

Öppna jämförelser folkhälsa 2019



Folkhälsomyndigheten



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Öppna jämförelser folkhälsa 2019

Denna rapport kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2018.

Artikelnummer: 18076

Foto omslag: Conny Fridh/Scandinav

Foto inlaga: s.30 Kate Kärrberg/Scandinav, s.96 Magnus Ragnvid/Scandinav,
s. 168 Leif Johansson/Scandinav

Grafisk produktion: ETC kommunikation.

Förord

Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beslutade våren 2018 att en tredje Öppna jämförelser folkhälsa (ÖJ folkhälsa) skulle tas fram. De föregående rapporterna publicerades 2009 och 2014.

Rapporten är i första hand tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för regioner och kommuner som är viktiga aktörer för folkhälsan. Regioner har dels det regionala utvecklingsansvaret, dels ansvaret för hälso- och sjukvården. Kommunerna, å sin sida, ansvarar för många verksamheter som påverkar befolkningens hälsa genom hela livet, såsom samhällsplanering, skola, socialtjänst och äldreomsorg.

ÖJ folkhälsa syftar till att stimulera aktörer på lokal och regional nivå till fördjupade diskussioner, analyser och till strategiskt folkhälsoarbete. Utvärderingar av tidigare rapporter visar att ÖJ folkhälsa har använts som underlag i dialog med politiska nämnder och ledningsgrupper och spelat en viktig roll i förbättringsarbetet i många regioner, landsting och kommuner. Rapporten är givetvis också ett viktigt dokument i den nationella uppföljningen och analysen av folkhälsopolitiken.

Folkhälsomyndigheten har varit samordningsansvarig för uppdraget i nära samarbete med SKL. Projektledare i respektive organisation har varit Marlene Makenzius, Folkhälsomyndigheten och Elisabeth Skoog Garås, SKL.

Styrgruppen har utgjorts av Nina Lindqvist, Anna Bessö och Anders Tegnell från Folkhälsomyndigheten, och från SKL Mari Forslund och Hanna Lundborg.

Ett särskilt tack riktas till statistikerna Sylvia Olofsson, Folkhälsomyndigheten, Camilla Eriksson, SKL, Sara Lundin och Petter Strid, Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA), samt till alla sakkunniga skribenter och granskare. Ett tack riktas också till representanter från regioner och kommuner.

Johan Carlson
Generaldirektör
Folkhälsomyndigheten

Vesna Jovic
Verkställande direktör
Sveriges kommuner och landsting

Innehåll

Sammanfattning	8
Resultat	8
Hälsan i befolkningen	8
Livsvillkor och levnadsförhållanden	9
Levnadsvanor	10
Reflektioner om vägen fram	10
Summary – Regional Comparisons Public Health 2019	12
Health in the general population	12
Social and living conditions	13
Lifestyle habits	14
Reflections on the way forward	15
Inledning	16
Rapportens innehåll och användning	16
Rapportens disposition	16
Bakgrund	18
Folkhälsa och jämlikhet i hälsa	18
Lokala och regionala förutsättningar för strategiskt folkhälsoarbete	19
Folkhälsa och hållbar utveckling – Agenda 2030	21
Syfte	24
Avgränsningar	24
Metod	25
Redovisning och datakvalitet	25
Läns- och regionredovisning	26
Kommunredovisning	26
Kommuner och regioner tolkar bäst sina egna resultat	26
Relaterade folkhälsostatistiska verktyg och produkter	27
Hälsan i befolkningen	30
Sammanfattning	31
1. Medellivslängd.....	32
Övergripande hälsotillstånd	38
2. Självskattad hälsa.....	38
3. Fetma	44
4. Tandhälsa	50
Insjuknande och dödlighet	55
5. Hjärtinfarkt	55
6. Dödlighet i lungcancer	60
7. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	65
8. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	69
Psykisk ohälsa	72
9. Nedsatt psykiskt välbefinnande	72
10. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	77
11. Suicid (själv mord).....	82
Skador.....	86
12. Skador bland barn.....	86
13. Fallskador bland äldre	90

Livsvillkor och levnadsförhållanden	96
Sammanfattning	97
De första åren.....	98
14. MPR-vaccination av barn	98
15. Barns deltagande i förskoleverksamhet	102
16. Pedagogisk högskoleexamen förskollärare	106
Utbildning, arbetsliv och försörjning	109
17. Behörighet till gymnasieskolan.....	109
18. Slutförda gymnasiestudier.....	114
19. Unga som varken arbetar eller studerar	119
20. Långtidsarbetslöshet	124
21. Långvarigt ekonomiskt bistånd.....	129
Delaktighet.....	133
22. Valdeltagande	133
23. Invånarnas upplevelse av inflytande på beslut och verksamheter inom kommunen	137
Rekreation och transport.....	141
24. Tillgång till gång- och cykelvägar.....	141
25. Tillgång till parker, grönområden och natur	145
Trygghet och sociala relationer	149
26. Trygg i skolan	149
27. Avstått från att gå ut ensam.....	152
28. Avsaknad av tillit till andra	158
29. Ensamhet bland äldre med hemtjänst.....	163
Levnadsvanor	168
Sammanfattning	169
Fysisk aktivitet.....	170
30. Stillasittande	170
31. Fysisk aktivitet	175
32. Deltagande i idrottsföreningar	182
Matvanor	187
33. Konsumtion av frukt och grönt.....	187
Tobaksvanor	193
34. Daglig rökning.....	193
35. Tobaksanvändning bland gravida kvinnor	198
Alkoholvanor	202
36. Riskkonsumtion av alkohol.....	202
Patientrapporterade erfarenheter	208
37. Patienter som diskuterat levnadsvanor med primärvården	208
Sexuell hälsa	211
38. Gynekologisk cellprovtagning	211
39. STI-testning – klamydia.....	214
Bilagor	218
Bilaga 1.....	219
Utvärderingar av tidigare	
Öppna jämförelser folkhälsa	219
Bilaga 2	220
Ändringar sedan tidigare	
Öppna jämförelser folkhälsa	220
Bilaga 3	221
Hantering av data från regionala enkäter.....	221

Sammanfattning

Det nationella målet för folkhälsopolitiken som antogs 2018, är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (30 år). Regionerna kan bidra till målet genom sitt regionala utvecklingsansvar för en hållbar samhällsutveckling men också genom sitt ansvar för hälso- och sjukvården. Kommuner är viktiga eftersom de ansvarar för merparten av de välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa genom hela livet.

Öppna jämförelser folkhälsa 2019 (ÖJ folkhälsa) är en indikatorbaserad jämförelse av folkhälsan. Indikatorerna (39 stycken) speglar hälsoutfall men också bakomliggande faktorer som påverkar hälsan, exempelvis utbildning, sysselsättning, delaktighet och levnadsvanor. Utbildning ökar möjligheterna att få ett arbete och ekonomisk frihet samt känna social gemenskap, delaktighet och inflytande i samhället. Levnadsvanor handlar om beteenden i vardagen som ofta påverkas av livsvillkoren och levnadsförhållandena.

Rapporten innehåller jämförelser mellan kommuner och mellan regioner. Men för att förstå indikatorerna i ett större sammanhang presenterar vi även utvecklingen över tid på en nationell nivå, samt hur hälsan ser ut i olika grupper baserat på kön, ålder och utbildningsbakgrund.

Syftet med rapporten är att den ska användas som underlag för olika beslut och i ledning inom olika verksamheter på lokal och regional nivå, men också för fördjupade analyser i systematiskt förbättringsarbete. Samtliga resultat i rapporten finns visualiserade i kommun- och landstingsdatabasen Kolada. För att underlätta analysarbetet har SKL arbetat fram en webbaserad verktygs-låda som kan ge stöd i analys och tolkning av lokala och regionala resultat som presenteras i

ÖJ folkhälsa. Ytterligare möjligheter till fördjupningar finns på Folkhälsomyndighetens webbplats under folkhälsorapportering och statistik.

Resultat

Resultatet visar att hälsan är god och har förbättrats utifrån ett befolkningsperspektiv. Men ojämlikheten i hälsa består och har i vissa fall ökat mellan olika socioekonomiska grupper, samt mellan regioner och mellan kommuner. Det innebär att utvecklingen inte går helt i den riktning som behövs för att minska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper och mellan olika delar av landet. Tolkningen av detta är att skillnaderna ofta beror på en ojämlikhet i livsvillkor och levnadsförhållanden. Här följer en sammanfattning av resultatet i ÖJ folkhälsa 2019:

Hälsan i befolkningen

- Medellivslängden ökar och den självskattade hälsan är fortsatt god. Men tydliga skillnader kvarstår mellan olika delar av landet som i vissa fall ökar. De lokala skillnaderna samvarierar med de socioekonomiska förhållandena i kommunerna (CNI). Mönstret stärks ytterligare av att den självskattade hälsan är bättre i gruppen med eftergymnasial utbildning jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning.
- Fetman fortsätter att öka i de flesta kommuner och regioner, och är vanligare bland äldre och dem med kort utbildning. På kommungruppsnivå är andelen med fetma störst i *landsbygdskommuner* och i *mindre städer/tätorter*, jämfört med andra kommungrupper. Lägst andel med fetma finns i *storstäder och storstadsnära kommuner*.

- Tandhälsan har förbättrats, men stora skillnader finns mellan kommunerna, och skillnaderna samvarierar med de socioekonomiska förhållandena (CNI) i kommunerna.
- Insjuknandet i hjärtinfarkt har minskat bland både kvinnor och män. Dödlighet i lungcancer har minskat bland män. Resultaten varierar avsevärt mellan kommunerna. Tydliga skillnader finns också mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.
- Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland yngre och särskilt bland kvinnor. Andelen fortsätter att öka i en del kommuner och regioner. Mönstren indikerar att nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland invånare i *storstäder och storstadsnära kommuner*, jämfört med andra kommungrupper. Minsta andelen finns i *landsbygdskommuner med besöksnäring*. Antalet suicid är relativt oförändrat, men varierar mellan regionerna, och är dubbelt så vanligt i gruppen med förgymnasial utbildning som i gruppen med eftergymnasial utbildning.
- Skador bland barn minskar, men det finns stora regionala skillnader och fler pojkar drabbas jämfört med flickor.
- Fallskador bland äldre visar att antalet minskar bland kvinnor i de flesta regionerna, men är fortfarande vanligare bland kvinnor än bland män, samt i grupper med kortare utbildning.

Livsvillkor och levnadsförhållanden

- Andelen barn i förskola är fortsatt hög i de flesta kommuner, men andelen personal med pedagogisk högskoleexamen i förskolan varierar avsevärt mellan kommunerna. Mönstren indikerar att norra Sveriges inland har en mindre andel årsarbetare i förskolorna med pedagogisk högskoleexamen, jämfört med andra delar av landet. Utifrån kommungrupper finns de minsta andelarna i *storstäder och pendlingskommuner näraorstäder*. Den största andelen finns i *mindre städer/tätorter och pendlingskommuner till mindre tätorter*.
- Andelen gymnasiebehöriga elever varierar avsevärt mellan olika kommuner, liksom andelen som slutför sin gymnasieutbildning inom 4 år. Mönstren indikerar att *storstäder* har relativt hög andel elever som är behöriga till gymnasiet, samtidigt som de har lägst andel som slutför sin gymnasieutbildning. Det finns också en viss samvariation med kommunernas socioekonomiska förhållanden som indikerar att ju bättre socioekonomiska förhållanden (CNI), desto större andel behöriga till gymnasieskolan och elever som slutför sin gymnasieutbildning.
- Andelen unga som varken arbetar eller studerar ligger stabilt på 9 procent, och långtidsarbetslösheten ligger stabilt på 4 procent, men med stora variationer mellan kommunerna. Mönstren indikerar att den minsta andelen unga som varken arbetar eller studerar finns i *pendlingskommuner näraorstäder* och i *större städer*. Störst andel finns i *landsbygdskommuner och pendlingskommuner till mindre tätorter*. För långtidsarbetslöshet finns ett samband med kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI).
- Utvecklingen i riket av andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd bland biståndstagare är relativt oförändrad, men mönstren indikerar en viss ökning bland kvinnorna samtidigt som andelen bland männen minskar. På kommungruppsnivå är andelen minst i *landsbygdskommuner med besöksnäring*. Största andelarna finns i *storstäder och större städer*. Samband indikeras mellan kommuners socioekonomiska förhållanden (CNI) och andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd bland biståndstagare.
- Valdeltagandet är fortsatt högt, men med stora skillnader mellan olika kommuner och val-

distrikt. I Nöjd-Inflytandeindex (som mäter kommuninvånarnas upplevelse av inflytande i kommunen), får drygt hälften av kommunerna ”godkänt” av sina invånare, medan ingen kommun når upp till betyget ”nöjd”.

- De flesta elever känner sig trygga i skolan, men det finns lokala skillnader. Fler i befolkningen avstår från att gå ut ensamma, särskilt kvinnor. Mönstren indikerar att andelen som avstått från att gå ut ensam är störst i *storstäder och storstadsnära kommuner*, i synnerhet i *pendlingskommuner näraorstäder*. Lägst andel finns i *landsbygdskommuner med eller utan besöksnäring*. I linje med detta tycks människors tillit till andra människor minska i större kommuner. Vidare indikeras att ju bättre socioekonomiska förhållanden (CNI), desto lägre andel som saknar tillit till andra människor. Sambandet stärks av att en större andel med endast förgymnasial utbildning saknar tillit, jämfört med gruppen som har eftergymnasial utbildning.
- I vissa kommuner uppger upp till 3 av 4 äldre med hemtjänst att de besväras av ensamhet.

Levnadsvanor

- Stillasittande är vanligare bland unga och i gruppen med eftergymnasial utbildning, jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning. Samtidigt är andelen fysiskt aktiva också störst bland unga och i gruppen med eftergymnasial utbildning. Konsumtionen av frukt och grönt är vanligare bland kvinnor och i gruppen med eftergymnasial utbildning. På kommungruppsnivå är andelen stillasittande, fysiskt aktivitet och konsumtion av frukt och grönt störst i *storstäderna*. Andelen fysiskt aktiva samvarierar också med socioekonomiska förhållanden (CNI) i kommunerna.
- Daglig rökning minskar i de flesta kommuner och regioner, liksom rökning och snusning

bland gravida. Skillnader i daglig rökning kvarstår mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. Därutöver indikeras också samband mellan daglig rökning och kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI). Riskkonsumtionen av alkohol bland unga minskar. För riskkonsumtionen av alkohol indikeras att störst andel finns i *storstäder och storstadsnära kommuner*, men även i *landsbygdskommuner med besöksnäring*, jämfört med övriga kommungrupper.

- Täckningsgraden för organiserad cellprovtagning är fortsatt hög i landet, men det finns regionala skillnader. Klamydia minskar i regionerna och i alla åldersgrupper. Majoriteten är kvinnor av det totala antalet rapporterade fall, vilket delvis förklaras av att det är mer än dubbelt så stor andel kvinnor som testar sig för klamydia jämfört med män.

Reflektioner om vägen fram

Hälsan har förbättrats i Sverige, men ojämlikheten i hälsa består mellan olika grupper, såsom kön, ålder och socioekonomi samt skillnader mellan olika delar av landet. Det är ofta större skillnader mellan olika socioekonomiska grupper än mellan könen, liksom att det är större skillnader inom en region än mellan regioner. Att arbeta för en bättre folkhälsa handlar om att arbeta strukturellt med livsvillkor och levnadsförhållanden, och samtidigt kompensera för dessa förhållanden genom hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Dessutom behövs åtgärder riktade mot grupper i särskilt utsatta situationer.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det förebyggande arbetet är likställt med det mer sjukvårdande arbetet. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården arbetar hälsofrämjande och förebyggande med arbetssätt som når alla grupper i befolk-

ningen. Men hälso- och sjukvården kan inte ensamma påverka orsakerna till ojämlikheten i hälsa. Flera politikområden är viktiga, inte minst de som har ansvar för barns uppväxt, skola, arbetsmarknad, socialtjänst, integration, livsmedel, miljö och bostäder. Därför är också kommunerna centrala aktörer, eftersom de i sina olika kärnuppdrag ansvarar för merparten av de välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa genom hela livet.

Resultaten i den här rapporten visar att det behövs ökad samverkan för att skapa samhälls-
liga förutsättningar för en god och jämlik hälsa

i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Konkreta åtgärder behöver anpassas till lokala behov och förutsättningar i nära samarbete mellan olika sektorer. Att minska hälsoskillnaderna i samhället är ett sektorsövergripande mål som behöver prioriteras högt på den politiska agendan på alla nivåer. Det ligger också i sektorernas eget intresse att arbeta för en god och jämlik hälsa, eftersom en friskare befolkning kommer att ha en positiv effekt på deras kärnuppdrag, syften och mål. Med andra ord, det ger goda skäl att tänka in hälsa i alla politiska områden.

Summary – Regional Comparisons Public Health 2019

In 2018, the Government presented the Bill entitled ‘Good and equitable public health – an advanced public health policy’ to the Riksdag in Sweden. The Bill was endorsed by the Riksdag in June 2018. The overarching objective of the public health policy has a clear focus on equitable health throughout the population, and a goal to reduce avoidable health inequalities within a generation (30 years). The regions can help to achieve this objective as part of their regional responsibility for sustainable societal development but also through their responsibility for healthcare. Municipalities are important as they are responsible for most of the welfare services that impact people’s health throughout their lives.

Regional Comparisons Public Health (Öppna jämförelser folkhälsa 2019) is an indicator-based comparative study, presenting 39 indicators. The indicators reflect health outcomes as well as social and living conditions, and lifestyle habits. Social conditions include socioeconomic factors such as education, work and occupation, while living conditions relate to the living environment, recreation, a sense of being able to influence your situation and levels of security and trust. Living conditions are affected by social conditions. Lifestyle habits relate to everyday behaviours that are often affected by social conditions and living conditions.

The comparisons are between municipalities and between regions. However, in order to understand the indicators in a wider context, trends over time at the national level and how the outcome is distributed between different groups based on gender, age and educational background characteristics are presented.

The report aims to provide regional and

local statistics to assist various management in decision-making and to prioritise activities to improve the public health, but it should also facilitate for in-depth analysis as part of systematic quality development. All the results featured in the report are presented in visual form in Kolada, the database for municipal and county council statistics. The Swedish Association of Local Authorities and Regions has produced a useful online toolkit to support the analysis and interpretation of local and regional results from the Regional Comparisons report. Further advanced reading is available on the Public Health Agency of Sweden’s website under the heading ‘Folkhälsorapportering och statistik’ (Public Health Reporting).

The results indicate that, for the population as a whole, levels of health are good and have improved. However, there remain inequalities in health and, in some instances, inequality has increased between different socioeconomic groups and also between regions and between municipalities. This means that the trend is not quite in the right direction to reduce disparities in health between different social groups and between different parts of the country. Our interpretation of this is that the differences are often due to inequality in social conditions and living conditions. We summarise the results of Regional Comparisons Public Health 2019 below:

Health in the general population

- Average life expectancy is increasing and residents continue to assess their own levels of health as good. However, there remain clear differences between different parts of the country and, in some cases, these are increasing. The local differences correlate

with the socioeconomic conditions in the municipalities (Care Need Index/CNI). This pattern is further reinforced by the fact that self-assessed health is better in groups with post-secondary education than in groups with only pre-upper secondary education.

- Obesity continues to increase in most municipalities and regions, and is more common in older people and those with limited education. Looking at different categories of municipalities, the proportion of obesity is greater in *rural municipalities* and *small towns* than in other groups. The lowest levels of obesity are in *large cities* and *municipalities near large cities*.
- Dental health has improved but there are major differences between municipalities, and the differences correlate with the socioeconomic conditions in the municipalities (CNI).
- The incidence of myocardial infarction has declined in both women and men. Mortality for lung cancer has declined in men. The results vary considerably between municipalities. There are also clear differences between groups with different educational backgrounds.
- Impaired mental well-being is more common in younger people, particularly in young women, and proportions continue to rise in some municipalities and regions. There are patterns indicating that impaired mental well-being is more common in those living in *large cities* and *municipalities near large cities* than in those living in other types of municipalities. The lowest proportion is found in *rural municipalities with visitor industry*. The number of suicides is relatively unchanged but varies from region to region. Suicide is twice as common in those with only pre-upper secondary education as in those who have post-secondary education.
- The number of injuries among children is

falling, but there are major regional differences, and injuries are more common among boys than girls.

- Injuries from falls among older people are declining in women in most regions, but are still more common in women than in men and also in groups with shorter education.

Social and living conditions

- In most municipalities, the proportion of children attending pre-school remains high, but the proportion of staff working in pre-schools with a university degree in education varies markedly from municipality to municipality. Patterns indicate that in the inland areas of northern Sweden there is a lower average number of staff in pre-schools with a university degree in education than in other parts of the country. The lowest proportions are found in *large cities* and *commuting municipalities near large cities*. The highest proportion is in *small towns* and commuting municipalities near small towns.
- The proportion of pupils eligible for upper secondary school varies considerably between the municipalities, as does the proportion of pupils who complete their upper secondary education within four years. There are patterns to indicate that, while a relatively high proportion of pupils in major urban centres are eligible for upper secondary school, these areas also feature the lowest proportion of pupils completing their upper secondary education. There is also some correlation with the socioeconomic conditions in the municipality, which indicates that the better the socioeconomic conditions (CNI) the greater the proportions of pupils eligible for upper secondary school and of pupils who complete their upper secondary education.
- The proportion of young people who are neither in work nor studying remains stable

at nine per cent, and long-term unemployment is stable at four per cent, but there is considerable variation between the municipalities. The patterns indicate that the smallest proportion of young people who are neither in work nor studying is in *commuter municipalities near large cities* and in *medium-sized towns*. The highest proportion is in *rural municipalities* and *commuting municipalities near small towns*. There is a link between the socioeconomic conditions in municipalities (CNI) and long-term unemployment.

- The national trend in the proportion of benefit recipients in receipt of long-term financial assistance remains relatively unchanged, but the patterns indicate some increase amongst women while the proportion of men in this category is falling. Amongst types of municipalities, the lowest proportion is found in *rural municipalities with visitor industry*. The highest proportions are in *large cities* and *medium-sized towns*. There are indications of links between the socioeconomic conditions in municipalities (CNI) and the proportion of benefit recipients who are in receipt of long-term financial assistance.
- The level of turnout in elections continues to be high, but there are major variations between different municipalities and constituencies. In the Satisfaction-Influence Index (Nöjd-Inflytandeindex (which measures residents' perceptions of their ability to influence their municipality), over half the municipalities are "approved" by their residents, while no municipality achieves a rating of "satisfied".
- Most pupils feel safe and secure in school, but there are local differences. In addition, many people across the population, particularly women, avoid going out alone due to fear of being attacked or harassed. The patterns indicate that the highest propor-

tion of people who avoid going out alone are found in *large cities* and in *municipalities near large cities*, in particular *commuter municipalities near large cities*. The lowest proportion is found in *rural municipalities whether they have or do not have visitor industry*. In line with this, it seems that the level of trust people have in other people is lower in large municipalities. There are also indications that the better the socioeconomic conditions (CNI), the lower the proportion of people who lack trust in other people. The link is reinforced in the fact that a higher proportion of those who only have pre-upper secondary education lack trust than those who have post-secondary education.

- In some municipalities, three out of four older people receiving a home care service state that they suffer from loneliness.

Lifestyle habits

- Young people and the group of people with post-secondary education are more likely to have more hours a day with sedentary lifestyle than people with only pre-upper secondary education. However, the proportion of people who are physically active is higher in young people and people with post-secondary education. The consumption of fruit and vegetables is more common in women and those with post-secondary education. Looking at different types of municipalities, the levels of people who are sedentary, physical activity and consumption of fruit and vegetables are highest in the large cities. The proportion of people who are physically active correlates with the socioeconomic conditions (CNI) in the municipalities.
- Daily smoking is reducing in most municipalities and regions as are smoking and use of 'snus' during pregnancy. There are still differences in levels of daily

smoking between groups with different educational backgrounds. In addition, there are indications of links between daily smoking and the socioeconomic conditions in municipalities (CNI). There has also been a reduction in high-risk consumption of alcohol amongst young people. The results show that there is more high-risk consumption of alcohol in *large cities and municipalities near large cities*, and also in *rural municipalities with visitor industry*, than in other categories of municipalities.

- Women attending organised cervical screening continues to be satisfying, but there are regional variations. Chlamydia is declining in the regions and across all age groups. Of the total number of reported cases the majority are women, which is partly explained by the fact that more than twice as many women get tested for chlamydia as men.

Reflections on the way forward

Health in Sweden has improved, but there is still inequality in terms of factors such as gender, age and socioeconomic circumstances and there are variations between different parts of the country. There are often greater differences between different socioeconomic groups than between genders, and, similarly, greater differences within a region than between regions. Working to improve public health requires adopting a structural approach to social and living conditions while compensating for these conditions by putting in place preventive measures and taking action to promote health. We also need measures aimed at groups who are particularly vulnerable.

The goal for healthcare is good health and care on equal terms for the whole population. Preventive work is just as important as the work focusing on medical care. It is therefore important that the healthcare sector also works, aside medical care, on both prevention and health promotion in ways that reach all the different groups in the population. However, the healthcare sector cannot have an impact on the causes of health inequality in isolation, it requires a multisector work. Several sectors are important, not least those relating to children's development, education, the labour market, social services, integration, food, the environment and housing. Municipalities are thus key players, as their core mission gives them responsibility for most of the welfare services that impact the health of the population throughout people's lives.

The results shown in this report show that greater cooperation is needed between different sectors if we are to create the right societal conditions for good and equitable health throughout the population, and to reduce avoidable health inequalities within a generation. The various sectors need to work closely together to adapt concrete measures to local needs and circumstances. Reducing the disparities in health in the community is a goal for all sectors that needs to be given high priority on the political agenda, at all levels. It is also in the interest of the sectors themselves to work to promote good health on equal terms for all, since a healthier population will have a positive effect on their core missions, aims and goals. In other words, there is good reason to ensure health is incorporated into all policy areas.

Inledning

Öppna jämförelser folkhälsa (ÖJ folkhälsa) syftar till att stimulera aktörer inom olika verksamheter på lokal och regional nivå till fördjupade diskussioner, analyser och strategiskt folkhälsoarbete.

Att ständigt utveckla verksamheter och nå en bättre kvalitet och folkhälsa, handlar om ett långsiktigt, strategiskt och målmedvetet arbete. I det arbetet är det centralt att veta vilka folkhälsoområden man behöver arbeta särskilt med, och vad det är som behöver utvecklas. Det kan vara en utmaning då folkhälsan är sektorsövergripande och inbegriper många aspekter av exempelvis fördelning av hälsan i olika grupper. Många gånger finns nödvändiga folkhälsodata på lokal och regional nivå, men uppgifterna är inte alltid sammanställda eller tillgängliga nationellt på ett och samma ställe. Utan lättillgängliga och användarvänliga folkhälsodata kan det vara svårt för kommuner och regioner att urskilja sitt eget mönster i utvecklingen av folkhälsan, i förhållande till andra kommuner och regioner.

Rapportens innehåll och användning

Den här rapporten innehåller lokala och regionala folkhälsodata utifrån ett sektorsövergripande livsloppsperspektiv. Varje indikator (39 stycken) beskrivs med koppling till hälsa, och hur situationen ser ut på såväl nationell som regional och lokal nivå. För att förstå indikatorn i ett vidare sammanhang presenteras även utvecklingen över tid, samt hur hälsan ser ut i olika grupper baserat på kön, ålder och utbildningsbakgrund. Socioekonomi kan fångas på flera sätt och i den här rapporten används utbildningsbakgrund. Verksamheter som genom förbättringsarbete kan påverka utvecklingen beskrivs också för varje indikator.

ÖJ folkhälsa innehåller ingen analys som fastställer orsaken till skillnaderna mellan kommuner och regioner, eftersom detta förutsätter kunskap om den lokala och regionala kontexten och kännedom om vad som redan görs. Geografisk placering, befolkningsmängd och -sammansättning samt demografiska och ekonomiska strukturer, är också faktorer som påverkar folkhälsan i kommuner och regioner. I ett strategiska utvecklingsarbete är därför analysen och valet av förbättringsåtgärder betydelsefulla och i många fall avgörande för hur väl arbetet kommer att lyckas.

ÖJ folkhälsa avser att stimulera lokala och regionala aktörer till att identifiera utvecklingsområden. Verksamheternas företrädare bör också göra djupare analyser utifrån lokala och regionala behov och förutsättningar, samt i förhållande till utvecklingen i liknande kommuner och regioner. För stöd i analysarbetet finns en webbaserad verktygslåda som arbetades fram av SKL i samband med föregående rapport 2014. Tidigare utvärderingar av ÖJ folkhälsa redovisas i bilaga 1.

Rapportens disposition

Första delen av rapporten innehåller bakgrund, syfte och metod. I bakgrunden relateras folkhälsan till kommunernas och regionernas roll och ansvar inom folkhälsoområdet, folkhälspolitik, hälsans bestämningsfaktorer samt hållbar utveckling, Agenda 2030.

Den andra delen redovisar läget och utvecklingen inom 39 indikatorer relaterade till hälsan i befolkningen och dess påverkansfaktorer på nationell, regional och lokal nivå. Alla indikatorerna har alltså en koppling både till människors hälsa, och till förebyggande och främjande åtgärder på lokal och regional nivå.

Under rubriken ”Det här kan regioner och kommuner göra” ger vi förslag på åtgärder för varje indikator.

Hälsan formas i ett samspel mellan de villkor och möjligheter som människor lever under, samtidigt är en god hälsa avgörande för att upprätthålla och utveckla dessa livsvillkor. Rapporten är därför indelad i tre avsnitt:

- Hälsan i befolkningen redovisas genom indikatorer som speglar hälsotillstånd, exempelvis hur länge vi lever, hur vi mår och om vissa folksjukdomar förekommer.
- Livsvillkor och levnadsförhållanden omfattar socioekonomiska faktorer och förutsättningarna i den miljö som människor lever och verkar i. Exempel på socioekonomiska faktorer är utbildning, arbete och sysselsättning. Exempel på levnadsförhållanden är boendemiljö, rekreation, känsla av inflytande, trygghet och tillit. Levnadsförhållanden påverkas av livsvillkoren.
- Levnadsvanor redovisar mänskliga beteenden i vardagliga aktiviteter som ofta påverkas av livsvillkoren och levnadsförhållanden.

Bakgrund

Folkhälsa och jämlikhet i hälsa

Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada (1). Hälsa inbegriper fyra positiva värden: långt liv, friskt liv, rikt liv och jämlikt liv. I definitionen betonas att en god hälsa ska ses som en resurs för samhället och dess individer, och inte enbart som ett mål i sig.

Till skillnad mot individens hälsa, är folkhälsa ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. Det tar hänsyn till såväl nivån på hälsan som fördelningen av hälsan. En god folkhälsa bör därmed innebära att hälsan ska vara så god som möjligt och så jämlikt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället (2).

Ojämlighet i hälsa kan definieras som systematiska skillnader i hälsa, som bedöms vara åtgärdbara, mellan olika samhällsgrupper utifrån exempelvis kön, socioekonomi och ålder. Ojämligheten skapas av att dessa grupper har systematiskt olika livsvillkor och levnadsförhållanden, som i sin tur kan påverka levnadsvanor och hälsoutfall. I alla samhällen finns också någon form av social gradient, det vill säga att inflytande, resurser och tillgång till varor och tjänster är ojämnt fördelade i samhället (3,4). Den sociala gradienten kan fångas på flera sätt, men oftast använder vi utbildningsbakgrund som indikator på människors sociala position.

Ojämligheten speglas också av vissa hierarkiska strukturer, där varje steg upp i hierarkin, till exempel i utbildningsnivå, har betydelse för hälsan. De med längst utbildning har generellt sett bättre hälsa än dem med medellång utbildning, som i sin tur har bättre hälsa än dem med kortare utbildning. Det finns också grupper i särskilt utsatta situationer, såsom personer med vissa funktionsnedsättningar, nyanlända och personer som står utanför arbetsmarknaden (2,4). Ofta tillhör en individ flera av dessa grupper.

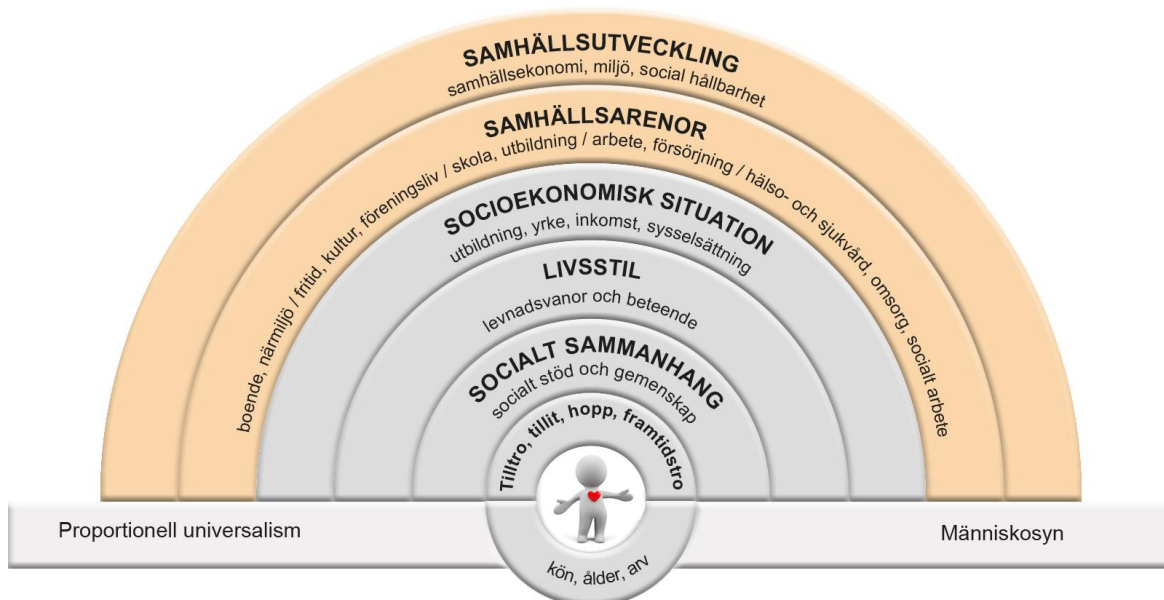
Under flera decennier har folkhälsorapporter visat stora skillnader i hälsa (3,4). Befolkningen i Sverige har fått bättre hälsa, men de stora socioekonomiska skillnaderna i hälsa kvarstår oavsett ålder och kön. Vissa socioekonomiska skillnader har också ökat över tid. Det är exempelvis större skillnader i livslängd mellan grupper med olika utbildningsbakgrund än mellan könen (5).

Termen bestämningsfaktor används i den folkhälsostrategiska diskussionen för faktorer som påverkar hälsotillståndet. Det är flera faktorer som samverkar på olika nivåer i samhället, exempelvis var och hur vi bor, vilken miljö vi lever i, barndomen och uppväxttiden, vår utbildning och vårt arbete. Bestämningsfaktorer kan både öka och minska risken för ohälsa (6).

De flesta bestämningsfaktorer är påverkbara, inte minst via politiska beslut inom till exempel sysselsättnings- och utbildningspolitik, medan andra handlar om förändringar i levnadsvanor, exempelvis rökning eller motionsvanor (6). Även om individens egna val har stor betydelse för hälsan, kan faktorer på samhälls- och strukturnivå skapa gynnsamma förutsättningar och stödjande miljöer för att underlätta hälsofrämjande val. Faktorer såsom arv, kön och ålder inverkar också på människors hälsa, men går sällan att påverka. Hälsans bestämningsfaktorer illustreras i figur 1.

Det är alltså inte enbart hälsorisker som varierar med social position, utan även hur mottagliga för eller motståndskraftiga mot olika hälsorisker vi är. Arbetet för en jämlik hälsa finns fastlagt i mål på olika samhällsnivåer nationellt och internationellt. Vanliga bakgrundsvariabler för att mäta jämlikhet i hälsa är inkomst, yrkestillhörighet, utbildningsbakgrund och födelseland (4).

Eftersom folkhälsan påverkas av många olika faktorer som inbegriper en rad olika aktörer i samhället, är det viktigt att arbeta tvärssektoriellt.



Figur 1: Hälsans bestämningfaktorer enligt Dahlgren och Whitehead (1991) modifierad 2014 av Östgötakommissionen (6).

Folkhälsoarbetet är långsiktigt, eftersom flera förhållanden samverkar och individer har olika förutsättningar. Ansvaret ligger både inom den offentliga och privata sektorn, men även frivilliga organisationer och inte minst den enskilda människan har stora möjligheter att bidra till en hälsofrämjande samhällsutveckling.

Lokala och regionala förutsättningar för strategiskt folkhälsoarbete

Regionerna har ett regionalt utvecklingsansvar för en hållbar samhällsutveckling, god tillväxt, hälso- och sjukvård och folkhälsa. Kommuner är viktiga eftersom de ansvarar för merparten av de välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa genom hela livet. Kommuner och regioner har dock skilda förutsättningar för att främja en god folkhälsa. Deras verksamheter

inriktning styrs av olika mål, prioriteringar och resursfördelning, något som även påverkar folkhälsoutfallen. Kommuner och regioner omfattas dessutom av många lagar som alla på olika sätt tar hänsyn till jämlika förutsättningar och jämlik hälsa. Därutöver behöver hänsyn tas till den lokala och regionala befolkningsstrukturen och dess socioekonomiska förutsättningar. Utbildnings- och inkomstnivå är starkt kopplade till levnadsvanor och hälsa.

Nationell folkhälsopolitik har funnits under lång tid och anpassats utifrån olika politiska inriktningar (7-9). I april 2018 lade regeringen fram en ny folkhälsoproposition: God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (10), och i juni 2018 fattade riksdagen beslut om ett omformulerat folkhälsomål och en ny målstruktur (tabell 1) med ökat fokus på jämlikhet. Det övergripande målet är *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik*

Tabell 1 visar hur de 8 nya målområdena är sorterade i relation till de 11 tidigare målområdena (10).

8 målområden	11 målområden
1. Det tidiga livets villkor	3. Barns och ungas uppväxtvillkor
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 3. Barns och ungas uppväxtvillkor
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 4. Hälsa i arbetslivet
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
5. Boende och närmiljö	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 5. Miljöer och produkter 7. Skydd mot smittspridning
6. Levnadsvanor	7. Skydd mot smittspridning 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa 9. Fysisk aktivitet 10. Matvanor och livsmedel 11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel
7. Kontroll, inflytande och delaktighet	1. Delaktighet och inflytande i samhället 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	6. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (10). Följande målområden fastställdes för det samlade folkhälsoarbetet:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Kommuner och regioner är centrala aktörer, eftersom de i sina verksamheters kärnuppdrag ansvarar för merparten av de välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa genom hela livet. För att underlätta ett långsiktigt och tvärsektorielt arbete för en god och jämlik hälsa på lokal och regional nivå, är det också viktigt med stöd från statliga aktörer utifrån folkhälso- och sjukvårdens målområden.

Att arbeta för en bättre folkhälsa handlar om att arbeta strukturellt med livsvillkor och levnadsförhållanden, och samtidigt kompensera för dessa förhållanden genom hälsofrämjande och förebyggandeåtgärder. För att ytterligare bidra till en mer jämlik hälsa kan samhällsservice och verksamheter utforma generella åtgärder som anpassas utifrån de grupper som har störst behov, så att åtgärderna verkligen når alla proportionerligt utifrån deras olika behov.

Många kommuner och regioner har länge följt utvecklingen av hälsa och välfärd, fördelningen mellan olika grupper samt dess bakomliggande orsaker. Dessutom har flera kommissionsarbeten genomförts, och pågår ännu i både kommuner och regioner för att skapa social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa.

Hösten 2018 genomförde SKL en totalundersökning om kommunernas och regionernas folkhälsoarbete (ännu inte publicerad). De vanligaste områdena i folkhälsoarbetet i kommuner och regioner handlar om är jämlik hälsa, tidiga livets villkor samt levnadsvanor. I kommunerna är det även vanligt att arbeta med delaktighet

och inflytande, och i regionerna att arbeta med jämlik och hälsofrämjande sjukvård. Folkhälsa ingår i styrdokument i både kommuner (87 procent) och regioner (100 procent). Oftast finns målen och planeringen i ordinarie styrdokument för mål och budget samt i separata styrdokument för folkhälsoarbetet (policy, strategier etc.). I regioner är arbetet även integrerat i Regional utvecklingsstrategi (RUS). Utveckling och samordning sköts i många kommuner av en ansvarig tjänsteperson (60 procent), och i regioner inom en enhet för folkhälsa (55 procent), eller en enhet för flera olika områden där folkhälsoarbetet ingår (45 procent). Hur kommuner och regioner väljer att organisera sitt folkhälsoarbete skiftar.

Folkhälsa och hållbar utveckling – Agenda 2030

Folkhälsa är en del av arbetet med hållbar utveckling. Begreppet hållbar utveckling användes av Brundtlandkommissionen och definieras som

”en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov” (11,12).

Utvecklingen ska vara hållbar både ekonomiskt, socialt och ekologiskt. Inom det ekonomiska området ryms aspekter kopplade till ekonomiska resurser, tillväxt och utveckling. Det sociala området innefattar människors hälsa, behov, utveckling och sociala resurser. Det ekologiska området handlar om yttre miljöförhållanden såsom vatten, luft, naturresurser samt människans samspel med dessa. Områdena är tillsammans beroende av varandra och inget av dem är överordnat de övriga eller kan ses som ett eget system (11). En ohållbar utveckling inom något av de tre områdena påverkar de övriga. Exempelvis kommer en överkonsumtion av naturens resurser (ekologiska området) att kräva stora förändringar inom det ekonomiska systemet

(ekonomiska området), vilket sin tur påverkar resursfördelningen (sociala området) (11).

Det finns också ekonomiska tillväxtmodeller som lyfter fram hälsans påverkan på humankapitalet. En god folkhälsa bidrar därmed till en hållbar utveckling och ekonomisk tillväxt (11,12). Det finns omvänt ett starkt samband mellan ohälsa och svag lokal ekonomi. Samhällen med hög ohälsa och sjukskrivning har svårt att få en god ekonomisk utveckling utan att bekämpa ohälsan. Medellivslängden kan därför ses som ett väsentligt mått på hur välfärdsstater lyckas skapa förutsättningar för bättre levnadsvillkor (13,14).

Vid FN:s toppmöte i september 2015 antogs Agenda 2030 med 17 globala mål och 169 delmål för hållbar utveckling (15). Agendan ska vara vägledande för de beslut som FN och världens länder fattar under perioden 2016–2030. Agendans mål är integrerade och odelbara, och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: ekonomiska, sociala och ekologiska (15). Utöver mål 3 som specifikt handlar om hälsa och välbefinnande för alla, har många av de övriga globala målen direkt bäring på hälsa och därmed folkhälsoarbetet i Sverige.

Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Agenda 2030 poängterar vikten av att säkerställa fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Främjande och förebyggande insatser för en god folkhälsa kan ses som en integrerad del i agendans alla delar, och som en förutsättning för en hållbar samhällsutveckling, ekonomiskt, socialt och ekologiskt (15).

För att omsätta de globala målen i Agenda 2030 krävs ett strategiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå. Det handlar om att skapa synergier mellan det praktiska folkhälsoarbetet som sker på daglig basis på lokal och regional nivå, den nationella

folkhälsopolitiken och Agenda 2030. Agenda 2030 är ett ramverk som kan göra det lättare att identifiera vad som behöver utvecklas men som måste anpassas utifrån de specifika förutsättningarna som finns på lokal och regional nivå. Därför är det viktigt att ta hänsyn till de globala målen i verksamheters flerårsplaner och budgetar, långsiktiga visioner och strategier, översiktsplaner och regionala utvecklingsplaner. Många kommuner och regioner har länge arbetat för hållbar utveckling utifrån såväl ekonomiska, ekologiska som sociala aspekter. Idag finns ytterligare flera lokala och regionala initiativ i Sverige som initierats genom Agenda 2030 (16).

I ett internationellt perspektiv är folkhälsan

i Sverige generellt sett god, men utvecklingen av medellivslängden har planat ut något under det senaste decenniet. Dessutom är det tydliga regionala och lokala skillnader i Sverige. Dessa skillnader avspeglas också internationellt. Kvinnor i Europa, liksom i Sverige, lever i genomsnitt längre än män. Trots en i allmänhet god hälsoutveckling finns påtagliga skillnader i hälsa, såväl inom som mellan länder (5,17). Grupper med låg socioekonomisk position lever i genomsnitt kortare och har större ohälsa, än de med högre socioekonomisk position (5,17). Utmaningen att minska ojämlikheten är således gemensam mellan världens länder, vilket återspeglas i de globala målen 3, 5 och 10 i Agenda 2030.

Referenser

1. Socialstyrelsens Termbank. Hämtad från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv>
2. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet; 2000.
3. CSDH. Closing the gap in a generation; health equity through action on the social determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization; 2008.
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
5. Regionförbundet Östman. Östgotakommissionen för folkhälsa. Slutrapport. Uppsala 2014. Hämtad från: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/Folkhalsorapport.pdf>
6. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>
7. Regeringen. Mål för folkhälsan. ID-nummer: Prop. 2002/03:35. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49bbe3/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan>
8. Regeringen. Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt. ID-nummer: Skr. 2005/06:205. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b69c/contentassets/ac245edb882d414b-b08639edaf2f8cf9/folkhalsopolitik-for-jamlikhet-i-halsa-och-hallbar-tillvaxt-skr.-200506205>
9. Regeringen. En folkhälsopolitik med människan i centrum. ID-nummer: Skr. 2011/12:166. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b69a/contentassets/b5616eba03c9407eb-3016140b1744ad2/en-folkhalsopolitik-med-manniskan-i-centrum-skr.-201112166>
10. Regeringen. Regeringens proposition 2017/18:249. Hämtad från: https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf
11. Malmös väg mot en hållbar framtid, hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö; 2013.
12. Keeble BR. The Brundtland Commission: environment and development to the year 2000. *Medicine and war*. 1987;3(4): 2017-10.
13. Stigendahl M, Östergren P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013.
14. Hälsoekonomi och hälsoarbete. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
15. Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling. Rapport 2007:8. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
16. Regeringen. Agenda 2030 och Globala målen. Hämtad från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
17. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. WHO regional office Europe 2014. Köpenhamn: UCL Institute of Health Equity, WHO; 2014.

Syfte

Öppna jämförelser definieras generellt som återkommande indikatorbaserade jämförelser lokalt och regionalt. Denna rapport handlar om befolkningens hälsa, livsvillkor och levnadsförhållanden samt levnadsvanor.

Det övergripande syftet med rapporten är att fungera som stöd för ansvariga huvudmän och utförare inom välfärdssektorn i arbetet med att främja en god folkhälsa. Vidare är rapporten ett underlag för uppföljning, analys, utveckling, förbättring och lärande i lokala, regionala och nationella verksamheter. Det innebär att rapporten ska

- stimulera till lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- utgöra ett underlag för ledning och styrning.

Avgränsningar

De redovisade indikatorerna ger inte en heltäckande bild av folkhälsoområdet. Brister i datatillgången begränsar möjligheterna att göra heltäckande jämförelser. Kommuner och regioner har ofta tillgång till egen statistik, men är inte alltid tillgängliga för jämförbara analyser. Därför är många resultat svåra att jämföra över landet. Inhämtning av data har skett under september till november 2018, det vill säga den data som fanns tillgänglig under perioden. Vissa datakällor kan ha uppdaterats vid ett senare tillfälle.

Metod

ÖJ folkhälsa har en beskrivande karaktär och har tidigare publicerats år 2009 och 2014. ÖJ folkhälsa 2019 publicerar Folkhälsomyndigheten i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). De flesta indikatorer som redovisades 2009 och 2014, följs även upp i den här rapporten.

En indikator är något som kan mätas, och används för att spegla ett tillstånd eller en förändring i ett större system. Indikatorer är det verktyg som används i uppföljningar och utvärderingar.

Varje indikator i den här rapporten redovisas med en förklaring till varför området är viktigt för folkhälsan, en kort beskrivning av data, en övergripande tolkning av resultaten samt vilka arenor som kan bidra till förbättring. Referenserna ger möjlighet till ytterligare fördjupning och stöd i analys- och förbättringsarbetet.

Redovisning och datakvalitet

En redovisning av jämförelser på lokal och regional nivå ställer stora krav på datakvalitet, täckningsgrad och tolkningsbarhet. Beroende på datakvaliteten redovisas data med diagram på riksnivå, alternativt kommungenomsnitt, över en längre tidsperiod. Där uppgifter finns tillgängliga beskrivs även skillnader och trender för olika grupper, och därefter presenteras indikatorn på regional och lokal nivå i form av text och diagram.

Resultatredovisningen är tänkt att ge en nulägesbild utifrån ett urval indikatorer, vars data har tillräcklig täckningsgrad för att möjliggöra nationella jämförelser av resultaten på regional och lokal nivå. De indikatorer som redovisas här är en uppdatering av de som valdes ut tillsammans med kommuner och regioner i samband med Öppna jämförelser 2014. De förändringar

som gjorts sedan 2014 finns redovisade i bilaga 2. Indikatorerna speglar de nationella folkhälso-politiska målområdena. För de flesta indikatorer gäller att verksamheterna kan påverka utvecklingen av indikatorn.

Sett från ett livsloppsperspektiv finns fler indikatorer med fokus på den vuxna befolkningen, än på barn och äldre. Det beror på att data för barn ofta finns på lokal och regional nivå, men finns inte alltid tillgängliga för nationella analyser.

I statistik finns alltid en del osäkerhet, vilken bland annat kan beskrivas av ett konfidensintervall. Det redovisas inte alltid, men när det finns är det viktigt att ta hänsyn till det. Ett konfidensintervall visar det spridningsintervall som det "sanna" resultatet av den uppmätta andelen, indexet eller medeltalet med stor säkerhet ligger inom. Det används för att uppskatta osäkerheten i mätningen. Det "sanna" värdet antas befinna sig någonstans mellan den angivna övre och nedre gränsen, med 95 procents säkerhet. I diagrammen visas konfidensintervall med streck vid de staplar eller prickar som visar värdet. Om konfidensintervallen överlappar varandra finns ingen statistiskt säkerställd skillnad.

För att säkerställa att datamängden är tillräckligt stor för att göra analyser, används längre tidsperioder, så kallade flerårsmedelvärden. Annars skulle den statistiska osäkerheten bli alltför stor, eftersom de årliga resultaten kan variera beroende på slumpen och inte av faktiska skillnader.

Variablerna som redovisas är relaterade till kön, ålder och socioekonomi (i denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp). Dessa speglar olika förutsättningar som kan påverka resultaten om djupare analyser ska utföras på lokal och regional nivå. I rapporten presenteras resultaten

uppdelat på kvinnor och män, och med hänsyn till datatillgång enligt följande:

- utvecklingen i riket över tid
- åldersindelningar
- utbildningsbakgrund utifrån tre grupper, förgymnasial (oftast grundskola), gymnasial och eftergymnasial utbildning, som hämtats från Statistiska centralbyråns utbildningsregister för befolkningen 35–74 år
- jämförelser mellan regioner
- jämförelser mellan kommuner.

Resultaten sorteras efter indikatorvärdet, det vill säga utifrån önskvärd riktning. Det innebär att en placering högt i upp i diagrammen är ett bättre utfall än en lägre placering. Sorteringen görs även i de fall där datakvaliteten är sämre, där skillnaderna är små och den slumpmässiga variationen är större.

Läns- och regionredovisning

I rapporten förekommer benämningarna län, regioner och kommuner, beroende på vilka verksamheter och organisationer som indikatorn relaterar till. Data på läns- eller regionnivå är utformade som stapeldiagram, och är sorterade efter värdets riktning. Förutsatt att det finns könsuppdelade data, presenteras ett diagram för kvinnor och ett för män. Tidigare jämförelseperiod och eventuellt konfidensintervall visas i grått. Ett värde för rikets genomsnitt anges i en annan färg än den som staplarna för regionerna har. I vissa fall saknas ett genomsnitt för riket; då visas istället ett genomsnitt av kommunresultaten (vilket kallas ”ovägt medelvärde” i Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada). Riket är samma sak som vägt medelvärde, under förutsättning att data finns för samtliga kommuner.

Kommunredovisning

Data på kommunnivå är sorterade och redovisade efter utfall i så kallade forest-plots-diagram, det vill säga som prickar, med en referenslinje för riket och i vissa fall med konfidensintervall. När det finns en jämförelseperiod, visas det med en grå prick. Kommun-diagrammen visar oftast data som inte är könsuppdelade, eftersom underlaget i många fall är för litet för att delas upp på kön. I vissa diagram visas resultat från flera datakällor då resultaten är jämförbara. Avsikten är att så många kommuner som möjligt ska kunna redovisas med resultat. Läs mer i bilaga 3 om hantering av resultat från regionala hälsoenkäter.

Kommuner och regioner tolkar bäst sina egna resultat

Det är viktigt att beakta strukturella och organisatoriska olikheter när man tolkar resultaten. Främst bör företrädare för kommunerna och regionerna själva göra tolkningen och analysen. Texterna innehåller därför ingen analys som fastställer orsaker, när det finns skillnader i diagrammen. Däremot innehåller texterna, när det är möjligt, orsaksanalyser mellan indikatorn och olika hälsoutfall eller tillstånd, med hänvisning till referenser.

För en del indikatorer har enkla analyser genomförts i kommun- och landstingsdatabasen Kolada (utan statistiska parametrar, som exempelvis signifikans eller kausala samband). Syftet var att identifiera övergripande mönster som kan underlätta tolkningen av resultaten utifrån geografi, kommunstorlek, kommungrupp samt utifrån kommuners och regioners socioekonomiska förhållanden.

Kommunernas storlek har grupperats utifrån invånarantal: 0–4 999, 5 000–9 999, 10 000–14 999, 15 000–19 999, 20 000–29 999, 30 000–49 999, 50 000–99 999, 100 000–199 999 samt > 200 000

För kommungruppsindelningen har SKL:s indelning använts:

- A. Storstäder och storstadsnära kommuner
 - A1. Storstäder – kommuner med minst 200 000 invånare varav minst 200 000 invånare i den största tätorten.
 - A2. Pendlingskommun nära storstad – kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.
- B. Större städer och kommuner nära större stad
 - B3. Större stad – kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.
 - B4. Pendlingskommun nära större stad – kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.
 - B5. Lågpendlingskommun nära större stad – kommuner där mindre än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.
- C. Mindre städer/tätorter och landsbygds-kommuner
 - C6. Mindre stad/tätort – kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.
 - C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort – kommuner där minst 30 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i annan mindre ort och/eller där minst 30 procent av den sysselsatta dagbefolkningen bor i en annan kommun.
 - C8. Landsbygdskommun – kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30 procent).
 - C9. Landsbygdskommun med besöksnäring – landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, dvs. antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/hotell/restaurang i förhållande till invånarantalet.

För gruppering utifrån kommunernas socioekonomiska förhållanden används samlings-

mättet Care Need Index (CNI) – ett mått som Statistiska centralbyrån, SCB, använder för att visa socioekonomiska förhållanden som har ett samband med risk för ohälsa. Definitionen av CNI är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. CNI utgår från följande variabler som ges olika vikt, här sorterade i fallande ordning: Ålder 65+ och ensamstående, utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, invånare 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt inom kommunen, invånare med kort utbildningsbakgrund 25–64 år samt invånare 0–4 år.

Djupare analyser om orsaker förutsätter kunskap om de lokala och regionala omständigheterna och vad som redan görs. Här är det verksamhetens företrädare som har de bästa förutsättningarna att tolka och värdera sina utfall. Den lokala eller regionala analysen kan sedan ligga till grund för relevanta åtgärder för att förbättra verksamhetens resultat och kvalitet. Att synliggöra uppföljning, analys och åtgärder som relaterar till uppsatta mål samt dokumentation, är en viktig del i det lokala och regionala kvalitetsarbetet. Analysen bör genomföras med inriktning på olika organisatoriska nivåer och omfatta hela styrkedjan.

Relaterade folkhälsostatistiska verktyg och produkter

All statistik som hör till Öppna jämförelser folkhälsa finns i verktyget Jämföraren, som finns att tillgå i kommun- och landstingsdatabasen Kolada (www.kolada.se). När resultaten relateras till socioekonomiska förhållanden på lokal och regional nivå, så finns det ofta större skillnader inom en region än mellan regioner, vilket också blir tydligt i kommunjämförelserna. Dessutom finns skillnader mellan storstads- och landsbygdsområden. Den typen av

information är viktig och kan vidare analyseras i Kolada, liksom jämförelser mellan kommuner och mellan regioner.

I samband med Öppna jämförelser folkhälsa 2014 arbetade SKL fram en webbaserad verktygslåda, för att visa hur rapporten kan användas som ett underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Verktygslådan kan användas inom verksamheter som en integrerad del av styrning och ledning på framförallt lokal nivå, för att förbättra hälsan i befolkningen. Med verktygslådan som stöd kan kommuner analysera sin verksamhet, lära av varandra,

förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

På Folkhälsomyndighetens webbplats finns Folkhälsans utveckling beskriven på nationell och regional nivå, tillsammans med djupare analyser av utvecklingen i olika grupper som bland annat utgår från kön, utbildning och födelseland. På Folkhälsomyndighetens webbplats finns också databaserna Indikatorslabbet och Folkhälsodata samt visualiseringsverktyget Folkhälsostudio, där data finns att tillgå på såväl lokal som regional nivå för egna bearbetningar och analyser.

Hälsan i befolkningen



Sammanfattning

Hälsoutvecklingen i befolkningen har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort, och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. Medellivslängd och självskattat allmänt hälsotillstånd är två mått som ofta används för att beskriva hälsan i befolkningen och dess utveckling. Dessa mått är ofta resultat av bakomliggande faktorer såsom olika livsvillkor, möjligheter och resurser. Mycket kan påverkas av välfärdsinstitutioner som hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Den service som välfärdsinstitutionerna erbjuder medborgarna kan i bästa fall kompensera och stärka möjligheterna för grupper med mindre egna resurser.

Andra indikatorer som ger en viss inblick i befolkningens hälsa är tandhälsa, förekomst av fetma samt skador i befolkningen, eftersom de har en stark koppling till levnadsvanor och vårdutnyttjande. Vidare är cancer, hjärt-kärlsjukdomar och psykisk ohälsa stora folksjukdomar som till viss del går att förebygga genom hälsopolitiska åtgärder.

Statistik från Statistiska centralbyrån (SCB) visar att storstadskommuner, större städer och förortskommuner till storstäder, generellt har liknande förutsättningar i form av befolkningstillväxt, fler med längre utbildning och högre medelinkomster än övriga kommungrupper. Ofta avspeglas detta i god hälsa i befolkningen, med visst undantag för kortare medellivslängd och psykisk ohälsa i storstäderna. I landsbygdskommuner däremot finns generellt färre med längre utbildning, färre höginkomsttagare och ett minskande befolkningssunderlag på grund av urbanisering.

Resultatet i det här avsnittet visar följande:

- Medellivslängden ökar i alla regioner, samtidigt som skillnaderna ökar mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.
- Den självskattade hälsan i befolkningen är fortsatt god, men det finns stora skillnader mellan kommunerna.
- Fetman fortsätter att öka i kommuner och regioner, och är vanligare bland dem med kort utbildning.
- Tandhälsan har förbättrats, men det finns stora skillnader mellan kommunerna.
- Insjuknande i hjärtinfarkt varierar avsevärt mellan kommunerna, och män med kort utbildning drabbas oftare.
- Dödligheten i lungcancer minskar bland män, men det finns fortfarande stora skillnader mellan olika kommuner och mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.
- Den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten minskar bland män, men det finns fortfarande stora skillnader mellan olika regioner och mellan olika utbildningsgrupper.
- Den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom (kärkramp/hjärtinfarkt) minskar bland män, men det finns fortfarande stora skillnader mellan olika regioner och mellan olika utbildningsgrupper.
- Nedsatt psykiskt välbefinnande hos unga kvinnor och män ökar i en del kommuner och regioner.
- Användningen av sömnmedel och lugnande läkemedel minskar, men de lokala och regionala skillnaderna kvarstår, liksom de stora skillnaderna mellan kön och utbildningsgrupper.
- Suicid är dubbelt så vanligt bland dem med kort utbildning, men de regionala skillnaderna är stora.
- Skador bland barn minskar, men det finns stora regionala skillnader och fler pojkar drabbas jämfört med flickor.
- Antal fallskador som leder till slutenvård bland äldre minskar bland kvinnor i de flesta regionerna, men är fortfarande vanligare bland kvinnor än bland män, samt i grupper med kort utbildning.

1. Medellivslängd

Medellivslängden är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Det är ett demografiskt mått som visar hur länge ett nyfött barn förväntas leva i genomsnitt, om dödligheten förblir densamma som för den period beräkningen görs. Måttet är egentligen återstående förväntad medellivslängd vid födseln, och det sammanfattar dödlighet och överlevnad för alla åldrar samtidigt. Ett barn som dör påverkar alltså medellivslängden mer än en äldre person (1-3).

Medellivslängden i Sverige har varit bland de högsta i världen sedan 1990-talet, och i början av 1970-talet var den högst av alla länder i världen (1). Ökningen har dock mattats av, och under 2010-talet har flera länder passerat Sverige. År 2015 var medellivslängden i samtliga EU-länder 80,6 år och i Sverige 82,2 år. Sveriges medellivslängd är den femte högsta i EU (1). I Sverige har gapet i medellivslängd mellan grupper med olika utbildningsbakgrund ökat stadigt sedan början av 1990-talet. Den minst gynnsamma utvecklingen har kvinnor med endast grundskoleutbildning haft. Vid 30 års ålder, en ålder då de flesta har hunnit utbilda sig, har den återstående medellivslängden för kvinnor med förgymnasial utbildning varit oförändrad den senaste 20-årsperioden (3).

Medellivslängden ökar i Sverige generellt sett, vilket speglas av att den förtida dödligheten minskar på flera områden. Exempelvis minskar dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och tre av de fyra vanligaste formerna av cancer: prostatacancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer (3).

Medellivslängden har inte ökat hos personer med en psykiatrisk diagnos på samma sätt

som i den totala befolkningen. Personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning har ofta sämre hälsa och ökad dödlighet, jämfört med befolkningen i övrigt. Dessutom riskerar de även att få sämre livsvillkor i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning (4).

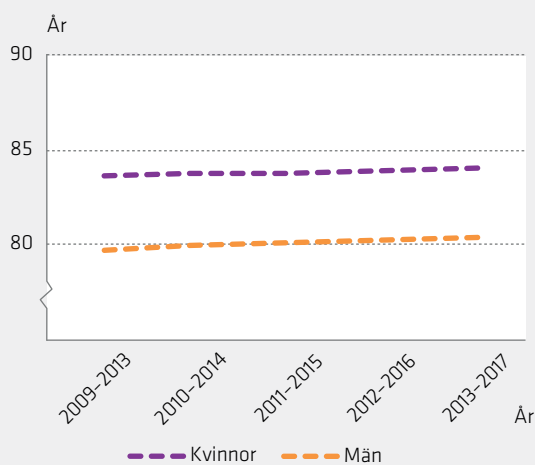
Indikatorn medellivslängd mäter beräknat antal levnadsår vid födseln (2,3).

Längre medellivslängd i alla regioner men skillnaderna mellan utbildningsgrupper ökar

Under 2013–2017 var den återstående förväntade medellivslängden vid födseln 84 år för kvinnor och 80 år för män (Diagram 1).

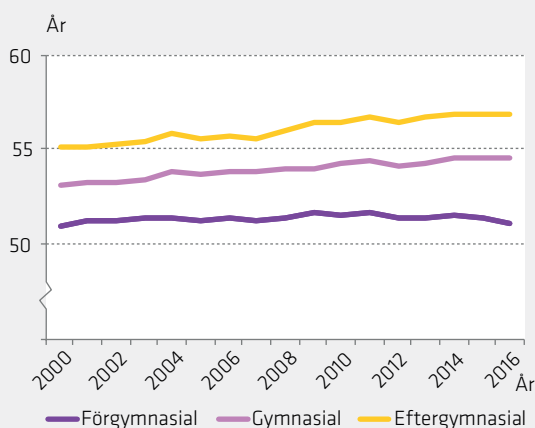
Det finns också skillnader mellan grupper med olika utbildningsbakgrund (Diagram 2, 3). Eftergymnasialt utbildade kvinnor och män förväntas leva 6 år längre än de med förgymnasial utbildning.

DIAGRAM 1 – RIKET: Återstående förväntad medellivslängd vid födseln.



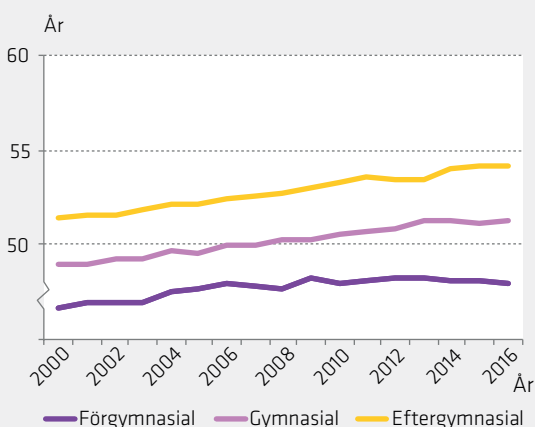
Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 2 – UTBILDNING. KVINNOR: Återstående förväntad medellivslängd vid 30 års ålder.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 3 – UTBILDNING. MÄN: Återstående förväntad medellivslängd vid 30 års ålder.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Den återstående medellivslängden vid födseln har förbättrats för samtliga regioner 2013–2017 jämfört med 2010–2014 (Diagram 4, 5). Skillnaderna mellan olika regioner har varit relativt konstanta under samma perioder. För kvinnor var medellivslängden högst i Kronobergs län (84,8 år) och för män var medellivslängden högst i Hallands

län (81,5 år) 2013–2017. För kvinnor skiljer sig medellivslängden med 2 år mellan det län som har högst medellivslängd och det län som har lägst. För män är motsvarande siffra 2,6 år. Skillnaderna är större på kommunnivå (Diagram 6). Medellivslängden bland kvinnor i olika kommuner varierar mellan 79,7 år och 86,0 år, och motsvarande för män är 75,8–84,0 år. Därutöver indikerar resultatet en högre medellivslängd i södra halvan av landet, jämfört med den norra halvan av Sverige, särskilt för kvinnorna. Dessutom finns en viss samvariation mellan medellivslängd och kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI). Mönstret stärks av de socioekonomiska skillnader som visas i utbildningsdiagrammen 2 och 3.

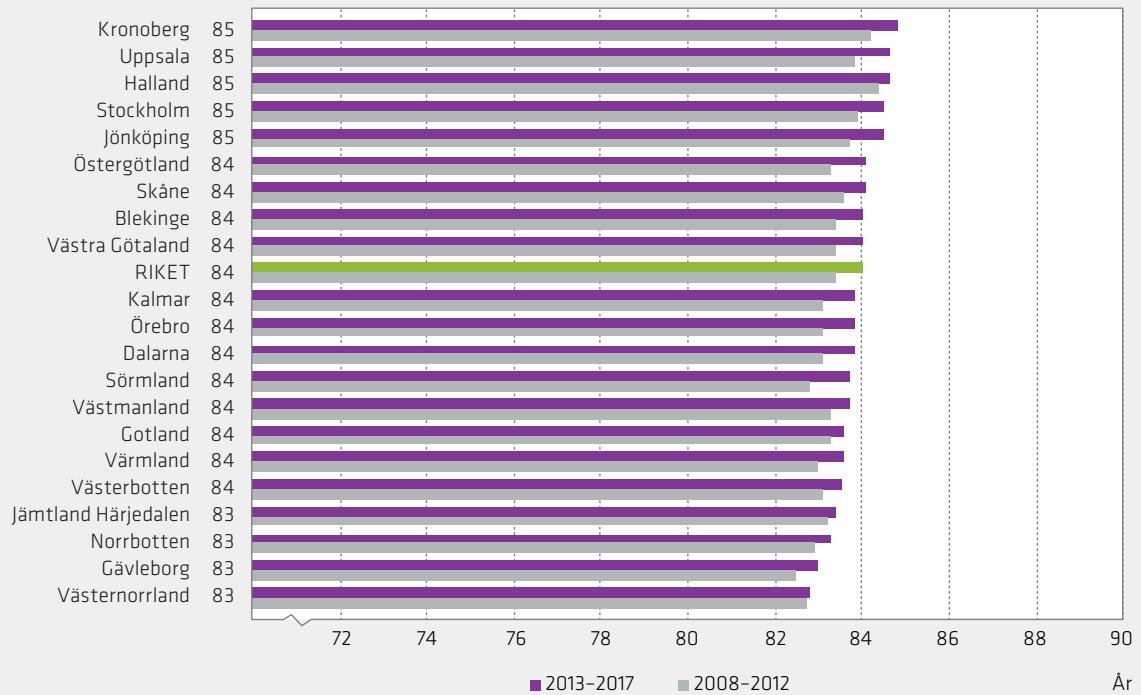
Det här kan regioner och kommuner göra

Många aktörer på olika samhällsnivåer kan påverka hälsan och medellivslängden. Insatserna innefattar allt från generell lagstiftning till mer individuella åtgärder såsom fysisk aktivitet på recept och hjälp med att sluta röka (5).

Regionerna har regionalt utvecklingsansvar för en hållbar samhällsutveckling, god tillväxt och folkhälsa. Därutöver har regionen ansvar för att hälso- och sjukvård ges på lika villkor och att de arbetar förebyggande, exempelvis genom att stödja individen i valet av mat- och motionsvanor.

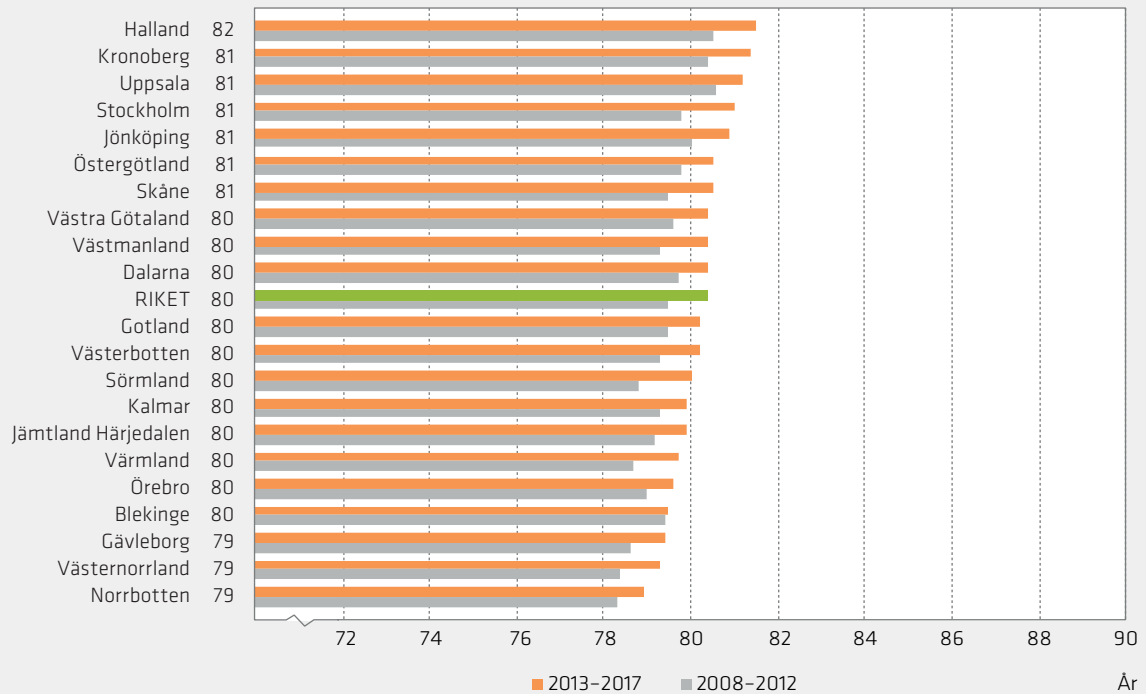
Kommunerna har uppgifter och ansvar inom så gott som alla samhällspolitiska områden. De arbetar bland annat aktivt med samhällsplanering och bostadspolitik för att skapa hälsofrämjande boende- och områdesmiljöer, med arbetsmarknadsinsatser, samt med satsningar inom utbildningsområdet för att främja lärande och en god skolmiljö (5).

DIAGRAM 4 – LÄN/REGION. KVINNOR. Återstående förväntad medellivslängd vid födseln, perioden 2013–2017.



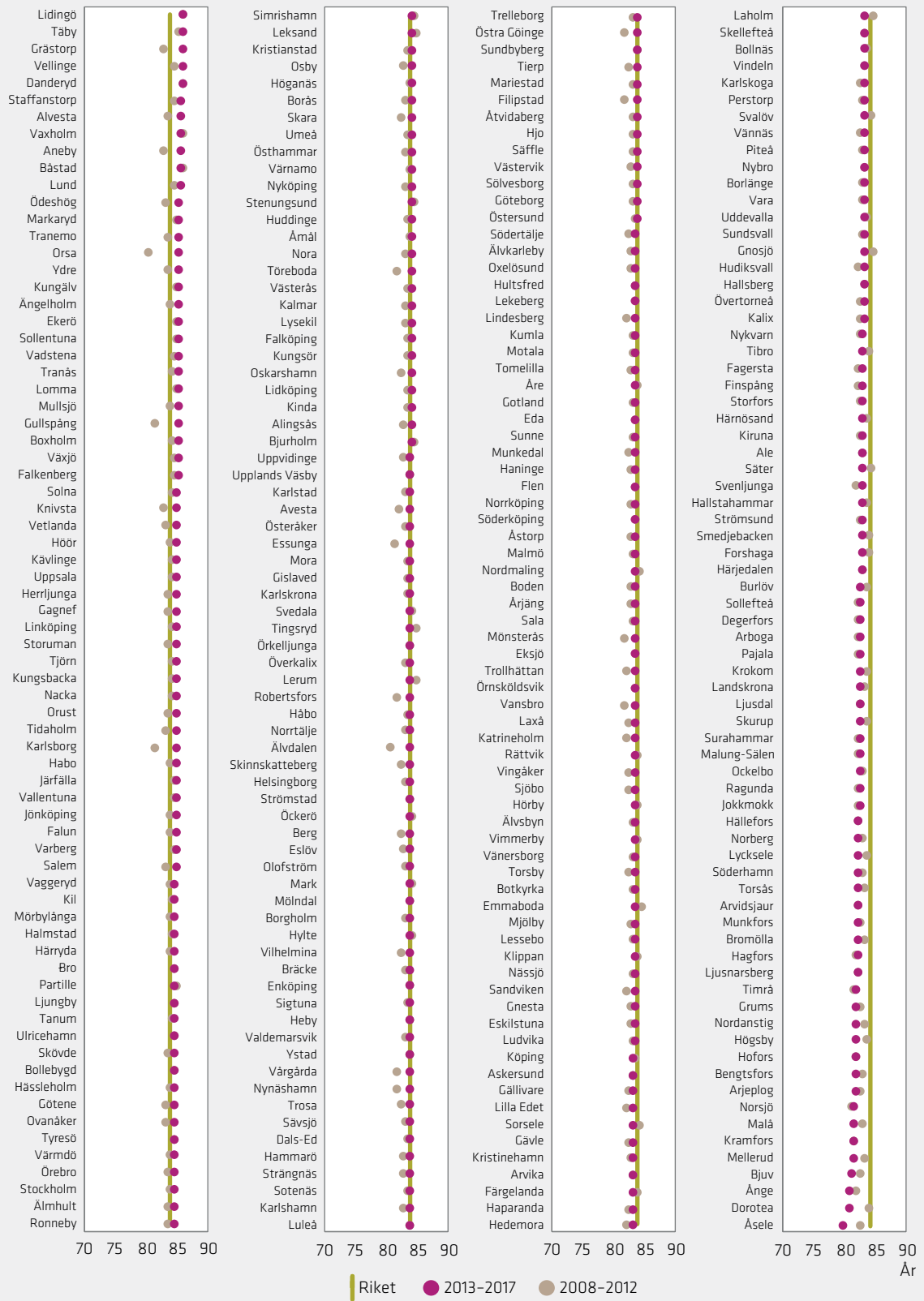
Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 5 – LÄN/REGION. MÄN. Återstående förväntad medellivslängd vid födseln, perioden 2013–2017.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

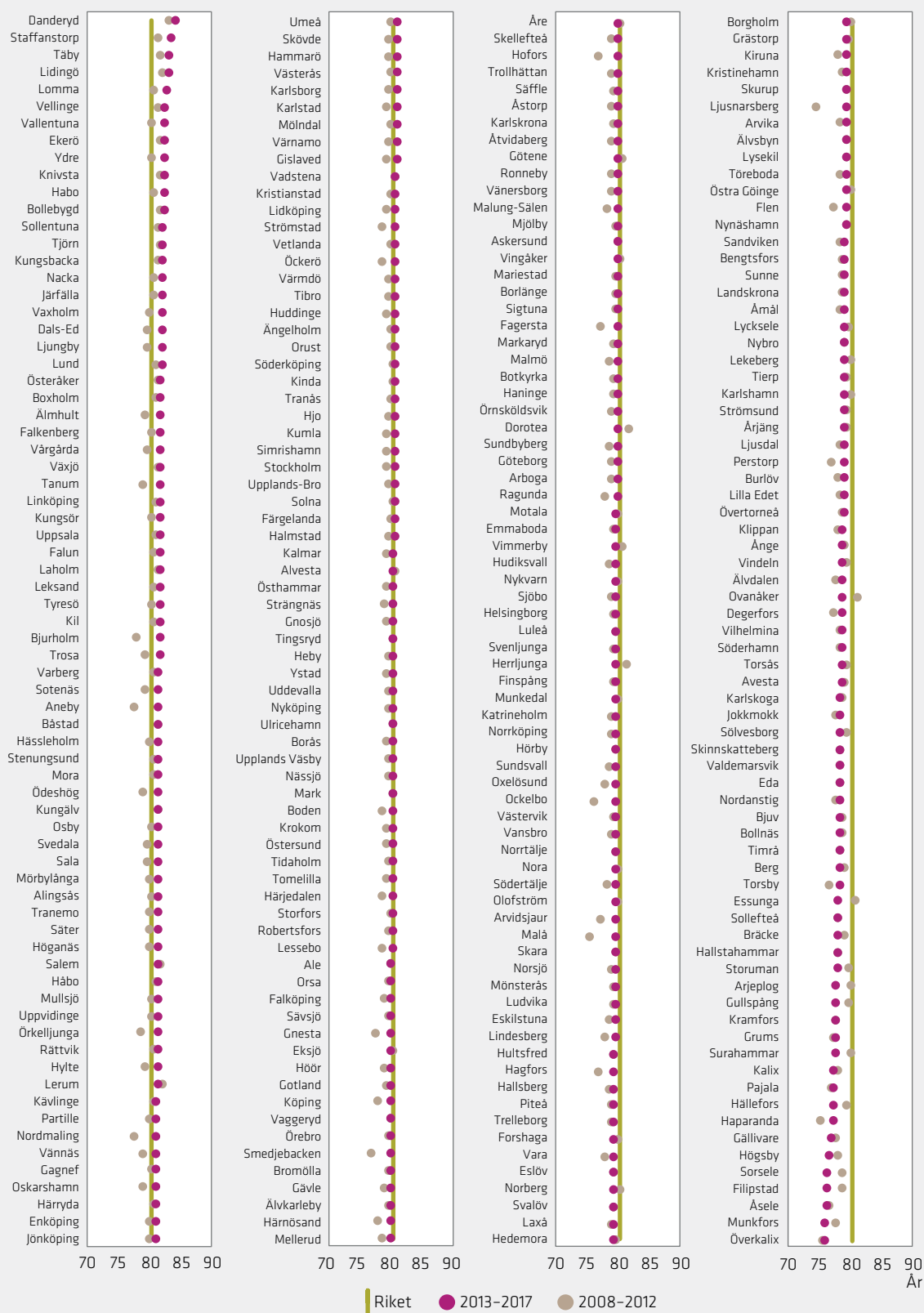
DIAGRAM 6 – KOMMUNER, KVINNOR: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen, 2013-2017.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Hälsan i befolkningen

DIAGRAM 7 – KOMMUNER, MÅN: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen, 2013–2017.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. ECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Sverige: Landprofil hälsa 2017, State of the Health in the EU. Paris, Bryssel: OECD Publishing, European Observatory on health Systems and Policies; 2017. DOI: 10.1787/9789264285453-sv
2. Statistiska Centralbyrån. Hög medellivslängd i Sverige [publicerad 6 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Hog-medellivslangd-i-Sverige/>
3. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018 [publicerad 14 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2018/>
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
5. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>

Övergripande hälsotillstånd

2. Självskattad hälsa

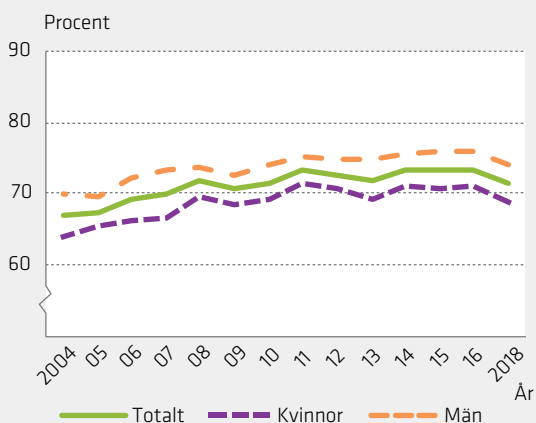
Självskattat allmänt hälsotillstånd är en indikator som visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Hur befolkningen själv bedömer sin hälsa mäts i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) och Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (Hälsa på lika villkor). Även om självskattning kan framstå som ett väl enkelt sätt att mäta hälsa, har måttet visat sig vara robust och kopplat till en rad olika typer av hälsotillstånd (1), men också till dödlighet (2). Geografisk placering, befolkningens mängd och sammansättning samt demografiska och ekonomiska strukturer kan också påverka den självskattade hälsan (3).

I den här rapporten redovisas självskattat allmänt hälsotillstånd från Hälsa på lika villkor. För resultat på kommunnivå används även uppgifter från undersökningen Liv & hälsa, i regionerna i Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro. Självskattat allmänt hälsotillstånd mäts i båda enkäterna på en femgradig skala. I den här rapporten redovisas endast hur stor andel som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”

De flesta skattar sin hälsa som god men stora skillnader mellan kommunerna

Av Diagram 8 framgår att andelen som uppger bra eller mycket bra hälsotillstånd har ökat fram till 2011 för att sedan mattas av. År 2018 uppgav 69 procent av kvinnorna och 74 procent av männen bra eller mycket bra hälsotillstånd.

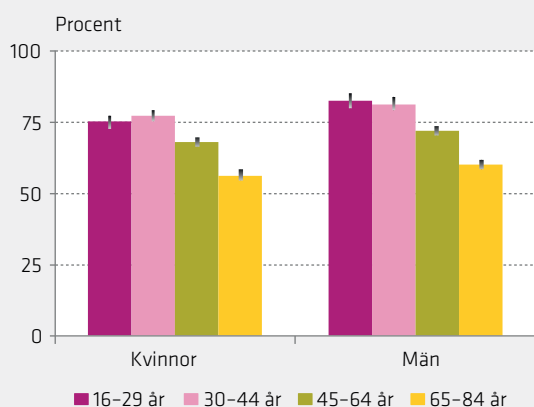
DIAGRAM 8 – RIKET: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

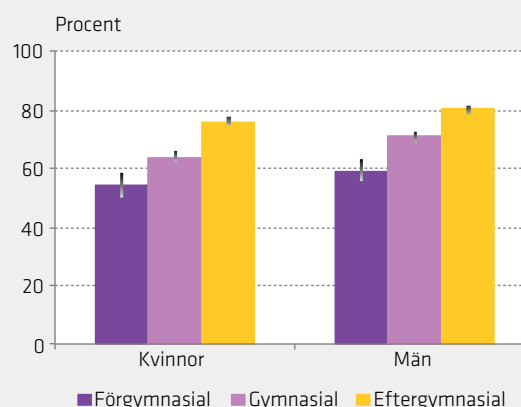
Nedbrutet på olika åldersgrupper 2018 (Diagram 9) uppgav 75 procent av 16–29-åriga kvinnor bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, och bland män 82 procent. Bland personer 30–44 år uppgav 77 procent av kvinnorna och 81 procent av männen bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. I gruppen 45–64 år uppgav 68 procent av kvinnorna och 72 procent av männen bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. Bland personer 65–84 år uppgav 56 procent av kvinnorna och 60 procent av männen bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd.

DIAGRAM 9 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 10 – UTBILDNING. RIKET: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 35–74 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

För olika utbildningsgrupper följer den självskattade hälsan samma mönster som för medellivslängden, det vill säga ju längre utbildning desto större andel som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra (Diagram 10). Bland personer i åldern 35–74 år med förgymnasial utbildning uppgav 54 procent av kvinnorna och 59 procent av männen bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd 2018. Bland personer med gymnasial utbildning i samma åldersgrupp rapporterade 64 procent av kvinnorna och 71 procent av männen bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. För eftergymnasialt utbildade personer var motsvarande siffror för kvinnor 76 procent och för män 80 procent.

I Diagram 11 och 12 illustreras den självskattade hälsan 2015–2018 jämfört med 2011–2014, uppdelat på regioner. Det är inga större förändringar 2015–2018 jämfört med 2011–2014, men resultatet kan indikera en minskande andel med självskattad god hälsa i flera regioner. Bland kvinnorna uppgav 65–73

procent bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, och motsvarande siffra bland männen var 69–80 procent (Diagram 11, 12).

Den självskattade hälsan varierar mellan kommunerna (Diagram 13). Under 2015–2018 varierade andelen som skattade sin hälsa som bra eller mycket bra i kommunerna mellan 55 och 86 procent, sammantaget bland kvinnor och män.

Andelen som uppger bra eller mycket bra hälsotillstånd är störst i *storstäder och storstadsnära kommuner* inklusive *pendlingskommuner nära storstad* samt kommuner med fler än 100 000 invånare. Minsta andelarna finns i *landsbygds-kommuner* och de minsta kommunerna (< 10 000 invånare). En viss samvariation kan också ses mellan självskattad hälsa och kommunernas socioekonomiska förhållanden, som indikerar att ju bättre socioekonomiska förhållanden (CNI), desto bättre självskattad hälsa. Mönstret stärks av sambandet mellan självskattad hälsa och utbildningsbakgrund (Diagram 10).

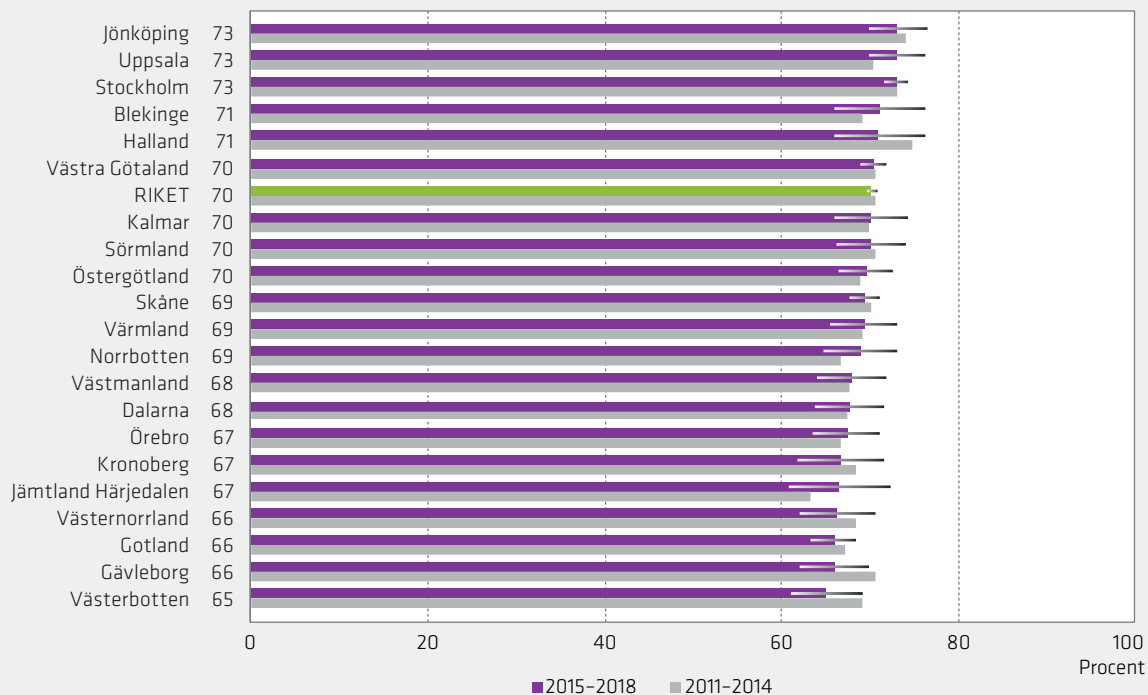
Det här kan regioner och kommuner göra

Andelen som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra beror på det samspel som finns mellan hälsan och dess bestämningsfaktorer, och detta samspel blir särskilt tydligt i ett livslöppsperspektiv. Att människor skattar sin egen hälsa som god är både en förutsättning för arbete, försörjning och ett gott liv, samtidigt ett resultat av vilken sorts arbete, vilka försörjningsmöjligheter och vilket slags liv människor har och kan leva (3). Det innebär att många

aktörer kan påverka den självskattade hälsan, och därmed även hälsan i befolkningen.

Kommuner och regioner är huvudmän för flera av de välfärdstjänster som ur ett livslöppsperspektiv har mycket stor påverkan på befolkningens upplevelse av hälsa. Det handlar om hur hälso- och sjukvården, den sociala omsorgen och skolan fungerar, hur bostads- och samhällsplaneringen bedrivs, och i vilken mån det finns kultur- och fritidsaktiviteter som på olika sätt främjar hälsan.

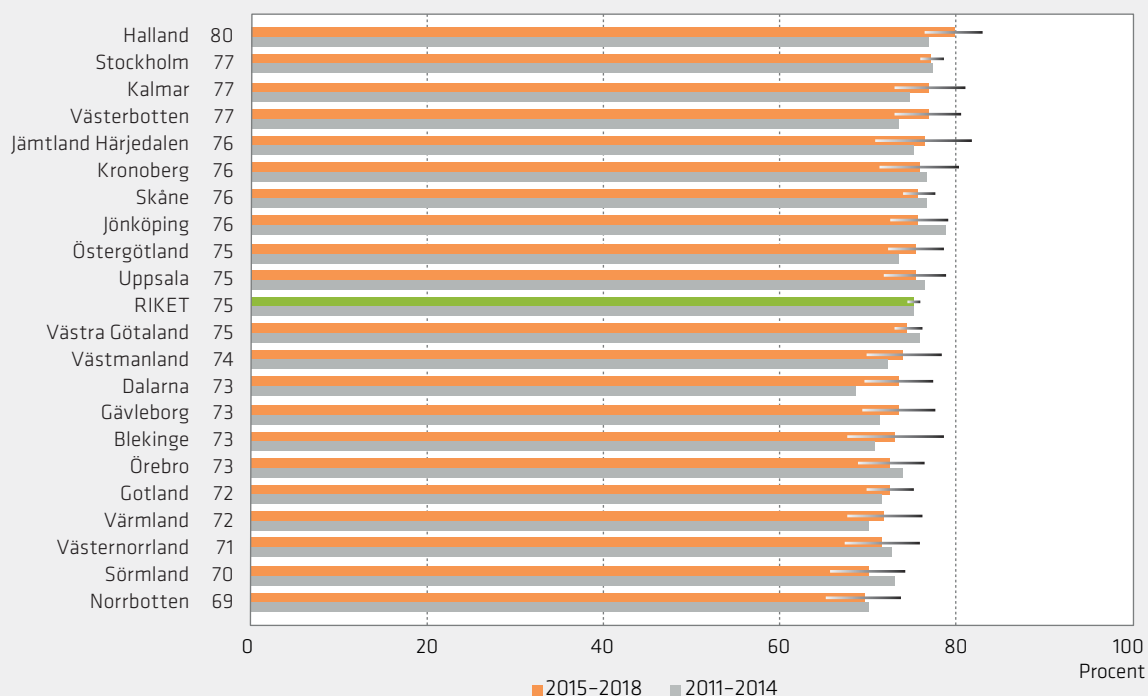
DIAGRAM 11 – LÄN/REGION. KVINNOR: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

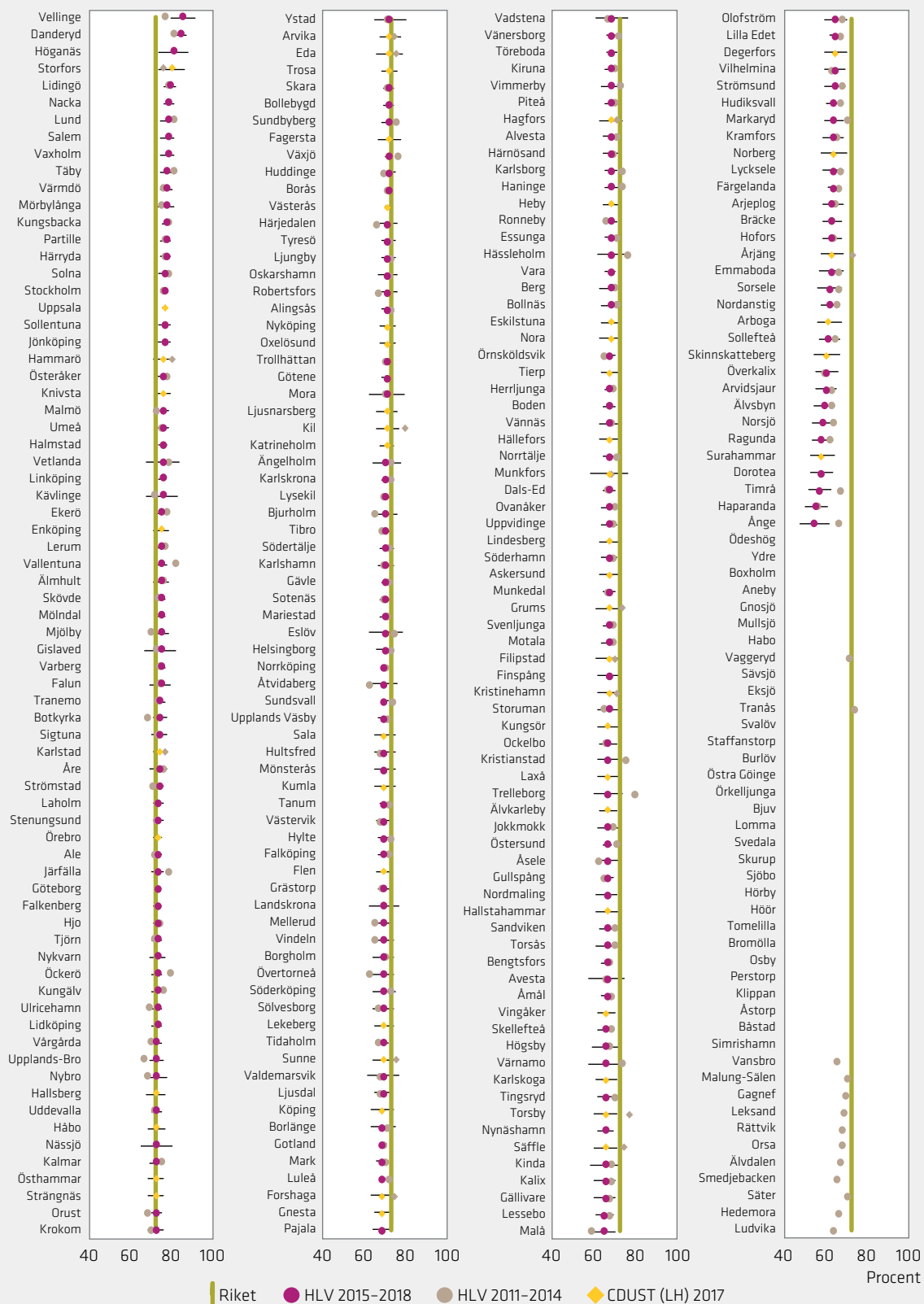
Hälsa i befolkningen

DIAGRAM 12 – LÄN/REGION. MÄN: Andel som uppgivit att deras allmänna tillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 13 – KOMMUNER: Andel som uppgett att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV) 16-84 år, Liv & hälsa (LH), 18-84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (HLV) inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten och Liv & hälsa (LH), Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-related health. Scand J Public Health. 1996; 24: 218-224.
2. Desalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med. 2006; 21: 267-275.
3. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>

3. Fetma

Övervikt och fetma orsakar en stor del av sjukdomsörskan i Sverige (1, 2) och den årliga kostnaden för fetma beräknas till över 70 miljarder kronor (3). Övervikt och fetma åtföljs av exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, sjukdomar i rörelseapparaten, vissa cancerformer samt förtida död. Fetma utvecklas genom en kombination av levnadsvanor, miljöfaktorer och arv (4). Centralt är vad vi äter och hur fysiskt aktiva vi är, som mängden av energitäta livsmedel och sötade drycker i förhållande till den energi vi förbrukar (4, 5). Andelen vuxna med fetma har tredubblats sedan 1980-talet (3).

Idag har mer än hälften av befolkningen 16–84 år övervikt (36 procent) eller fetma (15 procent) (6). Kroppsvikten har ökat bland barn och ungdomar 11–15 år de senaste 25 åren, och bland 15-åriga flickor och pojkar har cirka 13 respektive 17 procent övervikt eller fetma (3). I WHO:s undersökning Childhood Obesity Surveillance Initiative visar data för Sverige att 28 procent av flickorna och 27 procent av pojkarna 6–9 år har övervikt eller fetma (7). Det är därför angeläget att följa utvecklingen av fetma bland barn och unga för att vidta tidiga förebyggande åtgärder.

Kroppsmasseindex (Body Mass Index, BMI) uttrycker en relation mellan längd och vikt, och är ett vanligt använt mått att klassificera fetma och övervikt bland vuxna. Ett BMI på 30 eller högre klassas som fetma, och ett BMI på 25,0–29,9 som övervikt (4). Idag har mer än hälften av befolkningen 16–84 år övervikt (36 procent) eller fetma (15 procent).

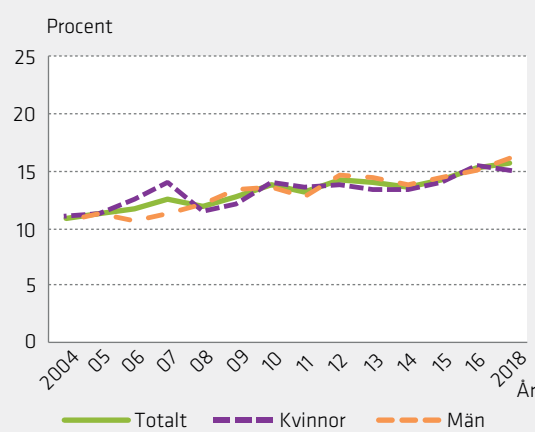
I den här rapporten används fetma i den vuxna befolkningen som en indikator på hälsotillståndet, eftersom fetma är en riskfaktor för många sjukdomar.

Indikatorn fetma visar hur stor andel av befolkningen som uppger att de har ett BMI på 30 eller högre i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda personer 16–84 år. För resultat på kommunnivå används även uppgifter från Liv & hälsa, i regionerna i Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro.

Fetma ökar och är vanligare bland äldre och dem med lägre utbildning

Andelen med fetma ökar under perioden och i alla åldersgrupper. År 2018 var andelen med fetma 15 procent för kvinnor och 16 procent för män (Diagram 14).

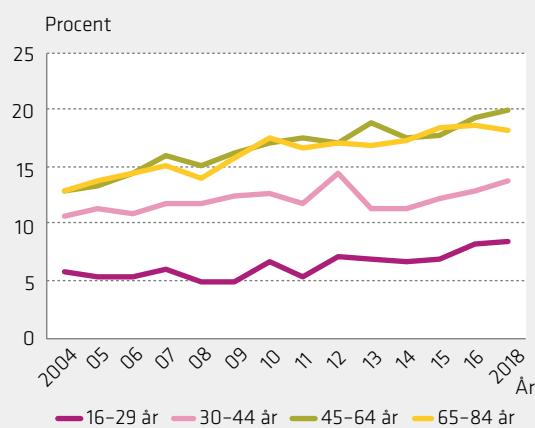
DIAGRAM 14 – RIKET: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

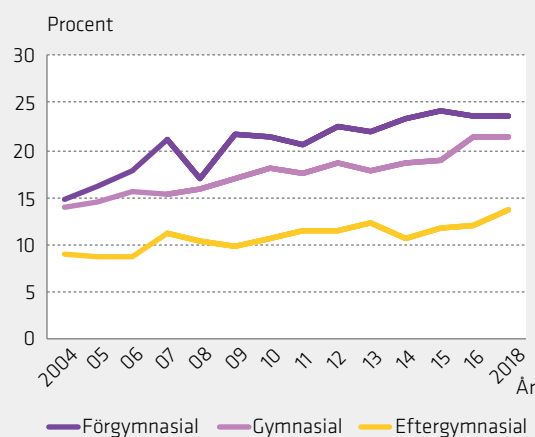
Det finns fortsatta skillnader mellan olika grupper. Störst andel med fetma finns i de äldre grupperna (45–64 och 65–84 år) (Diagram 15). Utbildning påverkar också; andelen med fetma är högst bland dem med förgymnasial utbildning (24 procent) och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning (14 procent) (Diagram 16).

DIAGRAM 15 - ÅLDERSGRUPPER. Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 16 - UTBILDNING: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass index) 30 eller högre baserat på självrapporterande uppgifter, 35-74 år.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Skillnader finns även mellan olika regioner och olika kommuner. Andelen med fetma skiljer 10 procentenheter mellan de regioner som har högst respektive lägst värde för kvinnor (Diagram 17) och män (Diagram 18). Utvecklingen indikerar en ökning av fetma i de flesta

regioner mellan 2011–2014 och 2015–2018. En minskande andel kan ses bland kvinnor i Sörmland och bland män i Kronoberg.

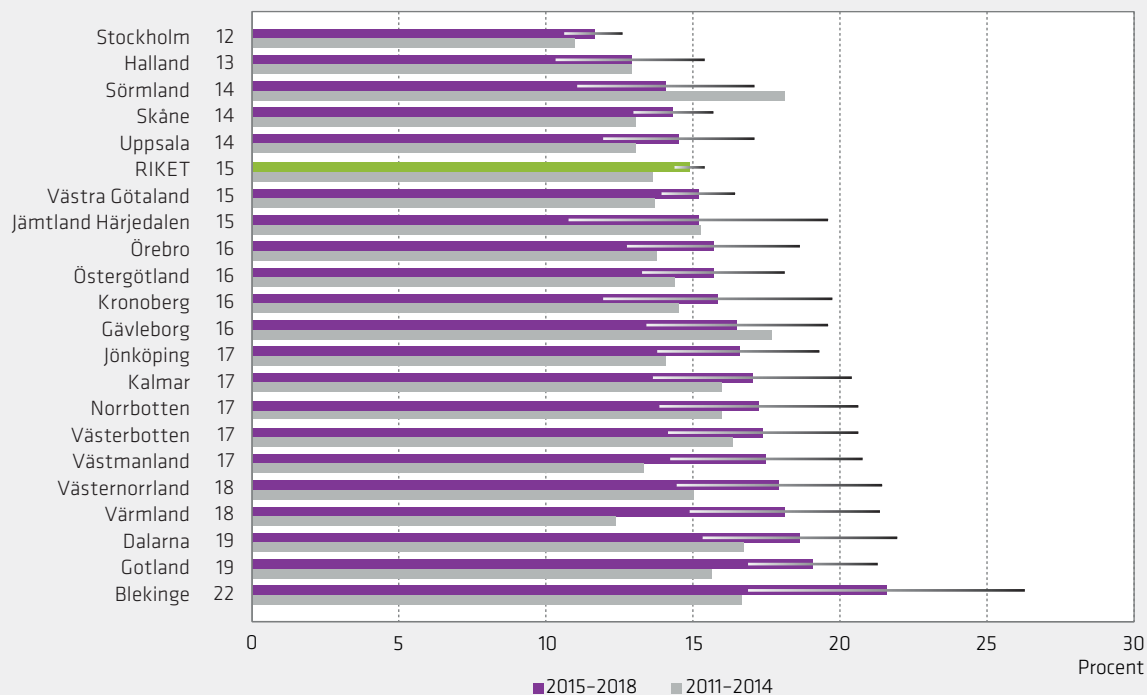
Kommunresultatet inkluderar både kvinnor och män, och andelen med fetma skiljer 22 procentenheter mellan de kommuner som har högst respektive lägst värde (Diagram 19). Resultatet indikerar att ju mindre kommunstorlek, desto större andel med fetma. På kommungruppsnivå är andelen med fetma störst i *landsbygdskommuner* och *mindre städer/tätorter*, jämfört med andra kommungrupper. Lägst andel finns i *storstäder och storstadsnära kommuner*.

Det här kan regioner och kommuner göra

WHO och EU har presenterat ett antal strategier och handlingsplaner för att främja hälsosam vikt hos barn och vuxna, där samhällsplanering i lokalsamhället har stor betydelse (8-12). I Sverige har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visat att etablerad fetma är svårbehandlad, och att förebyggande insatser för att motverka övervikt därför är angelägna. SBU pekar på behovet av samhällsförändringar, exempelvis inom skolan (måltider och utbud i cafeterior etc.) och rådgivning bland vuxna (13).

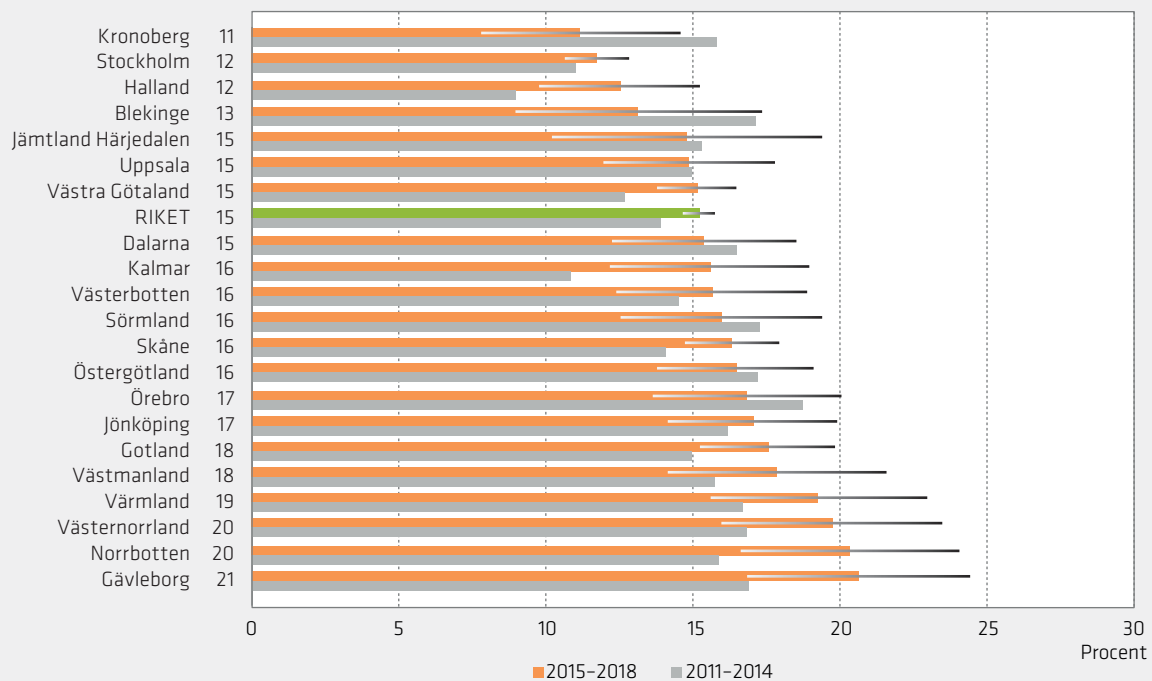
Det finns nationella riktlinjer som beskriver hur hälso- och sjukvården bör arbeta förebyggande på individnivå och erbjuda hjälp till patienter som har ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet (14). Att stödja goda matvanor och främja fysisk aktivitet är angelägna uppgifter för kommunerna och regionerna, exempelvis inom verksamheter som elevhälsan, mödra- och barnhälsovården och omsorgsverksamheten (3). Vid svår fetma har kirurgisk behandling visat sig vara effektiv (15).

DIAGRAM 17 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 16–84 år, 2015–2018.



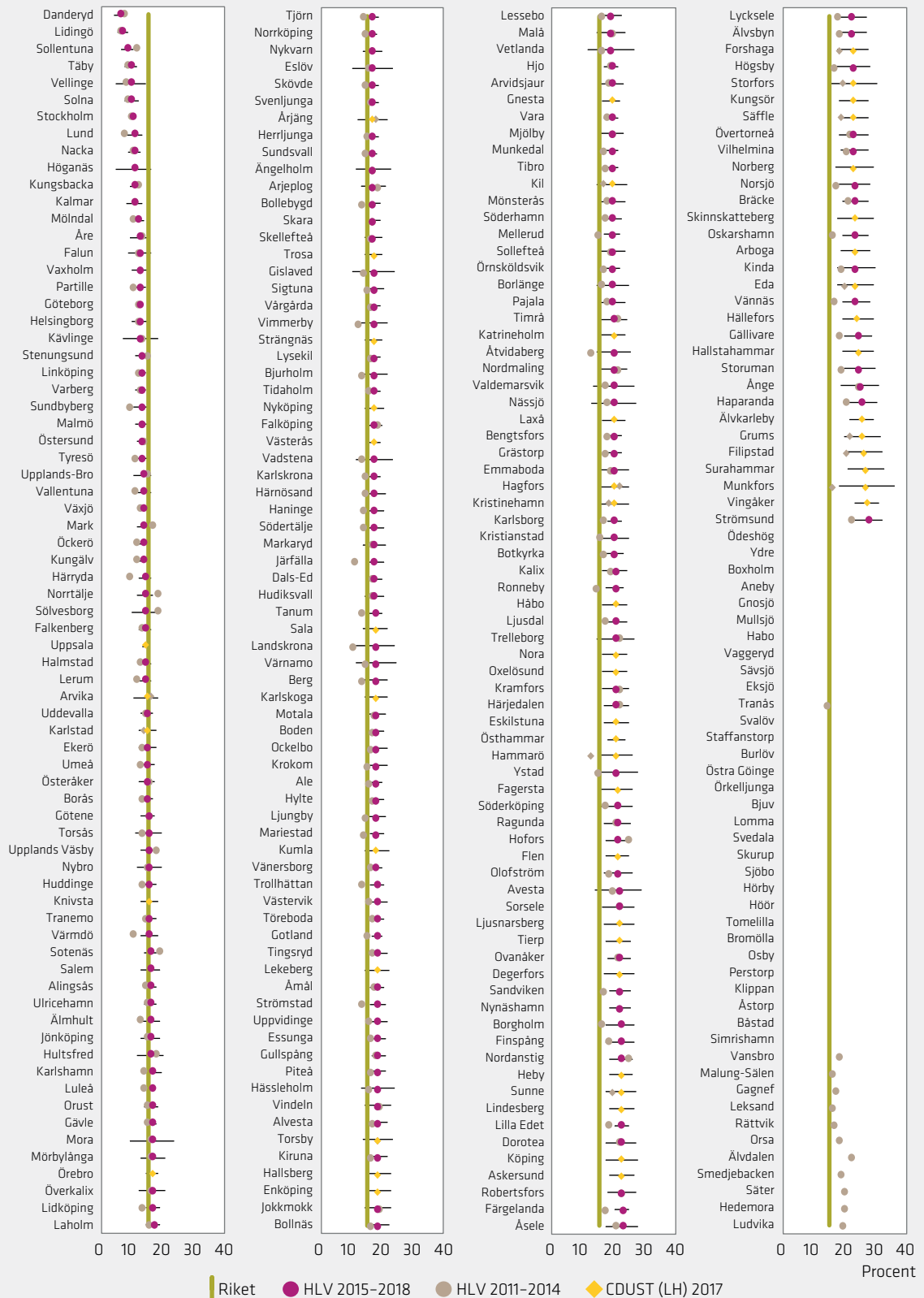
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 18 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 19 – KOMMUNER: Andel individer som beräknas ha ett BMI (Body mass index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16–84 år. Liv & hälsa (LH), 18–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (HLV) inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten och Liv & hälsa (LH), Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390(10100):1345–1422. DOI:10.1016/S0140-6736(17)32366-8
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease, GBD. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/gbd>
3. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forslag-till-atgarder-for-ett-starkt-langsiktigt-arbete-for-att-framja-halsa-relaterad-till-matvanor-och-fysisk-aktivitet/>
4. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [publicerad 16 februari 2018]. Hämtad från: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. SBU. Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport 218. Hämtad från: <https://www.sbu.se/218>
6. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma [publicerat 19 juni 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/overvikt-och-fetma>
7. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Childhood obesity surveillance initiative; Highlights 2015–17. Regional office for Europe: 2018 Hämtad från: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf?ua=1
8. Europeiska kommissionen. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020. Brussels: Europeiska kommissionen; 2014. Hämtad från: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf
9. World Health Organization. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe; 2015. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>
10. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization (WHO); 2013. Hämtad från: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
11. World Health Organization. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European union. EUR/RC66/11. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe; 2016. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6611-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region>
12. World Health Organization. European food and nutrition action plan 2015–2020. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe; 2014. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-food-and-nutrition-action-plan-20152020-2014>

13. SBU. Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport 173. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forebyggande-atgarder-mot-fetma/>
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-24>
15. Scandinavian obesity surgery registry. Årsrapport 2017 del 1 - operationsstatistik och tidiga komplikationer. Örebro: Scandinavian obesity registry (SOREG); 2018. Hämtad från: <http://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-2017-del-1>

4. Tandhälsa

Tandhälsan är en god indikator för både barns och vuxnas allmänna hälsotillstånd. Det beror på att den är starkt förknippad med faktorer som både påverkar och påverkas av andra hälsoaspekter, såsom levnadsvanor, vårdutnyttjande, ekonomiska förutsättningar och kunskaper om hälsa (1,2). Tandhälsan är därför en viktig del av individers livskvalitet och välbefinnande. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelriktat samband med matvanor, eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandhälsan påverkar kostintaget och därmed även näringsintaget. Detta är inte minst viktigt bland de äldre, eftersom en bra kost är viktig för att upprätthålla hälsan länge. Även det sociala livet och livskvaliteten påverkas av tandhälsan. Dessutom finns samband mellan hjärt-kärlsjukdomar och dålig tandhälsa (3).

Tandhälsan har utvecklats positivt i befolkningen som helhet. Det viktigaste resultatet 2009–2014 är att antalet intakta tänder har ökat med 17 procent, antalet skadade tänder har minskat med 5 procent, samt att personer yngre än 29 år och äldre än 68 år går till tandläkaren oftare (4). Det finns dock påtagliga skillnader mellan personer med olika utbildningsbakgrunder, där personer med eftergymnasial utbildning besöker tandläkaren oftare än dem med förgymnasial utbildning (5). Skillnaderna stärks av studier som visar att dålig tandhälsa har samband med låg socioekonomisk position, och att den gruppen ofta underskattar sin tandhälsa jämfört med de med högre socioekonomisk position (6). Dessutom finns det samband mellan låg socioekonomisk position och att avstå från tandvårdsbesök oavsett om det gäller prevention, behandling av munsjukdomar eller rehabiliterande tandvård (6).

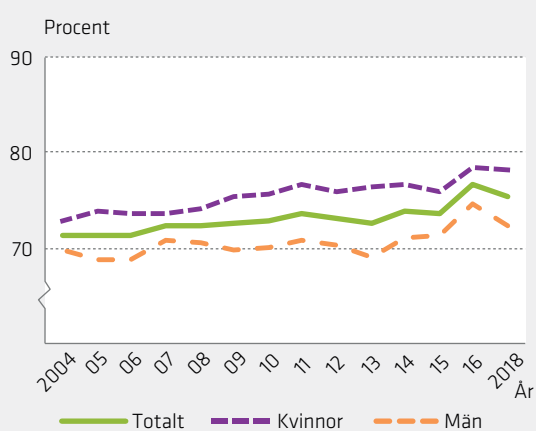
Nedan redogörs för hur den vuxna befolkningen skattar sin egen tandhälsa genom data från Hälsa på lika villkor. För resultat på

kommunnivå används även uppgifter från Liv & hälsa, i regionerna i Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro. För att kunna arbeta förebyggande och med förbättringar är det dock viktigt att följa uppgifterna om barn och ungdomar. Sådana data, till exempel andelen kariesfria barn, finns ofta på lokal och regional nivå.

Bättre tandhälsa men tydliga skillnader mellan kommunerna

Andelen som uppger sin tandhälsa som ganska bra eller mycket bra har ökat både bland kvinnor och män (16–84 år) sedan 2004 (Diagram 20). År 2018 uppgav 78 procent av kvinnorna och 72 procent av männen ganska bra eller mycket bra tandhälsa. Det är en förbättring med 5,5 procentenheter för kvinnor och 2,6 procentenheter för män sedan 2004.

DIAGRAM 20 – RIKET: Andel individer som uppgett att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

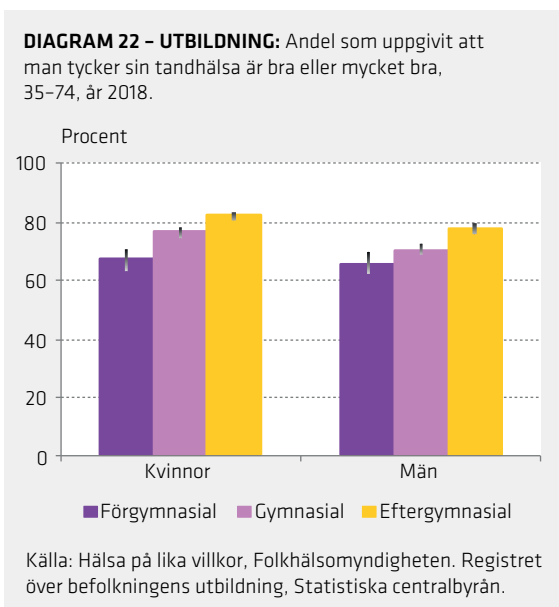
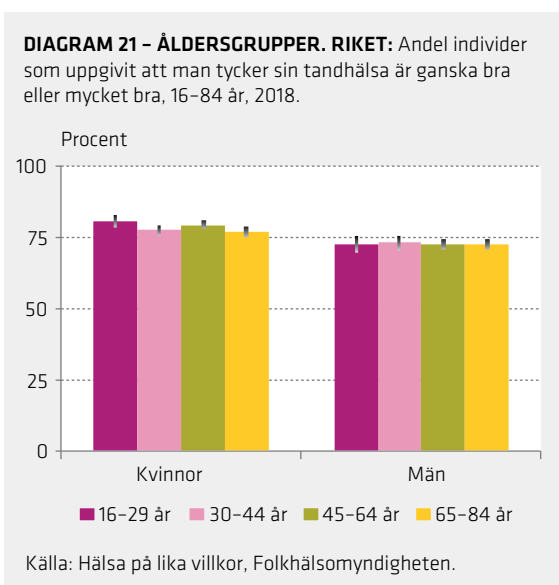
Nedbrutet på olika åldersgrupper 2018 (Diagram 21) finns små skillnader bland kvinnor; andelen varierar 77–81 procent mellan de olika åldersgrupperna. Däremot finns inga åldersskillnader bland män.

Den självskattade tandhälsan skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper 35–74 år (Diagram 22). Ju längre utbildning, desto större andel som skattar sin tandhälsa som ganska bra eller mycket bra. Bland gruppen med förgymnasial utbildning uppgav 67 procent av kvinnorna att deras tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, och motsvarande siffra bland männen var 66 procent. I gruppen med eftergymnasial utbild-

ning uppgav 82 procent av kvinnorna och 78 procent av männen att deras tandhälsa var ganska bra eller mycket bra. Skillnaderna kan vara större, eftersom gruppen med låg socioekonomisk position underskattar sin tandhälsa oftare än gruppen med hög socioekonomisk position (6).

Andelen som rapporterar bra eller mycket bra tandhälsa har ökat i de flesta län 2015–2018 jämfört med 2011–2014 (Diagram 23, 24). Resultaten varierar bland kvinnorna mellan 74 och 82 procent och bland männen mellan 68 och 77 procent. Utvecklingen har varit något mer positiv för män, men kvinnor rapporterar i regel fortsatt bättre tandhälsa än män.

Skillnaderna mellan kommunerna är större än mellan regionerna, där andelen varierar mellan 64 och 84 procent (Diagram 25). Mönstren indikerar att det finns en viss samvariation mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och andelen som skattar sin tandhälsa som bra eller mycket bra. Detta styrks också av de socioekonomiska skillnader som relateras till utbildningsbakgrund (Diagram 22).



Det här kan regioner och kommuner göra

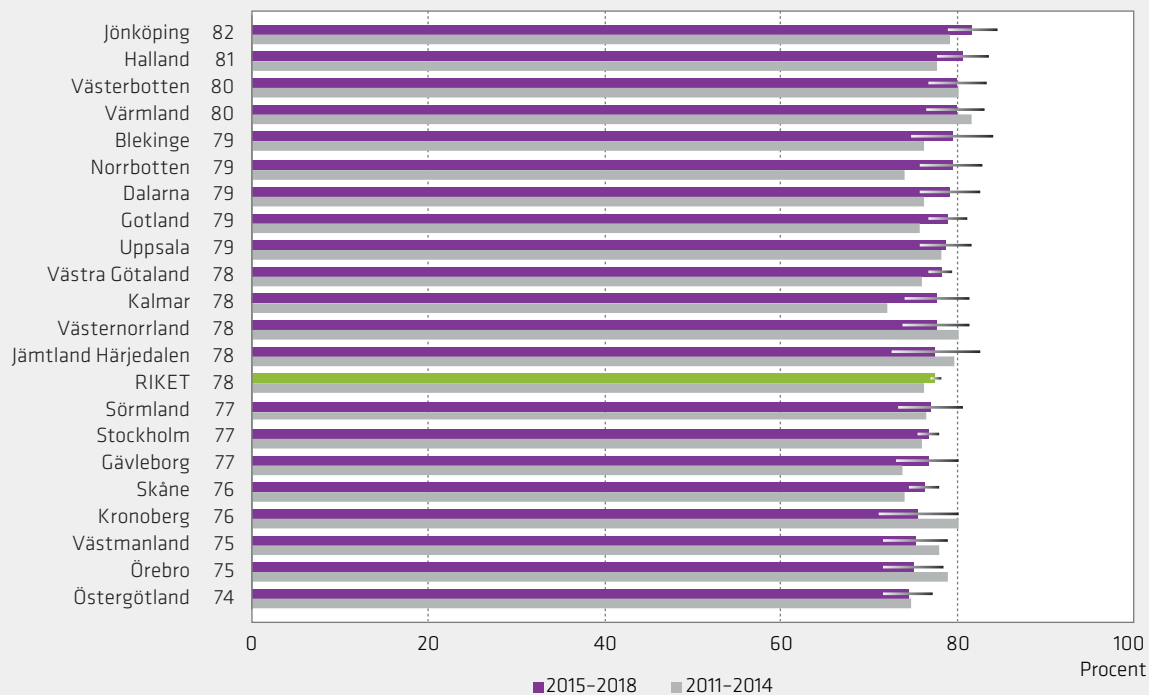
Förebyggande tandvård är avgörande för att bryta den ojämlikhet som finns i tandhälsa bland olika grupper i befolkningen.

Regionerna har ett ansvar när det gäller förebyggande arbete för en god tandhälsa. Det gäller särskilt bland barn och unga, eftersom de till och med 22 år har fri tandvård, och vissa regioner ger fri tandvård upp till 24 år.

Inom mödra- och barnhälsovården finns också goda förutsättningar att ge stöd och samtal om betydelsen av god tandhälsa.

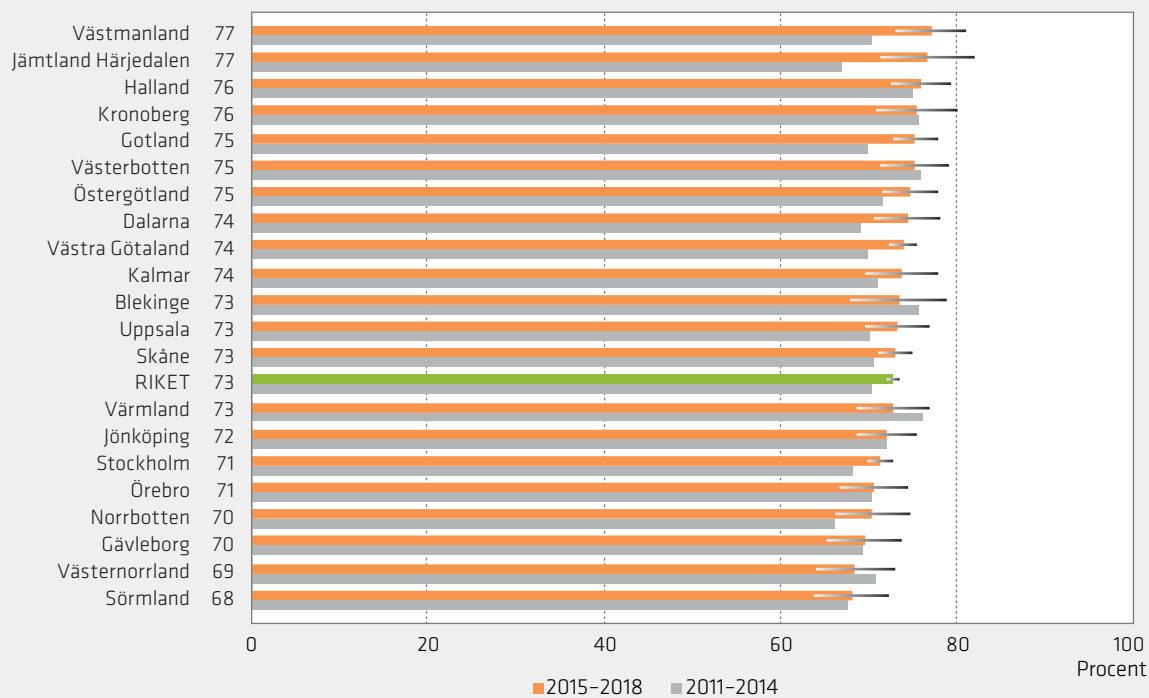
Att skapa förutsättningar för en god tandhälsa genom god kosthållning, är särskilt viktigt inom verksamheter som skola och omsorg.

DIAGRAM 23 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16-84 år, 2015-2018.



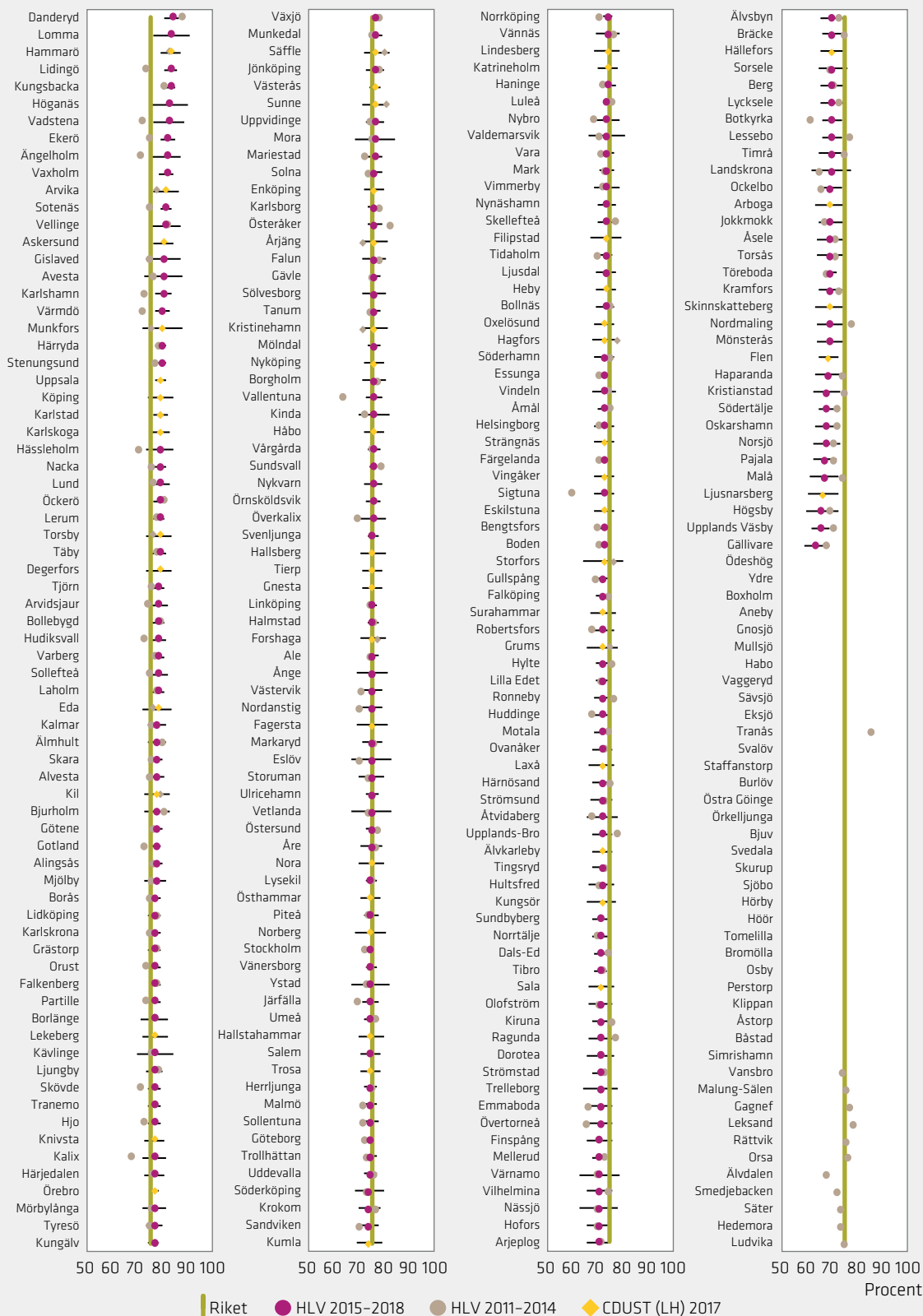
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 24 - LÄN/REGIONER. MÄN: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16-84 år, 2015-2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 25 - KOMMUNER: Andel som uppgett att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Liv & hälsa (LH), 18-84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (HLV) inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten och Liv & hälsa (LH), Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Hälsan i befolkningen

Referenser

1. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa – utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
2. Molarius A, Engstrom S, Flink H, Simonsson B, Tegelberg A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*. 2014;14:134. doi: 10.1186/1472-6831-14-134
3. Jansson L, Kalkali H, Mulk Niazi F. Mortality rate and oral health – a cohort study over 44 years in the county of Stockholm. *Acta Odontol Scand*; 2018; 76:4: 299-304. DOI: 10.1080/00016357.2018.1423576
4. Socialdepartementet. Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m. Lägesrapport för åren 2009 till 2014 (SOU 2015:76).
5. Socialstyrelsen. Statistik om tandhälsa 2017. Socialstyrelsen; publicerad 16 maj 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-5-16>
6. Engstrom S, Holmlund A. Self-estimated oral and general health are related and associated with clinically investigated dental health. *Swed. Dent. J*. 2011;35:169–175

Insjuknande och dödlighet

5. Hjärtinfarkt

De senaste decennierna har insjuknandet och dödligheten i hjärtinfarkt minskat. Det beror på ett framgångsrikt arbete med att förebygga riskfaktorer och förbättra behandlingen efter hjärtinfarkt. Trots den positiva utvecklingen är fortfarande hjärt-kärlsjukdom den vanligaste folksjukdomen i Sverige (1, 2).

Risken att insjukna i hjärtinfarkt ökar med stigande ålder. Fler män än kvinnor får hjärtinfarkt. Fler i gruppen med förgymnasial utbildning får hjärtinfarkt jämfört med grupperna som har gymnasial och eftergymnasial utbildning, oavsett kön. Dessa skillnader ses även för dödlighet i hjärtinfarkt (1).

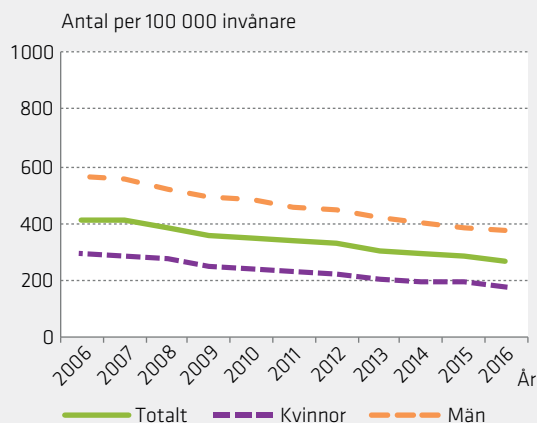
Indikatorn hjärtinfarkt visar antalet insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare från 15 år och äldre. Uppgifter för utbildningsgrupper presenteras från 25 år och uppåt.

Män med kort utbildning får oftare hjärtinfarkt men stora skillnader mellan kommunerna

År 2016 insjuknade totalt 269 per 100 000 invånare i hjärtinfarkt i Sverige, och trenden går nedåt 2006–2016 (Diagram 26). Det finns

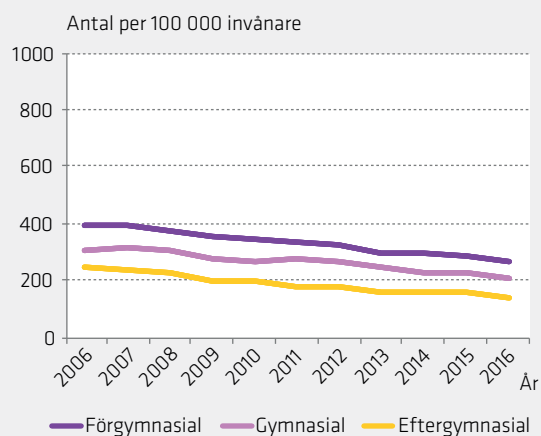
dock fortfarande stora könsskillnader, där insjuknandet är högre bland män (372/100 000) än kvinnor (178/100 000) (Diagram 26). Det finns även skillnader bland utbildningsgrupper, där antalet insjuknade är högst i gruppen med förgymnasial utbildning och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning för både män (Diagram 27) och kvinnor (Diagram 28).

DIAGRAM 26 - RIKET: Antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 15 år och äldre, åldersstandardiserade värden.



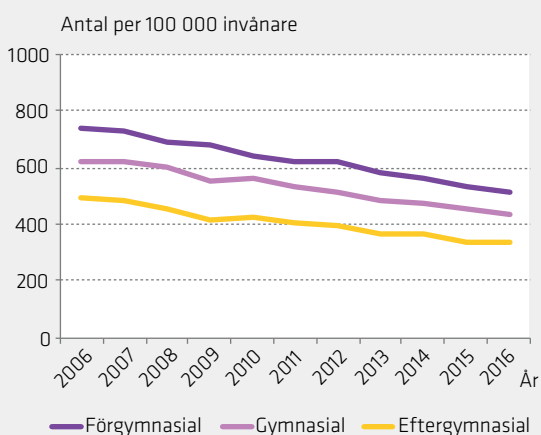
Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 27 - UTBILDNING. KVINNOR: Antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 25 år och äldre, ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 28 - UTBILDNING. MÄN: Antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 25 år och äldre, ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Skillnader finns även mellan olika regioner (Diagram 29, 30) och olika kommuner (Diagram 31). Antal insjuknade skiljer sig med 80 fall per 100 000 invånare mellan de regioner som har högst respektive lägst värde för kvinnor, och motsvarande siffra för männen är 185 fall per 100 000.

Kommunresultatet inkluderar både kvinnor och män, och skillnaderna mellan kommunerna är stora. Antal insjuknade skiljer sig med 331 fall per 100 000 invånare, mellan de kommuner som har högst respektive lägst värde.

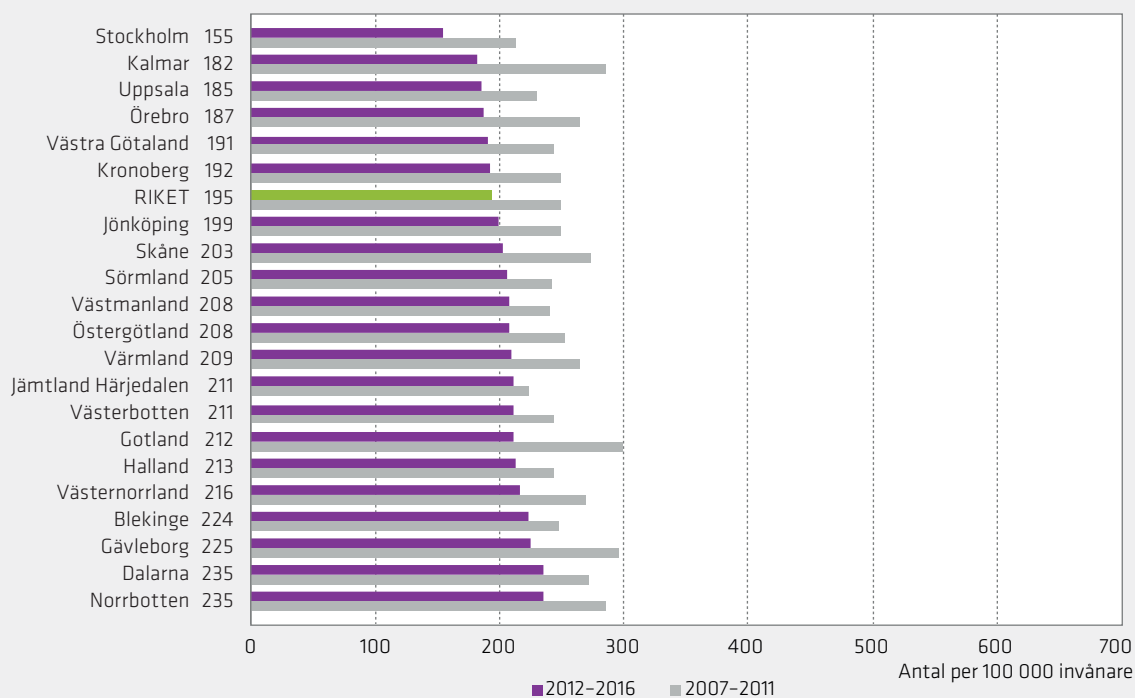
Det här kan regioner och kommuner göra

Regionernas verksamheter kan i patientmötet arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att förändra levnadsvanor. Rekommendationer

finns i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. I riktlinjerna finns även rekommendationer för att förebygga återinsjuknande bland vuxna med tidigare hjärt-kärlsjukdom (3).

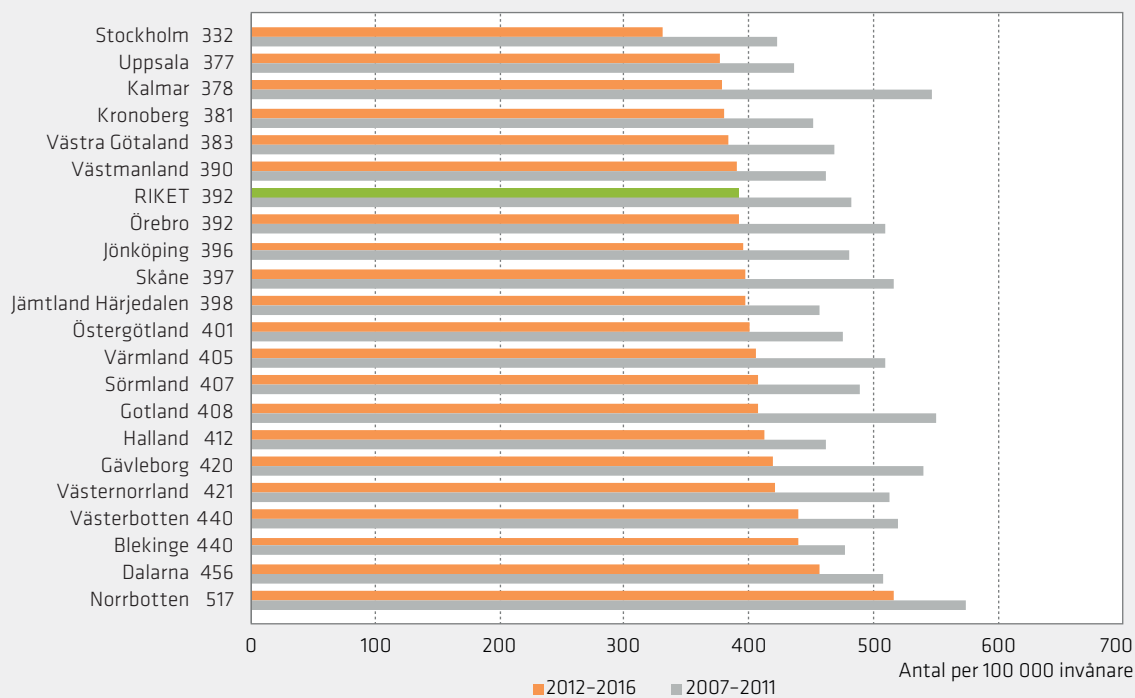
Kommunerna kan främja hälsosamma levnadsvanor i sin kontakt med olika målgrupper inom förskola, skola, kultur- och fritidsverksamheter och socialtjänst. Förutsättningar för fysisk aktivitet kan också främjas genom samhällsplanering. Men huvudmännen kan även göra mycket som arbetsgivare för att främja en god arbetsmiljö och förebygga arbetsrelaterad ohälsa (4). Grundläggande skyddsfaktorer för hjärtinfarkt är också människors behov av socialt stöd, sociala sammanhang, emotionellt stöd och att ha någon att dela sina tankar och känslor med (5–8).

DIAGRAM 29 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden, 2012–2016.



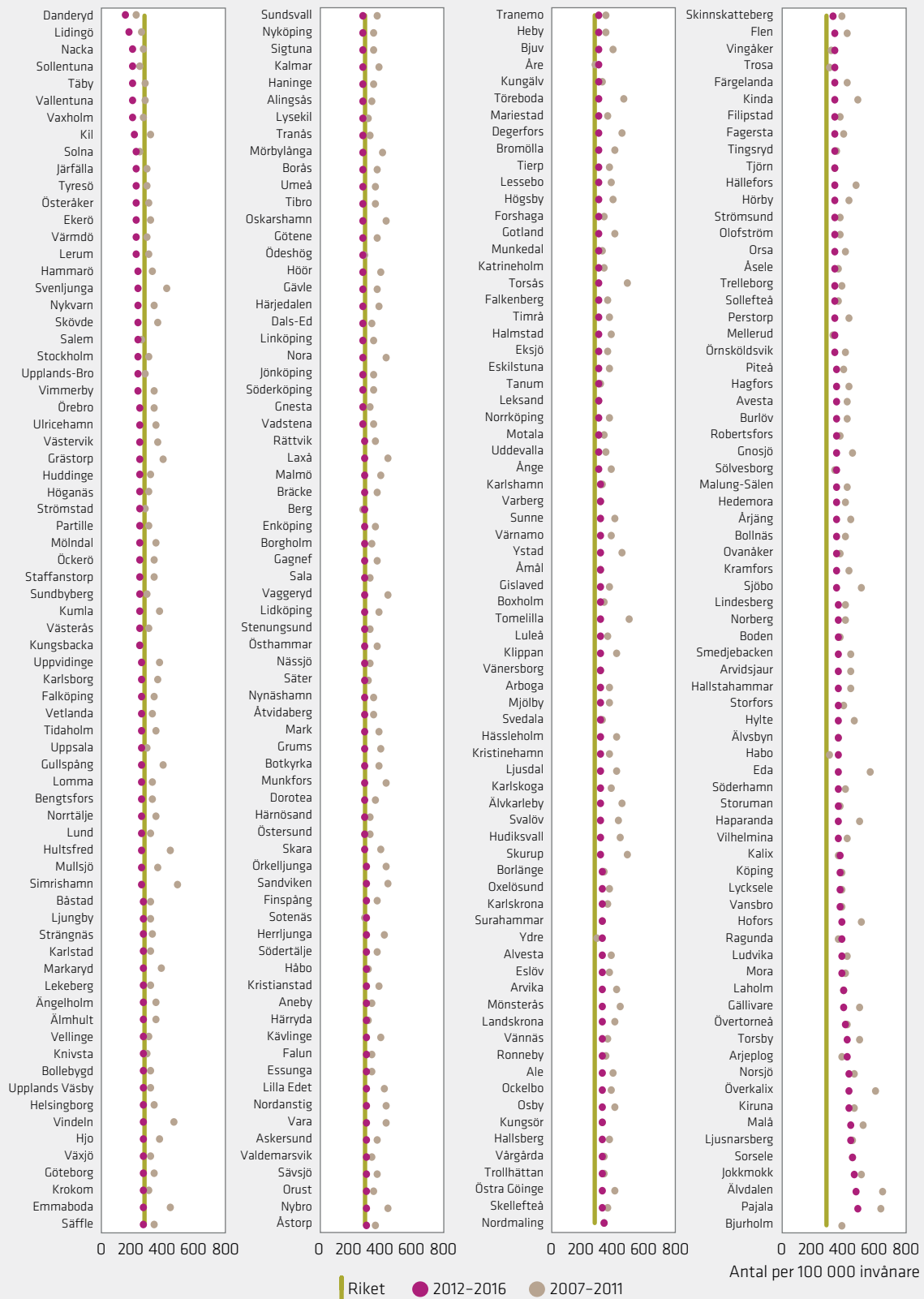
Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 30 – LÄN/REGIONER. MÄN: Antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden, 2012–2016.



Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 31 – KOMMUNER: Antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 15 år och äldre, åldersstandardiserade värden, 2012–2016.



Referenser

1. Socialstyrelsen. Statistik om hjärtinfarkter 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-23>
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-28>
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-24>
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
5. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
6. Lundgren O, Garvin P, Jonasson L, Andersson G, Kristenson M. Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year followup of a community-based Swedish sample. *Int J Behav Med.* 2015; 22: 77–84. DOI: 10.1007/s12529-014-9387-5
7. Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychosocial mechanisms of socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 1511–1522. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00353-8
8. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationship between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychological pathway of health inequalities. *Int J Equity Health.* 2013; 12(54). DOI: 10.1186/1475-9276-12-54

6. Dödlighet i lungcancer

Cancer är idag den näst vanligaste dödsorsaken, både i världen där 16 procent av alla dödsfall beror på cancer och i Sverige där 26 procent av alla dödsfall beror på cancer (1-3). Såväl i världen som i Sverige är den vanligaste cancerdiagnosen bland män prostatacancer och bland kvinnor bröstcancer (1, 2, 4). Totalt sett är lungcancer den fjärde vanligaste cancerdiagnosen i Sverige (4). Lungcancer är också den cancerform som totalt sett orsakar flest dödsfall, både i världen och i Sverige (2, 3).

Tobaksrökning har ett starkt samband med insjuknande i lungcancer (5). Även om rökningen minskar, ökar antalet lungcancerfall bland kvinnor, vilket speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka (5). Utöver rökning finns riskfaktorer som kontakt med asbest (6) eller inandning av radon (7) som kan finnas i boende- och arbetsmiljön (i äldre byggmaterial) samt luftföroreningar (8).

Mättet lungcancer redovisar dödsfall på grund av lungcancer registrerade som underliggande eller bidragande dödsorsak.

År 2016 avled totalt 4 001 individer 15 år och äldre på grund av lungcancer, vilket motsvarar 48 dödsfall per 100 000 individer. Dödligheten är högst i de äldre grupperna (65 år och uppåt) och ökade under perioden 2006–2016 för gruppen 85 år och äldre. Samtidigt minskade dödligheten i grupperna 30–44 år och 45–64 år (10).

Färre män dör i lungcancer men fortsatt stora skillnader mellan kommuner och mellan utbildningsgrupper

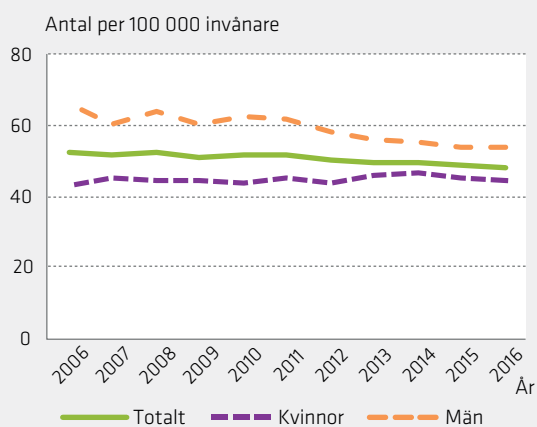
Antalet dödsfall i lungcancer per 100 000 är fler bland män men har minskat och närmat sig kvinnornas nivå, medan kvinnornas utveckling har legat på en mer stabil nivå 2006–2016 (Diagram 32).

Betydligt fler i gruppen med förgymnasial utbildning dör av lungcancer, bland kvinnor 70

per 100 000 medan det är 31 per 100 000 i gruppen med eftergymnasial utbildning. Motsvarande mönster bland männen med förgymnasial utbildning är 73 per 100 000 och eftergymnasial utbildning 35 per 100 000 (Diagram 33).

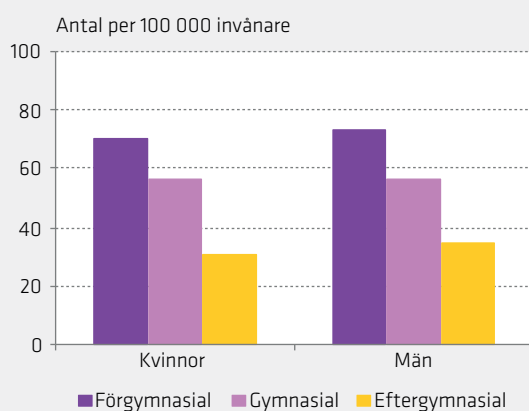
Dödligheten i lungcancer varierade mellan länen 2012–2016, med som lägst 32 och som högst 50 dödsfall per 100 000 kvinnor (Diagram 34). Bland männen varierade dödsfallen mellan länen, från som lägst 39 till som högst 63 dödsfall per 100 000 män (Diagram 35). I de flesta länen har dödligheten i lungcancer mins-

DIAGRAM 32 - RIKET: Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare 15 år och äldre, ålderstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 33 - UTBILDNING. RIKET: Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare, 35–79 år, 2012–2016. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

kat för männen, men inte för kvinnorna. I kommunerna varierade dödsfallen mellan 14 och 89 per 100 000, sammantaget bland kvinnor och män (Diagram 36). Små tal kan ge stora skillnader på kommunnivå och därför bör kommunresultatet tolkas med försiktighet.

Det här kan regioner och kommuner göra

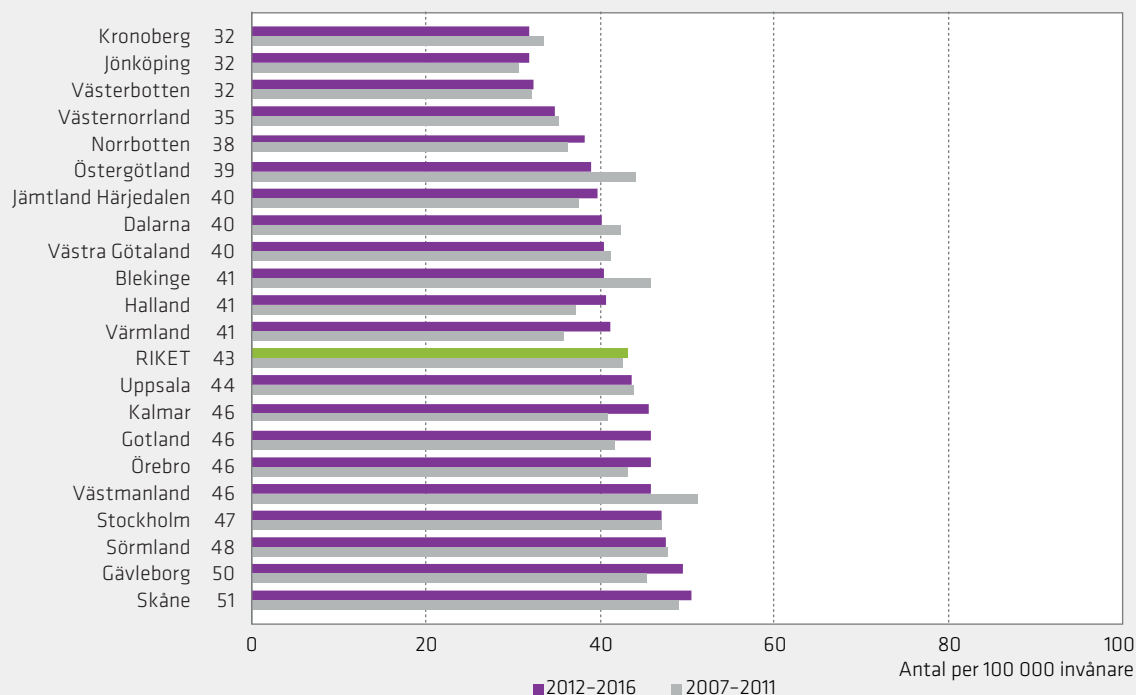
En tidig diagnos av lungcancer påverkar överlevnaden, men sjukdomen reduceras främst med förebyggande åtgärder. Det kräver en tvärspektoriell samverkan mellan många olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

I Sverige har vi under lång tid arbetat aktivt mot tobaksrökning, bland annat genom att främjande arbete så att barn och unga förblir rökfria. Utöver tobaksprevention är det viktigt att arbeta förebyggande med arbetsmiljö,

samhällsplanering och luftföroreningar för att identifiera och minska hälsorisker. Exempelvis är den miljö barn vistas i under uppväxtåren inomhus och utomhus till stor del offentliga miljöer såsom förskola, skola samt kultur- och fritidsverksamhet. Barns exponering för olika miljöfaktorer skiljer sig från vuxnas, eftersom barn utvecklas snabbare samt äter och dricker mer i förhållande till sin kroppsvikt. En del miljörelaterade hälsoeffekter kan uppträda redan under de tidiga åren i livet, medan andra ger utslag först senare i livet (9,10).

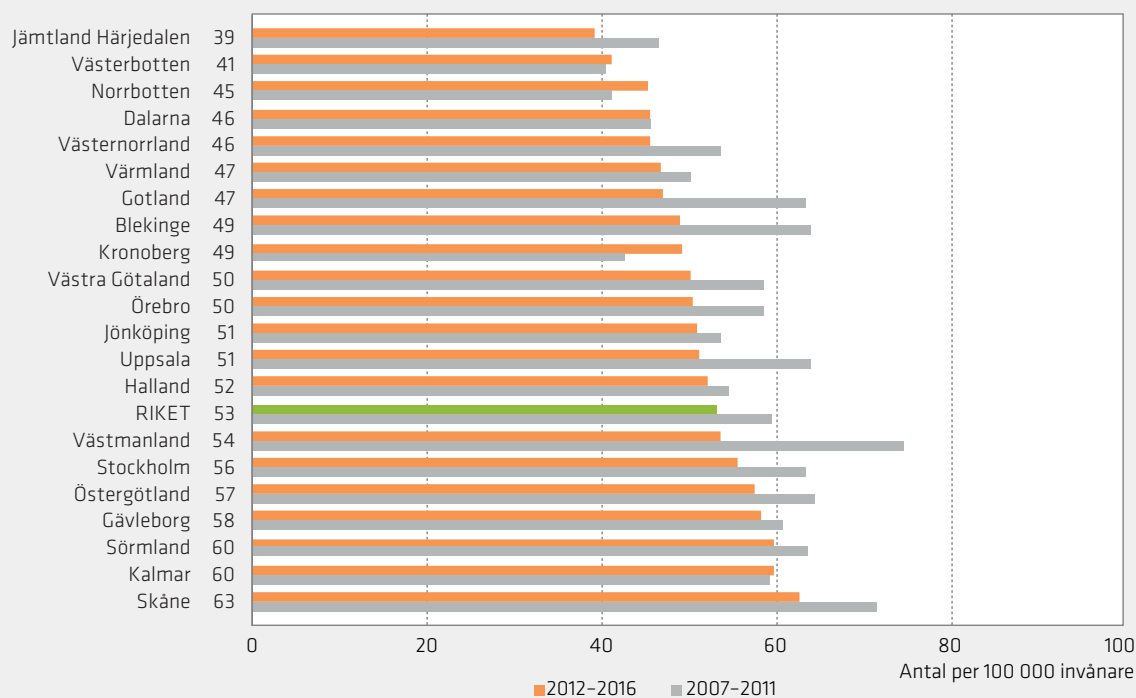
Andra preventionsinsatser handlar om information, utbildning, opinionsbildning, målgruppsanpassad tobaksavvänjning, rökfria miljöer, skyddande och begränsande lagstiftning och en aktiv prispolitik (läs mer om preventionsinsatser i avsnittet om dagligrökning).

DIAGRAM 34 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare, 15 år och äldre, 2012-2016. Åldersstandardiserade värden.



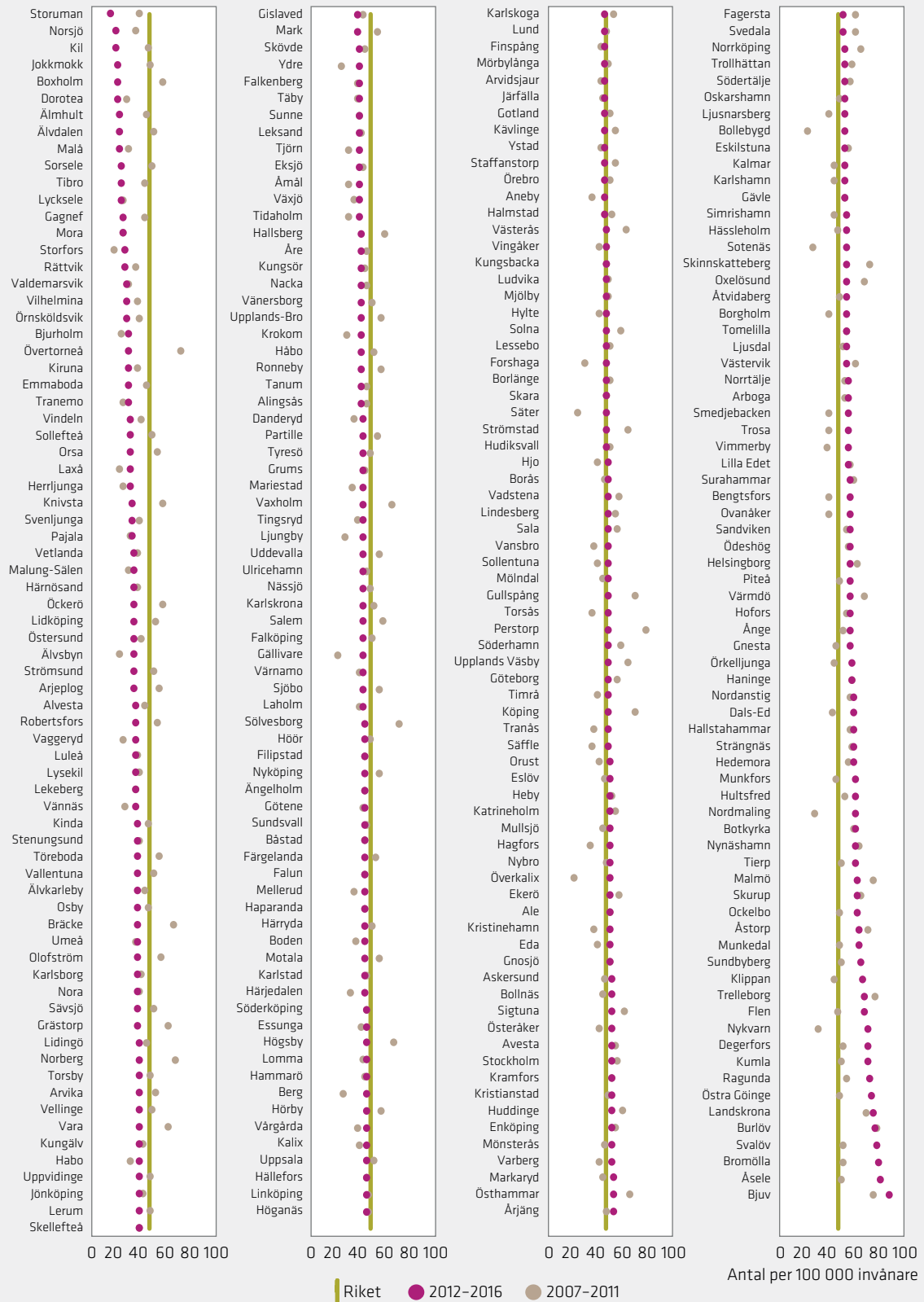
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 35 - LÄN/REGIONER. MÄN: Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare, 15 år och äldre, 2012-2016. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 36 – KOMMUNER: Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare, 15 år och äldre, 2012–2016. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2017;3(4):524-48. DOI:10.1001/jamaoncol.2016.5688.
2. Global Burden of Disease Compare Data Visualization. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 1990- . Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
3. Statistikdatabas för dödsorsaker. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997- . Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>
4. Statistikdatabas för cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 1970- . Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/cancer>
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-2>
6. Lin RT, Takahashi K, Karjalainen A, Hoshuyama T, Wilson D, Kameda T, et al. Ecological association between asbestos-related diseases and historical asbestos consumption: an international analysis. *Lancet.* 2007;369(9566):973-974. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60412-7
7. Darby S, Hill D, Auvinen A, Barros-Dios JM, Baysson H, Bochicchio F, et al. Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies. *BMJ* 2005;330(223). DOI:10.1136/bmj.38308.477650.63
8. Raaschou-Nielsen O, Andersen Z, Beelen R, Samoli E, Stafoggia M, Weinmayr G, et al. Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol.* 2013;14(9):813-822. DOI:10.1016/S1470-2045(13)70279-1
9. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsorapport 2017. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publiceratmaterial/publikationsarkiv/m/miljohalsorapport-2017/>
10. Folkhälsomyndigheten. Dödlighet i lungcancer [publicerat 8 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cancer/lungcancer-dodlighet/>

7. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Indikatorn hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet innebär dödsfall som kan åtgärdas genom bredare hälsopolitiska insatser. Insatserna syftar till att minska skadlig alkoholkonsumtion, rökning och transportolyckor med dödlig utgång.

Skadlig alkoholkonsumtion kan relateras till exempelvis leverskador, trafikolyckor och förtida död (1). Tobaksrökning är en riskfaktor för cancer, lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, diabetes och förtida död (2).

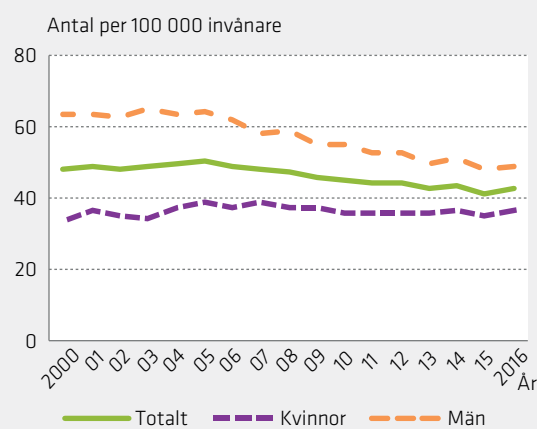
Indikatorn hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Uppgifter om dödlighet för utbildningsgrupper presenteras i åldern 35–79 år. Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år, för att öka den statistiska säkerheten. Måttet utarbetades från det bredare samlingsmättet åtgärdbar dödlighet (3,4) i mitten av 1980-talet inom EU, och har senare modifierats, till exempel har cancer i matstrupen lagts till (5). Vidare har åldersgruppen utökats till 1–79 år (mot tidigare 1–74).

Färre män dör i åtgärdbara sjukdomar men fortsatt stora skillnader mellan regioner och mellan utbildningsgrupper

År 2016 avled 42 per 100 000 invånare i hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Trenden går nedåt, men det är männens resultat som har bidragit till den förbättringen (Diagram 37). Kvinnornas resultat har varit oförändrade under hela perioden 2000–2016.

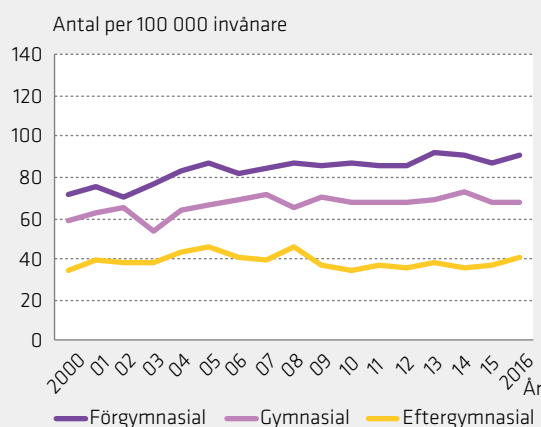
Det finns fortsatta socioekonomiska skillnader som avspeglar sig utifrån olika utbildningsbakgrunder bland både kvinnor och män. År 2016 var den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten 91 per 100 000 bland kvinnor med förgymnasial utbildning, och 41 per 100 000 med eftergymnasial utbildning (Diagram 38). Motsvarande antal bland männen var 111 per 100 000, respektive 56 per 100 000 (Diagram 39). De socioekonomiska skillnaderna är betydligt större än skillnaderna mellan kön.

DIAGRAM 37 – RIKET: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 1–79 år, ålderstandardiserade värden.



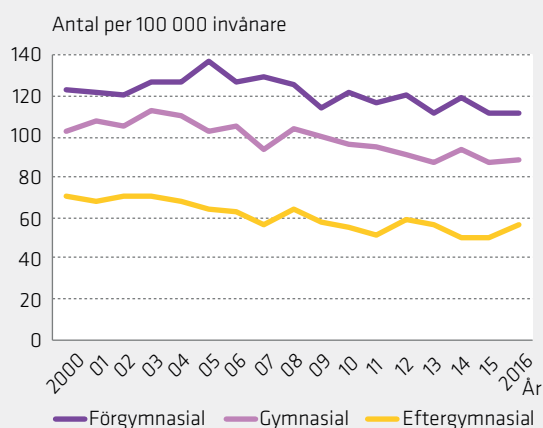
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 38 – UTBILDNING. RIKET. KVINNOR: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 35–79 år, ålderstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 39 - UTBILDNING. RIKET. MÄN: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten varierar mellan regionerna. Det skiljer 18 dödsfall per 100 000 invånare mellan de regioner som har högst respektive lägst antal för kvinnor (Diagram 40). Motsvarande antal för männen är 24 per 100 000 (Diagram 41). Även om den

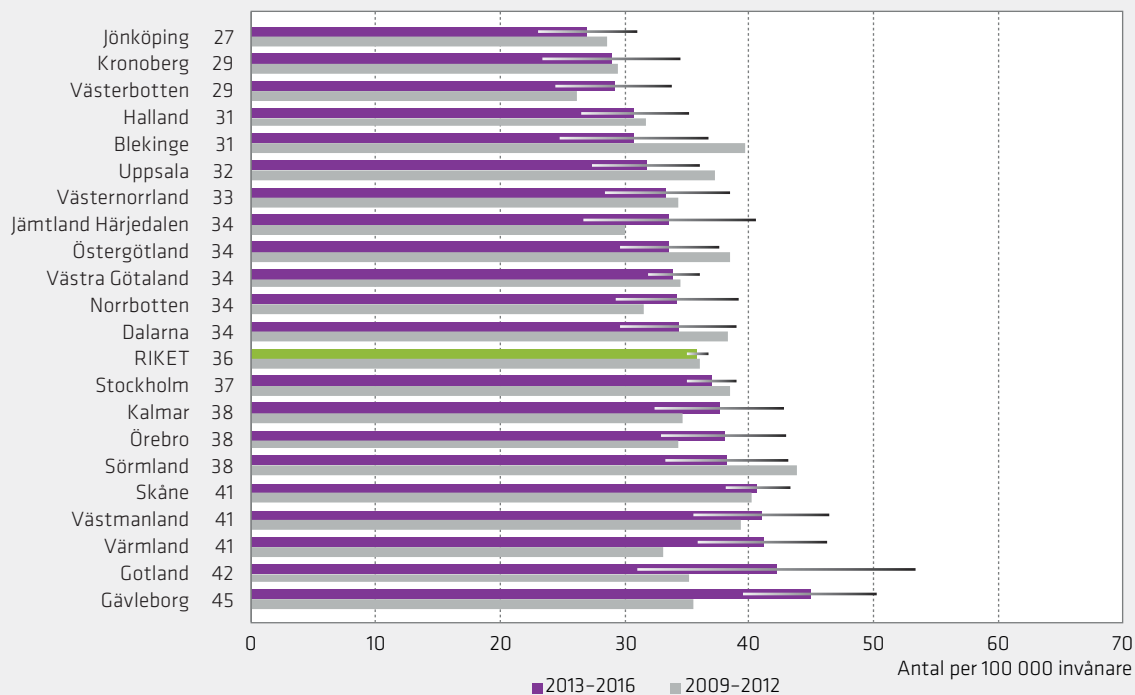
nationella trenden visar att andelen minskar bland män så visar Diagram 41 att andelen har ökat i Blekinge och i Norrbotten mellan perioderna 2013–2016 och 2009–2012. Under samma period ses en ökad andel bland kvinnorna i Gävleborg och Värmland.

Det här kan regioner och kommuner göra

Regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT) syftar till att minska de medicinska och sociala skadorna av alkohol och minska rökningen. Det förebyggande arbetet pågår på nationell, regional och lokal nivå. Kommuner och regioner har huvudansvaret för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, och länsstyrelsen har en central roll i det samordnande arbetet (6).

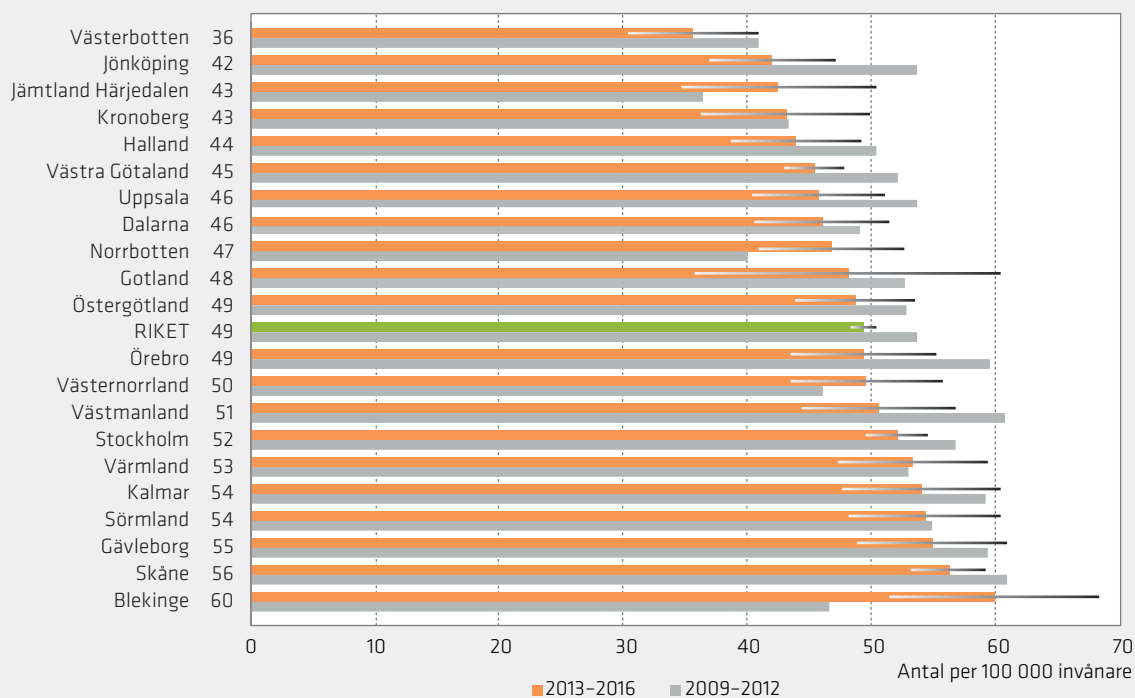
Trafikverket samordnar arbetet med aktörer och myndigheter inom trafiksäkerhetsarbetet som ett led i regeringens satsning för nollvision, vilket innebär att ingen ska skadas allvarligt eller dödas i trafiken (7).

DIAGRAM 40 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 1-79 år, ålderstandardiserade värden, 2013-2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 41 - LÄN/REGIONER. MÄN: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 1-79 år, ålderstandardiserade värden, 2013-2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. World health organization. Global status report on alcohol and health. Country profiles. Geneva: World Health Organization (WHO); 2014. Hämtad från: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1&ua=1
2. World health organization. Global status report on non-communicable diseases. Genève: World Health Organization (WHO); 2014. Hämtad från: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
3. Rutstein DD, Berenberger W, Chalmers TC, Child GC, Fischmen AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. N Engl J Med 1976;294:582–88.
4. Mackenbach J P, Bouvier-Colle MH, Jouglu E. “Avoidable” mortality and health services: a review of aggregate data studies. J Epidemiol Community Health 1990;44:106-111.
5. Holland WW (Ed), European Community Atlas of Avoidable Death. Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 3. Oxford 1988.
6. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2016/02/skr.20151686/>
7. Trafikverket. Nollvisionen - tillsammans räddar vi liv [citerad 29 augusti 2018]. Hämtad från: <https://www.trafikverket.se/for-dig-i-branschen/samarbete-med-branschen/Samarbeten-for-trafiksakerhet/tillsammans-for-nollvisionen/>

8. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Indikatorn visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, vilket är ett komplement till indikatorn hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Dödligheten i olika hjärtsjukdomar har minskat i Sverige de senaste 35 åren. Män har högre dödlighet i hjärtsjukdom än kvinnor (1, 2). Dödligheten varierar även i olika åldrar, och risken att avlida av en hjärtinfarkt är dubbelt så hög vid 70 års ålder jämfört med 60 år (3).

Indikatorn visar antalet åtgärdbara dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 1–79 år. Uppgifter om dödlighet för utbildningsgrupper presenteras i åldern 35–79 år.

Färre dör i ischemisk hjärtsjukdom men fortsatt stora skillnader mellan regioner och utbildningsgrupper

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har minskat under 2000-talet för båda könen. För kvinnor har den nedåtgående trenden stannat av de senaste åren. Det finns dock fortsatta skillnader mellan könen; kvinnor har 25 dödsfall per 100 000 invånare 2015–2016 medan män har 71. Det finns även stora socioekonomiska skillnader. Antalet är högst i gruppen med förgymnasial utbildning och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning för både kvinnor (Diagram 42) och män (Diagram 43), men gapet är störst bland männen.

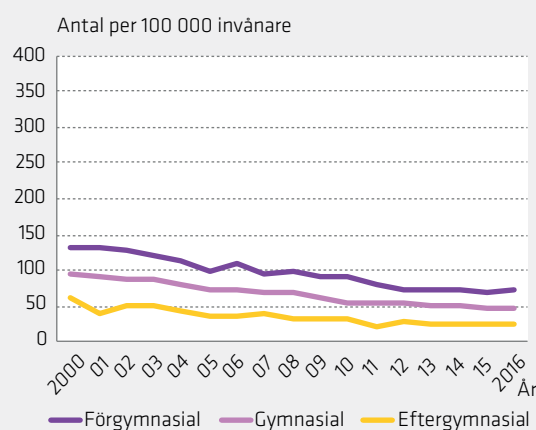
Den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom varierar mellan regionerna. Det skiljer 14 dödsfall per 100 000 invånare mellan den region som har högst respektive lägst värde för kvinnor (Diagram 44), och motsvarande siffra för männen är 39 (Diagram 45).

Det här kan regioner och kommuner göra

Verksamheter som kan påverka utvecklingen av ischemisk hjärtsjukdom finns att läsa om under indikatorerna hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet och hjärtinfarkt.

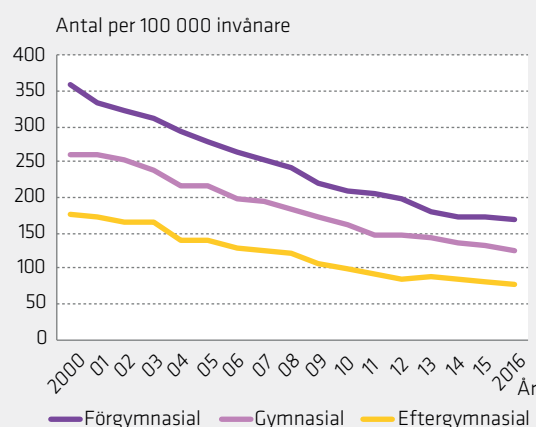
Den stora nedgången i dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar tyder på att både de hälsopolitiska och medicinska insatserna på detta område fått genomslag i befolkningen, och till exempel lett till förbättrade levnadsvanor och effektivare behandlingar (1). Men dessa åtgärder och effekter är ojämnt fördelade mellan olika grupper.

DIAGRAM 42 – UTBILDNING. RIKET. KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, ålderstandardiserade värden.



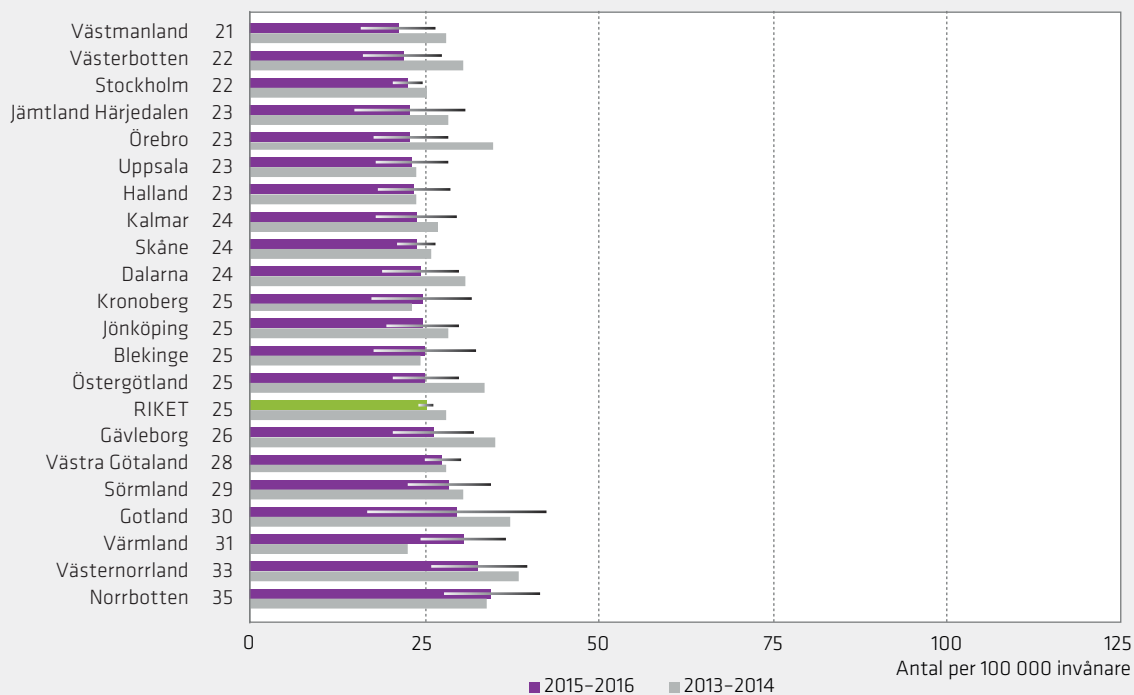
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 43 – UTBILDNING. RIKET. MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år.



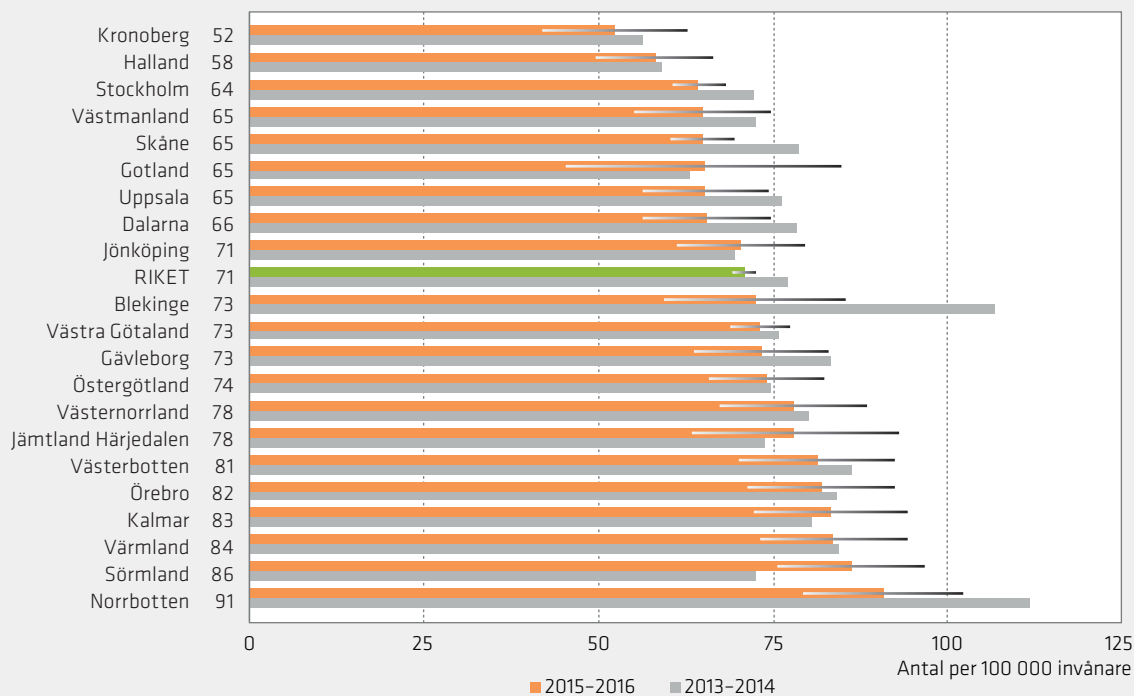
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 44 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom - dödsfall per 100 000 invånare 1-79 år, ålderstandardiserade värden, 2015-2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 45 - LÄN/REGIONER. MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom - dödsfall per 100 000 invånare 1-79 år, ålderstandardiserade värden, 2015-2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Sjukvårdens utveckling över tid – nationella trender och variationer mellan landstingen komplement till Öppna jämförelser hälso- och sjukvård 2013. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-1>
2. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2017. Artikelnummer: 2017-3-1. 2017. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20470/2017-3-1.pdf>.
3. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Artikelnummer: 2014-2-3. 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19329/2014-2-3.pdf>.

Psykisk ohälsa

9. Nedsatt psykiskt välbefinnande

Psykisk ohälsa används ofta som ett paraplybegrepp för att beskriva tillstånd med olika svårighetsgrader, alltifrån allvarliga psykiatriska sjukdomar till enstaka symtom med varierande intensitet och varaktighet (1). Enstaka besvär kan förorsaka lidande, men behöver inte spegla en psykiatrisk diagnos. Ur ett globalt perspektiv är socioekonomiska ojämlikheter viktiga bidragande faktorer till psykisk ohälsa, där exempelvis grupper med kortare utbildning och lägre inkomst löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa, jämfört med grupper med längre utbildning och högre inkomst (2).

Nästan var femte person i världen uppfyller kriterierna för psykiatriska diagnoser, företrädesvis ångest och depression (3). I Sverige är psykisk ohälsa den vanligaste anledningen till sjukfrånvaro och det är den stressrelaterade psykiska ohälsan som dominerar, i synnerhet bland kvinnor (4). Kvinnor har oftare än män arbeten som kännetecknas av höga psykologiska krav och låg kontroll, vilket kan vara en förklaring till att kvinnor oftare har exempelvis depression (5) och stressrelaterad psykisk ohälsa (6). Psykiska besvär är vanliga i sena tonåren och i tidig vuxenålder, troligen eftersom kraven på att bli självständig och hitta sin roll i samhället ökar då (2).

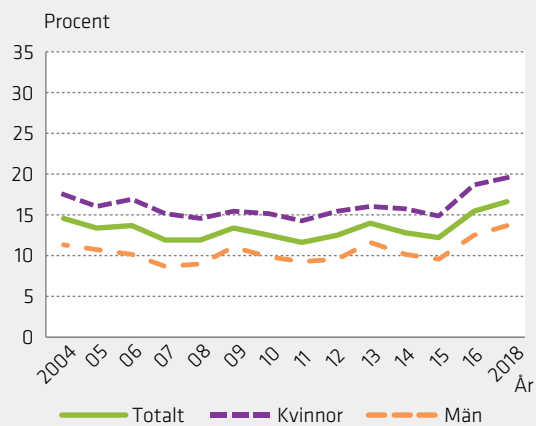
För att uppskatta hur stor andel som har någon form av psykisk ohälsa används ofta befolkningsbaserade enkät- eller intervjuundersökningar. En vanlig skattningsskala som mäter nedsatt psykiskt välbefinnande är The General Health Questionnaire, GHQ (7). Denna skala används i många länder och har visat god förmåga att identifiera personer med olika former av psykisk ohälsa, så också i Sverige (8).

I den här rapporten redovisas andel av befolkningen i åldern 16–84 år som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande baserat på fem frågor i GHQ (GHQ5).

Nedsatt psykiskt välbefinnande hos unga kvinnor och män ökar i de flesta kommuner och regioner

År 2018 rapporterade 17 procent av befolkningen nedsatt psykiskt välbefinnande (Diagram 46). Andelen har fluktuerat 2004–2018, men sedan 2015 indikeras en försämring. Fler kvinnor (20 procent) än män (14 procent) uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande (Diagram 46).

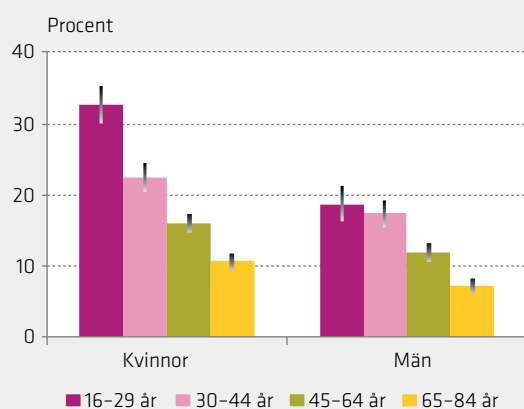
DIAGRAM 46 - RIKET: Andel individer som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ5, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

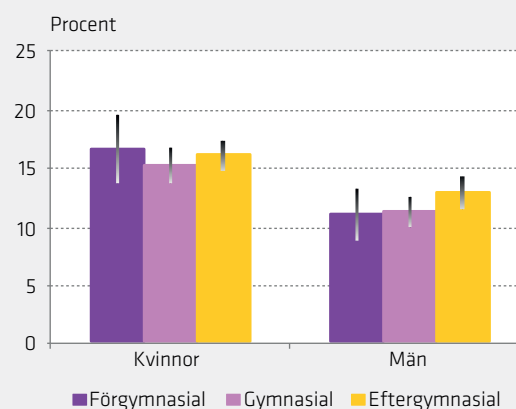
Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland de yngre åldersgrupperna jämfört med de äldre åldersgrupperna (Diagram 47). När åldersgrupperna delas upp på kvinnor och män (2018) förstärks könsskillnaderna, framförallt i gruppen 16–29 år (kvinnor 33 procent, män 19 procent). I sammanhanget är det värt att notera att yngre besvarar den nationella folkhälsoenkäten i lägre omfattning än äldre, vilket kan påverka resultatet.

DIAGRAM 47 – ÅLDERSGRUPPER: Andel individer som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ5, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 48 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ5, 35-74 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Sambandet mellan självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande och utbildning är inte lika tydligt (Diagram 48) som för många andra indikatorer, exempelvis regelbunden användning av sömnmedel och andra lugnande medel samt suicid.

I en del regioner har andelen med självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande ökat över tid. Det finns dock skillnader mellan regioner (Diagram 49, 50) och kommuner (Diagram 51). År 2015–2018 skilde det 9 procentenheter mellan den region som har högst respektive lägst värde för kvinnor, och 6 procentenheter för män.

Kommunresultatet inkluderar både kvinnor och män, och andelen med självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande varierar mellan kommunerna från 7 till 21 procent. Mönstren indikerar att andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande störst i *storstäder* men är också i *storstadsnära kommuner*, jämfört med mindre kommungrupper. Minst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande finns i *landsbygdskommuner med besöksnäring*.

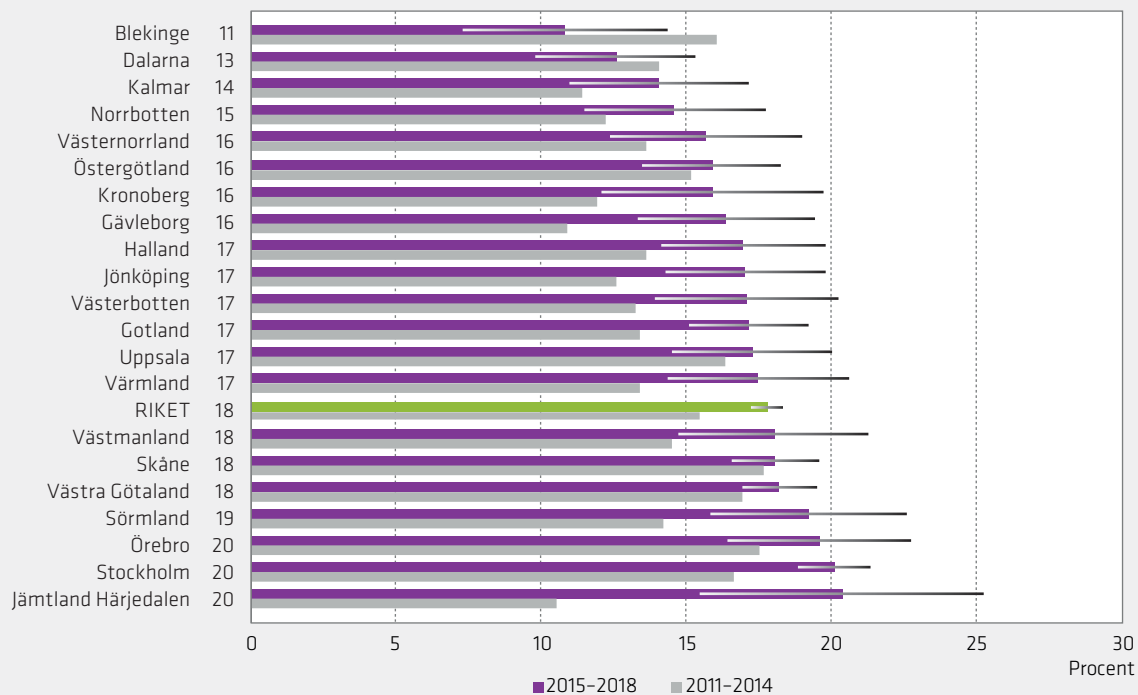
Det här kan regioner och kommuner göra

För att främja psykisk välbefinnande är det viktigt att skapa trygga miljöer i skolan med goda relationer till andra barn och vuxna. Utvecklingsarbetet kan handla om en elevhälsobaserad modell för första linjens stöd. Det innebär att skolan, elevhälsan, socialtjänsten och vården arbetar tillsammans för att erbjuda förebyggande och tidiga insatser med elevhälsan som den gemensamma arenan (9).

Andra exempel på främjande och förebyggande arbeten är att erbjuda föräldrastöd – vilket kan gynna både barnens och föräldrarnas psykiska hälsa – att öka tillgången till psykologisk kompetens i skola och primärvård, samt bryta isolering och öka känslan av delaktighet (2). Det är också viktigt att bryta isolering för äldre genom olika former av mötesplatser.

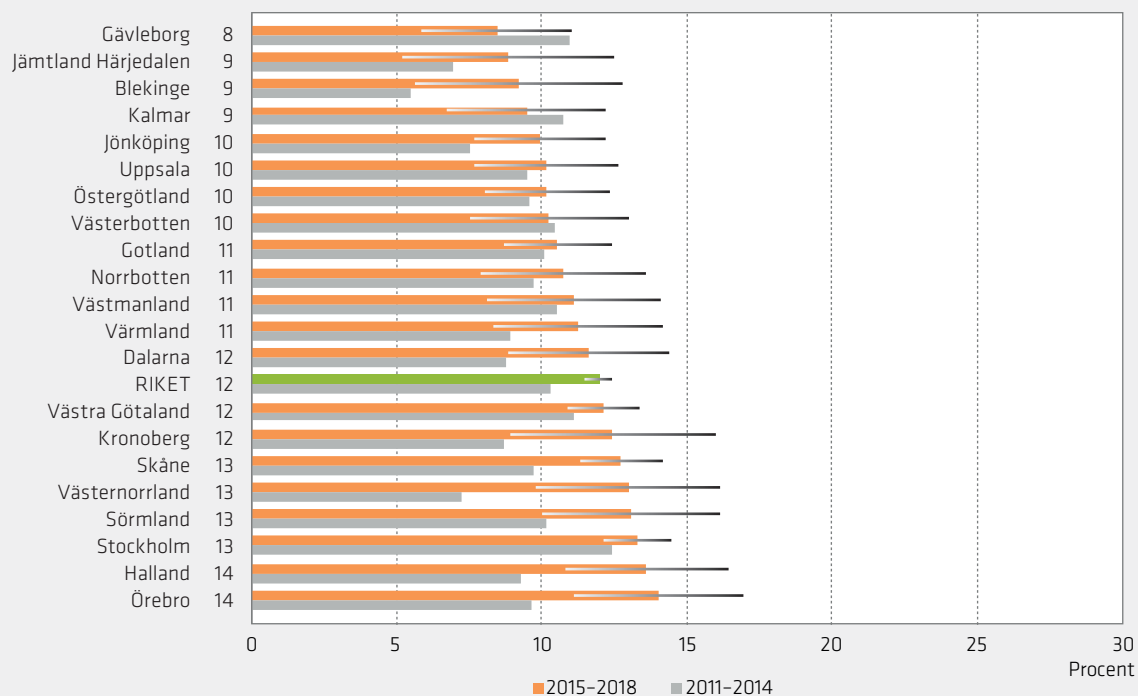
För att förebygga psykisk ohälsa är det viktigt att fokusera på grupper som befinner sig i utsatta situationer i samhället, och att ha ett livsloppsperspektiv (2).

DIAGRAM 49 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ5, 16–84 år, 2015–2018.



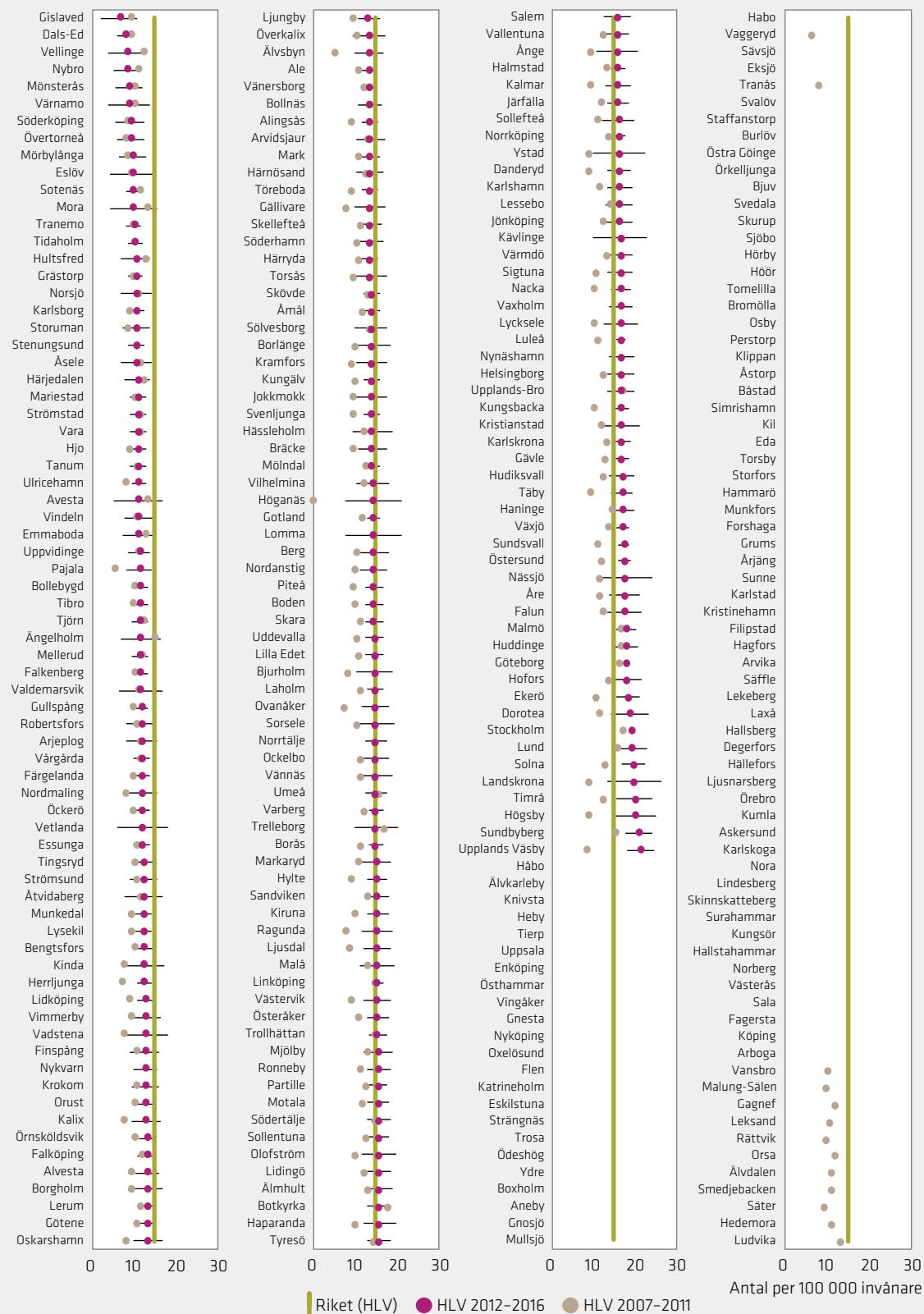
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 50 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ5, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 51 – KOMMUNER: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ5, 16–84 år, 2012–2016.



Hälsa i befolkningen

Källa: Hälsa på lika villkor inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. Dalman C, Bremberg S. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. En kunskapsöversikt. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd (Forte); 2014. Hämtad från: <https://www.vinnova.se/publikationer/begrepp-matmetoder-och-forekomst-av-psykisk-halsa-psykisk-ohalsa-och-psykiatriska-tillstand-hos-barn-och-unga/>
2. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014; 26(4):392-407. DOI: 10.3109/09540261.2014.928270
3. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*, 2014; 43(2):476-493. DOI:10.1093/ije/dyu038
4. Försäkringskassan. Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018 [Svar på regeringsuppdrag]. Stockholm: Försäkringskassan; 2018. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/059c1980-2262-4f2a-a8c8-228b8b931f77/rup-sjukfranvarons-utveckling.pdf?MOD=AJPERES&CVID=&CACHE=NONE&CONTENTCACHE=NONE>
5. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015; 15(738). DOI: 10.1186/s12889-015-1954-4
6. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med*. 2010; 60(4): 277-286. DOI: 10.1093/occ-med/kqq081
7. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.
8. Lundin A, Åhs J, Åsbring N, Kosidou K, Dal H, Tinghög P, et al. Discriminant validity of the 12-item version of the general health questionnaire in a Swedish case-control study. *Nord J Psychiatry*, 2017; 71(3): 171-179. DOI: 10.1080/08039488.2016.1246608
9. Uppdrag psykisk hälsa. Elevhälsobaserad modell för första linjen. SKL. <https://www.uppdrag-psykiskhalsa.se/skola-och-elevhalsa/elevhalsa/elevhalsobaserad-modell-for-forsta-linjen/>

10. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Ängslan, oro och ångest är vanliga känslor som kan vara förväntade reaktioner på konkreta livshändelser. Men om känslorna börjar begränsa ens liv, kan det vara en signal på att söka hjälp. Det kan även vara symtom på en sjukdom. Den nationella folkhälsoenkäten visar att ängslan, oro och ångest är vanligt – främst bland kvinnor och yngre grupper – men de flesta anger lätta besvär. Om besvären ökar kan de orsaka lidande och funktionsnedsättning. Ångestsyndrom innefattar olika typer av ångestdiagnoser och är relativt vanligt i befolkningen, särskilt bland kvinnor och yngre grupper samt bland personer med andra sjukdomstillstånd (1).

Sömnbesvär kan yttra sig på olika sätt, till exempel som problem med att somna eller vakna för tidigt. Till skillnad från ångestsyndrom är sömnbesvär vanligare bland äldre, särskilt bland äldre kvinnor och personer med kroniska sjukdomar. Att äldre är mer drabbade beror på åldersrelaterade fysiologiska förändringar, men också på att äldre oftare har fler sjukdomar och mediciner som kan påverka sömnen negativt (2).

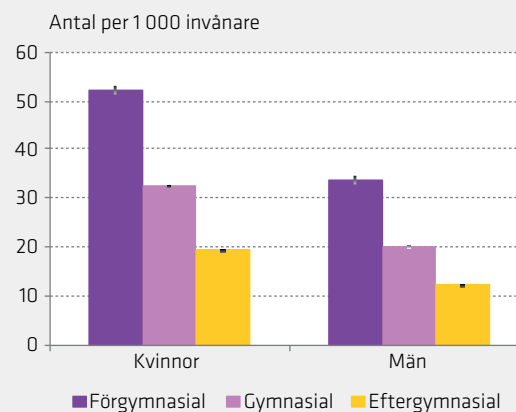
När medicinsk behandling för ångest- eller sömnbesvär är befogad, kan lugnande medel (bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat) användas för kortvarigt bruk (3). Vid långvariga besvär rekommenderas inte dessa preparat, eftersom de är narkotikaklassade och risken för beroende och biverkningar är hög (4, 5). Trots detta är långtidsförskrivning av lugnande medel vanligt, i synnerhet bland äldre och personer med olika psykiatriska tillstånd (6).

Indikatorn visar antalet regelbundna användare av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldrarna 20–79 år per 1 000 invånare år 2017. Regelbundna användare är de som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år. För riket redovisas resultatet uppdelat på kön och utbildningsbakgrund, för personer 30–64 år.

Färre använder sömnmedel och lugnande men skillnader finns mellan kommuner, regioner, kön och utbildningsgrupper

I riket 2017 var fler kvinnor än män regelbundna användare av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldern 30–64 år. Det fanns tydliga skillnader mellan olika utbildningsgrupper. Kvinnor med förgymnasial utbildning hade högst andel regelbundna användare, 52 per 1 000 invånare. Lägst andel fanns bland män med eftergymnasial utbildning, 12 användare per 1 000 invånare (Diagram 52).

DIAGRAM 52 – UTBILDNING. RIKET: Antal personer med långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel. ($\geq 0,5$ DDD/dag under ett år), av bensodiazepin/-liknande läkemedel, per 1 000 invånare 2017. Avser personer 30–64 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

På regionnivå fanns en tydlig variation av andelen regelbundna användare 20–79 år. Bland kvinnor varierade andelen mellan 24 och 47 regelbundna användare per 1 000 invånare, och bland män varierade andelen mellan 15 och 27 per 1 000 invånare (Diagram 53, 54). Sedan 2015 har andelen minskat något, men skillnaderna är inte statistiskt säkerställda i alla regioner.

På kommunnivå redovisas resultatet för kvinnor och män 20–79 år sammanslaget. Skillnaderna är tydliga mellan kommunerna, där de regelbundna användarna varierar mellan 10 och 49 per 1 000 invånare (Diagram 55).

Det här kan regioner och kommuner göra

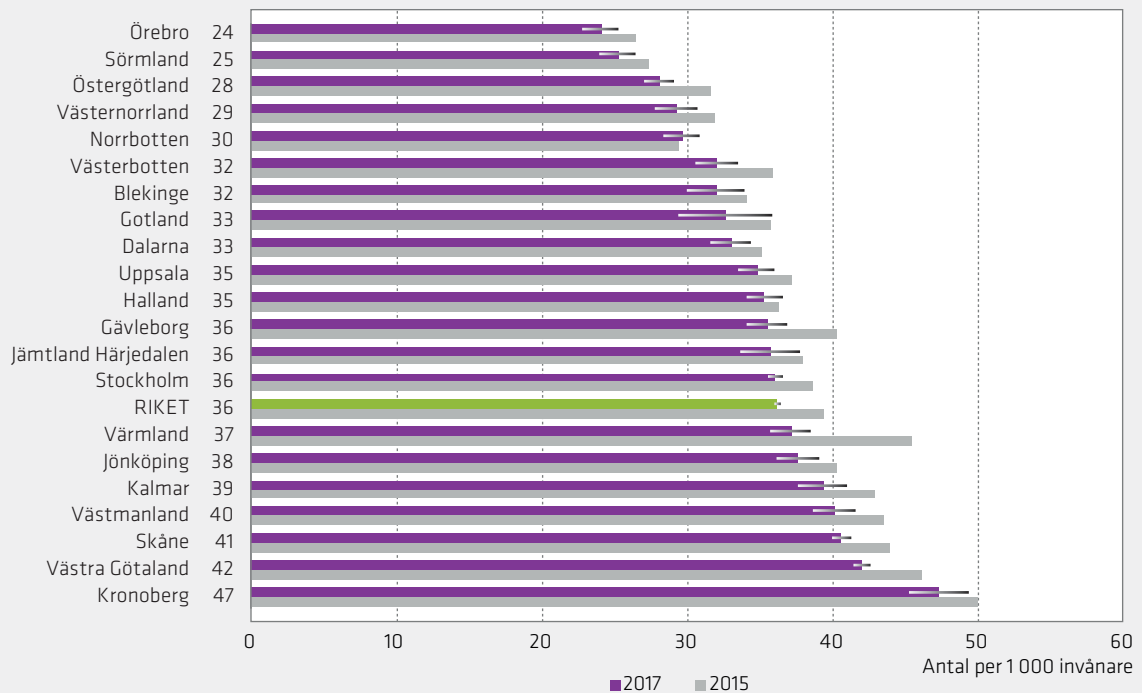
För att förebygga ångest, sömnbesvär och annan psykisk ohälsa, krävs ett livslöppsperspektiv som omfattar alla åldrar, från tidig barndom till sen ålderdom, med såväl främjande som förebyggande arbete. Insatser kan inriktas på olika nivåer.

Att öka tillgängligheten till psykologisk kompetens i primärvården kan underlätta för människor att söka hjälp i ett tidigt skede. Om besvären upptäcks i ett tidigt skede kan det räcka med rådgivning. Både ångesttillstånd och

sömnbesvär kan behandlas med kognitiv beteendeterapi (KBT) (4, 7), vilket kan fungera som alternativ till förskrivning av lugnande medicin.

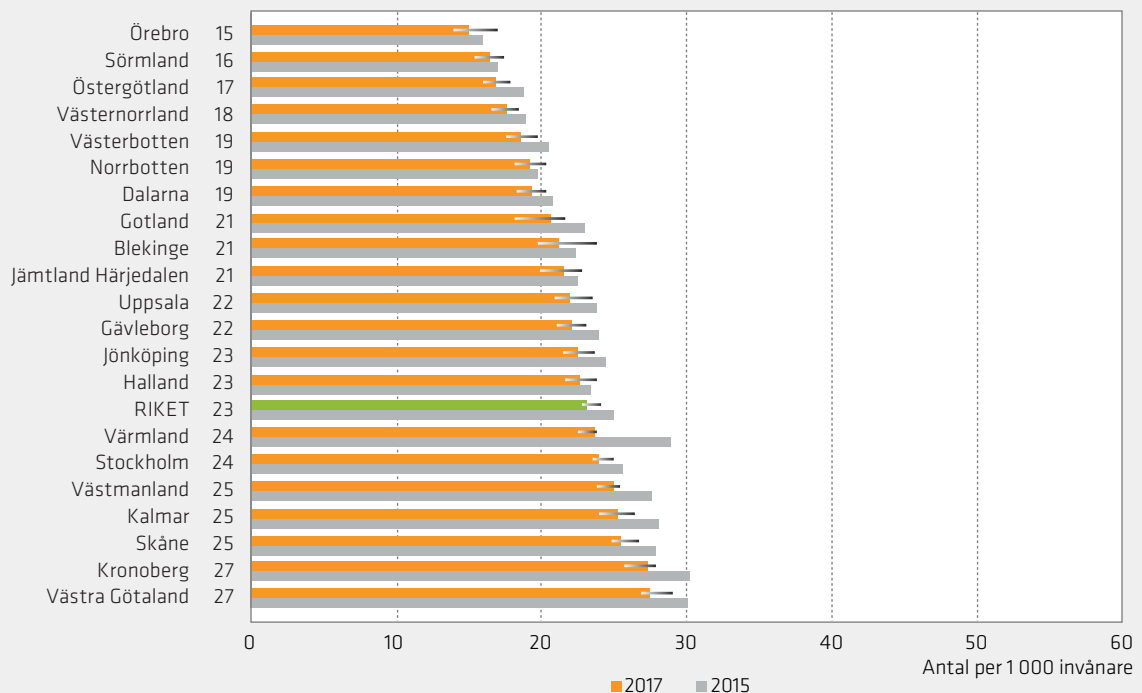
För att främja hälsa och förebygga psykiska besvär kan även samhällsplaneringen vara av betydelse. Att skapa trygga närområden med grönområden som uppmuntrar till fysisk aktivitet och rekreation kan bidra till att minska ångest och andra psykiska besvär (8). Se även avsnittet för åtgärder inom nedsatt psykiskt välbefinnande.

DIAGRAM 53 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antal personer med långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel, ($\geq 0,5$ DDD/dag under ett år), av bensodiazepin/-liknande läkemedel, per 1 000 invånare 2017. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden.



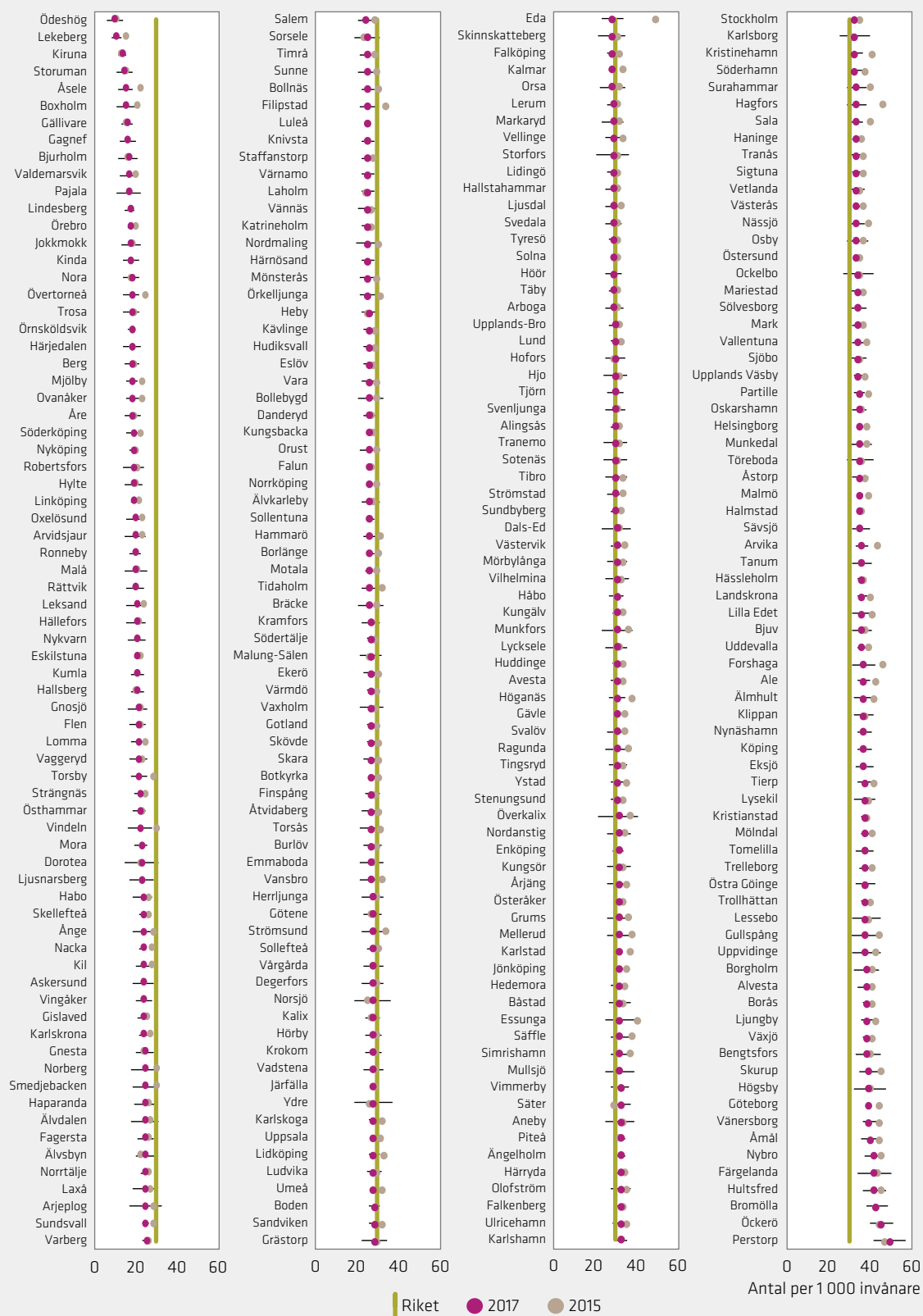
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 54 - LÄN/REGIONER. MÄN: Antal personer med långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel, ($\geq 0,5$ DDD/dag under ett år), av bensodiazepin/-liknande läkemedel, per 1 000 invånare 2017. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 55 – KOMMUNER: Antal personer med långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel, ($\geq 0,5$ DDD/dag under ett år), av bensodiazepin/-liknande läkemedel, per 1 000 invånare 2017. Avser personer 20-79 år. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016; 6(7). DOI: 10.1002/brb3.497
2. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev.* 2011;21(1):41-53. DOI: 10.1007/s11065-010-9154-6
3. von Knorring L, Hedin K, von Knorring AL. Ångest och oro [publicerat 27 augusti 2015]. I: Läkemedelsverket. Läkemedelsboken. Hämtat från: <https://lakemedelsboken.se/>
4. Socialstyrelsen. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-4>
5. Hetta J, Schwan Å. Sömnstörninga (publicerat 28 juni 2017). I: Läkemedelsverket. Läkemedelsboken. Hämtat från: <https://lakemedelsboken.se/>
6. Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähtäpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns - a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry.* 2015; 30(8):1037-1047. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.003
7. SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport 199. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/behandling-av-somnbesvar-hos-vuxna/>
8. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 2018; 20(63). DOI: 10.1007/s11920-018-0923-x

11. Suicid (själv mord)

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) sker uppskattningsvis 800 000 suicid (själv mord) i världen varje år, vilket motsvarar 11 per 100 000 invånare (1). Detta så kallade suicidtal varierar kraftigt mellan olika länder, och även inom länder finns en stor variation. I Sverige har suicidtalet minskat avsevärt sedan 1970-talet, men långsammare efter millennieskiftet. De senaste åren har det skett ungefär 1 100 årliga suicid i Sverige. Sannolikt förekommer fler suicid, eftersom ytterligare 400 årliga dödsfall är ouppklarade i den mån att man inte kunnat avgöra om dödsorsaken varit suicid eller en olyckshändelse.

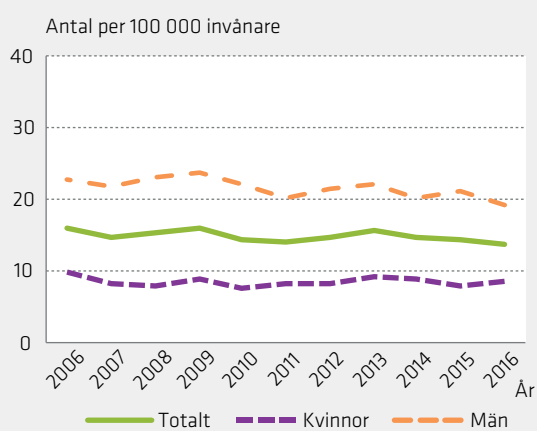
I Sverige, liksom i de flesta industrialiserade länder, är suicidtalet högst bland män och äldre. Men för unga, vars dödlighet är låg, är suicid en av de vanligaste dödsorsakerna. En stor andel av de som dör i suicid har diagnostiserad psykisk ohälsa, men inte alla (2). Bland personer som har vårdats på psykiatriska inrättningar är risken för suicid hög även lång tid efter utskrivning (3). Socioekonomisk utsatthet kan öka risken för suicid, och suicidtalet är ofta högre bland långtidsarbetslösa (4) och personer med kortare utbildning.

Indikatorn visar dödlighet i säkert fastställda suicid, och redovisas som antal suicid per 100 000 invånare 15 år och äldre. Med suicid avses dödsfall som har registrerats med någon av ICD-koderna X60–X84 i dödsorsaksregistret. Dödsfall med oklar avsikt (Y10–Y34) ingår inte i denna redovisning. Skillnader mellan olika utbildningsgrupper redovisas för personer 25 år och äldre. På regionnivå presenteras suicidtalet som femårsmedelvärden. På kommunnivå är suicidtalet för små och därmed för osäkra för att presenteras.

Suicid är dubbelt så vanligt bland dem med kort utbildning och de regionala skillnaderna är stora

År 2016 avled 1 129 personer i åldern 15 år och äldre av suicid i Sverige. Av dessa var 69 procent män. Suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare) 2016 var 19 för män och 8 för kvinnor. Under 2006–2016 har suicidtalet minskat något för män, men inte för kvinnor (Diagram 56).

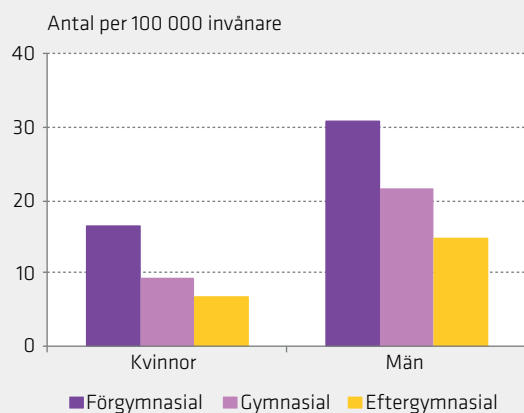
DIAGRAM 56 - RIKET: Antal suicid per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Suicid var nästan dubbelt så vanligt bland personer med förgymnasial utbildning, bland kvinnorna 16 suicid per 100 000 och bland männen 31 per 100 000. Motsvarande siffra bland personer med eftergymnasial utbildning var bland kvinnorna 7 och bland männen 15 (Diagram 57). Antalet suicid varierade mellan regionerna, där de för kvinnor varierade mellan 6 och 14 per 100 000 (Diagram 58), och för män mellan 13 och 30 (Diagram 59).

DIAGRAM 57 – UTBILDNING. RIKET: Antal suicid per 100 000 invånare, 25 år och äldre, åldersstandardiserade värden, 2016.



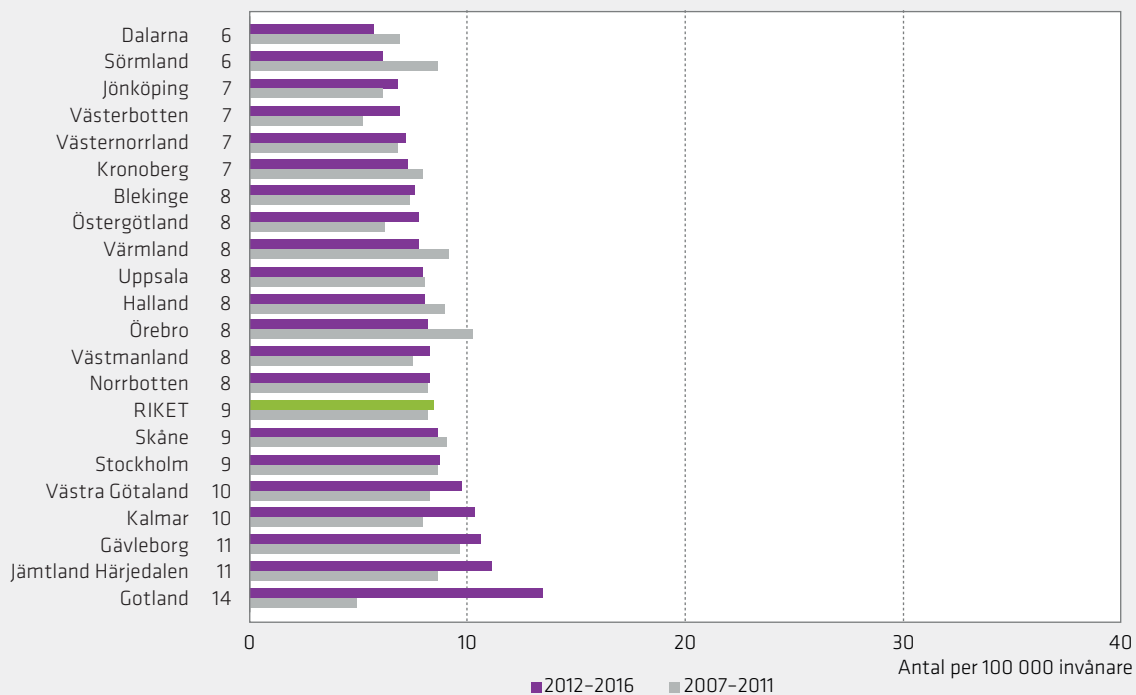
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Det här kan regioner och kommuner göra

Suicid betraktas idag som ett folkhälsoproblem, men det går att förebygga. Ett effektivt suicidpreventivt arbete innehåller både åtgärder inriktade på befolkningen och på individer i risk.

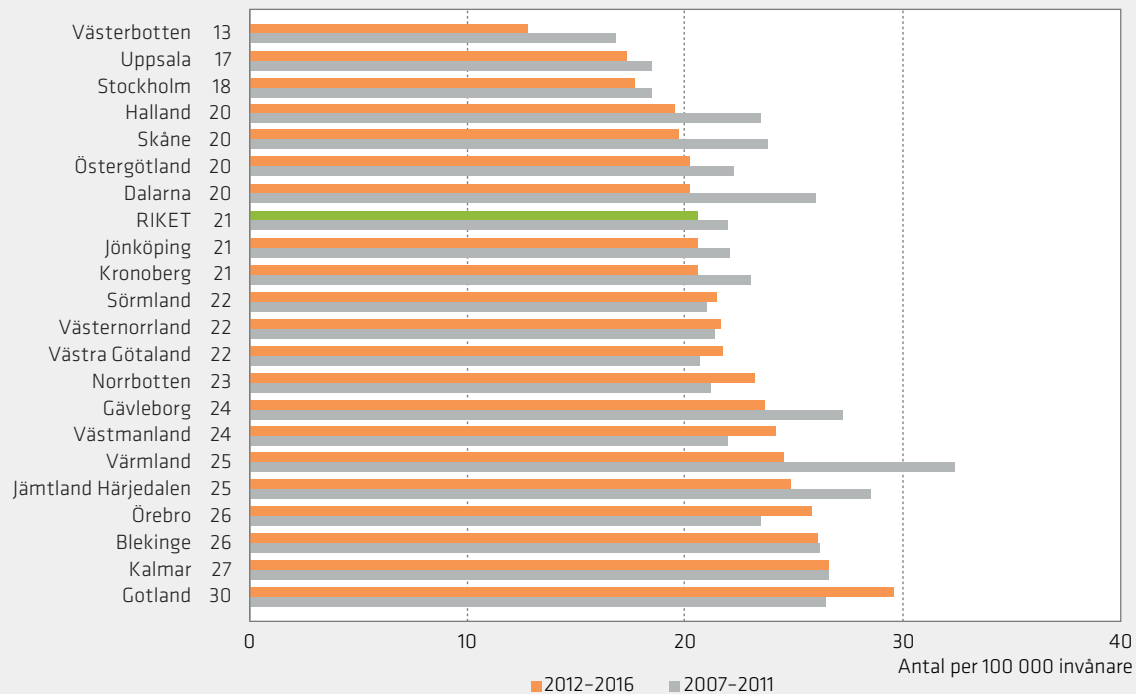
Exempel på förebyggande åtgärder är att upprätta fysiska barriärer på suicidtäta platser (5). Andra åtgärder är att höja medvetenheten om psykisk ohälsa och suicid i befolkningen, utbilda personal i hälso- och sjukvården om suicid, och erbjuda effektiv behandling för personer som drabbats av psykisk ohälsa (6). I de fall suicid inträffar kan systematiska utredningar, så kallade händelseanalyser, ge kunskaper som kan användas i kommunens suicidförebyggande arbete (7).

DIAGRAM 58 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antal suicid per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2012–2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 59 - LÄN/REGIONER. MÄN: Antal suicid per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2012–2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Genève: World Health Organization (WHO); 2014. Hämtad från: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014; 13(2): 153-60. DOI:10.1002/wps.20128
3. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(7):694-702. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
4. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2013; 8(1). DOI: 10.1371/journal.pone.0051333
5. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(11):994-1001. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00266-7
6. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchaipone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(7):646-59. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
7. Folkhälsomyndigheten (2016). Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser: Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet.

Skador

12. Skador bland barn

I Sverige liksom i övriga europeiska länder är det fallolyckor och trafikrelaterade olyckor som ligger bakom en stor andel av skadorna bland barn. Barn är särskilt utsatta när det gäller skador och riskerar att ådra sig fler skador, som kan få allvarliga konsekvenser. Yngre barn drabbas i huvudsak av skador i samband med fall, medan såväl fall som trafikrelaterade olyckshändelser ligger bakom en stor del av skadorna bland äldre barn (1,2).

Antalet dödsfall bland barn orsakade av skador har under lång tid minskat markant i Sverige. Detta beror till stor del på en lång tradition av olycksfallsförebyggande arbete och tvärssektoriella satsningar på att skapa trygga miljöer för barn.

Trots detta skadas fortfarande många barn, och såväl förekomst som orsak varierar med barnens kön och ålder. Pojkar drabbas i betydligt större utsträckning än flickor. I yngre åldrar förklaras detta bland annat av att pojkarnas kroppsfunktioner utvecklas senare, och lite högre upp i åldrarna av att pojkar tar större risker än flickor (1). Både internationell och svensk forskning visar att barn som lever under mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden löper en större risk att drabbas av skador till följd av olyckshändelser (4-5). Skillnaderna mellan barn från olika socioekonomiska grupper tenderar dessutom att vara större ju äldre barnen är (6,7).

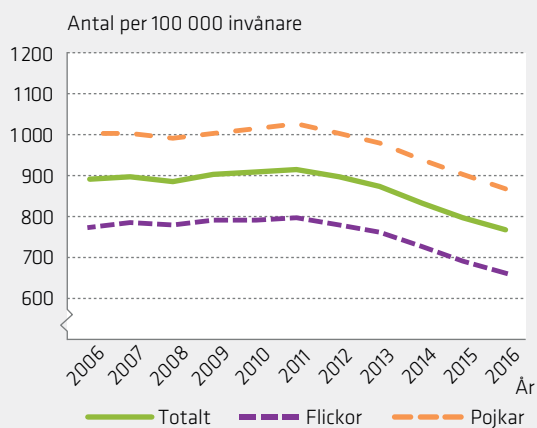
Indikatoren visar antalet barn per 100 000 i åldern 0–6 år som slutenvårdats till följd av en skadehändelse. Data kommer från Socialstyrelsens register över patienter i slutenvård, och avser skador och förgiftningar enligt kod för yttre orsaker.

Skador bland barn minskar, men det finns stora regionala skillnader och fler pojkar drabbas jämfört med flickor

År 2016 var antalet skador i genomsnitt 771 per 100 000 barn (Diagram 60). Antalet skador bland barn i riket har legat på en relativt stabil nivå fram till 2011 (Diagram 60). Därefter ses i de flesta regioner en nedåtgående trend, där färre barn skadades 2016 än 2012. Statistik på kommunnivå finns inte tillgänglig.

Pojkar skadas betydligt oftare (870 per 100 000) än flickor (667 per 100 000) (Diagram 60).

DIAGRAM 60 - RIKET: Antal barn som slutenvårdats till följd av skadehändelse per 100 000 barn i åldern 0–6 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det finns även stora skillnader mellan regioner, där antalet skador bland flickor varierar mellan 378 och 1 311 per 100 000, medan motsvarande antal bland pojkarna var 524–1 750 per 100 000 (Diagram 61, 62).

Det här kan regioner och kommuner göra

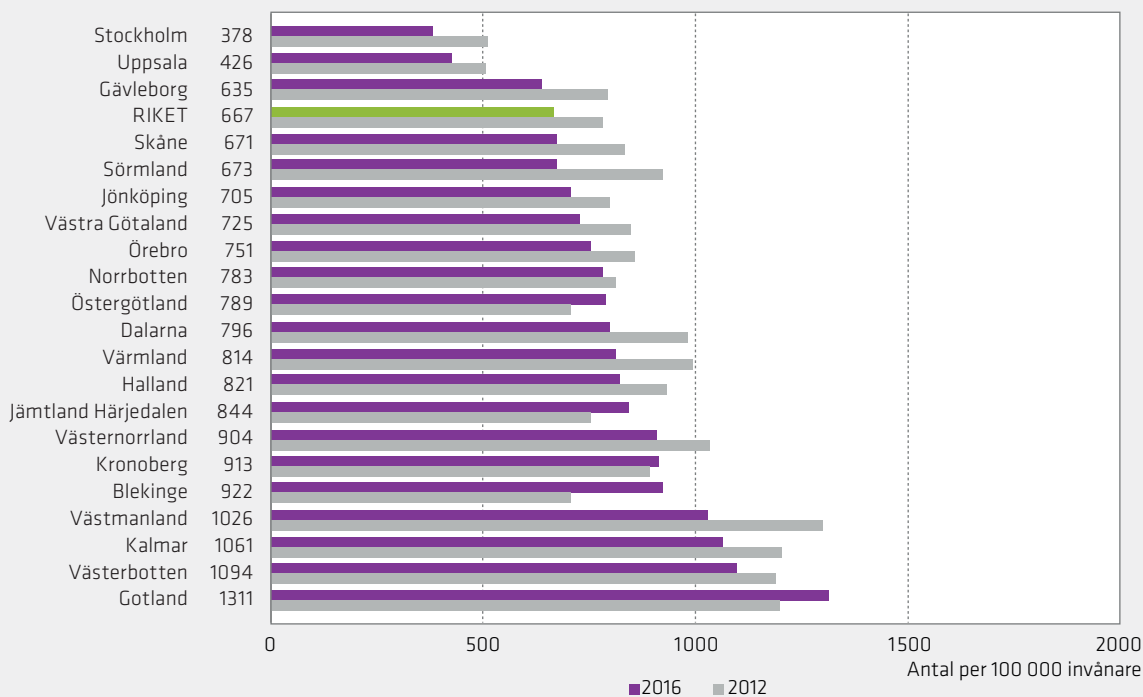
För att få ner antalet skador och dödsfall ytterligare, är det viktigt med ett fortsatt säkerhetsarbete.

Kommunerna har ansvaret för att utforma säkra miljöer för barn när de leker och rör sig i trafiken. Säkerheten för alla barn främjas av regelbunden tillsyn av utrustningen vid lekplatser, och ett säkerhetsperspektiv när

man utformar nya lekplatser. För att öka trafiksäkerheten kan man inventera olycksrisker i trafikmiljön, införa hastighetsbegränsningar och hastighetsdämpande åtgärder. Ett annat viktigt område är information och utbildning riktad till både barn och deras föräldrar. Kommunen kan i samverkan med andra parter delta aktivt i kampanjer för att informera om trafiksäkerhet och använda cykelhjälm. Skolan kan också bidra genom att till exempel i samverkan med polisen informera och utbilda elever i trafiksäkerhet.

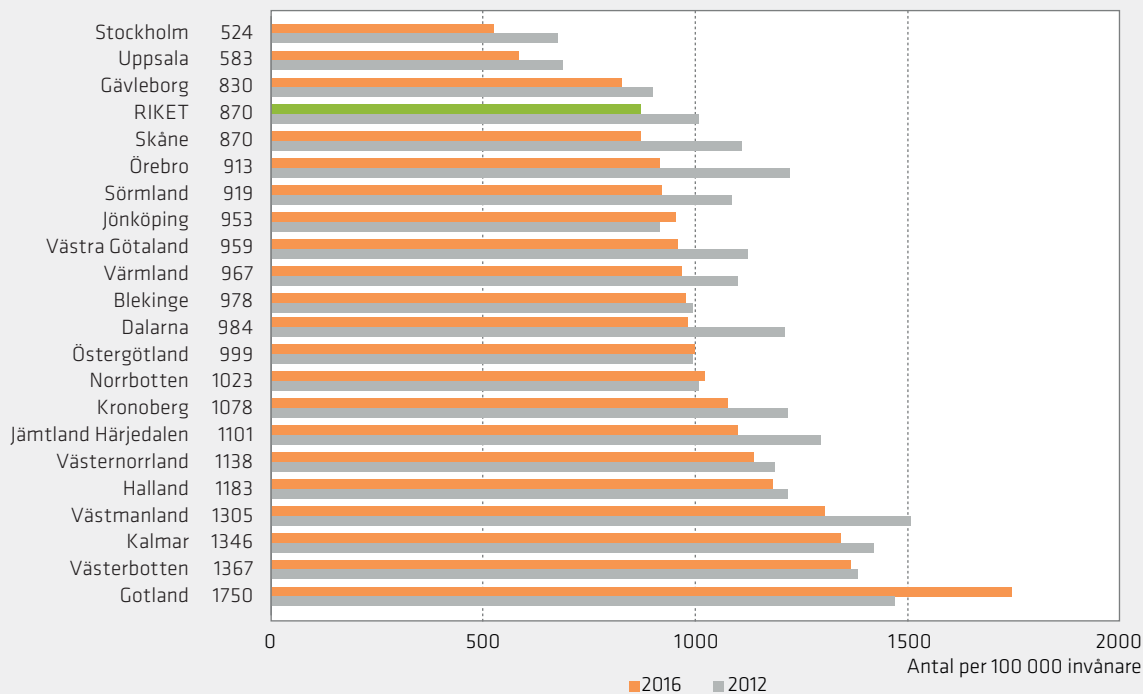
Även regionerna har genom barnhälsovården och mötet med barn och föräldrar en viktig roll för att informera och utbilda. Nationella program inom barnhälsovården har haft en stor betydelse för att minska skador bland de små barnen. Programmen är uppbyggda utifrån ambitionen att ge en jämlik och rättvis barnhälsovård där barnsäkerhetsarbetet ingår, genom ett tredelat program: generella insatser som ska ges till alla, insatser som ska ges till alla vid behov, samt ytterligare insatser för de som behöver extra stöd (7).

DIAGRAM 61 – LÄN/REGIONER. FLICKOR: Antal barn som slutenvårdats till följd av skadehändelse per 100 000 barn i åldern 0–6 år, 2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 62 – LÄN/REGIONER. POJKAR: Antal barn som slutenvårdats till följd av skadehändelse per 100 000 barn i åldern 0–6 år, 2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Barns och ungas säkerhet. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2011. Hämtad från: <https://www.msb.se/sv/Produkter--tjanster/Publikationer/Publikationer-fran-MSB/Barns-och-ungas-sakerhet/>
2. Socialstyrelsen. Skador bland barn i Sverige: olycksfall, övergrepp och avsiktlig självdestruktiv handling: rapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-13>
3. Laflamme L, Enström K, Hasselberg M. Sociala skillnader i skaderisker: en rapport om den socioekonomiska fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige: rapport från Barnsäkerhetsdelegationen (SoU 2002:68). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2002. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2002/08/sou-200268/>
4. Engström K. Social Differences in Injury Risk in Childhood and Youth. Exploring the roles of structural and triggering factors. [Doktorsavhandling] Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2003.
5. Laflamme L, Hasselberg M, Burrows S. 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's-Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. *Int J pediatr.* 2010; pii 819687. DOI: 10.1155/2010/819687
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
7. Hasselberg M, Laflamme L. Children at risk in traffic: improvement potentials in the Swedish context. *Acta paediatr.* 2004; 93(1):113-9. DOI: 10.1080/08035250310007204

13. Fallskador bland äldre

Fallolyckor är idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige, och bland äldre ökar de stadigt och utgör ett omfattande folkhälsoproblem. En orsak är den förändrade demografiska sammansättningen i samhället. En förbättrad sjukvård och livräddande insatser gör att allt fler äldre är aktiva och lever längre, samtidigt som andelen sköra äldre ökar. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av höftfrakturer, som utöver lidande för den drabbade bidrar till stora samhällskostnader. Två tredjedelar av de som avlider till följd av fall är 65 år eller äldre, liksom hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av skada (1).

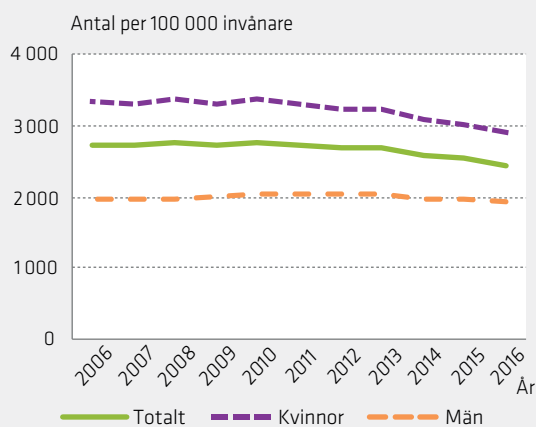
Äldre kvinnor drabbas av skador i betydligt större utsträckning än äldre män. Det kan bland annat bero på att benskörhet drabbar kvinnor i högre grad än män, på grund av minskad mängd östrogen vid klimakteriet. Forskning visar att det finns stora skillnader i skaderisk även sett till socioekonomisk position, civilstånd och födelseland (2,3). Många individuella faktorer relaterade till levnadsvanor och hälsa påverkar också risken att skadas ju äldre man blir, exempelvis kosthållning, rökvanor, alkoholkonsumtion, medicinering och fritidssysselsättning (1, 4-10). Undernäring medför ofta förlust av muskler och muskelfunktion, vilket innebär en ökad risk för balansproblem och fallolyckor.

Indikatorn visar det genomsnittliga antalet slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor 2006–2016, bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare.

Fallskador minskar bland äldre kvinnor i de flesta regionerna, men är fortfarande vanligare bland kvinnor än bland män, samt i grupper med kortare utbildning

År 2016 redovisades totalt 2 458 fallskador per 100 000 i åldern 65 år och äldre, jämfört med 2 740 per 100 000 år 2006 (Diagram 63). Kvinnor skadar sig oftare än män, men resultatet från 2006 visar att fallskador bland kvinnor har minskat medan siffran för män har varit mer stabil över tid (Diagram 63).

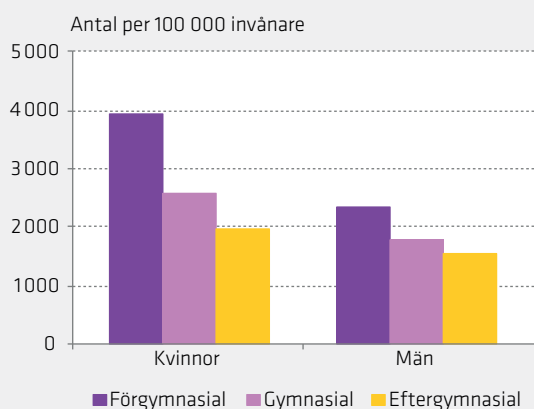
DIAGRAM 63 – RIKET: Antal slutenvårdstillfällen bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det är nästan dubbelt så många kvinnor med förgymnasial utbildning (3 932 per 100 000) som vårdats till följd av fallolyckor, jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning (1 989 per 100 000). Motsvarande siffror bland männen är 2 346 per 100 000, respektive 1 533 per 100 000 (Diagram 64). När man tolkar resultaten behöver man ta hänsyn till att längre

DIAGRAM 64 - UTBILDNING: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare, 2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

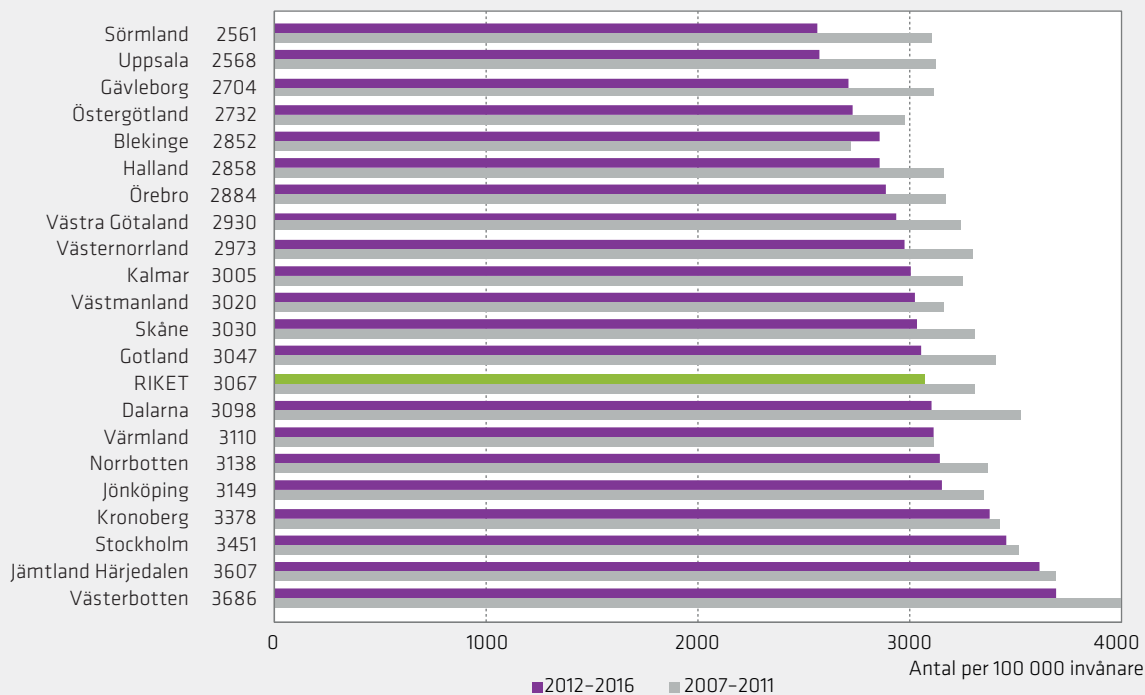
utbildning inte är lika vanligt bland äldre som yngre, och de flesta fallolyckor sker efter 85 år. Det finns fortfarande stora skillnader mellan regioner, bland kvinnor från 2 561 fall per 100 000 som lägst, till 3 686 per 100 000 som högst (Diagram 65, 66). Motsvarande bland männen är 1 664 per 100 00, respektive 2 465 per 100 000. Sammantaget visar resultatet att fler äldre har vårdats på grund av fallolyckor i norra Sverige (Västerbotten och Jämtland Härjedalen), jämfört med södra delen av landet.

Variation finns även mellan kommunerna (Diagram 67), där antalet sammantaget för kvinnor och män varierar mellan 1 449 och 4 143 per 100 000. Data har hämtats från Socialstyrelsens register över patienter i slutenvård, och inläggningspraxis kan variera mellan sjukhusen, vilket kan påverka resultatet.

Det här kan regioner och kommuner göra

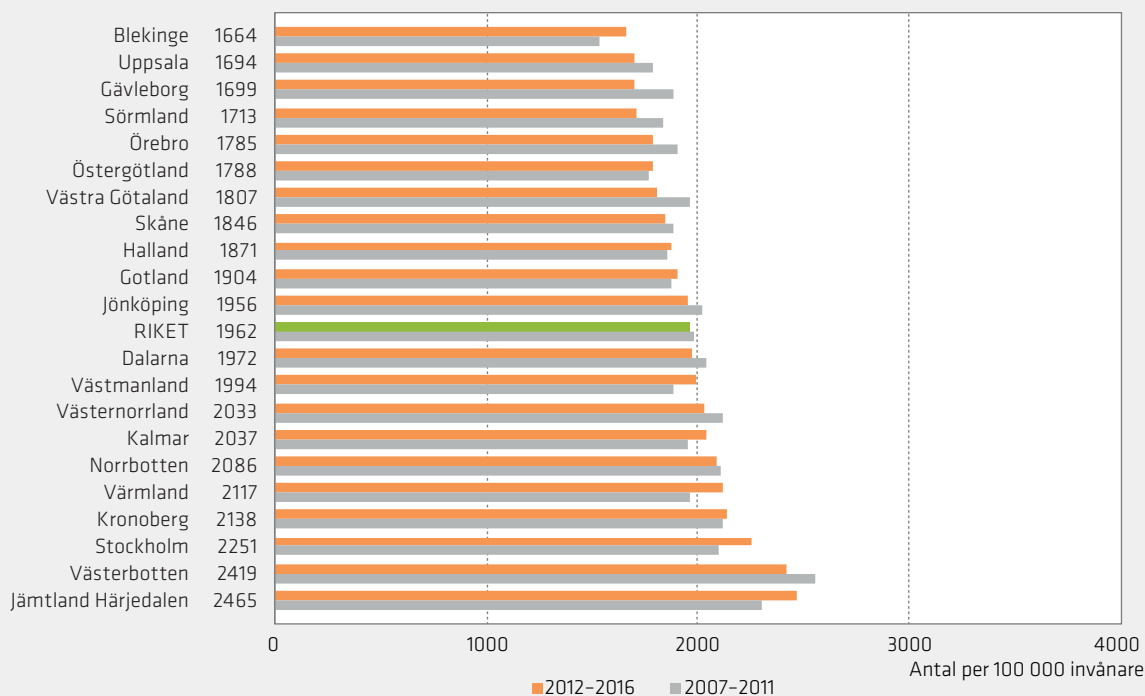
Baserat på en SBU-rapport skärpte Socialstyrelsen i december 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar om fallpreventiva åtgärder i hemmet (7). Flera internationella och svenska studier har visat att livslång fysisk aktivitet förebygger risken för fallskador. Men även satsningar på balansträning, omgivningsanpassning, behandling av benskörhet samt regelbundna läkemedelsgenomgångar är exempel på framgångsrika insatser i det skadeförebyggande arbetet. Flera av dessa förutsätter ett samarbete mellan kommuner och regioner. På kommunal nivå kan det därför vara värdefullt att påbörja en lokal fallskaderapportering, som översiktligt visar hur skadebilden ser ut och sedan får styra arbetet med att lägga upp en verksamhetsplan (7, 10).

DIAGRAM 65 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare, 2012-2016.



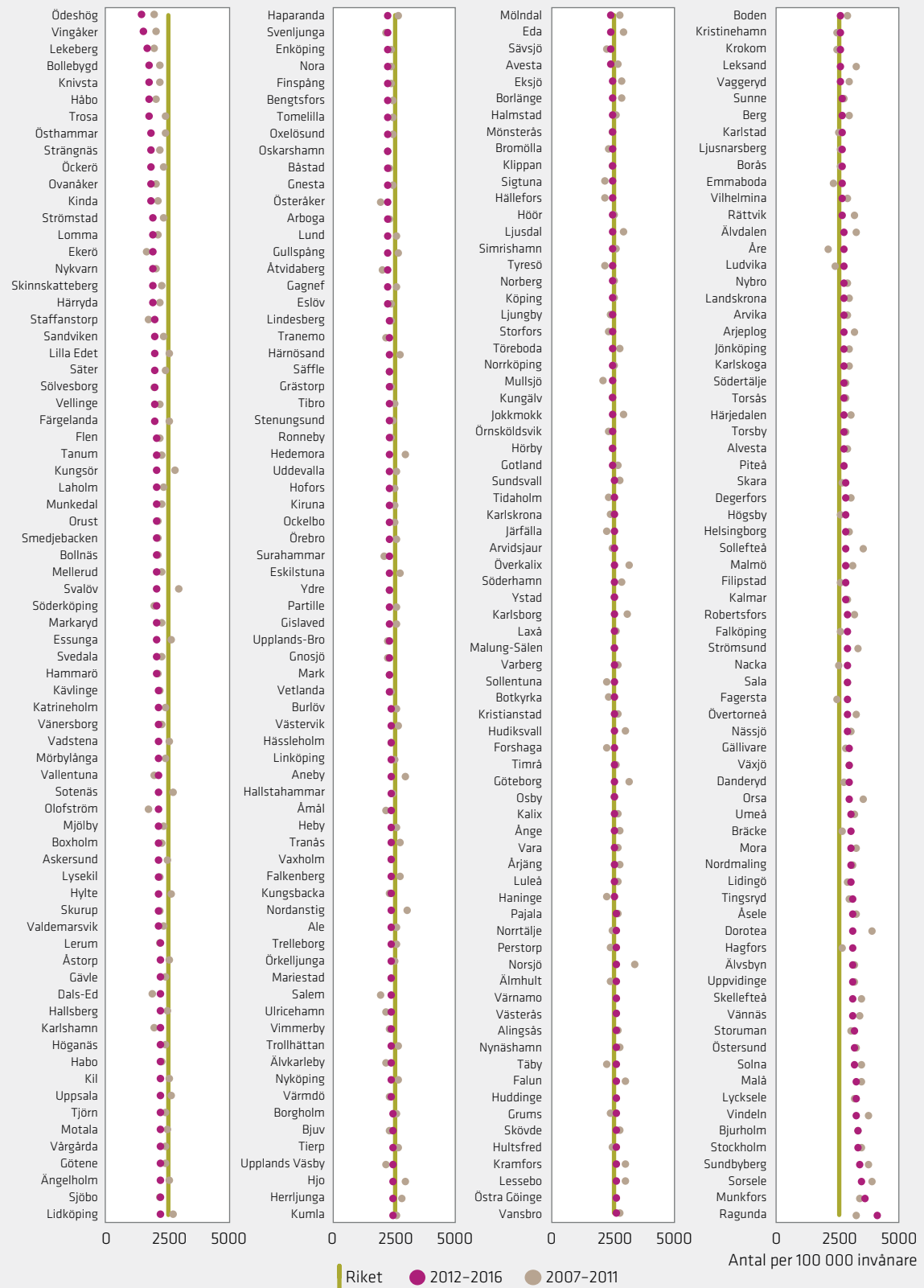
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 66 - LÄN/REGIONER. MÄN: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare, 2012-2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 67 – KOMMUNER: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år eller äldre per 100 000 invånare, 2012–2016.



Hälsan i befolkningen

Referenser

1. Sveriges kommuner och landsting. Fallskador bland äldre: en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2009. Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/fallskador-bland-aldre-en-sammanfattning-av-en-kunskapsoversikt-om-fallskador.html>
2. Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum, Statistiska centralbyrån. Svensk skadeatlas: baserad på dödsorsaks- och sjukvårdsregistren. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1994
3. Hökby A, Reimers A, Laflamme L. Hip fractures among older people: do marital status and type of residence matter? *Public health*. 2003; 117(3):196-201. DOI: 10.1016/S0033-3506(03)00033-7
4. Iinattiniemi S, Jokelainen J, Luukinen H. Exercise and risk of injurious fall in home-dwelling elderly. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67(2-3):235-44. DOI:10.3402/ijch.v67i2-3.18279
5. Karlsson MK, Nordqvist A, Karlsson C. Physical activity, muscle function, falls and fractures. *Food Nutr Res*. 2008; 52:1. DOI: 10.3402/fnr.v52i0.1920
6. Hebert C, Delaney JA, Hemmelgarn B, Levesque LE & Suissa S. Benzodiazepines and elderly drivers: a comparison of pharmacoepidemiological study designs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007; 16(8):845-849. DOI: 10.1002/pds.1432
7. Socialstyrelsen Osteoporos. Systematisk riskvärdering, utredning och behandling vid fragilitetsfraktur Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforrorelseorganenssjukdomar/bevakningochuppdatering>
8. Parmentier G, Chastang JF, Nabi H, Chiron M, Lafont S, Lagarde E. Road mobility and the risk of road traffic accident as a driver. The impact of medical conditions and life events. *Accid Anal Prev*. 2005; 37(6):1121-1134. DOI: 10.1016/j.aap.2005.06.012
9. Rapoport MJ, Lanctôt KL, Streiner DL, Bédard M, Vingilis E, Murray B, et al. Benzodiazepine use and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70(5):663-673. DOI: 10.4088/JCP.08m04325
10. Gustafson Y, Jarnlo G, Nordell E. Fall och höftfraktur hos äldre går att förebygga. *Läkartidningen*. 2006; 103(40):2997-2999.

Livsvillkor och levnadsförhållanden



Sammanfattning

Livsvillkor och levnadsförhållanden beskriver faktorer som påverkar hälsotillståndet.

Livsvillkoren omfattar sådana aspekter som berör det samhällssystem individen lever i, och som ofta ligger utanför individens omedelbara kontroll, exempelvis lagstiftning och välfärdssystem. Människor behöver kunna påverka sina egna livsvillkor och samhället de lever i, eftersom brist på makt och möjligheter att påverka har samband med ohälsa.

Levnadsförhållanden beskriver förutsättningarna i den miljö som människor lever och verkar i, under hela livet. Exempelvis är de allra första åren i livet viktiga för en människas framtida hälsa. En bra start i livet med näringsrik mat, god omsorg och stimulans samt tillgång till kvalificerad hälso- och sjukvård, lägger till viss del grunden för exempelvis framgångar i skolan samt hälsa och välbefinnande. Familjens sociala position är på många sätt avgörande för vilka resurser och vilken stimulans barnet får under barndomen, liksom vilka hälsorisker barnet utsätts för. Men det handlar också om det som är nära individen, till exempel boendemiljön, rekreation och transporter, arbetsmiljön och den psykosociala miljön. Levnadsförhållandena påverkas av livsvillkoren.

Resultatet i det här avsnittet visar följande:

- Vaccinationstäckningen för mässling, påssjuka och röda hund är fortsatt hög i de flesta kommuner.
- De flesta barn går i förskola men skillnader finns mellan kommungrupper.
- Pedagogisk högskoleexamen i förskolan varierar avsevärt mellan kommuner.
- Gymnasiebehörighet och hur många som går ut gymnasiet varierar avsevärt mellan kommuner.
- Andelen unga som varken arbetar eller studerar ligger oförändrat på 9 procent men tydliga variationer finns mellan kommuner och mellan grupper.
- Andelen långtidsarbetslösa ligger oförändrat på 4 procent men med stora lokala skillnader.
- Långvarigt ekonomiskt bistånd bland biståndstagare varierar avsevärt mellan olika kommuner.
- Valdeltagandet är högt men det är stora skillnader mellan olika kommuner och valdistrikt.
- Drygt hälften av kommunerna får "godkänt" men ingen får "nöjd" av sina kommuninnevånare.
- Invånarna i de flesta kommuner är nöjda med tillgången till gång- och cykelvägar.
- Invånarna i de flesta kommuner är nöjda med tillgången till parker och natur.
- De flesta elever känner sig trygga i skolan, men det finns lokala skillnader.
- Fler avstår från att gå ut ensamma, särskilt kvinnor. Stora skillnader mellan olika regioner, kommuner och grupper.
- Tilliten till andra människor tycks minska, men det finns stora skillnader mellan olika kommuner, åldrar och utbildningsgrupper.
- I vissa kommuner känner sig 3 av 4 äldre med hemtjänst att de besväras av ensamhet.

De första åren

14. MPR-vaccination av barn

Inom det nationella vaccinationsprogrammet erbjuds alla barn vaccinationer som ger skydd mot nio sjukdomar: polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av *Haemophilus influenzae* typ b, allvarliga sjukdomar orsakade av pneumokocker samt mässling, påsjsjuka och röda hund (MPR). Flickor erbjuds dessutom vaccin mot humant papillomvirus (HPV) som kan ge upphov till livmoderhalscancer (1).

Mässling, påsjsjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar, orsakade av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt, men kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Med en tillräckligt hög vaccinationstäckning i alla länder kan mässling-viruset utrotas, men enligt WHO:s statistik dog 90 000 barn i världen i en mässlingsinfektion 2016. De flesta av dessa barn bodde i låginkomstländer. I WHO Europa-regionen rapporterades över 21 000 fall av mässling 2017, varav 35 dödsfall (2, 3). Allvarliga biverkningar av MPR-vaccination är ovanliga, och fördelarna på gruppnivå överväger klart nackdelarna (4).

I Sverige har befolkningen effektiva vacciner och en god anslutning till vaccinationsprogrammet, vilket ger ett gott skydd mot sjukdomarna. Men på grund av fortsatt spridning runt om i världen, finns en ökad risk att smittas utomlands om man inte är vaccinerad. För att sjukdomarna inte åter ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion. Det finns dock grupper av föräldrar som inte vaccinerar sina barn, och vaccinationstäckningen har i några kommuner och stadsdelar sjunkit till under 90 procent. Därför finns det risk för lokala utbrott av i synnerhet mässling.

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders ålder respektive i skolans årskurs 1–2 (1).

Barnhälsovården sammanställer årligen uppgifter om vaccinationsstatus bland inskrivna 2-åringar och rapporterar dessa till Folkhälsomyndigheten.

Vaccinationstäckningen är fortsatt hög i de flesta kommuner

Den totala andelen MPR-vaccinerade barn i Sverige har varit stabilt hög sedan 2007, över 96–97 procent. I januari 2018 hade 97 procent av alla barn födda 2015 vaccinerats.

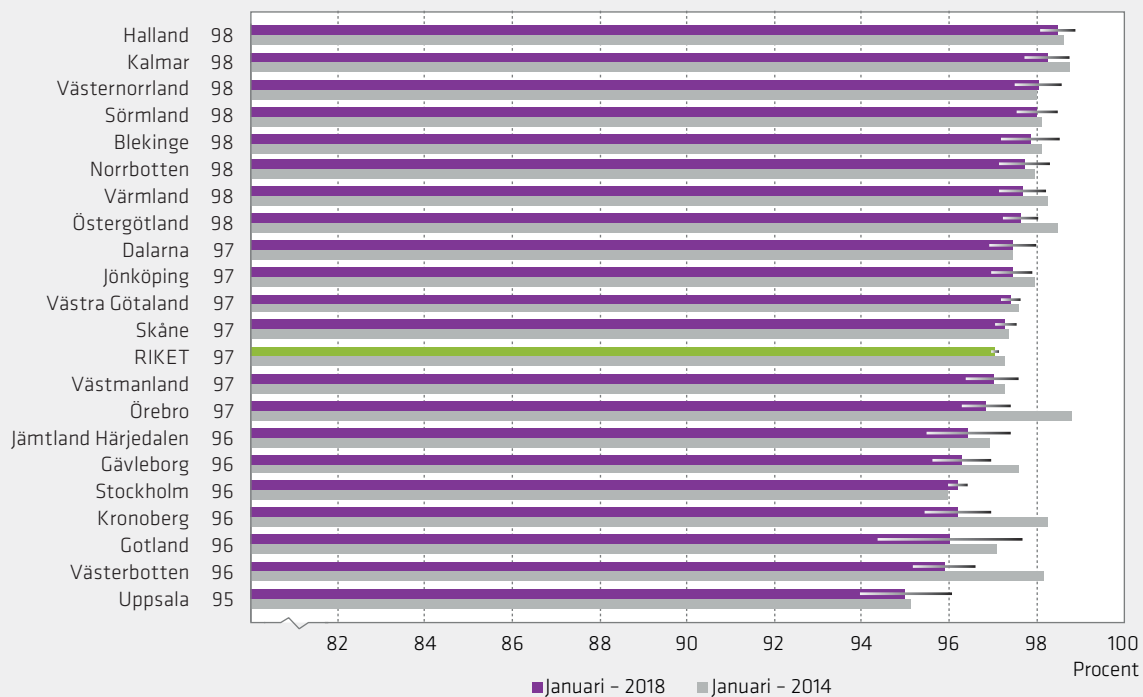
I alla regioner var minst 95 procent av 2-åringarna vaccinerade (Diagram 68). Större variation kan ses mellan kommunerna, 86–100 procent (Diagram 69).

Jämförelsen mellan 2014 och 2018 indikerar en minskad vaccinationstäckning för vissa regioner och kommuner. Det är dock osäkert om andelen ovaccinerade barn verkligen har ökat. I flera regioner har den rapporterade vaccinationstäckningen under de senaste åren påverkats av ändrade journalsystem och metoder för att sammanställa statistiken. Detta kan man läsa om i årsrapporten för barnvaccinationsprogrammet (5).

Det här kan regioner och kommuner göra

För att öka täckningsgraden i vissa områden och grupper, kan kommunikations- och utbildningsinsatser bidra till att förbättra dialogen med vården (6). Saklig och riktad information kan vara särskilt nödvändig för att undanröja den misstro som kan finnas mot MPR-vaccinet. Förslag på insatser finns i rapporten Orsaker till lokalt låg täckning av MPR-vaccination i Sverige (6). Det finns exempel på riktade insatser såsom utökade hembesök inom barnhälsovården och projekt för kunskap om barns hälsa och vaccinationer i några stadsdelar i Stockholm. Preventions-

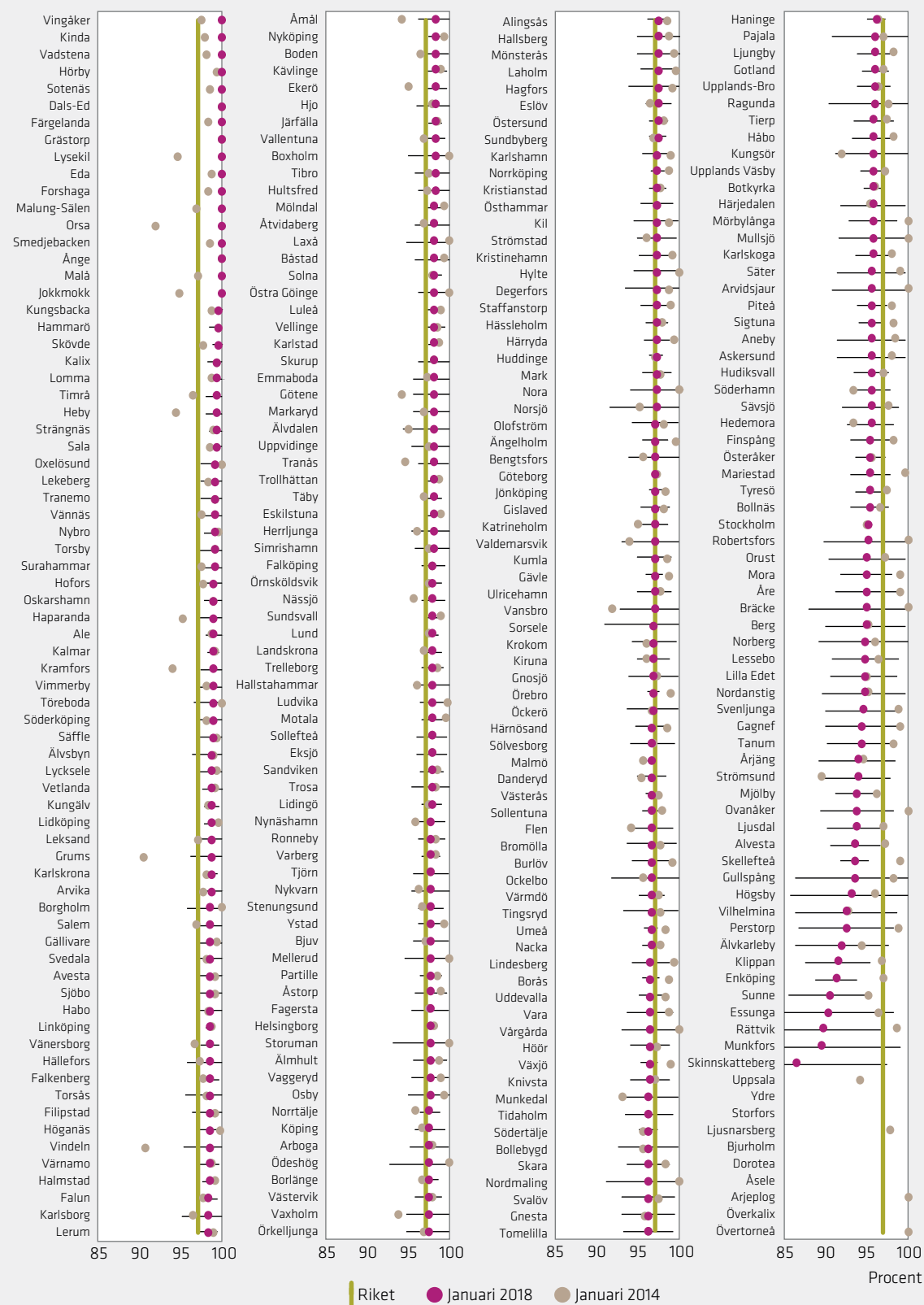
DIAGRAM 68 – LÄN/REGIONER. TOTALT: Andel barn som vaccineras mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) födda 2015 och inskrivna på BVC januari 2018.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

arbetet bygger på tvärspektoriell samverkan mellan olika aktörer i samhället, såsom Folkhälsomyndigheten, smittskyddsmyndigheten, barnhälsovården samt frivilliga och lokala organisationer.

DIAGRAM 69 – KOMMUNER: Andel barn som vaccineras mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) födda 2015 och inskrivna på BVC januari 2018.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Färre än 30 barn redovisas ej

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Barnvaccinationsprogram [publicerad 20 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/>
2. World Health Organization (WHO). Europe observes a 4-fold increase in measles cases in 2017 compared to previous year [publicerad 20 februari 2018]. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2018/europe-observes-a-4-fold-increase-in-measles-cases-in-2017-compared-to-previous-year>
3. World Health Organization (WHO). Fact Sheet: Measles [publicerad 20 september 2018]. Hämtad från: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measles>
4. Maglione MA, Lopamudra D, Raaen L, Smith A, Chari R, Newberry S, et al. Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review. Pediatrics. 2014;134:1–13. DOI: 10.1542/peds.2014-1079
5. Folkhälsomyndigheten. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2017. Årsrapport. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/barnvaccinationsprogrammet-i-sverige-2017.-arsrapport/>
6. Folkhälsomyndigheten. Orsaker till lokalt låg täckning av MPR-vaccination i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/o/orsaker-till-lokalt-lag-tackning-av-mpr-vaccination-i-sverige/>

15. Barns deltagande i förskoleverksamhet

Förskola är till för barn i åldern 1–5 år. Förskolan är en skolform som ingår i skollagen och som har sin egen läroplan. I augusti 2018 antog regeringen en revidering av förskolans läroplan (1). Revideringen syftar till att öka kvaliteten i undervisningen i förskolan och därmed förskolans måluppfyllelse (2). Förskolor kan drivas av kommuner och av enskilda huvudmän.

Förskolan främjar både hälsa och lärande, och kan dessutom ha en kompensatorisk effekt för barns livsvillkor och levnadsförhållanden. En litteraturöversikt visar att barn som har gått i förskola har färre psykiska problem och bättre skolresultat i språk och matematik, jämfört med barn som inte gått i förskola. Barnen som gått i förskola har även en längre utbildningsbakgrund och högre inkomst i vuxen ålder (3). En annan studie tyder på att förskolan bidrar till minskade kostnader inom hälso- och sjukvården, som ett resultat av färre infektioner och beteendeproblem hos barn som gått i förskola (4).

Kommissionen för jämlik hälsa (5) menar att förskolan har en avgörande roll för att på sikt skapa mer jämlika förutsättningar för hälsa. Utredningen framhåller att kvaliteten behöver stärkas och bli mer jämn mellan olika förskolor, att inskrivningsgraden bör vara hög och att barn som är inskrivna på förskolan ska ha rätt att vara där tillräckligt mycket för att de ska tillgodogöra sig verksamheten. Barns rätt till förskola ska inte påverkas av föräldrars livssituation, till exempel om föräldrarna saknar arbete. Kommissionen föreslår därför att alla barn ska ha rätt att vara heltid på förskolan (5).

Internationellt sett har Sverige en hög täckningsgrad av barnomsorg. Sverige är ett av tio OECD-länder där över 90 procent av alla 3–5-åringar deltar i offentligt finansierad förskoleverksamhet (6). Under 70-talet byggdes förskolan i Sverige ut, bland annat för att kvin-

nor skulle kunna delta på arbetsmarknaden. Sedan dess har förskolan genom politiska reformer utvecklats till att ha en stor tillgänglighet och hög pedagogisk kvalitet, och vara kraftigt subventionerad (7).

Indikatorn visar andelen barn i åldern 1–5 år som var inskrivna i offentlig eller enskild förskola oktober 2017, enligt Skolverkets officiella statistik.

De flesta barn går i förskola men skillnader finns mellan kommungrupper

Hösten 2017 var 84 procent av barn 1–5 år inskrivna i förskolan. Detta är ungefär lika stor andel som 2013. Det är 1-åringarna som sänker genomsnittet för alla barn på förskolan. Deltagandet vid 1 års ålder är under 50 procent, vid 2 års ålder nära 90 procent. Deltagandet är störst bland 4- och 5-åringar, där drygt 94 procent är inskrivna.

Den senaste 10-årsperioden har andelen inskrivna barn ökat i alla åldersgrupper, med undantag för en liten minskning bland 3–5-åringar det senaste året (8). Den första 10-årsperioden på 2000-talet ökade andelen barn som deltar i förskoleverksamhet mer än därefter (8).

Det finns skillnader mellan län och kommungrupper för andelen barn 1–5 år som är inskrivna i förskola. Mellan länen varierar inskrivningsgraden mellan 81 och 87 procent (Diagram 70) och mellan kommunerna är variationen 65–96 procent (Diagram 71). Mönstren indikerar att kommuner med 5 000–10 000 invånare har lägst andel barn inskrivna i förskolan, jämfört med andra kommunstorlekar. Den högsta andelen finns i kommuner med 100 000–200 000 invånare.

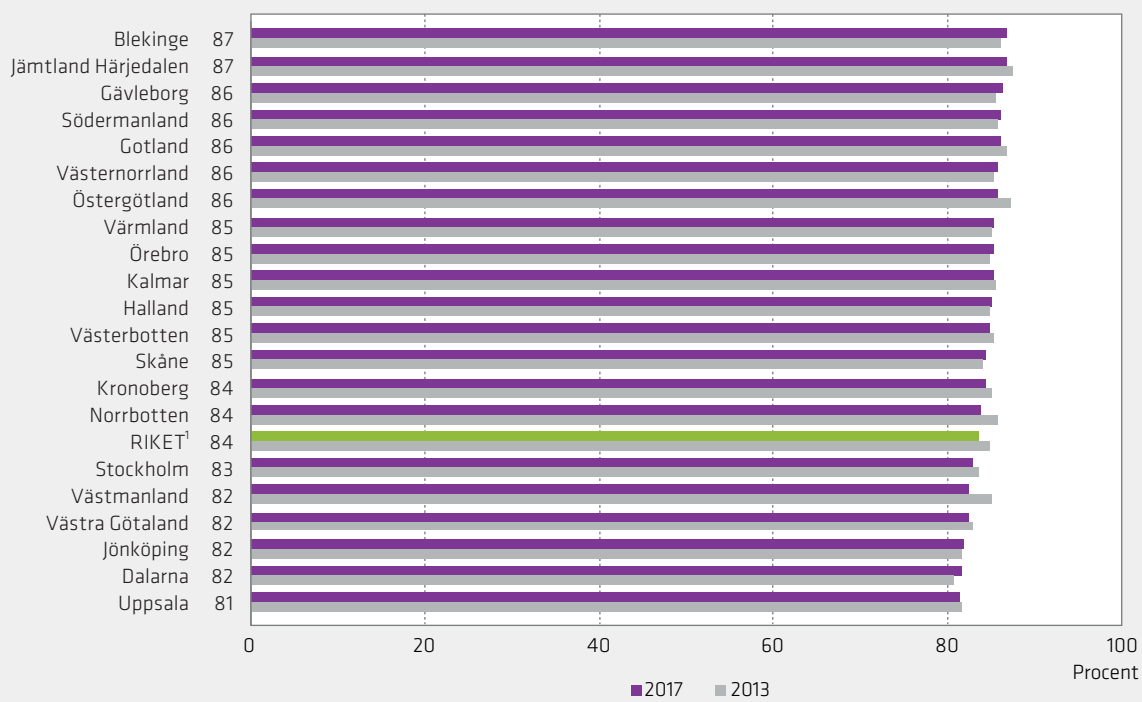
Mottagandet av nyanlända barn i åldern 1–5 år har varierat mellan olika län och kommuner (8, 9), men det är oklart om det har påverkat inskrivningsgraden av barn i förskolan i vissa områden.

Det här kan kommuner göra

Kommunernas skyldighet att erbjuda förskola regleras genom politiska reformer. Idag finns allmän förskola 15 timmar i veckan för 3–5-åringar. Kommunerna är också skyldiga

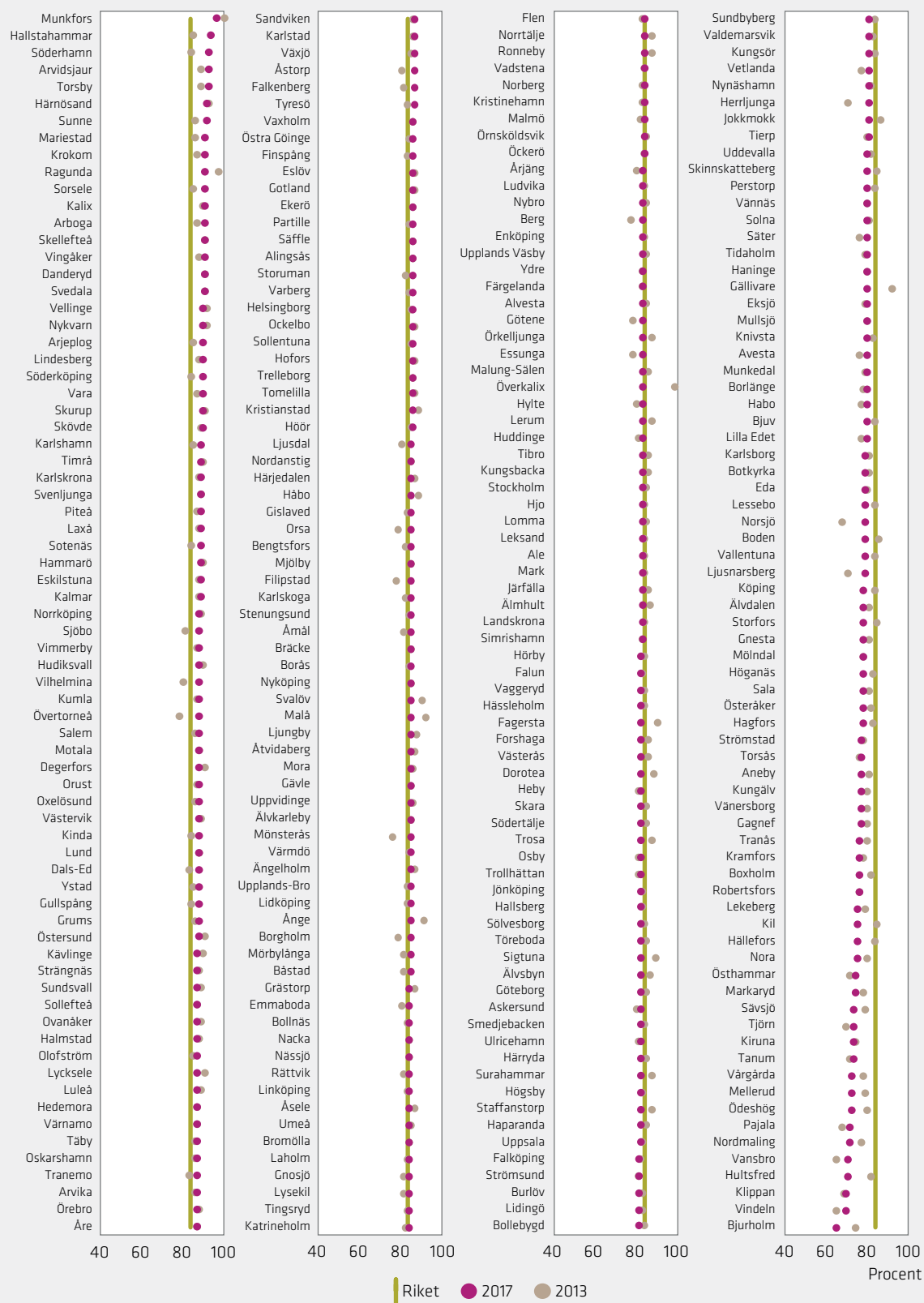
att erbjuda förskola minst 15 timmar i veckan till barn vars föräldrar är föräldralediga eller arbetslösa. En del kommuner erbjuder fler timmar på förskolan än andra kommuner, oavsett föräldrarnas sysselsättning.

DIAGRAM 70 – LÄN. TOTALT: Andel barn 1–5 år inskrivna i förskola, 2017.



Källa: Skolverket.

DIAGRAM 71 – KOMMUNER: Andel barn 1–5 år inskrivna i förskola, 2017.



Källa: Skolverket.

Referenser

1. Innebörden av förordningen om läroplan för förskolan. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2018. Diarienumr. U2018/03418/S. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2018/08/promemoria-om-forskolans-laroplan/>
2. Skolverket. Redovisning av uppdrag om en översyn av läroplan för förskolan. Stockholm: Skolverket; 2018. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3930>
3. Folkhälsomyndigheten/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Förskolans påverkan på barns hälsa. En genomgång av den vetenskapliga litteraturen. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forskolans-paverkan-pa-barns-halsa/>
4. van den Berg GJ, Siflinger BM. The Effects of Day Care on Health During Childhood: Evidence by Age. IZA Discussion Paper Series No. 11447; 2018. <https://www.iza.org/publications/dp/11447/the-effects-of-day-care-on-health-during-childhood-evidence-by-age>
5. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
6. OECD. Enrolment in childcare and pre-school. Paris: OECD; 2016. Hämtad från: http://www.oecd.org/els/soc/PF3_2_Enrolment_childcare_preschool.pdf
7. Martin Korpi, B. Förskolan i politiken: om intentioner och beslut bakom den Svenska förskolans framväxt. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2015. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2015/11/forskolan-i-politiken--om-intentioner-och-beslut-bakom-den-svenska-forskolans-framvaxt/>
8. Socialstyrelsen/Folkhälsomyndigheten/Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser 2014, Folkhälsa. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/66d3761d3e524fb1b5c34377afb29809/oppna-jamforelser-2014-folkhalsa.pdf>
9. Skolverket. Nyanlända - aktuell statistik november 2015. Stockholm: Skolverket; 2016. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3574>

16. Pedagogisk högskoleexamen förskollärare

Personalens utbildning är en av de viktigaste faktorerna för kvaliteten i förskolan (1). En sammanställning av internationella studier tyder på att en högre utbildningsnivå hos personalen främjar kvaliteten i interaktionen med barnen, vilket i sin tur leder till bättre kognitiva och sociala färdigheter hos dem (2). Enligt skollagen (13–14 §) ska undervisningen i förskolan bedrivas av förskollärare, men annan personal som har utbildning eller erfarenhet som gör att barnens utveckling och lärande främjas kan också vara anställda i förskolan, till exempel barnskötare (3). En tidigare granskning av Skolinspektionen visade att alla i arbetslaget ofta hade en liknande roll, oavsett bakgrund och utbildning, vilket innebar att förskollärare inte alltid gavs rätt förutsättningar att fullfölja sitt särskilda undervisningsansvar (4). Därför har förskollärarens roll förstärkts och det tydliggörs i förskolans läroplan (5).

Av alla årsarbetare i förskolan har 40 procent förskolläraryrkeslegitimation. Andelen förskollärare är högre i kommunala förskolor än fristående. 2017 hade 43 procent årsarbetare i kommunala förskolor förskolläraryrkesexamen, jämfört med 28 procent i de fristående förskolorna (6). Statistiska centralbyrån har gjort en prognos över tillgången till lärare i förhållande till framtida behov. Fram till 2031 förväntas ett stort underskott på förskollärare och andra lärare i grundskolan och gymnasiet (7).

Indikatorn visar antal årsarbetande i förskolan med förskolläraryrkesutbildning, fritidspedagogutbildning eller lärarutbildning, dividerat med totalt antal årsarbetare i förskolan. Till årsarbetare räknas samtliga anställda i förskoleverksamhet som arbetar med barn (exklusive städ- och kökspersonal), och både månadsavlönade och timavlönade ingår. Även arbetsledares schemalagda arbetstid i barngrupp ingår. Uppgifterna hämtas från Skolverket.

Pedagogisk högskoleexamen i förskolan varierar avsevärt mellan kommuner

År 2017 hade i genomsnitt 42 procent av de anställda årsarbetarna inom förskolan en pedagogisk högskoleexamen.

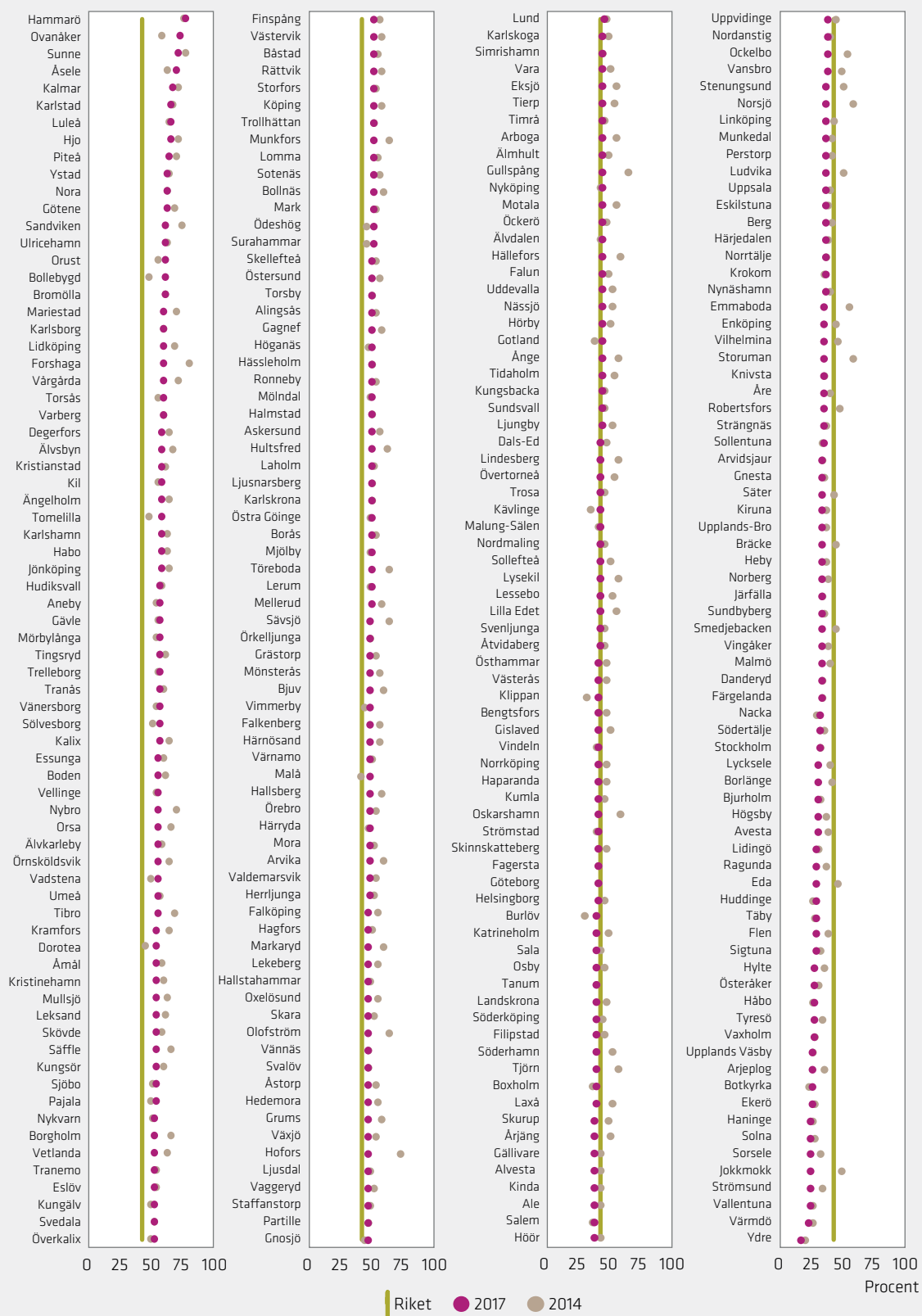
Från och med 2014 inhämtas uppgifter om personalens utbildning från SCB:s utbildningsregister. I tidigare insamlingar rapporterade kommunerna själva in dessa uppgifter. Förändringarna gör det svårt att jämföra de senaste årens statistik om förskolepersonalens utbildning med tidigare år. I Diagram 72 redovisas därför förändringen på kommunal nivå mellan 2014 och 2017.

Andelen årsarbetare med pedagogisk högskoleexamen varierade mellan 15 och 78 procent i olika kommuner 2017. Variationen är tydlig, och speglar ojämlika förutsättningar för verksamheten i olika förskolor. Mönstren indikerar att norra Sveriges inland har en mindre andel årsarbetare i förskolorna med pedagogisk högskoleexamen, jämfört med andra delar av landet. Utifrån kommungrupper finns de minsta andelarna i *storstäder* och *pendlingskommuner nära storstad*. Den största andelen finns i *mindre stad/tätort* och *pendlingskommuner till mindre tätort*.

Det här kan kommuner göra

Huvudmännen för förskolan ska säkerställa att resurser fördelas efter förutsättningar och behov (8). Det ska kompensera för att behoven är olika stora hos barnen på olika förskolor, utifrån exempelvis vårdnadshavarnas utbildningsbakgrund och utländsk bakgrund (8). Närmare 45 procent av kommunerna har en modell för socioekonomisk resursfördelning för förskolan, vilket innebär att pengar styrs till förskolorna utifrån barnens sammansättning (9). Det är vanligast bland *storstadskommuner* och större kommuner, där drygt hälften har en sådan modell. Bland de mindre kommunerna är det en tredjedel. Flera kommuner uppger dock att de har ett pågående arbete med frågan, vilket kan tolkas som att det håller på att bli vanligare (9).

DIAGRAM 72 – KOMMUNER: Andel anställda årsarbetare inom förskolan med pedagogisk högskoleutbildning, 2017.



Levnadsförhållanden

Referenser

1. OECD. Starting strong 2017. Key OECD indicators on early childhood education and care. Paris: OECD, 2017. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264276116-en>.
2. Folkhälsomyndigheten/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Förskolans påverkan på barns hälsa. En genomgång av den vetenskapliga litteraturen. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forskolans-paverkan-pa-barns-halsa/>
3. Skollag (SFS 2010:800). Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från: <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst/adv?fritext=&sbet=2010%3A800&rub=&org=&upph=false&sort=desc>
4. Skolinspektionen. Förskolans kvalitet och måluppfyllelse. Ett treårigt regeringsuppdrag att granska förskolan. Stockholm: Skolinspektionen; 2018. Hämtad från: <https://www.skolinspektionen.se/sv/Beslut-och-rapporter/Publikationer/Rapport-till-regeringen/Redovisning-av-regeringsuppdrag/forskolans-kvalitet-och-maluppfyllelse2/>
5. Skolverket. Redovisning av uppdrag om en översyn av läroplan för förskolan. Stockholm: Skolverket; 2018. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3930>
6. Skolverket. Barn och personal i förskolan 2017. Stockholm: Skolverket; 2018. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3949>
7. Statistiska centralbyrån. Lärarprognos: stor brist på lärare. Hämtad från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/analyser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/produktrelaterat/narliggande-information/lararprognos-2017---stor-brist-pa-larare/>.
8. Skolverket. Skolverkets lägesbedömning 2017. Stockholm: Skolverket; 2017. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3786>
9. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Socioekonomisk resursfördelning i skola och förskola. ISBN-nummer: 978-91-7585-697-1. https://webbutik.skl.se/shop?funk=visa_artikel&artnr=7585-697-1

Utbildning, arbetsliv och försörjning

17. Behörighet till gymnasieskolan

Betygen i grundskolans årskurs 9 är avgörande för om skoleleverna studerar vidare. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 ökar dessutom risken för framtida psykosociala problem, samtidigt som den psykiska hälsan kan påverka skolprestationerna (1). Det finns även samband mellan kort utbildning och lägre medellivslängd (2). Barn med lägre betyg från familjer med hög socioekonomisk position tenderar dock att oftare ta sig vidare i utbildningssystemet, åtminstone slutföra gymnasiet, än andra jämnåriga med motsvarande betyg med en lägre socioekonomisk position (3).

De kunskaper och kompetenser som individer får genom utbildning är viktiga för hälsan, men även för andra centrala bestämningsfaktorer, till exempel arbete och inkomster. Utbildning är ofta en förutsättning för att få fotfäste på arbetsmarknaden, och påverkar vilka arbeten och därmed vilken inkomst personer kan få. Utbildning ger också hälsosammare arbetsvillkor och arbetsmiljö. Idag är en avslutad gymnasieutbildning i det närmaste en förutsättning för att få ett arbete (4).

Att lyckas i skolan ökar också möjligheten till en högre social position, såsom ett arbete med högre prestige och inflytande eller högre inkomst, jämfört med dem som klarat sig mindre bra i skolan. Med en hög social position kommer ofta en högre grad av handlingsfrihet, en känsla av säkerhet och större tilltro till den egna förmågan. Dessa faktorer kan bidra till bättre hälsa. Generellt gäller att en kort utbildning är starkt kopplad till en låg social position i samhället – och att detta leder till en ökad risk för ohälsa och hälsomässigt ogynnsamma livsvillkor (4).

Beteenden som främjar hälsa är vanligare bland personer med längre utbildning. Det kan bland annat bero på att utbildning ger

människor bättre förmåga att skaffa, värdera och använda information om till exempel olika hälsorisker. Att ha kunskap är emellertid inte alltid kopplat till beteende, utan här tros de sociala nätverken ha stor betydelse. Individer umgås ofta med andra som liknar dem själva och som har motsvarande utbildningsbakgrund. Detta innebär att grupptillhörigheten kan förstärka de samband som finns mellan utbildningsbakgrund och hälsorelaterade beteenden (4).

Även föräldrarnas utbildning och elevens migrationsbakgrund slår igenom i elevernas betyg (5). Bland elever vars föräldrar har gymnasieskola som högsta utbildning, blev 78 procent behöriga till gymnasieskolan våren 2018. Bland elever med minst en förälder med eftergymnasial utbildning, var behörigheten 94 procent. Behörigheten skiljer sig också beroende på migrationsbakgrund, särskilt för elever som invandrat i årskurs 1–5 (67 procent) och nyanlända elever (28 procent).

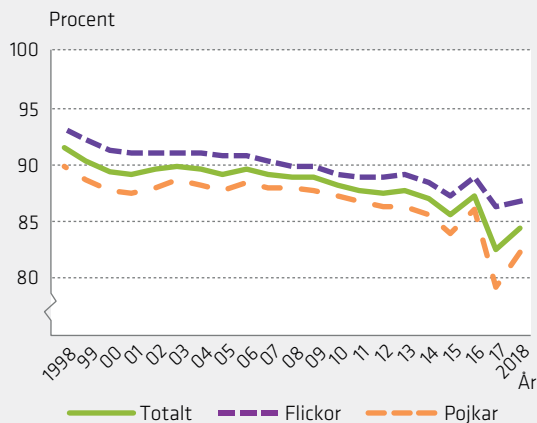
Indikatorn behörighet till gymnasiet mäter behörighet till ett yrkesprogram. Det beror på att dessa program har lägst behörighetskrav, det vill säga nivån indikerar ”behörighet till gymnasiet”.

Gymnasiebehörighet varierar avsevärt mellan kommuner

År 2018 var 87 procent av flickorna och 82 procent av pojkarna i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans yrkesprogram (Diagram 73). År 2017 syns en markant försämring, särskilt för pojkarna, jämfört med föregående år.

Försämringen kan förklaras av att resultatredovisningen år 2016/17 exkluderade elever med okänd bakgrund. Detta efter att Skolverket konstaterade att betygssättningen av de elever som gått kortast tid i svensk skola, och som utgör merparten av gruppen med okänd bakgrund, hanterats på olika sätt i olika kommuner och skolor. Rekommendationen blev att för just det året utesluta resultaten för dessa elever på

DIAGRAM 73 – RIKET: Andel elever i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

kommun- och skolnivå. Vid nästkommande år var inte skillnaderna vid betygssättningen lika synliga, vilket har lett till att i fortsättningen inte utesluta den gruppen i redovisningen. När man jämför resultaten över tid behöver man dock ta hänsyn till denna förändring av statistiken, liksom att elevsammansättningen i sig har förändrats.

Behörigheten år 2018 var högre än 2017, men inte lika hög som till exempel år 2015. På kommunal nivå finns tydliga skillnader i andelen gymnasiebehöriga. År 2018 varierade andelen mellan 56 och 100 procent (Diagram 74). I den fjärdedelen av kommunerna med lägst andel elever med behörighet, är variationen 51–78 procent. Motsvarande intervall i fjärdedelen med högst resultat är 87–96 procent. Hälften av landets kommuner har därmed ett spann om 9 procentenheter, 78–87 procents behörighet.

Mönstren indikerar att *pendlingskommuner nära storstad, storstäder och storstadsnära kommuner* har en större andel som är behöriga till gymnasieskolan, jämfört med övriga kommungrupper. Det finns också en viss samvariation mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och andelen elever som är behöriga till gymnasieskolan. Ju bättre socioekonomiska förhållanden, desto större andel behöriga till gymnasieskolan.

Det här kan kommuner göra

Öppna jämförelser grundskola 2017 (6) visar att skillnader i elevsammansättning påverkar skolresultaten. Där framgår det att elevsammansättningen varierar i kommunerna, vilket påverkar skolresultaten. Kommunerna ansvarar för att genomföra skolverksamheten inom de ramar som staten anger i skollag, läroplaner och andra förordningar. De avgör hur skolverksamheten ska organiseras och ska även se till att skolorna får de resurser, förutsättningar och möjligheter som behövs.

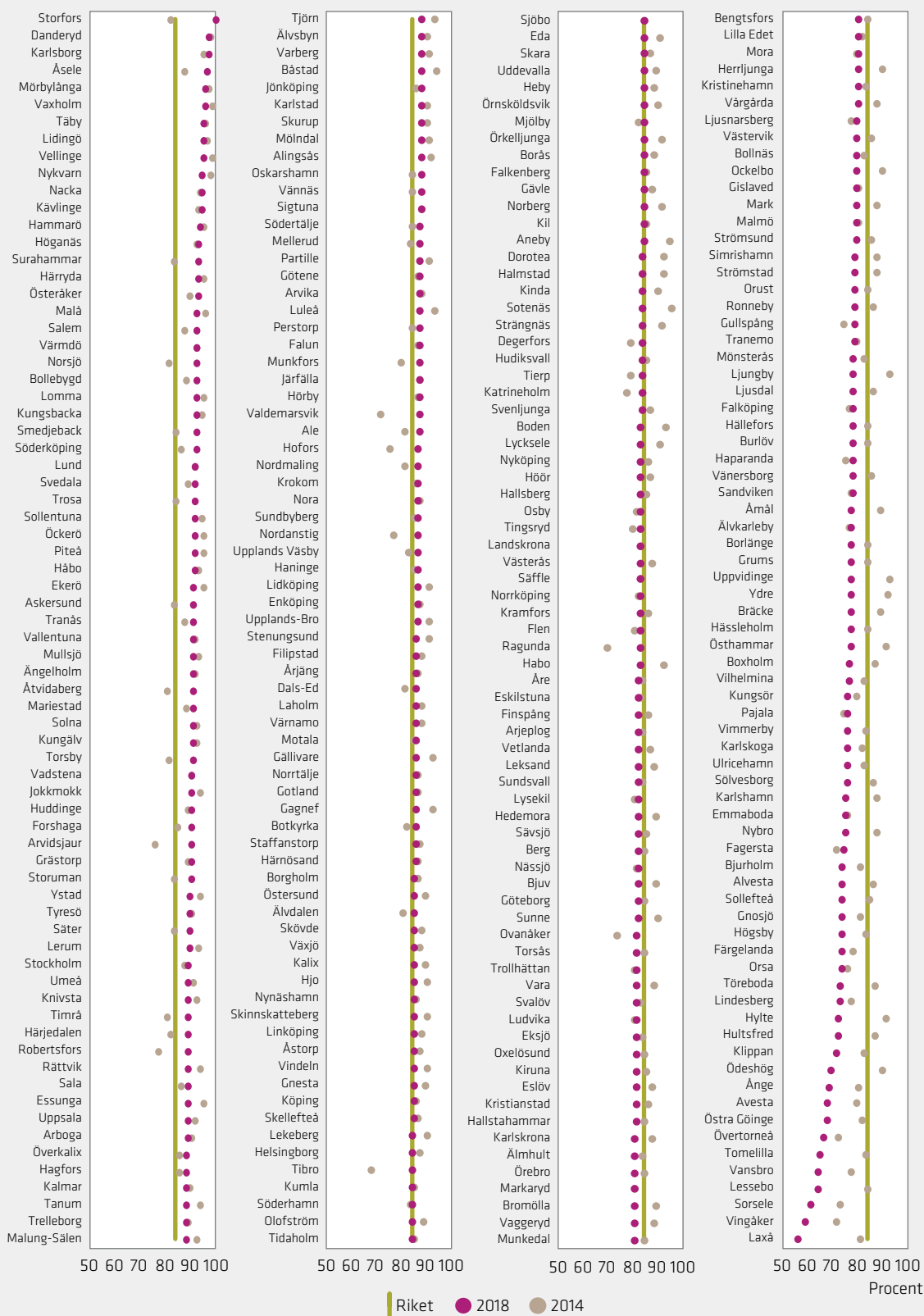
Sex av tio kommuner tillämpar en socioekonomisk resursfördelningsmodell för grundskolan. Det är vanligast i stora städer och kommunerna nära dem (7). En socioekonomisk resursfördelningsmodell innebär att pengar styrs till skolorna utifrån elevsammansättningen. Det ska kompensera för att behoven är olika stora hos eleverna på olika skolor beroende på deras bakgrund. Det vanligaste är att resursfördelningsmodeller utgår ifrån vårdnadshavarnas utbildningsbakgrund och utländsk bakgrund (7). Drygt fyra av tio kommuner uppger att de inte tillämpar någon socioekonomisk resursfördelningsmodell. Hälften av dessa uppger att de inte har det behovet, eftersom de har för få skolor med påtagliga skillnader i elevsammansättningen.

Det är även viktigt att förebygga och tidigt uppmärksamma frånvaro i grundskolan, och se till att de elever som behöver särskilt stöd verkligen får detta. Att tidigt upptäcka skolsvårigheter hos elever och ge dem ett verksamt stöd är en viktig hälsofrämjande åtgärd och förebygger skolmisslyckanden på längre sikt.

En central utgångspunkt är att se skolmisslyckanden som en lång process med olika faser, där de första tecknen kan vara bristande motivation, via en med tiden ökande frånvaro, till att vid grundskolans slut inte nå gymnasiebehörighet. Åtgärder bör därför riktas mot att tidigt identifiera och kompensera barn

som riskerar att halka efter i skolarbetet. För en jämlik hälsa är det viktigt att utbildningen utformas så att skolan bidrar till alla barns lärande och utveckling, oavsett deras individuella förutsättningar och föräldrarnas bakgrund och utbildningsnivå (8).

DIAGRAM 74 – KOMMUNER: Andel elever i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram, 2018.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Gustafsson J-E, Allodi Westling M, Alin Åkerman B, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S, Granlund M, Gustafsson P, Ljungdahl S, Ogden T, Persson R S. School, Learning and Mental Health A systematic review. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien; 2010. Hämtad från: su.diva-portal.org/smash/get/diva2:317965/FULLTEXT01
2. SCB, statistiska centralbyrån. Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Stockholm: Demografiska rapporter; nr 2016:2. Hämtad från: www.scb.se/Statistik/_Publikationer/BE0701_2015A01F_BR_BE51BR1602.pdf
3. Berggren C. Arbetsmarknaden och efterfrågan på högre utbildning – ett köns- och klassperspektiv. I Olofsson J (red.). Utbildningsvägen – vart leder den? Stockholm: SNS förlag; 2007.
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
5. Skolverket. Fler elever behöriga till gymnasiet. Pressmeddelande, publicerat 27 september 2018. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/om-oss/press/pressmeddelanden/pressmeddelanden/2018-09-27-fler-elever-behoriga-till-gymnasiet>
6. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Öppna jämförelser – Grundskola 2017. Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-grundskola-2017.html>
7. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Socioekonomisk resursfördelning i skola och förskola. ISBN-nummer: 978-91-7585-697-1. https://webbutik.skl.se/shop?funk=visa_artikel&artnr=7585-697-1
8. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolter Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>

18. Slutförda gymnasiestudier

Sambandet mellan utbildning och hälsa är väl belagt (se också avsnittet om behörighet till gymnasiet). Utbildning är en viktig skyddsfaktor som främjar hälsa och goda livsvillkor medan kort utbildning ökar risken för till exempel arbetslöshet. Mycket talar alltså för att en kortare utbildning kan leda till sämre hälsa. Längre utbildning ökar chanserna för en god etablering på arbetsmarknaden och påverkar vilka arbeten, arbetsvillkor och arbetsmiljö människor får. Idag är slutförda gymnasiestudier nästintill en förutsättning för att få ett arbete (1).

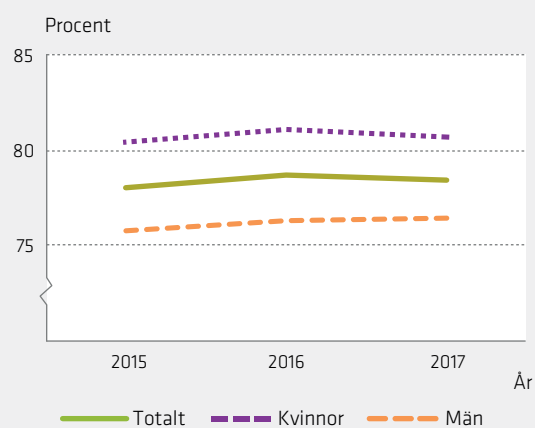
Grundskolan lägger grunden för vidare studier, och en slutförd gymnasieutbildning är avgörande för ungdomars chanser och möjligheter på arbetsmarknaden. Den tydligaste vattendelaren vad gäller risk för arbetslöshet går mellan de som har en fullgjord gymnasieutbildning och de som saknar en sådan (2). Unga som saknar examen från gymnasieskolan har sämre möjligheter i arbetslivet, och detta kan i sin tur minska möjligheterna till god hälsa under resten av livet (3, 4). Det finns också studier som visar att när fler unga inte kommer in på arbetsmarknaden, ökar också andelen unga med psykisk ohälsa (4-7). Genom att fullfölja sin utbildning och få fotfäste på arbetsmarknaden öppnas också möjligheter till bättre ekonomi, inflytande och högre social position, och med det kommer livsvillkor och levnadsvanor som är gynnsamma för hälsan (1). Forskning visar också att föräldrars utbildning och härkomst spelar stor roll för elevens skolresultat (8).

Indikatorn visar andelen av elever år 1 i gymnasieskolan som inom 4 år fullföljt ett program, inklusive introduktionsprogrammet (IM) för dem som inte är behöriga till gymnasieskolans nationella program. Att ha en period om 4 år gör att elever som behöver längre studietid inkluderas i statistiken, exempelvis elever som bytt program samt elever inom IM

som ofta behöver mer än 3 år på sig, eftersom de först ska nå behörighet och därefter påbörja ett nationellt program.

På riksnivå 2017 var det totalt 78 procent som slutfört sin gymnasieutbildning, bland kvinnor 81 procent och bland män 76 procent (Diagram 75).

DIAGRAM 75 – RIKET: Gymnasieelever med examen eller studiebevis inom 4 år.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

Det finns variationer mellan länen, där andelen kvinnor som tagit gymnasieexamen eller studiebevis inom 4 år var 76–88 procent (Diagram 76), och motsvarande för män var 73–80 procent (Diagram 77). På kommunal nivå är skillnaderna större, och den totala andelen varierar mellan 51 och 92 procent (Diagram 78).

Mönstren indikerar att *mindre stad* och *pendlingskommun till storstad* har de största andelarna som slutför gymnasiet, jämfört med övriga kommuntyper. Minst andel finns i *storstäder*, men samtidigt har dessa en större andel som är behöriga till gymnasiet (se avsnittet om behörighet till gymnasiet). En viss samvariation kan ses mellan kommuners socioekonomiska förhållanden (CNI) och andelen elever med slutförda gymnasiestudier. Ju bättre socioekonomiska förhållanden, desto större andel får examen eller studiebevis från gymnasiet inom 4 år.

Det här kan kommuner göra

Lokala och regionala skillnader kan ha många orsaker. Några handlar om skolans organisation, såsom god ledning, bra lärare och trygg studiemiljö. Andra orsaker är svårare för skolan att påverka, till exempel vilken utbildningsbakgrund och inkomstnivå elevernas föräldrar har. Elevsammansättningen skiljer sig åt mellan kommuner, vilket betyder att förutsättningarna ser mycket olika ut (9). Även om gymnasieskolan är en frivillig skolform finns starka skäl för kommunerna att hjälpa eleverna att fullfölja sin gymnasieutbildning, eftersom det handlar om deras möjligheter till arbete, vidareutbildning och delaktighet i samhället.

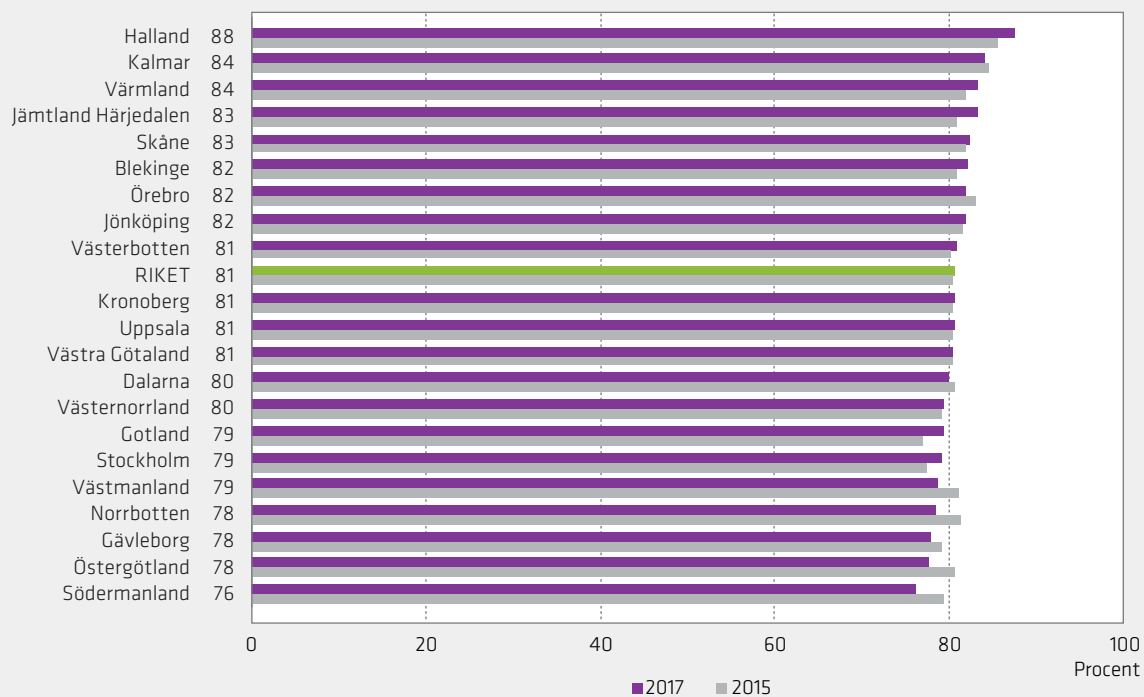
Ungdomar 16–19 år som varken studerar eller arbetar omfattas av det kommunala aktivitetsansvaret. Det innebär att kommunerna måste hålla sig informerade om sysselsättningen bland

ungdomar som inte går i gymnasieskolan, och erbjuda dem en lämplig individuell utbildning.

Många kommuner använder särskilda arbetsmarknadsprojekt för att hjälpa unga vidare till jobb, men förebyggande åtgärder och tidiga insatser är bland det viktigaste. Barn som kommer från en väl fungerande familj och som fått rätt stöd och stimulans till god utveckling genom förskola, förskoleklass och grundskola, har bättre förutsättningar att tillgodogöra sig undervisningen och fortsätta att lära och utvecklas. Därför behövs tidiga insatser för att skapa likvärdiga villkor för utveckling och lärande. Insatserna ska vara anpassade till behoven hos varje barn och ungdom (10).

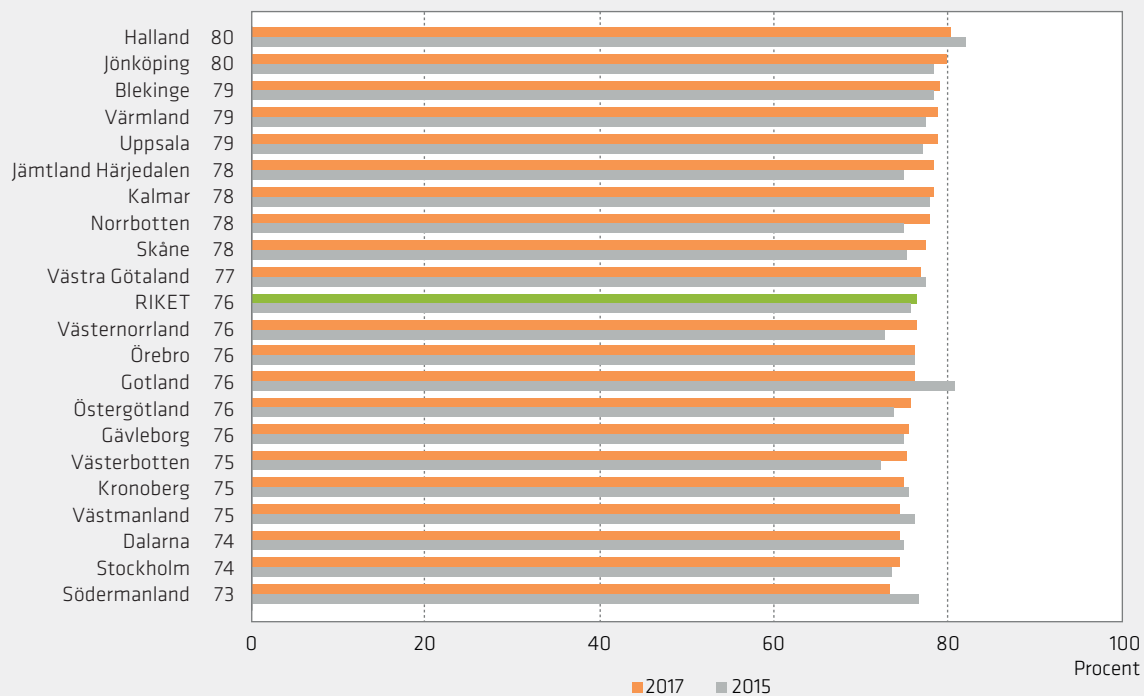
Ojämlighet i hälsa handlar ofta om ojämlikhet i tillgång till resurser. Resurser som ibland förs vidare över generationer. Därför är det viktigt att utbildningsväsendet så långt det är möjligt kompenserar för detta (10).

DIAGRAM 76 – LÄN. KVINNOR: Gymnasieelever med examen eller studiebevis inom 4 år, 2017.



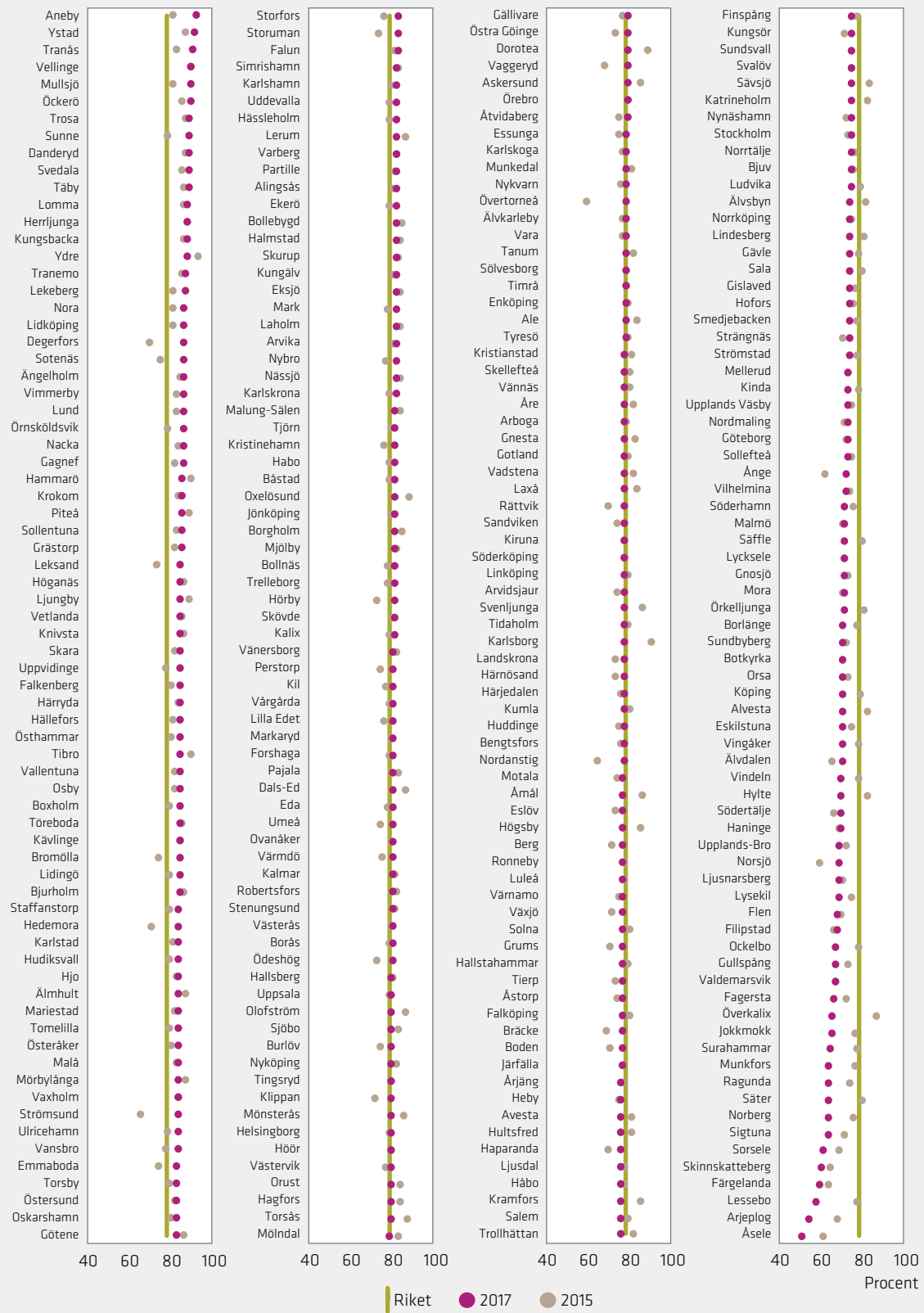
Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 77 – LÄN. MÄN: Gymnasieelever med examen eller studiebevis inom 4 år, 2017.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 78 – KOMMUNER: Gymnasieelever med examen eller studiebevis inom 4 år, 2017.



Livs villkor och
levnadsförhållanden

Referenser

1. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
2. Arbetsförmedlingen. Perspektiv på arbetslösheten i olika grupper. Arbetsförmedlingen; 2017. Hämtad från: https://www.arbetsformedlingen.se/download/18.35e8e8ea159c5a24b2c54862/1485872614435/Perspektiv_pa_arbetslosheten_i_olika_grupper_korr.pdf
3. OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Education at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2011. Hämtad från: www.oecd.org/edu/school/educationataglance2011oecdindicators.htm
4. Lager A CJ, Bremberg S G. Association between labour market trends and trends in young people's mental health in ten European countries 1983-2005. BMC Public Health; 2009; 9: 325. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-325>
5. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav. 2009; 74:3, 264-282. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
6. Sellstrom E, Bremberg S, O'Campo P. Yearly incidence of mental disorders in economically inactive young adults. Eur J Public Health; 2011; 21:6: 812-914. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq190>
7. Vancea M, Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. Scand J Public Health; 2017; 45:1: 73-84. DOI: 10.1177/1403494816679555
8. Grönqvist H, Niknami S. Ankomst och härkomst – en ESO-rapport om skolresultat och bakgrund. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi; 2017:3. Hämtad från: <https://eso.expertgrupp.se/rapporter/skolresultat-och-bakgrund/>
9. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Öppna jämförelser – Gymnasium. Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-622-3.pdf?issuysl=ignore>
10. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>

19. Unga som varken arbetar eller studerar

Utbildning och arbete är några av de viktigaste skyddsfaktorerna för en god hälsa, genom att de ger människor ökade möjligheter att påverka sina liv (1). Kraven på utbildning och en förändrad arbetsmarknad har lett till att många unga idag har svårt att etablera sig i arbetslivet. Den så kallade etableringsåldern, när minst 75 procent av en årskull förvärvsarbetar, har ökat från 20-årsåldern under 1980-talet till att stabilisera sig runt 29-årsåldern år 2014 (2).

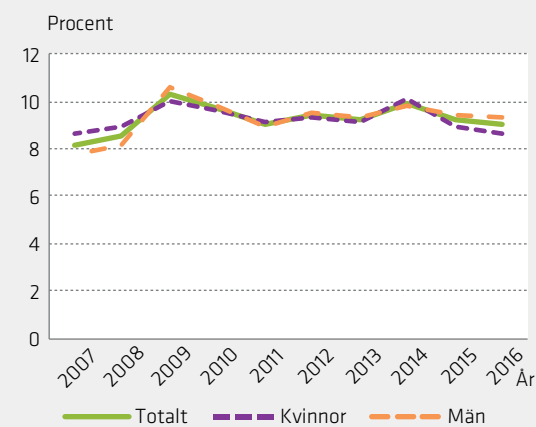
Unga som varken arbetar eller studerar är en särskilt utsatt grupp, eftersom de går miste om kunskaper och erfarenheter som kan krävas för att få ett arbete i framtiden (3). En statlig utredning visade att det är stora skillnader mellan svenskfödda och utrikesfödda unga som varken arbetar eller studerar, särskilt bland kvinnorna där mer än dubbelt så många utrikesfödda inte arbetar eller studerar jämfört med svenskfödda unga kvinnor (3). En svensk studie visade att bland unga som varken arbetade eller studerade var sjukhusvård för depression dubbelt så vanligt, och vård för självskaade beteende, alkohol- eller drogrelaterade problem upp till sju gånger vanligare, jämfört med unga som studerade eller arbetade (4). I sammanhanget är det viktigt att notera att arbetslöshet i sig påverkar förutsättningarna för hälsa och välbefinnande, och är en bakomliggande orsak till både ökad dödlighet och ökad psykisk ohälsa (4-6).

Indikatorn omfattar gruppen unga som varken arbetat eller studerat, det vill säga inte haft inkomster över ett basbelopp, inte haft studiemedel, inte varit utbildningsregistrerad eller studerat vid SFI mer än 60 timmar och inte arbetspendlat till Norge eller Danmark (från och med 2015 saknas information om arbetspendling till Norge).

Andelen unga utan arbete eller studier varierar mellan kommuner och mellan grupper

År 2016 var andelen unga 17–24 år som varken arbetar eller studerar 8,6 procent för kvinnor och 9,4 procent för män (Diagram 79). Andelen har varit relativt konstant de senaste 10 åren. För omkring en tredjedel av gruppen unga saknas information om vad de gör. De deltar inte i någon arbetsmarknadsåtgärd genom Arbetsförmedlingen, och får inget försörjningsstöd från kommunen eller någon ersättning från Försäkringskassan (3).

DIAGRAM 79 - RIKET: Andel unga (17–24 år) som varken arbetar eller studerar.



Källa: Statistiska centralbyrån.

På länsnivå år 2016 syns förbättringar för kvinnor i så gott som samtliga län, jämfört med år 2012. År 2016 skilde det 4,8 procentenheter mellan länet som hade minsta och största andelen unga kvinnor som varken arbetar eller studerar (Diagram 80), och motsvarande siffra för männen var 5,7 procentenheter (Diagram 81).

På kommunal nivå fanns större variationer i andelen unga som varken arbetar eller studerar, och det skilde 17 procentenheter mellan den minsta och största andelen (Diagram 82). Mönstren indikerar att andelen unga som varken arbetar eller studerar är minst i *pendlingskommuner nära storstad* och i *större städer*, jämfört med andra kommungrupper. Lands-

bygdskommuner och pendlingskommuner till mindre tätort har större andel unga utan arbete eller studier.

Det här kan kommuner göra

Bland dem som varken arbetar eller studerar finns en överrepresentation av de som saknar gymnasieutbildning, unga med funktionsnedsättning och unga utrikesfödda. Under 2012–2016 har andelen inskrivna på Arbetsförmedlingen utan fullständig gymnasieutbildning ökat från 22 till 38 procent. Gruppen utlandsfödda (18–24 år) utan fullständig gymnasieutbildning ökade med 25 procentenheter 2012–2016 (3). Det är viktigt att unga nyanlända som inte har slutfört sina studier får möjlighet att både påbörja och slutföra en utbildning. Levnadsvillkoren för unga med funktionsnedsättning är särskilt svåra, eftersom de ofta möter hinder i sin utbildning

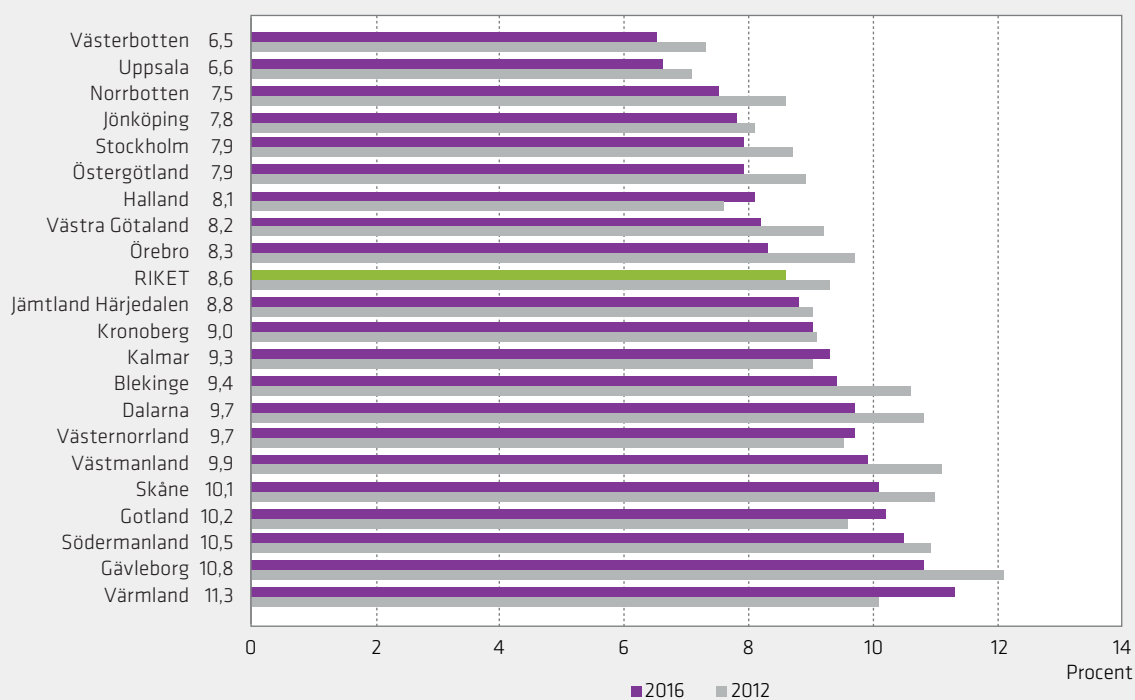
och i övergången till arbetslivet, jämfört med övriga unga.

År 2015 förtydligades kommunernas aktivitetsansvar för ungdomar, enligt skollagen 2010:800, 29 kap. 9 §. Ansvaret innebär att de löpande ska hålla sig informerade om unga som inte har gått ut gymnasiet eller är sysselsatta, och erbjuda dem en lämplig individuell utbildning.

Många kommuner använder idag fler sökvägar för att nå unga, samt erbjuder dem fler insatser för att motivera till studier. Det finns ingen universell insats som fungerar för alla, eftersom målgruppen är heterogen och har olika behov. Framgångsrikt individanpassat stöd kräver möjligheter att kunna erbjuda insatser från kommunens olika förvaltningar.

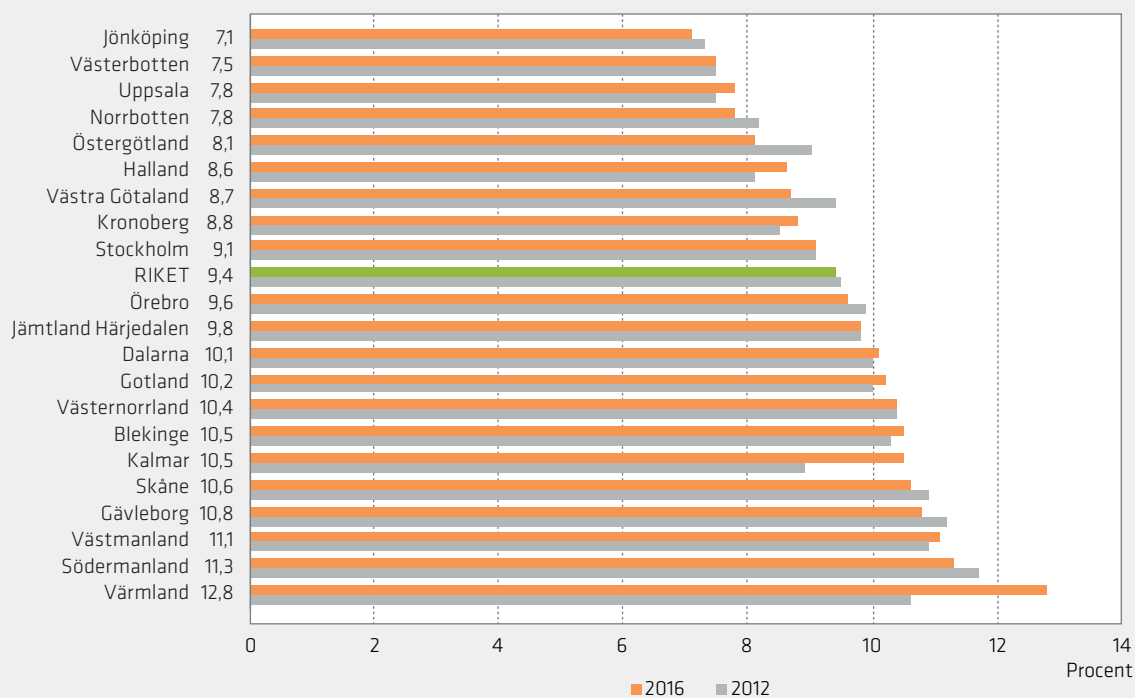
Tidiga insatser inom skolan och elevhälsan är centralt för att kunna anpassa undervisningen, så att fler unga kan avsluta sina studier och senare etablera sig i samhället och på arbetsmarknaden.

DIAGRAM 80 - LÄN. KVINNOR: Andel unga (17–24 år) som varken arbetar eller studerar, 2016.



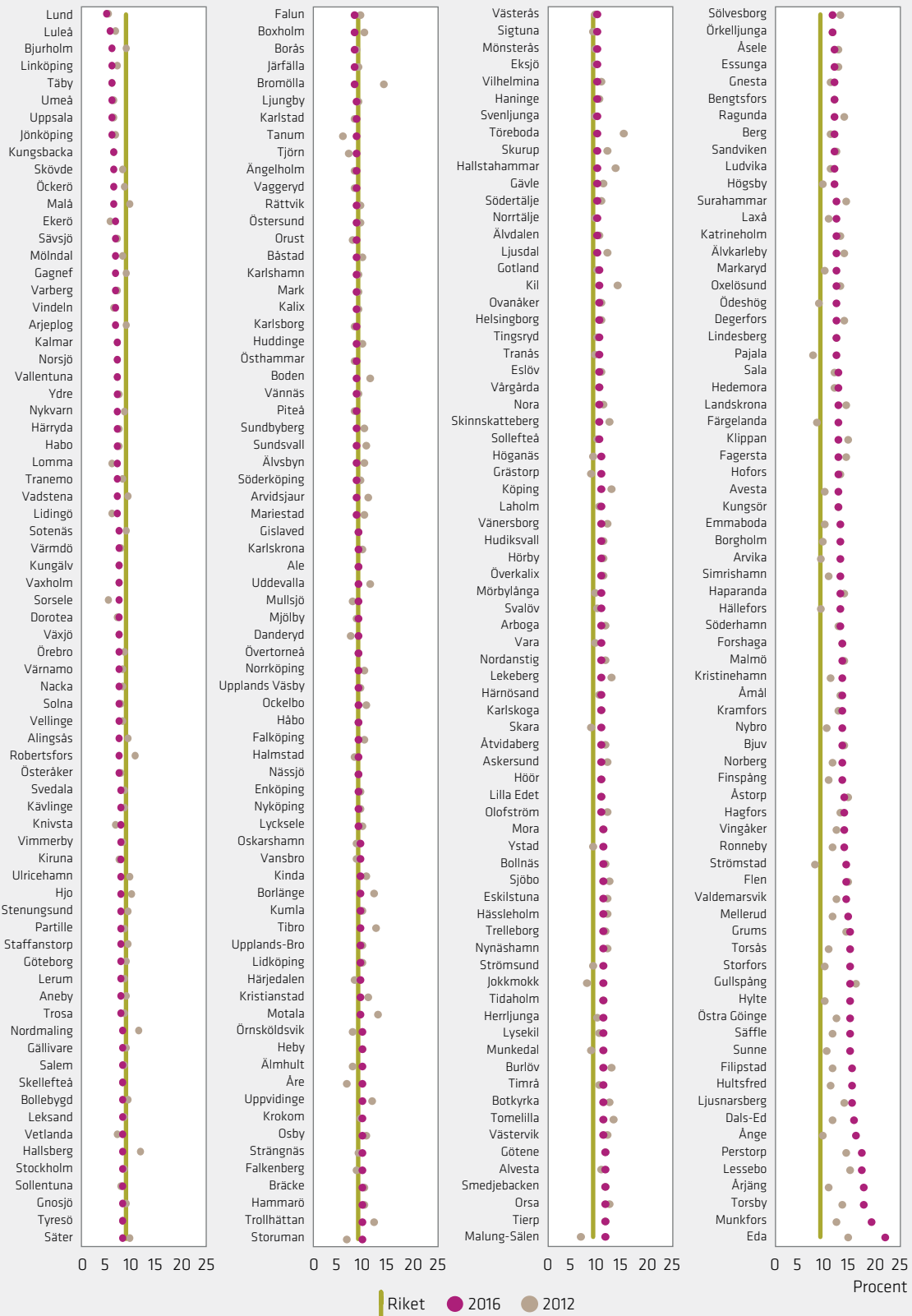
Källa: Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 81 - LÄN. MÄN: Andel unga (17–24 år) som varken arbetar eller studerar, 2016.



Källa: Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 82 – KOMMUNER: Andel unga (17–24 år) som varken arbetar eller studerar, 2016.



Källa: Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa – utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
2. SCB, Statistiska centralbyrån. Unga vuxna börjar arbeta senare idag än för 30 år sedan. Artikel publicerad 3 december 2015. Hämtad från: <https://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Artiklar/Unga-vuxna-borjar-arbeta-senare-idag-an-for-30-ar-sedan/>
3. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar. Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. Slutbetänkande (SOU 2018:11). Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2018/02/sou-201811/>
4. Sellstrom E, Bremberg S, O'Campo P. Yearly incidence of mental disorders in economically inactive young adults. Eur J Public Health; 2011; 21:6: 812-914. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq190>
5. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa, 2016. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/arbete-arbetsloshet-och-jamlik-halsa-en-kunskapsoversikt>
6. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analysis. J Vocat Behav. 2009; 74:3, 264-282. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>

20. Långtidsarbetslöshet

Forskningen om sambanden mellan arbete, arbetslöshet och hälsa är omfattande (1). Exempelvis finns studier som pekar på att arbetslöshet ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar (2), psykisk ohälsa (3), ohälsosamma levnadsvanor (2) och dödlighet (4). I regel har människor som arbetar bättre hälsa än de som saknar ett arbete, men det beror inte alltid på att arbete i sig är hälsosamt. Att arbeta förutsätter en rimligt god hälsa och de som har sämre hälsa kan inte alltid få ett arbete. En vanlig invändning mot sambandet är därför att det finns en hälsoselektion, där människor med någon form av ohälsa har svårare att få arbete eller lättare att bli arbetslösa (5). Men även med hänsyn till en sådan selektion kvarstår arbetslösheten som bestämningsfaktor till ökad ohälsa och för tidig död (6).

Enligt Kommissionen för jämlik hälsa uppstår ojämlikhet i hälsa som en konsekvens av ojämlikhet i resurser, villkor och möjligheter mellan olika sociala grupper. Att ha ett arbete är en resurs och en viktig bestämningsfaktor för hälsa, som i sin tur samspelar med många andra viktiga bestämningsfaktorer och påverkar individens möjligheter att leva ett hälsosamt liv (7).

Andra studier som försöker kontrollera för selektion genom att studera individer som drabbas av att arbetsplatsen läggs ned, visar på långsiktigt negativa hälsoeffekter. Individer som förlorat arbetet har, utöver långsiktigt lägre inkomster, högre risk för arbetslöshet, högre risk att dö i förtid och högre risk att vårdas på sjukhus för alkoholrelaterade sjukdomar (8).

För de allra flesta grupper är arbetslösheten relativt låg. Arbetslösheten är framförallt koncentrerad till grupper med liten eller ingen tidigare anknytning till arbetsmarknaden. Arbetsförmedlingen (9) identifierar tre grupper som särskilt utsatta på arbetsmarknaden: personer som saknar gymnasieutbildning, utomeuropeiskt födda samt personer med funktionsned-

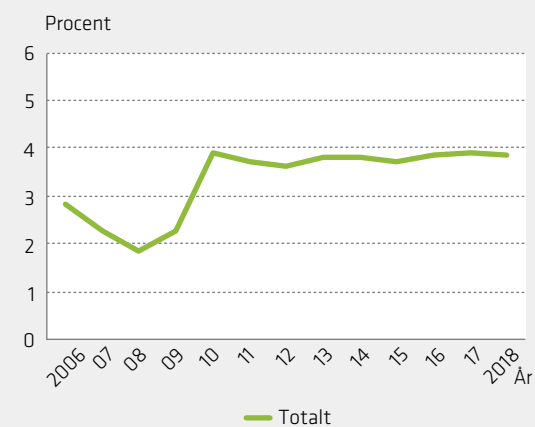
sättningar som ger nedsatt arbetsförmåga.

Måttet på långtidsarbetslöshet utgörs här av andelen av befolkningen i åldern 25–64 år som i minst 6 månader varit öppet arbetslösa eller i ett program med aktivitetsstöd.

Fortsatt 4 procent långtidsarbetslösa men med stora lokala skillnader

När konjunkturen försämrades vid finanskrisen 2008 steg långtidsarbetslösheten i befolkningen kraftigt från 1,9 procent. Den nådde en topp 2010 på 3,9 procent (Diagram 83) för att 2011–2018 plana ut på 3,7–3,9 procent.

DIAGRAM 83 - RIKET: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader.



Källa: Arbetsförmedlingen.

På länsnivå är spridningen av andelen långtidsarbetslösa stor. Andelen långtidsarbetslösa 2018 varierade mellan länen från 2,7 till 5,9 procent bland kvinnorna (Diagram 84), och bland männen från 3,0 till 5,8 procent (Diagram 85). Det är en något högre andel 2018 än 2014, även om några län visar på markanta förbättringar.

Variationen är ännu större mellan kommuner, där det fanns en spridning från 1 till 9 procent (Diagram 86). I drygt hälften av kommunerna har långtidsarbetslösheten ökat något, men det är relativt små skillnader mellan mätperioderna, förutom i 45 kommuner där försämringen är 1–3 procentenheter. Det kan tyckas lite – men för en kommun med drygt

8 000 invånare motsvarar en ökning med 3 procentenheter 143 ytterligare personer som saknar arbete under lång tid. För en kommun med 20 000 invånare motsvarar en ökning med 2 procentenheter 260 fler personer som är utan arbete under lång tid.

Mönstren indikerar att andelen långtidsarbetslösa är lägst i *pendlingskommuner nära storstad* och *landsbygdskommuner med besöksnäring*, jämfört med övriga kommungrupper. De största andelarna av långtidsarbetslöshet finns i *storstäder* och *lågpendlingskommuner nära större stad*. Mönstren indikerar också att det finns en samvariation mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och långtidsarbetslöshet. Ju bättre socioekonomiska förhållanden, desto mindre andel långtidsarbetslösa i befolkningen.

Det här kan regioner och kommuner göra

På en väl fungerande arbetsmarknad tas hela arbetskraftens potential tillvara. Långtidsarbetslösheten är ojämnt fördelad mellan olika grupper och delar i landet, och kan också förväntas få olika konsekvenser för olika grupper (1). Här bör också påpekas att många nyanlända i ett område påverkar långtidsarbetslösheten, eftersom de inte hunnit komma ut på

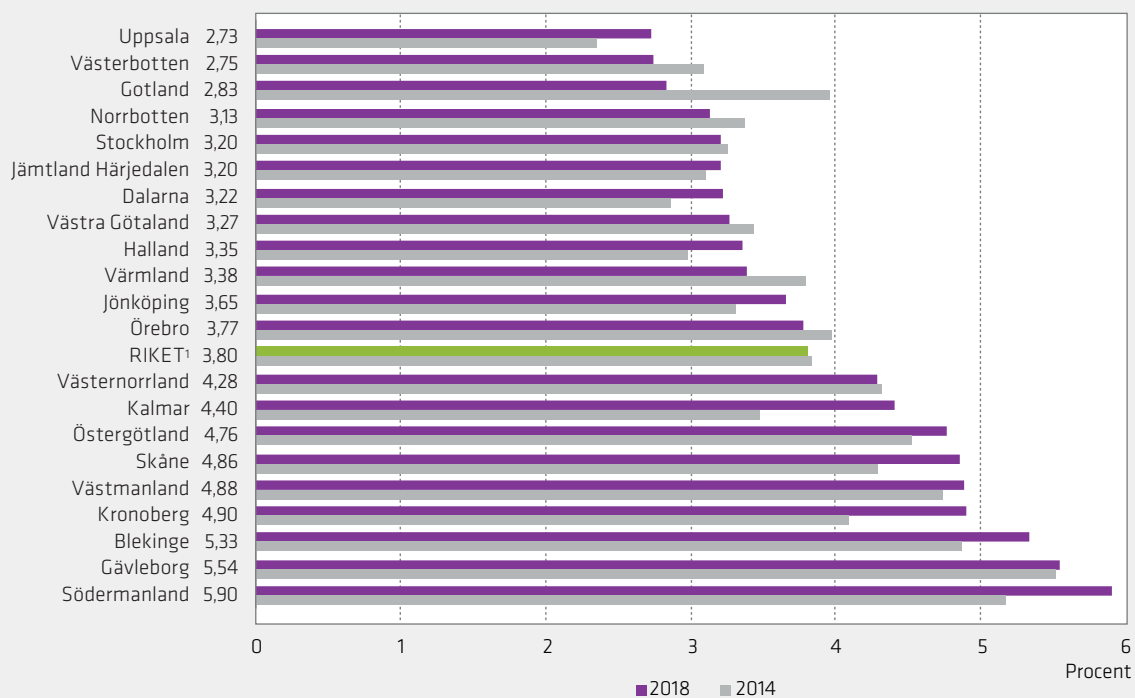
arbetsmarknaden ännu. Jämförbarheten mellan åren kan alltså påverkas av detta. Kommissionen för jämlik hälsa har påpekat att insatser bör riktas mot de som riskerar att hamna långt från arbetsmarknaden (7).

Kommunernas verksamhet är en förutsättning för en väl fungerande arbetsmarknad, genom bland annat utbildning inom skolväsendet, aktivitetsansvaret för ungdomar och samverkan med Arbetsförmedlingen om integrationen av nyanlända invandrare.

En nyckelfaktor för etablering på den svenska arbetsmarknaden är en fullföljd gymnasieutbildning. Därför finns det starka skäl för Arbetsförmedlingen och kommunerna att samverka kring den kommunala vuxenutbildningen och folkbildningen, bland annat för att motivera och vägleda personer med kort utbildning att söka sig till det reguljära utbildningsväsendet och folkhögskolornas utbildningar.

Kommunen kan även inleda samarbeten med det lokala näringslivet, och i rollen som arbetsgivare har kommuner och regioner en viktig roll när man rekryterar medarbetare. Andra viktiga aktörer är idéburen sektor och sociala företag, som arbetar för att integrera människor på arbetsmarknaden.

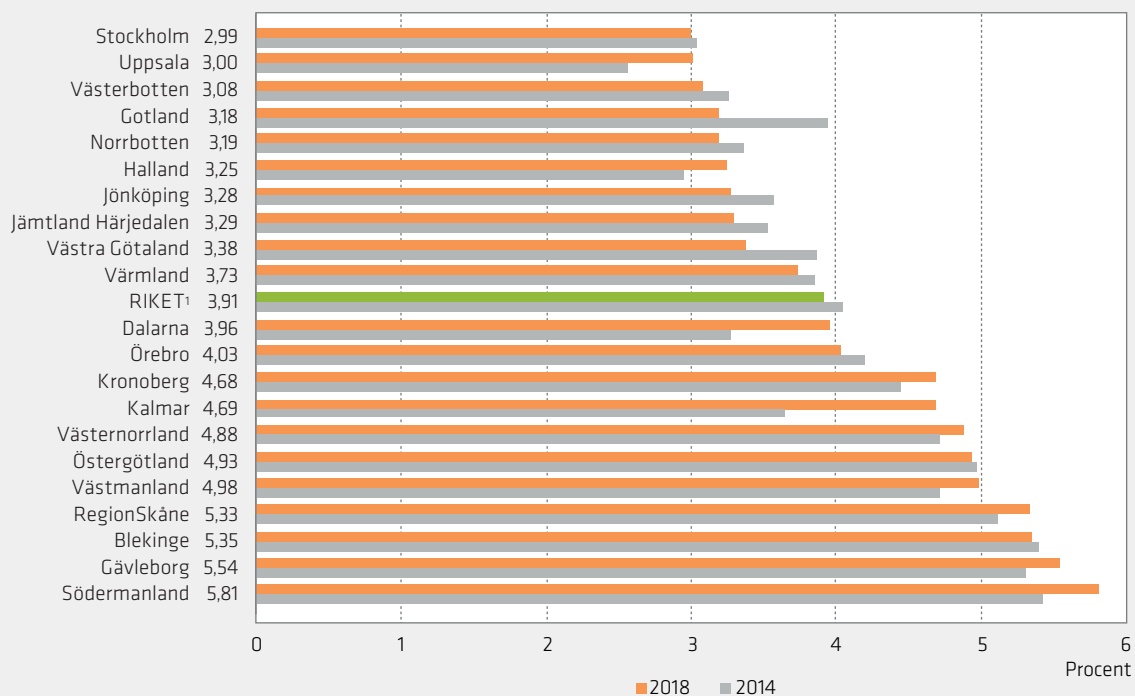
DIAGRAM 84 – LÄN. KVINNOR: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader, 2018.



Källa: Arbetsförmedlingen.

1. Riksvärde jämförelseår avser ovägt medelvärde.

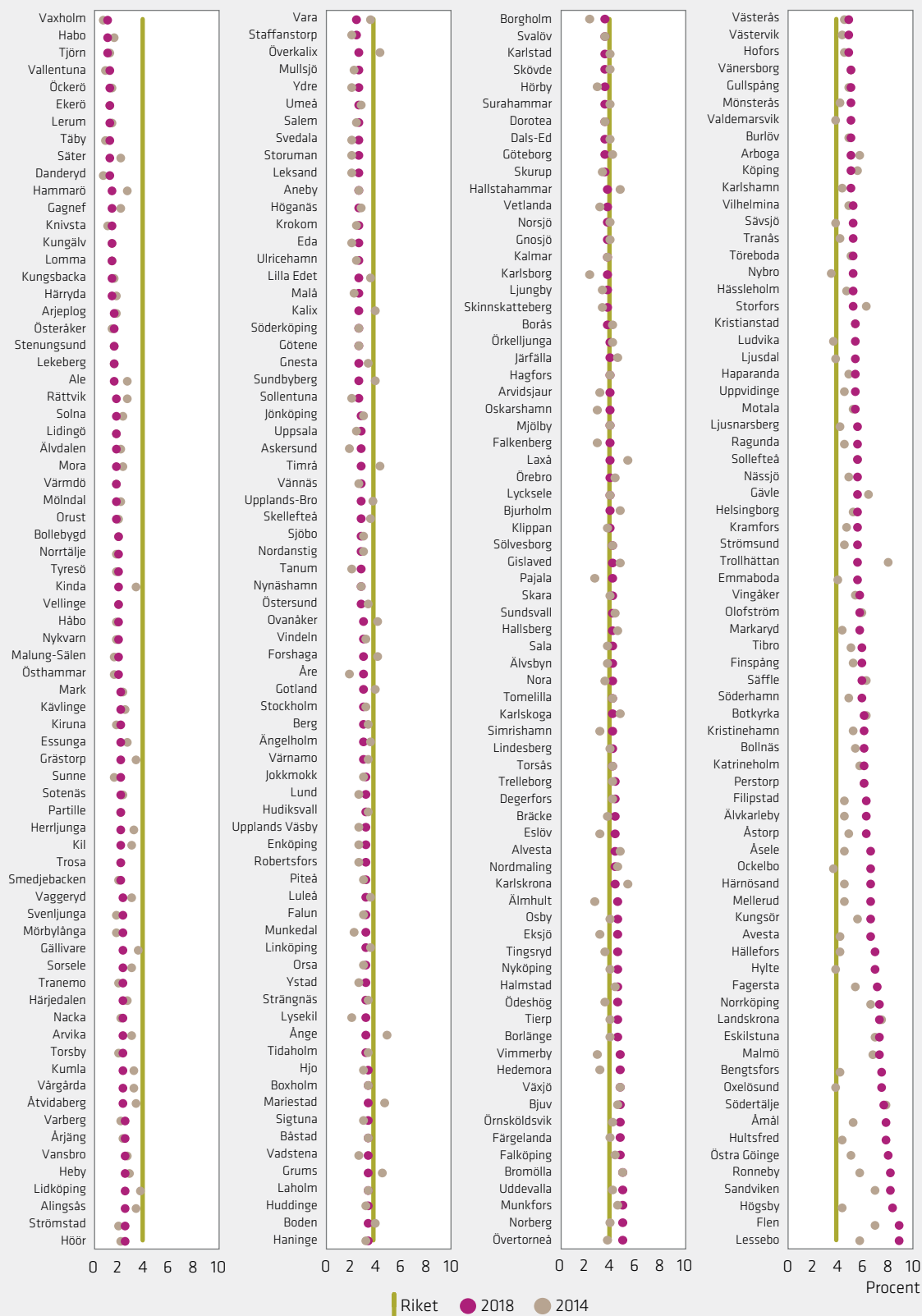
DIAGRAM 85 – LÄN. MÄN: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader, 2018.



Källa: Arbetsförmedlingen.

1. Riksvärde jämförelseår avser ovägt medelvärde.

DIAGRAM 86 - KOMMUNER: Andel av befolkningen 25-64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader, 2018.



Källa: Arbetsförmedlingen.

Levnadsförhållanden

Referenser

1. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa, 2016. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/arbete-arbetsloshet-och-jamlik-halsa-en-kunskapsoversikt>
2. Lundin A, Backhans MC, Hemmingsson T. Unemployment and hospitalization owing to an alcohol-related diagnosis among middle-aged men in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res*; 2011; 36:4; 663-669. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2011.01666.x
3. Backhans MC, Hemmingsson T. Unemployment and mental health – who is (not) affected? *Eur J Public Health*; 2012; 22: 429-433. DOI: 10.1093/eurpub/ckr059
4. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwarz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and metaanalysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*; 2011; 72:6; 840-854. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005
5. Falkstedt, D & Hemmingsson, T. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång. Karolinska Institutet och Arbetsmiljöverket; Rapport 2011:2. Hämtad från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/halsokonsekvenser-av-arbetsloshet-personalneddragningar-och-arbetsbelastning-relaterade-till-ekonomisk-nedgang-kunskapssammanstallningar-rap-2011-11.pdf>
6. Vågerö D, Garcy AM. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992-96 deep Swedish recession. *Eur J Public Health*; 2016; 26:5; 778-783. DOI: 10.1093/eurpub/ckw053
7. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
8. Eliason M, Storrie D. Swedish evidence on the longterm effects of job displacement. *Journal of Labor Economics*; 2006; 24:4; 831-856. DOI: 10.1086/506487
9. Arbetsförmedlingen. Perspektiv på arbetslösheten i olika grupper. Arbetsförmedlingen; 2017. Hämtad från: https://www.arbetsformedlingen.se/download/18.35e8e8ea159c5a24b2c54862/1485872614435/Perspektiv_pa_arbetslosheten_i_olika_grupper_korr.pdf

21. Långvarigt ekonomiskt bistånd

Ekonomisk marginalisering är negativt för hälsan, även om de underliggande samband som förbinder låga inkomster med dålig hälsa är sammansatta och komplexa. Långvarigt ekonomiskt bistånd är därför en viktig indikator att följa på folkhälsoområdet, tillsammans med utvecklingen av långtidsarbetslöshet eftersom det är den främsta orsaken till att man söker ekonomiskt bistånd. Gruppen med långvarigt ekonomiskt bistånd kan ha ett större behov av hälsofrämjande insatser än andra grupper som inte har behov av långvarigt ekonomiskt bistånd.

I de flesta sammanhang betraktas inkomster- nas fördelning som en av de viktigaste bestä- mningfaktorerna för skillnader i hälsa. Ju högre inkomster, desto friskare är man och desto längre är den förväntade livslängden (1). Detta sam- band mellan inkomst och hälsa, och särskilt mel- lan inkomst och dödlighet, är utpräglat kurvlin- järt. Det innebär att sambandet är mycket starkt i den nedre halvan av inkomstfördelningen, men flackar av ju högre upp man mäter (2, 3).

Personer som befinner sig i eller på gränsen till ekonomisk utsatthet är ofta hänvisade till ekonomiskt bistånd, som utgör välfärdens yt- tersta skyddsnät och träder i kraft när man inte kan försörja sig själv.

Arbetslöshet (utan arbetslöshetsförsäkring) är den vanligaste orsaken till att man inte kan försörja sig och behöver ekonomiskt bistånd (4). Kommissionen för jämlik hälsa har visat att det ekonomiska biståndet successivt förlorat i värde, i förhållande till hur den allmänna standardnivån utvecklats i Sverige (5). Urholkningen av det eko- nomiska biståndet hänger främst samman med hur principerna för uppräkningsnormen sett ut sedan socialtjänstla- gen introducerades i början av 1980-talet (5).

Drygt 220 000 hushåll fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2016, vilket motsva- rar ungefär vart tjugonde hushåll i Sverige (4,3 procent). Totalt betalade kommunerna ut 10,5

miljarder kronor 2016, vilket i stort sett varit oförändrat med föregående år (6).

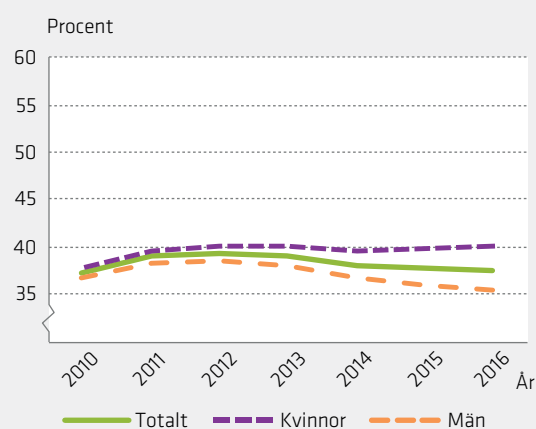
Barn som växer upp i familjer med knappa ekonomiska resurser kan också påverkas negativt. Studier visar att barn som kommer från en lägre socioekonomisk position har större sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus, få sämre betyg samt få ekonomiskt bistånd och sämre hälsa som unga vuxna. Barn som växer upp i familjer med återkommande ekonomiskt bistånd lämnar i genomsnitt grundskolan med betydligt lägre betyg än andra barn (7).

Måttet avser vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd under året dividerat med antalet vuxna biståndsmottagare under året. Definitionen "långvarigt" avser ekonomiskt bistånd under 10–12 månader under året. Uppgifterna kommer från register vilket kan medföra att värden är något högre än uppgifter från enkätdata från kommuner.

Långvarigt bistånd bland biståndstagare varierar avsevärt mellan olika kommuner

Bland de som fick bistånd 2016, fick 38 procent bistånd i 10–12 månader eller mer, vilket i stort motsvarar resultatet för 2014 och 2015. Utvecklingen visar ökade skillnader mellan kvinnor och män. Andelen med långvarigt eko- nomiskt bistånd har bland kvinnor ökat från

DIAGRAM 87 - RIKET: Andel långvarigt ekonomiskt bistånd 10–12 månader under året bland vuxna (18 år och äldre) biståndsmottagare.



Källa: Socialstyrelsen, register över ekonomiskt bistånd.

38 till 40 procent 2010–2016, och bland män minskat från 37 till 35 procent (Diagram 87). På kommunal nivå är spridningen stor, bland biståndsmottagarna hade mellan 6 och 60 procent långvarigt ekonomiskt bistånd (Diagram 88). Mönstren indikerar att andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd bland biståndstagare är minst i *landsbygdskommuner med besöksnäring*, jämfört med andra kommungrupper. De största andelarna finns i *storstäder och större städer*. Det finns en samvariation mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och långvarigt ekonomiskt bistånd bland biståndstagare. Det innebär att ju bättre socioekonomiska förhållanden, desto mindre andel med långvarigt ekonomiskt bistånd bland biståndstagarna.

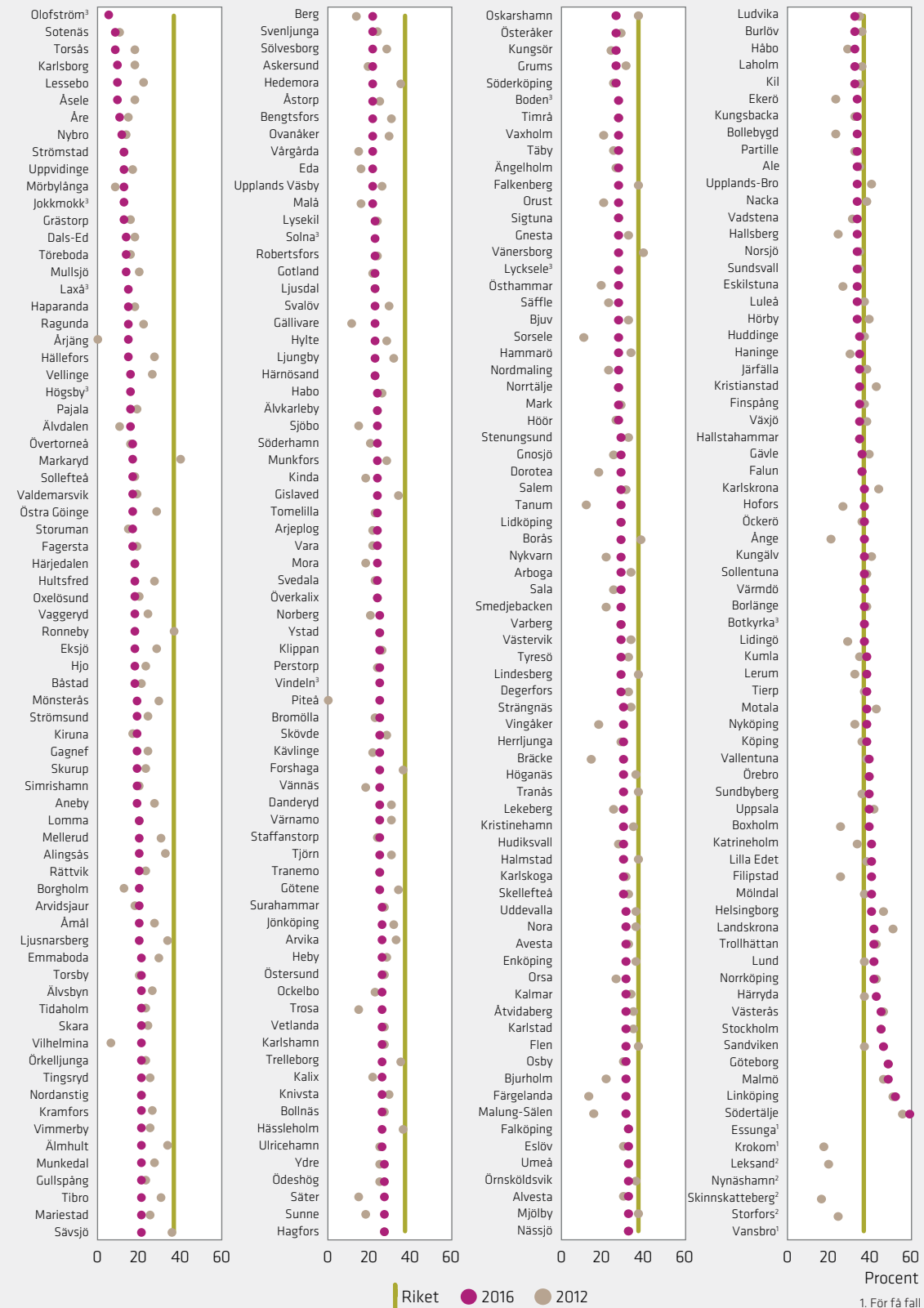
När man analyserar indikatorn är det viktigt att även ta hänsyn till den totala andelen biståndsmottagare i befolkningen, eftersom resursstarka kommuner till exempel kan ha en hög andel långvariga biståndsmottagare och samtidigt en låg andel biståndsmottagare totalt i kommunen (8).

Det här kan regioner och kommuner göra

Andelen invånare med ekonomiskt bistånd varierar mycket mellan olika typer av kommuner. Exempelvis påverkar befolkningsammansättning, arbetsmarknad och utbildning det samlade behovet av ekonomiskt bistånd (8). Exempel på viktiga aktörer i sammanhanget är Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, Försäkringskassan och primärvården. Dessa verksamheters förmåga att samverka och koordinera sina insatser kan ha stor betydelse för att främja hälsan i befolkningen på nationell, regional och lokal nivå.

För att nå en god och jämlik hälsa behöver också hälso- och sjukvården vara tillgänglig för alla som behöver den. Ett skäl att avstå från vård är att personer inte har råd. Det är främst ensamstående med barn (upp till 19 år), där över 75 procent är kvinnor, och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd som avstår från att söka vård eller hämta ut läkemedel av ekonomiska skäl (7).

DIAGRAM 88 - KOMMUNER: Andel långvarigt ekonomiskt bistånd 10–12 månader under året bland vuxna (18 år och äldre) biståndsmottagare, 2016.



Källa: Register över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Levnadsförhållanden

Referenser

1. WHO, World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. WHO Commission on Social Determinants of Health – final report 2008. Hämtad från: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/final-report/en/
2. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. London: Bloomsbury; 2015.
3. Fritzell J. Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/fattigdom-inkomst-och-jamlik-halsa>
4. Socialstyrelsen. Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2016. Socialstyrelsens faktablad; publicerad 19 oktober 2017. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-19>
5. Bergmark Å. Ekonomiskt bistånd: försörjningsvillkor och marginalisering – ett hinder för jämlik hälsa? Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/ekonomiskt-bistand-forsorjningsvillkor-och-marginalisering-ett-hinder-jamlik-halsa>
6. Socialstyrelsen. Statistik om ekonomiskt bistånd 2016. Socialstyrelsens faktablad; publicerad 16 september 2017. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-16>
7. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
8. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018 – Ekonomiskt bistånd. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-1>

Delaktighet

22. Valdeltagande

Delaktighet och deltagande i samhället är centrala områden för individens hälsa (1). Man kan mäta delaktighet och deltagande i samhället på flera olika sätt. Ofta används deltagande i allmänna val som ett mått på demokratisk delaktighet.

Det svenska valdeltagandet har ökat stadigt sedan 2006, men det finns tydliga skillnader mellan olika grupper. I 2014 års demokratiutredning konstateras att demokratin i Sverige är djupt förankrad, men att det politiska inflytandet inte är jämnt fördelat (2). Valdeltagandet skiljer sig avsevärt mellan olika väljargrupper. Skillnaderna kan i stor utsträckning förklaras av socioekonomiska faktorer. Personer med hög inkomst röstar i högre utsträckning än personer med låg inkomst. Utbildning samvarierar i regel med hög inkomst, alltså att de som har hög inkomst även har en lång utbildning.

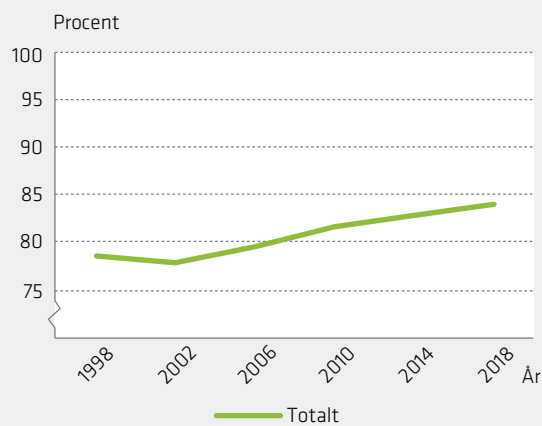
I riksdagsvalet 2014 var skillnaderna i deltagande mellan personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildning 15 procentenheter (3). Kvinnor röstar i något högre utsträckning än män, men skillnaden är mera påtaglig i de väljargrupper vars valdeltagande är lägre än genomsnittet. Män med kort utbildning, unga män och utrikesfödda män röstar mindre än kvinnor inom dessa väljargrupper.

Indikatorn visar andelen röstande av de röstberättigade som deltog i det senaste kommunalvalet. När denna rapport publicerades var inte alla analyser klara för valet 2018 – därför redovisas inte resultaten könsuppdelade.

Högt valdeltagande men stora skillnader mellan kommuner och valdistrikt

Det svenska valdeltagandet är fortfarande högt. Andelen som röstade i riksdagsvalet 2018 var 87 procent, 1,4 procentenheter mer än valet 2014. I Diagram 89 redovisas andelen röstbe-

DIAGRAM 89 – RIKET: Andel röstande av de röstberättigade som deltagit i det senaste kommunalvalet. Därmed avses personer som är inskrivna i röstlängden.



Källa: Valmyndigheten, Statistiska centralbyrån.

rättigade som deltagit i de senaste sex valen till kommunfullmäktige – även här är trenden över tid positiv. Deltagandet i det senaste allmänna valet till kommunfullmäktige 2018 var 84 procent, vilket är en ökning för tredje valåret i rad.

Även när man bryter ner resultaten till länsnivå syns den positiva trenden i 2018 års val till kommunfullmäktige i samtliga län, jämfört med 2014 (Diagram 90). Bland länen varierade valdeltagandet till kommunfullmäktige mellan 83 och 87 procent.

Bland kommunerna varierar valdeltagandet till kommunfullmäktige stort, mellan 63 och 93 procent (Diagram 91). SKL har bearbetat Valmyndighetens statistik, vilket visar att valdeltagandet skiljer sig ytterligare inom kommunerna. Vid jämförelse mellan valdistrikten i hela landet varierar valdeltagandet mellan 38 och 96 procent. I 190 kommuner är skillnaden mer än 10 procentenheter mellan distriktet med högst respektive lägst valdeltagande. I många kommuner är skillnaden dessutom betydligt större. I 29 kommuner är skillnaden mer än 30 procentenheter och i vissa fall skiljer det mer än 50 procentenheter mellan distriktet med lägst respektive högst valdeltagande. I 8 kommuner avstår mer än varannan väljare från att rösta.

Det här kan regioner och kommuner göra

Ett högt valdeltagande ger det demokratiska systemet legitimitet, och förbättrar den politiska representativiteten och jämlikheten. Utöver partiernas eget arbete för att öka andelen väljare, kan mycket göras på såväl nationell som regional och lokal nivå för att öka valdeltagandet. Det kan bland annat vara att tillhandahålla mer information om rösträtten, och utveckla metoder som gör det enklare att rösta.

För att öka det låga valdeltagandet i vissa områden och grupper, har flera kommuner valt att

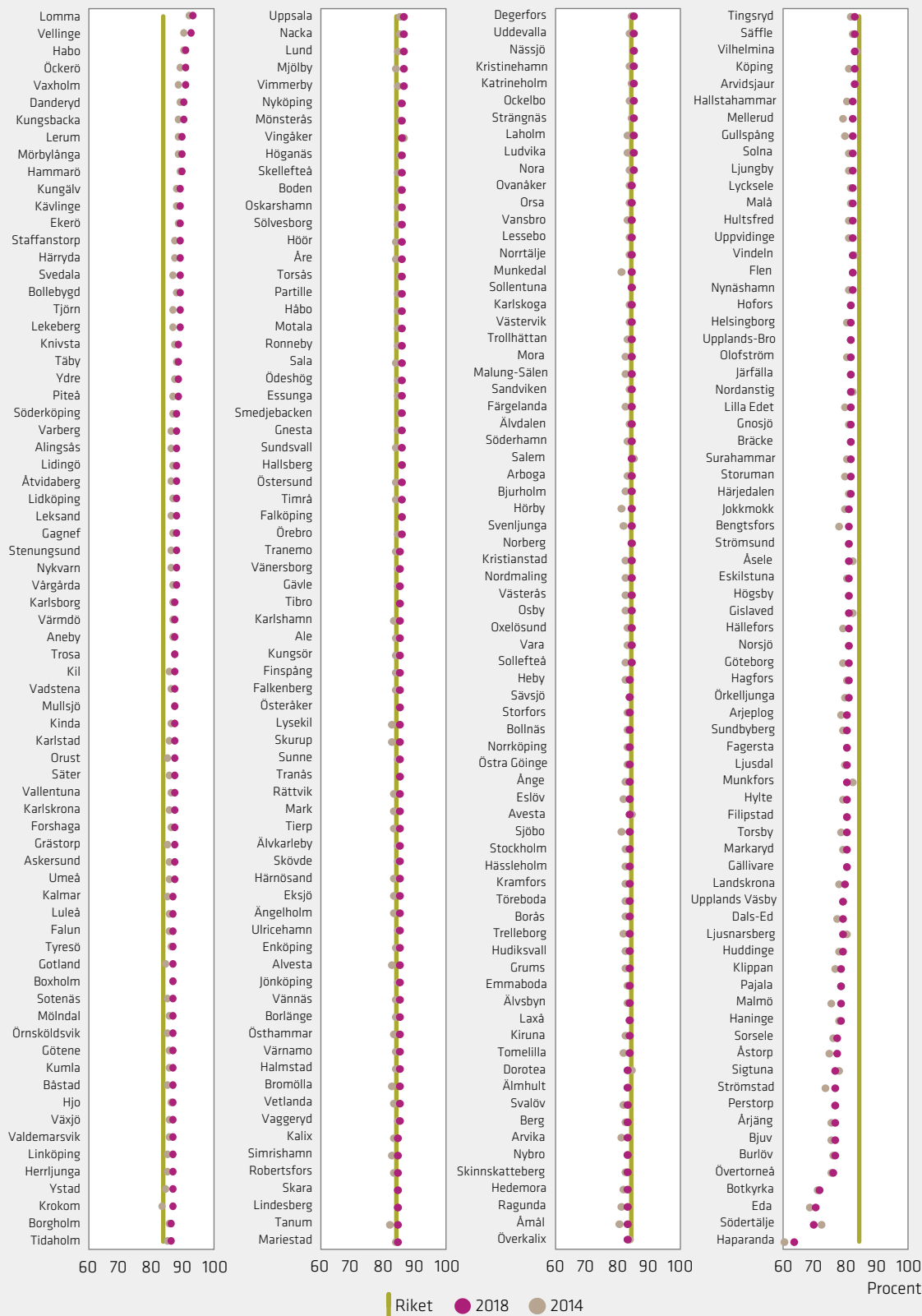
arbeta med så kallade valinformatörer (4). Dessa är lokalt etablerade personer som rekryterats och utbildats till att informera opolitiskt om hur valet går till. Valinformatörerna rekryteras utifrån att representera en så stor mångfald som möjligt vad gäller bakgrund, ålder och kön, för att kunna kommunicera med en bred allmänhet. Exempelvis Botkyrka, Bengtsfors, Södertälje och Malmö arbetar med informatörer i samband med valen. Många gånger görs satsningarna i samarbete med föreningslivet, men det kan också vara föreningarna själva som initierar satsningen.

DIAGRAM 90 - LÄN. TOTALT: Andel röstande av de röstberättigade som deltagit i det senaste kommunalvalet. Därmed avses personer som är inskrivna i röstlängden, 2018.



Källa: Valmyndigheten, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 91 – KOMMUNER: Andel röstande av de röstberättigade som deltagit i det senaste kommunalvalet. Därmed avses personer som är inskrivna i röstlängden, 2018.



Levnadsförhållanden

Källa: Valmyndigheten, Statistiska centralbyrån.

Referenser:

1. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa – utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
2. 2014 års demokratiutredning. Låt fler forma framtiden! Betänkande av 2014 års Demokratiutredning – Delaktighet och jämlikt inflytande. Slutbetänkande (SOU 2016:5). Stockholm; Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/01/sou-20165/>
3. SCB, Statistiska centralbyrån. Valdeltagandeundersökningen: Stora skillnader i valdeltagande efter utbildningsnivå. Statistiknyhet från SCB 29 maj 2015. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/demokrati/allmanna-val/allmanna-val-valdeltagandeundersokningen/pong/statistiknyhet/allmanna-val-valdeltagandeundersokningen/>
4. SKL, Sveriges kommuner och landsting. Valinformatörer, publicerad 25 maj 2018. Hämtad från: <https://skl.se/demokratiledningstyrning/valmaktfordelning/valdeltagande/valinformatorer.16171.html>

23. Invånarnas upplevelse av inflytande på beslut och verksamheter inom kommunen

Inflytande och delaktighet i samhället är centrala områden för människors hälsa, och det finns tydliga kopplingar mellan upplevd delaktighet och hälsa. Det är vanligare att personer med lägre socioekonomisk position upplever sig ha sämre inflytande över såväl sin livssituation som utvecklingen av samhället. Delaktighet och inflytande har på en övergripande nivå även anknytning till social hållbarhet i samhället. Social hållbarhet fokuserar på fördelningen av resurser där rättvisaspekter som jämlikt, ekonomiskt, socialt, kulturellt och politiskt deltagande är viktiga komponenter i relationerna mellan individen, samhällets makthavare och dess institutioner. Social oro, destruktiva handlingar och våld bottnar ofta i känsla av utanförskap, diskriminering samt bristande känsla av delaktighet och därmed maktlöshet (1).

Medborgarnas syn på möjligheterna till inflytande ger en indikation på behovet av utvecklingsarbete i exempelvis en kommun (2). Genom att låta kommunens medborgare vara delaktiga i beslut och ta vara på deras synpunkter kan man höja kvaliteten i de kommunala verksamheterna.

Indikatorn kommer från SCB:s Medborgarundersökning, en frivillig undersökning som mäter attityder i befolkningen. År 2017 genomförde 131 kommuner undersökningen, som innehåller bland annat det så kallade kommunens Nöjd-Inflytandeindex (NII). Indexet består av ett antal frågor om medborgarnas inflytande på kommunala beslut och verksamheter. Resultatet redovisas som ett betygsindex, som kan variera mellan 0 och 100.

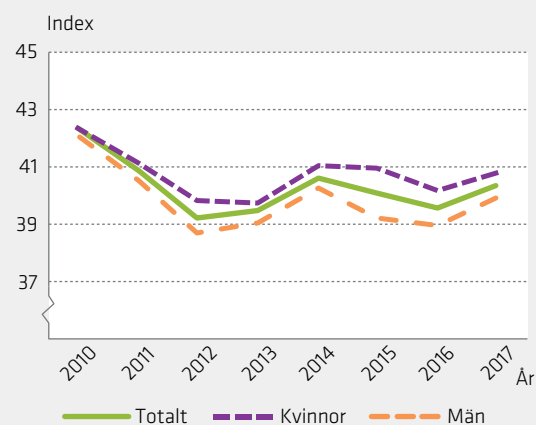
Medborgarundersökning har genomförts av SCB sedan 2005. Totalt har 266 av Sveriges kommuner deltagit och de flesta mer än en gång.

Drygt hälften av kommunerna får "godkänt" men ingen får "nöjd"

Resultatet för kommunens Nöjd-Inflytandeindex, NII, var i genomsnitt 40 av 100 möjliga 2017 (Diagram 92). Resultatet varierade mellan 24 och 55 bland de deltagande kommunerna, vilket är en större variation än 2013 (Diagram 93). Det fanns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män.

Mer än hälften (57 procent) av de deltagande kommunerna i undersökningen 2017 nådde upp till index 40 eller över, vilket kan tolkas som "godkänt" utifrån SCB:s undersökning om medborgarnas tolkning av betygen. Ingen kommun nådde över index 55, vilket motsvarar gränsen för "nöjd".

DIAGRAM 92 – RIKET: Kommunens Nöjd-Inflytandeindex, skala 1–100. Tre frågor om möjligheterna till inflytande i kommunen. Avser kommunmedelvärden (131 av 290 kommuner deltog i undersökningen 2017).



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

I SCB:s resultatrapport redovisas även resultat utifrån kön, åldersgrupper och ortstyper samt utifrån hur länge individer har bott i kommunen (3). I indexet för inflytande ingår även specifika frågor som handlar om kontakt, information, påverkan och förtroende – som alla förväntas bidra till det övergripande NII-måttet. Bland kommunerna är det information som får högst betyg medan påverkan får lägst betyg, både bland kvinnor och män.

Det här kan kommuner göra

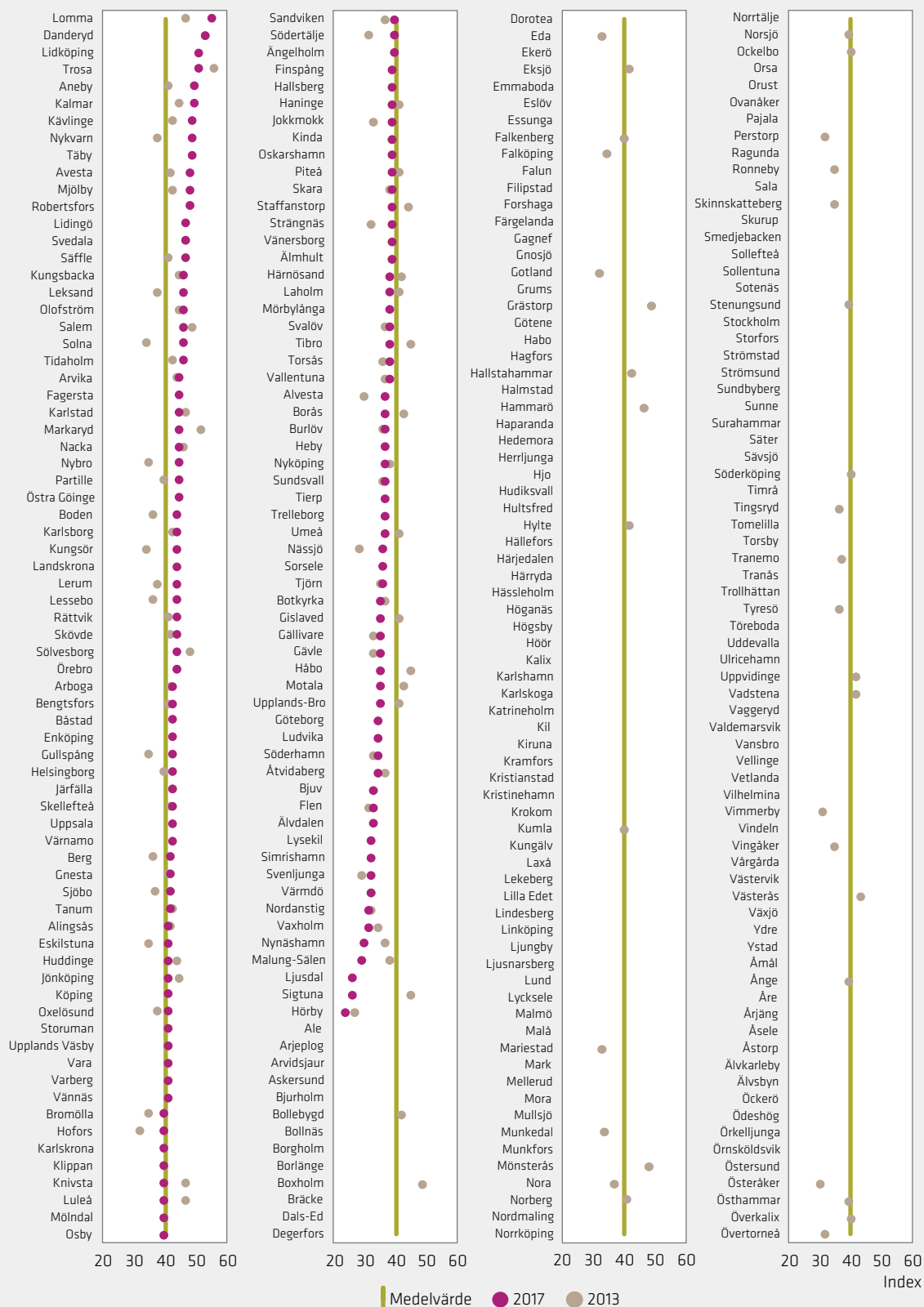
När man tolkar resultaten inför sitt förbättringsarbete är det bra att även jämföra resultaten för de specifika frågorna. Att analysera dessa lokala resultat kan ge ytterligare värdefull information. En del kommuner gör också egna undersökningar som även de kan visa vad som kan förbättras.

Generellt kan sägas att kommunerna kan påverka de demokratiska processerna på olika sätt, såsom i skolan, arbetslivet och bostadsområden, men det handlar även om att verka för en mer inkluderande arbetsmarknad och goda försörjningsmöjligheter.

Att generellt arbeta för att stärka individer

och grupperns inflytande och delaktighet är viktigt. Samtidigt behöver offentliga verksamheter särskilt uppmärksamma de grupper som mindre än andra har möjlighet till eller upplever inflytande och delaktighet i samhället. Det handlar om att främja delaktighet bland barn, unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, nationella minoriteter och grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar (1). Dessa grupper bör finnas representerade i olika beslutande organ. Det är dessutom viktigt att beakta hur inbjudningar utformas och sprids samt vilka som blir ”hörda” vid exempelvis medborgardialoger och andra dialoger.

DIAGRAM 93 – KOMMUNER: Kommunens Nöjd-Inflytandeindex, skala 1–100. Tre frågor om möjligheterna till inflytande i kommunen, 2017.



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

Livs villkor och
levnadsförhållanden

Referenser

1. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
2. Statens folkhälsoinstitut. Delaktighet och inflytande i samhället - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet-kunskapsunderlag-for-folkhalsopolitisk-rapport-2010/>
3. Statistiska centralbyrån. Medborgarundersökning 2017. Rapportbilagor till kommunerna. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB); 2018. Hämtad från <http://www.scb.se/vara-tjanster/insamling-och-undersokning/scbs-medborgarundersokning/resultat-medborgarundersokning-en-2017>.

Rekreation och transport

24. Tillgång till gång- och cykelvägar

Studier visar att graden av fysisk aktivitet påverkas av möjligheter till aktiv transport på gång- och cykelvägar i vardagen, där människor som bor i ”promenadvänliga” bostadsområden är mer fysiskt aktiva än dem i mindre promenadvänliga områden (1).

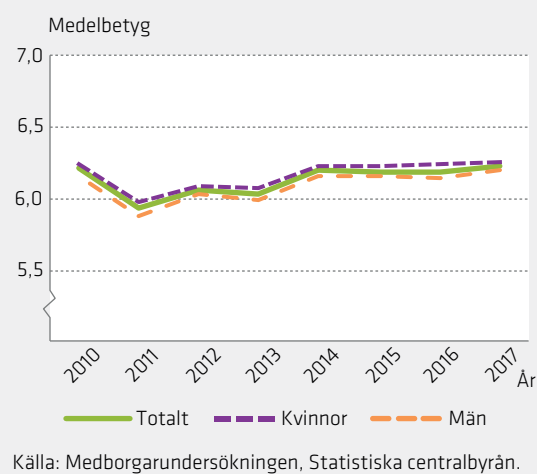
Medborgarnas syn på tillgången till gång- och cykelvägar ger en indikation om behovet av utvecklingsarbete, men det handlar om mer än den faktiska tillgången. Förväntningarna påverkar också, liksom hur ofta man själv använder gång- och cykelvägar.

Indikatorn kommer från SCB:s Medborgarundersökning, en frivillig undersökning som mäter attityder i befolkningen. År 2017 genomförde 131 kommuner undersökningen som innehåller en fråga om synen på tillgänglighet till gång- och cykelvägar. Det redovisas genom ett genomsnittsbetyg på en tiogradig skala. SCB har undersökt hur skalan uppfattas, vilket visar att värden under 5 kan klassas som ”ej godkänt”, 6–7 som ”nöjd” och 8–10 som ”mycket nöjd”.

Invånarna i de flesta kommuner är nöjda med tillgången till gång- och cykelvägar

Genomsnittsbetyget för kommunerna för tillgången till gång- och cykelvägar var 2017 6,2 poäng, vilket tolkas som att de är ”nöjda” (både kvinnor och män). Genomsnittsbetyget har varit relativt oförändrat de senaste åren (Diagram 94).

DIAGRAM 94 – RIKET: Medborgarnas bedömning av tillgången till gång- och cykelvägar i kommunen, skala 1–10. Avser kommunmedelvärden (131 av 290 kommuner deltog i undersökningen 2017).



I kommunerna varierar betyget mellan 3 och 8 poäng, men de flesta hade betyg som motsvarar ”nöjd”, alltså 6–7, och endast ett fåtal hade betyg under 5 (”ej godkänt”) (Diagram 95). Det var inga skillnader mellan mäns och kvinnors bedömning av tillgången till gång- och cykelvägar.

Det finns även andra frågor i medborgarundersökningen som inte presenteras här men som kan bredda analysen av resultaten och ge kunskap om möjliga utvecklingsområden. Exempel på frågor är hur nöjda medborgarna är med gång- och cykelvägarna när det gäller belysning, underhåll, snöröjning och trafiksäkerhet.

Det här kan regioner och kommuner göra

För att skapa en klimatsmart transportinfrastruktur i staden krävs att gång- och cykeltrafiken prioriteras och görs tillgänglig för alla. Det kan även handla om behovet av att separera cykeltrafiken från landsvägar med höga hastigheter (2,3). Att välja till exempel cykel istället för bil, påverkar inte bara den egna hälsan utan även miljön positivt och bidrar till en samhällsekonomisk vinst. Men det är inte alltid möjligt att välja cykel, på grund av långa avstånd. Då behöver det gå att kombinera kollektivtrafik med cykling, exempelvis att kunna ta med

cykeln på tåg och landsvägsbussar (3). Det kan därför behöva skapas möjligheter till en aktiv transport med stråk som länkar samman gång- och cykelvägar med klimatvänlig kollektivtrafik.

Det är också viktigt att ta hänsyn till att barns rörelsefrihet har minskat. Några bidragande orsaker är att vägen till skolan upplevs alltmer otrygg med längre avstånd och mer trafik (4). En säker, trygg och estetiskt tilltalande utemiljö är därför en förutsättning för en hög andel gång- och cykeltrafik (2,3). Det

är därför viktigt att tänka igenom hur man anlägger gång- och cykelvägar, eftersom det avgör i vilken grad de används av olika grupper (2,3).

Sedan 2017 finns En nationell cykelstrategi för ökad och säker cykling. Med strategin vill regeringen stimulera till långsiktigt hållbara transportlösningar, där en ökad och säker cykling kan bidra till att minska resandets miljöpåverkan och trängseln i tätorter samt bidra till en bättre folkhälsa (3).

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Aktiv transport – på väg mot bättre förutsättningar för gång- och cykeltrafik. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/aktiv-transport-pa-vag-mot-bättre-forutsättningar-for-gang-och-cykeltrafik/>
2. Statens folkhälsoinstitut. Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-byggda-miljons-paverkan-pa-fysisk-aktivitet/>
3. En nationell cykelstrategi för ökad och säker cykling – som bidrar till ett hållbart samhälle med hög livskvalitet i hela landet. Stockholm: Näringsdepartementet; 2017. Hämtad från <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2017/04/en-nationell-cykelstrategi-for-okad-och-saker-cykling--som-bidrar-till-ett-hallbart-samhalle-med-hog-livskvalitet-i-hela-landet/>
4. Statens folkhälsoinstitut. Barns miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/barns-miljoer-for-fysisk-aktivitet-samhallsplanering-for-okad-fysisk-aktivitet-och-rorelsefrihet-hos-barn-och-unga/>

25. Tillgång till parker, grönområden och natur

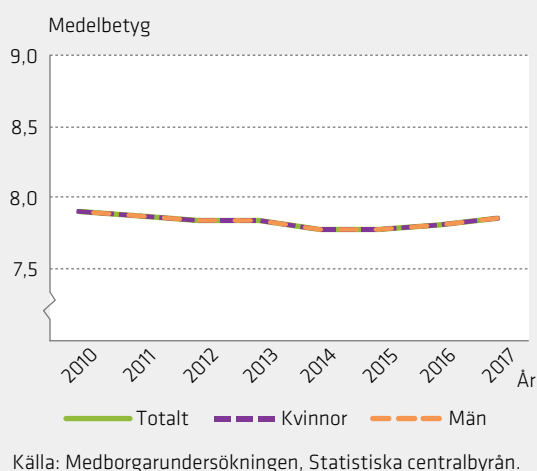
Närhet till grönska och natur bidrar till en ökad fysisk aktivitet som ger en rad hälsofrämjande effekter (1). Dessutom har naturmiljöer i sig själv inneboende egenskaper som förstärker hälsan och välbefinnandet (2). En parkpromenad ger till exempel mer återhämtning än en promenad i en urban miljö utan grönska. Grönare stadsdelar antas också främja social sammanhållning och sociala interaktioner genom att erbjuda omgivningar där människor kan umgås (3). Forskning visar att grönområden behöver ligga inom 300 meter från bostaden, arbetsplatsen eller skolan för att besökas ofta. Även kvaliteten på utemiljön, det vill säga upplevelsevärden och användningsmöjligheter, har betydelse (4). Tillgång till sådana naturvärden kan också vara ett viktigt verktyg för att minska skillnader i hälsan mellan olika grupper i befolkningen (3).

Indikatorn kommer från SCB:s Medborgarundersökning, en frivillig undersökning som mäter attityder i befolkningen. År 2017 genomförde 131 kommuner undersökningen som innehåller en fråga om syn på tillgången till parker, grönområden och natur i kommunen. Resultatet redovisas genom ett genomsnittsbetyg på en tiogradig skala. SCB har undersökt hur skalan uppfattas, vilket visar att värden under 5 kan klassas som ”ej godkänt”, 6–7 som ”nöjd” och 8–10 som ”mycket nöjd”.

Invånarna i de flesta kommuner är nöjda med tillgången till parker och natur

I alla deltagande kommuner var både kvinnor och män nöjda eller mycket nöjda med tillgången till parker, grönområden och natur (Diagram 96). Medelbetyget var 7,9 år 2017, och har varit relativt oförändrat sedan 2010 (Diagram 97).

DIAGRAM 96 – RIKET: Medborgarnas bedömning av tillgången till parker, grönområden och natur i kommunen, skala 1–10. Avser kommunmedelvärden (131 av 290 kommuner deltog i undersökningen 2017).



Betyget i kommunerna varierar mellan 6 och 9 poäng, och drygt hälften av kommunerna fick mer än 8 poäng, som motsvarar mycket nöjd. Det finns inga skillnader mellan kvinnor och män (Diagram 95).

Det här kan regioner och kommuner göra

När bostadsområden växer och förtätas riskerar antalet grönområden att minska, vilket ofta mest berör grupper med sämre socioekonomiska förhållanden. Boverket har tagit fram en vägledning för att säkerställa tillgång till bostadsnära grönområden (4). Tidigare Statens folkhälsoinstitut (sedan 2013 Folkhälsomyndigheten) har också tagit fram både en vägledning för att bedöma närhet till och attraktivitet för grönområden (5) och en skrift med åtgärder för att skapa hälsofrämjande och hållbara livsmiljöer (6). Andra kunskapsstöd är en skrift om den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet, och en manual för att planera aktivt liv i byggda miljöer (1,7). Kommuner och regioner kan även göra hälsokonsekvensbedömningar i samband med fysisk planering för att hitta olika avvägningar vid eventuella målkonflikter (8).

Det hälsofrämjande arbetet handlar bland annat om att natur- och kulturmiljöer och den byggda miljön ska ge möjlighet till fysisk akti-

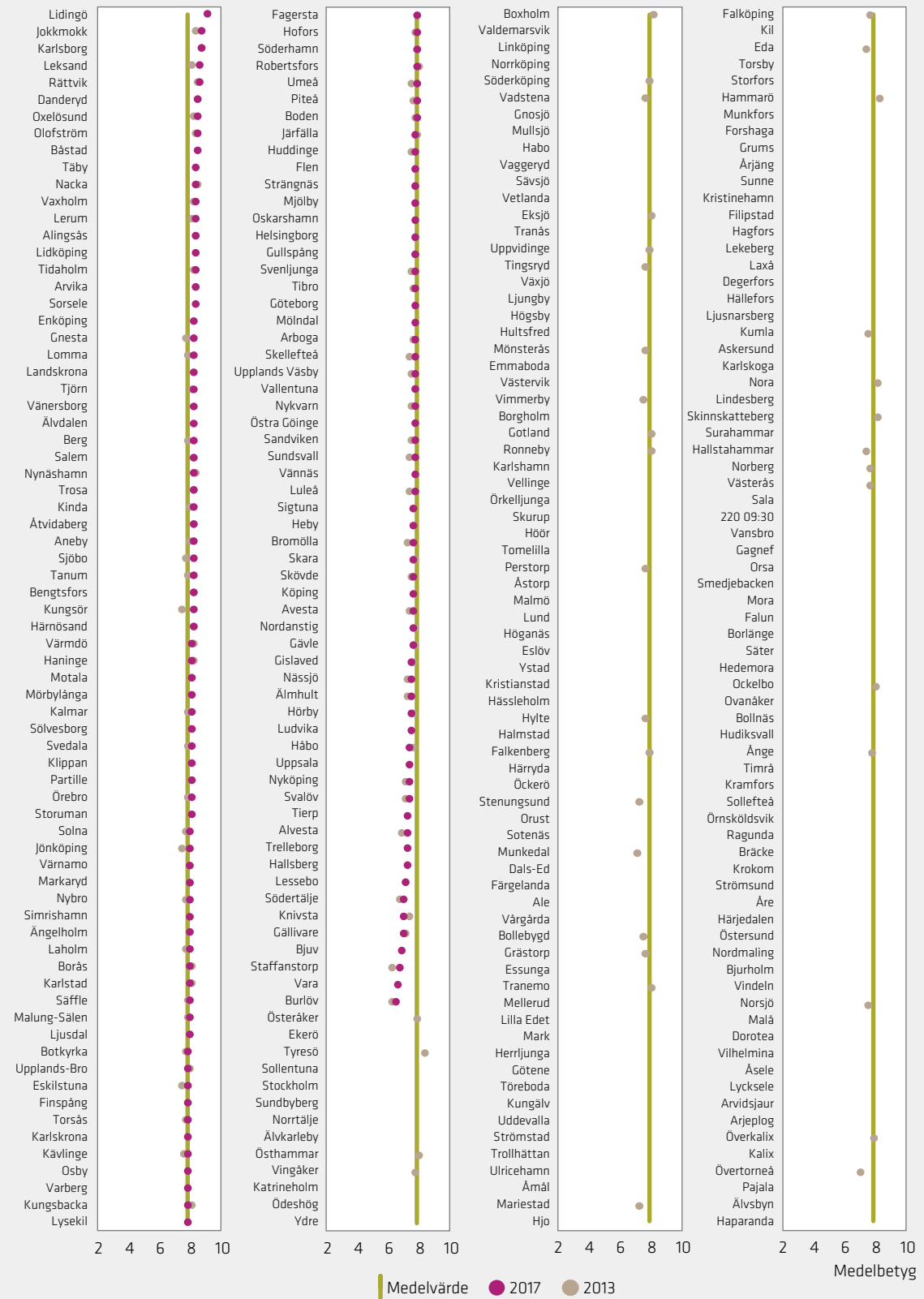
vitet, friluftsliv, rekreation, stimulans, välbefinnande och avkoppling, både ute och inne (9).

Hälsofrämjande faktorer kan vara till exempel närhet till grönska i vardagsmiljön, som i flera studier visat sig minska risken för hjärt-kärlsjukdomar och för tidig död. Närhet till grönska har särskilt stor betydelse för socioekonomiskt svaga grupper, och är viktigt för en god och jämlik hälsa (10).

För att attrahera breda befolkningsgrupper kan man satsa på promenadstråk med naturliga målpunkter, grillplatser, mötesplatser samt marker för bär- och svampplockning (5).

I syfte att öka tillgängligheten till grönområden behöver man även beakta andra aspekter, exempelvis trygghet, information som alla förstår, samt fysisk tillgänglighet.

DIAGRAM 97- KOMMUNER: Medborgarnas bedömning av tillgången till parker, grönområden och natur i kommunen, skala 1-10. Avser kommunmedelvärden, 2017.



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

Livs villkor och
levnadsförhållanden

Referenser

1. 2007. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-byggda-miljons-paverkan-pa-fysisk-aktivitet/>
2. Bowler D, Buyung-Ali L, Knight T, and Pullin A. A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to nature environments. BMC Public Health. 2010; 10:456. DOI: doi.org/10.1186/1471-2458-10-456
3. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. Regeringens proposition 2017/18:249. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
4. Boverket. Bostadsnära natur – inspiration och vägledning. Karlskrona: Boverket; 2007. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/publikationer/2007/bostadsnara-natur/>
5. Statens folkhälsoinstitut. Grönområden för fler – en vägledning för bedömning av närhet och attraktivitet för bättre hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f5981a14af284331aa957f724bbdbcf4/r2009-2-gro-nomraden-for-fler.pdf>
6. Statens folkhälsoinstitut. Främja goda levnadsvanor genom åtgärder i livsmiljön - Planera och följ upp fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/framja-goda-levnadsvanor-genom-atgarder-i-livsmiljon/>
7. Statens folkhälsoinstitut. Aktivt liv i byggda miljöer – manual för kommunal planering. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/aktivt-liv-i-byggda-miljoer-manual-for-kommunal-planering/>
8. Statens folkhälsoinstitut. Hälsokonsekvensbedömning i fysisk planering. Fördjupning av översiktsplan för området Fyrvalla-Remonthagen. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
9. Boverket. Naturens tjänster i staden – till nytta och glädje! Karlskrona: Boverket; 2017. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/publikationer/2017/naturens-tjanster-i-staden/>
10. Mitchell R, Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. Lancet. 2008;372(9650):1655-60. DOI: doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61689-X

Trygghet och sociala relationer

26. Trygg i skolan

Att känna sig trygg i skolan är inte enbart en rättighet, utan en förutsättning för lärande och utveckling. I läroplanen för grundskolan slås fast att ingen i skolan ska utsättas för diskriminering eller annan kränkande behandling, samt att skolan aktivt ska motverka sådana tendenser (1). Trygghet kan ses som en av flera faktorer som tillsammans utgör ett skolklimat, vilket definieras som ”elevers, föräldrars och skolpersonalens upplevelser av skolan, vilka avspeglar skolans normer, mål, värderingar, mellanmänniska relationer, pedagogiska innehåll och dess organisatoriska struktur” (2). Enskilda elevers upplevelse av trygghet i skolan är alltså beroende av organisatoriska aspekter inom skolan.

Det finns en relation mellan olika psykosociala aspekter av skolklimatet och elevernas psykiska hälsa (3). Longitudinella studier tyder även på att ett negativt skolklimat påverkar risken för framtida beteendeproblem, vilka i sin tur kan leda till ökad risk för exempelvis skolmisslyckanden, svårigheter att få ett arbete eller allvarigare former av psykisk ohälsa (2).

Svenska elever trivs i skolan i lika stor utsträckning som genomsnittet i EU och OECD, enligt TIMSS-undersökningen som genomförs bland elever i årskurs 4 och 8 i ett 60-tal länder (4). I årskurs 4 uttrycker 65 procent av eleverna en hög känsla av trivsel på sin skola och under 5 procent en låg känsla av trivsel. Bland de äldre eleverna är det färre som trivs. PISA-undersökningen som bland annat testar 15-åringars kunskaper och kompetenser, visar att fler känner sig utanför i skolan (5). I Skolinspektionens Skolenkäten ingår ett trygghetsindex som bygger på hur väl eleverna instämmer i tre påståenden: ”I min skola finns det elever som jag är rädd för/I min skola finns det personal som jag är rädd för/Jag känner mig trygg i skolan”. Under 2013–2016 har indexet försämrats, bland annat har andelen

i årskurs 9 som är rädda för andra elever ökat med 6 procentenheter (6). Andelen mobbade är generellt sett låg i Sverige, jämfört med andra europeiska länder (7,8).

Indikatorn visar andelen elever i årskurs 5 som svarar något av alternativen ”stämmer helt och hållet” eller ”stämmer ganska bra” på påståendet ”Jag känner mig trygg i skolan”. Uppgifterna kommer från Skolinspektionens Skolenkäten. Enkäten handlar om elevernas syn på skolan och undervisningen, och besvaras av elever i såväl kommunala som fristående skolor i årskurs 5 och 8. För data på kommunnivå avser uppgifterna enbart elever i kommunala skolor.

De flesta elever känner sig trygga i skolan men det finns stora lokala skillnader

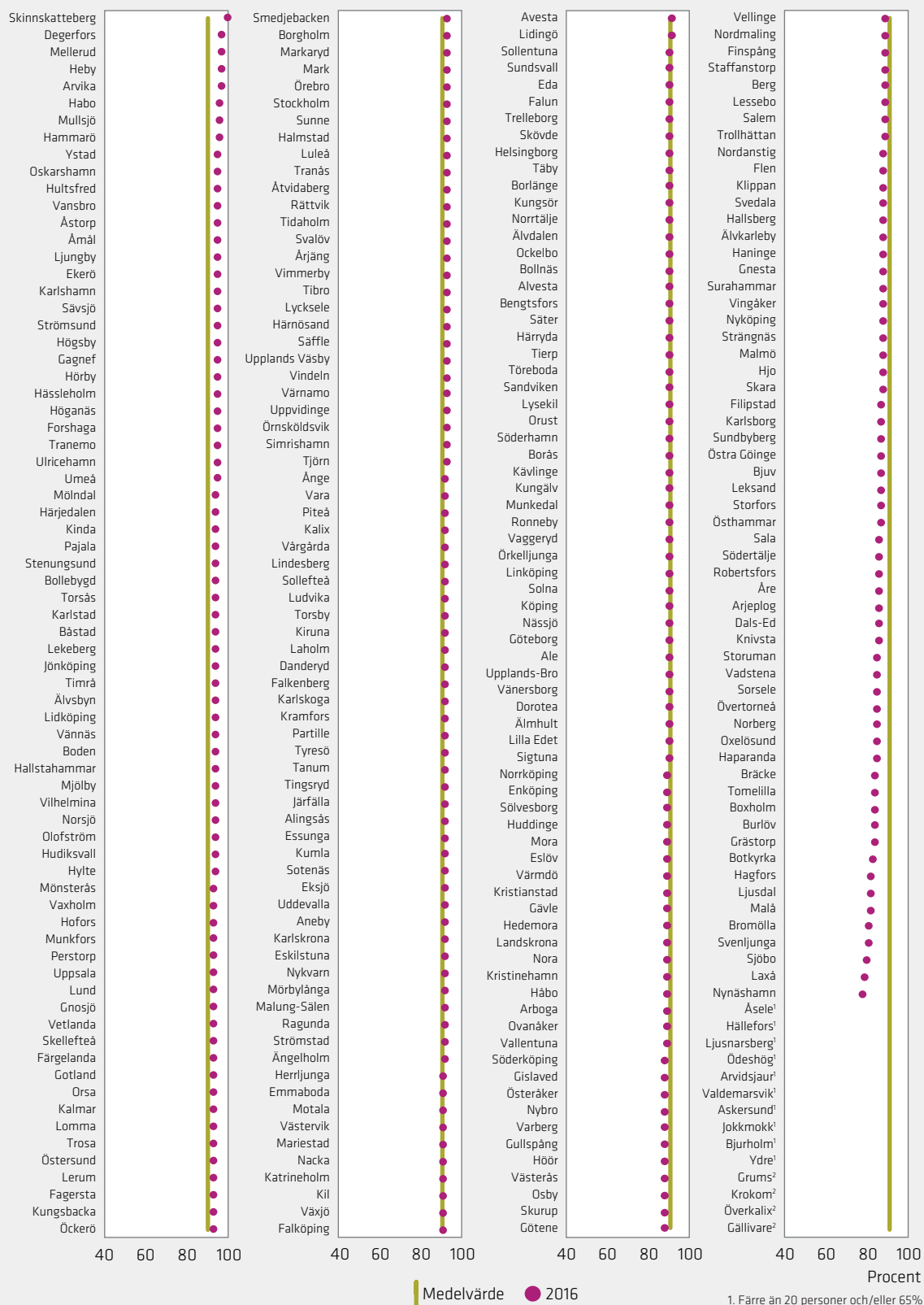
År 2016 uppgav 91 procent av eleverna i årskurs 5 att de känner sig trygga i skolan. Resultatet varierar i olika kommuner mellan 78 och 100 procent (Diagram 98). Dessutom visar resultat från studien Skolbarns hälsovanor att andelen 11-, 13- och 15-åringar som uppger att de blivit mobbade i skolan upprepade gånger de senaste åren ökat mellan perioderna 2009/10 och 2017/18 (9). Sammantaget visar utvecklingen att det finns skillnader mellan kommuner samt att tryggheten och trivseln i skolan kan ha försämrats under senare år.

Det här kan kommuner göra

Det är rektorn och ytterst skolhuvudmannen som ansvarar för skolans arbetsmiljöarbete och för att skapa trygghet och studiero. Skolans ledning bör vara tydlig med vilka regler som gäller på skolan, och därigenom ge personalen rätt förutsättningar att skapa en god studiemiljö.

Skolkommissionen har identifierat att arbetet för trygghet och studiero behöver systematiseras. De såg behov av kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning för arbetsätt, metoder och strukturer som är effektiva för att förebygga problem med otrygghet och oroliga studiemiljöer (10).

DIAGRAM 98 – KOMMUNER: Andel elever i årskurs 5 som i kommunens elevenkät 2016 svarat "stämmer helt och hållet" eller "stämmer ganska bra" på frågan: Jag känner mig trygg i skolan.



Källa: Skolenkäten, Skolinspektionen.

1. Färre än 20 personer och/eller 65% av respondenterna har svarat på enkäten.
2. Uppgift saknas (bortfall).

Referenser

1. Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet. Stockholm: Skolverket; 2018. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3975>
2. Reaves S, McMahon SD, Duffy S, Ruiz L. The test of time: A meta-analytic review of the relation between school climate and problem behavior. *Aggress Violent Behav.* 2018; 39. DOI: 10.1016/j.avb.2018.01.006
3. Aldridge JM, McChesney K. The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: A systematic literature review. *Int J Educ Res.* 2018;88:121-45. DOI: 10.1016/j.ijer.2018.01.012
4. Skolverket. TIMSS 2015. Svenska grundskoleelevers kunskaper i matematik och naturvetenskap i ett internationellt perspektiv. Stockholm: Skolverket; 2016. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3707>
5. Skolverket. PISA 2015: Så mår svenska 15-åringar i skolan. Stockholm: Skolverket; 2017. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=3771>
6. Skolinspektionen. Skolenkäten 2015-2016. Elever åk 9. Stockholm: Skolinspektionen; 2017. Hämtad från: <https://www.skolinspektionen.se/sv/Statistik/statistik-fran-skolenkaten/skolenkaten/>
7. Inchley J, Currie D. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe; 2016. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>
8. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S, et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health.* 2015;25(suppl_2):61-4. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00214-3
9. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Grundrapport. Folkhälsomyndigheten. In press (2019).
10. Skolkommissionen. Samling för skolan - Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/04/sou-201735/>

27. Avstått från att gå ut ensam

Att känna sig trygg och säker hör till de mest centrala mänskliga behoven, och är avgörande för vårt välbefinnande. I en klassisk rangordning av mänskliga behov hamnar trygghet direkt efter våra rent fysiska behov av mat, vatten, luft och sex (1). Tryggheten i bostadsområdet har därför stor betydelse för både trivselen och hälsan. Känslan av trygghet och stabilitet i sin närmiljö ger förutsättningar att själv kunna välja var man vill vistas och vad man vill göra. Kvinnor och män ska till exempel kunna promenera eller löpträna utan rädsla, och känna att det finns trygga lekplatser för barn (2, 3).

Det är avsevärt fler kvinnor än män som inte känner sig trygga utomhus. Det innebär bland annat att kvinnor är mer begränsade i sin rörelsefrihet. Många undviker exempelvis att gå ut ensam när det är mörkt, för att undvika risker för våld, ofredande och sexualbrott. Det finns även andra grupper i befolkningen som är utsatta ur ett trygghetsperspektiv, som personer med funktionsnedsättning, äldre, homosexuella, bisexuella och transpersoner, minoriteter och migranter (4,5). I den fysiska och sociala planeringen av olika miljöer är det därför viktigt att ta hänsyn till olika grupper i samhället.

För personer som känner sig otrygga kan det handla om att väga olika risker mot varandra, exempelvis att undvika gångtunnlar och istället korsa en vältrafikerad väg, eller att gå eller cykla på körbanan istället för på en mörk eller enslig cykel- och gångväg. Det offentliga rummet kan därmed bli mindre tillgängligt för vissa grupper i samhället, vilket kan påverka hälsan (5–8).

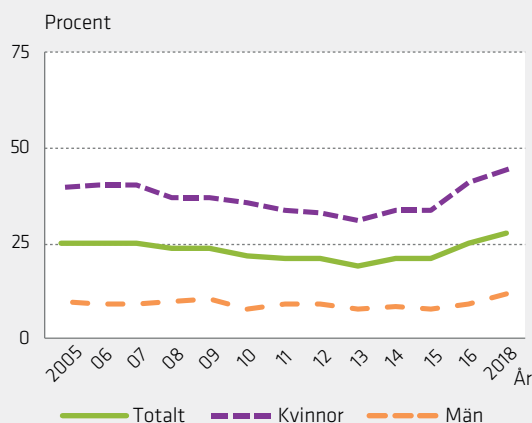
Indikatorn visar andelen individer 16–84 år som uppger att de ofta eller ibland avstår från

att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade. Resultaten kommer från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor.

Fler avstår från att gå ut ensam, särskilt kvinnor, stora skillnader mellan olika regioner, kommuner och grupper

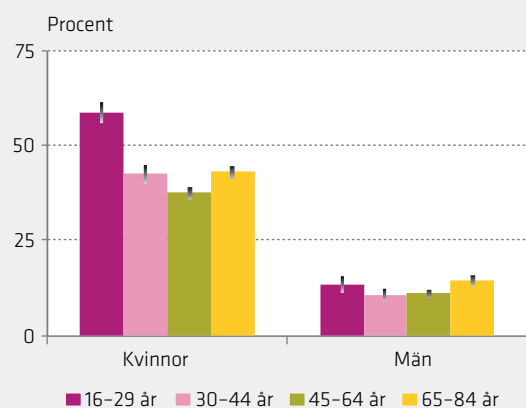
Det finns stora könsskillnader i vilka som avstår från att gå ut ensam. År 2018 uppgav 44 procent av kvinnorna att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, jämfört med 40 procent 2005 (Diagram 99). Motsvarande för männen var 12 procent 2018, jämfört med 10 procent 2005. Utvecklingen har dock fluktuerat 2005–2018. År 2013 var andelen som minst för kvinnorna (31 procent) och som störst 2018 (44 procent), medan andelen för männen har varit mer jämn under perioden. Resultatet kan indikera en negativ utveckling, i synnerhet för kvinnorna.

DIAGRAM 99 – RIKET: Andel som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

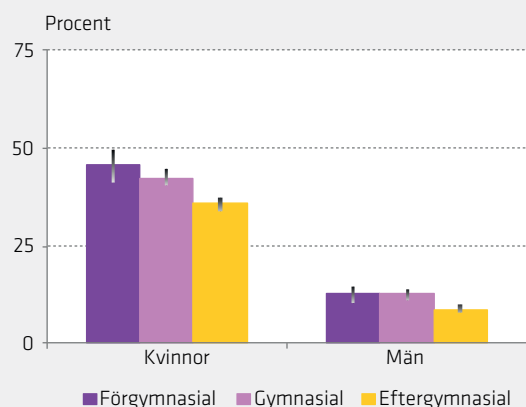
DIAGRAM 100 – ÅLDERSGRUPPER: Andel som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Det är en större andel (58 procent) unga kvinnor (16–29 år) som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, jämfört med övriga åldersgrupper (Diagram 100). Inga större ålderskillnader kan urskiljas bland männen.

DIAGRAM 101 – UTBILDNING. RIKET: Andel som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 35–74 år 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

En större andel bland kvinnor med kort utbildning avstår ofta eller ibland från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade el-

ler på annat sätt ofredade (46 procent), jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning (36 procent). Motsvarande skillnader bland männen är mindre (Diagram 101).

De regionala jämförelserna mellan 2011–2014 och 2015–2018 visade en ökning av andelen bland kvinnor som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade (Diagram 102). Utvecklingen för männen liknar kvinnornas, men är inte lika tydlig (Diagram 103).

Det finns dock stora regionala skillnader inom landet, där andelen varierar mellan 26 och 47 procent för kvinnorna, och mellan 3 och 19 procent för männen. De lägsta andelarna finns i de norra delarna av landet (Diagram 102, 103). De stora regionala skillnaderna avspeglar sig även på kommunerna. Där varierar andelen mellan 6 och 39 procent, sammantaget bland kvinnor och män (Diagram 104).

Mönstren indikerar att ju större kommunstorlek, desto större andel som uppger att de avstått från att gå ut ensam. Vidare indikeras på kommungruppsnivå att andelen som avstått från att gå ut ensam är störst i *storstäder och storstadsnära kommuner*, i synnerhet *pendlingskommuner nära storstad*. Lägst andel finns i *landsbygdskommuner med eller utan besöksnäring*.

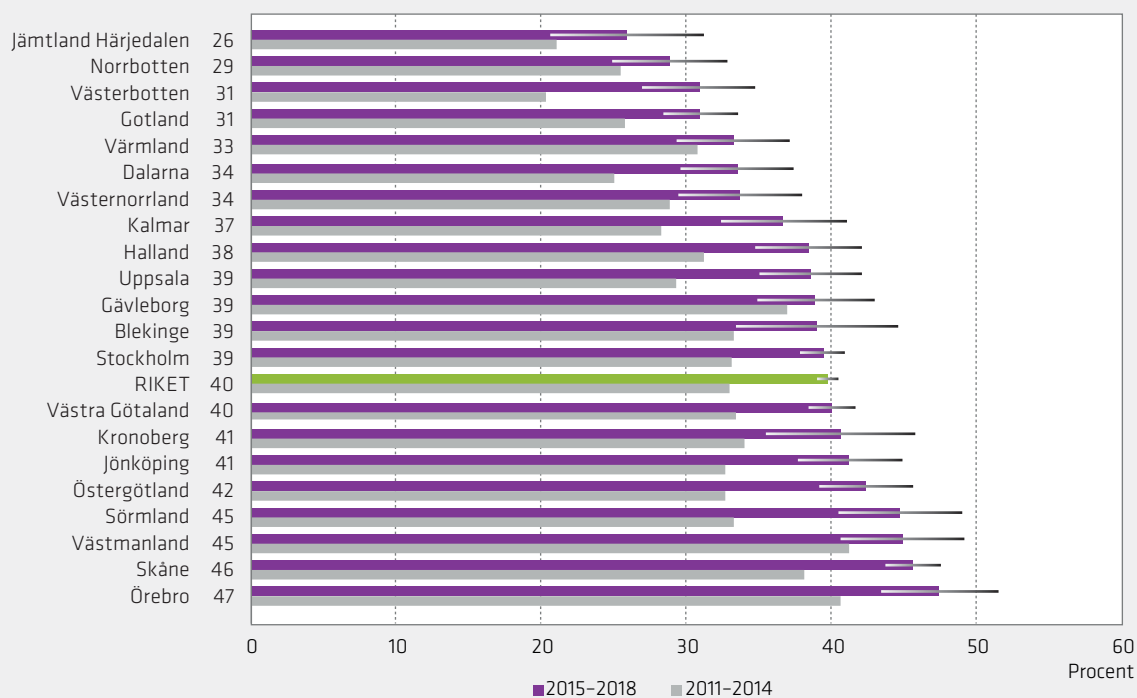
Det här kan regioner och kommuner göra

Att känna trygghet i anslutning till bostaden har visat sig vara den absolut viktigaste faktorn för att ett bostadsområde ska upplevas som bra (4,5). Genom att exempelvis blanda bostäder och arbetsplatser befolkas områdena under fler timmar på dygnet, och olika sociala och fysiska mötesplatser skapas. Bra mötesplatser kan också bidra till att människor med olika ålder, kön, bakgrund och social position träffas, vilket gör det lättare att få förtroende för varandra och skapa relationer till andra. Det ökar både tryggheten, tilliten och den sociala sammanhållningen (6-9).

Exempel på andra kommunala åtgärder är att skapa en bra bostadsmiljö med möjlighet till närservice, säkra gång- och cykelvägar och bra kommunikationer. Det handlar även om att skapa naturliga och trygga mötesplatser där människor kan knyta kontakter samt att

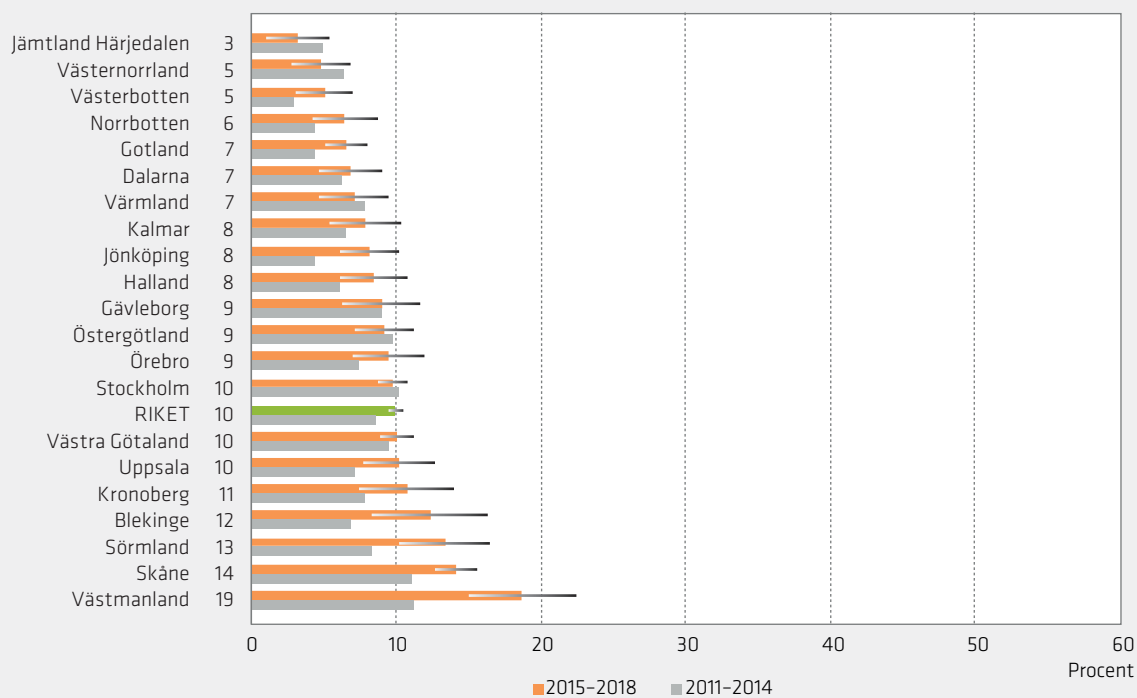
stimulera till gemenskap och en ”vi-känsla”. Nattvandring och uppsökande seniorverksamhet är andra exempel på insatser för att öka tryggheten. God utomhusbelysning är en konkret faktor för trygga utemiljöer och ökad trivsel (6).

DIAGRAM 102 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

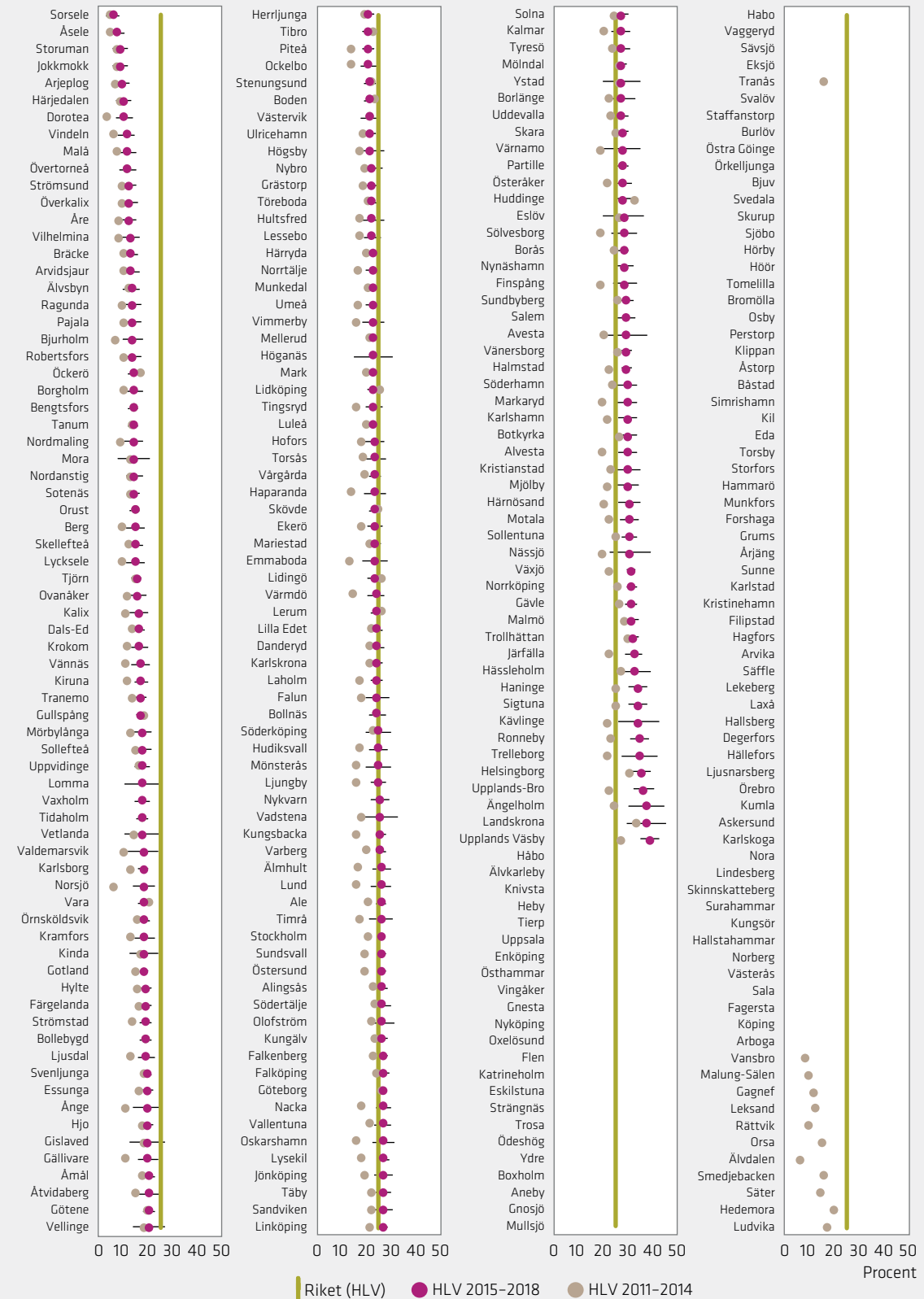
DIAGRAM 103 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Livs villkor och
levnadsförhållanden

DIAGRAM 104 – KOMMUNER: Andel som ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade. 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. Maslow AH. Motivation and personality. 3 ed. New York: Harper & Row; 1970.
2. Gibson, M, Petticrew, M, Bamba, C, Sowden, AJ, Wright, KE, Whitehead, M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. Health Place. 2011; 17(1):175-84. DOI: 10.1016/j.healthplace.2010.09.011
3. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalize and measure them? Soc Sci Med. 2002; 55(1):125-39. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00214-3
4. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; rev. 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/>
5. Folkhälsoinstitutet. Framtidens folkhälsa – allas ansvar Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d2edf20c6f846cd91a2f7d20361e200/r2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>
6. Stigendahl M, Östergren P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013. Hämtad från: <https://malmo.se/Kommun--politik/Sa-arbetar-vi-med.../Hallbarhet/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo/Commission-for-a-Socially-Sustainable-Malmoe-in-English.html>
7. Sammanställning och spridning av erfarenheter från uppdraget att stärka tryggheten i stads- och tätortsmiljöer – slutrapport. 978-91-87131-95-0. Boverket; 2013.
8. Andersson B. RISK - Om kvinnors erfarenhet och fysisk planering. Norrköping: Centrum för kommunstrategiska studier, Linköpings universitet; 2005.
9. Andersson, R (2009) ”Boendesegregation och grannskapseffekter”. I Göran Graninger & Christer Knuthammar (red.), Samhällsbyggande och integration. Frågor om assimilation, mångfald och boende. Linköping University Interdisciplinary Studies No. 9. Vadstena: Stiftelsen Vadstena forum för samhällsbyggande. Hämtad från: <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A271603&dswid=-3529>

28. Avsaknad av tillit till andra

Tillit är en del av det sociala välbefinnandet och innefattar våra relationer till andra människor. För välbefinnandet är det viktigt att vara bekräftad och känna sammanhang och tillhörighet i vardagen, i familjen, i skolan, på jobbet och bland vänner, och det gäller både det sociala och psykiska välbefinnandet. Den som känner tillit till andra är mer benägen att delta i sociala aktiviteter, vilket i sin tur bidrar till en god hälsa (1).

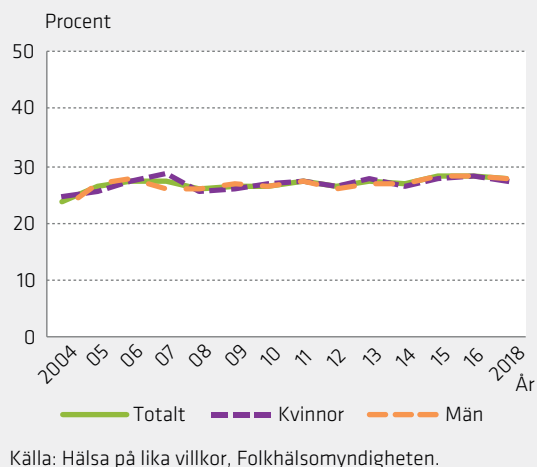
Positiva samband finns mellan hälsa och en rad olika sociala aspekter, till exempel gemenskap, inkludering och integrering, där de mänskliga relationerna men också bostadsområdets utformning har betydelse (2-7). När man skapar möjligheter till fysiska mötesplatser i vardagen för människor med olika ålder, kön, bakgrund och sociala och ekonomiska förutsättningar, minskar den mentala och sociala distansen mellan invånarna. Det stärker förutsättningarna för förtroende och relationer till varandra, och ökar tryggheten, tilliten och den sociala sammanhållningen. Och omvänt: Om grupper med olika förutsättningar, bakgrund och social position lever alltmer segregerat, kan det istället bidra till bristande tillit mellan olika grupper i samhället.

Indikatorn visar andelen individer 16–84 år som uppger att de i allmänhet inte kan lita på de flesta människor.

Tilliten till andra tycks minska men stora skillnader mellan kommuner, åldrar och utbildningsgrupper

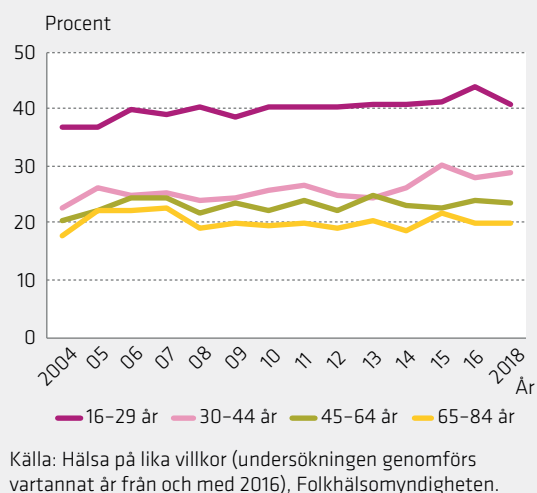
Andelen som uppger att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor har förändrats något 2004–2018. År 2018 uppgav 28 procent av både kvinnorna och männen att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, jämfört med 25 respektive 23 procent år 2004 (Diagram 105).

DIAGRAM 105 – RIKET: Andel individer som i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 16–84 år.



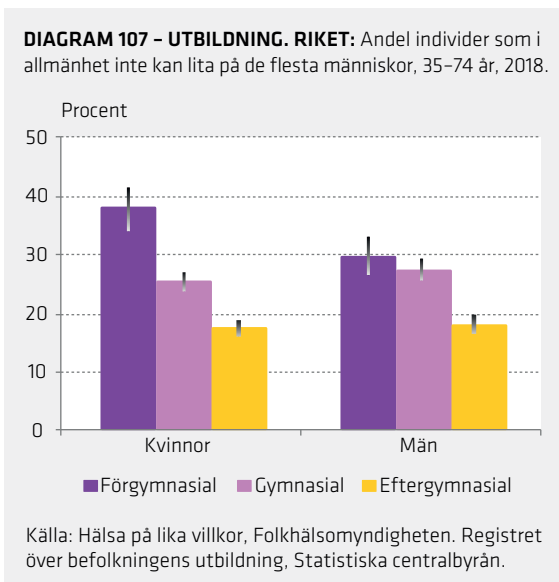
Det är en större andel (41 procent) bland unga kvinnor och män (16–29 år) som uppger att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, jämfört med övriga åldersgrupper där andelen varierade mellan 20 och 29 procent (Diagram 106).

DIAGRAM 106 – ÅLDERSGRUPPER, RIKET: Andel individer som i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 16–84 år.



En större andel (38 procent) bland kvinnor med förgymnasial utbildning uppger att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, jämfört med dem som har en eftergymnasial utbildning (17 procent). Motsvarande siffror för männen var 30 respektive 18 procent (Diagram 107).

Det finns regionala skillnader i andelen som uppger att man i allmänhet inte kan lita på människor, där andelen mellan länen varierar mellan 20 och 33 procent för kvinnorna, och mellan 19 och 35 procent för männen (Diagram 108, 109).



De regionala jämförelserna mellan perioderna 2011–2014 och 2015–2018 visar inga tydliga förändringar i andelen som i allmänhet inte litar på andra (Diagram 108 och 109).

En större variation finns mellan kommunerna, jämfört med regionerna. Andelen 2015–2018 som i allmänhet inte litar på andra

varierade mellan 15 och 48 procent bland kommunerna, sammantaget bland kvinnor och män (Diagram 110).

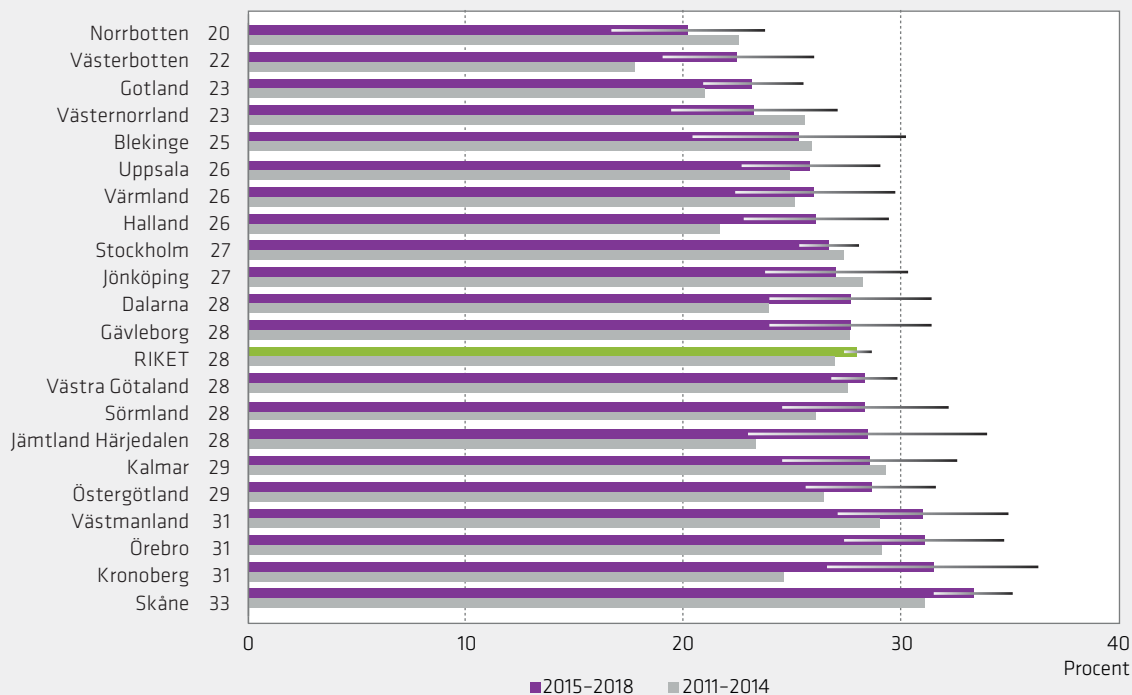
Mönstren indikerar att den största andelen som saknar tillit till andra finns i kommuner med mer än 200 000 invånare. Vidare kan en viss samvariation ses mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och avsaknaden av tillit till andra, det vill säga ju bättre socioekonomiska förhållanden, desto lägre andel saknar tillit. Mönstret stärks av sambandet mellan avsaknad av tillit till andra och utbildningsbakgrund (Diagram 107).

Det här kan regioner och kommuner göra

Ett sätt att lokalt och regionalt främja befolkningens tillit till andra är att ge människor förutsättningar för att träffa varandra i vardagen genom olika mötesplatser och uppsökande verksamhet.

Samhälleliga förutsättningar är också centralt för individens tillit och välbefinnande, såsom demokrati, säkerhet och rättigheter till utbildning, arbete, bostad, hälso- och sjukvård, habilitering och stöd i vardagen. Om människor upplever att samhället är öppet och att alla är välkomna att bidra till den gemensamma utvecklingen, ökar tilliten till varandra vilket bidrar till en stärkt social sammanhållning (2-6).

DIAGRAM 108 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel individer som i allmänhet inte kan lite på de flesta människor, 16–84 år, 2015–2018.



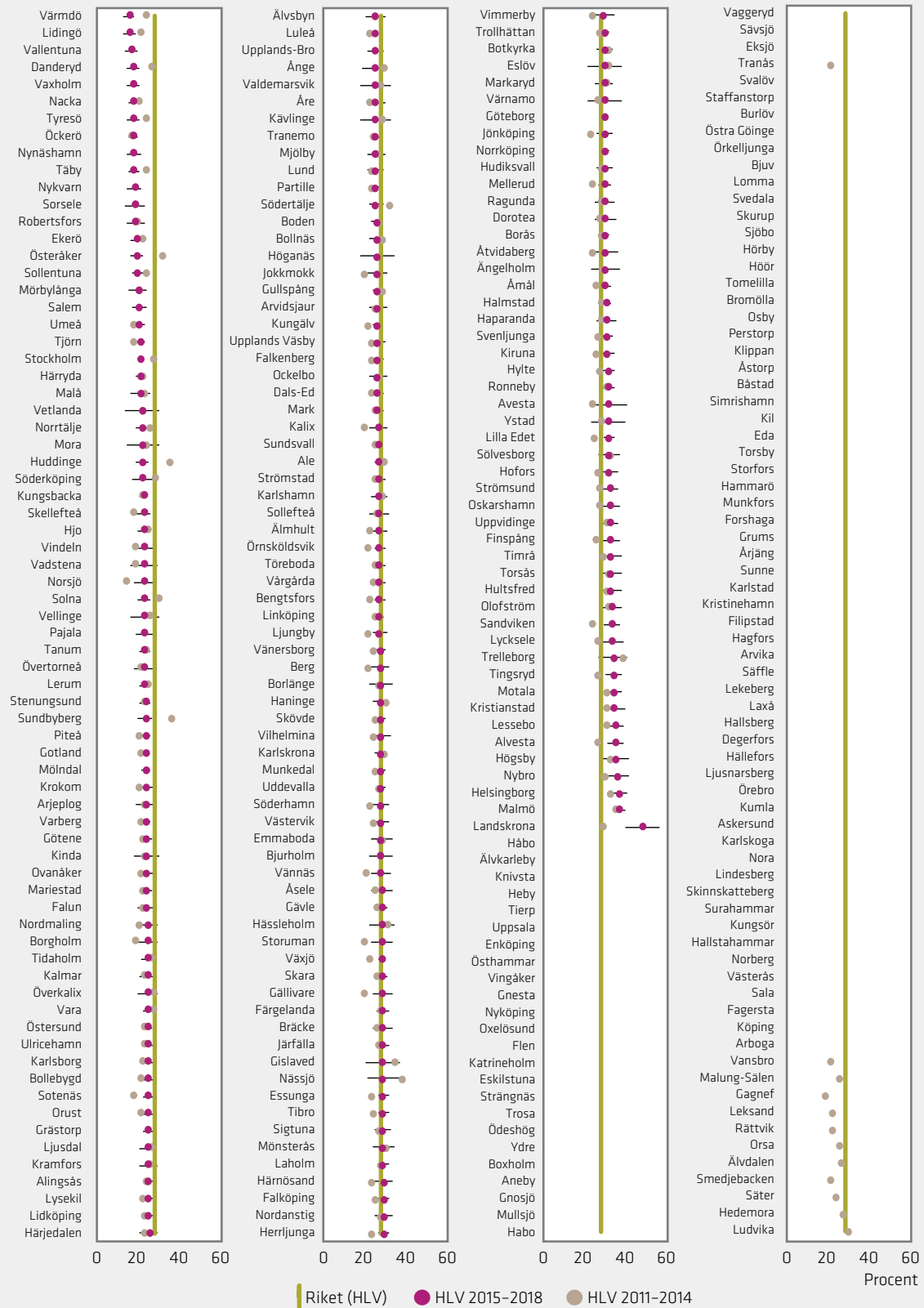
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 109 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel individer som i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 110 – KOMMUNER: Andel individer som i allmänhet inte kan lita på de flesta människor 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Levnadsförhållanden

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Delaktighet och inflytande i samhället - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet-kunskapsunderlag-for-folkhalsopolitisk-rapport-2010/>
2. Jones R, Heim D, Hunter S, Ellaway A. The relative influence of neighbourhood incivilities, cognitive social capital, club membership and individual characteristics on positive mental health. *Health Place*. 2014;28:187–193. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.04.006.
3. Poortinga W. Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health Place*. 2012;18:286–295. doi: 10.1016/j.healthplace.2011.09.017
4. Jen MH, Sund ER, Johnston R, Jones K. Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health Place*. 2010;16:1022–1029. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.06.008
5. Stigendahl M, Östergren P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013. Hämtad från: <https://malmo.se/Kommun--politik/Sa-arbetar-vi-med.../Hallbarhet/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo/Commission-for-a-Socially-Sustainable-Malmoe-in-English.html>
6. Gibson, M, Petticrew, M, Bamba, C, Sowden, AJ, Wright, KE, Whitehead, M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place*. 2011; 17(1):175-84. DOI: 10.1016/j.healthplace.2010.09.011
7. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*. 1999; 89(8):1187-93. DOI: 10.2105/AJPH.89.8.1187

29. Ensamhet bland äldre med hemtjänst

Ensamhet är ett växande problem i samhället, och äldre människor är särskilt utsatta. Ensamhet och upplevelse av utanförskap kan påverka hälsan negativt. Hos äldre personer kan ofrivillig ensamhet också kopplas till svårigheter att röra sig utanför det egna hemmet, på grund av sjukdom och begränsad funktionsförmåga (1,2). OFrivillig ensamhet kan öka risken för depression och andra psykiska sjukdomar samt sämre levnadsvanor, exempelvis riskabel alkoholkonsumtion och sämre matvanor (1,2).

Depression är det vanligaste psykiska hälsoproblemet hos äldre. Andelen äldre med depression bedöms vara så omfattande att man kan tala om det som ett folkhälsoproblem. Runt 27 procent av kvinnorna och 14 procent av männen 65–79 år uppger att de har lätta eller svåra besvär med ångslan, oro eller ångest. Många av dem varken diagnostiseras eller behandlas (2). Uppskattningsvis lider cirka 20 procent av personer över 65 år av psykisk ohälsa i någon form (3).

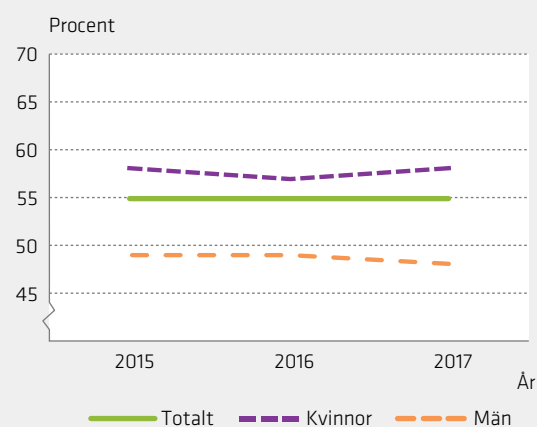
Kommissionen för jämlik hälsa påtalar att äldre som grupp har särskilt hög risk för social isolering, vilket är en mycket stor riskfaktor för både psykisk och fysisk ohälsa bland äldre. De visar också att det även hos äldre finns en koppling mellan psykisk ohälsa och lägre socioekonomi (4).

Det finns inte tillgängliga uppgifter om känsla av ensamhet bland äldre personer i befolkningen. Indikatorn beskriver därför resultatet bland personer över 65 år som har hemtjänst. Uppgifterna kommer ifrån Socialstyrelsens årliga undersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? (5). Undersökningen vänder sig till personer som fyllt 65 år och som har hemtjänst eller bor på särskilt boende.

I vissa kommuner känner sig 3 av 4 äldre med hemtjänst ensamma.

På riksnivå uppger drygt hälften (55 procent) av de äldre som har hemtjänst att de besväras av

DIAGRAM 111 – RIKET: Andel bland äldre (65 år) med ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinärt boende, som svarat "ja" på frågan: *Händer det att du besväras av ensamhet?*



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

ensamhet då och då eller ofta. Det finns könsskillnader, kvinnor besväras mer än män (kvinnor 58 procent, män 48 procent) (Diagram 111). Resultaten har varit stabila de senaste 5 åren. Det finns liknande könsskillnader regionalt, men dessa varierar mellan länen. Länskillnaderna varierar för kvinnor mellan 53 och 63 procent, och för män mellan 46 och 56 procent (Diagram 112, 113).

Större variationer kan ses mellan kommunerna, sammantaget för kvinnor och män. Andelen som besväras av ensamhet bland äldre varierar i kommunerna mellan 39 och 74 procent (Diagram 114).

Det här kan regioner och kommuner göra

Ett av hemtjänstens viktiga uppdrag är att bidra till gemenskap och meningsfullhet genom bland annat sociala aktiviteter för både individen och gruppen. För den äldre personen kan det handla om att få fortsätta delta i samhällslivet och odla sina intressen trots stora stödbehov.

Många kommuner erbjuder mötesplatser för seniorer, och de flesta kommuner och regioner ger ekonomiskt stöd till föreningar och intresseorganisationer som bidrar till gemenskap och samvaro. Ensamheten kan också mot-

verkas genom samhällsplanering, bostädernas utformning och attitydförändringar.

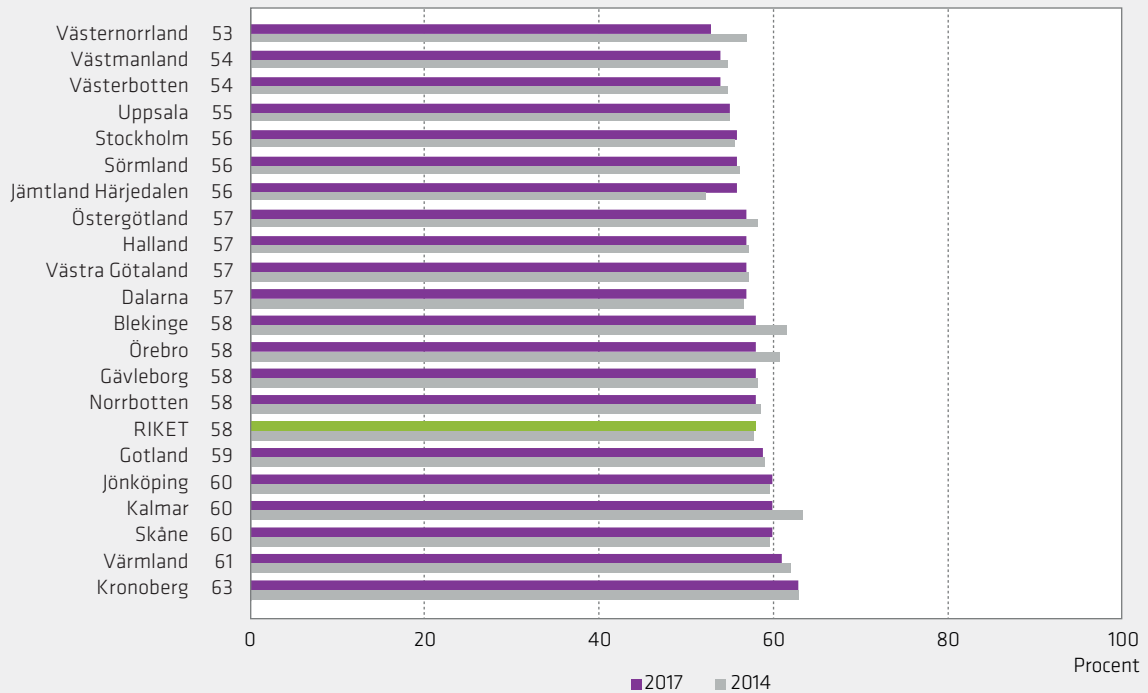
Forskning stöder sambandet mellan lägre stress och depressivitet hos både män och kvinnor, och grannskapets estetiska utformning, socialt nätverk och stöd, socialt kapital, upplevd säkerhet och trygghet i området (6).

Äldreomsorgen tar sin utgångspunkt från värdegrunden som innebär att äldre personer ska kunna välja när och hur stöd och hjälp ges. Den baseras på 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som i korthet innebär att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

I Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden betonas bland annat trygghet och en meningsfull samvaro, och värdegrunden ska beaktas i allt utförande av tjänster inom äldreomsorgen (1).

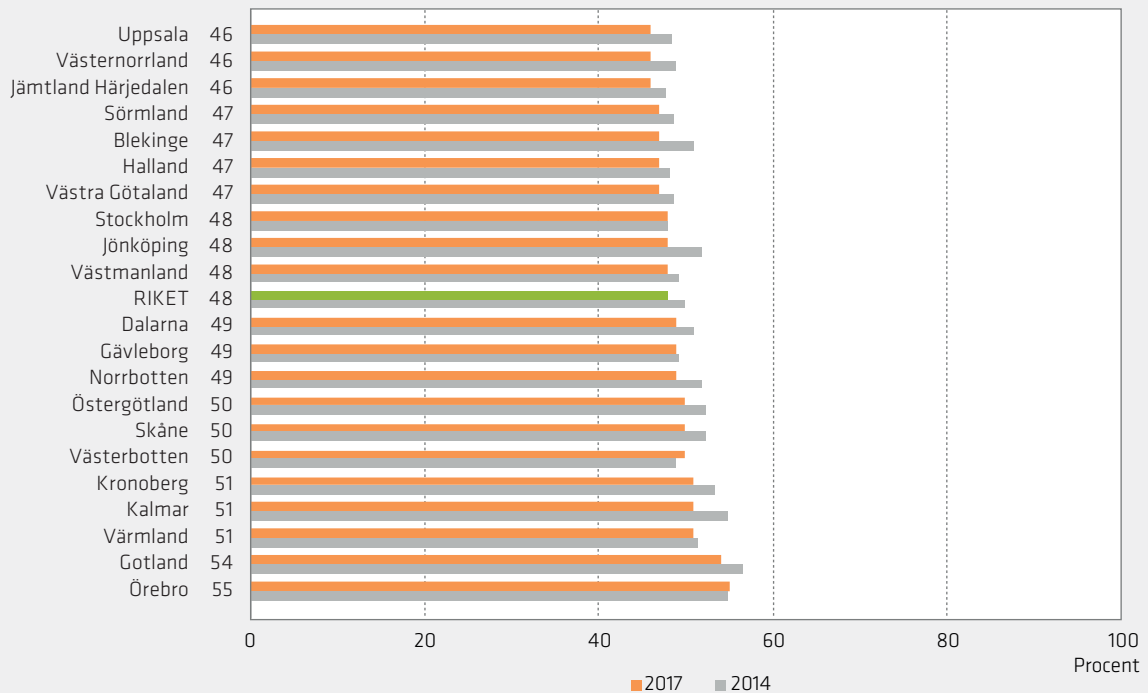
Social gemenskap, fysisk aktivitet och bra matvanor är faktorer som är viktiga för att förebygga psykisk ohälsa hos äldre (2,7,8). Även den äldres upplevelse av att ha inflytande över sitt liv och en känsla av kontroll bidrar till livskvalitet och känslan av att vara tillfreds (7,8). Det är viktigt för alla att bli bekräftade och få vara den man är hela livet, oavsett funktionsförmåga och sjukdom.

DIAGRAM 112 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel bland äldre (65 år) med ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinärt boende, som år 2017 svarat "ja" på frågan: *Händer det att du besväras av ensamhet?*



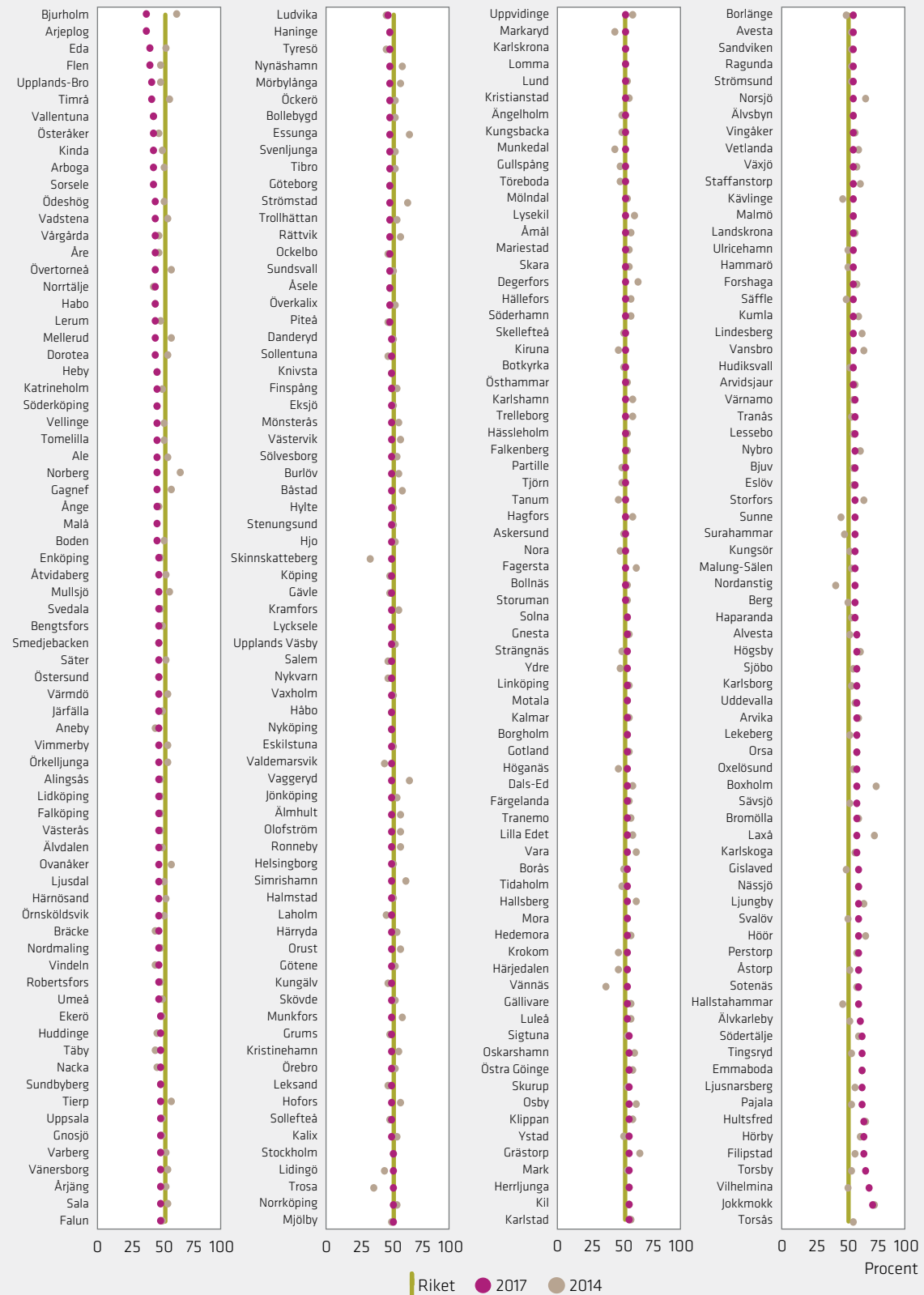
Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

DIAGRAM 113 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel bland äldre (65 år) som år 2017 har ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinärt boende, som svarat "ja" på frågan: *Händer det att du besväras av ensamhet?*



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

DIAGRAM 114 – KOMMUNER: Andel bland äldre (65 år) med ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinarie boende, som år 2017 svarat "ja" på frågan: *Händer det att du besväras av ensamhet?*



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

Referenser

1. Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-20/>
2. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden. Äldre. Hämtad från: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Sidor/default.aspx> [citerad 2018-11-16]. Hämtad från:
3. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden. Psykisk ohälsa. [citerad 2018-11-16]. Hämtad från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Sidor/default.aspx>
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
5. Socialstyrelsen. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-5>
6. Kristenson, M. Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa. Kommissionen för jämlik hälsa; 2017. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/betydelsen-av-psykosociala-faktorer-en-jamlik-halsa>
7. Hansson I, Buratti S, Thorvaldsson V, Johansson B, Berg AI. Changes in Life Satisfaction in the Retirement Transition: Interaction Effects of Transition Type and Individual Resources. *Work Aging Retire.* 2018; 4(4). DOI: 10.1093/workar/wax025
8. Lindwall M, Berg AI, Bjälkebring P, Buratti S, Hansson I, Hassing L, et al. Psychological health in the retirement transition: Rationale and first findings in the HEalth, Ageing and Retirement Transitions in Sweden (HEARTS) study. *Front. Psychol.* 2017; 8(1634). DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01634

Levnadsvanor



Sammanfattning

De flesta levnadsvanorna är orsaker till många olika sjukdomar i befolkningen, såsom cancer, hjärt-kärlsjukdomar, lever-sjukdomar samt sjukdomar i rörelseorganen. Exempelvis är rökning, riskfylld alkoholkonsumtion och stillasittande några av de största riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår, enligt WHO. Goda levnadsvanor är viktiga förutsättningar för god hälsa och livskvalitet, och kan samtidigt fungera som skyddsfaktor.

Levnadsvanorna påverkas av våra livsvillkor och levnadsförhållanden, exempelvis bostad och bostadsmiljö, arbetsmiljö och känsla av trygghet och tillit. Givetvis påverkar individen själv sina levnadsvanor, men det behövs även olika samhälleliga förutsättningar. Genom att exempelvis förbättra den fysiska miljön kan man främja rörelse, särskilt hos dem som är minst aktiva. Olika aktörer och verksamheter kan utforma sina tjänster och erbjuda olika främjande och förebyggande åtgärder för att underlätta goda val.

Resultatet i det här avsnittet visar följande:

- Både stillasittande och fysisk aktivitet är vanligt bland unga och i gruppen med eftergymnasial utbildning. För stillasittande finns stora regionala skillnader

och för fysisk aktivitet finns det stora lokala variationer.

- Ungdomars deltagartillfällen i idrottsföreningar varierar kraftigt mellan olika regioner och mellan kommuner.
- Konsumtionen av frukt och grönt varierar mellan kommuner, och kan relateras till socioekonomi.
- Användningen av cigaretter under tidig graviditet minskar, men lokala och regionala skillnader består liksom kopplingen till utbildningsbakgrund.
- Rökningen minskar i de flesta regioner, men det finns fortsatt stora skillnader mellan kommuner. Rökning har också en fortsatt tydlig koppling till socioekonomi.
- Riskkonsumtionen av alkohol fortsätter att minska bland unga, men det finns fortsatt stora skillnader mellan kommunerna.
- Svag minskning av patienter diskuterar levnadsvanor med primärvården, men det finns regionala skillnader.
- Täckningsgraden för organiserad cellprovtagning är hög, men det finns regionala skillnader.
- Klamydia minskar i regionerna. Fler kvinnor testar sig jämfört med män, vilket leder till att fler kvinnor diagnostiseras och behandlas jämfört med män.

Fysisk aktivitet

30. Stillasittande

Stillasittande är en riskfaktor för flera sjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar, och förtida död (1). Att bryta stillasittande kan bland annat vara gynnsamt för glukostolerans, och kan påverka förutsättningarna för ett långt liv (2, 3). I en nyligen publicerad sammanställning av studier bekräftas riskerna med stillasittande, men det framkommer även att daglig fysisk aktivitet kan motverka risken för förtida död till följd av stillasittande. Personer som ägnar sig åt måttlig eller ansträngande fysisk aktivitet minst 1 timme per dag och är stillasittande mer än 8 timmar per dag har lägre risk att dö i förtid, jämfört med de som sitter stilla mindre än 4 timmar om dagen men i övrigt inte är fysiskt aktiva (4).

Det är vanligare med en stillasittande fritid bland personer med kort utbildning än bland dem med längre utbildning (5).

I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor frågas hur mycket av den vakna tiden som personen

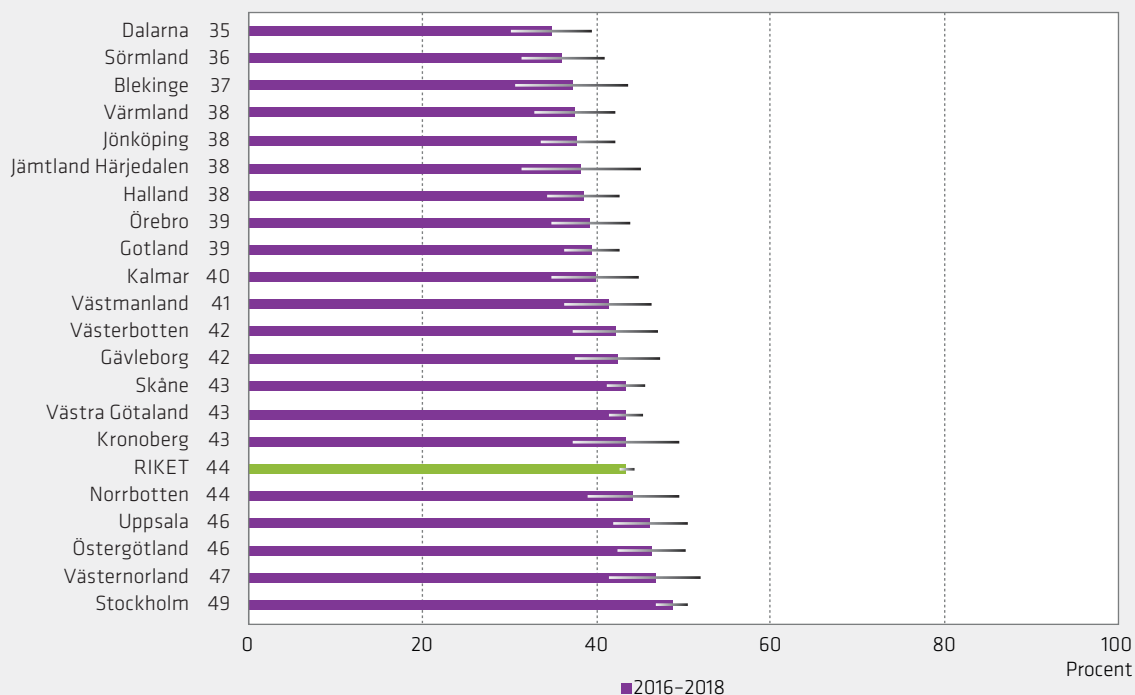
sitter. Svartalternativen 7 timmar eller mer per dag innebär att 50 procent eller mer av den vakna tiden har tillbringats sittande. Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda personer 16–84 år. Frågan i enkäten gällande indikatorn stillasittande ändrades mellan åren 2015 och 2016. Därför presenteras endast 2016 och 2018 års resultat.

Unga och de med längre utbildning sitter mer stilla men stora regionala variationer finns

Andelen i riket som 2016–2018 uppgav att de var stillasittande 7 timmar eller mer per dag var 44 procent bland kvinnorna och 50 procent bland männen (Diagram 115, 116).

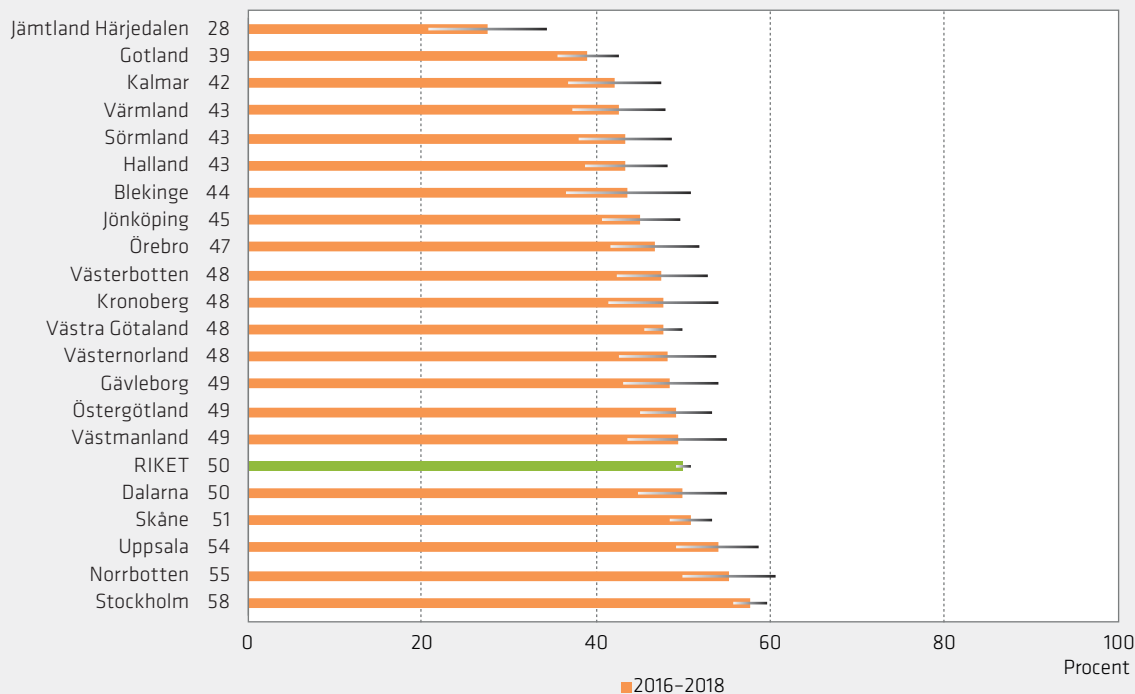
Det finns stora variationer mellan regioner, där andelen stillasittande var störst i Stockholm, för både kvinnor (49 procent) och män (58 procent). Den minsta andelen stillasittande bland kvinnorna fanns i Dalarna (35 procent) och bland männen i Jämtland Härjedalen (28 procent). Det skiljer 30 procentenheter mellan männen i Jämtland Härjedalen och männen i Stockholm (Diagram 115, 116).

DIAGRAM 115 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel som är stillasittande 7 timmar eller mer per dag, 16-84 år, 2016-2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 116 - LÄN/REGIONER. MÄN: Andel som är stillasittande 7 timmar eller mer per dag, 16-84 år, 2016-2018.

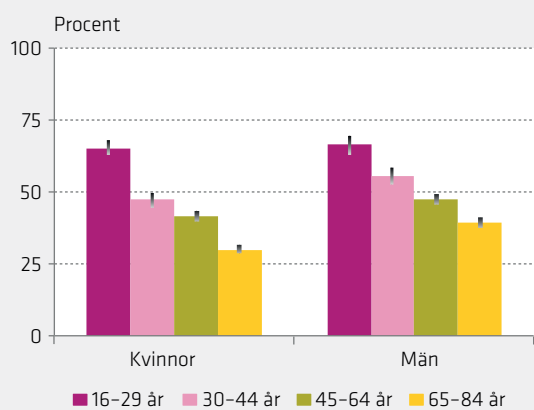


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Andelen stillasittande 7 timmar eller mer per dag är minst i den äldsta gruppen 65–84 år och högst i gruppen 16–29 år, för både kvinnor och män (Diagram 117). Gruppen med eftergymnasial utbildning är mer stillasittande än dem som har gymnasial eller förgymnasial utbildning (Diagram 118).

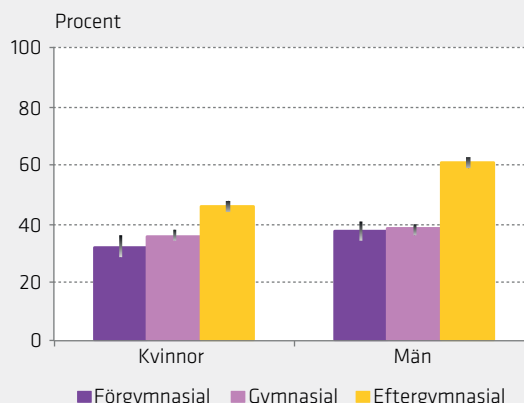
De stora regionala skillnaderna avspeglas i kommunerna. Det skiljer 33 procentenheter mellan kommunen med minst andel (26 procent) och den med störst andel stillasittande (59 procent), sammantaget för kvinnor och män (Diagram 119). Mönstren indikerar att en mindre andel stillasittande finns i *mindre städer/tätorter, landsbygdskommuner och pendlingskommuner nära mindre stad/tätort*. Störst andel stillasittande finns i *storstäderna och storstadsnära kommuner*.

DIAGRAM 117 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel som är stillasittande 7 timmar eller mer per dag, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 118 – UTBILDNING. RIKET: Andel som är stillasittande 7 timmar eller mer per dag, 35–74 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

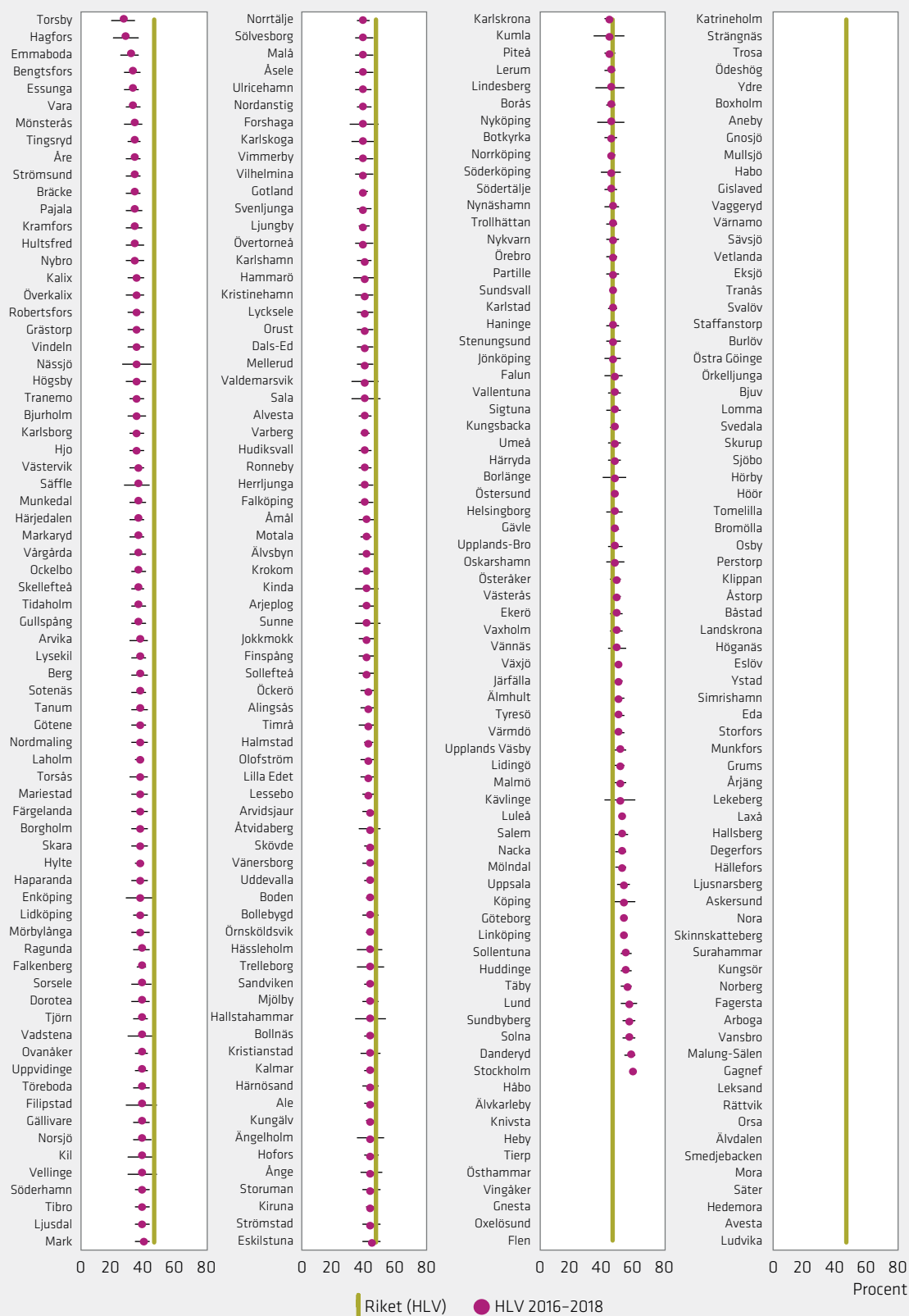
Det här kan regioner och kommuner göra

WHO:s rekommendation är att vuxna ska vara fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka med minst måttlig intensitet (6, 7), och barn och unga (5–17 år) 60 minuter per dag (6), för att förebygga ohälsa.

Långsiktiga insatser som påverkar individerna och deras fysiska och sociala miljö har betydelse för att skapa förutsättningar för fysisk aktivitet. Insatserna bör omfatta flera samhällsstrukturer som förskola och skola, hälso- och sjukvård och omsorg, närområdet, arbetsplatser och föreningsliv. Många aktörer, inte minst kommuner, har ett ansvar för att skapa en livsmiljö som främjar fysisk aktivitet (8).

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, rekommenderas rådgivande samtal och skriftlig ordination av fysisk aktivitet och användande av stegräknare vid otillräcklig fysisk aktivitet. Dessa åtgärder har visat sig ha god effekt. Den fysiska aktiviteten ska anpassas till individens hälso- och allmäntillstånd (9).

DIAGRAM 119 – KOMMUNER: Andel som är stillasittande 7 timmar eller mer per dag 16–84 år, 2016–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Stillasittande och ohälsa - en litteratursamanställning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/37db054ecc664f51aa55f9b7afe3f924/r2012-07-stillasittande-och-ohalsa.pdf>
2. Belcher BR, Berrigan D, Papachristopoulou A, Brady SM, Bernstein SB, Brychta RJ, et al. Effects of Interrupting Children's Sedentary Behaviors With Activity on Metabolic Function: A Randomized Trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(10):3735-43. DOI: 10.1210/jc.2015-2803
3. Sjogren P, Fisher R, Kallings L, Svenson U, Roos G, Hellenius ML. Stand up for health-avoiding sedentary behaviour might lengthen your telomeres: secondary outcomes from a physical activity RCT in older people. *Br J Sports Med.* 2014;48(19):1407-9. DOI: 10.1136/bjsports-2013-093342
4. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet.* 2016;388(10051):1302-10. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30370-1
5. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018 [publicerad 14 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2018/>
6. World health organization. Global status report on noncommunicable diseases. Genève: World health organization (WHO); 2014. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=E6993FE054940B792D039AE236249FB8?sequence=1.
7. Yrkesföreningen för fysiskt aktivitet, Svenska läkaresällskapet. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017. Järna: Yrkesföreningen för fysiskt aktivitet (YFA); 2016. Hämtad från: <http://www.fyss.se/fyss-kapitel/fyss-kapitel-del-1-allman-del/>
8. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forslag-till-atgarder-for-ett-starkt-langsiktigt-arbete-for-att-framja-halsa-relaterad-till-matvanor-och-fysisk-aktivitet/>
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>

31. Fysisk aktivitet

Låg fysisk aktivitet tillhör de 10 största riskfaktorerna för sjukdom och förtida död i Sverige (1, 2). Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken att insjukna i flera sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ 2, tjocktarmscancer och bröstcancer, samt minskar risken för förtida död. Vidare lindrar fysisk aktivitet oro och ångest, sömnsvårigheter, minskar risken för depression och förbättrar kognitiva funktioner. Fysisk aktivitet motverkar även övervikt och fetma eftersom det ökar energiförbrukningen, och stärker muskler och leder vilket minskar risken för sjukdomar i rörelseapparaten (3, 4). En sammanställning av studier visar att daglig fysisk aktivitet kan minska risken för förtida död till följd av långvarigt stillasittande (5).

WHO rekommenderar att vuxna ska vara fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka med minst måttlig intensitet (3, 6), och barn och unga (5–17 år) 60 minuter per dag (6), för att förebygga ohälsa. Den fysiska aktiviteten hos olika socioekonomiska grupper varierar, inte minst på fritiden, vilket tyder på olika förutsättningar för att kompensera låg fysisk aktivitet under arbetsdagen (7, 8). Andelen med

hög fysisk aktivitet är vanligare bland kvinnor och män med eftergymnasial utbildning, än bland de med förgymnasial utbildning (9).

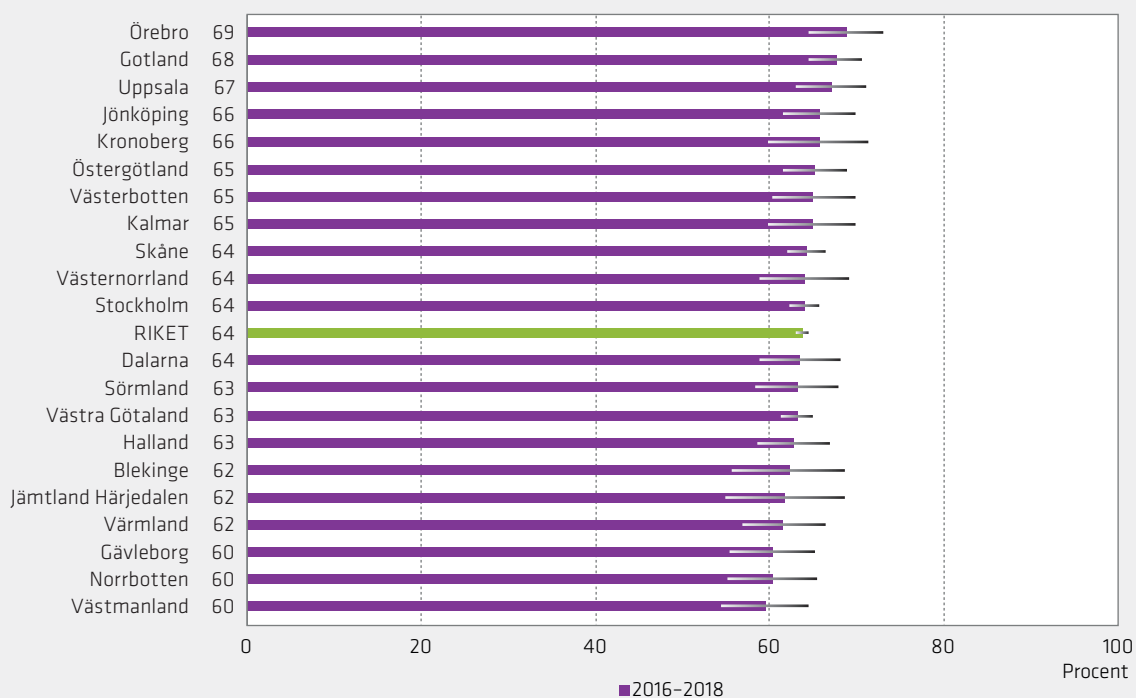
Indikatorn fysisk aktivitet visar hur stor andel av befolkningen som uppgår att de uppfyller rekommendationen 150 minuter fysisk aktivitet per vecka i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda personer 16–84 år. Frågan i enkäten gällande indikatorn fysisk aktivitet ändrades mellan åren 2015 och 2016. Därför presenteras endast 2016 och 2018 års resultat.

Unga och de med längre utbildning är mer fysiskt aktiva men stora variationer mellan kommuner

År 2016–2018 uppgav 64 procent bland både kvinnor och män i riket att de var fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka (Diagram 120, 121).

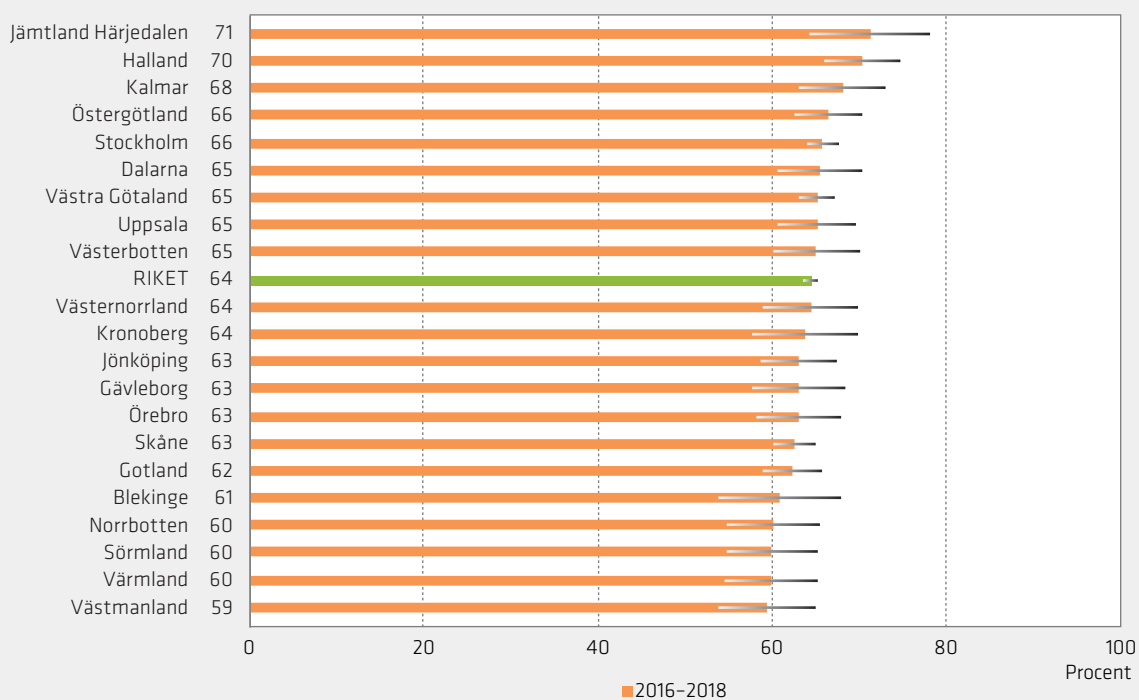
Det fanns viss variation mellan regioner, där den största andelen fysiskt aktiva kvinnor fanns i Örebro (69 procent) (Diagram 120) och för männen i Jämtland Härjedalen (71 procent) (Diagram 121). Den minsta andelen aktiva fanns i Västmanland, för både kvinnor (60 procent) och män (59 procent). Det bör noteras att skillnaderna var små mellan många regioner.

DIAGRAM 120 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel som ägnat sig åt fysisk aktivitet 150 minuter eller mer per vecka, 16–84 år, 2016–2018.



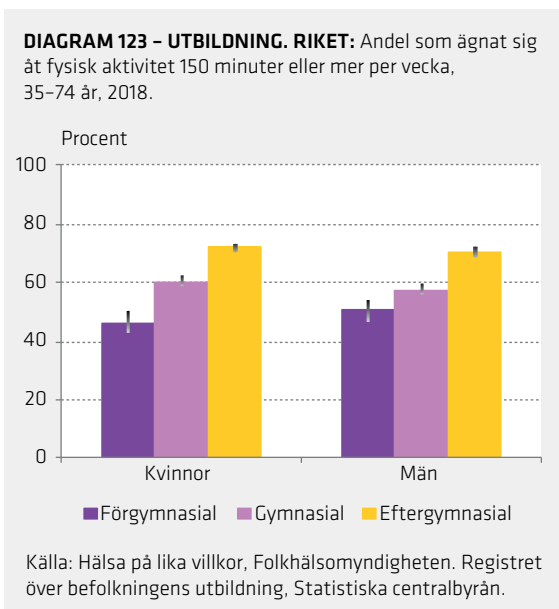
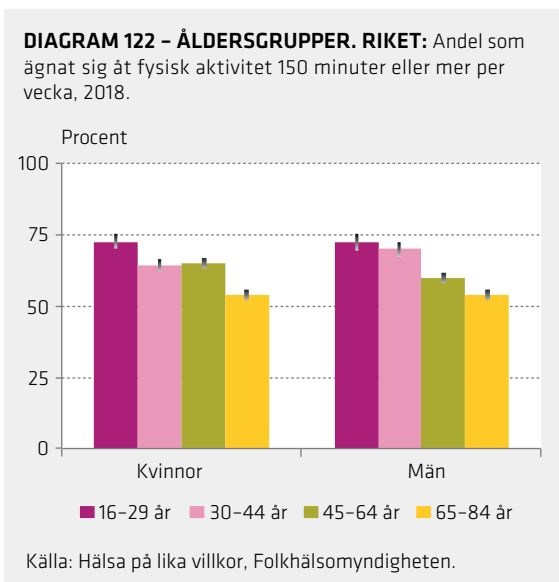
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 121 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel som ägnat sig åt fysisk aktivitet 150 minuter eller mer per vecka, 16–84 år, 2016–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Andelen fysiskt aktiva minst 150 min per vecka är störst i de yngre grupperna (Diagram 122). Gruppen med eftergymnasial utbildning är mer fysiskt aktiv jämfört med dem som har gymnasial eller förgymnasial utbildning, för både kvinnor och män (Diagram 123).



Skillnaderna i andelen fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka är större mellan kommunerna än regionerna. Det skiljer 25 procentenheter mellan kommunen med störst

andel (75 procent) och den med minst andel (50 procent), sammantaget för kvinnor och män (Diagram 124).

Mönstren indikerar att den största andelen fysiskt aktiva finns i *storstäder och storstadsnära kommuner*, jämfört med övriga kommungrupper. Det bör också noteras att andelen stillasittande är störst i just *storstäderna*. Minst andel fysiskt aktiva finns i *lågpendlingskommuner nära större stad* och *landsbygdskommuner med besöksnäring*. En viss samvariation kan ses mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och fysisk aktivitet, vilket styrks av sambandet mellan fysisk aktivitet och utbildningsbakgrund (Diagram 123).

Det här kan regioner och kommuner göra

Långsiktiga insatser som påverkar individerna och deras fysiska och sociala miljö har betydelse för att skapa förutsättningar för fysisk aktivitet. Insatserna bör omfatta flera samhällsstrukturer, exempelvis förskola och skola, hälso- och sjukvård och omsorg, samhällsplanering i närområdet, arbetsplatser och föreningsliv.

Aktörerna bör måna om att skapa goda förutsättningar för alla, oavsett kön, ålder, bakgrund och socioekonomisk position. Kommuner har ett ansvar för att skapa en livsmiljö som främjar fysisk aktivitet (10). Genom dialoger med medborgarna kan anpassade förutsättningar skapas för daglig fysisk aktivitet (11), exempelvis genom att utforma säkra och trygga skolgårdar och lekparkar som inbjuder till lek och rörelse (12).

Inom skolan har Elevhälsan ett ansvar för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet (13). Vidare har Skolverket ett uppdrag som syftar till mer rörelse i skolan, vilket ska redovisas 2019 (14, 15).

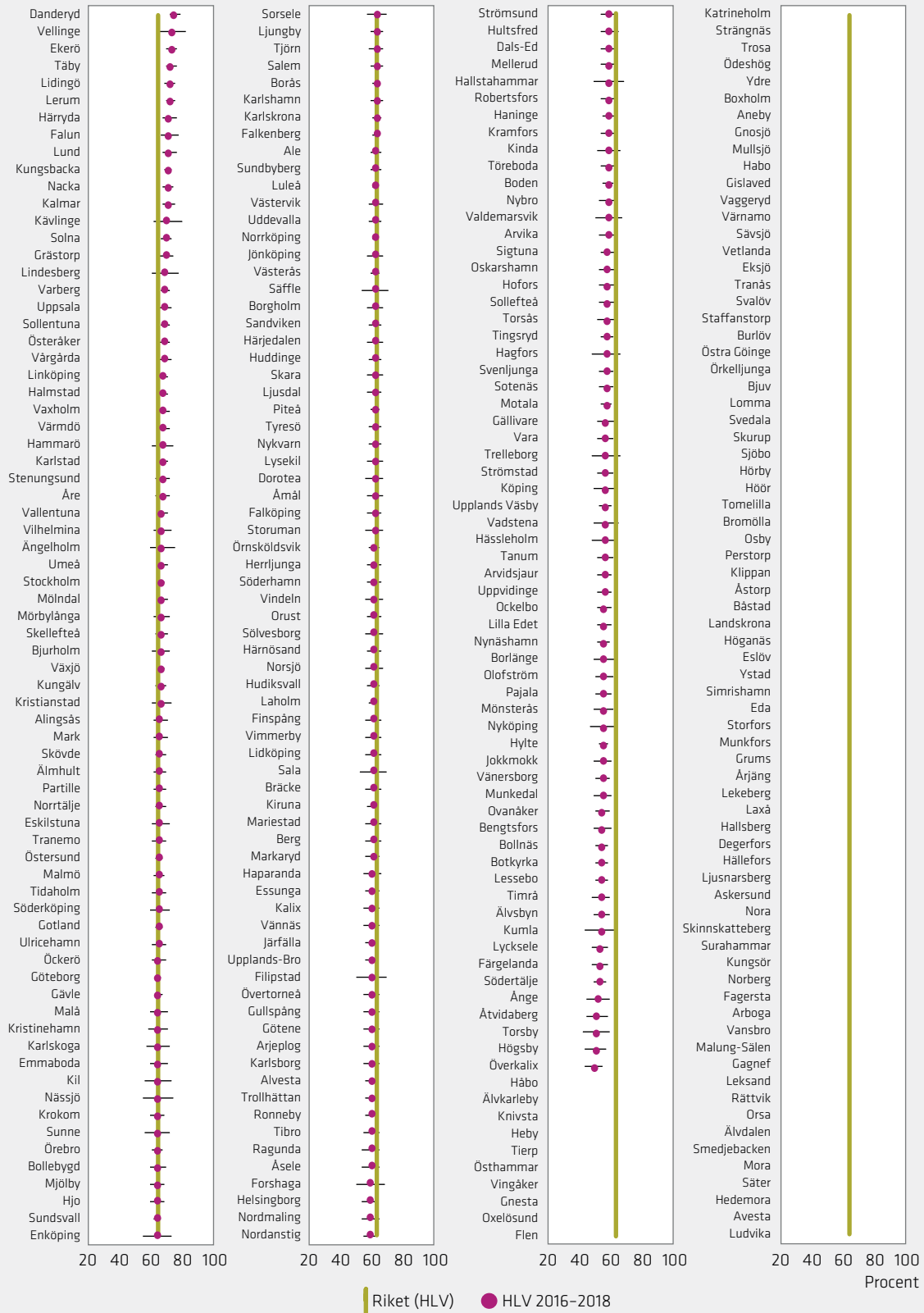
FYSS 2017 är en informationskälla som sammanfattar i vilken utsträckning fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd (3). Förskrivning av

fysisk aktivitet på recept (FaR®) har visat sig öka patienternas fysiska aktivitet, och har samma grad av följsamhet bland patienter som andra långtidsbehandlingar (16).

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för

prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, finns rekommendationer om hur hälso- och sjukvården kan stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor som otillräcklig fysisk aktivitet (17).

DIAGRAM 124 – KOMMUNER: Andel som ägnat sig åt fysisk aktivitet 150 minuter eller mer per vecka, 16–84 år, 2016–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) – Sweden. 2016. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/sweden>.
2. Collaborators GBDRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-724. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8
3. Yrkesföreningen för fysiskt aktivitet, Svenska läkaresällskapet. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017. Järna: Yrkesföreningen för fysiskt aktivitet (YFA); 2016. Hämtad från: <http://www.fyss.se/fyss-kapitel/fyss-kapitel-del-1-allman-del/>
4. World health organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world. Genève: World health organization (WHO); 2018. Hämtad från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>.
5. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302-10. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30370-1
6. World health organization. Global status report on noncommunicable diseases. Genève: World health organization (WHO); 2014. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=E6993FE054940B792D039AE236249FB8?sequence=1.
7. Scholes S, Bann D. Education-related disparities in reported physical activity during leisure-time, active transportation, and work among US adults: repeated cross-sectional analysis from the National Health and Nutrition Examination Surveys, 2007 to 2016. *BMC Public Health*. 2018;18(1):926. DOI: 10.1186/s12889-018-5857-z
8. O'Donoghue G, Kennedy A, Puggina A, Aleksovska K, Buck C, Burns C, et al. Socio-economic determinants of physical activity across the life course: A “DEterminants of DIet and Physical ACTivity” (DEDIPAC) umbrella literature review. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190737. DOI: 10.1371/journal.pone.0190737
9. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018 [publicerad 14 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2018/>
10. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forslag-till-atgarder-for-ett-starkt-langsiktigt-arbete-for-att-framja-halsa-relaterad-till-matvanor-och-fysisk-aktivitet/>
11. Boverket. Medborgardialog [publicerad 11 maj 2017]. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/kommunal-planering/medborgardialog1/>.
12. Boverket. Vägledning om barn och ungas utemiljö [publicerad 16 februari 2017]. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/stadsutveckling/barns-och-ungas-utemiljo/>.
13. Skolverket. Tydligare krav på elevhälsa [publicerad 12 februari 2012]. Hämtad från:

<https://www.skolverket.se/download/18.6011fe501629fd150a27811/1529061399574/Elevh%C3%A4lsa%20-%20120228.pdf>

14. Regeringen, Utbildningsdepartementet. Uppdrag om mer rörelse i skolan. Regeringsbeslut U2018/01430/S. Stockholm: Regeringen; 2018. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/496171/contentassets/b3e0e48b10ff431cbbd74e50be3e1e49/u2018-01430-s-uppdrag-om-mer-rorelse-i-skolan.pdf>.
15. Regeringen, Utbildningsdepartementet. Tilläggsuppdrag om mer rörelse i skolan. Regeringsbeslut U2018/02965/S. Stockholm: Regeringen; 2018. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49ec58/contentassets/6c8fdb3efe64f65a50739e9bfd5ccff/tillaggsuppdrag-om-mer-rorelse-i-skolan.pdf>.
16. Statens folkhälsoinstitut. Slutredovisning av regeringsuppdraget Nationell utvärdering av receptförskrivningen fysisk aktivitet (FaR®). Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010. Hämtad från: https://www2.sahlgrenska.se/upload/Fysisk%20aktivitet%20p%c3%a5%20recept/Nat.utv%c3%a4rdering_FaR_31mars2010.pdf
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>.

32. Deltagande i idrottsföreningar

Det finns en bred och samstämmig forskning kring positiva effekter av idrott och fysiska aktiviteter. Förutom att bygga upp skelettet, musklerna och rörelseförmågan, kan idrott leda till många olika positiva effekter. Det handlar om exempelvis psykosocial och personlig utveckling, senare alkoholdebut och lägre alkoholkonsumtion samt kunskaper om kost, träning och hälsa (1). En litteraturoversikt över studier av barns fysiska aktivitet visar att svenska barn och unga 7–18 år hör till de mest fysiskt aktiva, jämfört med barn och unga i andra länder (2).

Det finns utmaningar i att skapa en helhetsbild av barns och ungas fysiska aktiviteter. Självrapporterad fysisk aktivitet visar att andelen elever som är tillräckligt fysiskt aktiva är fortsatt liten, i relation till WHO:s rekommendationer om minst en timme fysisk aktivitet om dagen för barn och unga. Andelen som uppnår detta är mindre bland flickor än pojkar bland 11-, 13- och 15-åringar. Samtidigt ökar andelen pojkar och flickor som uppger att de tränar fyra gånger eller fler i veckan och är den största sedan 1985/86. Resultaten tyder på att barn och unga rör sig allt mindre i vardagen (3). Danska undersökningar visar att med undantag för barn upp till 12 år är det inte på traditionella idrottsplatser och idrottsanläggningar som befolkningen i sin helhet utövar fysiska aktiviteter (4). En undersökning i Stockholms stad som handlar om nyttjande av idrotts- och fritidsanläggningar visade att flickor deltar i mindre utsträckning i det kommunalt stödda fritidsutbudet (5). Sammantaget betyder detta att bidragsgrundande aktiviteter i en idrottsförening bara utgör en delmängd av samtliga fysiska aktiviteter. På lokal

nivå finns statistik om utbetalning av statligt lokalt aktivitetsstöd (LOK) för idrottslig föreningsverksamhet för barn och ungdomar 7–20 år. Staten bidrar till stöd åt idrottsrörelsen via ett anslag som 2017 var på 2,1 miljarder kronor, samt stöd till idrottens folkbildningsrelaterade organisation SISU. De totala kommunala kostnaderna för att tillhandahålla idrottsanläggningar och ge ekonomiska stöd till idrottsföreningar är cirka 6 gånger större än det statliga stödet (6). Detta kan bland annat bidra till att fler barnfamiljer får ekonomisk möjlighet att delta i idrottsföreningars aktiviteter.

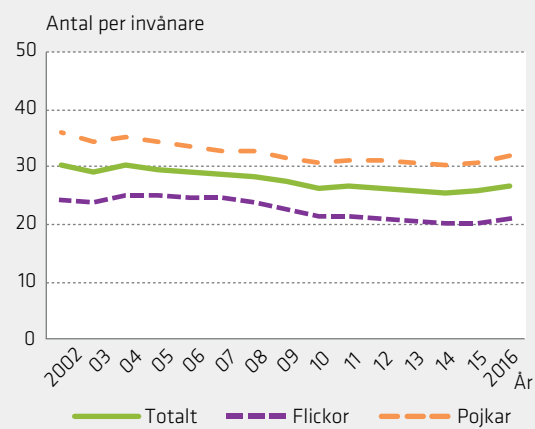
Det är svårt att få en övergripande jämförelse av ungdomars idrottande. Indikatorn visar antalet deltagartillfällen per invånare 13–20 år i idrottsföreningar med LOK-stöd. Åldersgruppen är intressant, eftersom flera studier visar att den fysiska aktiviteten och idrottsliga föreningsverksamheten går ner i tonåren (4, 7). När man analyserar resultatet får man dock beakta att gruppen utövar fysisk aktivitet även utanför idrottsrörelsen.

Måttet visar antalet deltagartillfällen för ungdomar i genomsnitt per år. Det innebär att vissa ungdomar kan stå för många fler deltagartillfällen, medan andra inte har något deltagartillfälle, vilket man får beakta i analysen.

Hur ofta ungdomar idrottar varierar avsevärt mellan olika regioner och kommuner

Det finns en påtaglig skillnad mellan könen i antal deltagartillfällen i idrottsföreningar på nationell nivå 2016 (Diagram 125). Resultatet visade 32 tillfällen för pojkar och 21 för flickor, i åldern 13–20 år. Bland både pojkar och flickor har antalet tillfällen minskat 2002–2016.

DIAGRAM 125 – RIKET: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK-stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år. Avser kommunmedelvärde, perioden 2002–2016.



Källa: Riksidrottsförbundet.

Stora variationer finns på länsnivå: 18–34 deltagartillfällen för flickor och 30–43 deltagartillfällen för pojkar (Diagram 126, 127).

De lokala variationerna är större än de som finns på länsnivå: för flickor varierar deltagartillfällen mellan 1–52 och för pojkar 7–78 (Diagram 128). Antalet har ökat i två tredjedelar av kommunerna i de flesta län, vid en jämförelse mellan 2013 och 2016. Detta behöver inte betyda att fler barn och unga är aktiva. Det kan också spegla att redan aktiva nu är mer aktiva än tidigare. Variationen kan visa ett behov i kommuner att komplettera med verksamheter som inte innebär att aktiviteten görs inom en idrottsförening.

Det här kan kommuner göra

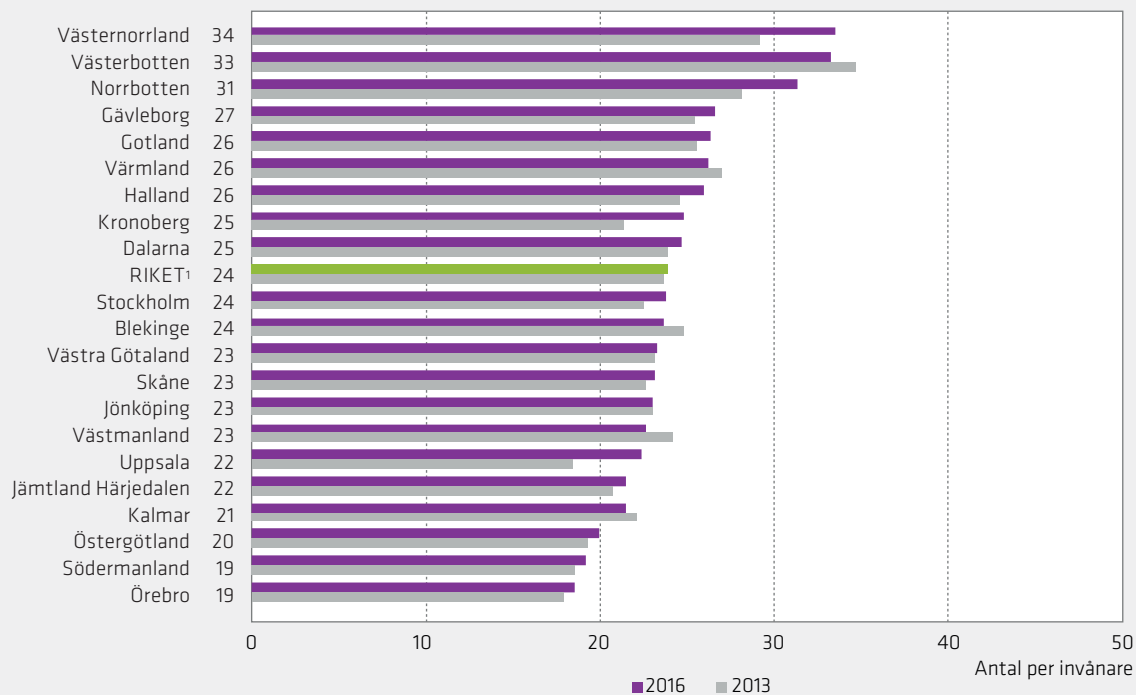
Ett grundläggande mål i den statliga idrottspolitiken är att idrotten ska vara tillgänglig för alla, och att flickor och pojkar ska ha lika bra förutsättningar att utöva motion och idrott.

Förbättringsarbetet bör inte endast inriktas på att involvera och behålla så många ungdomar som möjligt i idrottsaktiviteter. Andra utvecklingsområden kan vara ledarledda spontanidrottstillfällen för både pojkar och flickor, exempelvis drive-in-idrott som inte ställer krav på utrustning och tävlingsinriktning.

Tillgången till fysisk aktivitet behöver också bli mer jämlik, till exempel genom att man ser över hur tillgänglig föreningsidrotten är för olika grupper. Planeringen av ytor och anläggningar för idrott och motion måste ta hänsyn till kön, ålder, geografiska sammanhang och sociala miljöer.

Förbättringsarbetet behöver inriktas mer på hur nya typer av anläggningar kan bidra till mer inkluderande aktiviteter. Ett par exempel är Alby folkhälsopark i Botkyrka med särskilt jämställdhetsperspektiv, och Gävle kommuns idrottsprogram för att få en mångfald av fritidsaktiviteter och mer jämlika möjligheter till idrott och rörelse (5).

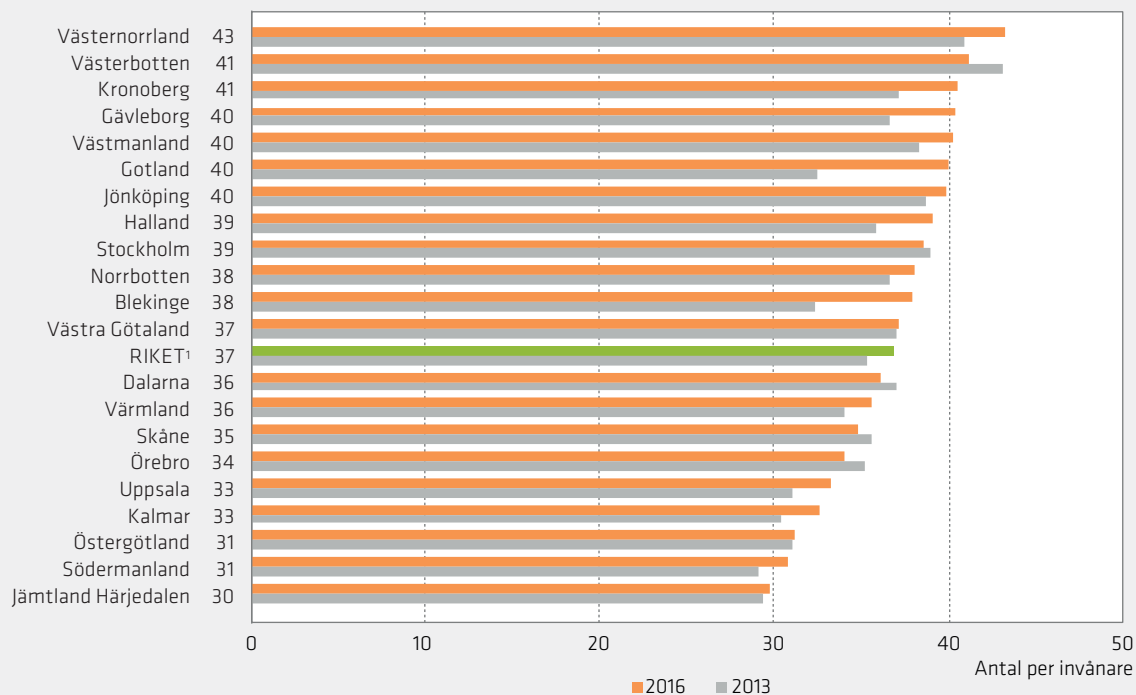
DIAGRAM 126 – LÄN. FLICKOR: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK-stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år, 2016.



Källa: Riksidrottsförbundet.

1. Riksvärde jämförelseår avser ovägt medelvärde.

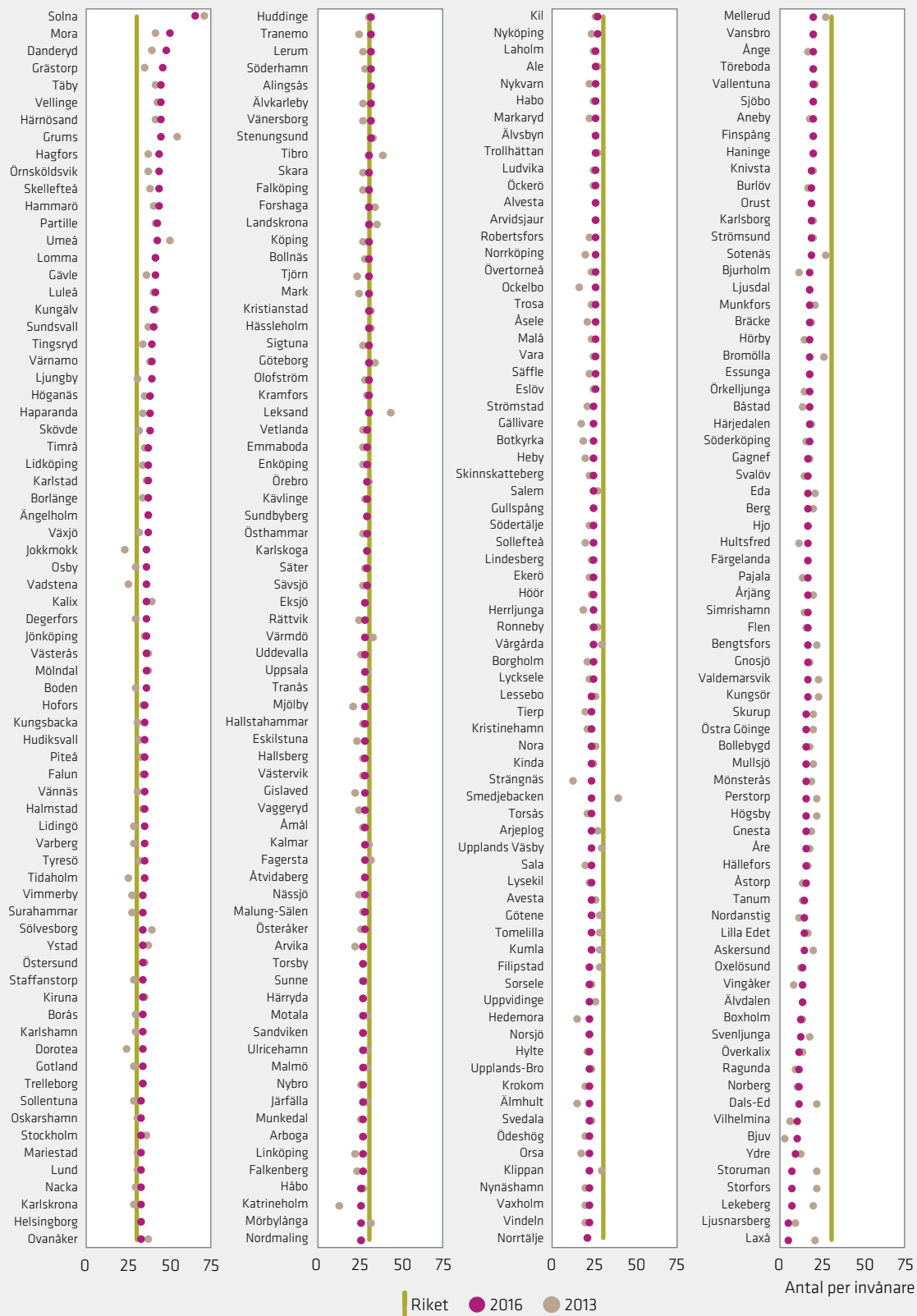
DIAGRAM 127 – LÄN. POJKAR: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK-stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år, 2016.



Källa: Riksidrottsförbundet.

1. Riksvärde jämförelseår avser ovägt medelvärde.

DIAGRAM 128 – KOMMUNER: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK-stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år, 2016.



Källa: Riksidrottsförbundet.

Levnadsvanor

Referenser

1. Idrottens samhällsnytta. En vetenskaplig översikt av idrottsrörelsens mervärden för individ och samhälle, Riksidrottsförbundet FoU-rapport 2017:1, red Johan Faskunger, Paul Sjöblom (2017).
2. Beets MW, Bornstein D, Beighle A, Cardinal BJ, Morgan, CF. Pedometer-measured physical activity patterns of youth: a 13-country review. *American journal of preventive medicine*. 2010; 38(2):208-16.
3. Skolbarns hälsovanor 2013–2014. Folkhälsomyndigheten. Östersund 2014. Folkhälsomyndigheten, 2014. 978-91-7603-372-2 pdf
4. Rask, S. Teenageres idrætsvaner. Idrættens Analyseinstitut. 2018. 978-87-93375-99-4 (pdf) <http://idan.dk/vidensbank/udgivelser/teenageres-idraetsvaner/f839ee14-a253-45ad-9f65-a78200e1205b>
5. Zethrin, N-O. Möjligheter till jämställd idrott–Kommunala möjligheter i relation till statlig idrottspolitik. Centrum för Idrottsforskning, red. Christine Dartsch, Johan R Norberg & Johan Faskunger (2018).
6. Kommunala räkenskapsammandraget, SCB
7. Norberg JR, Statens stöd till idrotten 2012, 2013:1. ISBN: 978-91-979562-9-1: Centrum för idrottsforskning; 2013.

Matvanor

33. Konsumtion av frukt och grönt

En väl sammansatt och näringsriktig kost främjar hälsan och kan minska risken för sjukdomar som är kopplade till våra matvanor (1, 2).

Kostfaktorer innefattar balansen i kosten och specifikt konsumtionen av frukt och grönt, och bedöms vara en av de främsta riskfaktorerna för sjukdomsburden i Sverige (3, 4). Detta gör att ett lågt intag av frukt och grönsaker finns med på WHO:s lista över de tio största riskfaktorerna för både män och kvinnor i höginkomstländer gällande sjukdomsburda (5).

Lågt intag av frukt och grönt (som inkluderar bär) är förknippat med hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck och vissa typer av cancer, till exempel cancer i mag-tarmkanalen och lungcancer (1, 5). Ett högt intag av frukt och grönt kan vidare bidra till att bibehålla en hälsosam vikt, eftersom det minskar det totala energiintaget (5).

Rekommendationen är att äta minst 500 gram per dag, vilket till exempel motsvarar tre frukter och två generösa nävar grönsaker, rotfrukter och baljväxter (1, 2). Indikatorn frukt och grönt visar på människors konsumtion av frukt och grönsaker, men har även ett starkt samband med i övrigt goda matvanor (6). Konsumtionen av mat påverkas av en rad faktorer, bland annat utbud, pris, sociala normer och vanor (7, 8).

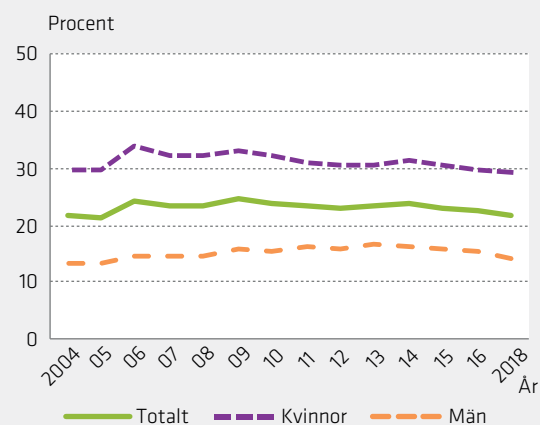
Enligt Livsmedelsverket finns ett positivt samband mellan hälsosamma matvanor och socioekonomisk status, som kan bidra till att förklara skillnaderna i sjukdomsförekomst och dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper. Kön har också betydelse; kvinnor äter mer hälsosamt än män, och skillnaderna ses redan i tonåren (9).

Indikatorn frukt och grönt visar hur stor andel av befolkningen som uppger att de intar frukt och grönt mer än 3 gånger per dag i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda personer 16–84 år. Måttet att konsumera frukt och grönt 3 gånger per dag indikerar en regelbunden konsumtion, men är inte identiskt med rekommendationen att äta 500 gram per dag (1,2).

Konsumtion av frukt och grönt varierar mellan kommuner och kan relateras till socioekonomi

År 2018 var andelen som uppger att de äter frukt och grönt mer än 3 gånger per dag 29 procent för kvinnor och 14 procent för män (Diagram 129). Ingen förändring ses 2004–2018.

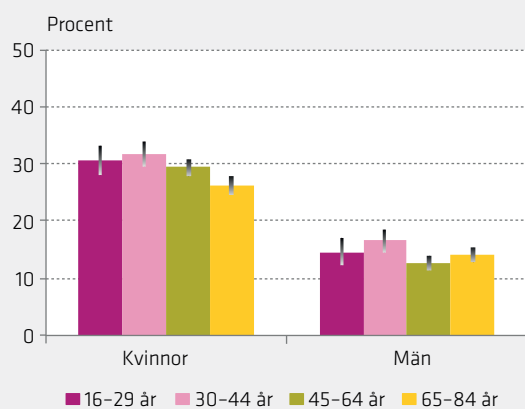
DIAGRAM 129 – RIKET: Andel individer som äter frukt och/eller grönsaker mer än tre gånger per dag, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

Störst andel som äter frukt och grönt mer än 3 gånger per dag finns i gruppen 30–44 år för både kvinnor och män (Diagram 130), men skillnaderna är inte tydliga mellan alla åldersgrupper.

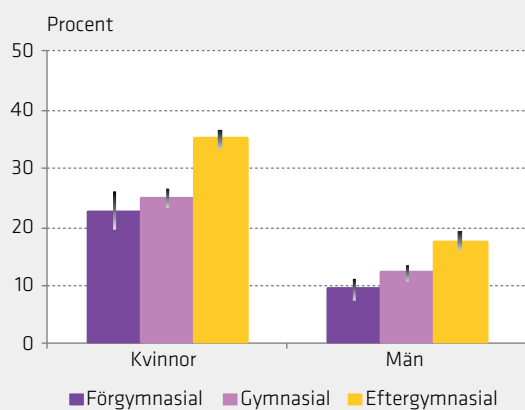
DIAGRAM 130 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel individer som äter frukt och/eller grönsaker mer än tre gånger per dag, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Andelen som äter frukt och grönt mer än 3 gånger per dag är störst bland de med eftergymnasial utbildning, 35 procent bland kvinnor och 17 procent bland män, jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning där kvinnorna uppgår 23

DIAGRAM 131 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som äter frukt och/eller grönsaker mer än tre gånger per dag, 35-74 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

procent och männen 9 procent (Diagram 131). Intaget av frukt och grönt skiljer sig mellan olika regioner och kommuner. Det skiljer 11 procentenheter mellan de regioner som

har högst respektive lägst värde för kvinnor (Diagram 132). Motsvarande siffra för män är 8 procentenheter (Diagram 133).

Kommunresultatet inkluderar både kvinnor och män, och andelen som äter frukt och grönt mer än 3 gånger per dag varierar mellan 10 och 30 procent bland de kommuner som har högst respektive lägst värde (Diagram 134). Mönstren indikerar att den största andelen konsumenter av frukt och grönt finns i kommuner med mer än 100 000 invånare. För kommungrupper är andelen störst i *storstäder* och *storstadsnära kommuner* och lägst i *lågpendlingskommuner nära större stad* och *landsbygdskommuner*.

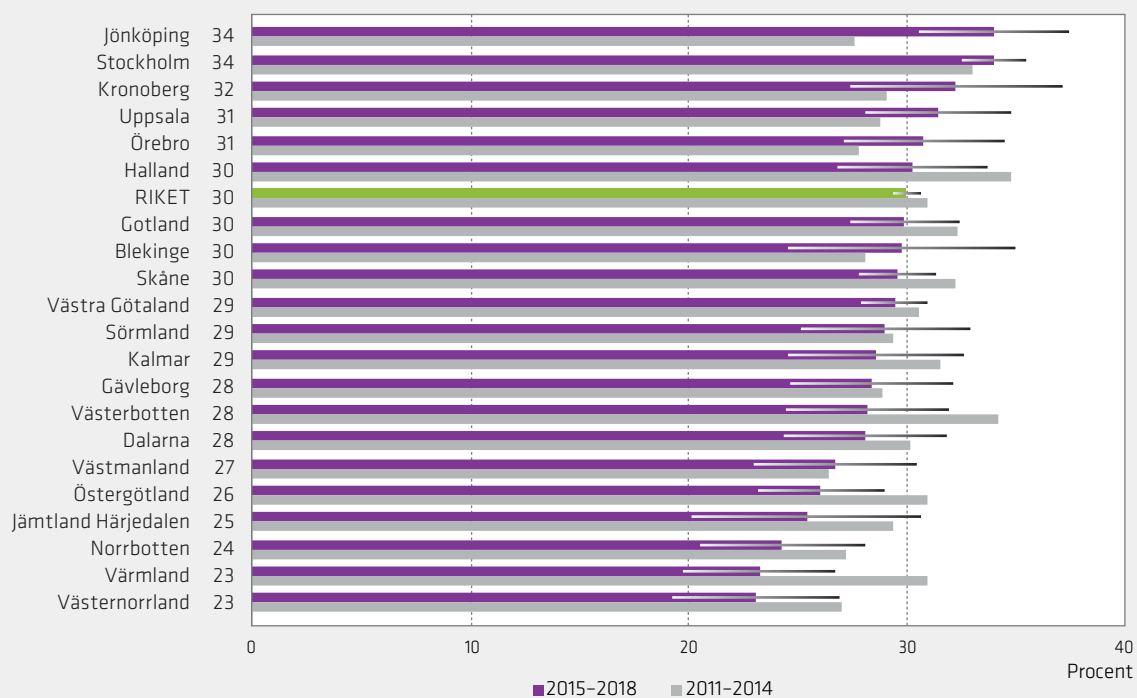
Det här kan regioner och kommuner göra

Förutsättningarna för goda matvanor påverkas av långsiktiga insatser inom flera samhällsstrukturer, som förskola och skola, hälso- och sjukvård och omsorgsverksamheter, livsmedelsindustrin och övrigt näringsliv, samt civilsamhället. Föräldrastöd i form av rådgivning inom mödra- och barnhälsovården kan påverka matvanor positivt (10), och måltiderna och måltidsmiljön i skolan har betydelse för elevernas hälsa och lärande, samt kan bidra till hälsosamma matvanor (11). Enligt skollagen ska elever erbjudas näringsriktiga skolmåltider (12). Inom vård och omsorg kan måltiden bland annat bidra till att sjuka tillfrisknar snabbare, och att bevara funktionsförmåga och förebygga undernäring (11).

Vid Livsmedelsverket finns ett nationellt kompetenscentrum, med uppdraget att främja hållbara, hälsosamma och säkra måltider inom vård, skola och omsorg (13).

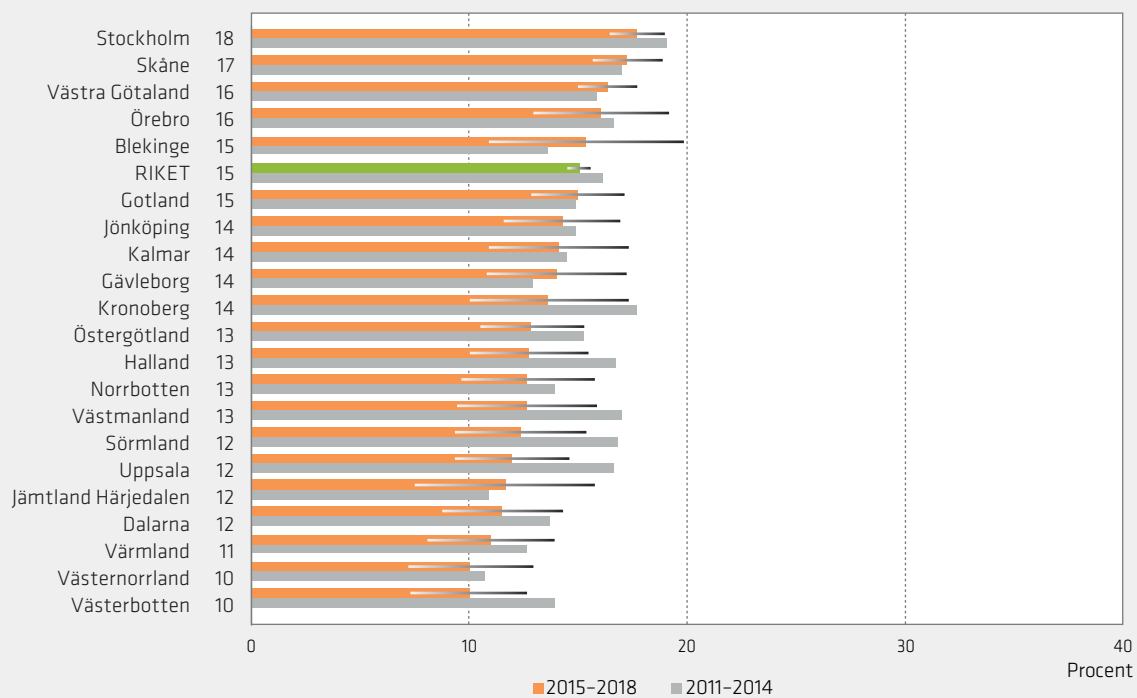
I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, finns rekommendationer om hur hälso- och sjukvården kan stödja patienter att förändra ohälsosamma matvanor (14). Socialstyrelsen har även andra vägledande dokument såsom Vägledning för barnhälsovården (15).

DIAGRAM 132 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel individer som äter frukt och/eller grönsaker mer än tre gånger per dag, 16–84 år, 2015–2018.



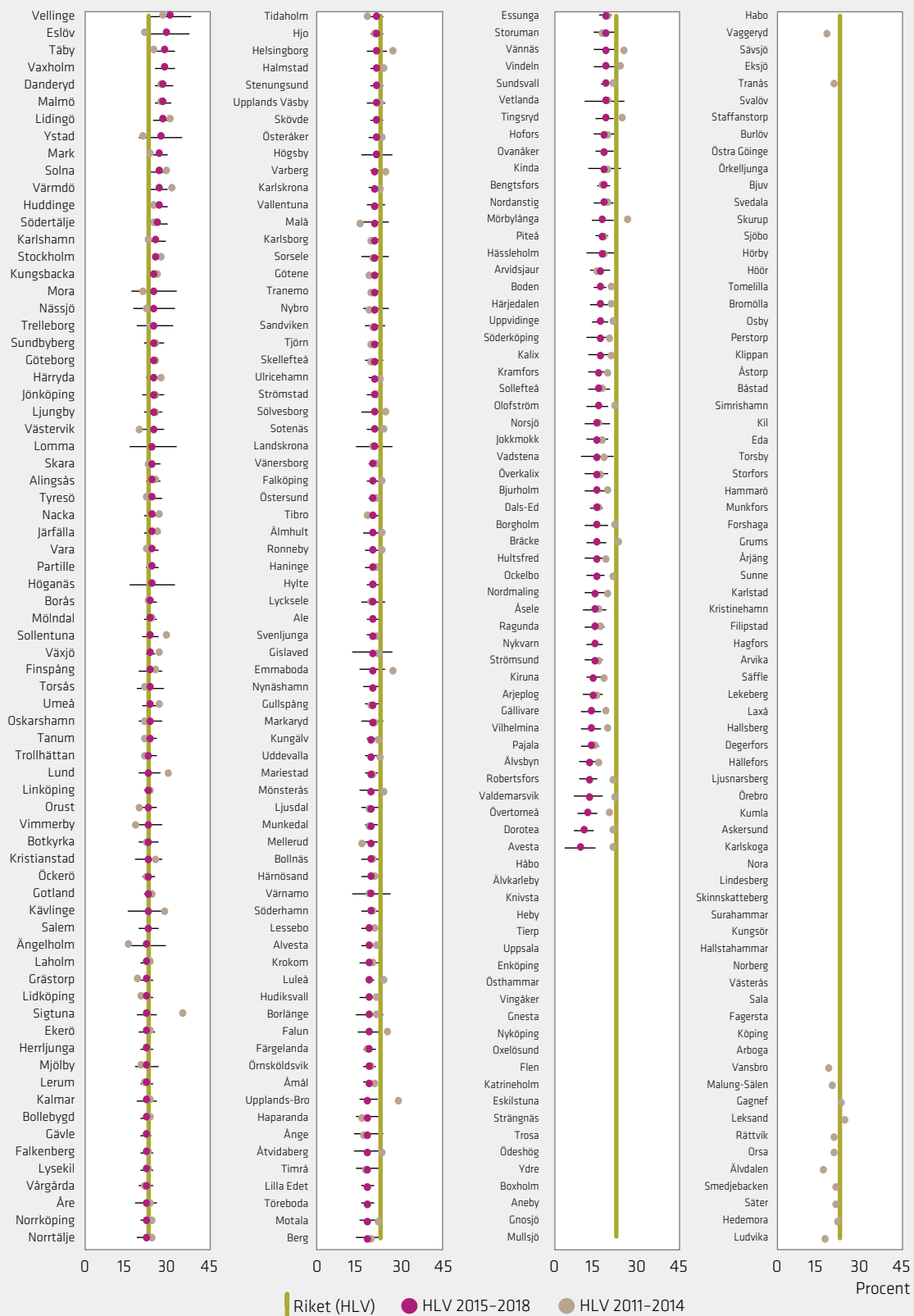
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 133 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel individer som äter frukt och/eller grönsaker mer än tre gånger per dag, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 134 – KOMMUNER: Andel som äter frukt och/eller grönsaker mer än tre gånger per dag, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity, Nord 2004:13. Copenhagen: 2004. Hämtad från: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>.
2. Folkhälsomyndigheten. Näringsrekommendationer. Folkhälsomyndigheten; 2016. Citerat 2018-08-28. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/matvanor/naringsrekommendationer/>.
3. Collaborators GBD. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1659-724.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease, GBD. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/sweden>.
5. World health organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: a report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: 2003. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1.
6. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Folkhälsomyndigheten; 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/statistik-uppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/syfte-bakgrund-fragorna-hlv.pdf>.
7. Brug J, van der Ploeg HP, Loyen A, Ahrens W, Allais O, Andersen LF, et al. Determinants of diet and physical activity (DEDIPAC): a summary of findings. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017;14(1):150.
8. Holdsworth M, Nicolaou M, Langoien LJ, Osei-Kwasi HA, Chastin SFM, Stok FM, et al. Developing a systems-based framework of the factors influencing dietary and physical activity behaviours in ethnic minority populations living in Europe - a DEDIPAC study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017;14(1):154.
9. Livsmedelsverket. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket; 2016. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-9-omslag--inlaga--bilaga.pdf? t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d& t_q=socioekonomi& t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765-ba72-ba3914739e3b& t_ip=194.103.120.2& t_hit.id=Livs_Common_Model_MediaTypes_Document-File/ c1037618-3c66-4ad3-be1b-8e4a35f3e02b& t_hit.pos=1.
10. Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Stockholm och Uppsala: 2017. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2017/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet_2017.pdf.
11. Livsmedelsverket. Måltider i vård, skola och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket; 2018. Citerad 2018-08-28. Hämtad från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-vard-skola-och-omsorg>.
12. Skolinspektionen. Skolmältiden. Citerad 2018-08-28. Stockholm: Skolinspektionen; 2018. Hämtad från <https://www.skolinspektionen.se/skolmaltiden>.

13. Livsmedelsverket. Nationellt kompetenscentrum. Citerad 2018-08-28. Uppsala: Livsmedelsverket; 2017. Hämtad från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/nationellt-kompetenscentrum>.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. ISBN: 978-91-7555-470-9. 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>.
15. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. ISBN 978-91-7555-169-2. Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>.

Tobaksvanor

34. Daglig rökning

Tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och förtida död (1). Under 2010–2012 dog uppskattningsvis 12 000 personer per år till följd av rökning i Sverige, och 100 000 insjuknade i rökrelaterade sjukdomar (2). Rökning ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdom, diabetes och lungsjukdom, och är den enskilt största riskfaktorn för att drabbas av lungcancer. Dessutom ökar tobaksrökning risken för ett flertal andra cancersjukdomar, till exempel levercancer och tjock- och ändtarmscancer (2, 3). Rökning är en av de främsta riskfaktorerna för den totala sjukdomsördan i Sverige (4).

Andelen personer i befolkningen som röker dagligen har minskat sedan 1980-talet (5). Under perioden har tobaksskatten höjts och ny lagstiftning har tillkommit som till exempel begränsningar av handel och marknadsföring, och införande av rökfria miljöer (6). Skillnaderna i tobaksrökning mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår dock, vilket bidrar till att skapa ojämlikheter i hälsa (6, 7). Samband mellan låg inkomst och daglig rökning är ett globalt mönster som finns i de flesta delar av världen (8).

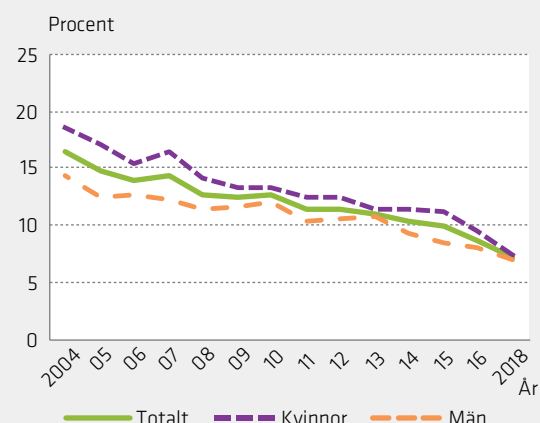
Indikatorn daglig rökning visar andelen individer som uppger daglig rökning i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda personer 16–84 år. För resultat på kommunnivå används även uppgifter från Liv & hälsa, regionerna i Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro.

Rökning minskar i de flesta regioner men fortsatt stora skillnader mellan kommuner och mellan utbildningsgrupper

År 2018 var andelen som uppger daglig rökning cirka 7 procent för både män och kvinnor, och trenden har gått nedåt 2004–2018 (Diagram 135).

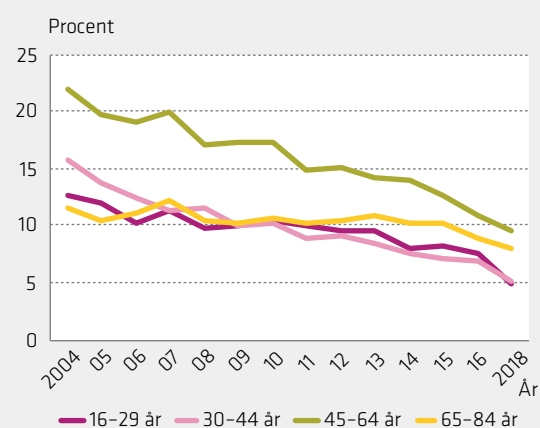
Det finns fortsatta skillnader mellan olika grupper. Störst andel som röker dagligen ses i

DIAGRAM 135 – RIKET: Andel individer som röker dagligen, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 136 – ÅLDERSGRUPPER RIKET: Andel individer som röker dagligen.

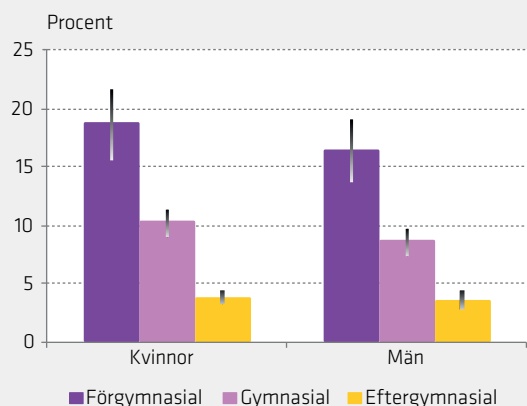


Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

gruppen 45–64 år (10 procent), följt av gruppen 65–84 år (8 procent) (Diagram 136). Den nedåtgående trenden kan dock ses i alla åldersgrupper, med en något mindre nedgång i den äldsta gruppen.

Skillnaderna i daglig rökning är större mellan olika utbildningsgrupper. Andelen som uppger daglig rökning är störst i gruppen med förgymnasial utbildning, för kvinnor 19 procent och för män 16 procent. Motsvarande andel i gruppen med eftergymnasial utbildning är 4 procent för både kvinnor och män (Diagram 137).

DIAGRAM 137 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som röker dagligen, 35–74 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Skillnader i andelen som röker dagligen ses även mellan olika regioner och mellan kommuner. Det skiljer 7 procentenheter mellan den region som har högst respektive lägst värde för kvinnor (Diagram 138). Motsvarande skillnad för männen är 8 procentenheter (Diagram 139). Kommunresultatet inkluderar både kvinnor och män, och det skiljer 13 procentenheter mellan de kommuner som har högst respektive lägst andel som röker dagligen (Diagram 140). Mönstren indikerar att det finns en samvariation mellan kommunernas socioekonomiska förhållanden (CNI) och andel som röker dagligen, vilket också styrks av de socioekonomiska skillnader som visas mellan rökning och utbildningsbakgrund (Diagram 137).

Det här kan regioner och kommuner göra

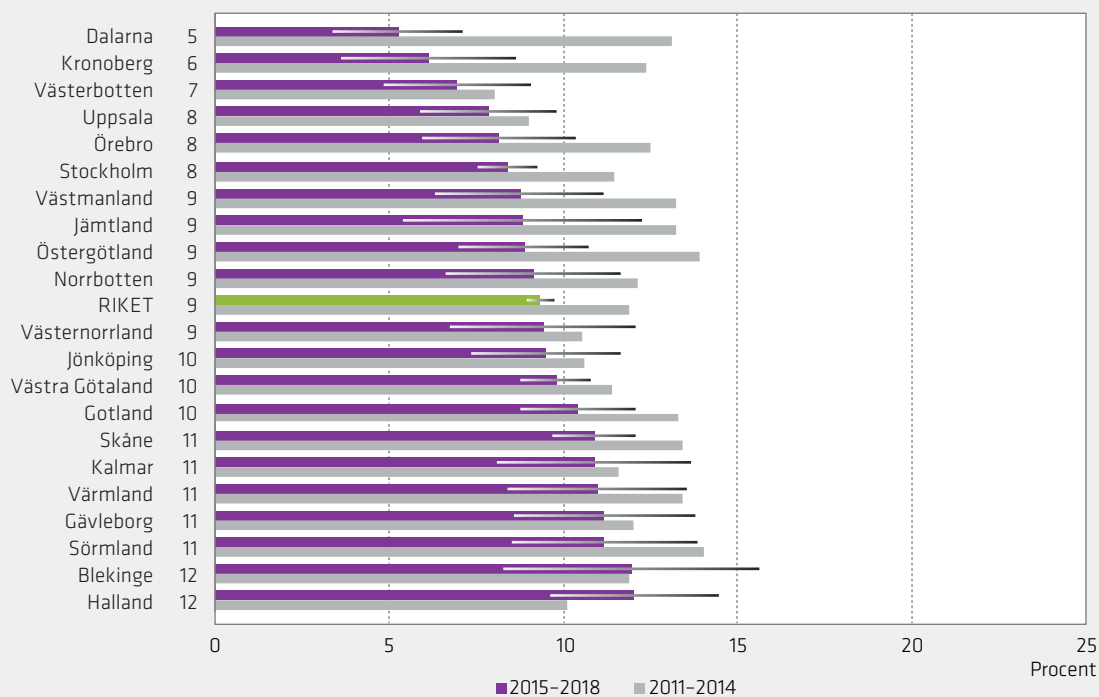
Regeringen har beslutat om en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin) 2016–2020. Strategin har fokus på jämlikhet i hälsa och att skydda barn och unga mot deras eget och andras skadliga bruk av ANDT. Som en del i strategin ställde sig regeringen bakom initiativet rökfritt Sverige 2025 (Tobacco Endgame), med målet att mindre än 5 procent av befolkningen ska röka dagligen (9).

Kommunerna har en viktig roll i det tobakspreventiva arbetet, till exempel tillsyn över detaljhandel med tobaksvaror och rökfria miljöer. Länsstyrelsen har ett ansvar att granska och följa upp kommunernas tobakstillsyn och har även en stödjande funktion. I ANDT-strategin betonas vikten av samverkan och insatser på flera olika områden för att lyckas i det förebyggande arbetet (9).

De flesta barn i Sverige är i kontakt med barnhälsovården, tandvården, förskolan och skolan, vilket ger möjligheter till övergripande insatser som når många.

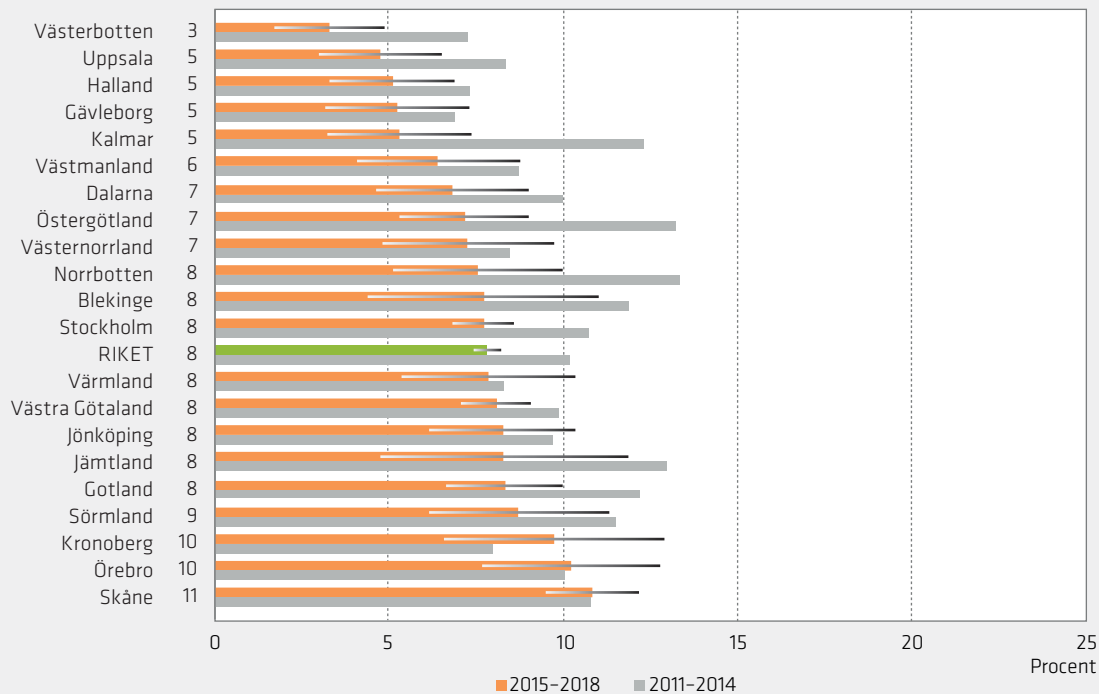
Ungdomsmottagningar och elevhälsan är arenor för att fånga upp barn och unga för tidiga åtgärder. Studenthälsan är en arena för att nå unga vuxna, och företagshälsovården för att nå personer i arbetslivet.

DIAGRAM 138 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel individer som röker dagligen, 16–84 år, 2015–2018.



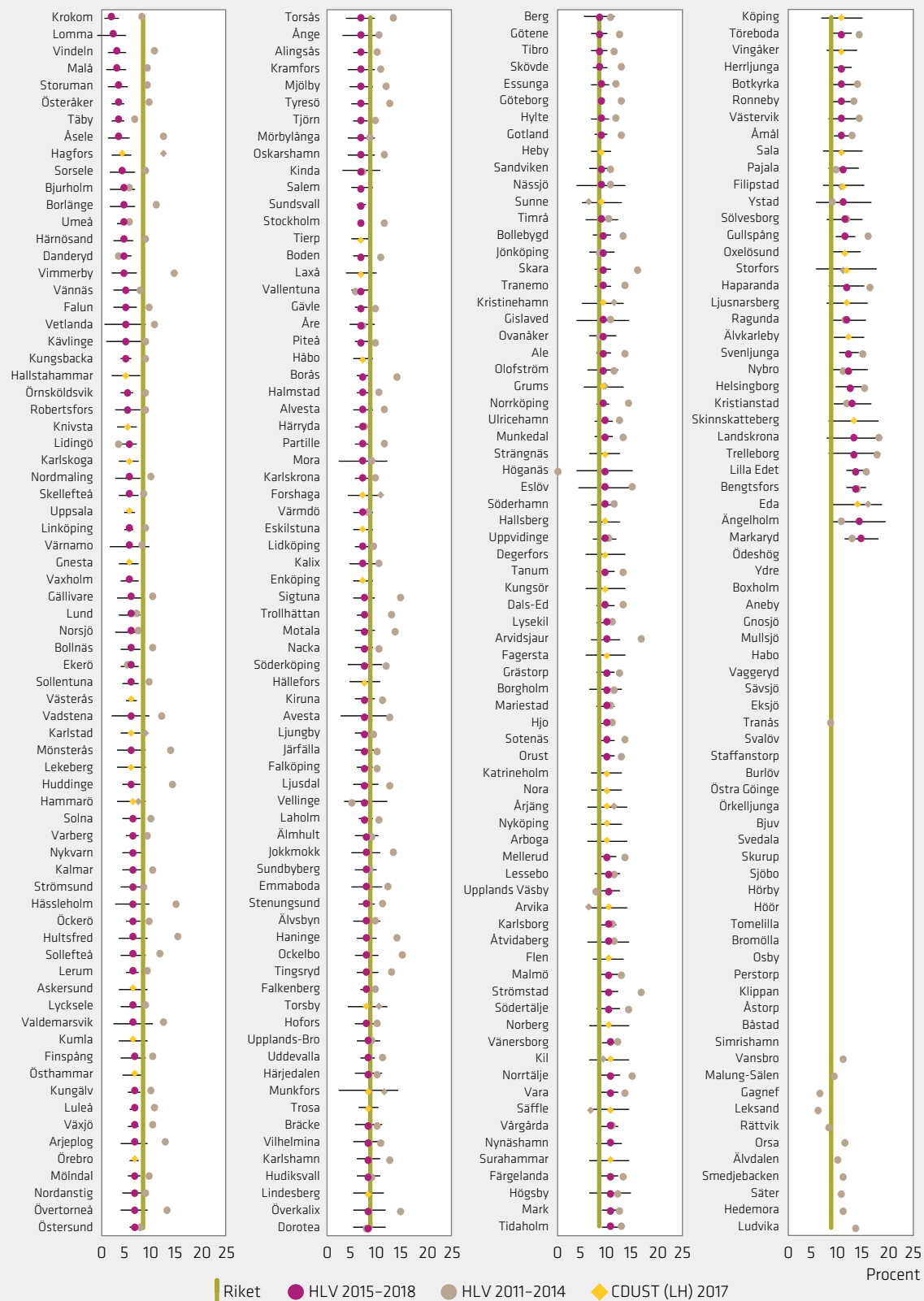
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 139 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel individer som röker dagligen, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 140 – KOMMUNER: Andel som röker dagligen (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16–84 år. Liv & hälsa (LH), 18–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (HLV) inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten. Liv & hälsa (LH), Värmland, Västmanland, Uppsala, Södermanland, Örebro.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser

1. World health organization. Global status report on noncommunicable diseases. Genève: World health organization (WHO); 2014. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=E6993FE054940B792D039AE236249FB8?sequence=1.
2. Socialstyrelsen. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19371/2014-3-4.pdf>.
3. Warren GW, Alberg AJ, Kraft AS, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: "The health consequences of smoking--50 years of progress": a paradigm shift in cancer care. *Cancer*. 2014;120(13):1914-6. DOI: 10.1002/cncr.28695
4. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) – Sweden. 2017. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/sweden>.
5. Statistiska centralbyrån. Levnadsförhållanden 1980-2016 – ett urval av indikatorer. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2018. Hämtad från: https://www.scb.se/contentassets/21dab51c868242c4800f01d58cbfc914/le0101_1980i16_sm_lebr1801.pdf.
6. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2010, framtidens folkhälsa – allas ansvar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d2edf20c6f846cd91a2f7d20361e200/r2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>.
7. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – årsrapport 2018 [publicerad 14 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2018/>
8. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(12):1401-7. DOI: 10.1093/ntr/ntw266
9. Regeringens skrivelse 2015/16:86. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Stockholm: Regeringen; 2016. Hämtad från: https://www.regeringen.se/491aa1/contentassets/0cb3c9b3b28b49678a7205a3672b3e85/en-samlad-strategi-for-alkohol-narkotika--dopnings--och-tobakspolitiken-20162020-skr.-2015_16-86.pdf.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>.

35. Tobaksanvändning bland gravida kvinnor

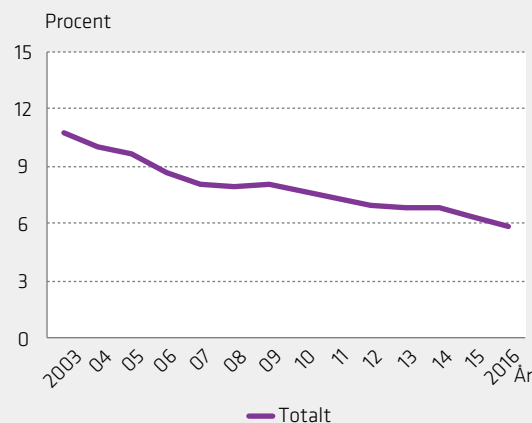
Användning av tobak under graviditeten innebär hälsorisker både för fostret och för den gravida kvinnan. Tobaksrökning under graviditeten ger en ökad risk för moderkaksavlossning, försämrad fostertillväxt och för tidig födsel av barnet (1, 2). Ett flertal studier har även visat en ökad risk för plötslig spädbarnsdöd om kvinnan rökt under sin graviditet (3, 4). Rökning under graviditeten är också associerad med hälsorisker senare i barndomen, till exempel försämrad lungfunktion (5) och en ökad risk för astma (6). Även snusning under graviditeten har visats ge en ökad risk för negativa graviditetsutfall som för tidig födsel och minskad födelsevikt (7).

Indikatorn Tobaksanvändning bland gravida visar andelen kvinnor som uppger att de dagligen röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12, vid inskrivning inom mödrahälsovård, vilket också är den indikator som används i den här rapporten. Tobaksanvändningen mäts också i graviditetsvecka 32. Data baseras på journaluppgifter. Socialstyrelsen ansvarar för Medicinska födelseregistret, ett nationellt hälsodataregister som innehåller journaluppgifter om så gott som samtliga graviditeter som lett till förlossning.

Färre röker under tidig graviditet men fortsatt lokala och regionala skillnader och koppling till kort utbildning

Andelen kvinnor som använder cigaretter eller snus i tidig graviditet har minskat i Sverige sedan i början av 2000-talet (Diagram 141). Minskningen handlar främst om rökning. Gravida kvinnors snusvanor har i princip varit oförändrade sedan år 2000. År 2016 låg andelen som uppger att de snusar under 2 procent i alla åldersgrupper (8). Andelen gravida kvinnor som uppger att de röker vid inskrivning i mödrahälsovården har minskat från drygt 30 procent i början av 1980-talet, till mindre än 5 procent år 2016 (8).

DIAGRAM 141 – RIKET: Andel kvinnor som röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Minskningen har skett i alla åldersgrupper, men en större andel yngre kvinnor uppgav rökning tidigt i sin graviditet. Bland kvinnor under 20 år rökte 14 procent och bland kvinnor 20–24 år rökte 9 procent år 2016. Även senare i graviditeten (vecka 30–32) rökte en större andel kvinnor i de yngre åldersgrupperna (8).

Rökning under graviditeten skiljer sig åt mellan kvinnor med olika utbildningsnivå. En större andel kvinnor med endast grundskoleutbildning rökte tidigt i graviditeten (14 procent), jämfört med kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning där 7 respektive 2 procent rökte år 2016. En större andel kvinnor med högre utbildning slutar också att röka under sin graviditet (8). Kvinnornas ålder kan påverka fördelningen – de yngre gravida kvinnorna kanske inte ännu har hunnit skaffa sig en längre utbildning. Liknande mönster med en lägre andel som röker dagligen i grupper med högre utbildning ses dock i hela populationen.

Andelen kvinnor som uppger att de använder tobak tidigt i graviditeten varierar mellan länen, från 4 procent som lägst, till 8 procent som högst (Diagram 142). I ett fåtal regioner (Jämtland Härjedalen, Västerbotten, Väster-norrland och Norrbotten) är andelen gravida

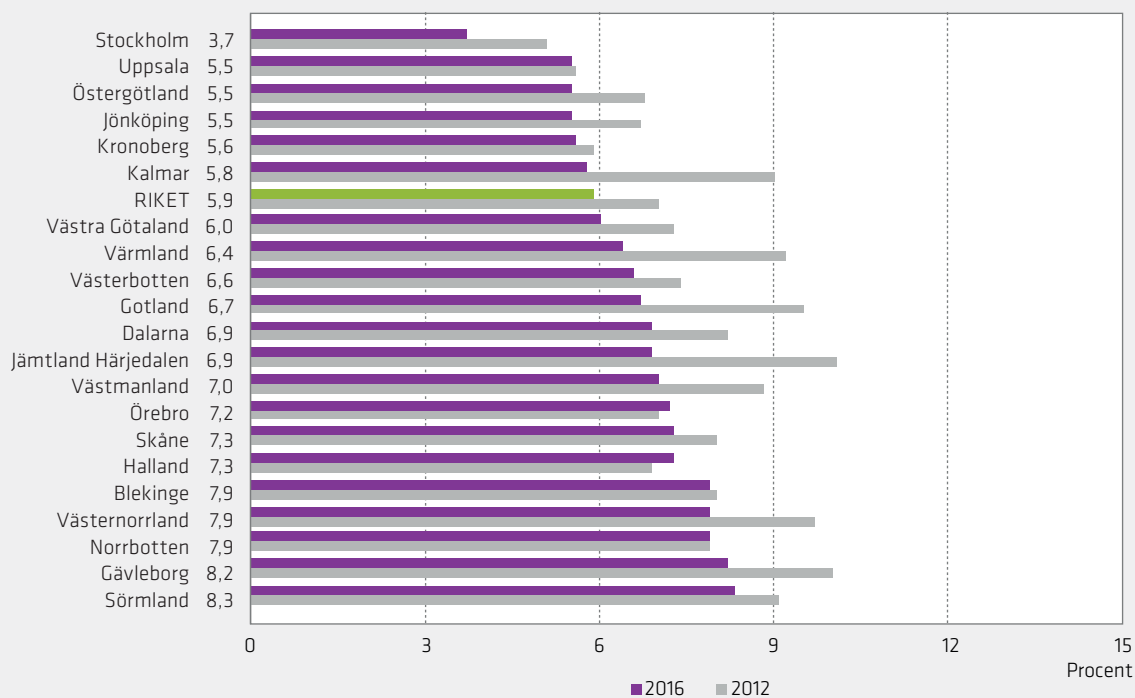
kvinnor som använder snus större än andelen som röker (8).

Större skillnader finns i tobaksanvändning hos gravida mellan olika kommuner än mellan olika län. Men eftersom många kommuner har en liten befolkning bör man vara försiktig med att jämföra olika kommuner, eftersom små skillnader i absoluta tal kan ge relativt stora procentuella skillnader (Diagram 143).

Det här kan regioner göra

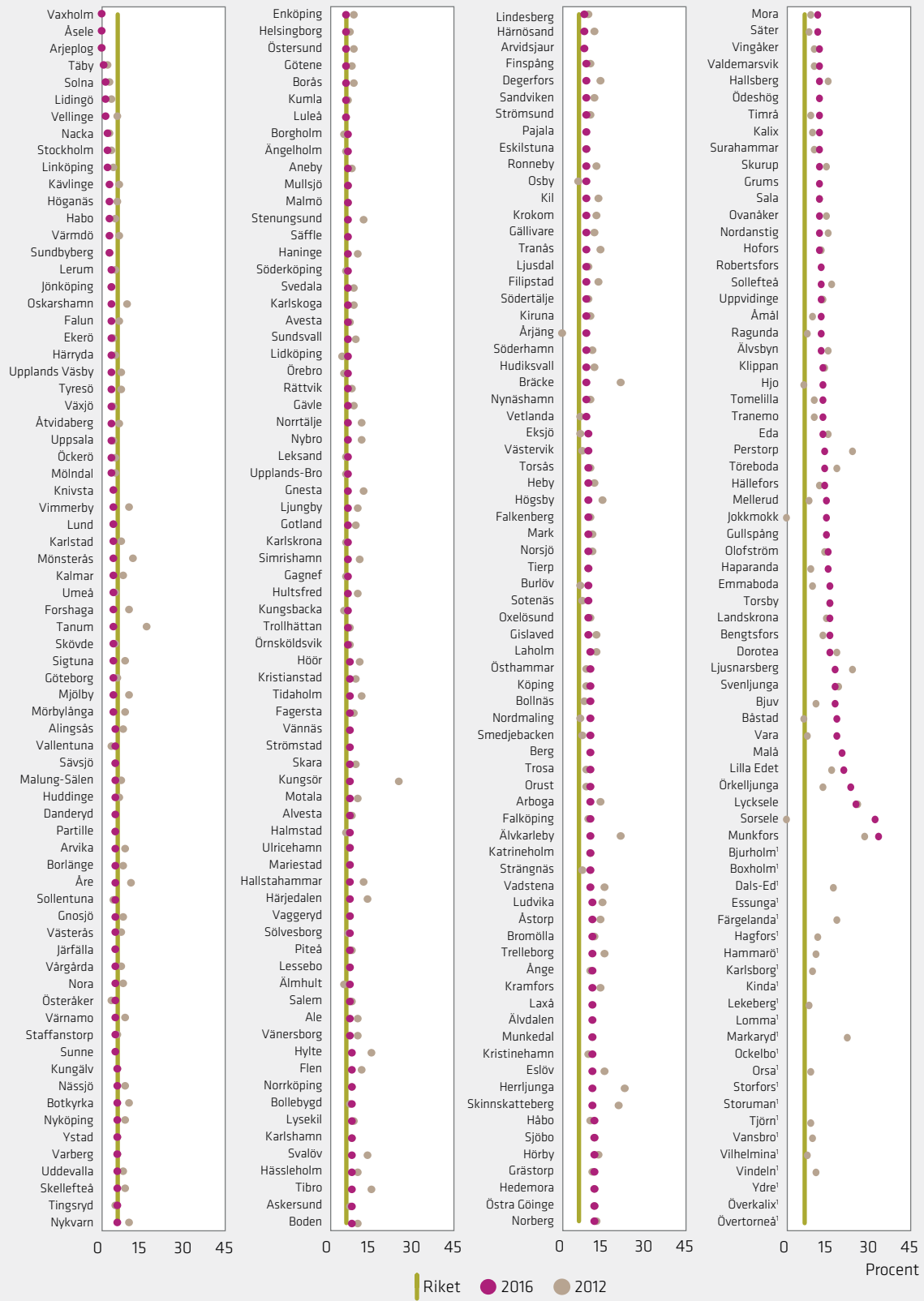
Mödrahälsovården är en arena för tobaksförebyggande arbete riktat till gravida eftersom i stort sett alla blivande föräldrar besöker en barnmorska vid flera tillfällen under graviditeten. Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att föra rådgivande samtal med gravida kvinnor om tobakens och nikotinets risker (9) och erbjuda stöd för tobaksavvänjning (10).

Diagram 142 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel kvinnor som röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12, 2016.



Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 143 – KOMMUNER: Andel kvinnor som röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12, 2016.



Referenser

1. Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C, Duijts L, Jaddoe VW, Den Dekker HT, et al. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0170946. DOI: 10.1371/journal.pone.0170946
2. Mund M, Louwen F, Klingelhofer D, Gerber A. Smoking and pregnancy--a review on the first major environmental risk factor of the unborn. Int J Environ Res Public Health. 2013;10(12):6485-99. DOI: 10.3390/ijerph10126485
3. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. Thorax. 1997;52(11):1003-9. DOI: 10.1136/thx.52.11.1003
4. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. Rev Environ Health. 2006;21(2):81-103. DOI: 10.1515/REVEH.2006.21.2.81
5. Moshhammer H, Hoek G, Luttmann-Gibson H, Neuberger MA, Antova T, Gehring U, et al. Parental smoking and lung function in children: an international study. Am J Respir Crit Care Med. 2006;173(11):1255-63. DOI: 10.1164/rccm.200510-1552OC
6. Neuman A, Hohmann C, Orsini N, Pershagen G, Eller E, Kjaer HF, et al. Maternal smoking in pregnancy and asthma in preschool children: a pooled analysis of eight birth cohorts. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186(10):1037-43. DOI: 10.1164/rccm.201203-0501OC
7. Folkehelseinstituttet. Helserisiko ved bruk av snus. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Hämtad från: <https://www.fhi.no/publ/2014/helserisiko-ved-bruk-av-snus/>
8. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-1-6>
9. Socialstyrelsen. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd - En vägledande skrift för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-3>
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-24>

Alkoholvanor

36. Riskkonsumtion av alkohol

Alkohol är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsbördan i Sverige och beräknas kosta samhället flera miljarder kronor varje år (1, 2). Alkohol kan orsaka fysiska, psykiska och sociala skador, exempelvis cancer, lever sjukdom, substansbrukssyndrom, suicid, fallolyckor, skilsmässa och arbetsförlust (3, 4). Det har beräknats att ett av fem barn växer upp i ett hem med minst en vuxen med riskkonsumtion av alkohol, och att 2,5–3,7 procent av alla barn under 18 år har en förälder som vårdats för missbruk eller beroende av alkohol (5, 6).

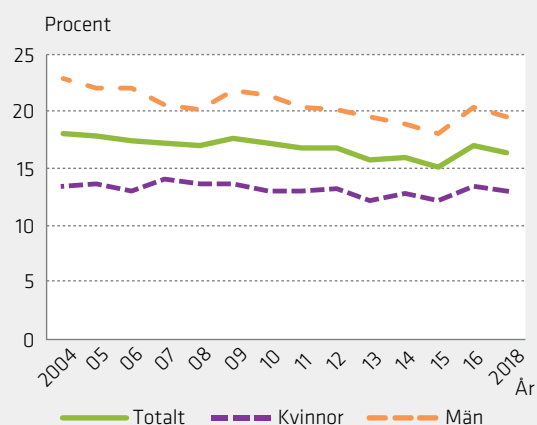
Indikatorn Riskkonsumtion av alkohol visar andelen individer i åldrarna 16–84 år vars uppgivna konsumtion av alkohol medför en ökad risk för alkoholrelaterade skador. Uppgifterna kommer från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. I dessa undersökningar används Alcohol Use Disorders Identification Test-C (AUDIT-C) (7). Testet består av tre frågor om hur ofta personen som svarar på testet dricker alkohol, hur mycket hen dricker en typisk dag när hen dricker alkohol och hur ofta hen dricker 6 standardglas alkohol eller fler vid ett och samma tillfälle. Varje fråga kan ge maximalt 4 poäng och gränsen för riskkonsumtion av alkohol har satts till 6 poäng totalt för män och 5 poäng totalt för kvinnor. För resultat

på kommunnivå används även uppgifter från undersökningen Liv & hälsa, regionerna i Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro. Resultat för riskkonsumtion i Liv & Hälsa har räknats om i den här rapporten, för att vara jämförbara med Hälsa på lika villkor. Det innebär att värdena kan vara något högre jämfört med värden som presenteras i rapporter från Liv & hälsa.

Färre unga riskkonsumerar alkohol men fortsatt stora skillnader mellan kommuner

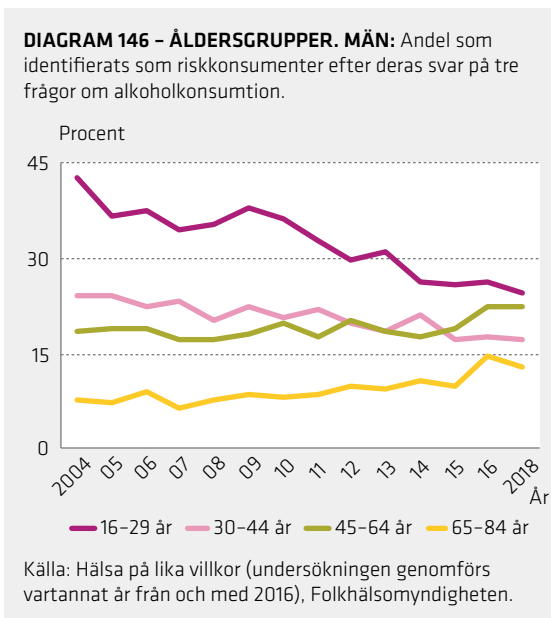
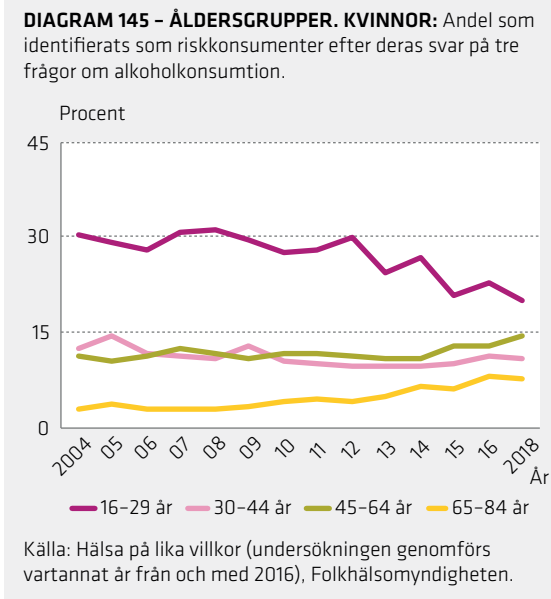
Andelen med riskkonsumtion av alkohol är 13 procent bland kvinnor och 20 procent bland män år 2018 (Diagram 144).

DIAGRAM 144 – RIKET: Andel som identifierats som riskkonsumerare efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (undersökningen genomförs vartannat år från och med 2016), Folkhälsomyndigheten.

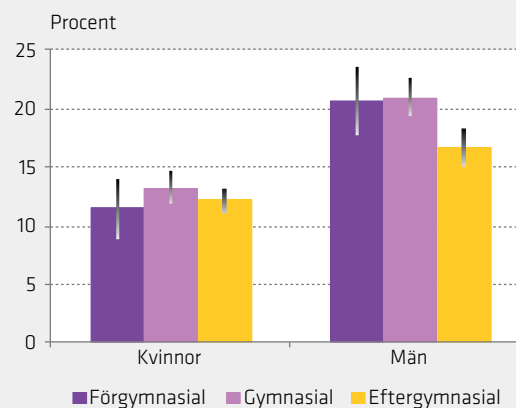
Andelen är störst i åldersgruppen 16–29 år och minst i gruppen 65–84 år för både kvinnor (Diagram 145) och män (Diagram 146). I den yngre gruppen minskade andelen med riskkonsumtion av alkohol under perioden för både kvinnor och män, medan den ökade i den äldre gruppen.



Resultaten visar inte samma socioekonomiska skillnader (utbildningsbakgrund) som

för många av de andra indikatorerna (Diagram 147). Det finns inga skillnader bland kvinnor med olika utbildningsbakgrund. Bland män är det de med eftergymnasial utbildning

DIAGRAM 147 – UTBILDNING. RIKET: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 35–74 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

som har lägst riskkonsumtion (Diagram 147). Det finns skillnader i riskkonsumtion mellan olika regioner och mellan kommuner. Det skiljer 8 procentenheter mellan de regionerna med störst respektive minst andel för både kvinnor (Diagram 148) och män (Diagram 149).

Kommunresultatet inkluderar både kvinnor och män, och det skiljer 17 procentenheter mellan de kommuner som har störst respektive minst andel (Diagram 150). Mönstren indikerar att störst andel med riskkonsumtion av alkohol finns i *storstäder och storstadsnära kommuner*, men även i *landsbygdskommuner med besöksnäring*, jämfört med övriga kommungrupper.

Det här kan regioner och kommuner göra

Regeringen har beslutat om en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT) 2016–2020. Strategin har fokus på jämlikhet i hälsa och att skydda barn och unga mot deras eget och andras skadliga

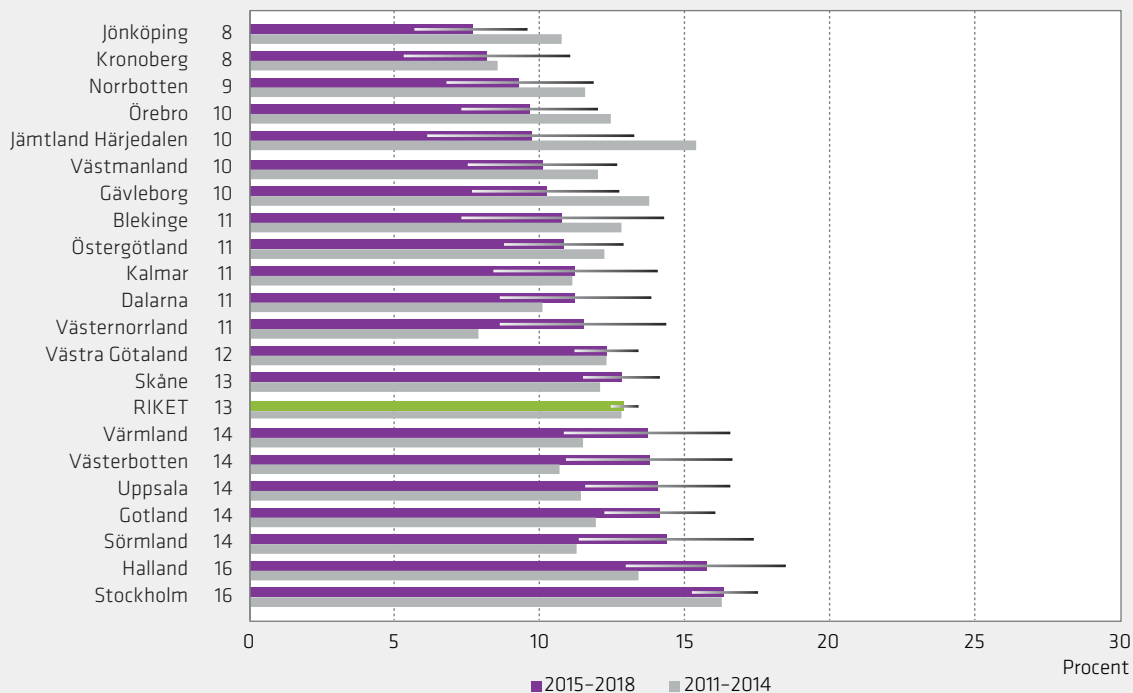
bruk av ANDT. Länsstyrelserna har en central, samordnande roll i det förebyggande arbetet. Kommunerna och regionerna har huvudansvaret för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på lokal nivå (8).

Exempel på kommunernas insatser är att utöva tillsyn över serveringsställen och detaljhandelsställen för folköl, arbeta för en aktiv fritid och trygg skolmiljö, samt riktade insatser för

sårbara grupper. Ungefär 60 procent av kommunerna vidtog någon åtgärd för att minska langning av alkohol till minderåriga (9).

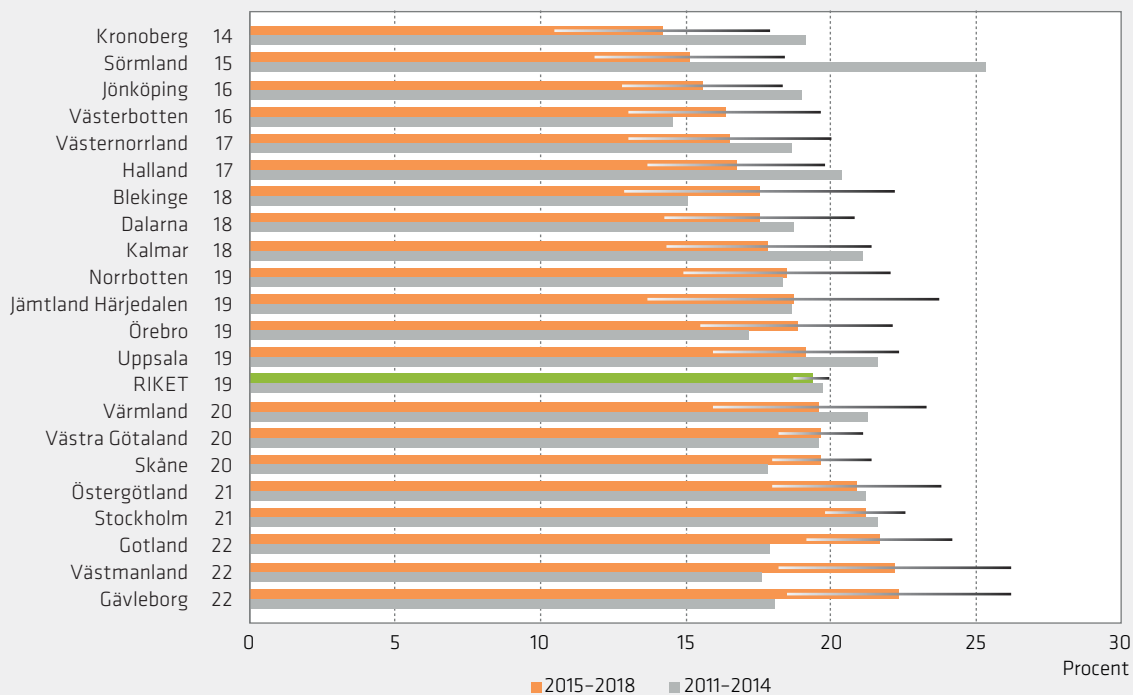
I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, finns rekommendationer om hur hälso- och sjukvården kan stödja patienter att förändra levnadsvanor som riskbruk av alkohol (10).

DIAGRAM 148 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 16–84 år, 2015–2018.



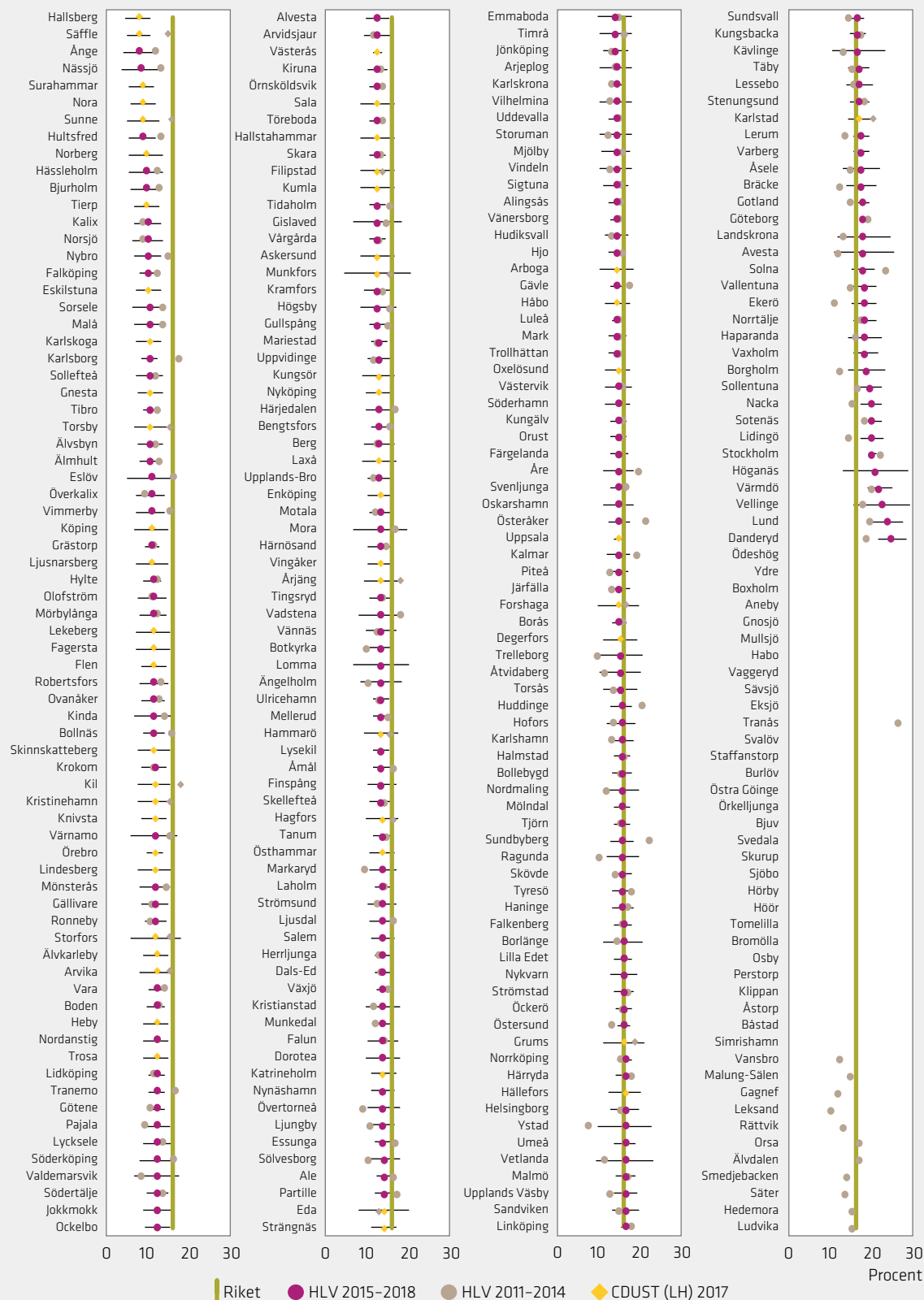
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 149 – LÄN/REGIONER. MÄN: Andel som identifierats som riskkonsumenter av alkohol efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 16–84 år, 2015–2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 150 – KOMMUNER: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16–84 år. Liv & Hälsa (LH), 18–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor (HLV) inklusive tilläggsurval, Folkhälsomyndigheten och Liv & hälsa (LH), Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro.

Värden med färre än 100 svarande visas ej

Referenser:

1. Collaborators GBDRE. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
2. Regeringen. Missbruket, Kunskapen, Vården – missbruksutredningens forskningsbilaga. SOU 2011:6. 2011. Stockholm; 2011. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b6a2/contentassets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/missbruket-kunskapen-varden-hela-dokumentet-sou-20116>.
3. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
4. World health organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva; 2018. Hämtad från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.
5. Statens folkhälsoinstitut. Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem - omfattning och analys. ISBN 978-91-7257-576-9. Östersund; 2008.
6. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Föräldrar i missbruks och beroendevård – en kartläggning av hur deras föräldraskap fungerar. Stockholm; 2014. ISBN: 978-91-7278-250-1. Hämtad från: <https://www.can.se/contentassets/a98da4e047384c8c9545107178012490/rapport-nr-147-web.pdf>.
7. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998;158 (16):1789-95.
8. Regeringens skrivelse 2015/16:86. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Stockholm: 2016. Hämtad från: https://www.regeringen.se/491aa1/contentassets/0cb3c9b3b28b49678a7205a3672b3e85/en-samlad-strategi-for-alkohol--narkotika--dopnings--och-tobakspolitiken-20162020-skr.-2015_16-86.pdf.
9. Folkhälsomyndigheten. ANDT-förebyggande aktiviteter i kommunerna 2011-2016. Östersund. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f9d21a5a41c04c71879218ad5a888b07/andt-forebyggande-aktiviteter-kommunerna-2011-2016-blad-3.pdf>.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. ISBN: 978-91-7555-470-9. 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>.

Patientrapporterade erfarenheter

37. Patienter som diskuterat levnadsvanor med primärvården

Sjukdomsbördan är ett mått som WHO har tagit fram för att kunna jämföra och följa de sjukdomar som leder till mest ohälsa, och de riskfaktorer som har betydelse för sjukdomsutvecklingen. En stor del av den samlade sjukdomsbördan kan tillskrivas fyra levnadsvanor: tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol samt ohälsosamma matvanor (1).

Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och förekommer oftare hos till exempel personer med kort utbildning. Dessutom samvarierar de med andra socioekonomiska bakgrundsfaktorer.

Levnadsvanor grundläggs tidigt i livet och hälsosamma levnadsvanor bör påbörjas under barnens uppväxttid. Utöver hemmet kan även skolan och fritidsaktiviteter spela en viktig roll för att skapa goda levnadsvanor.

I primärvårdens uppdrag ingår att följa hälsan i befolkningen samt arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) pekar på att antalet cancerfall kan fördubblas fram till år 2030, och föreslår att ett av målen för att förebygga insjuknande i cancer bör vara att till exempel primärvårdsenheter ska erbjuda rökavvänjning (2).

Indikatorn mäter hur många patienter som haft ett samtal om minst en levnadsvana i samband med ett läkarbesök i primärvården de senaste 6 månaderna. Resultatet kommer från Nationell patientenkät 2017.

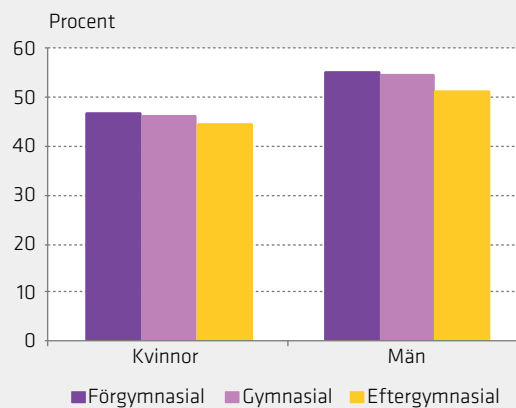
Svag minskning av patienter i primärvården diskuterar levnadsvanor men med regionala skillnader

En större andel män (53 procent) än kvinnor (45 procent) uppgav att de diskuterat en eller flera levnadsvanor (tobak, alkohol, motion eller matvanor) med en läkare eller annan vårdpersonal under de senaste 6 månaderna. Det är

mindre vanligt förekommande i gruppen med eftergymnasial utbildning, jämfört med övriga utbildningsgrupper (Diagram 151).

Andelen som diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal under de senaste 6 månaderna varierar mellan regioner för kvinnor 41–51 procent (Diagram 152), och för män 44–59 procent (Diagram 153). Även om det finns skillnader mellan regioner, tycks utvecklingen i riket vara en svag minskning i andelen patienter som diskuterat levnadsvanor. Resultaten för samtliga regioner visar samma mönster för könsskillnader som i riket.

DIAGRAM 151 - UTBILDNING. RIKET: Andel patienter som svarat "Ja" på frågan: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor; tobak, alkohol, motion eller matvanor med dig?, 2017.



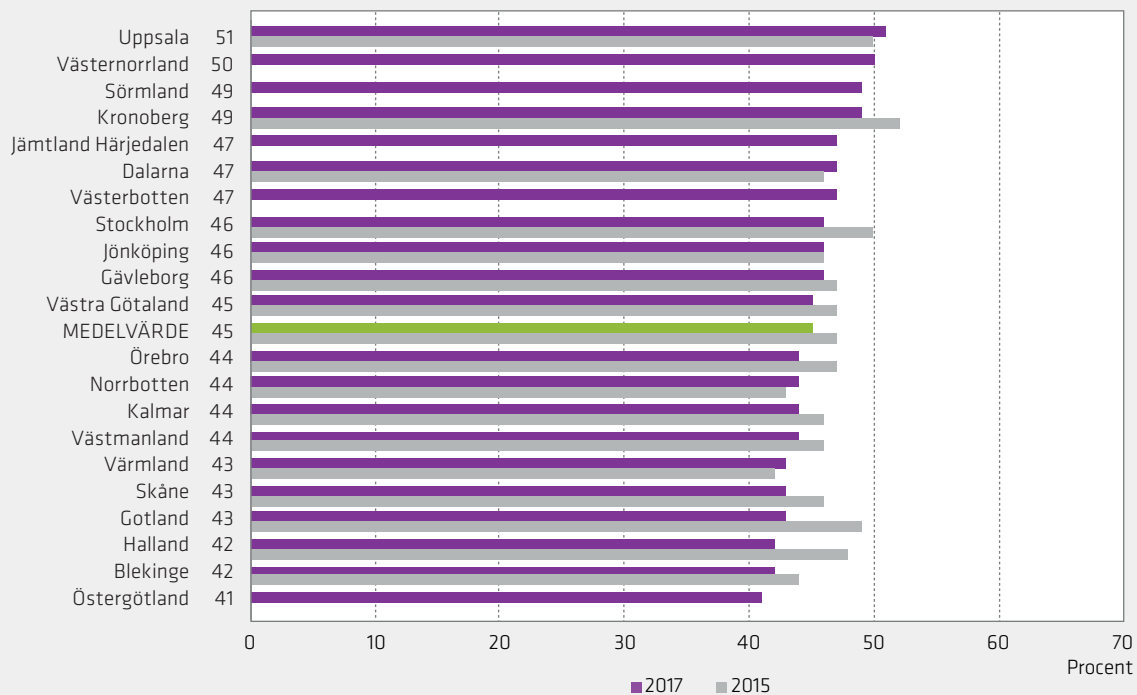
Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Det här kan kommuner och regioner göra

Hälso- och sjukvården bör beakta levnadsvanor i kontakterna med personer som söker vård, och Socialstyrelsen rekommenderar att man erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja de patienter som behöver ändra sina levnadsvanor.

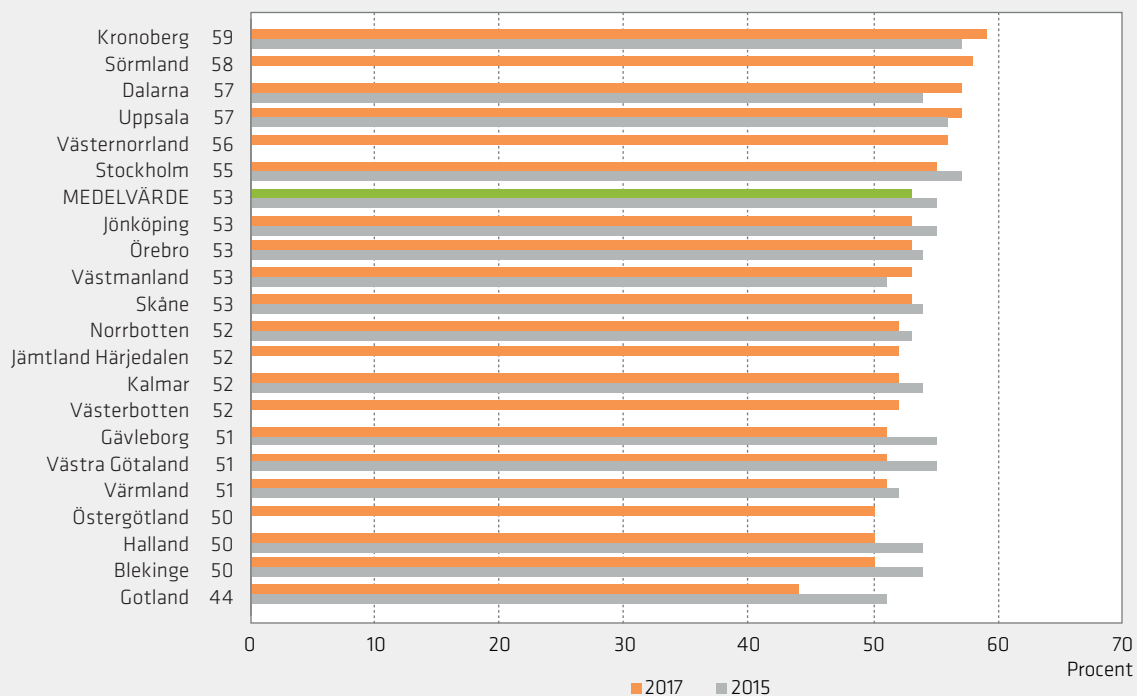
Ett sådant samtal kan exempelvis handla om rökning, den levnadsvana som bidrar mest till ohälsa och för tidig död. Det är också angeläget att patienter som ska opereras eller redan har en sjukdom som är relaterad till rökning, får stöd att sluta röka för att inte försämra sin hälsa ytterligare.

DIAGRAM 152 - LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel patienter som svarat "Ja" på frågan: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor; tobak, alkohol, motion eller matvanor med dig?, 2017.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 153 - LÄN/REGIONER. MÄN: Andel patienter som svarat "Ja" på frågan: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor; tobak, alkohol, motion eller matvanor med dig?, 2017.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Referenser

1. Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - Stöd för styrning och ledning. 978-91-86885-66-3. Västerås: Socialstyrelsen; 2011
2. Frågor om levnadsvanor i vården, Resultat från Nationell patientenkät 2015 och 2017, ISBN: 978-91-7164-708-5. SKL; 2011

Sexuell hälsa

38. Gynekologisk cellprovtagning

Humant papillomvirus (HPV) är en mycket smittsam sexuellt överförbar infektion, och de flesta människor infekteras med en eller flera olika typer av viruset någon gång i livet. Infektionen läker vanligen ut av sig själv men kan om den kvarstår leda till olika typer av cancer, beroende på HPV-typ (1). HPV-typerna 16 och 18 är de vanligaste högrisktyperna för cancer, och orsakar omkring 70 procent av alla fall av livmoderhalscancer (2). Gynekologisk cellprovtagning genom screening infördes i alla regioner 1966–1977. Avsikten med screeningprogrammet är att hitta och behandla förstadier till livmoderhalscancer, för att förebygga utveckling till cancer. Livmoderhalscancer har minskat i Sverige, men det finns fortsatt regionala skillnader (3).

Det finns tre olika vacciner mot HPV-infektion. De ger över 90 procents skydd mot de HPV-typer vaccinerna innehåller, om man inte blivit smittad före vaccinationen. HPV-vaccin erbjuds idag inom det allmänna vaccinationsprogrammet till flickor i årskurs 5 eller 6, och kompletterande vaccination ska erbjudas flickor upp till 18 år (4). Folkhälsomyndigheten föreslår att även pojkar ska vaccineras mot HPV i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn (5). Statistik för HPV-vaccinationer publiceras årligen på Folkhälsomyndighetens webbplats (6). Vaccinerna läker inte ut en pågående infektion eller redan etablerad cellförändring. De kvinnor som vaccinerats kallas därför fortsatt till gynekologiska cellprov, eftersom vaccinerna inte heller skyddar mot alla HPV-typer som kan leda till cancer (7).

Socialstyrelsen har en ny rekommendation för cellprovtagning. Det föreslagna programmet innebär att alla kvinnor 23–64 år erbjuds cellprov för cytologi eller HPV med 3–7 års intervall, med avsikt att upptäcka markörer för att utveckla livmoderhalscancer, förstadier

till livmoderhalscancer eller livmoderhalscancer. Programmet innebär sammanlagt 12 provtagningstillfällen med en utvidgad övre åldersgräns till 70 år beroende på intervall till föregående prov (7, 8). Sveriges nationella cancerstrategi (SOU 2009:11) anger att målet för täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning bör vara 85 procent.

Forskning visar att med cellprov för att analysera HPV kan fler fall upptäckas tidigare (2, 3, 8). Utifrån den nya rekommendationen och det nya vårdprogrammet började HPV-screening införas år 2017 i hela landet. Socialstyrelsen planerar en utvärdering av screeningprogrammet cirka år 2020 (7, 8).

Indikatorn visar täckningsgrad vid gynekologisk cellprovtagning, som beräknas utifrån andelen kvinnor i en viss åldersgrupp bosatta i en viss geografisk region som har tagit ett gynekologiskt cellprov under en definierad tidsperiod (t.ex. 3, 5 eller 7 år). Eftersom täckningsgraden omfattar en lång tidsperiod kommer beräkningen under flera år att påverkas av omställningen till de nya rekommendationerna (3, 7, 8).

Hög täckningsgrad för cellprov men regionala skillnader finns

Täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning har ökat sedan 2011 och var som allra högst 2017 (3). Då uppfylldes rekommendationen om en täckningsgrad på 85 procent, när man ser till det totala antalet gynekologiska cellprover tagna i Sverige (inklusive HPV-tester). Andelen prov på kvinnor 23–70 år var 97 procent, och i åldrarna 23–60 år 90 procent. Men andelen cellprov som togs inom det organiserade gynekologiska cellprovtagningsprogrammet i åldrarna 23–70 år var lägre, 70 procent (3).

Det finns skillnader mellan regionerna: täckningsgraden varierade mellan 71 och 93 procent (Diagram 154). Om man ser till hela åldersgruppen 23–60 år hade elva regioner en täckningsgrad på 85 procent eller mer. Riksgenomsnittet ligger på 83 procent i gruppen

23–60 år (motsvarande siffra för 23–70 år är 76 procent) (3). En klar majoritet av länen har ökat sin täckningsgrad i åldrarna 23–60 år 2017 jämfört med år 2013 (Diagram 154).

Det här kan regioner göra

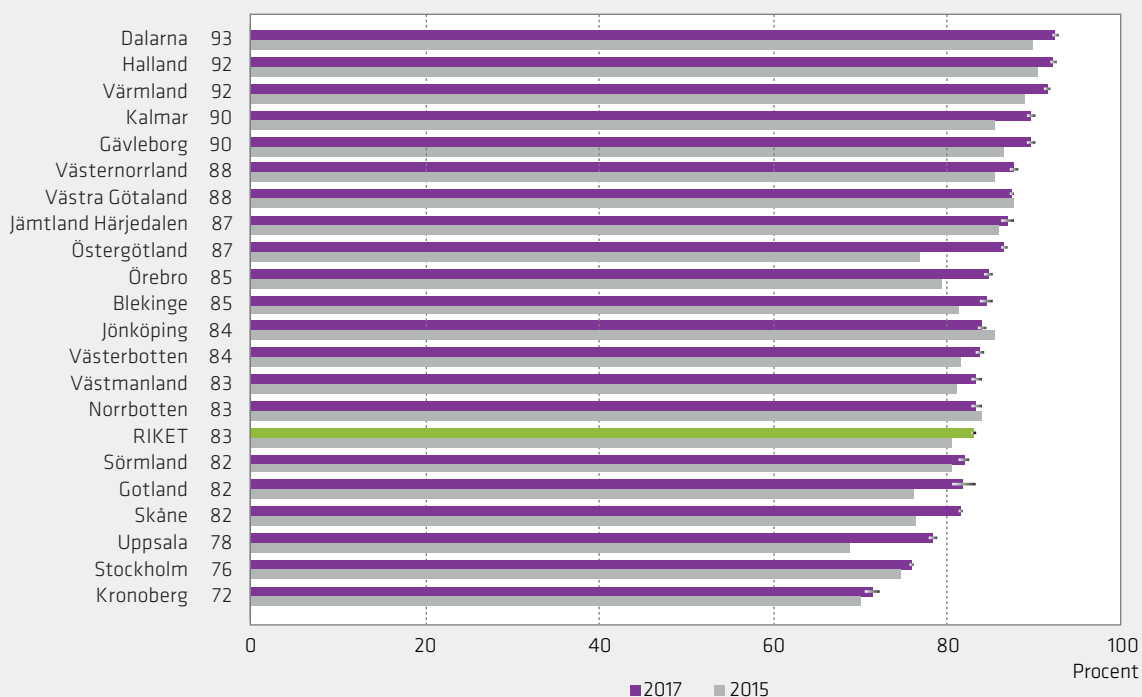
För att öka täckningsgraden av organiserad cellprovtagning behöver alla kvinnor nås. Vissa grupper kan behöva särskilt stöd för att kunna genomföra provtagningen exempelvis kvinnor med funktionsnedsättning kan behöva ledsagning till och från mottagningen. Kvinnor som uteblir från provtagning kan exempelvis

få påminnelser per brev eller via telefon från regionen. Möjlighet till självprovtagning för kvinnor som uteblivit från screening har också visat sig effektivt.

Andra åtgärder kan vara riktade informationsinsatser till områden med låg täckningsgrad genom lokala informationskanaler och etablerade institutioner, liksom generell information och marknadsföring.

Avgiftsfria provtagningar och kallelser med information på andra språk än svenska kan ha effekt, även om dessa åtgärder inte har verifierats på samma sätt som övriga (3, 7).

DIAGRAM 154 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning inom rekommenderade intervall, 2017.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsinformation HPV infektion 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hpv-infektion/>.
2. Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. Screening för livmoderhalscancer med HPV-test. En systematisk litteraturoversikt 2015. Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/645121099c604aa2885275552498dff7/screening_livmoderhalscancer_hpv-test_2015.pdf.
3. Joakim Dillner. Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx) 2018 [Hämtad från: http://www.nkcx.se/templates/_rsrapport_2018.pdf].
4. Folkhälsomyndigheten. Vaccination av barn och ungdomar. Vägledning för vaccination enligt föreskrifter och rekommendationer. Andra utgåvan, 2017-01-25 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/fb2c5b1527af4f0491691f56e8a926a9/vaccination-av-barn-och-ungdomar-vagledning-2016.pdf>.
5. Folkhälsomyndigheten. Beslutsunderlag om HPV-vaccination av pojkar i det nationella vaccinationsprogrammet [Elektronisk resurs]: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b207f5dd619b47f49931e190051e768e/beslutsunderlag-hpv-vaccination-pojkar-nationella-vaccinationsprogrammet.pdf>.
6. Folkhälsomyndigheten. Statistik för HPV-vaccinationer inom barnvaccinationsprogrammet. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-hpvvaccinationer/>.
7. Regionalt cancercentrum väst. Nationellt vårdprogram Cervixcancerprevention samt införande av screeningrekommendationer, 2017. Hämtad från: www.cancercentrum.se.
8. Socialstyrelsen. Screening för livmoderhalscancer : rekommendation och bedömningsunderlag [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2015. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19873/2015-6-39.pdf>

39. STI-testning – klamydia

Vid sexuella handlingar mellan två eller flera personer kan sexuellt överförda infektioner (STI) överföras. Testning av den sexuellt överförda infektionen klamydia har över tid använts som en indikator för oskyddat sex (1). Klamydia orsakas av en bakterie som kan finnas i urinröret samt i ändtarmen eller svalget på män och kvinnor. Hos kvinnor kan den även finnas i slidan och livmoderhalsen. Den överförs relativt lätt vid vaginalt och analt samlag utan kondom (2). Klamydia är en infektion som lyder under smittskyddslagen (2004:168). Den klassas som allmänfarlig sjukdom, och inträffade fall anmäls, anonymt med kod, till smittskyddsläkaren i regionen samt Folkhälsomyndigheten. Förekomsten av klamydia genom testning indikerar hälsoläget inom området sexuell hälsa framförallt bland unga 15–29 år.

Sexuellt risktagande i form av oskyddat sex utan kondom samvarierar med många socioekonomiska faktorer, såsom uppväxtförhållanden och utbildningsbakgrund, konsumtion av alkohol, bruk av droger samt sexuell debut före 15 år (3-5). Det innebär att den sociala gradienten, det vill säga systematiskt ojämlika förutsättningar i människors sociala liv, påverkar även den sexuella hälsan (6, 7). Bland unga som var omhändertagna av socialtjänsten och placerade på ett boende inom Statens institutionsstyrelse (SiS), hade haft tre oskyddade sexuella kontakter under det senaste året, jämfört med en (1) oskyddad kontakt bland övriga unga i befolkningen. Trots att de flesta anger kondom som en tänkbar preventivmetod, så är det bara knappt två av tio som säger att de använde kondom vid det senaste sextillfället. Exempelvis uppgav 90 procent bland kvinnor 16–29 år att de kunde föreslå kondom vid senaste sextillfället, jämfört med 69 procent bland

tjejer i samma ålder. Unga inom SiS förefaller att förhandla om kondom utifrån stereotypa föreställningar om könsroller (8). Även erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja och sex mot ersättning är riskfaktorer (9, 10).

Inom långsiktiga kommunala, regionala och nationella program är sexuell hälsa ett område inom utbildning, hälso- och sjukvård och socialtjänst (5). För att främja både generell och sexuell hälsa bör arbetet vara baserat på likabehandling och icke-diskriminering (1, 5, 11-14).

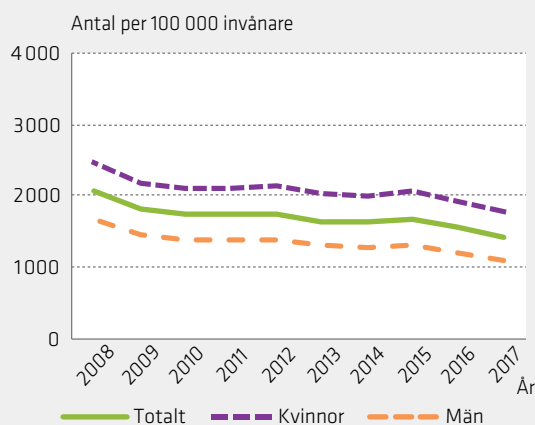
Klamydia minskar i regionerna men fler unga män behöver testa sig

Den epidemiologiska övervakningen av klamydiafall har under de senaste 9 åren visat en svag men stabil minskning både bland kvinnor och män, särskilt inom gruppen 15–29 år i riket (13). Av dem som diagnostiserats med klamydia var det 2017 vanligast bland kvinnor i åldersgrupperna 15–19 år och 20–24 år samt bland män i åldersgrupperna 20–24 år och 25–29 år (13). Under 2017 var medianåldern 22 år för kvinnor. För män som fått infektionen via heterosexuell kontakt var medianåldern 24 år och för män som smittats genom sex med män (MSM) 32 år.

Åttio procent av alla rapporterade klamydiafall finns i åldrarna 15–29 år men incidensen har de senaste åren minskat även i den åldersgruppen (Diagram 155).

Majoriteten är kvinnor av det totala antalet rapporterade fall, liksom i gruppen 15–29 år. Det kan delvis förklaras av att det är mer än dubbelt så stor andel kvinnor (67 procent) som testar sig för klamydia jämfört med män (33 procent). Av dem som testat sig var andelen som hade klamydia 1,6 gånger så hög bland män som kvinnor år 2016 (13).

DIAGRAM 155 – RIKET: Antal fall av klamydiainfektion per 100 000 invånare, 15– 29 år.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Klamydia har under de senaste 5 åren minskat i så gott som alla regioner (Diagram 156, 157). De regioner som 2013–2017 rapporterar störst minskning var Gotland, Blekinge och Västerbotten. Antalet rapporterade fall hänger samman med hur många tester som tas, och i vilken utsträckning risktagande personer väljer att testa sig. Eftersom fler kvinnor än män testar sig kan man misstänka att antalet fall bland män är underrapporterat i alla regioner. För en fullständig jämförelse mellan regionerna, behöver man också ta hänsyn till bakomliggande faktorer som ligger utanför det epidemiologiska övervakningssystemet, exempelvis förekomsten av mottagningar med generösa öppettider och drop-in-möjligheter.

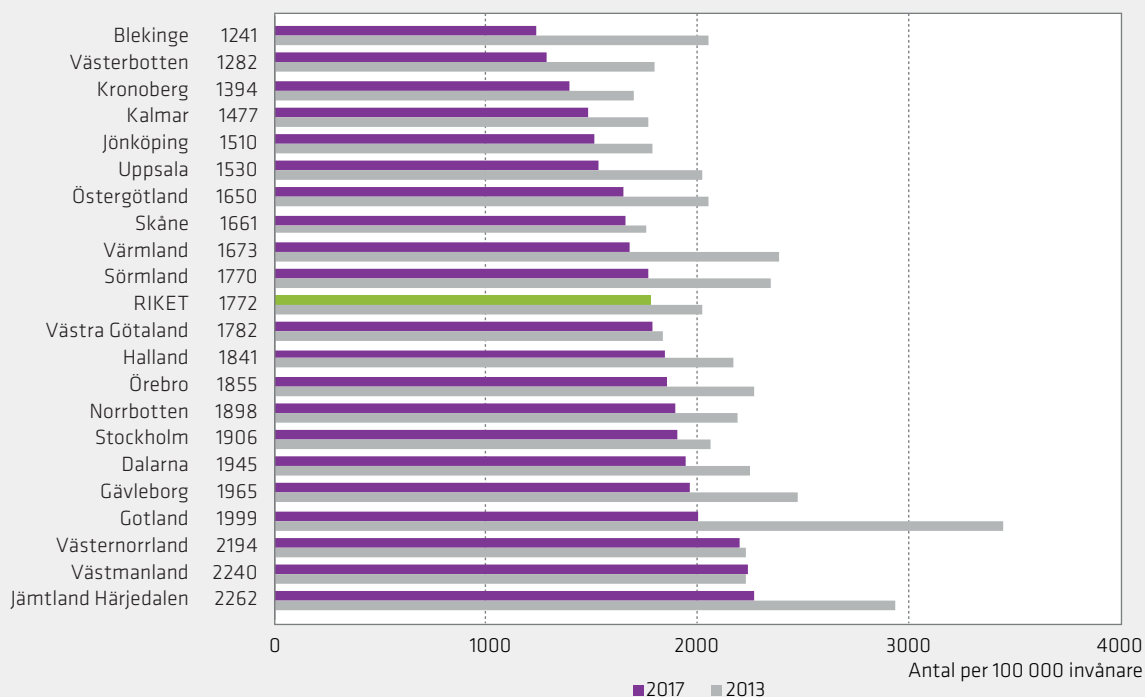
Det här kan regioner och kommuner göra

Det förebyggande arbetet mot sexuellt överförda infektioner riktas mot både individen, gruppen och samhället. Detta görs genom lagstiftning, skolbaserad sex- och samlevnadsundervisning enligt läroplanen och riktade insatser till unga, samt genom individuella besök och rådgivning inom hälso- och sjukvården, elevhälsan och ungdomsmottagningar.

Kvinnor testar sig ofta vid besök på ungdomsmottagningar och då i samband med andra besök, medan män i högre utsträckning än kvinnor testar sig i primärvården. Det är därför angeläget med ett utvecklingsarbete inom primärvården så att de som möter unga män har kompetens inom rådgivning, provtagning och samtal om området sexuell hälsa (1). Ungdomsmottagningarna behöver också arbeta aktivt för att nå fler unga män.

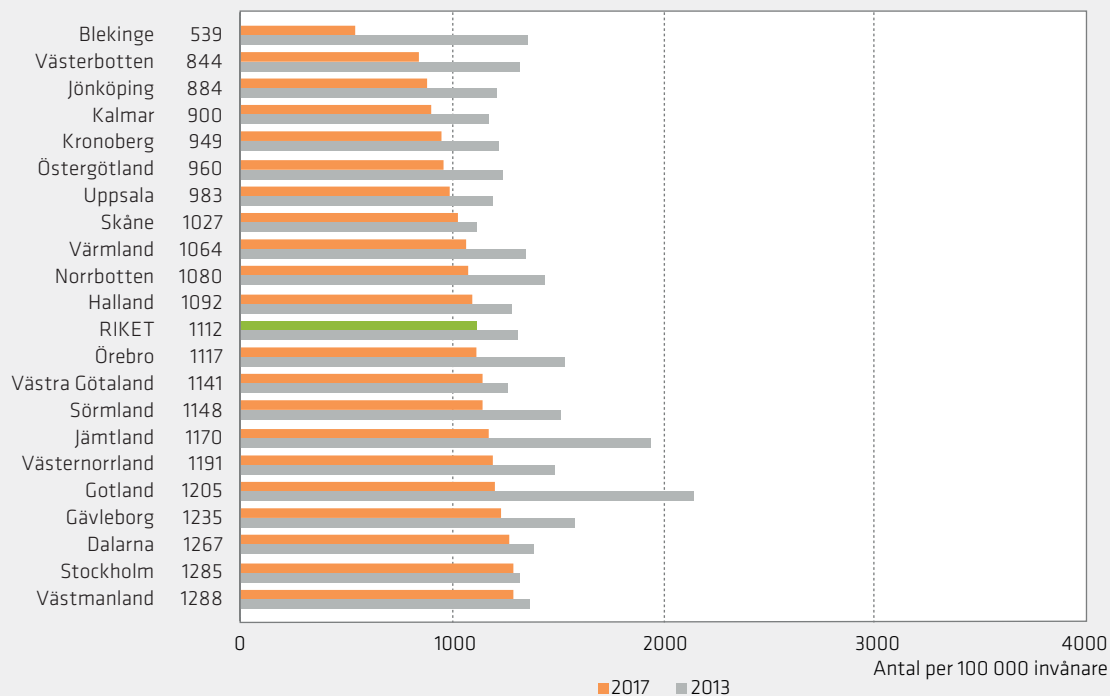
I vilken utsträckning män nås av förebyggande och behandlande insatser påverkar i hög grad den fortsatta utvecklingen. Gratis testning via internet har under senare år införts som ett komplement till den ordinarie provtagningsverksamheten inom hälso- och sjukvården i de flesta regioner, vilket har ökat möjligheten till lättillgänglig testning. Män testar sig på nätet mer än kvinnor (1). En nackdel med provtagning via nätet är att det saknas möjlighet till rådgivning och att ställa frågor.

DIAGRAM 156 – LÄN/REGIONER. KVINNOR: Antal fall av klamydia per 100 000 invånare, 15–29 år, 2017. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 157 – LÄN/REGIONER. MÄN: Antal fall av klamydia per 100 000 invånare, 15–29 år, 2017. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige. UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/>.
2. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsinformation om klamydiainfektion [Internet]. 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/klamydiainfektion-/>.
3. Tikkanen R, Abelsson J, Forsberg M. UngKAB09 – Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, 2011.
4. Skolöverstyrelsen. SAM 73-90 : Skolöverstyrelsens sex- och samlevnadsundersökning bland 17-åringar Stockholm: Skolöverstyrelsen, Elevvård och hälsoprogrammet, 1991.
5. Charlotte Deogan. Public Health Economics of chlamydia and other STIs - Aspects of risk, prevention and resources [Doctoral Thesis]. Solna: Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; 2013 https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41471/Deogan_Thesis.pdf?sequence=2.
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. The lancet. 2005;365(9464):1099-104.
7. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. In (Ed.), Social Determinants of Health. Oxford2005.
8. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa på statliga ungdoms- och LVM-hem. En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år. Solna: 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/>.
9. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård. [Internet]. Solna: 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6be84e4732334d259c3e8f0f01467c92/sexualitet-halsa-unga-unga-vuxna-statlig-institutionsvard-18053.pdf>.
10. Lindroth M, Tikkanen R, Löfgren-Mårtenson L. Unequal sexual health–Differences between detained youth and their same aged peers. Scandinavian journal of public health. 2013;41(7):722-8.
11. Folkhälsomyndigheten. MSM2013 – En studie om sex, hiv och hälsa bland män som har sex med män i Sverige. [Internet]. Solna: 2015. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4133e13e29204433a459d5ebbf0fcebe/msm2013-studie-sex-hiv-halsa-15139.pdf>.
12. Regeringen. Nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. [Internet]. Stockholm: 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2017/12/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-andra-smittsamma-sjukdomar/>.
13. Folkhälsomyndigheten. Klamydiainfektion 2017 [Internet]. 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/?t=com>.
14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Chlamydia - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data] [Internet]. 2016. Hämtad från: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-annual-epidemiological-report-2016-2014-data>.

Bilagor

Utvärderingar av tidigare Öppna jämförelser folkhälsa

Syftet med ÖJ folkhälsa är att stimulera till fördjupade diskussioner och analyser i arbetet med att utveckla folkhälsoinsatserna på lokal och regional nivå. ÖJ folkhälsa 2009 innehöll 21 indikatorer för områdena livsvillkor, levnadsvanor och hälsoeffekter. SKL:s utvärdering 2011 visade ett positivt mottagande av rapporten hos kommuner och regioner. Många utformade särskilda insatser för att kommunicera rapporten och hälften angav att samverkan mellan kommun och region fungerat bra. Rapporten hade däremot inte stimulerat till något mer omfattande förbättringsarbete.

I arbetet med att ta fram en ny ÖJ folkhälsa 2014 deltog representanter från regioner och kommuner i nätverk, där såväl politiker som tjänstemän var involverade i dialoger och förankring. Representanterna utvärderade nya möjliga indikatorer vilket resulterade i dubbelt så många (41) indikatorer, där de flesta tillkom inom området livsvillkor. Utvärderingen år 2017 visade att mer än hälften av alla kommuner, och

alla regioner utom två, hade använt resultaten som underlag till rapporter och i dialog med politiska nämnder och ledningsgrupper (1).

Bilagor och tilläggsprodukter till 2014 års rapport syftade till att stimulera läsarna till ytterligare analys av resultatet, bland annat genom en så kallad webbaserad ”verktygslåda” för stöd i analyser. Utvärderingen visade att dessa tilläggsprodukter hade använts relativt mycket, och ansågs vara till nytta i analysarbetet. Betydligt fler tyckte att rapporten stimulerat till förbättringsarbete – ungefär hälften av respondenterna tyckte att den hade gjort det i ganska hög utsträckning, men ansåg att det fanns ytterligare behov av stöd för analys (1).

Den webbaserade verktygslådan kom till stor nytta och uppdateras löpande. Flera workshops har genomförts som stöd för det lokala och regionala analysarbetet. Resultaten från utvärderingen ligger även till grund för ÖJ folkhälsa 2019, och så många av indikatorerna som möjligt används i denna rapport.

Referens

1. Sveriges Kommuner och Landsting. ÖJ Folkhälsa – användning och upplevd nytta – En undersökning om användning av Öppna jämförelser 2014 folkhälsa och andra produkter för folkhälsostatistik. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018. Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oj-folkhalsa-anvandning-och-upplevd-nytta.html>

Bilaga 2

Ändringar sedan tidigare Öppna jämförelser folkhälsa

ÖJ folkhälsa publicerades för första gången år 2009 och vidareutvecklades 2014. Den tredje ÖJ Folkhälsa innehåller de flesta indikatorer som redovisades 2014, dock finns några skillnader.

Område/ indikator	Ändring och motiv till förändring
Våld i nära relationer	Utgått pga av tolkningssvårigheter och otillräcklig information om ämnet. Det tidigare måttet från ÖJ folkhälsa 2014 bestod av sammansättning av flera indikatorer från dåvarande ÖJ Brottsoffer. ÖJ inom våld i nära relationer ger mer information om problemet.
Tonårsaborter	Utgått pga regionernas förändrade rapportering av aborter till Socialstyrelsen.
Incidens Hjärtinfarkt	Åldersgruppen ändrad: Måttet i denna rapport innehåller samtliga hjärtinfarkter bland dem som är äldre än 15 år – ingen övre åldersgräns. Måttet för incidens hjärtinfarkt i ÖJ folkhälsa 2014 hade åldern 20-74 år – dvs. hjärtinfarkter i tidig ålder. Motivet till ändring: Sammanställd data för åldern 20-74 år fanns inte tillgänglig vid tillfället för arbetet med rapporten. Båda måtten finns redovisade i Kolada, ÖJ folkhälsa.
Lungcancer	Nytt mått: I den här rapporten redovisas dödlighet i lungcancer istället för incidens som fanns i den föregående rapporten (2014). Motivet var utifrån tillgängliga resultat vid denna rapportens publicering. Båda måtten finns redovisade i Kolada ÖJ folkhälsa.
Nedsatt psykiskt välbefinnande	Nytt mått: Måttet GHQ5 har sedan HLV 2016 ersatt det tidigare måttet GHQ12. Tidigare resultat är omräknade enligt nya måttet.
Själv mord	Nytt innehåll i måttet: Måttet har ersatts av konstaterade självmord, vilket även används i andra databaser. I ÖJ Folkhälsa 2014 innehöll måttet både konstaterade självmord och dödsfall med oklart uppsåt.
Fysisk aktivitet	Måttet beräknas på nytt sätt sedan 2016 (HLV): Måttet är inte jämförbart med tidigare resultat. Samtliga svarsalternativ finns tillgängliga i Folkhälsodata, Folkhälsomyndigheten.
Stillasittande	Måttet är beräknat på nytt sätt sedan 2016 (HLV): Måttet är inte jämförbart med tidigare resultat. Samtliga svarsalternativ finns tillgängliga i Folkhälsodata, Folkhälsomyndigheten.
Pedagogisk utbildning förskola	Måttet har förtydligats: Resultatet baseras på andelen i arbetsgruppen med pedagogisk högskoleexamen, och källan är utbildningsregistret. Tidigare lämnade kommunerna själva uppgifterna.
Trygghet i skolan	Ny källa: Undersökningen genomförs av Skolinspektionen. ÖJ Folkhälsa 2014 innehöll resultat från en enkät som SKL genomförde.
Unga som varken arbetar eller studerar	Resultaten från 2015 och 2016 innehåller inte omräkning av gränskomuner utifrån unga som arbetar eller studerar i Norge.

Hantering av data från regionala enkäter

Redovisningen av resultaten kommer från ett 20-tal olika datakällor. En av dessa källor är den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, HLV, som är en befolkningsinriktad folkhälsoenkät. Det nationella urvalet från HLV är inte tillräckligt stort för att redovisas på kommunnivå, och därför används de kompletterande urval som kommuner och regioner beställer och finansierar på egen hand. Dessa tilläggsurval görs inte vid varje tillfälle och varierar i storlek mellan regionerna. Vid redovisning på kommunnivå bedöms dock nyttan med tilläggsurvalen väga tyngre än de problem det innebär att använda dem.

Vissa regioner deltar inte med tilläggsurval utan genomför istället egna regionala folkhälsoenkäter. För att få med så många kommuner som möjligt i redovisningen används även data från dessa, då frågor och svar bedöms som likvärdiga samt om data funnits tillgänglig inom mätperioden. I presentationerna har dessa kommuner märkts ut för att visa att dataunderlaget kommer från en annan källa än HLV. I denna rapport används resultaten från regionala enkäten Liv & hälsa som genomförs av regionerna i Värmland, Västmanland, Uppsala, Sörmland och Örebro. I ÖJ Folkhälsa 2014 användes även den regionala enkäten i Skåne (Folkhälsan i Skåne) men undersökningen har inte genomförts sedan 2012 vilket gör att inga nya resultat finns inom mätperioden.

För jämförelserna på regionnivå används enbart det nationella urvalet då underlaget är tillräckligt stort. Därför kan uppgifter som används i regionala sammanställningar, skilja sig från de som förekommer i rapporten. Regionalt kan man ha bredare och bättre underlag som med fördel används för nedbrytningar, analyser eller punktskattningar.

I samband med kommun- och regionjämförelserna används medelvärden som är beräknade för fyra årsperioder för att få ett tillräckligt underlag. För de regionala enkäterna används ett år inom perioden eftersom dessa undersökningar inte genomförs lika frekvent. Data från folkhälsoenkäter redovisas i rapporten utan åldersstandardisering, eftersom det kan påverka enskilda värden så att de blir missvisande. Det överensstämmer också med Folkhälsomyndighetens löpande redovisning av resultaten från HLV. För att stödja tolkningen av hur ålder kan inverka på utfallet redovisas därför för samtliga indikatorer från HLV en uppdelning på ett antal olika åldersgrupper. I rapporten har även en gräns om minst 100 svarande på enkäten valts för att redovisa data. Det överensstämmer med redovisningen av HLV hos Folkhälsomyndigheten. För andra indikatorer med annan datakälla har andra bedömningar gjorts. En anledning till att här välja en högre gräns är att ett större underlag krävs för den kalibrering som görs för att kompensera för bortfall.

Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting redovisar här för tredje gången en öppen jämförelse inom folkhälsa. Öppna jämförelser folkhälsa 2019 (ÖJ folkhälsa) är en indikatorbaserad jämförelse av folkhälsa som redovisar resultat på lokal och regional nivå samt på nationell nivå för olika grupper i befolkningen. Indikatorerna speglar hälsoutfall och faktorer som påverkar folkhälsa och jämlikhet i hälsa, det vill säga livsvillkor och levnadsförhållanden samt levnadsvanor.

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Regionerna kan bidra till målet genom sitt regionala utvecklingsansvar för en hållbar samhällsutveckling och sitt ansvar för hälso- och sjukvården. Kommuner är viktiga eftersom de ansvarar för merparten av de välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa genom hela livet.

Rapporten är tänkt att användas som underlag för olika beslut och i ledning på lokal och regional nivå, men också för fördjupade analyser och i systematiskt förbättringsarbete. Samtliga resultat som redovisas i rapporten finns visualiserade i kommun- och landstingsdatabasen Kolada. För att underlätta analysarbetet har SKL arbetat fram en webbaserad verktygslåda som kan ge stöd i analys och tolkning av lokala och regionala resultat som presenteras i ÖJ folkhälsa. Ytterligare möjligheter till fördjupningar finns på Folkhälsomyndighetens webbplats om folkhälsorapportering och statistik.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en arbetsgivar- och intresseorganisation för alla kommuner och regioner i Sverige. Uppdraget är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet samt ge dem bättre förutsättningar för lokalt och regionalt självstyre. Målet är att utveckla välfärden.