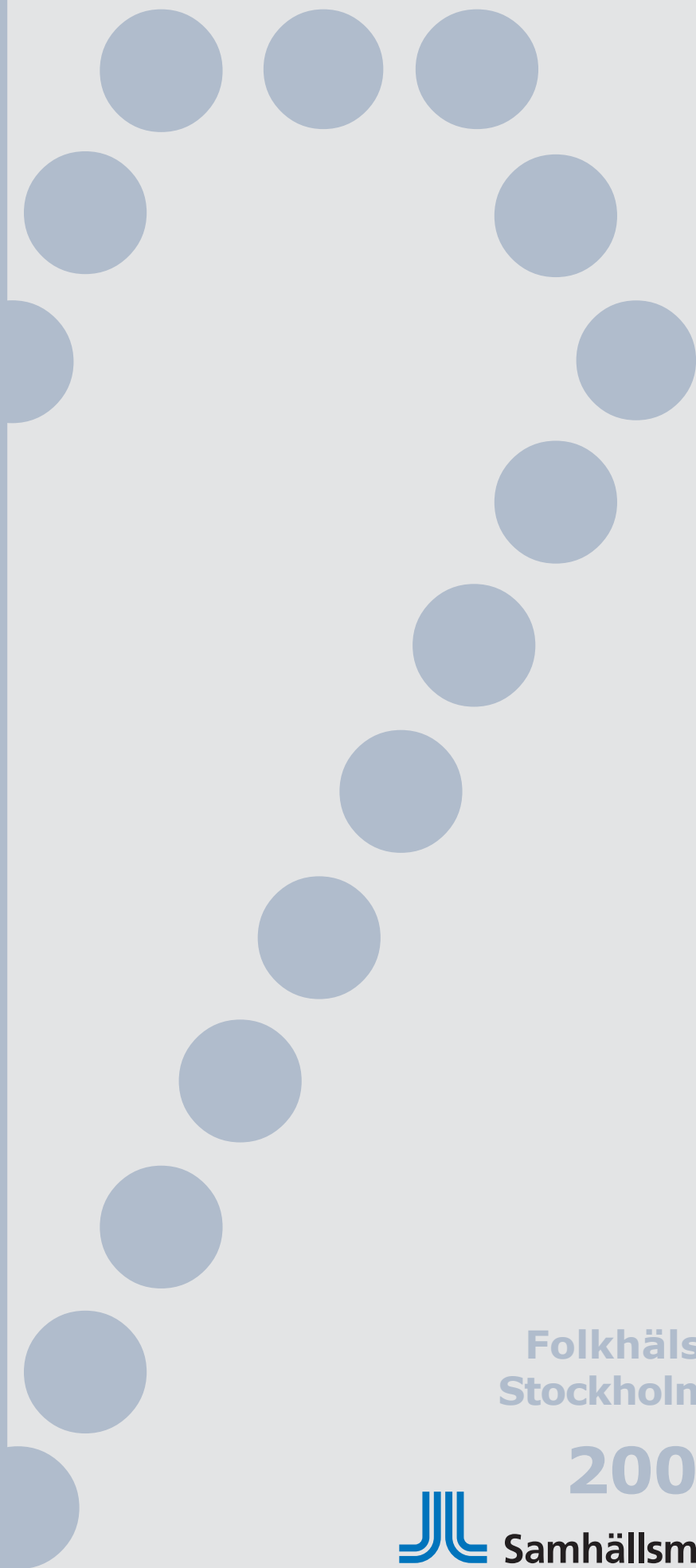


Folkhälsorapport



Folkhälsan i
Stockholms län

2003



Samhällsmedicin

Förord

2003 års Folkhälsorapport har ett storstadsperspektiv, den lyfter fram hälsorelaterade frågor som är specifika för stockholmsregionen, bl a visas att s k sårbara grupper i allt högre grad dras till storstaden, något som bidrar till segregation och koncentration av socialt marginaliserade grupper.

Av föregående folkhälsorapport (1999) framgick att sjukligheten ändrat karaktär; dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar hade minskat kraftigt samtidigt, som hälsoproblem med låg dödlighet, framförallt den psykiska ohälsan, ökat. Årets folkhälsorapport visar att nedgången i dessa sjukdomar fortsätter samtidigt som alltför många blir psykiskt dåligt, främst kvinnor. Kvinnor har haft sämre hälsoutveckling än män under hela 1990-talet. Särskilt gäller detta psykisk ohälsa. Det finns också en kvinnlig översjuklighet i rörelseorganens sjukdomar.

När det gäller levnadsvanor som påverkar hälsan har det skett en kraftig ökning av alkoholkonsumtionen bland både kvinnor och män och i alla åldrar, ett exempel är att andelen högkonsumenter ökat med 50 procent bland 21-30-åriga kvinnor. Vidare har det skett en mycket kraftig ökning av andelen överviktiga, både bland barn och vuxna. Positivt är att tobaksrökningen minskat – en viktig orsak till minskningen av dödligheten i hjärtinfarkt.

Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället har ökat, dvs den klassrelaterade ohälsan. Det avspeglas också geografiskt. Bostadsområden som redan tidigare hade en hög andel utrikes födda har fått en allt högre andel invånare med denna bakgrund och de som bor där får en relativt sett allt lägre inkomst. De löper högre risk att drabbas av ohälsa genom ohälsosamma levnadsvanor. Däremot blir de flesta höginkomstområdena än mer välbeställda och de boende där får genomsnittligt allt bättre hälsa.

Skall jag peka på någon grupp vars levnadsförhållanden försämrats blir det de unga vuxna, framförallt gäller det deras arbetsmarknad och ekonomi. Parallellt har en försämring skett av deras psykiska välbefinnande, de har en ökande alkoholkonsumtion och allt fler av dem har drabbats av övervikt. En annan grupp med ogynnsam hälsoutveckling är de ensamstående mödrarna.

Hälsoutvecklingen i Stockholms län visar vikten av ett långsiktigt, brett, förebyggande arbete för att främja hälsan. Det går att påverka hälsoutvecklingen i positiv riktning, det visar den minskning som skett av rökningen. Att komma till rätta med den försämring som skett av den psykiska hälsan fordrar breda lösningar. Där kan det gälla att genomföra insatser alltifrån sådant som främjar delaktigheten i samhället i stort till möjligheten för den enskilde att kunna förena arbetsliv, föräldraliv och kärleksliv på ett för hälsan gynnsamt och hållbart sätt. Om det skall gå måste vi alla hjälpas åt.

Birgitta Sevefjord

Hälso- och sjukvårdslandstingsråd

ISSN 0284-4036 2003:1 (SMD)

Inom Stockholms läns landsting har en folkhälsorapport och en hälso- och sjukvårdsrapport tagits fram. Folkhälsorapporten har de faktorer som bestämmer hälsan som utgångspunkt och hur dessa faktorer förhåller sig till hälsoproblemen hos befolkningen. Hälso- och sjukvårdsrapporten utgår från sjukdomarna och hur dessa behandlas inom sjukvården. En styrgrupp och två projektgrupper med representanter från landstingets beställarkontor tillsattes för de båda rapporterna. Styrgruppen leddes fram till årsskiftet 2002/03 av sjukvårdsdirektören Lena Lundgren. Från tiden därefter har gruppen letts av hälso- och sjukvårdsdirektör Aina Daléus.

Den folkhälsorapport som nu läggs fram, FHR 2003, har framtagits av en arbetsgrupp inom Samhällsmedicin bestående av Henrik Dal, Birgitta Greitz, Inger Heimerson, Johan Svensson och Marianne Upmark. Magdalena Carlberg har stått för den språkliga bearbetningen av materialet. Data och faktaunderlag har inhämtats från ett flertal enheter inom Samhällsmedicin och många av dess anställda har på olika sätt deltagit i arbetet. Rapporten har baserats på landstingets Folkhälsoenkät, olika registerdata samt på uppgifter från Region- och trafikplanekontoret, Statistiska centralbyrån m fl källor.

En stor del av rapporten baseras på landstingets Folkhälsoenkät. Den har genomförts av en grupp under ledning av Johan Hallqvist. I arbetsgruppen har även Stefan Fagerström, Anders Järleborg och Sofia Löfving ingått. Utskick och insamling av enkäter har utförts av Statistiska Centralbyrån.

Marianne Upmark har varit huvudansvarig för rapportens inriktning och för genomförandet av arbetet med att ta fram FHR 2003.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	9
1. Inledning	14
Att beskriva folkhälsa	15
2. Hälsa och folkhälsa	16
Hälsa, ohälsa och sjukdom – svårdefinierade begrepp med många dimensioner	16
Folkhälsa och folkhälsoproblem	16
Faktorer som bestämmer hälsan	18
Att påverka folkhälsan	18
Folkhälsa i ett globalt perspektiv	19
Nationella hälsopolitiska mål för folkhälsan	20
3. Befolkningsutveckling	22
Prognosen pekar på kraftig ökning av antalet tonåringar de närmaste fem åren	22
Ökande barnafödande och medelålder vid första barnet	23
4. Samhällsutveckling under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet	24
Sysselsättning	24
Försörjning och ekonomisk utsatthet	26
Centrala målsättningar mot fattigdom och mot segregation	26
Social och etnisk integration	26
5. Bestämningsfaktorer och indikatorer som mätbara mål för folkhälsoarbetet	30
Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället	30
Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet	32
Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor	34
Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet	35
Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter	38
Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård	40
Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning	41
Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa	42
Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet	43
Målområde 10: Matvanor	44
Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande	46
Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor	56

6. Folkhälsans utveckling	58
Mäns medellivslängd ökar snabbast	58
Stora skillnader inom länet avseende medellivslängd	59
Spädbarnsdödligheten har minskat sedan slutet av 1980-talet	60
Olika mått på självrapporterad hälsa	60
Psykisk hälsa och ohälsa	64
Hiv och andra sexuellt överförda infektioner	71
Hjärt- och kärlsjukdomar	73
Övervikt	76
Diabetes	79
Cancer	80
Rörelseorganens sjukdomar	83
Allergisjukdomar	84
Skador	86
Tandhälsa	88
Sjukfrånvaro	90
7. Hälsoutveckling hos kvinnor, hos yngre och hos äldre	94
Kvinnors hälsa	94
Yngre personers hälsa	97
Äldres hälsa	99
8. Grupper vars hälsoutveckling behöver belysas ytterligare	102
Hälsan hos personer med utländsk bakgrund	102
Marginaliserade gruppers hälsa	104
9. Framtidsperspektiv	106
Andelen äldre i befolkningen ökar	106
Målet "En hälsofrämjande hälso- och sjukvård" får starkt ökad betydelse	106
Stor andel personer i grupper med ogynnsam hälsoutveckling	106
Framtida hälsoutveckling	107
Använda förkortningar	110
Större studier	111
Referenser	112

Sammanfattning

I denna rapport presenteras folkhälsan i Stockholms län och dess utveckling under perioden 1990-2002. Dessutom beskrivs situationen i länet i förhållande till de mål för folkhälsan som antogs våren 2003 (riksdagsbeslut med anledning av prop 2002/03:35). Som bakgrund ges en beskrivning av olika begrepp, global hälsoutveckling, befolkningsutveckling i länet samt en beskrivning av samhällsutvecklingen under 1990-talet. I slutet av rapporten görs en prognos för folkhälsoutvecklingen under de närmaste åren. Rapporten baseras i huvudsak på folkhälsoenkäter till invånarna i länet, registerdata från Region- och trafikplanekontoret, Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen och på några andra undersökningar rörande folkhälsan och faktorer som påverkar denna.

Rapportens syfte är att ge underlag för en analys om hälsotillståndet i befolkningen. Den ska också kunna vara ett underlag för planering av det fortsatta folkhälsoarbetet. Förutom att ge faktaunderlag hoppas vi att rapporten kan väcka debatt och leda till nya frågeställningar. Även om siffror och tabeller i rapporten baseras på en gedigen faktainsamling enligt ovan är det viktigt att vara försiktig med att betrakta uppgifterna i denna rapport som en exakt beskrivning av verkligheten. Snarare bör den enskilde läsaren/beslutsfattaren kunna se rapporten som en del i ett fortlöpande kunskapsinnehållande om hälsa och levnadsförhållanden i länet. Fördjupade analyser i kombination med debatt och dialog mellan olika aktörer i länet kan leda till förståelse och handlingsberedskap för insatser för bättre folkhälsa.

Rapporten beskriver förhållanden i ett stort geografiskt område, med en befolkning på nästan 2 miljoner människor. Fortsatta analyser av folkhälsoenkäten 2002 kan i högre utsträckning beakta specifika förhållanden i kommuner, kommundelar och andra geografiska områden liksom för särskilda grupper i samhället. I det arbetet är det viktigt att ta vara på de specifika områdeskunskaper som finns hos lokala politiker, tjänstemän och andra lokala representanter. Resultaten som presenteras i denna rapport kan, kompletterade med den lokala kunskapen, förhoppningsvis väcka hälsorelaterade frågeställningar och underlätta prioriteringar.

Utvecklingen av folkhälsan i stora drag

Utvecklingen under de senaste åren har följt i stort sett samma linjer som den utveckling som beskrevs i 1999 års folkhälsorapport. Där konstaterades att den ändrat karaktär. Bl a angavs att i takt med att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador minskat kraftigt så blev hälsoproblem med låg dödlighet av växande betydelse. Både allergiska besvär och värktillstånd hade fortsatt att öka. Därtill kom en kraftig ökning av trötthet, nervösa besvär och sömnbesvär som något nytt under 1990-talet. De sociala skillnaderna i sjuklighet och dödlighet var oförändrat mycket stora. Kvinnornas ohälsa ökade jämfört med männens. Samtidigt som det konstaterades att det fanns en kraftig anhopning av olika typer av riskfaktorer hos människor i arbetaryrken.

Sedan föregående folkhälsorapport har vi noterat en fortsatt nedgång av dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, minskad spädbarnsdödlighet och minskad dödlighet i vissa andra tillstånd.

Parallellt med denna fortsatt positiva utveckling har det skett en försämring i andra avseenden. Fler uppger att de mår dåligt och som framgår av rapporten kan man notera en ökning av den självrapporterade psykiska ohälsan. Vad detta innebär i termer av folkhälsa kan diskuteras, men dessa tillstånd kan i varje fall inte omedelbart jämföras med sådan sjuklighet som hälso- och sjukvården primärt kan bota/lindra på traditionellt sätt. Däremot är risken stor att den ökande förekomsten av upplevd ohälsa leder till större tryck på sjukvården. Det är därför angeläget att sätta in förebyggande insatser i tid och på rätt nivå.

De hälsorelaterade levnadsvanorna har utvecklats positivt i vissa, men negativt i andra avseenden. Medan tobaksrökningen har minskat har det skett en kraftig ökning av andelen överviktiga, både bland barn och bland vuxna. Vidare kan vi konstatera att alkoholkonsumtionen ökat starkt, bland både kvinnor och män i olika åldersgrupper. Därutöver har skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället ökat: mellan kvinnor och män, mellan olika socioekonomiska grupper och mellan svenskfödda och utrikesfödda. Sedan slutet av 1990-talet har en kraftig ökning skett av långtids-sjukskrivningar och förtidspensioneringar i Stockholms län liksom för riket i övrigt. Ökningen har framförallt skett bland kvinnor.

Här följer några huvudresultat ur rapporten, förenklat uppdelat på sådant som är tecken på en positiv respektive en negativ utveckling. Vi anger också några framtida hälsorisker. Avslutningsvis beskriver vi hälsoutvecklingen för grupper vars hälsa och livsvillkor vi anser behöver belysas ytterligare.

Tecken på en positiv utveckling

Ökad medellivslängd

Medellivslängden för kvinnor i Stockholms län 1997-2001 var 82 år och för män 77 år. Mäns livslängd har sedan 1980-talet ökat mer i länet än i övriga riket. Skillnaden mellan mäns och kvinnors genomsnittliga livslängd har minskat, vilket också skett i övriga Sverige och i EU. Medellivslängden varierar dock starkt mellan länets kommuner.

Minskad spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten har minskat kraftigt sedan 1987, och är internationellt sett unikt låg.

Minskad dödlighet i akut hjärtinfarkt och slaganfall (stroke)

Den minskade dödligheten beror både på att proportionellt sett färre insjuknar i dessa tillstånd och på förbättrad överlevnad bland dem som insjuknat.

Trots att risken att insjukna i hjärtinfarkt och stroke har minskat är det inte ett färre antal personer som drabbas. Detta beror på att befolkningen i länet har ökat och att andelen äldre är större. Risken att drabbas av hjärtinfarkt är socialt snedfördelad med fler drabbade bland personer med arbetar- och lägre tjänstemannayrken.

Minskad självmordsdödlighet

Mellan åren 1990 och 2001 minskade antalet självmord i Stockholms län med 28 procent. Bland ungdomar under 18 år har inte motsvarande minskning noterats.

Färre rökare

Andelen rökare har minskat bland både kvinnor och män. I åldern 21-84 år uppger 18 procent av kvinnorna och 16 procent av männen att de röker dagligen. År 1990 var motsvarande andelar 26 och 24 procent. Det finns en tydlig social skiktning i rökvanor och fler flickor än pojkar röker. Snusbruket medför dock att pojkar och unga män exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor. Rökning är vanligare bland utlandsfödda än bland svenskfödda män. Mönstret för kvinnor är inte lika tydligt.

Matvanorna har förbättrats i vissa avseenden

Totalt sett har fettintaget minskat och konsumtionen av frukt och grönsaker ökat. Samtidigt ökar dock konsumtionen av konditorivaror, godis, snacks och läsk.

Tecken på en negativ utveckling

Ökad förekomst av psykisk ohälsa

Allt fler rapporterar psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande. Förekomsten av oro, ångest, sömnproblem och andra psykiska reaktioner har ökat kraftigt. Den största ökningen har skett bland unga personer.

Ökad förekomst av besvär från rörelseorganen

En markant ökning noteras av värk i rörelseorganen, framförallt bland kvinnor, och bland personer med arbetar- och lägre tjänstemannayrken.

Ökning av övervikt och fetma¹

Under 1990-talet fördubblades antalet feta i den vuxna befolkningen i länet. År 2002 var drygt varannan man och drygt var tredje kvinna överviktig eller fet i Stockholms län. Övervikt och fetma har dessutom ökat kraftigt hos barn och ungdomar. Både övervikt och fetma är vanligast bland personer med enbart folkskole-/grundskoleutbildning.

Kraftigt ökad alkoholkonsumtion

Särskilt stor är ökningen bland 21-30-åriga kvinnor, där andelen högkonsumenter ökat med cirka 50 procent sedan 1994.

¹ BMI (Body Mass Index) beräknas som kroppsvikt (i kilo) dividerat med kvadraten av kroppslängden (i meter). BMI 25 eller högre klassificeras som övervikt, BMI 30 eller högre anses som kraftig övervikt (fetma).

Ökad allergiförekomst

Sedan 60-talet har allergisjukdomarna mångdubblats såväl i Sverige som i många andra länder. Under 1990-talet har ökningen fortsatt och 2002 uppger 53 procent av de svarande i folkhälsoenkäten 2002 att de hade någon av de allergisjukdomar som efterfrågades.

Ökning av sexuellt överförda infektioner

Förekomsten av klamydia har ökat framförallt bland unga. Stockholms län svarar för hälften eller fler av antalet fall av hiv, syfilis och gonorré i Sverige.

Ökade hälsoskillnader mellan olika grupper

Under 1990-talet har kvinnor haft sämre hälsoutveckling än män, utrikesfödda sämre än svenskfödda. Skillnaderna har också ökat mellan olika socioekonomiska grupper.

Grupper i befolkningen med en negativ hälsoutveckling

Kvinnor

Vissa tillstånd som minskar funktionsförmågan är vanligare hos kvinnor än hos män, exempelvis psykisk ohälsa och sjukdomar i rörelseorganen. Könrollernas och genusordningens¹ betydelse för detta är ofullständigt kartlagd. De ensamstående mödrarnas situation och hälsoläge försämrades under 1990-talet i förhållande till andra grupper. Fler i denna grupp rapporterar ohälsa och har sämre ekonomi än bland sammanboende mammor.

Unga vuxna

De ungas levnadsförhållanden har försämrats, framför allt avseende arbetsmarknad och ekonomi. Parallellt med detta har en försämring skett av det rapporterade psykiska välbefinnandet (jmf ovan). Den ökning som skett av alkoholkonsumtionen, framförallt bland unga kvinnor, liksom av andelen överviktiga, är andra förhållanden som visar på en negativ utveckling av hälsan hos unga vuxna.

Hälsorisker att särskilt beakta för framtiden

Ökad tillgänglighet till främst alkohol, men även av narkotika

EU-reglerna och internationaliseringen i övrigt bidrar till ytterligare ökad tillgänglighet till alkohol och narkotika, vilket innebär en risk för ytterligare ökad konsumtion respektive missbruk. Den redan idag kraftigt ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomar och unga vuxna i kombination med en befarad ökad arbetslöshet, bristande psykiskt välbefinnande och många långtidssjukskrivningar i gruppen kommer att leda till starkt ökat tryck på såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten och kriminalvården.

¹ Med genusordningen avses mäns överordning och kvinnors underordning i samhället.

Tobaksbruk

Trots att rökningen minskar sakta behåller den tätplatsen bland de hälsorelaterade levnadsvanorna som den enskilt största orsaken till kroppslig ohälsa och förtida död.

Segregation

De områden som tidigare hade en hög andel utrikes födda har fått en ökad andel invånare med denna bakgrund. De flesta höginkomstområdena blir än mer välbeställda och områdena med de allra lägsta inkomsterna, vilka ofta utmärkes av en hög andel utrikes födda, får allt lägre inkomstnivå. Sårbara grupper har i allt större grad dragits till storstäderna vilket bidragit till segregation och koncentrationer av socialt marginaliserade grupper. I dessa grupper är det vanligare med ohälsosamma levnadsvanor och risken är större att drabbas av ohälsa.

Grupper vars hälsa och livsvillkor behöver belysas ytterligare

Vissa grupper är mindre synliga i offentlig statistik och har heller inte kunnat fångas upp fullgott i de enkäter och undersökningar som hittills gjorts i länet, varför deras hälsoförhållanden och levnadsvillkor bör belysas ytterligare. Till dessa hör:

Personer med utländsk bakgrund

I flera studier har denna grupp visat sig ha högre förekomst av självrapporterade hälsoproblem, nedsatt arbetsförmåga och rörelsehinder. Den psykiska hälsan är påtagligt sämre bland invandrare, och mest påtagligt är detta bland kvinnorna liksom bland flyktinginvandrare som har varit i Sverige kortare tid än 10 år.

Marginaliserade grupper

Jämfört med genomsnittsbefolkningen är dödligheten liksom andelen svårt sjuka betydligt högre i de grupper som kan kallas marginaliserade i samhället. Till dessa grupper hör t ex hemlösa, prostituerade och missbrukare.

Hälsan hos personal inom vård- och omsorgsyriken

Andra gruppers hälsa behöver belysas ytterligare eftersom en alarmerande utveckling påvisats och deras välbefinnande är av stor betydelse inte bara för dem själva, utan också för deras förmåga att verka för en god hälsa i befolkningen.

Hälso- och sjukvårdens egen personal liksom personal inom andra omsorgsyriken hör till de grupper där ohälsan och sjukskrivningarna ökat mest under senare år. Att vända denna utveckling och istället främja en positiv hälsoutveckling är särskilt angeläget för vården, som ur ett trovärdighetsperspektiv bör vara en föregångare vad gäller hälsofrämjande arbetsmiljö.

1. Inledning

I Stockholms läns landsting (SLL) har vart fjärde år med början 1987 en folkhälso-rapport (FHR) getts ut där folkhälsans utveckling över tid och geografiska jämförelser har presenterats. Syftet är främst att ge ett kunskapsunderlag för hälsopolitiska åtgärder och i synnerhet för lokalt folkhälsoarbete.

Årets FHR har ett storstadsperspektiv och betonar de aspekter av folkhälsan som kan påverkas av lokala initiativ och åtgärder inom landstinget och i kommunerna. Ambitionen har varit att ge ett så sakligt kunskapsunderlag som möjligt och en allmän bild av hälsoläget i länet och inom olika grupper av befolkningen. Syftet har inte varit att föreslå åtgärder men resultaten kan väcka frågor av policy- och åtgärdskaraktär. Därför avslutas vissa avsnitt med reflektioner i syfte att stimulera till diskussioner om möjliga åtgärder.

En rapport som ska ge en övergripande bild av hälsoläget i Stockholms län kan av förstaeliga inte ge utrymme för fördjupningar och analyser av de många gånger komplexa orsakssamband som ligger bakom resultaten. I den referenslista som finns i slutet av rapporten kan den intresserade finna ett flertal aktuella exempel från den forskning som bedrivs inom området folkhälsa. Rekommenderad läsning är också Socialstyrelsens nationella folkhälso-rapport (2001) samt dito lägesrapport (2003).

I rapporten belyses speciellt de folkhälsosatsningar som prioriterats av Stockholms läns landsting¹. Innehållet är vidare i huvudsak begränsat till hälsan hos personer mellan 18-64 år. Vad gäller barn och ungdomars hälsa hänvisas till Barnrapporten som SLL utgav 1998.

Förhoppningen är att rapporten ska inspirera beslutsfattare och tjänstemän inom främst länets kommuner och landstinget, men även andra aktörer inom välfärds-sektorn och allmänheten, till reflektion, diskussion och åtgärder som kan främja hälsan i Stockholms län.

¹ "Det krävs särskilda folkhälsosatsningar i bostadsområden där människor har sämre hälsa. Prioriterat arbete är att förebygga psykisk ohälsa i första hand bland barn och ungdomar, förbättra kvinnors hälsa, äldres hälsa samt motverka övervikt och rökning. Det är viktigt att särskilt satsa på målinriktad information till de grupper som av olika skäl har svårt att tillgodogöra sig ett hälsobudskap bland annat skall det utgå ifrån kvinnors respektive mäns olika mottaglighet för ett hälsobudskap".

Källa: "Rättvisa och hållbar utveckling", programförklaring för Stockholms läns landstings (SLL) majoritetskoalition november 2002.

Att beskriva folkhälsa

När hälsoläget på befolkningsnivå ska beskrivas brukar man i huvudsak använda sig av två olika typer av källor: registeruppgifter och uppgifter som inhämtats via enkäter och/eller intervjuer.

Data från register täcker ofta så gott som samtliga personer. Det kan röra sig om uppgifter från t ex födelse- eller dödsorsaksregistret. Eftersom Sverige ända sedan 1749 har haft en fungerande befolkningsstatistik har det varit möjligt att sedan lång tid tillbaka beskriva utvecklingen av folkhälsan med hjälp av sådana data.

Enkäter och intervjuer ger möjlighet att ställa frågor om många olika förhållanden till en individ. De personer som ska svara väljs ut slumpmässigt. Nackdelen med att förlita sig på enkätuppgifter, är att många av de slumpmässigt utvalda individerna, inte alltid vill/kan svara. Ofta skiljer sig de som inte svarar (bortfallet) från dem som svarar i ett antal avseenden av betydelse för det fenomen man vill beskriva.

Folkhälsoenkät 2002

Tidigare folkhälsoenkäter (FHE) inom länet har genomförts 1990, 1994 och 1998. FHE 2002 har sänts till ett större antal (50 000) personer än tidigare för att möjliggöra lokala analyser av svaren. För det totala urvalet uppnåddes en svarsfrekvens på 63 procent. För ett delurval om 8 000 individer har Statistiska centralbyrån (SCB), som getts uppdraget att svara för utskick och insamling av enkäter, lyckats uppnå en svarsfrekvens på 70 procent. Analyserna i denna rapport är utförda på det mindre urvalet om 8 000 personer. Åldersintervallet i 2002 års FHE var från 18 t o m 84 år.

FHE 2002 bestod av 100 frågor inom följande huvudområden: hälsa, levnadsvanor, trygghet, sociala relationer, boende, ekonomi, arbete, arbetsmiljö och sjukfrånvaro. I enkäten har ett stort antal frågor ändrats från tidigare år för att svaren ska kunna jämföras med andra motsvarande studier på region- och riksnivå. Detta har dock skett på bekostnad av jämförbarheten med data från tidigare enkäter.

2. Hälsa och folkhälsa

Hälsa, ohälsa och sjukdom – svårdefinierade begrepp med många dimensioner

Hälsa är svårt att definiera såväl inom vetenskapen som i verkliga livet. Därför finns många olika definitioner av vad hälsa faktiskt är. Hälsobegreppet har till exempel utvecklats från att enbart innebära frihet från sjukdom samt god fysik, till att även omfatta välbefinnande och de faktorer som kan bestämma både välbefinnande och frihet från sjukdom.

I *folkhälsovetenskapliga* sammanhang brukar man tillämpa den breda definitionen samt inkludera individens handlingsförmåga, d v s i vilken utsträckning hon kan handla så att hon uppfyller sina mål och de krav som hennes livssituation ställer. Att ha hälsa innebär då även att ha resurser att göra hälsosamma val. Hälsa ses i detta fall som något mer än frånvaro av sjukdom. Synsättet innebär att man kan vara allvarligt sjuk men ändå må bra. Det motsatta förhållandet kan råda om man objektivt sett är frisk men mår dåligt och således är i avsaknad av god hälsa.

Hur hälsa *mäts* beror därför på hur den definieras. Utifrån ett biomedicinskt perspektiv kan hälsa eller snarare ohälsa mätas genom förlorade levnadsår, sjuklighet o s v. Vid mätning av hälsa ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv brukar olika mått på självskattad hälsa användas eftersom hälsa svårligen låter sig mätas objektivt. En vanlig, men omstridd, definition på hälsa är den som fastställdes av WHO 1948:

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och svaghet.

Definitionen utgör fortfarande grunden för hälsofrämjande arbete men är ofta föremål för diskussion p g a sin utopiska framtoning.

Folkhälsa och folkhälsoproblem

Med begreppet *folkhälsa* brukar avses det allmänna hälsotillståndet i befolkningen. Det innebär att man vid folkhälsostudier främst intresserar sig för hela befolkningens eller specifika grupper hälsa. De grupper man intresserar sig för är sådana där livsvillkor och levnadsvanor kan orsaka ohälsa och sjukdom.

Att rapportera om folkhälsa innebär att beskriva förekomst av folksjukdomar, skador och funktionsnedsättning samt förekomsten av faktorer som man vet/anar har samband med dessa sjukdomar. Dessutom brukar folkhälsan beskrivas genom sammanställningar av hur individerna själva bedömer sin hälsa. Allt vanligare blir att i folkhälsosammanhang även beskriva de faktorer som främjar hälsan. Dessa brukar kallas friskfaktorer eller främjandefaktorer.

Vid studier av folkhälsan är det vanligt att beskriva medellivslängd, barnadödlighet, självupplevd och diagnostiserad sjuklighet, sjukfrånvaro, självskattad hälsa och riskfaktorer. Man försöker ofta också förstå och förklara hur ohälsa uppkommer och synliggöra hur den är fördelad mellan olika områden och grupper.

Om ett hälsoproblem anses vara ett folkhälsoproblem beror bl a på hur vanligt förekommande det är, hur allvarligt det är, om det ökar eller minskar och hur fördelningen ser ut i befolkningen. Vad som betraktas som ett folkhälsoproblem varierar över tid och i olika kulturer. Därtill kommer att begrepp ofta ändrar innehåll över tid. Om alltför allmänmänskliga problem eller andra förhållanden blir förklarade utifrån en medicinsk förklaringsmodell och åtgärdade med medicinska verktyg kan man tala om *medikalisering*. I dag behandlas allt fler problem som man tidigare ofta löste inom familjen eller gick till kyrkan med inom hälso- och sjukvården.

Oavsett om man betraktar en tilltagande medikalisering som positiv eller negativ innebär den att det kan vara svårt att direkt jämföra rapportering av olika tillstånd över tid. Fenomen som vi idag beskriver som *folkhälsoproblem* kan ha varit lika vanligt förekommande för ett eller flera decennier sedan men var vid denna tidpunkt inte definierade som hälsoproblem. Uttrycket *må dåligt* kan tjäna som illustration. Detta uttryck användes sällan för femtio år sedan och innebar då att man mådde illa, höll på att bli sjuk eller kände sig akut fysiskt svag. Idag används begreppet allmänt och har närmast betydelsen av att man är nedstämd p g a utmattning, irritation eller känner missnöje med sin aktuella situation i arbets- eller privatlivet.

På liknande sätt kan vetenskapliga upptäckter göra oss mer observanta på vissa fenomen som kan utgöra risk för olika sjukdomar och som vi därför tenderar att betrakta ur en *hälso*aspekt. Ett sådant exempel är fysisk aktivitet som tidigare primärt förknippades med tungt och kanske farligt kroppsarbete. Idag har fysisk aktivitet för många primärt kommit att kopplas samman med hälsa. Medicinska landvinningar kan också göra oss mer medvetna om olika kroppsliga fenomen. Som en naturlig följd av ökad medicinsk kunskap hos allmänheten är det naturligt att olika delar av livet värderas och tolkas från ett medicinskt perspektiv. Hälsorelaterad utbildning och information kan förstärka en sådan syn.

Allt detta motsäger inte att beskrivningar av hälsoutvecklingen över tid hos en och samma befolkning ger oss mycket viktig information om förhållanden som tidigt kan varna för en ogynnsam utveckling. Den negativa utvecklingen kan avse hela befolkningen och/eller en ökad hälsoskillnad mellan olika grupper. Genom att följa utvecklingen över tid kan således viktig kunskap erhållas om hur förändringar i samhället påverkar folkhälsan och en rad åtgärder därför vidtas. Det är åtgärder som ofta berör breda sektorer av samhället och således har starka samband med politiska beslut.

Faktorer som bestämmer hälsan

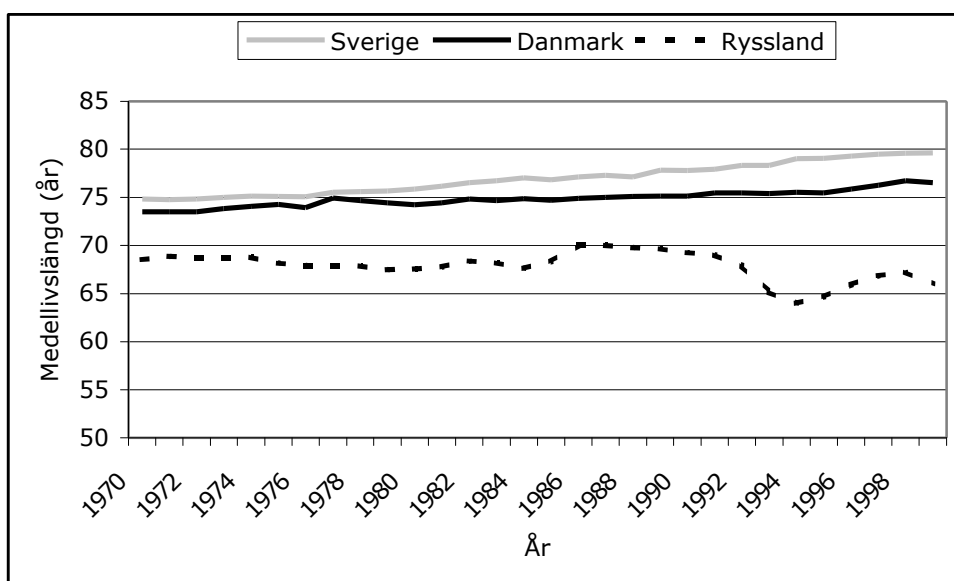
Hälsan påverkas av ett antal faktorer, s k *bestämningsfaktorer*. På individuell nivå kan faktorer som ärftlighet eller levnadsvanor bestämma hälsan. Matvanor, fysisk aktivitet, sömn, alkohol- och tobakskonsumtion eller sexuell aktivitet, är bestämningsfaktorer som individen har stora möjligheter att själv påverka. Dock kan individens motivation och förutsättningar för en hälsofrämjande livsstil ofta vara beroende av omgivningen, t ex av att man har ett fungerande socialt nätverk. *Socialt kapital* är ett begrepp som under senare år mer och mer börjat användas som en förklaring till skillnader i hälsa. Begreppet åsyftar det kitt som håller samman individerna i ett samhälle och som delvis kan hjälpa oss att förstå hur såväl boendemiljöer som individ- och familjeförhållanden kan bidra till att förklara den sociala ojämlikheten i hälsa.

Även de samhällseliga förutsättningarna, vilka regleras genom lagstiftning, t ex familjepolitik, socialförsäkringar, jämställdhet och sjukvård, måste vara sådana att individen kan göra hälsosamma val. Det är väl dokumenterat att levnadsvanorna på befolkningsnivå hänger ihop med köns- och socialgruppsstillhörighet. Levnadsvanorna påverkas med andra ord starkt av kulturella och socioekonomiska faktorer som utbildning, sysselsättning, social position och inkomst. Detta avspeglas bl a i att medellivslängden är kortare i låginkomst- än i höginkomstkommuner. Det finns också starka samband mellan samhällsutveckling och hälsoutveckling, exempelvis mellan bruttonationalprodukt per capita och medellivslängd. Även inkomstfördelningen i ett samhälle, samt hur stor del av samhällets resurser som anslås till hälso- och sjukvård, har betydelse för hälsan. Länder med mer jämlika inkomster har t ex bättre social sammanhållning, lägre våldsbrottslighet och lägre dödstal. Världshälsoorganisationen (WHO) har i rapporten Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet angett att det främsta målet är minskad ojämlikhet i hälsa. Som framgår på sidan 20 så är minskade skillnader i hälsa även satt som främsta mål i den proposition (2002/03:35) som ligger till grund för den nya svenska folkhälsopolitiken.

Att påverka folkhälsan

Fortfarande finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i det svenska samhället. För att kunna påverka skillnader i ohälsa mellan olika grupper bör beslutsfattare utnyttja den kunskap som finns om sambandet mellan bestämningsfaktorer och hälsa. De insatser som påverkar bestämningsfaktorerna kan vara av vitt skilda slag.

Utvecklingen av medellivslängden i Sverige, Danmark och Ryssland sedan 1970-talet är ett tydligt exempel på den övergripande politikens betydelse för folkhälsan. Sverige utmärker sig genom sin positiva utveckling. Den långsammare ökningen i Danmark anses bl a ha samband med den liberala politiken kring alkohol och tobak. Rysslands starkt negativa trend avspeglar de dramatiska politiska, ekonomiska och sociala förändringarna i landet i början av 1990-talet och en liberal alkoholpolitik med ökad alkoholkonsumtion som följd.



Figur 1. Förväntad medellivslängd vid födseln. 1970-1999. Sverige, Danmark, Ryssland.

Källa: World Health Organization.

Folkhälsa i ett globalt perspektiv

WHOs Världshälsorapport 2002 identifierar som de tio största riskfaktorerna utifrån den sjukdomsburden de orsakar i nu nämnd ordning: undervikt, osäkert sex, högt blodtryck, tobaks- och alkoholkonsumtion, förorenat vatten, bristande sanitet och hygien, högt kolesterolvärde, inomhusrök från fasta bränslen, järnbrist samt övervikt. Sammanlagt svarar dessa riskfaktorer för en tredjedel av jordens alla dödsfall. Högt blodtryck, högt kolesterolvärde, tobaks- och alkoholkonsumtion liksom övervikt förekom tidigare mest i industrialiserade länder men blir nu snabbt allt vanligare i utvecklingsländerna. På så sätt skapar de en dubbel börda tillsammans med de kvarvarande obeseerade infektionssjukdomarna vilka alltid har drabbat fattigare länder särskilt hårt. Den ökade marknadsföringen av tobak och alkohol i låg- och medelinkomstländer medför att fler människor än någonsin utsätts för långsiktiga hälsorisker genom dessa produkter och vanor importerade från andra länder. Osäkert sex och tobakskonsumtion kan inom de närmaste decennierna komma att medföra en minskning av den genomsnittliga medellivslängden med 20 år såvida inte bättre förebyggande åtgärder vidtas inom en mycket snar samtid.

Även om hälsan i Europa i stort är bland de bästa i världen pekar den europeiska hälsorapporten 2002 (WHO) på stora olikheter i den europeiska regionen mellan och inom länder. Mest påfallande är den vidgande klyftan i förväntad medellivslängd och hälsa mellan västra och östra Europa med en markant nedgång i medellivslängd i forna Sovjetunionen (figur 1) framförallt beroende på för tidig död bland vuxna män. Utvidgningen av EU från 15 till 25 medlemsstater kommer förmodligen att medföra betydande förändringar av hela den sociala situationen inom unionen. Den sociala utslagningen, fattigdomen och den allmänna ojämlikheten liksom skillnaderna i hälsa kommer troligen att öka.

Allteftersom kvinnors och mäns livsstil blir mer likartad minskar också gapet mellan könen medellivslängd. Den förväntade medellivslängden i de 15 EU-länderna ökade mer för män än för kvinnor mellan år 1970 och år 2000 (från 68 till 75 år för män och från 75 till 81 år för kvinnor). Den åldrande befolkningen i kombination med minskad fertilitet (ökad andel äldre och minskad andel i arbetsför ålder) kommer att ställa speciella krav på stödinsatser för de äldre. Merparten av de äldsta kommer att utgöras av kvinnor vilket gör att kvinnors hälsoproblem kommer att få ökad betydelse för vård och omsorg.

Arbetsrelaterade hälsoproblem (bl a besvär i muskler och leder, stress, lungsjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar) drabbar i EU män i större utsträckning än kvinnor. Kvinnorna utgör 46 procent av arbetskraften, men andelen kvinnor som lider av arbetsrelaterade sjukdomar är endast 18 procent. Skillnaden kan även bero på kvinnors genomsnittligt kortare arbetstid. I de anslutande staterna är det en högre andel av arbetstagarna som anser att de riskerar sin hälsa och säkerhet i arbetet (40 % jämfört med 27 % i nuvarande EU).

Stora och ökande hälsoproblem inom unionen har samband med livsstil. Vart femte dödsfall orsakas av sjukdomar som går att förebygga. En tredjedel av EUs vuxna befolkning är rökare varav merparten är män (28 % av kvinnorna och 40 % av männen). Rökningen ökar och framförallt bland unga kvinnor. Även andelen överviktiga ökar, speciellt bland barn. Omkring 17 procent av vuxna uppskattas vara överviktiga och ungefär 7 procent feta.

Hälsoutvecklingen bland unga människor har inte följt den i övrigt i stort sett positiva utvecklingen bland EUs befolkning. Speciellt unga män uppvisar relativt höga dödsiffror som har samband med beteende och livsstil. Drogmisbruk, inklusive alkohol, ligger bakom många dödsfall p g a yttre orsak. Användande av illegala droger är koncentrerat till män i storstäderna. I stort var invånarna i EU nöjda med sina liv (78 % jämfört med 77 % två år tidigare). De mest nöjda var svenskarna (95 %) och danskarna (94 %). Andelen nöjda var lägst i Portugal och Grekland (50 respektive 49 %). (Eurostat 2003).

Nationella hälsopolitiska mål för folkhälsan

I Sverige antogs under våren 2003 *Mål för folkhälsan* (riksdagsbeslut med anledning av proposition 2002/03:35), vars övergripande mål är:

”Att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.”

I propositionen har angetts elva målområden formulerade utifrån hälsans s k bestämningsfaktorer. Det kan vara mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på hälsans bestämningsfaktorer än på riskfaktorer för enskilda sjukdomar.

De flesta av dagens sjukdomar och hälsoproblem beror på ett antal samverkande faktorer och en enda riskfaktor är sällan tillräcklig för att en individ ska bli sjuk (även om den ofta utgör bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador). Bestämningsfaktorerna för hälsa utgöres av de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. Dessutom är det lättare att följa bestämningsfaktorernas utveckling än att följa sjukdomsutvecklingen över tid eftersom ibland flera decennier kan förflyta fram till att sjukdom eller annan ohälsa visar sig. För att nå det övergripande målet (se föregående sida) krävs insatser från de flesta sektorer i samhället. I propositionen betonas att planer för det lokala och regionala folkhälsoområdet är viktiga verktyg för att få till stånd ett långsiktigt och sektorövergripande folkhälsoarbete.

De elva målområdena i folkhälsopropositionen är:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomisk och social trygghet
3. Trygga och goda uppväxtvillkor
4. Ökad hälsa i arbetslivet
5. Sunda och säkra miljöer och produkter
6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
7. Gott skydd mot smittspridning
8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
9. Ökad fysisk aktivitet
10. Goda matvanor och säkra livsmedel
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

I propositionen anges också att det är:

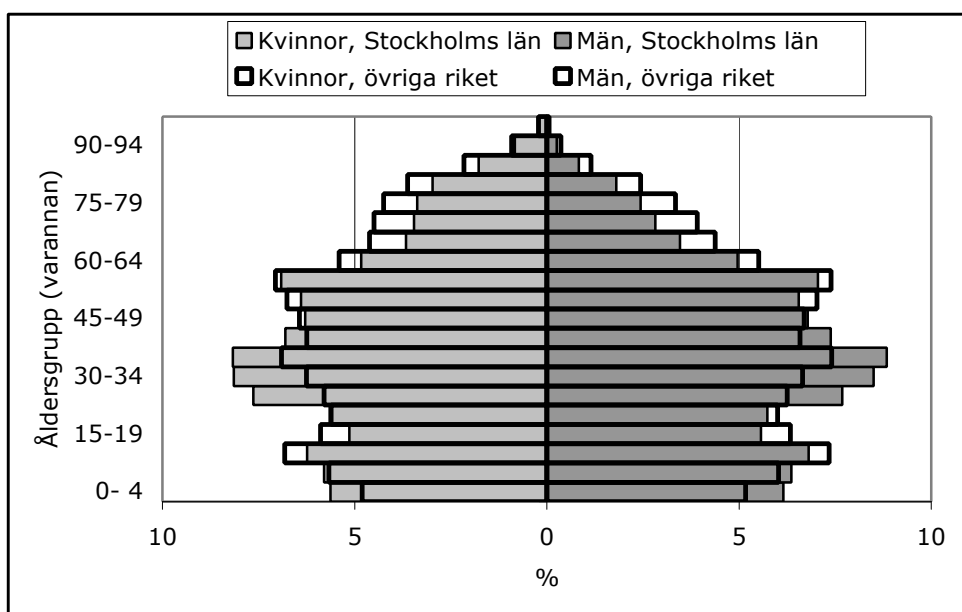
"...särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa."

Hälsopolitiska mål finns också formulerade i hälso- och sjukvårdslagen (HSL1982:763):

- 2 c § HSL: Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa.
- 3 § HSL: Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård – samt även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen.
- 26 b §: Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete.

3. Befolkningsutveckling

Befolkningens åldersmässiga sammansättning i Stockholms län skiljer sig från rikets som helhet. Skillnaderna i storlek mellan åldersgrupper är större i Stockholms län jämfört med övriga riket. Länets befolkning uppgick år 2002 till 1 850 467 personer, vilket utgjorde nästan 21 procent av landets totala befolkning. Som framgår av figur 2 är den största skillnaden mot riket som helhet den stora andelen personer mellan 25-39 år. Den avgörande faktorn för länets befolkningssammansättning har varit en nettoinflyttning av yngre personer framförallt mellan 20-29 år. Stockholmsregionen har därför en relativt ung befolkning, ett födelseöverskott och ett växande antal personer i arbetskraften.



Figur 2. Folkmängd per kön och åldersgrupp. Andel (%) av total folkmängd. Stockholms län respektive övriga riket, 2002.

Källa: Statistiska centralbyrån.

Prognosen pekar på kraftig ökning av antalet tonåringar de närmaste fem åren

Enligt en prognos från Regionplane- och trafikkontoret (RTK) kommer länets befolkning att fram till och med år 2007 ha ökat till drygt 1,9 miljoner invånare. Under perioden förväntas ett ökat födelseöverskott ge en ännu lägre medelålder i befolkningen. Babyboomen kring 1990 ger en relativt stor nedgång i åldrarna 6-12 år och en ännu större relativ ökning i åldrarna 13-18 år (tabell 1). Även åldersgruppen 65-79 år förväntas öka mycket, vilket har speciell relevans för sjukvårdsplaneringen i länet, då denna åldersgrupp är i behov av sjukvård i större utsträckning än yngre åldersgrupper. I de centrala delarna av länet förväntas en mindre befolkningsökning än i länets södra och norra delar.

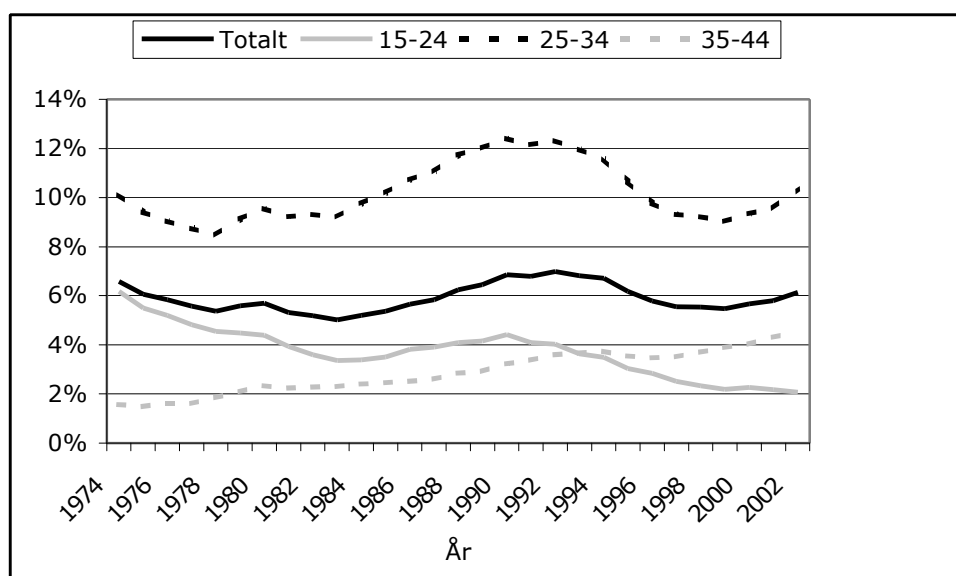
Tabell 1. Preliminär befolkningsprognos 2002-2007 för Stockholms län i olika åldersgrupper.

Åldersgrupp	2002	2007	Differens	% (+/-)
0-5	129 361	148 055	18 694	14%
6-9	92 014	83 630	-8 384	-9%
10-12	74 790	63 448	-11 342	-15%
13-15	66 955	74 376	7 421	11%
16-18	59 112	75 543	16 431	28%
19-39	576 967	579 126	2 159	0%
40-64	591 660	639 043	47 383	8%
65-79	178 012	190 377	12 365	7%
80-w	81 596	83 780	2 184	3%
Totalt	1 850 467	1 937 378	86 911	5%

Källa: Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting.

Ökande barnafödande och medelålder vid första barnet

I Stockholms län har andelen av kvinnorna mellan 15-44 år som föder barn legat kring 6 procent under hela perioden 1974-2002. Utvecklingen har varit vågformad och befinner sig nu i en ökningsfas. Som framgår av figur 3 består den stora förändringen vad gäller barnafödande av att kvinnor föder barn senare under livet än tidigare. Medelåldern för mammor vid första barnets födelse var år 2002 29,8 år och för pappor 31,8 år, vilket är högst i landet. Danderyd, Vaxholm och Lidingö är de enda kommuner i riket som har en genomsnittlig ålder för förstföderskor som är högre än 31 år.



Figur 3. Andel (%) kvinnor i åldern 15-44 år, som fött barn 1974-2002. Stockholms län, per åldersgrupp.

Källa: Statistiska centralbyrån.

4. Samhällsutveckling under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet

Samhällsutvecklingen har en stor betydelse för folkhälsan. I detta kapitel ligger fokus på sysselsättning, försörjning och integrationsfrågor under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Beskrivningen bygger på trender på riksnivå kompletterade med beskrivningar av utvecklingen inom Stockholmsregionen.

Sysselsättning

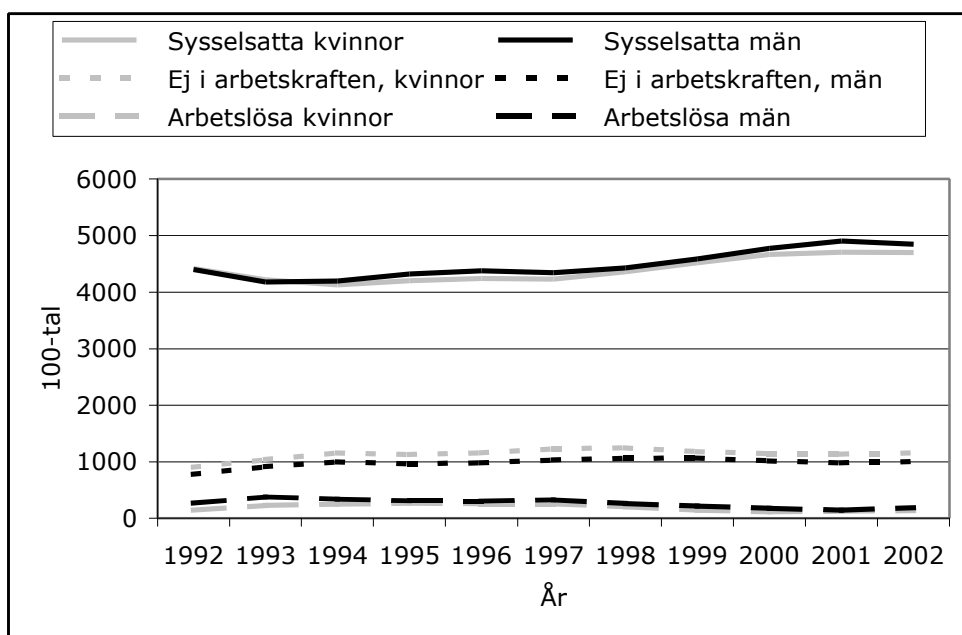
På riksnivå minskade andelen sysselsatta¹ i alla åldrar mellan 1990 och 1995 för att därefter öka. År 2002 minskade sysselsättningen ånyo. Återhämtningen har varit svagast för ungdomar mellan 16 och 24 år, vilket till stor del anses bero på att fler idag studerar vidare efter gymnasiet. Personer födda utomlands drabbades särskilt hårt av nedgången på arbetsmarknaden under 1990-talets första hälft. Från 1997 har sysselsättningen bland invandrare däremot ökat varje år bland både kvinnor och män, men skillnaden jämfört med personer födda i Sverige är fortfarande stor liksom mellan olika kategorier utrikesfödda. Under andra halvåret 2001 var sysselsättningsgraden bland personer födda i EU eller ett EES-land 70 procent, bland dem som är födda i övriga Europa 61 procent och bland övriga kategorier 54 procent. Dessa siffror ska jämföras med sysselsättningsgraden bland personer med helt svensk bakgrund som uppgick till 77 procent. För både kvinnor och män minskade andelen förvärvsarbetande bland människor med funktionshinder på riksnivå med 9 procent från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet. Nivåerna är speciellt låga för grupper med rörelsenedsättningar samt för personer med nedsatt syn och med långvariga psykiska besvär. (Nationell handlingsplan för handikappolitiken prop 1999/2000:79).

Enligt mätningar sommaren 2003 har sysselsättningen bland ungdomar 16-24 år sjunkit under det senaste året. Antalet arbetslösa i åldersgruppen har på riksnivå ökat från 8,2 till 10,9 procent. Ungdomars arbetslöshet är speciellt känslig för konjunkturvariationer. Ökningen av arbetslösheten bland dem anses bero på en avmattad arbetsmarknad och ett minskat antal platser i Komvux.

Stockholms län kännetecknas i stort inte av några större arbetslöshetsproblem. Länet har det lägsta s k obalanstalet (summan av antalet arbetslösa och personer i arbetsmarknadsprogram). Dock har detta tal stigit något sista året. Somliga grupper i länet har stora svårigheter att komma in på arbetsmarknaden. Framför allt gäller detta det senaste decenniets flykting- och anhöriginvandrade. Inom vissa områden (t ex Fittja, Rinkeby, Tensta) ligger förvärvsintensiteten under 50 procent.

¹ Arbetskraften utgörs av personer som antingen är sysselsatta eller arbetslösa. De sysselsatta utgörs av personer som under mätveckan är i arbete som avlönad arbetstagare, egen företagare eller som oavlönad medhjälpare i företag som drivs av familjemedlem i samma hushåll. Som sysselsatta räknas även tillfälligt frånvarande om dessa normalt är sysselsatta men som är tillfälligt frånvarande oavsett om frånvaron är betald eller ej. Personer som deltar i vissa arbetsmarknadspolitiska program räknas som sysselsatta.

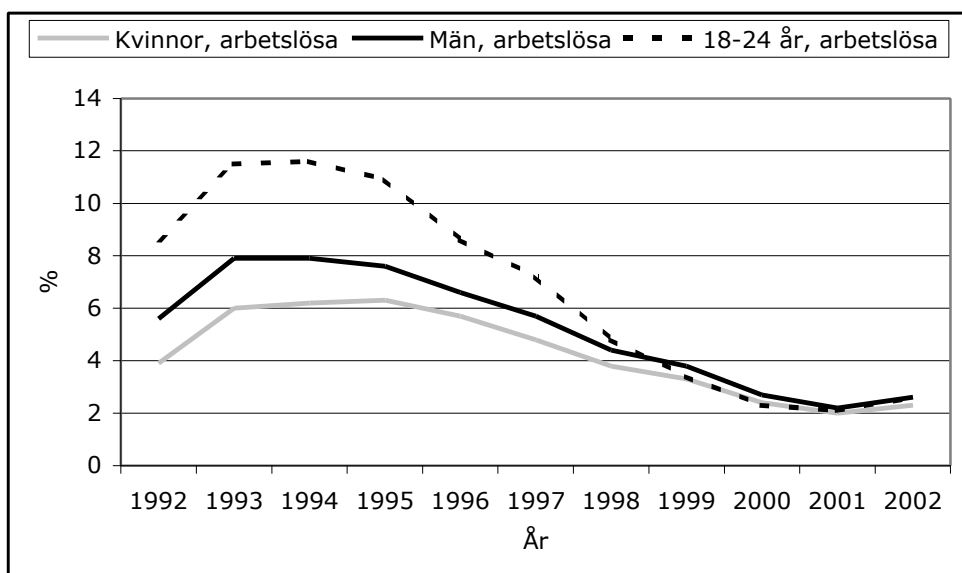
Figur 4 nedan illustrerar andelen sysselsatta i länet sedan början av 1990-talet. Avmattningen i ökningen av andelen sysselsatta har varit starkare för kvinnor än för män.



Figur 4. Befolkningen (16-64 år) i Stockholms län fördelad på arbetskraftsstatus, 1992-2002.

Källa: Statistiska centralbyrån.

I figur 5 nedan särredovisas utvecklingen av arbetslöshet för kvinnor, män och unga vuxna ur figur 4.



Figur 5. Andel (%) arbetslösa i befolkningen (16-64 år) uppdelade på kön och särredovisning av unga vuxna (18-24 år) i Stockholms län 1992-2002. Årsmedeltal.

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen.

Försörjning och ekonomisk utsatthet

Den ekonomiska krisen under 1990-talets första hälft, med hög arbetslöshet och stora nedskärningar, medförde att många människor hamnade i en ekonomiskt utsatt situation. De grupper som drabbades värst var ungdomar, ensamförsörjande föräldrar och invandrare. Under de senaste åren har hushållen i medeltal haft högre inkomst än under början av 1990-talet. Detta gäller dock inte hushållen med de lägsta inkomsterna. Höginkomsthushållen har ökat sin inkomst mer än övriga hushåll. Allra störst var inkomstökningen för de 10 procent av hushållen som hade de högsta inkomsterna. Sammantaget kan man konstatera att inkomstskillnaderna i landet ökat.

Vistelsetiden i Sverige har stor betydelse för socialbidragsbehovet bland gruppen utrikes födda. Bland dem som kom till Sverige under 1990-talet var långtidsberoendet av socialbidrag på riksnivå närmare 50 procent medan motsvarande andel för dem som kom före och under 1970-talet var omkring 20 procent.

Regeringen har givit SCB i uppdrag att årligen redovisa statistik över antalet personer i åldrarna 20-64 år som försörjs genom sociala ersättningar och bidrag, såsom sjukpenning, förtidspension, ersättning vid arbetslöshet och socialbidrag. Under år 2002 ökade antalet personer som under hela året försörjs med full ersättning och bidrag¹ med 10 000 personer i Stockholms län. Antalet sådana personer uppgick år 2002 till 172 143 personer eller 15 procent av befolkningen i länet i åldersgruppen 20-64 år.

Centrala målsättningar mot fattigdom och mot segregation

Medlemsstaterna i EU har under första halvåret 2003 utarbetat handlingsplaner mot fattigdom och social utestängning 2003-2005. Sveriges regering har beslutat om en sådan handlingsplan, för att personer som riskerar social och ekonomisk utsatthet ska minska väsentligt.

Social och etnisk integration

I slutet av 1990-talet skedde en snabb befolkningstillväxt i länet. Områden med de allra lägsta inkomsterna utmärkes ofta av en hög andel utrikes födda. Dessa får allt lägre inkomstnivå. Sårbara grupper har i allt högre grad dragits till storstäderna vilket bidragit till ökad risk för segregation i städerna och koncentrationer av socialt marginaliserade grupper.

¹ Varje ersättningssystem mäts i helårspersoner, så kallade helårsekvivalenter. Detta för att skapa jämförbarhet mellan olika typer av ersättningar. Med helårsekvivalenter menas det antal individer som skulle kunna ha försörjts under ett helt år med full ersättning.

Social integration analyseras ofta utifrån arbetsmarknad, socialpolitik och sociala nätverk. Dålig social integration i ett samhälle beror på arbetslöshet, fattigdom eller socialt utanförskap. Olika grupper kan vara segregerade utifrån olika aspekter. När det gäller t ex invandrargrupper bedöms ofta graden av integration utifrån om de spritts geografiskt eller om de bor koncentrerade i vissa områden. Dessa grupper kan vara geografiskt koncentrerade men ändå ekonomiskt integrerade i samhället. Andra grupper som ensamstående mödrar och äldre kan i stället vara kulturellt integrerade men ekonomiskt segregerade.

Geografiskt segregerade områden med koncentration av fattiga och/eller invandrare inger farhågor för att isolerade miljöer ska växa fram som för de boende innebär sämre förutsättningar och utanförskap. Samtidigt behöver rumslig segregation inte alltid vara negativ. Det kan innebära starka nätverk. Blandade och förbättrade bostadsområden är endast en delaspekt av social integration.

I ett flertal statliga utredningar uttrycks farhågor för att fattiga områden i sig "spär på" de boendes socioekonomiskt svagare sociala position. Efter 1990-talets konjunkturunedgång introducerades en storstadspolitik vars syfte var att öka tillväxten i de tre största städerna och att förbättra den etniska integrationen. Diskussionen om segregationen handlade främst om områden bebyggda i det s k miljonprogrammet. I dessa områden bor många av invandrarna vilka drabbas av bristande integration vad beträffar arbete, inkomster och övriga sociala förhållanden. För utvecklingen av utsatta stadsdelar tillsattes extra medel, "Blommanpengar". Syftet var att öka arbetsmarknadsdeltagandet i dessa områdena. År 1998 avslutades "Blommansatsningen" och följdes av en annan satsning kallad *Nationella exempel* där de tre mest invandratäta kommundelarna i Sverige erhöll projektmedel. Innan projektiden löpt ut inrättades *Storstadssatsningen* och regeringen skrev avtal med de invandratätaste kommundelarna i Botkyrka, Göteborg, Haninge, Huddinge, Malmö, Stockholm och Södertälje. Därutöver har Stockholms stad haft särskilda satsningar som bedrivits inom "Ytterstadssatsningen", vars syfte var förnyelse av förorter och deras centrum.

I utvärderingen av storstadspolitiken framkommer att förvärvsintensiteten i de ingående områdena (inkl områden i Göteborg och Malmö) mellan 1997 och 1999 ökade (från 46 till 49 %). Samtliga områden i Stockholm hade högre förvärvsintensitet med undantag av Fittja, Rinkeby och Tensta (där denna intensitet var 44, 39 respektive 44 %). Utvecklingen i jämförelseområden av motsvarande storlek och befolkning var dock ungefär lika positiv. Utvärderingen visar att antalet arbetslösa under perioden 1999-2002 i genomsnitt minskat mer än i jämförelseområdena (30 respektive 24 %). Särskilt kraftig var minskningen bland utomnordiska medborgare.

Politiskt engagemang och segregerade områden

Mer positiva resultat av storstadssatsningen visas i en studie av kontextuella (omgivnings-) faktorerers påverkan på politiskt engagemang. Studien visar att hög arbetslöshet i ett område har negativa effekter på det politiska engagemanget, medan däremot invandrartäthet på områdesnivå hade positiva effekter framförallt vad gäller de boendes uppfattning om sin egen möjlighet till politiskt inflytande. Såväl bland invandrade som infödda svenskar tycks den politiska tilltron finna mer gynnsam grogrund i de fattiga områden där en stor andel av befolkningen kommer från ett annat land. Detta torde enligt studien ha samband med de statliga satsningar som gjorts i de mest invandrartäta storstadsområdena. Genom dessa förmodas budskapet att det går att förbättra de vardagliga villkoren få fäste så att enskilda invånare kan få en mer positiv syn på politikens möjligheter. (Strömblad 2003).

Då segregation har samband med försämrad hälsa är, förutom åtgärder för att förhindra boendesegregation, olika åtgärder för att minska hälsoskillnader mellan infödda svenskar och personer med utländsk bakgrund angelägna. Hälsöfrämjande introduktion utgör exempel på en sådan åtgärd (Integrationsverket 2003).

Integration och invandring i Stockholms län

Ungefär en tredjedel av dem i Sverige som är födda utomlands eller har utländskt medborgarskap bor i Stockholms län (drygt 350 000 invånare) vilket motsvarar 18 procent av länets befolkning. Den största gruppen kommer från Finland (79 000 personer), cirka 36 000 kommer från Iran och Irak, 19 000 personer från Turkiet och drygt 28 000 från olika afrikanska länder. Kortfattat kan man säga att de personer som kom till Sverige som arbetskraftsinvandrare under 1950- och 1960-talen integrerades relativt väl, åtminstone ekonomiskt. Däremot har de grupper som kommit som flyktingar, framförallt under 1990-talet, inte integrerats särskilt väl och haft svårt att finna vägar till egen försörjning. Svårigheterna att få ett arbete rådde redan under 1980-talet då arbetslösheten var låg. Under den ekonomiska krisen på 1990-talet drabbades denna grupp, med svagast ställning på arbetsmarknaden, värst.

I regionens utvecklingsplan antagen av SLL (RUF 2001) anges att: "Regionen måste anpassa sig till det faktum att den är mångkulturell. Integration och invandring är viktiga förutsättningar för internationalisering, tillväxt och förnyelse och för att regionen ska fungera väl socialt. En av de största svagheter är bristen på integration mellan svenskfödda och personer med utländsk bakgrund. Brister i integrationspolitiken och flyktingmottagandet har givit problemet med klyftor och inomregionala skillnader en ny och oroande dimension.

Integrationsarbetet måste ha ett brett perspektiv och långsiktighet. Det är inte de invandratäta kommunernas uppgift att ensamma lösa dessa frågor, även om den största sakkunskapen finns hos dem. Insatser i problemtyngda områden har sitt värde, men i grunden måste samspelet öka i hela regionen, invånarna knyts närmare varandra och rörligheten öka inom regionen. Mottagandet av invandrare måste individualiseras och regionens arbetsgivare behöver prioritera arbetet för mångfald. Mot bakgrund av den förväntade arbetskraftsbristen bör också lättnader i reglerna för arbetskraftsinvandring införas. När arbetsmarknaden blir mer mångkulturell underlättas också integrationen av flyktinginvandrare.

5. Bestämningsfaktorer och indikatorer som mätbara mål för folkhälsoarbetet

Som tidigare angetts, beslutade riksdagen våren 2003 om *Mål för folkhälsan*, (proposition 2002/03:35). Som nationellt folkhälsomål antogs följande övergripande formulering: "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen". I det övergripande målet anges också att det är särskilt viktigt att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, klass, etnicitet eller sexuell läggning. Vidare angavs elva målområden som lyfter fram viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Barns, ungdomars, äldres och invandrades förutsättningar att på lika villkor utveckla och bibehålla en så god hälsa som möjligt betonas.

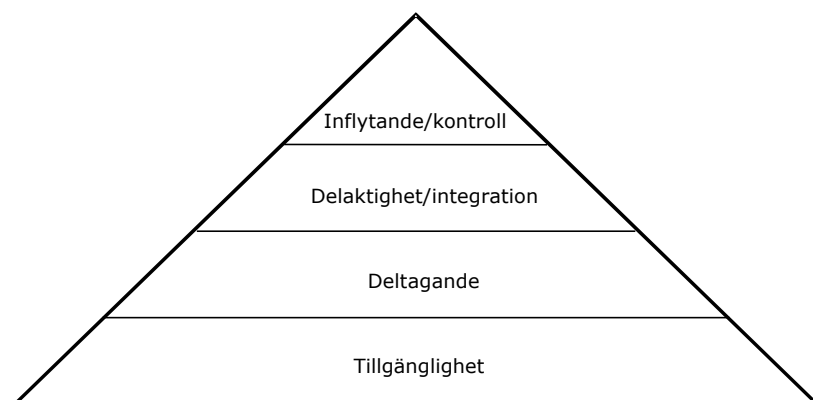
I de elva nya målområdena utgår man från hälsans bestämningsfaktorer istället för att utgå från sjukdomsförekomst etc. Fördelen med bestämningsfaktorer är att de utgör ett mer konkret underlag för beslutsfattande och åtgärder, samt att de pekar på de hälsofrämjande och förebyggande möjligheterna.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har fått uppdraget att finna mätbara indikatorer för att följa upp målområdena. Därvid har ett antal huvudindikatorer föreslagits (FHI 2002). I det följande anges FHI:s föreslagna huvudindikatorer för varje målområde. Vidare anges vissa utfall av indikatorerna inom länet enligt FHE 2002 och andra tillgängliga källor. Speciellt kommer indikatorer att kommenteras som bedöms ha speciell relevans för Stockholms län. De elva målområden i folkhälso propositionen anges på sidan 21.

Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Delaktighet och inflytande i samhället kan utövas inom ett flertal områden och former såsom arbetsliv, föreningsliv, brukarinflytande och politiskt engagemang.

Den grundläggande förutsättningen för delaktighet och inflytande är tillgänglighet som föreslagits utgöra bestämningsfaktor ur geografisk, fysisk och ekonomisk aspekt (FHI 2002). Nivåerna av delaktighet och inflytande i samhället ökar sedan med bestämningsfaktorerna deltagande, delaktighet/integration och inflytande/kontroll (figur 6).



Figur 6. Olika nivåer av delaktighet och inflytande i samhället.

Källa: Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet. Folkhälsoinstitutet 2002.

För att kunna mäta dessa bestämningsfaktorer har FHI föreslagit följande huvudindikatorer:

- 1) *valdeltagande*
- 2) *diskriminering*
- 3) *jämställdhetsindex*
- 4) *aktivt medlemskap i förening*

Valdeltagande utgör ett mått på hur pass berörda medborgarna i ett närområde känner sig av politik och samhälle och hur motiverade de därigenom är att ta sig till en vallokal för att rösta. Den som befinner sig långt från den politiska makteliten eller "tvåtredjedelssamhället" upplever sig kanske ha så lite inflytande att vederbörande inte tycker det är lönt att använda sin röstsedel. Parrelation, sysselsättning, hög inkomst samt hög utbildning är faktorer som positivt påverkar viljan att rösta. Delaktigheten, mätt som valdeltagande, har minskat i Sverige sedan 1994. En grupp vars valdeltagande minskat mer än andras är de allra yngsta d v s förstagångsväljarna (tabell 2). Förstagångsväljarnas valdeltagande sjönk från 82 till 70 procent mellan 1994 och 2002. Framförallt har minskningen skett bland de manliga förstagångsväljarna (från 75-68 %).

Tabell 2. Valdeltagande i riksdagsvalet 1994-2002.
Kvinnor, män och förstagångsväljare. Rikssiffror i procent.

	1994	1998	2002
Kvinnor	88	83	81
Män	86	82	81
Förstagångsväljare	82	74	70

Källa: Statistiska centralbyrån.

Andra grupper vars valdeltagande minskat kraftigt är bl a arbetslösa, LO-anslutna och en del grupper med utländskt medborgarskap vars valdeltagande i kommunfullmäktigevalen studerats. En minoritet av personer med utländskt medborgarskap röstar. För de största utomnordiska invandrargrupperna har nedgången varit kraftig. Således har valdeltagandet på riksnivå i kommunfullmäktigevalet 2002 jämfört med valet 1994 minskat med 11-12 procentenheter bland personer från Irak, Iran och Turkiet (som samtliga hör till de fyra största invandrargrupperna i Stockholms län).

Det finns studier som visar att etnisk *diskriminering* och rasism leder till sämre hälsa. Indikatoren speglar majoritetsbefolkningens öppenhet för befolkningens mångfald.

SCBs *Jämställdhetsindex* bygger på ett 15-tal variabler, exempelvis uttagen föräldraledighet. I varje län och kommun beräknas hur mycket kvinnors och mäns värden skiljer sig varvid liten skillnad ger en hög placering (1 är bästa placering av 1-21 för län respektive 1-289 för kommuner). Det sammanvägda indexet är medelvärde av dessa ranger (placeringar, d v s lägst 289 för kommuner, och 21 för län). Stockholms län hade år 2000 indexvärde 6,4 och placering nummer 1.

Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet

Det finns stora olikheter inom länet avseende självrapporterad hälsa och ansamling av ohälsosamma levnadsvanor.

Vi har i Sverige fortfarande tydliga och i vissa avseenden växande skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Såväl internationell som svensk forskning om sambandet mellan ojämlika inkomster och hälsoskillnader är mycket omfattande sedan början av 1990-talet. Hälsoskillnaderna har beskrivits utifrån ojämlika inkomster för såväl grupper av individer som för olika områden. Teoribildningen är starkt växande inom detta område varvid man t ex förklarar hur samhällsstrukturer kan påverka psykosociala förhållanden och fysiologiska processer.

FHI har föreslagit tre huvudindikatorer i anslutning till detta mål nämligen:

- 1) *inkomstklyftor*
- 2) *andel barnfamiljer, pensionärer och personer med sjukersättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag) med låg ekonomisk standard*
- 3) *andel arbetslösa i arbetskraften.*

I det följande redovisas hälsoskillnader såväl mellan *individer* med och utan trygg ekonomi, som mellan välbärgade och ekonomiskt resurssvaga *områden*. Sambandet mellan inkomstklyftor och levnadsvanor respektive hälsotillstånd påvisas därutöver på ett flertal ställen i rapporten.

Hälsoskillnader mellan personer med respektive utan trygg ekonomi

Som mått på en trygg ekonomi anges förmågan att kunna skaffa fram beloppet 14 000 kr på en vecka (kontantmarginal). Bland personer med en sådan kontantmarginal uppger cirka tre fjärdedelar sitt hälsotillstånd som gott medan motsvarande bara uppges av hälften av dem som saknar kontantmarginal (tabell 3). På liknande sätt är andelen som uppgett långvarig sjukdom överrepresenterad bland dem som saknar kontantmarginal (data ej i tabell).

Tabell 3. Allmänt hälsotillstånd (%) hos personer, 18-84 år, med eller utan kontantmarginal*

	Allmänt hälsotillstånd			
	Gott	Någorlunda	Dåligt	Totalt
Kvinnor med kontantmarginal	72	23	5	100
Kvinnor utan kontantmarginal	50	35	15	100
Män med kontantmarginal	77	19	4	100
Män utan kontantmarginal	55	34	11	100

* Kan skaffa fram 14 000 kr på en vecka.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor, d v s förekomsten av ett antal själv-rapporterade levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol¹, stillasittande fritid² eller daglig rökning) är betydligt vanligare bland personer som saknar kontantmarginal jämfört med dem som har sådan marginal. Mönstret är likartat för kvinnor och män (tabell 4).

Tabell 4. Förekomst (%) av ohälsosamma levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol, stillasittande fritid, daglig rökning) bland personer, 18-84 år, med eller utan kontantmarginal*

	Antal ohälsosamma levnadsvanor			
	0	1	2-3	Totalt
Kvinnor med kontantmarginal	69	25	6	100
Kvinnor utan kontantmarginal	52	35	13	100
Män med kontantmarginal	65	28	7	100
Män utan kontantmarginal	49	34	17	100

* Kan skaffa fram 14 000 kr på en vecka.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Stora hälsoskillnader mellan välbärgade och resurssvaga områden³

I det följande jämförs hälsotillstånd och ohälsosamma levnadsvanor för grupper bosatta i områden som klassificeras som välbärgade respektive resurssvaga. De som bor i områden med hög andel låginkomsthushåll, s k resurssvaga områden, uppger att de mår sämre än personerna i områden med hög andel hushåll med höga inkomster. Tio procent av dem som bor i resurssvaga områden uppger att de mår dåligt medan motsvarande andel för dem i välbärgade områden är cirka 5 procent. (Tabell 5).

Tabell 5. Typ av område och fördelning (%) på allmänt hälsotillstånd, personer 18-84 år.

Typ av område	Allmänt hälsotillstånd			Totalt
	Gott	Någorlunda	Dåligt	
Mycket välbärgat / välbärgat	76	20	4	100
Genomsnittligt välbärgat / genomsnittligt	68	26	6	100
Genomsnittligt eftersatt / eftersatt	65	27	8	100
Resursfattigt / mycket resursfattigt	61	29	10	100

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

¹ Kvinnor som under en normalvecka dricker 175 g ren alkohol eller mer (ca 3 flaskor vin) räknas som högkonsumenter. Män som under en normalvecka dricker 245 g ren alkohol eller mer (ca 4 flaskor vin) räknas som högkonsumenter.

² Stillasittande fritid = promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.

³ Social atlas, Regionplane- och trafikkontoret (RTK 2000). I atlasen baseras indelningen av områdena på den sammanräknade inkomsten för män i yrkesverksam ålder. Vidare beräknas ett spridningsmått som beräknat på kvoten mellan andelen resurssvaga och andelen resursstarka invånare. En kvot som är mycket mindre än 1 innebär att andelen höginkomsttagare är högre än andelen låginkomsttagare, medan en kvot som är större än 1 innebär att andelen låginkomsttagare är högre än andelen höginkomsttagare. I områden som har en blandning av låginkomsttagare och höginkomsttagare, integrerade områden, ligger kvoten omkring 1. Vid indelningen kan åtta olika områdestyper från mycket välbärgat till mycket resursfattigt identifieras.

Även vad gäller förekomst av långvarig sjukdom finns liknande skillnader mellan de olika områdena. Skillnaderna är dock mindre än beträffande det allmänna hälsotillståndet.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor, d v s förekomsten av, ett antal ohälsosamma levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol, stillasittande fritid eller daglig rökning) är vanligare i områdena med hög andel låginkomsthushåll, s k resursfattiga områden. (Tabell 6).

Tabell 6. Typ av område och andel (%) med ohälsosamma levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol, stillasittande fritid, daglig rökning).
Personer 18-84 år.

Typ av område	Antal ohälsosamma levnadsvanor			
	0	1	2-3	Totalt
Mycket välbärgat / välbärgat	70	24	6	100
Genomsnittligt välbärgat / genomsnittligt	63	29	8	100
Genomsnittligt eftersatt / eftersatt	58	31	11	100
Resursfattigt / mycket resursfattigt	55	34	11	100

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Att reflektera över:

- *Stockholms län är en segregerad region vad gäller hälsa och ansamling av riskabla levnadsvanor. Vad har det för betydelse för det förebyggande arbetet?
Bör man använda sig av olika preventiva strategier för olika områden?*
- *Vilka konsekvenser kan den stora skillnaden mellan olika områden få för hälso- och sjukvårdens planering?*

Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor

Barns och ungdomars hälsa är viktig, både kort- och långsiktigt eftersom den är en grund för hur folkhälsan kommer att se ut i ett längre perspektiv. Barn och ungdomar är visserligen inte i fokus för denna folkhälso rapport, men då målområdet i sig är av största betydelse för folkhälsan beskrivs det kortfattat nedan.

Målområdet "Trygga och goda uppväxtvillkor" berör 14 politikområden. Det är med andra ord ett målområde som omfattar mycket stora delar av samhället. Utgångspunkten för de bestämningsfaktorer som FHI föreslår är att barns förmågor (sociala, intellektuella och emotionella) påverkar barns och ungdomars hälsa. De viktigaste bestämningsfaktorerna för barn och ungdomar är familje-, skol- samt fritidsförhållanden. Självfallet spelar föräldrarna en central roll i detta sammanhang. Knappt hälften av all ohälsa bland barn anses kunna härledas från de omständigheter under vilka familjen lever. Barns hälsa är mycket starkt relaterat till vilken social tillhörighet föräldrarna har. Därför spelar förskola, skola och fritidsverksamhet en viktig roll för att utjämna skillnader i barns uppväxtvillkor.

I arbetet med målområde 3 är det av största vikt att Barnkonventionens intentioner beaktas inom samtliga politikområden. En av grundidéerna bakom konventionen är att alla barn har rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda, att få skydd mot utnyttjande och diskriminering, att få uttrycka sin mening och bli respekterade och att det är samhällets skyldighet att svara mot dessa krav.

FHI har lämnat följande förslag på huvudindikatorer: skolbarns möjlighet till inflytande i skolan, föräldrars tillgång till stöd i föräldrarollen, läsförståelse samt matematisk och naturvetenskaplig kompetens, ofullständiga betyg i skolår 9 (indikator på kommunnivå) samt andel barn som är utsatta för kränkningar minst en gång i veckan.

Ofullständiga betyg i skolår 9

Stockholms län har en större andel elever som inte uppnått målen i ett, flera eller alla ämnen då de slutar årskurs 9. År 2000 hade 27 procent av eleverna som slutade årskurs 9 ofullständiga betyg. I riket som helhet var andelen 24 procent. Variationen mellan olika områden är mycket stor.

Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet

Naturligt nog finns de tyngsta bestämningsfaktorerna för detta målområde inom arbetslivspolitikerna och då särskilt inom verksamhetsområdena arbetsmiljö och arbetsrätt. Därutöver är kopplingen arbete-hem/barn motiverad ur ett folkhälsoperspektiv och då särskilt gällande kvinnors hälsa. Av FHI föreslås huvudindikatorerna självskattad (o)hälsa, ackumulerad belastning, ett krav/kontroll/stöd-index, samt ohälsotalet som mått på utvecklingen i förhållande till regeringens nationella mål för ohälsan.

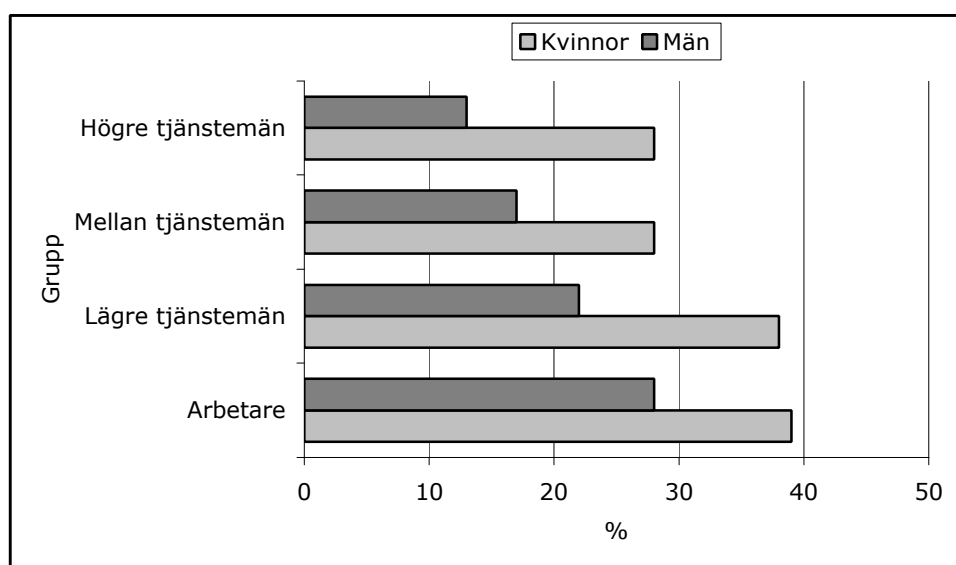
I följande avsnitt koncentreras framställningen av indikatorer rörande hälsa i arbetslivet på uppgifter om arbetsmiljö och hälsa hämtade från FHE 2002. Sedan 1989 gör Statistiska Centralbyrån (SCB) arbetsmiljöundersökningar (AMU) vartannat år. Av dessa studier kan man utläsa hur stor andel av den yrkesverksamma befolkningen som rapporterar olika typer av besvär. I kapitel 6 finns dessutom ett avsnitt om sjukfrånvaron (inkl ohälsotalet) i länet (se sidan 90).

Besvär i rörelseorganen har ökat framförallt bland kvinnor

Utvecklingen av besvär i rörelseorganen¹ kan följas genom SCBs studier (AMU). Andelen äldre kvinnor (≥ 45 år) i länet som rapporterar besvär efter arbetet minst en dag i veckan har ökat sedan 1991 till 2001 med 14 procentenheter, d v s en ökning från 50 till 64 procent. För yngre (< 45 år) kvinnor ses en mindre ökning (från 47 till 52 %). För äldre män har motsvarande andelar varit i det närmaste oförändrade den senaste tioårsperioden. För yngre män i länet har besvärsfrekvensen ökat något (från 30 till 36 %).

Nacke/skulderbesvär och ländryggsbesvär

Nacke/skulderbesvär minst ett par dagar i veckan de senaste sex månaderna efterfrågades i FHE 2002 hos personer med olika typer av arbeten. Besvärerna var vanligare bland arbetare än bland tjänstemän på mellan- och högre nivå. I samtliga socioekonomiska grupper var besvär vanligare hos kvinnor än hos män (figur 7).



Figur 7. Andel (%) kvinnor och män med besvär i nacke/skuldra i olika socioekonomiska grupper.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Nacke/skuldra är den kroppsregion där besvärsfrekvensen ökat mest de senaste tio åren och framförallt hos äldre kvinnor. Nacke/skulderbesvär är vanligare än ländryggsbesvär och betydligt vanligare bland kvinnor än män. Könsskillnaderna i besvärsfrekvens är mindre uttalad när det gäller ländryggsbesvär. Både nacke/skulder och ländryggsbesvär är allra vanligast bland kvinnor och män med fysiskt tunga arbeten. Av kvinnorna med tungt arbete rapporterade 31 procent besvär från ländryggen jämfört med 14 procent bland dem med stillasittande arbeten.

¹ Besvär från rörelseorganen omfattar besvär från nacken, övre delen av ryggen, axlar, armar, handleder, händer, nedre delen av ryggen, höfter, ben, knän eller fötter.

För männen var motsvarande andelar 26 och 11 procent. Drygt 8 procent av samtliga personer som var i arbete och svarade på enkäten angav att de hade fysiskt tungt arbete.

Buller i arbetsmiljön ökar bland kvinnor

Buller alstras inte bara av maskiner och maskinell hantering utan också av t ex barn i barnomsorgen. Arbetsbuller är vanligt bland både kvinnor och män. Andelen utsatta ligger på ungefär samma nivå under hela undersökningsperioden 1991-2001 (SCB, AMU). Vid den senaste mätningen (2001) var andelen exponerade i länet, lika stor för kvinnor och män över 45 år (16 %). I länet finns det dock en tendens att den självrapporterade bullerexponeringen ökar bland kvinnor, särskilt bland dem som är äldre än 45 år. I övriga riket rapporterar dubbelt så stor andel män som kvinnor bullerexponering.

En studie av buller i olika yrken visade att kvinnor i högre grad än män underskattade sin bullerexponering. Männen bullerexponering kom oftare från maskiner och maskinell hantering medan bullerexponerade kvinnor ofta var verksamma inom barnomsorg och skola (MOA¹). Även om den höga ljudnivån inom barnomsorgen inte alltid är skadlig för hörseln är den besvärande och tröttande för både barn och vuxna.

Allergisjukdomar i huden

Handeksem förekommer hos cirka 10 procent av befolkningen. Sambandet mellan handeksem och våtarbete är välkänt. Att yngre kvinnor är den grupp som oftast har handeksem beror på att de utsätter händerna för påfrestningar i högre grad än män och äldre kvinnor.

De vanligaste allergisjukdomarna är eksem, astma, allergisk snuva (rinit) och nässelutslag (urtikaria). I FHE 2002 rapporterade 53 procent att de hade någon av de allergisjukdomar som efterfrågades. Orsaker, konsekvenser och möjligheter att förebygga skiljer sig åt för de olika sjukdomarna. Allergisjukdomar i luftvägarna behandlas därför separat (se sidan 84).

Eksem är den vanligaste allergisjukdomen i huden

Handeksem förekommer hos cirka 10 procent av befolkningen. Handeksem kan orsaka kroniska besvär och sjukskrivning, och det påverkar livskvaliteten negativt.

De viktigaste orsakerna till handeksem är atopiskt eksem (eksem beroende på ärftlig tendens till överkänslighet), nickelallergi och våtarbete. Andelen yngre kvinnor (<45 år) som 2002 rapporterade att de hade haft handeksem någon gång under de senaste 12 månaderna var 15 procent och andelen av de äldre (≥45) var 10 procent. Motsvarande siffror för männen var 8 respektive 7 procent. (Tabell 7).

¹ Se avsnittet *Större studier i slutet av rapporten*.

Att yngre kvinnor är den grupp som oftast har handeksem beror på att de utsätter händerna för påfrestningar i högre grad än män och äldre kvinnor. Det gäller främst genom våtarbete med flitig handtvätt, kontakt med livsmedel och hudirriterande kemikalier inom kvinnodominerade yrken. Den som har haft eksem som barn har känsligare hud än andra och ökad risk för handeksem. Åtgärder för att inom skolan, arbetslivet och vården förebygga olämpliga yrkesval för riskgruppen är därför angelägna.

Tabell 7. Andel (%) som har eller har haft eksem eller nickelallergi.

Typ av hudsjukdom	Kvinnor		Män	
	< 45 år	= 45 år	< 45 år	= 45 år
Handeksem någon gång de senaste 12 månaderna	15	10	8	7
Nickelallergi	30	19	6	3
Eksem som barn	25	13	17	11

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter

Kännetecknande för många ämnen i omgivningen är att de ökar förekomsten av befintliga sjukdomar som astma och andra kroniska sjukdomar i andningsorganen. Inom det skadeförebyggande arbetet har Sverige varit världsledande när det gäller att bekämpa barnolycksfall och trafikolyckor. Även när det gäller att förbättra den fysiska arbetsmiljön har Sverige varit framgångsrikt.

FHI har för målområdet föreslagit huvudindikatorerna:

- 1) halter av kväveoxid mätt som årsmedelvärde och timmedelvärde
- 2) halter av långlivade organiska ämnen i bröstmjolk
- 3) andel personer som utsätts för buller överskridande riskvärden för buller
- 4) antal rapporterade skadade (döda och vårdade) per 10 000 i olika miljöer.

Sund inomhus- och närmiljö – buller

Den vanligaste störningskällan av besvärande buller enligt FHE 2002 är ljud från grannar, varvid 29 procent av kvinnorna och 26 procent av männen rapporterar att de ibland störs av sina grannar. Besvär från vägtrafikbuller uppgavs av 25 procent av kvinnorna och 22 procent av männen. Andelen störda i länet har ökat sedan miljöhälsoenkäten 1997¹ då 6 procent angav att de var störda av vägtrafikbuller minst en gång i veckan. Även störningen från flygtrafik har ökat (från 3 % 1997 till 7 %), liksom andelen som anger att de *varje vecka* störs av sina grannar. Ökningen kan bero på att ljudnivåerna verkligen har ökat och/eller på en ökad medvetenhet hos befolkningen. Den ökade stressen i samhället kan också ha bidragit till en ökad känslighet (tabell 8).

¹ Miljöhälsoenkäten 1998.

Tabell 8. Andel (%) som varje vecka är besvärade av ljudnivån från olika källor vid vistelse i bostaden eller dess närhet.

Typ av störning	Kvinnor		Män	
	< 45 år	= 45 år	< 45 år	= 45 år
Ljud från grannar	14	10	13	8
Vägtrafikbuller	16	15	12	7
Tågbuller	4	3	3	4
Flygbuller	6	6	5	8
Buller från industrier	1	1	0	1
Fläktbuller i fastigheten	6	5	5	4
Buller från nöjeslokaler	1	1	1	0
Annat	8	7	7	5

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Säkra produkter – nickel

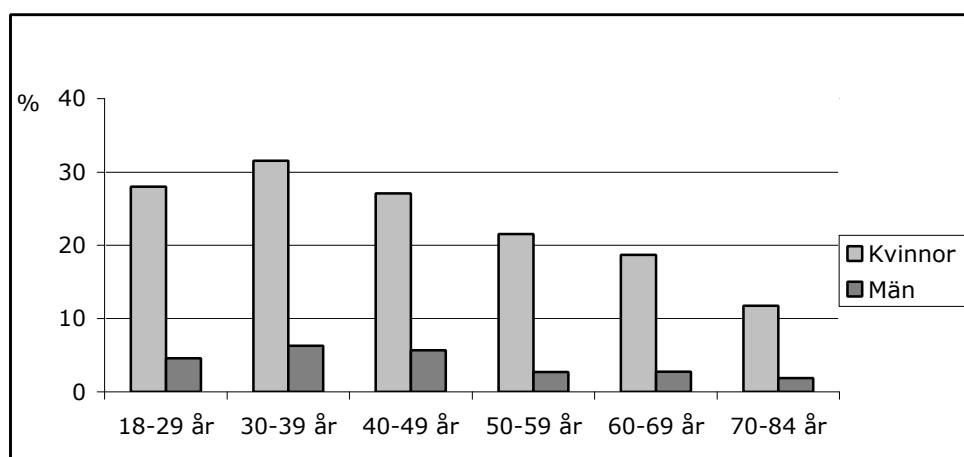
Nickel är den vanligaste orsaken till kontaktallergi. Nickelallergi och eksem orsakas av direkt och långvarig kontakt med föremål som avger nickel, bl a smycken.

Nordiska studier har visat att cirka 15 procent av kvinnorna och några procent av männen är allergiska mot nickel. Andelen är högre bland yngre.

I figur 8 visas hur stor andel av kvinnor och män i olika åldrar som i FHE 2002 rapporterade att de var allergiska eller överkänsliga mot nickel. Nickelallergiska personer får handeksem oftare än andra och handeksem vid nickelallergi blir ofta kroniskt och svårbehandlat.

EU:s nickeldirektiv, som började gälla fullt ut 2001, begränsar nickel i vissa typer av föremål. I Danmark, där liknande begränsning har gällt mer än tio år, har antalet nya fall av nickelallergi börjat minska. Nickelallergi förväntas därför minska också här.

Det är angeläget att följa förekomsten av nickelallergi och efterlevnaden av nickeldirektivet.



Figur 8. Andel (%) som är allergiska eller överkänsliga mot nickel, kvinnor och män i olika åldersgrupper.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Historiskt har de viktigaste bidragen till en god hälsa för befolkningen inte kommit från hälso- och sjukvården. Andra bestämningsfaktorer t ex rent vatten, goda bostäder, socioekonomiska förhållanden, utbildning och arbetsförhållanden har visat sig vara mer avgörande. Men hälso- och sjukvården som sektor har ändå en nyckelroll för folkhälsan genom sin auktoritet, kunskap och stora vardagliga kontaktyta gentemot befolkningen. I läkarens eller sjuksköterskans samtal med patienten finns en legitimitet att diskutera frågor relaterade till hälsa och livsstil (t ex psykisk hälsa, övervikt, rökning, alkoholbruk). Forskning har visat att sådana samtal kan få påtagliga effekter och är ett effektivt sätt att arbeta sjukdomsförebyggande på individnivå. Hälso- och sjukvården har också stor potential att i samverkan med andra samhällsinstanser bidra till förbättrad hälsa på befolkningsnivå genom att aktivt förmedla kunskap om sjukdomsorsaker och möjliga åtgärder (HSL 1982). Genom att aktivt medverka i sådant arbete kan hälso- och sjukvården stödja befolkningsinriktade insatser inom olika sektorer vilka har stor betydelse för hälsan i länet.

FHI har inom målområdet föreslagit fyra delmål:

1. Främja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

Som visas i andra avsnitt i denna rapport, är utvecklingen alarmerande vad gäller viktiga bestämningsfaktorer för hälsa och framtida sjuklighet. Hälso- och sjukvården har unika möjligheter att på individ och gruppnivå arbeta för t ex rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, ökad fysisk aktivitet och bättre matvanor. Likaså har man ett stort ansvar att utveckla kunskapen om när långvarig sjukskrivning är lämpligt och när det kan leda till/förstärka ohälsa. En annan viktig ansats är att främja hälsa genom att stödja den egna kraften och förmågan att hantera hälsoproblem hos t ex kroniskt sjuka och äldre, så de kan uppnå god livskvalitet trots sjukdom och funktionsnedsättningar.

2. Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

Hälsofrämjande insatser på befolkningsnivå kan bidra till en mer jämlik hälsoutveckling. Det är en angelägen uppgift för sjukvården att rätt identifiera grundorsakerna till symptom och utveckla kontaktvägarna med andra aktörer för aktiv kunskapsöverföring och samarbete kring förebyggande insatser.

3. Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen

Hälso- och sjukvårdens egen personal hör till de grupper där ohälsan och sjukskrivningarna ökat mest under senare år. Att vända denna utveckling och istället främja en positiv hälsoutveckling är särskilt angeläget för vården, som ur ett trovärdighetsperspektiv bör vara en föregångare vad gäller hälsofrämjande arbetsmiljö. Vårdens arbetsmiljö påverkar också patienternas hälsa.

4. Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

Enligt FHI skulle en tydligare mål- och resultatorientering med hälsa i fokus ge ökade förutsättningar för prioriteringar, samordning och effektivisering. Som huvudindikator för uppföljning av målområde 6 föreslår man ett *Hälsobokslut*, d v s att man förutom ekonomisk årsredovisning också redovisar hälsoeffekter på patient- och befolkningsnivå av verksamhetens insatser.

Genom olika handlingsprogram med målstyrning kan metoder för hälsoorientering prövas inom olika delar av vården. Exempel på sådana program inom Stockholms läns landsting är Överviktsprogrammet och hiv/STI programmet. I kommunerna kan program för äldreomsorg orienteras genom skadeförebyggande arbete samt arbete med kost, fysisk aktivitet och psykisk hälsa.

I denna rapport diskuteras på olika ställen problemet att mäta hälsa. Rapporten kan dock ses som en baslinjestudie över befolkningens hälsa vad gäller arbetet med de nationella folkhälsomålen i Stockholms län. I kapitel 6 på sidan 62 redovisas EQ-5D. Det behövs fortsatt utveckling av lämpliga metoder och mått för hälsobokslut.

Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning

Ett av de nationella målområdena för folkhälsan är ett gott skydd mot smittspridning. Sverige har en lång tradition av framgångsrikt arbete mot smittspridning på samhällsnivå. I ett internationellt perspektiv är därför förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar låg. De mest effektiva åtgärderna mot smittspridning är vanligen preventiva insatser som vaccination, god hygien, information om smittvägar och om skyddsåtgärder som den enskilde kan vidta, smittspårning samt medicinsk behandling och eventuellt isolering av redan smittade personer. Vissa åtgärder regleras i Smittskyddslagen. Den ökande internationella rörligheten under senare år och handeln med livsmedel innebär en ökad risk för spridning av framförallt diarrésjukdomar och behov av ett fördjupat internationellt samarbete.

De mest väsentliga bestämningsfaktorerna kopplade till målområdet är förekomst av smittämne, förekomst av immunitet, förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen, tillgång till adekvat isoleringsvård, samt tidig diagnos och behandling. FHI har föreslagit följande huvudindikatorer till detta mål: barnvaccinationsläge och förekomst av anmälningspliktiga sjukdomar.

Det är viktigt att samhällets skydd mot smittsamma sjukdomar hela tiden kan bibehållas på en hög nivå för att inte de framsteg som gjorts ska gå förlorade. Några oroande tecken på senare tid är att färre barn blir fullt vaccinerade enligt det allmänna barnvaccinationsprogrammet, att sexuellt överförda infektionssjukdomar ökar och tendensen till resistensutveckling mot antibiotika hos vissa bakteriestammar. Vaccinationstäckningen för MPR¹ ligger under det rekommenderade (90 %), i stora delar av länet. Flera olika aktiviteter pågår inom barnhälsovården för att påverka den utvecklingen.

Stockholm, liksom övriga storstäder i Europa, blir genom internationaliseringen mera utsatt för smittorisker, (t ex SARS²) men framförallt drabbas utsatta grupper som hemlösa, drogmissbrukare, illegala flyktingar och psykiskt sjuka. I många länder har en ökning av tuberkulos noterats bland dessa grupper.

¹ Vaccination mot mässling/påssjuka/röda hund.

² Severe Acute Respiratory Syndrome.

Hiv ökar i Baltikum och Ryssland, framförallt bland ungdomar. Smittan riskerar att spridas p g a en minskad gränskontroll och ett ökat resande. I dessa länder sprids hiv främst genom injektionsmissbruk varefter smittan kan spridas sexuellt.

Livsstilsrelaterade bestämningsfaktorer

För målområdena 8, 9, 10 och 11 presenteras i följande avsnitt bestämningsfaktorer för hälsan relaterade till levnadsvanor och livsstil. Livsstilen påverkas i hög grad av den livssituation man befinner sig i. Individens socioekonomiska tillhörighet påverkar levnadsvanor som i sin tur påverkar hälsan.

Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

Målsättningen för folkhälsoarbetet när gäller att förebygga hiv och sexuellt överförda infektioner (STI) samt oönskade graviditeter är att alla människor ska kunna ta ett medvetet ansvar för sin sexualitet och hälsa.

En framgångsrik strategi är att kombinera ett riktat arbete till grupper med hög risk med ett bredare hälsofrämjande arbete för ungdomar och vuxna upp till 30 år, då aborter och klamydia är vanligast i de åldrarna. Grundförutsättningar för ett bra förebyggande arbete bland ungdomar är att det finns tillgång till bra och billiga preventivmedel som skyddar mot både könssjukdomar och oönskade graviditeter. Vidare behövs ungdomsmottagningar med hög kvalitet och stor tillgänglighet för alla ungdomar och en fungerande sex- och samlevnadsundervisning i skolan. Även för gruppen unga vuxna behövs lättillgängliga sex- och samlevnads-mottagningar som erbjuder rådgivning, testning och behandling.

FHIs föreslagna huvudindikatorer för området är: antal aborter per 1 000 kvinnor i åldersgrupperna upp till 24 år och antal diagnostiserade fall av klamydiainfektion i åldersgruppen 15-29 år.

Preventivmedelsanvändning bland unga

Sedan tio år tillbaka samarbetar Landstinget förebygger aids (Lafa) med Ungdomsbarometern (företag som samlar information om ungdomars attityder) kring frågor om sex och samlevnad bland 16-25-åringar. I Ungdomsbarometerens undersökningar har framkommit att p-pilleranvändningen minskat i hela landet under de senaste åren. Vid 2003 års undersökning visade det sig att 20 procent av 16-19 åringarna och 27 procent av 20-25 åringarna i Stockholms län vid senaste samlaget inte skyddat sig alls mot könssjukdom eller oönskad graviditet. De vanligaste preventivmedlen 2003 var p-piller och kondom. Vid senaste samlaget hade 41 procent använt p-piller som skydd, medan 26 procent använt kondom. Ungdomar är främst angelägna om att skydda sig mot oönskade graviditeter.

Sju av tio i åldersgruppen 16-25 år anser detta viktigt, medan endast 13 procent av dem som inte använt kondom uppgav att de var oroliga för en könssjukdom. Kondom-användningen i Stockholms län ökade 2003 med 4 procentenheter bland 16-25-åringarna.

Oönskade graviditeter och aborter

Barnafödandet bland tonåringar i Sverige har sjunkit avsevärt de senaste decennierna. Även aborttalen har sjunkit sedan mitten av 1970-talet. Graviditetstalen (födslar + aborter per 1 000 kvinnor) har för kvinnor under 20 år sjunkit från 60 i mitten av 1970-talet till 28 i mitten av 1980-talet och till 23 på 1990-talet. Födelsletalen för kvinnor under 20 år har sjunkit kontinuerligt, medan aborttalen sjönk fram till 1995, följt av en ökning de följande åren.

Graviditetstalen i denna åldersgrupp ligger på en betydligt lägre nivå nu än i början av 1990-talet, vilket visar att fler oönskade graviditeter än tidigare kunnat förebyggas. Ökningen av aborter de senaste åren har främst skett i de yngsta åldrarna där en stigande andel av de inträffade graviditeterna avbryts.

Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet

Trots att nationella siffror pekar på att en ökande andel av landets befolkning motionerar regelbundet tycks invånarna i Stockholms län blir alltmer stillasittande både under arbetstid och fritid. Detta gäller både kvinnor och män och både yngre och äldre. Ett eller ett par motionstillfällen i veckan kan inte kompensera för denna minskning av vardagsaktiviteter. Resultatet blir en lägre energiförbrukning och - om inte matvanorna anpassas - även en ökad risk för övervikt och fetma.

Fysisk aktivitet förebygger en rad välfärdssjukdomar: hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancerformer, typ 2 diabetes, benskörhet och övervikt. Fysisk aktivitet förbättrar även välbefinnandet och ökar möjligheterna att bevara funktionsförmåga och oberoende på äldre dagar. Däremot är det ännu okänt hur den optimala fysiska aktiviteten för en befolkning ser ut. Det är sannolikt att både den totala mängden fysisk aktivitet under dygnet och intensiteten har betydelse för hälsan. I anslutning till detta mål föreslår FHI huvudindikatorerna: andelen fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, andel av befolkningen som tränar eller motionerar, andelen gående/cyklade i förhållande till det totala persontransportarbetet.

Stillasittande arbete

Under 1990-talet fortsatte tendensen mot att en allt större andel av befolkningen har ett stillasittande eller fysiskt lätt arbete. I en jämförelse mellan EU-länder 1999 hörde Sverige till de länder som har störst andel personer som sitter mycket på sin fritid. Även ungdomar har alltmer stillasittande fritidsvanor. Samtidigt tyder olika nationella studier på att en större andel av befolkningen än tidigare motionerar på nivån lätt regelbunden motion eller högre. Åldersgruppen med lägst andel regelbundna motionärer är äldre kvinnor i åldern 65-84 år. Tjänstemän uppger att de motionerar i högre utsträckning än arbetare och det gäller även personer med hög utbildning jämfört med lågutbildade personer.

Stockholms län - både stillasittande arbete och fritid

I Stockholms län år 2002 beskrev 70 procent av männen och 75 procent av kvinnorna sitt arbete som stillasittande eller med endast lätt kroppslig ansträngning. Detta innebär en viss ökning sedan 1994. Även andelen som betecknar sig som stillasittande på fritiden har successivt ökat i länet sedan 1994 hos både kvinnor och män och i alla åldersgrupper. När det gäller utövare av regelbunden, svettframkallande motion är det under samma period bara i gruppen äldre kvinnor som andelen ökar. Enkäterna i Stockholms län ger således inte samma positiva bild av utvecklingen som de nationella studierna.

Att reflektera över:

- *Vilken är primärvårdens respektive kommunens roll i arbetet för att främja en ökning av befolkningens – särskilt barnfamiljernas – fysiska aktivitet?*

Målområde 10: Matvanor

Totalt sett har fettinnehållet i maten minskat något under 1990-talet. Dock har det totala energiinnehållet i maten inte minskat - fett har ersatts av mer protein, mer stärkelse och mer socker. Den kraftigt ökande andelen överviktiga/feta i länet under 1990-talet visar också klart att matvanorna inte är anpassade till energi-behovet i befolkningen. Eftersom storstadsområdet Stockholms län har ett i jämförelse med övriga landet högt och ökande "utanför - hemmet - ätande" samt en stor försäljning av färdigrätter, är det viktigt att påverka restaurang-/fast food-/kafésektorn samt utbudet från livsmedelsindustrin.

Maten har en central roll för normal tillväxt och utveckling hos barn och unga samt för fysiskt och psykiskt välmående och prestationer i vardagen. Måltiden som en lustfylld upplevelse och en positiv träffpunkt är även en viktig ingrediens i ett gott liv med social gemenskap. Felaktiga matvanor är en starkt bidragande faktor för uppkomsten av hjärt-/kärlsjukdomar, övervikt, typ 2 diabetes och vanliga tumörformer samt påverkar även tandhälsan. Goda matvanor och säkra livsmedel är således förutsättningar för en god hälsa hos befolkningen.

FHIs huvudindikatorer för målområde 10 är: andelen av befolkningen som intar minst 400 gram frukt och grönsaker per dag, andel av befolkningen som intar mindre än 10 procent av energitillförseln i form av mättat fett, BMI¹ och amningsfrekvens.

Omfattande och dyrbara metoder behövs oftast för att på ett bra sätt beskriva matvanorna. Hushållsbudgetundersökningar samt nationell statistik över direktleveranserna av livsmedel till privata hushåll samt storhushåll kan användas som komplement till undersökningar om individers och gruppers matvanor. I detta avsnitt används data från alla dessa källor eftersom bra undersökningar rörande matvanor i Stockholms län tyvärr är mycket sällsynta.

Det stora utbudet av livsmedel och matställen, tillgängligheten av mat dygnet runt och det mångkulturella inslaget har stor betydelse för måltidsmönster och livsmedelsval. Data tyder på att befolkningen i Stockholms län äter fler måltider utanför hemmet jämfört med övriga landet och kostnaderna för utemåltider upptar en större del av hushållskassan. Undersökningar av slumpmässigt utvalda lunchrestauranger och kaféer i Stockholms innerstad samt i övriga länet visar att måltiderna innehåller både för mycket energi (i genomsnitt 950 kcal) och för mycket fett. En man har bara en chans på fyra att finna en till storstadsmannens behov av energi och näringsämnen anpassad måltid medan motsvarande siffra för en kvinna är en på tio måltider. I dessa undersökningar inkluderas såväl "Dagens rätt" som skålluncher med sallader, pajer och smörgåsar.

Trender i de svenska matvanorna

Under 1990-talet har både positiva och negativa trender kunnat iakttas i den svenska livsmedelskonsumtionen. Köttkonsumtionen har ökat kraftigt under 1990-talet medan allt mindre matfett används. Fortfarande är dock huvudproblemet med de svenska matvanorna en obalans mellan fett (särskilt mättat fett) och kolhydrater/kostfiber samt en allt större konsumtion av produkter med lättillgänglig "tom" energi (socker, fett, alkohol).

Konsumtionen av konditorivaror, godis, snacks, läsk, cider och alkoholdrycker ökar kontinuerligt. Den färskas potatisen har minskat medan olika potatisprodukter inklusive chips, ris och inte minst pasta har ökat. Konsumtionen av grönsaker och juice har ökat medan rotfrukter minskat. Trots detta nådde högst 20 procent av alla vuxna i landet upp till den ur ett folkhälsoperspektiv rekommenderade mängden 500 gram frukt och grönt per dag enligt en nationell studie 1997. Fruktkonsumtionen totalt sett i landet har inte förändrats under 1990-talet men i Stockholms län har andelen som uppger att de äter frukt dagligen ökat med cirka 10 procentenheter i FHE 2002 jämfört med FHE 1994.

¹ *Body Mass Index beräknas som kroppsvikt (i kilo) dividerat med kvadraten av kroppslängden (i meter). BMI över 25 innebär övervikt, BMI över 30 anses som kraftig övervikt (fetma).*

Stora skillnader i matvanor mellan könen och olika åldrar

Män i Sverige konsumerar mer bröd, potatis, kött och matfett och dricker mer mjölk och öl medan kvinnor äter mer frukt och grönt och dricker mer vatten och vin.

I Stockholms län uppger dubbelt så många män som kvinnor att de sällan äter frukost. Faktorer som rökning och låg utbildningsnivå är kopplade till sämre matvanor, främst hos män. Skillnaderna i matvanor mellan olika åldersgrupper är i vissa fall betydande. Anmärkningsvärd är t ex den låga konsumtionen av frukt och grönsaker hos unga män och en samtidig hög konsumtion av sockerrika livsmedel såsom läsk och godis. Var fjärde ung man i Stockholms län uppger i FHE 2002 att han äter frukost högst någon gång i veckan.

Att reflektera över:

- *Storstaden Stockholm utmärkes av att mat och dryck finns tillgänglig överallt, dygnet runt.*
- *Hur kan landsting och kommuner påverka utbudet i den egna offentliga miljön (automater, kaféer, restauranger) i en hälsosam riktning?*
- *Genom vilka kanaler och med vilka metoder är det möjligt att nå unga män med motiverande och tillämpbar information om bra mat?*
- *Hur kan måltidsverksamheten inom skola och omsorg utvecklas så att den mer effektivt kan främja bra matvanor hos alla barn och ungdomar?*

Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

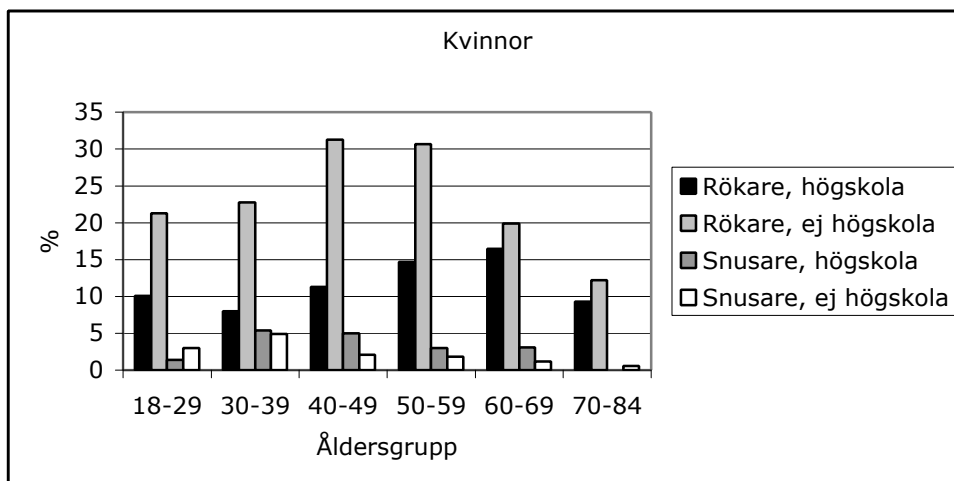
Tobaksvanor

Rökningen minskar sakta i länet men behåller tätplatsen som den enskilt största orsaken till kroppslig ohälsa och förtida död. Det finns en tydlig social skiktning i rökvanorna och fler kvinnor än män röker. Snusbruket medför att pojkar och unga män exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor. Rökning är vanligare bland utlandsfödda än bland svenskfödda män.

FHIs huvudindikatorer för tobaksvanor rör dels självrapporterat tobaksbruk och dels självrapporterad exponering för tobaksrök i omgivningen. I den vuxna befolkningen (18-84 år) var år 2002, 19 procent av kvinnorna och 16 procent av männen dagligrökare. För rökning då och då var andelarna omvända, 15 procent av kvinnorna respektive 19 procent av männen. Detta innebär att i Stockholms län röker 450 000 individer. Daglig snusning rapporterades av 20 procent av männen och 3 procent av kvinnorna.

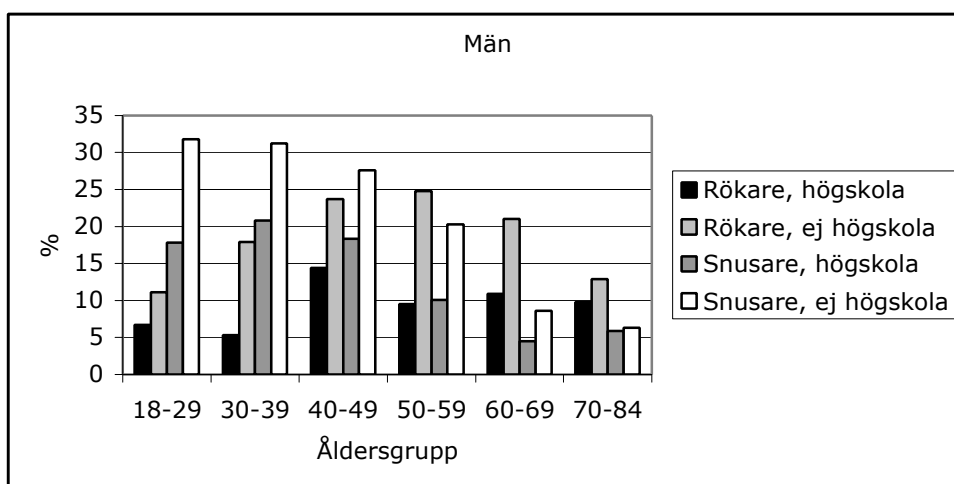
Stark social skiktning i rökvanorna

Det finns både en social skiktning och tidstrender i rökvanorna. Personer med kortare utbildning röker mer än högskoleutbildade (figur 9, 10). En stor andel av rökarna återfinns bland kvinnor med kortare utbildning i åldersgruppen 40-59 år. En av tre yngre lågutbildade män snusar regelbundet.



Figur 9. Dagligt tobaksbruk (%) för kvinnor i olika åldrar i relation till utbildning. Stockholms län 2002.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.



Figur 10. Dagligt tobaksbruk (%) för män i olika åldrar i relation till utbildning. Stockholms län 2002.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Högre andel rökare bland utlandsfödda än bland svenskfödda män

Bland utlandsfödda män är andelen rökare i stort större än bland svenskfödda. Mönstret för kvinnor är inte lika tydligt. Andelen dagligrökande kvinnor från t ex Iran är betydligt lägre än bland svenskfödda kvinnor medan procentandelen dagligrökande kvinnor från Polen är högre. Skillnaderna framgår av nedanstående tabell.

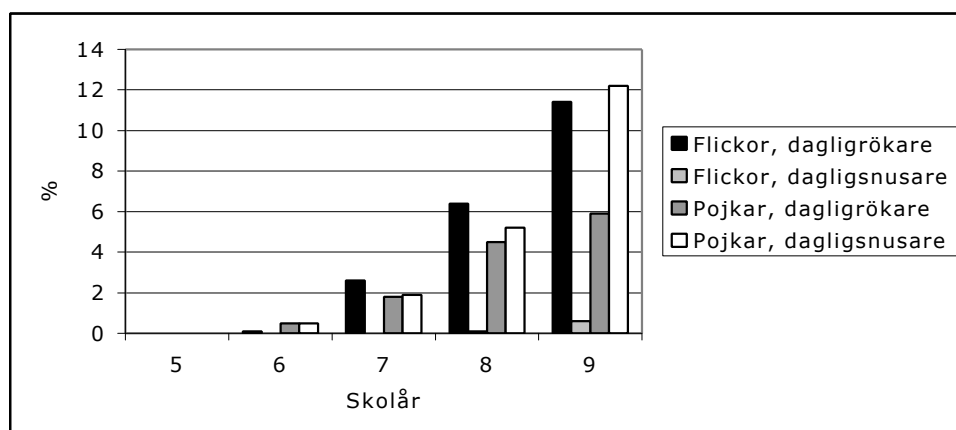
Tabell 9. Andel (%) dagligrökare bland svenskfödda och i olika invandrargrupper. Kvinnor och män i riket, 27-64 år med hänsyn tagen till åldersskillnader inom åldersintervallet. Undersökningar 1996 och 1999.

Födelseland	Kvinnor	Män
Sverige	25	18
OECD-länder	30	22
Finland	32	34
Sydeuropa	31	39
Östeuropa	27	34
Polen	39	40
Turkiet	30	57
Iran	12	47
Chile	32	37
Övriga	25	38

Källa: Statistiska centralbyrån.

Barns och ungas rökning – ger kunskap om ohälsan på 2030-talet

Barn och unga tycks experimentera med tobak nu som tidigare, vilket här belyses av BROMS-data (Barns Rökning Och Miljö i Stockholms län), en pågående longitudinell studie. Dock förefaller färre unga numera fastna i ett beroende och etablera sig som vanerökare i åldrarna mellan 20 och 30. Icke desto mindre börjar varje år cirka 6 000 unga att röka i länet varav 2 000 riskerar att bli livslånga rökare. Fler flickor än pojkar röker i skolår 9, vilket är oförändrat sedan 1970-talet. Snusbruket medför att pojkar och unga män totalt sett exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor. Dagens rökvanor bland de unga ger god information om hur sjukligheten kommer att se ut på 2030-talet.



Figur 11. Utvecklingen av dagligt tobaksbruk (%) skolår 5-9. Ett urval skolklasser i Stockholms län, följda 1998-2002.

Källa: BROMS-studien, Samhällsmedicin.

Passiv rökning och arbetsmiljö

Andelen utsatta för passiv rökning på arbetet var högre i Stockholm än i övriga landet men har mer än halverats i hela landet under perioden 1989-2001 (AMU, SCB). Minskningen kan förklaras av att rökning blivit allt mindre accepterat. I tobakslagen (SFS 1993:581) påtalas att arbetsgivaren ska ansvara för att arbetstagare inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök på arbetet. Trots detta finns en tendens till att andelen kvinnor som är 45 år eller äldre i ökande omfattning rapporterar exponering för passiv rökning. En förklaring kan vara att det finns fler icke- eller ex-rökare i den gruppen och att de därför är mer medvetna. Restauranger, hemtjänst och hemsjukvård är arbetsplatser där exponering för passiv rökning fortfarande förekommer. Många kvinnor är sysselsatta inom dessa verksamheter. Det är viktigt att bevaka att yrkesmässig utsatthet för passiv rökning fortsätter att minska eftersom långvarig exponering medför ökad risk för lungsjukdomar¹. I FHE 2002 efterfrågas hur ofta man vistas inomhus i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt. Tio procent bland kvinnorna och 14 procent bland männen anger att de någon gång i veckan eller oftare exponeras för tobaksrök på arbetsplatsen. Resultaten understryker vikten av att fortsätta arbetet med att få alla arbetsplatser rökfria.

Tobaksrelaterade skador

Under den senaste tioårsperioden har rökningen halverats hos gravida i Sverige och i Stockholms län går utvecklingen särskilt snabbt. Andelen rökande kvinnor i tidig graviditet var 32 procent 1983 och 2001 var andelen nere i 9 procent. Nikotin i alla former innebär risker för fostret och även mammans snusning innebär risk för skada. Rökning är den enskilt största orsaken till kroppslig ohälsa och förtida död. Tobaksrökning kan ses som en kronisk sjukdom med särskilt dålig prognos och utvecklingen över tiden ger tydliga generationseffekter beträffande sjuklighet. Den största anhopningen rökare finns bland 40- och 50-talisterna och kopplingen mellan höga andelar rökare från 1960 och framåt i dessa stora årskullar kommer att avsätta tydliga spår i vården inom kort. Mer än 30 års rökning ger påvisbara skador hos alla dagligrökare. Tillfällighetsrökning och snusning ger också skador, men oklart hur mycket. Passiv rökning (miljötobaksrök) skördar därutöver uppskattningsvis 200 offer varje år i länet. Beräkningar visar att tobaken står för 10 procent av den totala sjukdomsburden i Sverige. Samhällsinsatser på nationell nivå (miljölagstiftning, skatter, reklam) är liksom normbildning betydelsefulla i det förebyggande arbetet.

Att reflektera över:

- *Hur kan de förebyggande insatserna inom mödra- och barnhälsovård intensifieras så att alla barn kan födas och växa upp i en tobaksfri miljö?*
- *Hur kan det förebyggande arbetet i skolorna utformas för att utjämna skillnaderna i hälsofarligt beteende mellan olika grupper?*
- *Hur ska rökslutarstödet byggas ut inom primärvård, slutenvård och tandvård?*
- *Hur kan tobaksförebyggande insatser riktas speciellt till unga kvinnor och grupper med utländsk bakgrund?*

¹ Kronisk obstruktiv lungsjukdom är en betydande orsak till sjukhusvård och ökad dödlighet, samt en av de sjukdomar som mest förväntas öka belastningen på sjukvården.

Alkoholvanor

Under 1990-talet har tillgängligheten till alkohol ökat vilket medfört att både mäns och kvinnors alkoholkonsumtion har ökat. Länets invånare har i flera avseenden mer riskabla alkoholvanor än befolkningen i övriga landet. Män och yngre dricker mer och oftare än kvinnor och äldre. Enligt FHE 2002 är såväl högkonsumtion som frekvent berusningsdrickande vanligast bland 18-20-åriga kvinnor och män.

Internationellt sett har det konsumerats förhållandevis måttliga mängder alkohol i Sverige. Så beräknas t ex att den totala alkoholkonsumtionen¹ år 1996-1998 uppgick till cirka 8 liter ren alkohol per år och invånare över 15 år i Sverige mot cirka 15 liter i vinländerna Portugal och Frankrike. De senaste åren har dock alkoholkonsumtionen successivt ökat i Sverige. Vid årsskiftet 2002-2003 beräknades den vara så hög som cirka tio liter ren alkohol per år.

För alkohol har FHI föreslagit huvudindikatorerna total alkoholkonsumtion samt dödsfall i alkoholrelaterad sjukdom eller skada. För narkotika och dopning är huvudindikatorerna självrapporterad narkotikaanvändning och dödlighet.

Förutsättningarna för en restriktiv nationell alkohol- och narkotikapolitik har successivt försämrats

Sedan EU-inträdet 1995 har de nationella monopolen² avskaffats, införselkvoterna har höjts, alkoholskatterna på starköl och vin har sänkts och realpriserna har sjunkit. Också alkoholens tillgänglighet har ökat. Såväl på Systembolaget (t ex självbetjäning, längre öppettider) som i livsmedelshandeln (fler säljer folköl). Allt fler restauranger får dessutom serveringstillstånd och tillåts ha längre öppettider. Fler förändringar är att vänta framöver, bl a ännu högre införselkvoter och sannolikt ytterligare sänkta alkoholskatter. Dessutom innebar avskaffandet av den inre gränskontrollen inom EU att Tullverket fått allt svårare att bekämpa införseln av såväl illegala som legala droger.

För att möta de förändrade förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken antog riksdagen våren 2001 en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. I planen läggs stor vikt vid att utveckla insatser som kan stimulera utvecklingen av målinriktade, samordnade och förebyggande insatser på kommunal nivå. Dessutom antogs en nationell handlingsplan mot narkotika våren 2002. Målet för narkotikapolitiken ska också fortsättningsvis vara ett narkotikafritt samhälle. I planen betonas åtgärder för att minska tillgången på narkotika och för att minska nyrekryteringen av missbrukare.

¹ Den beräknade totala alkoholkonsumtionen omfattar både den på Systembolaget, restauranger och i livsmedelsaffärer registrerade försäljningen och skattningar av resandeförseln, smuglingen och hemtillverkningen.

² På produktion, import och export av alkohol liksom på partihandel.

Stor ökning både av mängden alkohol som konsumeras och andelen högkonsumenter

I Sverige har sedan 1996 konsumtionen av vin och starköl mätt i liter ren alkohol ökat med cirka 60 procent samtidigt som konsumtionen av folköl minskat med knappt 40 procent och konsumtionen av sprit legat nästan oförändrad. Enligt beräkningar gjorda av SoRAD¹ uppgick den totala alkoholkonsumtionen under hela 2002 till 9,9 liter 100 % alkohol (olika alkoholdrycker omräknade till ren alkohol) per år och person 15 år och äldre. I Stockholms län är alkoholkonsumtionen högre än i riket som helhet (12,0 liter). Kvinnor i länet dricker 34 procent mer än kvinnor i övriga riket. Män i länet dricker 17 procent mer än män i övriga riket (tabell 10).

Tabell 10. Total alkoholkonsumtion mätt i liter ren alkohol januari 2002 – december 2002 per invånare 15 år och äldre. Stockholms län respektive riket.

	Totalt	Kvinnor	Män
Stockholms län	12,0	8,3	15,9
Riket	9,9	6,1	13,6

Källa: SoRAD.

Från FHE 1994 till FHE 2002 ökade andelen högkonsumenter² bland 21-65-åriga kvinnor med knappt 40 procent. Särskilt stor är ökningen bland 21-30-åriga kvinnor (50 %). Bland 21-65-åriga män ökade andelen högkonsumenter med knappt 45 procent, skillnaderna mellan olika åldersgrupper är små. Bland 21-65-åringar är enligt FHE 2002 7 procent av kvinnorna och 14 procent av männen högkonsumenter. Det är oftast 21-30-åringarna som är högkonsumenter (9 % bland kvinnorna och 16 % bland männen). En ännu högre andel högkonsumenter finns enligt FHE 2002 bland 18-20-åringarna som inte tidigare deltagit i FHE. I denna åldersgrupp är 16 procent av kvinnorna och 26 procent av männen högkonsumenter.

Berusningsdrickande särskilt vanligt bland unga

Ett dryckesmönster som är förknippat med särskilt stora risker för akuta medicinska skador och psykosociala problem är berusningsdrickande, ett dryckesmönster som idag oftare benämns intensivkonsumtion³. Från FHE 1994 till FHE 2002 ökade andelen som *någon gång ibland* intensivkonsumerar bland 21-65-åriga kvinnor (med knappt 20 %) medan andelen bland jämnåriga män förblev ungefär densamma. I FHE 2002 uppger 32 procent av kvinnorna och 61 procent av männen i åldrarna 20-65 år att de intensivkonsumerar alkohol någon gång ibland. Bland både kvinnor och män faller denna andel med stigande ålder. Bland 21-30-åringar anger hälften av kvinnorna att de nyttjar alkohol på detta sätt någon gång ibland, medan motsvarande andel bland jämnåriga män är cirka 80 procent.

¹ SoRAD = Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning, Stockholms Universitet.

² Kvinnor som under en normalvecka dricker 175 g ren alkohol eller mer (ca 3 flaskor vin) räknas som högkonsumenter. Män som under en normalvecka dricker 245 g ren alkohol eller mer (ca 4 flaskor vin) räknas som högkonsumenter.

³ För både män och kvinnor avses med intensivkonsumtion att vid ett och samma tillfälle dricka alkohol motsvarande en halvflaska sprit, två flaskor vin, 6 burkar starköl eller 12 flaskor folköl, d v s ca 115-120 g ren alkohol.

Från FHE 1994 till FHE 2002 ökade *även frekvent intensivkonsumtion* (två gånger per månad eller oftare) bland de 21-65-åriga kvinnorna (med 14 %). Däremot blev detta dryckesmönster mindre vanligt bland män i samma ålder (en minskning med 20 %). Enligt FHE 2002 uppgav 7 procent av kvinnorna och 15 procent av männen mellan 21 och 65 år frekvent intensivkonsumtion. Också frekvent intensivkonsumtion var vanligast bland 18-20-åriga kvinnor och män (18 respektive 32 %).

Narkotikamissbruk

Nationella drogvaneundersökningar visar att allt fler ungdomar och unga vuxna har använt narkotika någon gång. I FHE 2002 uppgav var fjärde man och knappt var femte kvinna mellan 18 och 60 år att de *någon gång provat hasch*. Av samtliga 18-20-åringar uppgav 12 procent av både män och kvinnor att de *använt hasch det senaste året*. Bland 18-20-åriga högkonsumenter av alkohol är motsvarande andelar bland männen 38 procent och bland kvinnorna 35 procent. Tungt missbruk av narkotika är vanligare i Stockholms län än i övriga Sverige.

Nationella drogvaneundersökningar visar att allt fler har *använt narkotika åtminstone någon gång*. År 1997 hade 7 procent av 16-80-åringar använt narkotika, 2002 hade denna andel ökat till 10 procent. Störst var ökningen bland män och 16-29-åringarna.

Ökning bland dem som provat narkotika och koncentration av tungt missbruk till storstäder

Bland mönstrande 18-19-åriga män görs årligen av CAN¹ drogvaneundersökningar. Mellan 1995 och 2002 har andelen mönstrande unga män som *någon gång använt narkotika* ökat från 12 till 18 procent. Under samma period ses en betydligt kraftigare ökning av andelen som har erbjudits narkotika (från 34 till 48 %).

Det har också visats att det *tunga narkotikamissbruket* (injektionsmissbruk eller dagligt/nästan dagligt bruk) i landet har ökat under 1990-talet. Kvinnornas andel av det tunga narkotikamissbruket har oförändrat legat runt en fjärdedel. Den genomsnittliga åldern har ökat liksom andelen yngre än 25 år. Det tunga narkotikabruket är koncentrerat till storstäderna. En påtaglig uppgång noterades 1998 i Stockholms län utanför Stockholms stad men missbruket var dock mer utbrett i Stockholms stad.

¹ CAN = Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning.

Tidigare erfarenheter av hasch inte ovanligt – men få rapporterar användning det senaste året

Knappt var femte kvinna och var fjärde man mellan 18 och 60 år uppgav i FHE 2002 att de *någon gång* använt hasch. En liten minoritet har använt hasch *det senaste året* (2 % av kvinnorna och 4 % av männen).

Eftersom alla former av drog(miss)bruk normalt är vanligare bland män än kvinnor är det anmärkningsvärt att det tycks som om en könsutjämning har skett. Bland 21-30-åringarna uppgav nästan lika många kvinnor som män att de *någon gång* provat hasch (29 respektive 26 %). Bland 18-20-åringarna är det lika vanligt att kvinnor och män använt hasch under det senaste året (12 % i båda fallen).

Starkt samband mellan högkonsumtion av alkohol och användning av hasch

Både bland män och kvinnor finns ett starkt samband mellan högkonsumtion av alkohol och användning av hasch. Sambandet är särskilt starkt bland de yngsta. Var femte man och kvinna i åldrarna 18-30 år som är högkonsument av alkohol hade använt hasch det senaste året (tabell 11).

Tabell 11. Samband mellan högkonsumtion av alkohol och användning av hasch det senaste året bland män och kvinnor i olika åldersgrupper 2002.

	18-30 år	31-50 år	Totalt
Andel (%) som rökt hasch det senaste året, kvinnor			
Högkonsumenter av alkohol	20	5	11
Ej högkonsumenter	4	<1	2
Totalt	6	<1	3
Andel (%) som rökt hasch det senaste året, män			
Högkonsumenter av alkohol	21	10	15
Ej högkonsumenter	6	1	3
Totalt	8	2	5

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Att reflektera över:

- *Hur kan det komma sig att alkoholkonsumtionen ökat både bland män och kvinnor och i alla åldersgrupper? Vad betyder detta för det förebyggande arbetet?*
- *Vilka konsekvenser kan den ökande alkoholkonsumtion få för antalet trafikolyckor, våld mot barn, kvinnor, unga män och äldre samt för våld på arbetsplatser?*
- *Vilka blir effekterna på den psykiska hälsan?*
- *På vilket sätt kan det starka sambandet mellan högkonsumtion av alkohol och haschmissbruk påverka det förebyggande arbetet?*

Skadliga konsekvenser av alkohol- och narkotikakonsumtion

Den alkohol- och narkotikarelaterade dödligheten har ökat. Detsamma gäller antal personer i öppen beroendevård och antalet misstänkta för trafiknykterhetsbrott. Andra indikatorer kan med viss fördröjning förväntas komma att peka i samma riktning.

Den ökande bruket av alkohol och narkotika kommer att innebära ökande alkohol- och narkotikaproblem. Några indikatorer som redan idag pekar på ökande alkohol- och narkotikaproblem av främst medicinsk karaktär kommenteras kort nedan. I andra fall kommer det att dröja en tid innan ökande konsumtion och missbruk får genomslag på omfattningen av dessa problem. Det tunga alkohol- och narkotikamissbrukets utveckling speglas bäst av förändringar i den alkohol- och narkotikarelaterade dödligheten. Tillgången på data som kan spegla de mycket omfattande sociala konsekvenserna av alkohol- och narkotikamissbruk är begränsad.

Ökning i Stockholms län av alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet

Mellan 1997 och 2001 ökade de säkerställda alkohol- och narkotikarelaterade dödsfallen i hela landet med 7 respektive 27 procent (1 819 respektive 336 dödsfall år 2001) medan de i Stockholms län ökade med 14 respektive 15 procent (429 respektive 110 dödsfall år 2001). I länet ökade antalet dödsfall med alkoholdiagnos lika mycket bland kvinnor som bland män medan antalet narkotikarelaterade dödsfall minskade bland kvinnor men ökade bland män. Alkoholrelaterad död är den vanligaste dödsorsaken för ensamboende medelålders män (40-54 år).

Trafiknykterhetsbrott

En annan möjlig men inte entydig indikator på omfattningen av alkoholrelaterade problem är antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott. Nationella data visar en ökning från cirka 11 800 fall 1995 till cirka 14 200 fall år 2002. (Se vidare under avsnittet Skador på sidan 86).

Konsekvenser för det förebyggande arbetet

Den ökande alkoholkonsumtionen ställer ökade krav på såväl förebyggande som behandlande insatser från både landstingets och kommunernas sida. Det finns i sammanhanget anledning att särskilt uppmärksamma att antalet tonåringar kommer att öka kraftigt de närmaste åren.

Spelberoende

Spelandet i Sverige, liksom i många liknande länder, har ökat kraftigt de senaste tio åren. Det som talar för att spelberoendet sannolikt kommer att fortsätta öka, är dels att spelandet har blivit mer socialt acceptabelt, dels att tillgängligheten till olika typer av spel ökat. Spelberoendet är mest utbrett i storstäder.

Enligt FHI (2003) har spelandet i Sverige, liksom i många liknande länder, ökat de senaste tio åren. Ökningen uppskattas till mer än 50 procent (en ökning motsvarande tio miljarder). I en studie (1997-1998) fann man att 0,6 procent av befolkningen (15-74 år) kunde klassificeras som spelberoende och 1,4 procent som problemspelare. Därtill kommer den ökande tillgängligheten via olika typer av spel via Internet. FHIs huvudindikator för detta mål är omfattningen av spelberoende.

Med spelberoende avses dels patologiskt (sjukligt) spelande och dels problemspelande. En patologisk spelare karakteriseras av att ha uppenbara problem med att avhålla sig från spel och att spelandet har haft upprepade och allvarliga konsekvenser för personen. En problemspelare karakteriseras av att ha haft fler än enstaka problem av spelandet men kan ändå inte helt uppfylla kriterierna för patologiskt spelande. Ungdomar och invandrare är överrepresenterade bland personer som har problem med spelande. Spelberoende, det patologiska spelandet, drabbar i större utsträckning lågutbildade, låginkomsttagare, personer med psykiska besvär respektive sjukdomar, missbrukare av olika slag samt kriminella. Det vill säga till stor del grupper som brukar karakteriseras som underprivilegerade.

Spelberoende är mest utbrett i storstadsområden. Stockholm tillhör en av de fyra svenska städer där Svenska spel öppnat ett sk Internationellt kasino. Kasinot öppnade under 2003. Denna händelse kan ses som ett tecken på den ökande sociala acceptansen för spelande. I övrigt är tillgängligheten av spelmöjligheter i Stockholm stort i förhållande till mindre städer. Förutom kasinot finns trav- och galoppbanor, nattöppna krogar med såväl kortspel som sk Jack Vegas. Sammantaget kan det konstateras att möjligheterna att spela i Stockholm har ökat de senaste åren vilket i sig talar för en ökning av problemspelande och spelberoende.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor

Länets invånare med arbetaryrken har i högre utsträckning någon eller flera ohälsosamma levnadsvanor än vad tjänstemännen har.

En anledning till ökande sociala skillnader i sjuklighet och dödlighet kan vara att flera risker för ohälsa förekommer samtidigt hos samma individer inom olika socioekonomiska grupper. Olika typer av livsstilsfaktorer har förändrats från att ha varit vanligare bland högre tjänstemän till att ansamlas bland dem med arbetaryrken.

De levnadsvanor som studeras nedan är: högkonsumtion av alkohol¹, stillasittande fritid² samt daglig rökning. Av dessa är daglig rökning den mest utbredda vanan bland kvinnor, oavsett ålder. Knappt en fjärdedel av de äldre kvinnorna är dagligrökare. Likaså är daglig rökning den mest utbredda vanan bland de äldre männen. Bland yngre män rapporteras oftast stillasittande fritid (tabell 12). Även om högkonsumtion av alkohol inte tillhör den mest utbredda av de här utvalda exemplen på livsstilsrelaterade vanor är det den som ökar mest.

Tabell 12. Förekomst (%) av ohälsosamma levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol, stillasittande fritid, daglig rökning) bland personer i åldern 21-64 år.

Levnadsvana	21-44 år		45-64 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Högkonsumtion av alkohol	7	14	8	15
Stillasittande fritid	16	18	17	18
Dagligrökning	17	13	23	20

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Stora skillnader noteras mellan personer inom arbetar- respektive tjänstemannayrken (tabell 13). För såväl kvinnor som män är andelen med två eller tre riskfyllda vanor nästan dubbelt så hög bland arbetare än bland tjänstemän.

¹ Kvinnor som under en normalvecka dricker 175 g ren alkohol eller mer (ca 3 flaskor vin) räknas som högkonsumenter. Män som under en normalvecka dricker 245 g ren alkohol eller mer (ca 4 flaskor vin) räknas som högkonsumenter.

² Stillasittande fritid = att promenera, cykla eller röra sig mindre än två timmar i veckan.

Tabell 13. Andel (%) arbetare och tjänstemän, ålder 21-64 år, med ingen, en eller flera ohälsosamma levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol, stillasittande fritid, daglig rökning).

	Antal ohälsosamma levnadsvanor			Totalt
	0	1	2-3	
Arbetare, kvinnor	58	31	11	100
Tjänstemän, kvinnor	69	24	7	100
Arbetare, män	56	33	11	100
Tjänstemän, män	67	27	6	100

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

En majoritet av kvinnor och män med någon av de studerade ohälsosamma levnadsvanorna uppger endast denna vana. Det är vanligare att kvinnliga högkonsumenter av alkohol har ytterligare en eller båda av de andra ohälsosamma vanorna (daglig rökning och/eller stillasittande fritid) än vad manliga högkonsumenter har. Av tabellen framgår vidare att nästan hälften av männen som dagligröker har ytterligare någon av de i detta exempel studerade ohälsosamma levnadsvanorna (tabell 14).

Tabell 14. Andel (%) kvinnor och män, ålder 21-64 år, fördelade efter antalet ohälsosamma levnadsvanor (högkonsumtion av alkohol, stillasittande fritid, daglig rökning).

	Enbart denna vana	+1 vana	+2 vanor	Totalt
Högkonsumtion av alkohol, kvinnor	57	34	9	100
Högkonsumtion av alkohol, män	66	27	7	100
Stillasittande fritid, kvinnor	68	29	3	100
Stillasittande fritid, män	63	32	5	100
Dagligrökning, kvinnor	61	36	3	100
Dagligrökning, män	53	41	6	100

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

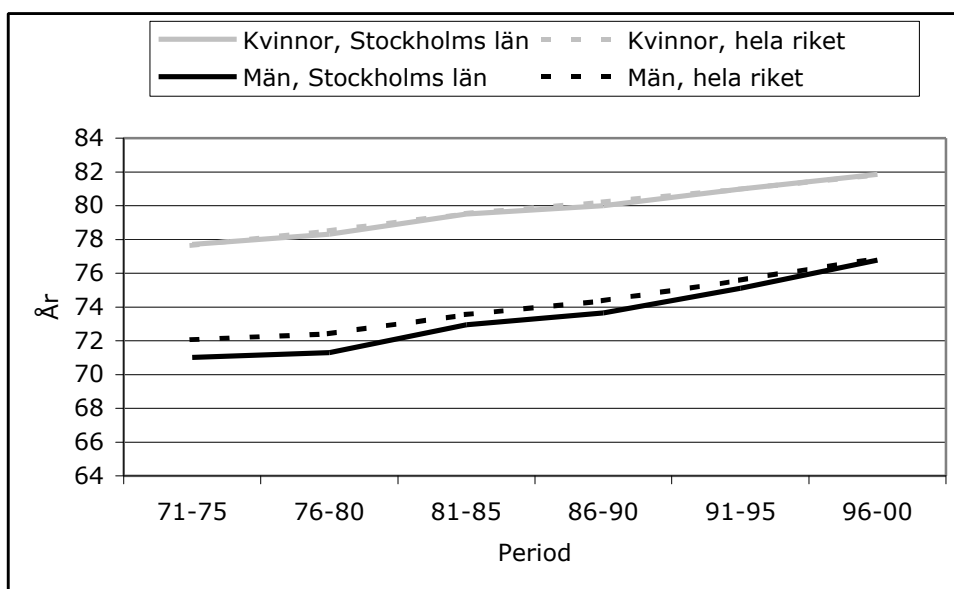
Att reflektera över:

- Vad innebär det för det förebyggande arbetet att en stor andel av länets befolkning har fler än en riskfylld levnadsvana?
- Vilka folkhälsostrategiska överväganden bör göras?

6. Folkhälsans utveckling

Mäns medellivslängd ökar snabbast

Medellivslängden bland män i Stockholms län har tidigare varit kortare än riksgenomsnittet, men har nu uppnått rikets nivå. Under åren 1997-2001¹ var mäns genomsnittliga medellivslängd 77 år i Stockholms län. Mäns livslängd har sedan 1980-talet ökat mer i länet än i övriga riket, och snabbare än kvinnors livslängd. Medellivslängden för länets kvinnor har följt samma utveckling som i Sverige som helhet (figur 12). Kvinnornas genomsnittliga medellivslängd 1997-2001 var 82 år i Stockholms län. Förklaringar till den ökande medellivslängden är minskad dödlighet i spädbarnsdödlighet, hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, olycksfall och självmord.



Figur 12. Förväntad medellivslängd vid födseln. 1971- 1975 till 1996- 2000. Kvinnor och män i Stockholms län och i riket.

Källa: Statistiska centralbyrån.

¹ SCB redovisar medellivslängd för riket per år, för län per femårsperiod, för kommuner per tioårsperiod.

Stora skillnader inom länet avseende medellivslängd

Medellivslängden varierar mycket mellan kommunerna i Stockholms län (tabell 15). Skillnaden mellan kommunen med högst medellivslängd (Danderyd) och kommunen med lägst medellivslängd (Sundbyberg) är 3,5 år för kvinnor och 4,7 år för män. Danderyd, Lidingö och Täby finns också med bland de tio svenska kommuner som hade den högsta medellivslängden under perioden 1991-2000. Ingen av länets kommuner finns dock med bland de tjugo av rikets kommuner som har kortast medellivslängd, här återfinns främst kommuner från mellersta och norra Sverige.

Tabell 15. Förväntad medellivslängd vid födseln i Stockholms läns kommuner samt riket. Medeltal för perioden 1991-2000.

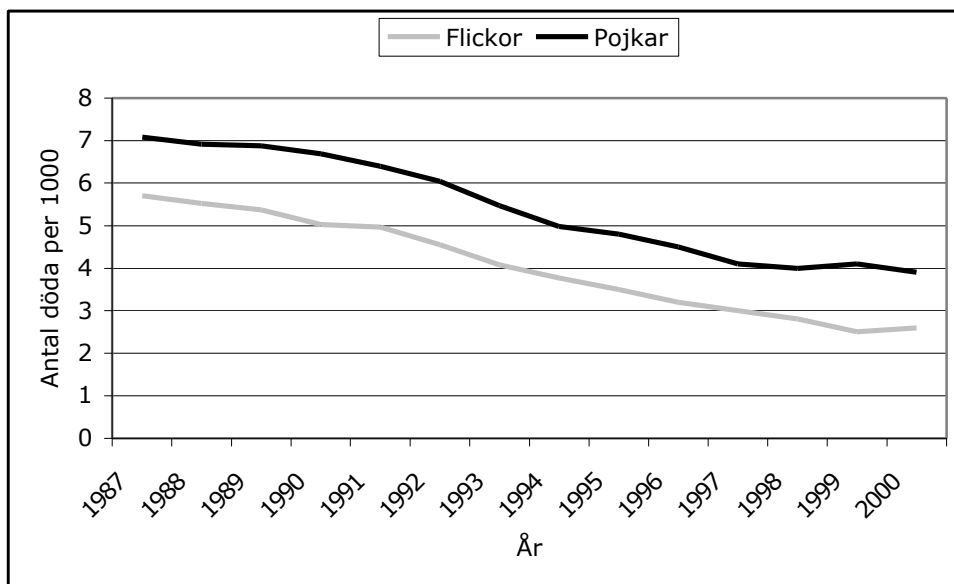
Kommun	Kvinnor	Kommun	Män
Danderyd	83,6	Danderyd	79,0
Lidingö	83,2	Vallentuna	78,8
Täby	83,0	Täby	78,5
Sollentuna	82,7	Lidingö	78,2
Österåker	82,4	Ekerö	78,2
Nacka	82,4	Sollentuna	78,0
Järfälla	82,1	Vaxholm	77,6
Tyresö	82,1	Salem	77,5
Vallentuna	82,1	Österåker	77,4
Salem	81,7	Tyresö	77,3
Ekerö	81,7	Järfälla	77,1
Nykvarn	81,6	Upplands Väsby	77,0
Värmdö	81,6	Nacka	76,9
Norrtälje	81,6	Nykvarn	76,5
Sigtuna	81,6	Värmdö	76,5
Nynäshamn	81,5	Huddinge	76,5
Solna	81,4	Nynäshamn	76,1
Haninge	81,3	Upplands-Bro	76,1
Huddinge	81,2	Norrtälje	76,0
Upplands-Bro	81,2	Sigtuna	75,9
Upplands Väsby	81,1	Botkyrka	75,7
Stockholm	81,0	Haninge	75,7
Södertälje	80,7	Solna	75,2
Vaxholm	80,7	Södertälje	75,0
Botkyrka	80,7	Stockholm	75,0
Sundbyberg	80,1	Sundbyberg	74,3
Riket	81,4	Riket	76,2

Källa: Statistiska centralbyrån.

Spädbarnsdödligheten har minskat sedan slutet av 1980-talet

I figur 13 nedan ser man att spädbarnsdödligheten har halverats sedan 1987.

Orsaker till detta anses vara bl a bättre neonatalvård och en minskning av plötslig spädbarnsdöd. Det senare har skett tack vare ändrade råd om hur barnen ska ligga när de sover samt minskad förekomst av passiv rökning och nikotinbruk bland gravida. De sista åren har minskningen avmattats.



Figur 13. Spädbarnsdödlighet per 1000 individer i Stockholms län 1987-2002 (femårsmedelvärden). Flickor och pojkar.

Källa: Landstingsförbundet.

Olika mått på självrapporterad hälsa

Den självskattade hälsan liksom den hälsorelaterade livskvalitén har försämrats. Den största försämringen över tid har skett i de yngre åldersgrupperna. Kvinnor rapporterar problem i högre utsträckning än män.

I följande avsnitt beskrivs olika aspekter av den självrapporterade hälsan enligt tre olika mått:

- Egen bedömning av allmänt hälsotillstånd ("självskattad hälsa")
- Hälsorelaterad livskvalitet enligt livskvalitetsinstrumentet EQ-5D
- Förekomst av långvarig sjukdom

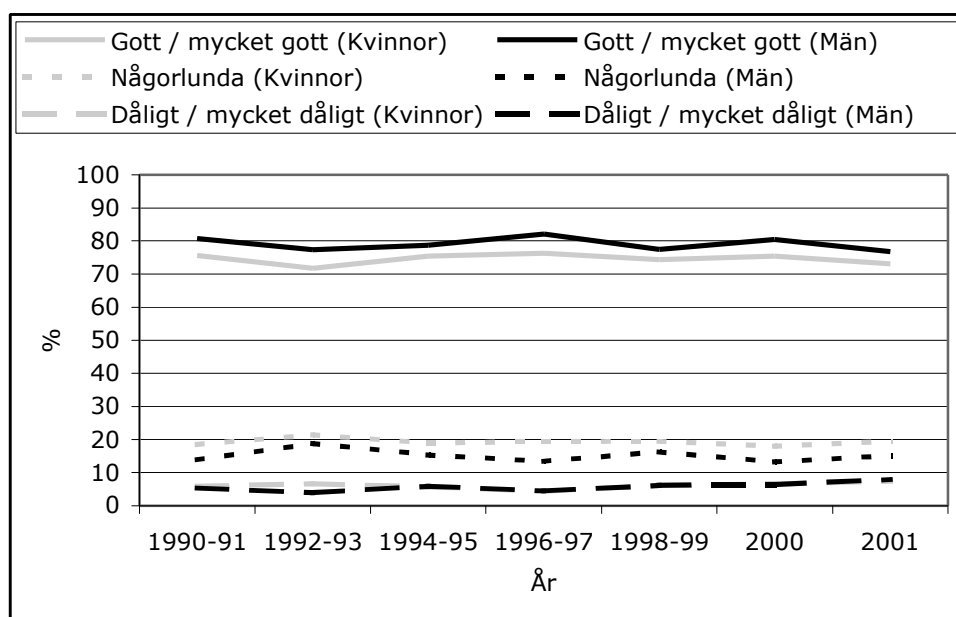
Samtliga beskrivningar rörande hälsan i olika grupper baseras i detta avsnitt på de svarandes egna uppgifter. Många studier som har följt samma personer över tid har visat att det finns starka samband mellan nedsatt självskattad hälsa och framtida sjuklighet och för tidig död.

Samtidigt finns det anledning att påpeka att kunskaper och förväntningar påverkar hur olika personer bedömer sin hälsa och att detta kan försvåra jämförelser mellan olika grupper och över tid. Det kan t ex förväntas att man vid ökande ålder minskar sina hälsoanspråk. Vad som betraktas som sjukdom/ohälsa varierar också över tiden och kan skilja sig åt mellan olika samhällen eller grupper i samhället. Kraven på god hälsa kan förmodas öka i takt med att allmänheten får högre utbildning, blir allt mer hälsomedveten och allt oftare får behandling inom hälso- och sjukvården. Olika sätt att mäta hälsa kan också ge olika resultat, något som illustreras i detta avsnitt.

Självskattad hälsa

Självskattad hälsa är ett mått som brukar användas då man i intervjuer och enkäter studerar folkhälsa. Ofta används i dessa sammanhang frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?".

Figur 14 visar att de flesta bedömer sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott. Dessutom framgår att denna andel legat mellan 70-80 procent hela perioden 1990-2001 och att kvinnor något mindre ofta än män rapporterar gott/mycket gott hälsotillstånd. Figur 14 visar också att andelen som skattar sitt hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt är ungefär densamma bland kvinnor och män men att denna andel tenderar att öka. År 2001 uppgav nästan 8 procent av befolkningen att de mätte dåligt eller mycket dåligt, vilket är 2 procentenheter fler jämfört med 1990.



Figur 14. Fördelning (%), av självskattat hälsotillstånd. Stockholms län 1990-2001, kvinnor och män 16-84 år.

Källa: Statistiska centralbyrån, ULF.

Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D

Med livskvalitetsinstrumentet EQ-5D¹ kan den person som besvarar enkäten klassificera sin egen hälsa med avseende på fem olika dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet) och i tre allvarlighetsgrader (inga, måttliga eller svåra problem). Detta möjliggör 243 olika kombinationer av hälsotillstånd. Nedan specificeras utfallet av svaren avseende de fem hälsodimensionerna (den beskrivande delen av måttet EQ-5D). Varje hälsotillstånd ges sedan en specifik livskvalitetsvikt, här benämnt EQ-5D indexvärde. EQ-5D samvarierar med det tidigare beskrivna måttet självskattad hälsa.

Hälsorelaterad livskvalitet har försämrats bland både kvinnor och män

Tabell 16 visar hur stor andel av befolkningen som rapporterar måttliga eller svåra problem i de fem dimensionerna och förändringen sedan FHE 1998. En ökad andel som rapporterar problem noteras i nästan samtliga EQ-5D dimensioner bland både kvinnor och män. Kvinnor rapporterar problem i högre utsträckning än män. Mest problem rapporteras i dimensionen smärtor/besvär, följt av oro/nedstämdhet. Som förväntat ökar andelen som rapporterar problem med stigande ålder. Däremot har den största försämringen över tid skett i de yngre åldersgrupperna, som också i högre utsträckning än de äldre åldersgrupperna rapporterar oro eller nedstämdhet.

För kvinnor i 20-årsåldern är det oroväckande många som uppger problem med oro eller nedstämdhet, över hälften av kvinnor 21-29 år, vilket även belyses i senare avsnitt i denna rapport. Yngre män (21-24 år) rapporterar oftare problem med smärtor/besvär än vad män i åldern 25-34 år gör. (Redovisas ej i tabell).

Kvinnor har lägre hälsorelaterad livskvalitet än män. För kvinnor i alla åldrar, och även för män yngre än 45 år, har den hälsorelaterade livskvaliteten (EQ-5D indexvärde) avsevärt försämrats 2002 jämfört med 1998. Kvinnor mellan 45-64 år har sämre hälsorelaterad livskvalitetsvikt än män över 65 år, 0,77 jämfört med 0,80. Lika hög livskvalitetsvikt noteras för kvinnor 21-44 år och män 45-64 år, 0,83.

Hälsorelaterad livskvalitet lägre bland arbetare än bland tjänstemän

Personer i lägre socioekonomiska grupper rapporterar allmänt mer problem i de olika dimensionerna och har följaktligen lägre hälsorelaterad livskvalitet än personer i de högre socioekonomiska grupperna. Resultaten av de analyser som gjorts på FHE 1998 och 2002 visar att ingen socioekonomisk grupp fått högre (förbättrad) livskvalitetsvikt. Den största försämringen i livskvalitetsvikt sedan 1998 års FHE registreras för kvinnor i lägre tjänstemannagrupperna följt av ej facklärda arbetare. Störst försämring bland män noteras för facklärda arbetare samt lägre tjänstemän.

¹ EQ-5D är ett generellt, icke sjukdomsspecifikt livskvalitetsinstrument som beskriver en persons hälsotillstånd i dimensioner som är mer allmänna, vilket möjliggör jämförelser mellan grupper oavsett sjukdom. För närmare information om måttet, se Referenser sidan 114.

Tabell 16. Andel (%) av befolkningen 21-84 år som rapporterar måttliga eller svåra problem per EQ-5D dimension, per åldersgrupp och kön, samt livskvalitetsvikter (resultat från FHE 1998 inom parentes)

Dimension:	Ålder		
	21-44 år	45-64 år	65-84 år
Rörlighet			
Kvinnor	4,1 (3,3)	13,8 (11,4)	31,3 (27,9)
Män	4,4 (2,9)	9,2 (10,8)	25,4 (23,8)
Hygien			
Kvinnor	0,9 (0,8)	1,5 (1,5)	6,0 (2,4)
Män	1,0 (0,7)	2,0 (1,8)	5,3 (6,2)
Huvudsakliga aktiviteter			
Kvinnor	7,7 (5,2)	13,0 (11,4)	18,1 (12,5)
Män	5,9 (3,4)	10,3 (8,6)	14,4 (7,7)
Smärtor/besvär			
Kvinnor	43,6 (36,1)	60,6 (51,0)	65,5 (61,4)
Män	29,8 (27,2)	46,3 (47,8)	57,1 (57,9)
Oro/nedstämdhet			
Kvinnor	43,7 (33,5)	43,4 (31,9)	38,3 (34,1)
Män	34,1 (23,4)	30,5 (24,1)	24,6 (24,2)
Livskvalitetsvikt (EQ-5D indexvärde, skala 0-1, högre värde innebär bättre hälsorelaterad livskvalitet)			
Kvinnor	0,83 (0,87)	0,77 (0,82)	0,75 (0,78)
Män	0,86 (0,90)	0,83 (0,84)	0,80 (0,81)

Långvarig sjukdom

I FHE 2002 har de som besvarat enkäten förutom självskattat *hälsotillstånd* uppgett förekomst av *långvarig sjukdom*. Omkring 24 procent, således en fjärdedel av befolkningen, har uppgett att de har en långvarig sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga eller utgör hinder i andra dagliga sysselsättningar. Som förväntat återfinns de högsta andelarna med jakande svar bland de äldsta. Andelen som rapporterar långvarig sjukdom är lägre bland kvinnor än bland män i den yngsta åldersgruppen (18-24 år). I åldersgruppen 25-44 år är andelen lika för könen, medan en något högre andel av kvinnor än män över 45 år uppger långvarig sjukdom (tabell 17). Andelen som rapporterar förekomst av långvarig sjukdom har ökat något men inte i nivå med ökningen av andelen som rapporterar dålig självskattad hälsa. Skillnaderna mellan tjänstemän och arbetare har minskat något sedan förra folkhälsorapporten.

Tabell 17. Andel (%) med långvarig sjukdom* som begränsar arbetsförmåga eller annan daglig aktivitet bland män och kvinnor, 18-84 år.

	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65-84 år
Kvinnor	13	16	30	39
Män	20	16	26	37

*inkl. besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Förekomsten av långvarig sjukdom varierar dock fortfarande avsevärt mellan olika socioekonomiska grupper. Tabell 18 visar andelen som anger nedsatt självrapporterad hälsa respektive långvarig sjukdom, samt andelen med långvarig sjukdom som också begränsar arbetsförmågan¹. Bland arbetare anger en tredjedel nedsatt (någorlunda, dålig eller mycket dålig) hälsa. Även förekomst av långvarig sjukdom är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän på mellan- eller högre nivå och sjukdomen utgör också oftare ett hinder för arbetsförmågan och/eller det dagliga livet än vad den gör bland tjänstemän på mellan- eller högre nivå.

Tabell 18. Andel (%) med "Nedsatt hälsa", "Långvarig sjukdom" respektive med "Långvarig sjukdom som också rapporterar nedsatt arbetsförmåga"* bland arbetare och tjänstemän.

	Nedsatt hälsa	Långvarig sjukdom	Långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan
Ej facklärda arbetare	34	32	26
Facklärda arbetare	35	29	25
Lägre tjänstemän	29	30	23
Tjänstemän på mellannivå	22	23	17
Högre tjänstemän	18	22	16

* eller utgör hinder i andra dagliga sysselsättningar

Psykisk hälsa och ohälsa

Oro, ångest, sömnproblem och andra tecken på psykisk ohälsa har ökat kraftigt i befolkningen. Den största ökningen har skett bland unga i åldern 21-24 år. Samtidigt som det totala antalet självmordsförsök och fullbordade självmord i Stockholms län har minskat under det senaste decenniet har antalet självmordsförsök bland unga ökat.

Förekomsten av psykisk ohälsa varierar beroende på vilken definition som används: Sammanlagt 30 procent uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i FHE 2002. 6 procent uppger svår ångslan, oro och ångest i SCBs intervjuundersökningar. Diagnostiska kriterier för depression uppfylls av 5 procent, medan 3 procent uppfyller kriterierna för ångesttillstånd. Psykisk ohälsa är en vanligare diagnos vid långtidssjukskrivning i Stockholms län än i övriga riket.

Det finns stora kvarstående skillnader i psykisk hälsa mellan olika befolkningsgrupper i länet. Personer i lägre sociala grupper har mer psykisk ohälsa än personer i högre sociala grupper och personer med utländsk bakgrund uppvisar mer tecken på psykisk ohälsa än vad övriga invånare i länet gör.

¹ eller utgör hinder i andra dagliga sysselsättningar.

Psykisk ohälsa är ett mycket vanligt folkhälsoproblem. Det innebär lidande både för drabbade och närstående och medför ofta långvariga funktionsnedsättningar. Samhällskostnaderna, som inte bara inkluderar hälso- och sjukvård utan även minskad arbetsförmåga, är stora och ökande. Hur man bedömer och uppfattar vad som är psykisk hälsa hos en individ respektive i en befolkning varierar över tid och inom olika samhällen, vilket medför att hälsa, ohälsa och sjukdom måste relateras till den tid och de samhälleliga sammanhang där begreppen används.

Ofta använda begrepp utan entydig definition

I Sverige används sedan 1990-talet begreppet *allvarlig psykisk störning*, vilket avser svåra väl definierade psykiatriska sjukdomstillstånd som psykoser, depression med självmordsrisk samt vissa svåra personlighetsstörningar. Ett annat begrepp infört under 1990-talet är *psykiskt funktionshindrade*. Personer med dessa tillstånd behöver av och till sjukvård, men är framför allt beroende av en stödjande miljö för att kunna fungera. *Psykisk ohälsa*, som är det vidaste begreppet, omfattar också brist på välbefinnande i psykiskt hänseende. Detta begrepp bygger på subjektivt upplevda och självrapporterade psykiska besvär.

Allmänmänskliga psykiska reaktioner i samband med kris och sorg, t ex vid svår sjukdom, relationsproblem, anhörigas död eller extrema påfrestningar i arbetet anses inte vara uttryck för psykisk ohälsa. I dessa sammanhang kan snarast avsaknad av reaktioner betraktas som avvikande. Reaktionerna kan emellertid också vara tecken på begynnande psykisk ohälsa och såväl kris som sorg kan leda till psykiska störningar och sociala problem.

Stress är en för individen nödvändig reaktion på olika typer av påfrestningar och blir endast skadligt under vissa förhållanden. De senaste årens forskning har ökat kunskapen om hur olika stressorer kan utlösa såväl t ex allvarliga reaktioner av psykisk karaktär som olika typer av kroppsliga sjukdomar t ex högt blodtryck, hjärt-/kärlsjukdom och diabetes. Forskningen har också visat samband mellan allvarliga psykiska påfrestningar och övervikt, tobak-, alkohol- och narkotikamissbruk, självmordsbeteende, depression, kronisk trötthet och olika former av muskulära smärttillstånd.

Svårigheter vid mätning av psykisk hälsa

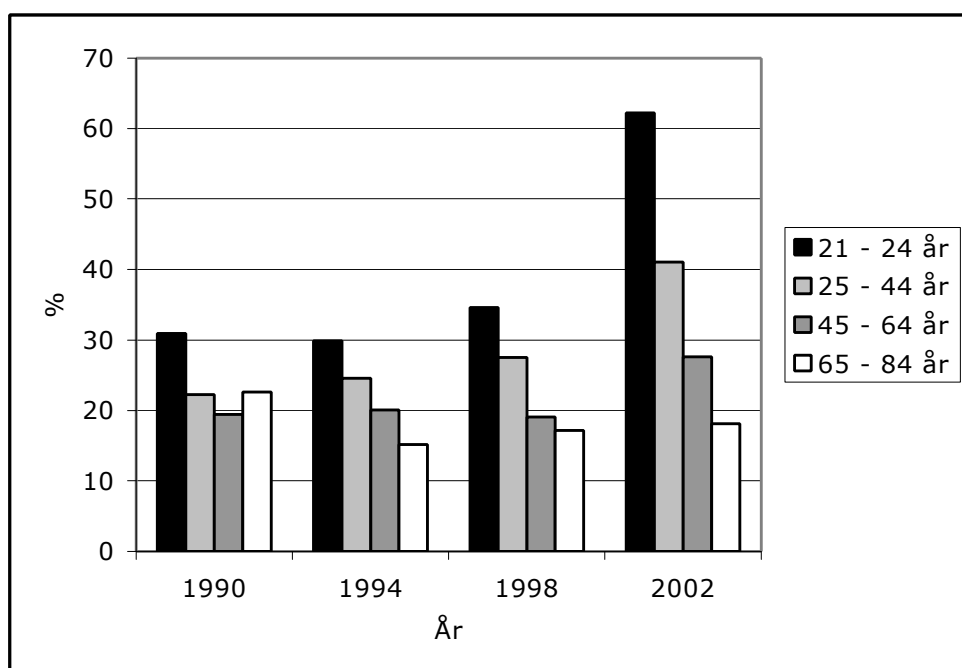
Eftersom det är svårt att definiera vad psykisk hälsa är finns det inte heller något entydigt mått på psykisk ohälsa. Det är svårt att bedöma hur den psykiska hälsan utvecklats över tid baserat på självrapporterade psykiska symptom. Man kan förmoda att det parallellt med indikationer på ökad psykisk ohälsa bland befolkningen skett en förändring så att det idag är mer accepterat att säga att man har psykiska besvär än vad det var för tio år sedan. Innebörden av begreppet psykiska ohälsa kan också ha förskjutits. De mått som används för att beskriva den psykiska ohälsan baseras på enkät- och intervjuuppgifter, uppgifter om självmord och självmordsförsök, vårdstatistik, samt uppgifter om läkemedelsförsäljning och sjukfrånvaro.

Enkät- och intervjuundersökningar

I FHE ingår ett batteri av frågor som ska fånga förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande – General Health Questionnaire (GHQ12). Det mäter inte psykisk sjukdom i psykiatrisk bemärkelse utan subjektivt psykiskt välbefinnande. Frågor som många besvarat jakande i 2002 års FHE är exempelvis att man ständigt känt sig spänd eller olycklig eller att man varit nedstämd de senaste veckorna. Frågorna användes 1990, 1994, 1998 samt 2002.

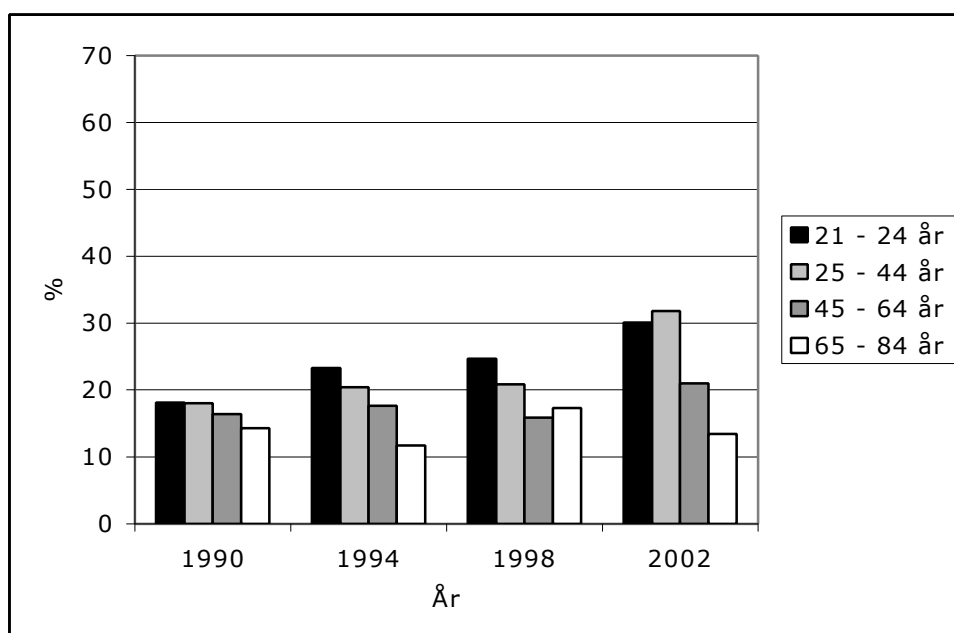
Ökande psykisk ohälsa: Var tredje kvinna och var fjärde man uppger nedsatt psykiskt välbefinnande

Nedsatt psykiskt välbefinnande uppgavs år 1990 av cirka 20 procent av kvinnorna och cirka 16 procent av männen. Därefter har nedsatt psykiskt välbefinnande blivit vanligare för varje mättillfälle, något mer frekvent för kvinnor än för män. År 2002 uppgav var tredje kvinna och var fjärde man nedsatt psykiskt välbefinnande. Anmärkningsvärt är att ökningen är påtagligt större mellan 1998 och 2002 (4 år) jämfört med övriga mättillfällen (figur 15).



Figur 15. Andel (%) kvinnor i olika åldersgrupper med nedsatt psykiskt välbefinnande enligt GHQ12 (cut-off 2).

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 1990-2002.



Figur 16. Andel (%) män i olika åldersgrupper med nedsatt psykiskt välbefinnande enligt GHQ12 (cut-off 2).

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 1990-2002.

Ökning av nedsatt psykiskt välbefinnande framförallt hos unga

Andelen som uppgett nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat bland unga och medelålders av bägge könen (figur 15-16). Den största ökningen har skett bland unga kvinnor (figur 15). Andelen kvinnor i åldersintervallet 21-24 år med nedsatt psykiskt välbefinnande har fördubblats sedan mätningen 1998. Utlandsfödda kvinnor uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i något högre grad än svenskfödda kvinnor. För att bättre kunna förklara den kraftiga försämring som rapporterats av yngre kvinnor bör resultaten kompletteras med intervjustudier och fördjupad analys.

Social funktionsnedsättning, ett mått på psykisk ohälsa

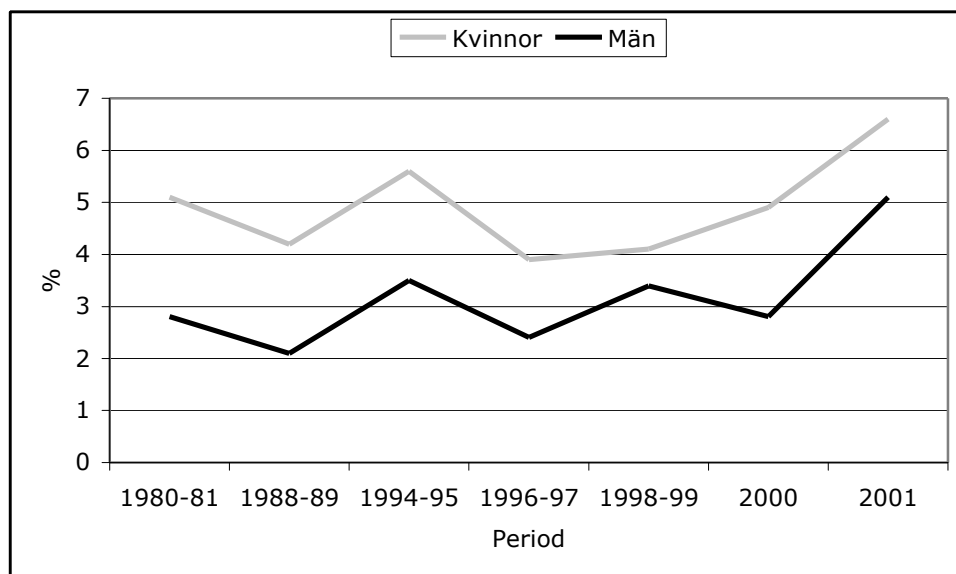
Konsekvenser i det dagliga livet till följd av psykiska problem har studerats i PART-studien¹. I studien ingår fem frågor om social funktionsförmåga: Hur påverkas fritiden, de dagliga rutinerna, arbetsmotivationen, effektiviteten samt relationerna till vänner och arbetskamrater av personliga besvär eller problem? Totalt upplever 13 procent bland vuxna (20-64 år) i länet någon form av funktionsnedsättning. Bland dessa uppgav 4 procent en mer allvarlig funktionsnedsättning (nedsättningar inom 3-5 områden).

¹ Psykisk hälsa, Arbete och Relationer är en omfattande befolkningsundersökning där både enkät- och intervjudata insamlats. Se vidare under Större studier, sidan 111.

Kvinnor rapporterar oftare än män sociala funktionsnedsättningar (15 % respektive 11 %) liksom personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige (21 % respektive 12 %). Även arbetare, arbetslösa och personer i olika arbetsmarknads-politiska åtgärder uppger fler funktionsnedsättningar än tjänstemän och egna företagare. Det är sedan tidigare känt att psykisk ohälsa är vanligare hos personer med sociala problem. Detta kan bero på att man klarar sig sämre om man har psykiska problem men också på att sociala problem kan orsaka psykisk ohälsa.

Depression, ångest och sömnproblem

Förekomsten av depression och ångest i medicinsk mening har uppskattats till 5 respektive 3 procent i den vuxna befolkningen i Stockholms län (PART studien). I SCB:s intervjuundersökningar har andelen med svåra besvär av ångslan, oro och ångest ökat under senare år bland både kvinnor och män (figur 17). Kvinnor anger ökade besvär med stigande ålder till skillnad från män som har en tendens till minskade besvär i äldre åldersgrupper. Andelen personer i Stockholms län som har besvär med sömnen har ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet. År 2001 anger 33 procent av kvinnorna och 25 procent av männen sömnproblem. Liksom oro och ångest ökar förekomsten av sömnsvårigheter markant med stigande ålder bland kvinnor. Detta mönster ses ej bland män.

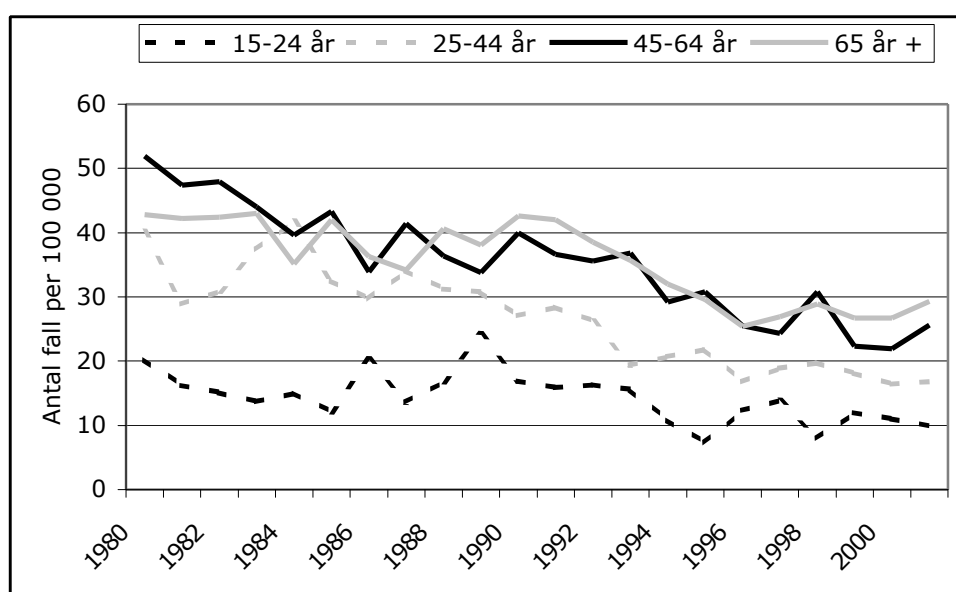


Figur 17. Andel (%) som angett att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Stockholms län, 16-84 år, 1980-2001.

Källa: Statistiska centralbyrån, ULF.

Själv mord och självmordsförsök i Sverige och Stockholms län 1990-2001

Själv mord är den främsta dödsorsaken för personer upp till 44 års ålder. I Stockholms län begås i genomsnitt ett självmord om dagen. Det motsvarar 20,7 självmord per 100 000 invånare (riksgenomsnittet är 21,2), men variationerna inom länet är stora. Trenden i länet, liksom i riket, är att antalet självmord minskar för både kvinnor och män och i alla åldersgrupper (figur 18). Mellan åren 1990 och 2001 minskade antalet självmord per 100 000 invånare i Stockholms län med 35 procent motsvarande 121 självmord. Störst är minskningen i åldersgrupperna 15-44 år (- 40 %) och lägst i åldersgruppen 65 år och över (-31 %). Bland ungdomar 17 år och yngre ses inte motsvarande minskning. De senaste uppgifterna för år 2001 visar dock att självmorden ökar bland kvinnor i åldersgruppen 45 år och äldre och bland män i åldersgruppen 25-64. För män är dock denna ökning lägre än ökningen bland män i riket.



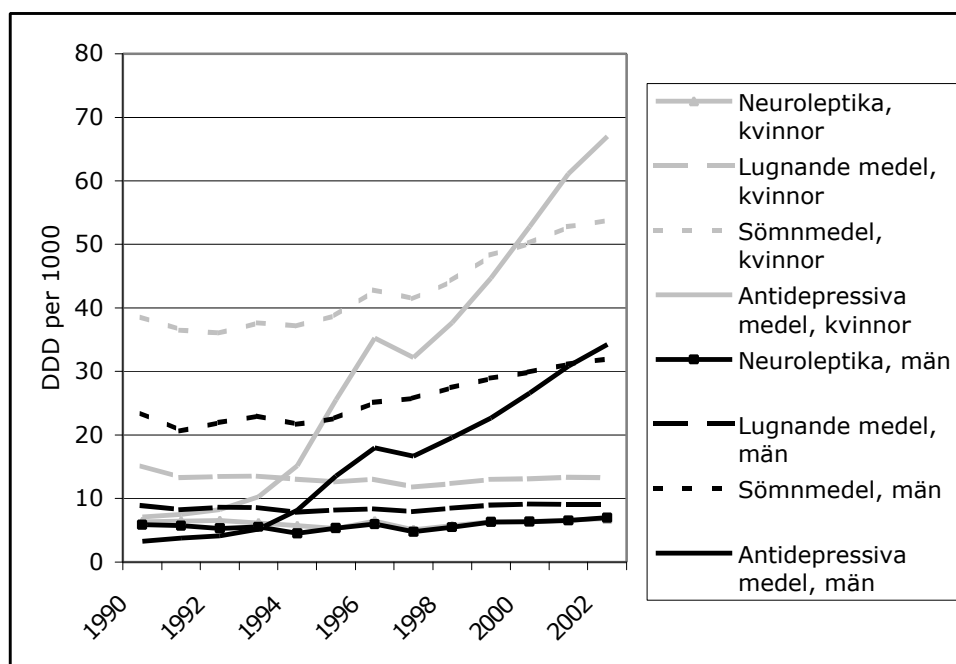
Figur 18. Själv mord (säkra och osäkra) i Stockholms län per 100 000 invånare 1980-2001 inom olika åldersgrupper.

Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

Själv mordsförsök utgör en stor risk för framtida självmord. Antalet sjukhusvårdade självmordsförsök har minskat under 1990-talet. Denna minskning avspeglas dock inte i antalet självrapporterade självmordsförsök. Oroväckande är att antalet självmordsförsök bland unga (15-24 år) har stigit något under senare år. Av dem som besvarat FHE 2002 uppger 0,3 procent att de gjort ett självmordsförsök under det senaste året och 4 procent att de försökt någon gång under livet. Det är ungefär samma andel som i FHE 1994. Andelen som uppger att de haft självmordstankar har däremot minskat något.

Läkemedelsförsäljning i Stockholms län 1998-2002

Försäljningen av lugnande medel har varit konstant sedan 1990 och något högre till kvinnor än till män. Däremot har försäljningen av sömnmedel och antidepressiva medel ökat kraftigt i Stockholms län liksom i övriga riket. Könsskillnaderna är än mer markanta för dessa preparatgrupper med en klar dominans bland kvinnliga förbrukare. Vad gäller antidepressiva medel har skillnaderna mellan kvinnor och män ökat under åren. År 2002 expedierades nästan dubbelt så många dygnsdoser¹ till kvinnor som till män (figur 19).



Figur 19. Försäljning av olika psykofarmaka per kön. Stockholms län 1990-2002

Källa: Apoteket via Socialstyrelsen.

Försäljningen av lugnande medel, antidepressiva medel och sömnmedel är större till äldre personer än till yngre. Det säljs tre gånger så mycket sömnmedel till åldersgruppen 75+ som till gruppen 45-64 år.

Sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos

Av de långtidssjukskrivna (60 dagar eller längre) 1999-2001 var det 28 procent som var sjukskrivna för diagnoser relaterade till den psykiska hälsan. Särskilt framträdande har ökningarna av långtidssjukskrivningar varit för kvinnor inom kommuner och landsting. Överrepresentationen av långtidssjukskrivna med anställning inom offentlig sektor är som störst i Stockholms län.

¹ Dygnsdoser eg DDD daily defined dose, ett sätt att mäta läkemedelsförbrukning utifrån en viss daglig normaldos av ett läkemedel.

Att reflektera över:

- Hur kan man få till stånd ett övergripande program för psykisk hälsa på arbetsplatserna som förhindrar utveckling av psykisk ohälsa och långtidssjukskrivning?
- Vad skulle kunna göras för att minska behovet av antidepressiva och sömngivande läkemedel?

Hiv och andra sexuellt överförda infektioner

Förekomsten av klamydia ökar framförallt bland unga. Stockholms län svarar för hälften eller fler av fallen i Sverige med hiv, syfilis och gonorré.

Hiv är ett av de största hoten mot den globala folkhälsan och ökar fortfarande okontrollerat i flera geografiska områden. I västvärlden har förekomsten av hiv stabiliserats.

I det globala perspektivet och även jämfört med övriga Europa, är förekomsten av hivpositiva mycket låg i Sverige. Totalt har 5 926 personer i landet anmälts smittade mellan 1985-2002. I Stockholm finns för närvarande cirka 2 000 hivpositiva personer. En fjärdedel av dessa är kvinnor. År 2002 rapporterades 126 nya fall i Stockholms län, i genomsnitt rapporterades 130 fall per år mellan åren 1996-2000.

Hiv sprids huvudsakligen genom sexuella kontakter och i samband med intravenöst missbruk. Tabell 19 visar antalet hivpositiva t o m 30 april 2003 i Stockholms län. Flertalet med heterosexuell smitta är invandrare som smittats före sin ankomst till Sverige. Jämfört med genomsnittet 1997-2001 ökade år 2001 andelen smittade genom intravenöst missbruk, medan andelen smittade via sexuella kontakter minskade. Sedan ökningen i missbrukargruppen uppmärksammats har testning och rådgivning till kända missbrukare förbättrats.

Tabell 19. Totalt antal hivpositiva t o m 30 april 2003 i Stockholms län.

Smittväg	Kvinnor	Män	Totalt
Heterosexuell	641	546	1 187
Homosexuell	2	1 693	1 695
Injektionssmitta	205	511	716
Annat	85	139	224
Totalt	933	2 889	3 822

Källa: Samhällsmedicin.

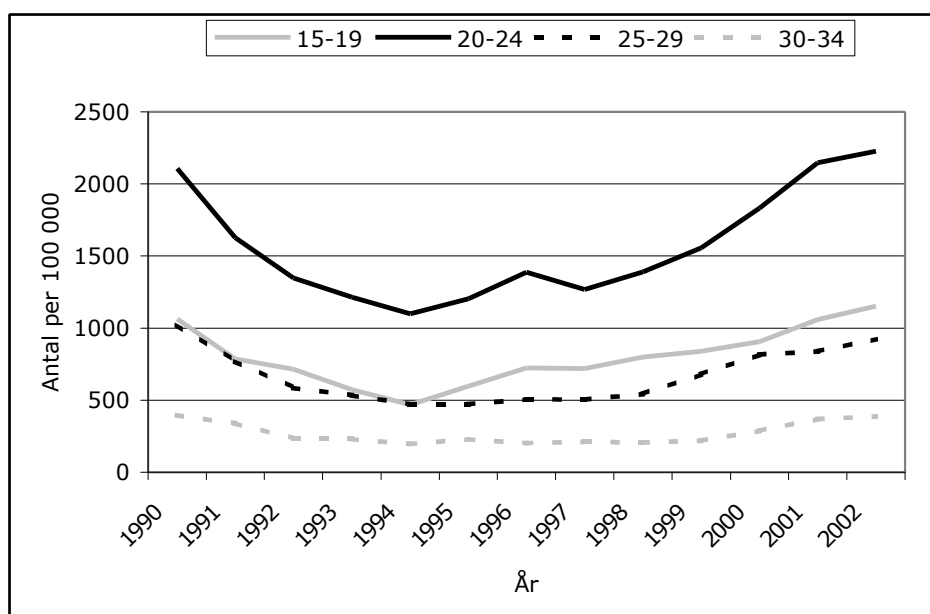
Förekomst av klamydia ökar

Klamydia är den vanligast förekommande sexuellt överförda infektionen i Sverige.

Under senare år ses en ökande trend i hela Sverige liksom i övriga Norden.

Ökningen har huvudsakligen skett bland ungdomar och unga vuxna. Klamydia kan ge besvär som sveda och klåda i samband med vattenkastning, men sjukdomen är ofta helt symptomfri i initialskedet, vilket kan innebära att den inte alltid upptäcks.

Möjliga förklaringar till uppgången kan vara ändrade beteenden med flera partnerbyten, minskad kondomanvändning, minskad rädsla för hiv, införande av en känsligare testmetod för klamydia (PCR) och en pressad sjukvård som inte har resurser att ta emot smittade i tid eller genomföra smittspårning. Figur 20 visar förekomst av klamydia i Stockholms län i fyra åldersgrupper mellan 1990 till 2002.



Figur 20. Förekomst av klamydia år 1990 till 2002 i Stockholms län. Antal per 100 000 personer i olika åldersintervall.

Källa: Samhällsmedicin.

Ökning av antalet fall av gonorré och syfilis i Stockholms län

Förekomsten av gonorré och syfilis är mycket låg i Sverige. Den största gruppen smittade består av män som smittats utomlands, framförallt i Östeuropa och Sydostasien. Under de senaste åren ses dock en ökning av antalet fall av gonorré i Stockholms län. Sedan några år ökar även syfilis bland män som har sex med män. År 2002 rapporterades 54 fall av syfilis i Stockholms län.

Vanligare med sexuellt överförda sjukdomar i Stockholms län än i övriga Sverige

När det gäller hiv, syfilis och gonorré svarar Stockholms län för hälften eller fler av fallen i Sverige. Bland ungdomar visar en studie av Ungdomsbarometern att 15 procent av ungdomarna i länet haft en sexuellt överförd sjukdom. Motsvarande andelar i övriga delar av landet varierade i studien mellan 2 och 11 procent.

Att reflektera över:

- *Hur kan preventivmedelsrådgivning och STI-testning förbättras för unga vuxna som blivit för gamla för ungdomsmottagningarna?*

Hjärt- och kärlsjukdomar

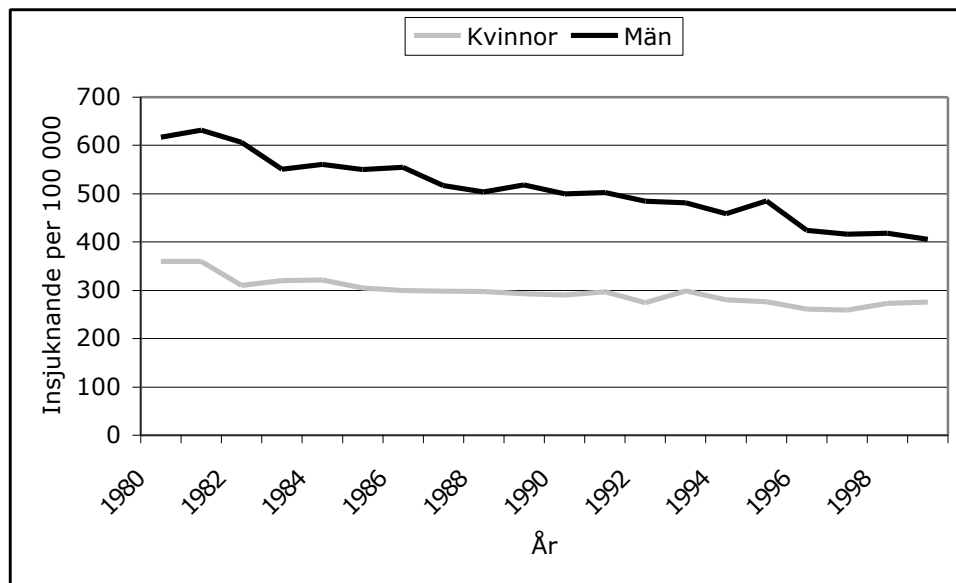
Dödligheten i akut hjärtinfarkt och stroke (slaganfall) minskar. Trots att risken att insjukna i hjärtinfarkt har minskat blir det inte färre antal hjärtinfarkter per år. Detta beror på att befolkningen i länet har ökat och andelen äldre är större. Risken att drabbas av hjärtinfarkt är socialt snedfördelad.

Hjärt- och kärlsjukdomar består framför allt av två stora sjukdomsgrupper med delvis olika orsaksmönster. Dessa är sjukdomar i hjärtats kranskärl inklusive hjärtinfarkt och sjukdomar i hjärnans blodkärl, alltså hjärnblödning och hjärninfarkt (tillsammans kallade stroke). Den vanligaste bakgrunden till hjärt- och kärlsjukdom är förkalkningar i blodkärlen som så småningom leder till blodproppsbildning eller blödningar. Följden blir syrebrist och vävnadsdöd i de organ som blodkärlen försörjer. Män har jämfört med kvinnor en högre risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, särskilt i yngre åldrar. Det är ovanligt att drabbas av hjärt- eller hjärninfarkt före 30 års ålder, medan hjärnblödning även drabbar yngre individer.

Förekomsten av hjärtinfarkt minskar

Dödligheten i akut hjärtinfarkt har minskat bland män i Stockholmsregionen sedan 1980-talets början och sedan ännu längre tillbaka bland kvinnor. En likartad utveckling har setts i ett flertal västeuropeiska länder liksom i USA och Australien. Sverige har numera en dödlighet i kranskärlssjukdom och plötslig hjärtdöd som är mycket lik vad den är i EU, medan denna dödlighet tvärtom har ökat i ett flertal östeuropeiska länder. Jämfört med landet som helhet har Stockholms län cirka 10 procent lägre dödlighet i kranskärlssjukdom. Den minskande dödligheten beror både på en minskad insjuknanderisk och på en förbättrad överlevnad bland dem som insjuknat.

Under perioden 1980-1999 har antalet förstagångsinfarkter per 100 000 invånare i befolkningen minskat (figur 21). En jämförelse med riket i övrigt visar att både män och kvinnor i Stockholms län har 17 procent lägre risk att drabbas av en akut hjärtinfarkt jämfört med resten av svenskarna. Under åren 1997-1999 observerades i åldrarna 30-89 år i genomsnitt 5 156 hjärtinfarktsfall per år i Stockholms län, varav 3 803 var förstagångsinsjuknande. Ungefär 60 procent av fallen inträffade bland män och 40 procent bland kvinnor. I drygt 36 procent av dessa fall avled personen i samband med insjuknandet. Denna andel var dock betydligt lägre i yngre åldersgrupper.



Figur 21. Insjuknande i förstagångs hjärtinfarkt i Stockholms län 1980-1999. Kvinnor och män 30-89 år. Antal per 100 000, åldersstandardiserat.

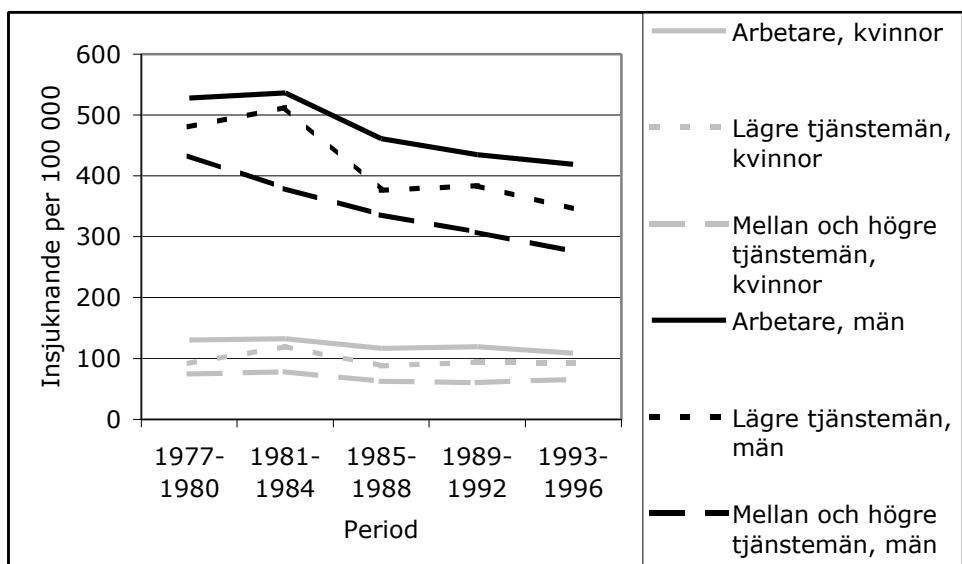
Källa: Samhällsmedicin.

Trots att risken att insjukna har minskat blir det inte färre antal hjärtinfarkter per år. Detta beror på att befolkningen i länet har ökat och andelen äldre är större. Risken att insjukna ökar snabbt med stigande ålder. Om insjuknanderisken varit densamma i dag som vid 1980-talets början så skulle det varit cirka 1 000 fler insjuknanden i hjärtinfarkt årligen bland Stockholms läns befolkning. Om insjuknanderisken inte fortsätter att minska kommer antalet fall av akut hjärtinfarkt att snabbt öka med cirka 1 000 fall per år fram till år 2010 enbart genom demografiska förändringar. Vid en bedömning av den framtida utvecklingen av hjärtinfarktsjukligheten i länet är det därför betydelsefullt att ta hänsyn till de demografiska förändringarna.

Risken att drabbas av hjärtinfarkt är socialt snedfördelad

Risken att drabbas av hjärtinfarkt är socialt snedfördelad och hjärtinfarkt står för en stor del av den socialt ojämnt fördelade sjukdomsördan i befolkningen. Under perioden 1985-1996 var den relativa risken för förstagångs hjärtinfarkt ungefär femtio procent högre bland arbetare jämfört med mellan och högre tjänstemän för män och ungefär fördubblad för kvinnor. I åldersgruppen 40-69 år har män 3,7 gånger högre risk att drabbas av förstagångs hjärtinfarkt än kvinnor. Det betyder att trots att den relativa risken är högre för kvinnor än för män, så är den absoluta riskökningen som den sociala skiktningen åstadkommer större bland män. Detta illustreras av avstånden mellan linjerna i figur 22.

Risken att insjukna i en förstagångs hjärtinfarkt har under den senaste 20-årsperioden minskat i samtliga större socioekonomiska grupper bland både kvinnor och män (figur 22). Manliga mellan och högre tjänstemän har haft den bästa utvecklingen.

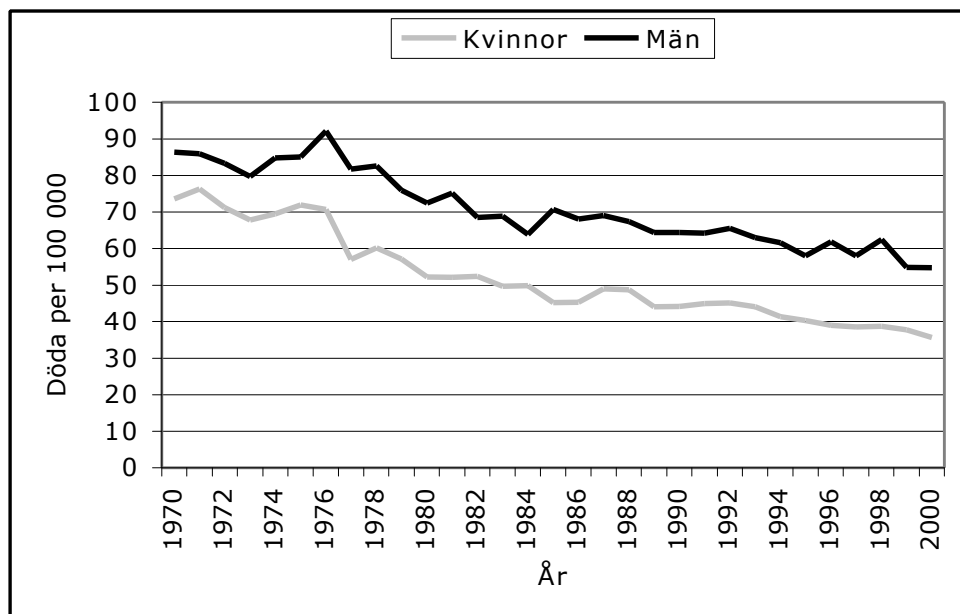


Figur 22. Insjuknande av förstagångs hjärtinfarkt bland kvinnor och män 40-69 år boende i Stockholms län 1977-1996. Antal per 100 000, åldersstandardiserat.

Källa: Samhällsmedicin.

Dödligheten i stroke minskar

Figur 23 visar att även risken att avlida i stroke (slaganfall) visar en vikande tidstrend under perioden 1970-2000. Den åldersstandardiserade dödligheten har sjunkit med drygt 51 procent bland kvinnorna och 37 procent bland männen. Risken att insjukna i stroke är starkt åldersrelaterad. Den genomsnittliga åldern vid insjuknande är 77 år för kvinnor och 73 år för män.



Figur 23. Dödlighet i stroke i Stockholms län 1970-2000. Kvinnor och män 0-84 år. Antal per 100 000, åldersstandardiserat.

Källa: Socialstyrelsen.

Den ökande andelen äldre i befolkningen beräknas medföra en markant ökning av antalet drabbade under den närmaste tioårsperioden om risken att insjukna förblir oförändrad. Stroke utgör ett betydande folkhälsoproblem. Överlevande efter stroke fordrar på grund av neurologiska handikapp med nedsatt rörlighet och kognitiva funktioner ofta vård på sjukhem eller i lindrigare fall hjälp i hemmet med dagliga göromål. I akutskedet krävs stora insatser för snabb diagnostik och behandling. Vården av denna patientgrupp är därför mycket kostnadskrävande.

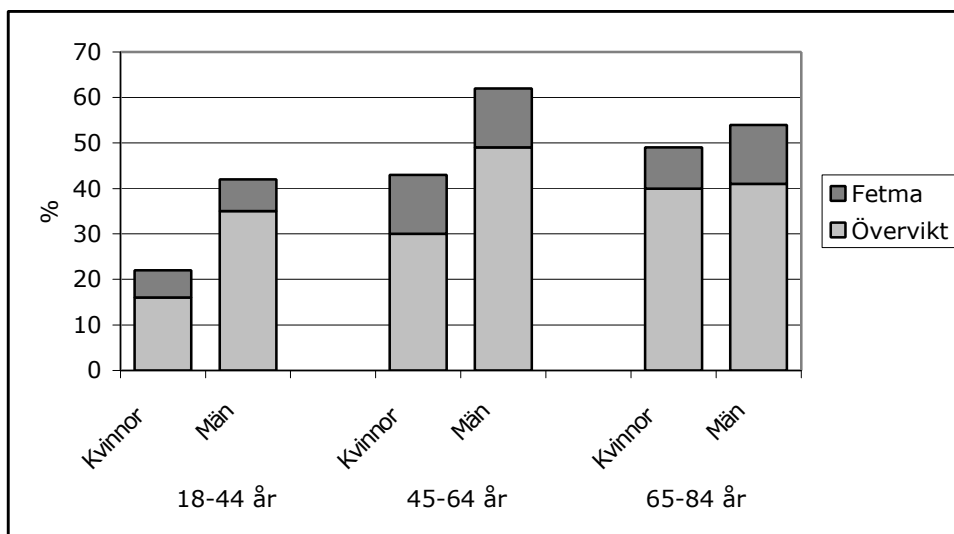
Övervikt

Mellan 1990 och 2002 har andelen överviktiga vuxna i länet ökat med en tredjedel och andelen feta har fördubblats. Samtidigt är en hög andel av barn och ungdomar överviktiga. Särskilt hos barn men även hos vuxna förekommer stora socioekonomiska skillnader i förekomst av övervikt. Även om Sverige och Stockholms län har en låg andel fetma internationellt sett är utvecklingen alarmerande särskilt i de resurssvaga delarna av länet. Med stor sannolikhet accelererar ökningstakten de närmaste åren.

Övervikt och fetma ger upphov till en lång rad hälsorisker som sträcker sig från en ökad risk för specifika sjukdomar (t ex typ 2 diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, artros i leder som knän och höfter, vissa cancerformer) till mera allmänna tecken på dålig hälsa, psykosociala problem, nedsatt rörlighet och i sista hand förtida död. All övervikt och fetma beror på obalans hos individen mellan energiinnehållet i maten och energiförbrukningen. Den genetiska dispositionen kan ha viss betydelse för vem som drabbas men är inte orsaken till den mycket kraftiga ökningen i länet. Det främsta skälet till detta är istället att vi idag lever i en alltmer överviktsfrämjande miljö med ett överflöd dygnet runt av energität mat och dryck samtidigt som miljön inbjuder till att vara fysiskt inaktiv.

Alarmerande ökning av övervikt

Andelen överviktiga och feta ökar kraftigt bland vuxna i alla åldrar i Stockholms län. Under 1990-talet mer än fördubblades antalet feta vuxna i länet. År 2002 var drygt varannan man (18-84 år) och drygt var tredje kvinna överviktig eller fet i Stockholms län. Förekomsten av övervikt är även åldersrelaterad (figur 24). Body mass index, BMI, bestäms av förhållandet mellan vikten i kg och längden i meter i kvadrat.



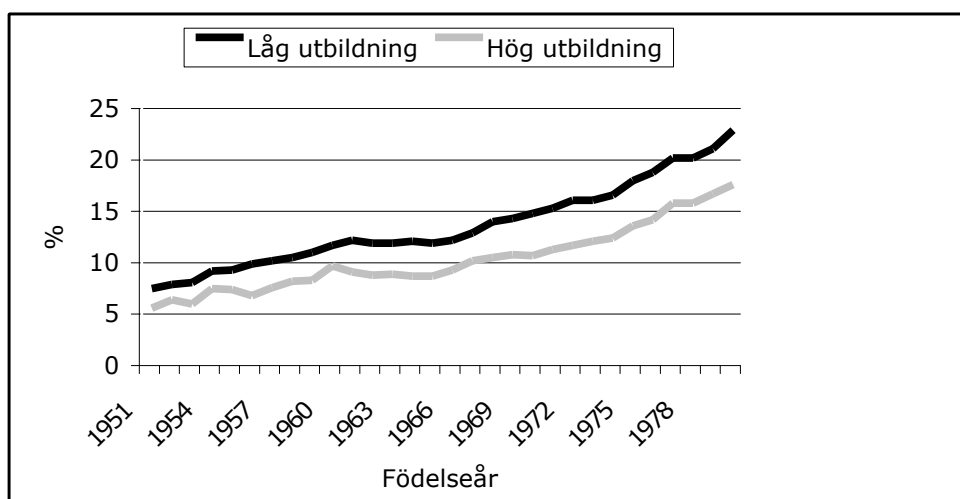
Figur 24. Andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper i Stockholms län med övervikt (BMI 25-29,9 kg/m²) respektive fetma (BMI ≥30 kg/m²). Självuppgiven vikt och längd 2002.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Även hos yngre barn har förekomsten av övervikt och fetma ökat kraftigt. I längd- och viktundersökningar som utförts under åren 2000 och 2001 i Stockholms län av barn i de fyra första skolåren var mellan 15 och 25 procent av barnen överviktiga och mellan 3 och 6 procent feta.

Stora socioekonomiska skillnader

Övervikt och fetma i Stockholms län är vanligare bland lågutbildade kvinnor och män jämfört med högutbildade. Bland universitetsutbildade kvinnor är andelen överviktiga eller feta 25 procent och bland kvinnor med enbart folkskola/grundskola 47 procent. Motsvarande siffror för män är 44 respektive 63 procent. Samma trend avspeglas i längd- och vikt-mätningar av mönstrande i riket där moderns utbildningsnivå har betydelse för utvecklingen av övervikt/fetma. Störst andel överviktiga återfinns bland dem som har lågutbildade mödrar. Dessutom verkar skillnaderna öka mellan grupperna. Figuren nedan visar utvecklingen av övervikt för mönstrande män i hela riket födda 1951-1980.



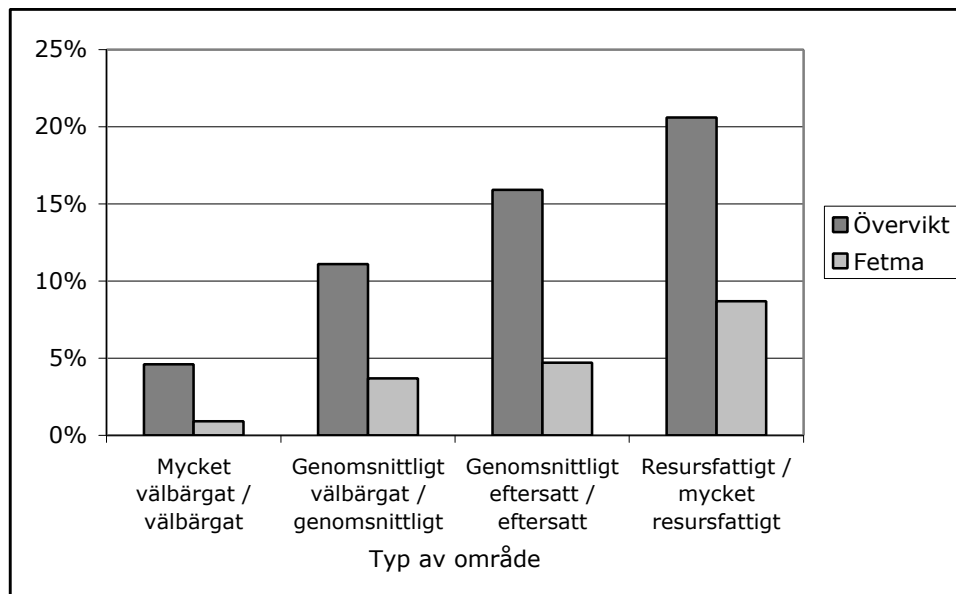
Figur 25. Andel (%) med övervikt ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) bland unga män födda mellan 1951 och 1980 i Sverige, efter moderns utbildningsnivå.

Källa: Rasmussen F, Kark M. Trends and sociodemographic differentials in overweight and obesity among 18-year-old males in Sweden between 1970 and 2000 (Submitted for publication, 2003).

Undersökning av barn i skolår 3 i Stockholms län

Stora socioekonomiska skillnader i övervikt och fetma har observerats bland barn. En undersökning som utfördes i Stockholms län år 2002 i skolår 3 (9-10 år) visade att tre av tio barn är överviktiga eller feta i de mest resurssvaga områdena i länet. (Urvalet av områden baserades på Social atlas¹.) Motsvarande siffra i de mest välbärgade områdena var ett av tjugo barn (figur 26).

¹ Social atlas, Regionplane- och trafikkontoret (RTK 2000). I atlasen baseras indelningen av områdena på den sammanräknade inkomsten för män i yrkesverksam ålder. Vidare beräknas ett spridningsmått som beräknat på kvoten mellan andelen resurssvaga och andelen resursstarka invånare. En kvot som är mycket mindre än 1 innebär att andelen höginkomsttagare är högre än andelen låginkomsttagare, medan en kvot som är större än 1 innebär att andelen låginkomsttagare är högre än andelen höginkomsttagare. I områden som har en blandning av låginkomsttagare och höginkomsttagare, integrerade områden, ligger kvoten omkring 1. Vid indelningen kan åtta olika områdestyper från mycket välbärgat till mycket resursfattigt identifieras.



Figur 26. Övervikt och fetma hos 9-10 åringar i olika typområden i Stockholms län, 2002.

Källa: Kostundersökning av barn i skolår 3 i Stockholms län, Samhällsmedicin.

Att reflektera över:

- Hur kan familjer med överviktiga barn uppmärksammas tidigt och stödjas med tillämpbar och praktisk kunskap?
- Hur kan vårdcentral och företagshälsovård bevaka viktutveckling och aktivt förhindra viktuppgång hos alla normalviktiga och lätt överviktiga vuxna?

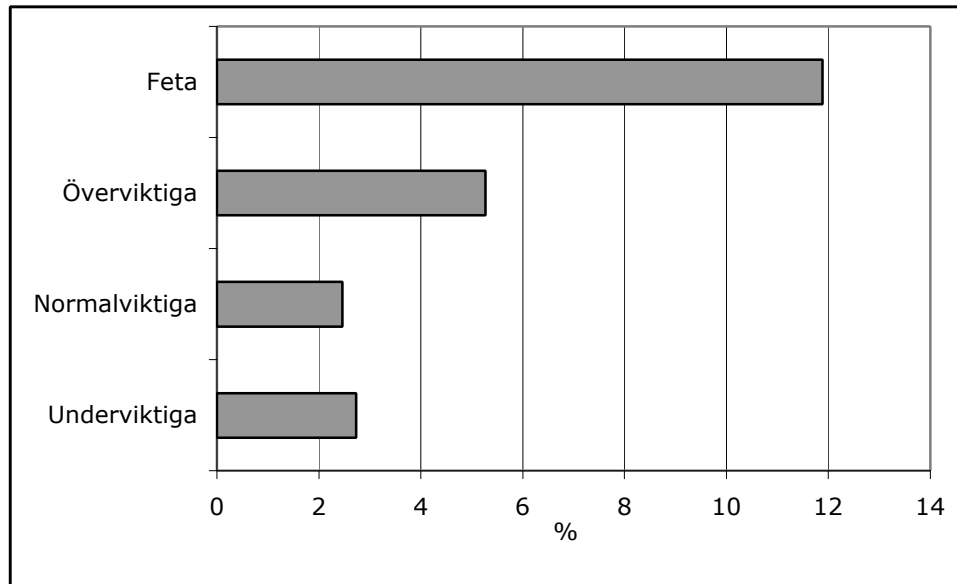
Diabetes

Man kan förutse att förekomsten av typ 2 diabetes kommer att öka eftersom andelen överviktiga ökat kraftigt bland både barn och vuxna.

Diabetes mellitus, sockersjuka, är en kronisk sjukdom som innebär att blodsockret är förhöjt. Obehandlad kan sjukdomen i initialskedet vara symptomfri eller medföra trötthet och stora urinmängder samt risk för medvetlöshet. På lång sikt finns risk för uppkomst av nerv- och kärlförändringar i ett flertal av kroppens organ vilket t ex medför en ökad risk för hjärtinfarkt och stroke, risk för nedsatt syn, impotens och fönstertittarsjuka. Cirka 20 procent av svenska folket bär på ärftliga anlag som bidrar till uppkomst av diabetes. Förekomsten är också starkt relaterad till ålder. Ungefär 20 procent av personer över 80 år har typ 2 diabetes. Olika livsstilfaktorer har stor betydelse för utveckling av typ 2 diabetes som utgör 90 procent av all diabetes och framför allt utvecklas hos personer över 40 år. Risken att utveckla sjukdomen kan minskas väsentligt genom regelbunden motion, en omväxlande, fiberrik och ej för fet mat, rökfrihet och genom att hålla normalvikt. För personer med diabetes i slakten är detta särskilt angeläget.

I FHE 2002 uppger 3 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i åldrarna 45-64 år att de har diabetes. Andelen kvinnor i åldersgruppen 65-84 år med diabetes har ökat från 6 procent till 9 procent sedan FHE 1998. I övriga åldersgrupper är andelarna som uppger att de har sjukdomen nästan oförändrade.

Figur 27 visar sambandet mellan diabetes och övervikt/fetma. Som framgår finns en kraftig överrepresentation av diabetes bland överviktiga och feta.



Figur 27. Andel (%) med diabetes i olika BMI-grupper: undervikt (BMI under 18,5 kg/m²), normalvikt (BMI 18,5-24,9 kg/m²), övervikt (BMI 25-29,9 kg/m²) fetma (BMI ≥30 kg/m²), Stockholms län 18-84 år.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Man kan förutse en fortsatt ökning av förekomsten av typ 2 diabetes eftersom övervikt/fetma är en riskfaktor och andelen med såväl övervikt som fetma har ökat kraftigt både bland ungdomar och vuxna. Möjligheter till prevention är mycket goda, insatser som förebygger övervikt och främjar fysisk aktivitet från barnaåren och genom hela livet torde vara den viktigaste primärpreventiva insatsen.

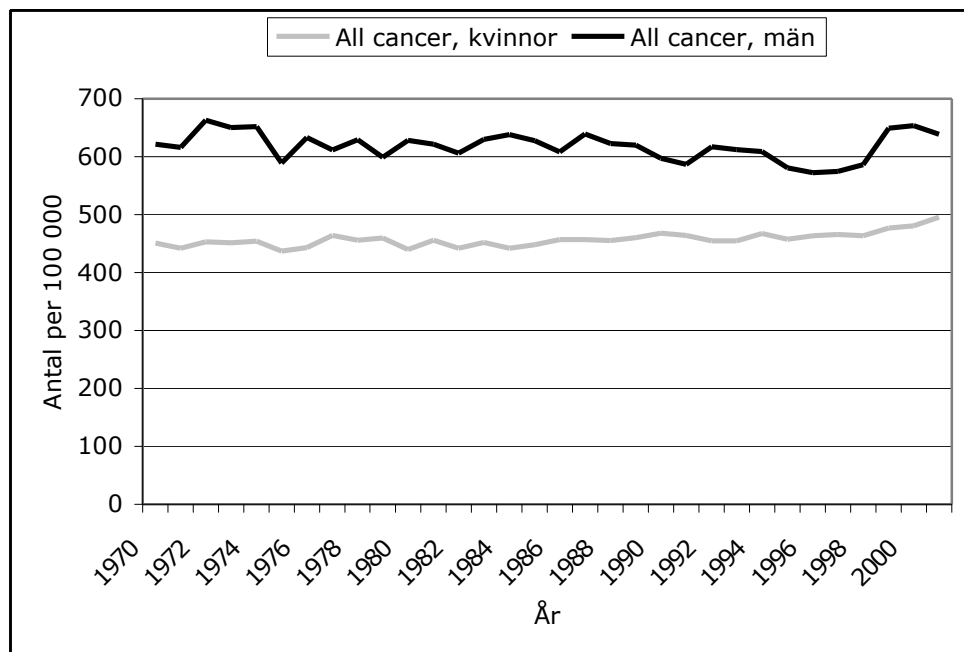
Cancer

Dödligheten i cancer har minskat till följd av tidigare diagnostik och bättre behandling. Det faktiska antalet som lever med cancer har ökat, främst till följd av demografiska förändringar med en växande befolkning och en högre andel äldre i befolkningen.

Cancer är ett samlingsnamn för elakartade tumörsjukdomar. Omkring en tredjedel av alla människor i Stockholm får cancer någon gång under sin livstid. Av dessa insjuknar två av tre efter 65 års ålder.

Dödligheten i cancer har minskat sedan 1970 till följd av tidigare diagnostik och förbättrade behandlingsmöjligheter. I figur 28 visas att antalet insjuknade per 100 000 individer i befolkningen varit relativt konstant bland män och ökat något bland kvinnor sedan 1970. Åldersstandardiseringen innebär att befolkningen gjorts jämförbar över åren med hänsyn till förändringar i åldersstrukturen.

Det är viktigt att påpeka att det faktiska antalet individer som idag lever med cancer i länet har ökat, under 1990-talet skedde denna ökning med cirka 3 procent per år. Detta beror dels på förbättrade behandlingsmetoder och ökade överlevnadsmöjligheter, men är till största delen en följd av demografiska förändringar, d v s växande folkmängd och ett större antal äldre i befolkningen. 2001-12-31 levde 64 603 individer som någon gång fått diagnosen cancer i regionen. Av dessa hade drygt 15 000 bröstcancer och 7 000 prostatacancer.

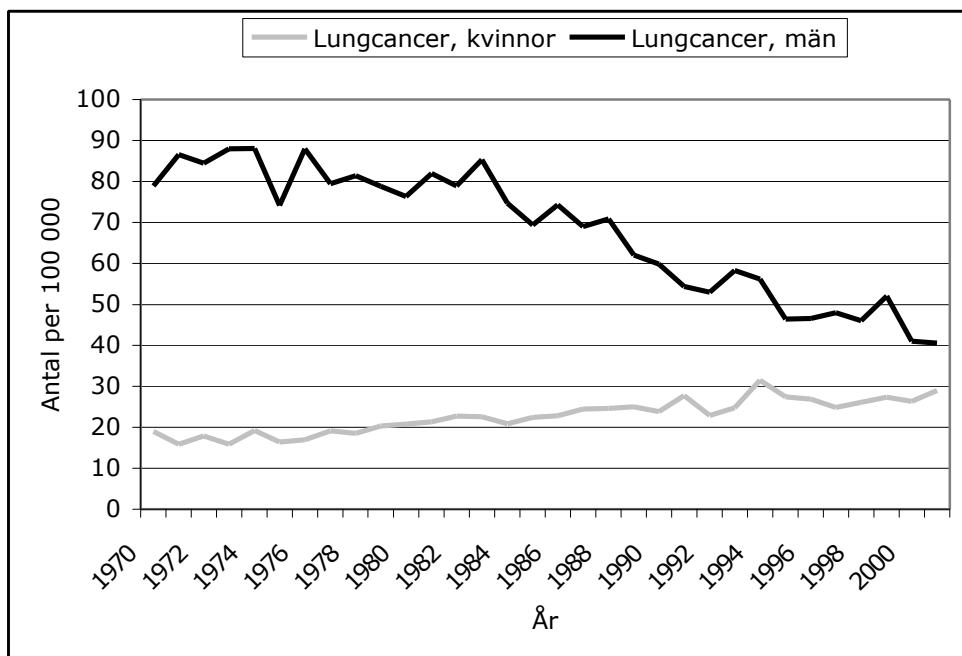


Figur 28. Insjuknade per 100 000 i cancer 1970-2001. Kvinnor och män i åldern 0-w år i Stockholms län. Åldersstandardiserat.

Källa: Onkologiskt Centrum, Samhällsmedicin.

Under 1998, 1999 och 2000 ökade insjuknandet i cancer hos män markant. Denna ökning är till största delen betingad av fler fall av prostatacancer och beror troligen på en ökad diagnostik. Bröstcancer, som är den vanligaste cancerformen bland kvinnor, ökar också men inte lika mycket som prostatacancer bland män. Trots ökningen av antalet fall av såväl prostata- som bröstcancer ses ingen ökad dödlighet till följd av dessa sjukdomar.

Lungcancerförekomsten för män har inom regionen sjunkit sedan 1980-talet och denna tendens fortsätter. För kvinnor har däremot förekomsten fördubblats sedan 1970-talet, men med en tendens till viss avmattning i ökningstakten under de senaste åren. Efter prostata-, bröst- och tjocktarmscancer är lungcancer den vanligaste cancerformen i regionen. Utvecklingen av lungcancer illustreras i figur 29.



Figur 29. Insjuknade per 100 000 i lungcancer 1970–2001. Kvinnor och män i åldern 0-w år i Stockholms län. Åldersstandardiserat.

Källa: Onkologiskt Centrum, Samhällsmedicin.

För maligna melanom har ökningen under 1970- och 1980-talen brutits och övergått i en stabil situation. Detta kan uppfattas som ett tecken på att preventiva insatser haft en gynnsam effekt på insjuknandet. För andra större cancerformer som tjock- respektive ändtarmscancer, cancer i urinblåsan och non-Hodgkin's lymfom är insjuknandet relativt konstant över tidsperioden.

Under hela perioden ses en kontinuerlig minskning av cancer i livmoderhalsen. Detta bedöms vara en effekt av den organiserade cellprovtagningen som infördes 1968 och leder till tidig upptäckt framförallt av förstadium till cancer och behandling av dessa. Även cancer i magsäcken minskar kraftigt och förklaringar till detta kan vara förbättrad livsmedelshygien och bättre utredning och behandling vid besvär i övre delen av buken.

Den största enskilda kända riskfaktorn för cancer är tobaksrökning. Vart femte insjuknande i cancer och vart fjärde cancerdödsfall i länet beror på tobaksrökning och åtta à nio lungcancerfall av tio orsakas av rökning. Att utsättas för ultraviolettt strålning från sol eller solarium är en riskfaktor för hudcancer. För cancerformer där kända riskfaktorer är svårare att påverka kan i stället viktiga åtgärder för tidig upptäckt vidtas inom hälso- och sjukvården.

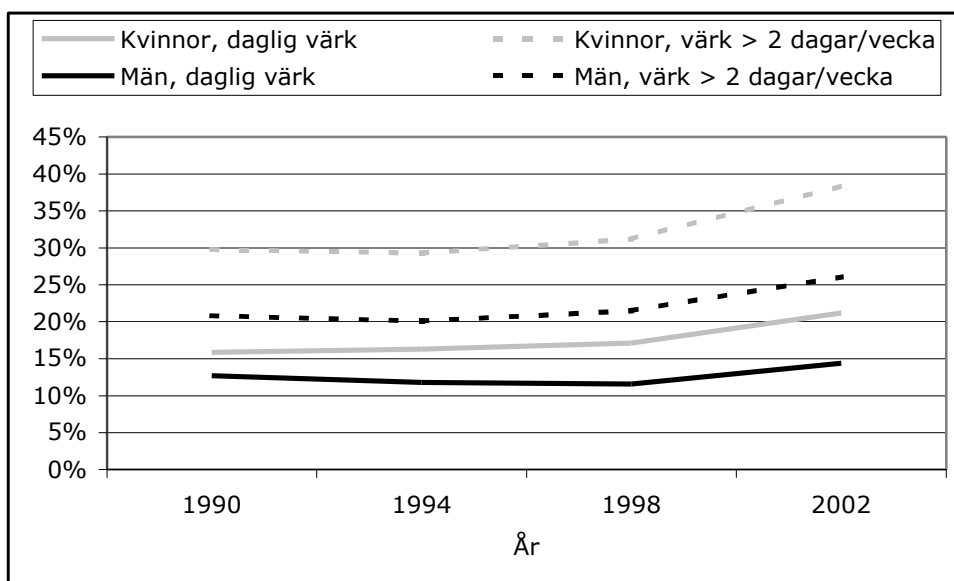
Rörelseorganens sjukdomar

De senaste åren har besvär med värk i rörelseorganen ökat markant framförallt bland kvinnor. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper ökar.

Värk och funktionsnedsättning till följd av sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till nedsättning av arbetsförmågan, långvarig sjukskrivning och sjukersättning i Sverige. Rörelseorganens sjukdomar omfattar sjukdomar i skelettet (t ex benskörhet), lederna (t ex reumatoid artrit och artros), muskler, senor och ledband. En stor del av de mycket vanligt förekommande värtillstånden i ländrygg, nacke och skuldror tillhör den senare kategorin.

Värk i rörelseorganen har ökat markant under senare år

Figur 30 visar att 21 procent av kvinnorna och 14 procent av männen uppgav daglig värk i nacke/rygg eller axlar/armar i FHE 2002. Nästan 40 procent av kvinnorna uppgav värk minst två dagar/vecka. Sjukdomar i rörelseorganen är betydligt vanligare bland arbetare än bland tjänstemän (se sidan 36). Ökningen av andelen personer med värbesvär under de senaste åren har varit kraftigast i de lägre sociala grupperna vilket lett till att skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper förstärkts.



Figur 30. Andel (%) kvinnor och män med värk från ryggnacke/axlar/armar i Stockholms län. Daglig värk respektive värk två dagar eller mer per vecka. 1990-2002, 21-84 år, ålderstandardiserat.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 1990-2002.

Orsakerna till flertalet värktillstånd i rörelseorganen är ofullständigt kända, men i många fall finns en relation till fysiska och psykosociala belastningar i arbetslivet såväl som på fritiden. Betydligt mindre utforskad är betydelsen av arbete i hemmet. I FHE 2002 ses ett samband, där risken för värk i rörelseorganen i åldersintervallet 25-44 år är högre bland både kvinnor och män som ägnar sig åt hushållsarbete mer än tre timmar per dag.

Medan behandlingsmetoder utvecklats för reumatiska sjukdomar och artros råder fortfarande stor oklarhet om hur man bäst behandlar de mera diffusa värktillstånden.

Allergisjukdomar

Förekomsten av allergisjukdomar har sedan 60-talet mångdubblats såväl i Sverige som i många andra länder.

Undersökningar av unga svenskar pekar på att nästan varannan har eller har haft någon allergisjukdom (t ex astma, allergisk snuva, allergiskt eksem) eller visar på förekomst av allergiantikroppar vid test. Uppgifter rörande allergier återfinns även under målområde 4 och 5 i denna rapport. Sedan början av sextioalet har förekomsten av allergisjukdomar mångdubblats i såväl Sverige som i många andra länder i västvärlden.

Den förväntade ökningen av astma- och hösnuvepatienter under de närmaste 10-20 åren kommer att ställa ökade krav på en effektiv sjukvård och väl intrimmade preventiva strategier. Orsakerna till ökningen av allergier är bara delvis kända. Riskfaktorer hos den vuxna befolkningen för insjuknande i astma anses vara övervikt, tobaksrökning och låg konsumtion av antioxidanter, faktorer som alla hör till vår moderna livsstil samtidigt som exponeringar för en rad miljöfaktorer bidrar till att försämra sjukdomen.

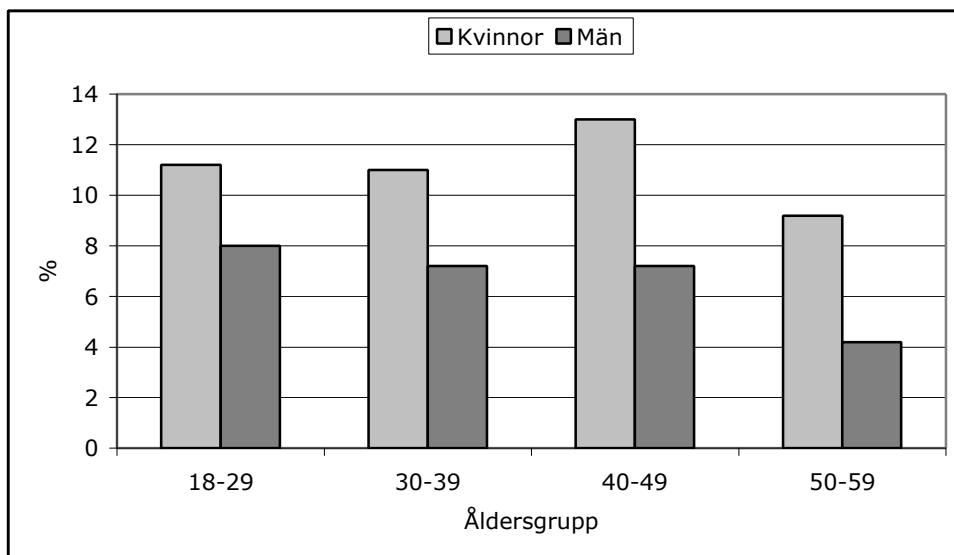
Astma

I en del länder i övriga Europa har en avplaning av den tidigare snabba ökningen av astmasjukdom börjat skönjas. Motsvarande avplaning syns inte i Stockholms län. Utvecklingen av andelen personer (21-64 år) som rapporterat astma i folkhälsoenkäterna 1990, 1994, 1998 och 2002 har varit som följer; 5, 7, 8 respektive 9 procent.

Den ökning av astmaförekomst som skett anses framför allt gälla barn och unga, medan sjukdomen fortfarande är relativt ovanlig bland personer över pensionsåldern. Frågan som ställs i folkhälsoenkäten: "Har du astma?" bevaras sannolikt ofta jakande av personer med astmaliknande symptom beroende på andra sjukdomar, t ex kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt, vilket kan leda till en överskattning av förekomsten. De senare sjukdomarna förekommer framför allt hos äldre. En underskattning kan däremot ske om personer med medicinering uppnått symptomfrihet en längre period och därmed svarar nekande på frågan om astmaförekomst.

I andra undersökningar som genomförts i regi av Miljömedicinska enheten SLL, har den självrapporterade astmaförekomsten varit ett par procentenheter högre än i FHE, när man även efterfrågat olika astmasymptom och astmadiagnos.

Astmaförekomst i olika åldersgrupper redovisas i figur 31. Betydligt fler kvinnor än män uppger att de har astma. I åldersgruppen 40-49 år är den totala självrapporterade astmaförekomsten högst och har ökat kontinuerligt sedan FHE 1990.



Figur 31. Självrapporterad astmaförekomst (%) i olika åldersgrupper uppdelat på kvinnor och män.

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 2002.

Atopiskt eksem, allergiska ögon- och näsbesvär och har ökat

Atopiskt eksem (eksem beroende på ärftlig tendens till överkänslighet) blir allt vanligare. Flera studier visar att närmare 20 procent av dagens skolbarn har atopiskt eksem. Orsaken till ökningen är inte känd, men mycket talar för att miljöfaktorer är av betydelse. I FHE 2002 rapporterade 25 procent av yngre kvinnor (<45 år) att de hade haft eksem som barn (se även sidan 37).

I FHE 2002 var självrapporterade allergiska ögon- och näsbesvär vanligt förekommande. Hela 30 procent uppgav att de hade sådana besvär och förekomsten var vanligare i de yngre åldersgrupperna (18-29 år 37 %) och bland kvinnor (31 % jämfört med män 28 %). Även här ses en successiv ökning jämfört med tidigare folkhälsoenkäter. I samband med FHE 1990 uppgav 21 procent av de tillfrågade att de led av sådana besvär.

Skador

Skador (olyckshändelser, våldsrelaterade och självtillfogade skador) är den vanligaste dödsorsaken bland barn, ungdomar och yngre vuxna. Skador svarar också för en stor del av belastningen vid våra sjukhus och vårdinrättningar.

Problemen kring skador ser olika ut i olika åldersgrupper. Fallskador utgör det största problemet bland barn och äldre. Fallskador bland äldre redovisas på sidan 100. I de yrkesverksamma åldrarna dominerar självtillfogade skador. Av skadorna är självmord den vanligaste dödsorsaken bland personer upp till 44 år. Självmord redovisas på sidan 69. Två tredjedelar av dem som dör av skador är män, och dubbelt så många män som kvinnor dör av självmord.

Skador i trafiken

Internationellt sett har Sverige ett relativt lågt antal dödsolyckor i trafiken. Genom ett omfattande säkerhetsarbete har dödligheten i trafiken minskat de senaste decennierna. Däremot ses nu en ökning av motorfordonsolyckor bland män. För arbetet med att förebygga trafikolyckor är alkoholprevention en viktig del. Av de trafikdödade fordonsförarna i landet år 2002 var 28 procent alkoholpåverkade. Vid cykelolyckor beräknas risken att skadas svårt eller dödas minska med 40-50 procent om man använder cykelhjälm. Användning av cykelhjälm har ökat kraftigt bland vuxna och framförallt i storstäder.

Skador relaterade till våldshandlingar

I Stockholms län har, enligt uppgifter lämnade i FHE 2002, främst personer i åldersgruppen 21-44 år blivit utsatta för våld (4 %) under de senaste 12 månaderna. För jämförelse med resultat från tidigare folkhälsoenkäter se tabell 20. Uppgifterna bör tolkas med försiktighet p g a trolig underrapportering.

Tabell 20. Andel (%) som utsatts för våld senaste 12 mån.
Stockholms län 1990-2002.

	1990	1994	1998	2002
Kvinnor 21-44 år	4	4	4	4
Kvinnor 45-64 år	1	2	3	2
Kvinnor 65-84 år	1	0	1	1
Män 21-44 år	8	6	7	4
Män 45-64 år	2	2	3	2
Män 65-84 år	0	0	2	1

Källa: Folkhälsoenkät SLL, 1990-2002.

Fler personer med lägre utbildning än universitetsutbildning har utsatts för våld och mönstret verkar vara liknande för män och kvinnor. Tre gånger så många män som klassificeras som arbetare har utsatts för våld jämfört med tjänstemän, bland kvinnor blir tjänstemän utsatta för hälften så mycket våld som arbetare.

Våldshandlingar kan leda till allvarlig kroppsskada och död. Antalet döda till följd av mord, dråp eller andra övergrepp framgår av tabell 21. I de flesta fall blir emellertid de kroppsliga skadorna begränsade. Den största skadan är ofta av psykisk natur och drabbar många personer utöver den direkt våldsdrabbade.

Tabell 21. Döda i Stockholms län, mord/dråp/annat övergrepp, 1987-2000

	1987	1990	1993	1996	1998	1999	2000
Kvinnor	10	16	11	5	7	4	7
Män	20	23	23	16	23	17	16
Total	30	39	34	21	30	21	23

Källa: SCB, Socialstyrelsen. Dödsorsaker, årsbok. "Mord, dråp och annan misshandel /övergrepp med avsikt att skada eller döda".

Våld mot kvinnor

Denna brottskategori har flera benämningar, t ex "mäns våld mot kvinnor", "våld mot kvinnor i nära relationer", "kvinnofridsbrott". FN:s definition¹ av det som kallas för våld mot kvinnor lyder: "Varje form av könsrelaterat våld som resulterar i, eller kan resultera i, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckliga frihetsberövanden, vare sig det sker i det offentliga eller i det privata livet". I Sverige är det cirka 50-60 procent av alla mördade /dräpta kvinnor som dödas av sin nuvarande eller f d manliga partner. Motsvarande siffror bland manliga offer som dödas av sin nuvarande eller f d kvinnliga partner är cirka 6 procent. Vid våld mellan makar har fyra gånger fler kvinnor än män utsatts för våld.

Brottsofferundersökningar är ett sätt att försöka mäta mäns våld mot kvinnor

Det är svårt att skatta omfattningen av mäns våld mot kvinnor eftersom mörkertalen är stora såväl vad gäller polisanmälda brott som skaderegistrering vid vårdinrättningar. I så kallade brottsofferundersökningar tillfrågas ett urval av befolkningen om de har utsatts för vissa våldshändelser. I en internationell jämförelse av närmare 50 stycken befolkningsbaserade undersökningar från olika delar av världen uppger mellan 10 och 70 procent av kvinnorna att de någon gång under sitt liv har utsatts för fysiskt våld av en man de har/har haft ett intimt förhållande med. I tabell 22 redovisas vissa våldsbrott mot kvinnor i Stockholms län jämfört med riket.

Tabell 22. Antal polisanmälda brott per 100 000 invånare i Stockholms län jämfört med riket som helhet 2002

Brottskategori	Stockholms län	Riket
"Kvinnomisshandel" (n=4547)*	246	180
Grov kvinnofridskränkning (n=399)	22	17
Våldtäkt (n=675)	37	24

*Misshandel mot kvinnor av bekant gärningsman. Utgörs av våld av en man som kvinnan har eller har haft en nära relation med.

Källa: Brottsförebyggande rådet.

¹ Artikel 1, Deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor, FN 1993 som uppges i Kvinnofrid SOU 1995:60.

De flesta (61 %) polisanmälda misshandelsbrott mot kvinnor sker inomhus av gärningsman som är bekant med kvinnan. Det omvända förhållandet råder vid misshandel riktad mot män där brott utomhus av okänd gärningsman dominerar bilden. Barnmisshandel uppvisar samma mönster som kvinnomisshandel då den också oftast sker inomhus och av en gärningsman som är bekant med offret.

Kvinnor känner sig mer osäkra i sitt bostadsområde

I FHE 2002 är andelen svarande som uppger att de under de senaste 12 månaderna utsatts för hot om våld oförändrad sedan tidigare enkäter. Skillnaden mellan män och kvinnor är obetydlig. Andelen utsatta är högst (7 %) i den yngsta åldersgruppen (18-29 år). Personer med lägre utbildning är oftare utsatta för hot om våld än personer med universitetsutbildning.

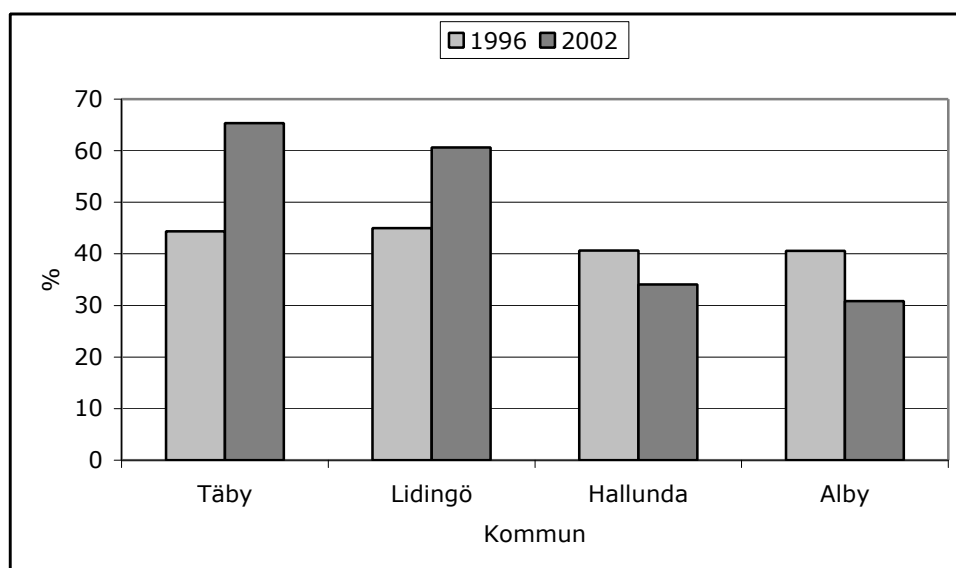
Hur säker och trygg man känner sig när man går ensam i sitt bostadsområde när det är mörkt skiljer sig mellan könen och i olika åldersgrupper. Bland kvinnorna är det 24 procent och bland männen 7 procent som känner sig ganska eller mycket osäkra om de går ensamma i sitt bostadsområde när det är mörkt. De yngsta (18-24 år) och äldsta (65-84 år) känner sig mest osäkra.

Våldsplatsen skiljer sig något för kvinnor och män. I flera undersökningar visas att en stor andel våldstillfällen för både kvinnor och män (cirka 30 %) sker på arbetsplatsen. Däremot utsätts kvinnor tre gånger så ofta för våld i hemmet (34 % respektive 12 %). Män utsätts dubbelt så ofta som kvinnor på allmänna platser och nöjesplatser.

Tandhälsa

Sverige är ett av de länder i världen där barnen har bäst tandhälsa men det finns stora regionala skillnader. Förhållandena i länet är gynnsammare jämfört med riket i övrigt vad gäller tuggförmåga och tandlöshet.

Tandhälsan har sedan länge varit känd som en viktig indikator på socioekonomiska hälsoskillnader. Fortfarande är tandhälsan sämre bland utlandsfödda, lågutbildade och arbetslösa. Samtidigt som dessa betydande skillnader kvarstår utgör tandhälsan ett av de områden där effekten av förebyggande åtgärder varit framgångsrik. Tandhälsan har kontinuerligt förbättrats under de senaste 30 åren. Således hade endast 7 procent av samtliga sexåringar helt friska mjölkttänder år 1967 medan motsvarande andel år 1999 var 72 procent. Sverige är ett av de länder i världen där barnen har bäst tandhälsa men det finns stora regionala skillnader. Vid en jämförelse mellan olika geografiska områden i Stockholms län år 1996 och 2002, visade det sig att skillnaderna i tandhälsa hos 12/13-åringar hade ökat mellan de studerade områdena under perioden (figur 32).



Figur 32. Andel (%) kariesfria 12/13-åringar i olika kommuner i Stockholms län, 1996 och 2002.

Källa: Tandvårdsstaben, SLL.

För att studera tandhälsan hos vuxna genomfördes 1999 en studie i Stockholms län där tandläkare både i folk- och privattandvården svarade på frågor om sina patienter. I studien ingick patienter från alla kommuner i länet. Resultatet är representativt för gruppen vuxna som besöker tandläkare regelbundet (cirka 80 %). Av studien framgår att den vuxna befolkningen har en god tandhälsa. En grupp som visade något sämre tandstatus var unga män i åldrarna 20-24 år som hade fler nyupptäckta kariesangrepp jämfört med unga kvinnor.

Förmåga att tugga mat och tandlöshet

Ett mått på tandhälsa hos vuxna är förmågan att tugga mat. Enligt SCBs ULF-undersökningar 1996/97 är det 6 procent av den vuxna befolkningen i Stockholmsregionen som har nedsatt tuggförmåga. Det är en lägre andel jämfört med riket. Även när det gäller tandlöshet är det gynnsammare förhållanden i Stockholms län (3 % tandlösa jämfört med drygt 6 % i hela riket). De socioekonomiska skillnaderna har minskat vad gäller tandlöshet och nedsatt tuggförmåga i förhållande till mätningar från 1980-talet men skillnaderna är ändå betydande. Fortfarande har på riksnivå 10 procent av ej facklärd manliga arbetare nedsatt tuggförmåga jämfört med 2 procent av tjänstemän på mellan- och högre nivå. Bland kvinnorna är motsvarande andelar 10 respektive 5 procent.

Avgifternas betydelse

I FHE 2002 är det främst kvinnor i åldern 21-44 år som uppger att de avstått tandläkare på grund av dålig ekonomi (27 % av kvinnorna respektive 19 % av männen i samma ålderskategori). I jämförelse med resultaten från 1998 års folkhälsoenkät ses inga större förändringar gällande denna fråga.

Sjukfrånvaro

Sedan slutet av 1990-talet har en kraftig ökning skett av långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar i Stockholms län liksom för riket i övrigt. Ökningen har framförallt skett bland kvinnor. Stockholms län utmärker sig från övriga län genom en högre andel offentligtanställda, yngre och arbetslösa bland de långtidssjukskrivna. Som mått på sjuklighet är sjukfrånvaro ersatt genom socialförsäkringen problematisk eftersom den så starkt påverkas av ett stort antal andra faktorer än sjuklighet.

De senaste årens ökande sjukskrivningar och dess orsaker har diskuterats livligt och också varit föremål för vetenskapligt intresse och ett antal större utredningar, varvid delvis skilda slutsatser har dragits.

Olika förklaringar till den ökade sjukfrånvaron

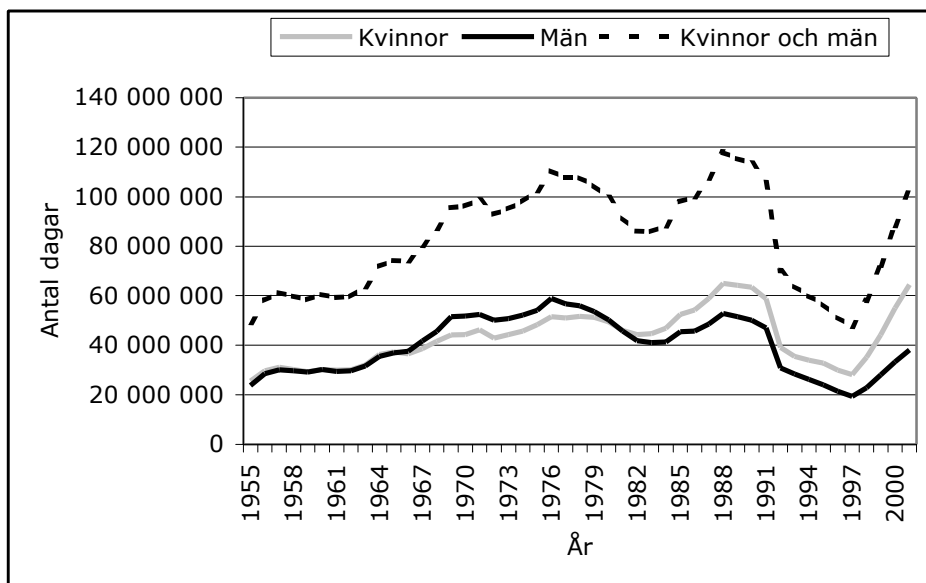
Det finns ingen påvisad enkel förklaring till den under senare år kraftigt ökade sjukfrånvaron. Ungefär en tredjedel av ökningen anses bero på att andelen äldre i den yrkesverksamma befolkningen ökat. En annan viktig orsak är ökad press i arbetslivet p g a kraftiga personalneddragningar under 1990-talet i framförallt vård- och omsorgssektorn. Den arbetsrelaterade frånvaron bland kvinnor uppskattas utgöra 44 procent av den totala sjukfrånvaron bland kvinnor i riket. Bland män uppskattas motsvarande andel vara 36 procent. Risken att bli sjukskriven påverkas av en mängd faktorer förutom sjuklighet. Utöver förhållanden i arbetslivet är individuella faktorer såsom ålder, kön, utbildning, och livsstilsfaktorer (bl a alkoholvanor) av stor betydelse.

Även strukturella orsaker påverkar utvecklingen t ex konjunkturer och ersättningsnivåer, samt praxis bland läkare och inom försäkringskassan. Även synen på, och våra attityder till, vad som överhuvudtaget är *sjukdom* och vad som ligger i begreppet *nedsatt arbetsförmåga* förändras och påverkar utvecklingen av sjukfrånvaron.

I detta avsnitt används registerdata från Riksförsäkringsverket (RFV) för en jämförelse mellan Stockholms län och riket (inklusive Stockholms län). Lagförändringar beträffande karens och antal dagar som ersätts av arbetsgivaren komplicerar jämförelser över åren. Inledningsvis beskrivs utvecklingen av ett antal olika mått som beskriver den negativa utvecklingen under de senaste åren. Dessa mått är: utbetalda sjukpenningdagar, sjuktal och ohälsotal.

Antal dagar med sjukpenning i riket 1955-2001

I figur 33 på nästa sida syns den kraftiga variationen i antal utbetalda dagar sedan sjukförsäkringens införande (1955). Den kraftigt ökade sjukskrivningen särskilt bland kvinnor efter 1997 syns tydligt i figuren. Figuren illustrerar även att försäkringsförändringar påverkar variationerna i antalet utbetalda sjukpenningdagar. Således infördes t ex ett antal förändringar i lagstiftningen 1992 (bl a karensdagar och sjuklöneperiod) vilka starkt påverkade antalet sjukpenningdagar. Under 1998 höjdes ersättningsnivåerna inom sjukförsäkringen samtidigt som arbetsmarknadsläget förbättrades och den öppna arbetslösheten sjönk.



Figur 33. Antal utbetalda sjukpenningdagar i riket, 1955-2001.

Källa: Riksförsäkringsverket.

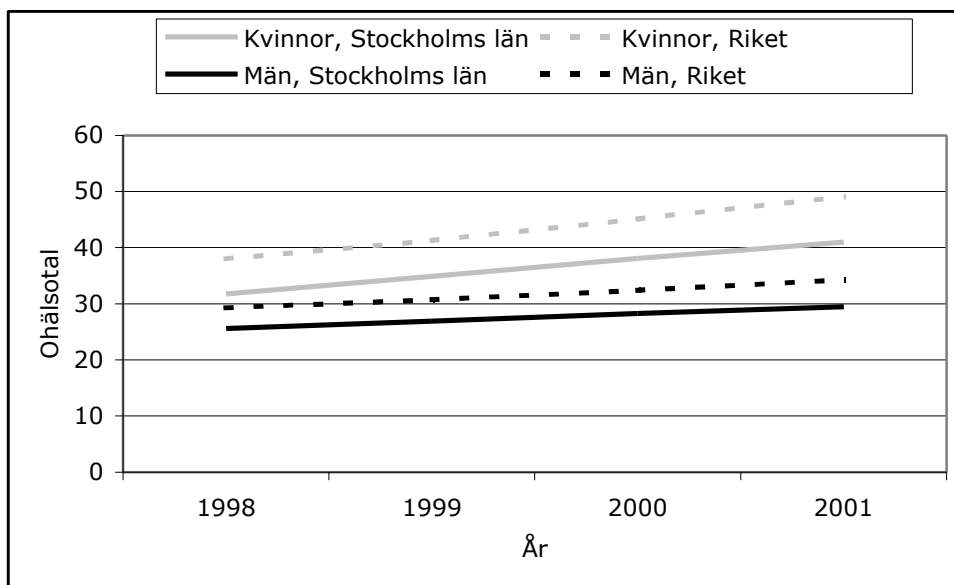
Sjukfrånvaro i Stockholms län

I Stockholms län ökade sjukskrivningen kraftigt 1998-2001, mätt i *sjuktalet*¹. Ökningen har dock varit högre i riket som helhet. Det är framför allt bland kvinnorna som sjuktalet ökat. De förändrade reglerna för sjukersättning försvårar jämförelser bakåt i tiden. Fr o m 1992 registreras man endast som sjukpenningförsäkrad vid tidpunkt för sjukdom. Personer utan sjukskrivningsdagar finns således inte längre registrerade.

Långtidssjukskrivning övergår ofta i *sjukersättning* (har sedan årsskiftet 2002/2003 ersatt ersättningsformerna förtidspension eller sjukbidrag) och därmed många gånger permanent utslagning från arbetsmarknaden. *Ohälsotal*² är det sammanlagda antalet ersatta dagar per försäkrad och år. Ohälsotalet är således inte ett generellt mått på ohälsa. Bl a ingår inte sjuka personer som inte uppbär ersättning från försäkringskassan i talet. I figur 34 på nästa sida framgår att ohälsotalet är högre, och har ökat kraftigare för kvinnor än för män.

¹ Sjuktalet är antal sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad.

² Ohälsotal utgör det sammanlagda antalet ersatta dagar från försäkringskassan med sjukpenning, rehabiliteringsersättning, arbetsskadesjukpenning, aktivitets-/sjukersättning (tidigare ung motsvarande förtidspension och sjukbidrag) per registrerad försäkrad 16-64 år. Talet är således ett tekniskt/administrativt begrepp som omfattar all ersättning vid sjukdom från socialförsäkringen relaterat till antalet försäkrade.

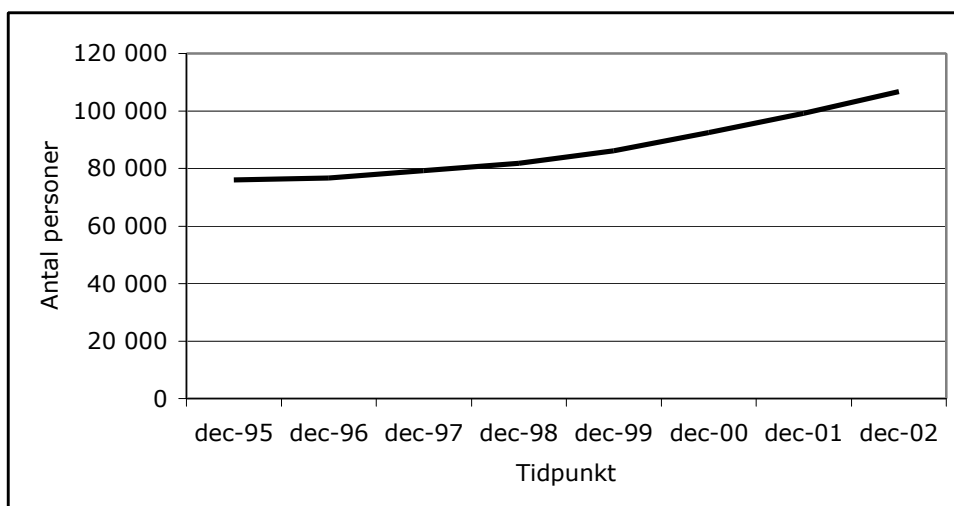


Figur 34. Ohälsotalets utveckling 1998-2001 i riket och i Stockholms län.

Källa: Riksförsäkringsverket.

Kraftig ökning av antalet långtidssjukfrånvarande

Nedanstående figur visar den kraftiga ökningen som skett sedan slutet på 1990-talet av antalet personer som antingen uppburit ersättning i form av sjukpenning mer än ett år eller som uppbär sjukersättning.



Figur 35. Antalet personer som uppbär förtidspension eller sjukbidrag eller varit långtidssjukskrivna längre än ett år. December 1995 - december 2002, Stockholms län.

Källa: Försäkringskassan, Stockholms län.

Långtidssjukskrivna i Stockholms län är yngre, oftare offentliganställda och oftare arbetslösa än långtidssjukskrivna i riket

I en studie (RFV 2002) framgår att de långtidssjukskrivna (personer som varit sjukskrivna i minst 60 dagar) är relativt yngre i Stockholms län jämfört med övriga län. Andelen långtidssjukskrivna i åldrarna 25-34 år är markant högre i länet än i riket som helhet. Således är 26 procent av de långtidssjukskrivna i Stockholms län 34 år eller yngre, medan motsvarande andel i riket är 22 procent (tabell 23).

Tabell 23. Åldersfördelning (%) av långtidssjukskrivna (≥ 60 dagar) i olika åldersgrupper samt medelålder på de långtidssjukskrivna. Stockholms län och riket, perioden 1999-2001.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55- år	Totalt	Medelålder
Stockholms län	4	22	25	27	22	100	44 år
Riket	4	18	23	28	27	100	45 år

Källa: Riksförsäkringsverket redovisar 2002:8.

Liksom i övriga län är offentliganställda överrepresenterade bland de långtidssjukskrivna. Överrepresentationen är dock kraftigast i Stockholms län (med en kvot på 1,7). Bland tänkbara förklaringar till överrepresentationen är en högre medelålder bland de offentliganställda, samt nedskärningar under 1990-talet vilket inneburit högre arbetsbelastning. Arbetslösa är också överrepresenterade i samtliga län, men överrepresentationen är starkast i Stockholms län med en kvot på drygt 2,5.

Att reflektera över:

- *Hur kan det komma sig att sjukfrånvaron är så mycket högre för kvinnor än för män?*
- *Vad kan det finnas för förklaring till att andelen arbetslösa bland långtidssjukskrivna i Stockholms län är så hög?*

7. Hälsoutveckling hos kvinnor, hos yngre och hos äldre

I detta kapitel görs en beskrivning av sammanfattande karaktär rörande två grupper med ogynnsam hälsoutveckling: kvinnor och yngre personer. Därutöver ges i detta avsnitt en övergripande beskrivning av äldres hälsa. För en mer utförlig beskrivning av hälsoläget hos de äldre hänvisas till rapporten "Äldres hälsa och välbefinnande" som Stiftelsen Äldrecentrum gav ut år 2001.

Kvinnors hälsa

Folksjukdomarna drabbar könen olika. Män drabbas oftare av hjärt-/kärlsjukdomar och skador med högre relativ dödlighet än de funktionsnedsättande tillstånd som är vanligare hos kvinnor, exempelvis psykisk ohälsa och sjukdomar i rörelseorganen. Könnsrollernas och genusordningens betydelse för detta är ofullständigt kartlagd. Kända riskfaktorer utgör möjligheter till förebyggande åtgärder för att minska könsskillnaderna. Ökad jämställdhet skulle sannolikt förbättra åtminstone kvinnors hälsa.

Det övergripande nationella folkhälsomålet är att uppnå samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt viktigt är det att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, klass, etnicitet eller sexuell läggning. Kvinnor har som framgått längre livslängd än män men rapporterar oftare förekomst av sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa. Att kvinnor är sjukare än män, men lever längre har kallats för en *könsparadox*. Såväl den självskattade hälsan som förekomsten av sjukdom och förtida död skiljer sig åt mellan könen, vilket kan ha biologiska orsaker men även bero på att de samhällsliga förutsättningarna för en god hälsa inte är lika för kvinnor som för män.

Det biologiska och sociala könet

Rent fysiska olikheter mellan könen, såsom genetisk uppsättning, hormonella faktorer e t c hänför sig till det *biologiska könet* (engelskans *sex*). Begreppet *genus* (engelskans *gender*) betecknar det *sociala könet*, d v s könsrollen vi socialiseras till. *Genusordningen* eller *genussystemet* syftar på mäns överordning och kvinnors underordning i samhället.

Hälsa och sjuklighet är beroende av både arv och miljö och det är svårt att separera de biologiska faktorerna från de sociala då de förekommer samtidigt och ofta samverkar. Trots detta betraktas ofta könsskillnader i hälsoutfall som biologiskt förorsakade. Den ojämlika fördelningen av sociala faktorer mellan könen samt könsrollernas och genus-systemets påverkan på hälsan har endast i ringa grad problematiserats.

Psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar är vanligare hos kvinnor

Vissa psykiska tillstånd, som depressioner och ångesttillstånd, är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Även självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare hos kvinnor och har sedan FHE 1998 försämrats mer bland kvinnorna än bland männen (se kapitel 6, sidan 66).

Kvinnor är sannolikt utsatta för fler stressfaktorer, såsom sämre ekonomi, mindre utrymme att påverka sin arbetssituation, samt huvudansvar för barn och hushåll och därmed mindre egen tid. Kvinnor har också oftare en missbrukande, misshandlande eller kriminell partner. Flickor utsätts oftare än pojkar för sexuella övergrepp, något som visat sig ha samband med ett flertal psykiska störningar uppkomna senare i livet. Samhällets fokusering på främst kvinnors utseende bidrar också till att flickornas självkänsla minskar i puberteten. Detta kan bland annat resultera i ätstörningar.

Den kvinnliga översjukligheten i rörelseorganens sjukdomar har både biologiska och sociala orsaker. Kvinnan har bara 40-60 procent av mannens muskelstyrka. Långvarigt tungt arbete, avtagande muskelstyrka samt personalnedskärningar inom vård och omsorg är sannolikt några förklaringar till den höga förekomsten av sjukfrånvaro och sjukersättning (tidigare kallat förtidspension) bland kvinnor i övre medelåldern. Kvinnans dubbla roll, att klara av både försörjning och familjeansvar, både produktion och reproduktion, kan också ha betydelse.

Hjärt-kärlsjukdomar och skador är vanligare hos män

Mäns högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar förklarar en mycket stor del av *männens totala överdödlighet*. Rökning har tidigare varit förknippad med den manliga könsrollen, men är idag vanligare bland kvinnor. Detta är sannolikt en av de viktigaste förklaringarna till att könsskillnaderna i hjärt-kärlsjukdomar liksom dödlighet totalt minskat sedan 1980.

Skador, såväl självförvållade som oavsiktliga, drabbar män i högre utsträckning än kvinnor. Detta är den viktigaste förklaringen till männens högre dödlighet i yngre åldersgrupper. De stora variationer i förekomsten av våld och olyckor som finns mellan länder, liksom variationen över tid visar på samhällsfaktorernas stora betydelse vad gäller skadeförekomst. I de flesta samhällen finns dock normen om ett mer risktagande beteende för män än för kvinnor.

Sexualiserat våld mot kvinnor

I statistiken är män mer utsatta för våld än vad kvinnor är. *Sexualiserat våld*, den typ av våld som utövas av män mot kvinnor, är kanske det tydligaste exemplet på hur mäns överordning drabbar kvinnors hälsa. Detta våld förekommer ofta i nära relationer, är långvarigt och systematiskt till sin karaktär, och får därför andra konsekvenser för hälsa och välbefinnande än våld mot män som oftast är tillfälligt och osystematiskt. Först under senare år har man börjat uppmärksamma det sexualiserade våldet som ett socialt problem (se även kapitel 6, sidan 87).

Kvinnors åldrande

Betydligt fler gamla kvinnor än män lever ensamma, eftersom kvinnor lever längre och oftare har äldre män. Kvinnan tar ofta stort ansvar för sin sjuka man medan hon efter hans död själv blir beroende av samhällets insatser. I åldersgruppen 85+ är kvinnornas sjukdomsörda mer än dubbelt så stor som männens. Demenssjukdomar är också vanligare hos kvinnor. En väl fungerande äldrevård är därför en viktig samhällelig förutsättning för jämlikhet i hälsa mellan könen.

Ensamstående mödrar

Antalet föräldrar som är ensamstående har successivt ökat i Sverige under de senaste årtiondena. Vid årsskiftet 1999/2000 fanns drygt 200 000 ensamstående mödrar i landet (SOU 2001:79). Av länets cirka 375 000 barn under 17 år bor 70 procent med båda sina föräldrar (biologiska eller adoptivföräldrar). Motsvarande andel i riket är 74 procent¹ (RTK 2002). Av dessa bor 22 procent (18 % i riket) hos ensamstående mammor och 4 procent (3 % i riket) med ensamstående pappor. Stora variationer förekommer inom länet, i Sundbybergs kommun lever 30 procent av barnen med en ensamstående mamma, i Danderyd endast 10 procent.

Ensamstående mödrar tillhör en grupp, kvinnor, som generellt har lägre inkomster än män. Dessutom är de familjeförsörjare. De ensamstående mödrarnas hälsoläge försämrades under 1990-talet i förhållande till andra grupper. Oftare än andra uppgav de ensamstående mödrarna att de hade dålig fysisk och psykisk hälsa samt att de led av långvarig sjukdom (SOU: 2001:79). Gruppen löper dessutom större risk än andra kvinnor att utsättas för våld och/eller hot om våld.

Data från FHE 2002 är inte tillräckliga för att genomföra analyser av de ensamståendes situation över tid. Dock bekräftar FHE 2002 den bild av gruppens hälsa som redovisats ovan: en större andel med självrapporterad ohälsa och färre med tillgång till kontantmarginal än bland de sammanboende föräldrarna. Jämfört med de ensamstående papporna har de ensamstående mammorna i betydligt lägre utsträckning tillgång till kontantmarginal. Det finns med andra ord ingen anledning att tro att utvecklingen i länet ser avsevärt annorlunda ut mot den i övriga landet.

Ett viktigt skäl till att speciellt belysa de ensamståendes situation är att deras barn kan antas växa upp under sämre förutsättningar än barn som lever med sina båda föräldrar. Gruppen bör därför ägnas särskild uppmärksamhet också utifrån ett barnperspektiv (se kapitel 5, målområde 3, Trygga och goda uppväxtvillkor).

Nästan en fjärdedel av landets ensamstående föräldrar bodde 1999 i Stockholms län. Andelen ensamstående föräldrar i länet kommer sannolikt att öka ytterligare.

Att reflektera över:

- *På vilka sätt kan jämställdhet mellan könen ha betydelse för folkhälsan?*
- *Hur kan den negativa utvecklingen vändas för ensamstående mödrar?*

¹ Antal barn med ensamstående föräldrar överskattas i statistiken. Sambor utan gemensamma barn, vilka det saknas uppgift om, räknas som ensamstående i statistikregistren.

Yngre personers hälsa

Yngre personers levnadsförhållanden har försämrats, framförallt avseende arbetsmarknad och ekonomi. Parallellt med detta har en försämring av det psykiska välbefinnandet ägt rum, i synnerhet bland unga kvinnor. Den ökning som skett av alkoholkonsumtionen sedan FHE 1994 liksom av andelen överviktiga visar på en negativ utveckling av yngre personers hälsa.

I detta avsnitt har ett antal uppgifter rörande yngre personer (15-30 år) sammanställts. Merparten av de unga i Sverige mår mycket bra jämfört med andra länder. Drygt var tredje är aldrig orolig för sin hälsa och tre av fyra är nöjda med sin hälsa. Dock har det psykiska välbefinnandet minskat, särskilt bland unga kvinnor.

Dessutom har de ungas levnadsförhållanden, framför allt i åldrarna 16-24 år, försämrats. Detta gäller i synnerhet ekonomi och arbetsmarknad. Arbetslösheten var högre i slutet av 1990-talet än tio år tidigare och etableringsåldern på arbetsmarknaden steg under decenniet. Den ålder då 75 procent av en årskull har arbete steg under perioden 1989-97 från 21 till över 30 år för kvinnor och från 21 till 26 år för män. Delvis kan den senare etableringen förklaras av utbyggnaden av högskolan under 1990-talet.

De ungas anställningsförhållanden försämrades också. En betydligt större andel av unga hade tidsbegränsad anställning i slutet av 1990-talet jämfört med vid decenniets början. Vidare ökade andelen elever som gick ut grundskolan med ofullständiga betyg. I Stockholms län hade år 2000 nästan var femte elev (19,2 %) som slutat årskurs 9 ofullständiga betyg.

Färre unga än vuxna (i riket) är nöjda med livet som helhet

Av rapporten Barn och ungdomars välfärd (SOU 2001:55) framgår att den andel yngre uppger att de oroar sig för sin hälsa ökat och är högst bland arbetslösa och utlandsfödda. Tio procent uppger att de är missnöjda med livet som helhet. Motsvarande andel bland dem som uppgett att de är missnöjda med sin hälsa är 30 procent. Men nästan hälften (45 %) av dem som är uppger sig missnöjda med sin hälsa är dock nöjda med livet. Totalt framgår av denna rapport att 75 procent bland de unga och 80 procent bland vuxna är nöjda med livet i sin helhet.

Unga, framförallt unga kvinnor, anger en högre grad av stress än vad vuxna gör. Ungdomsstyrelsen har i sin studie "De kallar oss unga" studerat livskvalitet utifrån frågor om ett helhetsperspektiv på livet. I denna studie har inte någon försämring kunnat konstateras under perioden 1997-2002 (sju av tio i åldern 16-29 år anger 2002 att de har en hög livskvalitet). Majoriteten uppger att de orkar göra mycket och är nöjda med sig själva. Men unga anger oftare än vuxna att de känner sig stressade och de unga i åldern 16-19 år rapporterar stress i högre grad än de i åldern 20-29 år. Kvinnor (16-29 år) rapporterar nästan dubbelt så ofta som unga män att de känt sig stressade varje dag eller flera gånger i veckan under det senaste halvåret.

Olika tecken på bristande psykiskt välbefinnande bland de yngre i Stockholms län

Av FHE 2002 framgår att ökningen av rapporterat bristande psykiskt välbefinnande har varit kraftig de senaste fyra åren. Framförallt är det en hög andel av de unga kvinnorna som uppger tecken på nedsatt psykiskt välbefinnande. De unga är också den grupp som ökat mest inom den psykiatriska öppenvården i länet under perioden 1997-2001. Inom gruppen var det kvinnorna som hade ökat mest. Antalet självmord har totalt sett minskat sedan början av 1990-talet. Dock har inte någon minskning skett bland de yngsta (under 17 år). Dessutom har en ökning av antalet självmordsförsök bland unga i åldern 15-24 år observerats sedan år 1998 (se sidan 69).

Varför har de yngres hälsa försämrats?

Betydelsen för hälsan av både ekonomiska förhållanden och sociala relationer har studerats i gruppen 20-29 år. Dubbelt så stor andel av unga kvinnor (20 %) jämfört med unga män uppvisar tecken på psykosocial ohälsa¹ och den psykosociala ohälsan är klart överrepresenterad bland ekonomiskt och socialt utsatta grupper. (Ungdomsstyrelsen 2003).

Förutom den ansträngda tillvaro och lägre livskvalitet som kan antas följa med otrygga ekonomiska förhållanden påverkar dessa förhållanden även den enskildes identitet och relationer. Bengt Starrin, professor i socialt arbete, tolkar utvecklingen på följande sätt (sidan 253 "De kallar oss unga" Ungdomsstyrelsen 2003:1.): "Ett tema som ofta återkommer i litteraturen är att i moderna samhällen som präglas av individualism, konkurrens och prestationsorientering riskerar personliga misslyckanden i konkurrensen om ekonomiska resurser, social status, social prestige och makt att uppfattas som tillkortakommanden och något som i sin tur har en tendens att leda till att man känner sig mindre värd".

En annan och kompletterande förklaring är den förlängda ungdomsperioden (adolescensen). Till följd av att ungdomar idag utbildar sig både längre och senare i livet samt flyttar hemifrån och bildar familj i högre ålder än tidigare blir ungdomstiden utsträckt. Övergången mellan att vara ungdom och att bli vuxen blir mer diffus. Samtidigt är också barndomen idag kortare än tidigare. Genom såväl tidigare köns-mognad som sexuell debut (medianåldern för samlagsdebut är 16,5 år för kvinnor och 16,8 år för män) förkortas barndomen. Sammantaget innebär detta att den livsstil som förknippas med ungdomstiden utsträcks för en längre period av livet.

Den förlängda ungdomsperioden har inneburit att unga vuxna dricker mycket under en längre period än tidigare. Bland de yngre är det en stor andel som är högkonsumenter av alkohol. I FHE 2002 rapporterar 9 procent av kvinnorna och 16 procent av männen i åldern 21-30 år en alkoholkonsumtion som klassificeras som högkonsumtion. Även andelen som provat narkotika har ökat.

¹ Psykosocial ohälsa definieras i studien som att man endera uppvisar dagliga besvär, daglig oro för hälsan eller instämmer i påståendet "Jag känner mig ofta ledsen eller nere".

Den ökade tillgängligheten av droger gör att utvecklingen de närmaste åren inger oro, eftersom tillgängligheten till narkotiska preparat under de närmaste åren förväntas öka ytterligare genom EU-utvidgningen. Sexuellt överförda sjukdomar är vanligare bland stockholmsungdomar än ungdomar i övriga riket. De ökade förbindelserna med våra baltiska grannländer och forna Sovjetunionen kan komma att medföra spridning av hiv-smitta. I dessa länder är antalet hivpositiva kraftigt ökande. Smittan sprids där i första hand genom injektionsmissbruk och sprids sedan vidare sexuellt.

I en storstad som Stockholm är både den förlängda ungdomsperioden och dess konsekvenser extra tydliga. Många ungdomar tvingas bo kvar hemma hos föräldrarna på grund av svårighet att hitta egen bostad. Många av dem som flyttat hemifrån lever i bostäder utan besittningsskydd, tillsammans med kompisar, i studentbostäder eller i andra- eller tredjehandsbostäder. Därtill är det svårt för ungdomar att få tillsvidareanställning vilket medför att många hankar sig fram genom vikariat, projektanställningar och andra tillfälliga anställningar med medföljande försörjningssvårigheter. Dessa förhållanden i kombination med att många väljer att studera länge, påverkar alla åldern för familjebildandet. I Stockholms län är genomsnittsåldern för förstföderskor 29,8 år jämfört med 28,6 år i hela landet.

Sammanfattningsvis är det framförallt unga vuxnas bristande psykiska välbefinnande som inger oro. Därtill väcker uppgifter om en lägre andel sysselsatta bland personer 16-24 år och en högre andel unga långtidssjukskrivna i Stockholms län ytterligare oro. Såväl arbetslöshet som långtidssjukskrivning kan innebära förhöjd risk för ohälsosamma levnadsvanor och försämrad hälsa.

Att reflektera över:

- Vad innebär det för det hälsofrämjandet arbetet riktat mot ungdomar och unga vuxna att ungdomsperioden har förlängts?
- Hur kan vi minska skillnaderna i psykiskt välbefinnande mellan unga kvinnor och män?

Äldres hälsa

Att gå i pension är för flertalet en ur hälsosynpunkt positiv faktor och hälsan bland äldre har förbättrats under de senaste 20 åren. Andelen som klarar sina dagliga sysslor har ökat och rörelse- samt synförmågan har blivit bättre. Bilden är dock splittrad och hälsoutvecklingen de senaste åren är inte entydigt positiv.

Den "tredje åldern" innebär ofta en period av livet med relativt god hälsa, hyfsad ekonomi och överhuvudtaget en aktiv tid med goda kontakter med släkt och vänner. I Sverige är drygt 17 procent av invånarna 65 år eller äldre. Motsvarande andel i Stockholms län är 14 procent (år 2002). Andelen ålderspensionärer i Stockholms län förväntas öka till 17 procent 2015 och till 18-19 procent år 2030. Andelen 65 år och äldre varierar bland länets kommuner från knappt 10 till 20 procent av befolkningen.

Äldre är en heterogen grupp, vi åldras olika. I FHE 2002 uppger 60 procent (65-84 år) bland männen att de har mycket gott eller gott hälsotillstånd medan hälften av kvinnorna uppger mycket gott/gott hälsotillstånd. Det innebär dock att närmare hälften inte beskriver sitt hälsotillstånd så. Till detta kommer att det finns fog att anta att det bland dem som inte besvarat enkäten finns en överrepresentation av äldre med dålig hälsa. Resultaten för äldre med hjälp av livskvalitetsinstrumentet EQ-5D visar att en högre andel kvinnor (65-84 år) uppger måttliga eller svåra problem för de olika dimensionerna (tabell 16, sidan 63). I dimensionen smärtor/besvär har andelen med problem ökat bland kvinnor men inte bland männen. Likaså när det gäller oro/nedstämdhet ses en ökning enbart bland kvinnor. Bland män skedde en fördubbling avseende problem att utföra sina huvudsakliga aktiviteter.

Vissa äldre har en särskilt utsatt hälsosituation: äldre utrikesfödda, pensionärer med låga inkomster, äldre med stora omsorgsbehov och äldre anhörigvårdare. Ungefär 15 procent av alla ålderspensionärer är utlandsfödda. Andelen utlandsfödda varierar betydligt mellan kommunerna. I Vaxholm och Norrtälje är 8 procent av invånarna över 65 år utlandsfödda medan motsvarande andel i Botkyrka är 31 procent. Ännu större skillnader noteras mellan olika bostadsområden. I stadsdelen Rinkeby är 74 procent av personer äldre än 65 år utlandsfödda.

Pensionärshushåll med låga inkomster är ojämnt fördelade i länet med stor andel låginkomsttagare bland utlandsfödda och bland personer i enpersonshushåll. För kvinnor är risken att ligga under socialbidragsnormen dubbelt så stor som för män. Andelen kvinnor som inte kan skaffa fram 14 000 kronor på en vecka har ökat från 18 procent år i FHE 1998 till 25 procent i FHE 2002. Motsvarande andel har minskat något bland männen.

Åldrandet är en process som för de flesta avslutas med en period som präglas av att man har flera kroniska sjukdomar och så omfattande funktionsnedsättningar att man är beroende av andra för att kunna klara sitt dagliga liv. Hjärt-kärlsjukdomar och demenssjukdom är exempel på mycket vanliga kroniska sjukdomar. Benskörhet är hos kvinnor en vanlig riskfaktor för benbrott.

Benskörhet och fallskador

Osteoporos är en skelettsjukdom som medför minskad benmassa och förändringar i benets uppbyggnad. Personer med osteoporos får en ökad frakturbenägenhet och kan få allvarliga frakturer även efter mycket små fallolyckor. De vanligaste frakturställena är kotor, höfter och handleder. Sjukdomen drabbar främst kvinnor över 55 år, när den fertila ålderns skyddande effekt av östrogen avtagit. Ungefär var tredje kvinna över 60 års ålder beräknas lida av benskörhet. Orsakerna är otillräckligt kartlagda men utvecklingen påverkas av ärftliga faktorer och livsstil. Det ökande antalet äldre i befolkningen innebär att antalet osteoporosfrakturer ökar. Var fjortonde stockholmare över 80 år vårdades på sjukhus efter en fallolycka under 2001. Det är ökning med 14 procent sedan 1990. Stockholms län drabbades av en större andel olyckor som krävde sjukhusvård än resten av landet. En av de allvarligaste konsekvenserna av en fallolycka bland äldre är en höftfraktur.

Under år 2001 inträffade 3 231 höftfrakturer i Stockholms län och fram till år 2010 förväntas en ökning av antalet höftfrakturer med 13 procent. Olika modeller för olycksfallsprevention har studerats och klart är att stora hälsoekonomiska besparingar kan göras.

Demens är ett folkhälsoproblem

Ökningen av andelen äldre medför att andelen dementa ökar vilket gör demens till ett folkhälsoproblem. Demenssjukdomarna medför svårt psykiskt lidande för dem som drabbas liksom för deras anhöriga. Rollen som anhängvårdare är mycket utsatt vilket medför att många försummar sina egna behov av sömn, mat och hälsovård vilket medför en hälsorisk för denna grupp.

Demens kan beskrivas som ett syndrom, vilket utmärkes av förlust av intellektuella och emotionella förmågor, som är tillräckligt allvarlig för att inverka på den dagliga funktionen och livskvaliteten. Olika demenstillstånd har olika karakteristika, men alla kännetecknas av en gradvis försämring av intellektuella funktioner som ger sociala konsekvenser. Andelen med demenssjukdom ökar snabbt med stigande ålder, i åldersgruppen 65-69 år beräknas cirka 1,5 procent lida av demenssjukdom, i åldersgruppen 95 år och äldre nästan hälften. Antalet personer med demenssjukdom kan beräknas till ungefär 22 500 i Stockholms län, och antalet kan förväntas öka i takt med att gruppen äldre växer. Det är viktigt att diagnostisera demens tidigt så att bromsmediciner kan sättas in när diagnosen Alzheimers sjukdom är fastställd.

Kända riskfaktorer för demenssjukdom är hög ålder och ärftliga faktorer.

Dessa faktorer är svåra att påverka, men under de senaste åren har studier visat att det även kan finnas många livsstilsrelaterade riskfaktorer för demens. Detta innebär att förebyggande åtgärder kan komma att få ökad betydelse.

Att reflektera över:

- *Hur kan ohälsa och vårdbehov förebyggas bland äldre?*

8. Grupper vars hälsoutveckling behöver belysas ytterligare

Vissa grupper är mindre synliga i offentlig statistik och har heller inte kunnat täckas fullgott i de enkäter och undersökningar som hittills gjorts i länet, varför deras hälsoförhållanden och levnadsvillkor bör belysas ytterligare. Till dessa grupper hör personer med utländsk bakgrund och marginaliserade grupper (såsom hemlösa, prostituerade och missbrukare)

Hälsan hos personer med utländsk bakgrund

I Stockholms län är 17 procent utlandsfödda vilket kan jämföras med Gotlands och Jämtlands län där andelen endast är 4 procent. Stockholms län utmärker sig vidare genom en hög andel utomeuropeiska invandrare. Således bor 40 procent (motsvarande cirka 190 000 individer) av personer födda utanför Europa i Stockholms län.

Flyktinginvandrades livsvillkor med bidragsberoende och bristande integration är förhållanden som ofta lyfts fram i debatten. Mer sällan beaktas att en stor andel av denna grupp har en traumatisk bakgrund (till exempel krig, våld och trakasserier) som utgör en risk för framförallt psykiskt ohälsa.

Invandrades levnadsförhållanden - störst problem bland flyktinginvandrare från regioner på större ekonomisk/social/kulturell/geografisk distans

I en rapport¹ från SCB och Arbetslivsinstitutet (2002) beskrivs skillnader i välfärd mellan olika etniska grupper. Studien visar en avsevärd variation mellan olika invandrargrupper. Arbetskraftsinvandrare från de rika länderna i Norden och centrala EU skiljer sig mycket lite från infödda svenskar. Däremot har flyktinginvandrare från andra världsdelar och Balkan i nästan alla avseende betydligt sämre välfärd än infödda svenskar. Den gynnade gruppen har i praktiken fri invandring och kommer från vårt närområde. De som tillhör denna grupp av invandrare är attraktiva på svensk arbetsmarknad och anses i det allmänna medvetandet stå nära svenskarna ifråga om språk, samhällssyn, kultur, religion, utseende, värderingar och allmän livsstil. Den missgynnade gruppen består av personer som endast får komma till Sverige om de har flyktingskäl eller som anhöriginvandrare dvs grupper som i regel har utsatts för förföljelse i hemlandet. Mottagarlandet väljs därför det är där man kan få asyl. Ofta har man inte för avsikt att stanna för gott vilket kan bidra till att bromsa etableringen i Sverige.

¹ De olika välfärdsrelaterade uppgifterna har inhämtats genom årliga intervjuundersökningar med stora stickprov ur befolkningen vilka utförs av SCB för att studera dessa gruppers levnadsförhållanden (ULF) under åren 1979-2001. I rapporten jämförs olika invandrargrupper (från olika världsdelar och olika länder) välfärdsutfall med varandra och med infödda svenskar (födda i Sverige och med två svenskfödda föräldrar). Vid jämförelsen tas hänsyn till att grupperna ska vara jämbördiga vad gäller kön, ålder, familjesituation och utbildning.

Invandrares hälsoförhållanden

Arbetskraftsinvandrares hälsa skiljer sig alltså inte nämnvärt från infödda svenskar. Däremot flyktingar har i många avseenden sämre hälsa vad gäller självs kattade hälsoproblem, nedsatt arbetsförmåga och rörelsehinder. Det psykiska välbefinnandet är påtagligt sämre bland invandrare, och i synnerhet bland flyktinginvandrare som har varit i Sverige mindre än 10 år. Speciellt är det bland kvinnor som psykisk ohälsa är vanligare.

Synen på hälsa och sjukdom skiljer sig mycket mellan olika kulturer. Dessa skillnader blir tydligast vad gäller psykisk ohälsa. Hur man uppfattar psykisk ohälsa, hur man uttrycker den och vilken hjälp man förväntar sig från omgivningen är kulturellt betingat. Detta innebär att det i forskningssammanhang är viktigt att beakta perspektiven hos de grupper som ska studeras liksom vid hälsofrämjande arbete, riktat till dessa grupper. Troligen skulle svenskt folkhälsoarbete kunna berikas av om dessa olika synsätt togs tillvara.

Varför finns det hälsoskillnader mellan personer med utländsk bakgrund och personer födda i Sverige?

Invandrare måste liksom ungdomar etablera sig. Invandrarnas levnadsförhållanden kan ses ur ett livskarriärperspektiv där invandringen i sig innebär ett underläge. Att vara ny invandrare innebär resursbrister i många av de avseenden vilka kan hänföras till de olika målområden som lyfts fram i Mål för folkhälsan (se sidan 20). Som exempel kan nämnas bristande språkkunskaper, kunskap om hur samhället fungerar, allmän utbildning, svensk arbetslivserfarenhet och erkända yrkesmeriter samt sociala nätverk. Hög utbildning är positivt för välfärdsutfallet men trots detta är vinsten av utbildning betydligt lägre för högutbildade invandrare än för infödda svenskar. De har högre arbetslöshet, faller oftare under vårt fattigdomstreck, har oftare ekonomiska problem och deras materiella standard är också påtagligt lägre än infödda svenskar.

Bland skillnader i levnadsvanor kan noteras att andelen rökare är betydligt högre, framförallt bland invandrade män, än bland svenskfödda (se sidan 48). Både kvinnor och män bland utrikes födda motionerar i mindre omfattning än svenskfödda. Övervikt är vanligare bland invandrade kvinnor än bland svenskfödda. Detta gäller främst kvinnor från Sydeuropa, Turkiet och Chile.

Barn med utländskt ursprung löper ökad risk att skadas i bilolyckor, cykelolyckor, i hemmet och i skolan. Över hälften av dessa barn lever i fattiga familjer i segregerade bostadsområden.

Att reflektera över:

- *Hur kan vi inom kommuner och landstinget verka för att barnen till 1990-talets flyktinginvandrare får lika goda förutsättningar och därmed lika god hälsoutveckling som barn till infödda svenskar?*

Marginaliserade grupper hälsa

Jämfört med genomsnittsbefolkningen är dödligheten liksom andelen svårt sjuka betydligt högre i de grupper som kan kallas marginaliserade i samhället. Till dessa grupper hör t ex hemlösa, prostituerade och missbrukare.

De utsatta grupperna anges i Mål för folkhälsan (riksdagsbeslut med anledning av prop 2002/03:35) som särskilt centrala ur folkhälsosynpunkt. Ett av målen är att hemlösheten ska försvinna.

Hemlösa

Uppgifter angående antalet hemlösa i Stockholms län saknas. Däremot genomför Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad årligen kartläggningar av de hemlösa genom en enkät till olika enheter inom socialtjänsten, beroendevården, frivilligorganisationer och andra institutioner. Dessa uppgifter kan ge god vägledning om utvecklingen totalt i länet. En stor andel av länets hemlösa kan antas vistas inom Stockholms stad där mellan 2 500 och 3 000 personer beräknas vara hemlösa (tabell 24). Av dessa är av och till 600-800 uteliggare och boende på härbärgen. Minskningen av antalet noterade hemlösa sedan 1993 beror till okänd del på ett ökande mörkertal under senare år. Antalet missbrukare bland de hemlösa som haft kontakt med någon myndighet har minskat kraftigt sedan 1996.

Beräkningar år 2001 visade att 78 procent av de hemlösa var missbrukare, av dessa hade ungefär hälften alkohol som dominerande preparat. Antalet hemlösa personer med påtaglig psykisk störning som medför behov av behandling och omvårdnad fördubblades mellan 1993 och 2001 (tabell 24). En större andel av de hemlösa kvinnorna (49 %) än männen (38 %) hade påtagliga psykiska störningar.

Orsaken till att antalet psykiskt störda hemlösa ökar är inte känd. Ökningen har dock i tiden sammanfallit med stora neddragningar av antalet vårdplatser inom den allmänpsykiatriska vården. Även antalet vårdplatser inom beroendevården har minskat under denna tid.

Tabell 24. Antalet hemlösa i Stockholms stad samt andelen (%) med påtaglig psykisk störning (med behov av behandling eller omvårdnad).

	Antal hemlösa	Antal med psykisk störning	Andel (%) med psykisk störning
1993	3 079	508	16
1996	2 801	899	32
1997	2 875	1 205	42
1998	3 069	1 444	47
1999	2 792	1 229	44
2000	2 272	909	40
2001	2 529	1 023	40

Källa: Finne E. Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 2001. FoU-enheten vid Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad.

Utmärkande för personer i de marginaliserade grupperna är att de ofta p g a sociala omständigheter har svårt att på ett adekvat sätt sköta sin hälsa. Det är vanligt att inte söka vård när hälsoproblem uppstår, och många klarar inte att fullfölja ordinerade behandlingar till följd av psykiatrisk och social problematik. Därför riskerar såväl psykiska som somatiska sjukdomar att förbli obehandlade.

9. Framtidsperspektiv

I det följande beskriver vi några kända förändringar fram till år 2005/2010 och hur dessa kan förväntas påverka folkhälsan i länet.

Andelen äldre i befolkningen ökar

Andelen personer över 65 år och äldre ökar successivt i länet. Fram till 2010 kommer gruppen att öka med 6 procent. Detta får både ekonomiska och sociala konsekvenser. Försörjningsbördan kommer att öka, d v s kvoten mellan befolkningen i icke yrkesför ålder (0-19 samt 65- år) respektive yrkesför ålder kommer att stiga. Detta innebär att en mindre andel av befolkningen ska finansiera omsorgen och vården. Ökningen i de äldsta åldersgrupperna, 85 år och äldre, innebär sannolikt en ökning av den totala vårdkonsumtionen. Den äldsta åldersgruppen utgörs framförallt av kvinnor vilket förmodligen innebär att det är de hälsoproblem som drabbar äldre kvinnor som kommer att öka.

Målet "En hälsofrämjande hälso- och sjukvård" får starkt ökad betydelse

Den ökade försörjningsbördan medför att målområde 5 "En hälsofrämjande hälso- och sjukvård" får förstärkt betydelse. En positiv hälsoutveckling hos den egna personalen är en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna agera hälsofrämjande gentemot allmänheten och patienterna. Åtgärder för en bättre arbetsmiljö kan reducera den höga sjukfrånvaron bland den egna personalen. Därtill kommer också att omvårdnadsyrken måste te sig attraktiva för att yngre generationer ska vilja söka sig till dessa yrkesområden.

Stor andel personer i grupper med ogynnsam hälsoutveckling

I ett antal faktorer relaterade till hälsan skiljer sig Stockholms län från övriga län. I denna rapport har vi redovisat några av de grupper i samhället som under 1990-talet har haft en ogynnsam hälsoutveckling. Dessa grupper är överrepresenterade i länet jämfört med riket i övrigt. Hälsoutvecklingen hos ensamstående mödrar och yngre kommenteras mer utförligt i kapitel 7. I kapitel 8 beskriver vi hälsan hos personer med utländsk bakgrund och hos marginaliserade grupper.

Framtida hälsoutveckling

Bristande psykiskt välbefinnande framförallt bland unga

Som framgår av rapporten kan man notera en ökning av framförallt självrapporterad psykisk ohälsa. Vad detta innebär för folkhälsan i länet kan diskuteras, men dessa tillstånd är i varje fall inte klassisk sjuklighet som hälso- och sjukvården primärt kan bota/lindra. Däremot är risken stor att den ökande förekomsten av upplevd ohälsa leder till ett ökat tryck på hälso- och sjukvården och socialtjänsten, varför det är angeläget att sätta in förebyggande insatser i tid och på rätt nivå.

Jämfört med övriga riket kännetecknas Stockholms län av en ung befolkning som kommer att öka de närmaste åren. Detta kan få speciell betydelse för både kommuner och landsting, eftersom det samtidigt är i de yngre åldersgrupperna som en kraftig ökning av det bristande psykiska välbefinnandet konstaterats. Det mest anmärkningsvärda resultatet av FHE 2002 är en kraftig ökning av tecken på psykisk ohälsa bland yngre och framförallt bland yngre kvinnor. Detta förhållande i kombination med ungas prognostiserade ökande arbetslöshet oroar på en förhöjd risk för ohälsosamma levnadsvanor. Unga kvinnor tillhör den grupp som ökat sin alkoholkonsumtion kraftigast sedan FHE 1998.

Vid kontakter med hälso- och sjukvården fordras kompetent bemötande och omhändertagande för att motverka risken för medikalisering och fastlåsnings i passivitet och bidragsberoende. Samtidigt måste behoven av medicinskt omhändertagande snabbt kunna fastställas och erhållas där så erfordras.

Risk för ytterligare ogynnsam hälsoutveckling bland utrikes födda

Av länets befolkning hade (2002) knappt 20 procent utländsk bakgrund¹. Jämfört med övriga storstadslän är andelen invandrare födda utanför Europa kraftigt över-representerad i Stockholms län (knappt 40 % av hela gruppen motsvarande 190 000 individer). Utomeuropeiska invandrare har i hög utsträckning tvingats leva på bidrag. Med tanke på gruppens stora andel av de invandrade i Stockholms län och gruppens ur hälsosynpunkt ogynnsamma levnadsförhållanden bör gruppens hälsa beaktas ur folkhälsosynpunkt, dels vad det gäller de invandrade själva, men även vad gäller deras barn. Över hälften av dessa barn lever i fattiga familjer i segregerade bostadsområden.

Alkoholkonsumtionen

är högre i Stockholms län än i övriga riket och förväntas stiga ytterligare. Det är känt att en ökad genomsnittskonsumtion medför ökande alkoholrelaterade problem, liksom även skador relaterade till både olyckor och våld förutom sociala problem. Denna utveckling kommer att ställa stora krav på prevention och behandling, i första hand i kommunerna men även för de allra flesta av landstingets vårdgrenar. För att det förebyggande arbetet ska bli effektivt fordras hög grad av bred och långsiktig samverkan.

¹ Utländska medborgare födda i utlandet eller i Sverige samt svenska medborgare födda i utlandet.

Narkotikamissbruk

Fler i Stockholms län, jämfört med riket som helhet, har prövat att använda narkotika. Dessutom är det tunga narkotikamissbruket¹ koncentrerat till storstäderna. Troligen kommer införseln av narkotika att öka i samband med det minskade gränsskyddet. Med andra ord kommer sannolikt utbudet av illegala droger att öka. En nedgång av priserna förmodas medföra att fler personer kommer att pröva narkotika.

Rökningen

fortsätter att minska på befolkningsnivå. Dock har den positiva utvecklingen endast i marginell utsträckning påverkat lågutbildade kvinnor och män med utländsk bakgrund. Just nu sker också en kraftig förändring av tobaksvanorna (t ex snusar yngre män oftare än de röker) vars långsiktiga följder är svåra att överblicka. Inom vården kommer generationseffekter att göra sig märkbara. Den största anhopningen av rökare finns bland 40- och 50-talisterna och dessa stora årskullar kommer inom kort att avsätta tydliga spår inom vården. Inom hälso- och sjukvården finns stora möjligheter till tobaksförebyggande arbete. Det vetenskapliga underlaget för behandlingseffekterna av rökavvänjning är utomordentligt starkt och kostnadseffektiviteten är hög.

Övervikt och fetma

ökar mycket kraftigt i den vuxna befolkningen i länet, framförallt bland yngre vuxna (under 45 år). I den åldersgruppen har andelen feta fördubblats hos männen och tredubblats hos kvinnorna under perioden 1990-2002. Dessutom rapporteras alarmerande höga siffror för övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Eftersom övervikt och fetma innebär en ökad risk för ett flertal sjukdomar, t ex hjärtkärlsjukdomar, diabetes och sjukdomar i rörelseorganen innebär den pågående viktuppgången i den yngre delen av befolkningen att dessa sjukdomar kan komma att öka. Denna hotfulla utveckling ställer krav på omedelbara och kraftfulla förebyggande insatser riktade främst till barnfamiljer i länets resurssvaga områden.

Ökad internationalisering

Ytterligare en förändring är att flera av de östeuropeiska länderna kommer att vara en del av EU. Detta innebär en minskad gränskontroll samt sannolikt ett ökande resande till och från dessa länder. Stockholms län riskerar att drabbas av samma typ av epidemier som invånare i Baltikum och Ryssland.

En ökning av hiv sker i dessa stater, främst bland ungdomar. Smittan sprids främst genom injektionsmissbruk varefter smittan kan spridas sexuellt. Stockholm liksom övriga storstäder i Europa riskerar även att bli mer utsatt för andra smittsamma sjukdomar, som t ex tuberkulos. De som drabbats av dessa sjukdomar är främst hemlösa, drogmissbrukare och illegala flyktingar.

Ökade hälsoskillnader mellan grupper p g a den ökande segregationen

Om segregationen inte minskar riskerar hälsoskillnaderna mellan olika grupper i samhället att öka ytterligare.

¹ Med tungt narkotikamissbruk avses injektionsmissbruk eller dagligt/nästan dagligt bruk.

Använda förkortningar

AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AMU	Arbetsmiljöundersökningen (se även Större studier)
BMI	Body Mass Index
BROMS	Barns Rökning Och Miljö i Stockholms län
CAN	Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning
DDD	Daily Defined Dose
EpC	Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen
EQ-5D	EuroQol 5 Dimensions
FHE	Folkhälsoenkäten
FHI	Folkhälsoinstitutet
FHR	Folkhälsorapporten
GHQ12	General Health Questionnaire 12
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
KOL	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
RFV	Riksförsäkringsverket
RTK	Region- och trafikplanekontoret
SCB	Statistiska centralbyrån
SLL	Stockholms läns landsting
SoRAD	Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning
SOU	Statens offentliga utredningar
STI	Sexually Transmitted Infections
ULF	Undersökningar om levnadsförhållanden (se även Större studier)
WHO	World Health Organisation

Större studier

AMU (Arbetsmiljöundersökningen) genomförs sedan 1989 vartannat år av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Arbetsmiljöverket som har huvudansvaret för genomförande av regeringens arbetsmiljöpolitik och sedan den 1 juli 1994 ansvaret för den officiella statistiken om arbetsmiljön. Frågor om arbetsförhållanden inom svenskt arbetsliv ställs till 10 000-15 000 personer. År 2001 ställdes frågorna i Arbetsmiljöundersökningen som tilläggsfrågor i SCBs Arbetskraftsundersökning (AKU) under oktober-november 2001, och via enkäter som skickades till dem som svarat på tilläggsfrågorna.

BROMS (Barns Rökning Och Miljö i Stockholms län) är en longitudinell studie av individuella, familjära, sociala och skolmässiga bestämningsfaktorer för barns och ungas livsstilsval gällande främst tobak och alkohol. Studien startade 1997 med 3 050 11-åringar (åk 5) och efter årliga enkäter upp till åk 9 är svarsprocenten fortfarande 90-95 %. Studien drivs av Centrum för Tobaksprevention Samhällsmedicin SLL.

MOA (moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män) är en studie av människors arbets- och livsvillkor inom skilda yrkeskategorier. Studien gjordes 1995-1997 av Yrkesmedicin inom Samhällsmedicin, SLL, Yrkes- och miljömedicin vid Regionsjukhuset i Umeå, samt forskare från Arbetslivsinstitutet.

PART (Psykisk hälsa, Arbete, Relationer) är en longitudinell studie av den psykiska hälsan i länets befolkning 20-64 år. Genom en enkät besvarad av 10 400 personer och psykiatriska intervjuer med 1 100 personer i fas I (1998-2000), samt en uppföljningsenkät och nya intervjuer i fas II (2001-2003), studeras bl a risk och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa. Studien genomfördes vid FoU-enheten för psykiatri vid Huddinge Universitetssjukhus (fas I) och Samhällsmedicin (fas II) samt vid NEUROTEC-institutionen och Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

ULF, Undersökningarna av levnadsförhållanden, genomförs sedan 1975 årligen av SCB på uppdrag av Sveriges Riksdag, i huvudsak som besöksintervjuer med ett slumpmässigt urval om cirka 7 500 personer av Sveriges vuxna befolkning 16-84 år. Därvid erhålls statistik - indikatorer - för välfärdsområdena eller *välfärdskomponenterna* Arbetsmiljö, Boende, Ekonomi, Hälsa, Fritid, Materiella tillgångar, Medborgerliga aktiviteter, Sociala relationer, Sysselsättning och arbetstider, Transporter och kommunikationer, Trygghet och säkerhet samt Utbildning.

Ungdomsbarometern är en rikstäckande attitydmätning hos 12 000 ungdomar i åldrarna 16-25 år om deras inställning till bl a utbildning, arbetsliv, politik m m, som genomförs varje år av Ungdomsbarometern AB.

Referenser

Kapitel 1

Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen 2001.

Folkhälsorapport för Stockholms län 1999. En rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län. Socialmedicin, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1999.

Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län. Centrum för Barn och Ungdomshälsa (CBU), Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1998.

Äldres hälsa och välbefinnande, Stockholms läns landsting, 2001.

Rättvisa och hållbar utveckling, programförklaring för Stockholms läns landstings (SLL) majoritetskoalition november 2002.

Kapitel 2

HÄLSA21 - hälsa för alla på 2000-talet. Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella Folkhälsokommittén 1999. Svensk översättning av HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization 1998.

Mål för folkhälsan. Riksdagsbeslut med anledning av prop 2002/03:35.

The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting Healthy Life. World Health Organization 2002
(internetadress www.who.int/whr/2002/en/whr_overview_eng.pdf).

The European Health Report 2002. World Health Organization Europe. WHO Regional Office for Europe Copenhagen. WHO Regional Publications, European Series, No. 97, 2002.

The social situation in the European Union 2003. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union Communities 2003.

Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763). Utdrag ur databasen Rättsnätet
(internetadress www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19820763.HTM.)

Kapitel 3

Preliminär befolkningsprognos för Stockholms län 2003-2012.

Region- och trafikplanekontoret 2003 (internetadress www.rtk.sll.se).

Kapitel 4

Inkomstfördelningsundersökningen 2000 hushållens ekonomi. Barn och deras familjer. SCB 2002.

Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2002. Socialstyrelsen 2003.

Sveriges handlingsplan mot fattigdom och social utestängning 2003-2005.
Socialdepartementet 2003.

RUFS 2001. Regional utvecklingsplan 2001 för Stockholmsregionen. Regionplan för
Stockholms län. Antagen av landstingsfullmäktige den 14 maj 2002
(internetadress www.stockholmsregionen.nu/).

Social integration i Stockholmsregionen – ett internationellt perspektiv.
Storstadspolitik 6:2003. Region- och trafikplanekontoret 2003.

På rätt väg? Slutrapport från den nationella utvärderingen av storstadssatsningen.
Integrationsverkets rapportserie 2002:5.

Strömblad P. Politik på stadens skuggsida. Avhandling. Skrifter utgivna av
Statsvetenskapliga föreningen i Uppsala, 152. Uppsala 2003.

Regionförstoring och segregation. Utveckling i Stockholmsregionen 1970-2000.
Promemoria 10, Region- och trafikplanekontoret, Stockholms läns landsting 2003.

Integration - Storstadspolitik 7:2003 Region- och trafikplanekontoret,
Stockholms läns landsting 2003.

Kapitel 5

Mål för folkhälsan. Riksdagsbeslut med anledning av prop 2002/03:35.

Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet. Redovisning av
regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem
för det samlade folkhälsoarbetet (Socialdepartementet S2002/5085/FHI).
Dnr 02-0368, Statens folkhälsoinstitut 2002.

Statistiska Meddelanden. SM0301, SCB 2003.

Lange A. Diskriminering, integration och etniska relationer. Norrköping:
Integrationsverket, 2000.

Jämställdhetsindex, SCB.

Social atlas över Stockholmsregionen. Region- och trafikplanekontoret 2000.

FNs konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen). Antagen av FNs
generalförsamling den 20 november 1989.

Storstadfenomen. Var i Sverige bor de unga, de högutbildade, de med mångkulturell
bakgrund? En sammanställning av fakta om Stockholm och övriga storstadslän.
Storstadspolitik 1:2003. Region- och trafikplanekontoret 2003.

På rätt väg? Slutrapport från den nationella utvärderingen av storstadssatsningen
Integrationsverkets rapportserie 2002:5.

AMU (Arbetsmiljöundersökningen) genomförs sedan 1989 vartannat år av Statistiska
centralbyrån (SCB) på uppdrag av Arbetsmiljöverket. Se även Större studier.

- Att förebygga nickelallergi. Hur ett EU-direktiv genomförs i Sverige.
Folkhälsoinstitutet 2001:29.
- Lidén C. Goda möjligheter att förebygga kontakteksem genom lagar. Läkartidningen
2002:99:651-654
- Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763). Utdrag ur databasen Rättsnätet
(internetadress www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19820763.HTM).
- Nyhetsbrev från avdelningen för Epidemiologi 2003-06-12. Smittskyddsinstitutet 2003.
Smittskyddslag. Lagboken 1988:1472.
- Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), SCB. Se även Större studier.
- Varo et al. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European
Union. *Int J Epidemiol.* 32 (1) 2003.
- Luncher på stan - en fara för folkhälsan? Centrum för tillämpad Näringslära,
Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 24, 2000.
- Riksmaten 1997-98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Metod- och resultatanalys.
Livsmedelsverket 2002.
- Konsumtionen av livsmedel och dess näringsinnehåll. Jordbruksverket.
Rapport 6, 2003.
- Galanti MR. Tobaksvanor i de tidiga tobaksåren - resultat från BROMS-studien.
Centrum för Tobaksprevention, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
Rapport 3, 2002.
- Tobakslagen. Lagboken 1993:581.
- Leifman H. Trends in population drinking. In Norström T, red. Alcohol in Postwar
Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in
15 European countries, sidan 49-81. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 2002.
- Drogutvecklingen i Sverige 2003. Centralförbundet för Alkohol – och
Narkotikaupplysning (CAN). Rapport 71, 2003.
- Dödsorsaksstatistik från Epidemiologiskt Centrum (EpC) Socialstyrelsen 2003.
- Hälsorelaterade levnadsvanor – vad vet vi och vad behöver vi veta?
Statens Folkhälsoinstitut 2003:17.

Kapitel 6

- Burström K. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D – Beskrivning av
instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län.
Stockholm: Katarina Tryck AB, 2002.
- Andreen Sachs M, Arrelöv B, Burström K, Sorsa R. Praktisk användning av
livskvalitetsinstrumentet EQ-5D – Erfarenheter av pilotstudie under 2002 i
Stockholm läns landsting. Beställarkontor Vård, 2003.

Självmondsstatistik från Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (internetadress www.ki.se/suicide/).

Handlingsprogram STI/hivprevention. Medicinskt Program Arbeta 5.
Stockholms läns landsting 2002.

Jälminger A-K, Marmur A och Callmer E. Min Matdagbok - En matvaneundersökning bland barn i årskurs tre från områden med olika socioekonomiska förhållanden i Stockholms län. Centrum för Tillämpad Näringslära (CTN), Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 27, 2003.

Bjärås G och Östensson C-G. Att förebygga typ 2 diabetes. Diabetespreventiva enheten, Karolinska sjukhuset. AB Realtryck, Stockholm, 1996. Reviderad upplaga 2001.

WHO Genève 2002 World report on violence and health.

Rosén A, Edwall-Arvidsson C, Barenthin I. Dental caries, fillings and dentures among adults in Stockholm who visit a dentist regularly. Tandvårdsstaben, Stockholms läns landsting. Report TS200209-0123, 2002.

Skillnader i tandhälsa och tillgång till tandvård. Socialstyrelsen 2002.

Årsstatistik Tandvård för Stockholms län och landsting 2003.

Bastin M, Fredriksson K och Andersson A. AHA utredningsinstitut och arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Bilaga 4. Arbetsmiljö och arbetsrelaterad sjukfrånvaro. SOU 2003:13. Statistiska centralbyrån 2003.

Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. Serien RFV redovisar, 2002:8. Riksförsäkringsverket, 2002.

Kapitel 7

Välfärdsbokslut för 1990-talet. Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2001:79 (internetadress www.regeringen.se). Socialdepartementet 2001.

Barn och deras familjer i Stockholms län år 2000. En statistisk studie av barn och deras levnadsförhållanden. Statistik om Stockholms län och region 1:2002. Region- och trafikplanekontoret 2002.

FNs konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen). Antagen av FNs generalförsamling den 20 november 1989.

De kallar oss unga. Ungdomsstyrelsens Attityd- och värderingsstudie 2003. Ungdomsstyrelsens skrifter 2003:1.

Barn och ungdomars välfärd. SOU 2001:55. Antologi från kommittén Välfärdsbokslut, Stockholm, Socialdepartementet (internetadress www.regeringen.se).

Upmark M, Svensson J m fl. Behovsanalys nr 8. Ungdom och missbruk. Slutrapport. Stockholms läns landsting, 2002.

Äldres hälsa och välbefinnande. En utmaning för folkhälsoarbetet.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001.

Satsa på de äldres hälsa. En kunskapssammanställning med goda exempel.
Folkhälsoinstitutet 2002:27.

Fratiglioni L, Agüero-Torres, H och Winblad B. Demens - ett stort och ökande
folkhälsoproblem. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001:3, 2001.

Fratiglioni, L., & Rocca, W. A. Epidemiology of dementia. I F. Boller & S. Cappa (Red.),
Handbook of neuropsychology: Aging and dementia. Amsterdam: Elsevier Science
Publishers, 2000.

Kapitel 8

Vogel J, Hjelm M och Johansson S-E. Integration till svensk välfärd? Om invandrares
välfärd på 90-talet. Rapport 96 i serien Levnadsförhållanden. Arbetslivsinstitutet
och Statistiska centralbyrån, 2002.

Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige.
Statens Folkhälsoinstitut, 2002:29.

Välfärdsbokslut för 1990-talet. Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut.
SOU 2001:79 (internetadress www.regeringen.se). Socialdepartementet 2001.

Storstadfenomen. Var i Sverige bor de unga, de högtbildade, de med mångkulturell
bakgrund? En sammanställning av fakta om Stockholm och övriga storstadslän.
Storstadspolitik 1:2003. Region- och trafikplanekontoret, Stockholms läns landsting
2003.

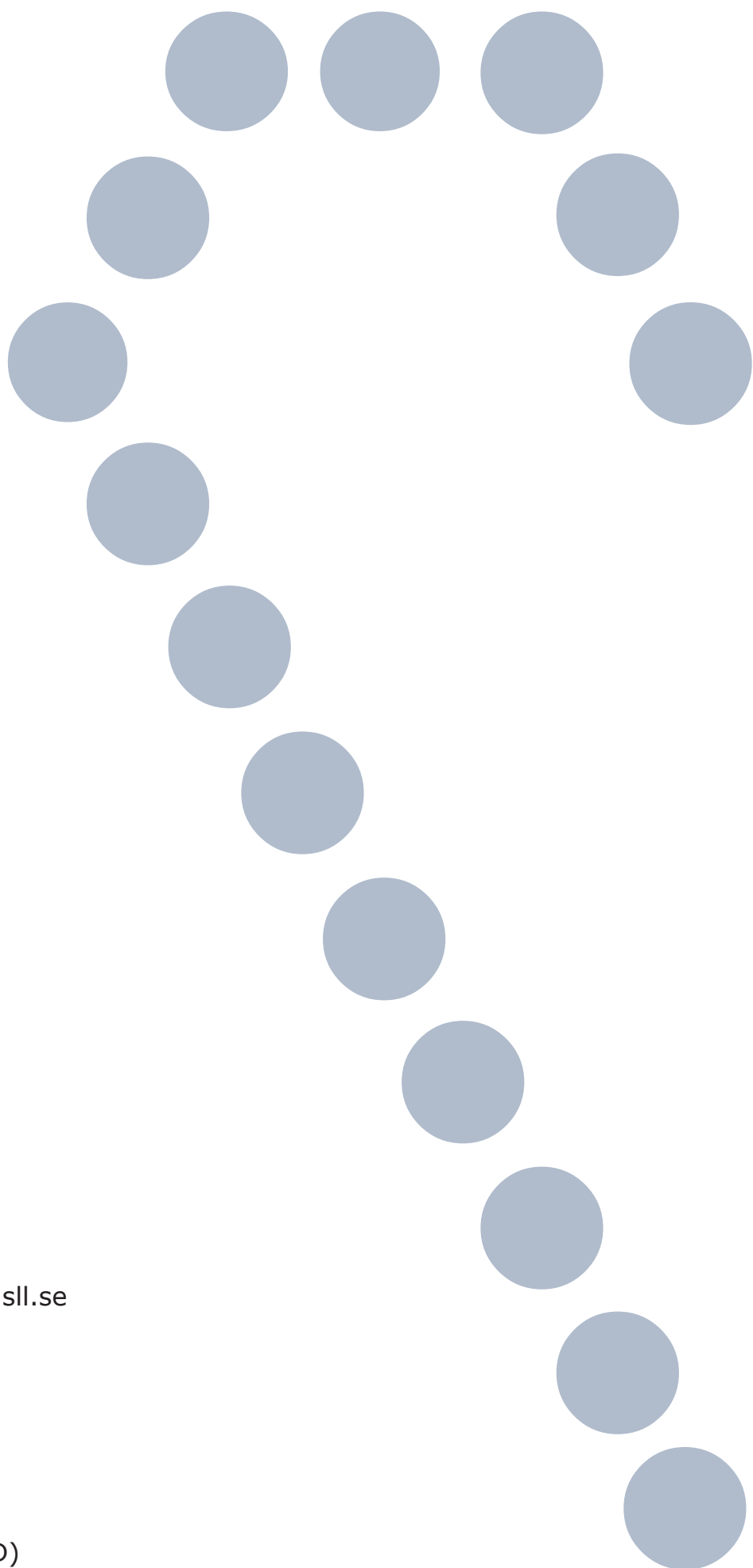
Hjern, S. Migration till segregation. En folkhälsorapport om barn med utländskt
ursprung i Stockholm. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1998.

Ekblad S, Oxenstierna G och Akpinar A. Invandrarbakgrundens betydelse för sjukvård
och socialförsäkring. En folkhälsorapport för Stockholms län 1998. Karolinska
Institutet, Stockholms universitet och Stockholms läns landsting 1998.

Malmström C. Introduktion och hälsa. Integrationsverkets stencilserie 2003:2.

Kapitel 9

Preliminär befolkningsprognos för Stockholms län 2003-2012. Region- och
trafikplanekontoret 2003 (internetadress www.rtk.sll.se).



Samhällsmedicin
Box 17533
118 91 Stockholm

E-post Resurscentrum@smd.sll.se
Fax 08 517 780 99



ISSN 0284-4036 2003:1 (SMD)