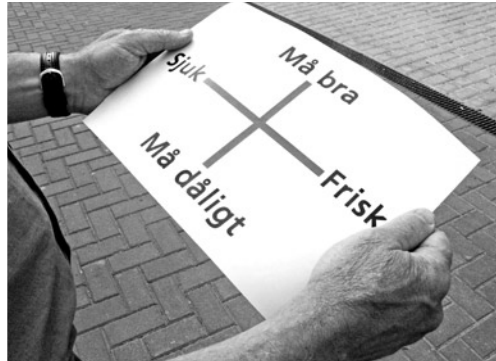


# Folkhälsorapport 2007



## Folkhälsan i Stockholms län 2007

### **Medverkande**

Projektgruppen för Folkhälsorapport 2007 (FHR 2007) har bestått av Peter Allebeck (projektledare), Mona Backhans (huvudredaktör) samt redaktörerna Birgitta Greitz, Inger Heimerson och Malin Kark. Redaktionsgruppen har även bidragit med statistiska bearbetningar och textunderlag. I ett inledande skede ingick även Ola Leijon och Ellenor Mittendorfer-Rutz i redaktionsgruppen. Viktoria Jonze har varit ansvarig för grafisk formgivning och layout och Barbro Eriksson har stått för korrekturläsning.

I stort sett alla avdelningar och enheter inom Centrum för folkhälsa har bidragit med material och/eller statistiska bearbetningar till rapporten. Dessutom har Äldrecentrum, Smittskyddsenheten och Onkologiskt centrum bidragit med underlag. Följande personer har medverkat med skriftliga underlag:

Jan Adolfsson, Anders Ahlbom, Lars Alfredsson, Ingegärd Anveden, Anna-Karin Asp, Bo Burström, Kristina Burström, Sofia Carlsson, Christina Dalman, Kerstin Damström Thakker, Gunnel Emenius, Sanna Fredin, Yvonne Forsell, Hans Gilljam, Johan Hallqvist, Marie Hasselberg, Tomas Hemmingsson, Karen Leander, Ola Leijon, Carola Lidén, Lene Lindberg, Anette Linnarsjö, Anneli Marttila, Tahereh Moradi, Ellenor Mittendorfer-Rutz, Dominika Piekut, Finn Rasmussen, Liselotte Schäfer Elinder, Maria Rankka, Mats Thorslund, Magnus Wickman, Maria Wikland, Sven-Erik Wånell, Gunnar Åberg, Mårten Åhström och Åke Örtqvist.

Anders Järleborg har varit ansvarig för distribuering av datauttag från Folkhälsoenkät 2006 och haft en konsultativ roll vid den statistiska bearbetningen. Mona Lakso och Ulrika Borgelin Stoltz har arbetat med informationsamordning runt rapporten.

Rapport från Centrum för folkhälsa  
ISBN 978-91-975889-3-5

Stockholm 2007

## FÖRORD

Folkhälsorapport 2007 är den sjätte i den serie av folkhälsorapporter från Stockholms läns landsting som startade 1987, och som sedan dess har publicerats ungefär vart fjärde år. Sett i ett tjugoårsperspektiv har hälsan förbättrats kraftigt i flera avseenden: Medellivslängden har ökat, spädbarnsdödligheten har minskat och andelen dagligrökare har minskat. Samtidigt har vi sett en ökning i förekomst av psykisk ohälsa, en ökad alkoholkonsumtion och ökade hälsoskillnader mellan kommunerna i länet.

Folkhälsorapportering fyller en viktig funktion för att kunna följa utveckling av befolkningens hälsa. För oss politiker och andra beslutsfattare utgör dessa rapporter ett viktigt underlag för diskussioner som ligger till grund för beslut inte bara i hälsopolitiska frågor, utan också på andra politikområden som påverkar folkhälsan.

Vi kan glädjas åt en hel del positiva resultat i denna rapport: Vi verkar se ett trendbrott i den långvariga ökningen av psykisk ohälsa, värk i rörelseorganen och sjukskrivning. Invånarna i länet har blivit mer fysiskt aktiva och konsumerar mer frukt och grönsaker. Oroväckande är dock att alkoholkonsumtionen fortsätter att öka liksom den alkoholrelaterade sjukvårdskonsumtionen och dödligheten. Även fetma ökar, vilket på sikt kan leda till fler fall av diabetes, hjärtinfarkt och andra sjukdomar där utvecklingen hittills har varit gynnsam. I rapporten visas hur hälso- och sjukvården kan göra ännu mer än idag när det gäller att minska rökning, minska riskbruk av alkohol och främja fysisk aktivitet.

Den kanske mest beklagliga utvecklingen i ett länsövergripande perspektiv är de fortsatt ökande hälsoskillnaderna mellan olika kommuner och stadsdelar. Rapporten visar på betydande skillnader när det gäller medellivslängd och förekomst av psykisk ohälsa, övervikt och andel dagligrökare. Här har vi politiker i både kommuner och landsting en viktig uppgift att motverka denna utveckling.

Materialet i rapporten kommer också utgöra ett viktigt underlag för kommunerna i länet och deras insatser för sina invånares bättre hälsa, när det har brutits ned till folkhälsodata på kommunnivå.

Kommuner och landsting kan i viss mån påverka viktiga förhållanden för hälsan, men nationella och internationella faktorer spelar stor roll. Det gäller exempelvis hur nyanlända svenskar integreras i samhället liksom alkoholkonsumtionen som i hög grad påverkas av EU:s regelverk. Detta understryker att vi som det i särklass största landstinget bör vara med också på den nationella arenan, och visar hur hälsoutvecklingen i länet är en viktig indikator på en övergripande nationell och internationell utveckling som vi noga måste följa.

*Birgitta Rydberg*  
Landstingsråd för sjukvård och folkhälsa



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD .....	3
SAMMANFATTNING .....	7
1 INLEDNING .....	14
2 BEFOLKNING OCH SAMHÄLLSUTVECKLING .....	17
2.1 Befolkning och åldersfördelning.....	17
2.2 Samhällsutveckling.....	20
3 FOLKHÄLSANS UTVECKLING .....	25
3.1 Medellivslängd och spädbarnsdödlighet .....	25
3.2 Självrapporterad hälsa.....	28
3.3 Psykisk hälsa och ohälsa .....	32
3.4 Sjukfrånvaro .....	34
4 HÄLSORISKER OCH FRISKFÄKTORER .....	38
4.1 Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället .....	38
4.2 Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet.....	40
4.3 Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor .....	42
4.4 Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet .....	44
4.5 Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter.....	46
4.6 Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård .....	48
4.7 Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning.....	50
4.8 Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa .....	52
4.9 Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet.....	54
4.10 Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel .....	56
4.11 Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande	58
5 FOLKSJUKDOMAR .....	65
5.1 Psykisk sjukdom .....	65
5.2 Hjärt- kärlsjukdomar .....	69
5.3 Cancer.....	72
5.4 Skador.....	75
5.5 Rörelseorganens sjukdomar.....	78
5.6 Allergisjukdomar .....	81
5.7 Diabetes .....	83
5.8 Övervikt och fetma.....	86
5.9 Infektionssjukdomar .....	88
5.10 Tandhälsa.....	90
6 UTVECKLINGEN I VISSA GRUPPER .....	93
6.1 Barns hälsa och levnadsvanor.....	93
6.2 Utrikes födda i Stockholms län och deras hälsa .....	96
6.3 Hälsoläget hos länets ålderspensionärer .....	102
6.4 Hälsa och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta .....	105
7 REGIONALA SKILLNADER I HÄLSA OCH HÄLSORELATERADE FAKTORER MELLAN OLIKA OMRÅDEN I STOCKHOLMS LÄN.....	109
8 SAMMANFATTANDE DISKUSSION .....	121
LITTERATURLISTA .....	126
BILAGOR .....	132



## **SAMMANFATTNING**

Folkhälsorapport 2007 (FHR 2007) är den sjätte folkhälsorapporten som ges ut i Stockholms län. Syftet med folkhälsorapporterna är att ge en lägesbeskrivning av utvecklingen av hälsa, sjuklighet, dödlighet och hälsorelaterade levnadsvanor i länet. Utvecklingen i länet redovisas också i förhållande till de nationella folkhälsopolitiska målen.

Liksom tidigare folkhälsorapporter bygger mycket av resultaten på den regionala folkhälsoenkäten som genomförs ungefär vart fjärde år. Andra underlag som använts är uppgifter från Regionplane- och trafikkontoret, Onkologiskt centrum, landstingets patientdatabaser samt registerdata från Statistiska centralbyrån och Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, liksom uppgifter från andra enkätundersökningar.

### **Kapitel 2 Befolkning och samhällsutveckling**

Befolkningens ålderssammansättning har gradvis förskjutits uppåt mot högre åldrar. Andelen personer över 65 år i Stockholms län har ökat från 12 till 16 procent år 1970 till år 2005. Denna åldersförskjutning kan medföra fler sjuka och större behov av vård och omsorg.

Sysselsättningen ökar liksom medelinkomsten. Allt fler är högutbildade och färre behöver ekonomiskt bistånd. Trots detta finns det grupper i samhället som hamnat utanför välfärdsutvecklingen. Många unga (18–24 år) har svårt att ta sig in på arbetsmarknaden liksom personer med utländsk bakgrund. Boendesegregation tycks öka i Stockholms län, med avseende på födelseland, utbildning och ekonomi.

### **Kapitel 3 Folkhälsans utveckling**

Sedan 1970-talet har medellivslängden vid födseln ökat i Stockholms län med cirka 7 år och är idag 78 år för män och 83 år för kvinnor. Denna utveckling fortsätter både bland män och kvinnor. Även återstående medellivslängd vid 65 år fortsätter att stiga. Spädbarnsdödligheten fortsätter att minska trots att den redan ligger unikt lågt internationellt och historiskt sett.

Skillnad i återstående medellivslängd mellan Stockholms läns kommuner har dock ökat jämfört med Folkhälsorapport 2003 (FHR 2003). Skillnaden i medellivslängd mellan den kommun som har högst medellivslängd (Danderyd) och den som har lägst (Sundbyberg) är nästan 4 år för kvinnor och 6 år för män.

Andelen med nedsatt självskattad hälsa ökade under slutet av 1990-talet, men har under senare år legat stabilt. En försämring i hälsorelaterad livskvalitet skedde mellan åren 1998 och 2002 medan det finns tendenser till en förbättring mellan åren 2002 och 2006. Skillnader förekommer mellan socioekonomiska grupper och geografiska områden för självskattad hälsa, långvarig sjukdom och hälsorelaterad livskvalitet.

Förekomsten av psykisk ohälsa (enligt instrumentet GHQ12) ökade mellan åren 1990 och 2002 men har nu minskat, framför allt bland yngre kvinnor (21–24 år). Andelen är dock fortfarande hög för denna grupp. Andelen med psykisk ohälsa är mycket hög bland sjukskrivna och förtidspensionärer samt kvinnor födda utom Europa. Inga större skillnader finns mellan olika socioekonomiska grupper efter psykiskt hälsotillstånd.

Ohälsotalet, som speglar frånvaro från arbete på grund av arbetsförmåga orsakad av sjukdom, sjunker sedan år 2003 både i Stockholms län och Sverige som helhet, men de stora könsskillnaderna med högre ohälsotal bland kvinnor består. Ohälsotalet är högre bland äldre personer och det varierar från under 20 i Danderyd till över 45 i Norrtälje.

## **Kapitel 4 Hälsorisker och friskfaktorer**

### *Delaktighet och inflytande*

Valdeltagandet har ökat något sedan år 2003 och är cirka 80 procent bland alla röstberättigade. För utländska medborgare är andelen som röstar knappt 40 procent. Andelen som sällan deltar i sociala aktiviteter är bland kvinnor omkring 45 procent i alla åldersgrupper men bland män finns en stark ökning med stigande ålder, från knappt 30 till 50 procent.

### *Ekonomisk och social trygghet*

Ekonomisk kris, definierat som att under de senaste 12 månaderna har varit tvungen att låna pengar eller sökt socialbidrag för att klara löpande utgifter, förekommer hos 15 procent bland män och 18 procent bland kvinnor. Färre behöver dock avstå från sjukvård eller läkemedel av ekonomiska skäl (kvinnor 7 %, män 5 %). Unga vuxna (18–24 år), i synnerhet unga kvinnor, och personer födda utanför Europa upplever oftare än övriga grupper ekonomisk kris, avstår från vård och är oftare arbetslösa

### *Trygga och goda uppväxtvillkor*

Totalt har 10 procent av barnfamiljerna i länet låg inkomststandard, fler bland ensamstående. Drygt 70 procent av barn i Stockholms län lever med båda föräldrarna. Många elever uppfattar inte att de i någon större omfattning har möjligheter att påverka sin egen arbetsmiljö, och 13 procent anger att de har blivit illa behandlade av lärare. Analyser visar att vuxna som bor med barn (i åldersgruppen 18–55 år) har bättre psykisk hälsa, känner sig tryggare, och har mer hälsofrämjande levnadsvanor än vuxna som inte bor med barn.

### *Ökad hälsa i arbetslivet*

Ungefär var tredje kvinna och var fjärde man i förvärvsarbete uppger att de känner sig stressade några dagar per vecka eller mer. Arbetsorsakade besvär för psykisk belastning är också vanligare bland kvinnor (13 %) än bland män (7 %). Arbetsorsakade besvär på grund av fysisk belastning rapporteras av cirka 9 procent. Bland män utsätts omkring 20 procent för luftföroreningar i sitt arbete.



### *Sunda och säkra miljöer och produkter*

Genom minskade utsläpp från uppvärmning och energiproduktion har luften i länet förbättrats. I länet bor cirka 4 000 personer i områden med partikelhalter över EU:s gränsvärden och cirka 15 procent av befolkningen har sin bostad där halterna ligger strax under norm. Mellan 3–8 procent av boende i flerbostadshus uppger problem orsakade av inomhusluften, som irriterad näsa eller ögon samt besvär med hosta och irriterad hud. Högst andel hälsobesvär har boende i hus byggda mellan åren 1961 och 1975.

### *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*

Majoriteten av länets vårdcentraler kan erbjuda rådgivning om tobak, kost, övervikt och fysisk aktivitet. De flesta arbetar enligt särskilda diabetesprogram men över hälften saknar program för patienter med hjärt- kärlsjukdom eller smärttillstånd. En inventering av det hälsofrämjande arbetet på landstingets akutsjukhus visar att det hälsofrämjande perspektivet inom organisation, ledning och patientarbete ännu är svagt utvecklat.

### *Skydd mot smittspridning*

I ett internationellt perspektiv har Sverige ett gott smittskydd. Av barnen i Stockholms län vaccineras 98–99 procent enligt det allmänna vaccinationsprogrammet. Smittämns resistensutveckling mot antibiotika är ett problem. En viktig orsak är överanvändning av antibiotika och Stockholm tillhör de regioner där den totala förskrivningen av antibiotika är högst. Satsningar på strikta hygienrutiner har lett till en minskad spridning av multiresistenta bakterier (MRSA) inom sjukvården. En ökande andel av fallen har istället smittats utanför sjukhusen, i kommunala äldreboenden, ute i samhället, eller i utlandet.

### *Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*

Cirka en tredjedel av unga män och en fjärdedel av unga kvinnor i åldern 15–24 år har inte använt vare sig kondom eller annat preventivmedel vid sitt senaste samlag. En fjärdedel uppger att de alltid använder kondom. Under senare år har bruket av p-piller minskat i Stockholms län, och fler har använt akut p-piller. Samtidigt har antalet aborter bland tonåringar i Sverige ökat något under de senaste fem åren.

### *Fysisk aktivitet*

En viss ökning av regelbunden fysisk aktivitet kan noteras och andelen med en stillasittande fritid har minskat i alla grupper. En högre andel bland män (18 %) än bland kvinnor (15 %) motionerar regelbundet på fritiden. Mellan 12 och 13 procent av både män och kvinnor har en stillasittande fritid. I genomsnitt uppfyller befolkningen de nationella riktlinjerna om åtminstone 30 minuters fysisk aktivitet om dagen endast tre av veckans sju dagar.

### *Goda matvanor*

Den dagliga fruktkonsumtionen har ökat med 42 procent mellan åren 1994 och 2006. Dubbelt så många kvinnor som män äter frukt mer än en gång per dag (35 % respektive 15 %). Samma skillnad syns för grönsakskonsumtion. Yngre har en

lägre konsumtion av frukt än äldre personer. Tjänstemän äter grönsaker mer än en gång per dag i dubbelt så hög grad som arbetare.

#### *Minskat bruk av tobak och alkohol*

Omkring 15 procent av både män och kvinnor röker dagligen. Rökningen minskar totalt sett men andelen unga män (18–24 år) som röker dagligen ökar. Fler flickor än pojkar röker i årskurs 9, men snusbruket medför att pojkar och unga män totalt sett exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor.

Den totala alkoholkonsumtionen och andelen högkonsumenter fortsätter att öka i hela befolkningen med undantag för åldersgruppen 18–20 år. En ökning har skett både i den alkoholrelaterade sjukvårdskonsumtionen och av antalet behandlade inom den öppna beroendevården. Även den alkoholrelaterade dödligheten har ökat. Samtidigt minskar andelen unga som prövat narkotika likväl den narkotikarelaterade dödligheten.

## **Kapitel 5 Folksjukdomar**

#### *Psykisk sjukdom*

Omkring 5 procent av befolkningen har en allvarlig depression och 0,7 procent har en psykossjukdom. Bland män har 3–4 procent och bland kvinnor har 5–6 procent svåra besvär med ångest. För både självmord som självmordsförsök ses en sjunkande trend. Ett undantag är gruppen unga kvinnor. I denna grupp ökar såväl ångestproblematik som förekomsten av självmordsförsök. Psykoser och självmord är vanligare i socioekonomiskt utsatta områden.

#### *Hjärt- kärlsjukdom*

Risken att insjukna eller dö i hjärt- kärlsjukdom har minskat i befolkningen men om ökningen av fetma fortsätter kan den hittills gynnsamma utvecklingen komma att vända. Utvecklingen påverkas också av den ökande andelen äldre i befolkningen. I befolkningsgrupper med låg inkomst, låg utbildning, låg social position samt bland boende i socioekonomiskt utsatta områden inträffar fler fall.

#### *Cancer*

Dödligheten i cancer har minskat till följd av preventiva insatser, tidigare diagnostik och bättre behandling. Det faktiska antalet som diagnostiseras och lever med cancer har ökat och antas fortsätta att öka, främst till följd av demografiska förändringar med en växande befolkning och en högre andel äldre i befolkningen. En bidragande orsak är förbättrade diagnostiska möjligheter vilket innebär tidigare upptäckt och ökade möjligheter till överlevnad. De vanligaste cancerformerna är prostatacancer och bröstcancer.

#### *Skador*

Antalet skadade i trafiken ökade under senare delen av 1990-talet men sedan år 2003 har en viss minskning skett. Omkring 10 procent av de i åldern 65–84 år uppger att de sökt sjukvård på grund av att de fallit vid ett eller flera tillfällen. I FHE 2006 uppger 3 procent att de har utsatts för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Bland män i åldern 18–24 år har nära 13 procent utsatts för våld.

### *Rörelseorganens sjukdomar*

Färre personer rapporterar värk i rörelseorganen år 2006 jämfört med år 2002 vilket är ett trendbrott jämfört med utvecklingen sedan 1990. År 2006 rapporterar 16 procent av kvinnorna och 11 procent av männen daglig värk i nacke, axlar, armar eller rygg, vilket är i stort sett samma nivå som år 1990. För både män och kvinnor ökar andelen som uppger värk med stigande ålder och i samtliga åldersgrupper rapporterar fler kvinnor än män besvär av värk. Arbetare liksom utrikes födda rapporterar högre förekomst av värk jämfört med övriga grupper.

### *Allergi och astma*

Andelen personer som rapporterar astma fördubblades mellan åren 1990 och 2002, från 5 till 10 procent. För år 2006 ses en nedgång till 8 procent. I de yngsta åldersgrupperna minskar även förekomsten av andra allergiska besvär. Dessa är vanliga i befolkningen, 32 procent uppger besvär. Antalet produkter som avger allergiframkallande nickel, liksom andelen i befolkningen som uppger att de är nickelallergiker, har minskat sedan EU:s nickeldirektiv trädde i kraft.

### *Diabetes*

Förekomsten av diabetes har ökat, framförallt bland män (från 3 till 5 %) mellan åren 1990 och 2006. I åldersgruppen 65–84 år uppger 9 procent av kvinnorna och 12 procent av männen att de har diabetes. Diabetesförekomsten är dubbelt så hög bland personer födda utom Europa jämfört med sverigefödda. Att ha diabetes är också vanligare bland arbetare än bland högre tjänstemän.

### *Övervikt och fetma*

Förekomsten av fetma i Sverige är idag 4–5 gånger högre än i slutet av 1960-talet. Orsaken är förändringar i levnadsvanor och i samhällsstruktur. I Stockholms län kan cirka 10 procent av både män och kvinnor klassificeras som feta. Bland medelålders och äldre, vissa grupper av utrikes födda samt ej facklärd arbetare är andelen med fetma uppemot 15 procent. Övervikt och fetma är riskfaktorer för bland annat diabetes och hjärt- kärlsjukdomar.

### *Infektionssjukdomar*

I Sverige utgör infektionssjukdomarna en relativt liten del av den totala sjukdomsördan tack vare framgångsrikt förebyggande arbete. På senare år har dock de sexuellt överförbara sjukdomarna åter börjat öka. Sedan mitten av 1990-talet har antalet fall av klamydia mer än fördubblats..

### *Tandhälsa*

Tandhälsan i länet är som helhet mycket god. Allt fler nittonåringar lämnar den avgiftsfria tandvården kariesfria, men det finns stora skillnader i tandhälsa mellan geografiska områden i länet. Medelvärde för antal kariesskadade tänder bland trettonåringar totalt är 1,1 men i det område där barn med sämst tandhälsa bor är medelvärdet 5,2 skadade tänder. Tandhälsan är ofta dålig bland socialt utsatta.

## Kapitel 6 Utvecklingen i vissa grupper

### *Barn*

Bland fyraåringarna är omkring 10 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna överviktiga. Bland tioåringar i länet är andelen cirka 20 procent. Det finns ökande sociala skillnader när det gäller övervikt och fetma för pojkar. Rökningen bland ungdomar visar på en nedåtgående eller avstannande trend. I gymnasiet röker 35 procent av flickorna och 25 procent av pojkarna "dagligen eller ibland". Färre i årskurs 9 dricker alkohol men andelen högkonsumenter ökar. Ökningen bland flickor är större och de ligger nu i nivå med pojkarnas konsumtion.

### *Utrikes födda*

Utrikes födda har generellt sämre hälsa än sverigefödda. Exempelvis är förekomsten av dålig eller mycket dålig självskattad hälsa 2 till 3 gånger vanligare bland utrikes födda. Förekomsten av psykisk ohälsa är 70 procent högre och dubbelt så hög andel rapporterar en stillasittande fritid. Dessa resultat gäller efter justering för ålder, kön och socioekonomisk grupp. Samtidigt förekommer stor variation mellan personer födda i olika länder.

### *Äldre*

Gruppen äldre (65–84 år) har generellt ett gott hälsoläge, samtidigt som vissa tillstånd såsom nedsatt fysisk funktionsförmåga och värtillstånd är vanliga, speciellt bland kvinnor samt bland både män och kvinnor i åldrarna över 75 år. De flesta äldre har goda levnadsvanor vad gäller rökning, kost, och fysisk aktivitet. I jämförelse med år 2002 har färre äldre personer en fysiskt inaktiv fritid, fler får behandling för högt blodtryck, något fler äter regelbundet frukt och grönsaker samt färre män röker.

### *Socialt och ekonomiskt utsatta*

Omkring en tredjedel av dem som har ekonomiskt bistånd och nära 20 procent av socialt och ekonomiskt utsatta (enligt ett index bestående av frågor om sysselsättning, ekonomiska resurser, sociala relationer och trygghet) har avstått från vård. Det är högre än i den allmänna befolkningen (5 %) trots att hälsan är betydligt sämre i dessa grupper. Mottagare av ekonomiskt bistånd samt hemlösa personer rapporterar förutom ekonomiska hinder också erfarenheter av dåligt bemötande och kränkande behandling i sina kontakter med sjukvården.

## Kapitel 7 Utvecklingen i olika kommuner och stadsdelar

Regionala analyser visar att det finns stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar inom Stockholms län när det gäller hälsa och levnadsvanor. Exempelvis är det över 34 procent som rapporterar sin hälsa som sämre än god i fem områden medan andelen ligger under 20 procent i tre områden. Andelen som kan klassificeras som överviktiga bland kvinnor varierar mellan 20 procent och över 40 procent, och andelen som rapporterar berusningsdrickande bland män varierar mellan 14 procent och omkring 30 procent.

Det är fler kommuner och stadsdelar i Stockholms län som rapporterar förbättringar än som rapporterar försämringar i hälsotillstånd och hälsorelaterade lev-

nadsvanor. Många områden visar förbättringar i självskattad hälsa, psykisk hälsa, samt fysisk aktivitet. Dock ökar alkoholkonsumtionen i flera områden. Det finns ett starkt samband mellan självskattad hälsa respektive andelen dagligrökare och den genomsnittliga inkomsten inom samma område

I de regionala analyserna är det sex geografiska områden (Botkyrka, Rinkeby, Skärholmen, Södertälje, Kista och Vantör) som mest frekvent återkommer bland de tio områden som har den minst gynnsamma situationen vad gäller hälsa och levnadsvanor. En förbättrad situation i jämförelse med år 2002 kan i flera fall noteras för de områden som har ett relativt gynnsamt läge medan övriga har en oförändrad situation.

## **Kapitel 8 Sammanfattande diskussion**

Här ges en sammanfattning av de viktigaste resultaten samt en diskussion av olika åtgärder. Viktiga förhållanden för folkhälsan som här belyses är exempelvis segregation, kost och motion samt alkoholvanor och ungas psykiska hälsa. Preventivt arbete bör bedrivas dels inom den generella politiken – däribland ingår arbetsmarknads- och bostadspolitik samt fysisk samhällsplanering - dels genom specifika insatser exempelvis hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården, att erbjuda även ekonomiskt utsatta vård efter behov, systematiskt arbetsmiljöarbete som även inbegriper hälsofrämjande åtgärder samt insatser inom skolan.

## 1 INLEDNING

Folkhälsorapport 2007 (FHR 2007) är den sjätte folkhälsorapporten som ges ut i Stockholms län. Folkhälsorapportering har länge förekommit i olika former, ett exempel är de så kallade provinsialläkarrapporterna. Den första folkhälsorapporten i denna serie publicerades 1987 och med denna rapport firar vi därmed tjugoförårsjubileum. Även Socialstyrelsens nationella folkhälsorapporter startade 1987. Syftet med folkhälsorapporterna är att ge en lägesbeskrivning av utvecklingen av hälsa, sjuklighet, dödlighet och hälsorelaterade levnadsvanor i länet. Att följa utvecklingen är viktigt inte bara för att utvärdera effekterna av hälsopolitiska insatser utan också för att hälsoutvecklingen speglar samhällsförhållanden och välfärdsutvecklingen i stort. Hälsan i befolkningen blir därför en viktig termometer på välfärdsutvecklingen.

Stockholms läns landstings (SLL) Folkhälsorapport 1987 beskrev huvudsakligen utvecklingen av sjuklighet och dödlighet. År 1991 tillkom en redovisning av hälsorelaterade levnadsvanor och år 1994 ingick ett kapitel om landstingets hälsopolitiska mål. Den allmänna samhällsutvecklingen och dess koppling till utvecklingen av hälsa och sjukdom har gradvis fått en allt större del i folkhälsorapporteringen. Det innebär att folkhälsorapporterna nu innefattar beskrivning och analys av såväl de faktorer som skapar hälsa och ohälsa i befolkningen, som olika mått på det aktuella hälsoläget. I 2003 års folkhälsorapport redovisades utvecklingen i länet i förhållande till de nya nationella hälsopolitiska målen.

Förutom att följa hälsoutvecklingen i hela befolkningen, ingår också en redovisning av skillnader mellan olika befolkningsgrupper, baserat på ålder, kön, socioekonomi och födelseland. På grund av platsbrist kommer dock ingen djupgående analys av dessa skillnader kunna göras. Även geografiska skillnader inom regionen behandlas, och finns nu för första gången i ett eget avsnitt.

### Datakällor och underlag

Liksom tidigare folkhälsorapporter bygger mycket av resultaten på den regionala folkhälsoenkäten (FHE) som genomförs ungefär vart fjärde år. 2006 års enkät bestod av cirka 100 frågor om hälsa och sjukdom, levnadsvanor, psykisk hälsa och trygghet, boendemiljö, familj och samhälle, ekonomi, sysselsättning samt arbetsmiljö. De två senaste enkäterna har haft ett särskilt stort urval (vardera över 50 000 individer) för att möjliggöra analyser på kommun- och stadsdelsnivå. Sådana analyser kan bara delvis presenteras i denna rapport, men data kommer att på andra sätt göras tillgängliga för avnämarna. Läs mer om FHE 2006 i Bilaga 1.

Andra underlag som använts är uppgifter från Regionplane- och trafikkontoret, Onkologiskt centrum, landstingets patientdatabaser samt registerdata från Statistiska centralbyrån och Epidemiologiskt centrum. Uppgifter från andra enkätundersökningar har också använts, exempelvis PaRT-studien (Psykisk hälsa, Arbete, Relationer) och ULF-studierna (SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden).

## Nationella och regionala mål

Under slutet av 1990-talet arbetade en parlamentarisk kommitté med att ta fram nationella mål för folkhälsan. Efter en grundlig remissrunda föreslog regeringen elva målområden, som antogs av riksdagen år 2003. Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Dessa förutsättningar belyses vidare inom de olika målområdena:

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

Jämfört med de folkhälsomål som finns i andra länder är den svenska målformuleringen unik med sitt klara fokus på de faktorer som påverkar hälsan. Vanligare är att målen handlar om att minska sjuklighet och dödlighet. Detta innebär att tyngdpunkten ligger på förebyggande insatser och uppföljning av dessa. De olika målområdena ska följas upp vart fjärde år i den Folkhälsopolitiska rapporten. Den första rapporten gavs ut år 2005 av Statens folkhälsoinstitut. Efter ett antal seminarier som SLL haft med aktörer i kommuner och landstinget har vi förstått att kunskapen om och användandet av de nationella folkhälsomålen ökat och att det därmed är önskvärt att landstingets folkhälsorapport följer upp de nationella målen.

SLL har utarbetat en egen folkhälsopolicy som antogs av landstingsfullmäktige i juni 2005. Folkhälsopolicyn har sin utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen men utgår från trender gällande hälsa och ohälsa i Stockholms län samt det som är landstingets uppgift inom de olika områdena. Folkhälsopolicyns övergripande mål är En god och jämlik hälsa för alla i länet. Under det övergripande målet finns fem målområden:

- Mål 1. Goda livsvillkor – Ojämlighet i hälsa ska minska  
Detta mål relaterar både till det övergripande nationella folkhälsomålet, samt målområde 1–3
- Mål 2. God miljö – Den miljörelaterade hälsan ska förbättras  
Detta mål motsvarar i stort det nationella målområdet 5 Sunda och säkra miljöer och produkter, samt relaterar till flera av de nationella miljömålen, se avsnitt 4.5

Mål 3. Goda arbetsförhållanden – Den arbetsrelaterade hälsan ska förbättras  
Detta mål motsvarar det nationella målområdet 4 Ökad hälsa i arbetslivet

Mål 4. Hälsosamma levnadsvanor – Förutsättningarna för goda levnadsvanor ska förbättras – ohälsa på grund av livsstil ska minska  
Detta mål täcker upp målområde 8–11

Mål 5. God psykisk hälsa – Den psykiska ohälsan ska minska  
Detta mål är unikt för landstinget och motsvarar inget nationellt målområde. Delar av målet berörs dock inom målområde 3 Trygga och goda uppväxtvillkor samt målområde 11 Minskat bruk av tobak och alkohol. De allmänna livsvillkoren (målområde 1–2) har också stor betydelse för utvecklingen av psykisk ohälsa.

Två nationella målområden; målområde 6 En hälsofrämjande hälso- och sjukvård samt målområde 7 Gott skydd mot smittspridning, finns inte nämnda i landstingets folkhälsopolicy. Detta är självklart angelägna verksamheter för landstinget och de behandlas inom policyn mer som strategier för att nå de uppsatta målen, än som mål i sig.

### **Läsanvisning**

Rapporten är upplagd på följande sätt: först ges en bakgrund till folkhälsans utveckling i form av befolknings- och samhällsutvecklingen. Sedan följer ett kapitel om folkhälsan i stora drag mätt med generella hälsomått som medellivslängd och självrapporterad hälsa. Detta följs av en genomgång av de faktorer som påverkar folkhälsan ordnade enligt de nationella målområdena, samt ett kapitel om våra vanligaste folksjukdomar. Kapitel 6 berör utvecklingen i vissa grupper; barn och ungdomar, utrikes födda, äldre, samt ekonomiskt och socialt utsatta. Sist följer en analys av regionala skillnader inom länet samt en avslutande diskussion där vi har återknutit till landstingets folkhälsopolicy.



## 2 BEFOLKNING OCH SAMHÄLLSUTVECKLING

### 2.1 Befolkning och åldersfördelning

Befolkningen i Stockholms län ökar. Antalet födselar varierar mellan 19 000 till 26 000 per år medan antalet dödsfall har ökat från omkring 13 000 till 15 000 per år under de senaste 35 åren. Befolkningens ålderssammansättning har gradvis förskjutits uppåt mot högre åldrar. Denna åldersförskjutning kan medföra fler sjuka och större behov av vård och omsorg.

#### Befolkningsutveckling

Befolkningen är ett samhälles viktigaste resurs. Befolkningens storlek, sammansättning och hälsoutveckling tillhör de grundläggande förutsättningarna för samhällsutvecklingen och har en direkt betydelse för hälso- och sjukvården. Befolkningsutvecklingen är föremål för ett stort intresse i Europa och i resten av världen. EU-kommissionens president har kallat åldersutvecklingen för en huvudutmaning för Europa, och Rysslands president har kallat den för Rysslands största problem. Huvudkomponenterna i den demografiska utvecklingen i Europa är en större andel äldre i befolkningen, till följd av låg fruktsamhet och låg dödlighet. Det förekommer även en omfattande migration som påverkar befolkningsutvecklingen. Förenta Nationernas prognos för världens befolkning visar på en naturlig folkminskning (fler avlidna än födda) för många länder i Europa. Denna utveckling är till stora delar resultatet av en långsiktig trend bestående av högre medellivslängd och färre födselar. Till denna underliggande trend kommer effekterna av förhållandevis kortsiktiga men betydande årsvisa variationer i fruktsamhet vilket leder till varierande storlek på årskullarna. Dessa skillnader kan avläsas som in- och utbuktningar i befolkningspyramiden. I Sverige har andelen personer över 65 år ökat från 12 till 17 procent och andelen personer över 85 år ökat från 0,6 till 2,5 procent från år 1960 fram till år 2005<sup>1</sup>. För gruppen 85 år och äldre är den relativa ökningen alltså fyrfaldig.

#### Befolkningsstruktur, fruktsamhet och dödlighet

Tabell 1 är en sammanställning av befolkningsutvecklingen i Stockholms län under de senaste 35 åren. Folkmängden har under perioden ökat från knappt 1,5 miljoner till nästan under 1,9 miljoner. Antal födda per år fluktuerar påtagligt och har under perioden varierat mellan cirka 19 000 och 26 000. År 2005 var antalet födda barn närmare 26 000. Antalet dödsfall per år är mer stabilt men har långsamt ökat från omkring 13 400 år 1970 till 15 500 år 2005. Den naturliga folkökningen<sup>2</sup> i Stockholms län är följaktligen omkring 10 000 per år. Detta kan jämföras med den naturliga folkökningen för hela Sverige år 2005 som också var cirka 10 000.

---

<sup>1</sup>Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån.

<sup>2</sup>Med naturlig folkökning menas folkökning exklusive den som sker genom invandring.

<b>Tabell 1. Befolkningsutvecklingen i Stockholms län åren 1970–2005</b>						
	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>
Folkmängd den 31/12 respektive år	1 477 990	1 528 200	1 641 669	1 725 756	1 823 210	1 889 945
<i>Män</i>	717 953	740 146	796 226	840 098	891 684	928 361
<i>Kvinnor</i>	760 037	788 054	845 443	885 658	931 526	961 584
<i>Personer 0–17 år (%)</i>	23,9	22,8	21,0	21,8	21,6	22,0
<i>Personer 18–64 år (%)</i>	64,5	62,8	63,4	63,2	64,2	63,9
<i>Personer 65– år (%)</i>	11,7	14,4	15,6	15,1	14,2	14,1
<i>Personer 85– år (%)</i>	0,7	1,1	1,5	1,8	2,0	2,2
Antal födda	21 113	19 380	25 322	22 626	21 837	25 836
<i>Fruktamhetstalet<sup>a</sup></i>	1,7	1,6	3,0	1,7	1,5	1,8
Antal döda	13 412	15 101	16 159	15 827	15 810	15 517
<i>Spädbarnsdödlighet<sup>b</sup></i>	12,8	8,1	8,5	5,3	4,1	3,5
<b>Återstående medellivslängd vid födelsen</b>						
<i>Män</i>	70,6	71,3	73,6	75,1	76,8	78,1
<i>Kvinnor</i>	76,7	78,3	80,0	81,0	81,9	82,7
<b>Återstående medellivslängd vid 65 års ålder</b>						
<i>Män</i>	13,2	13,7	14,8	15,6	16,3	17,2
<i>Kvinnor</i>	16,7	17,9	19,0	19,6	20,1	20,5

<sup>a</sup>Är ett åldersjusterat mått för att sammanfatta fruktsamheten, hos kvinnor, under ett år i en befolkning

<sup>b</sup>Antal barn som dör under första levnadsåret per 1000 levande födda

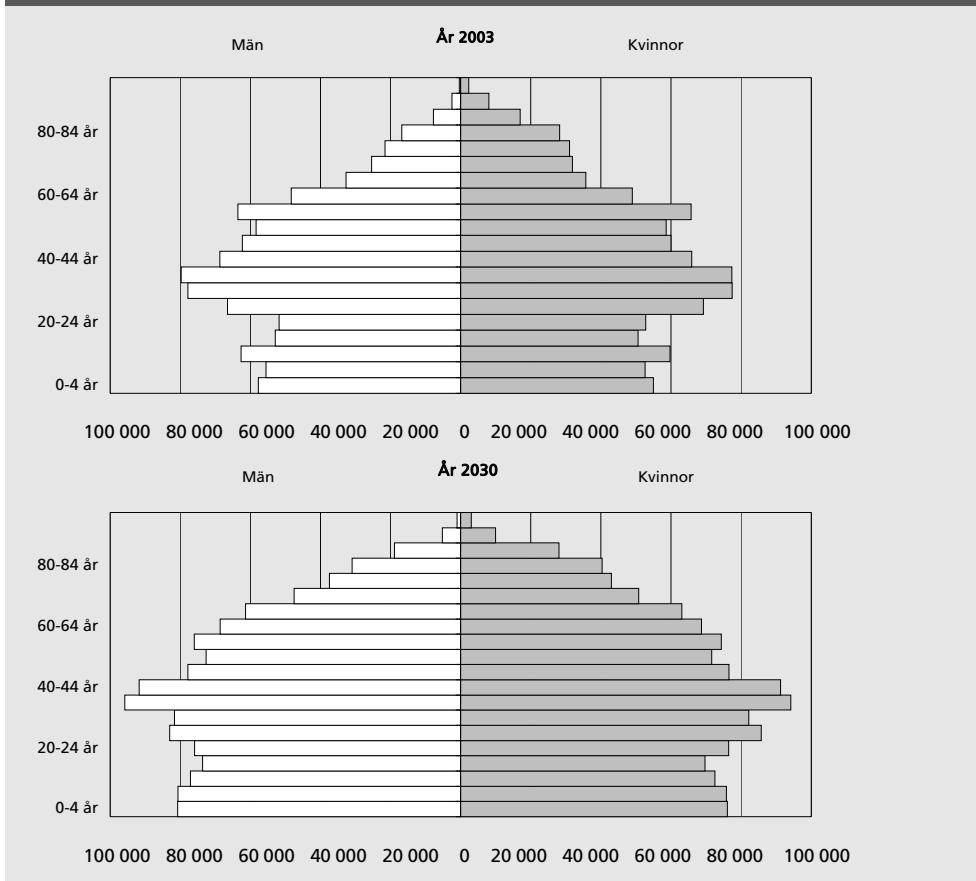
Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån

Det framgår av Tabell 1 att ålderssammansättningen genomgått en gradvis förskjutning mot äldre åldrar. Framförallt har den äldsta åldersgruppen över 85 år ökat. Ur ett befolkningsperspektiv är 35 år (åren 1970 till 2005) en relativt kort period och födelsekullarnas relativa storlek har stor betydelse för ålderspyramidens aktuella utseende och framtida utveckling. Figur 1 sammanfattar åldersfördelningens utveckling under de kommande 30 åren enligt befolkningsprognosen för Stockholms län. Här ser man hur antalet i olika åldersgrupper förväntas fluktuera under perioden.

Tabell 1 visar fruktsamhetstalet i Stockholms län mellan år 1970 och 2005. Fruktamhetstalet bör vara drygt 2 för att en befolkning långsiktigt ska reproducera sig. Eftersom årligt antal födda barn varierar kommer också fruktsamhetstalet att skifta. Mellan åren 1970 till 2005 ligger talet på mellan 1,5 och 1,8. Nivån är densamma i både Stockholms län och i Sverige som helhet.

För att sammanfatta en befolknings dödlighet används ofta medellivslängden från födelsen. Enligt Tabell 1 var medellivslängden i Stockholms län 78 år för män och 83 år för kvinnor år 2005. Medellivslängden har fortlöpande ökat sedan 1750-talet då dödligheten kontinuerligt registrerades i Sverige. Sedan 1970-talet har medellivslängden ökat med cirka 7 år (se även avsnitt 3.1). Både spädbarnsdödligheten och dödligheten bland äldre är låg och fortsätter att minska. Spädbarnsdödligheten har minskat under de senaste 30 åren, från knappt under 13 döda per 1 000 levandefödda barn år 1970 till 3,5 döda per 1 000 år 2005. Det är en unikt låg siffra jämfört med andra länder.

Figur 1. Befolkningen i Stockholms län år 2003 respektive år 2030 efter kön och ålder



Källa: Ahlbom A, Gustavsson A. Sjukdomspanoramat i en åldrande befolkning. Centrum för folkhälsa, SLL, 2007

### Effekter av förändrad åldersfördelning på hälso- och sjukvården

Det är lätt att föreställa sig att konsekvenserna av att åldersfördelningen förskjuts uppåt i åldrarna leder till en ökad påfrestning på samhället genom att färre personer i arbetsför ålder måste försörja en åldrande befolkning. När antalet personer i hög ålder ökar, stiger troligen även antalet sjuka och därmed skapas stora behov av vård och omsorg som följd. I en landstingsrapport från år 2005 analyserades hur stor ökningen av vissa stora folksjukdomar skulle bli på grund av de demografiska förändringarna fram till år 2030. En förutsättning i analysen var att insjuknanderisken i enskilda åldersgrupper skulle förbli oförändrade. Resultaten visade att antalet fall av cancer skulle öka med 70 procent hos män och 42 procent hos kvinnor. För hjärtinfarkt skulle ökningen bli 82 respektive 47 procent och för höftfrakturer skulle motsvarande siffror bli 92 och 42 procent.

Dessa ökningar är stora och det skulle krävas betydande anpassning av hälso- och sjukvården för att kunna hantera dem. Samtidigt kan man ifrågasätta rimligheten i antagandet av oförändrade risker att insjukna i enskilda åldersgrupper. Ett av huvudskälen till åldersförskjutningar är sänkt dödlighet på grund av sjukvårdssatser som kan innebära att man lever en längre tid med sin sjukdom. Ett lika rimligt antagande är att sjukligheten hos äldre minskar, eller annorlunda uttryckt, förskjuts uppåt i åldrarna, hypotesen om "compressed morbidity". Om hypotesen är korrekt, behöver inte ålderspyramidens förändring bli en belastning för hälso- och sjukvården. I stället skulle gränsen för arbetsför ålder förskjutas uppåt i åldrarna. På samma sätt skulle den ålder där sjuklighet och vårdbehov ökar också förskjutas uppåt.

För närvarande finns inte något entydigt svar på frågan om vilket av de två antagandena som är mest korrekt. En hel del forskning tyder på att äldres hälsotillstånd och funktionsförmåga inte tycks förbättras, men det finns också undersökningar som visar på det motsatta (se även avsnitt 6.3 Hälsoläget hos länets ålderspensionärer). I en landstingsrapport från år 2007 har man funnit att vissa större folksjukdomar, såsom hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur har en sjunkande trend. Det gäller dock inte för cancer. Att åldersfördelningen förskjuts uppåt är något som bör uppmärksammas men det har en komplexitet som kräver fortsatt och fördjupad analys. Både i Sverige och utomlands tilldrar sig detta stor uppmärksamhet och kunskapen kommer efter hand att förbättras.

## 2.2 Samhällsutveckling

Samhällsutvecklingen ger en viktig bakgrund till utvecklingen av befolkningens hälsa och dagens samhälle befinner sig i en ekonomiskt relativt gynnsam situation. Sysselsättningen ökar och fler är högutbildade. Trots detta har unga personer samt personer med utländsk bakgrund svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden. Boendesegregationen tycks öka.

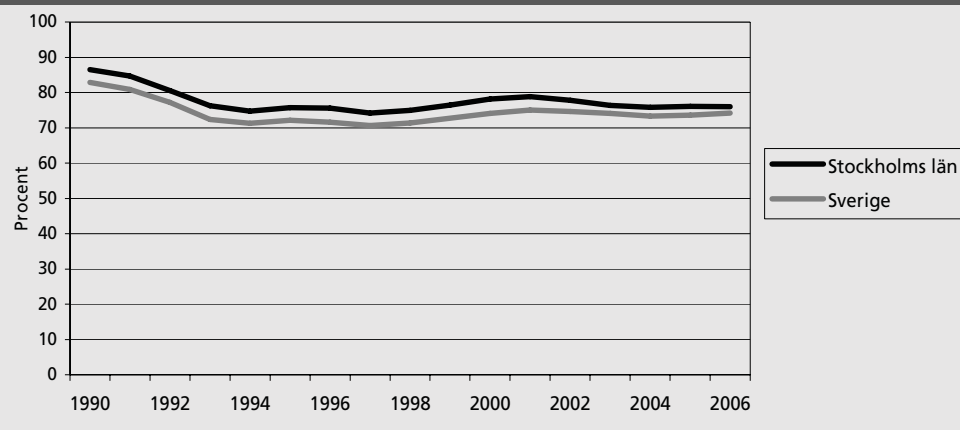
### Sysselsättning och inkomst

Från 1970-talet och fram till år 1990 ökade antalet sysselsatta kontinuerligt i Sverige. Kvinnor ökade sin sysselsättningsgrad mer än vad män gjorde under denna period. Den ökade sysselsättningsgraden bland kvinnor berodde till stor del på fler jobb inom kommun och landsting (skola, vård och omsorg). Sedan dess har andelen sysselsatta män och kvinnor minskat med omkring 10 procent, både i Stockholms län och i Sverige (se Figur 2).

Under 1990-talet genomgick Sverige en ekonomisk kris med stora nedskärningar och en hög arbetslöshet. Nedgången i sysselsättningen skedde inom alla sektorer på arbetsmarknaden, först inom industri- och byggsektorn och med några års eftersläpning i den offentliga sektorn. Enligt Figur 2 har sysselsättningen i Stockholms län och Sverige minskat något sedan början av 2000-talet men tycks under de senaste två åren ha vänt och är nu på väg upp. År 2006 var 74 procent bland kvinnor och 78 procent bland män i Stockholms län sysselsatta. Motsvarande siffror för hela Sverige samma år var 72 respektive 76 procent. Mäns sysselsättning har ökat något mer än kvinnornas under de senaste åren. Denna utveckling

kan härledas till den starka uppgången i mansdominerade branscher såsom byggnadsindustrin medan antalet arbetsplatstillfällen inom offentlig sektor däremot har stagnerat.

**Figur 2.** Andel (%) sysselsatta män och kvinnor 16–64 år i Stockholms län respektive Sverige, åren 1990 till 2006



Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån

Hushållens disponibla inkomster har i genomsnitt ökat 4 procent per år från slutet av 1990-talet och in på 2000-talet. Bakom denna utveckling ligger en stark arbetsmarknad, med stigande lönenivåer och minskade skatter. Löneökningen har fortsatt men är något mindre sedan år 2002. Den sammanräknade förvärvsinkomsten år 2005 i Stockholms län, i åldrarna 16–64 år, var för män i medeltal 306 300 kronor och för kvinnor 226 200 kronor. Medelinkomsten är högre för män än för kvinnor i alla åldrar över 25 år. Stockholms län har en högre inkomstnivå än övriga landet. De högsta inkomsterna har personer bosatta i villaområden medan personer bosatta i förorter byggda under miljonprogrammet har de lägsta inkomsterna. Andelen barn i hela Sverige som levde i fattigdom (låg inkomststandard, vilket utgår från en lägsta acceptabel utgiftsnivå, eller bor i hushåll med socialbidrag) var år 2004 omkring 13 procent. Fattigdom bland barn låg i Stockholms län på 19 procent, i Göteborg var andelen 21 procent och i Malmö 31 procent samma år.

### Sysselsättning i vissa grupper

Från början av 1990-talet och framåt har arbetskraftdeltagandet sjunkit markant bland yngre (16–24 år) jämfört med äldre. Det har blivit svårare för unga män och kvinnor att ta sig in på arbetsmarknaden. En konsekvens blir att unga vuxna har förlängt sin studietid för att öka sin konkurrenskraft och därmed möjligheten att få arbete. År 2003 studerade var tredje 20–24-åring jämfört med var åttonde år 1991. Detta leder till att unga har en längre etableringsperiod än tidigare för att ta sig in på arbetsmarknaden, flytta hemifrån samt bilda familj.

En annan grupp med låg sysselsättningsgrad är utrikes födda. Omkring 74 procent av sverigefödda var sysselsatta år 2005 mot 62 procent av utrikes födda.

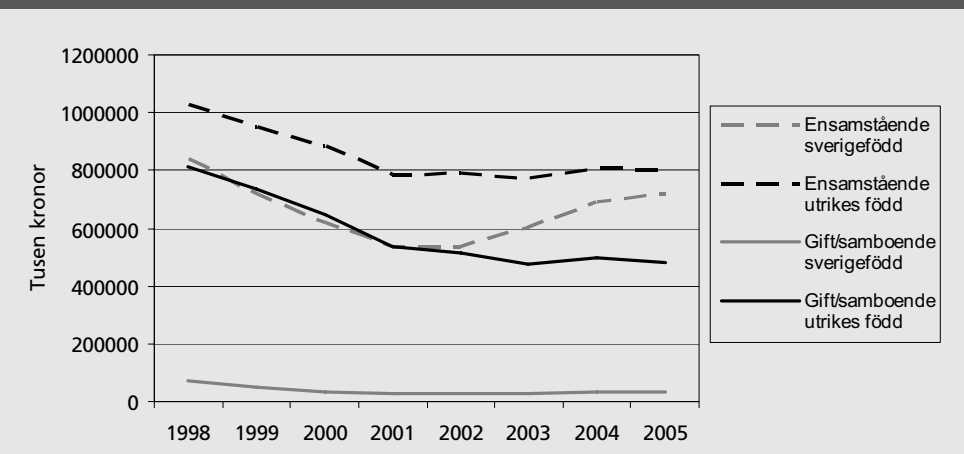
Personer med utländsk bakgrund (personer födda i Sverige med två utrikes födda föräldrar samt personer som själva är utrikes födda) saknar oftare kontakter och nätverk, vilket försvårar deras möjlighet att hitta jobb. Nyanlända invandrare behöver svenskundervisning för att komma in på arbetsmarknaden och det förekommer diskriminering av dem med utländsk bakgrund i anställningsprocessen.

Personer med utländsk bakgrund som dessutom är lågutbildade (gymnasieutbildning eller lägre) möter stora svårigheter på arbetsmarknaden jämfört med personer med svensk bakgrund. Kraven på arbetsmarknaden har ökat, och gymnasieutbildning är ofta ett grundkrav. Överlag har lågutbildade personer, oavsett födelse-land, svårare att ta sig in på arbetsmarknaden än personer med högre utbildning. Högutbildade personer med utländsk bakgrund tycks komma in på arbetsmarknaden i lika stor utsträckning som genomsnittet av den svenska befolkningen. Akademiker födda utomlands har dock i lägre utsträckning ett yrke som motsvarar deras utbildningsnivå. De löper stor risk att fastna i yrken som inte kräver högre utbildning.

### Ekonomiskt bistånd

Andelen personer, som erhållit ekonomiskt bistånd (tidigare benämnt socialbidrag) har minskat sedan mitten av 1990-talet, både i Stockholms län och i Sverige totalt. Under år 2003 var totalt 4,5 procent biståndsmottagare i Stockholms län jämfört med närmare 5 procent i Sverige. Enligt Figur 3 utbetalas ekonomiskt bistånd mer ofta till personer som är ensamstående än gifta eller samboende. Det är också mer vanligt med ekonomiskt bistånd bland ensamstående utrikes födda personer än bland ensamstående sverigefödda. Från år 2002 och framåt förekommer dock en ökning i utbetalning av ekonomiskt bistånd bland personer som är ensamstående och sverigefödda.

Figur 3. Utbetalt ekonomiskt bistånd per 1 000 kronor bland män och kvinnor efter födelse-land och civilstånd



Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån

## Segregation

I Stockholms län finns en omfattande boendesegregation med avseende på födelseland och inkomst. Mellan åren 1990 och 2002 har segregationen ökat mer i Stockholms län än i Malmö- och Göteborgsområdena. Personer med svensk bakgrund flyttar i större utsträckning ut från resurssvaga områden till ekonomiskt resursstarka områden. Kvar i de resurssvaga områdena blir personer med utländsk bakgrund. Mer än hälften av alla personer födda i Sverige bor i småhus medan bara en tredjedel av personer födda utomlands gör det. Bostadsområden där många utrikes födda personer bor, domineras av bostäder med hyresrätt. Andelen fattiga har också ökat i resurssvaga områden mellan åren 1990 och 2002, samtidigt som andelen personer som kan försörja sig på egen arbetsinkomst har minskat.

När det gäller andelen personer med ekonomiskt bistånd finns det stora skillnader mellan olika bostadsområden. Finns det ett utbrett bidragsberoende i den närmiljö man lever och bor i ökar risken att man som enskild person ansöker om bidrag. Det kan vara svårare att få ekonomisk hjälp från släktingar och vänner om dessa har ekonomiska problem samtidigt som man själv har egna ekonomiska problem. I en omgivning där många personer får ekonomiskt bistånd kan det också vara mer accepterat att söka ekonomiskt bistånd. Ekonomiskt bistånd är inte bara ett tecken på att familjen har ekonomiska problem. Det kan även vara en riskmarkör för barnens framtida ekonomiska utveckling.

Graden av boendesegregation tycks samvariera med läget på arbetsmarknaden. Finns det gott om jobb minskar antalet ekonomiskt utsatta områden. Bor man i ett ekonomiskt utsatt område är svårigheten att komma in på arbetsmarknaden större än om man bor i ett välbärgat område. Boendesegregation, både med avseende på födelseland och socioekonomisk bakgrund bidrar till ojämlika utbildningsvillkor för barn och ungdomar i grundskolan. Barn och ungdomar som går i skolor med lågt antal elever med svensk bakgrund tenderar att få sämre skolresultat än barn och ungdomar i skolor med högt antal elever med svensk bakgrund. När Stockholms kommun år 2000 ändrade intagningsvillkoren till gymnasiet, från närhetsprincipen till betygsprincipen, ökade segregationen mellan skola med framför allt elever med svensk respektive utländsk bakgrund. Till viss del kan det förklaras av att elever med utländsk bakgrund, liksom elever vars föräldrar har låg utbildning, tenderar att få sämre betyg.

Skillnader mellan resursstarka och resurssvaga områden har förstärkts i Stockholm, Göteborg och Malmö. Den ekonomiska segregationen har också blivit mer synonym med den segregation som förekommer på grund av födelseland. Frågan man kan ställa sig är om segregationen i sig bidrar till eller förstärker skillnader i människors livschanser. En hög koncentration av invånare med ekonomiska svårigheter i ett bostadsområde kan påverka individerna som bor där på ett negativt sätt. Avsaknad av lokala förebilder, sociala nätverk och föreningsverksamhet, samt hög arbetslöshet har tidigare framhållits som orsaker till möjliga negativa effekter av att vara bosatt i ett resurssvagt bostadsområde.

### **Positiv samhällsutveckling men ökande segregation**

Flera indikationer finns på att samhället befinner sig i en ekonomiskt gynnsam situation. Sysselsättningen ökar liksom medelinkomsten. Allt fler är högutbildade och ett mindre antal personer behöver ekonomiskt bistånd. Trots detta finns det grupper i samhället som är fortsatt utsatta. Unga män och kvinnor samt personer med utländsk bakgrund har fortfarande svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden och boendesegregationen tycks öka i Stockholms län.



### 3 FOLKHÄLSANS UTVECKLING

#### 3.1 Medellivslängd och spädbarnsdödlighet

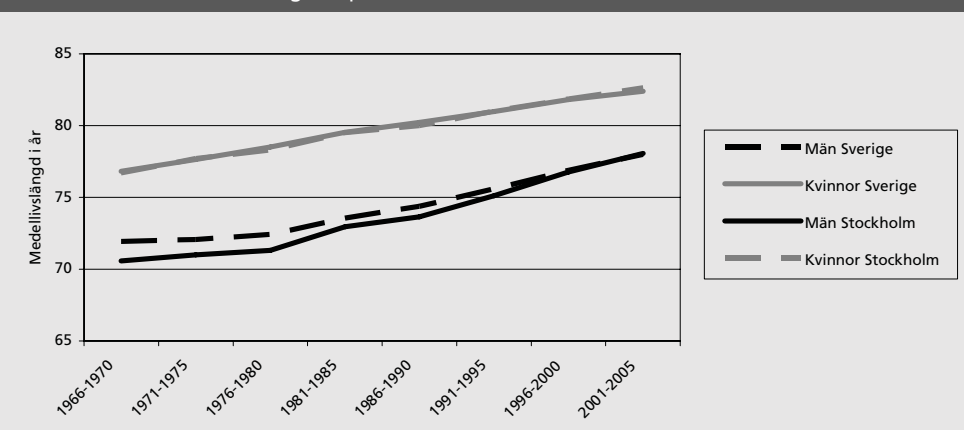
Medellivslängden fortsätter att öka. Antalet personer 65 år och äldre har ökat markant samtidigt som fler barn överlever sitt första levnadsår. Flertalet kommuner i Stockholms län har en högre medellivslängd än Sverige som helhet. Det föreligger dock stora skillnader i medellivslängd inom länets olika kommuner.

#### Medellivslängd i Stockholms län och Sverige

Man använder ofta medellivslängden för att sammanfatta en befolknings övergripande hälsoläge. År 2005 var återstående medellivslängd vid födelsen 78 år för män och 83 år för kvinnor i Stockholms län (se även Tabell 1 i avsnitt 2.1). Sedan år 1970 har medellivslängden ökat med nästan 8 år bland män och med 6 år bland kvinnor. Även under den senaste 10-årsperioden har medellivslängden ökat, med 3 år för män och 2 år för kvinnor. Återstående medellivslängd vid 65 års ålder har också ökat avsevärt sedan år 1970. Både för män och kvinnor är ökningen omkring 4 år. Dock tycks män ha en brantare ökning än kvinnor för de senaste åren (se även Tabell 1 i avsnitt 2.1).

Enligt Figur 4 förekommer inte några större skillnader gentemot riket. Ökningen i medellivslängd vid födelsen följer samma mönster i Stockholms län som i resten av landet. För Sverige finns dödlighetsstatistik sedan år 1750 och det framgår att dödligheten sjunkit under hela perioden sedan dess, med undantag för missväxtåren under 1800-talets andra hälft. Under denna period om 250 år har medellivslängden ökat med omkring 40 år, det vill säga i genomsnitt 2 månader per år. Ökningen fortsätter och det finns inga tecken på att trenden är på väg att brytas.

Figur 4. Återstående medellivslängd vid födelsen mellan åren 1966–1970 och 2001–2005. Män och kvinnor i Sverige respektive Stockholms län.



Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån

## Ökande skillnader i medellivslängd mellan länets kommuner

Enligt Tabell 2 skiljer sig medellivslängden mellan kvinnor och män samt mellan olika kommuner i Stockholms län. Skillnaden i medellivslängd mellan kommunen med högst medellivslängd (Danderyd) och kommunen med lägst medellivslängd (Sundbyberg) är nästan 4 år för kvinnor och 6 år för män. I FHR 2003 var motsvarande siffror (i samma kommuner), 3,5 år för kvinnor och nästan 5 år för män. Den ökande skillnaden beror på en större ökning av medellivslängden i Danderyd än Sundbyberg. Många av Stockholms läns kommuner har en högre medellivslängd än Sverige som helhet, både bland män och bland kvinnor.

**Tabell 2.** Återstående medellivslängd vid födelsen för kvinnor och män i Stockholms läns kommuner samt skillnad i medellivslängd jämfört mot Sverige som helhet. Medeltal för perioden 2001–2005<sup>3</sup>

Kommun	Kvinnor		Kommun	Män	
	År	Skillnad (år)		År	Skillnad (år)
Danderyd	85,0	+2,6	Danderyd	81,6	+3,6
Ekerö	84,9	+2,5	Lidingö	80,6	+2,6
Lidingö	84,4	+2,0	Salem	80,3	+2,3
Täby	84,0	+1,6	Täby	80,2	+2,2
Salem	83,9	+1,5	Ekerö	80,0	+2,0
Nykvarn	83,9	+1,5	Sollentuna	79,8	+1,8
Vaxholm	83,8	+1,4	Österåker	79,6	+1,6
Österåker	83,7	+1,3	Tyresö	79,2	+1,2
Sollentuna	83,7	+1,3	Nacka	78,9	+0,9
Vallentuna	83,4	+1,0	Nykvarn	78,6	+0,6
Järfälla	83,4	+1,0	Vallentuna	78,5	+0,5
Upplands Väsby	83,2	+0,8	Järfälla	78,5	+0,5
Värmdö	83,0	+0,6	Upplands Väsby	78,4	+0,4
Tyresö	83,0	+0,6	Värmdö	78,3	+0,3
Huddinge	82,9	+0,5	Huddinge	78,0	0
Nacka	82,8	+0,4	Norrtälje	78,0	0
Stockholm	82,4	0	Haninge	77,8	-0,2
Solna	82,4	0	Vaxholm	77,8	-0,2
Nynäshamn	82,4	0	Botkyrka	77,6	-0,4
Sigtuna	82,3	-0,1	Stockholm	77,5	-0,5
Upplands Bro	82,2	-0,2	Solna	77,5	-0,5
Norrtälje	82,2	-0,2	Upplands Bro	77,4	-0,6
Botkyrka	81,9	-0,5	Nynäshamn	77,0	-1,0
Haninge	81,5	-0,9	Sigtuna	76,9	-1,1
Södertälje	81,4	-1,0	Södertälje	76,5	-1,5
Sundbyberg	81,1	-1,3	Sundbyberg	75,9	-2,1
Sverige	82,4	-	Sverige	78,0	-

Källa: Kommunala basfakta (KBF), Statens folkhälsoinstitut

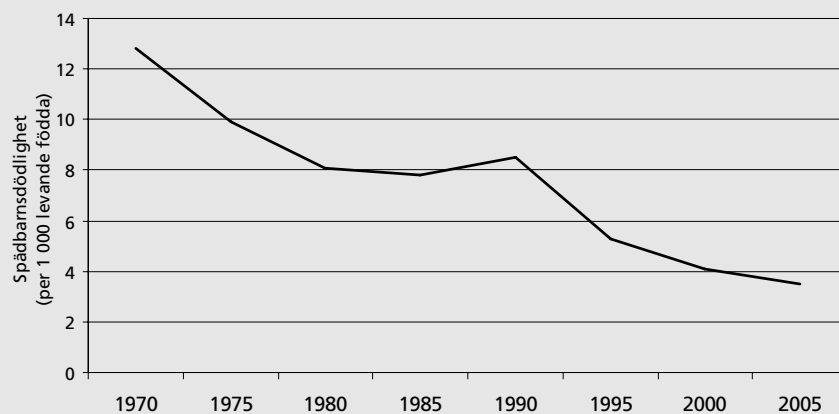
## Spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten har sjunkit från nästan 13 per 1 000 år 1970 till 3,5 per 1 000 år 2005 (se Figur 5). Även under den senaste tioårsperioden har minskningen varit stor. Internationellt sett ligger Sverige och de övriga Nordiska länderna i särklass. I flera Afrikanska länder är spädbarnsdödligheten över 100 barn per 1 000 födda medan dödligheten ligger mellan 5–10 per 1 000 i många europeiska länder. Minskningen beror till stor del på en förbättrad mödra- och barna-

<sup>3</sup>När man beräknar medellivslängd används ett medeltal för en längre tidsperiod för att minska slumpmässiga fel.

vård. Plötslig oväntad spädbarnsdöd ökade dock från år 1970, med en topp omkring år 1990. Vid samma tidpunkt ändrades riktlinjerna vad gäller sovställning för spädbarn (från mage till rygg) men om sovställningen är anledningen till nedgången från år 1990 och framåt är osäkert. En minskad andel rökare bland gravida och andelen mödrar som ammar är också en bidragande del i den minskade spädbarnsdödligheten. Under senare år har minskningen avmattats något men spädbarnsdödligheten är historiskt och internationellt sett mycket låg.

Figur 5. Spädbarnsdödlighet i Stockholms län åren 1970–2005



Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån

### Möjliga orsaker till ökningen av medellivslängd

En del av ökningen i medellivslängden beror på en sänkt spädbarnsdödlighet, men framförallt har det skett en ökning av medellivslängden för personer över 65 år. De främsta orsakerna är en kraftig nedgång i sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Detta gäller framförallt för personer 65 år och äldre. En bakomliggande förklaring kan vara förbättrade levnadsvanor (bättre kostvanor samt minskad andel rökare). Hälso- och sjukvården står för en betydande del av ökningen i medellivslängd och detta har beskrivits både nationellt och internationellt. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport år 1997 uppskattades att hälso- och sjukvårdens insatser har lett till en förlängning med 5 år av medellivslängden och av dessa beräknades vårdens preventiva insatser svara för drygt 1,5 år. En holländsk rapport uppskattade att hälso- och sjukvården stod för en förlängning av medellivslängden med 3 år för män och 4 år för kvinnor.

Tillsammans med en generellt ökande medellivslängd förekommer en allt större skillnad i medellivslängd mellan olika kommuner. Skillnaden har ökat med mer än ett år för män sedan FHR 2003. Vad denna ökade skillnad beror på är oklart men som tidigare avsnitt visat har boendesegregationen med avseende på inkomst och födelseland ökat. Dessa faktorer kan i sin tur vara kopplade till levnadsvanor såsom kost, motion, rökning och alkoholvanor.

### 3.2 Självrapporterad hälsa

Andelen med nedsatt självskattad hälsa ökade under slutet av 1990-talet, men har legat stabilt under senare år. En försämring i hälsorelaterad livskvalitet inträffade mellan åren 1998 och 2002. En viss tendens till förbättring skedde mellan åren 2002 och 2006 för oro/nedstämdhet, som tidigare år stått för den största försämringen. Skillnader finns mellan socioekonomiska grupper och geografiska områden för självskattad hälsa, långvarig sjukdom och hälsorelaterad livskvalitet.

#### Självskattad hälsa

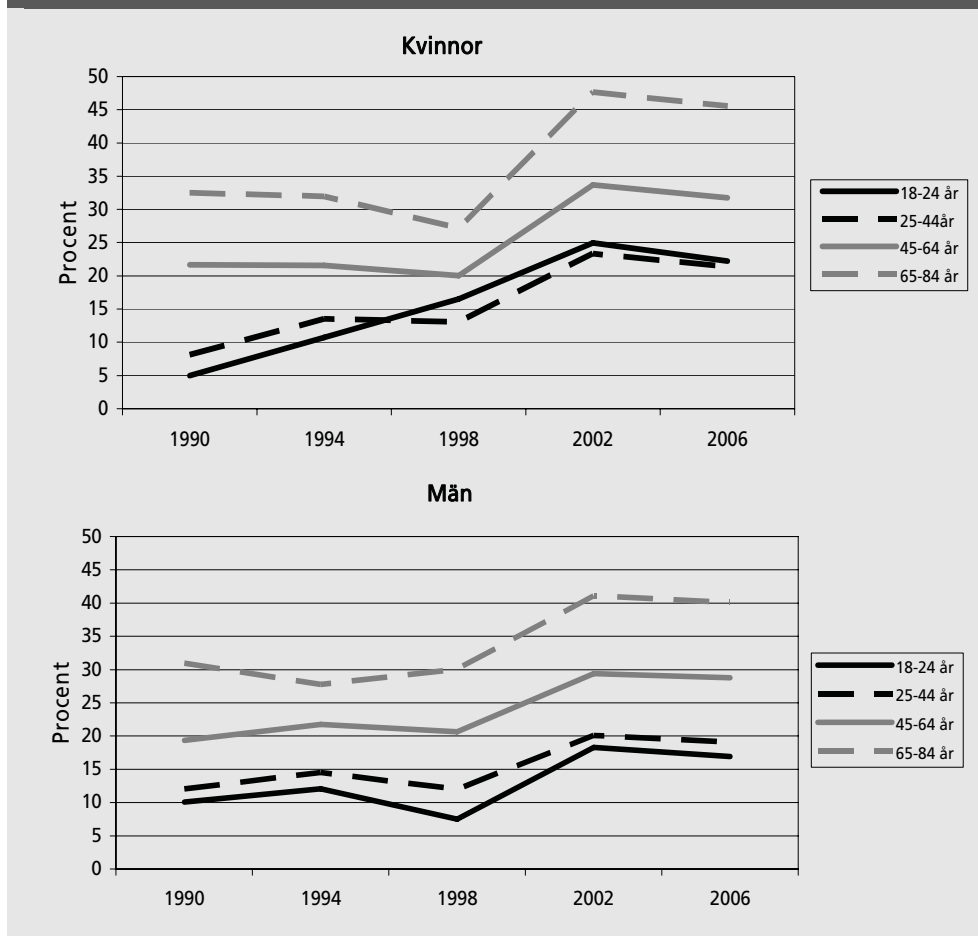
Hälsa uppfattas ofta som motsatsen till sjukdom. Dålig självskattad hälsa blir då en sammanfattande subjektiv värdering av den totala sjukligheten. Att den självskattade hälsan försämras med stigande ålder i takt med ökad sjuklighet talar för att detta är en riktig tolkning. Hälsan kan av individen upplevas vara både bra och dålig oavsett aktuell sjukdomsbörda. Hur mycket det påverkar bedömningen är osäkert. Ett ytterligare tolkningsproblem är osäkerhet kring vilken referenspunkt man utgår ifrån. När man jämför två grupper med olika krav på den egna hälsan avspeglas inte säkert eventuella skillnader i självskattad hälsa mellan grupperna på ett objektivt sätt. Om den dominerande reaktionen är att man "biter ihop" eller "anpassar sig till läget" medför det att objektiva hälsoskillnader underskattas.

#### *Den självskattade hälsan är oförändrad sedan år 2002*

Med självskattad hälsa avses här varje individs svar på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". Fem svarsalternativ finns att välja mellan: Mycket gott, Gott, Någorlunda, Dåligt respektive Mycket dåligt. Knappt 6 procent av befolkningen i länet i åldrarna 18 till 84 år anger år 2006 att deras hälsa är dålig eller mycket dålig. Knappt 27 procent menar att hälsoläget är mindre bra än gott.

Nivån av dålig respektive sämre än god självskattad hälsa bland Stockholms läns befolkning har varit relativt stabil under 1990-talet. Figur 6 visar att den självskattade hälsan försämrades mot slutet av decenniet, men den negativa trenden har brutits och resultaten från år 2006 talar för att den självskattade hälsan stabiliserats. Den nationella folkhälsorapporten 2005 gav en likartad bild. Utvecklingen i Stockholmsregionen är inte unik och de registrerade fynden avspeglar troligen en verklig förändring.

Figur 6. Andel (%) med sämre än god självskattad hälsa åren 1990–2006 efter kön och ålder



Källa: FHE 1990–2006, SLL

Figur 6 visar också att den självskattade hälsan försämras med stigande ålder och att en något högre andel kvinnor än män rapporterar en sämre än god hälsa (28 % jämfört med 25 %). Tidstrenderna löper parallellt för alla grupper utom bland de yngsta kvinnorna som tycks ha en kraftig ökning. Det stämmer väl med utvecklingen av den psykiska ohälsan, mätt på annat sätt i motsvarande grupper (se även avsnitt 3.3 och 5.1).

### Långvarig sjukdom

Självrapporterad långvarig sjuklighet eller besvär efter olycksfall är ett annat översiktligt mått på hälsa och sjukdomsburda i befolkningen. Av befolkningen mellan 18 och 84 år i Stockholms län uppger 31 procent att de har besvär av långvarig sjukdom, och 7 procent anger att dessa besvär i hög grad lett till nedsatt arbetsförmåga eller hindrat dem i andra dagliga sysselsättningar. Besvären varierar med ålder. I åldersgruppen 18–24 år uppger 2 procent och i åldersgruppen

65–84 år 12 procent att de besväras av sjuklighet som begränsar arbete eller andra dagliga aktiviteter. Sedan år 1998 och fram till år 2006 har inte andelen med långvarig sjukdom ökat nämnvärt (23 % till 26 %). Inte heller andelen med långvarig sjukdom som begränsar arbete eller andra dagliga aktiviteter har ökat (både år 2002 och år 2006 var andelen omkring 7 %).

### Stora och bestående sociala skillnader i självrapporterad hälsa

Hälsa och sjuklighet varierar kraftigt mellan olika socioekonomiska grupper. Tabell 3 visar att 36 procent bland ej facklärd arbetare rapporterar sämre än god självskattad hälsa. Andelen bland högre tjänstemän är endast 17 procent. Motsvarande siffror för dålig eller mycket dålig självskattad hälsa är 8 procent respektive 3 procent. Det finns sociala skillnader även för långvarig sjukdom, särskilt om den i hög grad medför nedsatt arbetsförmåga eller utgör hinder i andra dagliga sysselsättningar. Omkring 10 procent bland dem med arbetaryrken och 4 procent bland högre tjänstemän rapporterar detta.

**Tabell 3.** Andel (%) med olika grad av nedsatt självskattad hälsa respektive långvarig sjukdom för män och kvinnor efter socioekonomisk grupp. Ålderstandardiserat.

	Sämre än god självskattad hälsa	Dålig eller mycket dålig självskattad hälsa	Långvarig sjukdom	Långvarig sjukdom som högstgradigt begränsar arbete eller andra dagliga aktiviteter
Ej facklärd* arbetare	36	8	35	10
Facklärd arbetare	34	7	34	10
Lägre tjänstemän	28	5	31	7
Tjänstemän på mellannivå	22	4	30	6
Högre tjänstemän	17	3	26	4
Egna företagare	23	4	28	6

\*Till gruppen "ej facklärd arbetare" räknas personer med arbetaryrken som inte kräver någon längre yrkesutbildning.

Källa: FHE 2006, SLL

Den självskattade hälsan varierar mycket kraftigt mellan olika kommuner och stadsdelar i regionen som ett annat uttryck för de sociala omständigheternas betydelse. Detta redovisas i kapitel 7. Andelen med sämre än god självskattad hälsa är också högre för personer som är utrikes födda (37–40 %) jämfört med sverigefödda (24 %). Andelen med långvarig sjukdom är 31 procent bland sverigefödda. Motsvarande siffror för personer födda i Norden är 43 procent, i Europa 34 procent och utom Europa 31 procent.

### Hälsorelaterad livskvalitet

Att mäta hälsorelaterad livskvalitet som hälsoutfall har fått ett ökat intresse och har ökad betydelse i studier på befolkningsnivå. Med det standardiserade livskvalitetsinstrumentet EQ-5D kan individen beskriva sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet) och i tre allvarlighetsgrader (inga problem, måttliga respektive svåra problem). Förutom att individens enskilda svar på dessa frågor bildar en hälsoprofil kan även de fem hälsodimensionerna uttryckas i en samlad livskvalitetsvikt (EQ-5D index) där full hälsa sätts till värdet 1 och död till värdet 0. Instrumentet EQ-5D är en av de indikatorer landstinget rekommenderat för att följa hälsoutvecklingen

i befolkningen och instrumentet har varit med i Stockholms läns folkhälsoenkäter 1998, 2002 och 2006.

Mest problem inom hälsorelaterad livskvalitet rapporteras i dimensionen smärtor/besvär, följt av oro/nedstämdhet (Tabell 4). Liksom tidigare år rapporterar kvinnor mer problem än män i alla dimensioner. Detta avspeglar sig också i lägre livskvalitetsvikt för kvinnor. Andelen med måttliga eller svåra problem ökar med stigande ålder i de flesta dimensioner. Såsom tidigare år kan ett undantag ses i dimensionen oro/nedstämdhet där åldersmönstret är det motsatta: störst andel med problem har de yngsta (18–24 år). Bland unga kvinnor har nästan 49 procent problem med oro/nedstämdhet och bland unga män drygt 29 procent.

**Tabell 4.** Andel (%) som rapporterar måttliga eller svåra problem per EQ-5D dimension och EQ-5D index efter kön och ålder

EQ-5D dimension	18–24 år	25–44 år	45–64 år	65–84 år	Totalt
<b>Rörlighet</b>					
Män	2	4	12	23	10
Kvinnor	3	5	14	29	13
<b>Hygien</b>					
Män	1	1	2	4	2
Kvinnor	<1	1	3	5	2
<b>Huvudsakliga aktiviteter</b>					
Män	6	5	11	12	9
Kvinnor	6	8	15	16	12
<b>Smärtor/besvär</b>					
Män	21	21	48	54	41
Kvinnor	28	38	56	66	49
<b>Oro/nedstämdhet</b>					
Män	29	29	27	22	27
Kvinnor	49	39	36	33	38
<b>Livskvalitetsvikt (EQ-5D index)</b>					
Män medelvärde	0,90	0,88	0,83	0,81	0,85
Kvinnor medelvärde	0,85	0,85	0,79	0,75	0,81

Källa: FHE 2006, SLL

Analyser av hälsorelaterad livskvalitet över tid visar att både män och kvinnor rapporterade mer problem i alla dimensioner år 2002 än år 1998, vilket avspeglades i lägre livskvalitetsvikter för kvinnor i alla åldrar och för män upp till 55 år. Jämförelser mellan åren 2002 och 2006 visar på en viss minskning av problem med oro/nedstämdhet bland både män och kvinnor och bland kvinnor också en minskning med smärtor/besvär. Fortfarande är andelen med problem i de olika dimensionerna större år 2006 jämfört med år 1998. Jämförbara livskvalitetsvikter för åldersgruppen 21–84 år var för män 0,86, 0,84 och 0,85 och för kvinnor 0,83, 0,80, 0,81 de tre åren 1998, 2002 och 2006.

#### *Skillnader mellan olika grupper i hälsorelaterad livskvalitet*

Analyser av hälsorelaterad livskvalitet efter olika socioekonomiska grupper visar, efter att hänsyn tagits till ålder, att de lägre socioekonomiska grupperna i allmänhet har större andel som rapporterar problem i de olika dimensionerna jämfört med de högre socioekonomiska grupperna. Bland manliga ej facklärd arbetare är livskvalitetsvikten 0,82 medan högre tjänstemän har ett medelvärde på

0,90. För kvinnor är motsvarande skillnad 0,77 respektive 0,86. Jämförelser mellan åren 2002 och 2006 visar att bland män finns en tendens till minskade skillnader. Förbättringen av hälsa över tid är större för ej facklärd arbetare än för högre tjänstemän. För kvinnor finns en tendens till ökad skillnad i livskvalitetsvikt då förbättringen i hälsa över tid var större bland högre tjänstemän än bland ej facklärd arbetare. Utrikes födda personer rapporterar mer problem och har lägre livskvalitetsvikt än personer som är födda i Sverige.

### 3.3 Psykisk hälsa och ohälsa

Förekomsten av psykisk ohälsa ökade mellan åren 1990 till 2002 men har nu minskat, framför allt bland yngre kvinnor (21–24 år). Andelen är dock fortfarande hög för denna grupp. Förekomsten av psykisk ohälsa är hög bland personer med en svag position på arbetsmarknaden. Inga större skillnader finns mellan olika socioekonomiska grupper medan psykisk ohälsa är mer vanligt bland utrikes födda än sverigefödda.

#### Begreppet psykisk hälsa

Begreppet psykisk hälsa definieras av WHO som "Ett tillstånd av välbefinnande där individen är medveten om sin förmåga, kan hantera livets normala påfrestningar, kan utföra ett produktivt och fruktbart arbete och har förmåga att bidra till samhället". En invändning mot denna definition är att den utesluter grupper av människor genom att inbegripa produktivt och fruktbart arbete i begreppet psykisk hälsa. Ytterligare ett exempel på definition är den som har tagits fram av CFF: "Psykisk hälsa är att vara tillfreds med sina inre och yttre möjligheter att hantera sitt liv". I detta avsnitt används begreppet för att beskriva subjektivt upplevda och självrapporterade besvär men även positiva aspekter. Avsnittet beskriver den psykiska hälsan mer generellt i befolkningen och psykisk hälsa är för övrigt ett prioriterat folkhälsomål inom Stockholms läns landsting. Läs mer under avsnitt 5.1 där psykisk sjukdom mer ingående beskrivs.

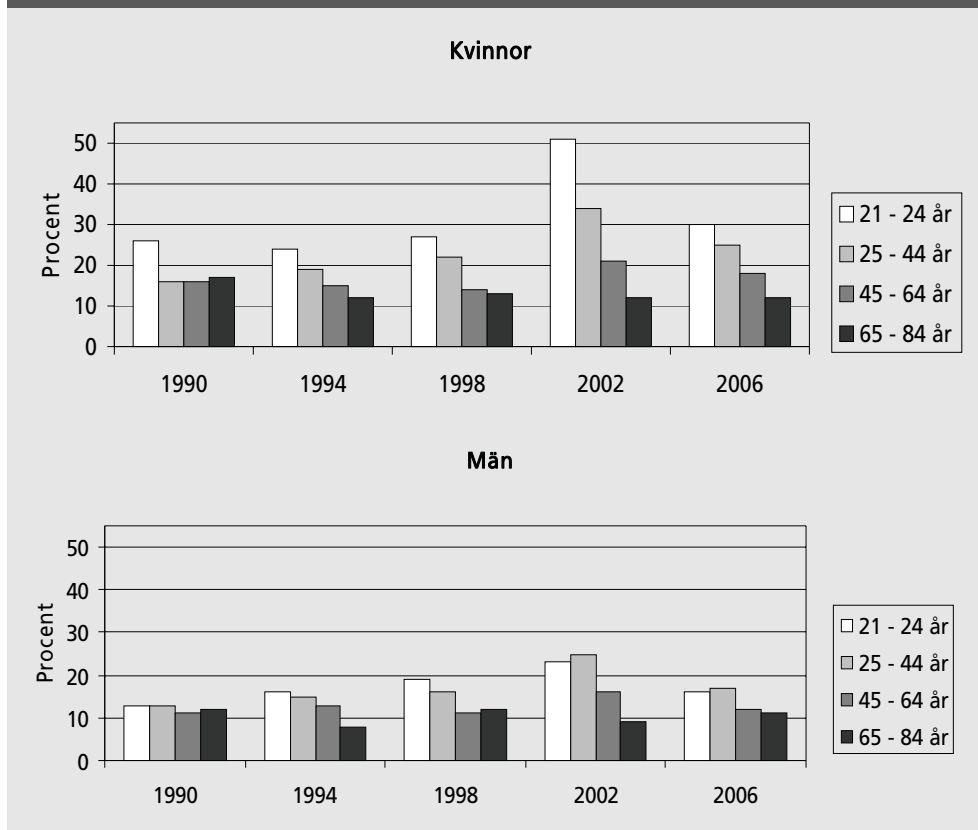
#### Mätning av psykisk hälsa

I folkhälsoenkäterna ingår tolv påståenden som avser att fånga tecken på god psykisk hälsa och psykisk ohälsa – General Health Questionnaire (GHQ12). I de sex påståenden som avser att mäta god psykisk hälsa ingår om man har känt sig lycklig eller har kunnat uppskatta det man har gjort de senaste veckorna. Bland de sex påståenden som mäter psykisk ohälsa ingår om man har känt sig olycklig och nedstämd eller tyckt sig vara värdelös de senaste veckorna.

GHQ12 har använts i folkhälsoenkäterna vid fem tillfällen från år 1990 till 2006. En individ kan högst få 12 poäng och lägst 0 poäng. Har man 3 poäng eller mer klassas man som en person med psykisk ohälsa. Andelen män som rapporterar psykisk ohälsa är genomgående lägre än för kvinnor. I Figur 7 ser man att den största andelen med psykisk ohälsa återfinns bland unga kvinnor (21–24 år). Förekomsten är dock inte lika hög år 2006 som år 2002. I den nationella folkhälsoenkäten återfinns ett liknande mönster för unga kvinnor i hela Sverige.



Figur 7. Andel (%) med psykisk ohälsa enligt GHQ12 åren 1990–2006 efter kön och ålder



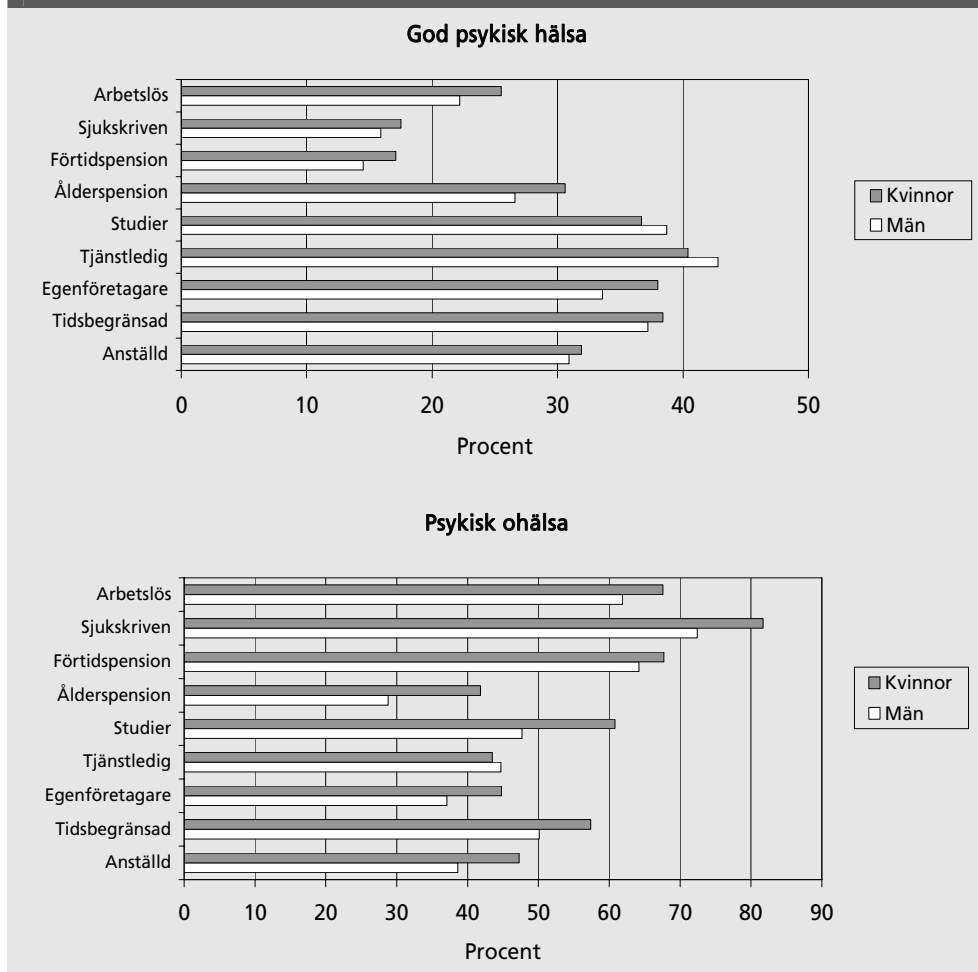
Källa: FHE 1990–2006, SLL

### God psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa i olika grupper

I följande analyser har de sex positiva påståendena i GHQ12 summerats för att mäta god psykisk hälsa och de sex negativa påståendena har summerats för att mäta psykisk ohälsa (med samma brytpunkt som tidigare). Figur 8 visar att både bland män och bland kvinnor är andelen med god psykisk hälsa högst bland sverigefödda. Andelen personer med psykisk ohälsa är högst bland kvinnor födda utom Europa och lägst bland män födda i Sverige.

Figur 8 visar att andelen med god psykisk hälsa är högst bland tjänstlediga personer (endast 3 % av hela populationen) och lägst bland personer med förtidspension oavsett kön. Andelen med psykisk ohälsa är högst bland sjukskrivna och lägst bland ålderspensionärer för båda könen. När det gäller andel med god psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa bland män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper förekommer inte några nämnvärda skillnader.

Figur 8. Andel (%) med god psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa efter kön och sysselsättning



Källa: FHE 2006, SLL

### 3.4 Sjukfrånvaro

Ohälsotalet sjunker både i Stockholms län och i hela Sverige, men de stora könsskillnaderna med högre tal bland kvinnor består. Knappt 3 procent är ofta korttidssjukskrivna och omkring 10 procent av både män och kvinnor anger att de ofta varit sjuknärvarande (arbetat fastän de borde vara sjukskrivna). Sjuknärvaro är särskilt vanligt bland företagare, arbetare och personer födda utom Norden.

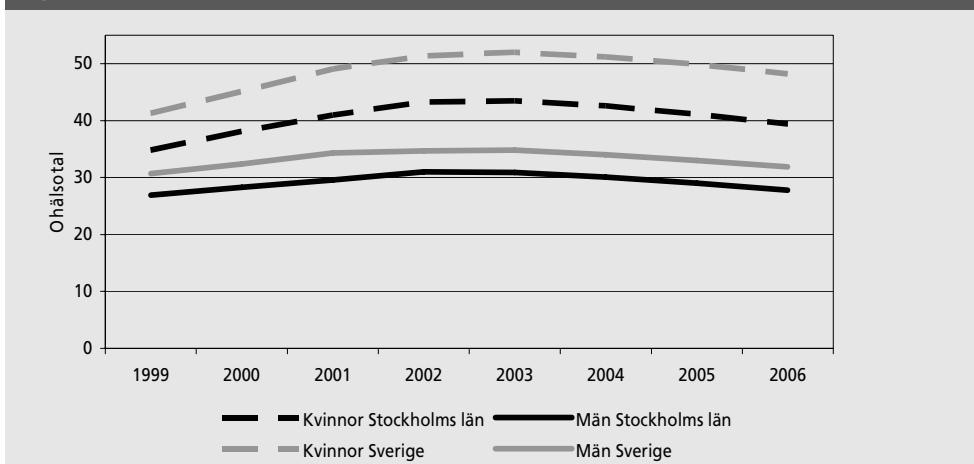
Samtidigt som konjunkturen vände vid slutet av 1990-talet började sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) i Sverige att stiga kraftigt från en historiskt sett låg nivå. Det totala antalet pågående sjukdomsfall steg mellan åren 1997 och 2002 med över 100 procent. Den dominerande delen av ökningen stod de långa sjukdomsfallen (> 90 dagar) för. Orsaken till den kraftiga

ökningen är delvis oförklarad men en kombination av flera faktorer har bidragit, till exempel en förskjutning av ålderssammansättningen, negativa förändringar i arbetsmiljön samt ökade krav för att komma in på arbetsmarknaden. Försäkringssystemets konstruktion och ersättningsnivå spelar också roll. Vissa studier tyder på att högre sysselsättning ofta samvarierar med högre sjukskrivningsförekomst. Det är mer osäkert om ökningen i sjukskrivning kan ses som ett tecken på ökad ohälsa i befolkningen. Det finns ett starkt samband mellan långtidssjukskrivning/sjuk- och aktivitetsersättning och dödlighet respektive sjuklighet på individnivå. Det är därför viktigt att följa utvecklingen utifrån ett folkhälsoperspektiv.

### Ohälsotalet är lägre i Stockholms län än Sverige

Ohälsotalet är ett mått på det totala antalet ersatta dagar med sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt rehabiliteringsersättning under en tolv månadersperiod, relaterat till hela den försäkrade befolkningen. Ohälsotalet fångar utvecklingen inom såväl den korta som långa frånvaron från arbetsmarknaden genom arbetsförmåga orsakad av sjukdom. Enligt Figur 9 nådde ohälsotalet en topp år 2003 och har därefter återigen sjunkit, både i Stockholms län och i Sverige som helhet. Stockholms län ligger under hela perioden lägre än Sverige. Detta är särskilt tydligt för kvinnor. Kvinnor har också ett högre ohälsotal än män för hela perioden.

Figur 9. Ohälsotal för kvinnor och män i Stockholms län och Sverige åren 1999–2006



Källa: Försäkringskassan

### Stora skillnader mellan grupper och geografiska områden

Ålderskillnaderna i ohälsotalet är av naturliga skäl stora. År 2006 är ohälsotalet i åldersgruppen 60–64 år nästan 10 gånger högre än i åldersgruppen 20–24 år. Skillnaden mellan män och kvinnor är allra högst i åldersgruppen 30–39 år, vilket till cirka 50 procent kan förklaras av sjukfrånvaro i samband med graviditet och barnafödande. En stor del av könsskillnaden förklaras av arbetsplats – den offentliga sektorn som är kraftigt kvinnodominerad står för en oproportionerligt

stor del av sjukfrånvaron. Det totala ohälsotalet varierar från under 20 i Danderyd till över 45 i Norrtälje. Övriga kommuner med låga tal är exempelvis Täby, Lidingö, och Vaxholm. Kommuner med höga tal är Botkyrka, Nynäshamn och Upplands Bro.

### **Frekvent korttidssjukskrivning är ovanligt**

Fler kvinnor (23 %) än män (17 %) i Stockholms län uppger i FHE 2006 att de varit sjukskrivna i kortare perioder (mindre än 14 dagar) mer än en gång under de senaste 12 månaderna<sup>4</sup>. Andelen som varit sjukskrivna fem gånger eller fler är knappt 3 procent för både män och kvinnor. Korttidssjukskrivning minskar med stigande ålder, medan långtidssjukskrivning alltså ökar. För män är skillnaden mellan den yngsta och äldsta åldersgruppen hela 10 procentenheter. Personer med arbetaryrken har generellt högre nivåer av korttidssjukskrivning än tjänstemän. Lägst nivå har företagare; 8 procent av männen och 13 procent av kvinnorna har varit sjukskrivna mer än en gång. Högst ligger facklärd arbetare (män 23 % respektive kvinnor 31 %). Skillnader i korttidssjukskrivning beroende på födelseland är små. Det finns stora regionala skillnader. Korttidssjukskrivning är vanligast i Liljeholmen, Hässelby/Vällingby och Södertälje (cirka 25 %) och de lägsta nivåerna finns i Danderyd, Lidingö och Östermalm (under 15 %).

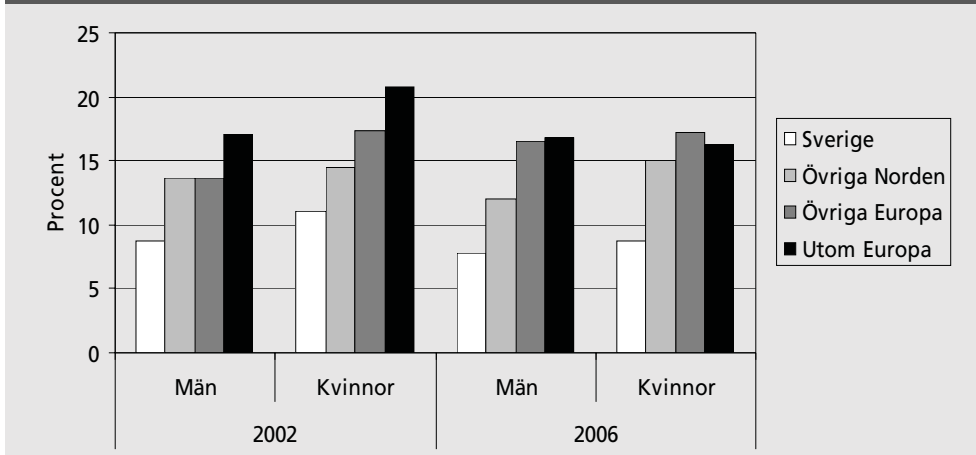
### **Sjuknärvaro vanligt bland företagare och utomnordisk födda**

Hälften av de svarande i FHE 2006 uppger att de varit sjuknärvarande (att de gått till arbetet trots att de på grund av sitt hälsotillstånd borde ha varit sjukskrivna) mer än en gång, något fler bland kvinnor än bland män. Andelen sjuknärvarande har sjunkit sedan år 2002, mest bland yngre (med cirka 10 procentenheter). Omkring 10 procent av både män och kvinnor anger att de ofta varit sjuknärvarande. Sjuknärvaron ökar något med åldern, men frekvent sjuknärvaro är ovanligt i alla åldersgrupper. Andelen frekvent sjuknärvarande är högst bland företagare (18 %) och lägst bland högre tjänstemän (6 %). Både för män och kvinnor är andelen som ofta är sjuknärvarande lägst bland sverigefödda och högst bland födda utanför Norden (se Figur 10).

---

<sup>4</sup> Jämförelser med FHE 2002 kan inte göras då frågorna inte är jämförbara.

Figur 10. Andel (%) som ofta är sjuknärvarande efter kön och födelse land



Källa: FHE 2006, SLL

Andelen frekvent sjuknärvarande är högst i Rinkeby (22 %) följt av Kista och Botkyrka, och lägst i Bromma, Danderyd och på Kungsholmen (cirka 6 %). De kommuner som har en hög andel sjuknärvarande har också generellt ett sämre hälsoläge. Motsvarande gäller inte för korttidssjukskrivning.

Både korttidssjukskrivning och sjuknärvaro hänger ihop med sjukdom – de grupper som är mer sjuka har högre andelar av båda dessa förhållanden. Detta med undantag för yngre där fler är korttidssjukskrivna. Det kan delvis bero på att banden till arbetsgivaren är lösare, samt att yngre har arbetsuppgifter med mindre personligt ansvar. Vid frekvent sjukdom kan möjligheten att vara sjukskriven trots behov vara begränsad. Analyser av FHE 2006 visar att de frekvent sjuknärvarande är en grupp med dålig hälsa som sällan är korttidssjukskrivna.

## 4 HÄLSORISKER OCH FRISKFAKTORER

### 4.1 Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Valdeltagandet har ökat knappt mellan åren 2003 och 2006. Högst valdeltagande har de mest yrkesaktiva åldrarna (30–65 år). Valdeltagandet är betydligt lägre bland utländska medborgare än bland samtliga röstberättigade. Andelen som sällan deltar i sociala aktiviteter är för kvinnor omkring 45 procent i alla åldersgrupper men bland män finns en stark ökning av andelen socialt inaktiva med åldern, från under 30 till 50 procent.

Enligt den första Folkhälsopolitiska rapporten (2005) syftar begreppet demokratisk delaktighet på hur samhällets invånare utnyttjar sina möjligheter att påverka genom politiska partier eller representation i beslutande församlingar. Med social delaktighet menas förmågan och möjligheten att aktivt delta i förenings- och kulturliv och sociala nätverk. För att kunna mäta utvecklingen kring delaktighet och inflytande har Statens folkhälsoinstitut föreslagit en rad indikatorer, bland annat valdeltagande, jämindex (ett index som visar hur jämställda invånarna i en kommun är i jämförelse med andra kommuner), självupplevd diskriminering, deltagande i kulturell och social verksamhet. Här redovisas två frågeområden: valdeltagande och deltagande i sociala aktiviteter.

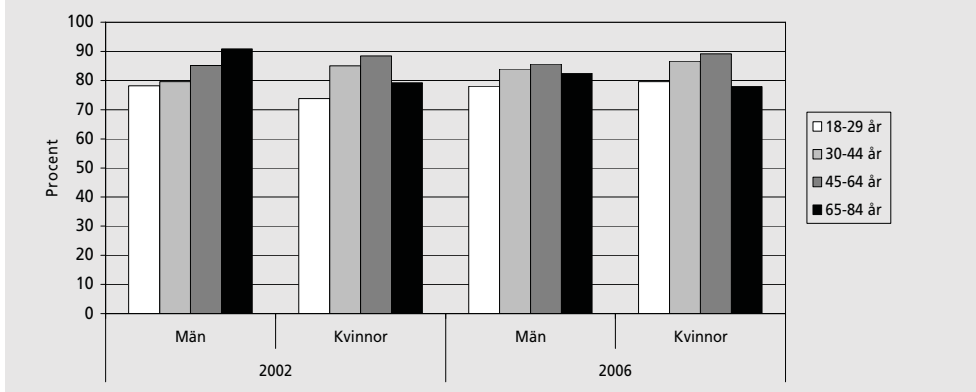
#### Stor skillnad i valdeltagande mellan olika områden

I Stockholms län har valdeltagandet ökat något i alla val (riksdag 83 %, landsting 79 % och kommun 80 %) år 2006 jämfört med 2002 (riksdag 81 %, landsting 78 % och kommun 78 %). Valdeltagandet har ökat bland de yngsta och sjunkit bland de äldsta väljarna (Figur 11).

Utländska medborgare fick rätt att rösta i de kommunala valen 1976. Valdeltagandet bland dem var då omkring 60 procent och har sedan dess långsamt sjunkit. Mellan år 2002 och 2006 steg valdeltagandet dock något både i riket och i Stockholms län. Valdeltagandet i Stockholms län bland utländska medborgare (39 %) är betydligt lägre än det totala valdeltagandet som är 80 procent bland samtliga röstberättigade.

Det finns variationer också i valdeltagande mellan olika geografiska områden i Stockholms län. År 2006 hade Botkyrka lägst valdeltagande (riksdagsval 76 %; landstingsval 71 %; kommunfullmäktige 71 %) och Danderyd det högsta valdeltagandet (riksdag 89 %; landsting 88 %; kommun 87 %). Inom Stockholms stad finns en liknande variation där valdeltagandet i de senaste valen, både till riksdagen, landstinget och kommunfullmäktige, varierade från cirka 50 procent i Rinkeby till drygt 80 procent i bland annat Bromma, Kungsholmen och Katarina–Sofia.

**Figur 11.** Valdeltagande (%) i riksdagsvalet i Stockholms län åren 2002 och 2006, efter kön och ålder



Källa: Statistikdatabasen, Statistiska centralbyrån

### Deltagande i sociala aktiviteter visar stora ålderskillnader

I FHE 2006 ställdes en fråga om den svarande under de senaste 12 månaderna regelbundet har deltagit i aktiviteter<sup>5</sup> med andra. Över hälften av både kvinnor och män svarar att de minst någon gång per månad deltar i sådana aktiviteter. Yngre män (18–24 år) utmärker sig genom en hög aktivitetsgrad, närmare 42 procent deltar i sociala aktiviteter flera gånger i veckan, mot 26 procent av jämnåriga kvinnor. Bland kvinnor är det en stor andel i samtliga åldersgrupper som anger att de mer sällan än någon gång per månad deltar i sociala aktiviteter.

**Tabell 5.** Deltagande i sociala aktiviteter (%) efter kön och ålder

	18–24 år	25–44 år	45–64 år	65–84 år
<b>Mer sällan än någon gång per månad</b>				
Män	27	39	48	50
Kvinnor	44	46	45	46
<b>Deltar någon gång per månad - någon per vecka</b>				
Män	31	41	37	35
Kvinnor	29	38	41	37
<b>Deltar flera gånger per vecka</b>				
Män	42	20	15	15
Kvinnor	26	16	14	17

Källa: FHE 2006, SLL

Deltagandet är högre bland dem med svensk bakgrund både bland män och bland kvinnor, exempelvis anger 41 procent av män med svensk bakgrund jämfört med 58 procent av män med nordisk bakgrund att de deltar i sociala aktiviteter mer sällan än någon gång per månad. Det minst aktiva sociala deltagandet finns hos dem med arbetaryrken. Över hälften av män och kvinnor i dessa grupper svarar att de mer sällan än någon gång per månad deltar i aktiviteter med andra.

<sup>5</sup> Exempelvis sport, musik/teater, studiecirkel, religiös sammankomst, sångkör, syförening, politisk eller annan föreningsverksamhet.

## 4.2 Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet

Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. Ekonomisk kris och arbetslöshetserfarenhet är mycket vanligt bland unga vuxna i Stockholms län. En annan utsatt grupp är personer födda utanför Europa. Vissa förbättringar ses sedan FHE 2002, det gäller dock inte arbetslöshet.

Ekonomisk stress och social otrygghet orsakar både fysisk och psykisk ohälsa, och leder dessutom till ökad ojämlikhet i hälsa. I detta avsnitt redovisas data som härrör från folkhälsoenkäten vilka är möjliga att bryta ned på olika befolkningsgrupper och som täcker både sociala och ekonomiska aspekter av målområdet.

### **Förekomst av ekonomisk kris mycket vanligt bland yngre**

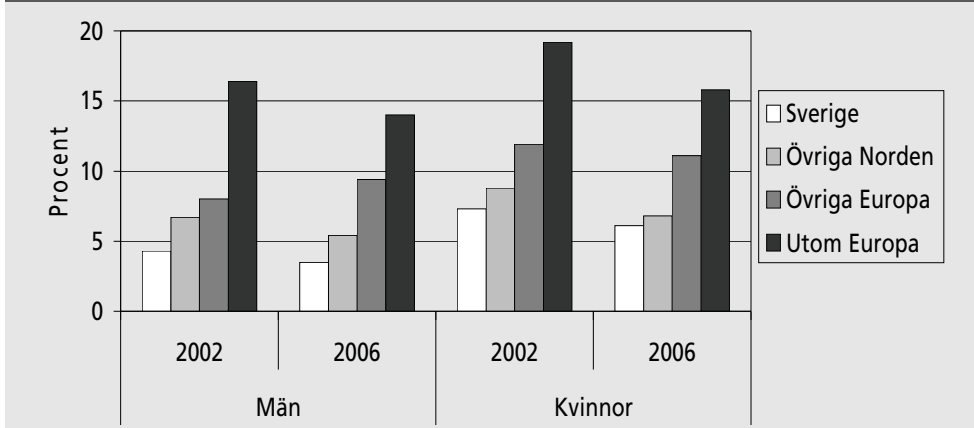
I FHE ställs frågan om man under de senaste 12 månaderna har varit tvungen att låna pengar eller sökt socialbidrag för att klara löpande utgifter. Detta benämns ekonomisk kris i SCB:s Undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Ekonomisk kris förekommer hos 15 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i Stockholms län, vilket är oförändrat sedan 2002. Det finns stora ålderskillnader. Ekonomisk kris är mycket ovanligt i åldrarna över 65 år, medan andelen med ekonomisk kris i den yngsta åldersgruppen (18–24 år) är 30 procent bland män och 39 procent bland kvinnor. Både för män och kvinnor finns stora socioekonomiska skillnader. Högst andelar uppger de med arbetaryrken (21–30 %) medan andelen bland högre tjänstemän är under 10 procent. Skillnaderna har dessutom ökat sedan 2002. Det finns också stora skillnader beroende på födelseland. Bland dem som är födda utom Europa är andelen cirka 40 procent för båda könen, vilket är samma nivå som 2002.

### **Omkring 15 procent av utomeuropeiskt födda har avstått från sjukvård eller läkemedel av ekonomiska skäl**

Att avstå från sjukvård eller läkemedel av ekonomiska skäl är generellt ovanligt. I FHE 2006 är andelen 7 procent bland kvinnor och 5 procent bland män, vilket är en svag minskning sedan 2002. (Se också avsnitt 5.10 Tandhälsa) Särskilt vanligt att avstå från vård är det bland kvinnor i åldersgruppen 18–24 år (14 %). Mindre än 3 procent av högre tjänstemän (både män och kvinnor) har avstått från vård mot 13 procent bland ej facklärd kvinnor. Att ha avstått från vård är vanligare bland personer födda utom Europa (cirka 15 %), se Figur 12. Det finns stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar. I Bromma och Danderyd har mindre än 5 procent avstått från vård, medan andelen är högst i Rinkeby (20 %) och Kista (9 %).



**Figur 12.** Andel (%) som avstått från sjukvård eller läkemedel av ekonomiska skäl efter kön och födelseland



Källa: FHE 2002 och 2006, SLL

### Arbetslöshet en vanlig erfarenhet bland yngre

I FHE 2006 uppger 4 procent av både män och kvinnor att de är arbetslösa, medan cirka 12 procent har varit arbetslösa någon gång under de senaste två åren. Detta är en ökning i jämförelse med år 2002 då 3 procent var arbetslösa och 9,5 procent hade varit arbetslösa någon gång under de senaste två åren. Arbetslöshet är betydligt vanligare i den yngsta åldersgruppen (18–24 år), och det är också där vi ser den största förändringen mot 2002 (Tabell 6)<sup>6</sup>. Arbetslöshet är socialt snedfördelat. Enbart 2 procent är arbetslösa bland högre tjänstemän mot omkring 6 procent bland ej facklärd arbetare. De sociala skillnaderna i arbetslöshet har förstärkts sedan 2002, då arbetslösheten stigit mest för dem med arbetaryrken och till och med minskat bland högre tjänstemän. Andelen arbetslösa är lägst för personer födda inom Norden inklusive Sverige (cirka 3 %) och högst bland dem födda utom Europa (cirka 9 %). Arbetslösheten är cirka 2 procent i många kommuner medan den i Rinkeby är över 16 procent bland män och 8 procent bland kvinnor.

**Tabell 6.** Andel (%) arbetslösa respektive arbetslösa någon gång under de senaste två åren efter kön och ålder

		18–24 år	25–44 år	45–64 år
<b>Män</b>	Arbetslös nu	9	4	4
	Arbetslös senaste två åren	34	15	9
<b>Kvinnor</b>	Arbetslös nu	10	5	4
	Arbetslös senaste två åren	33	18	8

Källa: FHE 2006, SLL

<sup>6</sup> Det är svårt att jämföra med den officiella statistiken bakåt i tiden då en ny definition på arbetslöshet infördes 2005. Det totala antalet arbetslösa i länet enligt AMS har dock ökat med 30 procent mellan åren 2002 och 2006.

### 4.3 Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor

Förhållanden under barndomen har stor betydelse för hälsan under hela livet. Barns och ungdomars hälsa är starkt relaterat till faktorer i deras omgivning – familjen, förskolan, skolan, vänner och fritid. Lyhördhet för barns signaler och barns kunskap om sig själva måste bättre beaktas.

Stockholms läns 422 000 barn, 0–17 år, växer upp med olika psykosociala och socioekonomiska resurser, vilket har stor betydelse för deras levnadsvillkor. Familjens situation påverkar i mycket barns möjligheter till en god hälsa och utveckling. Till exempel finns ett samband mellan risk för övervikt hos barn och föräldrars inkomst och utbildning. Variationen är från 2 till 25 procent överviktiga barn i resursstarka respektive resurssvaga områden. Närmare hälften av all ohälsa bland barn kan härledas från de omständigheter familjen lever under.

Statens folkhälsoinstitut sammanfattar i en översikt viktiga faktorer för barns uppväxtvillkor där miljön i hemmet, i förskolan och i skolan nämns samt barn och ungas kompetenser. De politikområden som berörs är folkhälso- och utbildningspolitik. De indikatorer som föreslagits är relation mellan barn och föräldrar, anställdas utbildning, barn och ungas inflytande, bemötande mellan elever, lärare och andra vuxna samt fullständiga betyg i grundskolan. Mer om barns hälsa och levnadsvanor finns i avsnitt 6.1.

#### **Barnhälsovård**

I stort sett alla barnfamiljer har kontakt med Barnavårdcentralen (BVC). Barnhälsovården erbjuder hälsoundersökning, utvecklingsbedömning och stöd till föräldrar genom bland annat föräldrakurser (se också 4.6). Stöd för att förbättra tidig anknytning och samspel mellan föräldrar och barn uppmärksammas särskilt inom BVC. Av barn födda år 2005 ammas fortfarande 77 procent vid sex månaders ålder helt eller delvis. Vaccinationstäckningen är hög och av barn födda år 2004 i Stockholms län är det 98 procent som är vaccinerade mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och haemofilus influensa (hib). Det är 95 procent av barnen i länet som är vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund och denna andel ökar efter det att autism har kunnat avskrivas som möjlig biverkning.

#### **Förskola, skola och fritids är av stor betydelse för barns hälsa**

Förskola, skola och fritidsverksamhet spelar en viktig roll för att kompensera skillnader i barns uppväxtvillkor. I den obligatoriska skolan finns möjlighet att möta och stödja alla barn i åldersgruppen 6–cirka 16 år. Skolans arbetsmiljö är viktig att uppmärksamma för både barn och lärare samt övrig skolpersonal. Sambanden mellan trygghet och hälsa i relation till lärande är väldokumenterat. Delaktighet och inflytande påverkar elevernas hälsa. I flera olika undersökningar uppfattar elever att de inte i någon större omfattning har reella möjligheter att påverka sin egen arbetsmiljö. (Läs mer i SLL:s kommande Arbetshälsorapport 2007.)

Mobbning, kränkande behandling och barns utsatthet är viktiga problemområden för skolan. Av barn och unga i åldrarna 10–18 år uppger 2 procent att de

minst en gång i veckan blivit slagna i skolan enligt SCB:s levnadsnivåundersökningar. Totalt 13 procent anger att de har blivit illa behandlade av lärare. Inga väsentliga förändringar avseende förekomst av mobbning har skett sedan 1990-talet enligt samstämmiga uppgifter från olika nationella undersökningar.

### **Barnen i familjen**

Inom Stockholms län finns stora skillnader i levnadsvillkor mellan olika grupper av invånare och mellan olika områden. Familjens och vårdnadshavarens situation påverkar i mycket barns möjligheter till god hälsa och utveckling.

Den genomsnittliga barnfamiljen i Stockholms län kännetecknas av att mamman är äldre och har högre utbildning än i övriga Sverige. Stockholmsbarn har också färre syskon och lever i något mindre utsträckning med båda föräldrarna (71 % mot 73 % för landet). Av de 27 procent som har separerade föräldrar bor 5 procent växelvis hos mamma och pappa, en ökning sedan början av 1990-talet. De flesta barn är födda inom länet. Andelen utrikes födda är bara något högre för länet än för landet och i Södertälje som har högst andel är denna 10 procent.

Cirka 9 000 barn i Stockholms län upplevde en separation mellan sina föräldrar under år 2005, vilket är en minskning sedan år 2003. Barn till ensamstående föräldrar lever i högre utsträckning i en ekonomiskt utsatt situation. Av barnfamiljerna i Stockholms län har 10 procent låg inkomststandard, vilket är en liten förbättring på tre år. Skillnaderna mellan kommunerna ökar dock vad gäller inkomststandard: i Botkyrka har 19 procent och i Nykvarn och Täby har under 5 procent låg inkomststandard.

### **Positivt för hälsan att bo med barn**

Det görs ingen samlad enkät riktad till barn 0–17 år i Stockholms län. Inte heller tar frågorna till vuxna upp om man har egna barn utan endast om man ”bor med barn”. För att ändå få ett barnperspektiv utifrån frågorna i FHE 2006 har vi valt att jämföra gruppen som ”bor med barn”, med den som ”*inte* bor med barn”. Analysen har avgränsats till gruppen upp till 55 år. Avsikten är att utifrån enkätdata ge en bild av om gruppen som bor med barn skiljer sig från övriga avseende vissa hälsofaktorer.

Det är ingen skillnad mellan dem som bor respektive inte bor med barn när det gäller det allmänna hälsotillståndet, huvudvärk, trötthet, stress, att känna sig spänd, tinnitus, koncentrationsförmåga eller att inte klara av att hantera vardagliga problem. Däremot verkar både kvinnor och män ha mer hälsofrämjande levnadsvanor när man bor med barn. Det är tydligast avseende alkoholkonsumtion, men gäller också för matvanor (frukt och grönsakskonsumtion) och motionsvanor. För rökning är skillnaderna inte så stora, men även här till fördel för boende med barn.

Kvinnor som bor med barn känner i högre utsträckning att de gör nytta och att de är nöjda med det de gjort. Dessa aspekter speglar en känsla av sammanhang, vilket är viktigt för individens psykiska hälsa. Motsvarande ses inte hos män. Däremot är män som inte bor med barn oftare olyckliga, har förlorat tron på sig

själv, känner sig värdelösa och har oftare övervägt att ta sitt liv än gruppen som bor med barn. Dessa skillnader finns inte för kvinnor. Barn är sammanfattningsvis en gynnsam hälsofaktor för vuxna genom att vuxna som bor med barn har bättre psykisk hälsa, känner sig tryggare, har färre ohälsosfaktorer och mer hälsofrämjande levnadsvanor.

#### 4.4 Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet

Stress och psykiska påfrestningar, hög fysisk belastning liksom fysikaliska faktorer i arbetet som buller och luftföroreningar orsakar ohälsa hos individen. Ungefär var tredje kvinna och var fjärde man i förvärsarbete uppger i FHE 2006 att de känner sig stressade några dagar per vecka eller mer. Arbetsorsakade besvär av psykisk belastning är också vanligare för kvinnor (13 %) än för män (7 %). Knappt 10 procent anger arbetsorsakade besvär av fysisk belastning.

Arbete är en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa. En genomgång av den internationella forskningslitteraturen visar att förvärsarbete har en rad positiva effekter på hälsa och välbefinnande; det ger ekonomisk trygghet och full delaktighet i samhällslivet, det tillfredsställer viktiga psykosociala behov och är centralt för individens identitet och sociala status. Påfrestande fysiska och psykosociala förhållanden i yrkesarbetet kan å andra sidan både direkt och indirekt utgöra en risk för eller bidra till ohälsa, och förvärsarbete är en viktig faktor bakom social ojämlikhet i fysisk och psykisk hälsa och dödlighet.

Ett flertal indikatorer kan användas för att beskriva arbetsförhållanden, till exempel självskattad arbetsorsakad ohälsa, belastningsbesvärindex, arbetsolycksfall/-sjukdomar, hot om uppsägning och andel behovsanställda. I följande avsnitt redovisas uppgifter från FHE 2006 och andra datakällor för några av de nämnda indikatorerna rörande hälsa i arbetslivet.

##### **Arbetsvillkor i länet – några resultat från FHE 2006**

Det stillasittande arbetet ökar. Omkring 44 procent av både kvinnor och män uppger att de har ett stillasittande arbete, medan 11 procent bland män och 6 procent bland kvinnor uppger att de har ett tungt kroppsarbete. Jämfört med år 2002 är det 1–2 procentenheter fler kvinnor och män som har ett stillasittande arbete.

Ungefär var tredje kvinna och var fjärde man i förvärsarbete uppger att de känner sig stressade (spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad) några dagar per vecka eller mer. Andelen stressade skiljer sig inte nämnvärt mellan tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda eller mellan arbetare och tjänstemän.

Buller på arbetsplatsen är ett problem för många arbetstagare. Ungefär var sjunde kvinna och man rapporterar att de regelbundet (varje vecka) störs kraftigt eller mycket kraftigt av buller på sin arbetsplats. Den vanligaste källan till bullerstörning är för kvinnor arbetskamrater och för män maskiner och verktyg. Den näst vanligaste bullerstörningen för både kvinnor och män är sus- eller brummljud från ventilation, datorer och liknande. Var femte man och var tionde kvinna upp-

ger att de utsätts för luftföroreningar på sin arbetsplats cirka tio timmar eller mer per vecka. Den vanligaste källan till luftföroreningar för både kvinnor och män är damm och den näst vanligaste källan är motoravgaser från motorfordon eller arbetsmaskiner. Det är framför allt fysisk belastning och fysikaliska faktorer, till exempel buller och luftföroreningar, som skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper. Arbetare utsätts för högre fysisk belastning, mer buller och luftföroreningar jämfört med tjänstemän.

### Arbetsorsakade besvär

Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån gör en årlig undersökning om arbetsorsakade besvär som baseras på ett slumpmässigt urval av samtliga sysselsatta i riket. Antal svarande är drygt 20 000 per år. I Stockholms län uppgav bland kvinnor 26 procent och bland män 18 procent att de haft arbetsorsakade besvär under de senaste 12 månaderna (åren 2004, 2005 och 2006 sammantaget).

Arbetsorsakade besvär kan delas upp i besvär på grund av fysisk belastning (tungt lyft, påfrestande arbetsställningar eller korta upprepade arbetsmoment) och besvär på grund av stress och andra psykiska påfrestningar. Tabell 7 visar att andelen individer med arbetsorsakade besvär på grund av fysisk belastning liksom sjukfrånvaro på grund av arbetsorsakade besvär är lägre i Stockholms län än i övriga landet. För kvinnor i Stockholms län är arbetsorsakade besvär på grund av stress och andra psykiska påfrestningar vanligare än de som orsakas av fysisk belastning. För män i Stockholms län och för både kvinnor och män i övriga landet är fysisk belastning den vanligaste orsaken till besvär.

Arbetsorsakade besvär	Stockholms län		Sverige	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
På grund av fysisk belastning	10*	8*	14	11
På grund av stress och psykiska påfrestningar	13	7	12	7
Sjukfrånvaro på grund av arbetsorsakade besvär	9*	6*	11	8

\*Statistiskt säkerställd skillnad mellan Stockholms län och övriga landet

Källa: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån, Arbetsorsakade besvär 2004, 2005 och 2006

År 2006 uppgav knappt var tredje förvärvsarbetande kvinna (32 %) och drygt var femte förvärvsarbetande man (22 %) att de har värk två dagar eller mer per vecka från nacke, axlar, armar, nedre delen av ryggen, höfter, lår eller knän. Färre personer rapporterar värk i rörelseorganen år 2006 jämfört med år 2002. Se vidare i avsnitt 5.5 Rörelseorganens sjukdomar.

## 4.5 Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter

Luften i Stockholms län har förbättrats de senaste decennierna. I länet bor idag cirka 4 000 personer i områden med partikelhalter över EU:s gränsvärden. Problem orsakade av inomhusluften uppgår mellan 3–8 procent av boende i flerbostadshus. Positivt är att antalet produkter som avger allergiframkallande nickel har minskat kraftigt sedan EU:s nickeldirektiv trädde i kraft.

Målområde 5 Sunda och säkra miljöer och produkter är brett och omfattar skilda typer av miljöer och exponeringar. Statens folkhälsoinstitut har beskrivit fyra delområden, av vilka de tre första överensstämmer med miljömålspropositionens strategier:

- Sund yttre miljö/luftkvalitet
- Sunda produkter
- Sund inomhus- och närmiljö
- Säkra miljöer och produkter (se 5.4 Skador)

### Sund yttre miljö/luftkvalitet

Genom minskade utsläpp från uppvärmning och energiproduktion har luften i länet förbättrats, men fortfarande påverkas människors hälsa negativt av luftföroreningar. I tätorterna är trafiken (avgaser och partiklar från däck/vägslitage) den dominerande föroreningskällan. Vintertid kan vedeldning vara ett problem i villaområden. Miljökvalitetsmålet Frisk luft är långt ifrån uppnått och på många håll överskrids även miljökvalitetsnormen för partiklar. I länet bor cirka 4 000 personer i områden med partikelhalter över EU:s gränsvärden och svenska miljökvalitetsnormer. Omkring 15 procent av befolkningen har sin bostad där halterna ligger strax under norm.

Risken för hälsoeffekter av luftföroreningar ökar med stigande ålder. Hos barn är besvär i luftvägarna och nedsatt lungfunktion mest uppmärksammade. Om beräkningar som gjorts i studier i andra länder överförs till svenska förhållanden skulle innerstadsbarn kunna löpa en fördubblad risk för sänkt lungfunktion när de blir vuxna, jämfört med andra barn.

### Sund inomhus- och närmiljö

Undermålig ventilation och föroreningar i inomhusluften kan bidra till såväl ohälsa som komfortproblem. Åtskilliga studier världen över talar för att hälsan kan påverkas negativt i fukt- och mögelskadade byggnader. Risken för astmasymtom är fördubblad hos barn och vuxna som bor i fuktiga hus. Fuktskador är också förknippade med mer ospecifika symtom som trötthet, huvudvärk och ökad infektionskänslighet. Hälsoproblem relaterade till inomhusmiljön är vanliga särskilt hos dem som har allergi eller annan överkänslighet i luftvägarna.

Delmålet under det nationella miljömålet God bebyggd miljö; att byggnader och deras egenskaper år 2020 inte ska påverka hälsan negativt, bedöms vara svårt att uppnå om inte särskilda åtgärder vidtas för att minska fukt- och mögelskador i byggnader.

En nyligen avslutad enkätundersökning visar att 17 procent av dem som bor i flerbostadshus i Stockholms län angav besvär med irriterad näsa, 11 procent hade irriterade ögon och 9 procent uppgav besvär med hals, hosta respektive irriterad hud i ansiktet. Mellan 3 till 8 procent i olika grupper av boende relaterade besvären till bostaden. Kvinnor rapporterar mer besvär än män, och personer med luftvägsallergi mer besvär än icke-allergiska personer. Högst andel hälsobesvär har boende i hus byggda mellan 1961–1975.

## **Buller**

Buller är ett utbrett miljöproblem i Sverige och det är den störning som berör flest människor, såväl barn som vuxna. En av de allvarligaste effekterna av buller är sömnstörning. Flera undersökningar talar för att höggradigt exponerade personer i den allmänna befolkningen kan ha en ökad risk för hjärtkärlsjukdom på grund av buller. I SLL:s Miljöhälsorapport 2005 rapporteras dessutom som särskilt oroande att barn och ungdomar utsätts för hörselskadande buller i stor utsträckning. Omkring 2–3 procent av alla barn i åldrarna 4–12 år beräknas ha nedsatt hörsel. Det är inte känt hur stor andel av dessa hörselnedsättningar som orsakas av exponering för höga ljudnivåer.

God bebyggd miljö har ett delmål om att bullerstörningarna från trafiken ska minska. För att minska framtida risker för hörselskador är det också viktigt att andra störningskällor som är viktiga för barn åtgärdas, särskilt ljudstörningar i förskolor, skolor och fritidsmiljöer, samt alltför hög musik.

## **Sunda och säkra produkter – nickel och kosmetika**

Allergi och eksem som uppstår på grund av ämnen i konsumentprodukter är mycket vanligt förekommande. Nickelallergi förekommer hos cirka 15 procent bland kvinnor och 2–5 procent bland män och oftare hos yngre (se 5.6 Allergisjukdomar). Nickelallergi orsakas av hudkontakt med föremål som avger nickel, bland annat smycken, klockor och knappar. Kosmetika och hygienprodukter ger ofta upphov till allergi och eksem i ansiktet och på händerna. De vanligaste orsakerna är konserveringsmedel, parfymämnen och hårfärgämnen. Allergi mot hårfärgämnen är ett snabbt ökande problem bland ungdomar, kvinnor och också bland män i stora delar av världen och i Sverige.

EU:s nickeldirektiv, som började gälla 2001, begränsar mängden nickel som får avges från vissa typer av föremål. Tillverkare, importörer och handeln har ansvar för att produkter uppfyller nickeldirektivets krav. Undersökningar i Stockholm av produkter på marknaden har visat att andelen som avger nickel har minskat kraftigt sedan nickeldirektivet trädde i kraft. År 1999 avgav 25 procent av produkterna för mycket nickel och åren 2002–2003 var motsvarande siffra 8 procent. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsförvaltningar, Kemikalieinspektionen och Socialstyrelsen har ansvar för tillsynen.

EU:s kosmetikadirektiv fastslår att kosmetika och hygienprodukter inte får vara skadliga vid normal användning. EU-kommissionen planerar att vidta effektivare åtgärder för att minska problemet med allergi mot hårfärgämnen. Det är inte



möjligt för enskilda konsumenter att undvika riskabel exponering, därför är det extra angeläget att produkterna är säkra.

#### **4.6 Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård**

I Hälso- och sjukvårdslagen betonas att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att aktivt förebygga sjukdomar och skador. Primärvården i länet har kommit relativt långt med ett hälsofrämjande synsätt och har ofta utarbetade program för livsstilsförändring. En kartläggning av länets sjukhus visar dock att det hälsofrämjande perspektivet inom organisation, ledning och patientarbete är svagt utvecklat.

I Hälso- och sjukvårdslagen betonas att hälso- och sjukvården inte bara har ansvar för att behandla sjukdomar och uppkomna skador utan också för att aktivt verka för att förebygga sjukdomar och skador. Enligt Socialstyrelsens Folkhälso-rapport (1997) innebär hälso- och sjukvårdens insatser att medellivslängden i Sverige förlängts med cirka 5 år; av dessa beräknades vårdens preventiva insatser svara för drygt 1,5 år. Den senare beräkningen är troligen en underskattning, eftersom till exempel läkares och andra personalgruppers råd om rökstopp och andra livsstilsfaktorer inte är medräknade. Slutsatsen är att hälso- och sjukvården har en avsevärd effekt på folkhälsan.

#### **Internationell, nationell och regional utveckling**

Under våren 1988–1993 påbörjade Världshälsoorganisationens (WHO) Europa-kontor utvecklingen av en modell för hälsofrämjande arbete på sjukhus. Konceptet var att utifrån ett arenaperspektiv (skolor, arbetsplatser etc) skapa stödjande miljöer för hälsa, det vill säga miljöer där goda val för hälsan upplevs som lätta val av individen.

Socialstyrelsen har sedan hösten 2006 arbetat med att ta fram nationella riktlinjer för metoder att förebygga sjukdom genom påverkan av livsstilsfaktorer. Projektet syftar till att ta fram beslutsunderlag för politiker, tjänstemän och hälso- och sjukvårdspersonal om hur man på bästa sätt kan hjälpa enskilda patienter att förändra sin livsstil. De levnadsvanor som valts ut är tobaksbruk, hög alkoholkonsumtion, ogynnsamma kostvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

I Stockholms läns landstings budgetdirektiv för 2007 sägs att den förebyggande hälso- och sjukvården ska skapa förutsättningar för goda hälsovillkor och att den av Stockholms läns landsting antagna Folkhälsopolicyn ska ses över och utvecklas. Inom Stockholms läns landstings sjukvårdsområde (SLSO) har en handlingsplan för folkhälsoarbete baserad på SLL:s Folkhälsopolicy fastslagits. Den beskriver hur de olika verksamheterna ska arbeta inom Folkhälsopolicyns fem mål (se 1 Inledning). Det pågår också ett arbete med att föra in material om levnadsvanor i VISS.nu, en webbaserad informationsbank med medicinsk och administrativ information. Materialet i VISS utgör stöd till dem som vill arbeta mer och bättre med patienternas levnadsvanor.



### **Hälsofrämjande primärvård i länet**

Primärvården är en bärare av ett hälsofrämjande synsätt som innebär att stödja och tillvarata patientens egen förmåga att hantera sina hälsoproblem. En undersökning av länets vårdcentraler åren 2004–2005 visade att över 80 procent kunde erbjuda aktiv rådgivning om tobak, kost och övervikt, omkring 70 procent psykosocialt stöd och drygt 60 procent rådgivning om fysisk aktivitet. 39 procent erbjöd fysisk aktivitet på recept (FaR). Hela 90 procent arbetade enligt särskilda diabetesprogram men över hälften saknade program för patienter med hjärt-kärlsjukdom eller smärttillstånd. De flesta vårdcentraler erbjöd individuella program enligt ovan, gruppverksamhet förekom främst i länets södra och sydöstra delar. Tyvärr saknas uppföljning av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Mödrahälsovården (MVC) är en väletablerad och välfungerande organisation som besöks av över 99 procent av alla gravida kvinnor. Graviditeten är en tacksam period för hälsofrämjande arbete, exempelvis slutar omkring en tredjedel av rökande kvinnor att röka. Folkhälsoarbetet på MVC är främst inriktat på livsstilsfrågor och förebyggande av psykosocial ohälsa. Verksamheten på Barnavårdcentralen (BVC) riktar sig till alla barn från nyföddhetsperioden till dess att barnet fyller 6 år. Barnhälsovården erbjuder hälsoundersökning, utvecklingsbedömning och hälsovård. Idag arbetar också MVC och BVC för att förebygga psykisk ohälsa exempelvis genom att uppmärksamma tidiga tecken på depression i samband med förlossning eller genom att vägleda hur barn och förälder kan samspela.

### **Hälsofrämjande arbete på akutsjukhusen**

En inventering av det hälsofrämjande arbetet på landstingets akutsjukhus utfördes under 2006. Kartläggningen visar att sjukhusen har lagt en god grund för hälsofrämjande arbete bland personalen, men att det hälsofrämjande perspektivet inom organisation, ledning och patientarbete ännu är svagt utvecklat. Konceptet hälsofrämjande hälso- och sjukvård är nytt i Stockholms läns landsting och har ännu inte anammats av något sjukhus som policy. Mål för hälsofrämjande arbete saknas ofta och sjukhusen saknar som regel policys och riktlinjer. Bristen på ett hälsofrämjande perspektiv i styrningen leder till avsaknad av rutiner för hälsofrämjande arbete i de patientnära verksamheterna. Detta gäller även i de fall där behov och effekter av hälsofrämjande insatser är väldokumenterat och beslut fattats att sådana insatser ska genomföras.

Positivt är att flertalet sjukhus dokumenterat hälsofrämjande och friskvårdsrelaterade insatser för personalen. Dessutom har samtliga sjukhus tagit och genomfört beslut om "rökfritt sjukhus". Det finns en väl utbyggd psykologisk kris- och katastrofberedskap på samtliga sju akutsjukhus i länet. En ny handlingsplan för bemötande och åtgärder inom sjukvården vid våldtäkt utarbetades under 2005. Detta är av stor vikt då uppemot hälften av de kvinnor som utsatts för överfalls- våldtäkt utvecklar posttraumatiskt syndrom eller annan psykisk sjukdom.

## 4.7 Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning

I ett internationellt perspektiv är situationen gynnsam i Sverige såväl vad gäller utbredningen av allvarliga infektionssjukdomar som resistensutveckling mot antibiotika. Det är dock angeläget att de preventiva insatser som kontinuerligt utförs upprätthålls på en hög nivå.

Sverige har en historia av framgångsrikt förebyggande arbete mot spridning av infektionssjukdomar. Fokus har i första hand legat på förebyggande arbete ur ett befolkningsperspektiv vilket medfört att förekomsten av allvarliga infektionssjukdomar i befolkningen är låg i ett internationellt perspektiv. Influensaepidemier drabbar dock årligen stora delar av befolkningen. Även smittspridning av luftvägs- och maginfektioner på förskolor är omfattande och det är inte ovanligt att barn i förskoleåldern drabbas flera gånger per år. Dessa mycket vanliga infektionssjukdomar i befolkningen är inte anmälningspliktiga och därför saknas statistik över hur många som drabbas. Under senare år har den ökade förekomsten av klamydia bland tonåringar och unga vuxna varit oroande.

För uppföljning av det nationella målområdet 7 Gott skydd mot smittspridning har Statens folkhälsoinstitut valt att följa förekomsten av vissa anmälningspliktiga infektionssjukdomar, barnvaccinationsläget samt förekomsten av resistensutveckling mot läkemedel. Nedan diskuteras vaccinationstäckning och resistensutveckling i ett Stockholmsperspektiv samt fortsatta åtgärder för att upprätthålla ett gott skydd mot smittspridning. Utvecklingen av bland annat hiv och klamydia i Stockholms län redovisas i avsnitt 5.9 Infektionssjukdomar.

### Vaccinationstäckning

Det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige innebär att alla barn inom barnhälsovård och skola erbjuds skydd mot åtta sjukdomar; polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av *Haemophilus influenzae* typ B, mässling, påssjuka och röda hund. Barn i riskgrupper erbjuds dessutom vaccination mot tuberkulos och hepatit B. En hög vaccinationstäckning i befolkningen är viktig för att utbrott av dessa sjukdomar ska kunna undvikas. Generellt är vaccinations-täckningen i Stockholms län liksom i övriga landet god och 98–99 procent av alla barn i förskoleåldern vaccineras enligt programmet.

Betydelsen av kontinuerliga informations- och utbildningsinsatser riktade till föräldrar och personal illustreras av att täckningen av MPR-vaccinet (mässling, påssjuka och röda hund) gick ner i slutet av 1990-talet efter återkommande larmrapporter i media om vaccinets skadliga effekter. Täckningen av MPR-vaccinet har sedan dess ökat igen, i Stockholms län från 85 procent av tvååringarna år 2001 till 95 procent år 2006. Bedömningen är att vaccinationstäckningen i befolkningen behöver vara minst 90 procent för att utbrott ska undvikas. År 2006 låg Rinkeby (71 %), Spånga (88 %), Södertälje (88 %) och Maria–Gamla stan (89 %) under denna gräns.

Influensa får inte sällan ett allvarligt, ibland dödligt, förlopp hos äldre och personer med nedsatt allmäntillstånd. Dessa grupper rekommenderas vaccinering och

under senare år har vaccinationstäckningen varit 60–70 procent bland personer över 65 år i Stockholms län.

### **Antibiotikaresistens**

Antibiotikabehandling av infektionssjukdomar är ett av de stora genombrotten i medicinens historia och medförde på sin tid avsevärt minskad dödlighet i befolkningen. Under senare år har resistensutveckling, det vill säga bakterier och andra smittämnen som blivit motståndskraftiga mot en eller flera typer av antibiotika, blivit ett allt större problem såväl internationellt som i Sverige. En av de viktigaste orsakerna till resistensutveckling är överanvändning av antibiotika. Att problemet uppmärksammats mer på senare år har bland annat fått till följd att samarbeten för att minska antibiotikaanvändning etablerats både nationellt och internationellt och att riktlinjer för antibiotikabehandling setts över.

I Sverige förskrivs 90 procent av all antibiotika inom öppenvården. Förutom läkarnas attityder antas allmänhetens kunskap och förväntningar kring antibiotikabehandling bidra till förskrivningens omfattning. Det råder stora variationer i antibiotikaförskrivning på läns- och kommunnivå. Orsaken till detta är okänd och har inte kunnat förklaras av socioekonomiska faktorer, barnomsorg, oro för smittsam sjukdom i familjen eller rådfrågning av läkare. Stockholm hör till de regioner där den totala förskrivningen av antibiotika i öppenvården liksom tendensen att förskriva bredspektrumantibiotika är högst. En stor andel av all antibiotika skrivs ut till barn i förskoleåldern. Sedan slutet av 1990-talet har antalet anmälda fall av bakterier som förorsakar luftvägsinfektioner och har nedsatt känslighet för penicillin minskat, men dessa har åter ökat de senaste två till tre åren.

Spridning av antibiotikaresistenta bakterier är ett stort problem även inom slutenvården. Ett exempel är resistensutveckling hos gula stafylokocker (MRSA) som kan ge upphov till sårinfektioner. På sjukhus blir dessa bakterier ett särskilt problem, då de infekterar till exempel operationssår eller proteser och lätt kan spridas mellan patienter som redan är sjuka och därför är mer mottagliga. Bakterierna kan också ge upphov till andra allvarligare, ibland dödliga infektioner. Antalet nya fall av MRSA i Stockholmsområdet har ökat för varje år och 2006 anmäldes 358 fall. Dessbättre har satsningar på bland annat strikta hygienrutiner lett till en minskad spridning av MRSA inom sjukvården under de senaste åren. En ökande andel av fallen har istället smittats utanför sjukhusen, i kommunala äldreboenden och ute i samhället eller i utlandet.

### **Utmaningar för smittskyddet**

Den ökande internationaliseringen har medfört nya utmaningar med snabbare spridning av smittor över nationsgränser. Detta gäller såväl tidigare kända smittämnen som nya sjukdomar som kan uppstå, samt utbredningen av antibiotikaresistenta bakteriestammar. De nationella övervakningssystemen har på senare tid kompletterats med ett övergripande system inom EU, European Centre for Disease Prevention (ECDC) vilket syftar till effektivare internationell bevakning och kommunikation kring smittspridning.

Att en hög andel importfall förekommer bland de allvarligaste infektionssjukdomarna talar för att dessa sjukdomar skulle kunna minskas med effektivare smittspårning bland personer som vistats i högriskområden. Detta gäller inte minst nyanlända invandrare från områden där exempelvis hiv och tuberkulos är vanligt förekommande. I Sverige liksom i flertalet europeiska länder finns också en oroande tendens till ökning av smittsamma sjukdomar som överförs sexuellt. Detta diskuteras vidare i avsnitt 5.9.

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

En trygg och säker sexualitet kan definieras som sexuellt välbefinnande och en sexualitet fri från negativa konsekvenser, diskriminering, tvång och våld. Begreppet överlappas delvis av en god reproduktiv hälsa vilket inkluderar aspekter som sexuell hälsa, reproduktiv frihet samt en säker graviditet och förlossning. Cirka en tredjedel av unga män och en fjärdedel av unga kvinnor i åldern 15–24 år har inte använt vare sig kondom eller annat preventivmedel vid sitt senaste samlag.

Oskyddat sex, det vill säga sexuellt umgänge utan att använda kondom eller annat preventivmedel, kan leda till oönskad graviditet och/eller sexuellt överförd infektion (STI). De flesta oönskade graviditeter leder till en abort. En abort kan innebära ökad risk för påfrestningar, även om det är ovanligt med allvarliga fysiska komplikationer eller långvarig psykisk ohälsa efter ingreppet. En oplanerad och initialt oönskad graviditet kan också leda till ett önskat och välkommet barn. Tonårsmammor löper emellertid ökad risk för en ogynnsam socioekonomisk situation senare i livet, varför det är viktigt att följa inte bara aborter utan alla graviditeter i denna åldersgrupp. För redovisning av sexuellt överförda infektioner se avsnitt 5.9 Infektionssjukdomar.

#### En fjärdedel använder alltid kondom

Enligt 2006 års Ungdomsbarometer, en undersökning om sex och samlevnad bland 15–24-åringar, har cirka en tredjedel av unga män och en fjärdedel av unga kvinnor inte använt vare sig kondom eller annat preventivmedel vid sitt senaste samlag (Tabell 8). Ungdomar i Stockholms län är dock något bättre på att använda kondom än ungdomar i resten av landet. En fjärdedel av de tillfrågade i Ungdomsbarometern uppger att de alltid använder kondom, men det är också en fjärdedel som säger att de hellre skulle riskera en könssjukdom än att avstå från sex, om de saknade kondom.

**Tabell 8.** Användning av preventivmedel vid senaste samlag (%). Ungdomar 15–24 år i Stockholms län och övriga Sverige.

	Stockholms län		Övriga Sverige	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Kondom	35	26	31	22
Annat preventivmedel	33	45	36	50
Både kondom och annat p-medel	3	4	5	5
Inget*	30	24	26	21

\*Inklusive avbrutet samlag och osäker/vet ej

Källa: Ungdomsbarometern 2006

Det är fler år 2006 än i undersökningen från år 2005 som anser att det är liten eller ingen risk att smittas av klamydia (64 %) eller hiv (85 %). De flesta som anser att risken är liten har en fast partner (63 %). Betydligt fler i Ungdomsbarometern 2006 har använt akut p-piller, 45 procent, än i 2005 års undersökning då det var 25 procent. Enligt en annan studie utförd av landstinget (Lafabarometern) är enbart 40 procent i åldern 14–18 år sexuellt aktiva. Totalt har 6 procent av alla svarande i Lafabarometern (14–29 år i Stockholms län) haft klamydia, i gruppen 25–29 år är det 10 procent.

I Ungdomsbarometern ställdes frågor om skolans sex- och samlevnadsundervisning. Ungefär hälften av de svarande var missnöjda med den undervisning de fått. Den bästa informationen om preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar anser ungdomarna att de fått från Ungdomsmottagningen (Um). Um arbetar utifrån ett helhetsperspektiv på ungdomarna samt både hälsofrämjande och primär- och sekundärpreventivt. Flickor/unga kvinnor dominerar när det gäller de individuella besöken. Därför görs insatser bland annat med killmottagningar för att öka pojkarnas andel.

### **Allt färre tonårsmammor och ingen markant ökning av tonårsaborterna**

Barnafödandet bland tonåringar i Sverige har sjunkit avsevärt de senaste decennierna. I Stockholms län var antalet förlossningar 185 stycken i åldersgruppen 19 år eller yngre år 2005, vilket utgjorde 0,7 procent av samtliga förlossningar i länet. Samtidigt har antalet aborter bland tonåringar i Sverige ökat något under de senaste fem åren, år 2006 gjordes 25,4 aborter per 1 000 kvinnor. Det är bara åldersgruppen 20–24 år som har högre aborttal, 33,1 per 1 000 kvinnor. I Stockholms län gjordes 1 606 aborter bland kvinnor upp till 19 år, vilket var 16 procent av samtliga aborter i länet.

I Stockholms län är åldern för förstföderskor närmare 30 år. Det är alltså en lång tid som både kvinnor och män måste tänka på att skydda sig mot oönskad graviditet. Av Ungdomsbarometern framgår att ungdomar vid samlag är mest oroliga för att bli gravida eller att partnern blir gravid. Under senare år har p-pillerbruket minskat i Stockholms län och är lägre än i Sverige som helhet. På frågan varför man inte använde p-piller svarar en tredjedel att det beror på oro för biverkningar, men nästan lika många angav att de inte hade ett aktivt sexliv. Tio procent av kvinnorna uppgav att de föredrog kondom. När p-pillerbruket sjunker och inte ersätts av andra lika säkra graviditetsskyddande metoder utan av kondomanvändning är det viktigt att kondomanvändningen är konsekvent. Det vet vi att den ofta inte är. Det är bara en av fyra som alltid använder kondom.

## 4.9 Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet

En viss ökning av regelbunden fysisk aktivitet kan märkas vid jämförelse av resultat från FHE 2002. Dock är det endast en liten andel personer som uppnår rekommendationen om att vara fysiskt aktiv 30 minuter varje dag. Analyserna visar också att de med kroppsligt tungt arbete rör sig mer på fritiden än de som har ett stillasittande arbete.

Fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsa och välbefinnande. Till följd av den tekniska utvecklingen har den fysiska aktiviteten minskat för många människor genom mer stillasittande arbete, möjlighet att transportera sig med bil samt ökad tillgång till redskap och maskiner som gör tillvaron bekvämare. Dock kvarstår människans behov av fysisk aktivitet för att upprätthålla en god hälsa. Longitudinella studier har visat att regelbunden fysisk aktivitet under lång tid minskar risken för ett flertal kroniska sjukdomar såsom hjärt- kärlsjukdomar, bröst- och tjocktarmcancer, typ 2-diabetes, benskörhet samt övervikt och fetma.

De rekommendationer för fysisk aktivitet som tagits fram bygger på förutsättningen att hälsoeffekter uppnås genom den totala energiförbrukningen snarare än graden av ansträngning per aktivitet. Även mindre ansträngande aktiviteter såsom promenader ger positiva hälsoeffekter och är dessutom lättare att få in i vardagen. Statens folkhälsoinstituts rekommendation lyder: ”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad.”.

### Andelen som motionerar regelbundet sjunker med åldern

Svar på FHE 2006 visar att en högre andel bland män (18 %) än kvinnor (15 %) motionerar regelbundet på fritiden samt att 12–13 procent av både män och kvinnor har en stillasittande fritid. Det finns tydliga ålderskillnader (Tabell 9). Inte oväntat motionerar en högre andel bland unga regelbundet på fritiden jämfört med medelålders personer och äldre.

	Stillasittande fritid	Måttlig motion	Måttlig, regelbunden motion 1–2 ggr/vecka	Regelbunden motion och träning minst 3 ggr/vecka
<b>Män</b>				
18–24 år	13	33	27	28
25–44 år	14	38	28	20
45–64 år	13	49	25	14
65–84 år	11	54	24	11
Totalt	13	43	26	18
<b>Kvinnor</b>				
18–24 år	12	43	26	19
25–44 år	12	44	28	17
45–64 år	10	51	26	13
65–84 år	15	57	20	8
Totalt	12	48	26	15

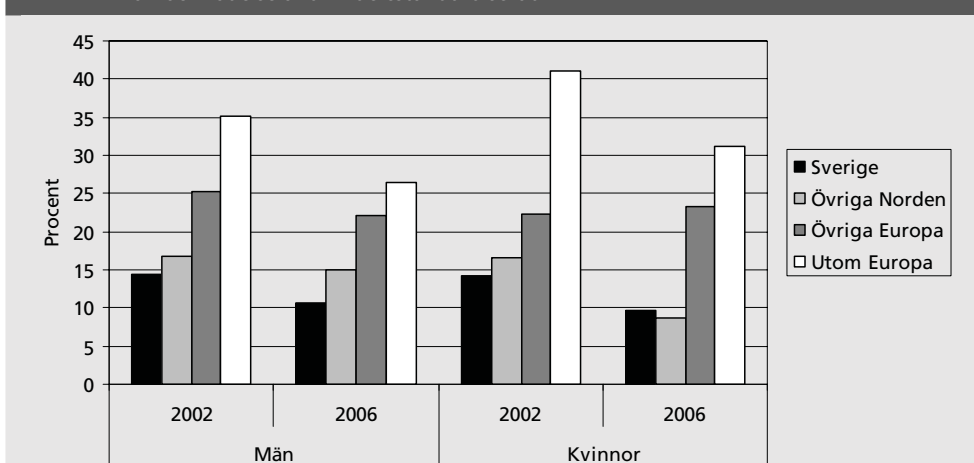
Källa: FHE 2006, SLL

I FHE 2006 ställdes frågan: ”Hur många dagar under en vanlig vecka ägnar du minst 30 minuter åt fysisk aktivitet som får dig att bli varm?”. Kvinnor rapporterar i genomsnitt 3,0 dagar per vecka och män 2,9 dagar. Här är ålderskillnaderna små. Enbart 7 procent av män och 8 procent av kvinnor ägnar minst 30 minuter åt fysisk aktivitet på måttlig nivå alla veckans dagar. Ungefär lika många, 9 procent bland män och 7 procent bland kvinnor uppnår inte denna nivå av fysisk aktivitet en enda dag per vecka.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna i Stockholms län vad gäller andelen vuxna personer som har en stillasittande fritid. Andelen fysiskt inaktiva män är högst i Botkyrka kommun (21 %) och lägst i Danderyd (5 %). Södertälje har högst andel inaktiva kvinnor (19 %) och lägst andel har Vaxholm (7 %). Mellan kommunerna finns betydligt mindre variation i svaren på frågan ”Hur många dagar under en vanlig vecka ägnar du minst 30 minuter åt fysisk aktivitet som får dig att bli varm?”.

Figur 13 visar att det finns stora skillnader mellan sverigefödda och utrikes födda såväl 2002 som 2006. Andelen fysiskt inaktiva män (26 %) och kvinnor (31 %) är högre bland födda i utomeuropeiska länder än bland sverigefödda, både år 2002 och 2006. Andelen stillasittande har dock minskat något mellan åren 2002 och 2006 i alla grupper, och framför allt bland dem födda utom Europa.

Figur 13. Andel (%) som uppger en stillasittande fritid under de senaste 12 månaderna efter kön och födelse land. Åldersstandardiserat.



Källa: FHE 2002 och 2006

Intuitivt skulle man kunna tro att människor med ett fysiskt tungt arbete rör sig mindre på fritiden än dem med ett stillasittande arbete. Det visade sig dock vara tvärt om. Både bland män och bland kvinnor uppger de med större kroppslig ansträngning på arbetet, att de har fler dagar under en vecka med minst 30 minuter fysisk aktivitet på måttlig nivå under fritiden. Skillnaden var cirka 1,0 dag både bland män och bland kvinnor.



### **Vad kan förklara skillnader i fysisk aktivitet?**

Fysisk aktivitet har under de senaste åren stått relativt högt på den folkhälsopolitiska agendan i Sverige. Trots god politisk vilja finns stora variationer mellan kommunerna i Stockholms län och mellan olika befolkningsgrupper inom en och samma kommun. Skillnaderna mellan områden förklaras i stor utsträckning av olikheter i social sammansättning med högre andel låginkomsttagare, lågutbildade och utrikes födda. Många tidigare studier har visat att det finns starka samband mellan människors sociala position i samhället och deras levnadsvanor.

Samhällsfaktorer, till exempel cykelvägar och möjligheter till fysisk aktivitet i bostadsområdet, har också stor betydelse för människors fysiska aktivitet. Andelen vuxna invånare med stillasittande fritid var i genomsnitt 12–13 procent i hela länet och upp till 20 procent i vissa kommuner. Dessa resultat och sambanden mellan fysisk inaktivitet och risken för utveckling av fetma indikerar att det finns behov av långsiktigt och systematiskt förebyggande arbete på individ-, familj- och samhällsnivå för att minska fysisk inaktivitet i Stockholms län.

### **4.10 Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel**

I takt med ett ständigt ökande utbud och relativt sett fallande livsmedelspriser ökar efterfrågan på mat och dryck. Intaget av energitäta livsmedel är högt medan frukt- och grönsakskonsumtionen är låg både bland barn och vuxna. Socioekonomiska skillnader i matvanor består. Ett hälsosammare livsmedelsutbud i offentlig och kommersiell verksamhet skulle underlätta för människor att uppnå goda matvanor och energibalans.

Goda matvanor och säkra livsmedel är en förutsättning för en god folkhälsa. Enligt Jordbruksverkets statistik över direktkonsumtion av livsmedel har det sedan 1995 skett en markant ökning i konsumtionen av kött, bröd och konditorivaror, grönsaker, frukt, choklad och konfektyrvaror (godis), såser samt läskedrycker. En minskning har skett i konsumtionen av potatis, glass, matfett och mjölk. Sammantaget har detta resulterat i en daglig ökad energitillgång, som i huvudsak utgörs av protein, kolhydrat och alkohol samt en mindre mängd fett. Den ökande andelen överviktiga i befolkningen visar att många människor har ett större energiintag än vad de förbrukar.

#### **Manliga arbetare äter minst frukt och grönsaker**

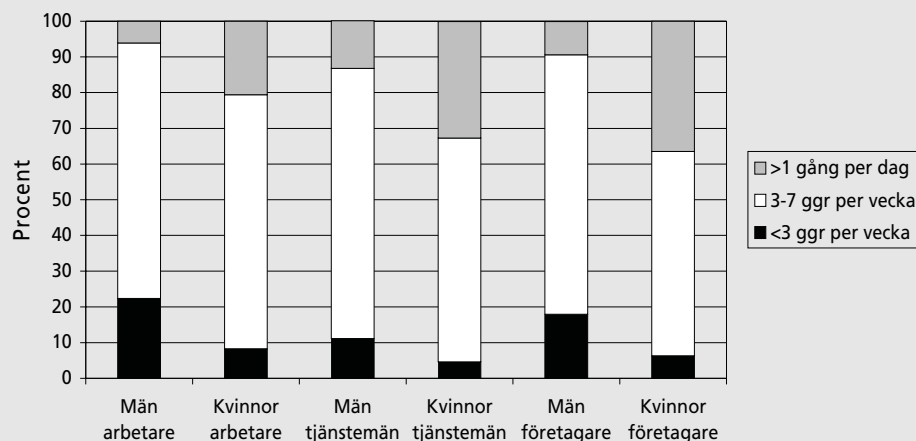
Matvanorna i Stockholms län följer landet i stort. Dubbelt så många kvinnor som män äter frukt mer än en gång per dag (35 % respektive 15 %) enligt FHE 2006. Andelen av befolkningen som äter frukt dagligen har ökat med 42 procent mellan åren 1994 och 2006. Yngre personer (18–24 år) speciellt män är en riskgrupp för låg fruktkonsumtion. Kvinnor födda inom Norden äter betydligt mer frukt än kvinnor födda utanför Norden, medan skillnaderna bland män är små. Socioekonomiska skillnader förekommer vad gäller fruktkonsumtion där både manliga och kvinnliga arbetare har lägre konsumtion än tjänstemän och företagare.

Fler kvinnor än män (28 % respektive 11 %) äter grönsaker mer än en gång per dag. Det finns en tendens att yngre i Stockholms län oftare äter grönsaker än



äldre. De socioekonomiska skillnaderna i grönsakskonsumtion är större än för fruktkonsumtion; det är ungefär dubbelt så vanligt för tjänstemän att äta grönsaker mer än en gång per dag än för arbetare (Figur 14). Både män och kvinnor födda inom Norden äter mer grönsaker än de födda utanför. Särskilt markant är detta för kvinnor där 30 procent av dem födda inom Norden äter grönsaker mer än en gång per dag jämfört med 16 procent hos kvinnor födda utanför Norden.

Figur 14. Konsumtion av grönsaker (%) efter kön och socioekonomisk grupp



Källa: FHE 2006, SLL

### Män och tjänstemannagrupper äter oftare restaurangmat

I Stockholms län äter befolkningen fler måltider utanför hemmet jämfört med övriga landet. Maten som serveras på lunch- och snabbmatsrestauranger är ofta både energirik och fet. Data från FHE 2006 visar att män betydligt oftare äter på lunchrestaurang än kvinnor. Tydliga socioekonomiska skillnader syns i restaurangvanor där 35 procent av tjänstemännen äter lunch ute så gott som varje dag, jämfört med 17 procent av arbetarna. En förbättring av den offentliga och kommersiella måltidsverksamheten genom att exempelvis öka andelen frukt och grönsaker skulle kunna ha stor betydelse för folkhälsan.

### Hur kan man arbeta för goda matvanor?

Förutom skollunchen kan tillgång till frukost och mellanmål samt ett hälsosamt utbud i skolkafeteriorna bidra till att förbättra matvanorna bland barn och ungdomar. Gratis och välbalanserade måltider i skola och förskola, som når alla barn och ungdomar, har en potential att minska socioekonomiska skillnader i matvanor. Som ett led i att förbättra skolluncherna erbjuder Stockholms läns landsting ett verktyg för att utveckla och mäta kvalitén på skolmåltider och måltidsmiljön. Verktöget kräver att skolledningen involveras i bedömningen, vilket är en förutsättning för varaktiga förändringar.

För att möta förändringar i restaurangutbudet har Livsmedelsverket utarbetat nya kriterier för nyckelhålmärkta måltider som omfattar såväl traditionella lunchrestauranger som snabbmatsrestauranger. Livsmedelsverket har även på regeringens uppdrag utarbetat råd för ett hälsosammare utbud av mat på jobbet. Frukt på arbetsplatser och personalmatsalar kan vara ett sätt att öka konsumtionen bland länets invånare. Inom Stockholms läns landsting har en kostpolicy antagits av landstingsfullmäktige 2006. Tillämpningsområdena är patientmat, personalrestauranger, arbetsplatser, representation samt kafeterior och automater.

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

##### **Tobaksvanor**

De 200 000 dagligrökarna i länet är högriskpersoner för ohälsa och förtida död. Det innebär även risker att vara tillfällig rökare och att utsättas för passiv rökning. Rökningen minskar totalt, och perioden 2002–2006 något snabbare bland kvinnor än bland män. Rökning är vanligare bland utrikes födda män än bland sverigefödda. Snusvanorna är i stort sett oförändrade sedan FHR 2003.

Livslånga tobaksrökare drabbas undantagslöst av tobaksrelaterade besvär. De dör i genomsnitt tio år tidigare och får uppleva tolv till fjorton färre friska levnadsår än icke-rökare. För de många rökande män som dör före fyllda 60 år beräknas varje cigarett ha kostat en halvtimmes liv. Tobaksrökning kan ses som en kronisk sjukdom med dålig prognos där enkla insatser helt kan eliminera riskerna. Dessa tobaksförebyggande insatser är, trots hög kostnadseffektivitet, underutnyttjade. En höjd tobaksskatt till exempel skulle kunna skapa resurser för ett utbyggt tobaksslutarstöd.

##### *Tobaksbruk i den vuxna befolkningen – viktiga tidstrender*

Enligt 2006 års folkhälsoenkät är i den vuxna befolkningen (18–84 år), 15 procent av kvinnor och 14 procent av män dagligrökare. Motsvarande siffror år 2002 var 19 procent bland kvinnor och 16 procent bland män. Inga frågor om tillfällig rökning ställdes, men antalet skattas till ungefär lika många. Bland män snusar 22 procent dagligen och bland kvinnor drygt 3 procent. Många unga kvinnor började röka åren 1960–1985. Idag är de 40–69 år gamla och utgör en grupp med mycket hög risk för sjukdom och förtida död (>60 % risk) om de fortsätter att röka. Den ökande rökningen bland unga män (18–24 år) oroar också (Figur 15).

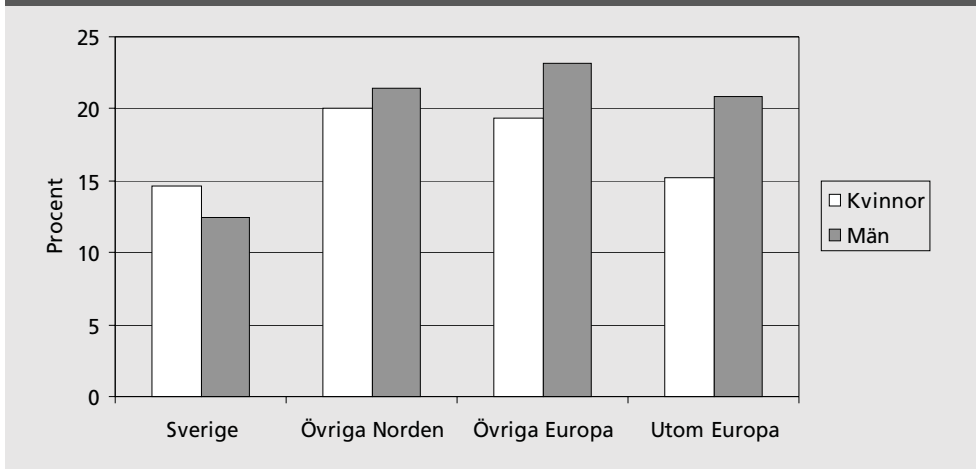
Figur 15. Andel dagligrökare (%) efter kön och ålder



Källa: FHE 2002 och 2006, SLL

Andelen rökande kvinnor i tidig graviditet varierar kraftigt mellan Stockholms centrala delar (2 %) och vissa ytterområden (17 %), sammanlagt är det cirka 9 procent i hela länet. Nikotin i alla former innebär risker för fostret. Det gäller även för de cirka 1 procent av blivande mammor som snusar. Bland utrikes födda män är andelen rökare generellt högre än bland sverigefödda. Andelen dagligrökande kvinnor från utomeuropeiska länder är densamma som bland sverigefödda kvinnor medan andelen rökande kvinnor från övriga Europa är högre (Figur 16).

Figur 16. Andel dagligrökare (%) efter kön och födelseland



Källa: FHE 2002 och 2006, SLL

### *Barns och ungas rökning*

Fler flickor än pojkar röker i årskurs 9 men snusbruket medför att pojkar och unga män totalt sett exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor. Ungas rökvanor idag ger god information om hur sjukligheten kommer att se ut på 2030-talet.

I årskurs 7 är det omkring 2 procent av både pojkar och flickor som röker vilket har stigit till cirka 11 procent bland flickor och 6 procent bland pojkar i årskurs 9. Bland pojkar snusar 12 procent dagligen i årskurs 9 mot knappt 1 procent bland flickor.

### *Passiv rökning*

Andelen utsatta för passiv rökning på arbetet har minskat till 5 procent främst på grund av rökförbudet på restauranger och serveringsställen. Serveringspersonalens subjektiva besvär har enligt undersökningar minskat till hälften. Exponering för tobaksrök rapporteras fortfarande för anställda i hemtjänst och hemsjukvård. Allt fler risker förknippas med miljötobaksrök vilket understryker betydelsen av rökfria arbetsplatser. Barn är särskilt känsliga för passiv rökning och exponeringen är större i Stockholms län än i övriga landet. Bland fyraåringar är det drygt 8 procent och bland tolvåringar drygt 12 procent som utsätts för tobaksrök i eller utanför hemmet.

## **Alkoholkonsumtion och narkotikaerfarenhet samt vårdkonsumtion**

Alkoholkonsumtionen i Stockholms län har fortsatt att öka under de senaste åren i alla åldersgrupper utom bland 18–20-åringar. De senaste åren har andelen ungdomar med narkotikaerfarenheter minskat. Det har skett en ökning både av den alkoholrelaterade sjukvårdskonsumtionen och av antalet behandlade inom den öppna beroendevården. Även den alkoholrelaterade dödligheten har ökat.

Kvinnor, unga och gamla är särskilt känsliga för alkoholens effekter men vuxna män är den grupp som har den högsta andelen med alkoholskador. Alkohol kan bland annat ge fosterskador, öka ångest och oro, leda till depression, högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdomar, olyckor, levercirrhos, alkoholförgiftning, alkoholberoende samt förtida dödlighet. Även andra än den som själv dricker för mycket berörs, som make/maka, barn eller den som blivit misshandlad av någon som är berusad.

Allt bruk av narkotika definieras som missbruk och dessa droger är illegala. Risken för skador ökar för den som använder tyngre droger under längre tid eller i större mängd. Både narkotikamissbruket i sig och den livsstil det medför bidrar till risk för överdoser, infektioner och ofta våldsam död i relativt unga år.

### *Alkoholkonsumtionen fortsätter att öka*

I Stockholms läns folkhälsoenkät kan man belysa utvecklingen av den självrapporterade alkoholkonsumtionen i befolkningen sedan 1994. Bland män ökade den genomsnittliga alkoholkonsumtionen under perioden med 62 procent och

bland kvinnor med 54 procent (Tabell 10). Störst var ökningen i åldersgruppen 45–64 år. För män och kvinnor 65–84 år finns uppgifter endast från och med 1998. Ökningen i gruppen är större bland kvinnor än bland män. För 18–20-åringarna finns endast uppgifter för åren 2002 och 2006. År 2002 drack ungdomar mest av alla grupper men år 2006 har deras konsumtion minskat, mer bland kvinnor än bland män.

**Tabell 10.** Genomsnittlig veckokonsumtion i Stockholms län under en normal vecka i gram 100% alkohol åren 1994–2006, efter kön och ålder

	1994	1998	2002	2006	Förändring 1994–2006
<b>Män</b>					
18–20 år	-	-	149	123	-
21–24 år	100	167	140	171	71%
25–44 år	98	133	132	143	46%
45–64 år	90	126	136	158	76%
21–64 år	95	132	134	152	62%
65–84 år	-	81	90	128	-
<b>Kvinnor</b>					
18–20 år	-	-	103	62	-
21–24 år	54	80	86	87	58%
25–44 år	52	67	72	73	40%
45–64 år	52	70	73	85	63%
21–64 år	52	69	73	80	54%
65–84 år	-	34	36	61	-

Källa: FHE 1994–2006, SLL

**Tabell 11.** Andel (%) med riskkonsumtion av alkohol i Stockholms län åren 1994–2006, efter kön och ålder

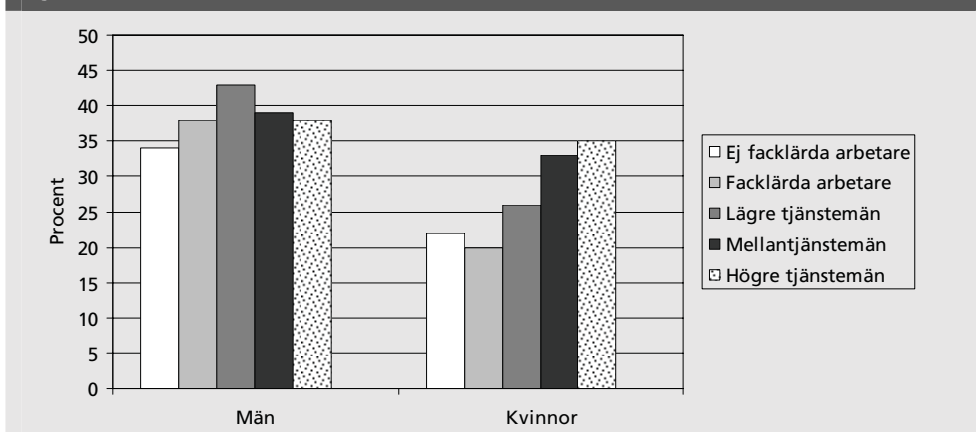
	1994	1998	2002	2006	Förändring 1994–2006
<b>Män</b>					
18–20 år	-	-	45	36	-
21–24 år	31	48	45	51	65%
25–44 år	26	36	33	35	35%
45–64 år	23	36	33	40	74%
21–64 år	25	37	34	38	52%
65–84 år	-	21	22	34	-
<b>Kvinnor</b>					
18–20 år	-	-	38	27	-
21–24 år	23	27	37	34	48%
25–44 år	16	23	25	25	56%
45–64 år	19	30	26	32	52%
21–64 år	18	26	26	29	61%
65–84 år	-	16	12	23	-

Källa: FHE 1994–2006, SLL

Mot bakgrund av den ökande genomsnittliga veckokonsumtionen i länet är en ökning också av andelen personer med riskkonsumtion av alkohol<sup>7</sup> förväntad. I åldrarna 21–64 år ökade andelen riskkonsumenter mellan åren 1994 och 2006 med 61 procent bland kvinnor och 52 procent bland män (Tabell 11). Störst var ökningen bland 45–64-åriga män och 25–44-åriga kvinnor. Bland 18–20-åringarna har även andelen riskkonsumenter minskat något från år 2002 till 2006<sup>8</sup>.

Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är större bland kvinnor än bland män (Figur 17). År 2006 är andelen manliga riskkonsumenter högst bland lägre tjänstemän medan andelen för kvinnor är högst bland högre tjänstemän. Mellan åren 2002 och 2006 har andelen riskkonsumenter ökat mest bland manliga facklärdare arbetare och kvinnliga tjänstemän på mellannivå.

Figur 17. Andel (%) med riskkonsumtion av alkohol efter kön och socioekonomisk grupp



Källa: FHE 2006, SLL

#### Andelen unga som prövat narkotika sjunker

Det finns få uppgifter om narkotikaerfarenhet i den vuxna befolkningen. Enligt Statens folkhälsoinstitutets Nationella folkhälsoenkät 2006 är det bland 16–84-åringar i Stockholms län knappt 4 procent av männen och knappt 2 procent av kvinnorna som använt cannabis under den senaste 12-månadersperioden.

Bland elever i årskurs 9 i Stockholms län minskade andelen pojkar som någon gång prövat narkotika från 11 procent åren 2001–2003 till 9 procent åren 2004–2006 och bland flickor minskade andelen från 9 till 7 procent. Mellan åren 2001 och 2005 minskade bland mönstrande unga män i länet andelen som någon gång prövat narkotika från 25 till 19 procent. Cannabis är den oftast testade formen av narkotika.

<sup>7</sup> Med riskkonsumtion av alkohol avses antingen en veckokonsumtion som för män motsvarar minst 210 cl (knappt tre flaskor) och för kvinnor minst 125 cl (1 2/3 flaska) vin per vecka eller att minst två till tre gånger per månad vid ett och samma tillfälle dricka motsvarande minst två flaskor vin

<sup>8</sup> Denna minskning är dock inte statistiskt säkerställd

*Den alkoholrelaterade sjukvårdskonsumtionen och dödligheten stiger men den narkotikarelaterade sjunker*

I Stockholms län ökade antalet personer som varit inlagda på sjukhus för alkoholrelaterade sjukdomar från cirka 5 400 år 1997 till cirka 6 500 år 2006, en ökning med 22 procent, större bland kvinnor än män (41 respektive 14 procent). För den vanligaste diagnosen alkoholberoende minskade antalet vårdade med 7 procent medan antalet vårdade för skadligt bruk av alkohol<sup>9</sup> ökade med 67 procent. Bland män och kvinnor 50 år och äldre vårdades åtminstone dubbelt så många för skadligt bruk av alkohol år 2006 som 1997 medan antalet bland 16–24-åriga kvinnor nästan femdubblades under samma period. Antalet vårdade för alkoholförgiftning ökade med 169 procent, ökningen var något större bland kvinnor än bland män.

Antalet personer som hade kontakt med den öppna beroendevården för alkohol- och/eller narkotikamissbruk/beroende fördubblades nästan mellan åren 1997 (cirka 10 700) och 2006 (cirka 20 500). Ökningen var större bland kvinnor än bland män (132 respektive 75 %), och störst bland 16–24-åriga kvinnor där 9 gånger fler hade kontakt med den öppna beroendevården 2006 än 1997. Förutom ökande behov av behandling för i första hand alkoholrelaterade problem speglar också ökningen det senaste decenniets medvetna satsning på lokala beroendemottagningar, vilka drivs gemensamt av landstingets beroendevård och socialtjänsten i länets kommuner.

I Stockholms län ökade också den alkoholrelaterade dödligheten med 14 procent mellan åren 1997 och 2004<sup>10</sup>, mer bland kvinnor än bland män (29 respektive 9 %). De flesta dödsfallen inträffade bland män 50 år och äldre.

År 1997 vårdades cirka 2 700 personer och år 2006 vårdades omkring 2 400 personer inom den slutna vården för narkomani, en minskning med 10 procent. Här kan ökad behandling med Metadon och Subutex som kan ges i öppen vård spela roll. Från år 1997 till 2004 minskade också den narkotikarelaterade dödligheten i länet med 23 procent, mer bland kvinnor än män (38 respektive 18 %). De flesta dödsfallen inträffade bland 40–49-åringarna.

*Hur kan man möta den ökande alkoholkonsumtionen?*

I kommunerna har det preventiva arbetet i huvudsak riktats mot barn, ungdomar och deras föräldrar men även mot alkoholens och andra drogers tillgänglighet. Beroendecentrum Stockholm har utvecklat metoder för ansvarsfull alkoholservering, vilket innebär att minderåriga och redan berusade personer inte ska serveras alkohol på restauranger (STAD-projektet). Projektet har utvärderats och visat sig ha effekter på våldsbrottsligheten i närområdet. Det är också mycket kostnadseffektivt.

---

<sup>9</sup> Skadligt bruk av alkohol borde spegla ett relativt sett lindrigare alkoholmissbruk än alkoholberoende.

<sup>10</sup> Uppgifter om dödlighet redovisas med viss eftersläpning och finns för närvarande endast till och med 2004.

Det nationella Riskbruksprojektet startade 2006 och syftar till att utveckla det alkoholförebyggande arbetet inom primärvården genom att erbjuda personalen utbildning i hur de kan stödja patienter, gravida kvinnor och småbarnsföräldrar som vill förändra sina alkoholvanor. Det behövs mer kunskap och nya målgruppsanpassade metoder inom hälso- och sjukvården för att förebygga och behandla alkoholrelaterade skador. Dessutom är det angeläget att fortsätta utveckla samarbetet med aktörer utanför hälso- och sjukvården.

### **Dopning och spelberoende**

Uppgifter om dopning saknas för Stockholms län. Årligen återkommande nationella undersökningar bland ungdomar och unga vuxna män samt enstaka undersökningar i den vuxna befolkningen visar att det är få som har erfarenheter av dopning. Bland män är det någon procent som använt dopningspreparat, de flesta vid något enstaka tillfälle. Bland flickor och kvinnor är andelarna lägre. Så gott som alla aktiva dopningsmissbrukare som kontakter den nationella telefonjouren är mellan 17 och 34 år gamla.

Enligt Statens folkhälsoinstituts Nationella folkhälsoenkät 2006 är det bland 16–84-åringar 5 procent bland män och 2 procent bland kvinnor i Sverige som har riskabla spelvanor. Andelen bland 18–29-åriga män är 8 procent. Även i Stockholms län har 5 procent bland män riskabla spelvanor medan andelen bland kvinnor är 1 procent.



## 5 FOLKSJUKDOMAR

### 5.1 Psykisk sjukdom

Vid ett givet tillfälle har cirka 5 procent av befolkningen i Stockholms län en allvarlig depression. Denna siffra har varit relativt konstant över tid. Bland unga kvinnor ökar förekomsten av ångest och självmordsförsök. Tänkbara orsaker till denna utveckling är till exempel den ökande individualiseringen i samhället, förlusten av sociala samband och en ökad ekonomisk instabilitet. Även psykossjukdomar har ökat något i befolkningen.

Detta avsnitt behandlar förekomst av psykisk sjukdom i länet. Vi inkluderar här allvarligare tillstånd exempelvis ångest, depression och psykossjukdom. Sammantaget har cirka 10 procent i befolkningen ett eller flera av dessa tillstånd vilket innebär att psykisk sjukdom är ett av de största folkhälsoproblemen. Självmord, den yttersta konsekvensen av psykiskt lidande, tas också upp i detta kapitel. Slutligen diskuteras möjligheterna att förebygga psykiska sjukdomar.

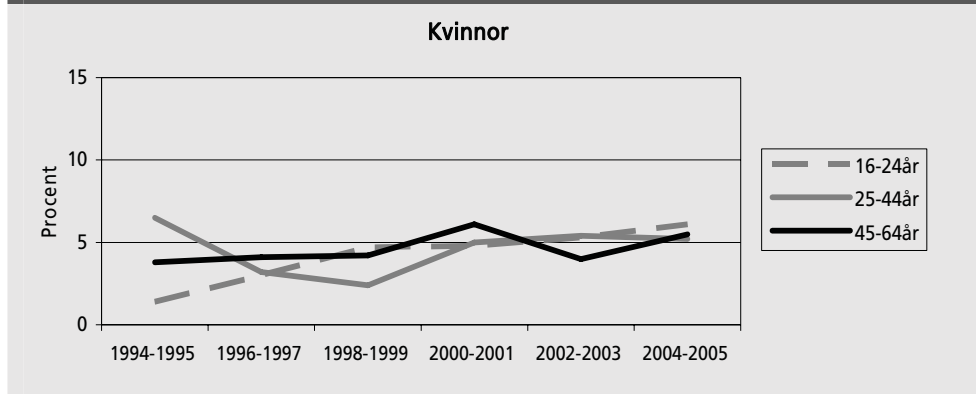
#### **Förekomsten av självrapporterad ångslan, oro och ångest har ökat bland unga kvinnor**

Statistiska centralbyrån utför regelbundna intervjuundersökningar (ULF) där en fråga om besvär med svår ångslan, oro eller ångest ingår. På sida 66 presenteras resultat för Stockholms län från åren 1994–1995 till och med åren 2004–2005. Bland kvinnor anger cirka 5–6 procent svår oro och ångest (Figur 18). Bland män är andelen som upplever dessa besvär cirka 3–4 procent (visas ej). För båda könen är fördelningen mellan åldersgrupperna jämn vid den senaste mätningen och variationerna relativt stora under tidigare mätningar. Ett undantag är dock att problem med svår oro och ångest ökar bland unga kvinnor under hela observationsperioden.

#### **Omkring 5 procent i befolkningen har en allvarlig depression**

Vid ett givet tillfälle har cirka 5 procent av befolkningen i Stockholms län en allvarlig depression. Denna siffra har varit relativt konstant under flera decennier. I FHE 2006 uppger 13 procent av befolkningen i Stockholms län att de av läkare fått diagnosen depression en eller flera gånger i livet. En tidigare studie (PART) visade att endast 40 procent av dem som drabbas av depression söker vård. Detta innebär att 20–30 procent drabbas av allvarlig depression någon gång under sin livstid, vilket stämmer väl överens med internationella studier.

**Figur 18.** Andel (%) med självrapporterad svår ängslan, oro eller ångest i Stockholms län åren 1994–1995 till 2004–2005, efter ålder



Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), SCB

### Regionala skillnader i förekomst av psykoser

Psykossjukdom är en av de allvarligaste formerna av psykisk sjukdom och innefattar bland annat schizofreni och paranoidea psykoser. I Stockholms län har 0,7 procent av befolkningen eller cirka 10 000 personer kontakt med öppen eller slutna psykiatrisk vård på grund av psykossjukdom under ett år. Under senare år ses en antydning till ökning och det beror framför allt på ökad sjukdomsförekomst hos personer över 45 år. Sjukdomen är något vanligare bland män.

Sociala faktorer, immigration, cannabismissbruk och uppväxt i storstad är vetenskapligt belagda riskfaktorer för psykossjukdom. Detta kan förklara den relativt höga psykosförekomsten i socioekonomiskt utsatta delar av länet. Exempelvis har 1,3 procent psykosdiagnos i Rinkeby men även i Farsta, Hässelby–Vällingby och Vantör har mer än 1 procent av befolkningen kontakt med psykiatri på grund av psykossjukdom.

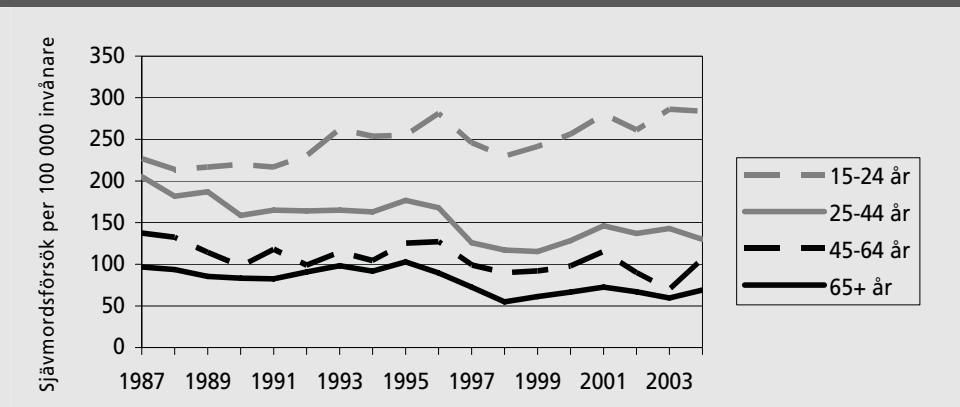
### Förekomsten av självmord minskar, men bland unga kvinnor ökar självmordsförsöken

Självmordsförsök är vanligare bland yngre och bland kvinnor medan fullbordade självmord är vanligare bland äldre och bland män. I Stockholms län genomfördes ungefär 18 självmord per 100 000 invånare (26 per 100 000 män och 11 per 100 000 kvinnor) år 2004, vilket låg nära riksgenomsnittet. I länet har förekomsten av självmord varit sjunkande sedan 1980-talet bland båda könen och i alla åldersgrupper.

Sedan år 1987 har förekomsten av självmordsförsök sjunkit i alla åldersgrupper och för båda könen i Stockholms län, med undantag av en ökande trend bland unga kvinnor mellan 15 och 24 år (Figur 19). År 2004 vårdades 1 574 personer på sjukhus till följd av ett självmordsförsök, vilket motsvarar 103 vårdade per 100 000 invånare. Det finns indikationer på att endast cirka 60 procent av alla som gör ett självmordsförsök blir inlagda på sjukhus, vilket innebär att det finns ett

stort mörkertal i statistiken. I FHE 2006 uppger 3,3 procent av männen och 5,3 procent av kvinnorna att de någon gång under sin livstid gjort ett självmordsförsök. Självmordsförsök är den starkaste riskfaktorn för fullbordat självmord.

**Figur 19.** Antal självmordsförsök (säkra och osäkra) bland kvinnor per 100 000 invånare i Stockholms län



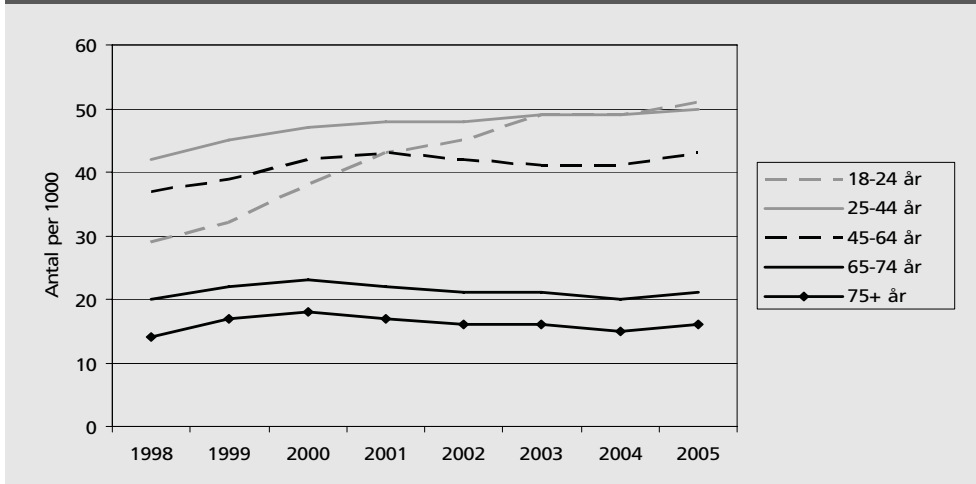
Källa: Patientregistret, EpC/SoS

Såväl självmordsdödlighet som förekomst av självmordsförsök varierar geografiskt och mellan olika etniska grupper. År 2004 var självmordsdödligheten per 100 000 invånare högst i Upplands Bro (38), Norrtälje (26), Solna (22) och Sundbyberg (21), medan Danderyd (7), Lidingö (5) och Österåker (5) hade de lägsta talen. Enligt FHE 2006 är andelen som någon gång gjort ett självmordsförsök bland människor födda i Asien 9 procent, Nordamerika 8 procent och Sydamerika 9 procent. Detta är mer än dubbelt så högt som andelen bland sverigefödda (4 %).

### Nyttjande av allmänpsykiatrisk vård

Psykiatrisk vårdkonsumtion kan användas som en indikator på förekomst av psykisk sjuklighet, även om vårdkonsumtion också påverkas av faktorer som antal vårdplatser och allmänna värderingar om psykisk sjukdom i samhället. En stor del av de patienter som söker vård för psykiska besvär behandlas på vårdcentralerna. Endast de svårare fallen behandlas inom psykiatrisk specialistvård. År 2006 hade nästan 5 procent av länets vuxna befolkning kontakt med den psykiatriska specialistvården (Figur 20). Under 1990-talet sågs en ökning men under 2000-talet har andelen varit tämligen konstant. Kvinnor är i majoritet inom både slutenvård och öppenvård och åldersgruppen 18–24 år har proportionellt sett den högsta vårdkonsumtionen. Psykiatrisk vårdkonsumtion är starkt relaterat till sociala faktorer; ju sämre social position ett område har desto större andel som har en psykiatrisk vårdkontakt.

Figur 20. Antal personer i allmänpsykiatrisk öppenvård per 1 000 invånare



Källa: CFF, SLL

### Den psykiska sjukligheten ökar bland unga kvinnor

Sammanfattningsvis framträder en bild av att unga kvinnors psykiska sjuklighet ökar. Detta gäller såväl ångest som självmordsförsök. En tänkbar orsak till denna utveckling är den ökande individualiseringen i samhället, det vill säga det ökande antalet livsmöjligheter som kan medföra svårigheter att manövrera samt risk för att gapet ökar mellan förväntningarna på livet och det som realistiskt går att infria. Andra orsaker kan vara förlusten av sociala samband och en ökad ekonomisk instabilitet. Intressant är att förekomsten av lättare psykisk ohälsa bland unga kvinnor (avsnitt 3.3) har minskat år 2006 jämfört med år 2002. Under denna period har också den samhällsekonomiska situationen förbättrats. Det är vanskligt att dra slutsatser efter ett mättillfälle. En förhoppning är att förbättringar först blir märkbara för lindrigare former av psykisk ohälsa och att denna utveckling också skall komma att gälla psykiska sjukdomar bland unga kvinnor.

### Risikfaktorer och förebyggande insatser

Personer med bristfälligt socialt nätverk har en ökad risk att insjukna i depression och ångest och en sämre prognos. Ibland kan det indirekta sociala nätverket, till exempel vuxna i skola och omsorg, tjäna som en ersättning för det direkta sociala nätverket, familj och vänner. Fysisk aktivitet har visats vara verkningsfullt som behandling av mildare depressioner och ångesttillstånd, men det är ovisst om fysisk aktivitet också har en förebyggande effekt.

Ett förslag på ett nationellt program för självmordsprevention innefattande nio olika strategier för att förebygga självmord har nyligen färdigställts. Exempel på strategier är insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper, minskad alkoholkonsumtion, minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord, kompetenshöjning för vårdpersonal samt kunskapsspridning.

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom har en ökad risk för störd psykosocial utveckling och för egna emotionella, somatiska och sociala problem. Till exempel har barn till föräldrar som har schizofreni en cirka tio gånger förhöjd risk att själva utveckla schizofreni. Detta beror på ärftliga faktorer men också på emotionella och sociala faktorer i barnets omgivning. Att ha goda stödfunktioner runt barnen, exempelvis inom förskolan, kan vara av betydelse. Vuxenpsykiatri har ett särskilt ansvar eftersom man där har kontakt med föräldrarna. Det är viktigt att se till att barnen får stöd och kunskap om förälderns sjukdom och behandling. Andra riskfaktorer är dåliga socioekonomiska förhållanden och utanförskap samt immigration, i så väl första som andra generationen. En faktor som är mer direkt åtgärdbar är cannabismissbruk. Det är nu visat att cannabis kan bidra till ökad risk för psykosjukdom. Det är viktigt att sprida denna kunskap i samhället, bland annat i skolorna.

## 5.2 Hjärt- kärlsjukdomar

Risken att insjukna eller dö i hjärt- kärlsjukdomar har minskat i befolkningen, men om förekomsten av fetma och fysisk inaktivitet ökar kan den hittills gynnsamma utvecklingen komma att vända. Det finns stora skillnader i insjuknanderisk mellan olika befolkningsgrupper.

Sjukdomar i hjärta och kärl är mycket vanligt förekommande i befolkningen. Sjukdomarna är starkt relaterade till såväl människors sociala och psykosociala situation som livsstil. Den vanligaste uppkomstmekanismen är förkalkningar i blodkärlen som med tiden leder till blodproppsbildning eller blödningar. Följden blir syrebrist och vävnadsdöd i de organ som blodkärlen försörjer och allvarligast blir följderna när hjärtats kranskärl eller blodkärlen i hjärnan drabbas. Nedan redovisas utvecklingen av hjärtinfarkt, som är den största enskilda dödsorsaken i befolkningen samt stroke som är den sjukdomsgrupp som ger upphov till flest vård dagar vid sjukhus och vårdinrättningar.

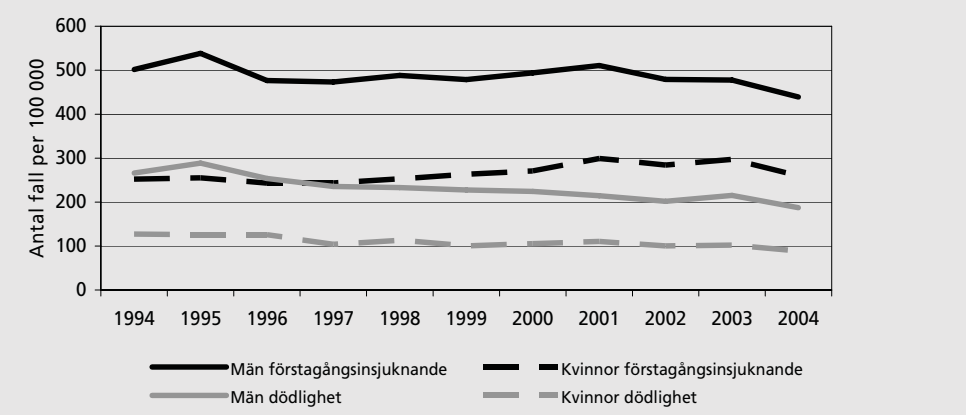
### Risken att drabbas av hjärtinfarkt har minskat

I Stockholms län inträffar cirka 6 000 fall av hjärtinfarkt per år, varav omkring 4 500 fall är förstagångsinsjuknanden. Nästan 60 procent av fallen inträffar bland män. Av dem som insjuknar överlever 68 procent infarkten. I yngre åldersgrupper är chanserna att överleva större. Stockholmarnas risk för hjärtinfarkt är 16 procent lägre än riksgenomsnittet.

Sedan början av 1980-talet har antalet fall av förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt per 100 000 invånare i befolkningen minskat. Det senaste decenniet har minskningen planat ut för kvinnor och fortsatt om än i avtagande omfattning för män (Figur 21). Detta har medfört att skillnaderna i hjärtinfarktinsjuknande mellan könen blivit något mindre. Viktigt att veta vid tolkning av tidstrenderna är att sedan år 2001 används nya känsligare diagnoskriterier som identifierar fler fall av hjärtinfarkt vilka tidigare skulle ha fått diagnosen kärkramp. Detta gör att talen för hjärtinfarktinsjuknande från år 2001 och framåt ligger på en högre nivå. Även dödligheten i akut hjärtinfarkt har minskat. Den minskade dödligheten

beror både på minskat insjuknande och på förbättrad överlevnad bland dem som insjuknat.

**Figur 21.** Förstagångsinsjuknande och dödlighet i akut hjärtinfarkt för kvinnor och män i Stockholms län 1994–2004. Antal fall per 100 000, åldersstandardiserat.

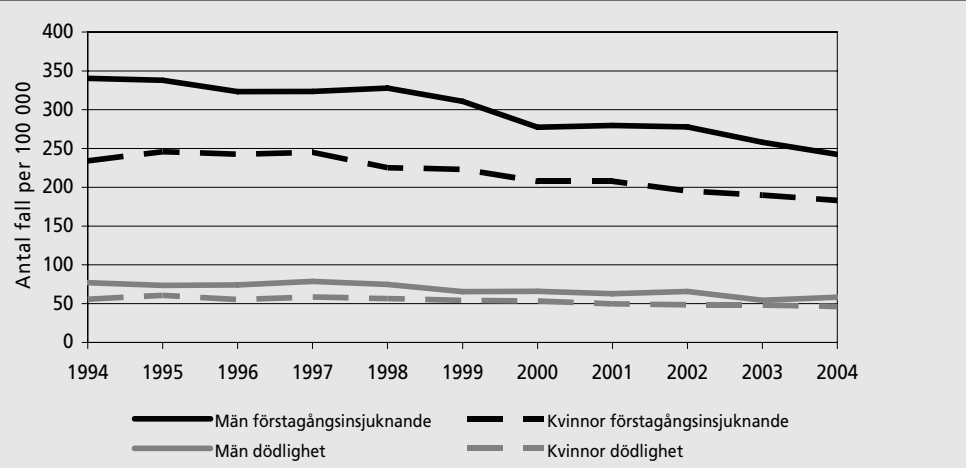


Källa: EpC:s hjärtinfarktstatistik, Socialstyrelsen

### Även risken för stroke har minskat

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt (blodpropp i hjärnan) och hjärnblödning. I Sverige är det den tredje vanligaste orsaken till död och den vanligaste orsaken till invaliditet. Årligen insjuknar omkring 6 000 personer i Stockholmsområdet. Det är framför allt äldre som drabbas, cirka 80 procent är över 65 år. Både risken att insjukna och att dö i stroke har minskat det senaste decenniet (Figur 22). Minskningen av dödligheten i stroke har pågått sedan 1970-talet.

**Figur 22.** Förstagångsinsjuknande och dödlighet i stroke för kvinnor och män i Stockholms län 1994–2004. Antal fall per 100 000, åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, EpC, Socialstyrelsen

### **Socioekonomiskt svaga har högre risk för hjärt- kärlsjukdom**

Såväl hjärtinfarkt som stroke är sjukdomar som visats vara relaterade till människors sociala situation. I befolkningsgrupper med låg inkomst, låg utbildning, låg social position samt bland boende i socioekonomiskt utsatta områden inträffar fler fall. Skillnader i hjärtinfarktstrisk mellan olika sociala grupper har studerats i Stockholms län och visats vara omkring dubbelt så hög för kvinnliga arbetare som för tjänstemän på medelhög och hög nivå. För män var risken cirka 1,5 gånger högre för arbetare jämfört med tjänstemän på medelhög och hög nivå.

Skillnaderna i sjukdomsförekomst mellan olika socioekonomiska grupper kan till en del förklaras av faktorer som rökning och övervikt, vilka är vanligare i socioekonomiskt svaga grupper. Däremot är skillnader i stressnivåer och psykosociala belastningar, som också påverkar sjukdomsriskerna, ofullständigt kartlagda.

### **Utrikes födda har högre risk för hjärtinfarkt**

Nästan 20 procent av invånarna i länet är födda utomlands. Gruppen utrikes födda (inklusive adopterade) löper cirka 20 procent högre risk att drabbas av hjärtinfarkt än sverigefödda, men det varierar mycket mellan olika födelseländer. Bland män är risken högst bland personer födda på Indiska halvön eller i Syrien. Jämfört med sverigefödda män har dessa mer än dubbelt så hög risk för hjärtinfarkt. Bland kvinnor är risken högst hos de irakfödda, som har drygt tre gånger så hög risk som de sverigefödda. Kvinnor från övriga Mellanöstern (dock ej Iran), Indiska halvön samt Afrika söder om Sahara, har drygt dubbelt så hög hjärtinfarktstrisk som de sverigefödda. Män födda i Afrika söder om Sahara och kvinnor födda i Grekland eller Nordamerika har dock en lägre risk än sverigefödda.

Utrikes födda är oftare arbetslösa, och bor oftare i socioekonomiskt utsatta områden jämfört med sverigefödda – vilket är faktorer som påverkar risken för hjärtinfarkt. Risken för hjärtinfarkt i ursprungslandet är en annan förklaring till att det finns skillnader i risk med avseende på födelseland.

### **Befolkningsförändringar kan leda till ökat antal fall i framtiden**

Risken att insjukna i hjärt- kärlsjukdom ökar snabbt med stigande ålder. Vid en bedömning av den framtida utvecklingen av hjärt- och kärlsjukligheten i länet är det därför betydelsefullt att ta hänsyn till de demografiska förändringarna. Om man utgår från en oförändrad insjuknanderisk skulle den ökande andelen äldre i befolkningen medföra att antalet fall av akut hjärtinfarkt och stroke år 2030 skulle bli nästan dubbelt så många som idag. För hjärtinfarkt har det faktiska antalet insjuknade legat på samma nivå de senaste decennierna trots att risken att insjukna minskat. För förstagångsstroke har minskningen av insjuknanderisken det senaste decenniet varit så pass kraftig att det faktiska antalet fall minskat något trots en större och åldrande befolkning.

### **Hur kan förekomsten av hjärt- kärlsjukdomar påverkas?**

Minskningen av hjärt- kärlsjukdomar de senaste decennierna kan till stor del förklaras av minskad andel rökare samt att andra riskfaktorer som förhöjt blodtryck och förhöjda blodfetthalter har minskat i befolkningen. Bättre behand-

lingsmetoder har medfört att de som insjuknar överlever i större utsträckning än tidigare. Att de äldre idag har bättre socioekonomiska förutsättningar och är bättre utbildade än tidigare generationer kan också vara en faktor som påverkat utvecklingen. Under senare år har dock förekomsten av övervikt och diabetes ökat i befolkningen. Dessa faktorer ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och riskerar att på sikt bryta den hittills gynnsamma utvecklingen.

Åtgärder som kan stimulera till goda kostvanor, ökad fysisk aktivitet och minskad rökning i befolkningen, inte minst bland unga och medelålders personer i socialt utsatta områden, är viktiga. Det är angeläget att skapa miljöer där goda val för hälsan upplevs som lätta. Inom vården är tidig upptäckt och behandling av förhöjt blodtryck och förhöjda blodfetter viktiga preventiva åtgärder. För prevention av stroke har också tidig diagnostik och behandling av förmaksflimmer stor betydelse.

### 5.3 Cancer

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

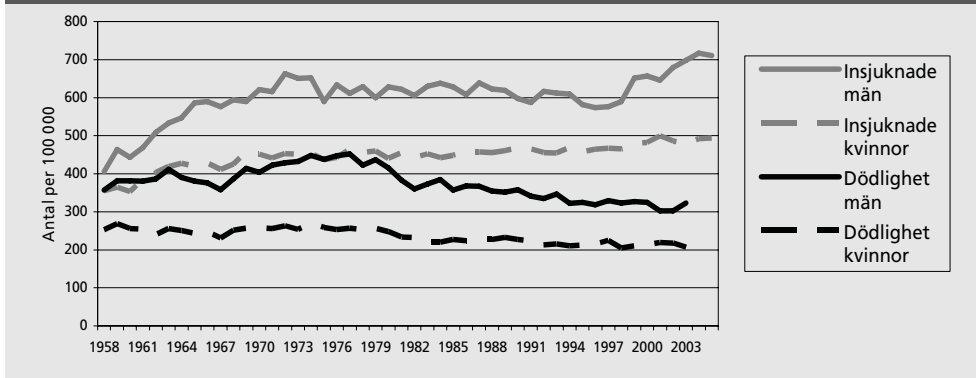
Cancer är ett samlingsnamn för elakartade tumörsjukdomar. Omkring en tredjedel av alla människor i Stockholms län får cancer någon gång under sin livstid. Av dessa insjuknar två av tre efter 65 års ålder. Årligen får cirka 10 000 personer i regionen en cancerdiagnos.

#### **Dödligheten minskar medan insjuknandet ökar**

Dödligheten i cancer har minskat sedan år 1970 till följd av preventiva insatser, tidigare diagnostik och förbättrade behandlingsmöjligheter. I Figur 23 visas att antalet insjuknade per 100 000 individer i befolkningen ökat något bland kvinnor de senaste decennierna. För män ses en kraftigare ökning sedan slutet av 1990-talet, vilket i huvudsak betingas av aktivare diagnostik av prostatacancer med hjälp av nya diagnostiska metoder.



**Figur 23.** Antal insjuknade män och kvinnor i cancer 1958-2005 i Stockholms och Gotlands län. Antal fall per 100 000 invånare, åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, EpC, socialstyrelsen

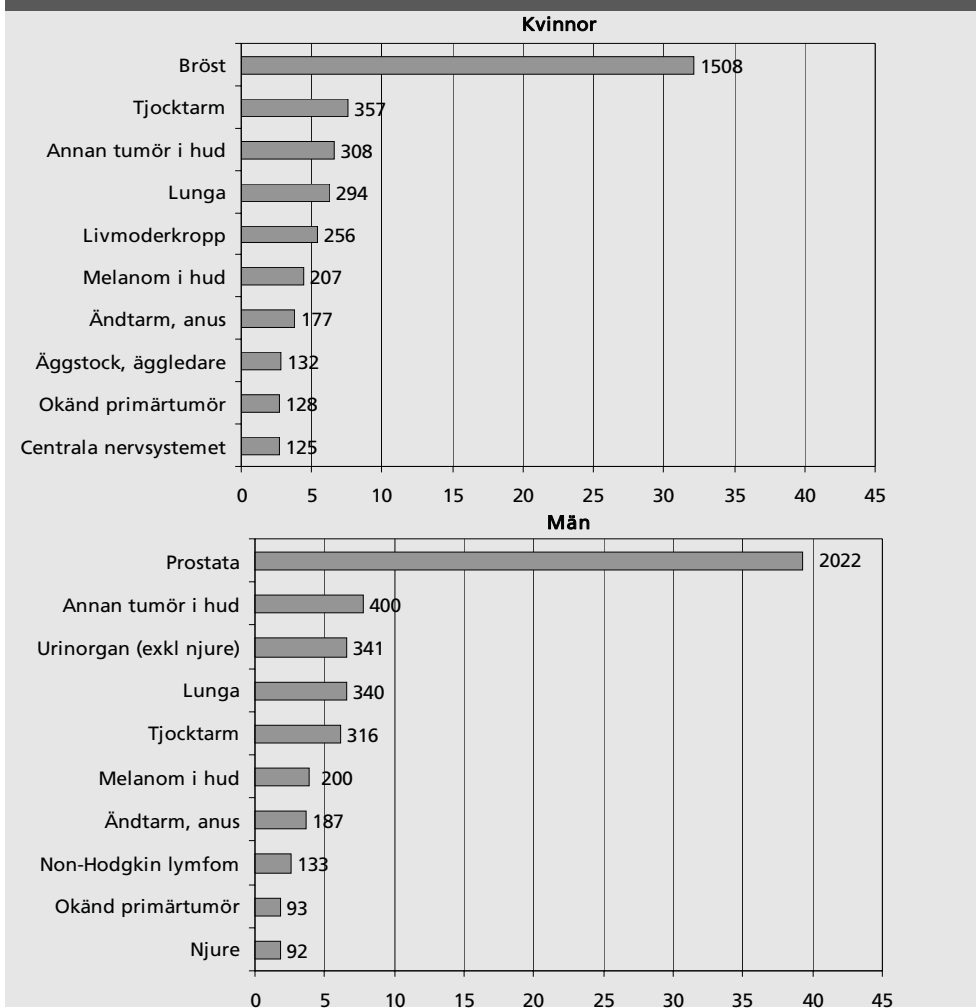
Det faktiska antalet individer som idag lever med cancer i länet<sup>11</sup> har ökat. Under 1990-talet skedde denna ökning med cirka 3 procent per år. Detta beror dels på en ökad diagnostik och förbättrade behandlingsmetoder som ger ökade överlevnadsmöjligheter, men är också en följd av demografiska förändringar, det vill säga ökande folkmängd och ett större antal äldre i befolkningen. Från början av 2000-talet till år 2030 har det faktiska antalet män och kvinnor som nyinsjuknar i cancer beräknats öka med ytterligare 90 respektive 45 procent. Att ökningen bland män förväntas bli större beror i huvudsak på intensifierad diagnostik av prostatacancer.

### Bröst- och prostatacancer är de vanligaste cancerformerna

I slutet av år 2005 levde i länet drygt 82 000 individer som någon gång fått en cancerdiagnos. Av dessa hade drygt 19 000 bröstcancer och 11 000 prostatacancer. Trenden för insjuknande i båda dessa cancerformer är ökande men trots detta ses ingen ökad dödlighet till följd av dessa sjukdomar. Figur 24 visar hur många som nyinsjuknade med de vanligaste cancerformerna i Stockholms län år 2005.

<sup>11</sup> I statistiken ingår även Gotlands län, som dock bara bidrar marginellt till resultaten.

**Figur 24.** Andel (%) och antal kvinnor och män som insjuknade i de tio vanligaste cancerformerna år 2005 i Stockholms och Gotlands län



Källa: Onkologiskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset

Efter prostata-, bröst- och tjocktarmscancer är lungcancer den vanligaste cancerformen i regionen. Nyinsjuknandet i lungcancer för män har sjunkit sedan 1980-talet men denna tendens verkar ha planat av. För kvinnor har däremot förekomsten fördubblats sedan 1970-talet, men med en tendens till viss avmattning i ökningstakten under de senaste åren. Efter att ha ökat under 1970- och 1980-talet var situationen för maligna melanom under 1990-talet stabil men under 2000-talet ses återigen en ökning. För andra större cancerformer som tjock- respektive ändtarmscancer, cancer i urinblåsan och non-Hodgkin's lymfom är insjuknandet relativt konstant över åren.

## **Preventiva insatser och viktiga riskfaktorer**

Under hela perioden ses en kontinuerlig minskning av cancer i livmoderhalsen. Detta bedöms vara en effekt av den organiserade cellprovtagningen som infördes år 1968 och leder till tidig upptäckt framförallt av förstadier 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 till nio lungcancerfall av tio orsakas av rökning. Att utsättas för ultraviolett 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.

## **5.4 Skador**

Antalet skadade i vägtrafikolyckor har ökat kraftigt det senaste decenniet, utan att dödligheten har påverkats. Bland äldre är fallolyckor ett folkhälsoproblem som ofta påverkar vardagsaktiviteterna. Unga män är oftare utsatta för våld än unga kvinnor. Män utsätts för våld på nöjesställen, allmänna platser eller kollektivtrafik medan kvinnor oftare utsätts för våld i hemmet.

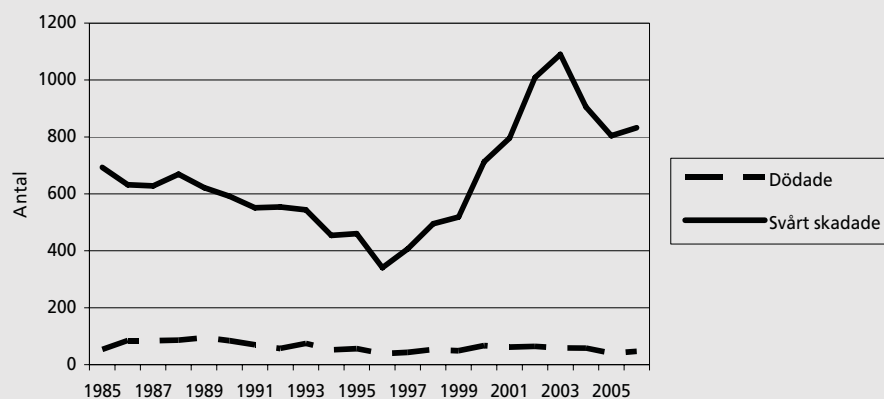
Skador förorsakar en stor andel av alla funktionshinder och förtida dödsfall i befolkningen. Det är den vanligaste dödsorsaken bland barn och yngre vuxna. I Stockholms län avled cirka 640 män och 445 kvinnor år 2004 till följd av någon typ av skada eller förgiftning. Med hänsyn tagen till åldersstruktur och folkmängd var detta något lägre än i övriga riket. Samma år vårdades cirka 9 900 män och drygt 11 800 kvinnor på sjukhus till följd av skador.

Skador kan indelas i oavsiktliga (olyckor) och avsiktliga skador (övergrepp och våld av annan person samt självtillfogade skador). I denna rapport redovisas utvecklingen av självtillfogade skador i avsnitt 5.1 som handlar om psykisk sjukdom. Nedan diskuteras trafikskador, fallskador bland äldre samt våldsskador.

### **Antalet trafikskador har ökat sedan 1990-talet**

Internationellt sett har Sverige ett relativt lågt antal dödsolyckor i trafiken, vilket är en följd av aktivt förebyggande arbete. Fordonets hastighet har stor betydelse för skadornas antal och allvarlighetsgrad, vilket kan vara en förklaring till att en övervägande majoritet, 90 procent, av alla dödade bilförare dör på landsbygden. Antalet skadade i trafiken ökade under senare delen av 1990-talet och antalet personer som krävde sjukhusvård mer än fördubblades mellan åren 1996 och 2003 (Figur 25). Under de senaste åren har en viss minskning skett.

Figur 25. Antal dödade och svårt skadade i polisrapporterade vägtrafikolyckor i Stockholms län åren 1985–2006



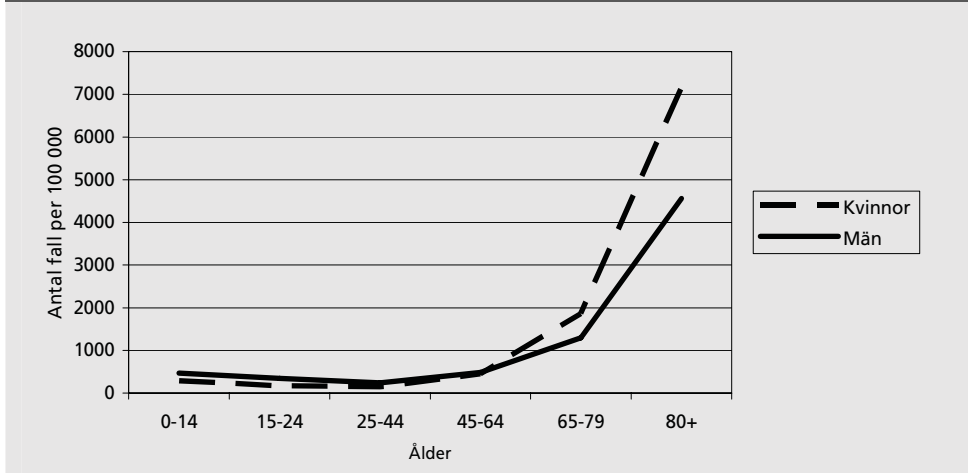
Källa: Vägverket

För arbetet med att förebygga trafikolycksfall är alkoholprevention en viktig del. I Sverige har alkoholkonsumtionen ökat efter EU-inträdet (se vidare avsnitt 4.11) vilket kan förväntas leda till fler alkoholrelaterade trafikolyckor. Idag beräknas 0,2 procent av bilresorna företas av alkoholpåverkade förare. Fler män än kvinnor kör alkoholpåverkade. Det finns ingen tillförlitlig statistik över hur många som dödas eller skadas i olyckor där alkoholpåverkade förare varit inblandade. Andelen trafikdödade förare som varit alkoholpåverkade har dock ökat från 28 procent år 2002 till 46 procent år 2006.

### Fallskador bland äldre vanligt förekommande

I Sverige liksom i de övriga nordiska länderna utgör fallskador ett stort hälsoproblem för den äldre delen av befolkningen. Kvinnor drabbas oftare än män och fallskador ökar dramatiskt med stigande ålder. I åldersgruppen över 60 år är antalet personer som vårdas på sjukhus på grund av fallolyckor något högre i Stockholms län än i Sverige som helhet (Figur 26). Olika typer av frakturer, exempelvis höftfrakturer, är den vanligaste skadan efter en fallolycka. Även här har Stockholms län ett högre antal jämfört med Sverige som helhet.

Figur 26. Årligt antal falloolyckor bland kvinnor och män per 100 000 invånare, treårsmedelvärde 2002–2004



Källa: Patientregistret, EpC, Socialstyrelsen, 2006

En fallskada leder ofta till nedsatt fysisk rörlighet och ett ökat beroende för den enskilda personen. I FHE 2006 uppger cirka 10 procent av dem i åldern 65–84 år att de sökt sjukvård på grund av att de fallit vid ett eller flera tillfällen. Nästan tre fjärdedelar av dessa personer svarar att fallet har påverkat deras vardagsaktiviteter och hälften uppger att fallet påverkat deras vardagsaktiviteter i fem veckor eller längre.

Erfarenheter från flera kommuner i Sverige visar att fallskador kan förebyggas. Många lokala projekt har byggt på samverkan mellan primärvård, äldreomsorg, pensionärsföreningar och andra sektorer i samhället. Arbetet har inriktats på att förebygga olika typer av riskfaktorer och att främja faktorer som visats vara skyddande för fallskador som exempelvis fysisk aktivitet, varierad kost och fungerande sociala nätverk.

### Vanligt bland unga män att utsättas för våld

Antalet polisanmälda brott relaterat till folkmängden är betydligt högre i Stockholms län än i övriga Sverige: våldtäkter är 35 procent vanligare, misshandel mot män 29 procent, grov kvinnofridskränkning 42 procent, barnmisshandel 17 procent och rån 71 procent.

Av dem som svarat på FHE 2006 uppger 2,6 procent att de har utsatts för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Andelen våldsutsatta kvinnor har minskat med en tredjedel jämfört med år 2002, medan andelen våldsutsatta män är i stort sett oförändrad (Tabell 12). Cirka 4 procent av de svarande uppger att de har hotats så allvarligt att de blivit rädda. Män är mer våldsutsatta än kvinnor, medan kvinnor utsätts för fler hot.

**Tabell 12.** Andel (%) utsatta för fysiskt våld efter kön och ålder

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006
18-24	7	5	12	13	9	8
25-44	4	3	3	4	4	3
45-64	2	2	2	1	2	1
65-84	1	<1	1	1	1	<1
18-84	3	2	3	3	3	3

Källa: FHE 2002 och 2006, SLL

Störst andel våldsutsatta återfinns i den yngsta åldersgruppen och där är också könsskillnaden störst. Av dem som blivit utsatta för våld uppger 24 procent att de utsatts i hemmet och 18 procent på arbetet eller i skolan. Hälften av männen har utsatts för våld på nöjesställen, allmänna platser eller kollektivtrafik jämfört med en av fem utsatta kvinnor. Av de våldsutsatta kvinnorna har närmare hälften utsatts för våld i hemmet och lika många har utsatts av en partner. Motsvarande siffror bland manliga offer var en av tio.

Våldsförebyggande arbete bör vara en kombination av reaktion och prevention. På allmänna platser har god belysning, vakter och ordningsregler stor betydelse. För våld i nära relationer bör utbildningsinsatser, attitydförändringar och myndighetsrespons vara i fokus.

## 5.5 Rörelseorganens sjukdomar

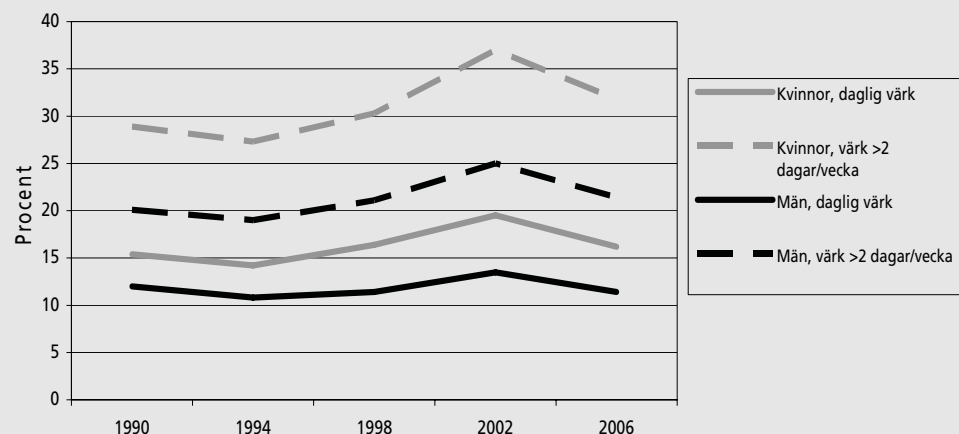
Andelen individer med värk i rörelseorganen skiljer sig åt mellan kvinnor och män, arbetare och tjänstemän, sverigefödda och utrikes födda. Totalt har dock förekomsten av värk i rörelseorganen minskat sedan år 2002. Det förebyggande arbetet behöver förstärkas och effektiviseras. Inom rehabiliteringen bör evidensbaserade behandlingsmetoder implementeras i alla steg i vårdkedjan.

Besvär i kroppens rörelseorgan är en av de vanligaste orsakerna till nedsatt arbetsförmåga, långvarig sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) i Sverige. I Stockholms län stod rörelseorganens sjukdomar för nästan vart fjärde sjukfall år 2006. Rörelseorganens sjukdomar omfattar sjukdomar i skelett, leder, muskler, senor och ledband. Vanliga symptom är ospecifika värktillstånd som i många fall blir kroniska.

### Förekomsten av värk i flera kroppsområden ökar med åldern

Figur 27 visar att förekomsten av värkbesvär har minskat i länets befolkning vilket är ett trendbrott jämfört med utvecklingen det senaste decenniet. I FHE 2006 anger 16 procent bland kvinnor och 11 procent bland män daglig värk i nacke, axlar, armar eller rygg, vilket är i stort sett samma nivå som år 1990.

**Figur 27.** Andel (%) med värk från nacke, axlar, armar eller nedre delen av ryggen åren 1990–2006. Kvinnor och män 21–84 år, åldersstandardiserat.



Källa: FHE 1990–2006, SLL

Var fjärde kvinna i åldern 18–34 år har värk jämfört med var tionde man. För både män och kvinnor ökar andelen med värk med åldern och i den äldsta åldersgruppen, 75–84 år, har drygt varannan kvinna och fyra av tio män värk i rörelseorganen. Andelen med värk i flera kroppsområden ökar också med åldern. Av personer över 45 år som rapporterar värkbesvär, har ungefär varannan värk i flera kroppsområden samtidigt. I samtliga åldersgrupper har en högre andel av kvinnor än män värkbesvär, men skillnaderna mellan könen minskar något med stigande ålder.

### Det finns stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper

Förekomsten av värk i rörelseorganen bland kvinnor och män och i olika socioekonomiska grupper visas i Tabell 13. Det finns en gradvis skillnad med högst andel med värk bland arbetare och lägst andel bland högre tjänstemän. I samtliga socioekonomiska grupper är värk vanligare bland kvinnor än bland män. Förekomsten av värkbesvär är nästan tre gånger högre bland kvinnliga arbetare än bland manliga högre tjänstemän.

**Tabell 13.** Andel (%) med värk minst två dagar per vecka i nacke, axlar, armar eller nedre delen av ryggen. Efter kön och socioekonomisk grupp, åldersstandardiserat.

	Kvinnor	Män
Ej facklärd arbetare	39	27
Facklärd arbetare	39	29
Lägre tjänstemän	33	21
Tjänstemän på mellannivå	28	17
Högre tjänstemän	25	14

Källa: FHE 2006, SLL

Det finns också skillnader mellan personer födda i Sverige och utrikes födda. Andelen med värk två dagar eller mer per vecka i nacke, axlar, armar eller nedre delen av ryggen bland sverigefödda män och kvinnor är 19 respektive 30 procent.

Detta kan jämföras med 29 respektive 39 procent bland utrikes födda männen och kvinnorna. Andelen med värk är hög framför allt bland män födda i övriga Norden. Bland dessa uppgav 35 procent att de har värk vilket kan jämföras med 27–28 procent bland män födda i övriga Europa eller utom Europa. Bland utrikes födda kvinnor är andelen med värk ungefär lika stor (38–40 %) i alla grupper.

### **Mindre värkbesvär kan bero på bättre arbetsmiljö**

Att färre rapporterar värk kan bero på flera faktorer. Det krävs i allmänhet hög belastning under en lång tid, ofta många år, innan individer får värksymptom. Allt fler arbetstagare i stockholmsområdet har fysiskt lätta eller stillasittande arbeten. De minskade påfrestningarna i arbetslivet kan ha medfört en generell förbättring i befolkningen avseende värkstillstånd i rörelseorganen. Dessutom kan de förbättrade arbetsmiljöerna som åstadkommit genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete under många år ha bidragit till minskningen.

En annan förklaring kan vara att individer med värkbesvär kan ha lämnat arbetsmarknaden genom aktivitets- och sjukersättning (förtidspension). Dessa utsätts då inte längre för de belastningar arbetslivet medför och kan på så sätt ha fått minskade symptom.

### **Varför har kvinnor mer värk i rörelseorganen?**

Orsaken till att kvinnor oftare än män har besvär i rörelseorganen är inte helt klarlagd. Troligen samspelar en rad faktorer. Biologiska skillnader, till exempel kroppsmått och muskelstyrka, kan medföra att kvinnor utsätts för en relativt högre belastning än män vid samma arbetstyngd. En arbetsplats som inte är anpassad till den enskilda arbetstagarens förutsättningar kan medföra att denne utsätts för mycket stora kroppsliga påfrestningar. Olikheter i arbetsvillkor på grund av den extremt könsuppdelade arbetsmarknaden i Sverige medför också olika typer och nivåer av belastningar för kvinnor och män. En nyckelfaktor är inflytande över det egna arbetet avseende möjligheten att själv kunna välja och bestämma över hur och när olika arbetsmoment ska utföras, det vill säga att kunna anpassa sin arbetstyngd till "dagsformen". Kvinnor har generellt ett lägre inflytande över yrkesarbetet än män. Kvinnors större ansvar för hem- och familjearbete medför dessutom olikheter i den privata sfären, med dubbelarbete och sämre möjligheter till vila och återhämtning. Det har diskuterats om kvinnor "lättare" rapporterar värksymptom jämfört med män – det finns dock mycket begränsat stöd i forskningen för att så skulle vara fallet.

### **Det preventiva arbetet behöver förstärkas och effektiviseras**

Det förebyggande arbetet för att minska belastningsrelaterade sjukdomar i rörelseorganen behöver förstärkas. Forsknings- och utvecklingsarbete om evidensbaserade metoder behöver spridas effektivare till nyckelaktörer som primärvården, företagshälsovården och Försäkringskassan. Dessa aktörers roll behöver stärkas för att uppnå målet med ett tidigt och snabbt omhändertagande av individer med värk i rörelseorganen samt för att ge aktörerna möjligheter till ett förbättrat och mer systematiskt samarbete. De hinder som finns för ett sådant samarbete, till exempel oklara regler och ansvarsfördelningar, liksom kontraproduktiva ersätt-



ningssystem, bör identifieras och undanröjas. För att förstärka det preventiva arbetet på arbetsplatsen behöver arbetsmarknadens parter involveras i än högre grad.

## 5.6 Allergisjukdomar

Förekomsten av allergisjukdomar har börjat plana av och även minska i vissa europeiska länder. Detta har framför allt gällt astma och ses nu även i Sverige och Stockholms län. Orsaken till avplaningen är inte klarlagd, men den minskade rökningen och minskad exponering för passiv rökning ses som möjlig förklaring. Även andelen personer med nickelallergi har minskat.

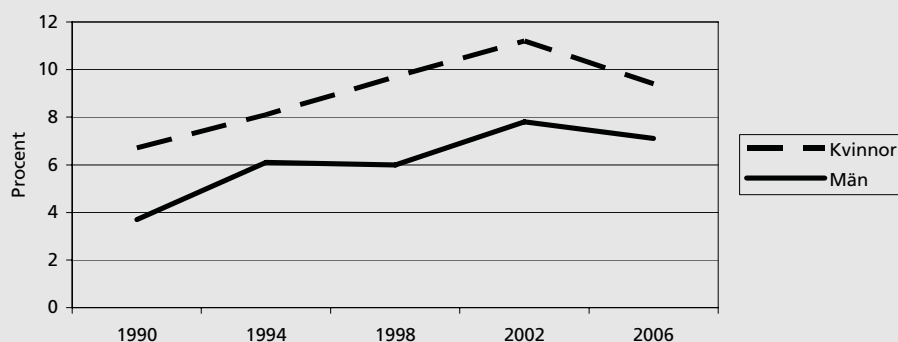
Sedan början av 1960-talet har förekomsten av allergisjukdomar mångdubblats såväl i Sverige som i många andra länder i västvärlden. I Stockholms län antas ungefär 25 procent av befolkningen ha en allergisjukdom. För knappt en tredjedel av dessa får besvären anses som måttliga till svåra och kräver mer eller mindre regelbunden medicinerings. Omkring 15 procent är allergiska mot pälsdjur varav två tredjedelar har så svåra besvär att de fortfarande har besvär efter medicinerings eller måste undvika miljöer där djur vistas. Omkring 20 procent är pollenallergiska, varav en fjärdedel har en så svår pollenallergi att det innebär ett rejält medicinskt och socialt handikapp vilket leder till påverkan på livskvaliteten.

Flertalet av dem som insjuknar i allergisjukdom gör det under barnaåren, men under senare år har det visats att nyinsjuknande bland vuxna inte är ovanligt. Orsaken är till stor del okänd men fler kvinnor än män drabbas. Övervikt anses spela en roll liksom rökning och ett lågt intag av antioxidanter.

### Astmaförekomsten minskar något

I en del europeiska länder har en avplaning av den tidigare snabba ökningen av astmasjukdom börjat skönjas. Motsvarande har inte tidigare rapporterats i Sverige eller i Stockholms län. Andelen personer (18–64 år) som rapporterat astma i folkhälsoenkäterna steg mellan åren 1990 och 2002 från 5 till 10 procent. Nu ses för första gången en nedgång och år 2006 är andelen med astma 8 procent (Figur 28). Minskningen är mer uttalad för kvinnor än för män, även om fler kvinnor än män fortfarande uppger att de har astma. I åldrarna 18–44 år är skillnaden i astmaförekomst beroende på födelseland stor. Astma är vanligast bland dem födda i övriga Norden och minst vanligt bland dem födda i övriga Europa. Minskningen i rapporterad astma mellan åren 2002 och 2006 måste tolkas med försiktighet. Framtida studier får visa om den minskade trenden verkligen är reell.

Figur 28. Självrapporterad astmaförekomst (%) åren 1990–2006, kvinnor och män 18-64 år



Källa: FHE 1990–2006, SLL

### Allergiska ögon- och näsbesvär minskar bland yngre

Självrapporterade allergiska ögon- och näsbesvär är vanligt förekommande. I FHE 2006 uppger 32 procent av de svarande sådana besvär. I den yngsta åldersgruppen ses en minskning sedan år 2002, vilket kan indikera att vi inom något decennium kommer att se en generell minskning av allergiska ögon- och näsbesvär. Skillnaden mellan kvinnor och män är inte lika uttalad som för astma. Bland födda i övriga Norden är allergiska ögon- och näsbesvär vanligast (41 %). Lägst andel finns i gruppen födda i övriga Europa (32 %). Bland kvinnor är förekomsten av astma och andra allergiska besvär vanligare i arbetaryrken vilket inte gäller för män. En möjlig förklaring är att kvinnor är överrepresenterade inom vissa riskyrken (frisör, restaurangarbete), en annan kan vara att de i högre utsträckning är rökare.

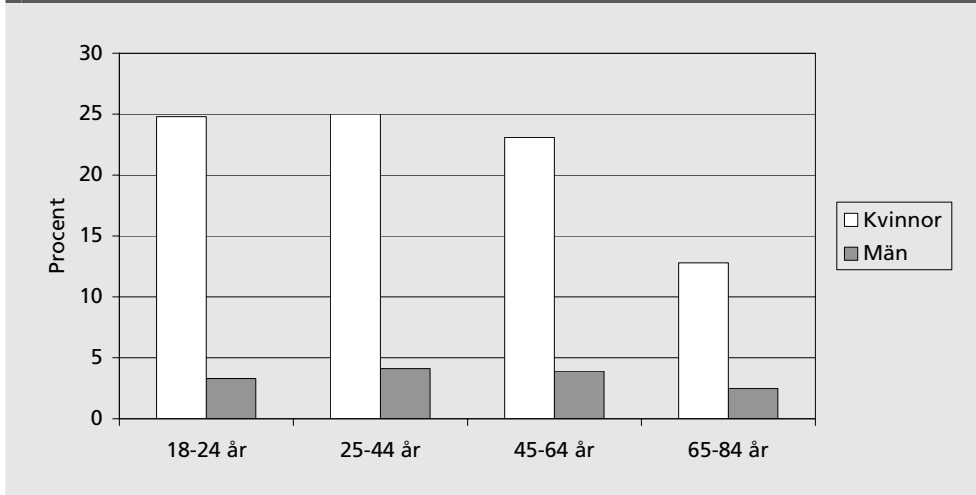
### Nickelallergi minskar

Handeksem förekommer hos omkring 9 procent av befolkningen. Detta påverkar livskvaliteten negativt, förorsakar inte sällan sjukskrivning och kan leda till att individen måste byta arbete. I FHE 2006 anger bland kvinnor 13 procent av dem under 45 år och 9 procent av dem över 45 år att de har handeksem. Motsvarande siffror för män är 8 respektive 6 procent. Vanliga orsaker till handeksem är våtarbete och nickelallergi. Omkring 8 procent av männen och 10 procent av kvinnorna har mer än två timmars daglig exponering för vatten i sitt arbete.

Nickelallergi orsakas av långvarig hudkontakt med föremål som avger nickel, till exempel smycken, verktyg, mynt och nycklar. I FHE 2006 rapporterar 24 procent av kvinnorna och 4 procent av männen kontaktallergi mot nickel. Nickelallergi är vanligare bland yngre än bland äldre (Figur. 29). I åldersgruppen 18–44 år har dock en minskning skett sedan FHE 2002. Undersökningar visar att antalet produkter som avger nickel har minskat och här spelar sannolikt EU:s nickeldirektiv som infördes år 2001 en roll.

Under åren 1998–2006 har förekomsten av eksem ökat bland yngre barn och cirka 22 procent av barn i 6–7 årsåldern har idag eksem. Samma tendens finns i hela västvärlden.

**Figur 29.** Andelen (%) som rapporterar att de är allergiska eller överkänsliga mot nickel, efter kön och ålder



Källa: FHE 2006, SLL

En viss minskning av andelen individer med handeksem kan förväntas i framtiden, då hudkontakt med vatten och kemikalier i vissa yrken, till exempel inom tillverkningssektorn, verkar minska. Samtidigt bedöms arbeten inom sektorerna vård och service, i yrken som sjuksköterska, köksarbetare och frisör, med stor sannolikhet medföra fortsatt hög exponering för hudirriterande faktorer inom överskådlig tid.

## 5.7 Diabetes

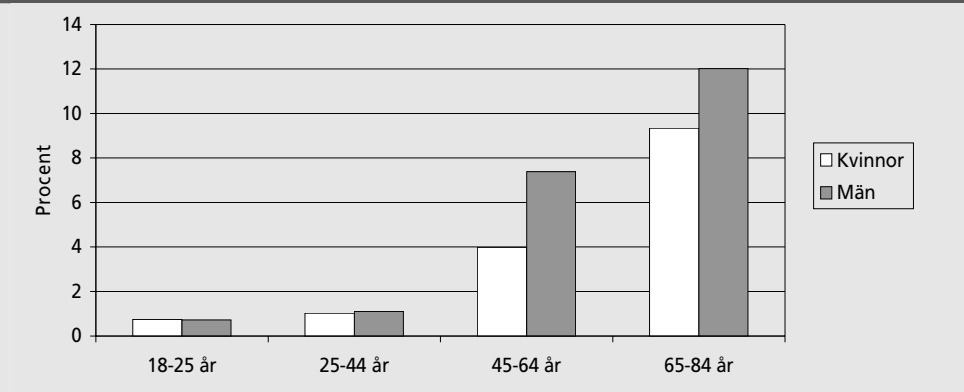
Omkring 3 procent bland kvinnor och 5 procent bland män i Stockholms län har diabetes. Bland 65–84 åringar är andelen hela 9 respektive 12 procent. Diabetes är mer än tre gånger så vanligt i Rinkeby som i Danderyd. Befintliga data tyder på att förekomsten av diabetes ökat, framförallt bland män (från 3 % till 5 %) mellan åren 1990 och 2006.

Diabetes är inte en utan flera sjukdomar med förhöjda blocksockernivåer som gemensam nämnare. Sjukdomen är kronisk och medför ofta komplikationer på lång sikt såsom en ökad risk för hjärtinfarkt. Typ 2 diabetes är den vanligaste formen av diabetes och svarar för 80–90 procent av alla fall. Till riskfaktorerna hör stigande ålder, övervikt, rökning och brist på fysisk aktivitet. Typ 1 diabetes kallas den form av diabetes som barn drabbas av men även vuxna kan utveckla denna diabetesform. Vid typ 1 diabetes har kroppens insulinproduktion upphört vilket gör att patienterna behöver tillföra insulin för att överleva.

## Hur vanligt är diabetes?

I FHE 2006 uppger 3 procent bland kvinnor och 5 procent bland män i åldern 18–84 år att de har diabetes. Diabetes är vanligare bland män än bland kvinnor och skillnaden syns framförallt i de äldsta åldersgrupperna (Figur 30). Både för män och kvinnor ökar förekomsten kraftigt med ålder; i gruppen 65–84 år uppger hela 9 procent bland kvinnorna och 12 procent bland männen att de har diabetes jämfört med omkring 1 procent av män och kvinnor i åldern 25–44 år. Diabetesförekomsten är något lägre i Stockholms län än i Sverige riket.

Figur 30. Andel (%) med diabetes efter kön och ålder

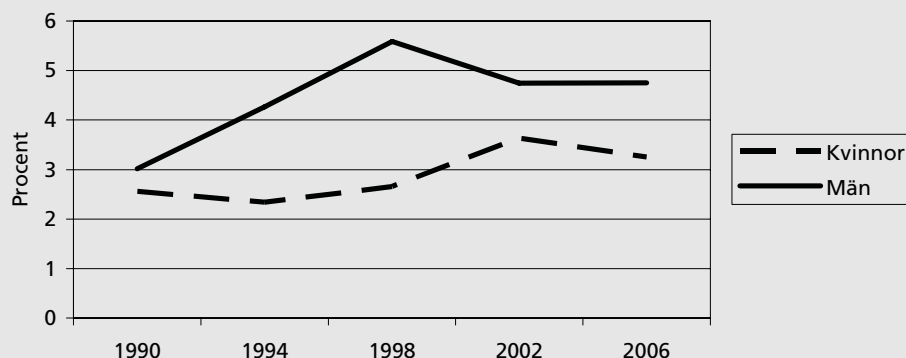


Källa: FHE 2006, SLL

Det är stora skillnader i diabetesförekomst mellan olika stadsdelar och kommuner. Andelen är mindre än 2 procent i Danderyd medan hela 7 procent (kvinnor) respektive 10 procent (män) av invånarna i Rinkeby uppger att de har diabetes. De kommuner och stadsdelar som har den högsta diabetesförekomsten är också de med lägst medelinkomst, högst andel arbetslösa, överviktiga, stillasittande och rökare. Flera av stadsdelarna/kommunerna med hög diabetesförekomst har också en hög andel invånare som inte är födda i Sverige. Data från FHE 2006 tyder på att diabetesförekomsten är dubbelt så hög bland personer födda utom Europa (9 % för män och 8 % för kvinnor) jämfört med sverigefödda. Andelen med diabetes är också betydligt högre bland arbetare (cirka 5 %) än bland högre tjänstemän (cirka 3 %).

Sedan år 1990 har förekomsten av diabetes enligt folkhälsoenkäterna ökat från 3 till 5 procent för män och från 2 till 3 procent för kvinnor (Figur 31). Dessa uppgifter måste dock tolkas med försiktighet eftersom de baseras på enkätdata.

Figur 31. Andel (%) med diabetes bland kvinnor och män åren 1990-2006



Källa: FHE 1990-2006, SLL

### Diabetes hos barn

Sedan 1978 registreras alla nya fall av diabetes som inträffar bland barn i ett nationellt Barndiabetesregister. Uppgifter från detta register visar att risken att utveckla diabetes före 15 års ålder är 4 per 1 000 barn. Risken är störst för barn i åldern 5-9 år och pojkar har en högre risk att drabbas än flickor. Sedan slutet av 1970-talet har risken för barn att drabbas av typ 1 diabetes fördubblats.

### Antalet fall riskerar att öka

Befintliga data tyder på att andelen med diabetes ökat både bland barn och vuxna i Stockholms län under de senaste 16 åren och att allt fler lever med diabetes. Demografiska förändringar kan bara till viss del förklara ökningen och det ligger nära till hands att tro att en ökad andel överviktiga kan ha bidragit till utvecklingen. Vi befinner oss alltjämt i en överviktsepidemi och samtidigt vet vi att andelen äldre förväntas öka i befolkningen under de närmaste åren. Det talar för att vi kommer att se ytterligare ökning av antalet diabetesfall, vilket kommer att ställa stora krav på sjukvården. Det understryker också behovet av strategier för att förebygga riskfaktorer för diabetes såsom övervikt och fysisk inaktivitet.

Studier där man undersökt diabetesförekomst med glukostoleranstest visar att förekomsten av okänd diabetes är hög, särskilt bland män. På två kända fall av diabetes går det ett okänt fall bland männen. Detta talar för att man behöver arbeta mer aktivt med att få människor som är i riskzonen, till exempel personer med ärftlighet och övervikt, att testa sina blodsockervärden eftersom man med tidig behandling kan minska risken för komplikationer.

## 5.8 Övervikt och fetma

Förekomsten av fetma i Sverige är idag fyra till fem gånger högre än i slutet av 1960-talet. Orsaken är obalans mellan intag av energi via maten och energiförbrukning genom fysisk aktivitet. Till grund ligger förändringar i levnadsvanor och i samhällsstruktur. I Stockholms län är cirka 10 procent av både män och kvinnor feta. Bland medelålders och äldre, vissa grupper av utrikes födda samt ej facklärdare är andelen med fetma uppemot 15 procent.

Fetma karakteriseras av en onormalt stor ansamling av fettvävnad i kroppen. Orsaksbakgrunden är komplex och konsekvenserna stora för både individ och samhälle. Enligt WHO:s definition föreligger fetma vid ett kroppsmasseindex (BMI) och övervikt vid ett BMI mellan (för en beskrivning av BMI se Bilaga 3 Ordförklaringar). Övervikt är i sig en riskfaktor för exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdomar samt utvecklande av fetma.

### Förekomsten av fetma varierar mellan olika åldersgrupper

Enligt FHE 2006 är förekomsten av fetma över alla åldrar 11 procent bland män och 10 procent bland kvinnor. Motsvarande siffror var 10 procent respektive 9 procent år 2002. Bland män är fetma vanligast omkring femtioårsåldern och bland kvinnor efter pensionsåldern. I den yngsta åldersgruppen, 18–24 år, är andelen med fetma omkring 3 procent bland både män och kvinnor, vilket är något lägre än motsvarande siffra, 4 procent år 2002. I hela befolkningen är andelen överviktiga (fetma exkluderat) 42 procent bland män och 25 procent bland kvinnor, vilket i stort sett är oförändrat jämfört med år 2002.

### Övervikt och fetma vanligare bland utrikes födda

Tabell 14 visar att förekomsten av fetma enligt FHE 2006 är 15 procent bland kvinnor med utomeuropeiskt ursprung jämfört med 10 procent bland sverigefödda kvinnor. Bland män med utomeuropeiskt ursprung är andelen med fetma på samma nivå som för sverigefödda män. Högst andel med fetma återfinns bland män födda i ett annat nordiskt eller europeiskt land (14 %). Andelen med övervikt är högst bland kvinnor och män födda i utomeuropeiska länder.

**Tabell 14.** Andel (%) med övervikt och fetma år 2002 och 2006 efter kön och födelseland. Åldersstandardiserat.

Kön och födelseland	2002			2006		
	BMI Medelvärde	Övervikt*	Fetma	BMI Medelvärde	Övervikt*	Fetma
<b>Män</b>						
Sverige	25,5	41	10	26	41	10
Övriga Norden	25,7	43	12	26	43	14
Övriga Europa	25,9	49	10	26	44	14
Utom Europa	26,0	45	13	26	46	11
<b>Kvinnor</b>						
Sverige	24,2	26	8	24	25	10
Övriga Norden	24,7	27	11	25	24	14
Övriga Europa	24,4	25	11	25	28	12
Utom Europa	25,3	30	14	25	29	15

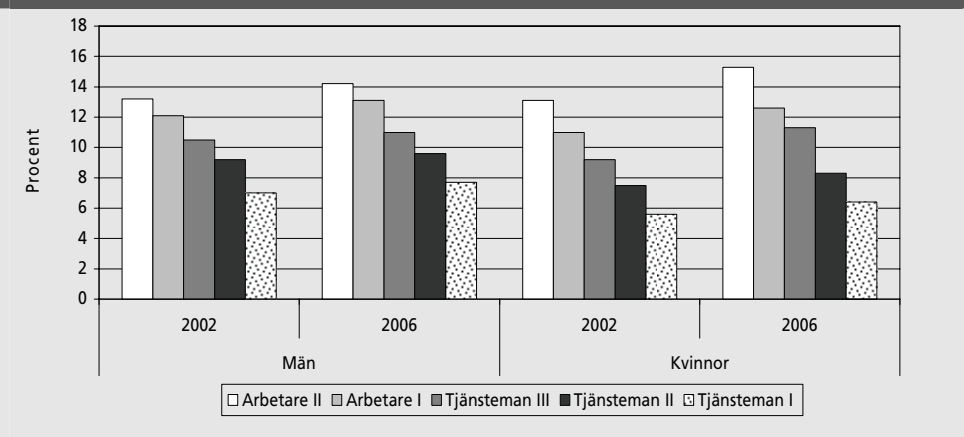
\*I övervikt inkluderas inte gruppen med fetma

Källa: FHE 2002 och 2006, SLL

## Fetma vanligare bland arbetare än bland tjänstemän

I alla socioekonomiska grupper ses en viss ökning i andelen med fetma mellan 2002 och 2006 (Figur 32). Det finns en tydlig skillnad för både män och kvinnor med gradvis minskande förekomst av fetma från ej facklärd arbetare till högre tjänstemän. I de 25 procent av länets kommuner som har högst andel högutbildade (år 2002) är andelen med fetma 9 procent år 2006. I de 25 procent av länets kommuner som har lägst andel högutbildade är andelen 13 procent.

Figur 32. Andel (%) med fetma år 2002 och 2006 efter kön och socioekonomisk grupp. Åldersstandardiserat.



Källa: FHE 2002 och 2006, SLL

## Vart är utvecklingen på väg och vad kan göras?

Flera andra undersökningar som visar en ökning av både övervikt och fetma bland barn, liksom bland vuxna. BMI-medelvärdet har också förskjutits uppåt bland dem som har fetma under senaste decennierna. En växande andel med svår fetma ( $BMI \geq 35$ ) resulterar på sikt i ökad sjuklighet och dödlighet i sjukdomar som typ 2 diabetes, kardiovaskulära sjukdomar, vissa cancerformer samt belastningsskador på leder och skelett, och därmed växande samhällskostnader.

Levnadsvanor, sociala faktorer och ärftliga faktorer hos individen påverkar risken att utveckla fetma. Faktorer i samhället, exempelvis möjligheterna att gå eller cykla till arbetet eller skolan, samt kultur och normer inom gruppen/familjen påverkar också våra levnadsvanor. Problematiken med fetma kan bara lösas genom satsningar på förebyggande arbete, bland annat inom barnhälsovård, skolhälsovård och primärvård. Det krävs systematiskt arbete genom exempelvis politiska eller administrativa beslut som påverkar bostadsområden, transport och kommunikationer och därigenom möjligheterna till vardagsmotion och hälsosamma matvanor. En samhällsutveckling som gör de hälsosamma valen lättare kan bidra till minskad förekomst av övervikt och fetma.

## 5.9 Infektionssjukdomar

I Sverige utgör infektionssjukdomarna en relativt liten del av den totala sjukdomsbördan tack vare framgångsrikt preventionsarbete. På senare år har dock de sexuellt överförbara sjukdomarna åter börjat öka.

God levnadsstandard i befolkningen och ett framgångsrikt preventionsarbete har medfört att infektionssjukdomarna i Sverige utgör en relativt liten andel av landets totala sjukdomsbörda. Luftvägsinfektioner och influensa drabbar dock årligen stora delar av befolkningen och kan få ett allvarligt förlopp inte minst hos äldre personer. Nedan följer en kort genomgång av några anmälningspliktiga sjukdomar. För vidare diskussion om prevention av infektionssjukdomar hänvisas till avsnitt 4.7, som handlar om det nationella målområdet 7, Gott skydd mot smittspridning.

### Vissa tarminfektioner ökar något

Den vanligaste typen av infektioner i mag-tarmkanalen är förorsakade av virus och är inte anmälningspliktiga. Hit hör till exempel vinterkräksjuka som årligen drabbar stora delar av befolkningen. Infektioner förorsakade av bakterier eller andra tarmparasiter får ibland ett allvarligare förlopp. Dessa infektioner är vanligast bland personer som smittats i samband med utlandsresor. År 2006 rapporterades 3 150 anmälningar av smittsam tarmsjukdom och 27 anmälningar av hepatit A i Stockholms län (Tabell 15). Jämfört med år 2005 har antalet inhemska fall av Salmonella och Giardia ökat.

**Tabell 15.** Några anmälningspliktiga sjukdomar (antal registrerade fall) i Stockholms län 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
AIDS	33	35	44	32	31
Hiv	157	188	222	192	201
Gonorré	252	314	290	362	299
Syfilis	75	81	97	56	49
Klamydia	5 947	6 695	7 300	7 426	7 249
Campylobacter	1 868	1 760	1 386	1 575	1 395
Salmonella	765	692	642	677	827
Giardia	395	383	400	370	436
Haemophilus infl invasiv inf	7	13	13	13	25
Hepatit A	25	31	40	24	27
Hepatit B akut	60	70	51	42	40
Hepatit B smittbärare	394	413	339	307	252
Hepatit C	952	902	799	711	519
Kikhosta	217	92	270	347	191
Pneumokocker med nedsatt känsl för pc	168	151	183	208	235
Tuberkulos	155	136	157	194	179
MRSA	206	237	272	319	360
Yersiniainfektion	182	219	236	218	191

Källa: Smittskyddsenheten, SLL

### Tuberkulos fortsatt ovanligt

Under år 2006 rapporterades totalt 178 nya fall av tuberkulos i länet. Av de insjuknade var 57 procent i åldern 20–50 år och 62 procent kom från områden i



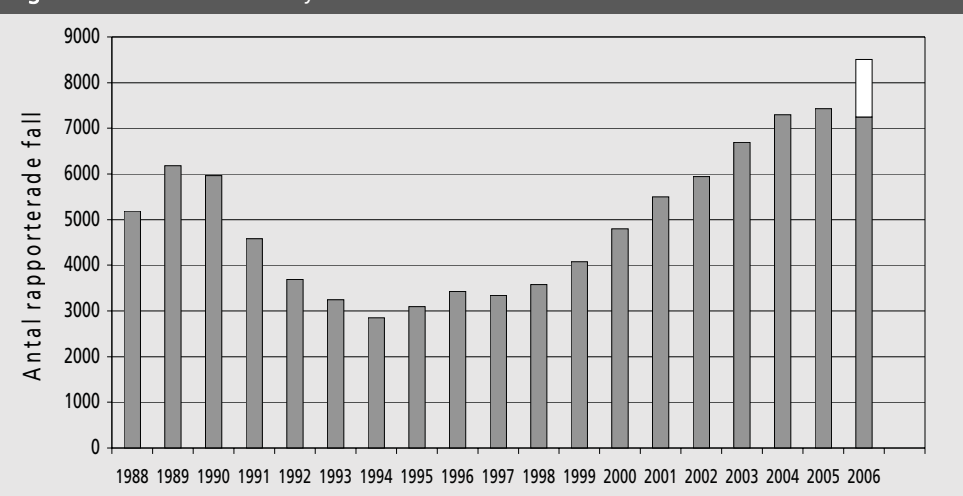
världen med hög tuberkulosförekomst. Omkring en tredjedel bedömdes vara smittade i Sverige. Endast två fall av multiresistent tuberkulos, båda smittade utomlands, diagnosticerades. Sammanlagt har 92 kluster av tuberkulos identifierats i länet varav 26 innehåller fyra eller flera personer. Att förekomsten av tuberkulos har ökat i Stockholms län under de senaste åren till skillnad från i övriga landet beror på att Stockholms län har en större andel av sin befolkning med ursprung från länder där sjukdomen fortfarande är mycket vanlig.

### Sexuellt överförbara infektioner har ökat

Oroande under senare år har varit att en långvarigt minskande trend brutits gällande de sexuellt överförbara sjukdomarna. Dessa har sedan tio år åter börjat öka, i Sverige liksom i övriga västvärlden.

Klamydia är den vanligast förekommande sexuellt överförda infektionssjukdomen i Sverige och sprids huvudsakligen bland tonåringar och unga vuxna. Efter att sjukdomen blev anmälningspliktig på 1980-talet noterades en minskande trend fram till mitten av 1990-talet. Orsaker till minskningen kan förutom riktade preventionsinsatser och aktiv smittspårning ha varit en generellt ökad riskmedvetenhet vid sexuella kontakter till följd av hiv-epidemin. Sedan mitten av 1990-talet har klamydia ökat och nivåerna mer än fördubblats. Antalet anmälda fall i Stockholms län åren 1988–2006 visas i Figur 33. Sannolikt finns ett mörkertal eftersom det inte är ovanligt att sjukdomen fortskrider symptomfritt särskilt hos kvinnor. Obehandlad är klamydia en inte ovanlig orsak till infertilitet. År 2006 utgjorde kvinnor 56 procent av de rapporterade fallen, 81 procent fanns i åldersintervallet 15–29 år och 26 procent var tonåringar.

Figur 33. Antalet fall av klamydia år 1988–2006



Källa: Smittskyddsenheten, SLL

År 2006 anmäldes 7 249 fall av klamydia, vilket var en nedgång som visade sig vara falsk. Orsaken var en typ av klamydiabakterie som inte diagnosticerades

med hjälp av de vanliga testerna. Det korrekta antalet fall beräknas vara cirka 8 500 på basen av nya testmetoder och en fortsatt kraftig ökning under 2007.

Hiv-smitta överförs förutom genom sexuella kontakter också genom kontakt med smittat blod, till exempel bland narkomaner som återanvänder sprutspetsar. I Stockholms län lever för närvarande drygt 2 700 personer som fått diagnosen hiv, varav 71 procent är män. Dessa utgör 70 procent av samtliga som lever med hiv-diagnos i landet. Överlevnaden har förbättrats väsentligt efter tillkomsten av allt mer effektiva bromsmediciner.

Antalet anmälda fall av hiv i länet har ökat, från cirka 130 fall per år under slutet av 1990-talet till cirka 200 fall per år i mitten av 2000-talet. Den största enskilda gruppen, cirka 45 procent av de anmälda fallen, utgörs av personer som smittats utomlands före invandring till Sverige. Den heterosexuella smittspridning som finns i Sverige förekommer huvudsakligen bland invandrargrupper från högrisk-områden.

Den största ökningen av anmälda hiv-fall gäller däremot inhemsk smitta inom gruppen män som har sex med män. År 2006 hade 22 procent smittats på detta sätt. I denna grupp förekommer också ofta dubbelinfektioner med andra sexuellt överförda sjukdomar, exempelvis gonorré och syfilis. De senare två sjukdomarna är ovanliga i befolkningen förutom bland män som har sex med män och bland personer som smittats vid sexuella kontakter utomlands. En viss ökning av gonorré har noterats och under senare år har cirka 300 fall per år anmälts i Stockholms län. En oroande ökning av hiv har också setts hos intravenösa missbrukare under 2006. I denna grupp har smittspridningen varit ganska låg sedan epidemins början i mitten av 1980-talet. Skälet till ökningen kan vara ett förändrat beteende i gruppen, som till exempel ökad sprutdelning.

## 5.10 Tandhälsa

Tandhälsan har förbättrats bland ungdomar. År 2006 var 25 procent helt kariesfria vid 19 års ålder. De geografiska skillnaderna i barns tandhälsa är dock stora, och andelen tandlösa samt personer med kraftigt nedsatt tuggförmåga har ökat något.

År 2006 kostade tandvården inom SLL (folktandvården) 658 miljoner med en tyngdpunkt på reparationsåtgärder; 5,5 miljoner satsades på prevention. En dålig tandhälsa påverkar individen både estetiskt och tuggfunktionellt men även allmänhälsan kan påverkas exempelvis genom riskökning för hjärt- kärlsjukdomar samt diabetes. Socialt kan det upplevas stigmatiserande och handikappande med en påtagligt eftersatt munhälsa. Därför är det av stor vikt ur ett jämlikhetsperspektiv att minska skillnader i tandhälsa genom riktade preventiva åtgärder som dessutom kan minska tandvårdens kostnader för individ och samhälle.

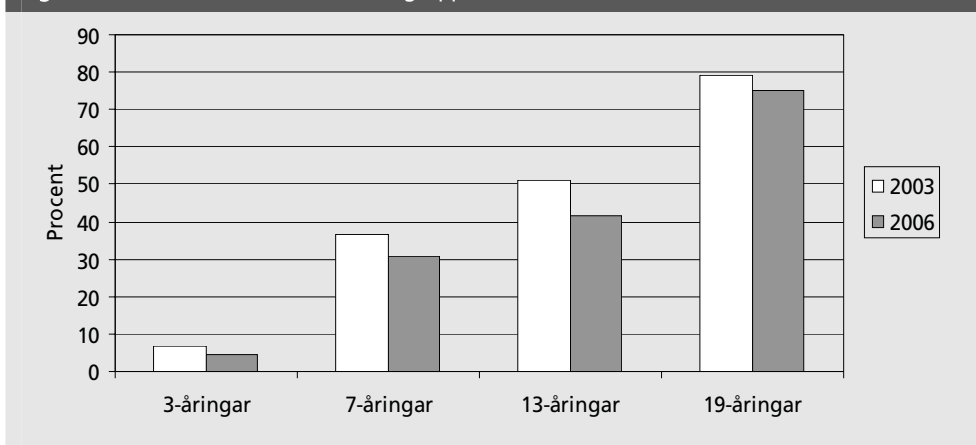
### **Barn och ungdomar har få kariesangripna tänder**

Inom länet finns det 380 000 barn och ungdomar mellan 0–19 år. Cirka hälften av alla barn och ungdomar har inga synliga tecken på karies men det finns också en högriskgrupp med tidiga och omfattande skador. Det föreligger små skillnader

mellan pojkars och flickors tandhälsa men ojämlika uppväxtvillkor spelar stor roll.

Tandhälsan hos nittonåringar, beskrivet som tänder utan karies, kan tjäna som slutbetyg på hur väl barn- och ungdomstandvården har fungerat. Inom Stockholms län lämnar alltfler nittonåringar den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården kariesfria. Andelen nittonåringar med karies har minskat med 5 procentenheter sedan 2002 och utgör nu 75 procent (Figur 34). Dessutom har karies på tändernas sidoytor minskat från i genomsnitt 1,81 skadade ytor 2003 till 1,66 2006. Det innebär att man slipper göra stora fyllningar som kan skapa behov av livslånga kontroller och omlagningar. Små kariesangrepp som håller sig inom emaljen kräver övervakning snarare än omedelbar behandling och representerar ett eventuellt framtida vårdbehov med frekventa besök hos tandvården.

**Figur 34.** Andel (%) barn i olika åldersgrupper med kariesskador 2003 och 2006



Källa: Tandhälsorapport 2006, Tandvårdsenheten SLL

Den tredjedel av barnen som har sämst tandhälsa inom Stockholms län har fler kariesskador jämfört med motsvarande grupp nationellt. En högre andel invånare som är socialt och ekonomiskt utsatta samt fler utlandsfödda anses förklara en del. En liten förbättring ses vid den senaste mätningen år 2006 jämfört med tidigare år.

### **Tecken på försämrad tandhälsa i vissa grupper**

Stockholmarna är flitiga tandvårdsbesökare. Det beräknas att 84 procent av befolkningen besöker tandvården regelbundet. Arbetslösa och mottagare av ekonomiskt bistånd besöker tandvården i mindre utsträckning än övriga och avstår oftare från den behandling som tandläkaren föreslår. I FHE 2006 svarar 15 procent bland män och 20 procent bland kvinnor att de avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Motsvarande andelar var i 2002 års enkät 14 respektive 18 procent. Den största andelen som avstår från att söka tandvård av ekonomiska skäl finns bland både kvinnor och män i åldersgruppen 25–44 år. Bilden förkla-

ras till en del av socioekonomiska faktorer och den nuvarande tandvårdstaxans konstruktion med små subventioner och höga patientavgifter.

Andelen tandlösa samt personer med kraftigt nedsatt tuggförmåga har ökat något inom länet i motsats till nationella siffror. Detta förklaras till en del av ökande social utslagning i storstäderna. En särskild mottagning finns i Stockholm för hemlösa; denna verksamhet är permanent sedan år 2006 och ger de allra mest utsatta sjukvård och oral rehabilitering.

### **Hur kan tandvården bemöta de sociala skillnaderna i tandhälsa?**

Medelvärdet för antal kariesskadade tänder bland trettonåringar är 1,1 men i det geografiska område där barn med sämst tandhälsa återfinns är medelvärdet 5,2 skadade tänder. Att möta socioekonomiska skillnader i tandhälsa med en riktad förstärkning av de förebyggande basprogrammen i de områden där tandhälsan är sämst kan sannolikt minska de sociala skillnaderna i tandhälsa.

En fortsatt utmaning för tandvården är att bättre nå de unga. Unga kvinnor lämnar relativt ofta den organiserade tandvården. Den nya tandvårdstaxan som i högre utsträckning kommer att ersätta bastandvård, kan sannolikt bidra till en positiv utveckling.

## 6 UTVECKLINGEN I VISSA GRUPPER

### 6.1 Barns hälsa och levnadsvanor

För Stockholms län saknas återkommande undersökningar om barns hälsa. Psykisk ohälsa, allergisjukdomar och fetma är dock vanliga långvariga besvär hos barn. Nationella undersökningar som är nedbrytbara på länsnivå visar att 19 procent bland pojkar och 15 procent bland flickor i årskurs 9 är högkonsumenter av alkohol, samtidigt som fler inte dricker alls. Bland flickor är det 25 procent och bland pojkar 14 procent som röker "dagligen eller ibland".

Barn i Stockholms län har lika god hälsa som barn i övriga Sverige, och internationellt sett en mycket bra hälsa. De allra flesta barn uppger själva att de är mycket eller ganska friska och att de trivs med livet. Upprepade infektionssjukdomar och i synnerhet förkylningar förekommer dock hos upp till 15 procent av barnen. Psykisk ohälsa, allergisjukdomar och fetma är vanliga långvariga besvär hos barn. Över 16 procent av alla åtta- och tolvåringar har måttliga eller svåra problem i form av oro och nedstämdhet.

För Stockholms län saknas bra återkommande undersökningar om barns hälsa. Detta gäller framförallt psykisk hälsa, men också samlad kring levnadsvanor och framförallt kopplingen mellan dessa. Därför kan i vissa fall data inte presenteras på länsnivå. Behovet av en kontinuerlig och samlad datainsamling och rapportering av barns hälsa och levnadsvanor är stort. Läs mer om barns uppväxtvillkor i avsnitt 4.3.

#### Barns psykiska hälsa och ohälsa

Det framhålls i olika sammanhang att psykisk ohälsa bland barn är ett växande problem. Vanligen gäller undersökningarna ungdomar (16–24 år) och ökningen är störst bland flickor. En riksomfattande undersökning (Skolbarns hälsovanor) bland barn i årskurs 5, 7 och 9 visar dock tecken på förbättrad psykisk hälsa för skolbarn med undantag för femtonåriga flickor. Sömnbesvär och/eller huvudvärk är i denna grupp vanliga besvär hos närmare en tredjedel. Det är ungefär lika stor andel i denna grupp som "känner sig nere".

En allvarlig indikator på psykisk ohälsa är självmordsförsök och självmord. I olika enkätundersökningar i Stockholms högstadie- och gymnasieskolor rapporterar cirka 3 procent att de har gjort självmordsförsök under det senaste året. Grupper med högre risk att ta sina liv eller att göra självmordsförsök är barn med utländsk bakgrund (båda föräldrar födda utomlands) och internationellt adopterade barn. Risk för självmord ökar också om barn och ungdomar drabbas av självmord i familjen. Att ha föräldrar med missbruk av alkohol och droger, stressrelaterade och somatiska sjukdomstillstånd, affektiva sjukdomar, personlighetsstörningar och schizofreni ökar också barnens risk för psykisk ohälsa och självmordsförsök.

## **Barn- och ungdomsskador i Stockholms län**

De flesta skador bland barn och unga i Stockholms län sker i åldersgruppen 6–15 år. Fallskador står för hälften av alla skador för både pojkar och flickor. Med stigande ålder ökar trafikskadorna. Avsiktliga skador (självtilfogade och våldsrelaterade skador) uppvisar ett tydligt könsrelaterat mönster då det är dubbelt så vanligt bland flickor som bland pojkar i åldersgruppen 16–19 år. Enligt Barnsäkerhetsdelegationen (SOU 2002:99) vårdas i länet cirka 3 500 barn och ungdomar mellan 0–20 år på sjukhus årligen för avsiktliga och oavsiktliga skador. Därutöver behandlas i öppen vård uppskattningsvis ytterligare 40 000 barn per år.

Barn som lever i familjer där det förekommer våld mellan föräldrar är mycket skyddslösa eftersom barnet står i beroendeställning till förövaren. I SLL:s handlingsprogram Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor, konstateras att dessa barn är en grupp som behöver bättre stöd. Risken för barnmisshandel är 15 gånger så hög om mamman misshandlats. Ett respektfullt bemötande av dessa barn inom hälso- och sjukvården är betydelsefullt och riktlinjer för detta har, utifrån barnkonventionen, tagits fram i handlingsprogrammet.

## **Barn och ungas levnadsvanor**

### *Alkohol- och drogvvanor*

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) rikstäckande drogvaneundersökning bland elever i årskurs 9 visar att andelen alkoholkonsumenter har varit sjunkande de senaste åren. Cirka 65 procent av eleverna uppger att de druckit alkohol någon gång under det senaste året mot cirka 75 procent i mitten på 1990-talet.

Det finns ändå anledning till oro då andelen högkonsumenter (5 liter 100 % alkohol per år eller mer) stigit hos flickor i årskurs 9 och sedan år 1999 är den nästan lika hög för pojkar och flickor. År 2006 är 19 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna högkonsumenter enligt ovanstående kriterium. Det finns alltså en stor grupp ungdomar som redan i denna ålder har ett dryckesmönster som gör att konsumtionen kan betraktas som en risk för hälsan på kort sikt. Ju högre konsumtion desto större är risken att råka ut för akuta skador av olika karaktär.

### *Tobaksvvanor*

Rökningen bland ungdomar visar på en nedåtgående eller avstannande trend i Stockholms län liksom för landet i stort, mätt från år 1998. Bland flickor är det 25 procent och bland pojkar 14 procent som röker "dagligen eller ibland". Motsvarande siffror för gymnasieelever i årskurs 2 är 35 procent för flickor och 25 procent för pojkar. Snusbruket visar en tendens till ökning med några procent för flickor och en minskning för pojkar. Bland pojkar i årskurs 9 snusar 15 procent dagligen eller ibland, bland flickor snusar 4 procent. Motsvarande siffror för gymnasiet årskurs 2 är 27 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna. Cirka 70 procent av ungdomarna som röker eller snusar dagligen i årskurs 9 uppger att de köper tobak själva i butik eller kiosk. Detta trots att det finns ett försäljningsförbud till ungdomar under 18 år.

Försök har visat att kontrakt mellan ungdomar och vuxna om tobaksfrihet kan reducera rökningen bland både flickor och pojkar. Utvärderingar av rökavvänjningsprogram riktade till ungdomar har visat att dessa kan vara effektiva. Programmen baserar sig på beteendearikade metoder och motiverande samtals-tekniker. Skolhälsovården har visat sig vara en viktig resurs och därmed mål-grupp för utbildningsinsatser i ovanstående tekniker.

#### *Matvanor och fysisk aktivitet*

Ett ändrat måltidsmönster kan ses i hela befolkningen och speciellt bland barn och ungdomar, där fler mellanmål och färre huvudmål ger ett större energiintag från mellanmål. Barn och ungdomar i Sverige har låg konsumtion av frukt och grönsaker, endast cirka hälften av ungdomarna äter frukt och grönsaker varje dag.

Barns och ungdomars möjligheter till bra mat och rörelsevanor har försämrats under de senaste decennierna vilket ökar betydelsen av stödjande miljöer.

En kartläggning under år 2006 av kommunernas arbete med att främja fysisk aktivitet och goda matvanor bland skolbarnen i Stockholms län visar att många skolor arbetar aktivt med att främja hälsosamma matvanor. Det finns dock stora skillnader mellan skolorna i länet när det gäller skolbarnens möjligheter till goda matvanor och att vara fysiskt aktiva under skoldagen. Majoriteten av skolorna, 70 procent, har till exempel beslutat att det inte ska vara möjligt att köpa godis eller läsk på skolans område. I en betydande del av skolorna finns fortfarande den möjligheten och även på vissa skolor med förskoleklasser. En kartläggning av mellanmålsutbudet i länets skolor gjord av Tandläkarförbundet år 2006 visar att endast två av tre skolor serverar ett komplett mellanmål varje dag. Söta och energitäta livsmedel serverades i drygt hälften av fritidshemmen minst en till tre gånger i månaden. Läs mer om tandhälsa i avsnitt 5.10.

Ett resultat i kommunenkäten var att möjligheterna till spontanidrott inom kommunerna är sämre än möjligheterna till föreningsidrott. Nästan hälften av idrottslärarna ansåg att de inte får regelbunden fortbildning och att skolan inte satsar på den fysiska miljön. Skolsköterskorna som besvarat enkäten är till viss del osäkra på definitionen av övervikt och fetma. Dock har mer än hälften av skolsköterskorna någon slags utbildning/fortbildning i bemötande och behandling av barn med övervikt och fetma.

År 2005 undersöktes förekomsten av övervikt och fetma bland knappt 9 000 av länets fyraåringar. Resultatet visade att 10 procent bland pojkar och 13 procent bland flickor var överviktiga. Drygt 2 procent bland pojkar och 3 procent bland flickor hade fetma.

Studier av tioåringar för åren 1999 och 2003 i olika delar av länet visade att 21 procent av pojkarna var överviktiga båda åren. Andelen flickor med övervikt sjönk något från 23 till 20 procent. Vad gäller fetma sågs en tendens till ökning hos pojkar från 3 till 4 procent medan den hos flickor minskade signifikant från 5 till 3 procent. Studien visade att det finns tydliga och ökande sociala skillnader i

övervikt och fetma. Hos pojkar i resurssvaga områden var 29 procent överviktiga och 6 procent feta. Bland flickor var mönstret inte lika tydligt.

### *Sexualitet och hälsa*

I Ungdomsbarometern (frågor till ungdomar 15–25 år i Sverige) är det i 2006 års undersökning 30 procent av unga män och 24 procent av unga kvinnor som haft oskyddat sex vid sitt senaste samlag. Det totala antalet aborter i Stockholms län har ökat jämfört med år 2004. Flest antal aborter sker i åldersgruppen 20–24 år. Läs mer om detta under avsnitt 4.7 och 4.8.

Barn behöver på ett åldersanpassat sätt få kunskaper om hur kroppen fungerar, om vad som händer såväl kroppsligt som emotionellt i puberteten, om självkänsla, relationer och kärlek, om hetero-, homo- och bisexualitet, och om hur man skyddar sig mot oönskade graviditeter och könssjukdomar. I tonåren behövs därutöver tillgång till ungdomsmottagningar samt kondomer och andra preventivmedel. Enligt en undersökning av ungdomar i länet svarade 40 procent att de inte fått någon undervisning om homo-, bisexuella och transpersoner (HBT) i skolan, de flesta som fått sådan undervisning är dock någorlunda nöjda. Ungefär hälften är missnöjda med skolans sex- och samlevnadsundervisning. Den bästa informationen om preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar anser ungdomarna att de fått från Ungdomsmottagningen.

Barn behöver också skyddas från alla former av sexuellt utnyttjande och sexuella övergrepp liksom från könsstympning. Detta förutsätter att personal som arbetar med barn har kunskaper i sexualitet och samlevnad och kunskaper om och lyhördhet inför signaler om sexuella övergrepp.

## **6.2 Utrikes födda i Stockholms län och deras hälsa**

Utrikes födda i Stockholms län rapporterar högre förekomst av psykisk ohälsa och dålig självskattad hälsa, har högre andel personer med riskfaktorer i form av daglig rökning, övervikt och brist på fysisk aktivitet. Det råder dock stor variation beroende på ursprungsland. Det behövs fokuserade studier för att finna orsaker bakom den större ohälsan bland utrikes födda invånare.

Drygt 20 procent av länets befolkning är födda utanför Sverige. Läger man till barn med en eller båda föräldrarna födda utanför Sverige har 32 procent av länets invånare utländsk bakgrund. De kommer från många olika länder och har olika lång vistelsetid i Sverige. Man ska därför vara försiktig med generaliseringar utifrån grova uppdelningar på världsdelar. I detta avsnitt analyseras olika levnadsvanor och hälsoförhållanden fördelat på födelseland. Eftersom analyserna inte bygger på hela befolkningen utan är en urvalsundersökning (FHE 2006) har det ändå varit nödvändigt att slå ihop individer från länder i regioner med liten invandring till Sverige (se Bilaga 2 Landkategorisering). Resultaten är justerade för skillnader mellan grupperna i ålders- och könsfördelning, och när det krävs för socioekonomisk grupp, och presenteras som oddskvoter. Oddskvoten kan förenklat beskrivas som hur många procents ökad eller minskad risk (för exem-



pelvis en sjukdom) en viss grupp löper i förhållande till personer födda i Sverige (för närmare förklaring se Bilaga 3 Ordförklaringar).

### **Från arbetskraft till flyktinginvandring**

Under 1950- och 1960-talen dominerade arbetskraftsinvandringen från Finland, Italien, Grekland, Jugoslavien och Turkiet. Under 1970- och 1980-talet ökade antalet från de nordiska länderna, i synnerhet Finland, invandring av familjemedlemmar och i anslutning till krig eller andra kriser, exempelvis militärkuppen i Chile 1973, revolutionen i Iran 1979 och Iran–Irak kriget kort därpå. Under 1980-talet ökade antalet asylsökande från Iran och Irak, Libanon, Syrien, Turkiet, Eritrea, Somalia, Kosovo och flera av de före detta Öststaterna. Under 1990-talet ledde kriget på Balkan till stora flyktingströmmar. Under det nya millenniet fortsatte asylinvandring från före detta Jugoslavien, Irak, Somalia, före detta Sovjetunionen och från ett flertal afrikanska länder.

Enligt registeruppgifter är andelen personer med högre utbildning (13 år eller mer) högre bland utrikes födda (24 %) än sverigefödda (19 %). Personer födda i Iran har den högst utbildningsnivån (37 % har 13 år eller mer). Andelen personer med mindre än 9 års utbildning är lägre bland utrikes födda (40 %) än bland sverigefödda (48 %).

### **Hälsa och välbefinnande**

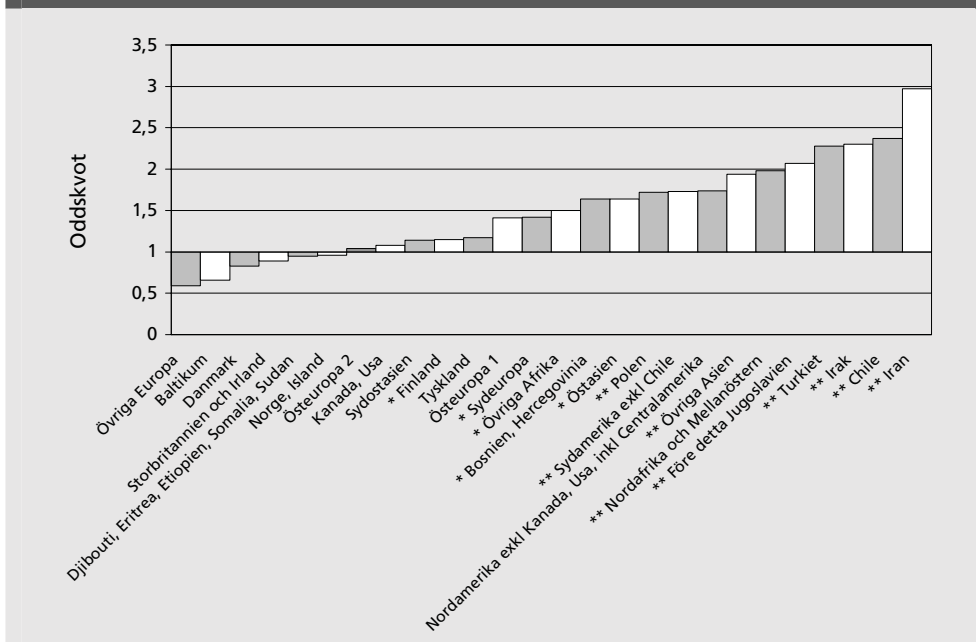
#### *Psykisk ohälsa*

Utrikes födda har 70 procent högre risk för psykisk ohälsa mätt med GHQ12 jämfört med sverigefödda efter justering för ålder och kön<sup>12</sup>. Bland personer födda i Iran finns den högsta förekomsten av psykisk ohälsa (Figur 35). Även bland personer födda i Chile, Irak och Turkiet finns en påfallande hög förekomst av psykisk ohälsa. Bland personer födda i före detta Jugoslavien, Nordafrika och Mellanöstern (se Bilaga 2 Landkategoriseringar) är det dubbelt så vanligt med psykisk ohälsa som bland sverigefödda.

---

<sup>12</sup> Justering för socioekonomisk grupp ändrade resultatet marginellt och inkluderades därför inte.

**Figur 35.** Oddskvot för psykisk ohälsa enligt GHQ12 (brytpunkt 3) för utrikes födda jämfört med sverigefödda (oddskvot för sverigefödda=1) efter födelseland och justerat för ålder och kön



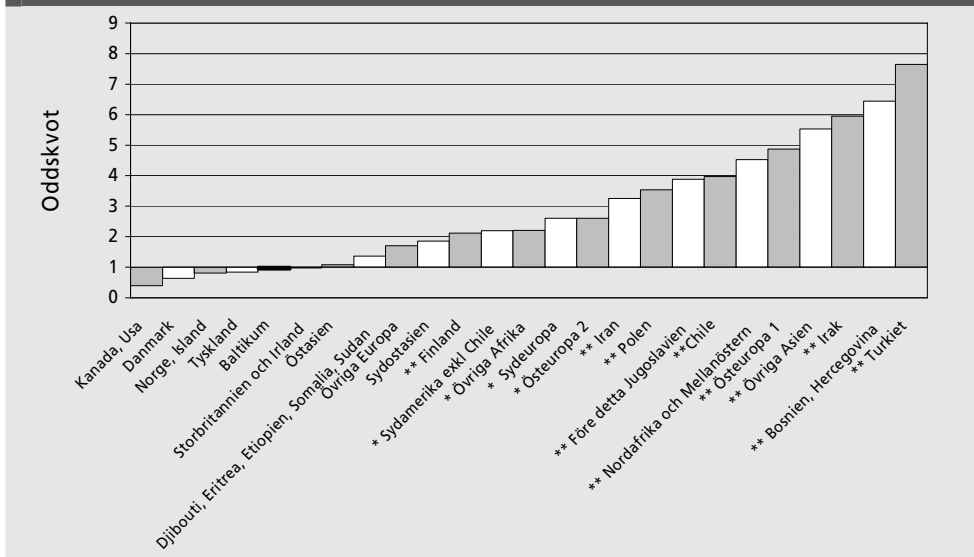
\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.001$   
 Källa: FHE 2006, SLL

Personer födda i Öst- och Sydeuropa, före detta Jugoslavien, Chile, Iran, Irak och Turkiet rapporterar också dubbelt så ofta diagnosen depression jämfört med sverigefödda.

*Självskattad hälsa och långvarig sjukdom*

Att rapportera dålig eller mycket dålig hälsa är 2,6 gånger vanligare bland utrikes födda än sverigefödda (efter justering för kön, ålder och socioekonomisk grupp). Personer födda i Turkiet, Bosnien och Irak rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa i flerfaldigt högre grad än sverigefödda (Figur 36).

**Figur 36.** Oddsquot för självrapporterad hälsa för utrikes födda jämfört med sverigefödda (oddsquot för sverigefödda=1) efter födelseland och justerat för ålder, kön och socioekonomisk grupp



\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.001$

Källa: FHE 2006, SLL

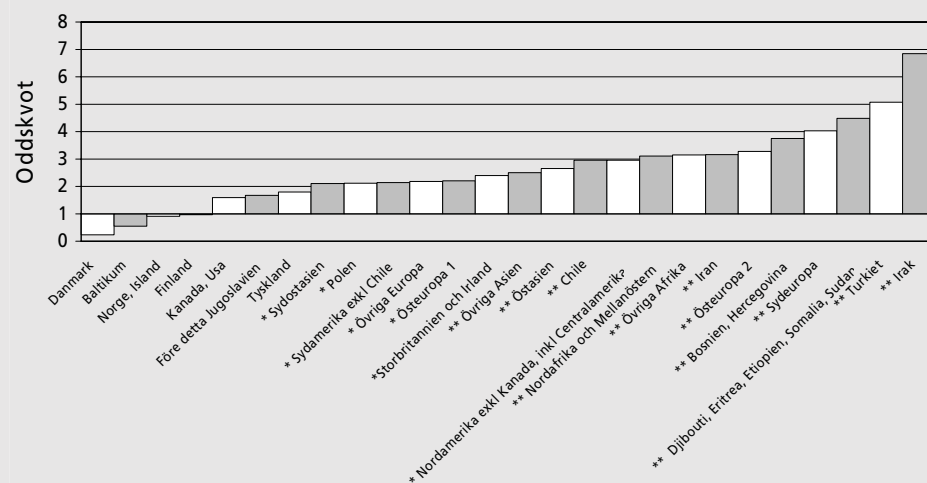
Nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom är cirka 40 procent vanligare bland utrikes födda än sverigefödda (efter justering för kön, ålder och socioekonomi). Förekomsten är två till fyra gånger högre för personer födda i Irak, före detta Jugoslavien, Polen, Turkiet, "övriga" Asien (se Bilaga 2 Landkategorisering), Sydamerika (exklusive Chile), och Iran jämfört med sverigefödda.

## Förekomst av olika levnadsvanor

### *Fysisk aktivitet på fritiden*

Att ha en stillasittande fritid är dubbelt så vanligt bland utrikes födda än sverigefödda (efter justering för kön, ålder, socioekonomi och fysisk aktivitet på arbete). Förekomsten av stillasittande fritid är högst bland personer födda i Irak och Turkiet (Figur 37).

**Figur 37.** Oddskvot för stillasittande fritid för utrikes födda jämfört med sverigefödda (oddskvot för sverigefödda=1), efter födelseland och justerat för ålder, kön, socioekonomisk grupp och fysisk aktivitet på arbetet



\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.001$   
 Källa: FHE 2006, SLL

### Övervikt och fetma

Övervikt och fetma kan inte betraktas som en levnadsvana utan är en indikator på levnadsvanor med för högt energiintag i förhållande till den fysiska aktiviteten. Utrikes födda har 40 procent högre risk för övervikt (mätt som BMI  $\geq 25$ ) än sverigefödda efter justering för ålder och kön<sup>13</sup>. Högst förekomst av övervikt finns bland personer födda i "övriga" Afrika (se Bilaga 2 Landkategorisering), Irak, Turkiet, Bosnien, Hercegovina, Chile, Nordafrika och Mellanöstern. Förekomsten av övervikt är lägre bland personer födda i Östasien (-70 %) och Danmark (-50 %) jämfört med sverigefödda.

### Daglig rökning och snusning

Utrikes födda har 60 procents högre risk att vara dagligrökare än sverigefödda (efter justering för kön, ålder och socioekonomisk grupp). Det är cirka tre gånger så vanligt att röka bland personer födda i Turkiet i jämförelse med sverigefödda. Personer födda i ett flertal olika länder och områden, till exempel Albanien, Bulgarien, Rumänien, Chile, Nordafrika och Mellanöstern rapporterar daglig rökning i dubbelt så hög grad som sverigefödda. Förekomsten av daglig snusning är lägre bland personer födda utomlands jämfört med sverigefödda.

<sup>13</sup> Justering för socioekonomisk grupp ändrade resultatet marginellt och inkluderades därför inte.

## Förekomst av olika sjukdomar

### Rörelseorganens sjukdomar

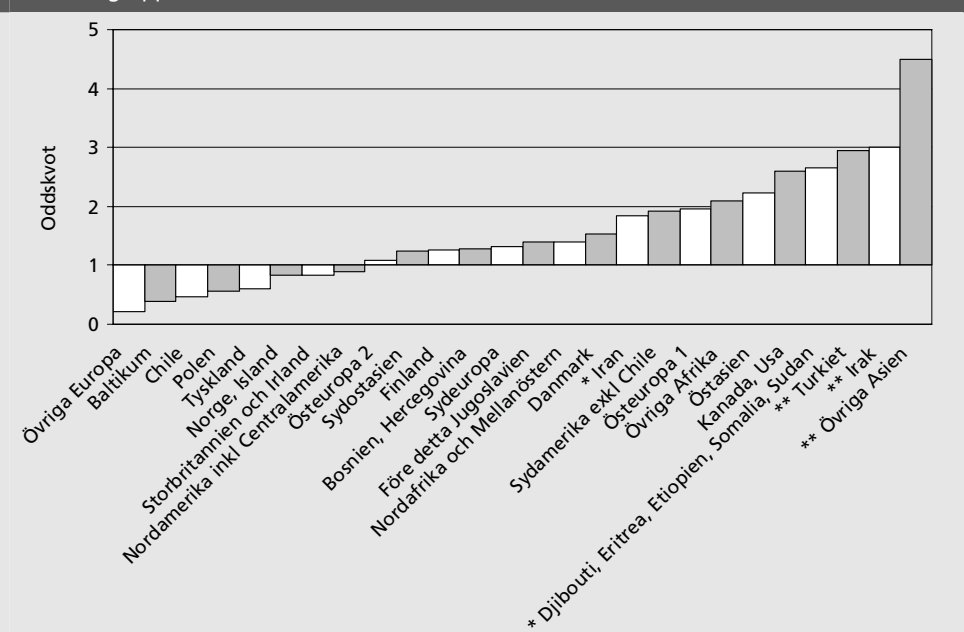
Utrikes födda har 40 procent högre risk att ha värk mer än två dagar per vecka i nacke, axlar, armar eller nedre delen av ryggen än sverigefödda (efter justering för kön, ålder och socioekonomisk grupp). Att rapportera värk är två till tre gånger vanligare bland personer födda i Turkiet, Irak, Iran, Bosnien och Östeuropa.

Det är omkring tre gånger vanligare bland utrikes födda att uppge diagnosen reumatoid artrit (ledgångsreumatism) än bland sverigefödda (efter justering för kön och ålder). Justering för socioekonomisk grupp ändrade inte resultatet. Förekomsten av sjukdomen är avsevärt högre för personer födda i Bosnien, Hercegovina och före detta Jugoslavien (Oddsquot=9) jämfört med sverigefödda.

### Diabetes

Bland utrikes födda är risken för diabetes 30 procent högre än bland sverigefödda (efter justering för kön, ålder och socioekonomisk grupp). För personer födda i "övriga" Asien (se Bilaga 2 Landkategorisering) är det fyra till fem gånger vanligare att ha diabetes. Därefter följer personer födda i Irak, Turkiet, en grupp länder som består av Djibouti, Eritrea, Etiopien, Somalia och Sudan samt personer födda i Iran med 2 till 3 gånger högre förekomst jämfört med sverigefödda (Figur 38).

**Figur 38.** Oddsquot för diabetes för utrikes födda jämfört med sverigefödda (oddsquot för sverigefödda=1) efter födelseland och justerat för ålder, kön och socioekonomisk grupp



\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.001$   
Källa: FHE 2006, SLL

### *Stora skillnader mellan grupper kan konstateras*

Syftet med föreliggande genomgång är att ge en bild av hälsa och ohälsa bland utrikes födda i Stockholms län år 2006. Presentationen visar olika indikatorer på ohälsa samt några levnadsvanor och diagnostiserade sjukdomar. Dessa visar sammantaget på betydande skillnader mellan sverigefödda och utrikes födda. Vidare visar resultaten att det finns avsevärda skillnader även inom de olika grupperna av utrikes födda i länet. Det framgår bland annat att förekomsten av psykisk ohälsa är högst bland invånare födda i Iran, samt att invånare födda i Turkiet har högst risk för dålig självrapporterad hälsa, daglig rökning och förekomst av värk. Bland personer födda i Irak är det vanligast att vara fysiskt inaktiv och de har den högsta risken att lida av långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga. Invånare födda i Storbritannien och Irland har oftare astma, och invånare födda i Bosnien, Hercegovina och före detta Jugoslavien har den högsta förekomsten av reumatoid artrit.

Genomgången ger en representativ och informativ bild av hälsan bland utrikes födda invånare i Stockholms län. Mönstret liknar det som tidigare studier inom området visat. Vad som nu behövs är mer fokuserad forskning som strävar efter att finna orsaker bakom den större ohälsan bland utrikes födda invånare. Resultat från sådan forskning är viktig både för preventiva åtgärder och för kartläggning av betydelsen av olika miljö- och livsstilsfaktorer för uppkomsten av olika sjukdomar.

## **6.3 Hälsoläget hos länets ålderspensionärer**

De flesta 65–84 åringar har en god hälsa. 95 procent klarar sin dagliga hygien och att klä sig själv och en minoritet anger att de har en långvarig begänsande sjukdom. Problem som ökar med åldern är nedsatt fysisk funktionsförmåga och värtillstånd. Dessa är vanligare bland kvinnor. De flesta äldre har goda levnadsvanor vad gäller rökning, kost och fysisk aktivitet.

### **Det allmänna hälsotillståndet är gott**

Hälsoläget är förhållandevis gott för länets äldre. Detta framkommer av svaren på den särskilda enkät som gått till personer i åldern 65–84 år inom ramen för FHE 2006. På frågan om man har en ”sjukdom som sätter ned din förmåga/hindrar dig i din dagliga sysselsättning?” svarar 10 procent i åldern 65–69 år ja i hög grad, medan 20 procent svarar så i åldersgruppen 80–84 år. Det innebär att de allra flesta inte ser sig alltför begränsade i sitt liv av sjukdom.

Hälsa är ett brett begrepp, och innefattar för de flesta något annat än frånvaro av sjukdom. Det handlar snarare om att må bra i bemärkelsen att man tycker att man kan göra det man tänker sig i det dagliga livet, utan alltför stora inskränkningar på grund av nedsatt funktionsförmåga. Omkring 90 procent i åldern 65–74 år anger att de klarar sina huvudsakliga aktiviteter men bara 75 procent av kvinnor och 80 procent av män i åldern 75–84 år.

Hälsan är varken jämnt fördelad eller något som är givet för alla. Hälsan försämras med stigande ålder, och är vanligen sämre för kvinnor än män, sämre för

ensamboende än för sammanboende/gifta och sämre för de med låg inkomst jämfört med de med hög inkomst. Hälsoskillnader vet vi också finns mellan äldre beroende på födelseland. Vi kan också utgå från att de äldre som har sämst hälsosituation i mindre utsträckning än ”friska” äldre besvarat enkäten, varför hälsosituationen sannolikt är något sämre än som redovisas nedan. Den övre åldersgränsen för FHE 2006 (84 år) bidrar ytterligare till att enkäten framförallt kan anses spegla äldre i ”den tredje åldern” medan äldre i ”den fjärde åldern” – när man är beroende av andra för att klara sin vardag – inte finns med.

### **De flesta klarar sin vardag besvärsfritt**

Flertalet ålderspensionärer (95 %) klarar sin dagliga hygien och att klä sig själv. Det är något vanligare att man inte klarar att städa själv, och andelen som behöver hjälp ökar snabbt med stigande ålder, från 8 procent i åldersgrupp 65–69 år till 34 procent i åldersgruppen 80–84 år. Andelen som behöver hjälp är högre bland kvinnor och bland låginkomsttagare.

Den fysiska förmågan avtar som en del av det naturliga åldrandet. 40 procent i åldersgruppen 80–84 år anger att de inte kan promenera 100 meter någorlunda raskt utan besvär. Även andelen som har problem med att gå i trappor ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 65–69 år svarar var femte att de inte kan gå upp- och nedför trappor utan besvär, i åldersgruppen 80–84 år anger hälften att de har problem. Att behöva hjälpmedel som käpp, rollator eller rullstol är vanligare med stigande ålder. I åldern 65–69 år klarar sig 92 procent utan hjälpmedel mot 64 procent i åldern 80–84 år.

### **Hinder för välbefinnandet**

Andelen med värk ökar med åldern och i den äldsta åldersgruppen, 75–84 år, har drygt varannan kvinna och fyra av tio män värk i rörelseorganen. Hela 22 procent av kvinnor 65–84 år uppger att de har daglig värk i nedre delen av ryggen och nästan var fjärde (24 %) att de har daglig värk i höfter, lår eller knän. Totalt 5 procent av alla äldre anger att de har svåra smärtor eller besvär.

Oro och nedstämdhet är problem som påtagligt påverkar välbefinnandet. Det är en liten grupp som svarar att de i hög grad är oroliga eller nedstämda, drygt 1 procent bland män och drygt 2 procent bland kvinnor. Det är dock bara tre fjärdedelar i åldern 65–69 år och två tredjedelar i åldern 80–84 år som svarar att man aldrig är orolig eller nedstämd. Sömnsvårigheter förknippas ofta med att åldras. Det är dock inte en bild som stöds av FHE 2006. Svåra besvär rapporteras av 4 procent bland män och 8 procent bland kvinnor.

Hörselproblem kan skapa svårigheter att delta i sociala aktiviteter, och kan bli en anledning till att man drar sig undan och riskerar social isolering. Problem med hörseln är starkt åldersrelaterat. I åldersgruppen 65–69 år svarar 75 procent att de kan höra utan hörapparat, i åldersgruppen 80–84 år är motsvarande andel så låg som 56 procent.

Inkontinens är ett problem som ökar med åldern och är vanligast bland kvinnor. Det kan bli så bekymmersamt att det är ett hinder för att leva ett normalt liv. Bland kvinnor i åldern 75–84 år anger 40 procent att de har besvär.

Tandhälsan har förbättrats under de senaste årtiondena, och den tandlöse pensionären är en person som börjar höra historien till. Det finns dock skillnader såväl mellan åldersgrupper som mellan socioekonomiska grupper. På frågan om man kan tugga hårda saker som hårt bröd och äpple svarar 20 procent i åldersgruppen 65–69 år och 40 procent i åldersgruppen 80–84 år att de har problem.

### **Levnadsvanor**

Få i åldersgruppen 65–84 år röker (drygt 10 %), medan 55 procent bland män och 36 procent bland kvinnor anger att de tidigare i sitt liv rökt mer än sex månader. Andelen dagligrökare är högre i åldersgruppen 65–69 år (15 %) än i åldersgruppen 80–84 år (7 %).

En majoritet av de äldre i åldern 65–84 år har goda kostvanor. Bland kvinnor svarar 80 procent att de äter frukt eller bär så gott som varje dag eller oftare. Motsvarande andel bland män är 63 procent. Det vanliga är också att man så gott som varje dag eller flera gånger per dag äter grönsaker eller rotfrukter (kvinnor 72 %, män 54 %). I åldersgruppen 65–69 år kan 14 procent karaktäriseras som feta medan 4 procent är underviktiga<sup>14</sup>, i åldersgruppen 80–84 år är 9 procent feta och 10 procent underviktiga. Undervikt är vanligast bland äldre kvinnor medan fetma är vanligast bland äldre män.

De allra flesta är fysiskt aktiva. Drygt hälften anger att de promenerar, cyklar eller på annat sätt motionerar åtminstone två timmar i veckan. Nära en tredjedel motionerar mer regelbundet – ofta med aktiviteter som gör att man svettas. Det är dock 12 procent bland män och 15 procent bland kvinnor som anger att de har en stillasittande fritid, siffror som stämmer väl med övriga åldersgrupper. Tre fjärdedelar av de som angett stillasittande fritid har nedsatt förmåga att röra sig.

### **Sociala kontakter**

Andelen som beskriver sig som ensamma är relativt låg. På frågan ”händer det att du besväras av ensamhet?” svarar 5 procent av män i åldern 75–84 år och 10 procent av kvinnor i den åldern ja, dagligen eller flera gånger i veckan. Andelarna är lägre i åldersgruppen 65–74 år. Det är dock låg överensstämmelse mellan upplevd ensamhet och hur ofta man faktiskt träffar eller har telefonkontakt med anhöriga och vänner.

En klar majoritet (cirka 75 %) träffar regelbundet anhöriga och nära vänner. Cirka 5 procent träffar dock anhöriga och vänner mer sällan än någon gång i månaden. Att ha så gles kontakt är vanligare bland låginkomsttagare (8 %) än bland höginkomsttagare (3 %). Regelbunden telefonkontakt är ännu vanligare, 85 procent bland män har telefonkontakt minst en gång i veckan och 95 procent bland kvinnor. De flesta har också någon eller några personer som kan ge ett personligt

---

<sup>14</sup> Med fetma avses här ett BMI på 30 eller högre, med undervikt ett BMI lägre än 20.



stöd. En majoritet (män 52 %, kvinnor 56 %) svarar att de mer eller mindre regelbundet under de senaste 12 månaderna deltagit i aktiviteter tillsammans med andra. Andelen som deltar i regelbundna aktiviteter minskar med stigande ålder, från 58 procent i åldersgruppen 65–69 år till 46 procent i åldersgruppen 80–84 år och är lägre för låginkomsttagare än höginkomsttagare.

### **Jämförelser 2002–2006**

En anmärkningsvärd samhällsförändring under den senare delen av 1900-talet har varit den sjunkande dödligheten bland äldre, som fått till följd att såväl medellivslängden som andelen äldre personer i befolkningen ökat mycket snabbt. Olika svenska och utländska undersökningar har visat att det parallellt med denna utveckling skett en väsentlig förbättring av de äldres hälsoläge och funktionsförmåga.

Under senare år har emellertid en del undersökningar pekat på att den positiva hälsotrenden kan ha brutits. En försiktig slutsats är att ohälsa mätt i form av diagnostiserade sjukdomar snarast ökat medan däremot den fysiska funktionsförmågan successivt förbättrats. En jämförelse mellan resultaten för de olika hälsovariablerna mellan 2002 års och 2006 års folkhälsoenkäter visar på små skillnader, vilket är naturligt eftersom fyra år är en förhållandevis kort period. Positivt ur folkhälsosynpunkt är de förbättringar som kan iakttagas på några viktiga områden som kan bidra till bättre hälsa på äldre dar.

Färre äldre personer har en fysiskt inaktiv fritid (för kvinnor en minskning från 20 % till 15 %), fler får behandling för högt blodtryck (en ökning från 35 % till 43 %), något fler äter regelbundet frukt och grönsaker och något färre män röker. Något fler bland äldre kvinnor har tillgång till stöd vid personliga problem eller behov av praktisk hjälp år 2006 än år 2002 – en förbättring som enligt andra studier pågått i flera decennier. Sammantaget kan detta ge hopp om fortsatta hälsoförbättringar, något som ska belysas mer i en särskild rapport om äldres hälsa (utges i februari 2008 av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum).

## **6.4 Hälsa och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta**

Omkring en tredjedel av mottagare av ekonomiskt bistånd och knappt 20 procent av socialt och ekonomiskt utsatta har avstått från vård. Det är högre än i den allmänna befolkningen (5 %) trots att hälsan är betydligt sämre i dessa grupper. Mottagare av ekonomiskt bistånd samt hemlösa personer rapporterar förutom ekonomiska hinder också erfarenheter av dåligt bemötande och kränkande behandling i sina kontakter med sjukvården.

Det finns ett tydligt samband mellan social och ekonomisk utsatthet och hälsa. Sambandet innebär å ena sidan att social och ekonomisk utsatthet leder till ohälsa, men också att sjukdom och ohälsa medför negativa sociala och ekonomiska konsekvenser. I detta avsnitt studeras hälsa och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Avsnittet bygger på och

kompletterar rapporten Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta i Stockholms län med resultat från FHE 2006.

### Social och ekonomisk utsatthet

Analys har gjorts av ensamstående mödrar, mottagare av ekonomiskt bistånd samt hemlösa personer. Vidare har ett index konstruerats för social och ekonomisk utsatthet baserat på svar på frågor om sysselsättning (arbetslöshet), ekonomiska resurser (bristande kontantmarginal (FHE 2002)/ekonomisk kris (FHE 2006), mottagit ekonomiskt bistånd), sociala relationer (bristande personligt stöd, bristande praktisk hjälp), och trygghet (utsatt för våld, hot om våld). Personer som rapporterar problem med minst två av dessa sju indikatorer klassificeras som "utsatta". Med denna definition var drygt 10 procent utsatta av de (något högre bland män än bland kvinnor) som besvarat folkhälsoenkäten både 2002 och 2006. I analyserna redovisas könen sammanslaget men generellt gäller att nivåerna av ohälsa liksom andelen som avstått från vård är något högre bland kvinnor än bland män.

**Tabell 16.** Andel (%) som rapporterar hälsoproblem samt att ha avstått från sjukvård, läkemedel och tandläkare på grund av dålig ekonomi i vissa grupper av befolkningen

	Befolkningen 18–64 år		Ensamstående mödrar		Mottagare av ekonomiskt bistånd		Utsatta personer		Hemlösa
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	
<b>Trygghet</b>									
Utsatt för hot om våld	5	5	10	12	18	14	26	24	-
Utsatt för våld	4	4	7	7	16	12	21	20	31
Socialt/ekonomiskt utsatta	11	13	28	31	88	94	-	-	-
<b>Vård och ekonomiska resurser</b>									
Avstått från tandläkare på grund av dålig ekonomi	18	19	43	44	64	62	46	47	68
Avstått från sjukvård på grund av dålig ekonomi	5	5	13	16	35	30	19	19	32
Avstått från läkemedel på grund av dålig ekonomi	6	4	18	15	35	30	21	18	26
<b>Hälsoutfall</b>									
Långvarig begränsande sjukdom	21	20	24	26	44	41	36	35	61
Sämlre än god självskattad hälsa	26	24	35	32	59	54	51	47	63

Källa: FHE 2002 och FHE 2006 samt intervjuer med hemlösa 2006, SLL

### Utsatthet, hälsa och vårdutnyttjande

Utsatthet är också förenat med sjuklighet. Andelen som rapporterar långvarig begränsande sjukdom i den allmänna befolkningen 18–64 år är 20 procent jämfört med 36 procent bland de som klassificerats som utsatta enligt Tabell 16. I alla åldersgrupper 18–64 år är andelen med långvarig begränsande sjukdom närmare två gånger högre bland utsatta jämfört med övriga. Skillnaden är betydligt mindre i åldersgruppen 65 år och äldre. Andelen med långvarig begränsande sjukdom bland mottagare av ekonomiskt bistånd är 41 procent vilket är en minskning sedan 2002. Skillnaden mellan de studerade grupperna är ännu något större för sämlre än god självskattad hälsa. Ensamstående mödrar är i detta sammanhang

en relativt frisk grupp, men fler än i den generella befolkningen är ”utsatta” och de har en sämre hälsoliv. Det genomsnittliga antalet besök i sjukvården är något högre bland utsatta i FHE 2002 än i den övriga befolkningen, mer uttalat bland kvinnor (i genomsnitt 4,4 besök mot 3,2 bland ej utsatta) än bland män och mer uttalat i primärvård än i somatisk öppenvård. För kvinnor, men inte män, syns också en skillnad i antal besök mellan de som begärt socialbidrag och övriga.

Omkring en tredjedel av mottagare av ekonomiskt bistånd och knappt 20 procent av de utsatta rapporterar att de på grund av dålig ekonomi avstått från att söka medicinsk vård eller från att ta ut läkemedel trots ett upplevt behov. Mottagare av ekonomiskt bistånd har en något bättre situation 2006 mot 2002. I den generella befolkningen är det knappt 5 procent som avstått från vård. Att ha avstått från tandvård är mycket vanligt både bland ensamstående mödrar (44 %), mottagare av ekonomiskt bistånd (62 %) och utsatta (47 %) enligt definitionen ovan.

### **Ouppfyllda vårdbehov**

De som begärt ekonomiskt bistånd rapporterar i stor utsträckning problem med hälsan. Konsumtionen av sjukvård var också högre bland personer med ekonomiskt bistånd i FHE 2002 jämfört med övriga befolkningen, framför allt vad gäller besök i primärvård och särskilt bland kvinnor. Ändå är andelen som avstått från att söka vård på grund av dålig ekonomi flerfaldigt högre bland personer med ekonomiskt bistånd än bland befolkningen i övrigt. Detta kan tyda på att personer med ekonomiskt bistånd på grund av dålig ekonomi inte konsumerar den vård de skulle behöva, givet sin sämre hälsa och högre sjuklighet jämfört med övriga befolkningen.

Intervjuer med 33 mottagare av ekonomiskt bistånd och 155 hemlösa personer utfördes under 2004–2005 respektive 2006 och behandlar också hälsa. Många personer med ekonomiskt bistånd beskrev olika slags hälsoproblem: kroniska sjukdomar, förslitningsskador och smärta, panikångest, depression, sjukdomar som följd av missbruk, konsekvenser av svåra livshändelser eller våld i familjen. Bland hemlösa personer rapporterades infektionssjukdomar som hiv och hepatit C, sjukdomar i rörelseapparaten, andnings- och cirkulationsorganen samt psykiska sjukdomar. Andelen som uppgav långvarig begränsande sjukdom eller sämre än god självskattad hälsa var över 60 procent bland hemlösa.

I intervjuerna med mottagare av ekonomiskt bistånd och med hemlösa personer framkom olika svårigheter i kontakten med sjukvården. Mottagare av ekonomiskt bistånd kan få ersättning för utlägg för sjukvård från socialtjänsten men måste själva först lägga ut pengar för patientavgift och läkemedel, eftersom detta inte rymms inom ramen för det vanliga biståndet. En del intervjuade beskrev att de i sådana lägen var hänvisade till att låna pengar från bekanta för att kunna betala sjukvård, och att detta innebar en så hög tröskel att de avstod från att söka erforderlig vård. Andra intervjupersoner försökte klara sjukvårdsutgifter inom ramen för sitt vanliga bistånd, för att inte utnyttja systemet och för att ”göra rätt för sig”. En annan faktor är bemötande i sjukvården. Flera mottagare av ekonomiskt bistånd samt hemlösa personer beskrev erfarenheter av dåligt bemötande och

kränkande behandling i sina kontakter med sjukvården. Detta gäller både vid somatisk och psykisk sjukdom. Bland mottagare av ekonomiskt bistånd upplevde en del att de inte får adekvat vård och rehabilitering för sina besvär, och rapporterade brist på samordning mellan olika myndigheter.

### **Hälso- och sjukvårdens roll för socialt och ekonomiskt utsatta**

Hälso- och sjukvårdsorganisationen i Stockholms läns landsting har förändrats påtagligt under den senaste tioårsperioden, och ytterligare ändringar aviseras. Vissa grupper i befolkningen upplever ökad tillgång till och tillfredsställelse med vården, men detta delas inte av alla. Vid förändringar av utbud och tillgänglighet av sjukvård bör hänsyn tas till hur de påverkar socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Många av förändringarna bygger på att individen gör aktiva val och söker den vård han/hon vill ha. Personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper är ofta inte i en position där denna valfrihet kan utnyttjas, utan många upplever sig hänvisade till det lokala vårdutbudet, enligt vad som framkom i intervjuerna.

Det är av flera skäl viktigt att särskilt beakta och tillgodose behoven av hälso- och sjukvård bland personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Sjukligheten är högre i dessa grupper än bland befolkningen i stort och behovet av vård torde därmed vara större; en flerfaldigt större andel avstår från vård på grund av dålig ekonomi, och flera intervjuade personer har erfarit dåligt bemötande och kränkande behandling i sina kontakter med vården. Beskrivningarna av dåligt bemötande och kränkningar är särskilt allvarliga eftersom de intervjuade personerna på grund av sin situation står i beroendeställning till offentliga instanser och därmed är mera sårbara för sådant bemötande.

Studierna i den refererade rapporten visar att det finns en del att göra för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården." (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, §2). Hälso- och sjukvård för personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper borde således prioriteras, och kanske krävs andra ansatser än de som föreslås för befolkningen i stort. Dålig ekonomi borde inte vara ett hinder för att söka vård. Möjligheter för en bättre samordning mellan relevanta myndigheter och en medicinsk instans som bättre kunde handha att personer med medicinska och sociala besvär utreds och behandlas adekvat kunde övervägas.

## 7 REGIONALA SKILLNADER I HÄLSA OCH HÄLSORELATERADE FAKTORER MELLAN OLIKA OMRÅDEN I STOCKHOLMS LÄN

Resultat från FHE 2006 visar på stora regionala skillnader i olika hälsomått, hälsorelaterade levnadsvanor samt i vilken grad de svarande känner tillit till andra boende i samma område. Skillnaderna ger ett tydligt mönster där vissa områden återkommande återfinns bland de tio som uppvisar den för hälsan mest respektive minst gynnsamma situationen. Analyser visar också ett starkt samband mellan självrapporterad hälsa samt andelen dagligrökare och den genomsnittliga inkomsten inom samma område.

Boendet inom storstadsregionerna är starkt segregerat med avseende på invånarnas ekonomiska resurser. Den geografiska segregationen sammanfaller till stor del med en social och etnisk segregation. En viktig bakgrund till hälsoskillnader mellan geografiska områden är den process som selekterar individer till bostadsområden baserat på deras socioekonomiska förutsättningar.

Det finns flera skäl att kartlägga de förhållanden som skiljer sig åt mellan områden inom Stockholms län. Det är exempelvis av stor vikt att få ökad förståelse för hur den ekonomiska segregationen sammanhänger med en hälsomässig ojämlikhet. Då basen för ett preventivt arbete ofta finns på det lokala planet är det också av stor vikt att förekomsten och fördelningen av förhållanden som påverkar hälsa och hälsorelaterade faktorer kan beskrivas på samma plan.

I Stockholms läns Folkhälsorapport 1999 påvisades stora skillnader i förtida dödlighet mellan kommuner inom Stockholms län och även mellan stadsdelar inom Stockholms kommun. Där visades att risken att dö före 75 års ålder i vissa områden var upp till 70 procent högre än i andra områden. Samma skillnad mellan områden kan ses i FHE 2006 för medellivslängd (se avsnitt 3.1).

I detta kapitel är avsikten att visa förekomsten av vissa hälsoutfall och hälsorelaterade faktorer inom kommuner i Stockholms län och stadsdelar i Stockholms stad så som de rapporterats i FHE 2006. I redovisningen kommer också att framgå om förekomsten av de hälsorelaterade faktorerna inom respektive område har ökat eller minskat jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002.

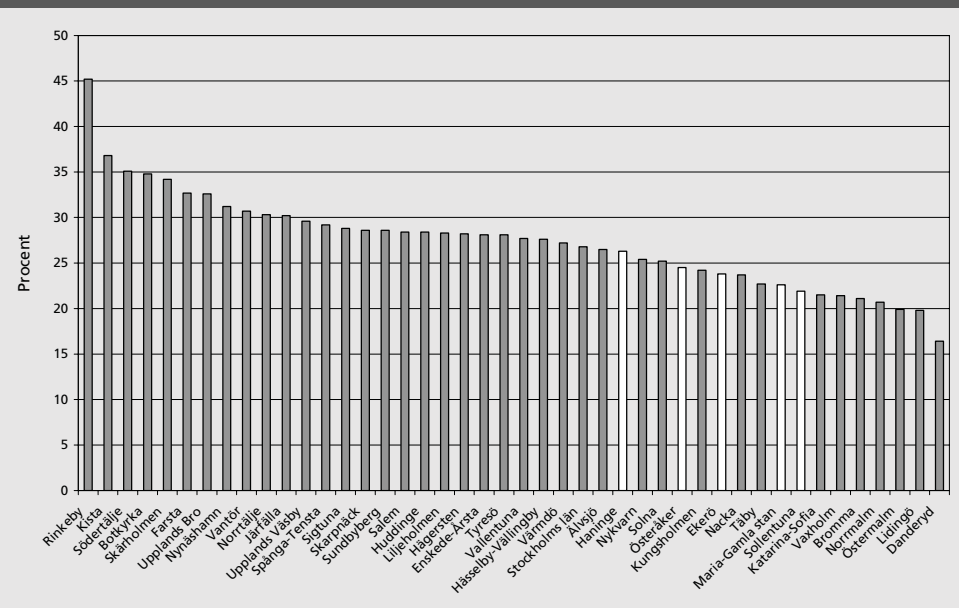
FHE 2002 besvarades av drygt 31 000 invånare i Stockholms län och FHE 2006 av knappt 35 000. Enkäten besvarades av ett tillräckligt stort antal personer i samtliga kommuner i Stockholms län och stadsdelar i Stockholms stad för att möjliggöra områdesspecifika analyser. I redovisningen har justerats för skillnader i ålderstruktur mellan de olika områdena. Svarsfrekvensen var minst 50 procent, oftast i alla områden utom i Rinkeby, där den endast var 34 procent (se Bilaga 1). Detta gör att resultaten för Rinkeby är mer osäkra.

## Hälsa och välbefinnande

### Självskattad hälsa

I folkhälsoenkäten har de svarande ombetts bedöma sitt allmänna hälsoläge (se avsnitt 3.2). I Figur 39 redovisas fördelningen mellan områden i andelen som uppskattar sin hälsa som sämre än god. I länet i sin helhet skattar 27 procent sin hälsa som sämre än god. I fem områden (Botkyrka, Skärholmen, Södertälje, Kista, Rinkeby) rapporterar mer än 34 procent sin hälsa som sämre än god och i tre områden (Danderyd, Östermalm, Lidingö) rapporterar färre än 20 procent sin hälsa som sämre än god. Jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002 har andelen i länet som rapporterar sämre än god hälsa sjunkit och en statistiskt säkerställd minskning (vita staplar) kan även ses i fem av länets områden (Solentuna, Maria–Gamla Stan, Ekerö, Österåker, Haninge). Den självskattade hälsan har alltså förbättrats.

**Figur 39.** Andel (%) som bedömer sin hälsa som sämre än god, män och kvinnor 18–84 år efter kommun och stadsdel



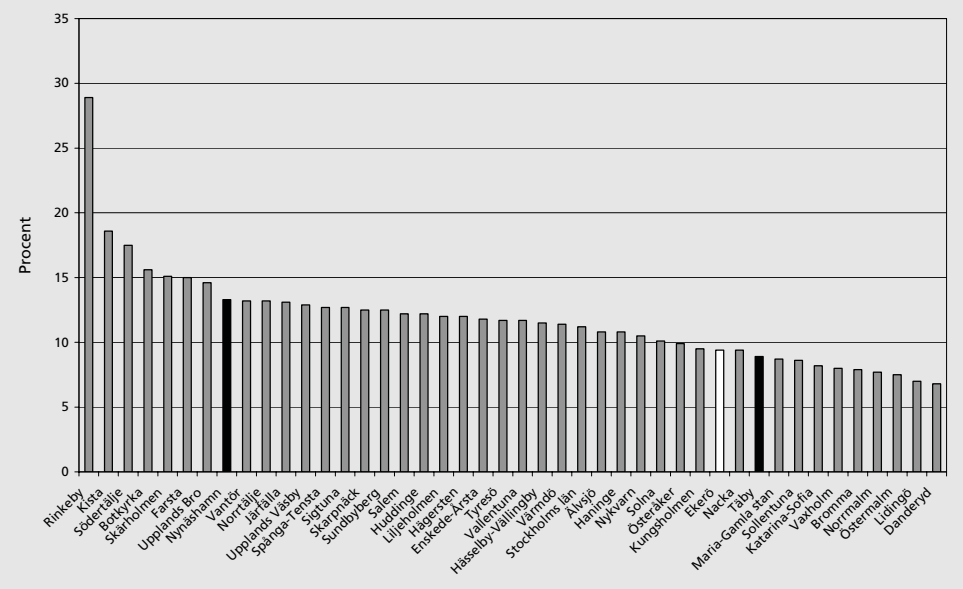
\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002  
Källa: FHE 2006, SLL

### Begränsande långvarig sjukdom

I Figur 40 redovisas andelen bland befolkningen i åldern 45–84 år som uppger att de har en långvarig sjukdom eller annat långvarigt hälsoproblem som i hög grad innebär en begränsning i de dagliga sysslorna. I länet i sin helhet uppger 11 procent i åldersgruppen 45–84 år att de har en begränsande långvarig sjukdom. I sex områden (Farsta, Södertälje, Upplands Bro, Vantör, Kista, Rinkeby) rapporterar 15 procent eller fler en begränsande långvarig sjukdom och i fem områden (Danderyd, Östermalm, Katarina–Sofia, Ekerö, Hässelby–Vällingby) rapporterar

färre än 8 procent sådana problem. Jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002 har andelen som rapporterar en begränsande långvarig sjukdom inte förändrats i länet i sin helhet men en statistiskt säkerställd minskning kan ses i Ekerö och (vit stapel) och en motsvarande ökning i Nynäshamn och Täby (svart stapel).

**Figur 40.** Andel (%) med långvarig begränsande sjukdom, män och kvinnor 45–84 år efter kommun och stadsdel

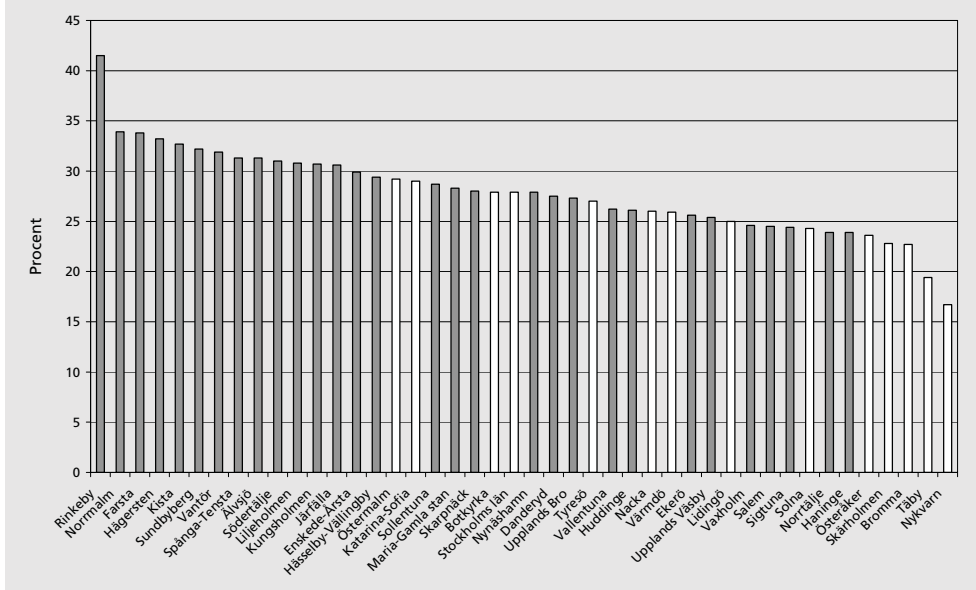


\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002 och svart stapel en ökning  
Källa: FHE 2006, SLL

### Psykisk ohälsa

Förekomsten av psykisk ohälsa och besvär av oro och ångest har i olika undersökningar visat sig öka sedan slutet av 1990-talet. Ökningarna har varit särskilt påtagliga bland yngre personer. I folkhälsoenkäterna har ett särskilt frågebatteri, GHQ12, använts som syftar till att skatta förekomst av psykisk ohälsa (se 3.3 Psykisk hälsa och ohälsa). I sex områden (Sundbyberg, Kista, Hägersten, Farsta, Norrmalm, Rinkeby) rapporterade mer än 32 procent av kvinnor i åldrarna 18–44 år psykisk ohälsa. I fyra områden (Nykvarn, Täby, Skärholmen, Bromma) rapporterar mindre än 23 procent av kvinnor i åldrarna 18–44 år psykisk ohälsa (Figur 41). För 13 av länets områden, samt för länet i sin helhet, ses en statistiskt säkerställd minskning (vita staplar) av den psykiska ohälsan bland kvinnor jämfört med FHE 2002.

**Figur 41.** Andel (%) som rapporterar psykisk ohälsa, kvinnor 18–44 år efter kommun och stadsdel



\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002  
 Källa: FHE 2006, SLL

I fem områden (Enskede-Årsta, Spånga-Tensta, Kista, Skarpnäck, Rinkeby) rapporterar 24 procent eller mer av män i åldrarna 18–44 år psykisk ohälsa (visas ej). I tre områden (Täby, Södertälje, Nykvarn) rapporterar mindre än 12 procent av män i åldrarna 18–44 år psykisk ohälsa. För elva av länets områden, samt för länet i sin helhet, finns en statistiskt säkerställd minskning av den psykiska ohälsan bland män jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002.

För både män och kvinnor ses en stor variation mellan områden i andelen med psykisk ohälsa. De områden som rapporterar den högsta respektive den lägsta förekomsten skiljde sig dock åt mellan könen. Av de tio områden där kvinnor rapporterar högst förekomst av psykisk ohälsa återfinns endast tre också bland de områden där män rapporterar högst förekomst. Samma mönster finns i den andra änden av skalan. Av de tio områden där kvinnor rapporterar den lägsta förekomsten av psykisk ohälsa återfinns endast två också bland de områdena där män rapporterar lägst förekomst. Skärholmen återfanns bland de sju områden med den högsta förekomsten bland män och bland de sju områden med den lägsta förekomsten bland kvinnor. Med ett omvänt mönster uppvisar Norrmalm den näst högsta förekomsten av psykisk ohälsa bland yngre kvinnor och en förekomst nära läns-genomsnittet bland män.



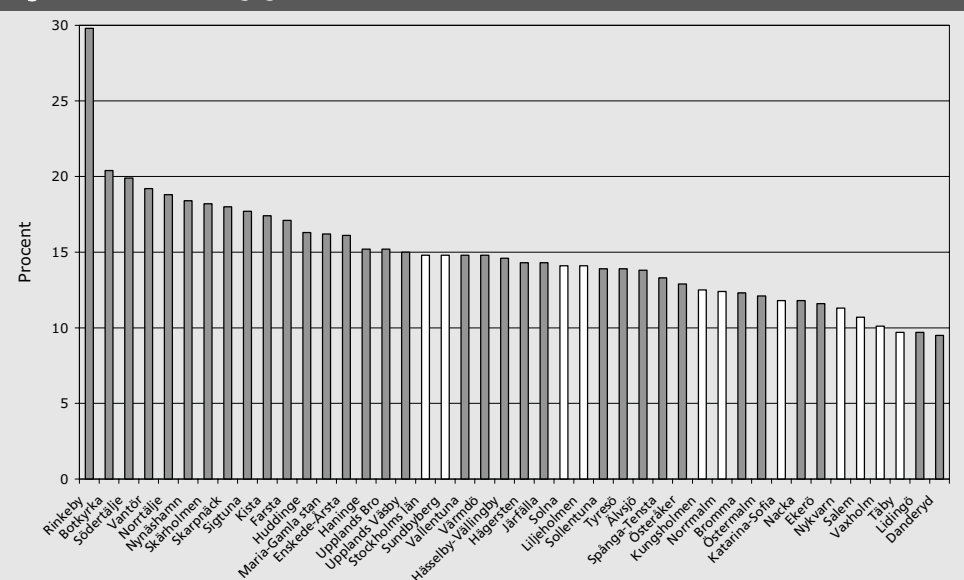
## Förekomst av olika levnadsvanor

### Rökning

Tobaksrökning är en viktig orsak till många olika ohälsoutfall och är en stark riskfaktor för folksjukdomar som lungcancer och hjärt-kärlsjukdom. Förekomsten av tobaksrökning har minskat kraftigt under de senaste decennierna och är idag vanligare bland kvinnor. Minskningen av rökning har också varit starkt relaterad till social position vilket inneburit en förstärkning av de sociala skillnaderna i rökning. Förekomsten av dagligrökning i länet i sin helhet har minskat jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002.

I Figur 42 redovisas andelen dagligrökare bland män och kvinnor i åldrarna 18–84 år för områden inom Stockholms län. Knappt 15 procent, fler kvinnor än män, uppger att de är dagligrökare. I fyra områden (Botkyrka, Södertälje, Rinkeby, Vantör) rapporterar över 19 procent att de är dagligrökare och i fem områden är andelen mindre än 11 procent (Danderyd, Täby, Lidingö, Vaxholm, Salem). I tio områden, samt i länet i sin helhet, syns en statistiskt säkerställd minskning av andelen rökare mellan åren 2002 och 2006 (vit stapel).

Figur 42. Andel (%) dagligrökare, män och kvinnor 18–84 år efter kommun och stadsdel



\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002

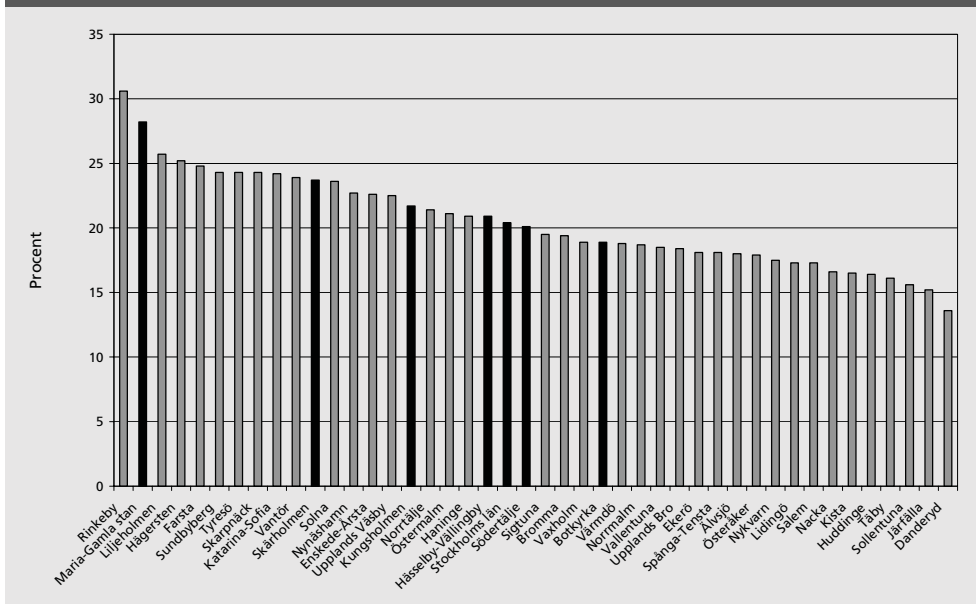
Källa: FHE 2006, SLL

### Riskbruk av alkohol

Alkoholkonsumtionen har ökat stadigt i Sverige under ett antal år. På samma sätt har förekomsten av berusningsdrickande ökat. Män har sedan länge haft en högre alkoholkonsumtion än kvinnor och berusningsdrickande är också vanligare bland män. I Figur 43 visas andelen bland män 18–84 år som flera gånger i månaden vid samma tillfälle konsumerar så stora mängder alkohol att det kan be-

traktas som berusningsdrickande (att någon gång per vecka, vid ett och samma tillfälle, konsumera alkohol motsvarande 2 flaskor vin). I fyra av länets områden (Hägersten, Maria–Gamla stan, Liljeholmen, Rinkeby) uppger mer än 25 procent av männen ett sådant konsumtionsmönster. I tre områden uppger färre än 16 procent ett motsvarande alkoholbeteende (Danderyd, Järfälla, Sollentuna). Andelen riskkonsumenter av alkohol enligt denna definition uppvisar en statistiskt säkerställd ökning i Stockholms län i sin helhet jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002. En statistiskt säkerställd ökning (svarta staplar i figuren) kan ses också i sex av länets områden (Södertälje, Botkyrka, Hässelby–Vällingby, Kungsholmen, Skärholmen, Maria–Gamla Stan).

**Figur 43.** Andel (%) med intensivkonsumtion av alkohol, män 18–84 år efter kommun och stadsdel



\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002 och svart stapel en ökning  
Källa: FHE 2006, SLL

Berusningsdrickande är mindre vanligt förekommande bland kvinnor. I länet i sin helhet rapporterar 7 procent ett sådant konsumtionsmönster vilket inte innebär någon förändring sedan den tidigare mätningen. Berusningsdrickande rapporteras nästan tre gånger så ofta bland kvinnor i Vantör och Hägersten jämfört med kvinnor i Danderyd. Andelen kvinnor med berusningsdrickande i FHE 2006 uppvisade en statistiskt säkerställd minskning i Solna och en statistiskt säkerställd ökning i Vantör och Hägersten jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002.

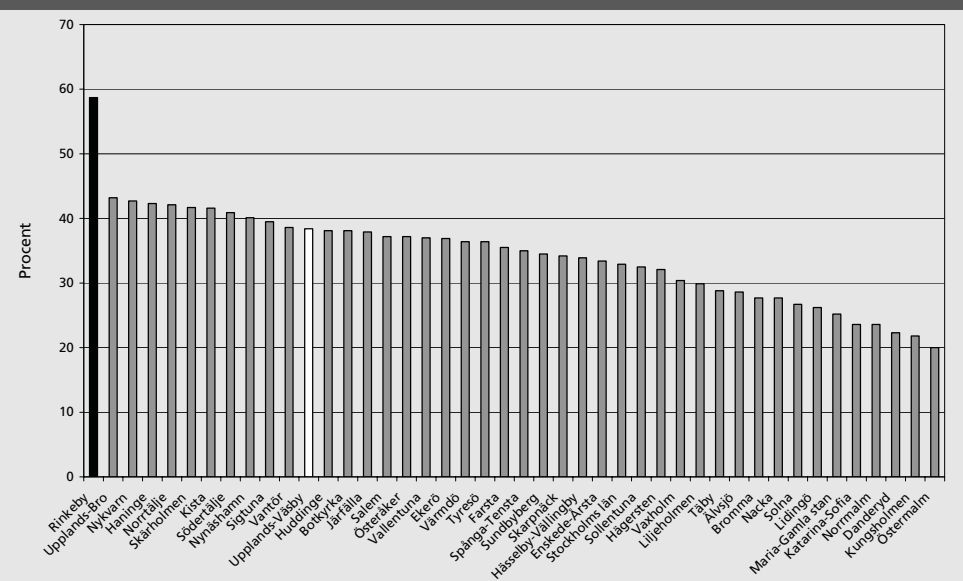
### Övervikt och fetma

Övervikt är inte i sig en levnadsvana utan ett resultat av en livsstil som ger ett energiöverskott, och är starkt relaterat till ohälsa i form av diabetes, cancer och

hjärt- kärlsjuklighet. Andelen överviktiga har ökat kraftigt i Sverige, som i en mängd andra länder, under de senaste decennierna. Baserat på uppgifter om längd och vikt hos de som besvarat folkhälsoenkäterna 2002 och 2006 har ett så kallat "body-mass index" (BMI, se Bilaga 3) beräknats. Med hjälp av detta mått är det möjligt att skatta andelen överviktiga eller feta (BMI $\geq$ 25). Andelen överviktiga ökade med mer än 50 procent i Stockholms län under 1990-talet.

Av dem som besvarade FHE 2006 är knappt en tredjedel bland kvinnor, och omkring hälften bland män i åldrarna 18–84 år överviktiga eller feta. I fem områden (Norrtälje, Haninge, Upplands-Bro, Nykvarn, Rinkeby) är fler än 42 procent av kvinnorna överviktiga och i fem områden (Kungsholmen, Östermalm, Katarina-Sofia, Danderyd, Norrmalm) är färre än 24 procent överviktiga (Figur 44). Jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002 kan en statistiskt säkerställd ökning av andelen överviktiga ses bland kvinnor i Rinkeby (svart stapel) och en minskning i Upplands Väsby (vit stapel).

**Figur 44.** Andel (%) överviktiga eller feta (BMI $\geq$ 25), kvinnor 18–84 år efter kommun och stadsdel



\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002 och svart stapel en ökning  
Källa: FHE 2006, SLL

I tre områden (Nynäshamn, Nykvarn, Haninge) var mer än 59 procent av männen överviktiga och i fem områden (Norrmalm, Maria-Gamla stan, Danderyd, Skarpnäck, Östermalm) var färre än 39 procent överviktiga (visas ej). Jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002 kan en statistiskt säkerställd minskning av andelen överviktiga ses bland män i Skarpnäck och Kista.

De områden med den högsta respektive den lägsta förekomsten övervikt eller fetma skiljer sig något åt mellan könen. Av de tio områden där kvinnor rapporte-

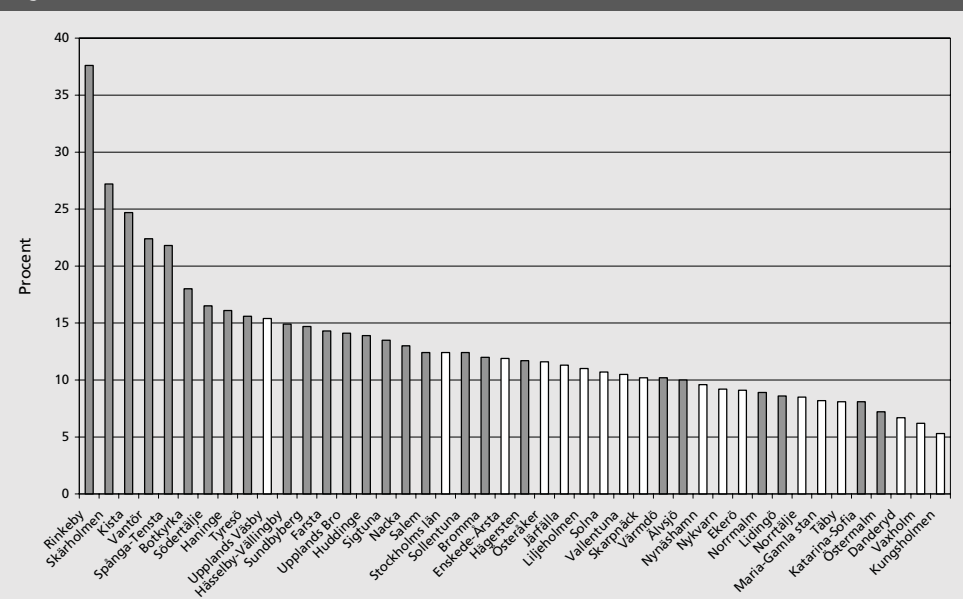
rar den högsta förekomsten av övervikt återfinns endast två också bland de områdena där män rapporterar högst förekomst. Av de tio områden där kvinnor rapporterar den lägsta förekomsten av övervikt återfinns tre också bland de områdena som har den lägsta förekomsten bland män.

### Fysisk inaktivitet

Det finns en koppling mellan grad av fysisk aktivitet och risk för en rad sjukdomar, såsom hjärt- kärlsjukdomar, vissa cancerformer, diabetes, benskörhet och övervikt. I folkhälsoenkäterna har de svarande fått skatta i vilken utsträckning de under en normalvecka anstränger sig fysiskt. De som här bedöms ha låg fysisk aktivitet har angett att de har en stillasittande fritid och att de motionerar mindre än två timmar per vecka.

I Figur 45 redovisas andelen med låg fysisk aktivitet bland män och kvinnor i åldern 30–64 år enligt FHE 2006 för områden inom Stockholms län. Drygt 12 procent i länet i sin helhet rapporterar låg fysisk aktivitet. I fem områden (Spånga–Tensta, Vantör, Kista, Skärholmen, Rinkeby) rapporterar över 20 procent låg fysisk aktivitet och i fyra områden är andelen mindre än 8 procent (Kungsholmen, Danderyd, Vaxholm, Östermalm). Jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002 ses en statistiskt säkerställd minskning av andelen med låg fysisk aktivitet i länet i sin helhet. I nästan hälften av områdena ses en statistiskt säkerställd minskning av andelen med låg fysisk aktivitet (vita staplar). Vi ser alltså en gynnsam utveckling i flera områden.

Figur 45. Andel (%) fysiskt inaktiva män och kvinnor 30–64 år efter kommun och stadsdel



\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002  
Källa: FHE 2006, SLL

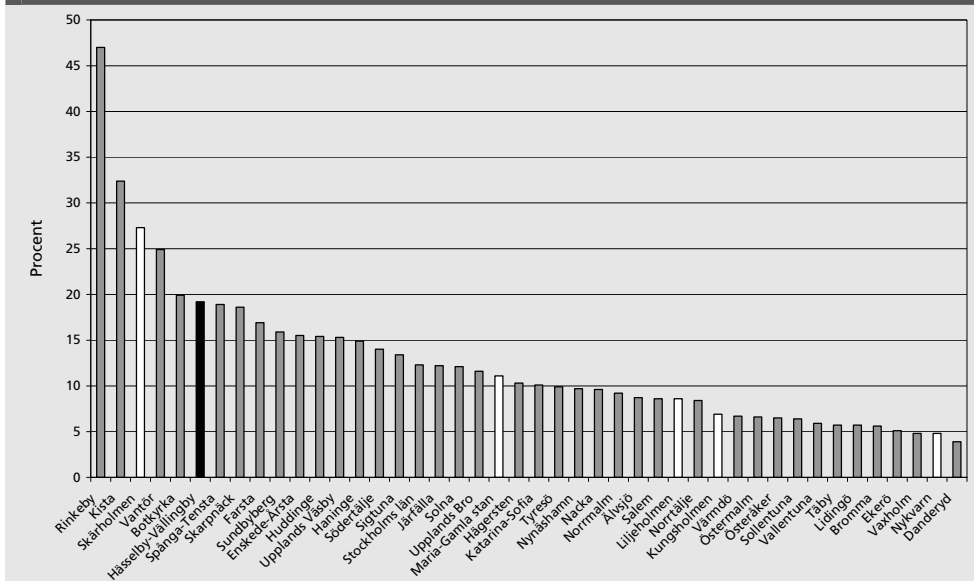
## Bostadsområdet

### *Tillit*

Intresset för socialt kapital och dess eventuella betydelse för hälsan hos befolkningen har rönt ett stort intresse inom såväl forskning som samhällsdebatt. Flera studier indikerar att en högre grad av socialt kapital i ett bostadsområde kan ha en gynnsam effekt på dem som bor i området. Socialt kapital kan ses som en individuell egenskap men det kan också ses som en egenskap hos en kontext, till exempel hos ett bostadsområde. Så kallat kontextuellt socialt kapital består bland annat av den sociala aktiviteten och sammanhållningen i området, i vilken utsträckning man engagerar sig i samhället (exempelvis genom valdeltagande) och i vad man litar på varandra och på samhälleliga institutioner (som lokala politiker eller polisen). En person med små individuella resurser bör kunna gynnas av att bo i ett område med högt socialt kapital. Detta kan ske på flera sätt, till exempel kan högt socialt kapital motverka vissa hälsofarliga beteenden, som användning av droger, i området genom social kontroll och normgivning.

En viktig delkomponent vid skattning av nivån på ett områdes sociala kapital är, som nämnts, i vilken utsträckning de boende i området litar på andra boende i samma område. I Figur 46 redovisas andelen i åldern 18–84 år som uppger att de inte kan lita på de flesta människor i sitt bostadsområde. Drygt 12 procent i länet i sin helhet rapporterar låg tillit till andra boende inom samma område. I fyra områden (Vantör, Skärholmen, Kista, Rinkeby) rapporterar över 24 procent en låg tillit och i tre områden rapporterar färre än 5 procent en låg tillit (Danderyd, Vaxholm, Nykvarn). I fem av länets områden ses en statistiskt säkerställd minskning av andelen som rapporterar låg tillit jämfört med vad som rapporterades i FHE 2002 och i ett område ses en statistiskt säkerställd ökning.

**Figur 46.** Andel (%) som inte känner tillit till sina grannar, män och kvinnor 30–64 år efter kommun och stadsdel



\*Vit stapel betyder en statistiskt säkerställd minskning från FHE 2002 och svart stapel en ökning  
 Källa: FHE 2006, SLL

### Tydligt mönster i de regionala skillnaderna

Det finns stora skillnader i förekomst av hälsa och hälsorelaterade faktorer mellan områdena i Stockholms län. Skillnaderna visar ett tydligt mönster där vissa områden återkommande återfinns bland de tio som uppvisar den för hälsan mest gynnsamma situationen. Sju av de 43 områdena (Danderyd, Lidingö, Östermalm, Bromma, Vaxholm, Katarina–Sofia, Täby) återfinns samtliga i minst sex av de elva redovisade analyserna bland de tio som har den mest gynnsamma situationen. På motsvarande sätt återfinns sex områden (Botkyrka, Rinkeby, Skärholmen, Södertälje, Kista, Vantör) i minst sex av de redovisade analyserna bland de tio som har den minst gynnsamma situationen. Rinkeby återfinns i tio fall bland de områden som har den minst gynnsamma situationen baserat på de faktorer vi redovisat och i nio av elva fall ytterst på den ogynnsamma delen av skalan. Skärholmen, Kista och Vantör återfinns i åtta av elva analyser bland de tio som har den minst gynnsamma situationen.

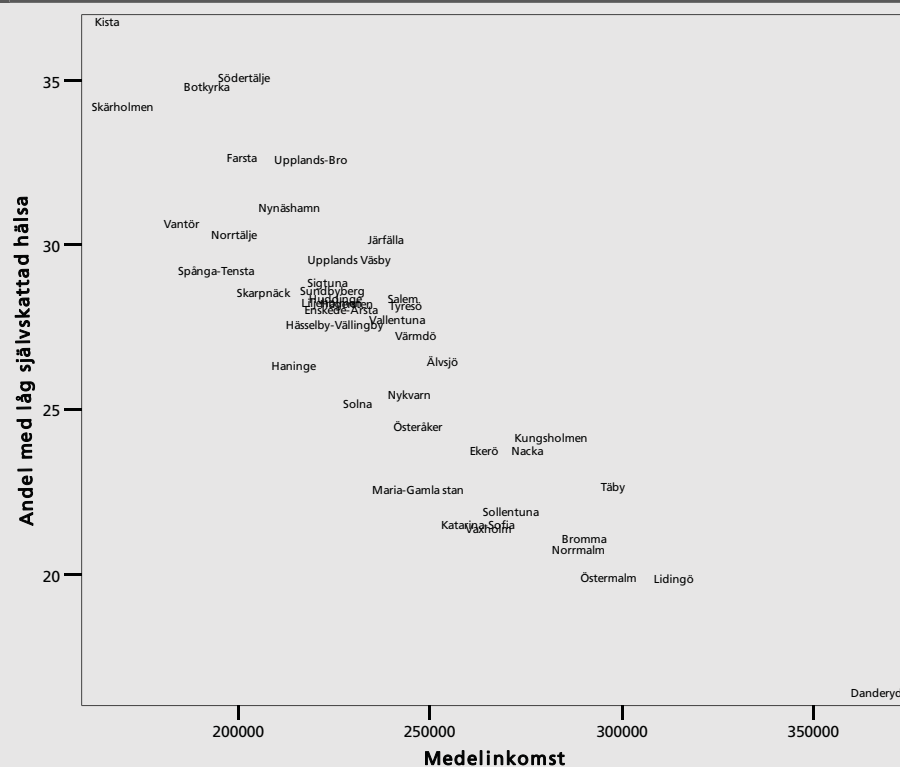
### Hälsa och riskfaktorer kopplade till boendesegregation

Vi har redovisat stora skillnader i förekomst av ohälsa och vissa riskfaktorer för ohälsa hos befolkningen mellan olika områden i Stockholms län. Till viss del är detta ett uttryck för en ekonomiskt segregerad bostadsmarknad. Det finns flera möjliga sätt att mäta boendesegregation. En möjlighet är att relatera till andelen inom ett område som kan betraktas tillhöra en resurssvag grupp. Exempel på sådana grupper är socialbidragstagare, arbetslösa, låginkomsttagare, ensamstående med barn och utrikes födda. Då vårt intresse rör regionala skillnader i hälsa är andelen resurssvaga grupper inom ett område av stor relevans då dessa grup-

per som regel uppvisar en högre grad av ohälsa än genomsnittsbefolkningen. En svaghet med att låta andelen inom vissa resurssvaga grupper ligga till grund för en indelning av områden är att indelningen inte tar hänsyn till befolkningssammansättningen i området i sin helhet. Det har tidigare påpekats att de flesta områden består av både resurssvaga och resursstarka individer och att det är kombinationen av dessa som inverkar på ett områdes och dess invånares utvecklingspotential. Det kan vara så att resursstarkare grupper efterfrågar en högre servicenivå och ställer högre krav på den offentliga miljön vilket även gynnar de mindre resursstarka grupperna i samma område.

Vi har här beräknat den genomsnittliga förvärvsinkomsten baserat på befolkningen 18 år och över år 2005 för vart och ett av de studerade områdena, det vill säga kommuner i länet och stadsdelar inom Stockholms kommun. Dessa uppgifter har sedan relaterats till uppgifter om självrapporterad hälsa och till uppgifter om rökning för de mellan 18–84 år. I Figur 47 framkommer ett tydligt samband mellan andelen som rapporterar mindre än god självskattad hälsa och den genomsnittliga inkomsten inom samma område. Vi kan även se ett tydligt samband mellan andelen dagligrökare och den genomsnittliga inkomsten inom samma område (visas ej). Det mönster som framkommer i dessa figurer talar för att bakomliggande socioekonomiska skillnader i befolkningen bidrar till att skapa de hälsoskillnader vi ser mellan områden i länet. Rinkeby återfinns utanför figuren med både den lägsta inkomsten och den högsta förekomsten av låg självskattad hälsa.

Figur 47. Samband mellan medelinkomst och andelen som skattar sin hälsa som mindre än god bland områden inom Stockholms län



Källa: FHE 2006, SLL

Det är sedan tidigare känt att det i områden med lägre boendekostnader bor fler låginkomsttagare men även fler personer med svag anknytning till arbetsmarknaden och personer med nedsatt hälsa. Det betyder att hälsoskillnader mellan områden till en del skapas av de processer som selekterar individer till olika boendeformer. En del av orsaken till hälsoskillnader mellan områden är då ett uttryck för de hälsoskillnader som finns mellan olika socioekonomiska grupper.

Som vi nämnt ovan är det troligt att det också finns en påverkan från förhållanden som är kopplade direkt till ett område och som kan ha ogynnsamma effekter på hälsan hos dem som bor i området. Vissa bostadsområden kanske erbjuder sämre resurser med avseende på nätverk och institutioner som kan vara ett stöd i besvärliga situationer. I en undersökning som redovisas i Social rapport 2006 från Socialstyrelsen har arbetslösa ungdomar i resurssvaga och resursstarka områden följts över tid. Enligt rapporten hade ungdomar från resurssvaga områden svårare att ta sig ur försörjningssvårigheter än ungdomar i andra områden även då hänsyn togs till individuella faktorer. På motsvarande sätt redovisade rapporten att arbetslösa eller långtidssjukskrivna vuxna i resurssvaga områden hade svårare att återkomma i arbete jämfört med motsvarande grupper i resursstarka områden.



## 8 SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Det finns många tecken på en förbättring av folkhälsan på längre sikt samt mellan 2002 och 2006 års folkhälsoenkäter. Exempelvis fortsätter medellivslängden att öka, dödligheten i cancer och hjärt- kärlsjukdom minskar, liksom ohälsotalet, och den psykiska hälsan har förbättrats. Andelen dagligrökare fortsätter att minska sedan 2002 och det har skett en viss ökning av regelbunden fysisk aktivitet liksom av frukt- och grönsakskonsumtion.

Denna i stort positiva bild måste dock nyanseras. Skillnaden mellan kommuner i medellivslängd har ökat, och de socioekonomiska skillnaderna är fortfarande stora i förekomsten av de flesta folksjukdomar liksom deras riskfaktorer. Trots en minskning sedan 2002 är andelen med psykisk ohälsa fortfarande hög bland unga kvinnor (18–24 år). Få når upp till rekommendationerna gällande fysisk aktivitet och frukt- och grönsakskonsumtion, och fetma och diabetes ökar. Alkoholkonsumtionen ökar och det finns en ökning av sexuellt överförbara sjukdomar.

I detta avsnitt kommer vi att ta upp några huvudresultat och diskutera utvecklingen utifrån landstingets folkhälsomål. Vi kommer också att diskutera möjligheter att förebygga ohälsa.

### **Mål 1. Goda livsvillkor – Ojämlighet i hälsa ska minska**

Ökande segregering (geografisk/ekonomisk/social) riskerar att spä på redan existerande hälsoskillnader mellan områden och grupper i befolkningen. Resultaten i denna rapport talar för fortsatta och möjligen också ökade skillnader mellan gynnade och missgynnade områden med avseende såväl på riskfaktorer som olika hälsoindikatorer. Särskilt tydligt är det att skillnaderna i medellivslängd mellan olika områden ökar och att de positiva förändringar som kan ses jämfört med 2002 har skett i de områden som har en bra situation.

Ökande segregering kan också underminera barns lika rätt till trygga och goda uppväxtvillor. Skola och förskola är här viktiga, och bör kunna erbjuda stödjande miljöer, med god arbetsmiljö som motverkar mobbning och kränkande behandling. Viktiga insatser som landstinget kan erbjuda inom sin verksamhet är stöd till föräldrar genom MVC och BVC. På flera håll samarbetar man med öppna förskolan och socialtjänsten i så kallade familjecentraler. BVC och MVC har problem med personalbrist, vilket kommer att förvärras av de närmaste årens pensionsavgångar. Samverkan mellan kommun och landsting är viktigt för att möta barns behov och tidigt uppmärksamma missförhållanden.

Vi har i denna rapport mer utförligt än tidigare rapporterat om stora hälsoskillnader mellan sverigefödda och utrikes födda. Hälsoskillnaderna vi noterat är till viss del kopplat till skillnader i inkomst, utbildning och livsvillkor, men uppenbarligen finns ett utanförskap bland grupper av utrikes födda som slår igenom på ett stort antal hälsoutfall. Det är samtidigt viktigt att ha i åtanke att gruppen utrikes födda är mycket heterogen, inte bara vad gäller härkomst utan också utbild-

ningsnivå och vistelsetid i Sverige. Det finns stora variationer i de olika hälsoutfallen beroende av födelseland.

Bostadssituationen inom Stockholms län har under lång tid präglats av bostadsbrist och stora skillnader i prisnivå liksom upplåtelseform mellan områden, vilket lett till en stark selektion av människor efter ekonomisk bärkraft. Integrationspolitiken innebär numera också fri bosättning för nyanlända flyktingar vilket har lett till en koncentration av nyanlända till vissa kommuner och stadsdelar. Detta riskerar att ytterligare förstärka segregationsprocessen.

Det är viktigt att alla grupper har tillgång till vård efter behov. Som analyserna av socialt och ekonomiskt utsatta grupper visar, finns det bland dessa vårdbehov som inte tillgodosetts. Även bland födda utom Europa samt bland kvinnor med arbetaryrken är det relativt många (15 % respektive 12 %) som rapporterar att de avstått från vård av ekonomiska skäl. Än högre är andelen som avstår från tandvård. De stora socioekonomiska skillnader i tandhälsa som kan ses grundläggs under barn- och ungdomsåren. En förstärkning av de förebyggande basprogrammen i de områden där tandhälsan är sämst är ett sätt att förebygga sociala skillnader i tandhälsa. En åtgärd som redan genomförts är att återinföra fluorosköljning i skolorna. Planerade förändringar av tandvårdstaxan kommer förhoppningsvis att påverka sociala skillnader i tandhälsa bland vuxna positivt.

### **Mål 2. God miljö – Den miljörelaterade hälsan ska förbättras**

Det är viktigt att vidta åtgärder för att minska fukt- och mögelskador i byggnader, bland annat för att förebygga allergi och astma. De som bor i hus som byggdes under det så kallade miljonprogrammet rapporterar i stor utsträckning besvär relaterade till inomhusmiljön. Både för dessa hus och de som byggs nu och i framtiden är detta viktiga frågor. För funktionshindrade är en god planering av både byggnader och deras omgivning en viktig fråga för deras rörelsefrihet och möjlighet att delta i samhället på lika villkor.

Trots en viss nedgång sedan 2003 är förekomsten av trafikskadorna fortfarande betydligt högre än i början av 1990-talet; mellan 1990 och 2003 mer än fördubblades antalet personer som krävde sjukhusvård på grund av trafikskada. Hastigheten och antalet fordon på vägarna påverkar trafikskadornas antal, liksom alkohol i trafiken, vilket tycks ha ökat. Andelen trafikdödade förare som varit alkoholpåverkade har ökat från 28 procent år 2002 till 46 procent år 2006. Enligt vägverket är de viktigaste trafiksäkerhetsfrågorna hastighet, trafiknykterhet och användning av bilbälte. Stockholms läns landsting kan också bidra till en säkrare och hälsosammare trafikmiljö genom att fortsätta bygga ut och förbättra kollektivtrafiken.

### **Mål 3. Goda arbetsförhållanden – Den arbetsrelaterade hälsan ska förbättras**

Utgångspunkten både för det nationella målområdet Ökad hälsa i arbetslivet och för Stockholms läns landstings målområde Goda arbetsförhållanden är att kraven och möjligheterna i arbetslivet måste balanseras så att människor har möjlighet att fungera och behålla hälsan under ett helt arbetsliv. Ett balanserat arbetsliv

innebär också att människor har möjlighet att förena förvärvsarbetet med familjeliv och fritid, och har möjlighet till tillräcklig vila och återhämtning mellan arbetspassen.

Arbetslivet i Stockholms län domineras av fysiskt lätta arbeten. Omkring 45 procent av både kvinnor och män uppger att de har ett stillasittande arbete, medan 11 procent bland män och 6 procent bland kvinnor har ett tungt kroppsarbete. Andelen som uppger arbetsorsakade besvär på grund av fysisk belastning är lägre i Stockholms län än Sverige i övrigt. Vi har dock sett att det är färre personer som rapporterar värk i FHE 2006 jämfört med FHE 2002. Detta kan delvis bero på att allt fler arbetstagare i stockholmsområdet har fysiskt lätta arbeten, men det systematiska arbetsmiljöarbetet under många år kan ha bidragit till den minskade förekomsten av värk. En annan positiv utveckling är att ohälsotalet (ett samlat mått på sjukfrånvaro) har sjunkit.

För att förebygga ohälsa på arbetsplatsen är ett systematiskt arbetsmiljöarbete centralt. Det systematiska arbetsmiljöarbetet innebär att undersöka fysiska (kemiska, ergonomiska och fysikaliska), psykiska, sociala och organisatoriska faktorer i arbetsmiljön, att genomföra förändringar där det brister, och att följa upp åtgärder och verksamhet så att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs. Det hälsofrämjande arbetet innebär att skapa arbetsplatser och arbetsmiljöer som inte producerar ohälsa, arbetsplatser och miljöer som står för hälsofrämjande värden och aktiviteter. För att lyckas skapa hälsofrämjande arbetsplatser bör ett sådant förhållnings- och arbetssätt präglade såväl arbetsplatsen och organisationen som hela arbetslivet.

#### **Mål 4. Hälsosamma levnadsvanor Förutsättningarna för goda levnadsvanor ska förbättras – ohälsa på grund av livsstil ska minska**

Många i befolkningen är överviktiga och fortfarande är alltför många inte tillräckligt fysiskt aktiva. Vi konsumerar inte heller tillräckligt mycket frukt och grönsaker. Om denna trend fortsätter riskerar vi att den positiva utvecklingen när det gäller vissa stora folksjukdomar bryts och exempelvis hjärt- kärlsjukdomar kan komma att öka. Stora skillnader mellan områden i Stockholms län visar att man måste arbeta mer med riktade och kanske även uppsökande insatser där förekomsten av hälsoskadliga levnadsvanor är mest vanligt förekommande. Det är viktigt att beakta att människor som lever med en pressad ekonomisk eller psykosocial situation kan ha svårare att välja hälsosamma levnadsvanor. Ett arenaperspektiv där hälsosamma val underlättas är därför angeläget.

Det finns en rad insatser på samhällsnivå som kan påverka kost- och motionsvanor. Att främja ett bra utbud av livsmedel och måltider, inte minst i skolor, lunchrestauranger och personalmatsalar, förbättrar möjligheten att göra hälsosamma val. Gratis och välbalanserade måltider i skola och förskola, som når alla barn och ungdomar, har en potential att minska socioekonomiska skillnader i matvanor. I samhällsplaneringen kan möjligheterna till rörelse och fysisk aktivitet i vardagen främjas med säkrare cykel- och gångvägar, enkel tillgång till grönområden, och skolgårdar som uppmuntrar till lek och spel.

Även om utvecklingen har dämpats har vi under senare år sett en oroväckande stark ökning av alkoholkonsumtionen. Detta riskerar medföra till fler trafikskador, våld o psykisk ohälsa, samt en ökad belastning på sjukvården. Den utveckling som skett av alkoholvanorna innebär att delvis nya grupper, som yngre kvinnor och äldre av båda könen, riskerar alkoholrelaterade skador. Det behövs mer kunskap om och kanske mer målgruppsanpassade metoder inom hälso- och sjukvården för att förebygga och behandla dessa grupper. Det kan vara svårt att själva ta upp känsliga ämnen med sin läkare och ett anonymt alternativ är Alkohollinjen, där personer med riskbruk kan få rådgivning och stöd att förändra sina vanor.

De viktigaste verktygen för alkoholpreventivt arbete är pris och tillgänglighet. Ett exempel är tillsyn av folkölsförsäljning i livsmedelshandeln samt att involvera föräldrar i skolans alkoholprevention. Generellt är en restriktiv hållning hos föräldrar samt egna måttliga vanor viktiga faktorer. Att arbeta utifrån ett arenaperspektiv (exempelvis på arbetsplatser) är ett sätt att nå ut, liksom att propagera för punktnytkerhet. Ett exempel på lyckad alkoholprevention är STAD (Ansvarsfull alkoholserving samt Krogar mot knark), en metod som bygger på aktiv medverkan från krogägare och deras personal. Det finns många goda exempel på tobaksprevention i Sverige, som höjd tobaksskatt, kontrakt om tobaksfrihet mellan barn och vuxna och rökfria arbetsplatser.

Hälsofrämjande arbete inom både slutenvården och primärvården har en stor potential då hälso- och sjukvården når en stor del av befolkningen, ofta i ett skede innan skador eller sjukdom har uppstått och det finns en motivation till förändring. Många vårdcentraler arbetar redan hälsofrämjande men arbetet är inte en självklar del av verksamheten och ett befolkningsperspektiv saknas i allmänhet. De hinder för hälsofrämjande arbete inom primärvården som oftast nämns av verksamhetscheferna är brist på tid och personal samt ekonomiska resurser. Incitament för detta bör tydligare byggas in i ersättningsystem och avtal. Primärvården i utsatta områden måste garanteras resurser för att mer systematiskt kunna arbeta hälsofrämjande.

### **Mål 5. God psykisk hälsa – Den psykiska ohälsan ska minska**

Den psykiska hälsan har förbättrats sedan år 2002 samtidigt som vissa grupper fortfarande i hög omfattning rapporterar psykisk ohälsa. Bland unga kvinnor har vi också en ökning av självrappporterad oro och ångest samt självmordsförsök.

Den psykiska hälsan påverkas i hög grad av faktorer i samhället som arbetsliv och skola, familjesituation och förhållanden i bostadsområdet. Hälso- och sjukvården kan dock göra en betydande insats i och med att man har kontakt med en stor del av personer med psykisk ohälsa. Hälso- och sjukvården måste ha förståelse för vilka instanser i samhället som kan hjälpa till i problemsituationer, exempelvis socialtjänst och frivilligorganisationer. I synnerhet gäller detta primärvården men också vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. När det gäller att förebygga självmord, finns många exempel på strategier; kompetenshöjning för vårdpersonal, exempelvis när det gäller att känna till och behandla depression,

minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord, samt förebyggande av riskfaktorer, exempelvis alkoholmissbruk. Landstinget har utvecklat och spridit metoder för att exempelvis motverka nedstämdhet hos unga kvinnor.

### **Andra viktiga framtidsfrågor**

Att medellivslängden fortsätter att öka är ett tecken på en friskare befolkning. Samtidigt innebär en äldre befolkning också påfrestningar för samhället, dels då försörjningsbördan ökar för de i arbetsverksam ålder (vilket idag är upp till 65 år) dels då fler förväntas drabbas av sjukdom.

Dock visar analyser av folkhälsoenkäten att det finns positiva förändringar inom gruppen äldre (65–84 år) sedan år 2002. Exempelvis har färre äldre personer en fysiskt inaktiv fritid, något fler äter regelbundet frukt och grönsaker och bland män är det färre som röker. Bland äldre kvinnor är det också fler som har tillgång till stöd vid personliga problem eller behov av praktisk hjälp. Dessa positiva förändringar visar på en potential till hälsoförbättringar även under äldre år. Att arbeta förebyggande gentemot äldre torde vara mycket kostnadseffektivt eftersom vinsterna är ganska omedelbara, både för individen och för samhället.

I den andra delen av ålderspyramiden har vi gruppen unga vuxna. Deras situation har uppmärksamats mycket under senare år och är viktig att belysa inte minst med tanke på den framtida utvecklingen av folkhälsan. Sedan 1990-talets krisår står en stor del i denna grupp utanför arbetsmarknaden. Unga vuxna har förlängt sin studietid, de flyttar hemifrån senare samt bildar familj senare. Förlängningen av denna transitionsfas innebär för många problem när det gäller arbete och bostad, och därmed ekonomiska problem.

Samtidigt finns det positiva tecken i den yngsta åldersgruppen. Det har skett en viss förbättring av den ekonomiska situationen jämfört med år 2002, det är den enda grupp där vi inte ser en ökning av alkoholkonsumtionen (gäller 18–20 åringar), andelen feta minskar något och den psykiska hälsan har förbättrats. Det finns således en förhoppning om att situationen för unga vuxna förbättras framöver. Vissa resultat tyder på ett trendbrott i den långvariga ökningen av psykisk ohälsa. Dock är den fortsatt höga förekomsten av psykisk ohälsa, liksom ökningen av antalet självmordsförsök bland unga kvinnor, oroväckande och måste följas upp och analyseras noga.

## LITTERATURLISTA

### Kapitel 1

Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting

[www.folkhalsoguiden.se/folkhalsopolicy](http://www.folkhalsoguiden.se/folkhalsopolicy) 2007 10 18

Mål för folkhälsan. Proposition 2002/03:35. December 2002. Stockholm: Socialdepartementet.

### Kapitel 2

Ahlbom A, Gustavsson A. Sjukdomspanoramata i en åldrande befolkning. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.

Arbetsmarknadsutsikterna för år 2006 och 2007. Ura 2006:2. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen, 2006.

Beskrivning av Sveriges befolkning 2005. Sveriges officiella statistik. Örebro: Statistiska Centralbyrån, 2006.

Cohen JE. Human population grows up. *Scientific American* 2005;293:3:48-55.

Den framtida ohälsan. Projektion av sjukligheten i Stockholms län och riket för några stora sjukdomsgrupper fram till år 2030. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2005.

Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980;303(3):130-5.

Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist* 2007;47(2):150-8.

Rapport integration 2005. Malmö: Integrationsverket, 2006.

Social atlas över Stockholmsregionen. Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting, 2000.

Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

### Kapitel 3

Burström K, Rehnberg C. Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002. Resultat per åldersgrupp och kön, utbildningsnivå, födelseland samt sysselsättningsgrupp. Rapport 2006:1. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006.

Burström K. Försämrade hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 1998 till 2002. Resultat från två befolkningsundersökningar med EQ-5D. Rapport 2007:8. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2007.

Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.

Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.

Hällström T, Damström Thakker K, Forsell Y, Tinghög P, Lundberg I. The PART Study. Technical report 2004. [www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=1136](http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=1136) 2007-10-18.

- Lundberg I, Damström Thakker K, Hällström T, Forsell Y. Determinants of non-participation, and the effects of non-participation on potential cause-effect relationships, in the PART study on mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:475-483.
- Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J Clin Epidemiol* 1996;49:1207-1213.
- Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2005.
- McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. Oxford University Press, 2<sup>nd</sup> edition. New York, 1996.
- Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2003-2005. Statistik 2006:3 Stockholm: Försäkringskassan, 2006.
- Samhällsmedicin. Folkhälsorapport 2003. Folkhälsan i Stockholms län 2003. 2003:1, Stockholms läns landsting, 2003.
- Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. SBU-rapport 167. Stockholm: SBU, 2003.
- Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
- Wilhelmson K, Allebeck P, Steen B. Improved health among 70-year olds: comparison of health indicators in three different birth cohorts. *Aging Clinical and Experimental Research* 2002;14:361-370.

#### **Kapitel 4**

- Aktualisering av Stockholmsmodellen för att ta fram hälsomässigt hållbara flerbostadshusbaserat på enkätdata från 2005. Underlagsrapport till 3H-projektet. Stockholm: 3H-projektet, Stockholms stad, 2006.
- Arbetsorsakade besvär 2006 - Redovisade efter län. Arbetsmiljöstatistik 2007:1, Stockholm: Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån, 2007.
- Arbetshälsorapport 2007. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, *under tryck*.
- Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006. Stockholm: Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006.
- Barn och deras familjer i Stockholms län år 2005/2006. Statistik 2007:2, Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting, 2007.
- Bra mat på jobbet. Råd, möjligheter, förutsättningar och utmaningar. Uppsala: Livsmedelsverket; 2007.
- Brønnum-Hansen H, Juel K. Impact of smoking on the social gradient in health expectancy in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004 Jul;58(7):604-10.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
- Enghardt Barbieri H, Pearson M, Becker W. Riksmaten - barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket; 2006.



- Faktablad om Luftföroreningar och Hälsa, Stockholm: Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.
- Folkhälsopolitisk rapport. Rapport 2005:5. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005.
- Folkhälsorapport. Folkhälsan i Stockholms län 2003. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2003.
- Fredin S, Forsberg, B. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård på Stockholms sjukhus – en kartläggning 2006-07. Stockholm: Avdelningen för socialmedicin och epidemiologi, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.
- Gilljam, H. Fokusrapport - Prevention inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Medicinskt programarbete, Stockholms läns landsting, 2006.
- Gohlke H, Yusuf S. Quantitating loss of life by smoking a single cigarette. *Clinical Research in Cardiology*. 2007 Jul;96(7):522-3. Epub 2007 Apr 26.
- Handlingsplan för folkhälsoarbetet i SLSO 2007–2008. Stockholms läns sjukvårdsområde. Stockholms läns landsting  
<http://www.slso.sll.se/upload/Boo/FHE%202007/Folkh%C3%A4lsoplan%20SLSO%202007-2008.pdf> 2007-10-03
- Hälsoläge och åtgärder. Folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting, 2007.
- Konsumtion av livsmedel. Jönköping: Statens Jordbruksverk, 2007.
- Lindvall, B, Eriksson, I, Andersson, B. Om livsstil och livsstilsförändringar. Utbud och efterfrågan inom primärvården i Stockholms län. Stockholm: Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, 2006.
- Lidén C, Norberg K. Nickel on the Swedish market. Follow-up after implementation of the Nickel Directive. *Contact Dermatitis* 2005;52:29-35.
- Modig Wennerstad K, Tholin S och Rasmussen F. Kommunernas arbete med att främja fysisk aktivitet och goda matvanor bland skolbarnen i Stockholms län. En studie av strukturella samhällsfaktorer på kommun- och skolnivå. Rapport 2007:7, Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting och Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, 2007.
- Mål för folkhälsan. Proposition 2002/03:35. December 2002. Stockholm: Socialdepartementet.
- På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Rapport 2004:33, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2004.
- Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. COMPASS - en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. Rapport 2004:1, Stockholm: Samhällsmedicin & Statens folkhälsoinstitut; 2004.
- Resultat från nationella folkhälsoenkäten. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
- Schäfer Elinder L, Faskunger J. Fysisk aktivitet och folkhälsa. Rapport 2006:13, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2006.



- Tio miljöåtgärder. De tio viktigaste miljöåtgärderna för att förbättra hälsan hos befolkningen i Stockholms län. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2005.
- Trolldal B, Melinder J, Svensson J, Damström Thakker K. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Stockholms län. Rapport 2006:8. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006.
- Trolldal B, Svensson J. Alkohol- och narkotikarelaterad vårdkonsumtion och dödlighet i Stockholms län. Rapport 2007:5. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa: Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005: Målområde 8. Rapport 2005:57, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005.
- Valdeltagandet vid allmänna val. ME 13 Statistiska Meddelanden 0701, Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2007.
- Waddell G & Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: The Stationary Office (TSO), 2006.
- Wadman C, Boström G, Karlsson AS Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006. Rapport A 2007:1  
[http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_\\_8492.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_____8492.aspx) 2007-10-18
- Årsrapport 2006. Barnhälsovården i Stockholms läns landsting. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2007.

## Kapitel 5

- Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T, Efendic S, Grill V, Hallqvist J, Östenson CG. Explanations of socioeconomic differences in excess risk of type 2 diabetes in Swedish men and women. *Diabetes Care*. 2004; 27:716-21.
- Alkohol, droger och trafik. [http://www.vv.se/templates/page3\\_\\_\\_\\_\\_426.aspx](http://www.vv.se/templates/page3_____426.aspx) 2007-10-03
- Dahlquist G. Can we slow the rising incidence of childhood-onset autoimmune diabetes? The overload hypothesis. *Diabetologia*. 2006;49:20-4.
- Den framtida ohälsan; Projektion av sjukligheten i Stockholms län och riket för några större sjukdomsgrupper fram till år 2030. Rapport 2005:3. Stockholm: Epidemiologiska enheten, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2005.
- Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
- Förslag till nationellt program för suicidprevention. Stockholm: Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2006.
- Hedlund E, Linnarsjö A, Hammar N, Alfredsson L. Hjärtinfarkt i Stockholms län. Vad innebär det att vara född utanför Sverige? Rapportblad 2007:1. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.
- Incidens och prevalens av cancer i Stockholm-Gotlandregionen 1999-2005, Solna: Onkologiskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset, 2007.

- Jansson SP, Andersson DK, Svärdsudd K. Prevalence and incidence rate of diabetes mellitus in a Swedish community during 30 years of follow-up. *Diabetologia*. 2007;50:703-10.
- King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998;21:1414-1431.
- Klinge B, Parodontit och allmänsjukdomar. *Tandläkartidningen* 2004;96:26-35.
- Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*. 2001;322 (7289):763-767.
- Linersjö A, Alfredsson L. Hjärtinfarkt i Stockholms län. Förekomst och trender 1980-2001. Rapportblad 2006:1. Stockholm: Epidemiologiska enheten, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006.
- Miljöhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen
- Mittendorfer Rutz E. Trends in youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. *Journal of Men's health and Gender* 2006; 3(3):250-257.
- Mårild S, Neovius M, Rasmussen F. Fetma. Epidemiologi - barn och vuxna. I: Fetma. Från gen- till miljöpåverkan. Lindroos A K, Rössner S (red). Lund: Studentlitteratur, 2007.
- Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS - en studie i sydvästra Storstockholm. Rapport 2004: 1, Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting och Statens folkhälsoinstitut.
- Tandhälsorapport 2006. Stockholm: Tandvårdsenheten, Stockholms läns landsting, 2006.
- Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis- a national cohort study. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1952-1957.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I. and Lewis, G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British Medical Journal* 2002;325 (7374):1199.

## Kapitel 6

- Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006.
- Barn och deras familjer i Stockholms län år 2005/2006, Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting, 2007.
- Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Rapport 2007:5, Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.

- Danielson, M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. Grundrapport. Rapport 2006:10, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2006.
- Födelselandets betydelse: En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Rapport 2002:29, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2002
- Galanti MR, Rosendahl I, Wickholm S. The Development of Tobacco Use in Adolescence Among “*Snus Starters*” and “*Cigarette Starters*”. An Analysis of the Swedish ‘BROMS’ Cohort. *Under tryck*
- Hälsoläge och åtgärder. Folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholms län. Centrum för folkhälsa Stockholms läns landsting Juni 2007
- Olika villkor - olika hälsa: En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet, SoS-rapport 2000:3, Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
- Sundblom, E. Övervikt och fetma hos tioåriga barn i Stockholms län - förändrade mönster under en fyraårsperiod. Rapport nr: 37. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006.
- Årsrapport 2005. Barnhälsovårdens i Stockholms läns landsting. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2006.

## **Kapitel 7**

- Engström K, Hallqvist J, Järleborg A. Socialt kapital i Stockholms läns kommuner och Stockholms stads stadsdelar. Ekologiska samband med levnadsvillkor, hälsorisker och ohälsa. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2005.
- Folkhälsorapport 1999, Stockholm: Socialmedicin, Stockholms läns landsting, 1999.
- Social rapport 2006, Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

## BILAGOR

### Bilaga 1 Svarsfrekvens i Folkhälsoenkät 2006

Stockholms läns landstings Folkhälsoenkät 2006 (FHE 2006) skickades ut till 57 000 slumpvis utvalda personer i åldern 18 till 84 år i Stockholms län. Sammanlagt deltog omkring 34 700 personer (61 %) i undersökningen. Enkäten består av cirka 100 frågor som främst behandlar psykisk och fysisk hälsa, ekonomi, levnadsvanor, sociala relationer, boende och boendemiljö, arbete och sysselsättning.

Enkäturvalet bestod av två delar, dels ett länsrepresentativt urval på 8 000 personer och dels ett områdesstratifierat tilläggsurval på 42 000 personer. Urvalet var designat så att enkäter skickades ut till 1 163 personer i samtliga kommuner i Stockholms län och stadsdelar i Stockholms stad. Dessutom deltog sex områden med extraurval på 1 000 eller 2 000 enkäter. På så sätt uppgick det sammanlagda antalet utskickade enkäter till 57 000.

Svarsfrekvensen uppgick totalt till 61 procent men skiljde sig mellan områden inom regionen. I tabell 1 framgår att i femton av 43 områden var svarsfrekvensen mellan 63 och 67 procent, i 21 områden mellan 58 och 62 procent och i sex områden mellan 50 och 57 procent. I Rinkeby var svarsfrekvensen betydligt lägre än i övriga områden.

Område	Svaresfrekvens (%)
Ekerö, Järfälla, Österåker, Norrtälje, Sollentuna, Vallentuna, Danderyd, Täby, Nykvarn, Nacka, Upplands Bro, Nynäshamn, Maria-Gamla Stan, Vaxholm, Värmdö	63-67
Kungsholmen, Bromma, Katarina-Sofia, Haninge, Tyresö, Lidingö, Solna, Upplands Väsby, Salem, Älvsjö, Sundbyberg, Skarpnäck, Hägersten, Sigtuna, Hässelby-Vällingby, Huddinge, Enskede-Årsta, Södertälje, Östermalm, Farsta, Norrmalm	58-62
Liljeholmen, Botkyrka, Vantör, Skärholmen, Spånga-Tensta, Kista, Rinkeby	50-57 34

I hela urvalet var andelen utrikes födda 22 procent (cirka 12 700). För att minska bortfallet bland utrikes födda översattes enkäten till sex olika språk (arabiska, engelska, finska, persiska, spanska och turkiska) och skickades ut i samband med påminnelse tillsammans med en svenskspråkig enkät till berörda personer (se Tabell 18). Dessutom genomfördes en telefonuppföljning på hemspråket.

Andelen svarande bland sverigefödda var 64 procent (Tabell 18) och bland utrikes födda 51 procent. De grupper som hade lägst svarsfrekvens var födda i "övriga" länder, som inte fick någon översatt enkät (46 %) samt födda i Turkiet (47 %). Högst svarsfrekvens hade de från Finland (67 %) och Iran (57 %).

**Tabell 18. Svansfrekvens i olika språkgrupper**

Språkgrupp	Födelseland	Urvalsstorlek	Svansfrekvens (%)
Arabiska	Arabemiraten, Arabrepubliken Egypten, Algeriet, Egypten, Gaza, Irak, Jordanien, Kuwait, Libanon, Liberia, Lybien, Marocko, Palestina, Saudarabian, Sudan, Tunisien, Yemen	1 446	48
Engelska	Australian, Irland, Kanada, Nya Zeeland, Storbritannien och Nordirland, USA	468	49
Finska	Finland	2 397	67
Persiska	Iran	781	57
Spanska	Argantina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Kuba, Mexiko, Nicaragua, Panama, Peru, Spanien, Uruguay	1 052	52
Svenska	Sverige	44 255	64
Turkiska	Turkiet	627	47
Övriga	Övriga	5 983	46
<b>Totalt</b>		<b>57 009</b>	<b>61</b>

## Bilaga 2 Landgruppering

Sverige

Finland

Danmark

Norge, Island

Bosnien-Hercegovina

Före detta Jugoslavien: Kroatien, Makedonien, Serbien och Montenegro, Serbien, Slovenien, Jugoslavien

Polen

Storbritannien, Irland

Tyskland, DDR

Sydeuropa: Frankrike, Gibraltar, Grekland, Italien, Malta, Monaco, Portugal, San Marino, Spanien, Vatikanstaten

Baltikum: Estland, Lettland, Litauen

Östeuropa 1: Albanien, Bulgarien, Rumänien, före detta Sovjetunionen

Östeuropa 2: Slovakien, Tjeckien, Tjeckoslovakien, Ungern

Övriga Europa: Ej ovan definierade länder.

Kanada, USA

Nordamerika (exklusive Kanada, USA) inklusive Centralamerika

Chile

Sydamerika exklusive Chile

Djibouti, Eritrea, Etiopien, Somalia, Sudan

Nordafrika och Mellanöstern: Algeriet, Förenade Arabemiraten, Arabrepubliken Egypten, Bahrain, Cypern, Egypten, Franska Marocko, Gaza-området, Israel, Jordanien, Kuwait, Libanon, Libyen, Marocko, Palestina, Qatar, Saudiarabien, Syrien, Sydyemen, Tunisien, Västbanken, Yemen

Övriga Afrika: Ej ovan definierade länder

Iran

Irak

Turkiet

Östasien: Hongkong, Japan, Kina, Korea, Taiwan

Sydostasien: Burma, Filippinerna, Indonesien, Laos, Malajiska förbundet, Malaysia, Myanmar, Singapore, Thailand, Vietnam, Östtimor

Övriga Asien: Ej ovan definierade länder

Oceanien

## Bilaga 3 Förkortningar och ordförklaringar

### Förkortningar

BMI	Body Mass Index
EQ-5D	EuroQol 5 Dimensions
FHE	Folkhälsoenkät
FHR	Folkhälsorapport
GHQ12	General Health Questionnaire
MRSA	Meticillinresistenta gula stafylokocker
WHO	World Health Organisation

### Ordförklaringar

#### Body Mass Index (BMI)

Graden av övervikt och fetma beräknas genom följande formel = vikten i kg/längden i meter <sup>2</sup>. Övervikt förekommer vid ett BMI mellan 25,0–29,9 och fetma vid 30 och över.

#### Fruksamhetstal

Ett åldersjusterat mått för att sammanfatta fruktsamheten hos kvinnor i en befolkning. Enkelt uttryckt motsvarar talet det genomsnittliga antalet barn varje kvinna föder under sin livstid.

#### Oddsquot

Oddsquoten används vanligen för att redovisa hur mycket större risk för ett visst utfall individer som har en viss exponering (som rökning) eller egenskap (exempelvis manligt kön) har i jämförelse med individer som inte har denna exponering eller egenskap. Oddsquoten beräknas som = odds exponerade/odds icke exponerade. Oddset för en viss grupp är sannolikheten för att en viss händelse ska inträffa dividerat med sannolikheten för att den inte ska inträffa.

#### Ohälsotal

Ett mått på det totala antalet ersatta dagar med sjukpenning, sjuk- och aktivitetserättning samt rehabiliteringsersättning under en tolv månadersperiod, relaterat till hela den försäkrade befolkningen.

#### Sjuknärvaro

Med sjuknärvaro menas att en person gått till arbetet trots att de på grund av sitt hälsotillstånd borde ha varit sjukskrivna.

#### Sysselsatt

Sysselsatt är den person som under en specifik mätvecka är i arbete som avlönad arbetstagare, egen företagare eller som oavlönad medhjälpare i företag som drivs av familjemedlem i samma hushåll. Som sysselsatt räknas även tillfälligt frånvarande till exempel på grund av sjukdom, semester, vård av barn med mera.

#### Utländsk bakgrund

Personer födda i Sverige med två utrikes födda föräldrar samt personer som själva är utrikes födda.


#### Åldersstandardisering

När man vill jämföra sjuklighet eller dödlighet mellan grupper behöver man ta hänsyn till eventuella skillnader i ålder mellan grupperna eftersom ålder är starkt relaterat till sjukdom och ohälsa. En sådan beräkning kallas för åldersstandardisering. Beräkningen eller justeringen gör alltså två grupper jämförbara med avseende på ålder.

#### Återstående medellivslängd

Med återstående medellivslängd menas det antal år som människor vid en viss ålder i genomsnitt kan väntas leva. Oftast avses den återstående medellivslängden vid födelsen.





Centrum för folkhälsa  
Box 17533  
118 91 Stockholm

E-post [cff@sll.se](mailto:cff@sll.se)  
Fax 08 737 29 19

[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)