne 2012. Högre tjänstemän=H tjm; Mellan tjänstemän=M tjm; Lägre tjänstemän=L tjm; Facklärd arbetare=F arb; Icke facklärd arbetare=I-F Arb; Egna företagare eller lantbrukare=EF/LB; Sjuk- eller aktivitetsersättning alternativt långtidssjukskriven=S/A-ers; Arbetslös=Arb-lös; Studerande=Stud.

Att kunna se möjligheter för sin framtid är viktigt även för äldre. Faktorer som påverkar äldres framtidstro kan t.ex. vara sjukdomar, ensamhet och isolering, men trots detta kan synen på framtiden hos många vara ljus. Mer än sex av tio äldre personer i åldersgruppen 65-80 år uppgav i sina svar att de ser ganska ljust eller mycket ljust på framtiden. Bland både män och kvinnor sjunker andelen som ser ljust på framtiden med stigande ålder.



Andel äldre män och kvinnor i respektive åldersgrupp som ser ganska ljust eller mycket ljust på framtiden i Folkhälsenkät Skåne 2012.



