



Sammanfattning

Folkhälsorapport 2015

Folkhälsan i Stockholms län

I november 2015 presenterade Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES, Folkhälsorapport 2015 – Folkhälsan i Stockholms län. Folkhälsorapport 2015 bygger främst på data från Stockholms läns landstings folkhälsoenkät, vårdregister och Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Sammanfattningen som här presenteras är baserad på Folkhälsorapport 2015, och ska ses som en förlängd och kompletterande sammanfattning jämfört med den som återfinns i rapporten.

För en fördjupad beskrivning och analys av hälsoläget i Stockholms län hänvisar vi till rapporten. Sammanfattningen och rapporten i sin helhet finns att ladda ner via www.folkhalsoguiden.se

Stockholm, januari 2016

Cecilia Magnusson
Verksamhetschef, CES

Anton Lager
Huvudredaktör, Folkhälsorapport 2015

Folkhälsorapport 2015 i korthet

Den förväntade medellivslängden vid födseln har aldrig tidigare varit så hög i Stockholms län. År 2014 var den 85 år för kvinnor och 81 år för män. Ökningen i medellivslängd drivs sedan flera årtionden av minskad dödlighet i medel- och pensionsåldern istället för, som tidigare i historien, minskad dödlighet bland barn. Det är framför allt dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar som har sjunkit. På 2000-talet har risken att i en given ålder drabbas av en hjärtinfarkt minskat mycket kraftigt. Dessutom har risken att drabbas av stroke sjunkit.

Minskningen av sådana dödliga sjukdomar innebär också att det förväntade antalet fullt friska levnadsår ökar. Samtidigt har andelen år som levs med sjukdom ökat något under de senaste decennierna. Viktiga orsaker till detta är att befolkningen blir äldre samt ett förändrat sjukdomspanorama.

Bland de stora folkhälsoproblemen är depression och ångest de enda som visar tecken på en påtaglig ökning. Hela elva procent av de vuxna kvinnorna i länet och fem procent av männen, eller cirka 100 000 kvinnor respektive 40 000 män, fick en sådan diagnos i fjol, jämfört med sex respektive tre procent år 2006. Även självrapporterad psykisk ohälsa ökar. Den historiska trenden mot en minskning av självmordstalet planar dessutom ut under 2000-talet.

Det finns sociala skillnader i livslängd, liksom för så gott som alla sjukdomar och riskfaktorer. Konsekvenserna av att drabbas är också allvarligare i de lägre socioekonomiska grupperna. Eftersom länet är boendesegregerat, och boendesegregationen ökar, uppstår även tydliga geografiska skillnader i hälsa.

Fokus i rapporten är på de sjukdomar, skador och bestämningsfaktorer som identifierats som de största problemen i Sverige i det globala sjukdomsburdeprojektet. Totalt redovisas förekomsten, fördelningen och utvecklingen över tid för elva grupper av sjukdomar och skador som tillsammans ligger bakom merparten av sjukdomsburden (mätt som summan av år levda med sjukdom och förtida död, så kallade DALY:s). I rapporten redovisas även förekomst, fördelning och utveckling av fyra metabola riskfaktorer, fyra levnadsvanor och en miljörelaterad riskfaktor. Dessa faktorer förklarar tillsammans omkring en tredjedel av sjukdomsburden.

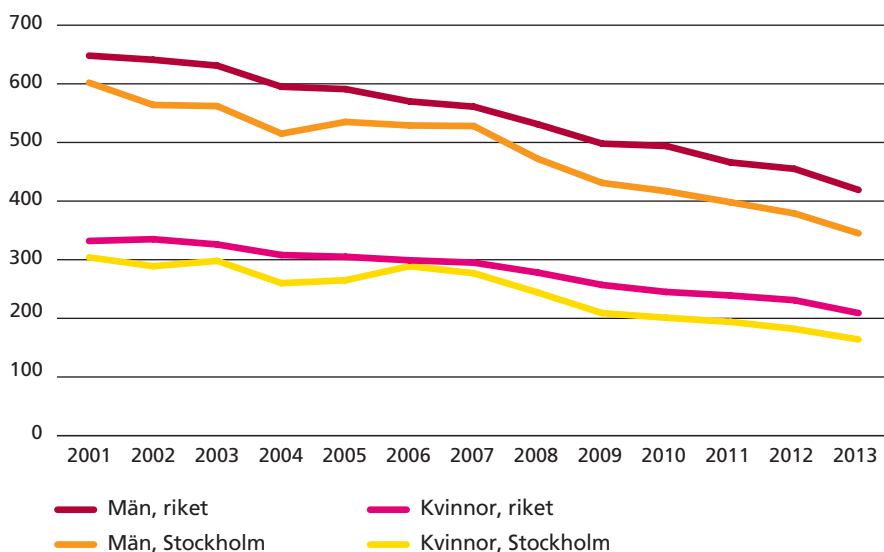
I denna längre sammanfattning av rapporten tas valda avsnitt upp och beskrivs kortfattat. Avslutningsvis ges exempel på tänkbara insatser inom ramarna för evidensbaserat folkhälsoarbete.

Hjärtinfarkt och stroke

Hjärtkärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i världen och bidrar till en stor del av den samlade sjukligheten. I Sverige orsakar kranskärslssjukdom omkring 20 procent av all förtida död och 10 procent av de förlorade funktionsjusterade levnadsåren (DALY:s). Stroke, det vill säga infarkt eller blödning i hjärnan, orsakar i sin tur ungefär 7,5 procent av all förtida död och 4 procent av alla DALY:s.

Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt har minskat kontinuerligt under uppföljningsperioden 2001–2013, både i absoluta tal och åldersjusterat. Detta är en fortsättning på en trend som pågått sedan 1980-talet. Minskningen är något större i Stockholms län än i riket som helhet. Stockholm har även ett lägre förstagångsinsjuknande under hela perioden. Antalet män som drabbades av hjärtinfarkt under perioden minskade kraftigt men är fortfarande högre än bland kvinnor. År 2013 hade männen inte kommit ner till den nivå som kvinnorna hade 2001.

Eftersom risken för hjärtkärlsjukdom ökar mycket med stigande ålder och andelen äldre ökar i befolkningen, är det rimligt att förvänta sig fler insjuknanden framöver. Att insjuknandet i hjärtkärlsjukdomar minskat kan delvis bero på att andelen rökare i befolkningen minskat.

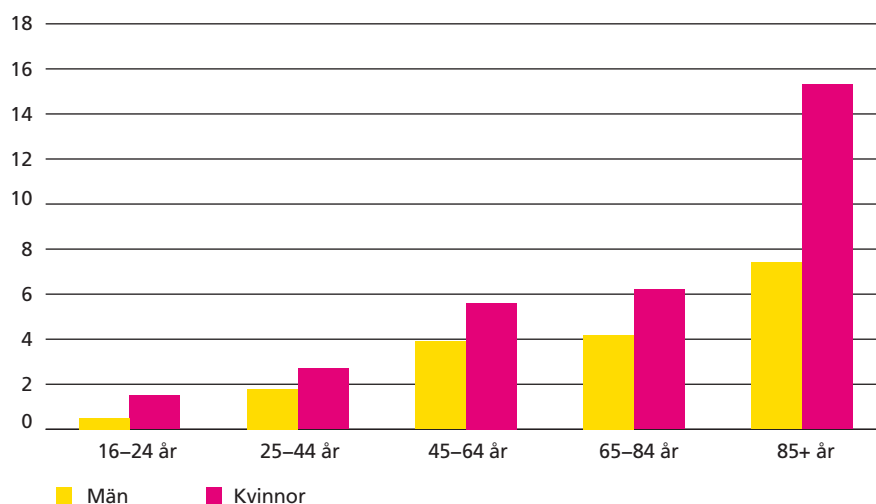


Figur 1 Åldersstandardiserad incidens av förstagångsinfarkt, per 100 000 i befolkningen, 20 år och äldre, fördelat på kön i Stockholms län och i riket, 2001–2013.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Smärta i rörelseapparaten

Smärta i rygg och nacke är bland de tillstånd som bidrar mest till sjukdomsburden i den vuxna befolkningen, trots att de inte bidrar till förtida död. Anledningen är att besvären är mycket vanliga och mycket belastande. 5 procent av de vuxna i länet, eller 80 000 personer, har haft smärta i rygg och/eller nacke minst två dagar i veckan under det senaste halvåret som i hög grad satt ned deras arbetsförmåga eller hindrat dem i andra dagliga aktiviteter.



Figur 2 Andel (%) män och kvinnor i olika åldrar med frekvent och i hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen.

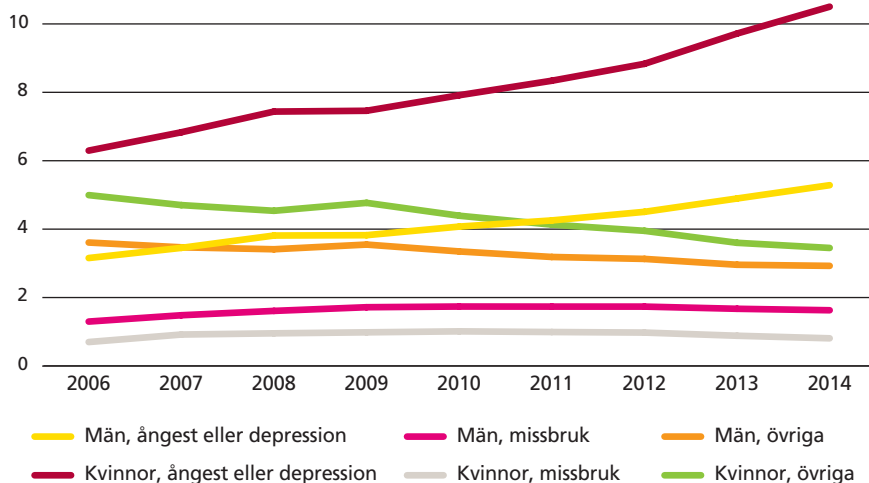
Källa: SFHE 2014.

Med befintlig medicinsk teknik kan en anatomisk orsak till ryggbesvär endast påvisas i omkring vart sjunde fall, och de kända riskfaktorerna kan bara förklara en liten del av förekomsten i befolkningen. Behandlingen är ofta begränsad till smärtstillande läkemedel. För att komma tillrätta med detta folkhälsoproblem behöver forskningen stärkas, liksom systemen för omsättning av forskning i praktisk verksamhet.

Depression och ångest

Självrapporterad psykisk ohälsa ökar stadigt sedan år 1990 med en topp år 2002 och 2014 för alla åldersgrupper utom den äldsta. Ökningarna är kraftigast i de yngsta åldersgrupperna. Psykisk ohälsa är vanligast bland yngre och minskar med åldern. Psykisk ohälsa är något vanligare bland kvinnor än bland män.

I Stockholms län finns data av acceptabel kvalitet om diagnoser från primärvården och den specialiserade psykiatrin från år 2005 och framåt. Depression och ångestsyndrom utgör den överlägset största diagnosgruppen och det är också här man ser en ökning. Andelen personer med dessa diagnoser har ökat kraftigt, med cirka 65 procent mellan åren 2006 och 2014. Ökningen har varit likartad mellan könen. Kvinnor har dock depressions- och ångestdiagnoser i högre grad än män.



Figur 3 Ångest och/eller depression samt missbruk och övriga psykiatriskt vårdade* för män respektive kvinnor i Stockholms län 2006–2014, i procent av befolkningen 18 år eller äldre.

*Övriga psykiatriskt vårdade inkluderar övriga psykiatriska diagnoser samt de som vårdats på psykiatrisk klinik men ej fått någon diagnos registrerad.

Källa: VAL.

Under år 2014 fick omkring 5 procent av länets kvinnor en depressionsdiagnos och 7,5 procent en ångestdiagnos. Totalt innebär det att nästan 11 procent av länets kvinnor fick en depressions- och/eller ångestdiagnos (dubbeldiagnoser är vanligt). Omkring 3 procent av männen fick en depressionsdiagnos och 3,5 procent fick en ångestdiagnos under 2014. Totalt hade omkring 5,5 procent av männen en depressions- och/eller ångestdiagnos. Medelålders individer (35-64 år) hade den högsta förekomsten och de äldsta den lägsta. Unga vuxna (18-24 år) har dock den största ökningen över tid.

Matvanor

Ohälsosamma matvanor förklarar 11 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY:s). Stockholms läns landstings folkhälsoenkät, SFHE 2014, visar att kvinnor jämfört med män oftare äter grönsaker, frukt/bär och fisk, och mer sällan söta och feta livsmedel. Personer med lång utbildning äter mer hälsosamt än de med kort utbildning. Svenskfödda i Stockholms län har överlag bättre kostvanor än invånare födda i andra länder, men samtidigt ett lägre intag av grönsaker och frukt/bär. Det finns en antydning till förbättring av matvanorna sedan 2010. Potentialen för folkhälsovinster genom förbättrade matvanor i Stockholms län är stor.

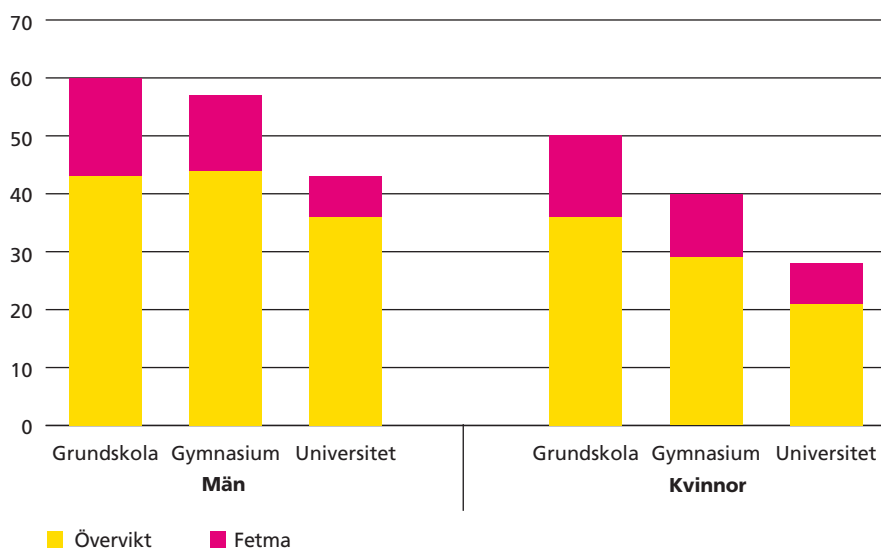
Tabell 1 Andel (%) som sannolikt uppfyller rekommendationerna eller annat riktmärke för valda livsmedel. Män och kvinnor 2010 och 2014, åldersjusterade värden.

	Grönsaker, frukt, bär¹	Fisk, skaldjur²	Korv³	Choklad, godis, bullar, kakor, mm⁴	Läsk/saft⁵
2014					
Män	4	52	80	41	72
Kvinnor	10	55	86	35	83
2010					
Män	4	47	81	42	66
Kvinnor	11	51	86	38	80

¹ 5 ggr per dag eller mer. ² 2 ggr per vecka eller mer. ³ Högst 1 gång per vecka. ⁴ Högst 2 ggr per vecka. ⁵ Högst 1 gång per vecka
Källa: SFHE 2010 och 2014.

Övervikt och fetma

Fetma är ett globalt folkhälsoproblem som leder till ökad risk för typ 2- diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, vissa cancerformer och förlorade levnadsår. Tillståndet innebär dessutom ofta stigmatisering och låg självkänsla. År 2014 är förekomsten av övervikt exklusive fetma 40 procent bland män och 25 procent bland kvinnor i Stockholms län. Förekomsten av fetma är 11 procent bland män och 10 procent bland kvinnor.

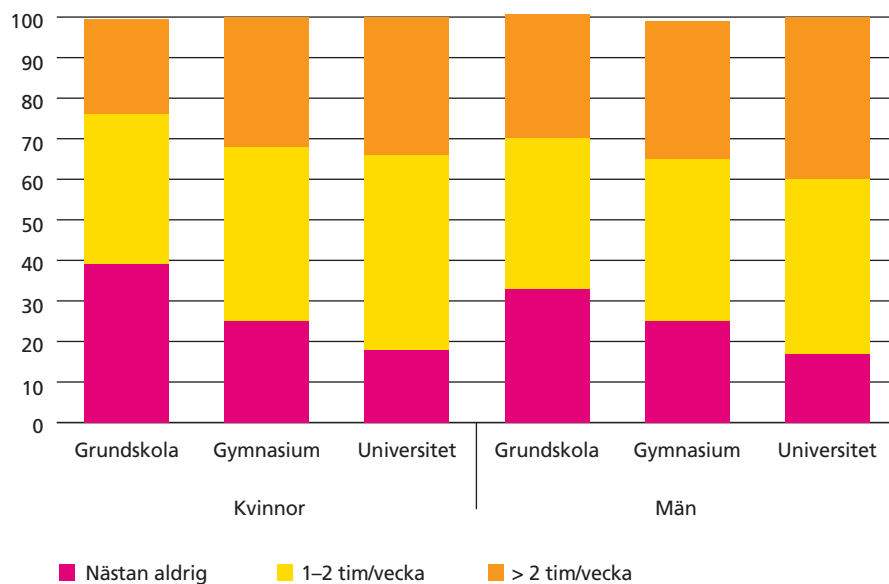


Figur 4 Andel (%) män och kvinnor med övervikt eller fetma efter utbildningsnivå 2014. Åldersjusterade värden.

Källa: SFHE 2014.

Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet har många positiva effekter på hälsa och välbefinnande, framför allt genom att förebygga sjukdom. Fysiskt aktiva personer har lägre risk för insjuknande i hjärtkärlsjukdomar, typ 2-diabetes och vissa cancerformer samt förtida död. Längre perioder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet under dagen, innebär en tydligt ökad risk för typ 2-diabetes och har vissa samband med ovannämnda folksjukdomar och förtida död. Resultaten från SFHE 2014 visar att det är fler män än kvinnor som uppger att de motionerar två gånger eller oftare i veckan. Det är också en högre andel män än kvinnor som uppger att de är stillasittande. Personer med längre utbildning motionerar mer än de med kortare utbildning.



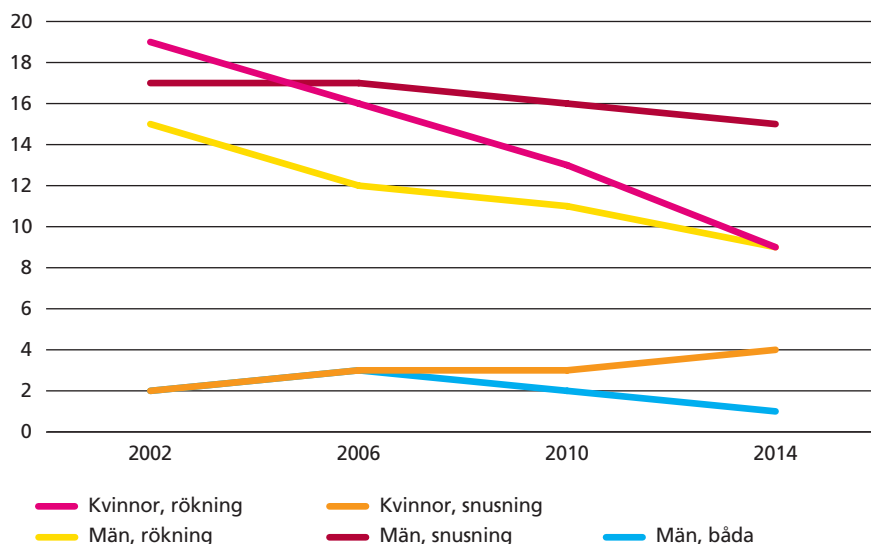
Figur 5 Motionsvanor efter kön och utbildningsnivå (fördelning i %). Åldersjusterade värden.

Källa: SFHE 2014.

Tobaksbruk

Rökning påverkar flera fysiologiska processer i kroppen (bland annat inflammation, kolhydratomsättning och blodets koagulering) och medför en förhöjd risk för mer än 40 sjukdomar. Jämfört med icke-rökare har tobaksrökare mellan 4 och 17 gånger förhöjd risk att insjukna i lungcancer, beroende på typ av lungcancer, 2 till 3 gånger förhöjd risk att utveckla KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och 4 till 5 gånger förhöjd risk för hjärtinfarkt.

I Stockholms län fortsätter den nedåtgående trenden för rökning bland både ungdomar, vuxna generellt och gravida. Tobaksbruket i länet följer samma mönster som i riket. År 2014 rökte 9 procent av kvinnorna och 10 procent av männen dagligen, medan 4 procent respektive 15 procent snusade dagligen. Trots den positiva utvecklingen i samtliga grupper finns de sociala skillnaderna kvar och ökar till och med. Det gäller framför allt daglig rökning och beror på en snabbare minskning bland personer med lång utbildning. För män med enbart grundskola är minskningen mycket svag och de röker numera mer än kvinnor med samma utbildningsnivå. Bland män röker personer födda utanför Sverige betydligt mer än svenskfödda. Bland kvinnor röker de födda i Europa utanför Norden mest.

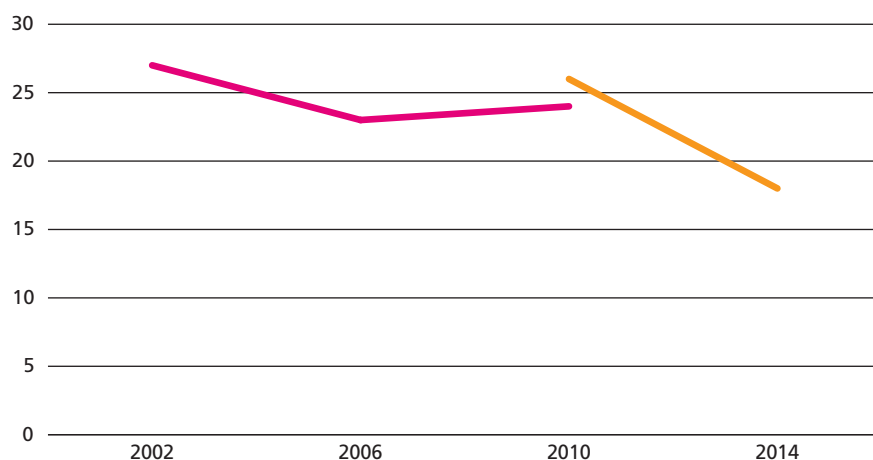


Figur 6 Andel (%) daglig rökning, snusbruk och blandat bruk i Stockholms län över tid, åldersstandardiserade värden.

Källa: SFHE.

Alkoholvanor

Alkoholkonsumtionen har en lång rad sociala konsekvenser, och orsakar bland annat att barn far illa och kriminalitet. Därtill beräknas den svara för 3,6 procent av befolkningens sjuklighet, skador och förtida död. Sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjuklighet brukar beskrivas som J-format. Det vill säga, de som inte dricker alls har en högre sjuklighet än normalkonsumenterna, medan högkonsumenterna har den högsta sjukligheten. Det verkliga orsakssambandet, alltså om nollkonsumenter, allt annat lika, verkligen löper högre risk att drabbas av sjuklighet än normalkonsumenter har dock förblivit oklart. Orsaken till att gruppen som inte dricker har högre sjuklighet kan bero på att de avstår alkohol just på grund av sin sjuklighet, eller på andra okända faktorer som inverkar på både alkoholkonsumtion och sjuklighet.



Figur 7 Andel (%) med riskbruk av alkohol i befolkningen 18–64 år i Stockholms län över tid.

Källa: SFHE.

Medan konsumtionen i Stockholms län ligger över genomsnittet för Sverige, karaktäriseras Sverige i sin tur av en förhållandevis låg konsumtion i ett europeiskt perspektiv. Enligt de flesta datakällor har det skett en minskning av alkoholkonsumtionen under den senaste tioårsperioden. Nedgången ses i Stockholm, i Sverige och i många andra länder i Europa.

Sociala skillnader i hälsa

Den förväntade livslängden ökar i riket och i Stockholms län. Dock finns en påtaglig variation inom länet, som har samband med skillnader i välstånd och utbildningsnivå. Danderyds kommun har högst förväntad livslängd, både bland kvinnor (86,4 år) och män (83,5 år). Bland befolkningen i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden är den förväntade livslängden bland män i genomsnitt 6,8 år kortare än i Danderyd, och bland kvinnor 4,1 år kortare. I Stockholms län är skillnaderna i förväntad livslängd mellan personer med lång och kort utbildning större än i riket (6,9 år i länet mot 5,2 år i riket bland män respektive 5,9 år mot 5,2 år bland kvinnor).

Ohälsa och sjuklighet är vanligare i lägre socioekonomiska grupper, men hur stora skillnaderna är beror på ålder och vilket mått på hälsa eller sjuklighet som används. Personer med kort utbildning (både män och kvinnor) uppger sämre hälsa och mer sjuklighet än personer med lång utbildning. Skillnaderna med avseende på utbildningsnivå varierar med ålder och är mest uttalade i åldrarna 25–64 år för att sedan minska i de äldsta åldersgrupperna. I allmänhet uppger kvinnor sämre hälsa och mer sjuklighet än män.

Tabell 2 Andel (%) män och kvinnor med självrapporterad psykisk ohälsa, daglig rökning, höga blodfetter, samt incidens av förstagångsfarkt per 100 000 invånare efter utbildning.

Män	Grundskola	Gymnasium	Universitet
GHQ-12 (cut-off 3)	22	19	21
Rökning	21	10	6
Höga blodfetter	13	10	8
Hjärtinfarkt	242	207	159
Kvinnor			
GHQ-12 (cut-off 3)	29	28	27
Rökning	17	13	5
Höga blodfetter	14	9	5
Hjärtinfarkt	163	136	105

Källa: SFHE 2014, Socialstyrelsens statistikdatabas.

Insatser

När det gäller insatser har Stockholms läns landsting en särskilt viktig roll. Fem exempel kan illustrera hur Stockholms läns landsting kan bedriva evidensbaserat folkhälsoarbete:

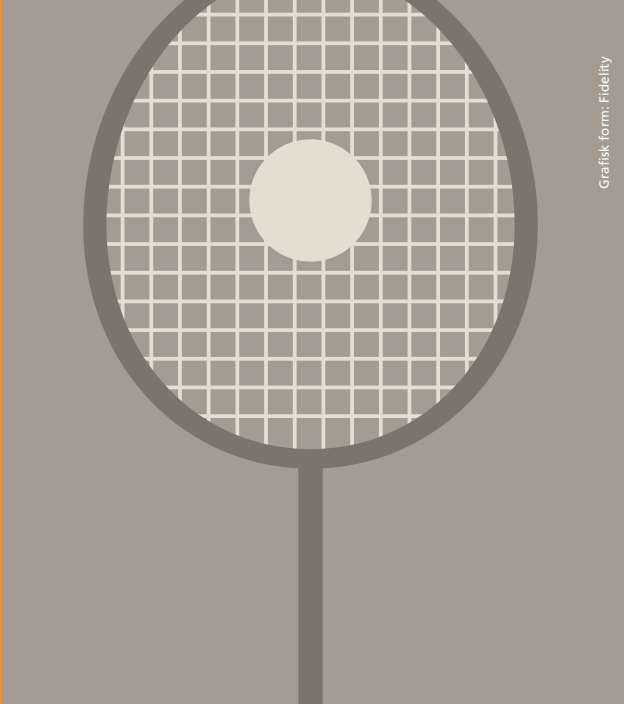
Psykisk ohälsa kan förebyggas i såväl hälso- och sjukvården som i kommunerna. Förebyggande arbete på vårdcentraler, i mödra- och barnhälsovården, förskola och skola ska grunda sig på sammanställningar av vad forskningen visar är effektiva åtgärder. Det är i det första steget av denna process som folkhälsoarbetets troligen största utmaning ligger idag. Mängden forskning ökar nämligen exponentiellt från redan höga nivåer och systemen för att omsätta kunskapen i praktik hinner inte med. Utvecklingen innebär samtidigt att förutsättningarna för evidensbaserat folkhälsoarbete aldrig har varit bättre.

Rökningen fortsätter att skörda liv. Här kan arbetet inriktas direkt på implementering och omsättning av kunskap i praktik. Bland annat är rökavvänjning fortsatt en av de mest effektiva och kostnadseffektiva folkhälsoinsatser som vi känner till. Men alla vårdcentraler har trots det inte utbildade rökavväjnare, och alla vårdcentraler som har rökavväjnare erbjuder inte regelmässigt rökavvänjning. Enligt preliminära siffror från Take Care 2015 har endast 3 procent av dagligrökarna som besökt en vårdcentral fått rökavvänjning enligt riktlinjer.

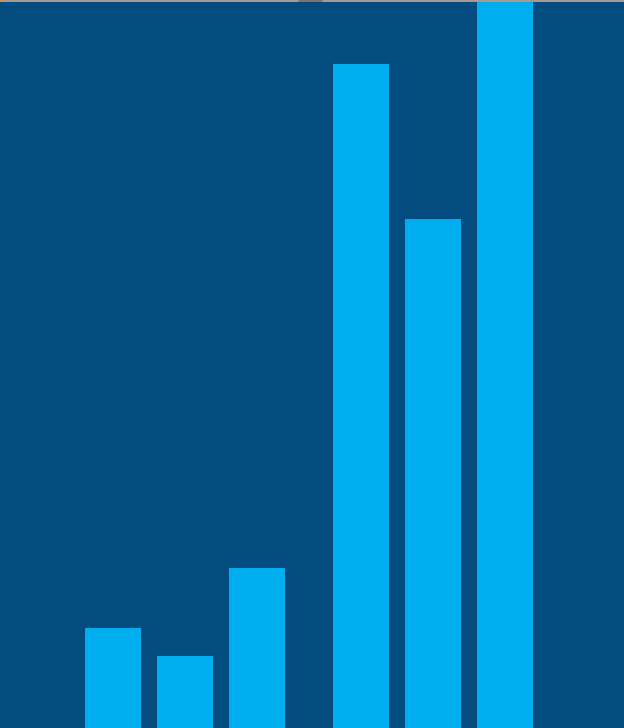
Fysisk aktivitet kan främjas såväl med hjälp av trafik- och regionplanering, som inom hälso- och sjukvården och i kommunerna. Även här växer mängden forskning snabbt och system behövs för att kontinuerligt omsätta den i praktik, särskilt på trafik- och regionplaneringens område. Arbetet inleds förslagsvis med en sammanställning av resultat från naturliga experiment. En verkställd trafik- och regionplanering som främjar fysisk hälsa behöver inte bli dyrare än i dagsläget och små effekter på stora grupper av befolkningen kan få betydelsefulla effekter på folkhälsan.

Övervikt och fetma är komplexa tillstånd där strukturella faktorer har störst betydelse. Viktminskning i befolkningen kan inte åstadkommas enbart genom ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Det är nödvändigt att påverka samhällsfaktorer, genom exempelvis lagstiftning, stadsplanering och policier som främjar hälsosamma matvanor och måltider. Det finns också goda skäl att stärka det förebyggande arbetet på individnivå genom att utvärdera effekten av nya åtgärder på ohälsosamma matvanor och stillasittande.

Ökande boendesegregation leder till ökade geografiska skillnader i hälsa. För att möta detta behövs insatser såväl inom hälso- och sjukvården som av andra aktörer i lokalsamhället. Ett geografiskt områdesansvar för folkhälsan bör därför utredas och konsekvenserna av det nya systemet för ersättning till vårdcentralerna utvärderas. Flyktingars och nyanländas hälsa är en stor utmaning. Landstinget bör följa Världshälsoorganisationens råd att noga följa hälsoläget i gruppen för att kunna erbjuda rätt vård samt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser.



Grafisk form: Fidelity



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Box 1497
171 29 Solna
E-post ces@sl.se
Tfn vxl 08-123 400 00