

Folkhälsan i Skåne

Utifrån folkhälsopolitikens målområden



Folkhälsans utveckling Skåne

Utgiven av Region Skåne, juni 2023

Arbetsgrupp: Emma Carlstedt, Louise Sundberg, Sara Mikkelsen och Sara Lindeberg

Layout: Rebecca Bergsten

<https://utveckling.skane.se/>

Förord

Folkhälsa beskriver hälsotillståndet i hela befolkningen och inkluderar många olika dimensioner av hälsa/ohälsa och de faktorer som påverkar dessa. Det berör också fördelningen av hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Folkhälsan anses vara god då nivån på hälsan är hög och jämnt fördelad mellan olika grupper.

Enheten för samhällsanalys, som är en del av avdelningen för regional utveckling inom Region Skåne, genomför regelbundet regionala folkhälsoenkäter som ligger till grund för uppföljning av folkhälsan i regionen. I den här publikationen beskriver vi utvecklingen av folkhälsan i Skåne utifrån den nationella folkhälsopolitikens kärnindikatorer för uppföljning av hälsan och de åtta målområdena för folkhälsa. Data som ligger till grund för resultaten härstammar, utöver de skånska folkhälsoenkäterna, från olika nationella register. Resultaten i publikationen beskriver hur folkhälsan utvecklats över tid för att skapa oss en bild av hälsoläget i Skåne, dess utveckling och fördelningen av hälsan i olika grupper. Publikationen avslutas med en sammanställning kring utvecklingen och några utmaningar framåt.

Innehåll

INLEDNING	6
Folkhälsa och folkhälsoarbete	7
Nationell folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik	8
Stödstrukturer för folkhälsans utveckling	10
Syfte och dataunderlag	11
KÄRNINDIKATORER FÖR HÄLSA	13
Hälsa	14
Medellivslängd	14
Förtida dödlighet	17
Självskattat allmänt hälsotillstånd	19
Självskattat allmänt hälsotillstånd, skolelever åk 9	21
Psykisk hälsa	22
Allvarlig psykisk påfrestning	23
Nedsatt psykiskt välbefinnande	25
Psykosomatiska symptom, årskurs 9	27
Övervikt och obesitas	27
Obesitas	29
Obesitas, årskurs 9	30
UTVECKLINGEN AV DE FOLKHÄLSOPOLITISKA MÅLOMRÅDENA	31
Målområde 1: det tidiga livets villkor	32
Barn inskrivna vid förskola vid treårsålder	32
Målområde 2: kunskaper, kompetenser och utbildning	33
Gymnasiebehörighet	33
Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning	34
Målområde 3: arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	35
Unga som varken arbetar eller studerar	35

Målområde 4: inkomster och försörjningsmöjligheter	37
Ekonomisk standard, median (Tkr)	37
Varaktigt låg ekonomisk standard	38
Målområde 5: boende och närmiljö	40
Trångboddhet	40
Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla	43
Störd av trafikbuller, sömnstörd	44
Målområde 6: levnadsvanor	45
Daglig tobaksrökning	46
Riskkonsumtion av alkohol	48
Fysisk aktivitet	50
Äter grönsaker dagligen	52
Målområde 7: kontroll, inflytande och delaktighet	54
Tillit till andra	54
Utsatt för kränkande behandling eller bemötande	55
Utsatt för våld eller hot om våld	57
Målområde 8: en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	58
Avstått tandläkarvård på grund av ekonomiska skäl trots behov	58
SAMMANSTÄLLNING OCH UTMANINGAR	61
Har utvecklingen gått i rätt riktning?	62
Några utmaningar att beakta	63
Medellivslängd	63
Psykisk hälsa	64
Övervikt och obesitas	64
Referenser	65

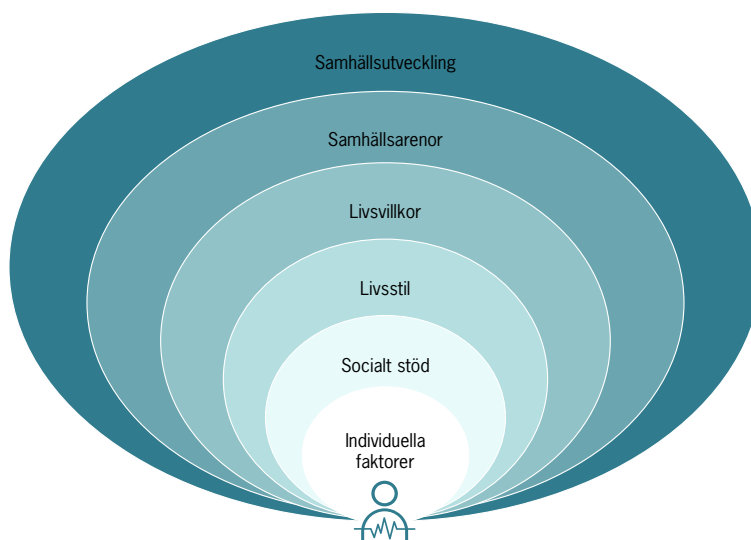


Inledning

Folkhälsa och folkhälsoarbete

Folkhälsa inbegriper hälsotillståndet i hela befolkningen vad gäller hälsa respektive ohälsa samt fördelningen av hälsa mellan olika grupper. Folkhälsan beskriver således inte enbart sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor, hälsorisker samt skyddsfaktorer för hälsan i befolkningen, utan också de olikheter som råder mellan olika grupper i samhället och magnituden av dessa. Folkhälsan anses vara god då nivån på hälsan är hög och fördelningen av hälsan är jämlik mellan olika grupper. En välmående och frisk befolkning ger ökad möjlighet till välstånd och tillväxt, då förutsättningarna för högre produktivitet och lägre sjukfrånvaro ökar, liksom behov av samhällets stöd avseende omsorg och sjukvård minskar. Det finns många faktorer som påverkar vår hälsa, vilka ofta beskrivs som hälsans bestämningfaktorer (figur 1). Dessa visar på en bredd av faktorer och strukturer på olika nivåer som spelar roll för vår hälsa. Hälsans bestämningfaktorer inkluderar såväl individuella biologiska faktorer som arv och ålder men också levnadsvanor, sociala relationer, utbildning och inkomster, samt kontextuella samhällsfaktorer som miljö och samhällsekonomi. Merparten av dessa faktorer är påverkbara, det är bara de individuella faktorerna som inte kan påverkas (1).

Figur 1. Hälsans bestämningfaktorer



Bildtext: Figuren visar faktorer på olika nivåer som påverkar hälsan. De individuella faktorerna kan inte påverkas såsom kön, arv och ålder medan merparten av faktorerna är påverkbara. | **Källa:** Omarbetad bild från Dahlgren & Whitehead (2007/1991) (2).

Målet med folkhälsoarbete är att generera miljöer och kontexter som främjar en god och jämlik hälsa och som ger individen förutsättningar att ta eget ansvar för sin hälsa. Folkhälsoarbete är målinriktat mot de påverkbara faktorerna och kan och bör bedrivas av många olika aktörer och inom en rad olika arenor. Det består av två huvudkomponenter: Att främja hälsa (promotion) som innebär att stärka och bevara människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande samt att förebygga sjukdom (prevention) (1). Det förebyggande arbetet brukar ofta delas in i primärsekundär- och tertiär prevention vilket handlar om interventioner som 1) förhindrar att ohälsa uppstår (tex vaccinationer eller förhindra tobaksanvändning), 2) intervenerar i tidiga skeden (tex screeningprogram) samt 3) hantera och förhindra progression och hejda återinsjuknandet av sjukdom (3). Arbetet kan även vara riktat mot olika målgrupper: individer, grupper eller hela befolkningen. Folkhälsoarbetet kan därav beskrivas utgå antingen från riktade insatser, vilket avser specifika individer eller grupper, eller från universella (generella) insatser, vilka är rik-

tade till hela befolkning. För att nå en jämlik hälsa brukar strategin universell proportionalism användas. Det innebär att folkhälsoarbetet utgår från universella insatser men att dessa är proportionella och anpassade till särskilt utsatta grupper för att minska social ojämlikhet i hälsa och särskilt stödja dem som har störst behov av en insats (1).

Nationell folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik

Riksdagen antog år 2018 det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken; ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” (4). Inom ramen för det övergripande målet återfinns även åtta målområden som alla spelar en viktig roll för hälsotillståndet i befolkningen. Målområdena belyser den bredd av faktorer som hälsan påverkas av och som både inkluderar individen och samhället, se lista och figur 2 nedan.

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

Figur 2. Målområden för folkhälsan



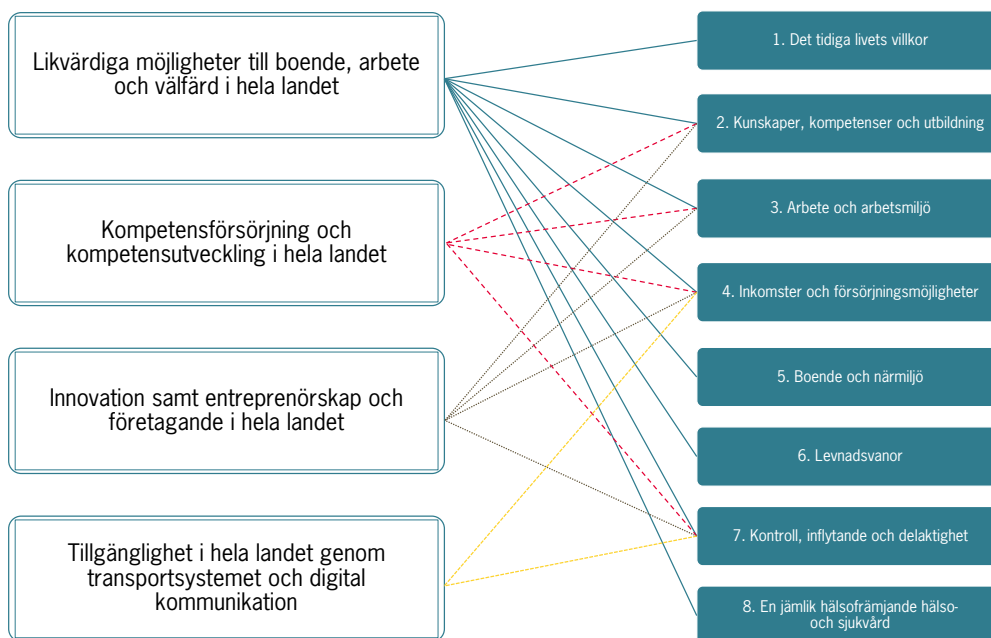
Bildtext: Åtta målområden för en god och jämlik hälsa. | **Källa:** Omarbetad bild från Folkhälsomyndigheten, "Tema folkhälsa – lokalt och regionalt stöd — Folkhälsomyndigheten" (1).

Regeringens skrivelse Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021–2030 (4) lanserades 2021. Strategin utgör riktningen för den regionala utvecklingspolitiken. Utgångspunkten i politiken är det övergripande målet ”Utvecklingskraft med stärkt lokal och regional konkurrenskraft för en hållbar utveckling i alla delar av landet”. De tre samhällsutmaningarna miljöproblem och klimatförändringar, demografiska förändringar och ökade klyftor både inom Sverige och inom EU har en framträdande roll inom strategin och så även fyra strategiskt utpekande områden, vilka ligger till grund för genomförandet:

1. Likvärdiga möjligheter till boende, arbete och välfärd i hela landet
2. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling i hela landet
3. Innovation och förnyelse samt entreprenörskap och företagande i hela landet
4. Tillgänglighet i hela landet genom digital kommunikation och transportsystem

I en färsk rapport från Folkhälsomyndigheten, Folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik – En jämförande analys (5) framgår att det finns tydliga kopplingar mellan den nationella folkhälsopolitiken och den regionala utvecklingspolitiken både sett till de övergripande målen och mellan de åtta nationella målområdena för folkhälsopolitiken och de fyra strategiska områdena för den regionala utvecklingsstrategin. Den tydligaste kopplingen ses mellan strategiområde 1 Likvärdiga möjligheter till boende, arbete och välfärd i hela landet, som kopplar an till samtliga folkhälsopolitiska målområdena. Men kopplingar ses även mellan övriga strategiska områden, se figur 3 nedan.

Figur 3. Kopplingar mellan den regionala utvecklingsstrategins fyra strategiska områden och folkhälsopolitikens åtta målområden



Bildtext: Kopplingar mellan den regionala utvecklingsstrategins fyra strategiska områden (till vänster i figuren) och folkhälsopolitikens åtta målområden (till höger i figuren). | **Källa:** Omarbetad bild från Folkhälsomyndigheten, 2023 "Folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik - En jämförande analys" (5).



Att hälsa och folkhälsa är framträdande i det regionala utvecklingsarbetet i Skåne framgår tydligt i den skånska utvecklingsstrategin Det öppna Skåne 2030 (6) där flera av visionsmålen har kopplingar till området, inte minst det första målet ”Skåne ska erbjuda framtidstro och livskvalitet”. Här framgår bland annat att ”I Skåne ska arbetet ha sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer, den ojämlika hälsan minskas och folkhälsan förbättras för alla. Insatserna ska främja jämlika livsvillkor och mer hälsosamma levnadsvanor hos befolkningen, särskilt med fokus på barn och unga”.

Stödstrukturer för folkhälsans utveckling

Folkhälsomyndigheten fick år 2019 uppdraget av regeringen att utveckla en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Syftet var att underlätta systematiska och samordnade insatser mellan myndigheter för att bidra till att nå det övergripande folkhälsopolitiska målet. Stödstrukturen, På väg mot en god och jämlik hälsa - Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet (8) lanserades år 2020 och inkluderar fyra delar; uppföljning, samordning, fördjupad analys och kunskapspridning.

För att möjliggöra detta har ett stort antal indikatorer tagits fram, vilka visar utvecklingen kring hälsa och de åtta folkhälsopolitiska målområdena och som går att läsa om i På väg mot en god och jämlik hälsa- Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Bilaga 5: Indikatorbeskrivningar (8). Val av indikatorer har gjorts utifrån kvalité och relevans, vilka bland annat handlar om att indikatorn ska kunna ange riktning, gå att följa över tid och kunna särskilja mellan olika grupper i befolkningen, till exempel kön, ålder och socioekonomi. Indikatorerna är också framtagna för att kunna användas på såväl nationell som regional och lokala nivå. Datakällorna för indikatorerna härstammar från såväl register som enkätundersökningar. Ett avgränsat antal av dessa indikatorer, 35 stycken, benämns som kärnindikatorer (9) och är uppdelade utifrån hälsa och de respektive åtta målområdena (se figur 4 nedan). Kärnindikatorerna möjliggör att på ett tydligt sätt följa folkhälsans utveckling utifrån de åtta målområdena med fokus både för utveckling över tid och skillnaderna mellan grupper.

Figur 4. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet

Bildtext: Figuren visar kärnindikatorer som är uppdelade utifrån hälsa och de respektive åtta målområdena. Kärnindikatorerna möjliggör att på ett tydligt sätt följa folkhälsans utveckling utifrån de åtta målområdena med fokus både för utveckling över tid och skillnaderna mellan grupper. | **Källa:** Omarbetad bild från Folkhälsomyndigheten, 2023 "Folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik - En jämförande analys" (5).

Syfte och dataunderlag

Den här rapporten syftar till att beskriva utvecklingen av folkhälsan över tid och i olika grupper utifrån ett urval av ovan nämnda kärnindikatorer i ett regionalt perspektiv för Skåne. För en del av indikatorerna har data inhämtats från Region Skånes folkhälsoenkäter. Region Skåne har under många år (från år 2000 och framåt) med jämna mellanrum genomfört folkhälsoenkäter i egen regi, motsvarande Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (HLV). År 2022 ingick Region Skåne ett samarbete med Folkhälsomyndigheten och anslöt till HLV. Majoriteten frågor som ingått i Region Skånes folkhälsoenkät motsvarar frågorna i HLV. Skåne har dock en kompletterande tilläggsmodul med skånespecifika frågor för att fortsatt kunna följa upp skånska frågor som inte finns med i den nationella enkäten. Anslutningen till HLV underlättar för Skåne att jämföra resultat med de nationella snitten och även med andra regioner. Region Skåne genomför även en motsvarande folkhälsoenkät riktad till skolelever Folkhälsoenkät barn och unga i Skåne, vars underlag även använts denna rapport.

Övriga datakällor, utöver folkhälsoenkäterna, för denna rapport kommer från Folkhälsomyndighetens databas Folkhälsodata (10), Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) (11), Myndigheten Statistiska Centralbyrån (SCB) (12) samt Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik (14).

Utöver de utvalda kärnindikatorerna ingår i denna rapport även ett antal kompletterande indikatorer som i de flesta fall återfinns i det större batteriet av nationella indikatorer, men i något fall även från Skånes folkhälsoenkäter. De kompletterande indikatorerna är övervikt och obesitas samt nedsatt psykiskt välbefinnande. För att fånga utvecklingen bland yngre skåningar inkluderas även några indikatorer för skolelever i årskurs 9 (självskattad hälsa, psykosomatiska symtom, övervikt och obesitas samt fysisk aktivitet) vilka härstammar från Region Skånes Folkhälsoenkät barn och unga i Skåne.

Resultaten i denna rapport presenteras i möjligaste mån över tid. Tidsperioderna varierar dock beroende på datakälla och tillgång till data och sträcker sig som längst tillbaka till år 2000. För flertalet indikatorer jämförs Skånes resultat med Sveriges för att ge en jämförande bild. För att visa hur folkhälsan utvecklats i olika grupper i Skåne presenteras resultaten, när möjligt, utifrån kön (kvinna/man), åldersgrupper (18–29 år, 30–44 år, 45–64 år respektive 65–80 år), socioekonomi (baserat på utbildningsnivå; förgymnasial, gymnasial respektive eftergymnasial utbildning) och födelseregion (Sverige, Övriga Norden, Övriga Europa respektive Övriga världen). Andra indikatorer saknar dessa indelningar och presenteras i stället enbart utifrån kön (kvinna/flicka och man/pojke), men i några fall även utifrån utbildningsnivå eller in- respektive utrikes född.





Kärnindikatorer för hälsa

Hälsa

De framtagna kärnindikatorerna för hälsa avser att sammanfatta såväl det fysiska som psykiska hälsotillståndet i befolkningen. I denna rapport inkluderas kärnindikatorerna medellivslängd, förtida död, självskattat hälsa och psykisk påfrestning. Utöver dessa kompletteras här med ned-satt psykiskt välbefinnande samt övervikt och obesitas. Dessutom inkluderas data för årskurs 9 i Skåne för hälsoutfallen självskattad hälsa, psykosomatiska besvär samt övervikt och obesitas.

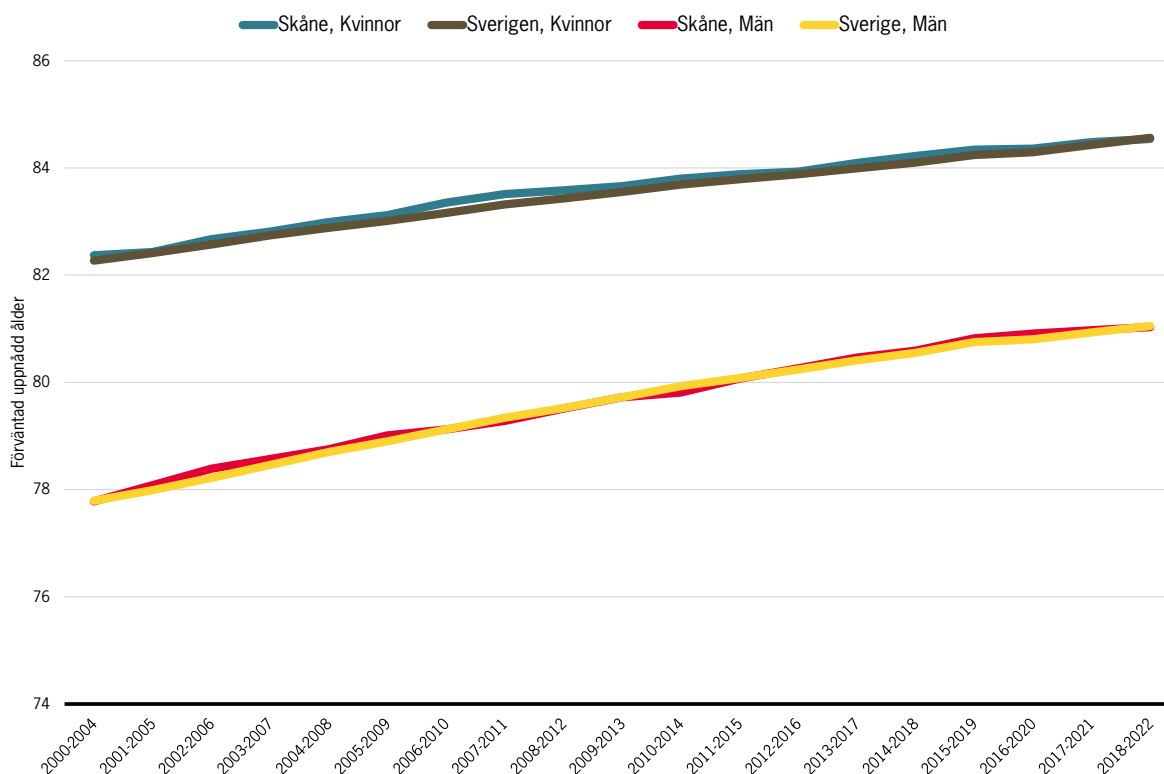
Medellivslängd

Medellivslängd är kanske den mest välkända indikator för hälsan i en befolkning. Medellivslängd summerar dödligheten i hela befolkningen, vanligtvis under ett kalenderår, och är jämförbar över tid och mellan grupper i och med att åldersstandardisering är inbyggd i måttet. Medellivslängd kan beräknas för vilken ålder som helst men redovisas vanligast vid födseln. I och med att medellivslängden summer dödligheten över samtliga åldrar i en befolkning bör det poängteras att medellivslängd inte ska betraktas som en prognos för hur länge ett nyfött barn kommer att leva då det är baserat på dödligheten från individer som växt upp under andra omständigheter än vad framtiden sannolikt kommer att erbjuda. Medellivslängd vid födseln återger det förväntade genomsnittliga livslängden ett nyfött barn kan förvänta sig leva, givet att nuvarande års dödlighetsmönster kvarstår (14). Vill vi i stället veta den faktiska medellivslängden vid födseln måste vi vänta tills samtliga födda avlidit, vilket skulle ta ungefär hundra år. Därav använder vi i stället ett hypotetiskt mått för medellivslängd vilket är baserat på dödligheten i hela befolkningen under ett givet år.



Figur 5 nedan visar utvecklingen av medellivslängd (rullande femårsmedelvärden) sedan år 2000 uppdelat på kön för Skåne respektive Sverige. Utvecklingen för Skåne ligger helt i linje med hur det ser ut för Sverige som helhet. Sedan år 2000 har medellivslängden i Skåne ökat med 3,3 år för män och 2,2 år för kvinnor. År 2021 var medellivslängden för en nyfödd flicka 84,5 år och motsvarande siffra för en nyfödd pojke 81,0 år, det vill säga en könsskillnad på 3,5 år. Till del av att mäns medellivslängd ökat i en högre takt än kvinnornas syns en minskning av könsskillnaderna de senaste årtiondena.

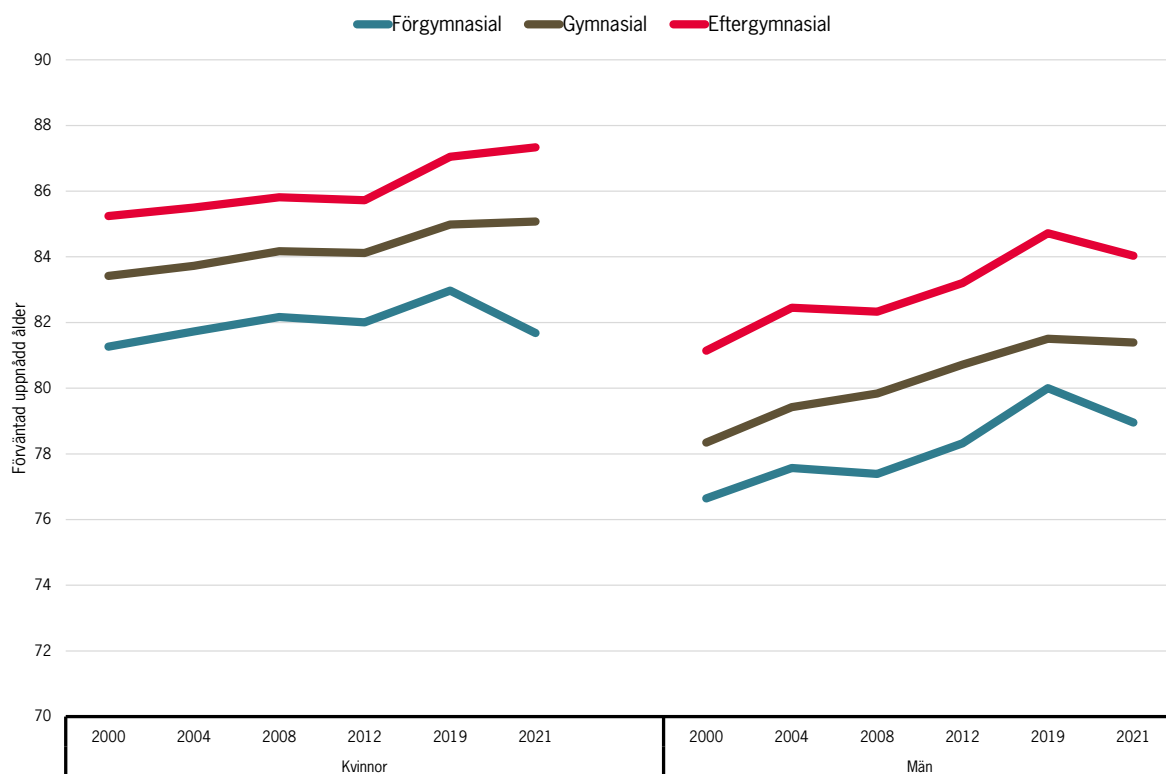
Återstående medellivslängd vid födseln



Figur 5: Utvecklingen för Skåne ligger helt i linje med hur det ser ut för Sverige som helhet. Sedan år 2000 har medellivslängden i Skåne ökat med 3,3 år för män och 2,2 år för kvinnor. | Källa: SCB.

Figur 6 nedan visar medellivslängd utefter utbildningsgrupperna förgymnasial, gymnasial samt eftergymnasial. Eftersom utbildningsskillnader mäts först efter att utbildningsnivån förvärvats i befolkningen, vilket ofta sker innan trettioårsålder, visas utbildningsskillnader i medellivslängd vid trettioårsålder. Till skillnad från könsskillnaderna i medellivslängd, vilka minskar, ser vi en ökning av utbildningsskillnader sedan år 2000. År 2000 kunde en trettioårig skånsk kvinna med eftergymnasial utbildning förvänta sig leva till 85 år ålder, motsvarande siffra för en skånsk kvinna med förgymnasial utbildning var 81 år, det vill säga en skillnad på fyra år. År 2021 så har denna skillnad ökat till 5,7 år. För män har utbildningsskillnaderna under samma period ökat från 4,5 till 5,1 år. Utbildningsskillnaderna i medellivslängd är därav mer omfattande än könsskillnaderna och därtill ökande. Ökade utbildningsskillnader beror främst på att gruppen med högre utbildning ökar sin medellivslängd i en snabbare takt än de med kortare utbildning. Dock syns en ofördelaktig utveckling mellan år 2019 och 2021 då medellivslängden endast ökade för kvinnor med eftergymnasial utbildning, vilket med stor sannolikhet kan tillskrivas Coronapandemin.

Återstående medellivslängd vid trettioårs ålder efter utbildningsgrupper



Figur 6: Den återstående medellivslängden efter trettioårsåldern har ökat bland män och kvinnor i alla utbildningsgrupper sedan 2000. Utbildningsskillnaderna i medellivslängd är mer omfattande än könsskillnaderna och samtidigt ökande. | **Källa:** SCB.

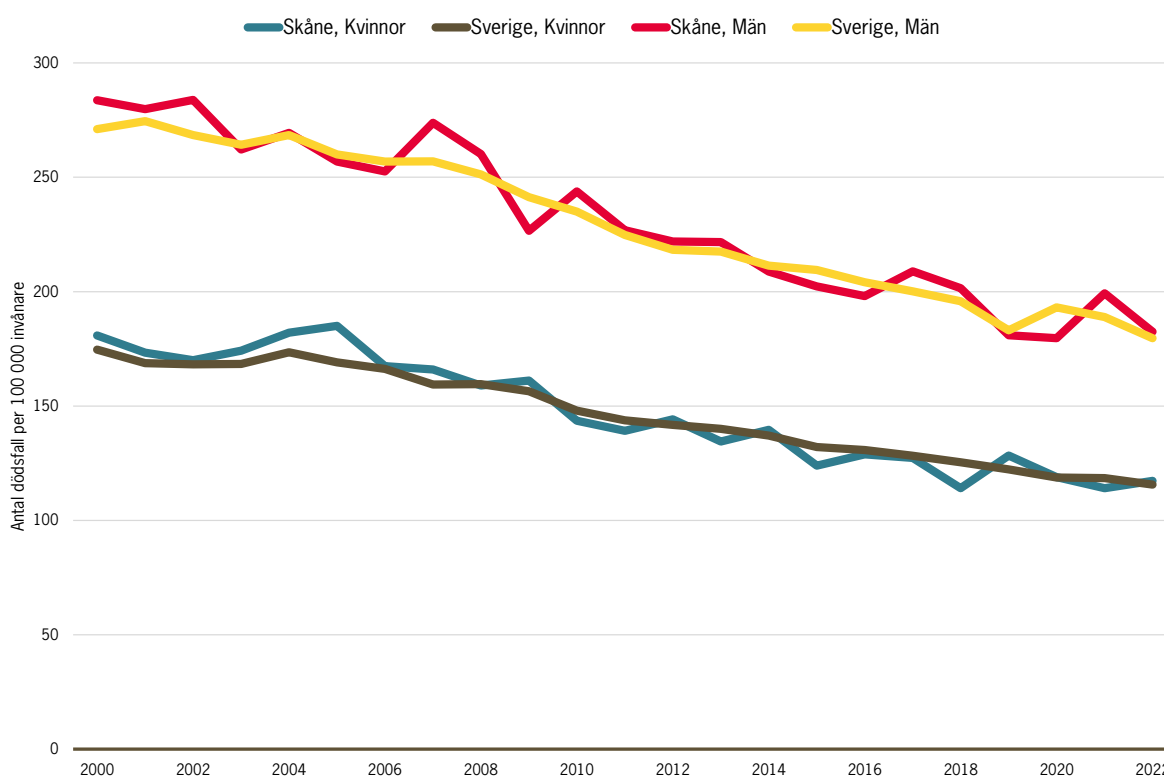


Förtida dödlighet

Förtida död definieras här som alla dödsfall i åldrarna 15–64 år, oavsett dödsorsak. Figur 7 nedan visar utvecklingen av förtida död sedan år 2000 uppdelat på kön för Skåne respektive Sverige. Det föreligger i stort sett inga skillnader mellan Skåne och Sverige. För Skåne förekommer en större fluktuation över tid eftersom Skåne utgör en mindre population, vilket ger större variationer. Likt medellivslängd framträder tydliga könsskillnader då män har en högre överdödlighet än kvinnor.

Förtida död har minskat stadigt sedan år 2000. Män i Skåne har förtida död sjunkit från 284 till 182 dödsfall per 100 000 invånare och för kvinnor från 181 till 117. År 2022 utgjorde förtidig död 13 respektive 8 procent av samtliga dödsfall för män och kvinnor i Skåne.

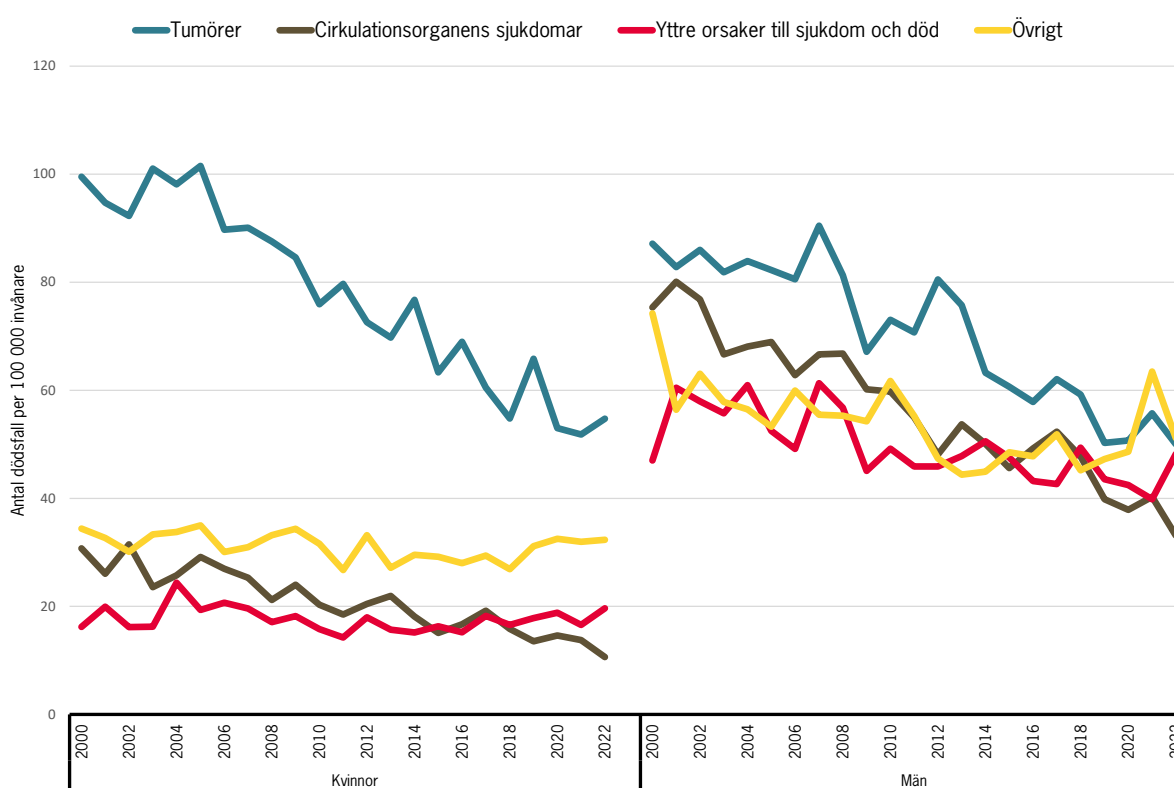
Förtida död: antalet dödsfall per 100 000 invånare



Figur 7: Förtida död har minskat stadigt sedan år 2000. Män i Skåne har förtida död sjunkit från 284 till 199 dödsfall per 100 000 invånare och för kvinnor från 181 till 114. Tydliga könsskillnader framträder där män har en högre överdödlighet än kvinnor. | **Källa:** Socialstyrelsen.

Figur 8 nedan visar trenden sedan år 2000 för tumörsjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, yttre orsaker samt övriga orsaker till förtidiga död, vilka tillsammans utgör 100 procent av de förtida dödsfallen. Majoriteten (72 procent) av de förtida dödsfallen år 2022 berodde antingen på tumörsjukdomar (46 procent för kvinnor, 27 procent för män), yttre orsaker (17 procent för kvinnor, 26 procent för män) eller cirkulationsorganens sjukdomar (9 procent för kvinnor, 18 procent för män). Dock är det stor variation mellan åldersgrupperna då yttre orsaker står för majoriteten av dödsfallen bland de yngre åldrarna medan tumörer är betydligt vanligare dödsorsak i de högre åldrarna (resultat ej visat). En tydlig nedgång syns för tumörsjukdomar för både män och kvinnor. För kvinnor har andelen förtidiga dödsfall till del av tumörsjukdomar sjunkit från 55 till 47 procent. Motsvarande siffra för männen är mer blygsam, från 31 till 27 procent, ett resultat av att de har betydligt högre dödlighet av såväl cirkulationsorganens sjukdomar, yttre orsaker men också från övriga kategorier.

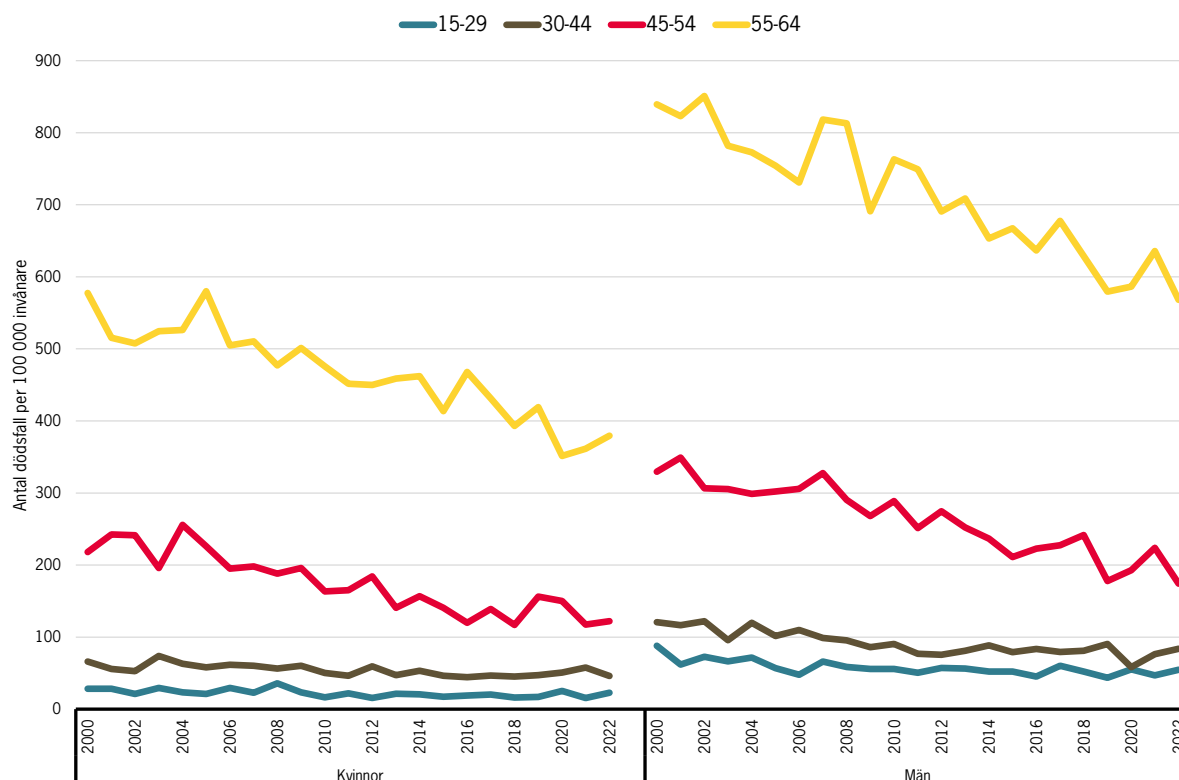
Förtida död: antalet dödsfall per 100 000 invånare utefter dödsorsaker



Figur 8: Majoriteten (72 procent) av de förtida dödsfallen år 2022 berodde antingen på tumörsjukdomar (46 procent för kvinnor, 27 procent för män), yttre orsaker (17 procent för kvinnor, 26 procent för män) eller cirkulationsorganens sjukdomar (9 procent för kvinnor, 18 procent för män). En tydlig nedgång för tumörsjukdomar syns. | **Källa:** Socialstyrelsen.

Av förklarliga skäl sker majoriteten av de förtidiga dödsfallen i de äldre åldersegmenten. Figur 9 nedan visar antalet dödsfall per 100 000 invånare utifrån åldersgrupper. Cirka 60 procent av alla förtida dödsfallen år 2022 inträffade i åldersspannet 55–64 år medan den yngre åldersgruppen 15–29 år endast utgjorde 7 procent. Förtida död har framför allt sjunkit i den äldsta åldersgruppen (55–64 år) och mer så för män än för kvinnor vad det gäller i absoluta tal (antal döda per 100 000 invånare). Den relativa minskningen är dock nästan dubbelt så hög för kvinnor än för män i samma åldersgrupp.

Förtida död: antalet dödsfall per 100 000 invånare utefter åldersgrupper



Figur 9: Förtida död har framför allt sjunkit i den äldsta åldersgruppen (55–64 år), och för män än för kvinnor vad det gäller i absoluta tal (antal döda per 100 000 invånare). Den relativa minskningen är dock nästan dubbelt så hög för kvinnor än för män i samma åldersgrupp. | **Källa:** Socialstyrelsen.

Självskattat allmänt hälsotillstånd

Självskattat allmänt hälsotillstånd, härifrån kallat självskattad hälsa innebär att individen själv skattar sitt allmänna hälsotillstånd, vilket ger ett subjektivt mått på hälsa och en övergripande bild av hur den egna hälsan upplevs både fysiskt som psykiskt. Samband finns mellan den egna upplevelsen av det allmänna hälsotillståndet och människors framtida hälsa avseende såväl sjuklighet som vårdsökande och dödlighet (15-17). Dessutom har självskattad hälsa hos tonåringar visat sig vara ett relativt stabilt mått som markant minskar med andra självskattade faktorer som sänkt välbefinnande, ohälsosamma levnadsvanor, sjukvårdskonsumtion och funktionshinder (18). Självskattad hälsa har också visat ett positivt samband med andra faktorer som skolrelaterat välbefinnande, skolprestationer, familjeekonomi och en känsla av trygghet i grannskapet (19-20).

År 2022 låg den självskattade hälsan i Skåne i linje med den självskattade hälsan för hela Sverige. Över tid har andelarna med bra självskattad hälsa (angett som bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd) varit ganska stabilt, runt 70 procent. Andelarna är något högre för män än kvinnor och har så varit även bakåt i tiden.

Tittar vi på självskattad hälsa utifrån åldersgrupper syns tydliga ålderskillnader, bra självskattad hälsa sjunker med ökande ålder. För män respektive kvinnor i den yngsta åldersgruppen uppper

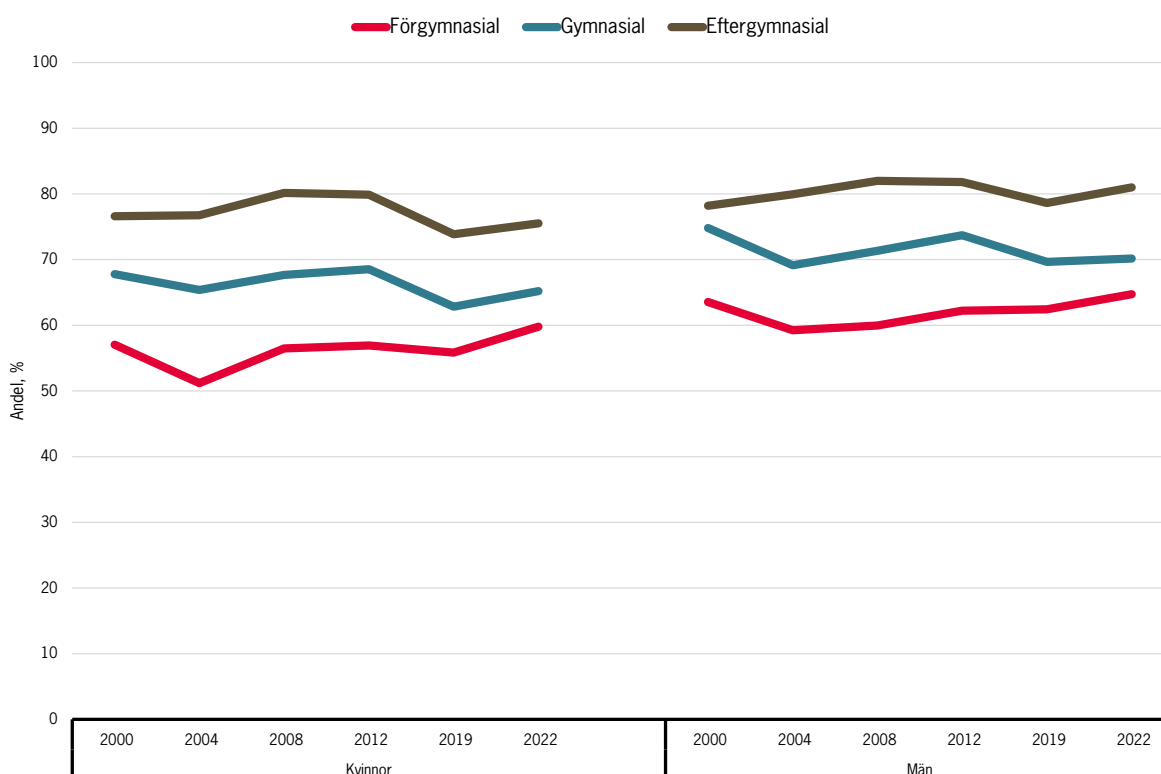
82 respektive 80 procent en bra självskattad hälsa. För den äldsta åldersgruppen är motsvarande siffror 66 respektive 61 procent. Dock ses en viss positiv utveckling för de två äldsta grupperna (45–64 respektive 65–80 år) som ligger några procentenheter högre idag än för 20 år sedan, medan de yngre åldersgrupperna ligger på ungefär samma nivå. Den självskattade hälsan är lägre

“Bra självskattad hälsa sjunker med ökande ålder.”

hos kvinnor än män oavsett åldersgrupp.

Bra självskattad hälsa följer även en social gradient med högre andelar ju högre utbildning. År 2022 uppgav 58 procent i gruppen med förgymnasial utbildning bra självskattad hälsa medan motsvarande siffra för de med eftergymnasial utbildning var till 77 procent. Det skiljer sig med andra ord närmare 20 procentenheter. Även här ligger könsskillnaderna fast genom samtliga utbildningsnivåer med lägst självskattad hälsa hos kvinnor med förgymnasial utbildning, 60 procent år 2022, och högst självskattad hälsa hos män med eftergymnasial utbildning, 81 procent år 2022.

Andel med bra självskattad hälsa



Figur 10: Den självskattade hälsan är lägre hos kvinnor än män oavsett åldersgrupp. Bra självskattad hälsa följer även en social gradient med högre andelar ju högre utbildning, det skiljer sig närmare tjugo procentenheter mellan gruppen med förgymnasial utbildning (58 procent) och gruppen med eftergymnasial utbildning (77 procent). |

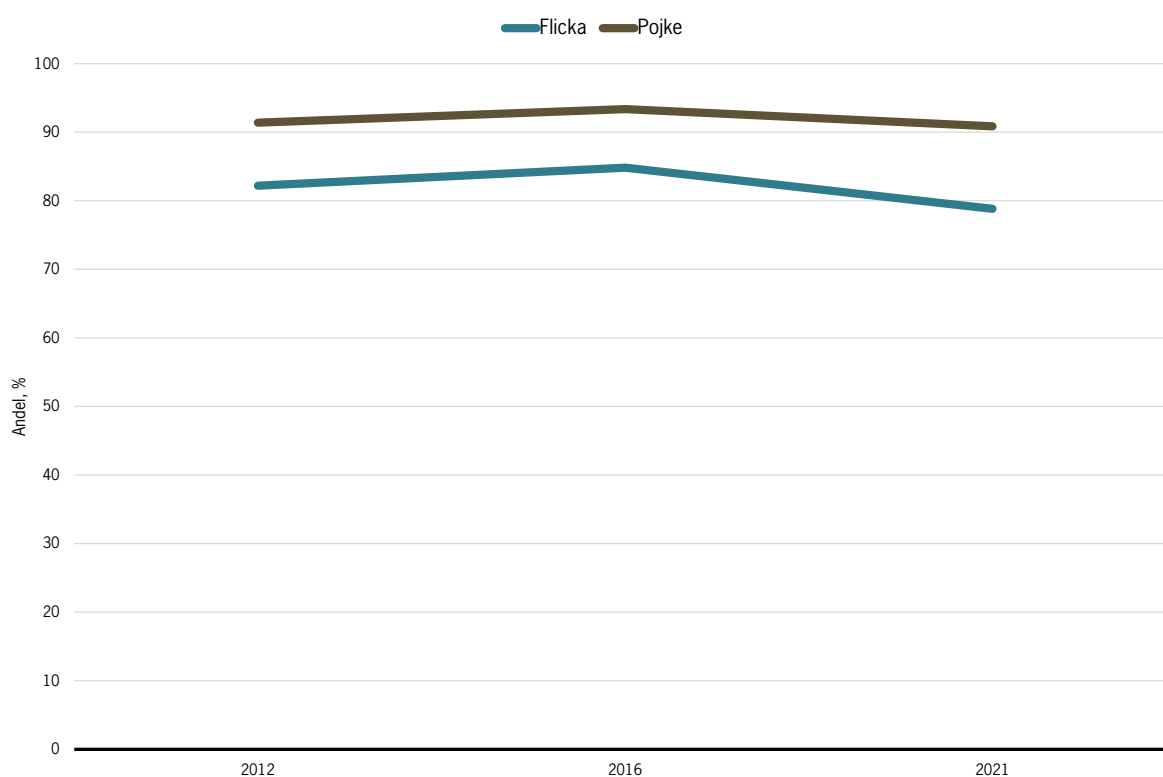
Källa: Region Skånes folkhälsoenkät.

Sett till födelseregioner ses en viss skillnad mellan grupperna och sett över tid syns en liten förbättring för gruppen födda i övriga Europa. Även i denna grupp kvarstår könsskillnaderna om än inte lika markant. År 2022 hade dock samtliga män, oberoende av födelseland, en högre andel med bra självskattad hälsa jämfört med kvinnorna, oavsett födelseland. Högst självskattad hälsa år 2022 återfinns hos män födda i Sverige och övriga Europa (75 procent) och lägst för kvinnor födda i övriga Norden (62 procent).

Självskattat allmänt hälsotillstånd, skolelever åk 9

I Skåne skattade år 2021 cirka 79 procent av flickorna och 91 procent av pojkarna i årskurs 9 sin hälsa som bra eller mycket bra, vilket är en liten försämring för båda könen jämfört med tidigare mätningar. Resultaten visar tydliga könsskillnader som också ökat något över tid.

Andel med bra självskattad hälsa i årskurs 9



Figur 11: Den allmänt självskattade hälsan i årskurs 9 har försämrats en aning sen 2016 fram till 2021, framför allt bland flickor. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät Barn och unga i Skåne.

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa inkluderar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Det senare spänner över allt från lätta och svåra psykiska besvär (ofta normala reaktioner på påfrestningar i livet som kan ge uttryck som oro, ångest och nedstämdhet), men som inte uppfyller kriterierna för en diagnos, till en allvarigare form av psykisk ohälsa, nämligen psykiatriska tillstånd som definieras och beskrivs genom diagnoser.

Kärnindikatorn psykisk påfrestning baseras på resultat från mätinstrumentet Kessler-6, som ingått i HLV sedan år 2020. I den här rapporten redovisas andelar som uppfyller ”allvarlig psykisk påfrestning” vilket enligt Folkhälsomyndigheten motsvarar andelen av befolkningen som skulle kunna uppfylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Eftersom psykisk påfrestning endast finns för ett mätillfälle (2022) i Skåne, rapporteras här även ett kompletterande mått för psykisk hälsa som ligger utanför kärnindikatorerna men som finns att tillgå över tid. Det gäller ”nedsatt psykiskt välbefinnande” vilket är baserat på det väletablerade mätinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ), ett mått som funnits med i de skånska folkhälsoenkäterna sedan 2000. Ytterligare ett kompletterande mått redovisas för skolbarn i årskurs 9, ”psykosomatiska besvär”, vilket anger andelen som under de senaste sex månaderna haft minst två psykosomatiska besvär, minst en gång i veckan. Besvären som inkluderas är huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, känt sig yr (somatiska besvär) och känt sig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, ängslig/orolig, haft svårt att somna (psykiska besvär).



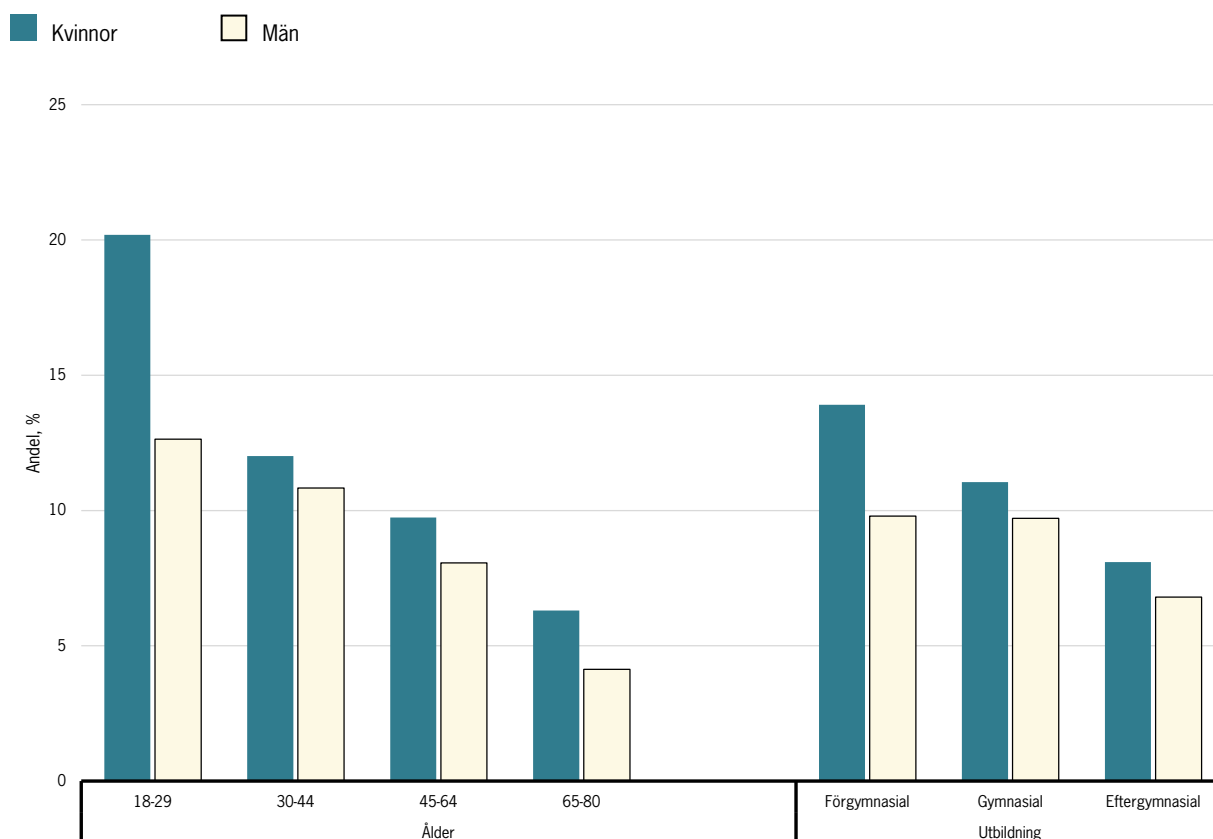
Tydliga könsskillnader i psykisk hälsa

Psykisk ohälsa visar tydliga könsskillnader med högre andelar bland kvinnor än bland män. Tydliga ålderskillnader syns också med högre andelar bland yngre vuxna än bland äldre vuxna. Kombinationen av kön och ålder är extra påtagligt för just yngre kvinnor vilka rapporterar högre andelar av psykisk ohälsa än övriga grupper. År 2022 så angav 1 av 5 yngre kvinnor allvarlig psykisk påfrestning vilket är dubbelt så högt än snittet för Skåne som helhet.

Allvarlig psykisk påfrestning

År 2022 uppnådde 10 procent av Skånes befolkning en allvarlig psykisk påfrestning. Det var dock högre andelar bland kvinnorna, 12 procent medan motsvarande siffra för männen var 9 procent. Skåne låg därmed en procentenhet högre än vad som sågs för hela Sverige där andelen var 9 procent. Allra högst nivåer i Skåne sågs hos de yngsta kvinnorna, där 1 av 5 (20 procent) uppgav allvarlig psykisk påfrestning. Även bland männen var andelarna högst bland de yngsta, men på lägre nivåer än kvinnorna, 13 procent. Utbildningsskillnader framträder också då andelen med psykisk påfrestning är högst bland dem med förgymnasial utbildning, lägre i gruppen med gymnasial utbildning, och lägst hos de med eftergymnasial utbildning. Även här framträder könsskillnader med högre andel bland kvinnorna. För födelseland var andelarna högst för de födda utanför Europa. För samtliga födelseregioner ligger kvinnorna högre, bortsett från gruppen som är födda utanför Europa där männen låg något högre än kvinnorna.

Andel med allvarlig psykisk påfrestning år 2022



Figur 12: Allra högst nivåer av allvarlig psykisk påfrestning år 2022 i Skåne sågs hos de yngsta kvinnorna, även bland männen var andelarna högst bland de yngsta, men på lägre nivåer än kvinnorna. Utbildningsskillnader framträder också då andelen med psykisk påfrestning är högst bland de med förgymnasial utbildning, lägre i gruppen med gymnasial utbildning och lägst hos de med eftergymnasial utbildning. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

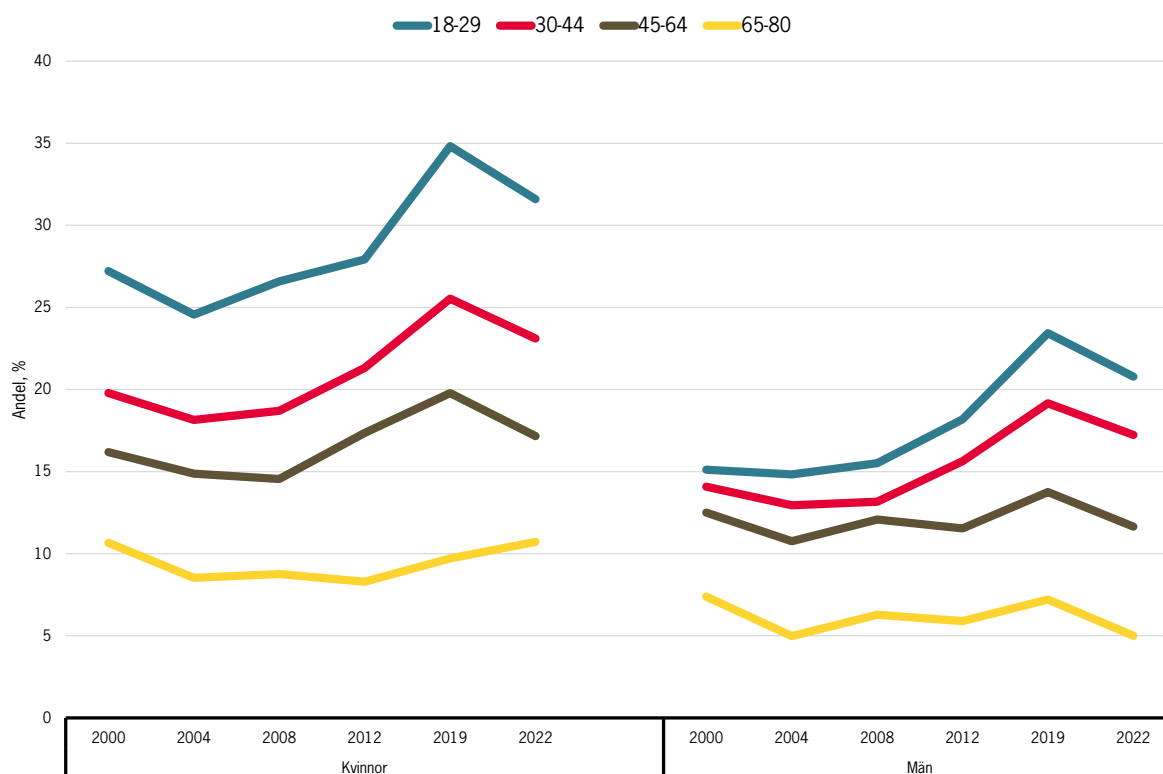
“Allra högst nivåer i Skåne sågs hos de yngsta kvinnorna, där 1 av 5 (20 procent) uppgav allvarlig psykisk påfrestning. bland de yngsta.”



Nedsatt psykiskt välbefinnande

Yngre rapporterar högre andelar nedsatt psykiskt välbefinnande än äldre, och kvinnor rapporterar över lag något högre andelar nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med män - år 2022 var andelarna 20 respektive 14 procent. Vid uppdelning på åldersgrupper ser man framför allt att det är yngre kvinnor som har högst andelar med nedsatt psykiskt välbefinnande, de ligger närapå 10 procentenheter högre än den näst högsta gruppen, vilket är kvinnor i näst yngsta åldersgruppen. Lägst ligger män i den äldsta åldersgruppen, följt av kvinnor i motsvarande åldersgrupp. Trenden visar att det framför allt är de två yngre åldersgrupperna som haft en ökning av nedsatt psykiskt välbefinnande sedan år 2000, men det syns också en nedgång mellan de två sista mätåren.

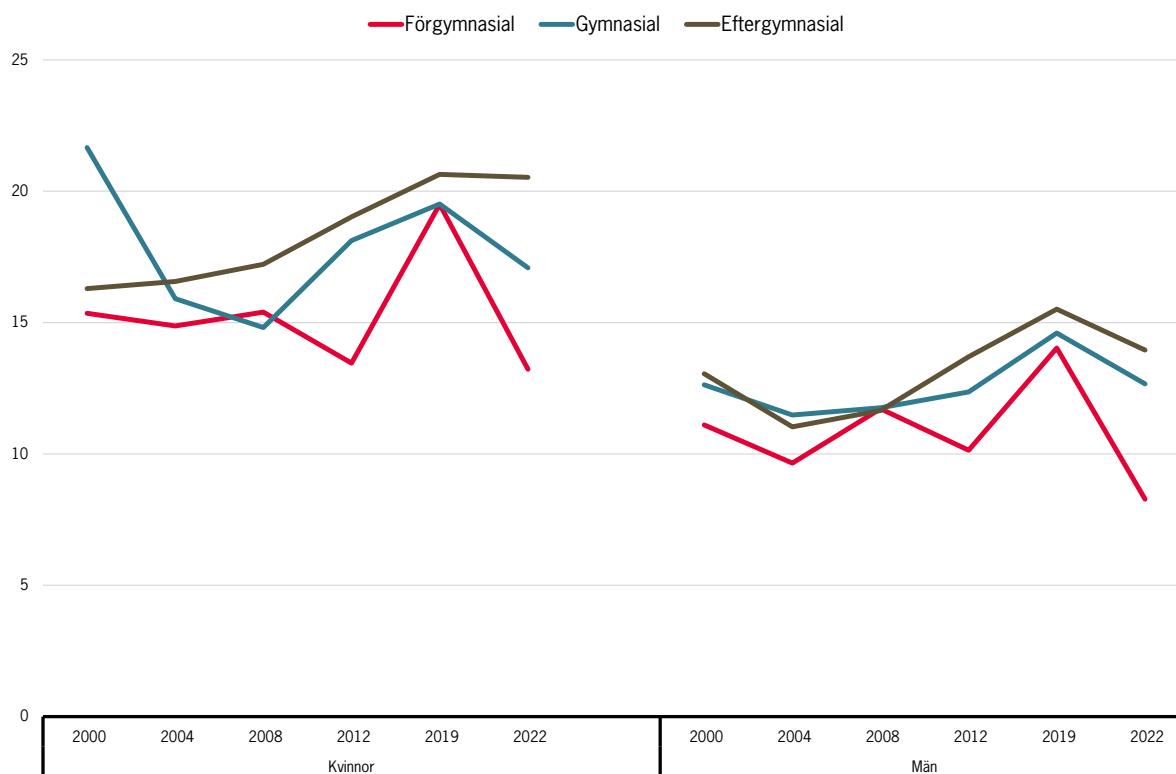
Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande



Figur 13: Den psykiska ohälsan har framför allt ökat för personer mellan 18-29 samt 30-44 (de två yngsta åldersgrupperna) sen år 2000. Det framgår också av linjediagrammet att yngre kvinnor rapporterar högre andelar nedsatt psykiskt välbefinnande än äldre. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Utbildningsskillnader urskönjs också, men inte i samma paritet som könsskillnader. För nedsatt psykiskt välbefinnande syns en omvänd social gradient, där de med högre utbildning har högre andelar än de med kortare utbildning. Trenden från år 2000 är ganska ojämn för de olika utbildningsgrupperna, däremot är trenden densamma för män och kvinnor inom de olika utbildningsgrupperna även om magnituden skiljer sig något åt. Genom hela tidperioden syns ett mönster där kvinnor, oavsett utbildningsnivå, har en högre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än män.

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande utefter utbildningsnivå



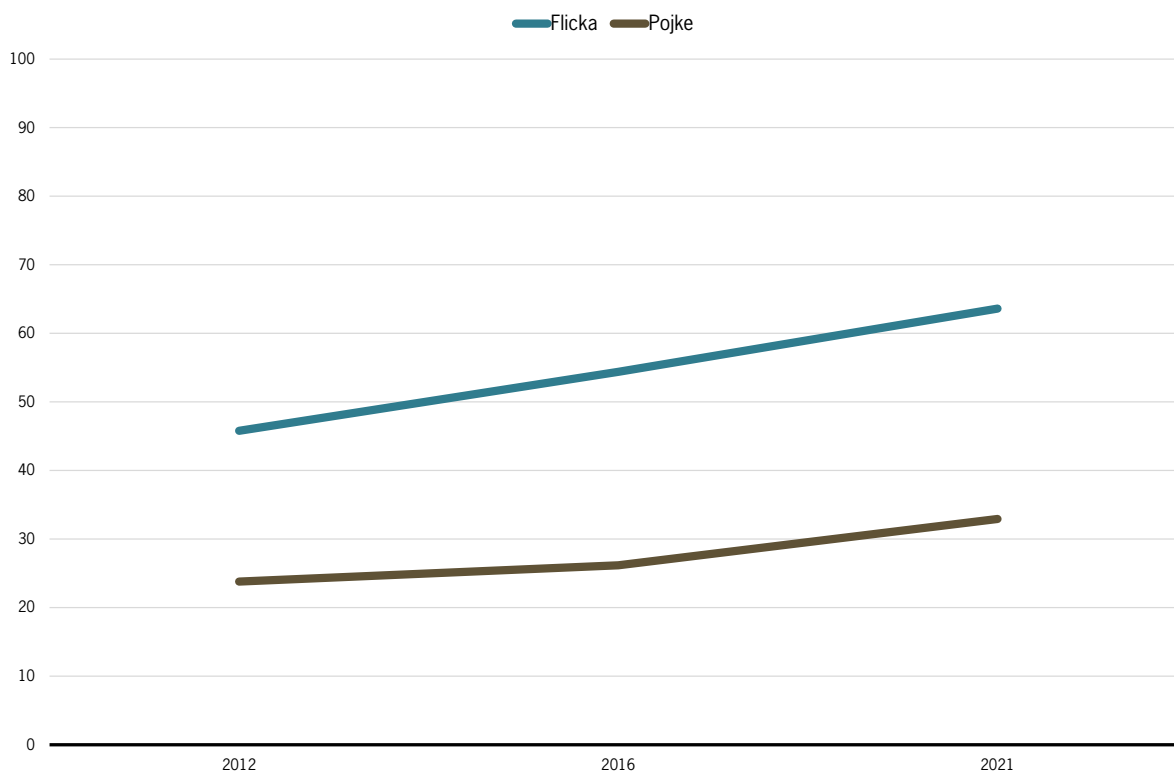
Figur 14: Personer med högre utbildning har högre andelar av nedsatt psykiskt välbefinnande än de med kortare utbildning. Genom hela tidperioden syns även ett mönster där kvinnor, oavsett utbildningsnivå, har en högre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än män. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

För födelseland är det framför allt de utomnordiskt födda som har högre andelar med nedsatt psykiskt välbefinnande. Den initiala trenden visar att vid 2000-talets början var det män födda i Sverige respektive övriga Norden som låg lägst, följt av kvinnor födda i Sverige och övriga Norden. Med tiden har dock panoramat förändrats något och vid sista mätningen är könsskillnaderna tydligare än födelseland då kvinnor, oavsett födelseland, ligger högre än män. Fortfarande är det män födda i Sverige och övriga Norden som ligger lägst.

Psykosomatiska symptom, årskurs 9

Andelarna med psykosomatiska besvär är högre för flickor än pojkar (64 respektive 33 procent år 2021). För både flickor och pojkar har andelarna ökat successivt över tid, och särskilt för flickor, vars andelar ökat med 18 procentenheter sedan år 2012.

Andel med psykosomatiska besvär i årskurs 9



Figur 15: Flickor lider i högre grad av psykosomatiska besvär i årskurs 9 än män, och dessutom har andelarna ökat markant över tid för både flickor och pojkar sedan år 2012. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät Barn och unga i Skåne.

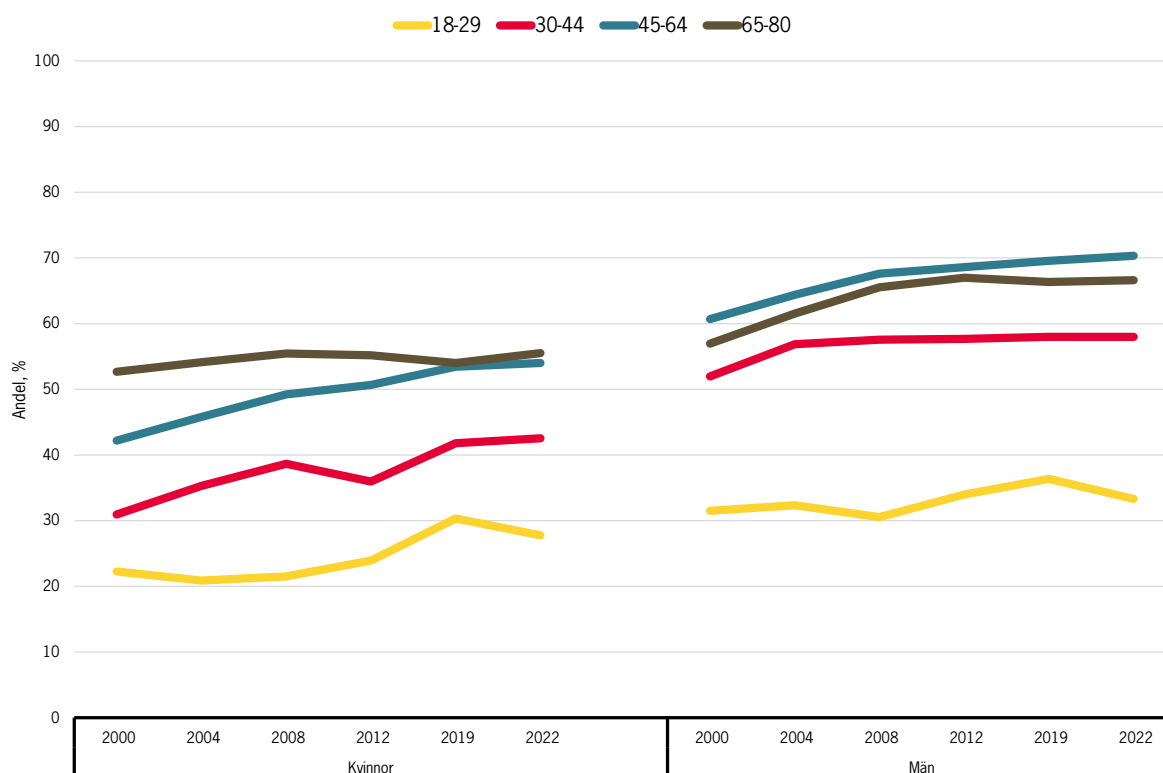
Övervikt och obesitas

Definitionen på övervikt är att ha ett Body Mass Index (BMI) på ≥ 25 men mindre än 30. Vid ett BMI på ≥ 30 uppfylls kriterierna för obesitas (latin för fetma), vilket är en klinisk diagnos. Övervikt och obesitas ökar risken för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar och är bland de främsta orsakerna till förlorade friska levnadsår i Sverige. Övervikt och obesitas ökar bland annat risken för typ 2-diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom.

Att ha ett BMI ≥ 25 (övervikt/obesitas) låg en procentenhet högre i Skåne än i Sverige år 2022, 52 procent jämfört med 51 procent år 2022. Andelarna för män är högre än andelarna för kvinnor, 58 procent jämfört med 46 procent. För såväl män som kvinnor, och för samtliga åldersgrupper, syns en ökning av andelen med övervikt och obesitas sedan år 2000. Den största ökningen syns i åldersgruppen 45–64 år och det är också den åldersgruppen som har flest andel överviktiga män, 70 procent. För kvinnorna återfinns i stället flest överviktiga i åldersgruppen 65–80 år, vilka låg på 56 procent år 2022. Sett över tid är det män i den yngsta åldersgruppen som legat mest stabil

över tid där skillnaden mellan första och sista mätningen endast är en procentenhet vilket innebär att 33 procent var överviktiga eller hade obesitas år 2022. Lägst genom hela tidsperioden ligger dock kvinnor i den yngsta åldersgruppen och år 2022 var andelen med övervikt eller obesitas 28 procent.

Andel med övervikt eller obesitas



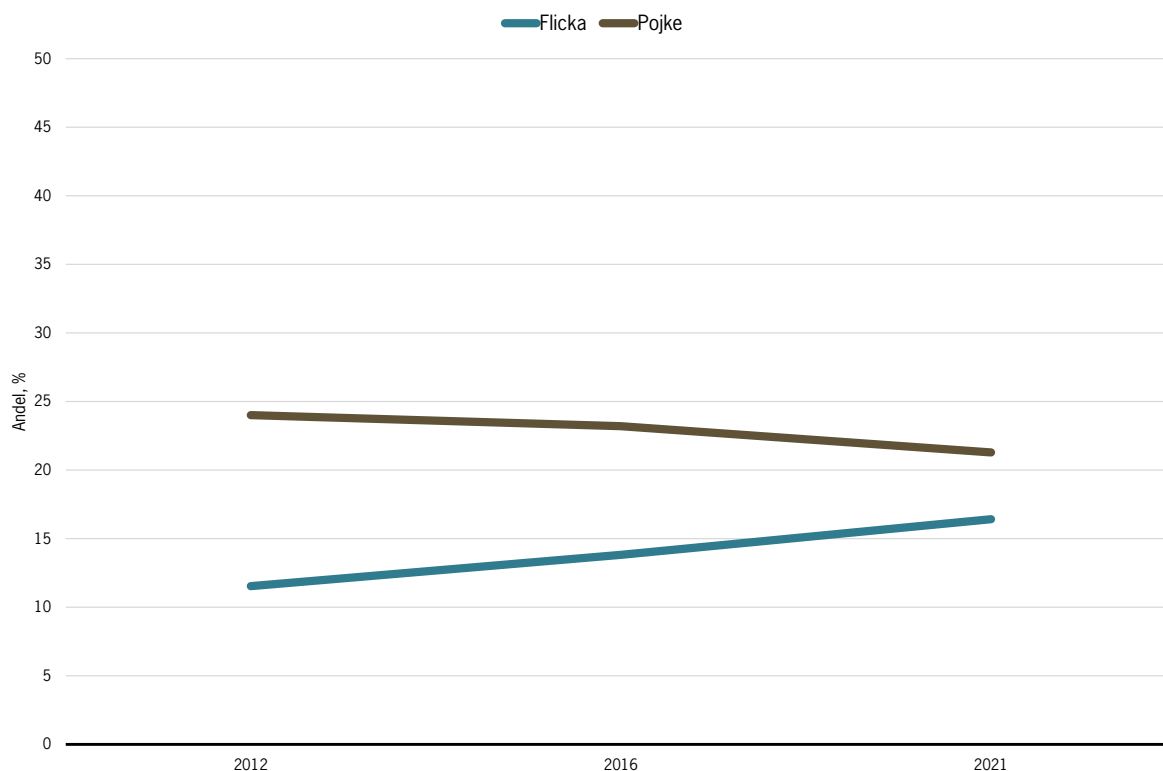
Figur 16: Den största ökningen av obesitas eller övervikt syns i åldersgruppen 45–64 år och det är också den åldersgruppen som har flest andel överviktiga män, 70 procent. För såväl män som kvinnor, och för samtliga åldersgrupper, syns en ökning av andelen med övervikt och obesitas sedan år 2000. | Källa: Region Skånes folkhälsoenkät.

Det är vanligare att ha ett BMI ≥ 25 bland de med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial. För män med förgymnasial utbildning är andelen 72 procent år 2022 medan det ligger på 56 procent för män med eftergymnasial utbildning. För kvinnor är korresponderande siffror 59 respektive 43 procent. Tydliga könsskillnader syns också där kvinnor med eftergymnasial utbildning ligger lägst, följt av kvinnor med gymnasial utbildning. Högst ligger män med förgymnasial utbildning följt av män med gymnasial utbildning. För samtliga utbildningsgrupper syns en ökning över tid där män med eftergymnasial utbildning hade lägst ökning med 7 procentenheter. Den största ökningen återfanns bland kvinnor med gymnasial utbildning där övervikt och obesitas ökat med 16 procentenheter sedan år 2000.

Vid uppdelning på födelseregion är det tydliga könsskillnader där män ligger högre än kvinnor oavsett födelseland. Generellt framträder ett mönster där såväl män som kvinnor födda i övriga Norden respektive övriga Europa ligger något högre än män och kvinnor födda i Sverige respektive övriga världen. Dessa skillnader har dock minskat något över tid. År 2022 var siffran högst

för män födda i övriga Europa, 67 procent och lägst för kvinnor födda i Sverige, 47 procent. Sett över tid har den största respektive minsta ökningen skett bland män födda i övriga världen (11 procentenheter) samt kvinnor födda i övriga Europa (3 procentenheter).

Andel med övervikt eller obesitas i årskurs 9

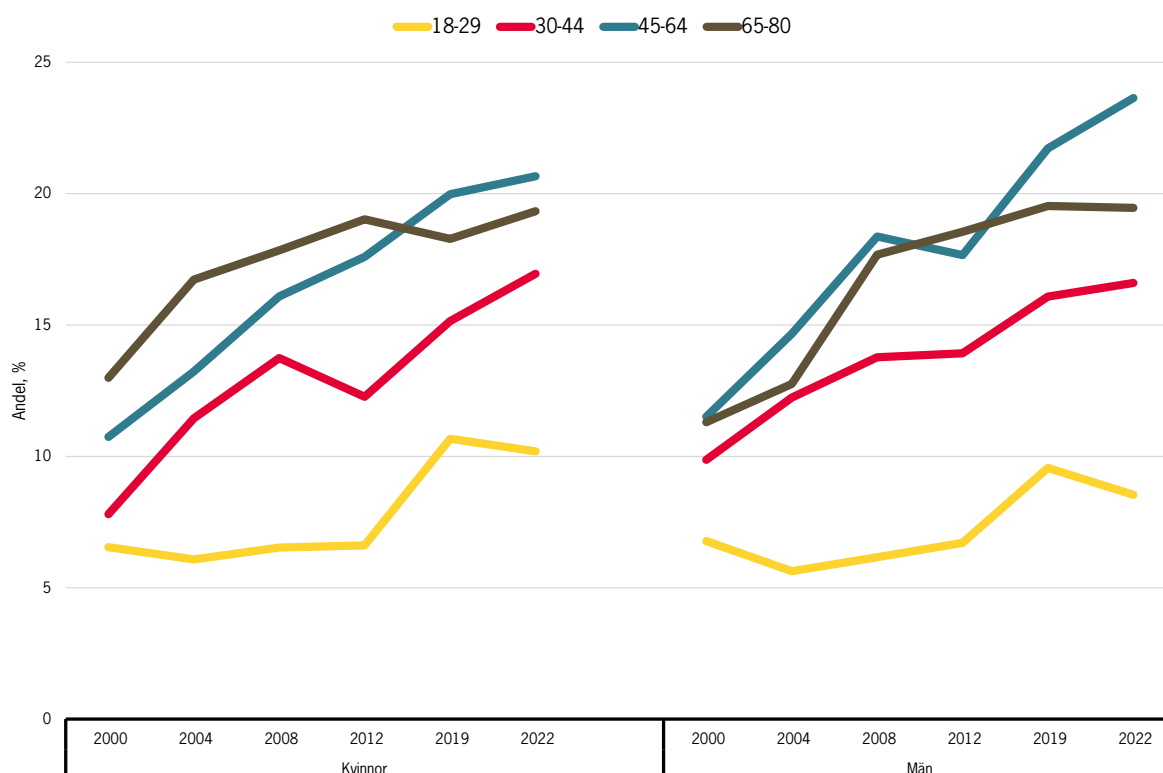


Figur 17: Andelen med övervikt eller obesitas i årskurs 9 ligger högre hos pojkar än flickor. Dock syns en minskning för pojkar över tid men en ökning för flickor. För pojkar har andelen sjunkit från 24 procent år 2012 till 21 procent år 2021. För flickor är motsvarande förändring en stigning från 12 till 16 procent. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät Barn och unga i Skåne.

Obesitas

Obesitas uppvisar inte samma tydliga könsskillnader som för övervikt. Skillnaden mellan män och kvinnor i Skåne år 2022 var knappt märkbar, drygt en halv procentenhet. Andelen med obesitas i Skåne låg därtill en procentenhet högre än för Sverige som helhet, 17 respektive 16 procentenheter. Andelen med obesitas ökar med åldern och ligger som högst i åldersgruppen 45–64 år med 24 procent bland män och 21 procent bland kvinnor. Sedan år 2000 har andelen med obesitas ökat för samtliga åldersgrupper med den största ökningen i åldersgruppen 45–64 år där andelen har ökat med 12 procentenheter för männen och 10 procentenheter för kvinnorna. Minst ökning syns i den yngsta åldersgruppen, 2 respektive 4 procentenheter för män och kvinnor.

Andel med obesitas efter åldersgrupp



Figur 18: Andelen med obesitas ökar med åldern och ligger som högst i åldersgruppen 45–64 med 24 procent bland män och 21 procent bland kvinnor. Sedan år 2000 har andelen med obesitas ökat för samtliga åldersgrupper. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät Barn och unga i Skåne.

Det är vanligare att med obesitas bland de med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial utbildning. Samtliga utbildningsgrupper har en ökning över tid och män och kvinnor uppger i stort sett samma andelar inom utbildningsgrupperna. Ökningen var ungefär lika stor för män och kvinnor med förgymnasial och gymnasial utbildning, 11–12 procentenheter, varpå andelen med obesitas i denna grupp låg mellan 22–26 procent år 2022. Ökningen för de med eftergymnasial utbildning låg på 7–8 procentenheter varpå andelen med obesitas år 2022 var 14–15 procent.

Vid uppdelning på födelseregion är det vanligare med obesitas bland de födda i övriga Norden och de födda i övriga Europa där andelarna, år 2022, ligger mellan 20–23 procent medan andelarna för de födda i Sverige eller övriga världen ligger på 17–18 procent. För samtliga grupper har andelarna stigit över tid, som mest med 13 procentenheter för män födda i övriga Europa och som lägst med 6 procentenheter för män födda i övriga världen.

Obesitas, årskurs 9

Andelen med obesitas i årskurs 9 har legat stabilt på ungefär 4,5 procent för pojkarna under perioden 2012–2021. För flickorna har det skett en procentenhets ökning, från 2 procent till 3 procent.



Utvecklingen av de folkhälsopolitiska målområdena

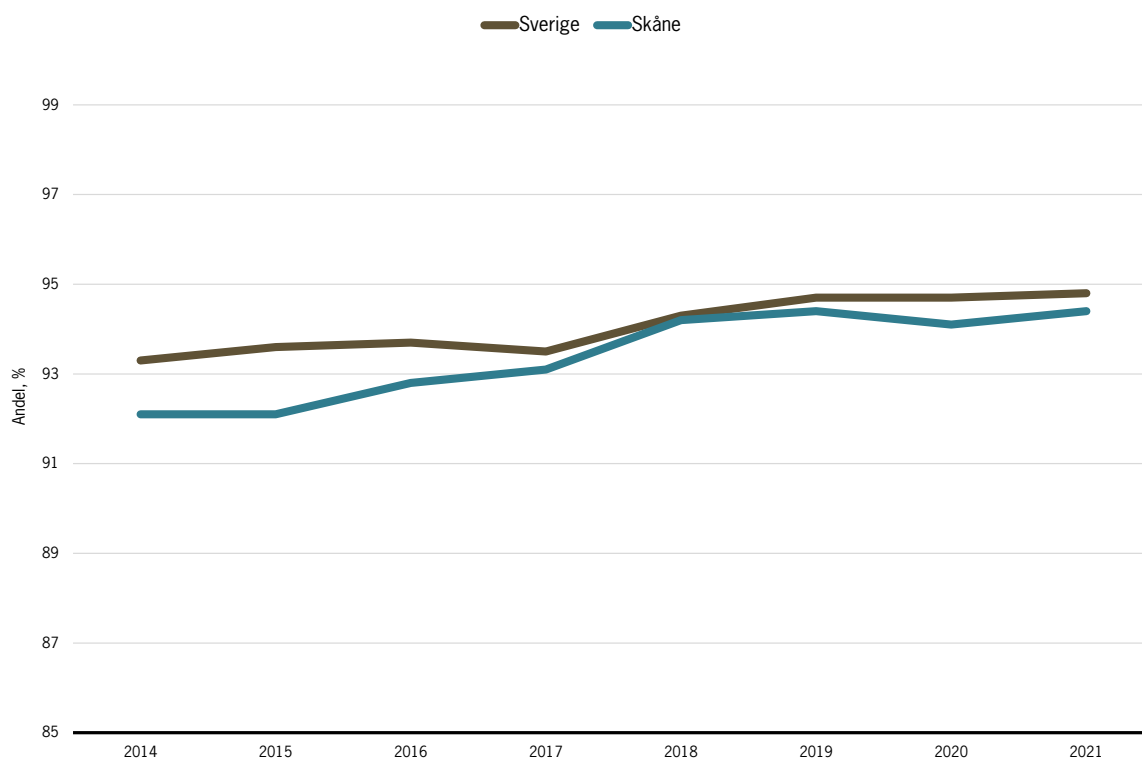
Målområde 1: det tidiga livets villkor

Att skapa och stödja en god start i livet med grundläggande förutsättning att utvecklas både fysiskt, kognitivt, socialt och emotionellt är en väsentlig del i att nå en god och jämlik hälsa. Fokusområden inom målområde 1 kretsar kring en jämlik mödra- och hälsovård, en förskola som är likvärdig och av hög kvalitet samt metoder som fokuserar kring barnens främsta (21). I den här rapporten inkluderas kärnindikatorn Barn inskrivna i förskola vid treårsålder.

Barn inskrivna vid förskola vid treårsålder

Förskolan spelar en viktig roll i att främja en jämlik hälsa. En förskola som håller hög kvalitet är av stor vikt för alla barn och inte minst för barn med exempelvis svåra hemförhållanden eller olika typer av behov av stöd. Faktorer som låg personalomsättning och att en hög andel av personalen med en pedagogisk utbildning är några saker som spelar roll för kvalitén i förskolan (8). En klar majoritet av de skånska treåringarna är inskrivna i förskolan, drygt 94 procent. Trenden över tid sedan mätstart år 2014 har gått i positiv riktning med en ökning på två procentenheter. Skåne låg tidigare något lägre än Sverigesnittet, men nivåerna har närmat sig över tid och skillnaderna år 2021 är på decimalen (figur 19).

Andel treåringar inskrivna i förskolan



Figur 19: En klar majoritet av de skånska treåringarna är inskrivna i förskolan, drygt 94 procent. Skåne har närmat sig Sverigesnittet över tid och år 2021 är skillnaden på decimalen. | **Källa:** Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.

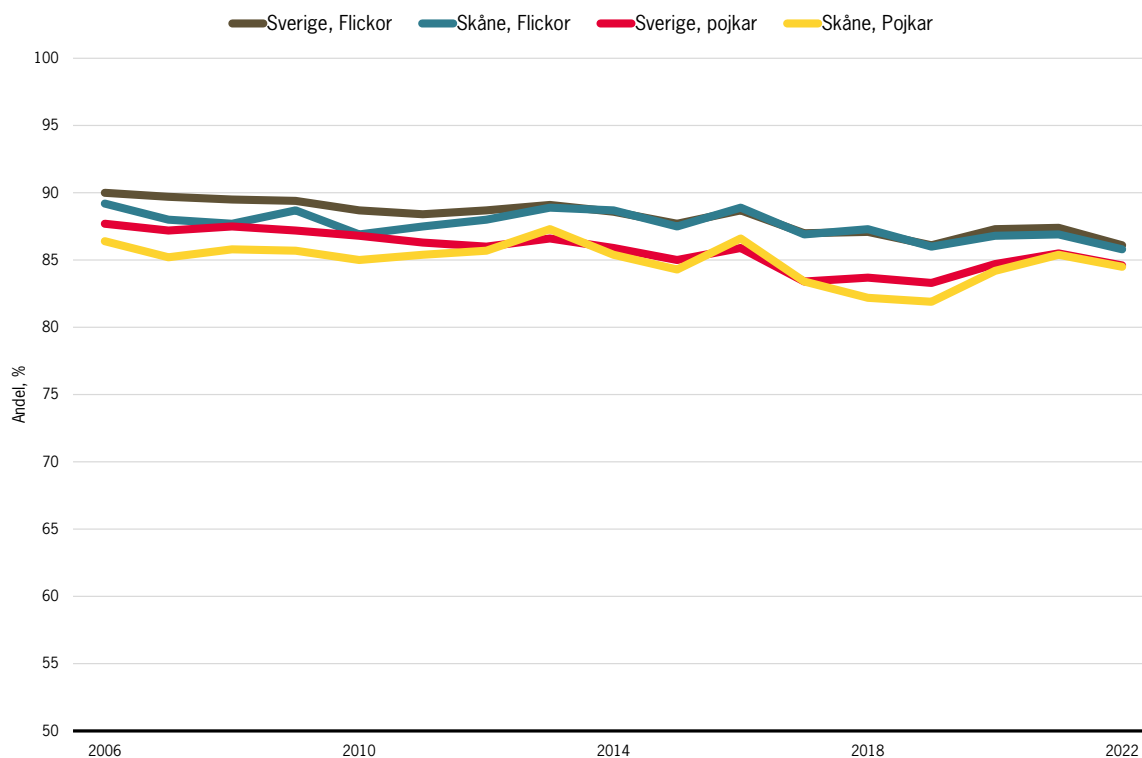
Målområde 2: kunskaper, kompetenser och utbildning

Utbildning av hög kvalitet och som inkluderar alla är en av de yttersta grunderna för hälsa, jämställdhet och välbefinnande i samhället. Målområde 2, kunskaper kompetenser och utbildning fokuserar på en god lärandemiljö i skolan, ett likvärdigt utbildningssystem liksom att motverka skolmisslyckanden (22). I den här rapporten redovisas kärnindikatorerna Elever i åk 9 med gymnasiebehörighet och Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning.

Gymnasiebehörighet

År 2022 uppnådde nästan 86 procent av de skånska flickorna och knappt 85 procent av pojkarna i åk 9 gymnasiebehörighet. Andelarna är således något högre för flickor än pojkar, men skillnaderna mellan könen är idag mindre än de varit tidigare. Sett ur ett längre perspektiv ses dock en viss negativ trend för båda flickor och pojkar som vid mätstart år 2006 uppgick till drygt 89 respektive 86 procent. Lägst andelar återfanns dock runt år 2019, med viss återupphämtning 2020–2021, men som åter tycks ha minskat något år 2022. Sverigesnittet idag och utvecklingen över tid nationellt sett är liknande det skånska, trots att sverigesnittet delar av mätperioden legat något bättre än det skånska (Figur 20).

Andel flickor och pojkar i årskurs 9 med gymnasiebehörighet

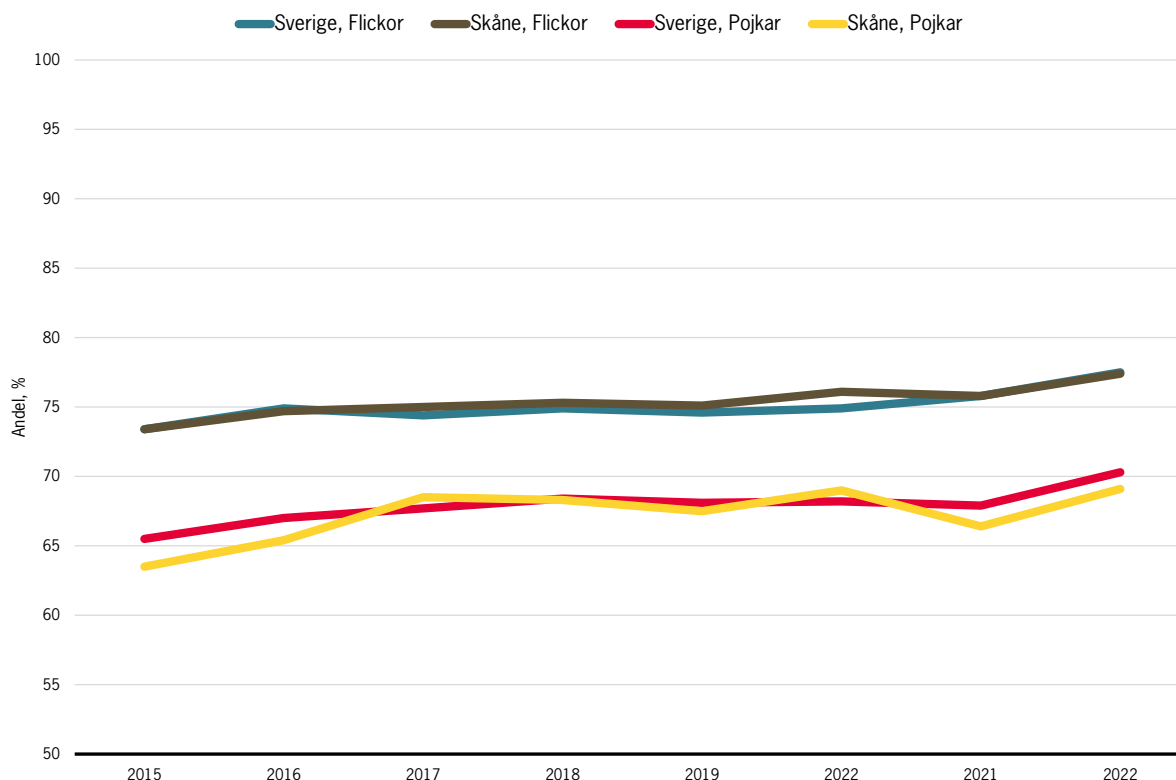


Figur 20: Skillnaderna mellan könen har minskat sedan år 2006. Sett ur ett längre perspektiv ses dock en viss negativ trend för båda flickor och pojkar. | **Källa:** Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.

Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning

Figur 21 visar att det är en högre andel skånska flickor än pojkar som inom fyra år efter påbörjad gymnasieutbildning har uppnått examen (77 respektive 69 procent 2022), en könsskillnad som även ses på nationell nivå. För både flickor och pojkar ses en viss positiv utveckling med något högre andelar idag än vid mätstart år 2015.

Andel flickor och pojkar med gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning



Figur 21: Det är fler skånska flickor än pojkar som inom fyra år efter påbörjad gymnasieutbildning uppnått gymnasieexamen, en könsskillnad som även ses på nationell nivå. För både flickor och pojkar ses en viss positiv utveckling med något högre andelar idag än vid mätstart år 2015. | **Källa:** Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.

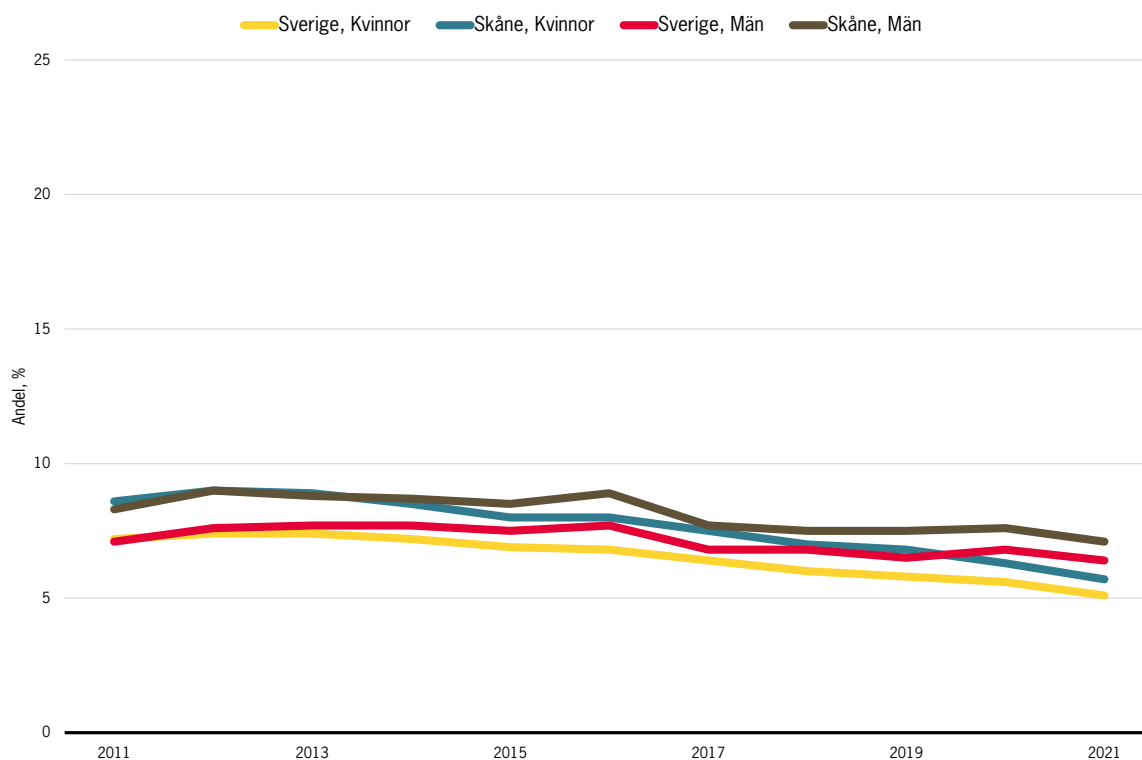
Målområde 3: arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Att ha ett arbete är en viktig faktor för hälsan och det finns många hälsofördelar med att ha ett arbete jämfört med att sakna ett. Samtidigt kan det också finnas stora skillnader i arbetsmiljö vilket bidrar till hälsoskillnader inom arbetslivet. Fokusområden för målområde 3 handlar därför bland annat om att ha ett arbete, goda möjligheter till ökad anställningsbarhet samt goda anställningsförhållanden och en hållbar arbetsmiljö (23). I den här rapporten ingår kärnindikatorn Unga som varken arbetar eller studerar.

Unga som varken arbetar eller studerar

Unga som står utanför arbetsmarknaden är en viktig grupp att uppmärksamma då dessa har en ökad risk att hamna utanför arbetsmarknaden även senare i livet. I figur 22 visas för Skåne och Sverige andelar kvinnor och män i åldern 16-24 år som varken arbetar eller studerar. Andelarna på riksnivå är något lägre än de skånska, men i övrigt följer Skåne samma mönster som Sverige i stort. Utvecklingen över tid ser positiv ut för både kvinnor och män. Dock har en viss könsskillnad uppstått som inte setts tidigare, till följd av att andelarna minskat i högre takt för kvinnor än män. Vid den senaste mätningen år 2021 låg skånska kvinnor på 5,7 procent och män på 7,1 procent, vilket kan jämföras med 2011 års siffror på 8,6 respektive 8,3 procent.

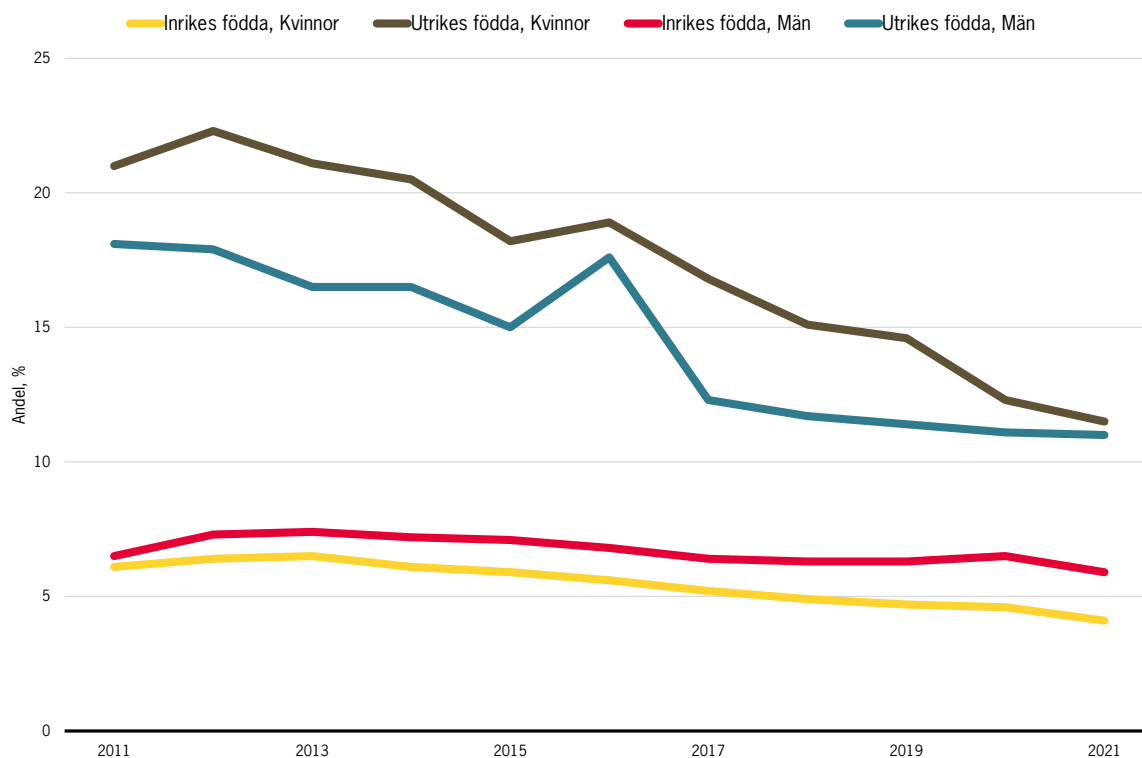
Andel unga (16-24 år) som varken arbetar eller studerar



Figur 22: Utvecklingen över tid ser positiv ut för både kvinnor och män. Dock har en viss könsskillnad uppstått som inte setts tidigare, till följd av att andelarna minskat i högre takt för kvinnor än män. | **Källa:** Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF).

Förutom könsskillnader ses också skillnader mellan in- och utrikes födda, vilka är mer uttalade. Andelarna för kvinnor och män födda i Sverige ligger år 2021 på 4,1 respektive 5,9 procent i Skåne, vilket kan jämföras med utrikes födda kvinnor och män samma år som uppgår till 11,5 respektive 11 procent. Gapet mellan in- och utrikesfödda har dock minskat över tid då andelarna för den senare gruppen haft en brantare utvecklingskurva (figur 23).

Andel inrikes respektive utrikes unga (16-24 år) kvinnor och män som varken arbetar eller studerar



Figur 23: Andelarna för kvinnor och män födda i Sverige ligger år 2021 på 4,1 respektive 5,9 procent i Skåne, vilket kan jämföras med utrikes födda kvinnor och män samma år som uppgår till 11,5 respektive 11 procent. Gapet mellan in- och utrikesfödda har dock minskat över tid då andelarna för den senare gruppen haft en brantare utvecklingskurva | **Källa:** Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF).

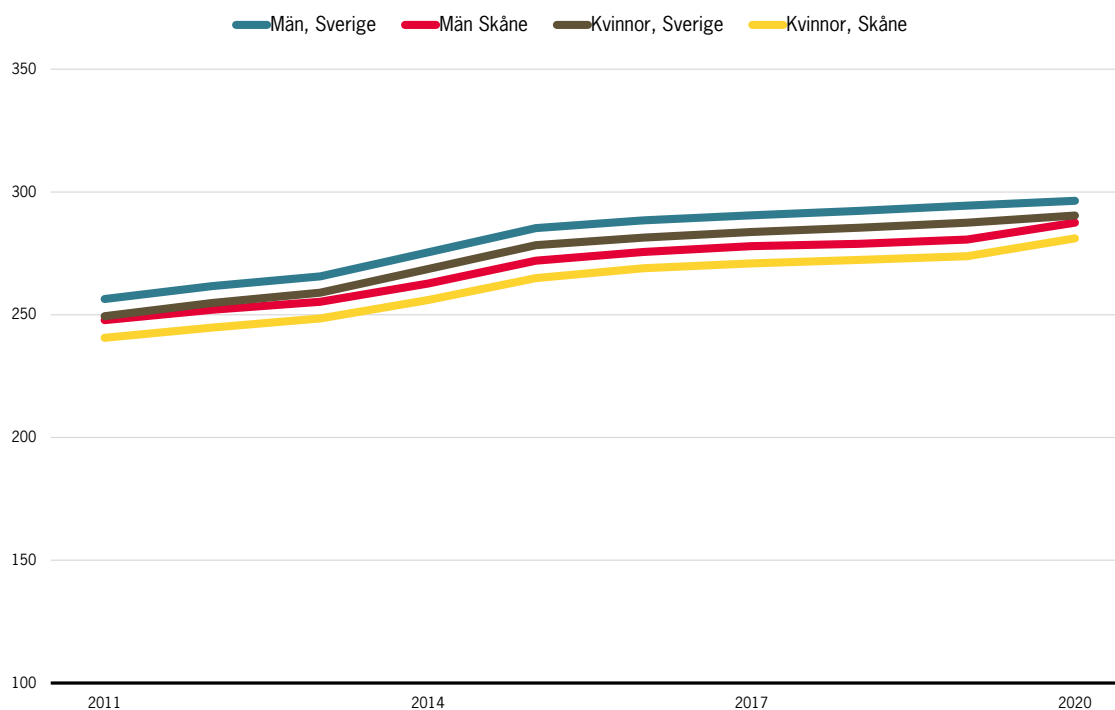
Målområde 4: inkomster och försörjningsmöjligheter

Ekonomiska bekymmer som att ha svårt att betala löpande utgifter eller sakna marginaler för oförutsägbara utgifter kan ha en stor negativ inverkan på hälsan. Det kan handla om allt ifrån att inte ha råd med det allra viktigaste eller ett tryggt boende, till stress och oro och att inte kunna ta del av och delta i sociala och hälsofrämjande sammanhang och aktiviteter. Fokusområden inom målområde 4 handlar om fördelning av inkomster i befolkningen, ekonomiska resurser för de med små marginaler liksom minskad långvarig ekonomisk utsatthet (8, 24). I den här rapporten inkluderas kärnindikatorerna Ekonomisk standard och Varaktig låg ekonomisk standard.

Ekonomisk standard, median (Tkr)

Den ekonomiska standarden (angett som hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet) (10) har totalt sett ökat det senaste decenniet. Dock har män en något högre ekonomisk standard än kvinnor, även om skillnaderna tycks ha minskat något över tid. Snitten för skånska kvinnor och män ligger något lägre än sverigiesnittet, men i övrigt följer Skåne och Sverige likande utveckling och mönster över tid (figur 24).

Ekonomisk standard, median (Tkr), 25-64 år

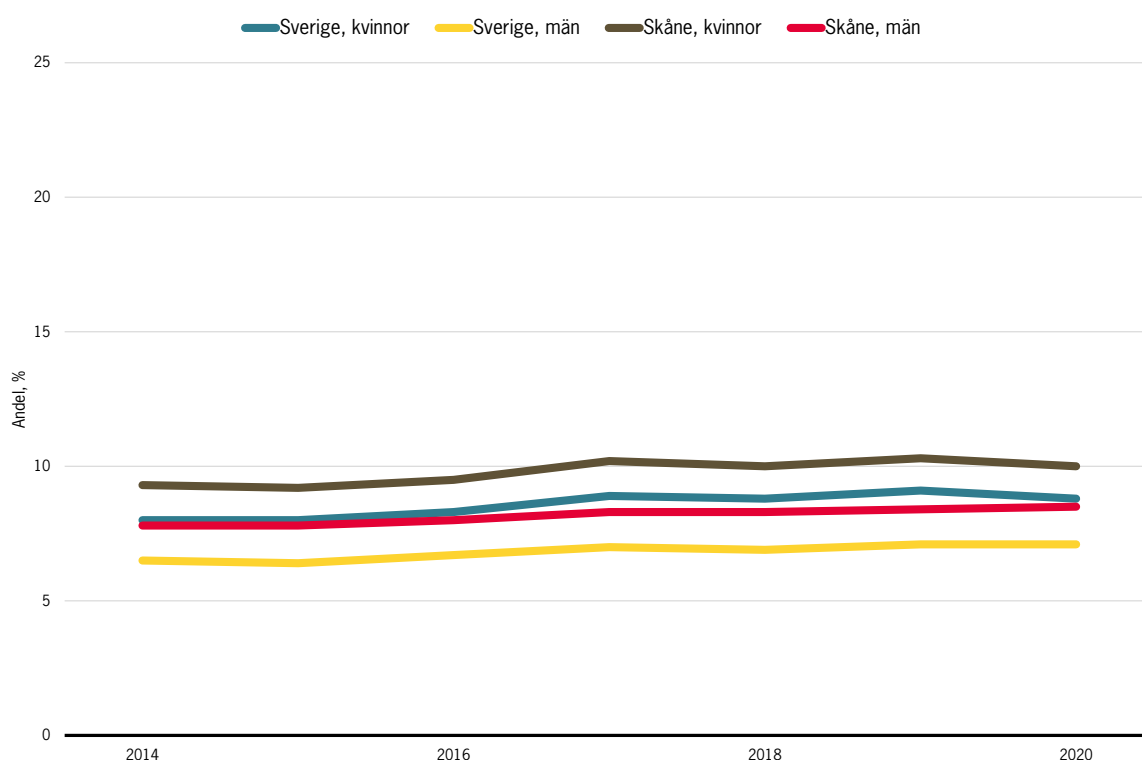


Figur 24: Den ekonomiska standarden har ökat för samtliga grupper, män har en något högre ekonomisk standard än kvinnor. | **Källa:** Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.

Varaktigt låg ekonomisk standard

Varaktigt låg ekonomisk standard beskrivs från datakällan Folkhälsodata som den disponibla inkomsten (justerad för hushållets sammansättning) det senaste året, och minst två av de tre föregående åren, har varit lägre än 60 procent av medianvärdet för riket (11). I såväl Skåne som Sverige är det en högre andel kvinnor än män som har en varaktigt låg ekonomisk standard. Det är även en något högre andel skånska kvinnor och män (10 respektive 9 procent) med varaktigt låg ekonomisk standard jämfört med sverigesnittet för kvinnor och män (9 respektive 7 procent). Viss negativ utveckling syns för både kvinnor och män i Skåne och Sverige med något högre andelar med varaktigt låg ekonomisk standard idag jämfört med mätstart år 2014, men andelarna ser ut att ligga ganska stabilt under den senare halvan av mätperioden. Utvecklingen tycks likvärdig för både kvinnor och män då könsskillnaden är oförändrad 2020 jämfört med mätstart år 2014 (Figur 25).

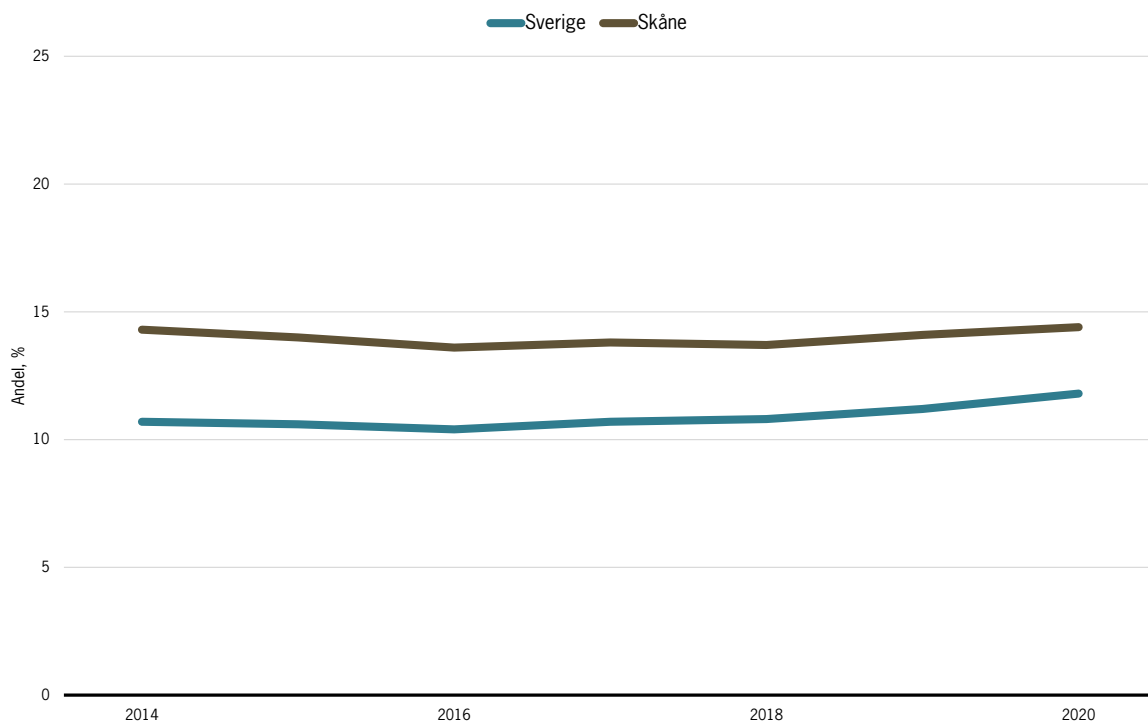
Andel med varaktigt låg ekonomisk standard i Skåne och Sverige



Figur 25: I såväl Skåne som Sverige är det en högre andel kvinnor än män som har en varaktigt låg ekonomisk standard. | **Källa:** Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.

I Skåne lever dessutom drygt 14 procent barn och ungdomar (0–19 år) med varaktigt låg ekonomisk standard, vilket är en något högre andel än sverigesnittet på knappt 12 procent. Över tid har skillnaderna mellan Sverige och Skåne minskat något vilket kan tillskrivas en liten ökning sett till sverigesnittet de senaste åren (låg på knappt 11 procent vid mätstart år 2014), medan Skåne legat lite mer stabilt (Figur 26).

Andel barn och unga (0–19 år) med varaktig låg ekonomisk standard i Skåne och Sverige



Figur 26: Det är fler barn och ungdomar i Skåne (14 procent) än Sverige (knappt 12 procent) med varaktig låg ekonomisk standard. | **Källa:** Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.



Positiv trend för hushållens disponibla inkomst

Ekonomiska bekymmer som att ha svårt att betala löpande utgifter kan ha en stor negativ inverkan på hälsan.

I Skåne har hushållens disponibla inkomst har ökat det senaste decenniet. Trenden är densamma oavsett kön och Skåne följer utvecklingen för rikssnittet.

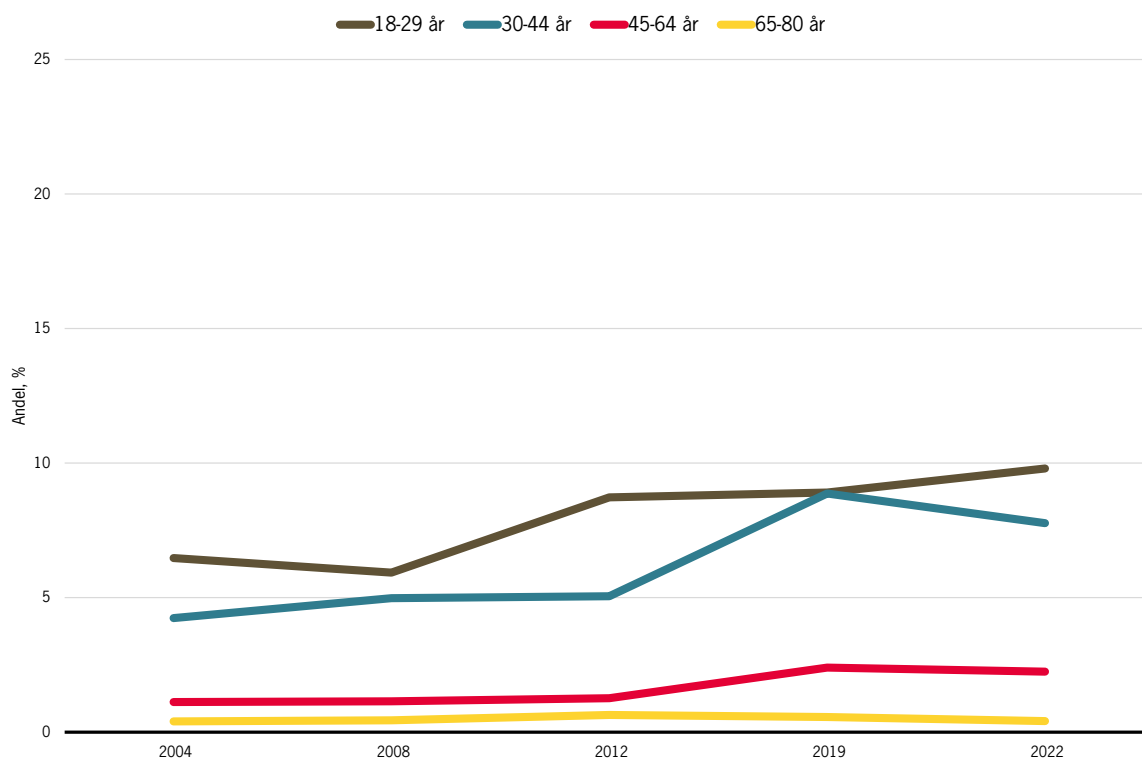
Målområde 5: boende och närmiljö

Boende och närmiljö, vilket kan handla om att ha ett fullgott boende avseende kvalitet och storlek samt en närmiljö som uppfyller behov av både fysisk och social karaktär, är viktiga aspekter för en god och jämlik hälsa. Detta målområde fokuserar på aspekter som handlar om tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad, socialt hållbara bostadsområden och sunda boendemiljöer på lika villkor (25). I den här rapporten ingår kärnindikatorerna Trångboddhet, Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla och Störd av trafikbuller, sömnstörd.

Trångboddhet

Trångboddhet definieras i detta fall enligt Trångboddhetsnorm 2 (en bostad är trångbodd om det bor fler än två personer per rum (undantag kök och badrum) (26). Enligt självrapporterade uppgifter om antal rum och boende i ens bostad uppgick andelen trångbodda i Skåne år 2022 till knappt 5 procent. Detta är i linje med mätningen dessförinnan (år 2019), men högre jämfört med de tidigare mätningarna åren 2004–2012 som då låg på 3–4 procent. Trångboddhet tycks särskilt vanligt bland yngre. Medan 18–29 och 30–44-åringarna ligger på nästan 10 respektive 8 procent, ligger 45–64-åringarna på drygt 2 procent och 65–80-åringarna på 0,4 procent. Andelarna för de äldsta har legat stabilt över tid, medan en ökning ses hos övriga grupper, främst i de yngsta grupperna, vilket har ökat skillnaden mellan dessa och de äldre över tid (figur 27). Motsvarande mönster ses även för kvinnor och män separat.

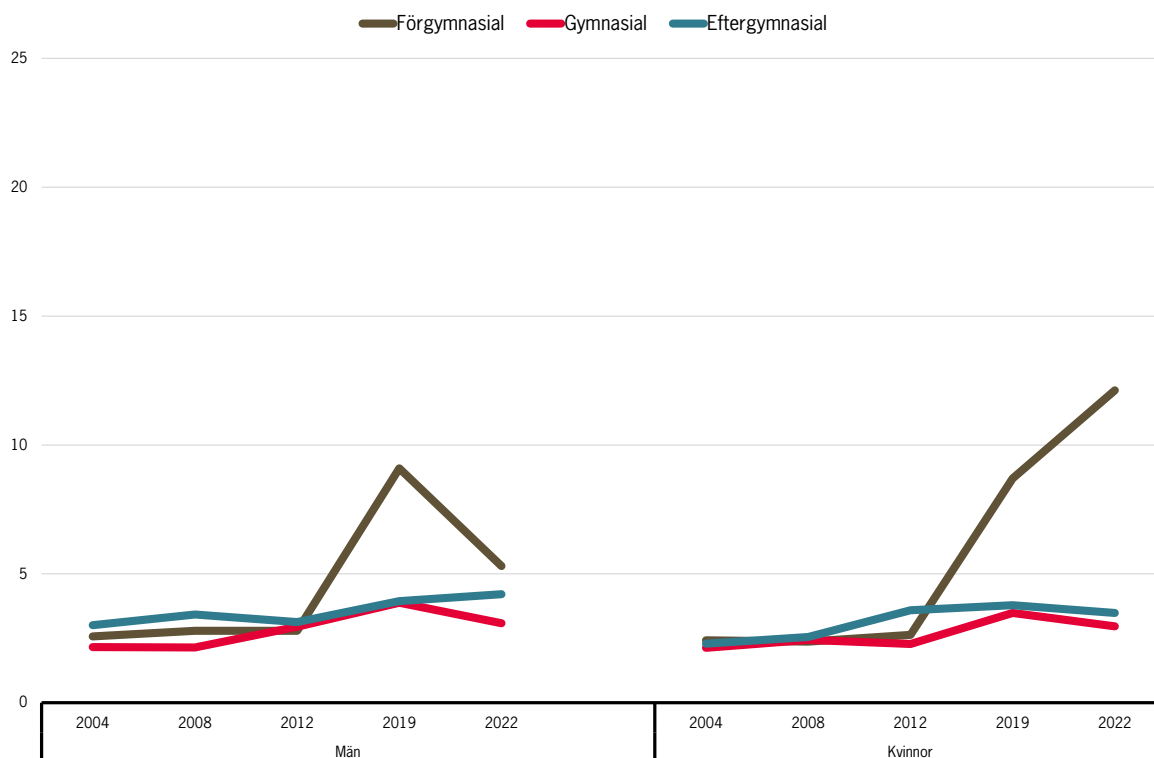
Andel trångbodda utifrån åldersgrupper



Figur 27: Trångboddhet tycks särskilt vanligt bland yngre (18–29 år). Andelarna för de äldsta (65–80 år) har legat stabilt över tid, medan en ökning ses hos övriga grupper, främst i de yngsta grupperna, vilket har ökat skillnaden mellan dessa och de äldre över tid | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Vid mätningarna åren 2004–2012 sågs inga direkt skillnader mellan utbildningsgrupperna, som då låg omkring 2–3 procent totalt sett. Därefter ökade dock andelarna i gruppen med förgymnasial utbildning år 2019 och 2022, medan övriga grupper låg kvar på ungefär samma nivåer som tidigare. Sammantaget har därmed skillnader mellan olika socioekonomiska grupper uppstått. Studeras utbildningsgrupperna uppdelat på man och kvinna, gällde ökningen år 2019 både män och kvinnor, medan andelarna ökade ytterligare för kvinnor, men sjönk för män år 2022 (figur 28).

Andel trångbodda utifrån utbildningsgrupper

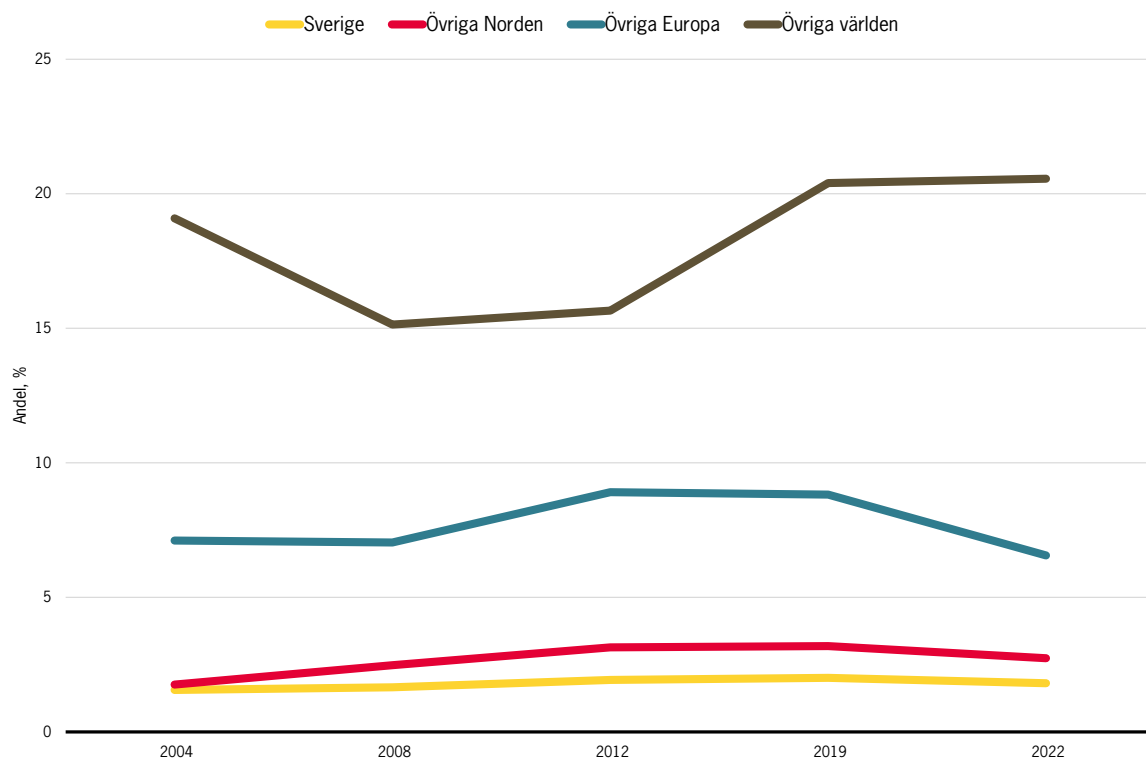


Figur 28: Efter 2012 ökade andelarna i gruppen med förgymnasial utbildning år 2019 och 2022, medan övriga grupper låg kvar på ungefär samma nivåer som tidigare. Sammantaget har därmed skillnader mellan olika socioekonomiska grupper uppstått. Studeras utbildningsgrupperna uppdelat på man och kvinna, gällde ökningen år 2019 både män och kvinnor, medan andelarna ökade ytterligare för kvinnor, men sjönk för män år 2022 |

Källa: Region Skånes folkhälsoenkät.

Totalt sett sågs även skillnader avseende trångboddhet beroende på var man är född. Framför allt sticker gruppen födda i övriga världen ut med högre andelar än övriga grupper. Trots att andelarna i denna grupp sjönk något tillfälligt åren 2008–2012, är gapet mellan denna grupp och övriga tydligt för hela mätperioden (2004–2022) (figur 29).

Andel trångbodda utifrån födelseregion



Figur 29: Personer som är födda i övriga världen sticker ut med högre andelar än övriga grupper, och gapet är tydligt för hela mätperioden. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

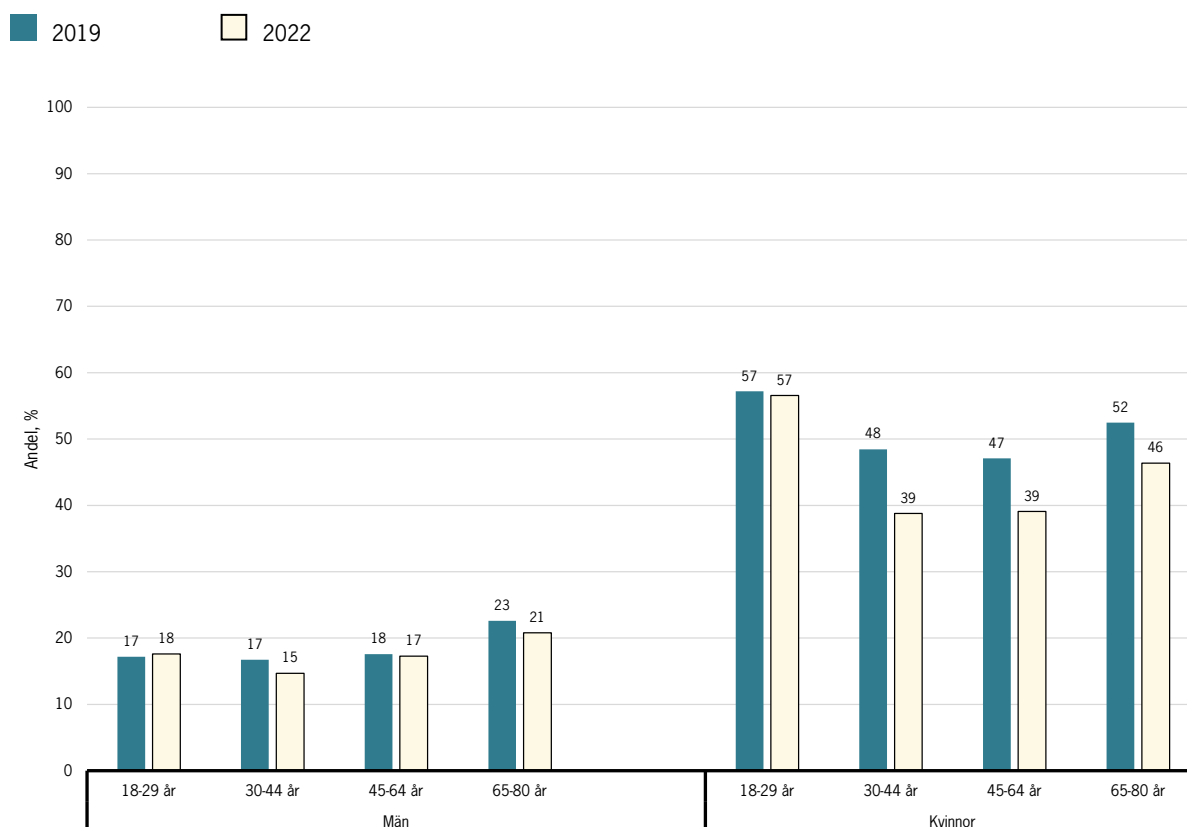


Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla

Självrapporterade data från år 2022 visar att ungefär 1 av 3 skåningar uppger att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Sverigesnittet ligger strax under det skånska. Det mest utmärkande för denna indikator är den stora skillnaden mellan kvinnor och män. Trots viss förbättring, men något lägre andel för kvinnor år 2022 än 2019, är andelarna fortsatt betydligt högre för kvinnor än män (44 jämfört med 17 procent). Könsskillnaden är påtaglig oavsett redovisningsgrupp som studeras.

Vid en jämförelse mellan åldersgrupper, ses bland både kvinnor och män högre andelar för de yngsta (18–29 år) och äldsta (65–80 år) jämfört med åldersgrupperna däremellan. Jämfört med år 2019 ligger männen kvar på samma nivåer år 2022, vilket också gäller de yngsta kvinnorna. För kvinnor i övriga åldersgrupper ses dock en positiv förändring, vilket då också tyder på ökade skillnader mellan åldersgrupperna (figur 30).

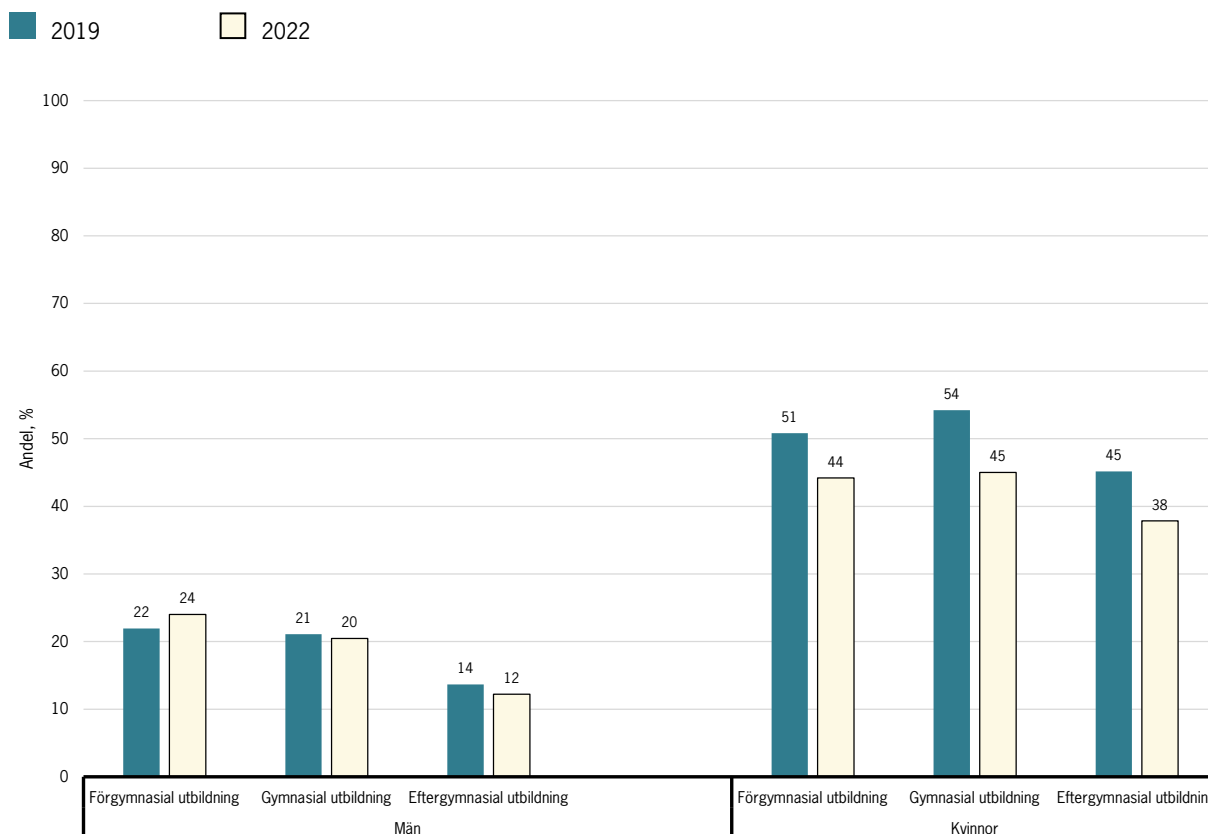
Andel som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla utifrån åldersgrupper



Figur 30: 2022 uppger ungefär 1 av 3 skåningar att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Framför allt gäller detta för kvinnor i den yngre åldersgruppen | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Skillnader ses även sett till utbildningsnivå, med högre andelar i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning. Detta gäller både män och kvinnor. För männen ses ingen tydlig förändring mellan år 2019 och 2022 för någon utbildningsnivå, medan minskning ses för kvinnor i samtliga grupper på mellan 7–9 procentenheter (figur 31).

Andel som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla utifrån utbildningsnivå



Figur 31: Det är högre andelar i för både män och kvinnor i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning som är rädda att gå ut ensamma. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

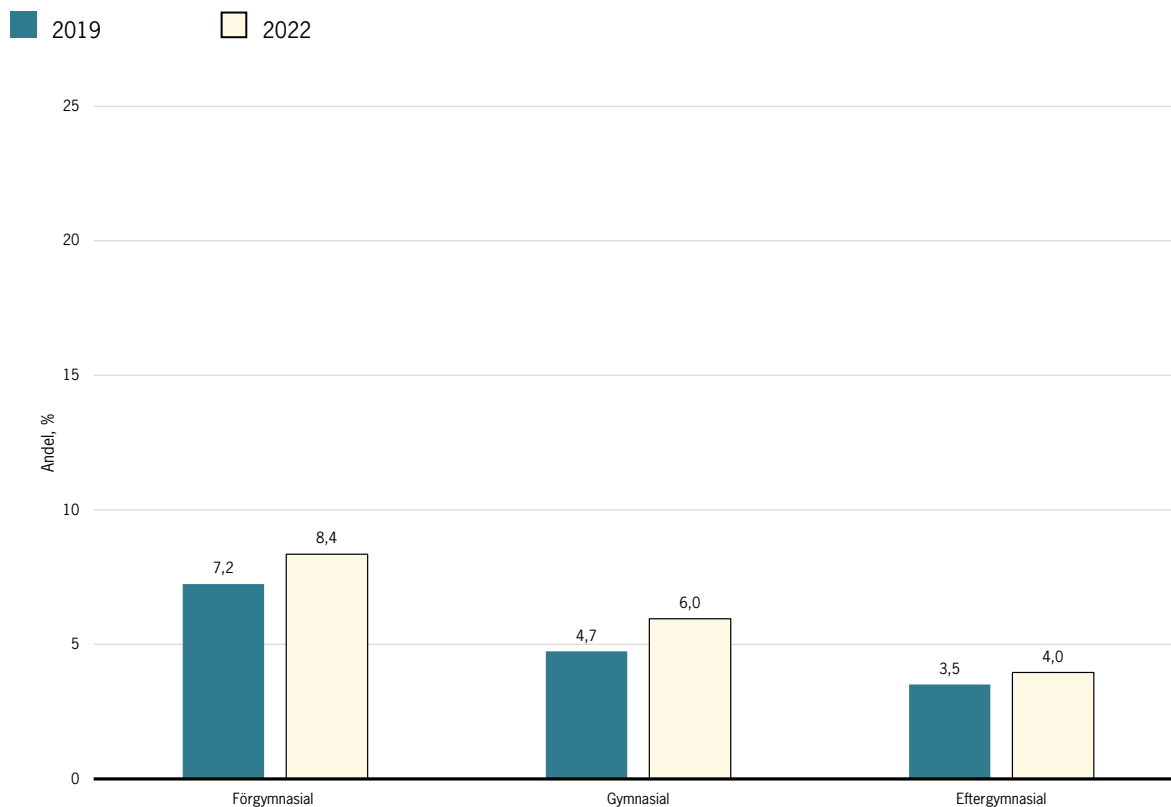
Sett till födelseregion, sågs år 2019 en viss skillnad för män med andelar mellan 11 och 19 procent. Dessa tycks dock ha utjämnats år 2022 som nu ligger mellan 16 och 18 procent. Kvinnorna ligger återigen betydligt högre än männen (mellan 35 och 45 procent år 2022), men uppvisar ändå en positiv förändring i de flesta grupperna jämfört med år 2019. Dock ses fortfarande skillnader mellan grupperna, vilket främst innebär högre andelar i gruppen födda i Sverige jämfört med grupperna födda i övriga Norden och övriga världen.

Störd av trafikbuller, sömnstörd

Hälsan kan påverkas negativt om man under lång tid utsätts för trafikbuller. Det kan exempelvis handla om sömnsvårigheter eller hörselnedsättning. I Skåne uppgav år 2022 knappt 6 procent att de hade sömnstörningar på grund av trafikbuller, vilket är 1 procentenhet högre än år 2019 och också ungefär 1 procentenhet högre än sverigesnittet. Vidare ses en tendens till att en högre andel kvinnor än män upplever detta. Studeras olika åldersgrupper tycks de yngsta männen ligga något högre än övriga åldersgrupper år 2022, vilket inte sågs år 2019. För kvinnornas del hade andelarna ökat något mellan år 2019 och år 2022 för gruppen 45–64 år. Socioekonomiska skillnader sett till utbildningsnivå pekar mot högre andelar som upplever sig sömnstörda vid kortare

än längre utbildning (låg mellan 4 och 8 procent totalt sett år 2022). Skillnaderna mellan socioekonomiska grupper ses både år 2019 och år 2022 (figur 32) och ses även då kvinnor och män studeras separat.

Andel som upplever sömnstörningar på grund av trafikbuller baserat på utbildningsnivå



Figur 32: Diagrammet visar socioekonomiska skillnader sett till utbildningsnivå, där de med kortare utbildning upplever sig sömnstörda mer än de med längre utbildning. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

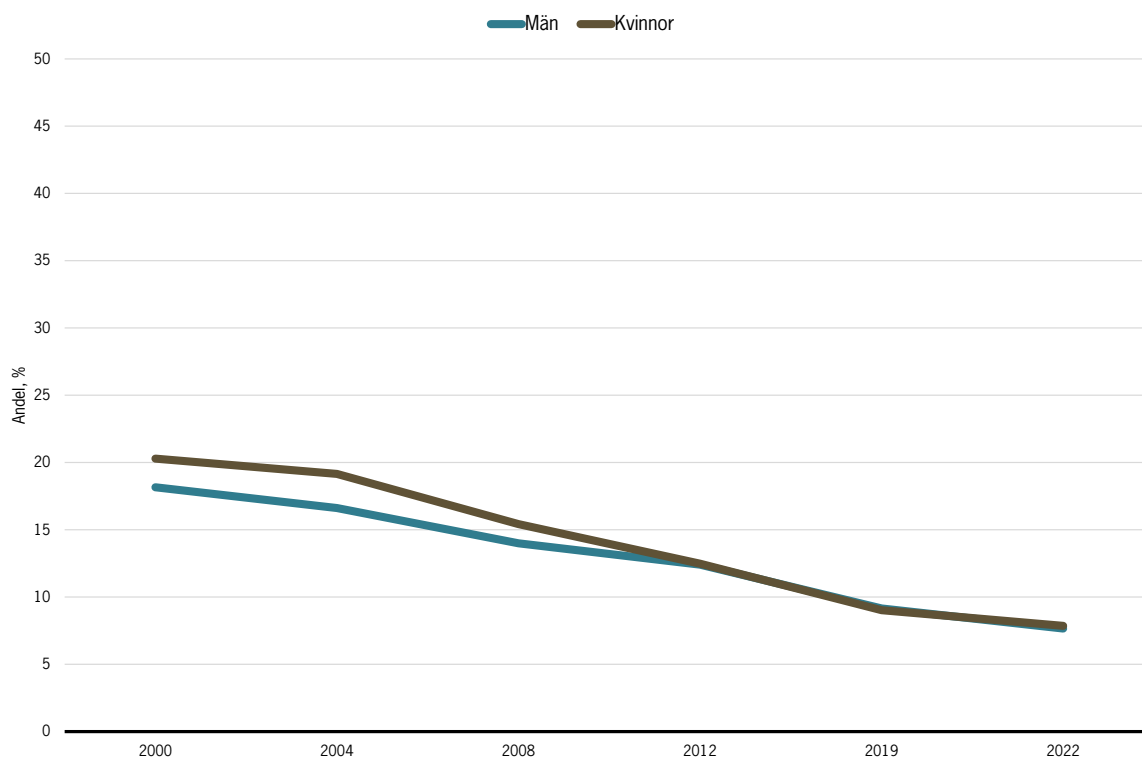
Målområde 6: levnadsvanor

Våra levnadsvanor spelar stor roll för vår hälsa. Riskbeteenden som tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och riskkonsumtion av alkohol är riskfaktorer för många sjukdomar, däribland våra stora folksjukdomar hjärt-kärlsjukdomar, cancer och typ 2-diabetes. Fokusområden inom målområde 6 inkluderar aspekter som att stärka hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom organisationer i välfärden samt att begränsa tillgänglighet till hälsoskadliga produkter respektive öka tillgängligheten för hälsofrämjande sådana (27). I den här rapporten redovisas resultat för samtliga kärnindikatorer inom målområdet nämligen Daglig tobaksrökning, Riskkonsumtion av alkohol, Fysisk aktivitet samt Äter grönsaker dagligen. Dessutom kompletteras dessa resultat med fysisk aktivitet bland skolelever i årskurs 9 från Region Skånes folkhälsoenkät barn och unga i Skåne.

Daglig tobaksrökning

Andel dagligrökare har minskat successivt under hela mätperioden åren 2000–2022 både i Skåne och nationellt. Vid mätstart år 2000 uppgav 18 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i Skåne att de rökte dagligen. Motsvarande år 2022 ligger på 8 procent för både män och kvinnor (figur 33), vilket är något högre än Sverigesnittet på knappt 6 procent.

Andel dagliga tobaksrökande män respektive kvinnor



Figur 33: Andelen dagliga tobaksrökande män och kvinnor har minskat sen år 2000, och år 2022 ligger kvinnor och män på ungefär samma nivå jämfört med år 2000 då fler kvinnor än män var dagliga tobaksrökare. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

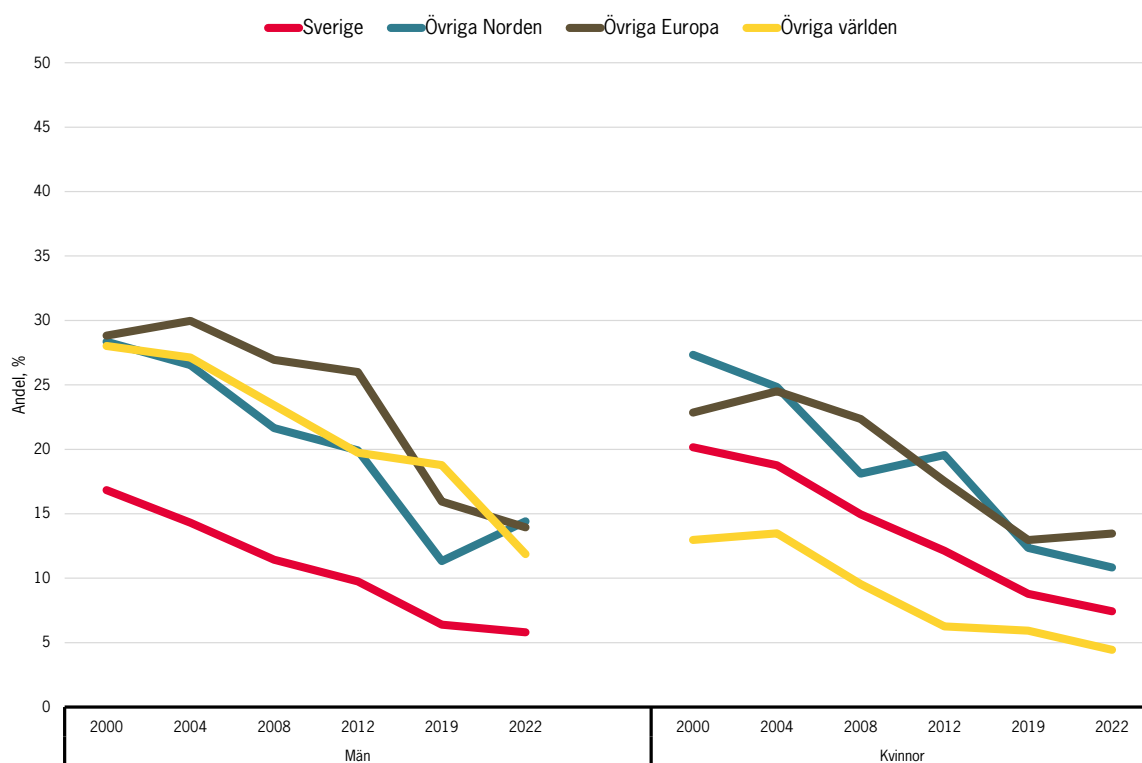
Den sjunkande trenden syns oavsett redovisningsgrupp avseende ålder, socioekonomi och födelse-region. De åldersgrupper som minskat med flest procentenheter över tid är de mellan 30–44 respektive 45–64 år, vilka också var de som låg högst år 2000. För männen ligger de 12 respektive 14 procentenheter lägre år 2022 än drygt 20 år tidigare och motsvarande för kvinnor är 17 respektive 15 procentenheter. Minskningen ses även tydligt i den yngsta gruppen som minskat med 8 procentenheter för män och 12 procentenheter för kvinnor under samma mätperiod.

Samtliga utbildningsgrupper påvisar en positiv utveckling över tid med sjunkande andelar dagligrökare. Dock kvarstår skillnader mellan grupperna. För männen ses en tydlig social gradient med högre nivåer ju kortare utbildning, från 4 procent (eftergymnasial utbildning) till 16 procent

(förgymnasial utbildning) år 2022, det vill säga en skillnad med 12 procentenheter, vilket var samma procentenhetskillnad som drygt 20 år tidigare då andelarna låg mellan 13 (eftergymnasial utbildning) respektive 25 (förgymnasial utbildning) procent. För kvinnorna är det också uttryckligen lägre andelar i gruppen med längst utbildning jämfört med övriga. Men för dem ses inte samma tydliga stegvisa ökning med kortare utbildning, utan grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning ligger mer jämt. År 2022 var fördelningen för kvinnorna 4 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning och 12 respektive 13 procent för grupperna med gymnasial och förgymnasial utbildning.

Även sett till födelseregioner ses en positiv utveckling med lägre andelar i samtliga grupper över tid, vilket gäller både män och kvinnor. Vid en jämförelse mellan grupperna skiljer sig mönstret dock mellan män och kvinnor. Andelarna är tydligt lägre i gruppen födda i Sverige än övriga för hela mätperioden för män. För kvinnorna däremot, är det gruppen födda i övriga världen som ligger lägst (figur 34).

Andel dagliga tobaksrökande män respektive kvinnor utifrån olika födelseregioner



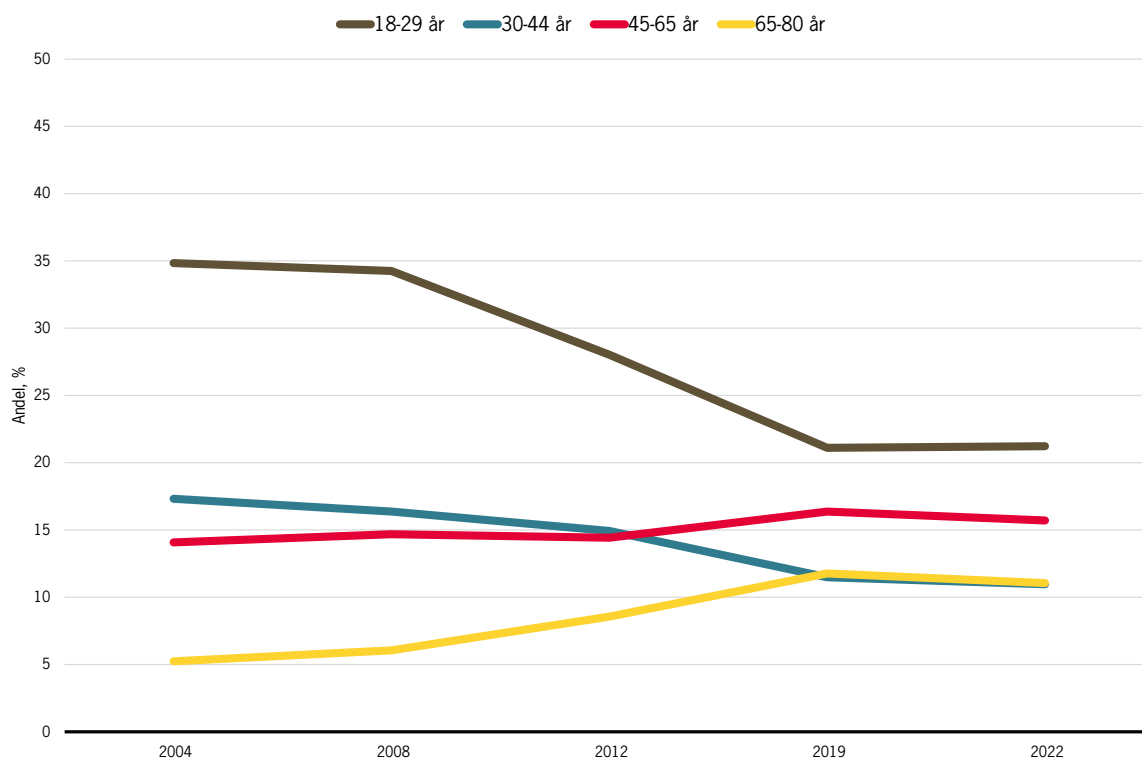
Figur 34: Över tid syns en positiv utveckling för både män och kvinnor där andelen dagliga tobaksrökande personer minskat sedan mätperiodens start år 2000 fram till år 2022. Tydliga skillnader syns i samtliga födelsegrupper även om alla följer samma trend. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Risikkonsumtion av alkohol

Andelen som riskkonsumerar alkohol, det vill säga har ett bruk med påtaglig risk för sjukdom och ohälsa (15) uppgår till totalt 14 procent i Skåne år 2022. Motsvarande siffra på nationell nivå är 16 procent. Över tid har andelarna sjunkit totalt sett, något som männen tycks stå för medan kvinnorna ligger mer stabilt. Vid mätstart år 2004 låg männen på högre andelar än kvinnorna (22 jämfört med 13 procentenheter), vilket innebär att grupperna har närmat sig varandra (ligger år 2022 på 17 respektive 12 procent).

Skillnaden mellan åldersgrupperna har också minskat, främst till följd av lägre andelar med riskkonsumtion hos de två yngre grupperna, 18–29 respektive 30–44 år och en ökning hos de äldsta, 65–80 år. Totalt har andelarna sjunkit med 14 procentenheter sedan år 2004 för de allra yngsta, medan de har ökat med 6 procentenheter hos de äldsta under samma tidsperiod (figur 35). I stort ses detta mönster även då män och kvinnor studeras separat. Dock ses en liten ökning för de yngsta kvinnorna mellan de två senaste mätningarna år 2019 och 2022 (20 jämfört med 22 procentenheter).

Andel med riskbruk av alkohol sett till åldersgrupper

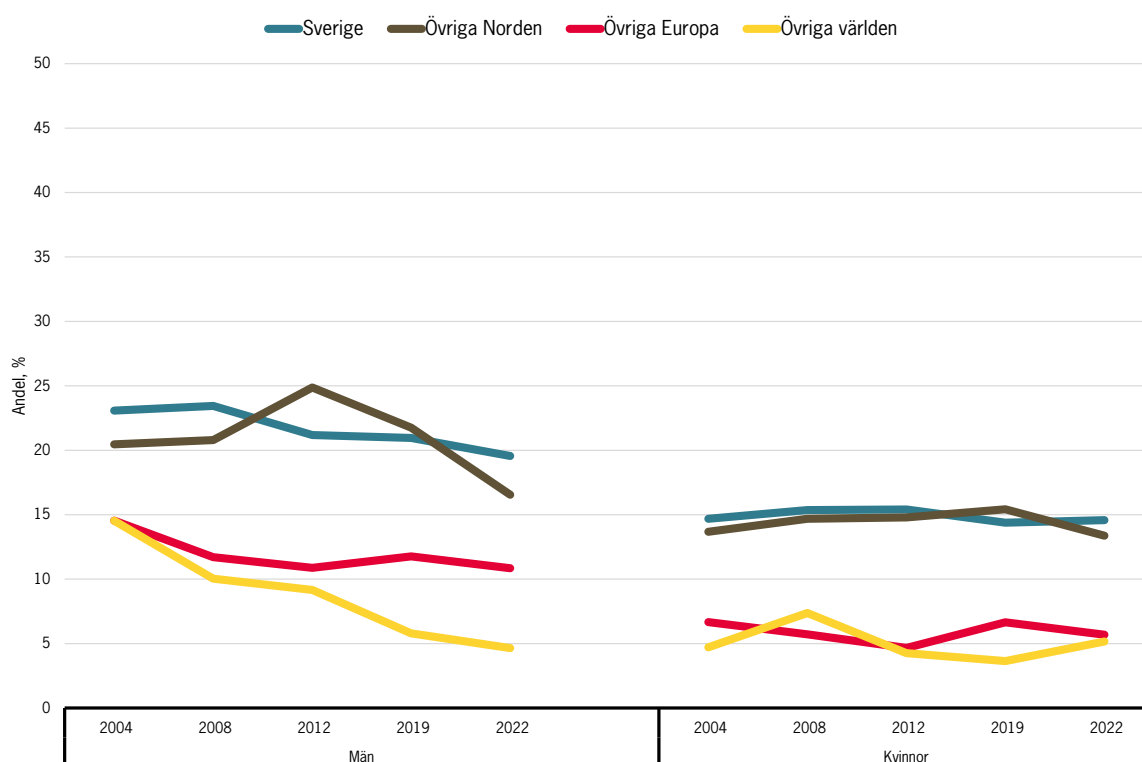


Figur 35: Över tid har andelarna sjunkit totalt sett, och skillnaden mellan åldersgrupperna har också minskat, främst till följd av lägre andelar med riskkonsumtion hos de två yngre grupperna, 18–29 respektive 30–44 år och en ökning hos de äldsta, 65–80 år. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Det är en lägre andel med riskkonsumtion i gruppen med förgymnasial utbildning (9 procent) än grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning (14 respektive 13 procent). Andelen med riskbruk har dock minskat i samtliga utbildningsgrupper jämfört med mätstart år 2004 då andelarna låg mellan 12 (förgymnasial utbildning) och 17 procent (gymnasial och eftergymnasial utbildning).

Det som utmärker sig avseende riskkonsumtion sett till födelseregioner är skillnader mellan grupperna födda i Sverige och övriga Norden som har högre andelar jämfört med grupperna födda i övriga Europa och övriga världen. Sett över tid ligger kvinnorna i respektive födelsegrupp ganska stabilt. För männen däremot ses en signifikant minskning framför allt i gruppen födda i övriga världen, men också i gruppen födda i Sverige (figur 36). För männen ser skillnaderna mellan grupperna dessutom ut att ha ökat över tid.

Andel med riskbruk av alkohol sett till födelseregion



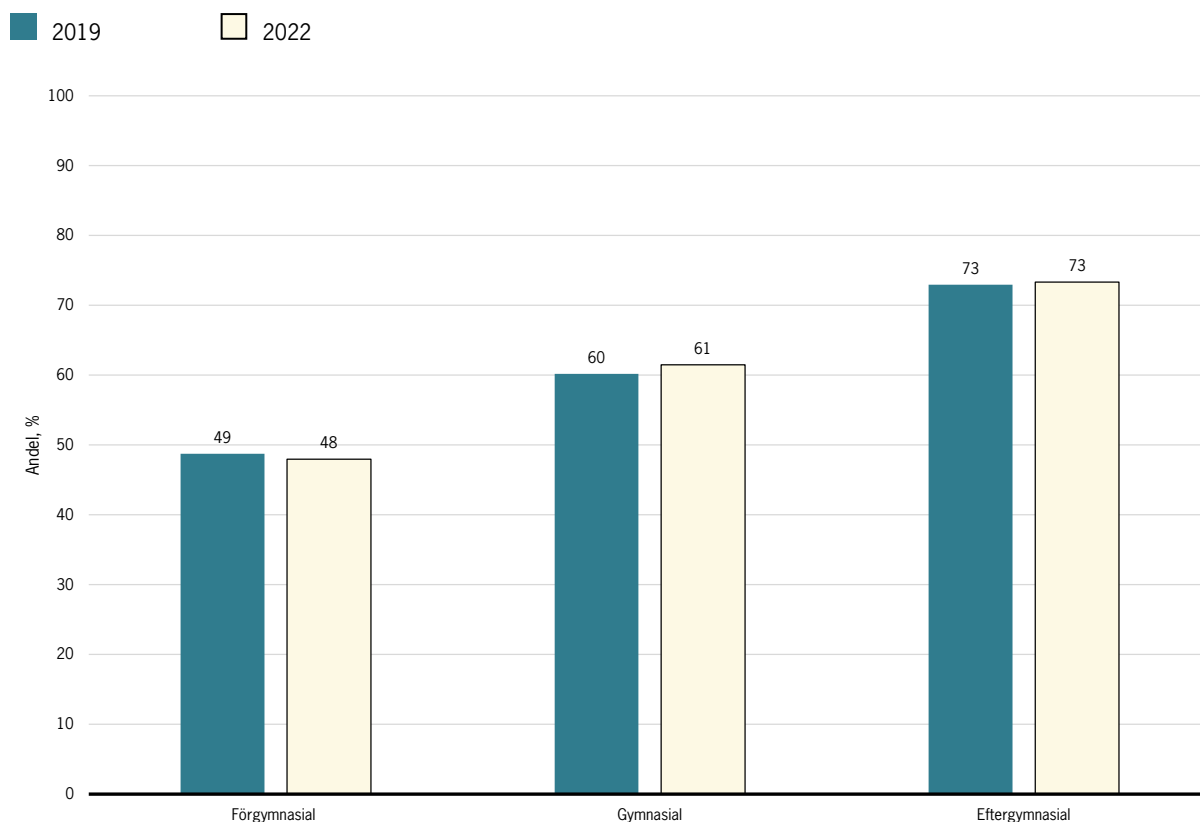
Figur 36: Linjediagrammet visar tydliga skillnader mellan grupperna födda i Sverige och övriga Norden som har högre andelar jämfört med grupperna födda i övriga Europa och övriga världen. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Fysisk aktivitet

Andelen som uppnår rekommendationen om minst 150 minuters fysisk aktivitet i veckan (15) totalt sett är något högre i Sverige än Skåne år 2022 (69 respektive 67 procent). För Skåne var detta dock en viss ökning jämfört med föregående mätning år 2019 som uppgick till 65 procent. Då män och kvinnor legat på samma nivå år 2019 (65 procent) och männen ökat med 3 procentenheter år 2022, men inte kvinnorna, har ett visst glapp uppstått mellan könen. Vid en titt på åldersgrupper ses för männen en viss positiv förändring från år 2019 till 2022, framför allt för grupperna mellan 30 och 64 år, medan kvinnorna i respektive åldersgrupp ligger mer oförändrat. För kvinnorna ligger andelarna dessutom mer jämt mellan åldersgrupperna, medan de yngsta männen ligger signifikant högre än män i alla övriga åldersgrupper.

Vidare ses socioekonomiska skillnaderna med tydlighet med högre andelar ju längre utbildning. Variationen ligger mellan 48 och 73 procent totalt sett år 2022. Jämfört med år 2019 ses varken någon egentlig positiv eller negativ utveckling för någon av grupperna (figur 37).

Andel fysiskt aktiva minst 150 min/vecka sett till utbildningsnivå



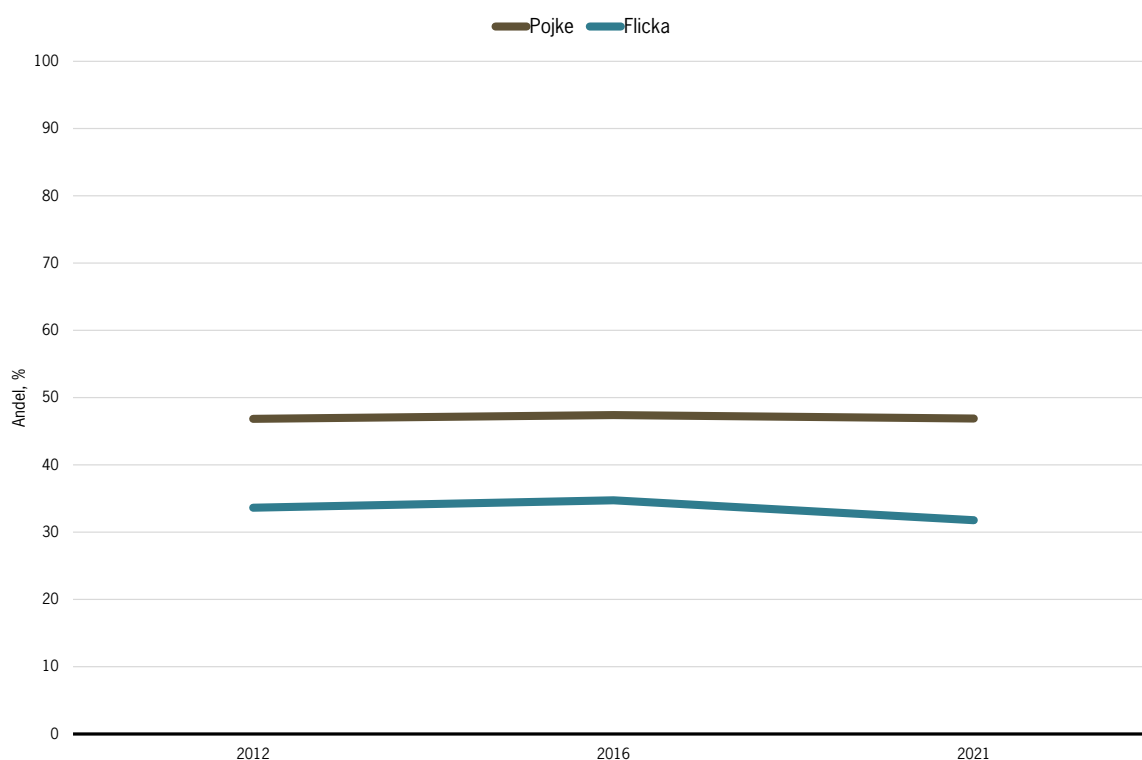
Figur 37: I stapeldiagrammet syns tydliga socioekonomiska skillnader bland de tre utbildningsnivåerna, och skillnaderna har knappt förändrats sedan år 2019. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Stora skillnader ses även mellan grupperna avseende födelseregion, vilket framför allt handlar om skillnader mellan gruppen födda i Sverige och gruppen födda i övriga världen. År 2022 låg dessa grupper på 72 respektive 48 procent och år 2019 på 70 respektive 44 procent.

Tillgängliga data för barn och unga avseende fysisk aktivitet och de senaste rekommendationerna är idag inte helt optimal. Dock finns självskattade data för elever i årskurs 9 från år 2021 avseende om de är fysiskt aktiva mer än 60 minuter per dag, det vill säga överskrider rekommendationen om minst 60 minuter per dag för åldersgruppen. Resultaten visar att hälften (50 procent) av pojkarna och en dryg tredjedel (36 procent) av flickorna uppger att de är aktiva mer än 60 minuter per dag. Samtidigt är 1 av 5 flickor (20 procent) och 15 procent av pojkarna fysiskt aktiva mindre än 30 minuter per dag.

Ett annat tillgängligt mått för aktivitetsnivå hos skolelever är andel som uppger att de på sin fritid idrottar eller rör sig minst fyra gånger i veckan så att de blir andfådda eller svettiga. År 2021 uppgav totalt 39 procent att de var fysiskt aktiva i denna omfattning. Skillnaden mellan pojkar och flickor är tydlig med högre andelar för pojkarna (47 jämfört med 32 procent). Medan pojkar ligger stabilt över tid, ses en viss minskning med ett par procentenheter för flickor år 2021 jämfört med tidigare mätningar (figur 38).

Andel fysiskt aktiva pojkar och flickor så man blir svettig/ andfådd minst fyra gånger per vecka i årskurs 9



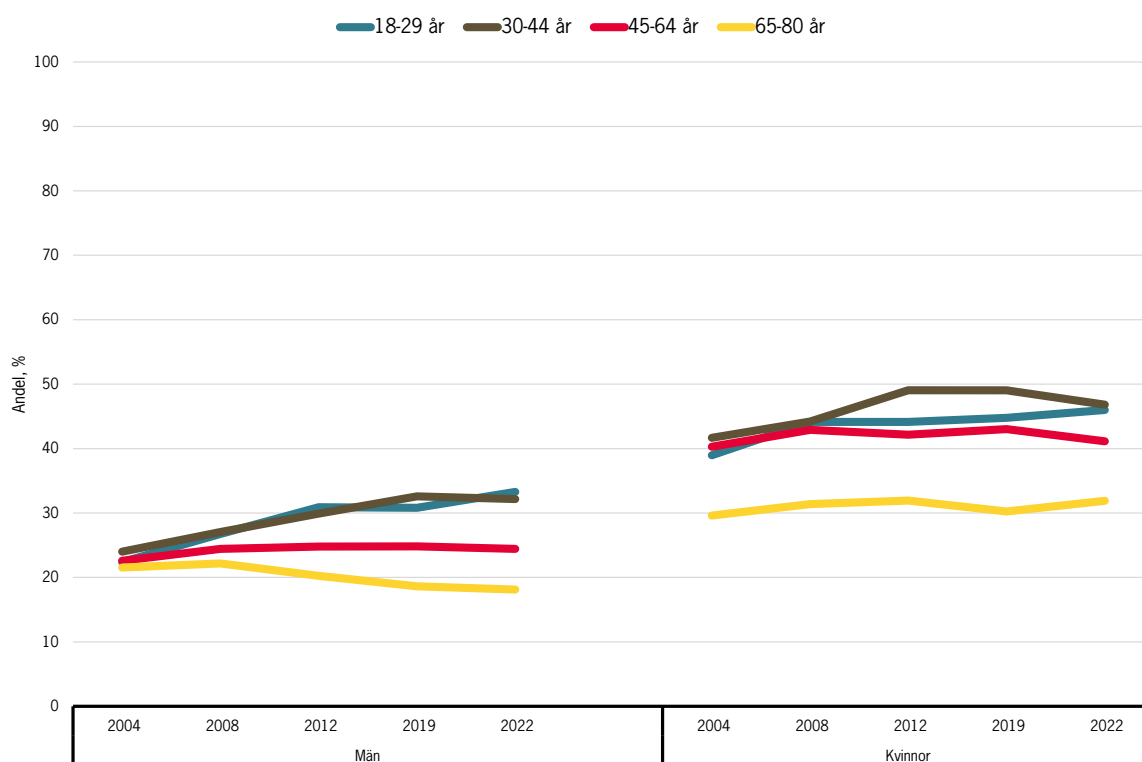
Figur 38: Skillnaden mellan pojkar och flickor är tydlig med högre andelar för pojkarna (47 jämfört med 32 procent). Medan pojkar ligger stabilt över tid, ses en viss minskning med ett par procentenheter för flickor år 2021 jämfört med tidigare mätningar. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät barn och unga i Skåne.

Äter grönsaker dagligen

Siffror från år 2022 visar att Skåne- och sverigesnittet ligger i nivå med varandra avseende andelar som uppger att de äter grönsaker minst två gånger per dag (34 procent). Detta är en viss positiv utveckling för Skåne som vid mätstart år 2004, låg på 31 procent. Det är vanligare att kvinnor äter grönsaker minst två gånger per dag jämfört med män (42 respektive 27 procent år 2022). Att det finns en skillnad mellan könen ses även bakåt i tiden. Sedan mätstart år 2004 ses dock en viss positiv utveckling för både kvinnor och män, med en ökning om tre respektive och fyra procentenheter.

För männen som vid mätstart inte uppvisade några egentliga skillnader sett till olika åldersgrupper, har sådan uppstått över tid. Detta till följd av ökade andelar i de två yngre åldersgrupperna och en viss minskning i den äldsta. Idag ses således en variation mellan 18 och 33 procent. Även för kvinnorna ses en ökning över tid för de två yngsta grupperna, medan de två äldre grupperna ligger mer stabilt. För kvinnorna sågs redan vid mätstart lägre andelar hos de äldsta jämfört med alla andra åldersgrupper och med tanke på den utveckling som varit har gapet mellan grupperna ökat ytterligare något (figur 39).

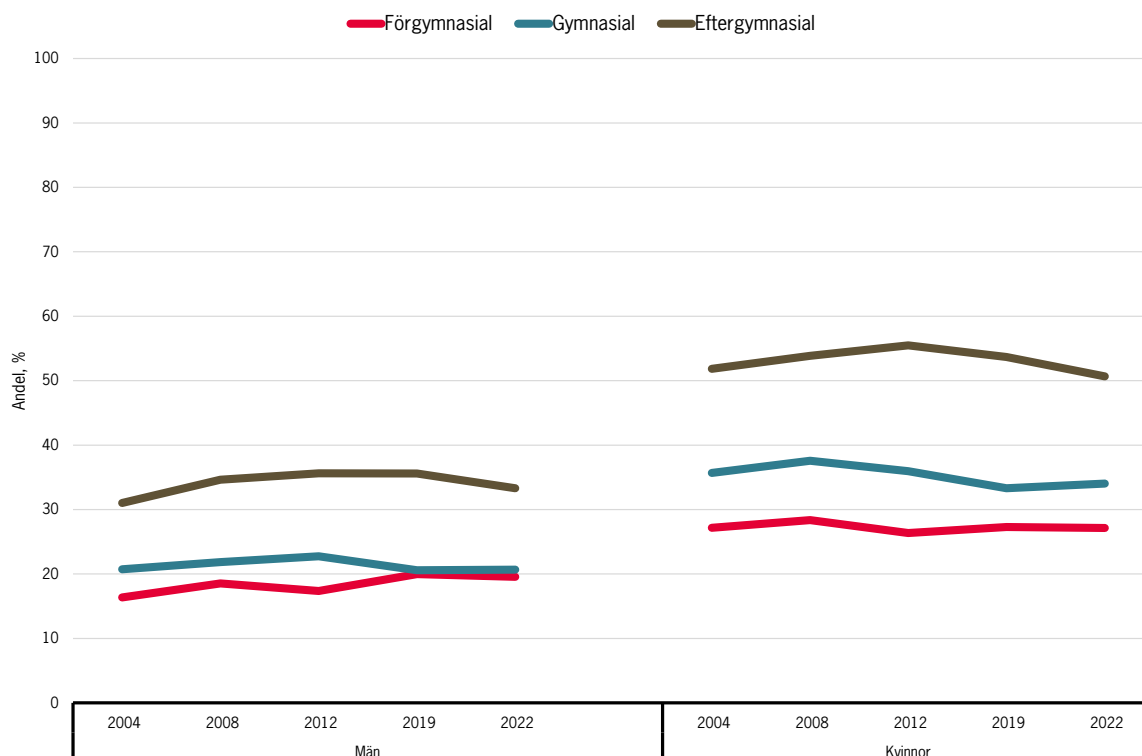
Andel män och kvinnor som äter grönsaker minst två gånger per dag utifrån olika åldersgrupper



Figur 39: För männen som vid år 2004 inte uppvisade några egentliga skillnader sett till olika åldersgrupper, har sådan uppstått över tid. Detta till följd av ökade andelar i de två yngre åldersgrupperna och en viss minskning i den äldsta. Idag ses således en variation mellan 18 och 33 procent. Även för kvinnorna ses en ökning över tid för de två yngsta grupperna, medan de två äldre grupperna ligger mer stabilt. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Även skillnad mellan socioekonomiska grupper förekommer. För kvinnor ses stegvis ökade andelar, ju högre utbildning både vid mätstart år 2004 och senaste mätningen år 2022 som då visar på en variation mellan 27 och 51 procent. Även för männen sågs ett sådant mönster vid mätstart, men över tid har grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning närmats sig varandra. Dock ligger fortfarande gruppen med eftergymnasial utbildning signifikant högre (figur 40).

Andel män och kvinnor baserat på utbildningsnivå som äter grönsaker minst två gånger per dag



Figur 40: Linjediagrammet visar att det förekommer skillnader mellan socioekonomiska grupper. Kvinnor med eftergymnasial utbildning tenderar i mycket högre grad att äta grönsaker två gånger om dagen (dock minskat över tid) jämfört med män med förgymnasial utbildning. (som däremot ökat över tid). | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

Vad gäller skillnader mellan födelseregioner, sågs för män vid mätstart år 2004 något högre andelar i gruppen födda i övriga världen jämfört med män födda i övriga födelseregioner. För kvinnor sågs en liten skillnad mellan samma grupp och svenskfödda. År 2022 hade dock andelarna ökat något i gruppen svenskfödda både bland män och kvinnor och den lilla skillnad som tidigare setts ses inte längre.

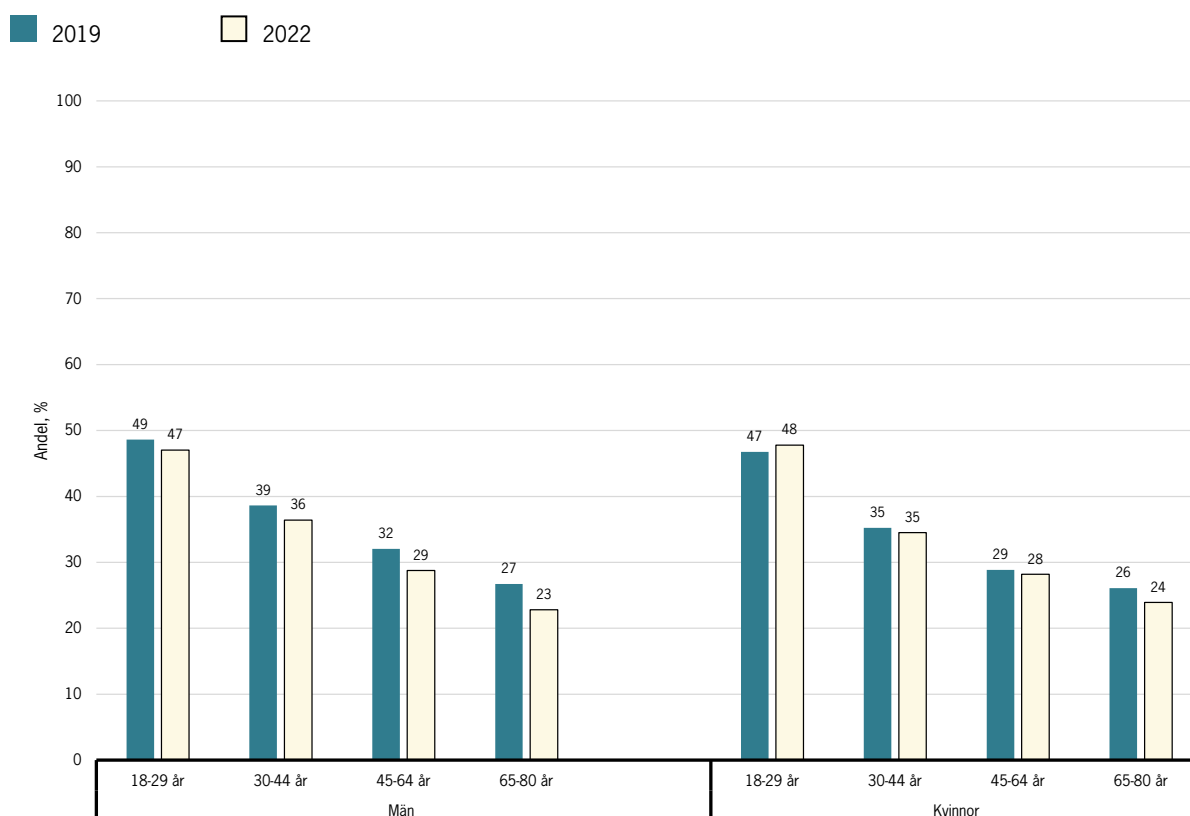
Målområde 7: kontroll, inflytande och delaktighet

Att främja mänskliga rättigheter och motverka diskriminering, hot och våld, liksom att människor har möjlighet till inflytande och kontroll är viktiga aspekter för att få en god och jämlik hälsa. Inom målområde 7 fokuseras bland annat på jämlikt deltagande i demokratin och det civila samhället liksom arbete för mänskliga rättigheter (28). I denna rapport inkluderas kärnindikatorerna Tillit till andra, Utsatt för kränkande behandling eller bemötande samt Utsatt för våld eller hot om våld.

Tillit till andra

År 2022 uppgav 1 av 3 (33 procent) av skåningarna att de har svårt att lita på andra. Detta är en något högre siffra än sverigesnittet men något lägre än år 2019 som då låg på 35 procent. Den skillnad som sågs mellan kvinnor och män år 2019 med ett par procentenheter högre för männen syns inte längre, då männen har kommit ner till samma nivå som kvinnorna. Däremot ses tydliga skillnader sett till åldersgrupper, med stegvis högre andelar ju yngre åldersgrupp. Detta ses både för kvinnor och män och både år 2019 och 2022 med en variation på 24 och 48 procent för kvinnorna och 23 och 47 procent för männen vid den senaste mätningen (figur 41).

Andel män respektive kvinnor i olika åldersgrupper som har svårt att lita på andra



Figur 41: Stapeldiagrammet visar tydliga skillnader sett till åldersgrupper, med stegvis högre andelar ju yngre åldersgrupp. Detta ses både för kvinnor och män och både år 2019 och 2022 med en variation på 24 och 48 procent för kvinnorna och 23 och 47 procent för männen vid den senaste mätningen. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.



Sett till utbildningsnivå ses både år 2022 och år 2019 högre andelar i grupperna med kortare utbildning jämfört med gruppen med längst utbildning. Totalt sett ligger variationen mellan 23 och 38 procent, men liknande variation ses även för kvinnor och män separat. Jämfört med år 2019 ses dessutom ytterligare något lägre andelar för män med eftergymnasial utbildning år 2022. Skillnader förekommer även vid jämförelser mellan födelseregioner. En betydligt högre andel i grupperna födda i övriga Europa och övriga världen uppger att de har svårt att lita på andra (42 respektive 49 procent) jämfört med grupperna födda i Sverige och övriga Norden (29 respektive 25 procent) totalt sett. Den här typen av skillnader gäller även för män och kvinnor separat och sågs även år 2019.

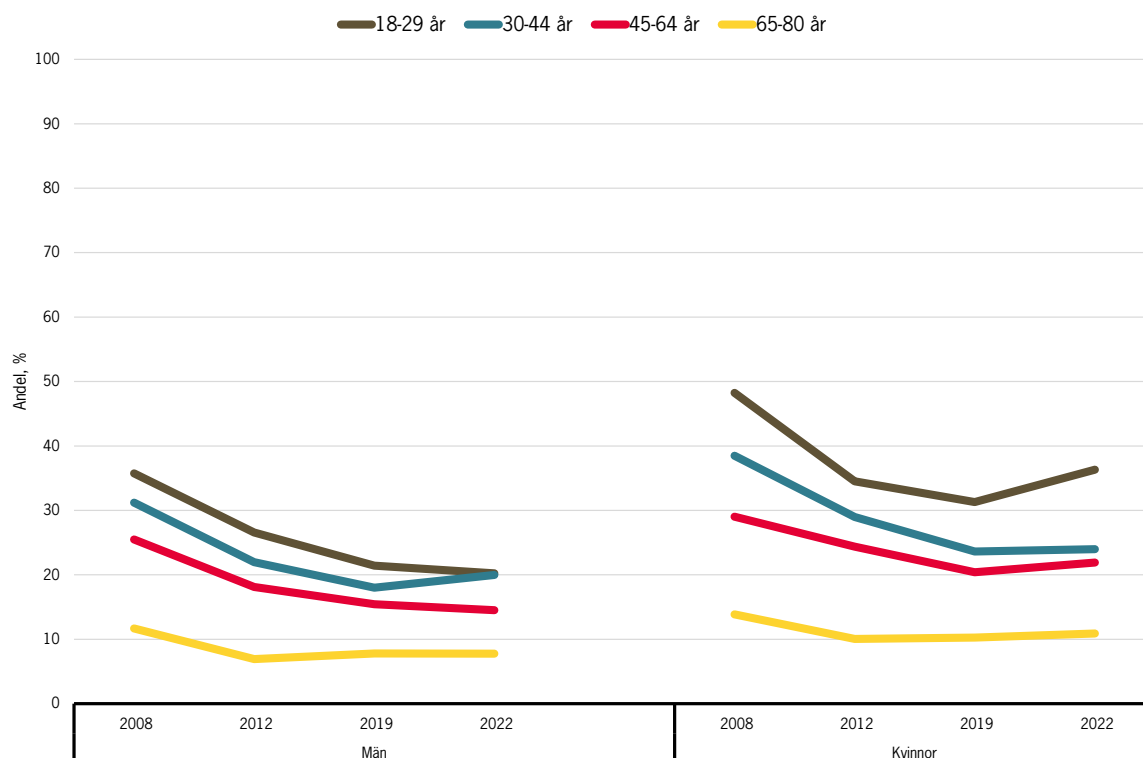
Utsatt för kränkande behandling eller bemötande

Andelen som rapporterat att de utsatts för kränkande behandling eller bemötande de senaste tre månaderna ligger på liknande nivå i Skåne och Sverige (19 respektive 18 procent) år 2022. I Skåne ses sammantaget en positiv utveckling med lägre andelar totalt sett sedan mätstart år 2008 som då låg på 30 procent. Den positiva långtidsutvecklingen ses för både kvinnor och män, men mellan de två senaste mättillfällena (år 2019 och 2022) tycks den ha avstannat för män och till och med ökat något för kvinnor. Kvinnor ligger dessutom något högre än män och har så gjort under hela mätperioden. År 2022 var andelen för kvinnor 23 procent och för män 16 procent.

Oavsett redovisningsgrupp (åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion) ses en positiv långtidsutveckling och inom respektive redovisningsgrupp tycks grupperna dessutom ha närmat sig varandra om större glapp funnits vid mätstart år 2008. Förändringen till det bättre tycks dock främst gälla mellan de två första mättillfällena år 2008 och 2012.

Sett till åldersgrupper är andelarna för män högre i de två yngsta grupperna år 2022, vilket också var fallet vid mätstart år 2008. Skillnad i procentenheter mellan grupperna tycks dock ha minskat över tid. För kvinnorna var det signifikanta skillnader mellan alla grupper år 2008, med högre andelar ju yngre kvinna. Skillnad i procentenheter mellan grupperna hade minskat vid mätningen år 2022, men trots en minskning i alla grupper sett ur ett långtidsperspektiv sågs en viss ökning hos de yngsta kvinnorna mellan de två senaste mätningarna år 2019 och 2022 (Figur 42).

Andel män respektive kvinnor utifrån åldersgrupper som blivit utsatt för kränkande behandling eller bemötande de senaste tre månaderna



Figur 42: Sett till åldersgrupper är andelarna för män högre i de två yngsta grupperna år 2022, vilket också var fallet vid mätstart år 2008. Skillnad i procentenheter mellan grupperna tycks dock ha minskat över tid. För kvinnorna var det signifikanta skillnader mellan alla grupper år 2008, med högre andelar ju yngre kvinna. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.

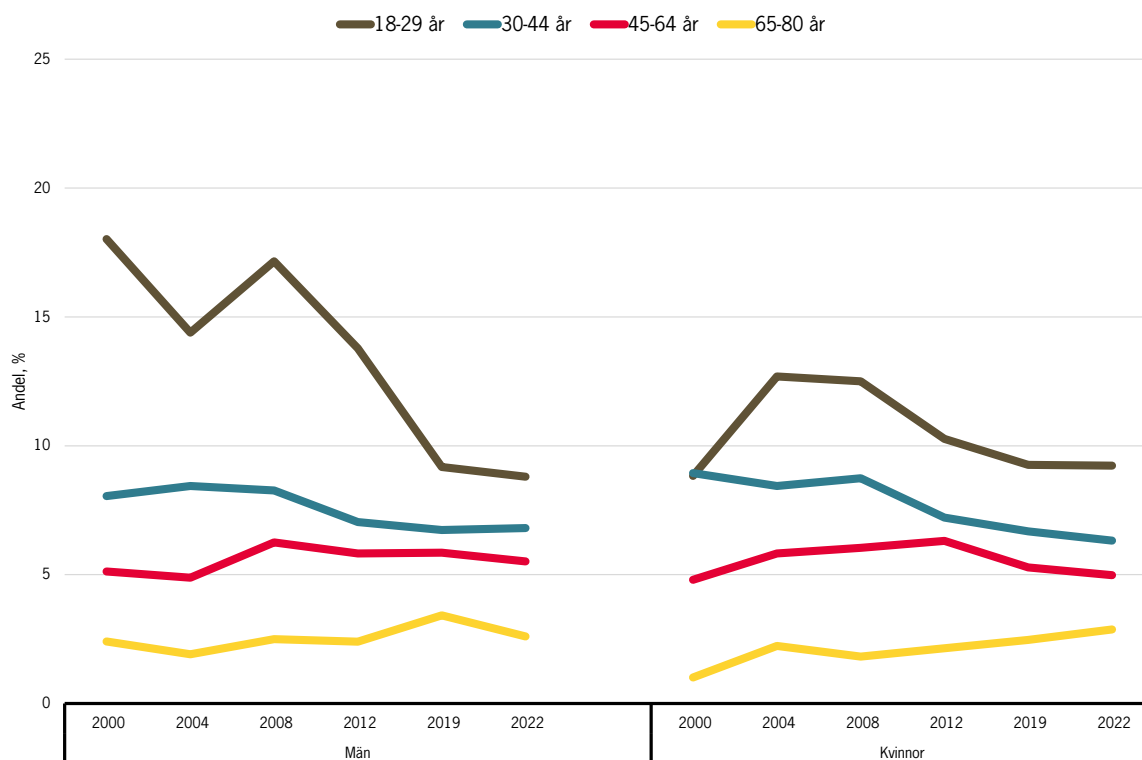
Vad gäller utbildningsnivå ses en positiv långtidsutveckling över tid både för män och kvinnor. Förbättringen tycks dock främst ha skett mellan åren 2008–2012 och därefter stabiliserats och för kvinnor med förgymnasial utbildning till och med ökat något mellan de två senaste mätningarna år 2019 och 2022. Utvecklingen pekar vidare på att de signifikanta skillnader som tidigare setts för män, med högre andelar i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning jämfört med förgymnasial utbildning, har suddats ut år 2022. För kvinnorna har det tidigare funnits en social gradient med ökade andelar ju högre utbildning. Denna kvarstår år 2022, men grupperna tycks ha närmats sig varandra. Vissa skillnader ses även sett till födelseregioner för männen, vilket framför allt handlar om högre andelar i gruppen födda i övriga världen jämfört med de flesta av de andra grupperna. Glappet fanns år 2008 och kvarstår 2022, men skillnad i procentenheter mellan grupperna har minskat.

Utsatt för våld eller hot om våld

Den totala andelen som uppgett att de utsatts för våld eller hot om våld under de senaste 12 månaderna uppgick år 2022 till knappt 5 procent i Sverige och knappt 6 procent i Skåne. I Skåne är det en liten minskning över tid då andelen låg runt 7 procent under de första mätningarna åren 2000–2008. För män ses en viss långtidsförbättring från mätstart år 2000 som då låg på 8 procent och år 2022 på 6 procent. Utöver en liten försämring med någon procentenhet mellan år 2000 och 2004, ligger kvinnor stabilt över tid och uppgår år 2022 till knappt 6 procent.

Sett till åldersgrupper ligger de yngsta männen högre än övriga, men gapet har minskat över tid till följd av halverade andelar hos denna grupp från år 2000 till 2022 samtidigt som övriga åldersgrupper legat relativt stabilt över samma tidsperiod. Även för kvinnorna ligger de yngsta högre än övriga åldersgrupper, men utöver en viss ökning åren 2004–2008, ligger dessa mer stabilt över tid jämfört med män i samma åldersgrupp. Övriga förändringar för kvinnorna är en liten minskning i gruppen 30–44 år, medan en liten ökning ses för de allra äldsta, se figur 43.

Andel män respektive kvinnor utifrån åldersgrupper som blivit utsatta för våld eller hot om våld de senaste tolv månaderna



Figur 43: Män i åldern 18-29 har i högre utsträckning än andra åldersgrupper blivit utsatt för våld eller hot om våld i början av mätningen, men gapet har minskat över tid till följd av halverade andelar hos denna grupp från år 2000 till 2022 samtidigt som övriga åldersgrupper legat relativt stabilt över samma tidsperiod. Även för kvinnorna ligger de yngsta högre än övriga åldersgrupper. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.



Vid en titt på skillnader mellan utbildningsgrupperna sågs vid mätstart år 2000 för både kvinnor och män något högre andelar i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning jämfört med grupperna med förgymnasial utbildning. Skillnaderna tycks dock ha försvunnit över tid, främst på grund av lägre andelar i grupperna med eftergymnasial utbildning. För födelseregionerna ses inga större skillnader mellan grupperna för vare sig kvinnor eller män. Vid en jämförelse inom varje grupp ses en liten förändring i positiv riktning för svenskfödda män år 2022 jämfört med mätstart år 2000.

Målområde 8: en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

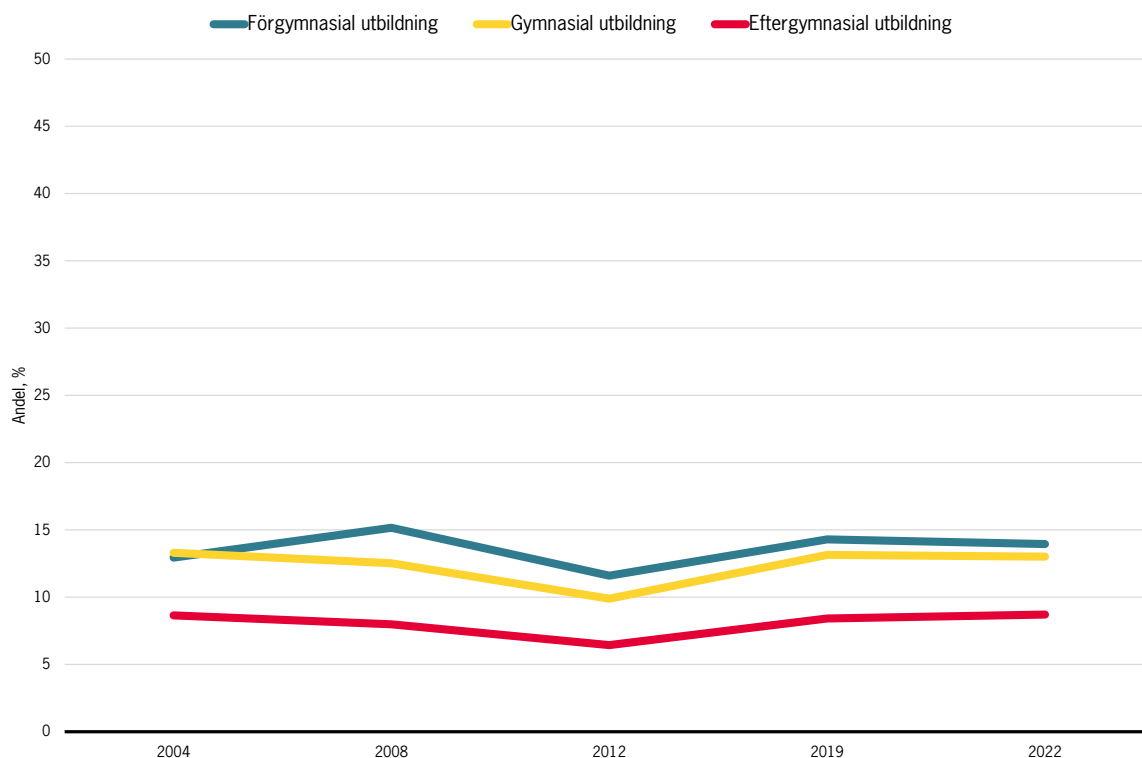
Hälso- och sjukvården är en viktig aktör för att nå en god och jämlik hälsa. De fokusområden som ingår i målområde 8 inkluderar aspekter som hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete och insatser för en jämlik vård på olika nivåer (från styrning, ledning och organisation till vårdmöten), men även en tillgänglig och jämlik tandvård (29). I den här rapporten inkluderas kärnindikatorn Avstått tandläkarvård p.g.a. ekonomiska skäl trots behov.

Avstått tandläkarvård på grund av ekonomiska skäl trots behov

Det är av ekonomiska skäl vanligare att inte söka tandvård jämfört med annan vård trots att behov föreligger (8). Av de skåningar som år 2022 uppgav att de avstått tandläkarvård trots behov de senaste 3 månaderna, var det 11 procent som uppgav att det berodde på ekonomiska skäl. Detta är någon procentenhet högre än sverigesnittet. Utvecklingen över tid har totalt sett i Skåne varit ganska stabil åren 2004–2022, utöver en viss minskning vid mättillfället år 2012. År 2022 sågs inga direkta skillnader mellan kvinnor och män men vid mätstart år 2004 låg kvinnor något högre än män. Sett till åldersgrupper ses en variation mellan 8 och 13 procent år 2022 totalt sett. För utvecklingen över tid ses en positiv utveckling i den yngsta gruppen med lägre andelar 2022 (8 procent) jämfört med mätstart år 2004 (14 procent). Motsvarande utveckling ses både för kvinnor och män separat.

Det som utmärker sig sett till utbildningsnivå är att andelarna är lägre i gruppen med eftergymnasial utbildning jämfört med grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning, en trend som hållit i sig över tid (figur 44) och gäller för såväl kvinnor som män.

Andel som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov utifrån utbildningsnivå

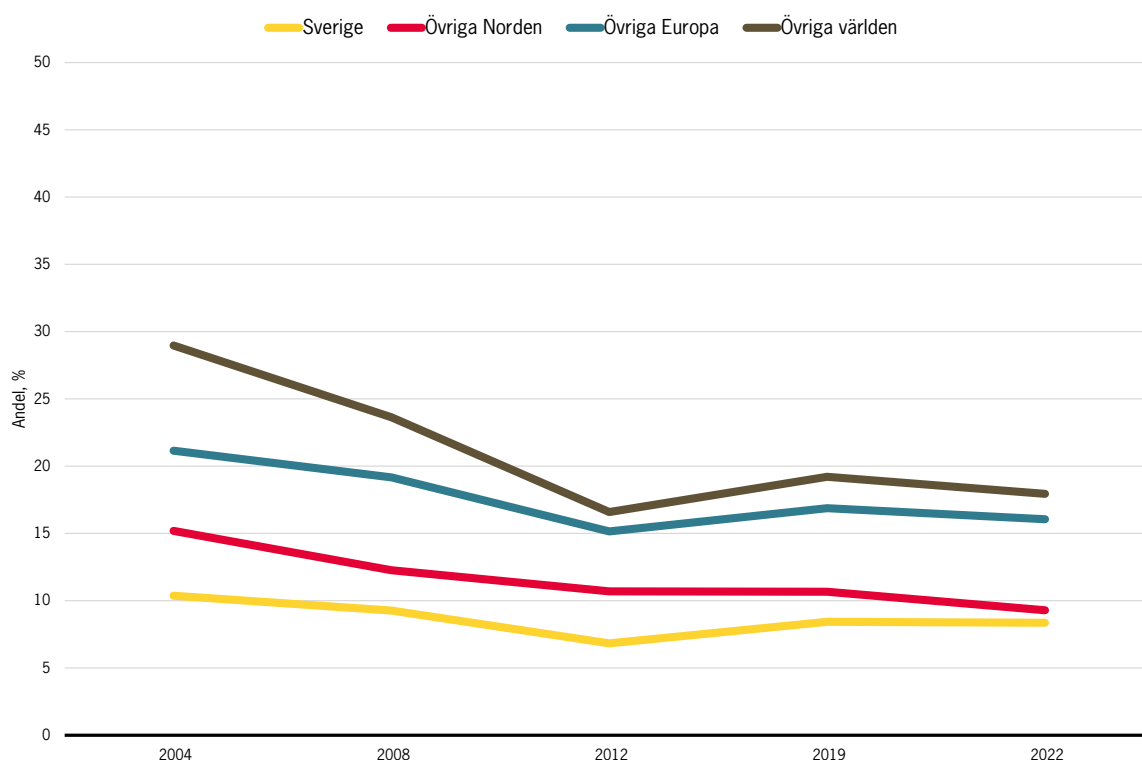


Figur 44: Andelarna som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov är lägre i gruppen med eftergymnasial utbildning jämfört med grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning, en trend som hållit i sig över tid. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.



Skillnader mellan födelseregioner har också setts för hela mätperioden åren 2004–2022 och det som framför allt sticker ut är de högre andelarna för gruppen födda i övriga världen och betydligt lägre i gruppen födda i Sverige. Utvecklingen över tid för respektive födelseregion har varit positiv för flera av grupperna bland kvinnorna som därmed har närmat sig varandra. Den positiva utvecklingen tycks dock framför allt ha gällt åren 2004–2012 och har därefter stabiliserats (figur 45). För männen ligger andelarna mer stabilt över tid inom respektive grupp.

Andel kvinnor utifrån födelseregion som avstått tandläkarvård på grund av ekonomiska skäl



Figur 45: Det som framför allt sticker ut av linjediagrammet är att andelen kvinnor födda i övriga världen har i högre grad avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl jämfört med kvinnor födda i Sverige. Utvecklingen över tid för respektive födelseregion har varit positiv på så vis att grupperna har närmat sig varandra. | **Källa:** Region Skånes folkhälsoenkät.



Sammanställning och utmaningar

Nedan ges en sammanfattande bild av resultatet- de positiva och negativa förändringar som ses på en övergripande nivå och samt hur skillnaden mellan grupper förändrats över tid. Resultaten visar på flera utmaningar och avslutningsvis lyft några av dessa.

Har utvecklingen gått i rätt riktning?

För de indikatorer skånesnittet jämförts med de svenska, antingen över tid eller vid år 2022, följer Skåne och Sverige varandra förhållandevis väl. Jämförelsen är dock endast övergripande och okulär, varför skillnader med någon eller ett par procentenheter varken ska negligeras eller övertolkas som faktiska skillnader.

Resultaten av den här rapporten visar flera exempel på positiva trender, både för indikatorerna inom hälsa och de flesta målområdena. Exempelvis fortsätter vi se stigande medellivslängd och minskande siffror för förtida död. Andelen 3 åringar inskrivna i förskolan har ökat och så även andelen som når gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning. Andelen unga som varken arbetar eller studerar har minskat och den ekonomiska standarden ökat. Vidare har andelen dagliga tobaksrökare sjunkit liksom andelen som upplevt kränkande behandling eller bemötande. Rapporten inkluderar även indikatorer där det är svårt att uttala sig om en trend då endast två mätillfällen finns tillgängliga, men där vi ser en positiv förändring mellan dessa två mätillfällen. Det gäller till exempel andelen som har svårt att lita på andra respektive har avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla, vilket har minskat. Trots flera positiva exempel, finns även resultat som går i motsatt, oönskad, riktning. Andelen med övervikt och obesitas ökar och vi ser lägre andelar skolelever i åk 9 som har en bra självskattad hälsa och ökade andelar skolelever med psykosomatiska symtom. Vi ser även sjunkande andelar elever i årskurs 9 med behörighet till gymnasiet. Vidare tycks andelen trångbodda ha stigit något över tid. Utöver indikatorer som pekar i olika riktningar ser vi exempel som legat mer stabilt över tid såsom självskattad hälsa bland vuxna. Vissa indikatorer har därtill bara en mätpunkt varpå vi inte kan uttala oss om utvecklingen över tid, till exempel allvarlig psykisk påfrestning. Slutligen finns de indikatorer som haft en mer svajig utveckling och som därför är lite mer svårbedömt. Ett sådant exempel är nedsatt psykiskt välbefinnande som sedan 2000 först sjönk något eller låg oförändrat för att senare öka 2008–2019, men sjönk något igen 2022.

“Trots flera positiva exempel, finns även resultat som går i motsatt, oönskad, riktning.”

Av de indikatorer där vi kan skönja en positiv trend över en längre tid, eller en positiv förändring över kortare tid, är det angeläget att granska om denna utveckling gäller samtliga redovisningsgrupper. Vad gäller indikatorer från området hälsa ser vi exempelvis att för medellivslängd där kvinnor hela tiden leget högre än männen, har männen börjar knappa in på kvinnorna med minskande könsskillnader som resultat. Samtidigt tycks grupper med kortare utbildning halka efter med sämre utveckling än grupper med lång utbildning, vilket ökar utbildningsskillnaderna. Ett annat exempel är övervikt eller obesitas för flickor och pojkar i årskurs 9. Här ses en positiv utveckling för pojkarna med minskade andelar över tid, medan de i stället ökar för flickorna liksom så även skillnaden mellan könen.

För målområdena 2–4 är den generella utveckling positiv för flera av indikatorerna; ökade andelar som erhåller gymnasieexamen, en ekonomisk standard som ökar och andelen unga som varken arbetar eller studerar som minskar. Dock ser vi att tempot i förändringarna skiljer sig något mellan kvinnor och män. Så trots en positiv utveckling för både män och kvinnor så ser vi att könsskillnaderna för några av dessa indikatorer ökar (unga som varken arbetar eller studerar) medan andra minskar (erhåller gymnasieexamen och ekonomisk standard). För målområde 5 ser vi en generell positiv utveckling med minskade andelar som avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla. Denna minskning är dock endast ett resultat av att andelarna minskat bland kvinnorna, för män är andelarna oförändrande mellan åren. Trots detta kvarstår betydande skillnader mellan könen med högre andelar bland kvinnor än bland män, vilka återkommer oavsett vilken redovisningsgrupp som studerats (ålder, utbildning, födelseregion).

Vad gäller levnadsvanor (målområde 6) ses exempel på minskade skillnader mellan grupper. Ett sådant är daglig tobaksrökning där det inte längre föreligger några skillnader mellan kvinnor och män. Studeras daglig tobaksrökning utifrån utbildningsnivå eller födelseregion ses också en sjunkande trend inom respektive redovisningsgrupp. För männen är dock skillnaden i procentenheter mellan utbildningsgrupperna den samma vid mätstart år 2000 och vid den senaste mätningen år 2022, men för kvinnorna har skillnaden minskat idag jämfört med för 20 år sedan. En annan positiv utveckling är riskkonsumtion av alkohol, som tycks minska bland männen medan kvinnorna ligger mer stabilt över tid. Eftersom män historiskt sett legat högre än kvinnorna innebär det att könsskillnaderna minskar. För denna indikator ses också minskade skillnader mellan åldersgrupper. Detta är dock ett resultat av minskande andelar i de yngre grupperna och samtidigt ökande i den äldsta. Ett annat exempel avser daglig grönsakskonsumtion där vi ser en viss positiv generell utveckling. Här har skillnader mellan åldersgrupper för män uppstått som inte sågs initialt, till följd av ökade andelar bland yngre män, samtidigt som utvecklingen gått i motsatt riktning för äldre män. För målområde 7 ser vi en positiv generell utveckling med minskande andelar som uppger att de utsatts för kränkande behandling eller bemötande, där även minskade skillnader mellan redovisningsgrupperna ses över tid.

Några utmaningar att beakta

Utifrån resultaten från denna rapport vill vi belysa några av nuvarande, och framför allt framtida, utmaningar för folkhälsan och folkhälsoarbetet.

Medellivslängd

Medellivslängden fortsätter att stiga och skillnaden mellan män och kvinnor minskar, båda en framgångssaga. Två aspekter gällande medellivslängd behöver dock lyftas och är föremål för såväl nutida som framtida utmaningar. Den ena aspekten berör utbildningsskillnader i medellivslängd, som ökar. Det andra aspekten gäller den pågående demografiska utvecklingen av en åldrande befolkning.

Utbildningsskillnader i hälsa syns för många hälsoutfall i befolkningen. Ofta har de med kortare utbildning sämre hälsa vilket också återspeglas i medellivslängden. Generellt har vi sett stigande medellivslängd för samtliga utbildningsgrupper över tid, men i högre takt för de med längre utbildning, vilket resulterar i att utbildningsskillnaderna ökat. Sedan år 2019 har utvecklingen av medellivslängd dock minskat eller legat stabil för nästan samtliga utbildningsgrupper, men med en mer uttalad minskning för de med kortare utbildning, vilket ökat utbildningsskillnaderna ytterligare. Givet det folkhälsopolitiska ramverket med fokus på en mer jämlik hälsa i befolkningen är utbildningsskillnader i medellivslängd en viktig aspekt att belysa. Medellivslängd är dock ett resultat av hälsan under hela livsloppet och att påverka medellivslängden kräver därför insatser därefter.

Den andra aspekten av medellivslängd berör att vi idag faktiskt når en högaktningvärd ålder, med en medellivslängd på över 80 år. Vår höga medellivslängd är främst som ett resultat av historiska folkhälsoinsatser som minskat förtida död på bred front i befolkningen. Idag drivs den ökande medellivslängden dock främst av ökad överlevnad vid redan hög ålder, vilket vittnar om fortsatta framsteg, men också om utmaningar. Hög ålder är vår främsta riskfaktor för kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar och det är framför allt åldersgruppen 80 år och över som ökar i befolkningen. En åldrande befolkning med såväl ökat antal, andelar, och stigande medellivslängd är en utmaning för samhället i stort, men framför allt för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det är av vikt för såväl den enskilda individen som för samhället i stort att en hög medellivslängd också åtföljs av år med god hälsa. Vi behöver därför också lägga ansträngningar på att de kvantitativa åren också följs av år med kvalitet.

Psykisk hälsa

Sedan år 2004 har nedsatt psykiskt välbefinnande ökat, dock med en minskning mellan år 2019 och 2020. Påtagliga könsskillnader syns med högre andelar bland kvinnor. Framför allt framträdande är ålderskillnaderna med påtagligt högre andelar bland yngre personer, framför allt yngre kvinnor. Andra mått för psykisk ohälsa vittnar om samma trend där yngre personer, framför allt yngre kvinnor ligger påtagligt mycket högre. Hela 20 procent av kvinnorna i åldersspannet 18–29 år har en psykisk påfrestning som motsvarar en psykiatrisk diagnos. Andelen flickor i årskurs 9 med psykosomatiska besvär har ökat med närapå 20 procentenheter sedan år 2012, för pojkar syns också en ökning men lägre, ungefär 10 procentenheter. Att psykisk ohälsa ökar i befolkningen är en utbredd ofördelaktig trend. Yngre flickor/kvinnor är speciellt utsatta och utöver det lidande psykisk ohälsa medför för den enskilde är det även ett folkhälsoproblem med stor samhällspåverkan. Psykiatriska diagnoser är den vanligaste sjukskrivningsorsaken i Sverige och har därtill oftare längre sjukskrivningstid jämfört med andra diagnoser (30). Kostnaden för psykiska sjukdomar (direkta och indirekta) är också hög i jämfört med andra sjukdomsgrupper (31).

Övervikt och obesitas

Övervikt och obesitas är ett globalt fenomen och en omfattande folkhälsoutmaning. Förutom konsekvenser för individen medför övervikt och fetma stora kostnader för samhället. Bland annat ökar risken för diabetes, hjärt- och kärlsjukdom och cancer. Ett högt BMI är därtill den femte största riskfaktorn för tidig död och funktionsnedsättning i Sverige (32, 33). För barn med övervikt och obesitas är risken också överhängande att det kvarstår i vuxen ålder. Övervikt och obesitas är påtagligt utbredd i befolkningen och hälften av alla skåningar har övervikt eller obesitas med siffror på 70 procent bland vissa redovisningsgrupper. Kvinnor med högst utbildning ligger lägst men är också en av de grupper med störst ökning under tidsperioden som redovisas i denna rapport.

Utifrån ovan sammanställning och reflektioner kan konstateras att det är svårt att ge ett enda svar på frågan om utvecklingen går i rätt riktning då vi både ser positiva och negativa utvecklingstrender. Även om flera exempel lyfts fram för minskade skillnader mellan grupper finns även de i motsatt riktning och sammantaget ser vi flera folkhälsoutmaningar av olika karaktär som kvarstår för att nå en god och jämlik hälsa i Skåne.

Referenser

1. **Folkhälsomyndigheten.** Tema folkhälsa. Hämtad 230613 från: Tema folkhälsa – lokalt och regionalt stöd — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).

2. Pallmer, K. & Wrammer, B. Grundläggande Folkhälsovetenskap. Stockholm: Liber AB, 2007.

3. **Regeringen.** God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik (Prop. 2017/18:249). Socialdepartementet, 2018. Hämtad 230613 från: God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik - Regeringen.se.

4. **Regeringens skrivelse.** Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021-2030 (Skr 2020/21:133). Stockholm, Näringsdepartementet, 2020. Hämtad 230613 från: Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021–2030 - Regeringen.se.

5. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik - En jämförande analys. Folkhälsomyndigheten, 2023. Folkhälsopolitik och regional utvecklingspolitik – En jämförande analys — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).

6. **Det öppna Skåne 2023.** Skånes utvecklingsstrategi. Region Skåne, 2020. Hämtad 230613 från: Det öppna Skåne 2030 - Utveckling Skåne (skane.se).

7. **Folkhälsomyndigheten.** På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 230613 från: På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).

8. **Folkhälsomyndigheten.** På väg mot en god och jämlik hälsa- Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Bilaga 5: Indikatorbeskrivningar. Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 230613 från: På väg mot en god och jämlik hälsa. Bilaga 5 (folkhalsomyndigheten.se).

9. **Folkhälsomyndigheten.** Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Hämtad 230613 från: Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).

10. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsodata och Folkhälsostudio, 2023. Hämtad 230613 från: Folkhälsodata och FolkhälsoStudio — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).

11. **Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF).** Statistik om unga som varken arbetar eller studerar, 2023. Hämtad 230613 från: Statistik om unga som varken arbetar eller studerar | MUCF.

12. **Myndigheten Statistiska Centralbyrån (SCB), 2023.** Hämtad 230613 från: Statistikdatabasen - Välj tabell (scb.se).

13. **Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik, 2023.** Hämtad 230613 från: Statistikdatabaser - Dödsorsaksstatistik - Val (socialstyrelsen.se).

14. Preston, Heuveline & Guillot (2001) Demography: measuring and modeling population processes: Wiley-Blackwell.

15. **Folkhälsomyndigheten.** Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor 2022) — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se).

16. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2013;68(1):107-16.

17. Schnitker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PloS one.* 2014;9(1):e84933.

18. Breidablik H-J, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *The European Journal of Public Health.* 2009;19(1):73-8.

19. Rathmann K, Herke M, Heilmann K, Kinnunen JM, Rimpelä A, Hurrelmann K, et al. Perceived school climate, academic well-being and school-aged children's self-rated health: a mediator analysis. *European Journal of Public Health.* 2018;28(6):1012-8.

20. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social science & medicine.* 2010;70(6):850-8.

21. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 1: Tidiga livets villkor. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 1: Tidiga livets villkor — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se).

22. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 2: Kunskaper, kompetenser och utbildning. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 2: Kunskaper, kompetenser och utbildning — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se).

23. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se).

24. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 4: Inkomster och försörjningsmöjligheter. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 4: Inkomster och försörjningsmöjligheter — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se).

25. **Folkhälsomyndigheten.** Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 5: Boende och närmiljö. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 5: Boende och närmiljö — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se).

26. Boverket. Trångboddheten i storstadsregionerna. Boverket, 2016. Rapport 2016:28. Hämtad 230613 från: Trångboddheten i storstadsregionerna - Boverket.

27. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 6: Levnadsvanor. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 6: Levnadsvanor — Folkhälsomyndigheten (folkalsomyndigheten.se).

28. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet. Folkhälsomyndigheten, 2022. Hämtad 230613 från: Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet — Folkhälsomyndigheten (folkalsomyndigheten.se).

29. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Folkhälsomyndigheten, 2022. Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård — Folkhälsomyndigheten (folkalsomyndigheten.se).

30. Försäkringskassan. Psykiatriska diagnoser. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Försäkringskassan, 2017. Korta analyser 2017:1. Hämtad 230613 från: psykiatriska-diagnoser-korta-analyser-2017-1.pdf (forsakringskassan.se).

31. Hjalte, F., Gralén, K. & Persson, U. Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017. Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2019. Rapport 2019:6. Hämtad 230613 från: IHE Rapport 2019:6.

32. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Sverige. Sweden. Hämtad 230613 från: Sweden | Institute for Health Metrics and Evaluation (healthdata.org).

33. GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).

Region Skåne
291 89 Kristianstad
Telefon: 044-309 30 00
utveckling.skane.se

