

Folkhälsorapport 2015

Skåne och Själland

En jämförelse av vuxnas hälsa, levnadsvanor
och livsvillkor



Folkhälsorapport 2015 Skåne och Själland

”Øresundhed”

En jämförelse av vuxnas hälsa/ helbred,
levnadsvanor/ sundhedsadfærd och livsvillkor/levvilkår
mellan Skåne och Själland baserad på
Folkhälsoenkät Skåne och
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen
år 2000 och 2012/2013

Författare: Maria Fridh, Heidi Amalie Rosendahl Jensen,
Martin Lindström, Mathias Grahn, Ola Ekholm,
Maria Rosvall, Birgit Modén

Denna rapport är utgiven av Region Skåne
Organisationsnummer: 232100-0255

Sammanställningen är gjord av:
Region Skåne
Epidemiologisk bevakning och analys
Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet
Område Samhällsplanering
291 89 Kristianstad

www.skane.se/folkhalsa

Publicerad oktober 2015

Omslagsbild: Colourbox.com
Tryck: Elanders Sverige AB, Falköping

Förord

På båda sidor av Öresund genomförs regelbundet folkhälsoenkäter för att kartlägga invånarnas hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Syftet med undersökningarna är att följa utvecklingen och ta fram underlag till förebyggande arbete och prioriteringar. Kunskap om hälsans bestämningsfaktorer, hälsans fördelning i befolkningen och det aktuella hälsoläget är nödvändig för att kunna bedriva ett bra arbete inom såväl folkhälsoområdet som för olika former av samhällsplanering och utvecklingsarbete. I Skåne genomförs enkäterna av Region Skåne och på den danska sidan av sundet görs motsvarande undersökningar av Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Denna rapport är ett samarbete mellan Region Skåne och Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. I rapporten jämförs resultat från Skånes och Själlands befolkningsundersökningar samt förändringar över tid när detta är möjligt.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som deltagit i undersökningarna och alla andra som varit inblandade och gjort det möjligt för oss att ta fram denna rapport.



Morten Hulvej Rod
Forskningsleder, lektor, ph.d.
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet



Elisabeth Bengtsson
Folkhälsochef
Region Skåne

Projektgruppens sammansättning

Planering och genomförande av denna rapport har skett i samarbete mellan Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet i Region Skåne och Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i Köpenhamn. Medarbetare från den svenska sidan av sundet har varit: Maria Rosvall, Birgit Modén, Maria Fridh, Mathias Grahn samt Martin Lindström och från den danska sidan av Öresund: Morten Hulvej Rod, Heidi Amalie Rosendahl Jensen och Ola Ekholm.

Birgit Modén har varit ansvarig för sammanställningen av rapporten och den sammanfattande analysen och Mathias Grahn och Ola Ekholm har ansvarat för framtagandet av underlag till tabeller och figurer. Maria Fridh, Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Martin Lindström (Centrum för Primärvårdsforskning), Birgit Modén, Mathias Grahn och Ola Ekholm har författat olika delar av rapporten. Maria Rosvall och Morten Hulvej Rod har arbetat med redigering av rapportinnehållet och kommit med värdefulla synpunkter.

Samtliga medverkande hoppas att denna rapport kan komma till användning i folkhälsoarbetet i Öresundsregionen!

Innehållsförteckning

Sammanfattning (svensk)	1
Sammanfattning (dansk)	6
1 Bakgrund	11
1.1 Demografi	11
1.1.1 Åldersammansättning.....	12
1.1.2 Födelseland	12
1.1.3 Utbildning.....	12
1.1.4 Sysselsättning.....	13
1.2 Pendling	15
1.3 Medellivslängd.....	16
1.4 Sammanfattning	17
2 Deltagare och metod	18
2.1 Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000).....	18
2.1.1 Population	18
2.1.2 Datainsamlingsmetod	18
2.1.3 Svarsfrekvens.....	18
2.1.4 Bortfall.....	18
2.1.5 Definition av socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och etnicitet.....	18
2.2 Folkhälsoenkät Skåne 2012 (FHS 2012).....	19
2.2.1 Population	19
2.2.2 Datainsamlingsmetod	19
2.2.3 Svarsfrekvens.....	19
2.2.4 Bortfall.....	19
2.2.5 Definition av socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och etnicitet.....	19
2.3 Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY-2000).....	20
2.3.1 Population	20
2.3.2 Datainsamlingsmetod	20
2.3.3 Svarsfrekvens.....	20
2.3.4 Bortfall.....	20
2.3.5 Definition av socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och etnicitet.....	20
2.4 Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY-2013).....	21
2.4.1 Population	21
2.4.2 Datainsamlingsmetod	21
2.4.3 Svarsfrekvens.....	21
2.4.4 Bortfall.....	21
2.4.5 Definition av socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och etnicitet	21
2.5 Åldersstandardisering av resultat	22
2.6 Skillnader i kategorisering av långvarigt sjuka/förtidspensionärer	22
3 Hälsa	23
3.1 Självsfattad hälsa.....	23
3.2 Psykisk hälsa	26
3.2.1 Lugn och harmonisk	26
3.2.2 Full av energi.....	29
3.2.3 Dyster och ledsen.....	32
3.3 Sömn	35
3.3.1 Ej tillräckligt med sömn.....	35
3.3.2 Stora sömnproblem.....	38
3.4 Övervikt och fetma	41
3.5 Långvarig sjukdom	45
3.6 Sjukfrånvaro.....	48

3.7	Läkemedel.....	49
3.7.1	<i>Smärtstillande</i>	50
3.7.2	<i>Sömnmedel</i>	53
3.8	Sammanfattning	56
4	Levnadsvanor.....	58
4.1	Tobak	58
4.1.1	<i>Daglig rökning</i>	58
4.1.2	<i>Antal cigaretter dagligen</i>	61
4.1.3	<i>Vill sluta röka</i>	62
4.1.4	<i>Slutat röka</i>	63
4.2	Hasch.....	64
4.3	Alkohol	66
4.3.1	<i>Alkohol senaste året</i>	66
4.3.1	<i>Tecken på alkoholproblem (CAGE)</i>	69
4.3.1	<i>Risikonsumtion av alkohol</i>	72
4.4	Fysisk aktivitet	75
4.4.1	<i>Stillasittande fritid</i>	75
4.4.2	<i>Vill öka sin fysiska aktivitet</i>	78
4.5	Frukt och bär	79
4.6	Sammanfattning	82
5	Livsvillkor.....	84
5.1	Saknar emotionellt stöd.....	84
5.2	Ekonomisk stress	86
5.3	Sammanfattning	89

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning (svensk)	1
Sammenfatning (dansk)	6
1 Baggrund	11
1.1 Demografi.....	11
1.1.1 Alderssammensætning.....	12
1.1.2 Fødeland.....	12
1.1.3 Uddannelse.....	12
1.1.4 Erhvervsmæssig stilling.....	13
1.2 Pendling.....	15
1.3 Middellevetid.....	16
1.4 Sammenfatning.....	17
2 Svarpersoner og metode	18
2.1 Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000).....	18
2.1.1 Population.....	18
2.1.2 Dataindsamlingsmetode.....	18
2.1.3 Svarprocent.....	18
2.1.4 Bortfald.....	18
2.1.5 Klassifikation af erhvervsmæssig stilling, uddannelseniveau og etnicitet.....	18
2.2 Folkhälsoenkät Skåne 2012 (FHS 2012).....	19
2.2.1 Population.....	19
2.2.2 Dataindsamlingsmetode.....	19
2.2.3 Svarprocent.....	19
2.2.4 Bortfald.....	19
2.2.5 Klassifikation af erhvervsmæssig stilling, uddannelseniveau og etnicitet.....	19
2.3 Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY-2000).....	20
2.3.1 Population.....	20
2.3.2 Dataindsamlingsmetode.....	20
2.3.3 Svarprocent.....	20
2.3.4 Bortfald.....	20
2.3.5 Klassifikation af erhvervsmæssig stilling, uddannelseniveau og etnicitet.....	20
2.4 Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY-2013).....	21
2.4.1 Population.....	21
2.4.2 Dataindsamlingsmetode.....	21
2.4.3 Svarprocent.....	21
2.4.4 Bortfald.....	21
2.4.5 Klassifikation af erhvervsmæssig stilling, uddannelseniveau og etnicitet.....	21
2.5 Aldersstandardisering.....	22
2.6 Forskelle i kategoriseringen af langtidssyge/førtidspensionister.....	22
3 Helbred	23
3.1 Selvvurderet helbred.....	23
3.2 Mentalt helbred.....	26
3.2.1 Rolig og afslappet.....	26
3.2.2 Fuld af energi.....	29
3.2.3 Trist til mode.....	32
3.3 Søvn.....	35
3.3.1 Ej tilstrækkeligt med søvn.....	35
3.3.2 Store søvnproblemer.....	38
3.4 Overvægt og svær overvægt.....	41
3.5 Langvarig sygdom.....	45
3.6 Sygefravær.....	48

3.7	Medicin	49
3.7.1	<i>Smertestillende medicin</i>	50
3.7.2	<i>Sovemedicin</i>	53
3.8	Sammenfatning	56
4	Sundhedsadfærd	58
4.1	Tobak	58
4.1.1	<i>Daglig rygning</i>	58
4.1.2	<i>Antal cigaretter om dagen</i>	61
4.1.3	<i>Vil gerne holde op med at ryge</i>	62
4.1.4	<i>Er holdt op med at ryge</i>	63
4.2	Hash	64
4.3	Alkohol	66
4.3.1	<i>Alkohol inden for det seneste år</i>	66
4.3.1	<i>Tegn på alkoholproblemer (CAGE)</i>	69
4.3.1	<i>Binge drinking</i>	72
4.4	Fysisk aktivitet	75
4.4.1	<i>Stillesiddende fritidsaktivitet</i>	75
4.4.2	<i>Vil gerne være mere fysisk aktiv</i>	78
4.5	Frugt	79
4.6	Sammenfatning	82
5	Levevilkår	84
5.1	Ingen at tale med i tilfælde af problemer	84
5.2	Økonomisk stress	86
5.3	Sammenfatning	89

Sammanfattning

Denna rapport har tagits fram i samarbete mellan Enheten för folkhälsa och social hållbarhet i Region Skåne och Statens Institut for Folkesundhed i Köpenhamn, Syddansk Universitet. Syftet har varit att ge en aktuell bild av hälsa och levnadsförhållanden i den vuxna befolkningen i Öresundsregionen samt att visa utvecklingen över tid under 2000-talet. Tidigare liknande rapporter har gjorts år 1995, 2001 och 2002 (Om sundhed och ohälsa kring sundet).

Den aktuella rapporten bygger huvudsakligen på information från folkhälsoenkäter genomförda i Skåne och Själland år 2000 och 2012/2013. Den skånska enkäten besvarades av knappt 14000 personer år 2000 och drygt 28000 personer år 2012, enkäten på Själland besvarades av knappt 7000 personer år 2000 och knappt 6000 personer år 2013. Resultaten presenteras som stapeldiagram fördelade på geografiskt område (Skåne/ Själland samt Malmö/Köpenhamn kontra övrig region), åldersgrupper, socioekonomisk indelning, utbildningsnivå samt födelseland. Notera att den socioekonomiska gruppen ”Sjukskrivna” i Skåne inte är helt jämförbar med gruppen ”Förtidspensionister” på Själland eftersom Sverige och Danmark har olika sjukförsäkringssystem. Utveckling över tid redovisas när data finns för båda undersökningsåren, annars redovisas enbart resultat från senaste undersökningstillfället 2012/2013. Demografiska data kommer i huvudsak från Öresundsdatabasen.

Enkätvariablernas jämförbarhet mellan Skåne och Själland varierar (Bild 1).

Helt jämförbara	Någorlunda jämförbara	Ej jämförbara
<ul style="list-style-type: none"> • Ej tillräckligt med sömn • Stora sömnproblem • Övervikt och fetma • Sjukfrånvaro • Daglig rökning • Antal cigaretter dagligen • Rökt hasch/ marijuana • Tecken på alkoholproblem (CAGE) • Ekonomisk stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Vill sluta röka • Slutat röka • Alkohol senaste året • Stillasittande fritid • Vill öka sin fysiska aktivitet • Frukt och bär • Saknar emotionellt stöd 	<ul style="list-style-type: none"> • Självskattad hälsa • Lugn och harmonisk • Full av energi • Dyster och ledsen • Långvarig sjukdom • Smärtstillande medicin • Sömnmedel • Riskkonsumtion av alkohol

Bild 1. De olika variablernas jämförbarhet mellan Skåne och Själland avseende prevalens.

Av de 24 variabler som redovisas i denna rapport bedöms nio stycken vara så pass överensstämmande att man kan uttala sig om skillnader i förekomst (prevalens) mellan Skåne och Själland. Därutöver bedöms ytterligare sju variabler vara någorlunda jämförbara när det gäller prevalens, även om formulering och svarskategorier inte är identiska i de skånska och danska enkäterna. För övriga åtta variabler kan man inte bedöma skillnader i prevalens mellan Skåne och Själland, men det är möjligt att jämföra fördelningsmönster och utveckling över tid.

För att underlätta tolkningen har diagrammen olika bakgrundsfärg. Vit bakgrund innebär att prevalenser är direkt jämförbara mellan Skåne och Själland, ljusorange bakgrund att prevalenser är någorlunda jämförbara, samt grå bakgrund att prevalenser inte kan jämföras.

Nedan presenteras i korthet några av resultaten från rapporten.

Medellivslängd

Medellivslängden har under många år varit kortare i Danmark än i Sverige. Statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) och Dansk Statistik visar att medellivslängden ökat under 2000-talet på båda sidor sundet, med en något större ökning bland invånarna på Själland än i Skåne. År 2000 levde skånska män och kvinnor i genomsnitt tre år längre än män och kvinnor på Själland, år 2012 hade skillnaden minskat till drygt två år. Medellivslängden var år 2012 för kvinnor 83,6 år i Skåne och 81,3 år på Själland, samt för män 79,5 år i Skåne och 77,0 år på Själland. Medellivslängden är lägre bland män och kvinnor i Malmö och Köpenhamn jämfört med Skåne och Själland som helhet.

Hälsa

Hur individen skattar sin egen hälsa har i forskning visats kunna predicera framtida sjuklighet och dödlighet på gruppnivå. De allra flesta vuxna i Öresundsregionen skattar sin hälsa som god ("bra eller mycket bra" i Skåne, "godt, vældig godt eller fremragende" på Själland). Andelen är något större bland män än bland kvinnor. Som förväntat minskar andelen med åldern och det finns ett tydligt samband med födelseland på så vis att inrikes födda skattar sin hälsa högre än invånare födda utanför Europa. I Skåne ses en tendens till att andelen som skattar sin hälsa som god ökat bland män och kvinnor under 2000-talet, medan motsvarande tendens inte ses på Själland. Förbättringstendensen ses bland skånska män och kvinnor som arbetar eller studerar medan andelen som skattar sin hälsa som god minskat bland sjukskrivna (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning). På Själland ses en försämring av den självskattade hälsan bland lågutbildade män och kvinnor.

Psykisk hälsa kan mätas på många olika sätt. I de skånska och danska enkäterna har frågor ställts om hur stor del av tiden man känt sig "lugn och avslappnad", "dyster och ledsen" och "full av energi". Det generella svarsmönstret är likartat för dessa frågor. Kvinnor rapporterar psykisk ohälsa i högre utsträckning än män. De yngsta kvinnorna 18-34 år utmärker sig på båda sidor sundet när det gäller att ha varit dyster och ledsen en stor del av tiden den senaste månaden. Skånska män i samma åldersgrupp rapporterar också i högre utsträckning än män i andra åldrar att de varit dystra och ledsna, medan man inte ser någon tydlig åldersgradient bland män på Själland. I Skåne rapporterar män och kvinnor som bor i Malmö psykisk ohälsa i högre utsträckning jämfört med invånare i övriga Skåne, medan denna skillnad mellan storstad och övrig region inte ses på Själland. Psykisk ohälsa rapporteras i högre utsträckning bland personer utanför arbetsmarknaden, i synnerhet bland sjukskrivna (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) i Skåne och bland förtidspensionärer på Själland. I Skåne ses en tydlig gradient utifrån födelseland, med minst andel psykisk ohälsa bland invånare födda i Sverige och störst andel bland personer födda utanför Europa. På Själland ses inte samma entydiga mönster när det gäller födelseland.

Sömn är viktig för hälsan. Långvarig sömnbrist ökar risken för olika sjukdomar. Ungefär var tionde man och var sjunde kvinna i Öresundsregionen rapporterar att de sällan eller aldrig får tillräckligt med sömn för att känna sig utvilad. Yngre personer rapporterar otillräcklig sömn i högre utsträckning än äldre. En ökningstendens ses under 2000-talet på båda sidor sundet, tydligast bland kvinnor. Ökningen ses i de flesta socioekonomiska grupper, med störst andelar bland sjukskrivna (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) i Skåne och bland förtidspensionärer på Själland. Lågutbildade rapporterar otillräcklig sömn i större utsträckning än högutbildade och denna utbildningsgradient har förstärkts under 2000-talet eftersom andelen med otillräcklig sömn har ökat mer bland personer med förgymnasial utbildning.

Övervikt och fetma är ett stort folkhälsoproblem, där i synnerhet fetma ökar risken för bland annat diabetes och hjärtkärlsjukdom. Övervikt och fetma är vanligare i Skåne än på Själland. Ungefär sex av tio skånska män är överviktiga eller feta jämfört med drygt varannan man på Själland. Skillnaden är mindre mellan kvinnorna; drygt fyra av tio skånskor är överviktiga eller feta jämfört med knappt fyra av tio kvinnor på Själland. Andelen med övervikt eller fetma har ökat under 2000-talet bland män och kvinnor i hela Öresunds-regionen, undantaget män i Köpenhamn. Samma socioekonomiska mönster ses på båda sidor sundet: bland män är övervikt vanligast bland personer med sysselsättning på arbetsmarknaden och fetma vanligast bland personer utanför arbetsmarknaden, medan både övervikt och fetma är vanligast bland kvinnor som är sjukskrivna (har långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) i Skåne respektive är förtidspensionärer på Själland. Övervikt och fetma har ökat i alla utbildningsgrupper under 2000-talet.

Levnadsvanor

Levnadsvanor som tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion, intag av frukt och bär och stillasittande påverkar hälsans utveckling i befolkningen.

Tobaksrökning ökar risken för bland annat hjärtinfarkt, stroke, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och lungcancer. Det har under många år varit vanligare att röka i Danmark än i Sverige. Rökprevalensen har på senare år minskat i båda länderna, dock mer i Danmark än i Sverige. År 2013 rapporterade 18 % av männen på Själland daglig rökning, vilket kan jämföras med 11 % av männen i Skåne år 2012. Motsvarande siffror för kvinnor är 15 % på Själland och 12 % i Skåne. Det är vanligare att män och kvinnor är dagligrökare i Malmö jämfört med övriga Skåne. Det är också vanligare att män i Köpenhamn röker dagligen jämfört med män på övriga Själland, medan motsvarande mönster inte ses bland danska kvinnor. Minst andel dagligrökare ses bland skånska män och kvinnor i åldern 35-44 år och bland danska kvinnor i åldern 18-34 år. Störst andel ses bland kvinnor i övre medelåldern på båda sidor sundet och bland medelålders män i Skåne, medan åldersfördelningen är jämnare bland män på Själland. Antalet rökta cigaretter per dag är i genomsnitt detsamma på båda sidor sundet: 14 cigaretter för män och 12 för kvinnor. De flesta dagligrökare vill sluta röka, men viljan att sluta röka avtar med åldern på Själland.

Användning av hasch/marijuana är vanligare på den danska sidan sundet. Vid undersökningen år 2013 rapporterade 10 % av männen och 5 % av kvinnorna på Själland att de rökt hasch/marijuana under det senaste året, vilket kan jämföras med 3,5 % av männen och knappt 2 % av kvinnorna i Skåne år 2012. Hasch-/marijuanarökning är överlägset vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år (26 % bland män och 15 % bland kvinnor på Själland, samt 10 % bland män och 6 % bland kvinnor i Skåne). Hasch-/marijuanarökning har blivit vanligare på båda sidor sundet under 2000-talet.

En stor majoritet, omkring nio av tio, uppger att de druckit alkohol någon gång under det gångna året. Andelen är mindre i Malmö jämfört med övriga Skåne för både män och kvinnor medan man inte ser någon geografisk skillnad mellan Köpenhamn och övriga Själland. Att någon gång ha druckit alkohol är vanligare bland högutbildade än lågutbildade, och vanligare bland inrikesfödda än utlandsfödda. Tecken på alkoholproblem mättes i enkäten med fyra screeningfrågor för alkoholism: CAGE (Cut down- Annoyed- Guilty- Eye-opener). Andelen som rapporterar tecken på alkoholproblem är något högre i Skåne än på Själland: bland män är andelen 13 % i Skåne och 11 % på Själland; bland kvinnor 9 % i Skåne och 4 % på Själland. Tecken på alkoholproblem är något vanligare i Malmö/ Köpenhamn jämfört med övriga Skåne/ Själland. Den största andelen med tecken på alkoholproblem återfinns bland skånska män 45-54 år och 18-34 år samt bland män 55-64 år på Själland (runt 15 %). Det finns inget tydligt mönster mellan födelseland och förekomst av tecken på alkoholproblem.

Risikkonsumtion av alkohol – att dricka minst 6 glas alkohol (i Skåne) eller 5 glas alkohol (på Själland) vid samma tillfälle en gång i veckan eller oftare - är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år på båda sidor sundet. I Malmö/ Köpenhamn är andelen män och kvinnor med risikkonsumtion av alkohol något större än i övriga Skåne/ Själland. På den danska sidan sundet är andelen med risikkonsumtion av alkohol klart störst bland män och kvinnor födda i Danmark och minst bland personer födda utanför Europa. På den svenska sidan sundet ses inga stora skillnader i risikkonsumtion utifrån födelseland.

Ungefär var sjunde invånare i Öresundsregionen uppger att de har en stillasittande fritid. Andelen är minst bland personer som är sysselsatta på arbetsmarknaden och bland studerande. Störst andel ses bland män och kvinnor i Skåne med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning och bland förtidspensionärer på Själland. Bland dessa har andelen dessutom blivit större sedan undersökningarna år 2000, mest uttalat bland manliga förtidspensionärer på Själland. Majoriteten av invånarna i Öresundsregionen vill öka sin fysiska aktivitet.

Ungefär sju av tio kvinnor och drygt hälften av männen rapporterar daglig konsumtion av frukt och bär både i Skåne och på Själland. Högutbildade personer och de som är sysselsatta på arbetsmarknaden uppger störst andelar, medan grupper som står utanför arbetsmarknaden (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning i Skåne och förtidspensionärer på Själland samt arbetslösa på båda sidor sundet) rapporterar daglig konsumtion i lägst utsträckning. Utlandsfödda män äter frukt och bär varje dag i högre utsträckning än män födda i Sverige/Danmark. Denna skillnad i fruktkonsumtion efter födelseland ses inte bland kvinnor.

Livsvillkor

Emotionellt stöd innebär att ha någon närstående som kan ge ett personligt stöd och som man kan tala med om livets stress och problem. Avsaknad av emotionellt stöd kan över tid öka risken för psykisk ohälsa och även för hjärtkärlsjukdom. Att sakna emotionellt stöd är vanligare bland män än bland kvinnor och andelen ökar med åldern. Malmöbor saknar oftare emotionellt stöd jämfört med invånare i övriga Skåne, medan motsvarande skillnad inte ses mellan invånare i Köpenhamn och övriga Själland. Personer som står utanför arbetsmarknaden anger avsaknad av emotionellt stöd i högre grad än de som är sysselsatta på arbetsmarknaden. I Skåne rapporterar var femte man och var tionde kvinna med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning att de saknar emotionellt stöd och andelen är nästan lika stor bland de arbetslösa. På Själland är andelen störst bland förtidspensionärer.

Det finns ett tydligt samband mellan avsaknad av emotionellt stöd och födelseland; minst andel ses bland inrikesfödda och störst andel bland personer födda utanför Europa. Ekonomisk stress – svårigheter att betala räkningar varannan månad eller oftare – är något vanligare på den svenska sidan sundet (8 % av männen och 9 % av kvinnorna) jämfört med den danska sidan (6 % av männen och 5 % av kvinnorna). Yngre uppger oftare ekonomisk stress än äldre. I Skåne ses dock en minskning över tid sedan år 2000 i de yngre åldrarna medan den ekonomiska stressen tenderar att öka bland äldre kvinnor. På Själland ses en klar ökning av andelen män och kvinnor med ekonomisk stress i åldersspannet 35-64 år. Personer som står utanför arbetsmarknaden rapporterar ekonomisk stress i betydligt högre grad än de som är sysselsatta på arbetsmarknaden. Sambandet med födelseland är starkt på båda sidor sundet. Bland dem som är födda utanför Europa rapporterar nästan var fjärde skåning och nästan var femte invånare på Själland ekonomisk stress jämfört med ungefär en av tjugo inrikes födda personer.

Sammenfatning

Denne rapport er udviklet i samarbejde mellem Enheden for Folkesundhed og Social Bæredygtighed i Region Skåne og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i København. Formålet med rapporten har været at give et aktuelt billede af sundhed og levevilkår blandt den voksne befolkning i Øresundsregionen samt at vise udviklingen i løbet af 00'erne. Tilsvarende rapporter er blevet udarbejdet i 1995, 2001 og 2001 (Om sundhed och ohälsa kring sundet).

Den aktuelle rapport bygger hovedsageligt på oplysninger fra spørgeskemaundersøgelser gennemført i Skåne og på Sjælland i 2000 og 2012/2013. Den skånske spørgeskemaundersøgelse blev besvaret af knapt 14000 personer i 2000 og godt 28000 personer i 2012, mens det på Sjælland gjaldt for knapt 7000 personer i 2000 og knapt 6000 personer i 2013. Resultaterne præsenteres som søjlediagrammer opdelt på geografisk område (Skåne/Sjælland samt Malmø/København versus den øvrige del af regionen), aldersgrupper, erhvervsmæssig stilling, uddannelsesniveau samt fødeland. Der gøres opmærksom på, at beskæftigelsesgruppen ”Langtidssyge” i Skåne ikke er helt sammenlignelig med gruppen af ”Førtidspensionister” på Sjælland, eftersom der er forskellige regler for sygefravær og -meldinger og de dertil hørende ydelser i Sverige og Danmark. Udviklingen over tid vises, når data fra begge undersøgelser foreligger. Ellers præsenteres kun tal fra de to seneste spørgeskemaundersøgelser i 2012/2013. Demografiske oplysninger stammer primært fra Øresunds-databasen.

Der er variation i sammenligneligheden af de forskellige indikatorer mellem Skåne og Sjælland (Billede 1).

Fuldstændigt sammenlignelige	Overvejende sammenlignelige	Ej sammenlignelige
<ul style="list-style-type: none"> • Ej tilstrækkeligt med søvn • Store søvnproblemer • Overvægt og svær overvægt • Sygefravær • Daglig rygning • Antal cigaretter om dagen • Hash/marijuana • Tegn på alkoholproblemer (CAGE) • Økonomisk stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Vil gerne holde op med at ryge • Er holdt op med at ryge • Alkohol inden for det seneste år • Stillesiddende fritidsaktivitet • Vil gerne være mere fysisk aktiv • Frugt • Ingen at tale med i tilfælde af problemer 	<ul style="list-style-type: none"> • Selvvurderet helbred • Rolig og afslappet • Fuld af energi • Trist til mode • Langvarig sygdom • Smertestillende medicin • Sovemedicin • Binge drinking

Billede 1. De forskellige indikatorers sammenlignelighed før opdeling på forekomster på den svenske og danske side af Øresund.

Ud af de 24 indikatorer vurderes ni af dem at være tilstrækkeligt ens til, at man kan udtale sig om forskelle i forekomsten mellem Skåne og Sjælland. Derudover vurderes syv indikatorer at være overvejende sammenlignelige med henblik på forekomsten, selvom formuleringer og svarkategorier ikke er identiske i de svenske og danske spørgeskemaer. For de resterende otte indikatorer kan forskelle i forekomsten mellem Skåne og Sjælland ikke belyses, men det er dog muligt at sammenligne fordelingsmønstre og udviklingen over tid. Hvid baggrund indikerer, at forekomsterne er direkte sammenlignelige mellem Skåne og Sjælland, lysorange baggrund at forekomsterne er overvejende sammenlignelige og grå baggrund, at forekomsterne ikke kan sammenlignes.

I det følgende præsenteres hovedresultaterne fra rapporten.

Middellevetid

Middellevetiden har i mange år været kortere i Danmark end i Sverige. Tal fra Statistiska Centralbyrån (SCB) og Danmarks Statistik viser, at middellevetiden steg i 00'erne på begge sider af sundet, dog med en større stigning blandt sjællænderne. I 2000 levede skånske mænd og kvinder i gennemsnit tre år længere mænd og kvinder på Sjælland; i 2012 var forskellen mindsket til godt to år. Middellevetiden var i 2012 83,6 år for skånske kvinder og 81,3 år for sjællandske kvinder, mens den for skånske og sjællandske mænd var henholdsvis 79,5 år og 77,0 år. Middellevetiden er kortere blandt både mænd og kvinder i Malmø og København sammenlignet med henholdsvis Skåne og Sjælland som helhed.

Helbred

Forskning har vist, at en persons vurdering af eget helbred er en særdeles god prædikator for sygelighed og dødelighed. Størstedelen af den voksne befolkning i Øresundsregionen vurderer deres eget helbred som godt ("bra eller mycket bra" i Skåne, "Fremragende, vældig godt eller godt" på Sjælland). Andelen er lidt større blandt mænd end blandt kvinder. Som forventet falder andelen med stigende alder. Der ses desuden en tydelig sammenhæng mellem selv vurderet helbred og fødeland, hvor personer født i bopælslandet vurderer deres helbred bedre end personer født uden for Europa. I Skåne er tendensen den, at andelen, som vurderer deres helbred som godt, stiger op gennem 00'erne, mens en tilsvarende tendens ikke ses på Sjælland. Den positive tendens i udviklingen ses blandt beskæftigede skånske mænd og kvinder samt blandt de studerende, mens forekomsten af personer, der vurderer deres eget helbred som godt, er faldet blandt de langtidssyge (personer, som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse). På Sjælland ses et fald i andelen med godt selv vurderet helbred blandt lavtuddannede personer (grundskole eller kort uddannelse).

Mentalt helbred kan måles på mange forskellige måder. I de svenske og danske spørgeskemaer indgik spørgsmål om, hvor stor en del af tiden, man havde følt sig "Rolig og afslappet", "Trist til mode" og "Fuld af energi" i de sidste 4 uger. Svarfordelingen for disse spørgsmål var relativt ens. Kvinder rapporterer i højere grad end mænd et dårligt mentalt helbred. Yngre har oftere et dårligt mentalt helbred end ældre. De yngste kvinder i aldersgruppen 18-34 år markerer sig særligt på begge sider af sundet, idet en stor andel har følt sig trist til mode en stor del af tiden i de sidste 4 uger. Forekomsten af skånske mænd i samme aldersgruppe, som føler sig trist til mode, er også højere end i de ældre aldersgrupper. En lignende aldersgradient ses ikke tydeligt blandt sjællandske mænd. I Skåne er andelen, som melder om et dårligt mentalt helbred, større blandt mænd og kvinder i Malmø sammenlignet med beboere i det øvrige Skåne. Samme forskel mellem storby og landområde

ses ikke på Sjælland. Der meldes i højere grad om et dårligt mentalt helbred blandt personer uden for arbejdsmarkedet, mest udtalt blandt de langtidssyge (personer, som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse) i Skåne og førtidspensionisterne på Sjælland. I Skåne ses en tydelig sammenhæng mellem mentalt helbred og fødeland, med den mindste andel med dårligt mentalt helbred blandt personer født i Sverige og den største andel blandt personer født uden for Europa. På Sjælland ses der ingen tydelig sammenhæng mellem mentalt helbred og fødeland.

Søvn er vigtigt for helbredet. At få for lidt søvn gennem længere tid øger risikoen for at udvikle forskellige sygdomme. Omkring hver tiende mand og hver syvende kvinde i Øresundsregionen svarer, at de ikke tit nok eller aldrig (næsten aldrig) får søvn nok til at føle sig udhvilet. Yngre personer melder i højere grad om utilstrækkelig søvn end ældre. I perioden 2000-2012/2013 er der på begge sider af sundet sket en stigning i andelen, der ikke får nok søvn til at føle sig udhvilet, tydeligst blandt kvinderne. Stigningen ses i de fleste beskæftigelsesgrupper med den højeste forekomst blandt de langtidssyge (personer, som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse) i Skåne og førtidspensionisterne på Sjælland. Lavtuddannede personer melder i højere grad om utilstrækkelig søvn sammenlignet med højtuddannede. Denne forskel er øget op gennem 00'erne, hvilket i overvejende grad kan tilskrives en stigning i andelen blandt personer med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau.

Overvægt og svær overvægt udgør et alvorligt folkesundhedsproblem, og særligt ved svær overvægt øges risikoen for at udvikle sygdomme som type 2-diabetes og hjertekarsygdomme. Overvægt og svær overvægt forekommer hyppigere i Skåne end på Sjælland. Omkring seks ud af ti skånske mænd er overvægtige eller svært overvægtige sammenlignet med godt hver anden mand på Sjælland. Forskellen mellem kvinderne er mindre; godt fire ud af ti skånske kvinder er overvægtige eller svært overvægtige, mens det gælder for knapt fire ud af ti sjællandske kvinder. Forekomsten af overvægt og svær overvægt er steget i perioden 2000 til 2012/2013 blandt begge køn i Øresundsregionen, undtaget blandt mænd i København. Mønstret for sammenhængen mellem erhvervmæssig stilling og overvægt og svær overvægt er ens på begge sider af sundet: for mænd er overvægt hyppigst blandt beskæftigede, mens svær overvægt oftest ses blandt personer uden for arbejdsmarkedet. For kvindernes vedkommende er andelen af overvægtige og svært overvægtige størst blandt henholdsvis de langtidssyge (personer, som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse) i Skåne og førtidspensionisterne på Sjælland. Mellem 2000 og 2012/2013 er forekomsten af overvægt og svær overvægt steget i alle uddannelsesgrupper.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd er den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og omfatter blandt andet rygning, alkoholforbrug, kost og fysisk aktivitet.

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme - først og fremmest hjertekarsygdomme, lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Igennem mange år har forekomsten af rygning været højere i Danmark end i Sverige; i de senere år er andelen af rygere faldet i begge lande, dog mest i Danmark. I 2013 svarede 18 % af de sjællandske mænd, at de var dagligrygere, mens det tilsvarende tal var 11 % i 2012 for de skånske mænd. For kvindernes vedkommende gjaldt det for 15 % på Sjælland og 12 % i Skåne. Daglig rygning ses i højere grad blandt mænd i Malmø sammenlignet med det øvrige Skåne. Også blandt sjællandske mænd er andelen af dagligrygere større blandt københavnere end blandt

mænd fra det øvrige Sjælland. En lignende tendens ses ikke blandt kvinder på Sjælland. Den mindste andel dagligrygere ses blandt skånske mænd og kvinder i aldersgruppen 35-44 år og blandt sjællandske kvinder i aldersgruppen 18-34 år. Højeste forekomst ses blandt de midaldrende kvinder på begge sider af sundet og blandt midaldrende mænd i Skåne, hvorimod aldersfordelingen er noget mere jævn blandt sjællandske mænd. Det gennemsnitlige antal cigaretter, der dagligt bliver røget blandt dagligrygerne, er det samme på begge sider af sundet; 14 cigaretter for mænd og 12 for kvinder. Størstedelen af dagligrygerne vil gerne stoppe med at ryge, men på Sjælland mindskes lysten til at stoppe med alderen.

Hashrygning er hyppigere på den danske side af sundet end på den svenske. Ved spørgeskemaundersøgelsen i 2013 svarede 10 % af mændene og 5 % af kvinderne på Sjælland, at de havde røget hash inden for det seneste år, mens det tilsvarende gjaldt for 3,5 % af mændene og knapt 2 % af kvinderne i Skåne i 2012. Den markant højeste forekomst af hashrygning ses i aldersgruppen 18-34 år (26 % blandt mænd og 15 % blandt kvinder på Sjælland samt 10 % blandt mænd og 6 % blandt kvinder i Skåne).

Samlet set oplyser omkring ni ud af ti personer i Øresundsregionen, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Andelen er mindre i Malmø end i det øvrige Skåne både blandt mænd og kvinder. På Sjælland ses ingen tilsvarende forskel mellem København og det øvrige Sjælland. Forekomsten af personer, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er højere blandt personer med en videregående uddannelse end blandt personer med en kort uddannelse. Forekomsten er ligeledes højere blandt personer født i landet end blandt personer født uden for landets grænser. Tegn på alkoholproblemer blev i spørgeskemaet vurderet ud fra fire spørgsmål fra screeningsværktøjet for alkoholisme, CAGE (Cut down-Annoyed-Guilty-Eye-opener). Andelen, som rapporterer tegn på alkoholproblemer, er noget større i Skåne end på Sjælland; blandt mænd er andelen henholdsvis 13 % og 11 % i Skåne og på Sjælland, mens det for kvinderne drejer sig om 9 % i Skåne og 4 % på Sjælland. Tegn på alkoholproblemer forekommer hyppigere i Malmø og København sammenlignet med henholdsvis det øvrige Skåne og det øvrige Sjælland. Forekomsten er højest blandt skånske mænd i aldersgrupperne 18-34 år og 45-54 år og blandt sjællandske mænd i aldersgruppen 55-64 år (ca. 15 %). Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem fødeland og forekomsten af tegn på alkoholproblemer.

Binge drinking, defineret ved et indtag af alkohol på 6 eller flere genstande (i Skåne) eller 5 eller flere genstande (på Sjælland) ved samme lejlighed mindst én gang ugentligt, ses oftere blandt mænd end blandt kvinder og forekommer hyppigst i aldersgruppen 18-34 år på begge sider af sundet. I Malmø og København er andelen noget større end i henholdsvis det øvrige Skåne og på det øvrige Sjælland. På den danske side af sundet er forekomsten af personer, som drikker 5 genstande eller flere ved samme lejlighed ugentligt, markant højere blandt de, der er født i landet, sammenlignet med de, der er født uden for Europa. I Skåne ses der ingen tydelig sammenhæng mellem forekomsten af binge drinking og fødeland.

Blandt beboerne i Øresundsregionen opgiver omkring hver syvende, at de hovedsageligt har stillesiddende fritidsaktivitet. Andelen er mindst blandt beskæftigede og studerende, mens den største andel ses blandt personer, som er langtidssyge (personer, som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse) i Skåne og førtidspensionister på Sjælland. Blandt de to sidstnævnte grupper uden for arbejdsmarkedet er forekomsten af stillesiddende fritidsaktivitet steget i perioden 2000-2012/2013, dog mest udtalt blandt førtidspensionerede, sjællandske mænd. Langt størstedelen i Øresundsregionen vil gerne være mere fysisk aktive.

Omtrent syv ud af ti kvinder og godt halvdelen af mændene i Øresundsregionen svarer, at de spiser frugt hver dag. Andelen er størst blandt beskæftigede samt blandt personer med en videregående uddannelse, mens andelen er mindst blandt personer uden for arbejdsmarkedet (personer, som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse i Skåne og førtidspensionister på Sjælland samt arbejdsløse på begge sider af sundet). Dagligt indtag af frugt er mere hyppigt blandt udenlandsk fødte mænd end mænd født i Sverige/Danmark. Denne forskel i frugtindtaget i forhold til fødeland ses ikke blandt kvinder.

Levevilkår

Støtte fra det sociale netværk omfatter tilstedeværelsen af personer, som hjælper og bakker op, og som man kan tale med, når livet byder på udfordringer og problemer. Mangel på en sådan form for støtte kan med tiden øge risikoen for f.eks. hjertekarsygdomme og dårligt mentalt helbred. Ikke at have nogen at snakke med, hvis man har problemer eller brug for støtte, er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder i Øresundsregionen, og andelen stiger med alderen. Forekomsten er højere blandt personer i Malmø sammenlignet med personer i det øvrige Skåne. En lignende forskel ses ikke mellem København og det øvrige Sjælland. Sammenlignet med beskæftigede oplever personer uden for arbejdsmarkedet i højere grad at mangle nogen at tale med i tilfælde af problemer, eller hvis de har brug for støtte. I Skåne oplyser hver femte langtidssyge mand og hver tiende langtidssyge kvinde (som modtager langtidssygedagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse), at de savner støtte fra deres sociale netværk, hvilket næsten er på samme niveau som blandt de arbejdsløse. På Sjælland er andelen størst blandt førtidspensionisterne. Der ses en tydelig sammenhæng mellem manglen på støtte i tilfælde af problemer og fødeland; mindste andel ses blandt de i landet fødte personer, mens andelen er størst blandt personer født uden for Europa.

Økonomisk stress, her defineret som det at have svært ved at betale regninger hveranden måned eller oftere, er hyppigere på den svenske side af sundet (8 % blandt mænd og 9 % blandt kvinder) sammenlignet med den danske side (6 % blandt mænd og 5 % blandt kvinder). Forekomsten af økonomisk stress er højere blandt personer i de yngre aldersgrupper end i de ældre aldersgrupper, men i Skåne er forekomsten dog faldet i de yngre aldersgrupper i perioden 2000 til 2012. I samme periode er andelen med økonomisk stress steget blandt ældre kvinder i Skåne. På Sjælland ses ligeledes en tydelig stigning i andelen blandt både mænd og kvinder i alderen 35-64 år. Personer uden for arbejdsmarkedet rapporterer økonomisk stress i langt højere grad end beskæftigede. På begge sider af sundet ses en tydelig sammenhæng mellem fødeland og økonomisk stress. Blandt personer født uden for Europa oplyser næsten hver fjerde skåning og hver femte sjællænder, at de oplever økonomisk stress, mens det kun gælder for omkring en ud af tyve blandt personer født i landet.

1 Bakgrund/ Baggrund

1.1 Demografi

Öresundsregionen inkluderar Skåne på den svenska sidan och Själland, Lolland, Falster, Mön och Bornholm på den danska sidan (Bild 1.1). För enkelhetens skull kallar vi den danska delen av Öresundsregionen för ”Själland” i denna rapport.



Bild 1.1. Öresundsregionen. (Karta: Tendens Öresund)

Det bor ungefär 3,8 miljoner människor i Öresundsregionen, varav cirka två tredjedelar bor i den danska delen (2,5 miljoner) och en tredjedel i Skåne (1,3 miljoner). Befolkningen räknas växa med ytterligare 10 % under de kommande 20 åren. Öresundsregionen varierar geografiskt från tätbebyggda storstadsområden till gles befolkad landsbygd. Administrativt bildar 33 kommuner Region Skåne på den svenska sidan och på den danska sidan bildar 46 kommuner Region Hovedstaden och Region Sjælland.

I denna rapport definieras Malmö som Malmö stad. Köpenhamn definieras som Hovedstadsområdet, dvs. Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Albertslund Kommune, Brøndby Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Glostrup Kommune, Herlev Kommune, Hvidovre Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rødovre Kommune, Tårnby Kommune och Vallensbæk Kommune.

1.1.1 Åldersammansättning/ Alderssammensætning

Man ser inga stora skillnader i befolkningssammansättning mellan Skåne och Själland vid indelning efter åldersgrupper (Tabell 1.1).

Tabell 1.1. Åldersammansättning 2012-12-31. Källa: Öresundsdatan.

Åldersklass	Själland		Skåne	
	Antal	%	Antal	%
0-17 år	532108	20,9	256217	20,3
18-34 år	543129	21,3	287474	22,8
35-44 år	361012	14,2	167805	13,3
45-54 år	364703	14,3	163769	13,0
55-64 år	303162	11,9	148525	11,8
65-80 år	354367	13,9	179964	14,2
80+	89946	3,5	59334	4,7
Total	2548427	100	1263088	100

1.1.2 Födelseland/ Fødeland

Vissa skillnader ses mellan den danska och den svenska delen av Öresundsregionen när det gäller befolkningssammansättning utifrån födelseland (Tabell 1.2). Andelen inrikesfödda danskar på Själland (87 %) är större än andelen inrikesfödda svenskar i Skåne (82 %). En mindre del av befolkningen på Själland är född i Sverige (0,4 %) jämfört med andelen skåningar födda i Danmark (1,8 %).

Tabell 1.2. Födelseland 2012-12-31. Källa: Öresundsdatan.

Födelseland	Själland		Skåne	
	Antal	%	Antal	%
Danmark	2203703	86,5	22713	1,8
Sverige	10480	0,4	1030194	81,6
Övriga Europa	168544	6,6	118953	9,4
Utanför Europa	163895	6,4	91228	7,2
Total	2546622	100,0	1263088	100,0

1.1.3 Utbildning/ Uddannelse

Andelen högskoleutbildade är större i Skåne och på Själland jämfört med Sverige respektive Danmark som helhet och det finns 11 universitet och högskolor inom Öresundsregionen. De högutbildade invånarna bor framför allt i städerna. I åldern 25-34 år är mer än 40 % av invånarna i Köpenhamn och Lund högskoleutbildade vilket kan jämföras med färre än 25 % av invånarna i samma åldersgrupp i Region Själland och i kommunerna i norra Skåne.

Vid en indelning efter utbildningsnivå ses en något större andel med såväl förgymnasial utbildning som eftergymnasial utbildning i Skåne, medan andelen med gymnasial utbildning och okänd utbildning är något större på den danska sidan av Öresundsregionen (Tabell 1.3).

Tabell 1.3. Utbildningsnivå 2012-12-31. Befolkningen på Själland och i Skåne i åldern 30-74 år.
Källa: Öresundsdatabasen.

Födelse-land	Själland		Skåne	
	Antal	%	Antal	%
Förgymnasial *	312808	21,6	164984	23,8
Gymnasial #	593647	40,9	255979	36,9
Eftergymnasial	493661	34,0	260099	37,5
Okänd	51892	3,6	13183	1,9
Total	1451008	100	694245	100

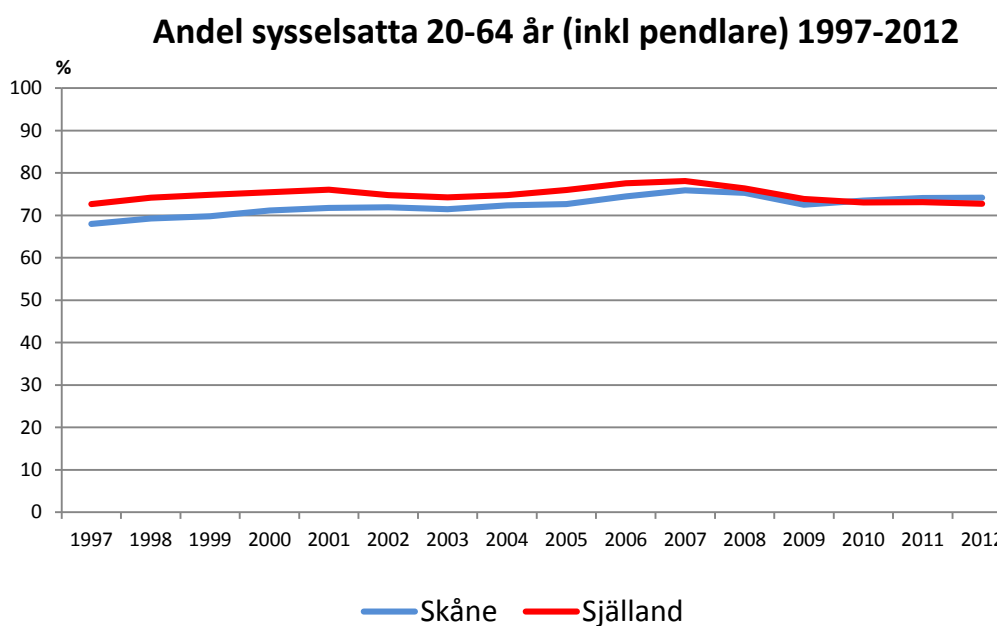
* 9-10 års grundskola och/ eller 1 års gymnasieutbildning.

2-3 års gymnasieutbildning.

1.1.4 Sysselsättning/ Erhvervmæssig stilling

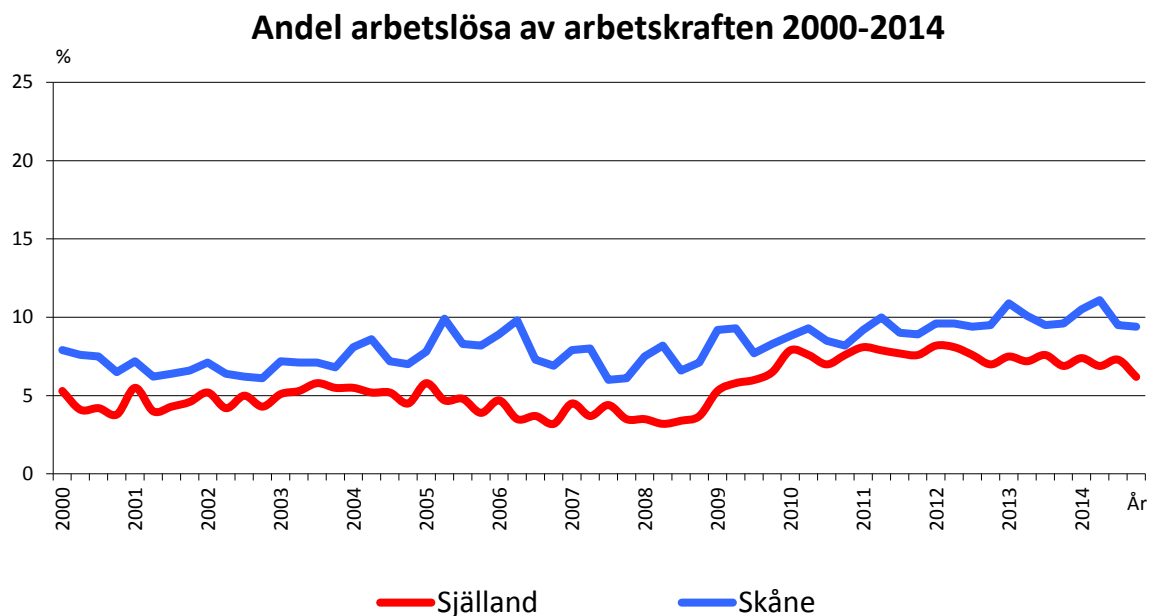
Jämförelser av sysselsättning och arbetslöshet mellan Skåne och Själland försvåras bland annat av att arbetspendlare över Öresund inte räknas med i Sveriges och Danmarks registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAS/RAMS). För en mer rättvisande bild har Öresundsdatabasen inkluderat pendlarna genom att komplettera registerstatistik med data från arbetsmarknadsundersökningen (AKU), en intervjuundersökning som görs på samma sätt i alla EU-länder en gång i kvartalet.

Den sysselsatta andelen av befolkningen har varit större på Själland jämfört med Skåne under många år, men skillnaden minskade i samband med den ekonomiska krisen under slutet av 2000-talet, emedan denna påverkade Själland mer än Skåne (Figur 1.1).



Figur 1.1. Andel sysselsatta i procent av befolkningen 20-64 år, inklusive Öresundspendlare, på Själland och Skåne under åren 1997-2012. Källa: Öresundsdatabasen (RAS/RAMS registerdata samt AKU)

Arbetslösheten har under hela 2000-talet varit större i Skåne än på Själland, även om AKUs arbetslöshetstal (andelen arbetslösa i procent av arbetskraften) ökade mer markant för Själland än för Skåne i samband med den ekonomiska krisen (Figur 1.2).



Figur 1.2. Andel arbetslösa i procent av arbetskraften på Själland och Skåne under åren 2000 till 2014. Källa: Öresundsdatan (AKU)

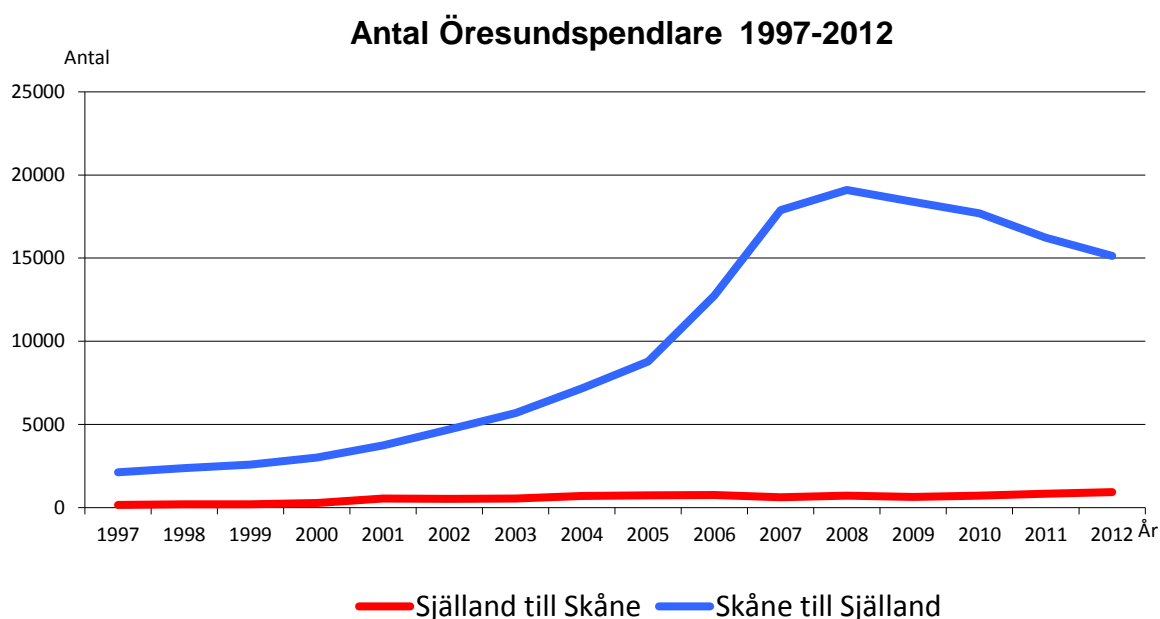
Under det fjärde kvartalet år 2014 var arbetslösheten i åldern 16-64 år 6,2 % på Själland och 9,4 % i Skåne, med störst skillnad i den yngsta åldersgruppen 16-29 år (9,4 % på Själland och 16,2% i Skåne) (Tabell 1.4).

Tabell 1.4. Andel arbetslösa (%) i arbetskraften år 2000, 2012 och 2014 på Själland respektive i Skåne. Källa: Öresundsdatan (AKU)

År	2000		2012		2014	
	Själland	Skåne	Själland	Skåne	Själland	Skåne
16-29 år	4,5	9,4	12,6	18,9	9,4	16,2
30-49 år	3,3	5,5	5,5	6,7	5,2	7,3
50-64 år	4,2	6,1	5,0	6,6	5,0	7,5
Totalt	3,8	6,5	7,0	9,5	6,2	9,4

1.2 Pendling

Det är mycket vanligare att pendla från Skåne till Själland än vice versa (Figur 1.3).



Figur 1.3. Antal Öresundspendlare 'Själland till Skåne' och 'Skåne till Själland' år 1997-2012.

Källa: Öresundsdatan

I samband med att Öresundsbron öppnade år 2000 ökade pendlingen till Själland till en toppnivå på 19000 pendlare per dag år 2008, men har därefter minskat till 15000 pendlare år 2012. En stor del av de som pendlar från Skåne till Själland är danskar som flyttat till Malmö på grund av lägre boendekostnader, men i samband med att prisskillnaden i boendet minskat har flyttströmmen vänt tillbaka. Antalet pendlare från Själland till Skåne har hela tiden varit lågt, men långsamt ökat från 166 per dag år 1997 till drygt 900 per dag under år 2012 (Tabell 1.5).

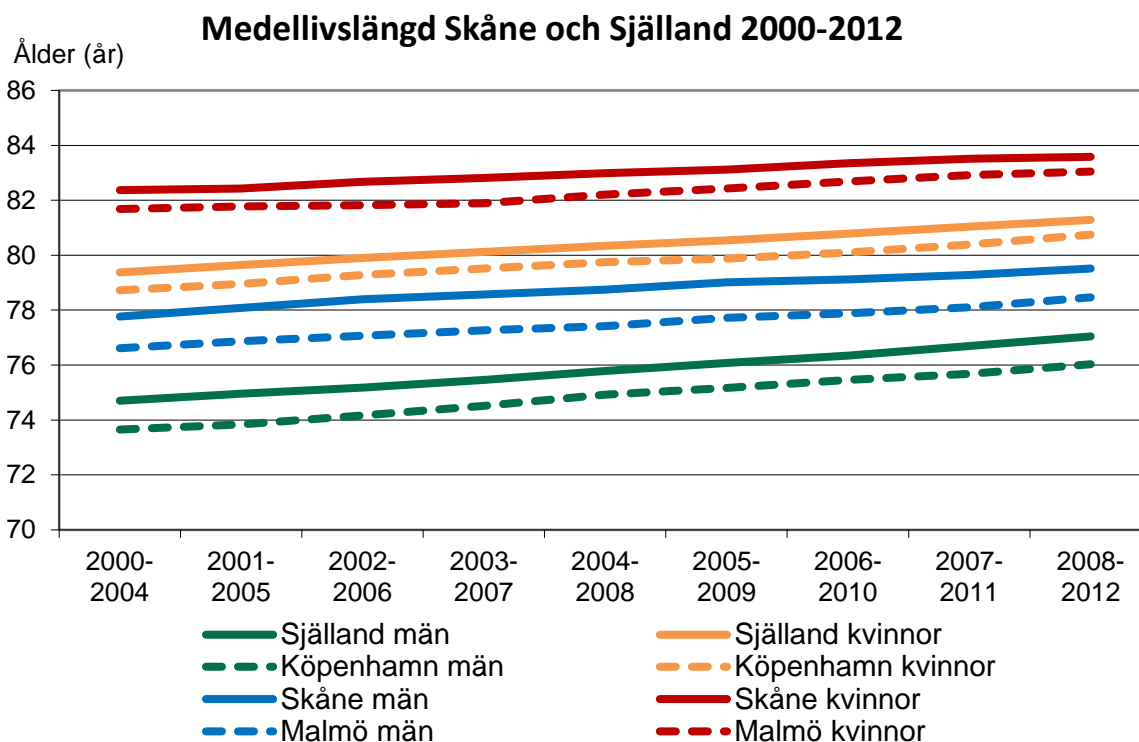
Tabell 1.5. Antal pendlare över sundet år 1997-2012. Källa: Öresundsdatan

År	Själland till Skåne	Skåne till Själland
1997	166	2130
1998	188	2365
1999	204	2584
2000	281	3010
2001	539	3743
2002	533	4697
2003	536	5683
2004	692	7160
2005	734	8783
2006	750	12744
2007	623	17890
2008	708	19097
2009	633	18387
2010	712	17702
2011	827	16226
2012	923	15125

1.3 Medellivslängd/ Middellevetid

Medellivslängden har länge ökat. Förr påverkades medellivslängden kraftigt av att spädbarnsdödligheten var hög och under lång tid ökade medellivslängden framför allt på grund av att spädbarnsdödligheten minskade. Idag beror den ökade livslängden framför allt på en minskad dödlighet bland äldre människor, en utveckling som bland annat kan tillskrivas generellt bättre levnadsförhållanden, bättre levnadsvanor och bättre medicinsk behandling. Kvinnor lever i allmänhet längre än män.

Medellivslängden har under många år varit kortare i Danmark än i Sverige, både på nationell och på regional nivå. Statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) och Dansk Statistik visar att medellivslängden ökat under 2000-talet på båda sidor sundet, med en något större ökning för invånarna på Själland. År 2000 levde skånska män och kvinnor i genomsnitt tre år längre än män och kvinnor på Själland, år 2012 hade skillnaden minskat till drygt två år (Figur 1.4). Medellivslängden var år 2012 för kvinnor 83,6 år i Skåne och 81,3 år på Själland, samt för män 79,5 år i Skåne och 77,0 år på Själland. På båda sidor sundet är medellivslängden kortare för kvinnor och män i Malmö och Köpenhamn jämfört med Skåne respektive Själland som helhet.



Figur 1.4. Förväntad återstående medellivslängd (vid födelsen). Män och kvinnor i Skåne och på Själland, samt i Malmö respektive Köpenhamn, under perioden 2000-2012 med genomsnittsvärden för 5-årsperioder.

Källa: Statistiska centralbyrånd (SCB) och Danmarks Statistik.

1.4 Sammanfattning/ Sammenfatning

- *Det bor ungefär 3,8 miljoner människor i Öresundsregionen, varav två tredjedelar bor på den danska sidan av sundet.*
- *Ålderssammansättningen i befolkningen är ungefär densamma på båda sidor sundet.*
- *En större andel av de danskar som bor på Själland är födda i Danmark (87 %) jämfört med andelen skåningar födda i Sverige (82 %).*
- *Andelen högskoleutbildade är större i Skåne och på Själland jämfört med Sverige respektive Danmark som helhet.*
- *Sysselsättningsgraden (andelen av befolkningen som är sysselsatt i procent) har länge varit högre på Själland än i Skåne, men skillnaden har minskat.*
- *Det är mycket vanligare att pendla från Skåne till Själland än vice versa. Som mest pendlade nästan 20000 personer mellan Skåne och Själland, men antalet har minskat i samband med att inflyttade danskar flyttat tillbaka till Själland.*
- *Skånska män och kvinnor lever drygt 2 år längre än män och kvinnor på Själland, men medellivslängden har ökat något mer bland invånarna på Själland än i Skåne under 2000-talet.*
- *Medellivslängden är kortare bland män och kvinnor i Malmö och Köpenhamn jämfört med Skåne och Själland som helhet.*

Uppgifterna i detta kapitel kommer framför allt från Öresundsdatan (se Faktaruta nedan) samt rapporten Tendens Öresund 2012 (svensk pdf <http://www.orestat.se/sites/all/files/tendensoresundse.pdf> dansk pdf http://www.orestat.se/sites/all/files/download_tendensoresunddk.pdf)

Öresundsdatan är en unik källa till statistik som gör det möjligt att beskriva och följa de flöden som sker över Öresund såsom arbetspendling och flyttning. Statistiken i datan gör det också möjligt att jämföra de båda delarna av regionen på ett kvalitativt sätt. Datan finansieras av Danmarks Statistik och Region Skåne och det saknas svensk statlig samordning och finansiering av gränsstatistiken. Arbetspendlare över riksgrens och deras inkomster saknas fortfarande 15 år efter Öresundsbronns öppnande i nationell statistik både i Danmark och i Sverige. Du hittar Öresundsdatan och mer information och analyser kring Öresundsregionen på www.orestat.se eller www.orestat.dk.

2 Deltagare och metod/ Svarpersoner og metode

2.1 Folkhälsoenkät Skåne 2000 (FHS 2000)

2.1.1. Population

Ett urval av personer födda mellan 1919 och 1981 och bosatta i Skåne län drogs ur befolkningsregistret. Urvalet var stratifierat efter en geografisk indelning där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp, förutom Helsingborg som delades in i sex stadsdelar, Kristianstad som delades in i fem kommundelar, Lund som delades in i tio stadsdelar samt Malmö som delades in i tio stadsdelar. Totalt bestod urvalsramen av 60 geografiska områden (strata) och ungefär lika stora urval (ca 200 män och ca 200 kvinnor) gjordes i varje område.

2.1.2. Datainsamlingsmetod

Undersökningen genomfördes som en postenkät. De som inte hade svarat efter tre postala påminnelser kontaktades per telefon och ombads att besvara frågeformuläret. Datainsamlingen pågick under perioden november 1999 till april 2000.

2.1.3. Svarsfrekvens

Bruttourvalet bestod av 24 922 personer till vilka postenkäten skickades. Efter exkludering av returer från posten samt personer som inte kunde besvara enkäten av olika skäl (avlidit, allvarlig sjukdom, funktionsnedsättning, boende utomlands, flyttat utanför Skåne, bortrest under längre period) omfattade nettourvalet 23 437 personer. Totalt besvarade 13 715 personer frågeformuläret, vilket motsvarar 59 % av nettourvalet.

2.1.4. Bortfall

I åldrarna 18-70 år besvarade en större andel kvinnor enkäten och svarsfrekvensen ökade med stigande ålder. Bland personer över 70 år var det en större andel män än kvinnor som svarade. Olikheter i svarsfrekvens ses även beroende på socioekonomi och etnicitet.

2.1.5. Definition av socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och etnicitet

För *socioekonomi* inkluderas individer i åldern 18-64 år och resultat redovisas för fyra kategorier: sysselsatta, sjukskrivna, arbetslösa och studerande. I kategorin sysselsatta inkluderas de individer vars huvudsakliga sysselsättning uppgavs vara förvärvsarbete som tjänsteman, arbetare, egenföretagare eller lantbrukare. I kategorin sjukskrivna inkluderas individer som uppgavs vara förtidspensionärer eller erhöll sjukbidrag/sjukpension. I kategorin arbetslösa inkluderas de som uppgav sig vara arbetslösa. Kategorin studerande inkluderar samtliga individer som uppgavs studera oavsett studienivå.

För *utbildningsnivå* inkluderas individer i åldern 30-80 år och resultat redovisas för tre kategorier: förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå. I kategorin förgymnasial utbildningsnivå inkluderas individer med maximalt nioårig grundskola eller motsvarande. Individer med gymnasial utbildning, oavsett utbildningslängd, inkluderas i kategorin gymnasial utbildningsnivå. I kategorin eftergymnasial utbildning ingår de individer som har genomgått eftergymnasial utbildning oavsett utbildningslängd samt forskarutbildning. *Etnicitet* definieras här som födelseland: Sverige, övriga Europa och utanför Europa. Socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och födelseland baseras på svarsindividernas egna upplysningar i undersökningen.

Hälsoförhållanden i Skåne. Folkhälsoenkät 2000:

http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/fh_2000_rapport.pdf

2.2 Folkhälsoenkät Skåne 2012 (FHS 2012)

2.2.1. Population

Ett urval av personer i åldern 18-80 år och bosatta i Skåne län drogs ur befolkningsregistret. Urvalet var stratifierat efter en geografisk indelning där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp, förutom Kristianstad som delades in i sex kommundelar, Lund som delades in i tio stadsdelar samt Malmö som delades in i tio stadsdelar. Därefter bestod urvalsramen av 56 geografiska områden (strata) och ungefär lika stora urval (ca 400 män och ca 400 kvinnor) gjordes i varje område. Från 17 delområden inom Malmö, Helsingborg och Kristianstad drogs därefter ett tilläggsurval om totalt 9 200 personer. Totalt urval omfattade därmed 56 600 personer fördelade på 73 strata.

2.2.2. Datainsamlingsmetod

Undersökningen genomfördes som postenkät och webbenkät med fyra påminnelser. Datainsamlingen pågick under perioden november 2012 till mars 2013.

2.2.3. Svarsfrekvens

Bruttourvalet bestod av 56 236 personer till vilka postenkäten skickades (364 personer exkluderades pga avliden, emigrerat, personnummer obefintligt). Efter exkludering av returer från posten samt personer som inte kunde besvara enkäten av olika skäl (såsom flyttat utanför Skåne, hade skyddad adress, inte kunde nås pga allvarligt fysiskt hinder, institutionsboende) omfattade nettourvalet 54 250 personer. Totalt besvarade 28 029 personer frågeformuläret, vilket motsvarar 52 % av nettourvalet.

2.2.4. Bortfall

Högre svarsfrekvens ses bland kvinnor och bland äldre. Olikheter i svarsfrekvens ses även beroende på civilstånd, socioekonomi och etnicitet.

2.2.5. Definition av socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och etnicitet

För *socioekonomi* inkluderas individer i åldern 18-64 år och resultat redovisas för fyra kategorier: sysselsatta, sjukskrivna, arbetslösa och studerande. I kategorin sysselsatta inkluderas de individer vars huvudsakliga sysselsättning uppgavs vara förvärvsarbete som tjänsteman, arbetare, egenföretagare eller lantbrukare. I kategorin sjukskrivna inkluderas individer som erhöll sjuk-/aktivitetsersättning eller var långtidssjukskrivna (mer än 3 mån). I kategorin arbetslösa inkluderas individer som var öppet arbetslösa eller i arbetsmarknadsåtgärd. I kategorin studerande inkluderas samtliga individer som studerade oavsett studienivå. Socioekonomisk indelning baseras på svarsindividernas egna upplysningar i undersökningen.

För *utbildningsnivå* inkluderas individer i åldern 30-80 år och resultat redovisas för tre kategorier: förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå. I kategorin förgymnasial utbildningsnivå inkluderas individer med maximalt nioårig grundskola eller motsvarande. Individer med gymnasial utbildning, oavsett utbildningslängd, inkluderas i kategorin gymnasial utbildningsnivå. I kategorin eftergymnasial utbildning ingår de individer som har genomgått eftergymnasial utbildning oavsett utbildningslängd samt forskarutbildning. Utbildningsnivå baseras på registerdata för svarsindividerna.

Etnicitet definieras här som födelseland: Sverige, övriga Europa och utanför Europa. Etnicitet baseras på svarsindividernas egna upplysningar i undersökningen.

Folkhälsorapport Skåne 2013:

http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/folkhalsorapport_skane_2013.pdf

2.3 Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY-2000)

2.3.1. Population

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY-2000) var målgruppen danske statsborgere på 16 år eller derover. Det var et krav til undersøgelsen, at der skulle opnås interview med mindst 1 000 svarpersoner i hvert amt (Københavns og Frederiksberg Kommuner under et), Bornholm dog kun 600. Fra SUSY-2000 er der i nærværende studie medtaget personer i aldersgruppen 18-80 år med bopæl i kommunerne København og Frederiksberg, eller amterne Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Roskilde Amt, Storstrøms Amt, Vestsjællands Amt og Bornholms Amt.

2.3.2. Dataindsamlingsmetode

SUSY-2000 består dels af et interviewbaseret spørgeskema og dels et selvadministreret spørgeskema. Når personen har besvaret det interviewbaserede spørgeskema, har personen fået udleveret et selvadministreret spørgeskema. Dataindsamlingen er foregået over tre runder i henholdsvis februar, maj og september 2000 og en ekstra opsamlingsrunde i 2001.

2.3.3. Svarprocent

Den samlede stikprøve til den aktuelle undersøgelse omfatter 9 928 personer i aldersgruppen 18-80 år. Af disse blev der i alt opnået interview med 6 993 personer, hvilket svarer til en samlet svarprocent på 70 %.

2.3.4. Bortfald

Blandt kvinder stiger bortfaldet med stigende alder, mens der ikke er et tilsvarende mønster for mænd. Blandt mænd ses den laveste bortfaldsprocent (25 %) i den ældste aldersgruppe (65-80 år). Endvidere er bortfaldet relativt højt blandt personer i Københavns og Frederiksberg Kommuner.

2.3.5. Klassifikation af erhvervmæssig stilling, uddannelseniveau og etnicitet

Erhvervmæssig stilling blev for personer i aldersgruppen 18-64 år opdelt i fire grupper på baggrund af selvrapporterede oplysninger: beskæftigede, arbejdsløse, førtidspensionister og studerende. Bemærk at øvrige grupper (f.eks. efterlønsmodtagere, husmødre, langtidssyge, værnepligtige) ikke optræder i opslagsfigurerne.

I nærværende undersøgelse anvendes en opdeling i tre *uddannelsesgrupper* for personer i alderen 30-80 år: grundskole, kort uddannelse (f.eks. erhvervsfaglig uddannelse) og videregående uddannelse. Inddelingen er baseret på svarpersonernes egne oplysninger.

Etnicitet: Fordi kun danske statsborgere blev inviteret i 2000, er antallet af personer, der er født uden for Danmark væsentligt mindre i SUSY-2000 end i SUSY-2013. Det har derfor ikke været muligt at analysere materialet opdelt på fødeland i 2000.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY-2000): <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Sundhed%20og%20sygelighed%20SUSY/Susy%202000.aspx>

2.4 Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY-2013)

2.4.1. Population

I SUSY-2013 var målgruppen voksne (16 år eller derover) bosiddende i Danmark. Dette er forskelligt fra 2000, hvor målgruppen var danske statsborgere. Fra SUSY-2013 er der i nærværende studie medtaget personer i aldersgruppen 18-80 år med bopæl i Region Hovedstaden eller Region Sjælland.

2.4.2. Dataindsamlingsmetode

Alle inviterede personer fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Desuden var det muligt at besvare et identisk webspørgeskema. Data til undersøgelsen er indsamlet i februar, marts og april i 2010. Dette er således forskelligt fra 2000, hvor undersøgelsen blev foretaget ved et besøgsinterview.

2.4.3. Svarprocent

Den samlede stikprøve til den aktuelle undersøgelse omfatter 10 188 personer i aldersgruppen 18-80 år. I alt har 5 696 personer besvaret spørgeskemaet, og dette betyder, at svarprocenten er 56 %.

2.4.4. Bortfald

Bortfaldet er højere blandt mænd (49 %) end blandt kvinder (40 %). Både blandt mænd og kvinder ses de højeste bortfaldsprocenter i den yngste aldersgruppe (18-30 år). Det ses endvidere, at bortfaldsprocenten er meget høj blandt personer født uden for Europa.

2.4.5. Klassifikation af erhvervmæssig stilling, uddannelseniveau og etnicitet

Erhvervmæssig stilling blev for personer i aldersgruppen 18-64 år opdelt i fire grupper baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervmæssig stilling og registerbaserede oplysninger fra Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-register over sociale ydelser i Danmark i 2012: beskæftigede, arbejdsløse, førtidspensionister og studerende. Bemærk at øvrige grupper (f.eks. efterlønsmodtagere, husmødre, langtidssyge, værnepligtige) ikke optræder i opslagsfigurerne. Dette er forskelligt fra 2000, hvor inddelingen udelukkende blev baseret på svarpersonernes egne oplysninger om erhvervmæssig stilling.

I nærværende undersøgelse anvendes en opdeling i tre *uddannelsesgrupper* for personer i alderen 30-80 år: grundskole, kort uddannelse (f.eks. erhvervsfaglig uddannelse) og videregående uddannelse. Inddelingen er baseret på svarpersonernes egne oplysninger.

Etnicitet er baseret på registerdata og defineres her som fødeland med inddelingen: Danmark, øvrige Europa, uden for Europa.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY-2013) <http://www.sifolkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Sundhed%20og%20sygelighed%20SUSY/SUSY%202013.aspx>

2.5 Åldersstandardisering av resultat från FHS 2000/2012 och SUSY-2000/2013 **Aldersstandardisering af resultater fra FHS 2000/2012 og SUSY-2000/2013**

För att på ett tillförlitligt sätt kunna jämföra resultat mellan Skåne och Själland/Bornholm har åldersstandardisering genomförts med hänsyn till förekomst av skillnader i åldersstruktur i befolkningarna. Framräknade vikter till åldersstandardisering följer European Standard Population (Revision of the European Standard Population, 2013 edition, Eurostat, European Commission).

Åldersstandardisering kompenserar för att vissa åldersgrupper deltar i undersökningar mer än andra, dvs. det finns selektiva bortfall bland de svarande såsom att det är fler äldre än yngre som svarar. Man vill således korrigera för sådana skillnader eftersom strävan är att varje åldersgrupp skall ha den inverkan på resultatet som motsvarar gruppens andel i befolkningen.

Eftersom åldersstandardisering kan ge felvisande prevalenser i befolkningsgrupper som har en mycket skev åldersfördelning har resultat för gruppen studerande inte åldersstandardiserats i de socioekonomiska gruppjämförelserna. Gruppen studerande består till stor del av yngre personer (18-34 år) och således skulle den relativt sett stora andelen individer i åldersgruppen 18-34 år få en oproportionerligt liten betydelse vid åldersstandardisering med vikter beräknade från European Standard Population.

Vid jämförelse mellan olika utbildningsgrupper har individer yngre än 30 år exkluderats eftersom en stor del av dessa förväntas vara under pågående utbildning.

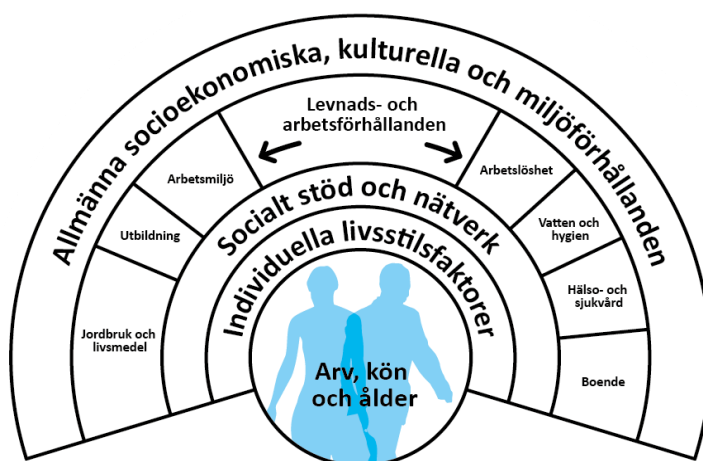
2.6 Skillnader i kategorisering av långvarigt sjuka/ förtidspensionärer **Forskelle i kategoriseringen af langtidssyge/førtidspensionister**

Den socioekonomiska gruppen ”sjukskrivna” i Skåne är inte helt jämförbar med gruppen ”förtidspensionister” på Själland eftersom Sverige och Danmark har olika sjukförsäkrings-system. I Skåne inkluderades förtidspensionärer och personer med sjukbidrag/sjukpension vid undersökningen år 2000, medan personer som var långtidssjukskrivna mer än 3 månader eller hade sjuk-/ aktivitetsersättning inkluderades i gruppen ”sjukskrivna” vid undersökningen år 2012. I de danska undersökningarna år 2000 och 2013 inkluderades enbart förtidspensionärer i gruppen ”förtidspensionister”.

3 Helbred/ Hälsa

Der findes ingen universal definition på begrebet ”sundhed”. WHO definerer sundhed som en tilstand af fuldkomment fysisk, mentalt og socialt velvære – og dermed ikke kun fravær af sygdom og funktionsnedsættelse. Denne definition beskriver således en idealtilstand. Dog kan sundhedstilstanden opleves som god trods sygdom, ligesom man kan føle sig syg, selvom der ikke kan findes en medicinsk forklaring herpå. Sundhed kan derfor betragtes som et individs subjektive helhedsopfattelse af eget helbred. Dette kapitel er baseret på selvrapporterede oplysninger om helbred.

Mange faktorer påvirker helbredet, herunder biologiske faktorer, sociale relationer, livsstil og samfundsmæssige faktorer (Billede 3.1.). Arv, køn og alder er faktorer uden for individets egen påvirkning, mens de resterende faktorer er påvirkelige. At forbedre folkesundheden er et fælles samfundsansvar, som kræver indsats på mange områder og niveauer.



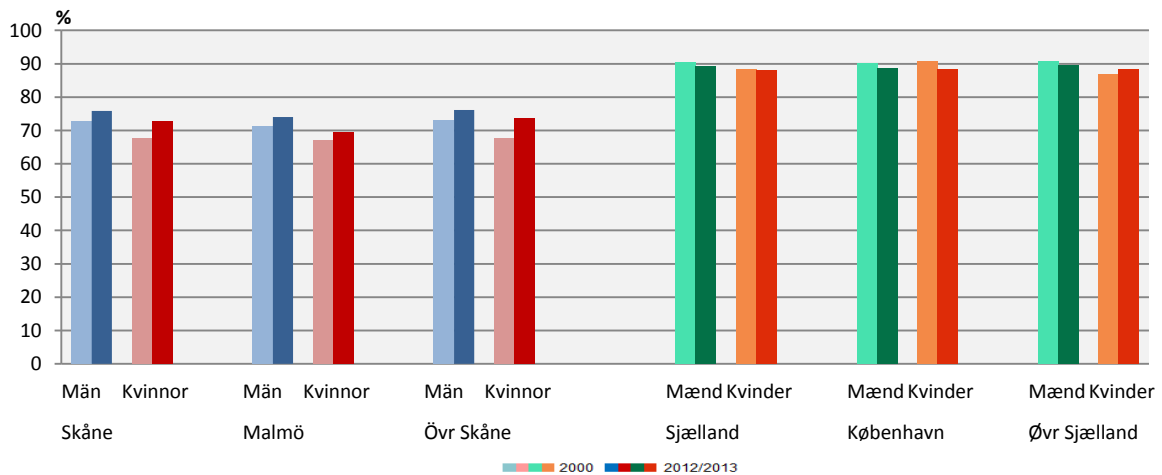
Billede 3.1. Determinanter for helbred. Modifieret figur.

Kilde: Dahlgren G & Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

3.1 Selvvurderet helbred/ Självs-kattad hälsa

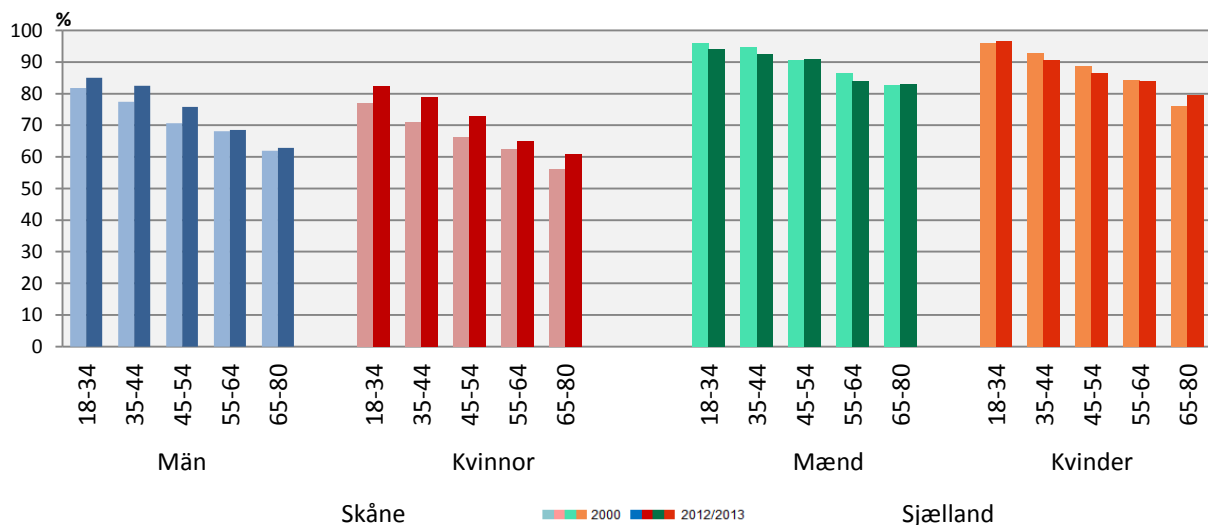
Selvvurderet helbred er en persons egen samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af personens symptomer og sygdomme. I det danske spørgeskema lød spørgsmålet om selvvurderet helbred ”**Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?**” med svarmulighederne ”Fremragende”, ”Vældig godt”, ”Godt”, ”Mindre godt” og ”Dårligt”. I det svenske spørgeskema blev spørgsmålet stillet således ”**Hur bedömer Du Ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?**”, hvortil der kunne svares ”Mycket bra”, ”Bra”, ”Någorlunda”, ”Dåligt” og ”Mycket dåligt”. I Danmark blev svarene ”Fremragende”, ”Vældig godt” og ”Godt” defineret som et godt selvvurderet helbred, mens det i Sverige var svarene ”Mycket bra” og ”Bra”. Fordi svarkategorierne i de to lande ikke er identiske, er resultaterne ikke direkte sammenlignelige.

I Skåne er andelen med godt selvvalueret helbred en smule større blandt mænd (76 %) end blandt kvinder (73 %), mens der næsten ingen forskel er mellem sjællandske mænd (89 %) og kvinder (88 %) (Figur 3.1). En lignende kønsforskel ses også for henholdsvis Malmø og København samt for det øvrige Skåne og Sjælland. Samlet set kan der ikke konstateres forskelle i det selvvaluerede helbred blandt mænd fra Malmø og mænd fra det øvrige Skåne, mens der for kvindernes vedkommende ses en mindre andel af personer med godt selvvalueret helbred blandt kvindelige malmøboere end kvinder fra det øvrige Skåne. På Sjælland er der ingen forskel i det selvvaluerede helbred mellem henholdsvis københavnere og folk fra det øvrige Sjælland. Mens tendensen i Skåne er, at det selvvaluerede helbred er blevet bedre mellem 2000 og 2012/2013, er forekomsten af personer med et godt selvvalueret helbred stort set uændret på Sjælland.



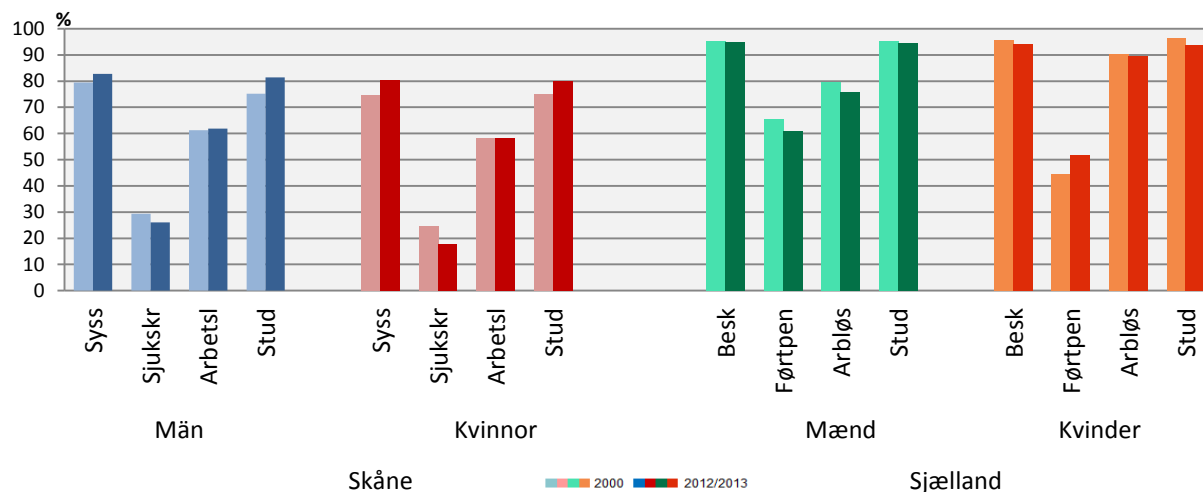
Figur 3.1. Andel mænd og kvinder med et godt selvvalueret helbred i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/13. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Der ses en tydelig aldersgradient blandt både mænd og kvinder i Skåne og på Sjælland i forhold til et godt selvvalueret helbred, hvor andelen falder med stigende alder (Figur 3.2). I Skåne ses der en stigning i andelen over tid blandt både mænd og kvinder, mens der på Sjælland ikke er en klar tendens i udviklingen.



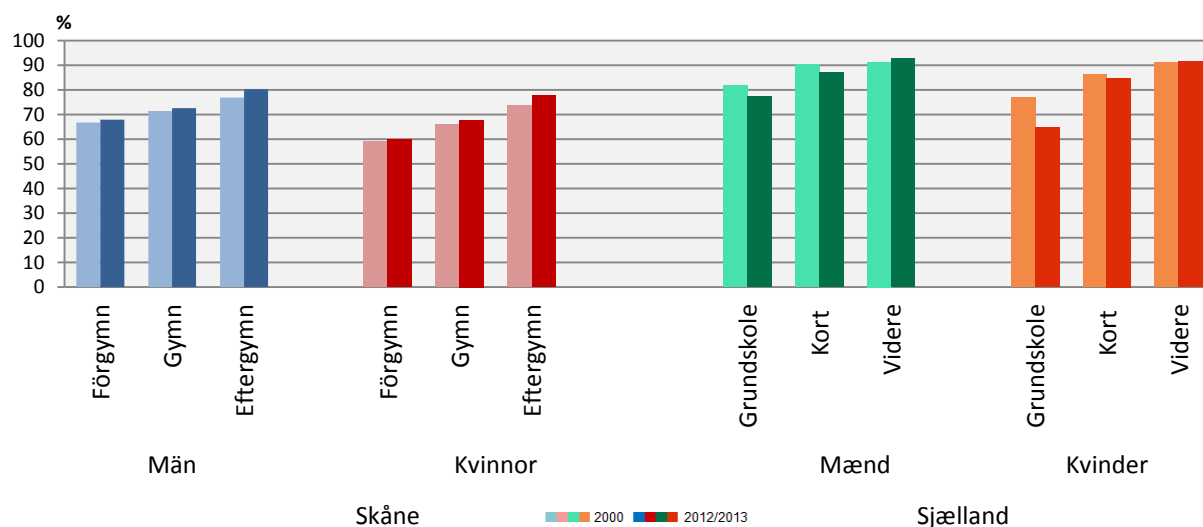
Figur 3.2. Andel mænd og kvinder med et godt selvvalueret helbred fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Af resultaterne fra de danske og svenske spørgeskemaundersøgelser fra 2000 og 2012/2013 fremgår det, at personer uden for arbejdsmarkedet i mindre grad har et godt selv vurderet helbred sammenlignet med beskæftigede og studerende (Figur 3.3). Værst ser det ud for førtidspensionisterne/de langtidssygemeldte både på Sjælland og i Skåne. På Sjælland er andelen af mænd og kvinder med godt selv vurderet faldet i alle beskæftigelsesgrupper i perioden 2000 til 2013 på nær blandt kvinder på førtidspension, hvor forekomsten er steget. I Skåne er udviklingen i overvejende grad modsat med en stigende andel med et godt selv vurderet helbred. Dog er der sket et fald blandt langtidssygemeldte skånske mænd og kvinder.



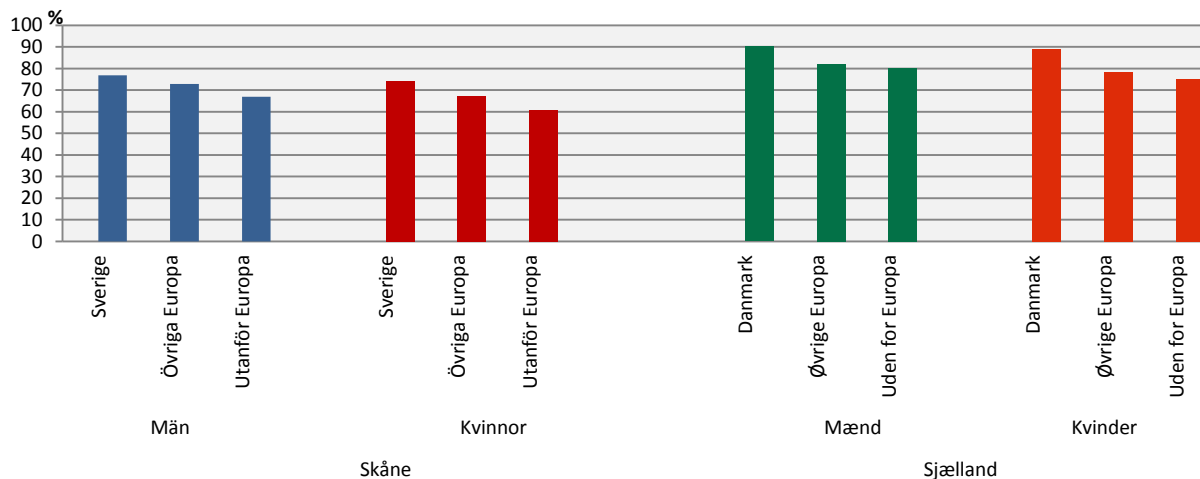
Figur 3.3. Andel mænd og kvinder med et godt selv vurderet helbred fordelt på erhvervmæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Forekomsten af personer med et godt selv vurderet helbred stiger med stigende uddannelsesniveau på begge sider af sundet (Figur 3.4). Mens der både blandt mænd og kvinder i Skåne er sket en stigning i alle uddannelsesgrupper i perioden 2000 til 2012/2013, er der i samme periode sket et fald i de to laveste uddannelsesgrupper blandt mænd og kvinder på Sjælland.



Figur 3.4. Andel mænd og kvinder med et godt selv vurderet helbred fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Der er tydelige forskelle i det selvvaluerede helbred blandt folk født i henholdsvis Danmark og Sverige sammenlignet med både det øvrige Europa og den øvrige verden (Figur 3.5). De største andele med et godt selvvalueret ses blandt de dansk- og svenskfødte, mens de mindste andele ses blandt folk født uden for Europa.



Figur 3.5. Andel mænd og kvinder med godt selvvalueret helbred fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

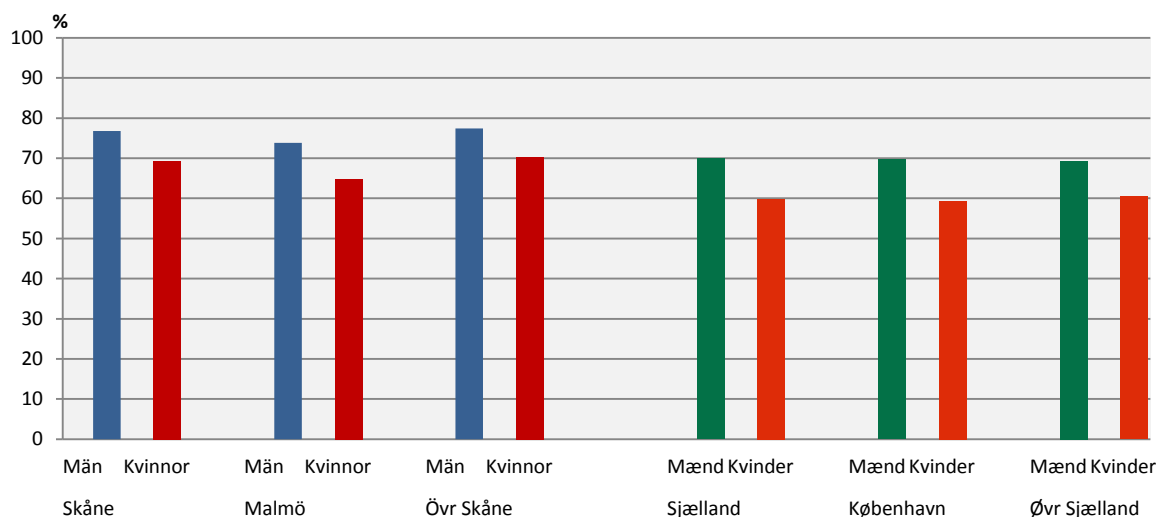
3.2 Mentalt helbred/ Psykisk hälsa

Mens selvvalueret helbred kan ses som en mere overordnet og samlet vurdering af en række helbredsforhold, der omfatter mere end blot en opremsning af objektive symptomer og sygdomme, kan mere specifikke spørgsmål om oplevelsen af ens egen livssituation føje flere og andre aspekter til et samlet billede af det selvvaluerede helbred. Næste afsnit omfatter beskrivelsen af tre indikatorer, som kan siges at belyse forskellige aspekter af mentalt helbred. *Fordi svarkategorierne og også antallet af svarkategorier i de to lande ikke er identiske for disse indikatorer, er resultaterne ikke direkte sammenlignelige.*

3.2.1 Rolig og afslappet/ Lugn och harmonisk

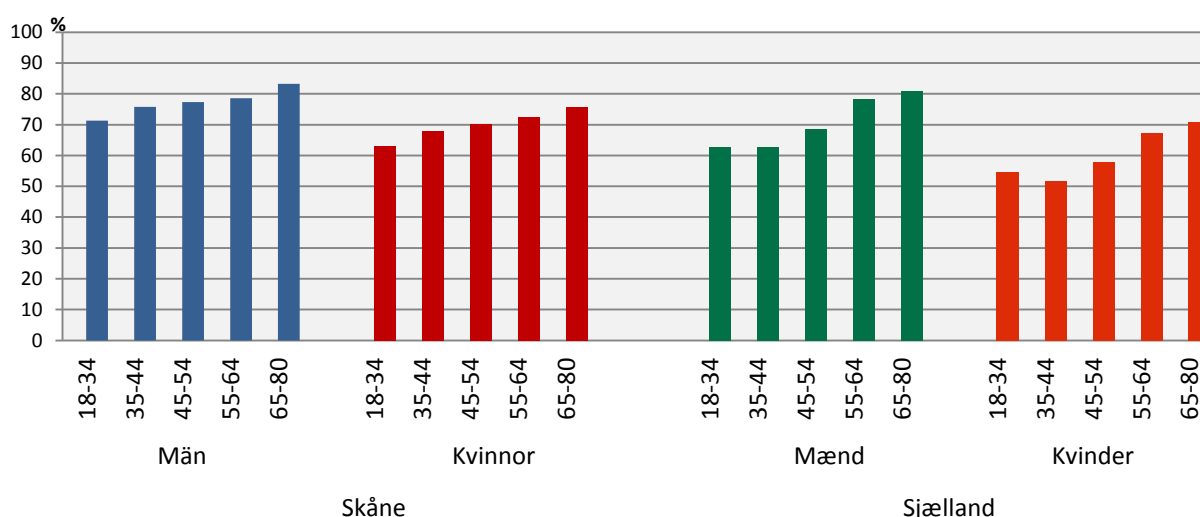
I Danmark blev respondenterne stillet spørgsmålet ”**Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig rolig og afslappet?**”, hvor svarmulighederne var ”Hele tiden”, ”Det meste af tiden”, ”Noget af tiden”, ”Lidt af tiden” og ”På intet tidspunkt”. Svenskerne skulle tilsvarende svare på følgende spørgsmål ”**Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har Du känt Dig lugn och harmonisk?**” med svarmulighederne ”Hela tiden”, ”Största delen av tiden”, ”En hel del av tiden”, ”En del av tiden”, ”Lite av tiden” og ”Inget av tiden”. At have følt sig rolig og afslappet i overvejende grad i de sidste 4 uger blev i Danmark defineret som svarene ”Hele tiden” og ”Det meste af tiden”, mens det for svenskerne var svarene ”Hela tiden”, ”Största delen av tiden” og ”En hel del av tiden”. *Heraf følger, at en direkte sammenligning af resultaterne fra de to lande ikke er mulig, idet svarkategorierne er forskellige.*

I Skåne er andelen, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger, større blandt mænd (77 %) end blandt kvinder (69 %) (Figur 3.6). På Sjælland ses samme tendens i kønsforskel, hvor andelen blandt mænd og kvinder er henholdsvis 70 % og 60 %. Andelen blandt både mænd og kvinder er mindre i Malmø i forhold til det øvrige Skåne. En lignende forskel i forekomsten kan ikke ses mellem København og det øvrige Sjælland.



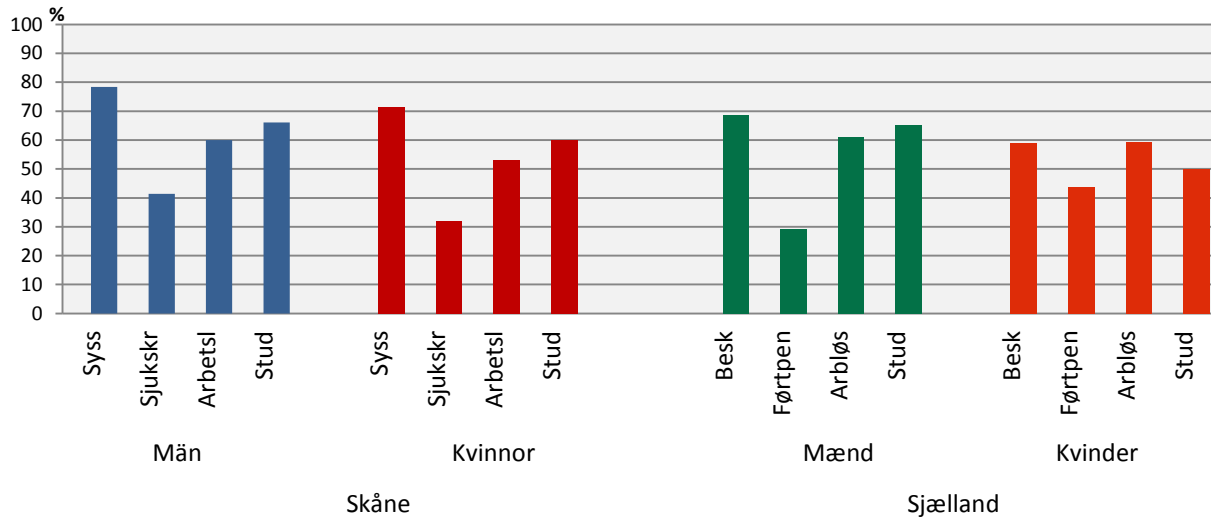
Figur 3.6. Andel mænd og kvinder, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både på Sjælland og i Skåne er andelen, der angiver at have følt sig rolig og afslappet, stigende med stigende alder blandt begge køn (Figur 3.7). Eneste afvigelse herfra er de 35-44-årige mænd og kvinder på Sjælland, som har en lidt lavere forekomst af personer, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger, end de 25-34-årige.



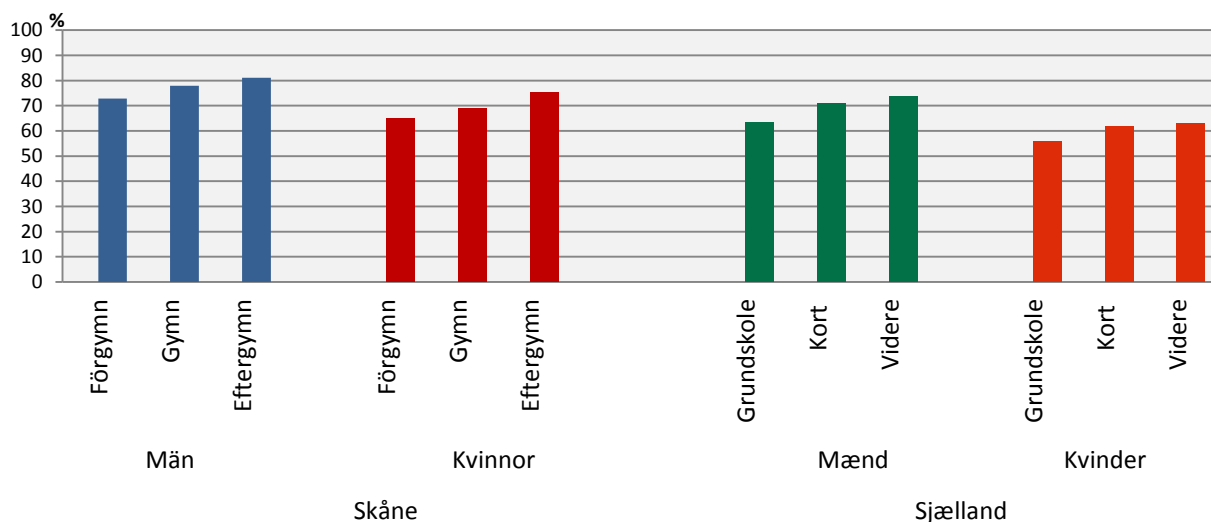
Figur 3.7. Andel mænd og kvinder, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Der er en mindre andel af personer uden for arbejdsmarkedet, som føler sig rolige og afslappede, sammenlignet med beskæftigede (Figur 3.8), og den laveste forekomst ses blandt førtidspensionister/langtidssygemeldte. Dette gælder for begge køn både på Sjælland og i Skåne. Studerende kvinder på Sjælland markerer sig ved at afvige fra billedet i Skåne, fordi de i mindre grad end sjællandske arbejdsløse har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger.



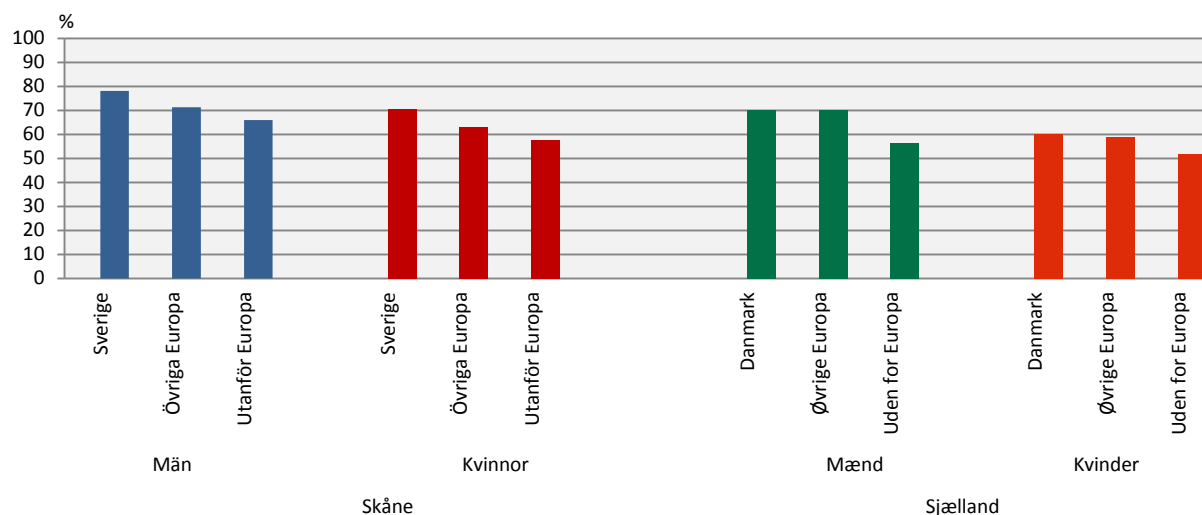
Figur 3.8. Andel mænd og kvinder, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger fordelt på erhvervmæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Resultaterne fra de danske og svenske spørgeskemaundersøgelser viser samstemmende på begge sider af sundet, at andelen, der har følt sig rolige og afslappede, stiger med stigende uddannelsesniveau både blandt mænd og kvinder (Figur 3.9).



Figur 3.9. Andel mænd og kvinder, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Sammenlignet med folk født i det øvrige Europa eller særligt uden for Europa føler en større andel af personer født i Sverige sig rolige og afslappede (Figur 3.10). På Sjælland ser billedet en smule anderledes ud, idet der ingen forskel er i andelen blandt mænd og kvinder født i Danmark og det øvrige Europa. Også i Danmark ses den mindste andel blandt folk født uden for Europa.

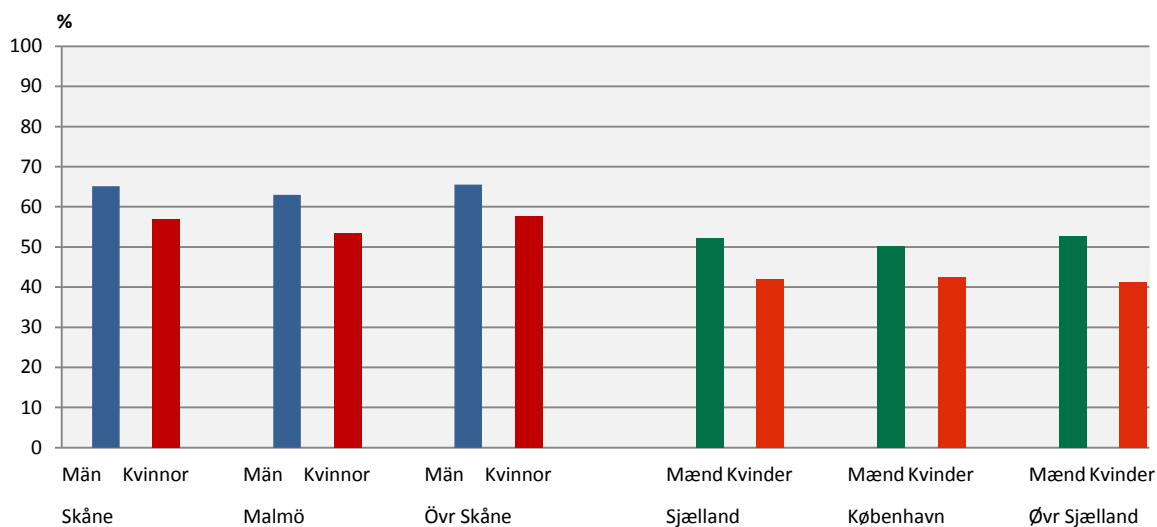


Figur 3.10. Andel mænd og kvinder, der har følt sig rolige og afslappede i de sidste 4 uger fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.2.2 Fuld af energi/ Full av energi

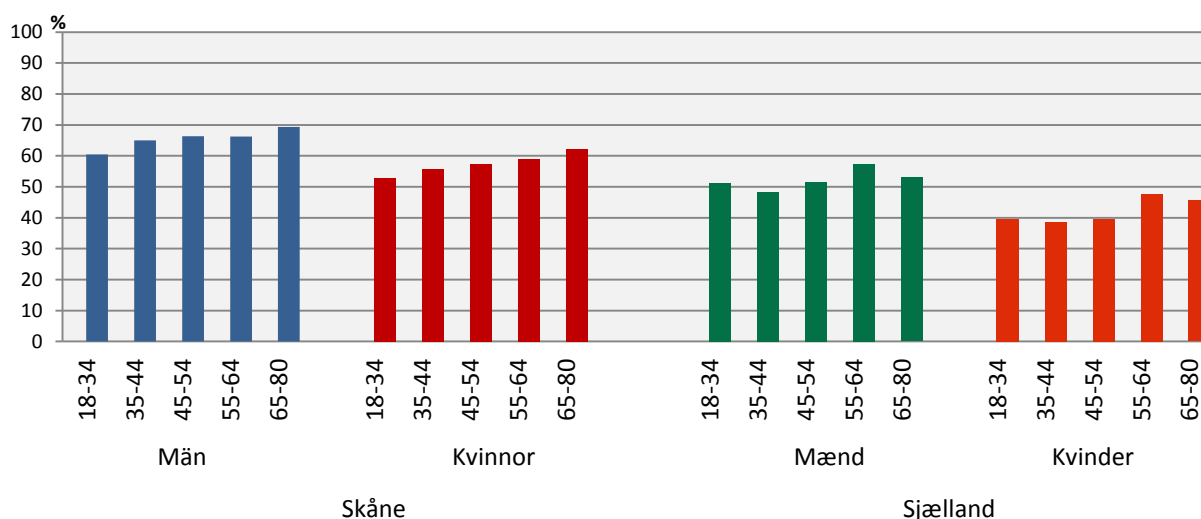
Ligesom det foregående spørgsmål om, hvor ofte man har følt sig rolig og afslappet i de sidste 4 uger, sigter nærværende spørgsmål efter at afdække mere specifikke aspekter af det selv vurderede helbred. I det danske spørgeskema lød spørgsmålet **”Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været fuld af energi?”** med svarmulighederne ”Hele tiden”, ”Det meste af tiden”, ”Noget af tiden”, ”Lidt af tiden” og ”På intet tidspunkt”. På den svenske side af Øresund fik man spørgsmålet **”Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har Du varit full av energi?”**, hvor der kunne svares ”Hela tiden”, ”Största delen av tiden”, ”En hel del av tiden”, ”En del av tiden”, ”Lite av tiden” og ”Inget av tiden”. I Danmark blev svarene ”Hele tiden” og ”Det meste af tiden” defineret som et bekræftende svar, mens det var ”Hela tiden”, ”Största delen av tiden” og ”En hel del av tiden” i Sverige. *Da svarkategorierne ikke er ens, kan resultaterne fra de to lande ikke sammenlignes direkte.*

En større andel skånske mænd (65 %) angiver, at de har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger, sammenlignet med skånske kvinder (57 %) (Figur 3.11). Også på Sjælland er forekomsten højere blandt mænd (52 %) end blandt kvinder (42 %).



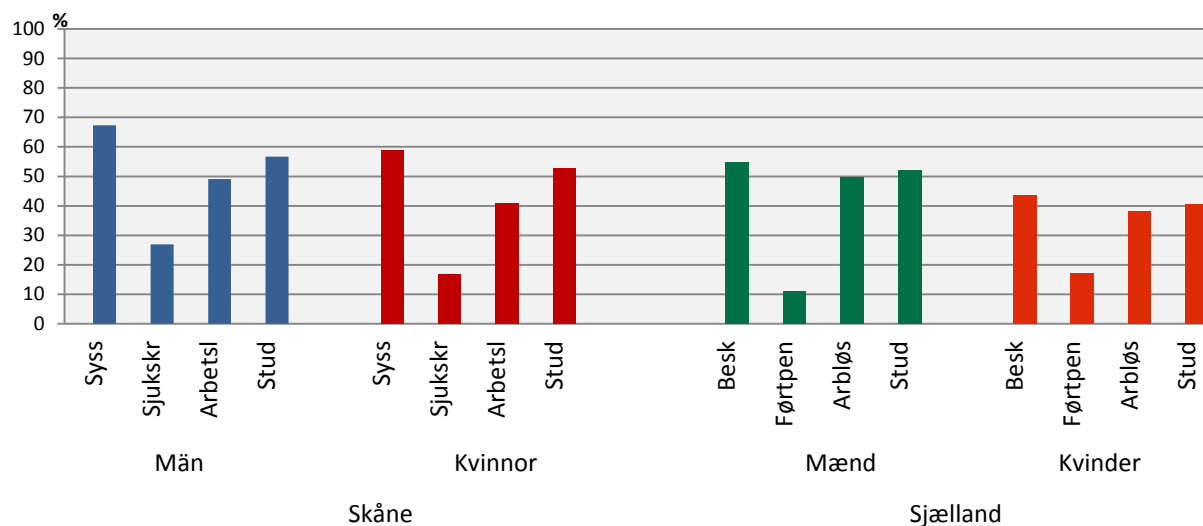
Figur 3.11. Andel mænd og kvinder, der har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I Skåne er der den klare sammenhæng, at andelen, der føler sig fulde af energi, stiger med stigende alder. Samme sammenhæng ses ikke på Sjælland, hvor den mindste andel ses blandt de 35-44-årige og den største blandt de 55-64-årige (Figur 3.12).



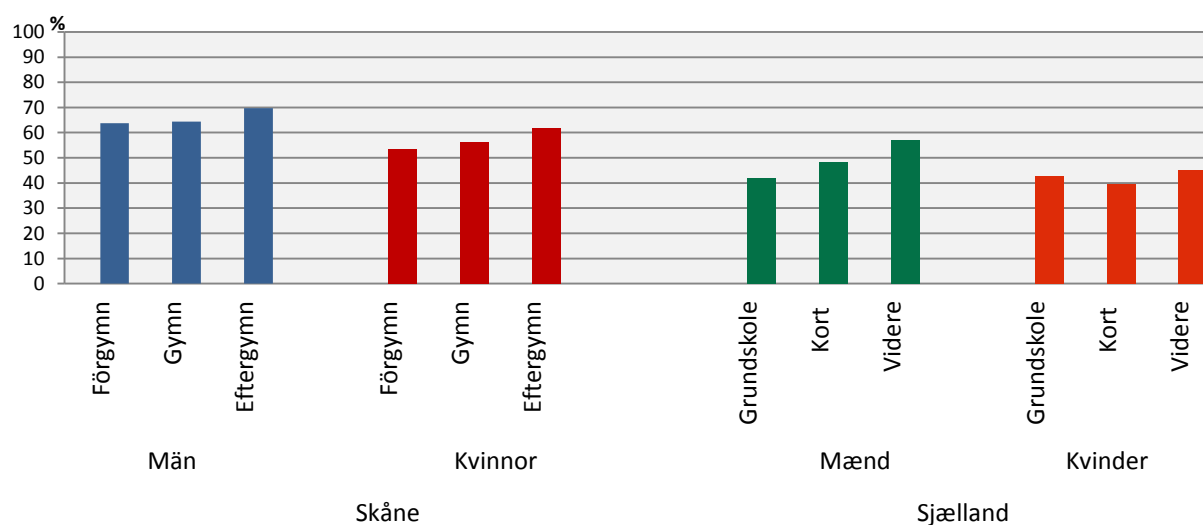
Figur 3.12. Andel mænd og kvinder, der har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Som det fremgår af figur 3.13, er der en mindre andel af personer uden for arbejdsmarkedet i både Skåne og på Sjælland, som oplever at føle sig fulde af energi, sammenlignet med både beskæftigede og studerende. På Sjælland er der dog næsten ingen forskel mellem arbejdsløse og studerende. Den laveste forekomst ses i gruppen af langtidssygemeldte/førtidspensionister på begge sider af Øresund.



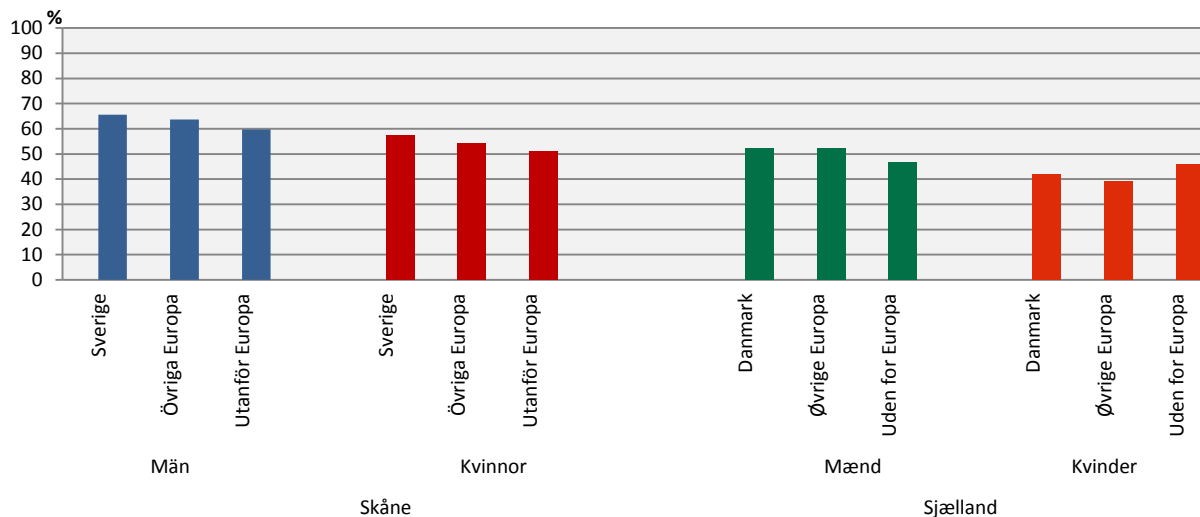
Figur 3.13. Andel mænd og kvinder, der har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger fordelt på erhvervmæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Resultaterne fra de danske og svenske spørgeskemaundersøgelser viser, at forekomsten af personer, som har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger, stiger med stigende uddannelsesniveau (Figur 3.14). Eneste afvigelse herfra er blandt sjællandske kvinder med kort uddannelse, som i mindre grad end dem med grundskoleuddannelse føler sig fulde af energi.



Figur 3.14. Andel mænd og kvinder, der har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I Skåne er der en sammenhæng mellem fødeland og oplevelsen af at føle sig fuld af energi, hvor den største og mindste andel ses blandt personer født i henholdsvis Sverige og uden for Europa (Figur 3.15). Samme tendens ses ikke på Sjælland, hvor andelen er lige stor blandt mænd født i Danmark og det øvrige Europa, men mindre blandt personer født uden for Europa. For sjællandske kvinder er forekomsten højest blandt de, der er født uden for Europa og lavest blandt de europæisk fødte, med Danmark som fødeland placeret midt imellem.

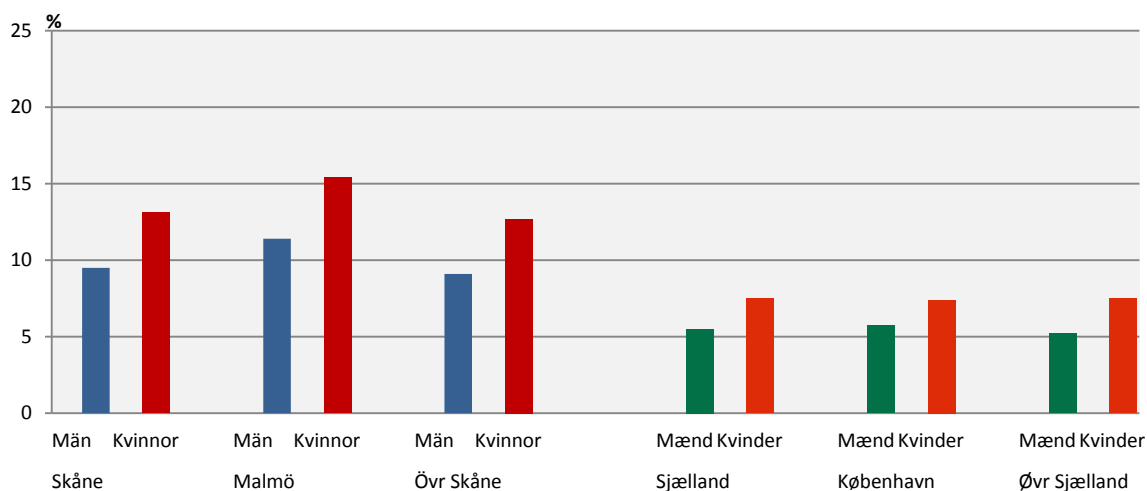


Figur 3.15. Andel mænd og kvinder, der har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.2.3 Trist til mode/ Dyster og ledsen

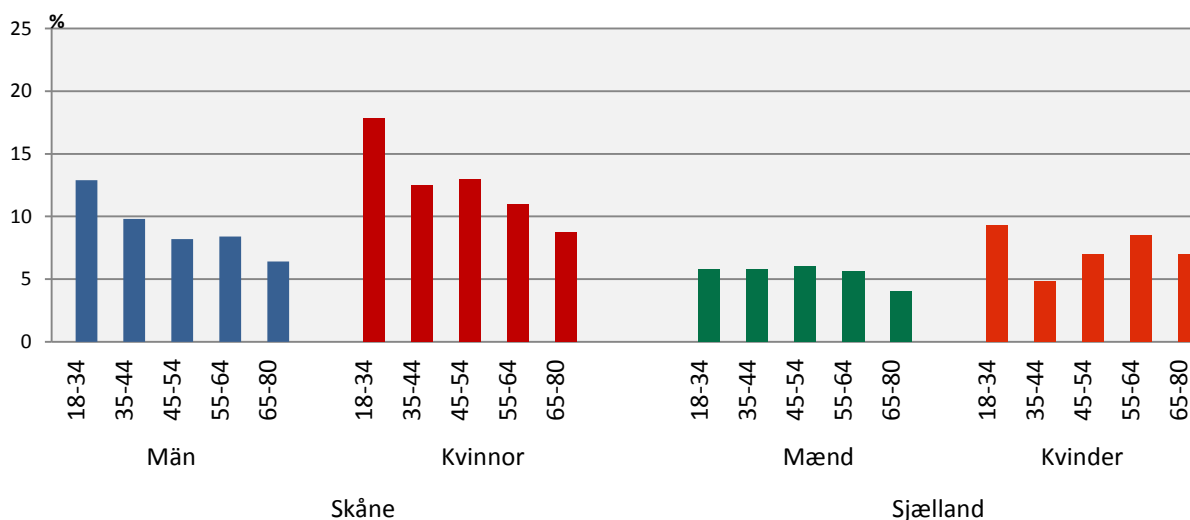
Som et sidste spørgsmål til at belyse specifikke aspekter af det selvvaluerede helbred blev der i Danmark spurgt ”**Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig trist til mode?**”, hvortil man havde svarmulighederne ”Hele tiden”, ”Det meste af tiden”, ”Noget af tiden”, ”Lidt af tiden” og ”På intet tidspunkt”. I det svenske spørgeskema lød spørgsmålet ”**Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har Du känt Dig dystert och ledsen?**” med svarmulighederne ”Hela tiden”, ”Största delen av tiden”, ”En hel del av tiden”, ”En del av tiden”, ”Lite av tiden” og ”Inget av tiden”. Som for de to foregående spørgsmål blev svarene ”Hele tiden” og ”Det meste af tiden” i Danmark betragtet som et bekræftende svar, mens det i Sverige var svarene ”Hela tiden”, ”Största delen av tiden” og ”En hel del av tiden”. *Da svarkategorierne i de to lande er forskellige, er resultaterne ikke direkte sammenlignelige.*

I Skåne er andelen, der i de sidste 4 uger har følt sig trist til mode, større blandt kvinder (13 %) end blandt mænd (10 %) (Figur 3.16). På Sjælland ses en tilsvarende kønsforskel, dog ikke lige så udtalt med en forekomst på knapt 8 % blandt kvinder og knapt 6 % blandt mænd. Hvor der i Malmø ses en højere forekomst af personer, som føler sig trist til mode, blandt både mænd og kvinder end i det øvrige Skåne, ses der ikke tilsvarende forskelle i andelene mellem København og det øvrige Sjælland.



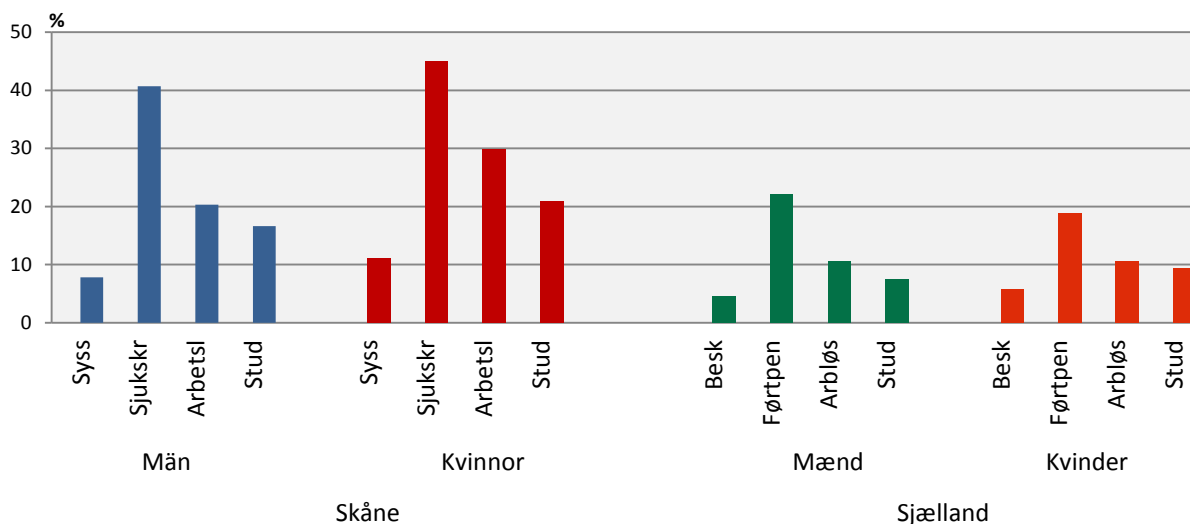
Figur 3.16. Andel mænd og kvinder, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I Skåne er det overvejende sådan, at andelen, der angiver at have følt sig trist til mode i de sidste 4 uger, falder med stigende alder, dog med enkelte undtagelser (Figur 3.17). På Sjælland er mønstret noget mere usystematisk. Ens for begge sider af sundet er, at den højeste forekomst for kvindernes vedkommende ses blandt de 18-34-årige, mens den laveste forekomst blandt mændene findes i aldersgruppen 65-80 år.



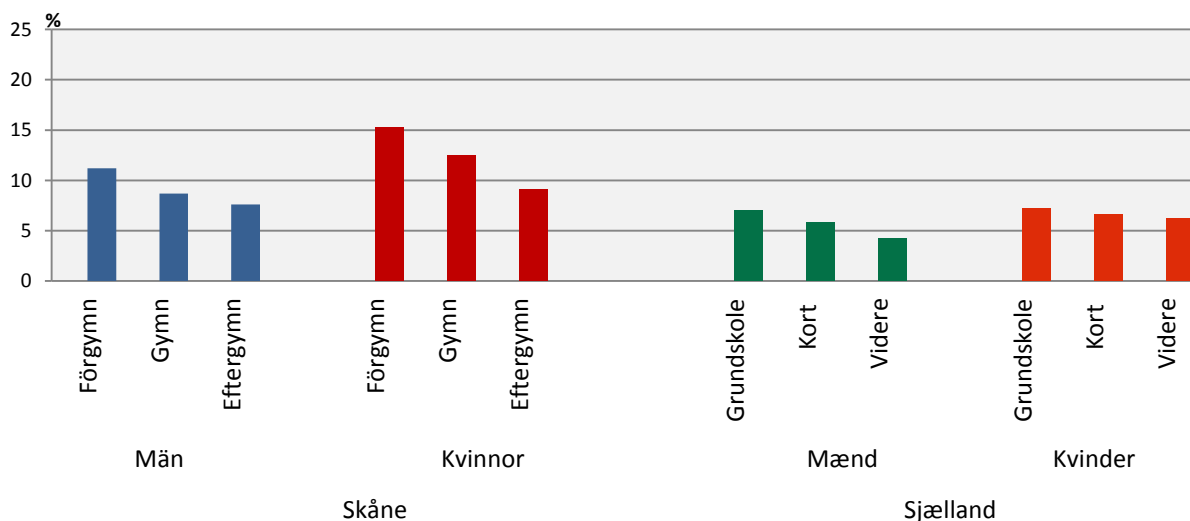
Figur 3.17. Andel mænd og kvinder, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Resultaterne fra både Sverige og Danmark viser, at den største andel, der har følt sig trist til mode, ses blandt personer uden for arbejdsmarkedet (Figur 3.18). Gruppen af langtidssygemeldte/førtidspensionister har for begge køn både i Skåne og på Sjælland den største andel. Det er mindst udbredt at føle sig trist til mode blandt personer, der er i arbejde.



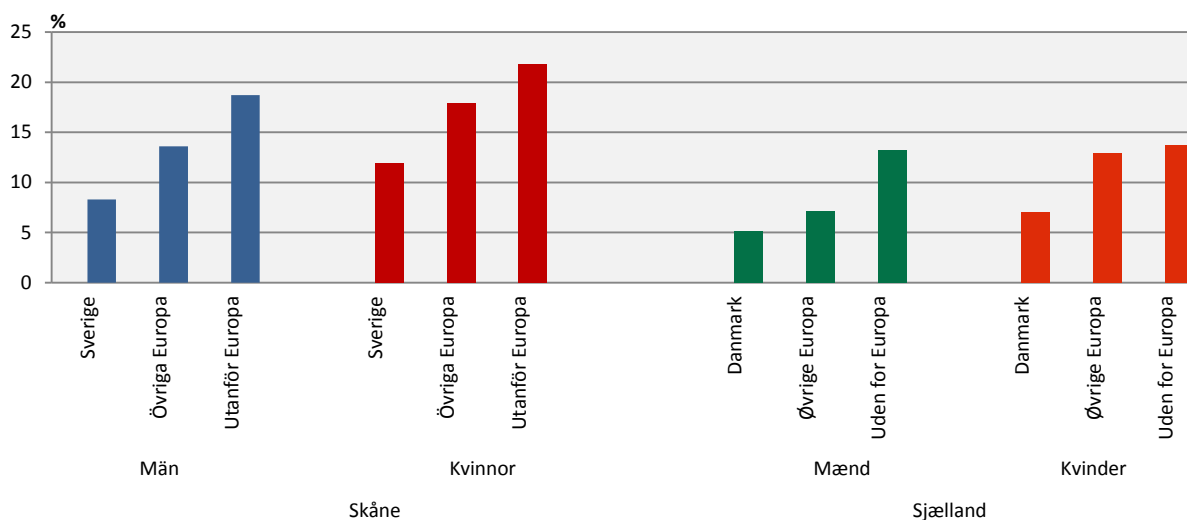
Figur 3.18. Andel mænd og kvinder, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger fordelt på erhvervs mæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

På begge sider af Øresund falder andelen, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger, med stigende uddannelsesnivea (Figur 3.19).



Figur 3.19. Andel mænd og kvinder, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger fordelt på uddannelsesnivea i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

På begge sider af Øresund er der sammenhæng mellem fødeland og oplevelsen af at have følt sig trist til mode i de sidste 4 uger, med den laveste forekomst blandt personer født i henholdsvis Sverige og Danmark og den højeste blandt de, der er født uden for Europa (Figur 3.20).



Figur 3.20. Andel mænd og kvinder, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.3 Søvn/ Sömn

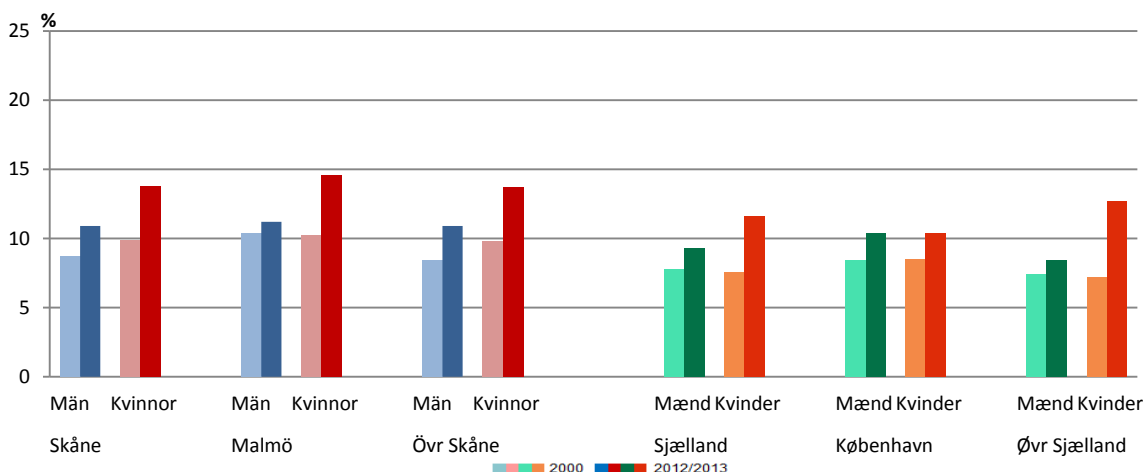
En passende mængde søvn er afgørende for at kunne fungere optimalt i dagligdagen, ligesom kroppens, og især hjernens, restitution primært sker, når man sover. Utilstrækkelig søvn over længere tid kan føre til en række kroniske sygdomme, såsom forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme og diabetes. Fordi søvnbehovet varierer fra person til person, ændres efter døgnets længde og desuden falder med alderen, er det ofte hensigtsmæssigt at vurdere den subjektive opfattelse af, om man får nok søvn til at føle sig udhvilet. Både søvnlængde og – kvalitet har betydning i denne henseende.

I det følgende afsnit beskrives *to helt sammenlignelige indikatorer for søvnproblemer*.

3.3.1 Ej tilstrækkeligt med søvn/ Ej tillräckligt med sömn

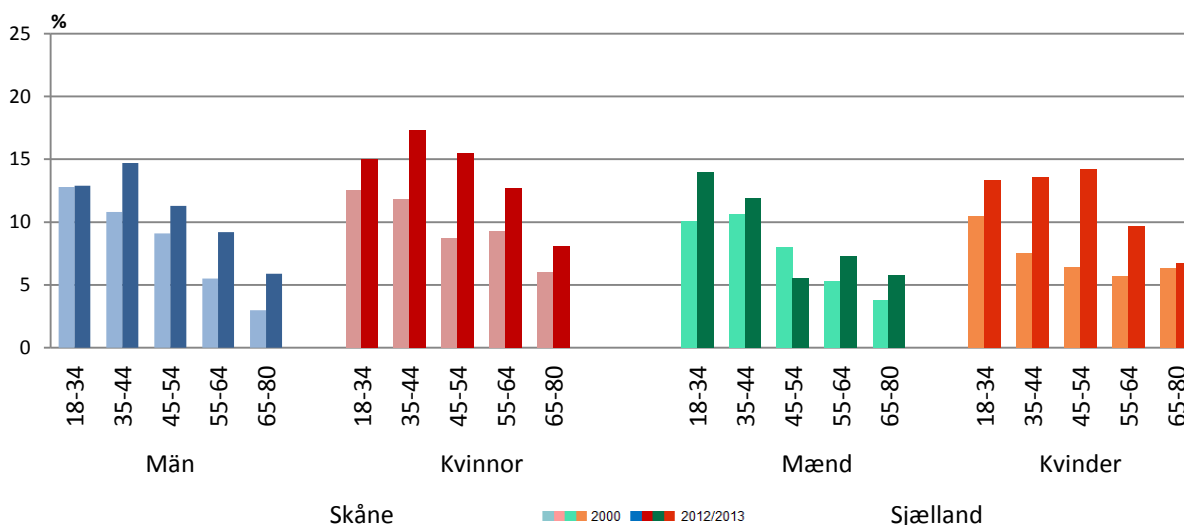
I Danmark lød spørgsmålet ”Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?”, hvortil respondenterne kunne svare ”Ja, som regel”, ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)”. For svenskerne var spørgsmålet ”Tycker Du att Du får tillräckligt med sömn för att känna Dig utvilad?” med svarmulighederne ”Ja, som regel”, ”Ja, men inte tillräckligt ofta” og ”Nej, aldrig eller nästan aldrig”. I begge lande blev sidste svarmulighed betragtet som udtryk for, at man ikke får tilstrækkeligt med søvn.

Der er ikke de store forskelle mellem Skåne og Sjælland i andelen, som får ikke nok søvn til at føle sig udhvilet (Figur 3.21). Mens 11 % af mændene og 14 % af kvinderne i Skåne rapporterede, at de aldrig eller næsten aldrig får nok søvn, var de tilsvarende tal for Sjælland henholdsvis 9 % og 13 %. Der er desuden ingen markante forskelle mellem henholdsvis Malmø og det øvrige Skåne samt mellem København og det øvrige Sjælland. Både i Skåne og på Sjælland er andelen, der ikke får nok søvn til at føle sig udhvilet, steget i perioden 2000 til 2012/2013. Stigningen er særligt tydelig blandt kvinder.



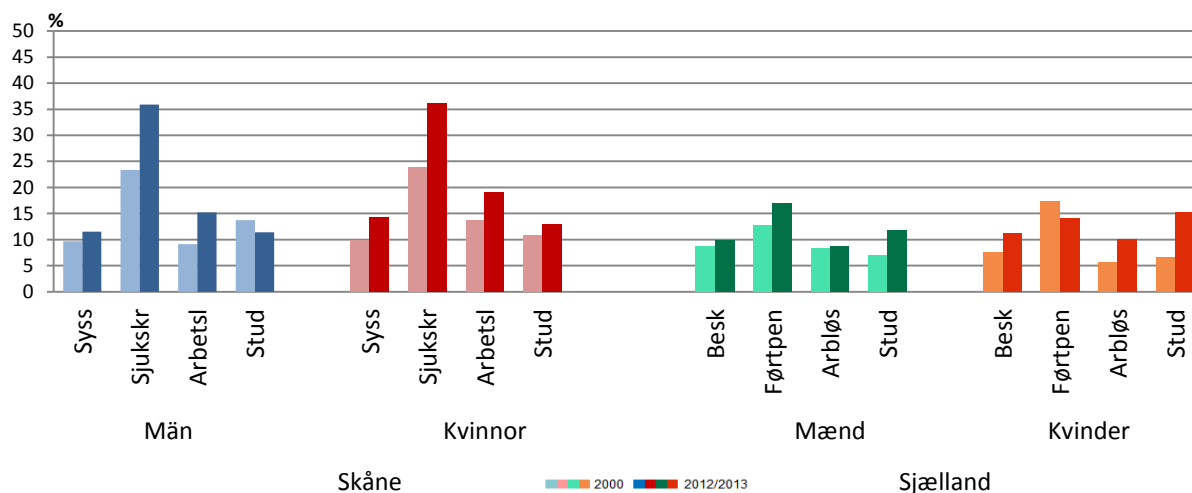
Figur 3.21. Andel mænd og kvinder, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Overordnet set viser sammenhængen mellem alder og søvn et lidt usystematisk billede (Figur 3.22). I Skåne ses i 2012 den største andel af mænd og kvinder med utilstrækkelig søvn blandt de 35-44-årige, hvorefter andelen falder med stigende alder. På Sjælland er mønstret lidt mere uklart. For kvinderne er niveauet i 2013 forholdsmæssigt ens i aldersgrupperne 18-34 år, 35-44 år og 45-54 år, hvorefter andelen mindskes. I 2000 var det derimod sådan, at forekomsten faldt med stigende alder. For de sjællandske mænd er forekomsten højest blandt de 18-34-årige og falder så frem til gruppen af 55-64-årige, hvor andelen stiger for så at falde igen. Undtaget for de 45-54-årige mænd på Sjælland er der på begge sider af sundet mellem 2000 og 2012/2013 sket en stigning i andelen, der ikke får nok søvn.



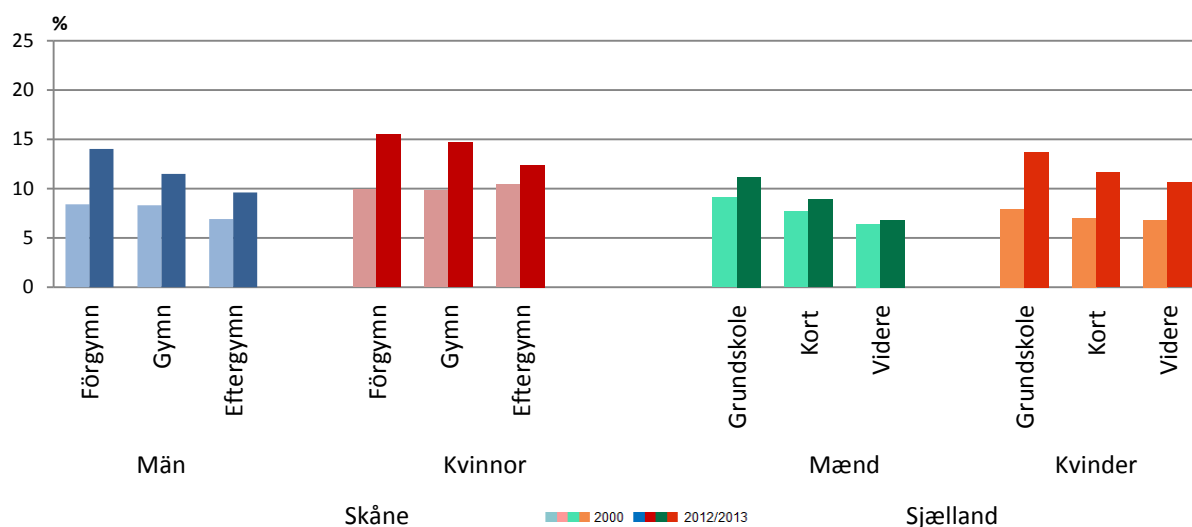
Figur 3.22. Andel mænd og kvinder, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I forhold til erhvervmæssig stilling er der kun markante forskelle mellem Sjælland og Skåne i andelen, der ikke får nok søvn, blandt de langtidssygemeldte/førtidspensionisterne (Figur 3.23). Mens 36 % af mændene og kvinderne i Skåne rapporterer, at de aldrig eller næsten aldrig får tilstrækkeligt med søvn, er dette kun tilfældet for 17 % af mændene og 14 % af kvinderne på Sjælland. Mellem 2000 og 2012/2013 er tendensen den, at andelen er steget i samtlige beskæftigelsesgrupper, på nær blandt skånske mænd, der studerer, samt blandt førtidspensionerede kvinder på Sjælland, hvor forekomsten er faldet.



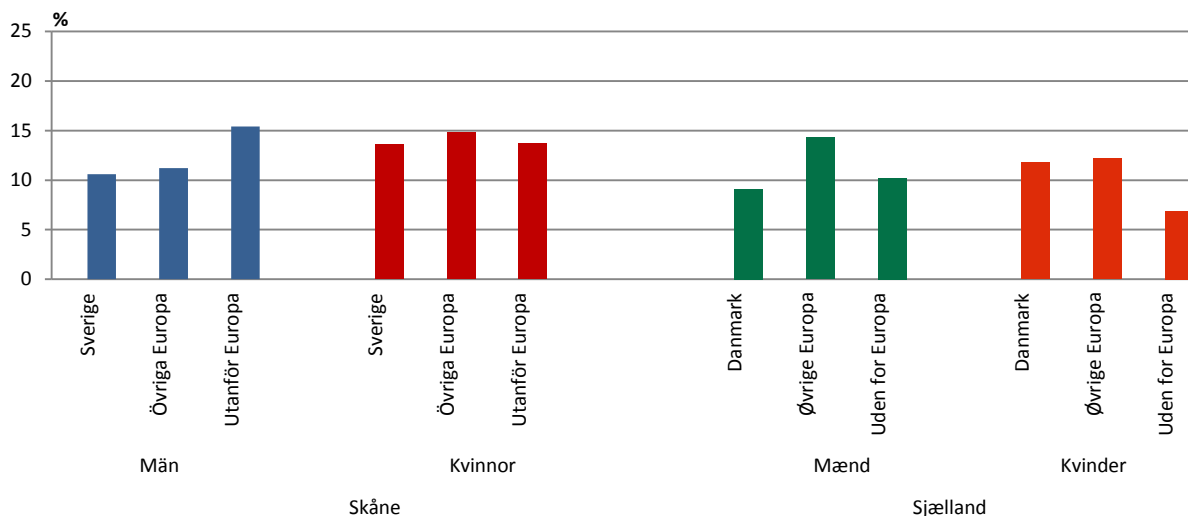
Figur 3.23. Andel mænd og kvinder, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet fordelt på erhvervmæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

På begge sider af Øresund er der en tydelig sammenhæng mellem det højeste fuldførte uddannelsesniveau og oplevelsen af at få nok søvn til at føle sig udhvilet (Figur 3.24). Andelen, der svarer, at de aldrig eller næsten aldrig får tilstrækkeligt med søvn, falder med stigende uddannelsesniveau. Dog er forekomsten både i Skåne og på Sjælland steget blandt begge køn mellem 2000 og 2012/2013.



Figur 3.24. Andel mænd og kvinder, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Der er ingen tydelig sammenhæng mellem fødeland og det at få nok søvn, hverken i Skåne eller på Sjælland (Figur 3.25).

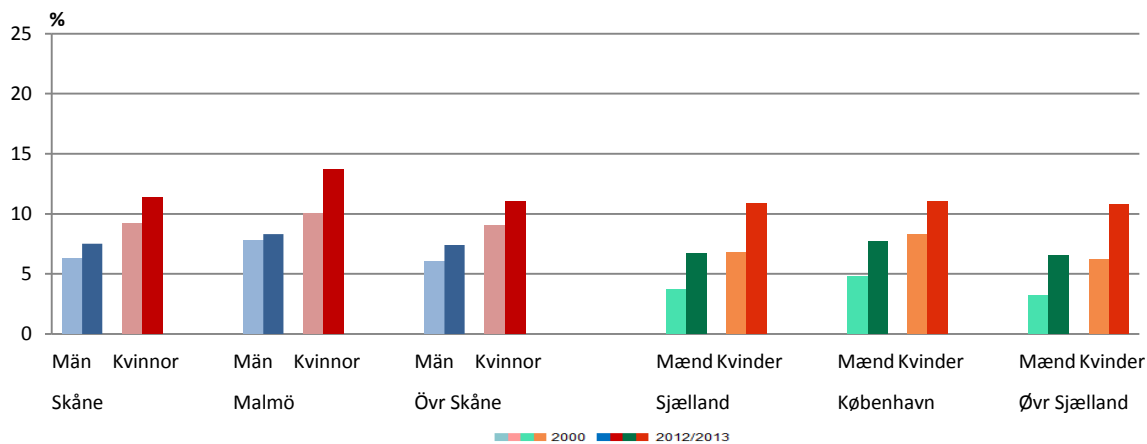


Figur 3.25. Andel mænd og kvinder, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.3.2 Store søvnproblemer/ Stora sömnproblem

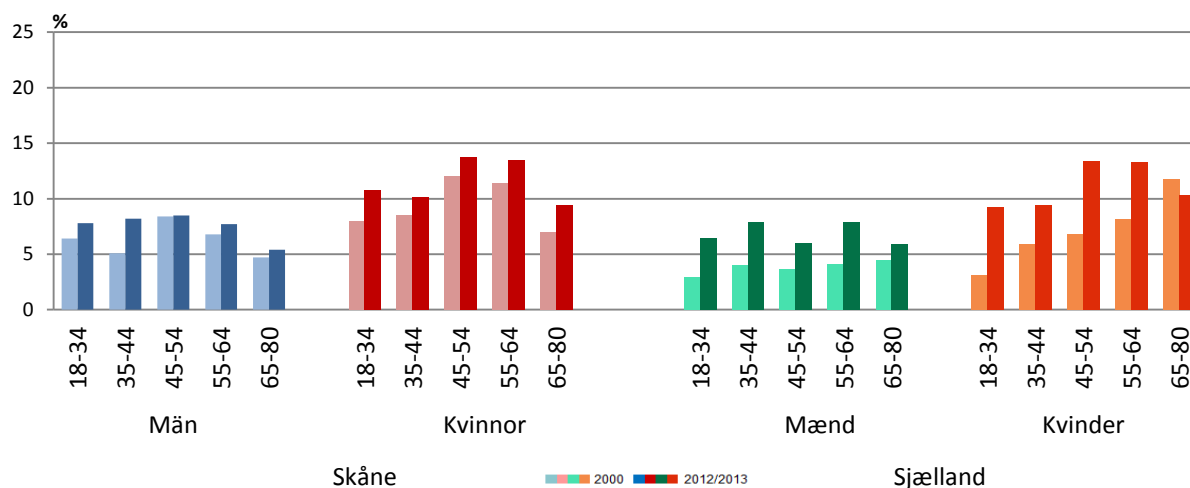
I forlængelse af det foregående spørgsmål om oplevelsen af at få nok søvn til at føle sig udhvilet fik respondenterne i Danmark stillet spørgsmålet ”**Har du inden for de seneste 14 dage været generet af søvnbesvær eller søvnproblemer?**”, hvor svarmulighederne var ”Ja, meget generet”, ”Ja, lidt generet” og ”Nej”. Den svenske udgave af spørgsmålet lød ”**Har du under de seneste 14 dagarna störts av sömnbesvär eller sömnproblem och hur besvärad har Du i så fall varit av dem?**”, hvortil der kunnes svares ”Ja, mycket besvärad”, ”Ja, lite besvärad” eller ”Nej”. For begge lande blev første svar defineret som søvnbesvær.

Sammenligner man Skåne og Danmark, er der ikke de store forskelle i andelen, som rapporterer at have været meget generet søvnbesvær inden for de seneste 14 dage (Figur 3.26). I Skåne var det 8 % af mændene og 11 % af kvinderne, mens det gjaldt for henholdsvis 7 % og 11 % af de sjællandske mænd og kvinder. For begge lande er andelen, der har været meget generet af søvnproblemer, steget blandt begge køn i perioden 2000 til 2012/2013.



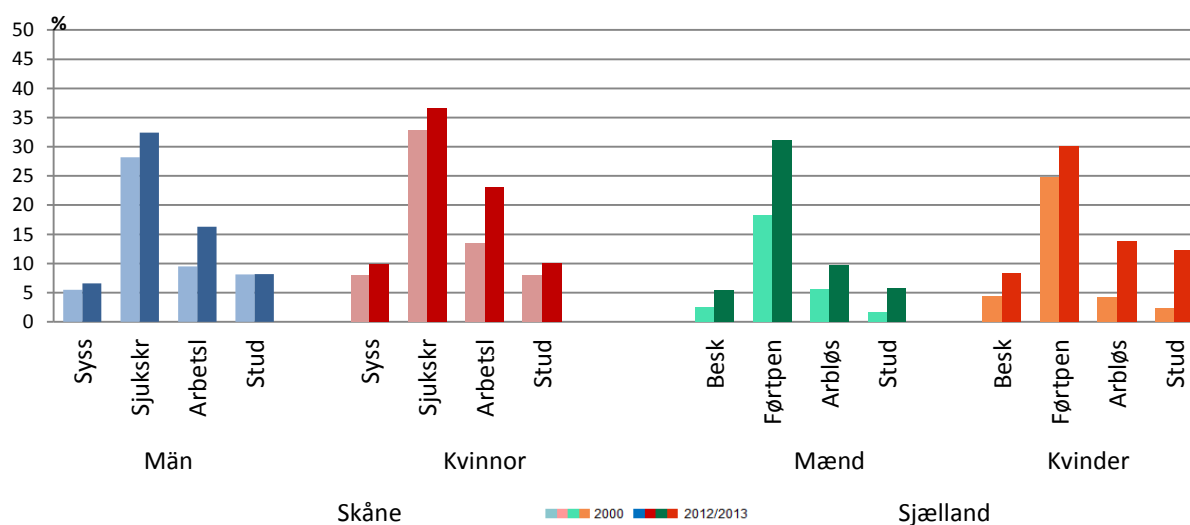
Figur 3.26. Andel mænd og kvinder, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Hverken i Skåne eller på Sjælland ses der en klar sammenhæng mellem alder og søvnbesvær (Figur 3.27). Blandt kvinder på begge sider af Øresund ses den højeste forekomst i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år. Ligeledes gælder det, at den mindste andel blandt både skånske og sjællandske mænd findes blandt de 65-80-årige. På nær blandt de 65-80-årige kvinder på Sjælland er andelen af personer med søvnproblemer steget for begge køn og i alle aldersgrupper, dog mest udtalt for sjællandske kvinder i aldersgrupperne 18-34 år og 45-55 år.



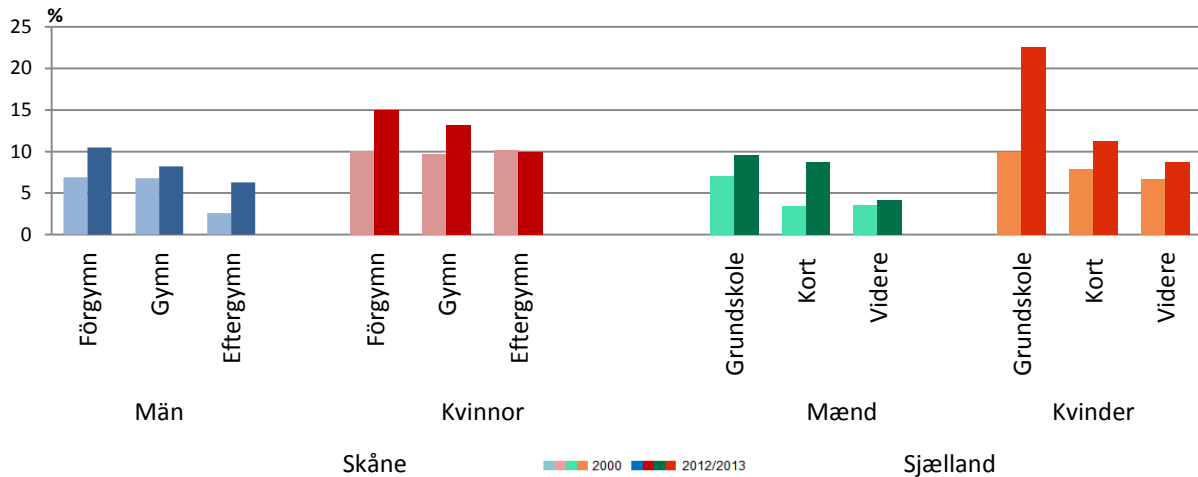
Figur 3.27. Andel mænd og kvinder, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både i Skåne og på Sjælland er forekomsten af personer, som har været meget generet af søvnbesvær inden for de seneste 14 dage, højest blandt langtidssygemeldte/førtidspensionister (Figur 3.28). Der er ingen nævneværdig forskel i andelen af langtidssygemeldte mænd i henholdsvis Skåne og på Sjælland. Andelen blandt skånske kvinder er derimod godt 6 procentpoint højere end blandt sjællandske kvinder. I begge lande ses den laveste forekomst blandt beskæftigede. På begge sider af sundet er der sket en stigning i forekomsten af personer, der er meget generet af søvnproblemer, i alle beskæftigelsesgrupper i perioden 2000 til 2012/2013.



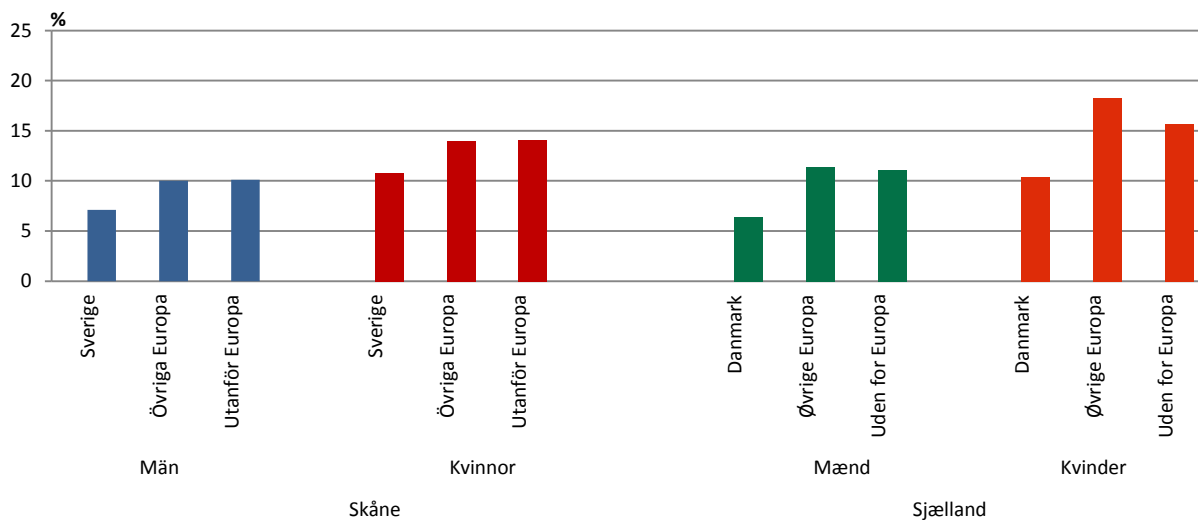
Figur 3.28. Andel mænd og kvinder, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer fordelt på erhvervs-mæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Af resultaterne fra de svenske og danske spørgeskemaundersøgelser fremgår det, at andelen, som generes meget af søvnproblemer, falder med stigende uddannelsesnivea (Figur 3.29). I alle uddannelsesgrupper er forekomsten dog steget i perioden 2000 til 2012/2013. Den største stigning i perioden ses blandt sjællandske kvinder med grundskoleuddannelse, hvor andelen er steget fra 10 % i 2000 til 23 % i 2013.



Figur 3.29. Andel mænd og kvinder, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer fordelt på uddannelsesnivea i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både i Skåne og på Sjælland ses en sammenhæng mellem fødeland og søvnbesvær (Figur 3.30). For begge lande gælder det, at den mindste andel ses blandt personer født i henholdsvis Sverige og Danmark, mens forekomsten blandt personer født i det øvrige Europa og uden for Europa ligger lidt højere, begge dog på samme niveau. Eneste afvigelse herfra er blandt udenlandsk fødte kvinder på Sjælland, hvor forekomsten blandt kvinder født i det øvrige Europa er et par procentpoint højere end blandt kvinder født uden for Europa.

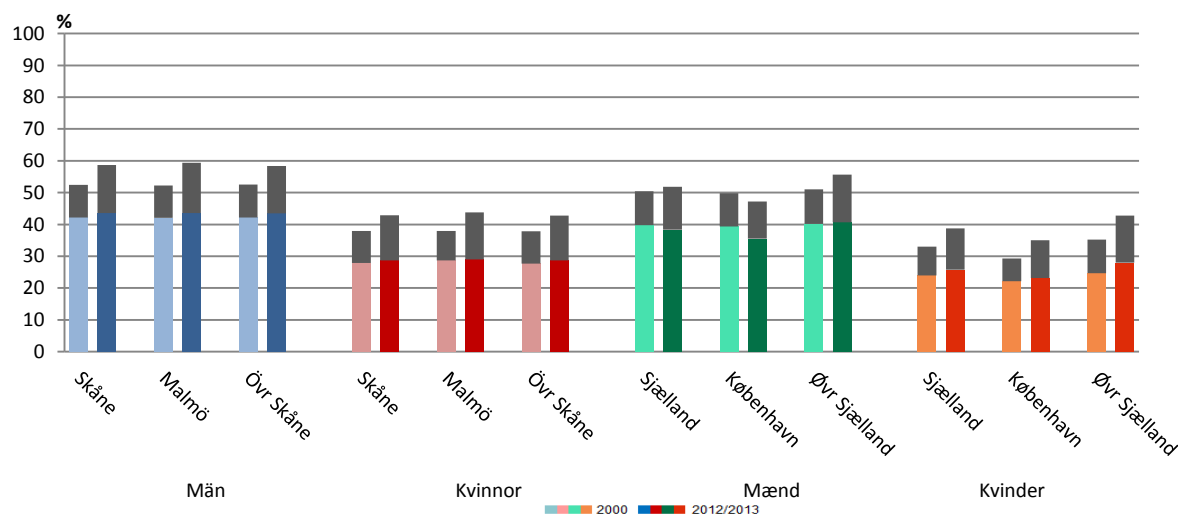


Figur 3.30. Andel mænd og kvinder, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.4 Overvægt og svær overvægt / Övervikt och fetma

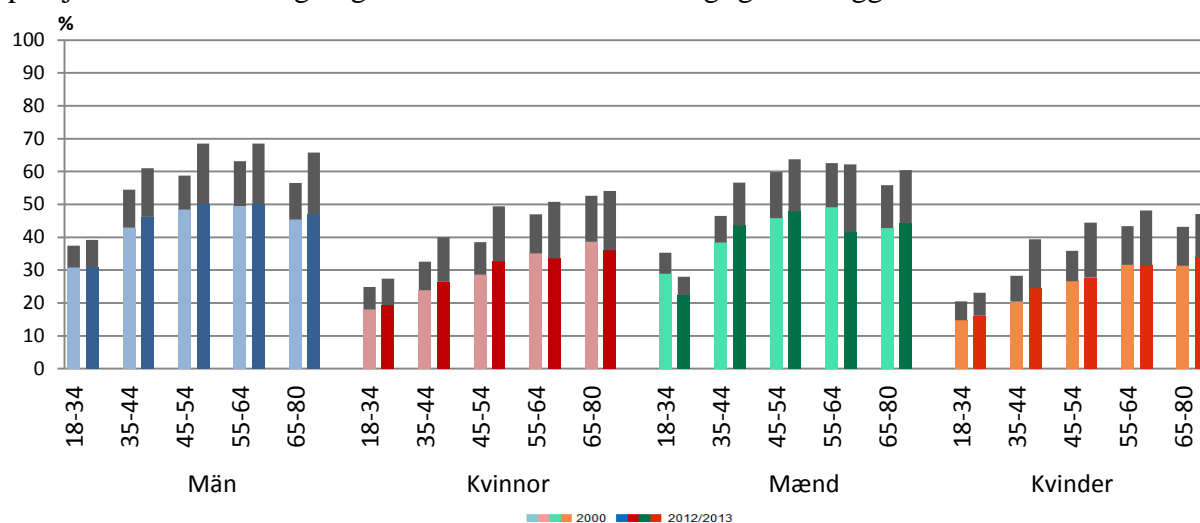
Overvægt og svær overvægt udgør et alvorligt og stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Særligt ved svær overvægt øges risikoen for at udvikle en lang række sygdomme, bl.a. type-2-diabetes, hjertekarsygdomme, forhøjet blodtryk, adskillige kræftformer samt belastningslidelser i bevægeapparatet. Forekomsten af overvægt og svær overvægt kan ikke altid alene forklares med en positiv energibalance, men menes tillige at kunne påvirkes af andre faktorer, f.eks. genetik, etnicitet og brugen af medicin. Body Mass Index (BMI) beregnes som kropsvægten i kilo divideret med kvadratet på højden målt i meter. Ifølge WHO defineres et BMI mellem 25- $<30 \text{ kg/m}^2$ som overvægt og et BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ som svær overvægt. I nærværende rapport blev forekomsten af henholdsvis overvægt og svær overvægt vurderet på baggrund af de skånske og sjællandske svarpersoners selvrapporterede vægt og højde.

Sammenligner man Skåne og Sjælland, er forekomsten af overvægt og svær overvægt højere blandt skånske mænd (44 % og 15 %) og kvinder (29 % og 14 %) end blandt sjællandske mænd (38 % og 13 %) og kvinder (26 % og 13 %) (Figur 3.31). I begge lande er andelen af overvægtige og svært overvægtige større blandt mænd end blandt kvinder. Totalt set er der ingen forskel i andelen af overvægtige og svært overvægtige mellem Malmøboere og øvrige skåninge. På Sjælland er forekomsten af overvægt og svær overvægt derimod lavere blandt københavnere end blandt øvrige sjællændere. For hele Skåne er tendensen den, at forekomsten af både overvægt og særligt svær overvægt er steget blandt begge køn i perioden 2000 til 2012/2013. Samme tendens ses også blandt sjællandske kvinder. Mens andelen af sjællandske mænd et BMI mellem 25 og 29 er mindsket over tid, er der i samme periode sket en stigning i andelen af svært overvægtige i denne gruppe.



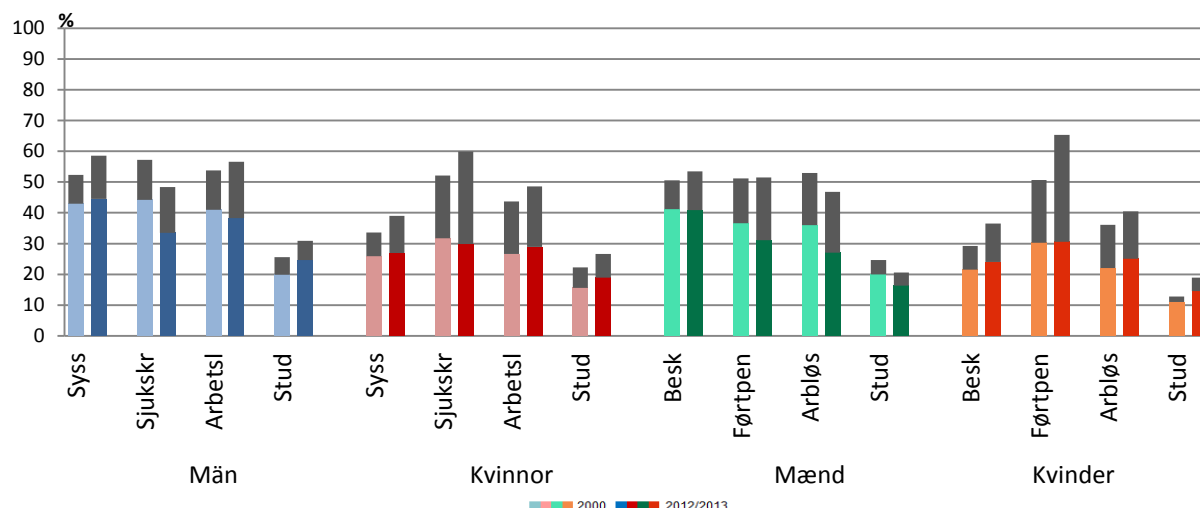
Figur 3.31. Andel mænd og kvinder med et BMI på henholdsvis 25- <30 (overvægt, nedre del) og ≥ 30 (svær overvægt, øvre del) i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både blandt skånske og sjællandske kvinder stiger andelen af overvægtige og svært overvægtige med stigende alder (Figur 3.32). Dog afviger sjællandske kvinder i aldersgruppen 65-80 år fra dette mønster med en andel af svært overvægtige, der er mindre end blandt de 45-54-årige og 55-64-årige. For mændenes vedkommende på begge sider af sundet stiger forekomsten ligeledes indtil aldersgruppen 45-54 år, hvorefter den falder. Dog ses der igen en mindre stigning blandt sjællandske mænd i den ældste aldersgruppe. I perioden 2000 til 2012/2013 er forekomsten af overvægt i begge lande steget i alle aldersgrupper, på nær blandt skånske kvinder i de to ældste aldersgrupper samt blandt de 18-34-årige og 55-64-årige sjællandske mænd. De 18-34-årige sjællandske mænd tegner sig ligeledes i samme periode for et fald i andelen af svært overvægtige. I de resterende aldersgrupper er der både i Skåne og på Sjælland sket en stigning i andelen af svært overvægtige for begge køn.



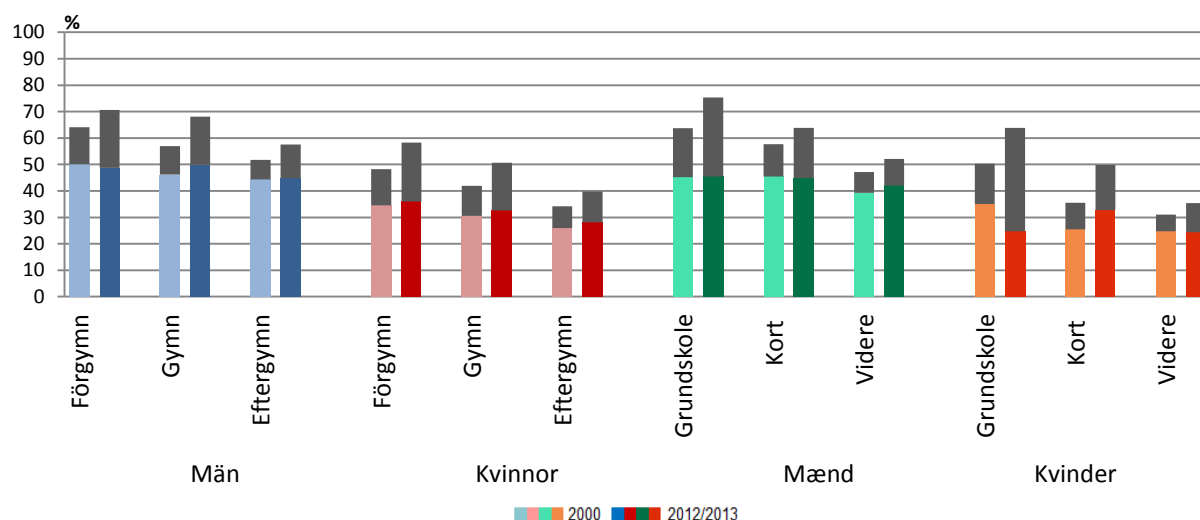
Figur 3.32. Andel mænd og kvinder med et BMI på henholdsvis 25-<30 (overvægt, nedre del) og ≥ 30 (svær overvægt, øvre del) fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Den højeste forekomst af overvægt blandt mænd ses i gruppen af beskæftigede både i Skåne og på Sjælland, mens den største andel af svært overvægtige mænd ses i grupperne uden for arbejdsmarkedet (Figur 3.33). Andelen af både overvægtige og svært overvægtige kvinder er størst i gruppen af langtidssygemeldte/førtidspensionister i begge dele af Øresundsregionen. I begge lande er forekomsten af både overvægtige og svært overvægtige mænd og kvinder lavest blandt studerende. Andelen af både overvægtige og svært overvægtige skånske mænd og kvinder samt sjællandske kvinder er overordnet set steget i samtlige beskæftigelsesgrupper i perioden 2000 til 2012/2013. Forekomsten af overvægtige personer er derimod faldet blandt mændene på Sjælland uanset erhvervs-mæssig stilling, mens andelen af svært overvægtige i modsætning hertil er steget i alle beskæftigelsesgrupper. De langtidssygemeldte/førtidspensionerede kvinder i Skåne og på Sjælland tegner sig i denne periode for den største ændring.



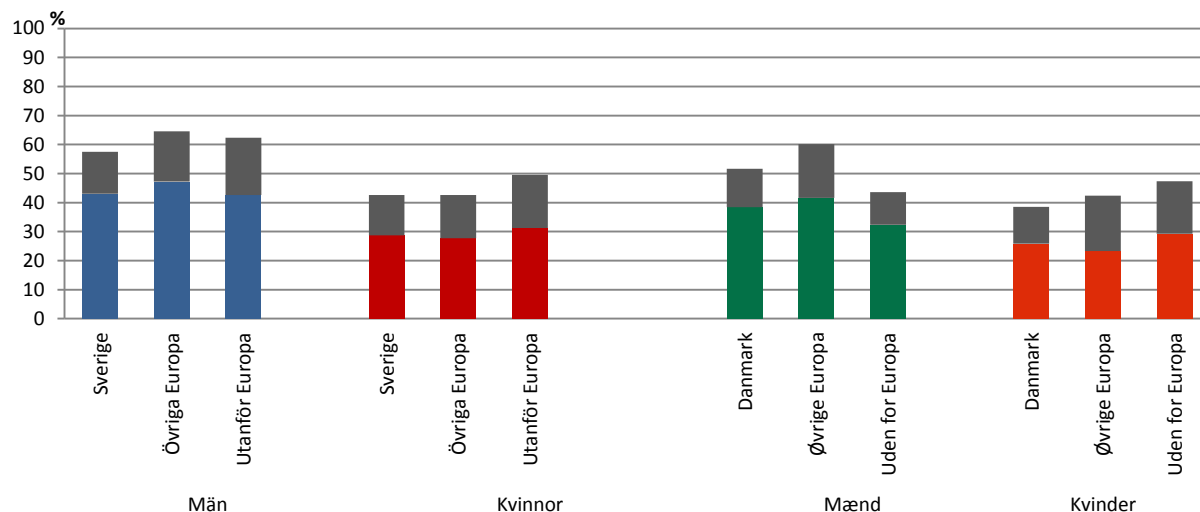
Figur 3.33. Andel mænd og kvinder med et BMI på henholdsvis 25-<30 (overvægt, nedre del) og ≥ 30 (svær overvægt, øvre del) fordelt på erhvervs-mæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I begge lande falder forekomsten af overvægt og svær overvægt med stigende uddannelsesniveau (Figur 3.34). Mens andelen af overvægtige personer i overvejende grad er uændret i perioden 2000 til 2012/2013, er der samtidigt sket en stigning i forekomsten af personer med et BMI > 30 for begge køn og i alle uddannelsesgrupper. Den største stigning ses i gruppen af sjællandske kvinder med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau, hvor 39 % i 2013 var svært overvægtige mod 15 % i 2000. Samlet set er forekomsten af overvægtige og svært overvægtige personer i denne periode steget i begge lande og alle uddannelsesgrupper.



Figur 3.34. Andel mænd og kvinder med et BMI på henholdsvis 25-<30 (overvægt, nedre del) og ≥ 30 (svær overvægt, øvre del) fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Sammenhængen mellem fødeland og overvægt samt svær overvægt følger overordnet set det samme mønster i Skåne og på Sjælland, og der ses derfor kun enkelte nævneværdige forskelle (Figur 3.35). Største forskel i andelen blandt mænd i Øresundsregionen ses blandt dem, der er født uden for Europa, hvor forekomsten af svær overvægt er 20 % i Skåne sammenlignet med 11 % på Sjælland. Skånske kvinder født i det ”øvrige Europa” er i højere grad overvægtige (28 %) end de europæiskfødte sjællandske kvinder (23 %); derimod er forekomsten af svær overvægt i denne gruppe højere blandt kvinderne på Sjælland (19 %) end blandt kvinderne i Skåne (15 %).



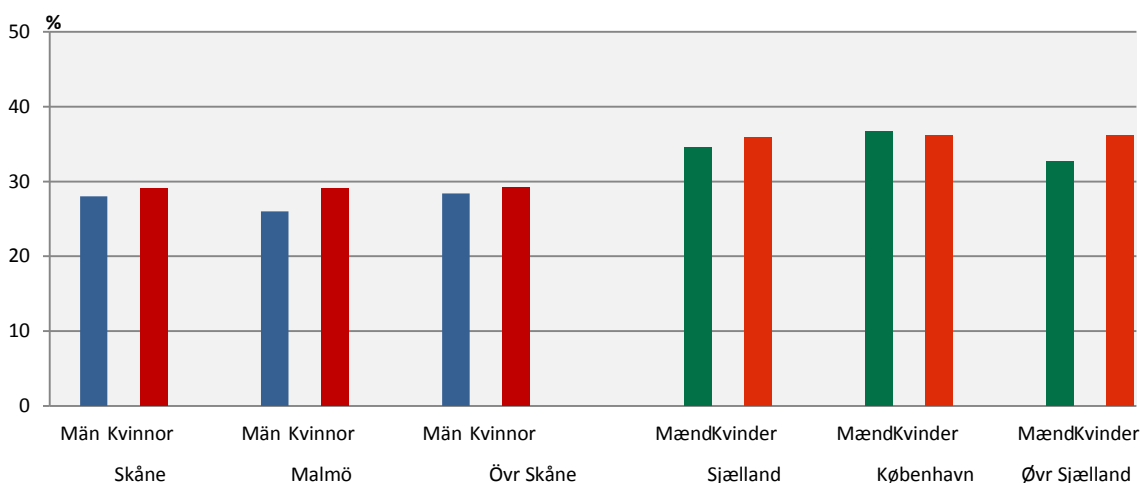
Figur 3.35. Andel mænd og kvinder med et BMI på henholdsvis 25-<30 (overvægt, nedre del) og ≥30 (svær overvægt, øvre del) fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.5 Langvarig sygdom/ Långvarig sjukdom

Før og under den industrielle revolution udgjorde infektionssygdomme og sygdomme forårsaget af fejlernæring den overvejende del af sygdomsbilledet i lande som Danmark og Sverige. I årtierne herefter har kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme, type-2 diabetes, forskellige former for kræft, psykiske lidelser og muskelskeletsygdomme derimod været dominerende. Forklaringen på dette skift i sygdomsbilledet er multifaktoriel og skyldes blandt andet forbedrede behandlingsmuligheder, højere middellevetid, en voksende ældrebefolkning (som oftere får kroniske sygdomme) samt påvirkelige livsstilmæssige faktorer (f.eks. fysisk aktivitet, kostvaner, rygning og alkoholvaner).

I Danmark blev forekomsten af langvarig sygdom belyst ved spørgsmålet ”**Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder**”, hvortil der kunne svares ”Ja” eller ”Nej”. Det tilsvarende spørgsmål i Sverige var ”**Har Du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?**”, ligeledes med svarmulighederne ”Ja” og ”Nej”. For begge lande var svaret ”Ja” udtryk for tilstedeværelsen af langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. *Fordi varigheden af langvarig sygdom ikke er defineret på samme måde i de to lande, er resultaterne ikke fuldstændigt sammenlignelige.*

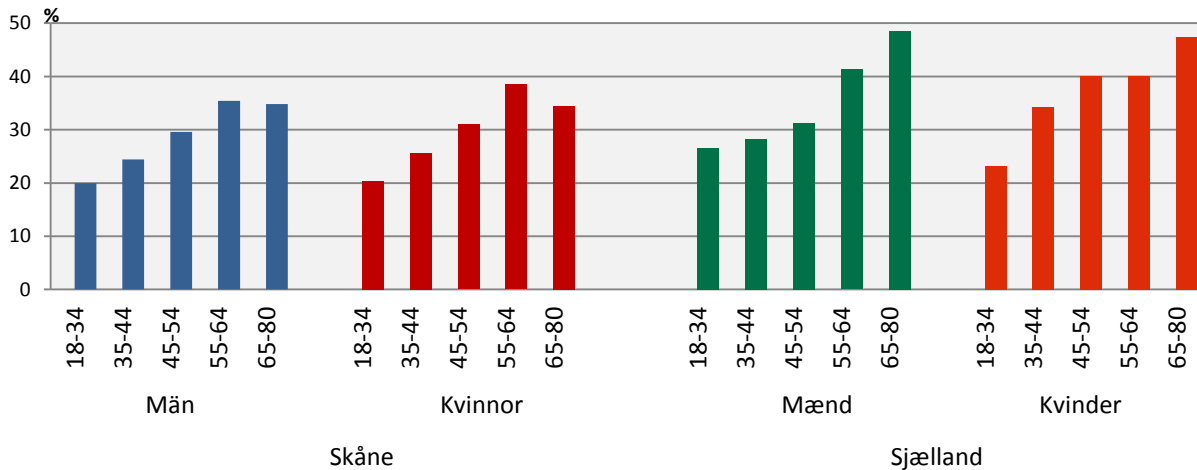
I Skåne er der ingen tydelig forskel i andelen blandt mænd (28 %) og kvinder (29 %), der dør med langvarig sygdom, skade eller handicap eller eftervirkninger heraf (Figur 3.36). Der tegner sig samme billede på Sjælland med en forekomst på henholdsvis 35 % og 36 % blandt mænd og kvinder. I Skåne er der hverken blandt mænd eller kvinder nogen markant forskel i andelen blandt Malmöboere og øvrige skåninge. Københavnske kvinder adskiller sig heller ikke fra kvinder fra det øvrige Sjælland, mens der er en højere forekomst af personer med langvarig sygdom blandt københavnske mænd sammenlignet med mænd fra det øvrige Sjælland.



Figur 3.36. Andel mænd og kvinder med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

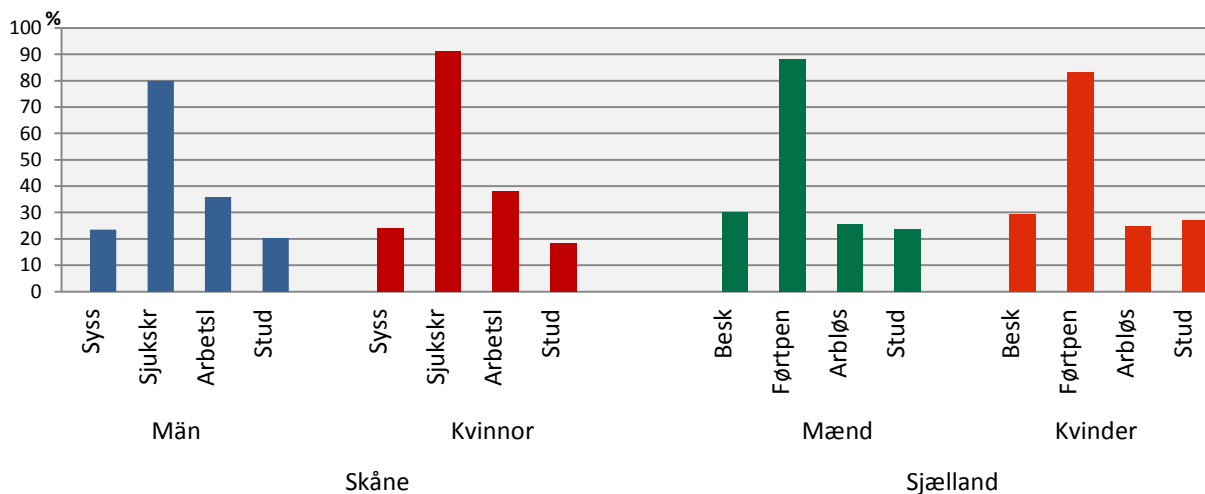
Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne viser, at andelen med langvarig sygdom overordnet set stiger med stigende alder både i Skåne og på Sjælland (Figur 3.37). Dog er der enkelte afvigelser fra dette billede. På den svenske side af sundet stiger andelen blandt begge

køn indtil aldersgruppen 55-64-årige, hvorefter den for mændenes vedkommende herefter forbliver på samme niveau, mens den for kvinderne falder en smule. På Sjælland er der blandt mænd en tydelig sammenhæng mellem alder og andel med langvarig sygdom, hvor forekomsten stiger med alderen. Blandt sjællandske kvinder stiger forekomsten derimod indtil aldersgrupperne 45-54-årige og 55-64-årige, hvor den er uændret, for herefter at stige igen. Hverken i Skåne eller på Sjælland er der markante forskelle mellem kønnene i de forskellige aldersgrupper.



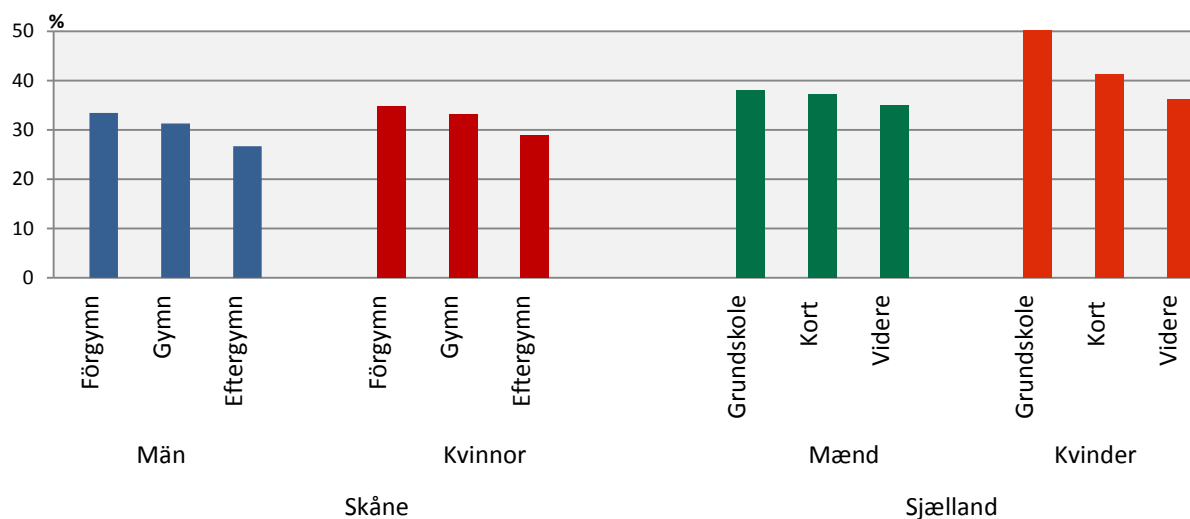
Figur 3.37. Andel mænd og kvinder med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både i Skåne og på Sjælland er forekomsten af langvarig sygdom ikke overraskende højest blandt langtidssygemeldte/førtidspensionister (Figur 3.38). For begge lande gælder det, at mindst 80 % i denne beskæftigelsesgruppe har en langvarig sygdom eller eftervirkning heraf. I Skåne er forekomsten blandt de langtidssygemeldte/førtidspensionisterne højere blandt kvinder end blandt mænd, mens det modsatte gør sig gældende på Sjælland. Den næsthøjeste forekomst blandt skåningene er blandt de arbejdsløse, mens det for sjællændernes vedkommende er blandt de beskæftigede.



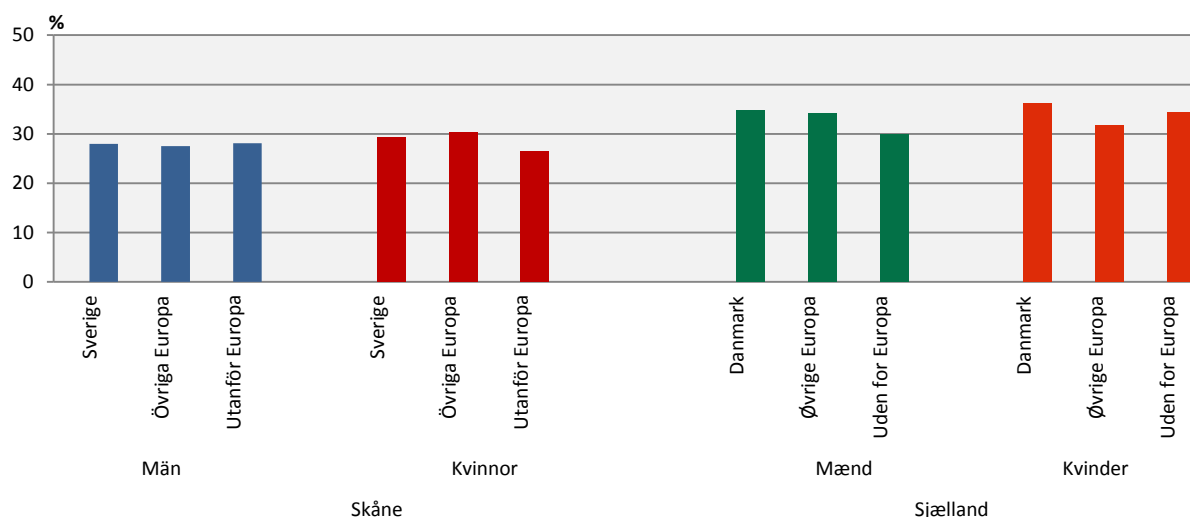
Figur 3.38. Andel mænd og kvinder med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på erhvervmæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Det fremgår af resultaterne, at andelen af personer med langvarig sygdom falder med stigende uddannelsesniveau på begge sider af sundet (Figur 3.39). Forekomsten af personer med langvarig sygdom eller eftervirkninger heraf er højest blandt sjællandske kvinder med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau, hvor mere end halvdelen (51 %) plages af langvarig sygdom eller eftervirkninger heraf.



Figur 3.39. Andel mænd og kvinder med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Hverken i Skåne eller på Sjælland er der nogen klar sammenhæng mellem fødeland og langvarig sygdom (Figur 3.40).

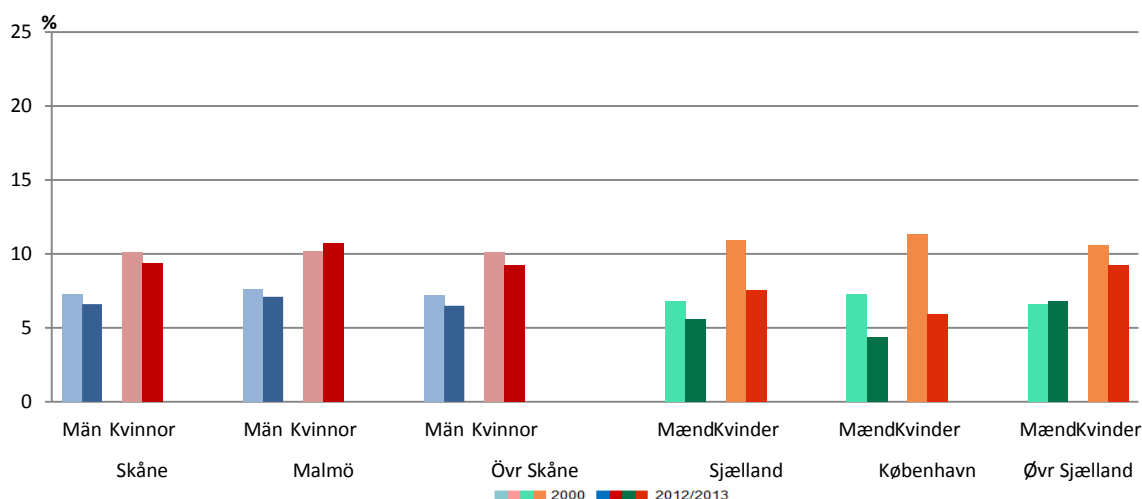


Figur 3.40. Andel mænd og kvinder med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.6 Sygefravær/ Sjukfrånvaro

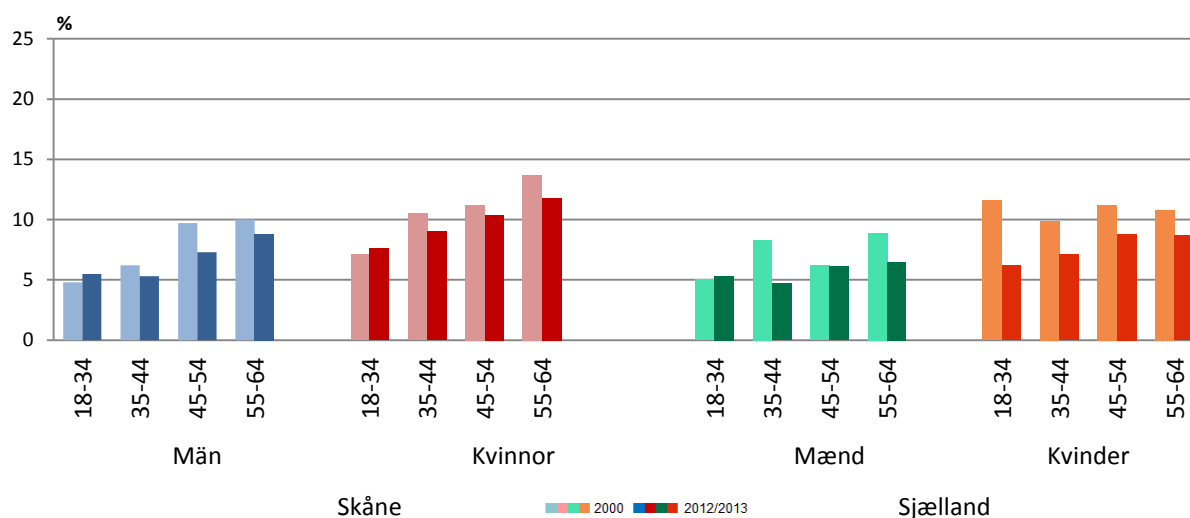
Langvarigt sygefravær kan have store konsekvenser både for den enkelte medarbejder og for arbejdspladsen. Fordi personer, der er på arbejdsmarkedet, bruger en stor del af de vågne timer på arbejdspladsen, udgør kollegerne en vigtig del af disse personers sociale relationer. Følgelig kan et højt sygefravær medføre en manglende tilknytning til såvel kolleger som arbejdsplads samt tab af selvværd og identitet. For arbejdspladsen kan sygefravær betyde nedsat produktivitet, planlægningsproblemer, udgifter til eventuelle vikarer samt øget belastning af kolleger. Forekomsten af sygedage blev i Danmark belyst ved spørgsmålet ”**Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for det seneste år?**”, mens det svenske spørgsmål lød ”**Har Du varit tvungen att stanna hemma på grund av sjukdom, skada eller andra besvär under det senaste året?**”. I begge lande blev kun svar fra folk i arbejde medtaget, og langvarigt sygefravær blev defineret som mindst 20 sygedage inden for det seneste år.

Skånske mænd og kvinder rapporterede i lidt højere grad mindst 20 sygedage i 2012/2013 sammenlignet med mænd og kvinder på Sjælland (Figur 3.41). I Skåne var det henholdsvis 7 % og 9 % af de erhvervsaktive mænd og kvinder, som havde mindst 20 dage inden for det seneste år, mens det tilsvarende gjaldt for 6 % og 8 % af de sjællandske mænd og kvinder. På begge sider af sundet er andelen med et højt sygefravær større blandt mænd og kvinder, der bor i henholdsvis Malmø og København i forhold til de personer, der bor i det øvrige Skåne og på det øvrige Sjælland. Både i Skåne og på Sjælland er andelen med mindst 20 sygedage inden for det seneste år faldet i perioden 2000 til 2012/2013. Det mest markante fald ses på Sjælland og mest tydeligt blandt de københavnske kvinder med en næsten halvering i forekomsten.



Figur 3.41. Andel mænd og kvinder med mindst 20 sygedage inden for det seneste år i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I begge lande stiger andelen, der har mindst 20 sygedage, med stigende alder (Figur 3.42). Eneste afvigelse herfra er blandt de 35-44-årige skånske og sjællandske mænd, hvor forekomsten er en smule lavere end blandt de 18-34-årige. I perioden 2000 til 2012/2013 er forekomsten faldet i de fleste aldersgrupper, dog med det tydeligste fald blandt de 18-34-årige kvinder fra Sjælland. I samme aldersgruppe er andelen samtidigt steget en smule blandt begge køn i Skåne og blandt sjællandske mænd.



Figur 3.42. Andel mænd og kvinder med mindst 20 sygedage inden for det seneste år i Skåne og på Sjælland i 2000 og i 2012/2013. Sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.7 Medicin/ Läkemedel

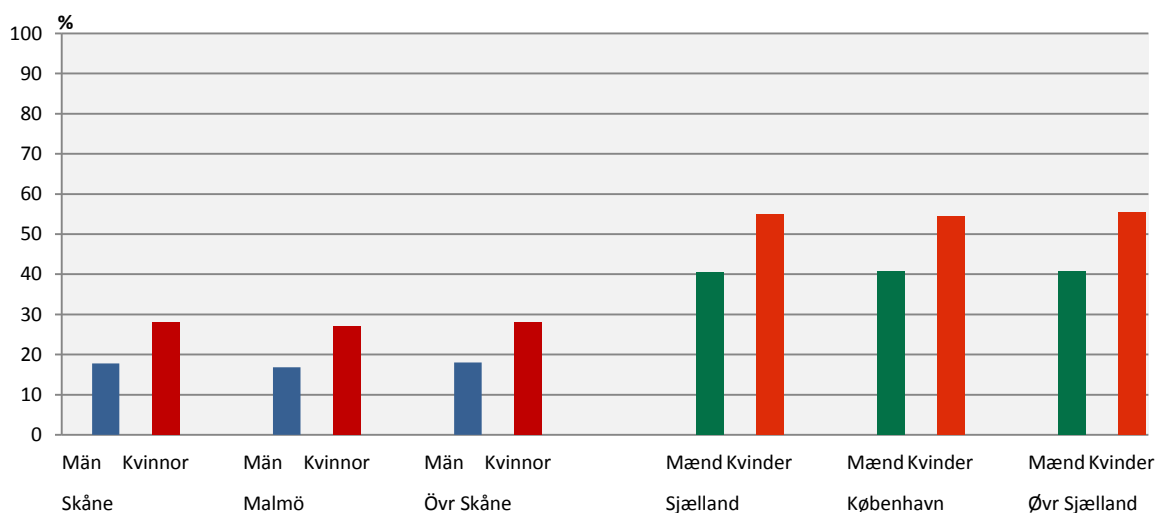
En befolknings forbrug af medicin kan opgøres på forskellige måder. Fra officielle opgørelser er det muligt at indhente information om salget og omsætningen af medicin. Sådanne opgørelser siger dog ikke noget om, hvorvidt medicinen reelt bliver brugt, og om den bliver brugt af andre personer end den, der køber det. Selvrapporeret medicinbrug kan derfor måske komme tættere på det egentlige, individuelle forbrug, selvom der ved denne metode er risiko for, at visse personer ikke korrekt kan gengive type og dosis af den medicin, de tager.

I dette afsnit belyses brugen af smertestillende medicin og sovemedicin. *Fordi hverken spørgsmålsformulering eller svarkategorier er identiske i de to lande, kan resultaterne ikke sammenlignes direkte.*

3.7.1 Smertestillende medicin/ Smærtstillande

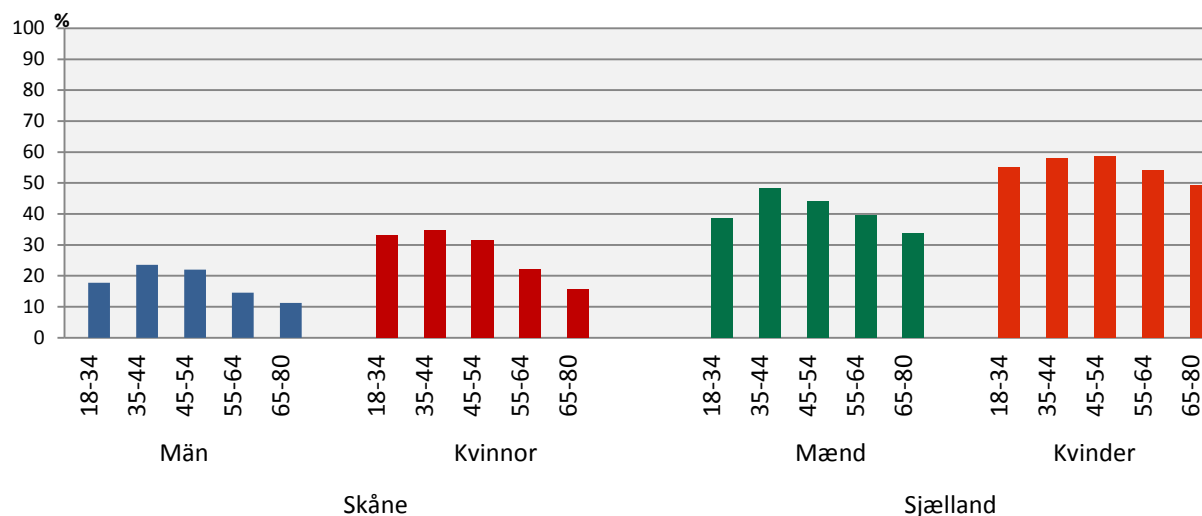
De hyppigst anvendte lægemidler er smertestillende medicin og omfatter præparater, der sigter mod lindring af smerter i f.eks. muskler, led og hoved. Til at belyse forekomsten af personer, der inden for de seneste 14 havde taget smertestillende medicin, fik danskerne stillet spørgsmålet ”**Har du inden for de seneste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?**” med mulighed for at sætte kryds ved svarmulighederne ”Ja, smertestillende medicin mod hovedpine”, ”Ja, smertestillende medicin mod besvær i muskler, knogler, sener eller led (f.eks. gigtmedicin)” og ”Ja, anden form for smertestillende medicin”. Det skulle ligeledes angives, om den smertestillende medicin var håndkøbsmedicin eller receptmedicin. Det tilsvarende spørgsmål i Sverige var ”**Har Du under de tre senaste månaderna använt något av följande läkemedel eller preparat?**”, hvortil det var muligt at svare ”Nej”, ”Ja, senaste tre månaderna” eller ”Ja, senaste 14 dagerna” for hver af følgende to typer smertestillende medicin ”Ja, smärtstillande medel, köpt utan recept” og ”Ja, smärtstillande medel, köpt med recept”. Kun svaret ”Ja, senaste 14 dagerna” blev medregnet. I begge lande var det tilladt at sætte flere kryds, og mindst et bekræftende svar blev betragtet som en tilkendegivelse af, at man har taget medicin mod smerter inden for de seneste 14 dage. I nærværende undersøgelse skelnes der ikke mellem receptmedicin og håndkøbsmedicin mod smerter, ligesom de tre former for smertestillende medicin i Danmark blev slået sammen. *Fordi hverken spørgsmålsformulering eller svarkategorier er identiske i de to lande, kan resultaterne ikke sammenlignes direkte.*

41 % af mændene og 55 % af kvinderne på Sjælland har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage (Figur 3.43). I Skåne gælder det for 18 % af mændene og 28 % af kvinderne. Hverken i Skåne eller på Sjælland ses der forskel i andelen mellem storby og landområde.



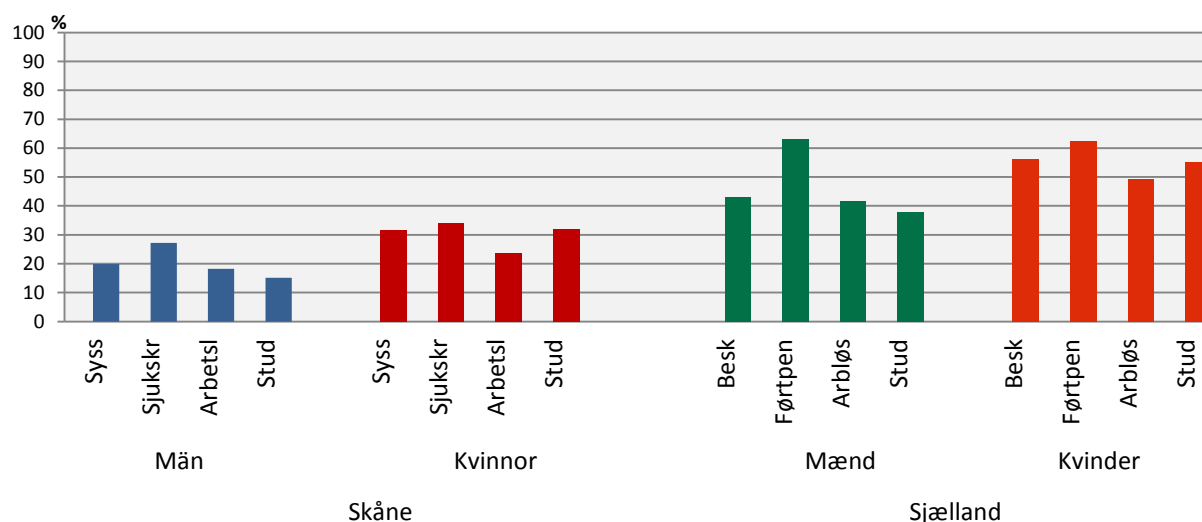
Figur 3.43. Andel mænd og kvinder, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I alle aldersgrupper er andelen, der har brugt medicin mod smerter inden for de seneste 14 dage, større blandt kvinder end blandt mænd (Figur 3.44). På begge sider af sundet ses de mindste andele blandt de 65-80-årige, mens forekomsten er højest i de yngre aldersgrupper.



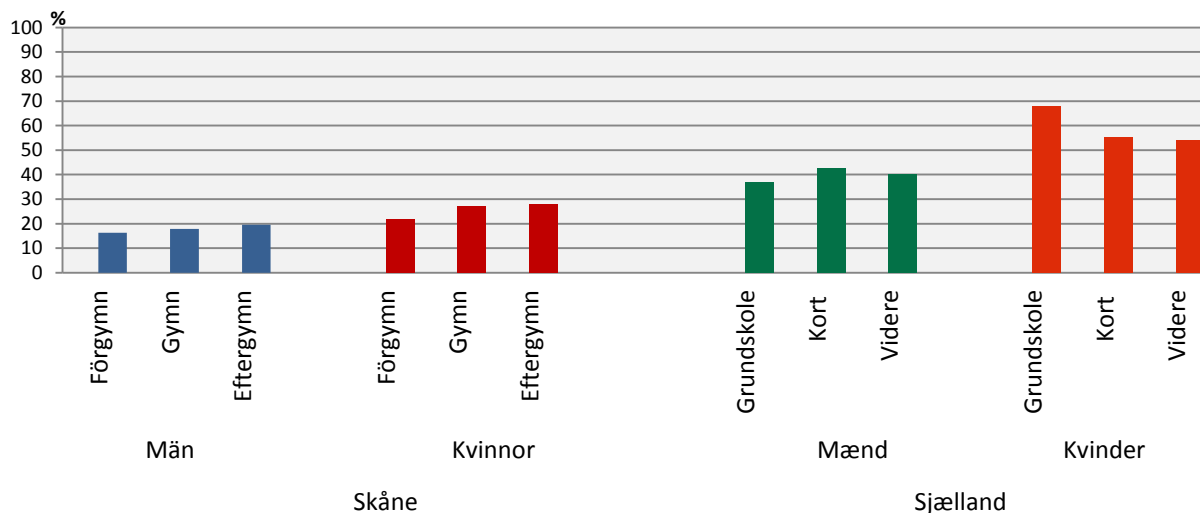
Figur 3.44. Andel mænd og kvinder, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

På begge sider af sundet ses den højeste forekomst af personer, som har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, blandt langtidssygemeldte/førtidspensionister (Figur 3.45). Især skiller forekomsten blandt sjællandske mænd sig ud i forhold til forekomsten i de andre beskæftigelsesgrupper. Blandt skånske mænd og kvinder er forekomsten lavest blandt henholdsvis studerende og arbejdsløse. På Sjælland ses samme mønster.



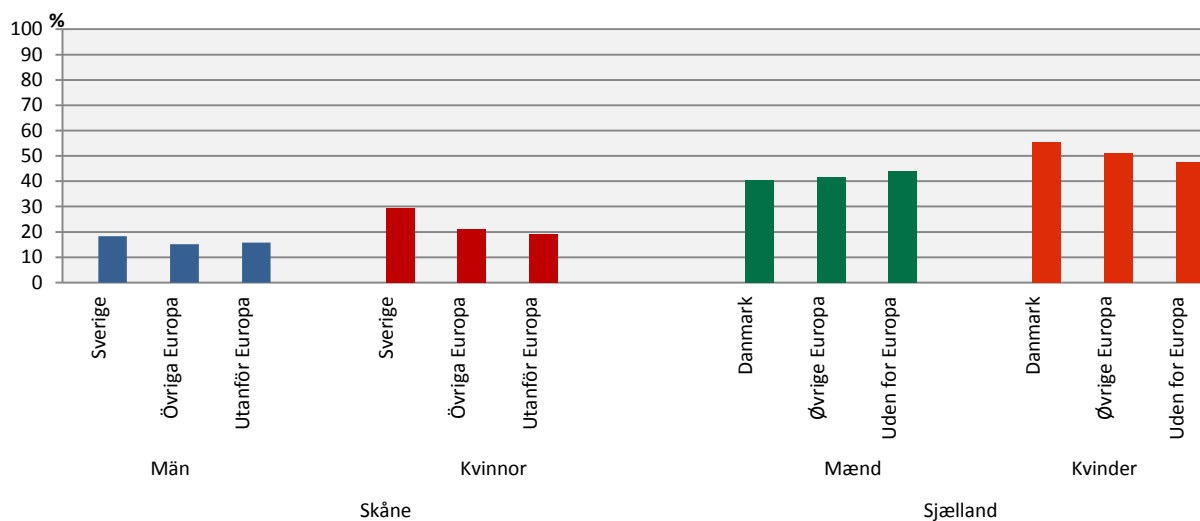
Figur 3.45. Andel mænd og kvinder, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage fordelt på erhvervs-mæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I Skåne stiger andelen, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, med stigende uddannelsesniveau (Figur 3.46). En lignende tendens forekommer ikke blandt sjællandske mænd og kvinder. Andelen af mænd på Sjælland, som bruger medicin mod smerter, er nogenlunde ens blandt de tre uddannelsesgrupper. For sjællandske kvinder er sammenhængen derimod den, at forekomsten falder med stigende uddannelsesniveau.



Figur 3.46. Andel mænd og kvinder, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både blandt skånske og sjællandske kvinder er forekomsten af personer, som tager smertestillende medicin, højest blandt de, der er født i landet og lavest blandt personer født uden for Europa (Figur 3.47). For mændene på Sjælland ses det modsatte billede med den største andel blandt personer født uden for Europa og den mindste andel blandt de danskfødte. For skånske mænd er der ingen klar sammenhæng mellem fødeland og brugen af smertestillende medicin.

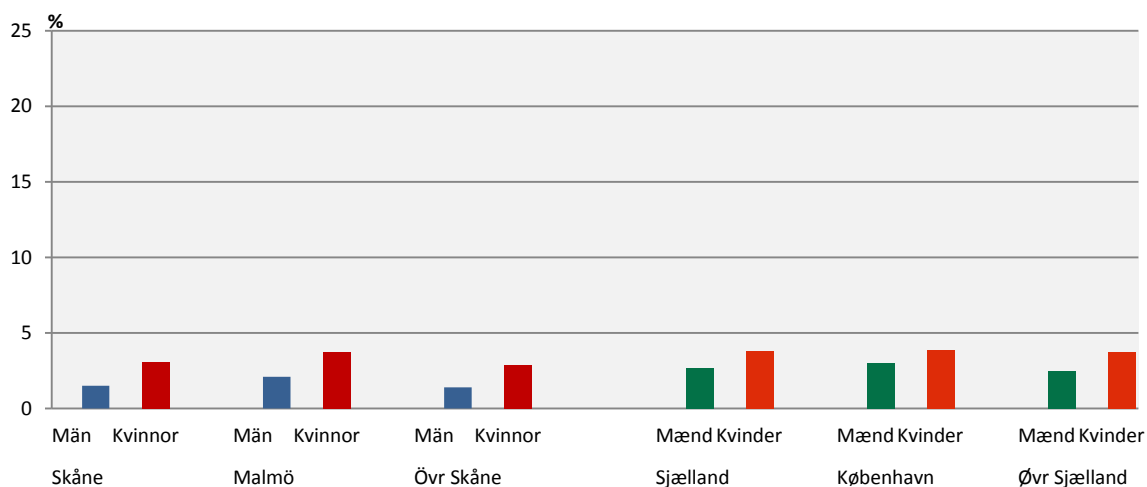


Figur 3.47. Andel mænd og kvinder, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.7.2 Sovemedicin/ Sömnmedel

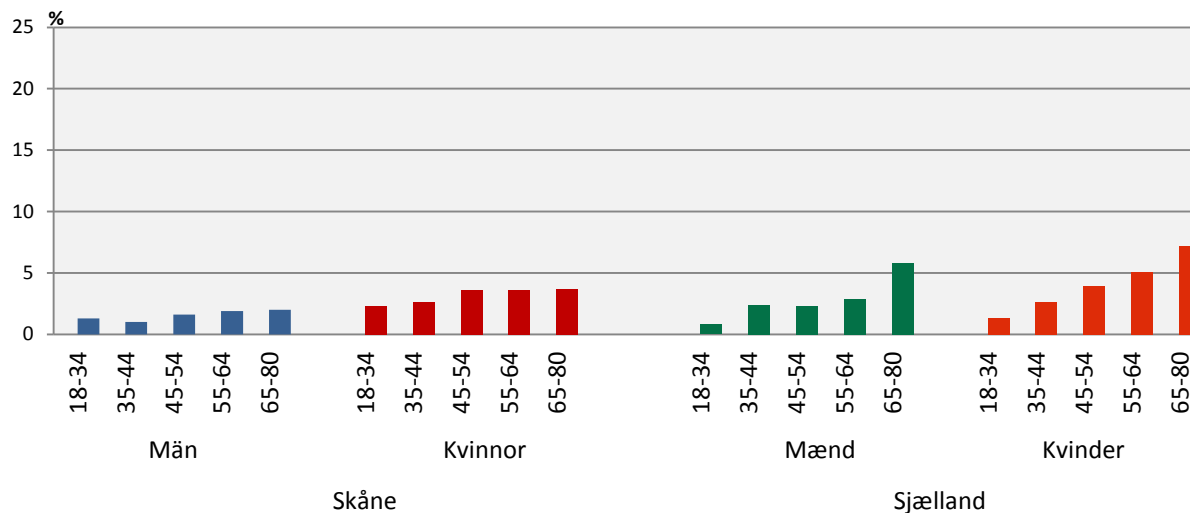
Ligesom for det foregående spørgsmål om selvrapporteret brug af smertestillende medicin, ønskedes det med nærværende spørgsmål at kortlægge forekomsten af personer, som inden for de seneste 14 dage har taget sovemedicin. Som en naturlig forlængelse heraf lægger spørgsmålsformuleringen sig tæt op ad det foregående og lød i Danmark således: **”Har du inden for de seneste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?”**, hvor man i bekræftende tilfælde, ”Ja, sovemedicin”, kunne sætte kryds ud for enten ”Receptmedicin” eller ”Håndkøbsmedicin”. Svenskernes formulering var **”Har Du under de tre senaste månaderna använt något av följande läkemedel eller preparat?”**, hvortil der til svaret ”Sömnmedel” skulle angives ”Nej”, ”Ja, senaste tre månaderna” eller ”Ja, senaste 14 dagerna”. Kun sidstnævnte svarkategori blev medtaget i de videre analyser. Receptmedicin og håndkøbsmedicin til at afhjælpe søvnproblemer blev ligeledes slået sammen i Danmark. *Fordi hverken spørgsmålsformulering eller svarkategorier er identiske i de to lande, kan resultaterne ikke sammenlignes direkte.*

I Skåne har knapt 2 % af mændene og godt 3 % af kvinderne anvendt sovemedicin inden for de seneste 14 dag (Figur 3.48). På Sjælland er andelen blandt mænd og kvinder henholdsvis knapt 3 % og knapt 4 %. Både i Malmø og i det øvrige Skåne rapporterede omkring dobbelt så mange kvinder som mænd, at de anvender sovemedicin. På Sjælland ses lignende kønsforskelle, dog ikke i ligeså udtalt grad.



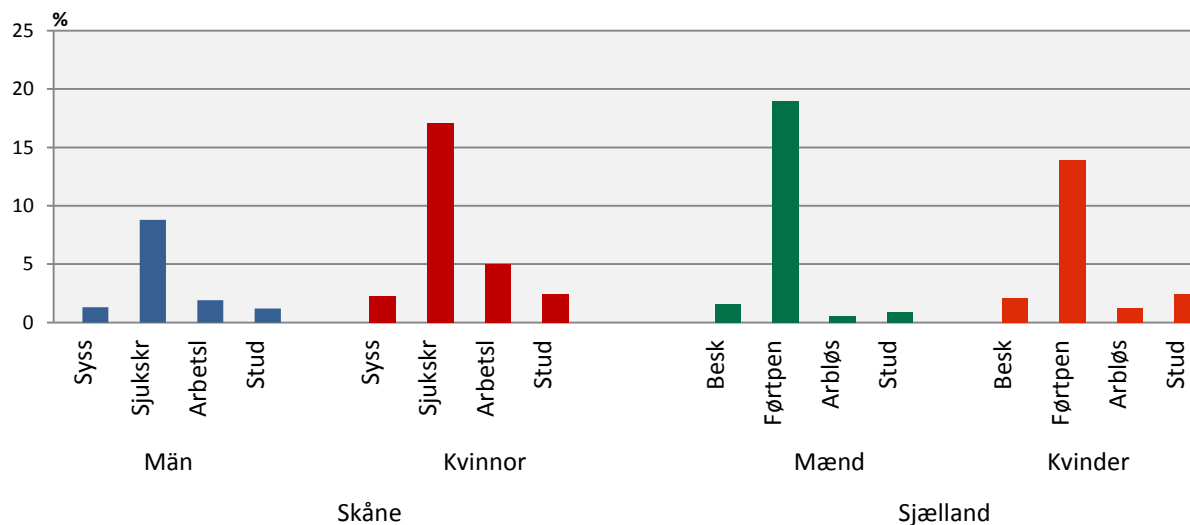
Figur 3.48. Andel mænd og kvinder, der har taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Både i Skåne og på Sjælland er der en sammenhæng mellem alder og andelen, der bruger sovemedicin (Figur 3.49). Jo højere alder, jo større andel sovemedicinbrugere. I alle aldersgrupper er forekomsten højere blandt kvinder end blandt mænd. I Skåne er der ingen nævneværdig forskel i andelen blandt 45-54-årige, 55-64-årige og 65-80-årige, mens forekomsten på Sjælland stiger markant blandt personer i aldersgruppen 65-80 år.



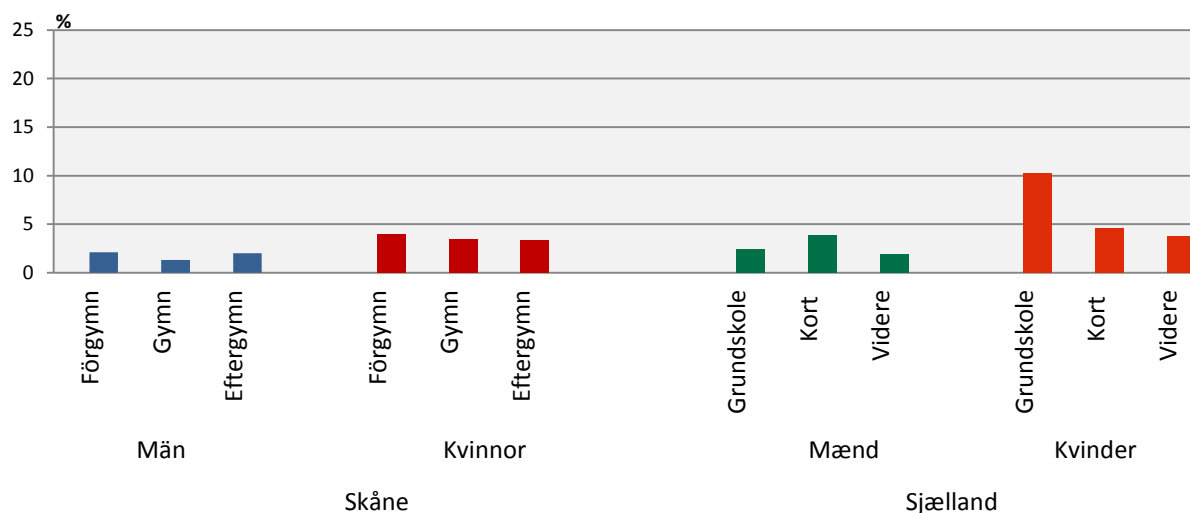
Figur 3.49. Andel mænd og kvinder, der har taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage fordelt på alder i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

På begge sider af sundet er forekomsten af personer, som angiver at have taget sovemedicin, markant højere i gruppen af langtidssygemeldte/førtidspensionister end i de andre beskæftigelsesgrupper (Figur 3.50). På Sjælland er det næsten hver femte førtidspensionerede mand (19 %), som har brugt sovemedicin inden for de seneste 14 dage, mens andelen blandt førtidspensionerede, sjællandske kvinder er noget mindre (14 %). I Skåne ses den omvendte kønstendens blandt langtidssygemeldte med en næsten dobbelt så høj forekomst blandt kvinder (17 %) end blandt mænd (9 %).



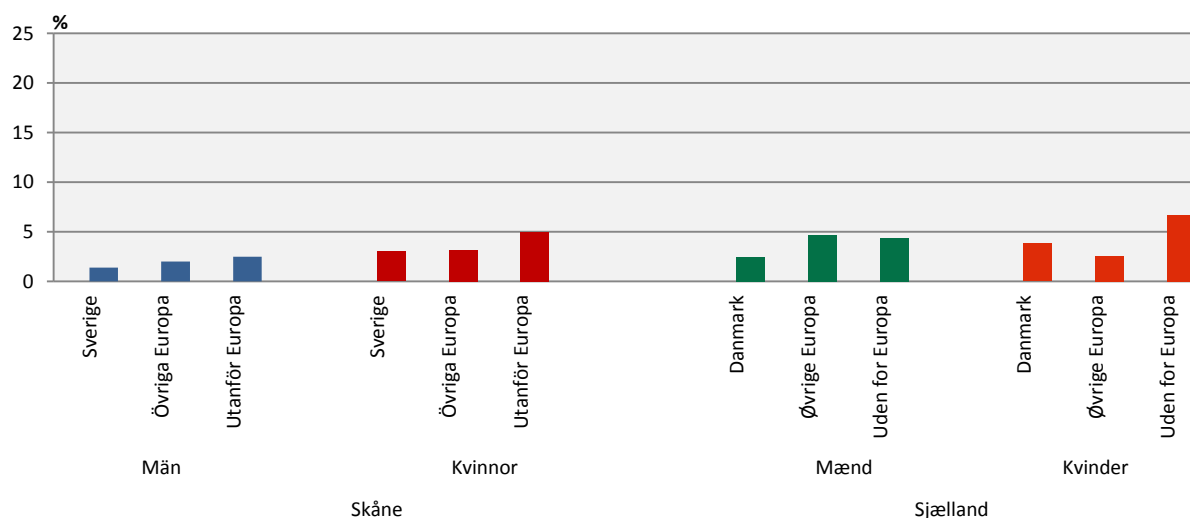
Figur 3.50. Andel mænd og kvinder, der har taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage fordelt på erhvervmæssig stilling i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

Der er ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der har taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage (Figur 3.51). Kun de sjællandske kvinder med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau skiller sig ud ved at have markant højere forekomst af personer (10 %), der anvender medicin for at kunne sove sammenlignet med mænd og kvinder i alle andre uddannelsesgrupper på Sjælland.



Figur 3.51. Andel mænd og kvinder, der har taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage fordelt på uddannelsesniveau i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

I både de svenske og de danske undersøgelser ses der forskelle i brugen af sovemedicin, hvis befolkningen opdeles på fødeland (Figur 3.52). I Skåne ses samme mønster for mænd og kvinder, nemlig det at forekomsten er lavest blandt de svenskfødte personer og højest blandt personer født uden for Europa. En tilsvarende tendens forekommer ikke på Sjælland, hvor mønstret derimod er noget usystematisk.



Figur 3.52. Andel mænd og kvinder, der har taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage fordelt på fødeland i Skåne og på Sjælland i 2012/2013. Ikke-sammenlignelige forekomster på tværs af sundet.

3.8 Sammenfatning/ Sammanfattning

- *I Skåne er andelen med godt selv vurderet helbred en smule større blandt mænd (76 %) end blandt kvinder (73 %), mens der næsten ingen forskel er mellem sjællandske mænd (89 %) og kvinder (88 %).*
- *Mens tendensen i Skåne er, at det selv vurderede helbred er blevet bedre mellem 2000 og 2012/2013 med undtagelse af gruppen af langtidssygemeldte, er forekomsten af personer med et godt selv vurderet helbred stort set uændret på Sjælland.*
- *Personer uden for arbejdsmarkedet har i mindre grad et godt selv vurderet helbred sammenlignet med beskæftigede og studerende. Værst ser det ud for førtidspensionisterne/de langtidssygemeldte både på Sjælland og i Skåne.*
- *Der er tydelige forskelle i det selv vurderede helbred blandt folk født i henholdsvis Danmark og Sverige sammenlignet med både det øvrige Europa og den øvrige verden.*
- *Der er en mindre andel af personer uden for arbejdsmarkedet, som føler sig rolige og afslappede, sammenlignet med beskæftigede, og den mindste forekomst ses blandt førtidspensionister/langtidssygemeldte.*
- *Andelen, der har følt sig rolige og afslappede, stiger med stigende uddannelsesniveau både blandt mænd og kvinder.*
- *En større andel mænd angiver, at de har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger, sammenlignet med kvinder.*
- *Forekomsten af personer, som har følt sig fulde af energi i de sidste 4 uger, stiger med stigende uddannelsesniveau.*
- *Andelen, der i de sidste 4 uger har følt sig trist til mode, er større blandt kvinder end blandt mænd. I Malmø ses en højere forekomst af personer, som føler sig trist til mode, end i det øvrige Skåne, en tilsvarende forskel mellem København og det øvrige Sjælland ses ikke.*
- *Det er mindst udbredt at føle sig trist til mode blandt personer, der er i arbejde. Den største andel, der har følt sig trist til mode, ses blandt personer uden for arbejdsmarkedet, med den største andel i gruppen af langtidssygemeldte/førtidspensionister.*
- *På begge sider af Øresund falder andelen, der har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger, med stigende uddannelsesniveau.*
- *På begge sider af Øresund er der sammenhæng mellem fødeland og oplevelsen af at have følt sig trist til mode i de sidste 4 uger, med den laveste forekomst blandt personer født i henholdsvis Sverige og Danmark og den højeste blandt de, der er født i den øvrige verden.*
- *Der er ikke de store forskelle mellem Skåne og Sjælland i andelen, som får ikke nok søvn til at føle sig udhvilet. Andelen er steget i perioden 2000 til 2012/2013, særligt tydeligt blandt kvinder.*

- *Andelen, der svarer, at de aldrig eller næsten aldrig får tilstrækkeligt med søvn, falder med stigende uddannelsesniveau.*
- *Forekomsten af overvægt og svær overvægt er højere blandt skånske mænd (44 % og 15 %) og kvinder (29 % og 14 %) end blandt sjællandske mænd (38 % og 13 %) og kvinder (26 % og 13 %).*
- *For hele Skåne er tendensen den, at forekomsten af både overvægt og særligt svær overvægt er steget blandt begge køn i perioden 2000 til 2012/2013. Samme tendens ses også blandt sjællandske kvinder og mænd, undtaget blandt mænd i København.*
- *I begge lande falder forekomsten af overvægt og svær overvægt med stigende uddannelsesniveau.*
- *I alle aldersgrupper er andelen, der har brugt medicin mod smerter inden for de seneste 14 dage, større blandt kvinder end blandt mænd. Forekomsten er højest i de yngre aldersgrupper.*
- *På begge sider af sundet ses den højeste forekomst af personer, som har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, blandt langtidssygemeldte/førtidspensionister.*
- *I Skåne stiger andelen, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, med stigende uddannelsesniveau. En lignende tendens forekommer ikke blandt sjællandske mænd og kvinder.*
- *Både blandt skånske og sjællandske kvinder er forekomsten af personer, som tager smertestillende medicin, højest blandt de, der er født i landet og lavest blandt personer født i den øvrige verden.*
- *Andelen, der har brugt sovemedicin inden for de seneste 14 dage, er større blandt kvinder end blandt mænd. Jo højere alder, jo større andel sovemedicinbrugere.*
- *På begge sider af sundet er forekomsten af personer, som angiver at have taget sovemedicin, markant højere i gruppen af langtidssygemeldte/førtidspensionister end i de andre beskæftigelsesgrupper.*

4 Levnadsvanor/ Sundhedsadfærd

Risken för insjuknande och dödlighet i folksjukdomar såsom hjärtkärlsjukdom, stroke och cancer hänger samman med våra levnadsvanor. Val av livsstil och hälsobeteende kan förefalla vara något man väljer själv, men det är inte fullt så enkelt. Tobaksrökning, kostvanor och fysisk aktivitet följer sociala mönster (utifrån yrke, utbildning, inkomst) och riskabla levnadsvanor är vanligare i socialt mera utsatta grupper.

4.1 Tobak

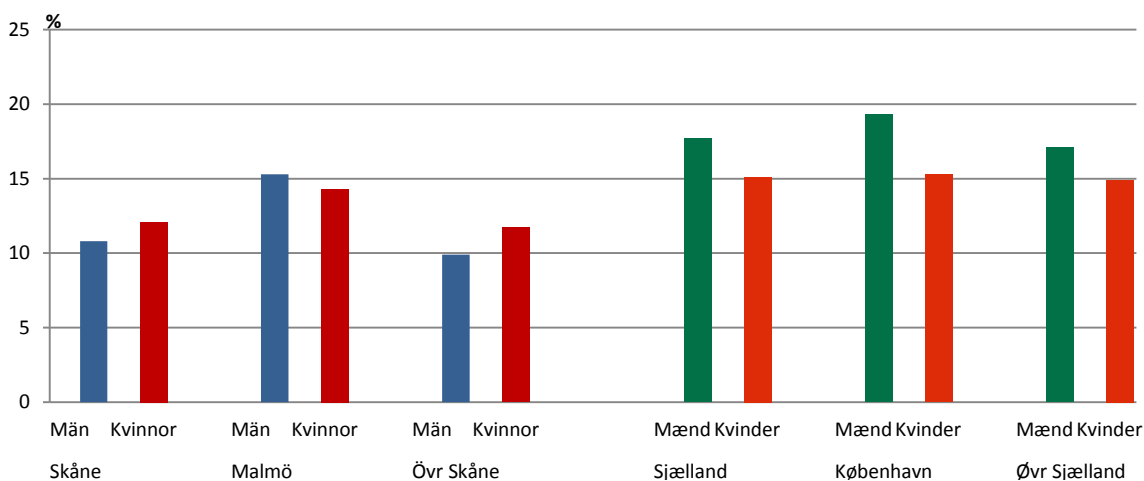
Tobaksrökning ökar risken för bland annat hjärtinfarkt, stroke, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och lungcancer. Andelen rökare har i många år varit större i Danmark än i Sverige, vilket avspeglats i en högre tobaksrelaterad dödlighet och kortare medellivslängd bland danskarna. På senare år har andelen rökare minskat i båda länderna, men med en större minskning i Danmark än i Sverige.

I följande avsnitt redovisas fyra indikatorer för tobaksbruk.

4.1.1 Daglig rökning/ Daglig rygning

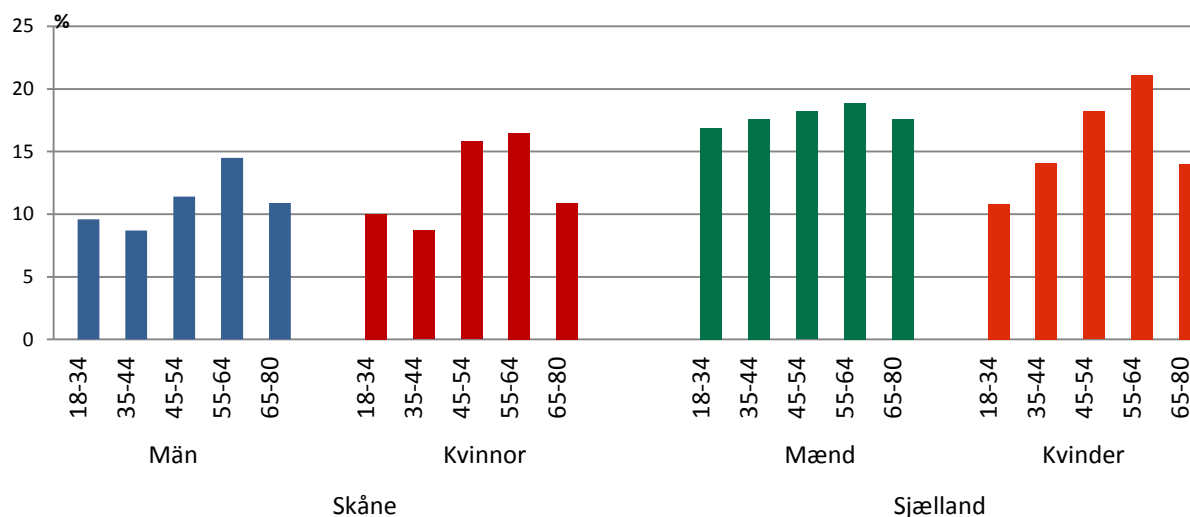
I den skånska enkäten ställdes frågan ”**Röker Du?**” med svarsalternativen ”Ja, dagligen”, ”Ja, men inte alla dagar” och ”Nej”. I den danska enkäten ställdes motsvarande fråga ”**Ryger du?**” med svarsalternativen ”Ja, hver dag”, ”Ja, mindst en gang om ugen”, ”Ja, sjældnere end hver uge”, ”Nej, jeg er holdt op” och ”Nej, jeg har aldrig røget”. I båda enkäterna indikerar det första svarsalternativet daglig rökning.

Andelen dagligrökare är mindre i Skåne än på Själland bland både män och kvinnor. I Skåne röker 11 % av männen och 12 % av kvinnorna dagligen, medan motsvarande siffror för Själland är 18 % bland män och 15 % bland kvinnor (Figur 4.1). Det är vanligare att män och kvinnor är dagligrökare i Malmö jämfört med övriga Skåne. Det är också vanligare att män i Köpenhamn röker dagligen jämfört med män på övriga Själland, medan motsvarande mönster inte ses för danska kvinnor.



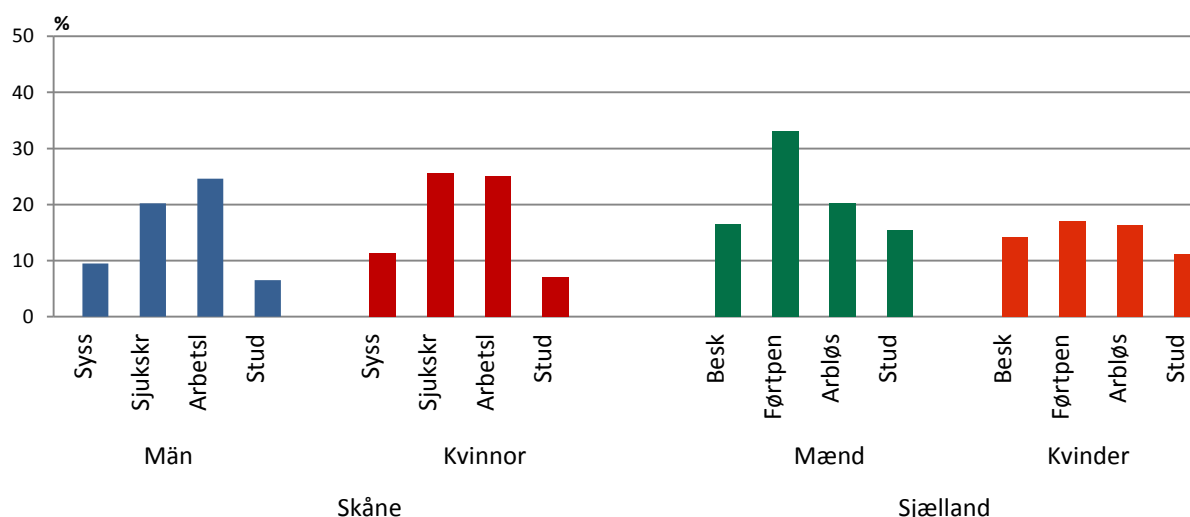
Figur 4.1. Andel dagligrökande män och kvinnor fördelat på geografiskt område i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Dagligrökning är vanligare på Själland än i Skåne i samtliga åldersgrupper (Figur 4.2). Bland kvinnor är andelen dagligrökare störst i åldersgrupperna 45-54 och 55-64 år på båda sidor sundet. Mönstret är likartat för skånska män, medan åldersfördelningen är betydligt jämnare bland män på Själland. Minst andel ses bland skånska män och kvinnor i åldern 35-44 år och bland danska kvinnor i åldern 18-34 år.



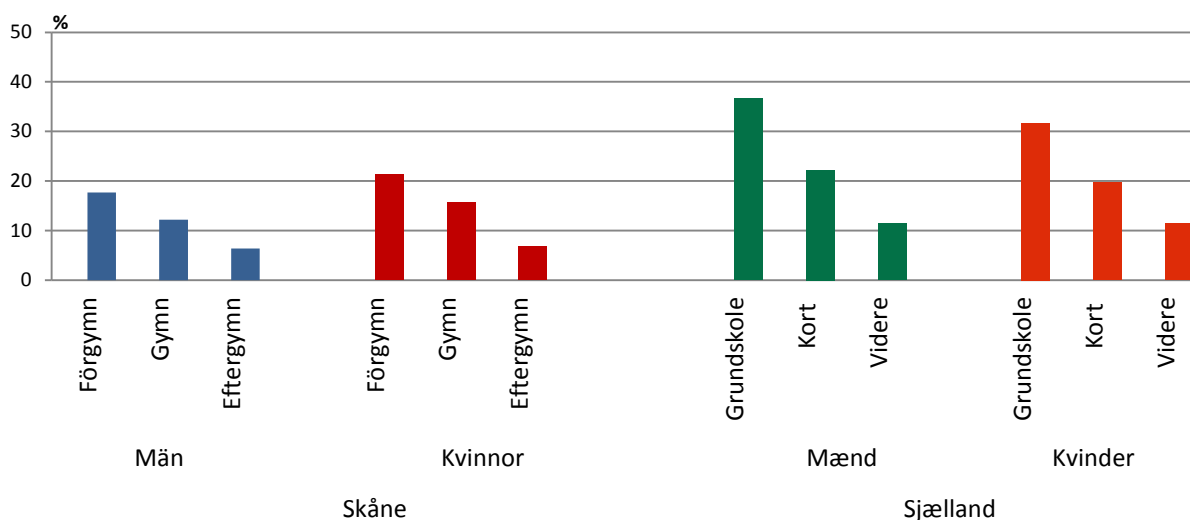
Figur 4.2. Andel dagligrökande män och kvinnor fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Andelen dagligrökare är störst bland sjukskrivna (personer med långtidssjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning) i Skåne och förtidspensionärer på Själland samt bland arbetslösa män och kvinnor på båda sidor sundet (Figur 4.3). Minst andel dagligrökare återfinns bland studerande och personer sysselsatta på arbetsmarknaden.



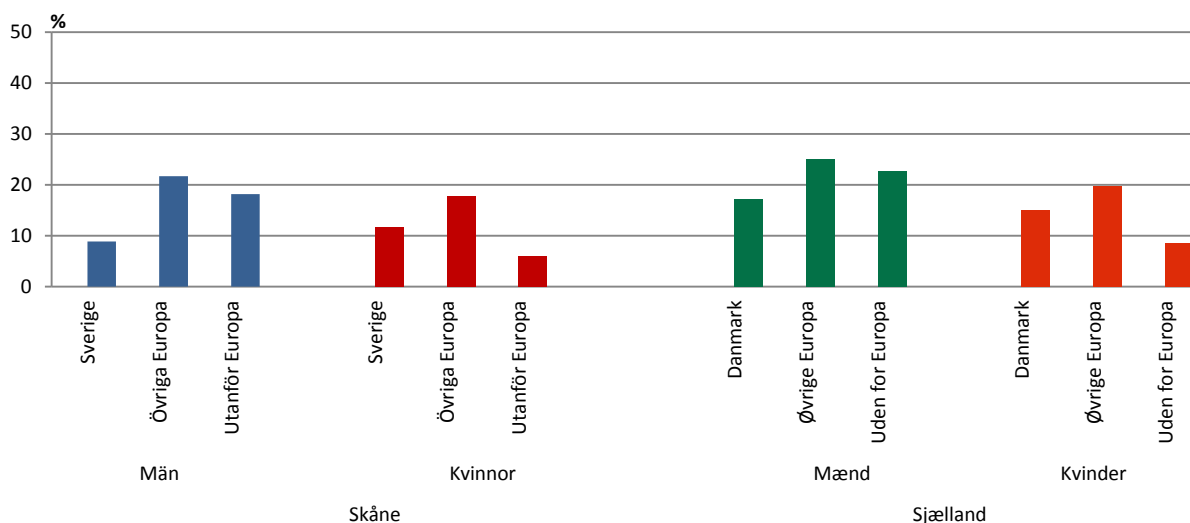
Figur 4.3. Andel dagligrökande män och kvinnor fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

När det gäller utbildningsnivå ses en tydlig gradient på båda sidor sundet, med störst andel dagligrökare bland dem med kortast utbildning (Figur 4.4). Bland män i Skåne är andelen dagligrökare 18 % i gruppen med förgymnasial utbildning jämfört med 6 % bland män med eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffror bland män på Själland är 37 % respektive 11 %. Bland kvinnor i Skåne är andelen dagligrökare 21 % i gruppen med förgymnasial utbildning och 7 % i gruppen med eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffror för kvinnor på Själland är 32 % och 11 %.



Figur 4.4. Andel dagligrökande män och kvinnor fördelat på utbildningsnivå i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

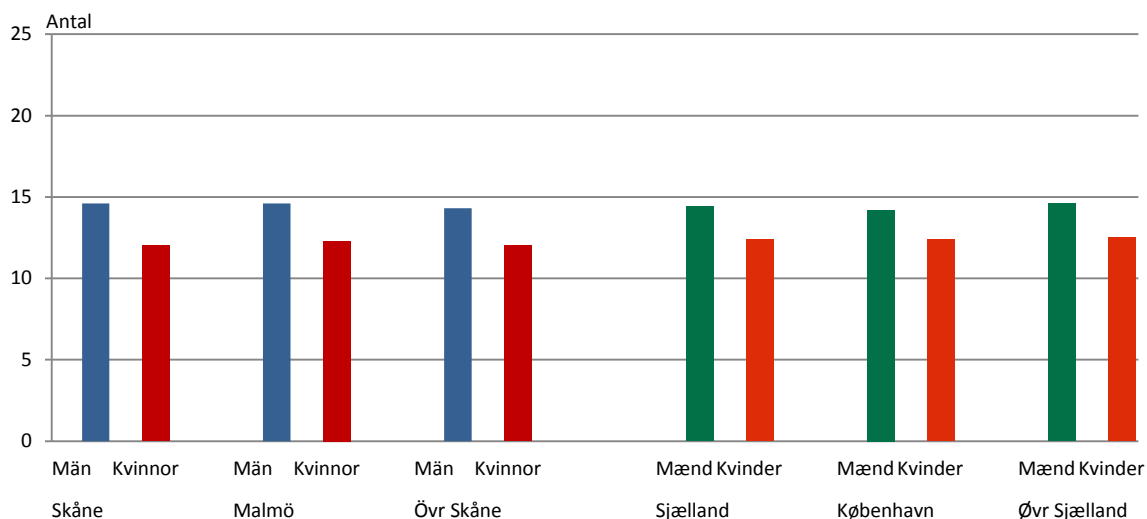
Dagligrökning är också tydligt associerad med födelseland på båda sidor sundet (Figur 4.5). Minst andel dagligrökare återfinns bland inrikesfödda män och bland kvinnor födda utanför Europa. Störst andel dagligrökare återfinns bland personer födda i Europa men utanför Sverige respektive Danmark.



Figur 4.5. Andel dagligrökande män och kvinnor fördelat på födelseland i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

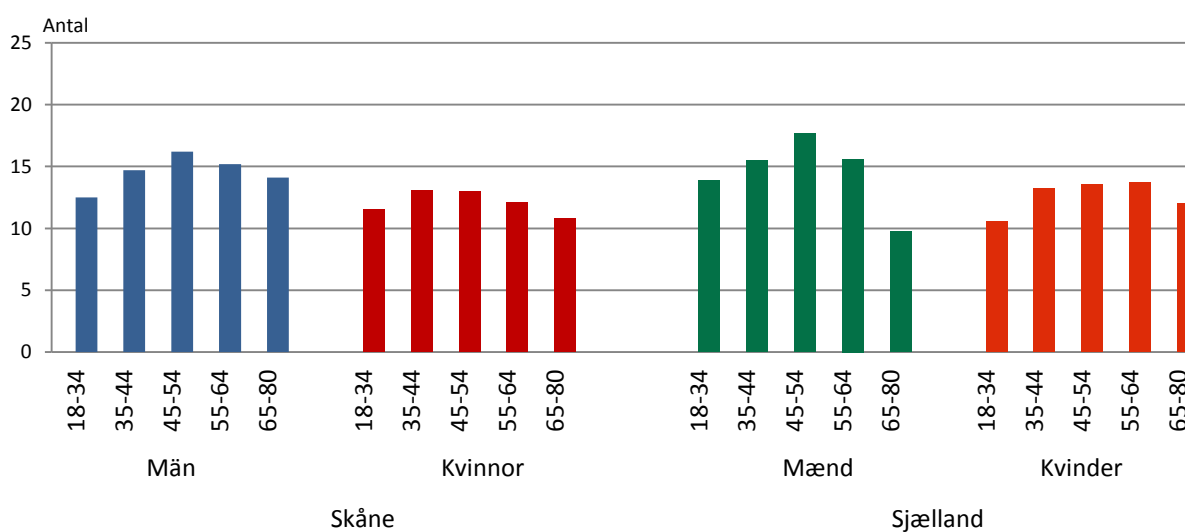
4.1.2 Antal cigaretter dagligen/ Antal cigaretter om dagen

Dagligrökare fick år 2012/2013 en följdfråga om hur många cigaretter de röker i genomsnitt per dag. Det finns inga skillnader mellan Skåne och Själland i genomsnittligt antal rökta cigaretter per dag bland dagligrökarna (Figur 4.6). Männerna röker i genomsnitt 14 cigaretter och kvinnorna 12 cigaretter per dag på båda sidor sundet.



Figur 4.6. Genomsnittligt antal cigaretter per dag bland dagligrökande män och kvinnor, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Det finns ett visst samband mellan antal cigaretter per dag bland dagligrökare och ålder (Figur 4.7). Både bland män och bland kvinnor i Skåne och på Sjælland är antalet rökta cigaretter per dag något större i åldersgrupperna 35-44, 45-54 och 55-64 år jämfört med övriga åldersgrupper.

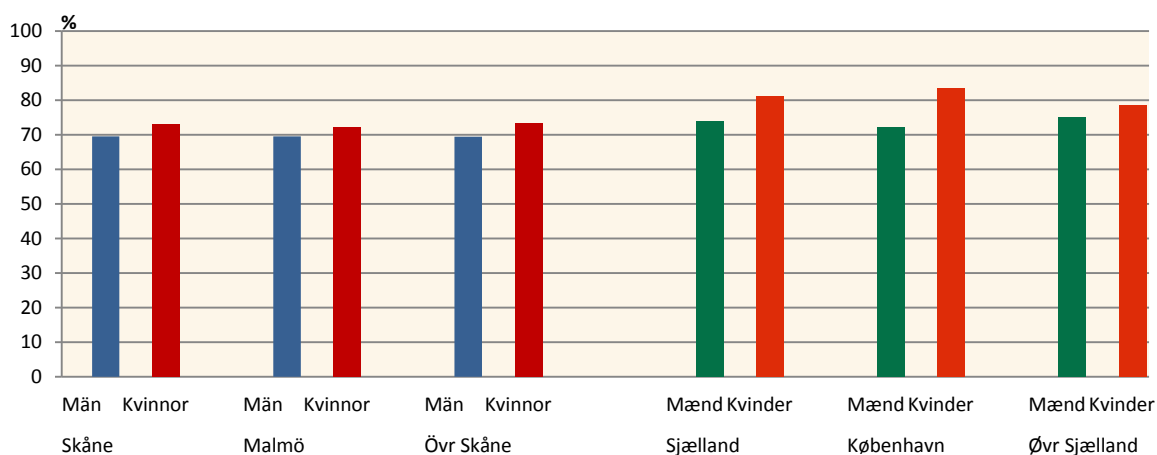


Figur 4.7. Genomsnittligt antal cigaretter per dag bland dagligrökande män och kvinnor, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

4.1.3 Vill sluta röka/ Vil gerne holde op med at ryge

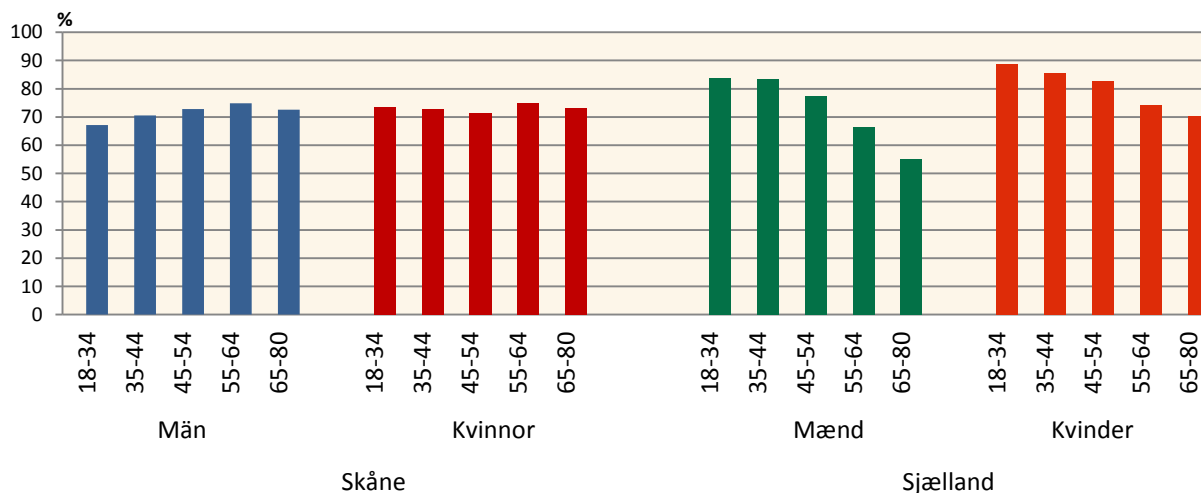
I den skånska enkäten ställdes frågan **Vill du sluta röka?** med svarsalternativen ”Röker ej”, ”Ja, och jag tror att jag kan klara det själv”, ”Ja, men jag behöver stöd” och ”Nej”. Det andra och det tredje alternativet indikerar en vilja att sluta röka. I den danska enkäten ställdes frågan **Vil du gerne holde op med at ryge?** till enbart rökare med svarsalternativen ”Nej”, ”Ja, men jeg har ikke planlagt hvornor”, ”Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder” och ”Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned”, där de tre senare alternativen indikerar en vilja att sluta röka. *Dessa frågor anses vara någorlunda jämförbara även om formulering och svars kategorier inte är identiska.*

Andelen som vill sluta röka är något större bland män och kvinnor på Själland jämfört med män och kvinnor i Skåne (Figur 4.8). På Själland anger 74 % av männen och 81 % av kvinnorna att de vill sluta röka, motsvarande siffror i Skåne är 70 % av männen och 73 % av kvinnorna.



Figur 4.8. Andel rökare som vill sluta röka bland män och kvinnor, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

I Skåne är viljan att sluta röka i mycket liten utsträckning relaterad till ålder, medan det på Själland finns ett tydligt samband med ålder på så vis att viljan att sluta röka avtar med stigande ålder bland både män och kvinnor (Figur 4.9).

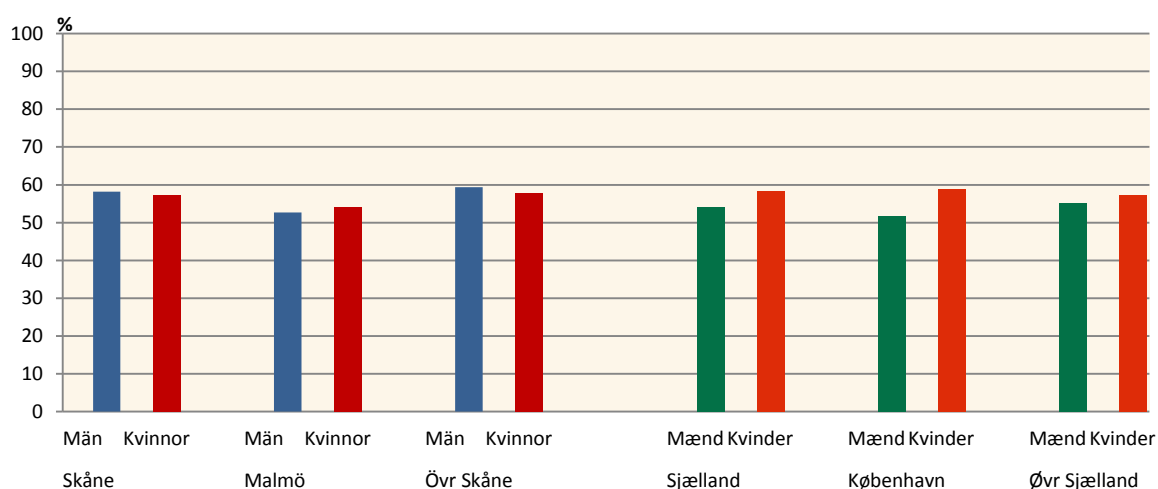


Figur 4.9. Andel rökare som vill sluta röka bland män och kvinnor, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

4.1.4 Slutat röka/ Er holdt op med at ryge

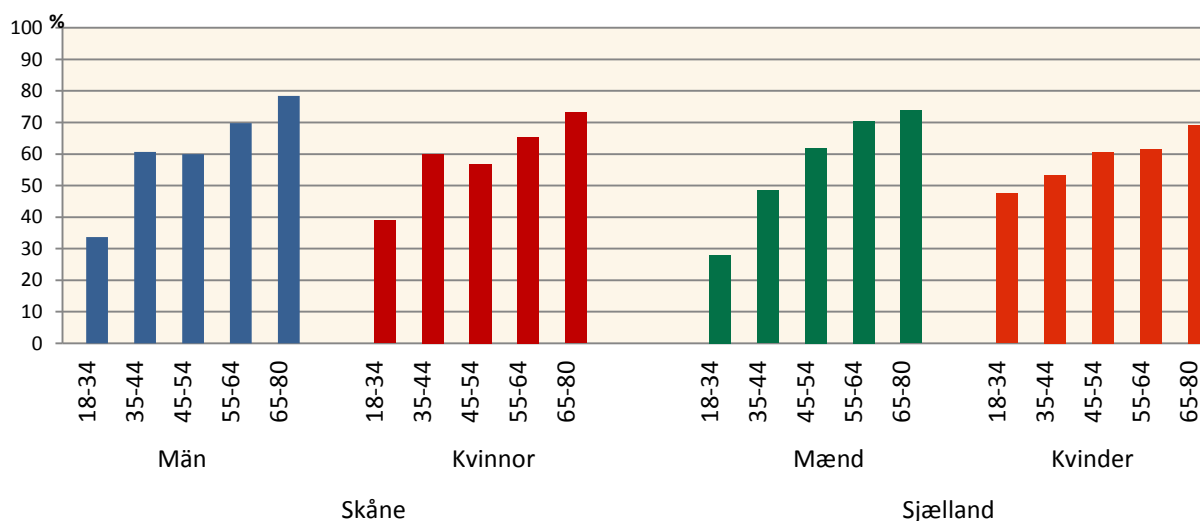
I den skånska enkäten fick icke rökare följdfrågan ”Har du tidigare rökt dagligen under minst sex månader?” med svarsalternativen ”Ja” och ”Nej”. I den danska enkäten var ett av svarsalternativen till frågan ”Ryger du?” ”Nej, jeg er holdt op”. Andelen som slutat röka i gruppen nuvarande och tidigare rökare (”ever-smokers”) räknades fram. Dessa frågor anses vara någorlunda jämförbara även om formulering och svarsalternativ inte är identiska.

Mer än hälften av alla manliga och kvinnliga ”ever-smokers” har slutat röka på båda sidor sundet (Figur 4.10). I Skåne är skillnaden mellan män och kvinnor obetydlig (58 % män, 57 % kvinnor), medan det finns en viss skillnad mellan män (54 %) och kvinnor (58 %) på Själland. Malmö har slutat röka i något lägre utsträckning jämfört med män och kvinnor i resten av Skåne. På motsvarande sätt har män boende i Köpenhamn slutat röka i något lägre utsträckning än män på övriga Själland. Denna geografiska skillnad ses inte för danska kvinnor.



Figur 4.10. Andel män och kvinnor som har slutat röka av alla som någonsin rökt, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Andelen som slutat röka är starkt åldersberoende, med störst andelar bland de äldsta både i Skåne och på Sjælland (Figur 4.11).



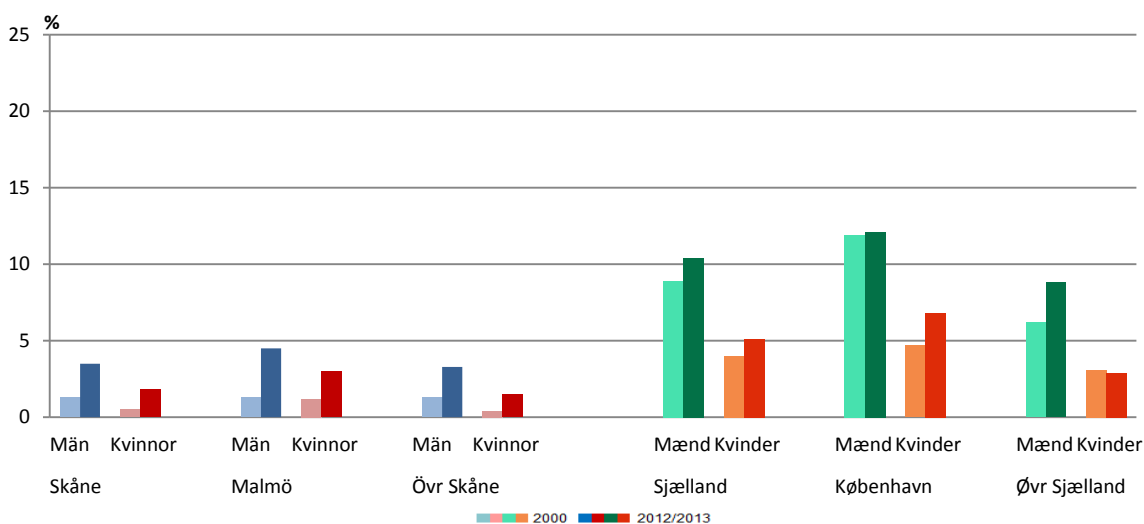
Figur 4.11. Andel män och kvinnor som har slutat röka av alla som någonsin rökt, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

4.2 Hasch/ Hash

Cannabis (hasch eller marijuana) är den vanligaste illegala drogen i västvärlden. Den konsumeras främst av tonåringar och yngre vuxna som dessutom är mer sårbara för dess skadliga effekter. Cannabis försämrar bland annat tankefunktioner som minne, koncentration, uppmärksamhet, analys- och planeringsförmåga och ruset kan utlösa hjärtinfarkt, stroke och akut psykos.

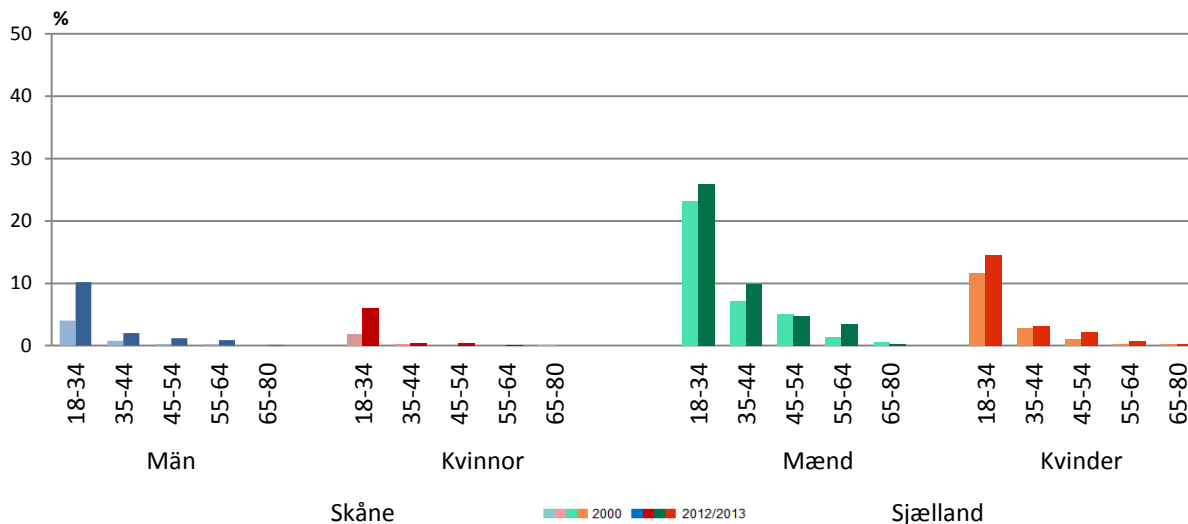
I den skånska enkäten ställdes frågan **”Har du någonsin rökt hasch eller marijuana?”** med svarsalternativen ”Nej”, ”Ja, inom den senaste månaden”, ”Ja, inom det senaste året” och ”Ja, för mer än ett år sedan”. I den danska enkäten ställdes frågan **”Har du nogensinde prøvet et eller flere af følgende stoffer?”** med svarsalternativen ”Nej”, ”Ja, inden for den seneste måned”, ”Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)”, ”Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)”. I både den svenska och den danska enkäten indikerar det andra och det tredje svarsalternativet att man rökt hasch/ marijuana under det senaste året.

Det är betydligt vanligare att ha rökt hasch/ marijuana under det senaste året på den danska sidan av sundet (Figur 4.12). På Själland uppgav 10 % av männen och 5 % av kvinnorna att de rökt hasch/ marijuana under det senaste året vid undersökningen år 2013, medan motsvarande andelar i Skåne var 3,5 % bland män och knappt 2 % bland kvinnor år 2012. Användningen av hasch/ marijuana har sedan 2000 ökat på båda sidor av Öresund. Nivån ligger lägre i Skåne, men den relativa ökningen i Skåne är större än på Själland. Det är något vanligare att röka hasch/marijuana i storstäderna Malmö/ Köpenhamn jämfört med övriga Skåne respektive Själland.



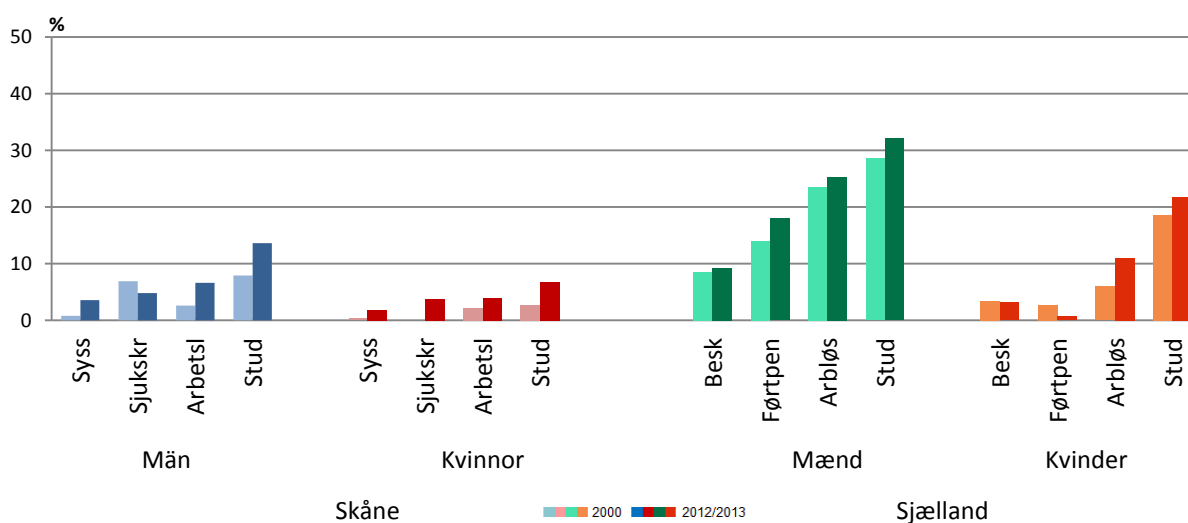
Figur 4.12. Andel män och kvinnor i som rökt hasch/ marijuana under det senaste året, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Rökning av hasch/marijuana är överlägset vanligast i den yngsta åldersgruppen (Figur 4.13). Bland personer 18-34 år uppgav 10 % av männen och 6 % av kvinnorna i den skånska enkäten år 2012 att de rökt hasch/ marijuana under det senaste året. Motsvarande siffror för den yngsta åldersgruppen på Själland var 26 % bland män och 15 % bland kvinnor år 2013.



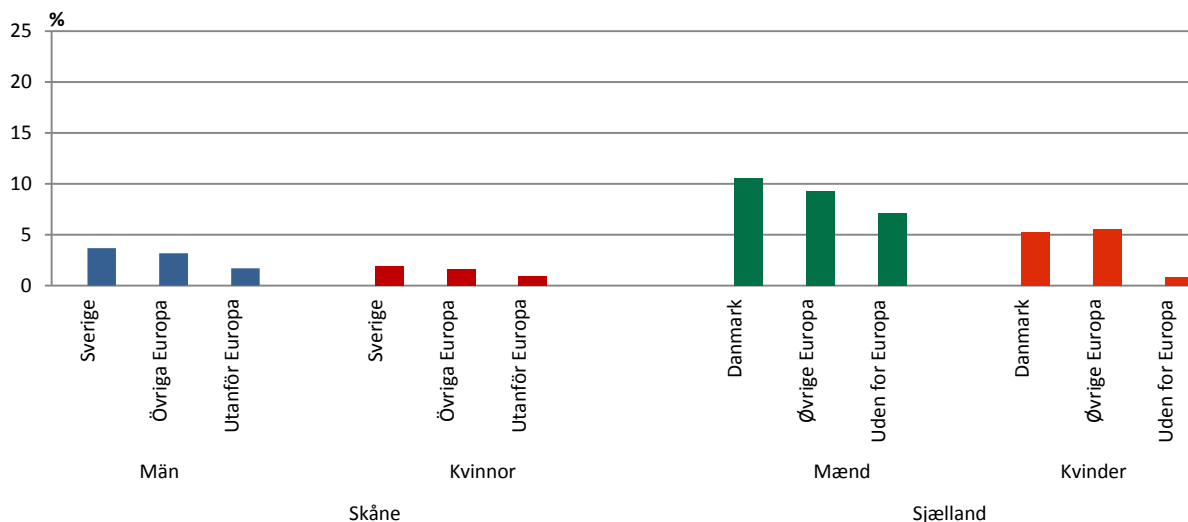
Figur 4.13. Andel män och kvinnor i som rökt hasch/ marijuana under det senaste året, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Själland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Rökning av hasch/marijuana under det senaste året är generellt sett vanligast bland personer utanför arbetsmarknaden, med störst andelar bland studerande män och kvinnor både i Skåne och på Själland (Figur 4.14). Andelen som använt hasch/marijuana under det senaste året har ökat i de flesta socioekonomiska grupper sedan undersökningarna år 2000.



Figur 4.14. Andel män och kvinnor i som rökt hasch/ marijuana under det senaste året, fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Själland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Inrikesfödda män har oftare rökt hasch/marijuana under det senaste året än män födda utomlands (Figur 4.15). Bland kvinnor är andelarna ungefär lika stora för inrikesfödda som för kvinnor födda i övriga Europa. Minst andel ses bland män och kvinnor födda utanför Europa.



Figur 4.15. Andel män och kvinnor i som rökt hasch/ marijuana under det senaste året, fördelat på födelseländ i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

4.3 Alkohol

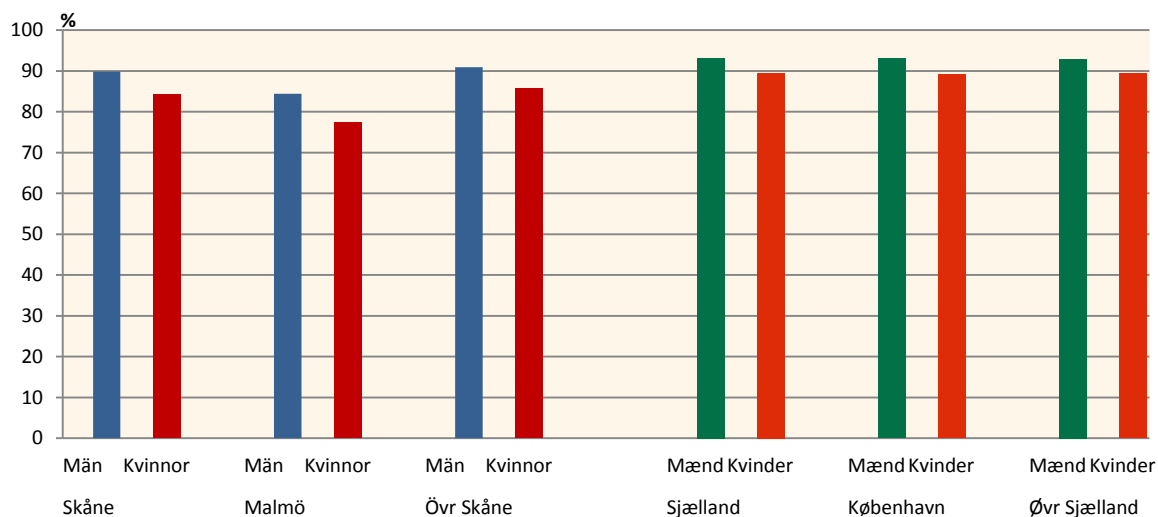
Alkohol har tillsammans med tobak stort inflytande på folkhälsan. Ett stort alkoholintag ökar risken för bland annat cancer, leversjukdom, mag-tarmsjukdom, beroendeproblematik och fosterpåverkan. Alkoholkonsumtionen har under många år varit högre i Danmark än i Sverige, vilket resulterat i en högre alkoholrelaterad dödlighet och bidragit till en kortare medellivslängd i Danmark jämfört med Sverige.

I följande avsnitt redovisas tre indikatorer för bruk av alkohol.

4.3.1 Alkohol senaste året/ Alkohol inden for det seneste år

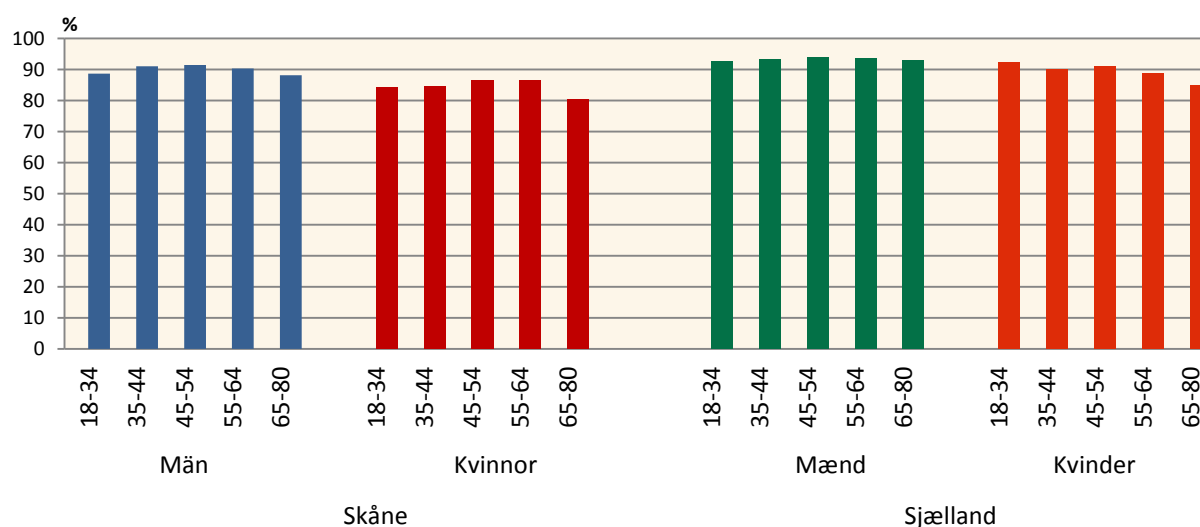
I den skånska enkäten 2012 ställdes frågan ”Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?” med svarsalternativen ”4 gånger/vecka eller mer”, ”2-3 gånger/vecka”, ”2-4 gånger/månad”, ”1 gång/månad eller mer sällan” och ”Aldrig”. De fyra första alternativen indikerar alkoholkonsumtion under det senaste året. I den danska enkäten 2013 ställdes frågan ”Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?” med svarsalternativen ”Ja” och ”Nej”. Dessa frågor anses vara någorlunda jämförbara även om formulering och svarskategorier inte är identiska.

En stor majoritet svarade att de druckit alkohol under det senaste året på båda sidor sundet, dock en något större andel på den danska sidan (Skåne 90 % män, 84 % kvinnor; Själland 93 % män, 90 % kvinnor) (Figur 4.16). Andelen är mindre i Malmö jämfört med övriga Skåne för både män och kvinnor medan man inte ser motsvarande skillnad mellan Köpenhamn och övriga Själland.



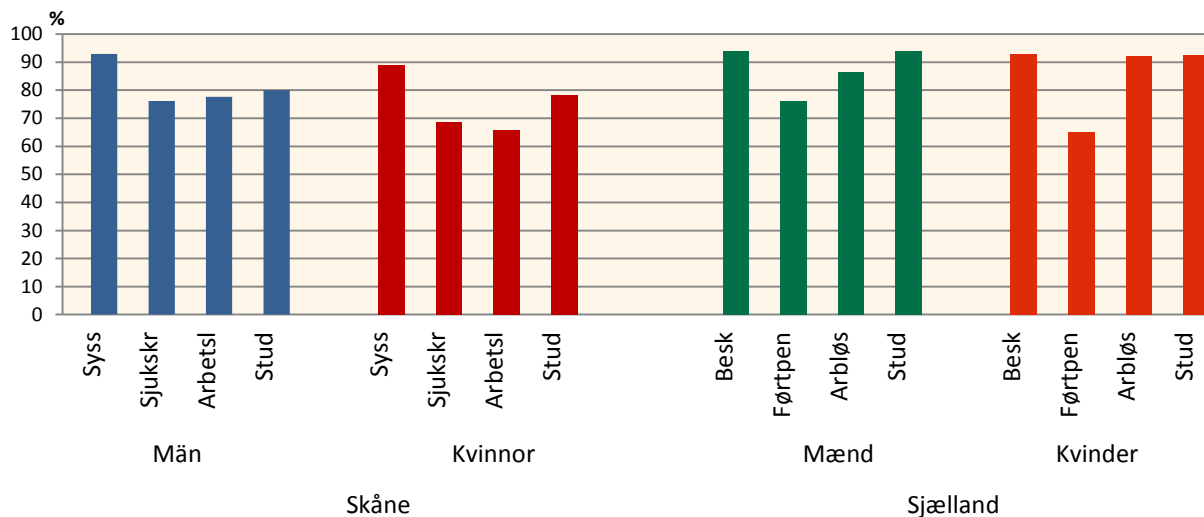
Figur 4.16. Andel män och kvinnor i som druckit alkohol under det senaste året, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

De äldsta kvinnorna på båda sidor sundet har i lägst utsträckning svarat att de druckit alkohol under det senaste året, men i övrigt ses inga större skillnader mellan olika åldersgrupper (Figur 4.17).



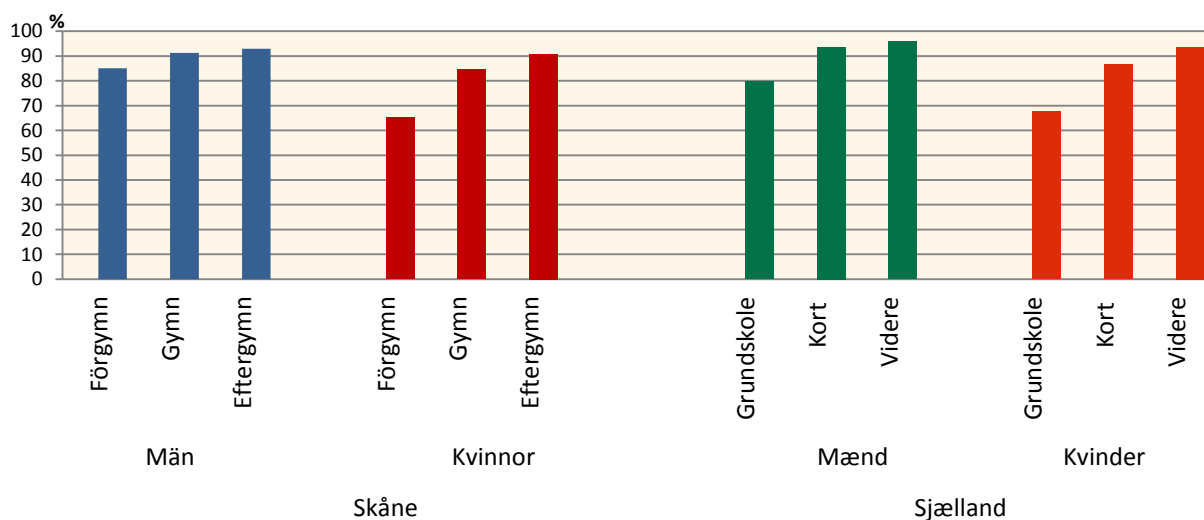
Figur 4.17. Andel män och kvinnor i som druckit alkohol under det senaste året, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

I Skåne är andelen som druckit alkohol under det senaste året störst bland män och kvinnor sysselsatta på arbetsmarknaden (Figur 4.18). På Själland är andelen lika stor bland studerande som bland dem med sysselsättning på arbetsmarknaden. Minst andel som druckit alkohol under senaste året ses i Skåne bland personer med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning samt bland arbetslösa män och kvinnor, och på Själland bland förtidspensionerade män och kvinnor.



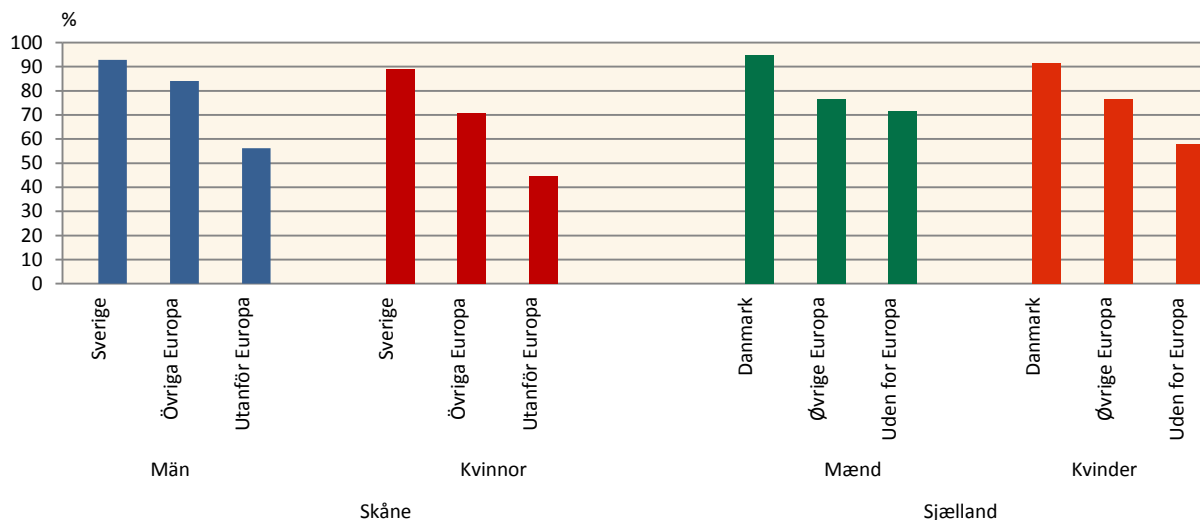
Figur 4.18. Andel män och kvinnor i som druckit alkohol under det senaste året, fördelat på socio-ekonomiska grupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Man ser en utbildningsgradient för alkoholanvändning både i Skåne och på Själland, där högutbildade i högst utsträckning svarat att de druckit alkohol under det senaste året (Figur 4.19).



Figur 4.19. Andel män och kvinnor i som druckit alkohol under det senaste året, fördelat på utbildningsnivå i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Födelseland har också ett starkt samband med alkoholkonsumtion (Figur 4.20). Både i Skåne och på Sjælland anger inrikesfödda män och kvinnor i högre utsträckning att de druckit alkohol under det senaste året än utrikesfödda. Minst andel som druckit alkohol under det senaste året ses bland män och kvinnor födda utanför Europa.

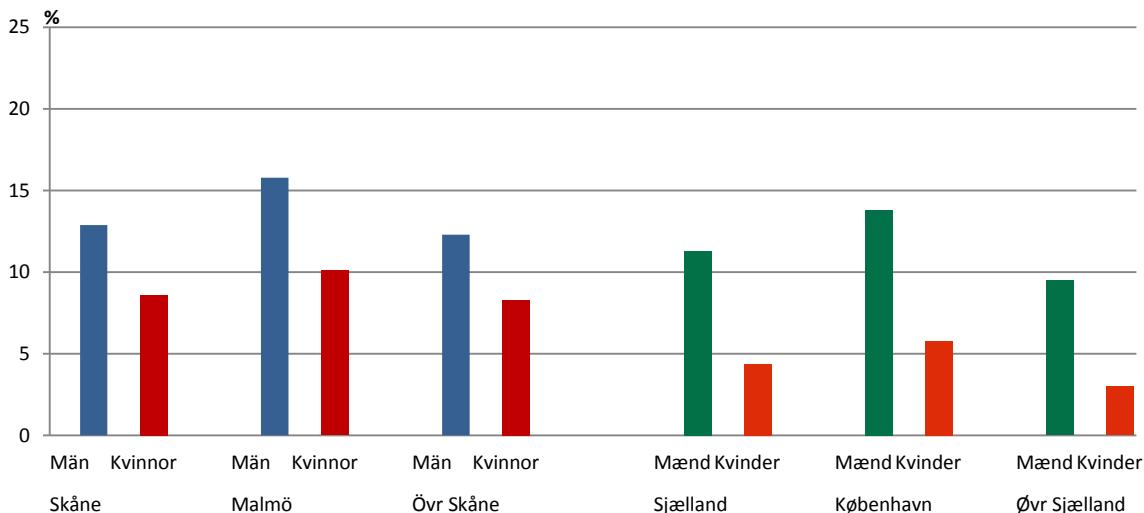


Figur 4.20. Andel män och kvinnor i som druckit alkohol under det senaste året, fördelat på födelseland i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

4.3.2 Tecken på alkoholproblem (CAGE)/ Tegn på alkoholproblemer (CAGE)

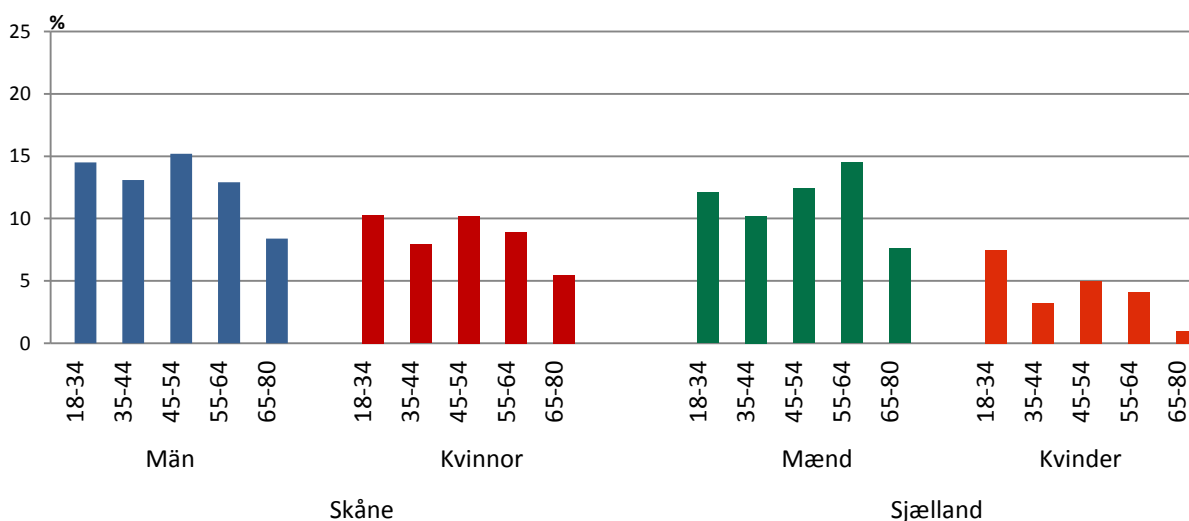
Tecken på alkoholproblem mättes med fyra frågor enligt CAGE (Cut down- Annoyed- Guilty- Eye-opener). I den skånska enkäten år 2012 formulerades frågorna så här: **”Har du under de senaste tolv månaderna känt att du behöver minska din alkoholkonsumtion?”**, **”Har någon under de senaste 12 månaderna reagerat negativt på Ditt sätt att dricka alkohol?”**, **”Har Du under senaste 12 månaderna haft dåligt samvete eller känt dig skyldig för att du dricker alkohol?”** och **”Har Du under de senaste 12 månaderna startat dagen med alkohol (öl, vin, sprit) för att stilla nerverna eller för att bli av med en baksmälla?”**. I den danska enkäten år 2013 ställdes motsvarande frågor: **”Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?”**, **”Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har ’brokket’ sig over, at du drikker for meget?”**, **”Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?”** och **”Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at ’berolige nerverne’ eller blive ’tømmermændene’ kvit?”**. Samtlige frågor besvarades med ”Ja” eller ”Nej”. Två eller fler jakande svar av fyra frågor indikerar alkoholproblem.

Andelen som angett tecken på alkoholproblem är något större i Skåne än på Själland bland både män och kvinnor (Skåne män 13 % kvinnor 9 %; Själland män 11 % kvinnor 4 %) (Figur 4.21). Tecken på alkoholproblem är något vanligare i Malmö/ Köpenhamn jämfört med övriga Skåne/ Själland.



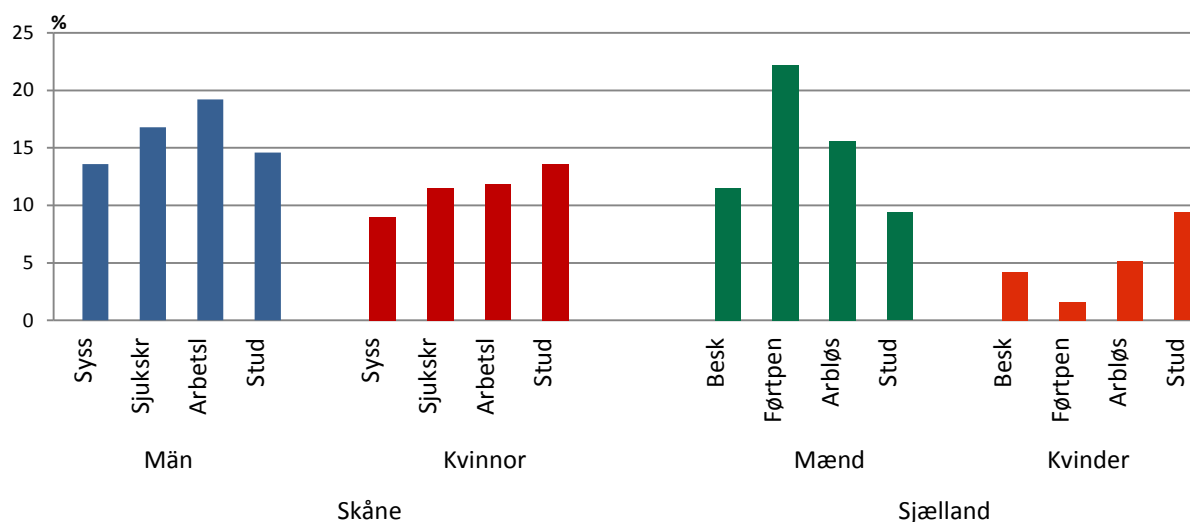
Figur 4.21. Andel män och kvinnor med tecken på alkoholproblem (CAGE), fördelat på geografiskt område i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Minst andel med tecken på alkoholproblem ses bland män (8 %) och kvinnor (4-5 %) i den äldsta åldersgruppen både i Skåne och på Själland (Figur 4.22). En något mindre andel än i övriga åldersgrupper ses bland män och kvinnor i åldern 35-44 på båda sidor sundet. Den största andelen med tecken på alkoholproblem återfinns bland skånska män 45-54 år och 18-34 år samt bland män 55-64 år på Själland (runt 15 %).



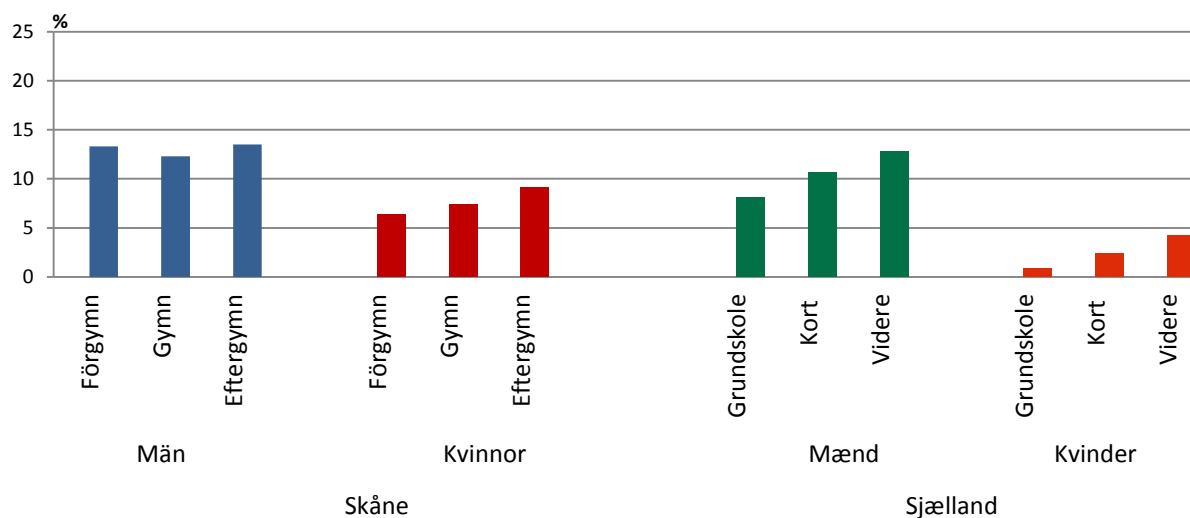
Figur 4.22. Andel män och kvinnor med tecken på alkoholproblem (CAGE), fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Sambandet mellan tecken på alkoholproblem och relation till arbetsmarknaden är inte entydigt (Figur 4.23). Generellt är andelen med tecken på alkoholproblem störst bland förtidpensionerade män på Själland och män med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning i Skåne samt bland arbetslösa män på båda sidor sundet. Bland kvinnor ses störst andelar bland studerande både i Skåne och på Själland. De minsta andelarna ses i Skåne bland män och kvinnor med sysselsättning på arbetsmarknaden och på Själland bland studerande män och förtidspensionerade kvinnor.



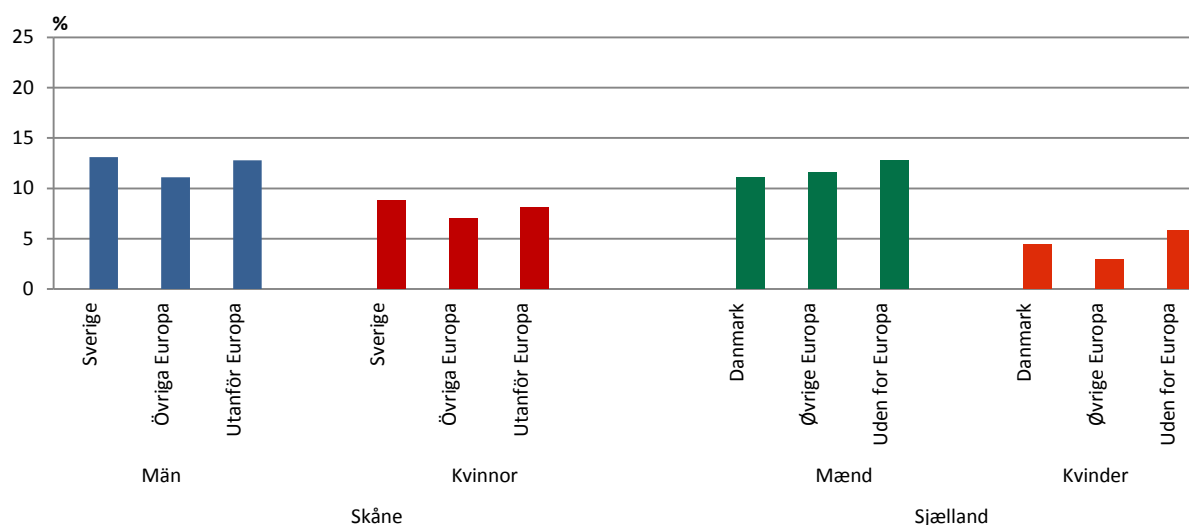
Figur 4.23. Andel män och kvinnor med tecken på alkoholproblem (CAGE), fördelat på socio-ekonomiska grupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Det finns ett visst samband mellan tecken på alkoholproblem och utbildning bland kvinnor i Skåne och bland män och kvinnor på Sjælland (Figur 4.24). I dessa grupper är tecken på alkoholproblem något vanligare bland personer med eftergymnasial utbildning. Bland män i Skåne ses inga skillnader i tecken på alkoholproblem mellan olika utbildningsnivåer.



Figur 4.24. Andel män och kvinnor med tecken på alkoholproblem (CAGE), fördelat på utbildningsnivå i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Det finns inget tydligt mönster mellan födelse-land och förekomst av tecken på alkoholproblem varken i Skåne eller på Själland (Figur 4.25)

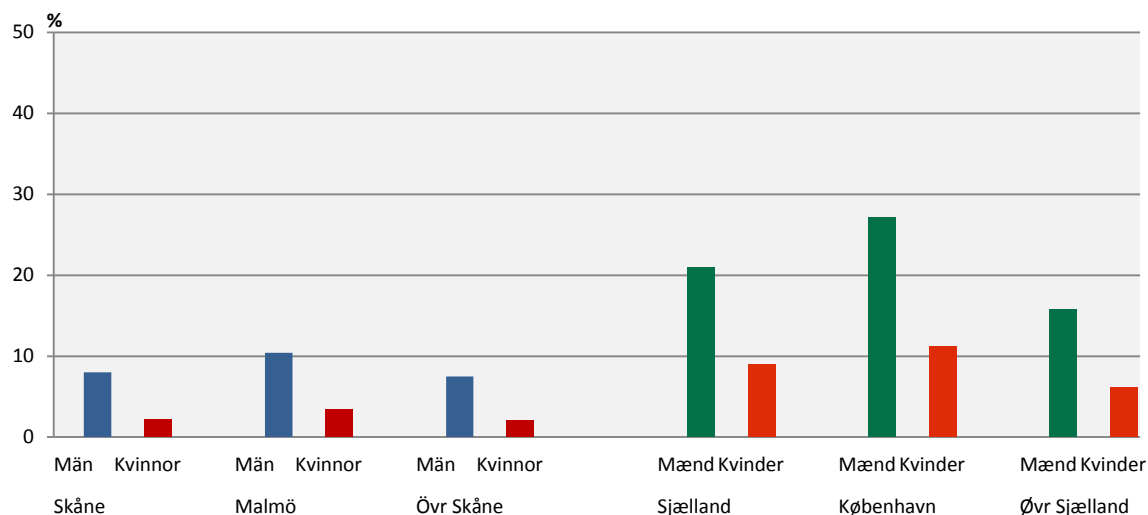


Figur 4.25. Andel män och kvinnor med tecken på alkoholproblem (CAGE), fördelat på födelse-land i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

4.3.3 Riskkonsumtion av alkohol/ Binge drinking

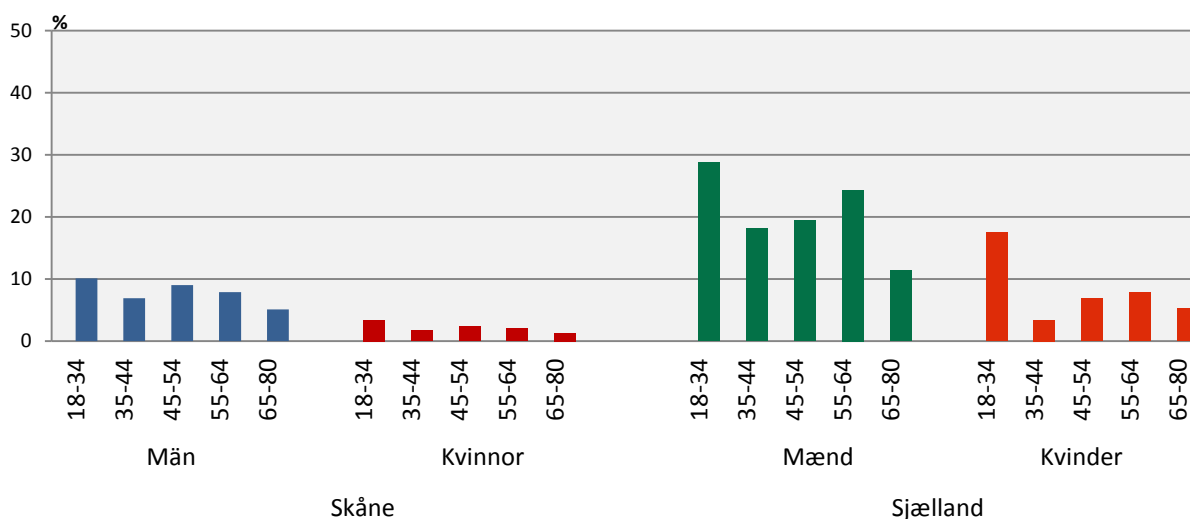
I den skånska enkäten år 2012 ställdes frågan ”Hur ofta dricker Du sex ”glas” eller fler vid samma tillfälle?” med svarsalternativen ”Dagligen eller nästan varje dag”, ”Varje vecka”, ”Varje månad”, ”Mer sällan än en gång i månaden” och ”Aldrig”. I den danska enkäten år 2013 ställdes frågan ”Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?” med svarsalternativen ”Næsten dagligt eller dagligt”, ”Ugentligt”, ”Månedligt”, ”Sjældent” och ”Aldrig”. I båda enkäterna indikerar de två första svarsalternativen riskkonsumtion av alkohol. Eftersom olika antal glas alkohol efterfrågas är frågorna inte exakt jämförbara och därmed kan prevalenser inte jämföras mellan Skåne och Sjælland. Däremot kan mönster avseende fördelning efter geografiskt område (storstad kontra övrig region), ålder, utbildning, socioekonomisk grupp och födelse-land redovisas.

I Skåne angav 8 % av männen och 2 % av kvinnorna att de dricker sex glas eller mera vid samma tillfälle minst en gång i veckan, medan motsvarande siffror på Själland för fem glas alkohol var 28 % för männen och 20 % för kvinnorna (Figur 4.26). Skillnaden mellan Skåne och Själland förklaras alltså delvis av att frågan i den svenska enkäten avser sex glas och frågan i den danska fem glas. I Malmö/ Köpenhamn är andelen män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol något större än i övriga Skåne/ Själland.



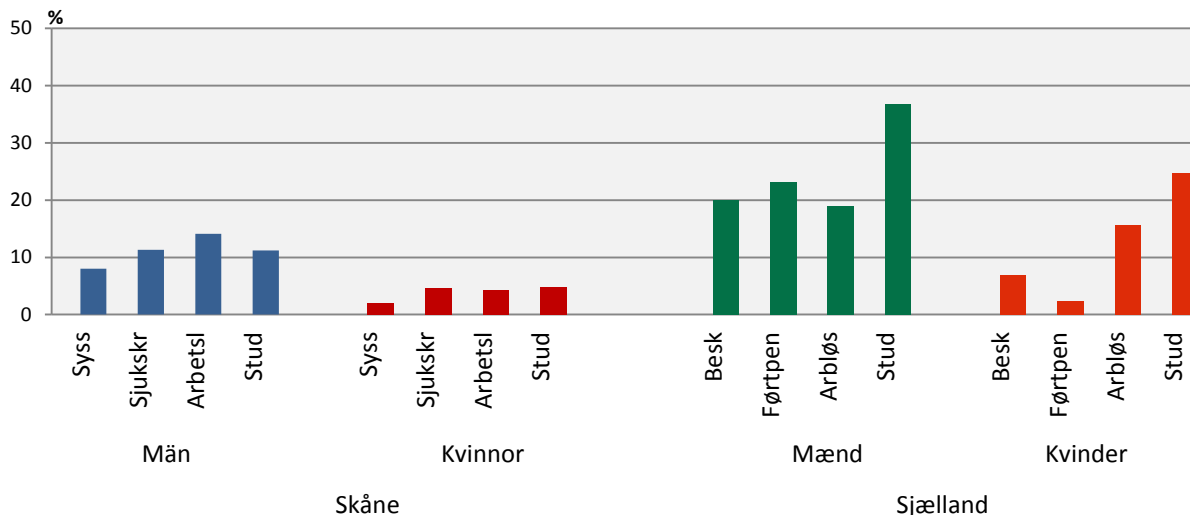
Figur 4.26. Andel män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (minst 5 genstande/ 6 glas alkohol vid samma tillfälle en gång per vecka eller oftare), fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser ej jämförbara över sundet.

Riskkonsumtion av alkohol är vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år både i Skåne och på Sjælland. De minsta andelarna återfinns i åldern 65-80 år på båda sidor sundet, med undantag för kvinnor på Sjælland där den minsta andelen med riskkonsumtion av alkohol uppges i åldern 35-44 år (figur 4.27).



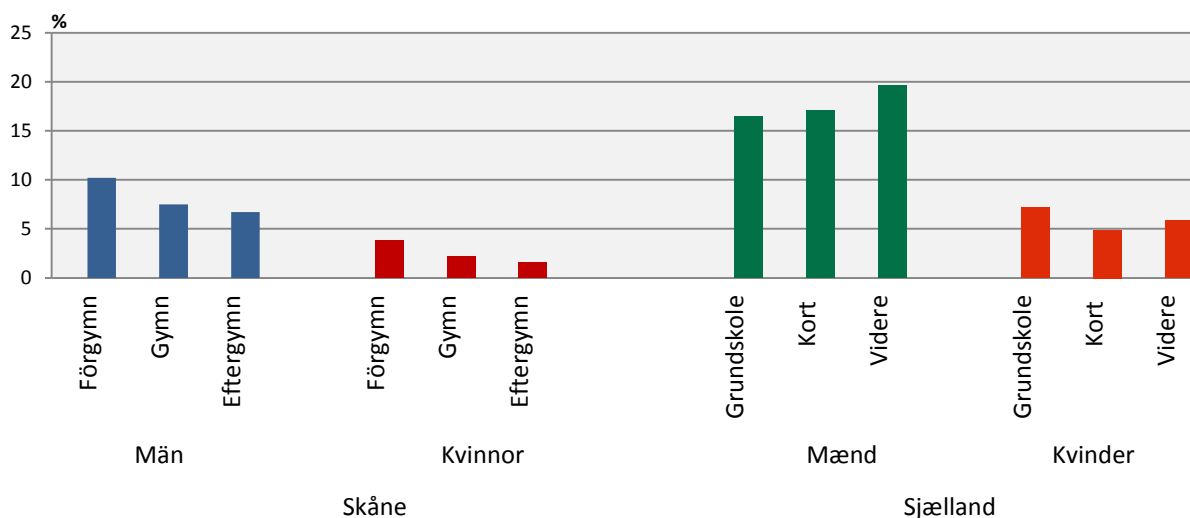
Figur 4.27. Andel män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (minst 5 genstande/ 6 glas alkohol vid samma tillfälle en gång per vecka eller oftare), fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser ej jämförbara över sundet.

I Skåne är andelen riskkonsumenter av alkohol minst bland både män och kvinnor i gruppen sysselsatta på arbetsmarknaden medan den största andelen återfinns bland arbetslösa män och bland kvinnor som är långtidssjukskrivna alternativt har sjuk-/aktivitetsersättning, är arbetslösa eller studerar (Figur 4.28). På Själland är andelen riskkonsumenter störst bland studerande män och kvinnor. Skillnaderna mellan övriga kategorier är förhållandevis små bland danska män, medan danska arbetslösa kvinnor också uppvisar en stor andel med riskkonsumtion av alkohol.



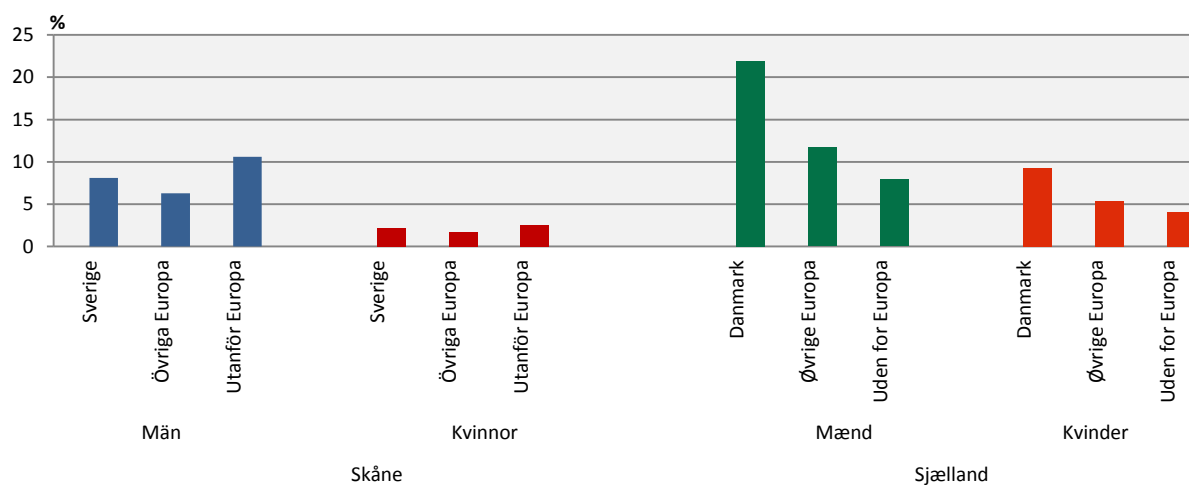
Figur 4.28. Andel män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (minst 5 genstande/ 6 glas alkohol vid samma tillfälle en gång per vecka eller oftare), fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser ej jämförbara över sundet.

Det finns ett samband mellan utbildning och riskkonsumtion av alkohol, dock ganska svagt (Figur 4.29). Bland män och kvinnor i Skåne samt bland kvinnor på Själland är andelen störst i gruppen med förgymnasial utbildning och minst i gruppen med eftergymnasial utbildning. Bland män på Själland ses ett svagt omvänt samband.



Figur 4.29. Andel män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (minst 5 genstande/ 6 glas alkohol vid samma tillfälle en gång per vecka eller oftare), fördelat på utbildningsnivå i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser ej jämförbara över sundet.

Bland män och kvinnor i Skåne ses små skillnader i andelen riskkonsumenter utifrån födelse-land (Figur 4.30). På Sjælland är skillnaderna mycket större och andelen med riskkonsumtion av alkohol är klart störst bland män och kvinnor födda i Danmark och minst bland dem som är födda utanför Europa.



Figur 4.30. Andel män och kvinnor med riskkonsumtion av alkohol (minst 5 genstande/ 6 glas alkohol vid samma tillfälle en gång per vecka eller oftare), fördelat på födelse-land i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser ej jämförbara över sundet.

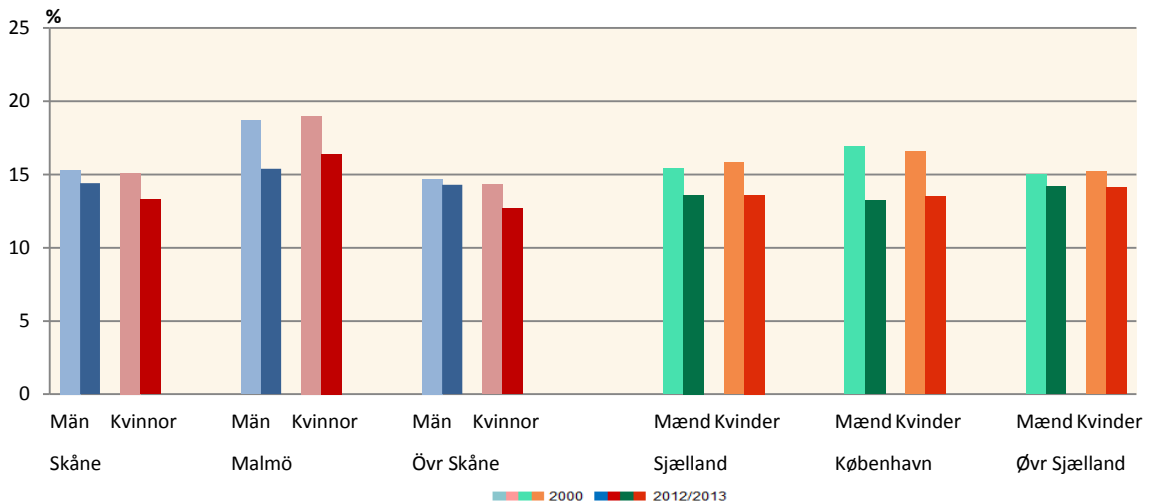
4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ökar kroppens energikonsumtion, sänker blodtrycket, ökar fettcellernas känslighet för insulin och förbättrar kolesterolsammansättningen i blodet, vilket i förlängningen innebär bland annat minskad risk för övervikt och fetma, diabetes, hjärtkärlsjukdom och vissa cancersjukdomar. Minst 30 minuters rask promenad om dagen rekommenderas för en hälsofrämjande effekt. Tidigare var många arbeten fysiskt krävande, men i dagens arbetsliv sitter många stilla. Att vara fysiskt aktiv på fritiden har därför blivit allt viktigare.

4.4.1 Stillasittande fritid/ Stillesiddende fritidsaktivitet

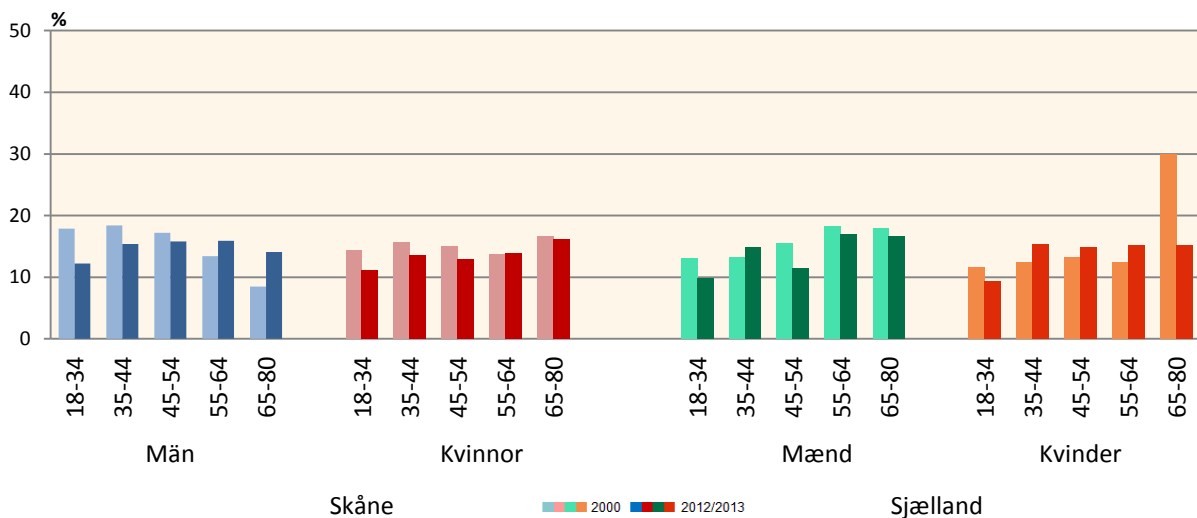
I den skånska enkäten ställdes frågan **”Hur mycket har Du rört Dig och ansträngt Dig kroppsligt på fritiden under de senaste tolv månaderna?”** med svarsalternativen ”Regelbunden motion och träning (minst tre gånger per vecka och minst 30 minuter per gång)”, ”Måttlig, regelbunden motion på fritiden (1-2 gånger per vecka och minst 30 minuter per gång som gör att man svettas)”, ”Måttlig motion på fritiden (minst två timmar i veckan oftast utan att svettas)” och ”Stillasittande fritid (promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än två timmar i veckan)”. I den danska enkäten ställdes frågan **”Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?”** med svarsalternativen ”Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen”, ”Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen”, ”Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregnet også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)” og ”Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse”. I både den skånska och den danska enkäten indikerar det sista svarsalternativet stillasittande fritid. *Dessa frågor anses vara någorlunda jämförbara även om formulering och svarskategorier inte är identiska.*

Andelen med stillasittande fritid är den samma både i Skåne och på Själland, omkring 14 % av männen och 13 % av kvinnorna vid den senaste undersökningen (Figur 4.31). Andelen med stillasittande fritid har minskat en eller ett par procentenheter bland både män och kvinnor på båda sidor sundet sedan år 2000. Minskningen i andelen med stillasittande fritid har framför allt skett i storstäderna Köpenhamn och Malmö, vilket resulterat i att skillnaderna mellan Köpenhamn och övriga Själland respektive mellan Malmö och övriga Skåne jämnats ut jämfört med undersökningen år 2000.



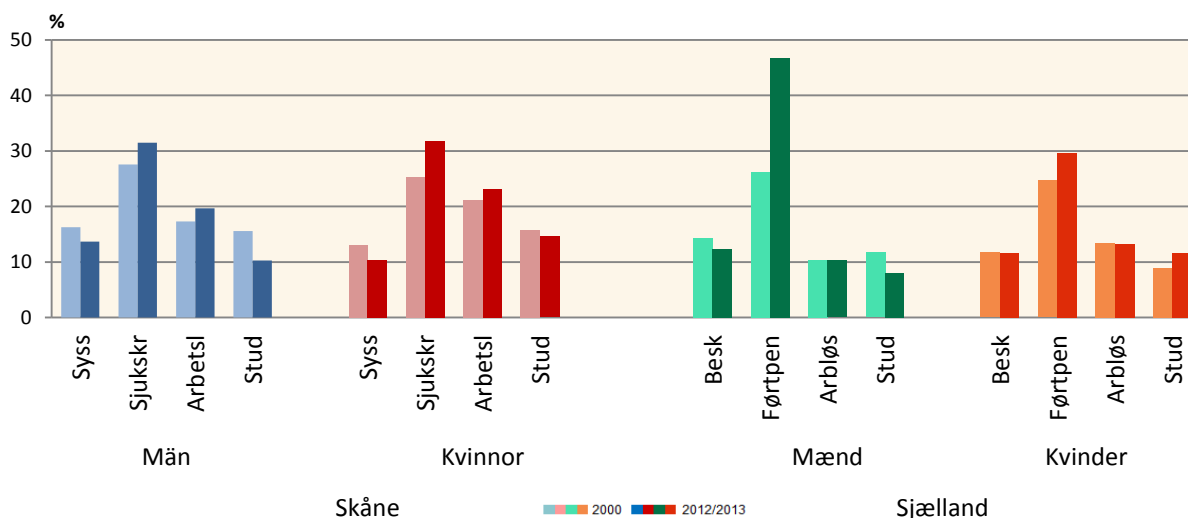
Figur 4.31. Andel män och kvinnor med stillasittande fritid, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Stillasittande fritid är relaterad till ålder både i Skåne och på Själland (Figur 4.32). På båda sidor sundet är andelen med stillasittande fritid minst i ådersgruppen 18-34 år bland både män och kvinnor i undersökningarna 2012/2013.



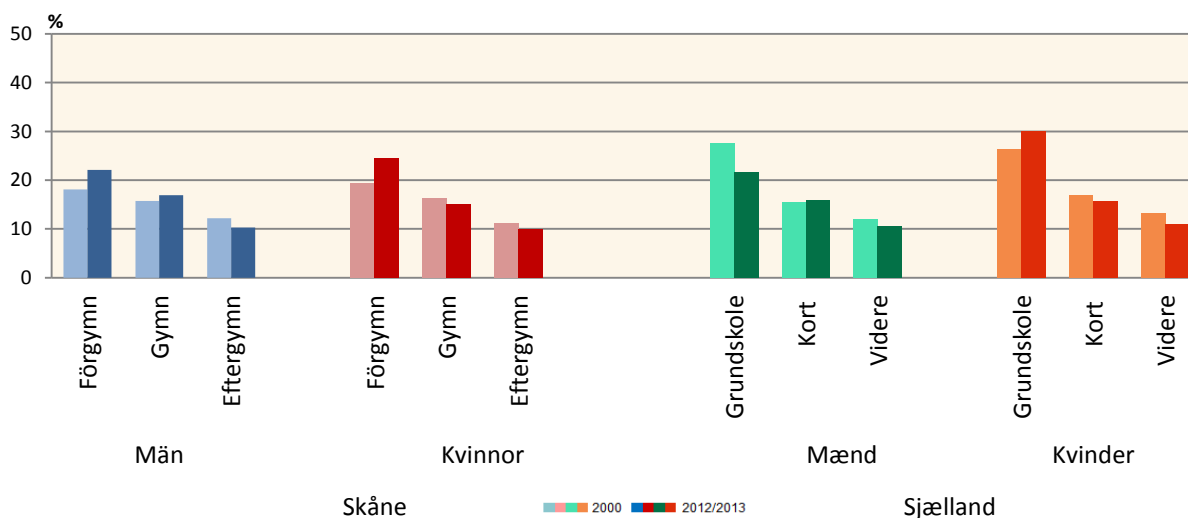
Figur 4.32. Andel män och kvinnor med stillasittande fritid, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Andelen med stillasittande fritid är förhållandevis liten bland personer som är sysselsatta på arbetsmarknaden och bland studerande både i Skåne och på Själland (Figur 4.33). Störst andel ses bland män och kvinnor i Skåne med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning och bland förtidspensionärer på Själland. I dessa grupper har andelen med stillasittande fritid dessutom ökat sedan undersökningarna år 2000, mest uttalat bland manliga förtidspensionärer på Själland.



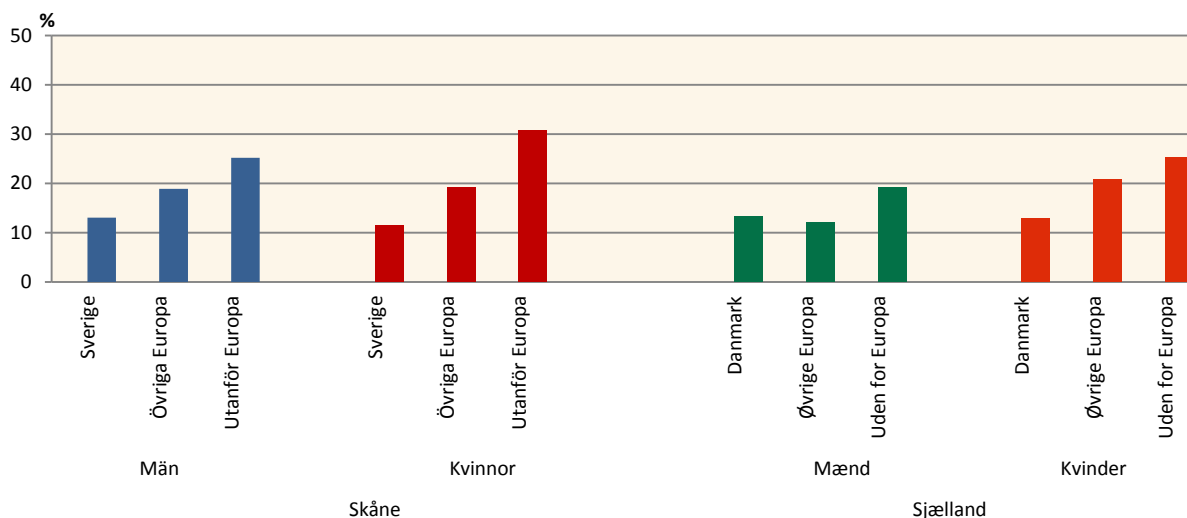
Figur 4.33. Andel män och kvinnor med stillasittande fritid, fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Sambandet mellan utbildning och fysisk aktivitet på fritiden är starkt (Figur 4.34). Bland både män och kvinnor på båda sidor sundet är andelen med en stillasittande fritid störst bland personer med endast förgymnasial utbildning och minst bland personer med eftergymnasial utbildning. Dessa skillnader har blivit större sedan undersökningarna år 2000 med undantag för män på Sjælland.



Figur 4.34. Andel män och kvinnor med stillasittande fritid, fördelat på utbildningsnivå i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Minst andel med stillasittande fritid ses bland inrikesfödda män och kvinnor (Figur 4.35). Andelen med stillasittande fritid är både i Skåne och på Själland störst bland personer födda utanför Europa.

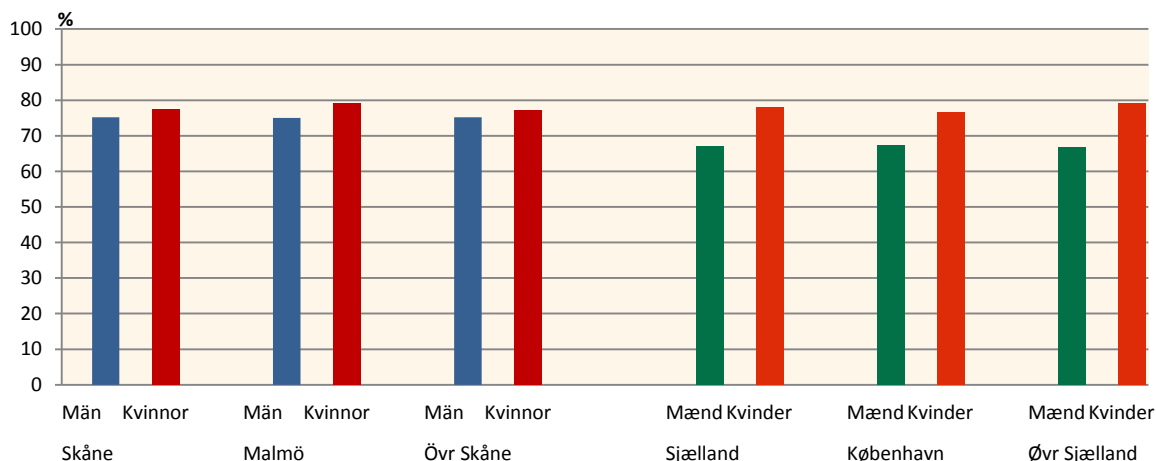


Figur 4.35. Andel män och kvinnor med stillasittande fritid, fördelat på födelse land i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

4.4.2 Vill öka sin fysiska aktivitet/ Vil gerne være mer fysisk aktiv

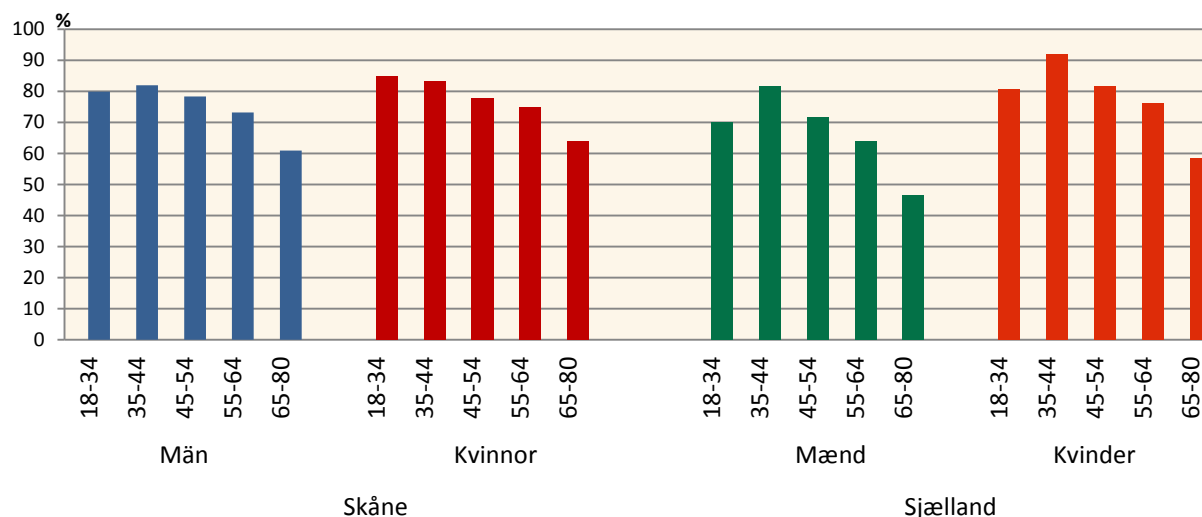
I den skånska enkäten år 2012 ställdes frågan ”Vill du öka din fysiska aktivitet?” med svarsalternativen ”Ja, och jag tror att jag kan klara det själv”, ”Ja, men jag behöver stöd” och ”Nej”. De båda första svarsalternativen indikerar en vilja att öka sin egen fysiska aktivitet. I den danska enkäten år 2013 ställdes frågan ”Vil du gerne være mere fysisk aktiv?” med svarsalternativen ”Ja”, ”Nej” och ”Ved ikke”. Det första svarsalternativet indikerar en vilja att öka sin egen fysiska aktivitet. *Dessa frågor anses vara någorlunda jämförbara även om svarsalternativen inte är identiska.*

En stor andel av män och kvinnor i Skåne och på Sjælland vill öka sin fysiska aktivitet på fritiden, kvinnor i något högre utsträckning än män (Skåne män 75 % kvinnor 77 %; Sjælland män 67 % kvinnor 78 %) (Figur 4.36).



Figur 4.36. Andel män och kvinnor som vill öka sin fysiska aktivitet på fritiden, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Det finns ett starkt samband mellan ålder och viljan att öka sin fysiska aktivitet på fritiden både i Skåne och på Själland (Figur 4.37). Generellt är viljan störst i den yngre delen av befolkningen.



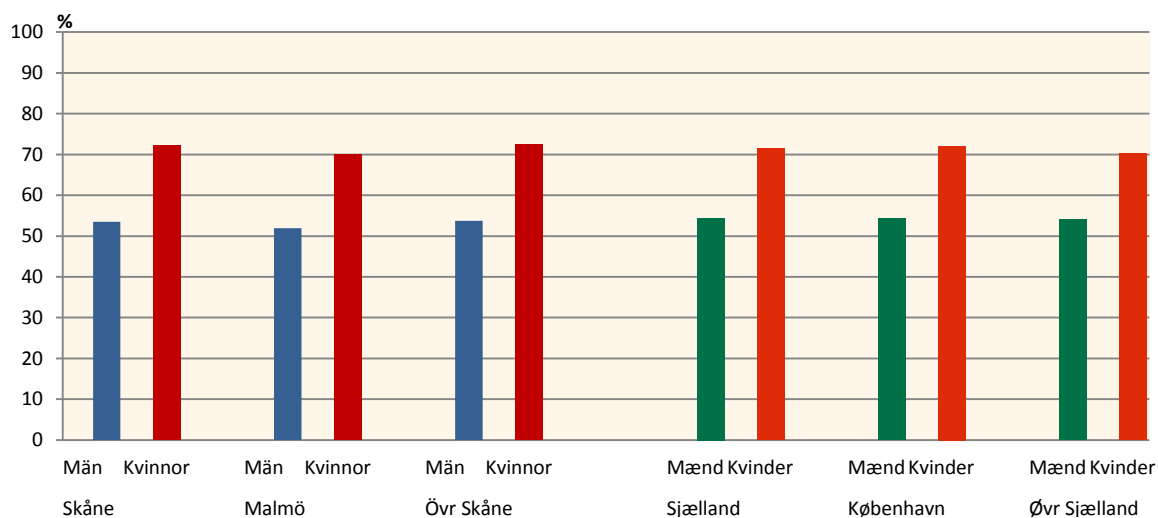
Figur 4.37. Andel män och kvinnor som vill öka sin fysiska aktivitet på fritiden, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

4.5 Frukt och bär/ Frugt

Det är bra för hälsan att äta mycket frukt och grönsaker, dels på grund av innehållet av antioxidanter och fibrer som har en sjukdomsförebyggande effekt, dels på grund av fibrernas vattenbindande förmåga som ger maten stor volym i förhållande till energiinnehållet. De skånska och danska enkäterna kan jämföra fruktkonsumtion men inte konsumtion av grönsaker.

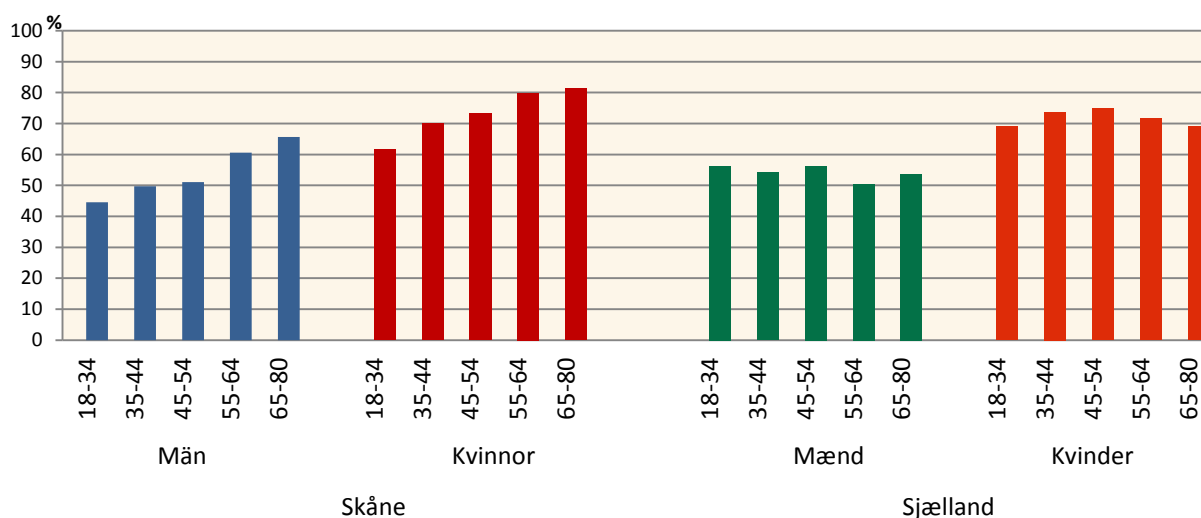
I den skånska enkäten ställdes frågan **”Hur ofta äter du frukt och bär?** (Gäller alla typer av frukt och bär, färska, frysta, konserverade, juicer, kompott m.m.)”, med svarsalternativen ”3 gånger per dag eller oftare”, ”2 gånger per dag”, ”1 gång per dag”, ”5-6 gånger per vecka”, ”3-4 gånger per vecka”, ”1-2 gånger per vecka” och ”Några gånger per månad eller aldrig”. De tre första alternativen indikerar daglig konsumtion. I enkäten på Sjælland ställdes frågan **”Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?”**(1 portion=1 stk eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos) med svarsalternativen ”Mere end 6 om dagen”, ”5-6 om dagen”, ”3-4 om dagen”, ”1-2 om dagen”, ”5-6 om ugen”, ”3-4 om ugen”, ”1-2 om ugen” och ”Ingen”. De fyra första svarsalternativen indikerar daglig konsumtion. *Dessa frågor anses vara någorlunda jämförbara även om formulering och svarskategorier inte är identiska.*

En majoritet av män och kvinnor i Skåne och på Själland äter frukt och bär varje dag, kvinnor i högre utsträckning än män (Figur 4.38). Konsumtionen av frukt och bär ligger på samma nivå på båda sidor sundet (54 % män, 71-72 % kvinnor). Inga geografiska skillnader kan ses mellan storstad och övrig region.



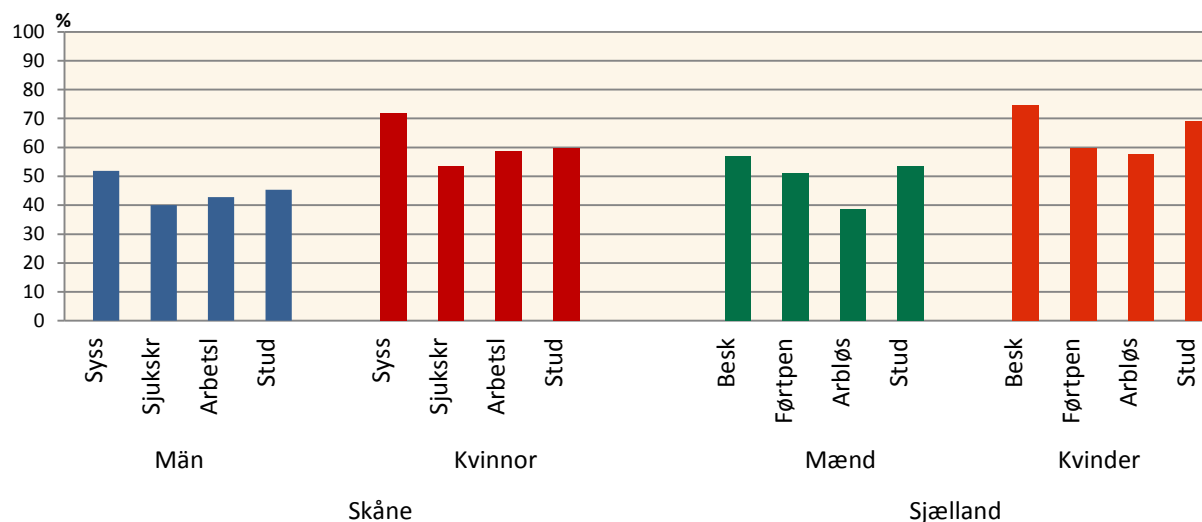
Figur 4.38. Andel män och kvinnor som äter frukt och bär varje dag, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Daglig konsumtion av frukt och bär har ett starkt samband med ålder i Skåne men inte på Sjælland (Figur 4.39). I Skåne ökar andelen som äter frukt och bär varje dag tydligt med stigande ålder, från 44 % till 66 % bland män och från 62 % till 81 % bland kvinnor. På Sjælland är ålderskillnaderna i daglig konsumtion av frukt och bär förhållandevis små och störst andelar ses bland medelålders kvinnor.



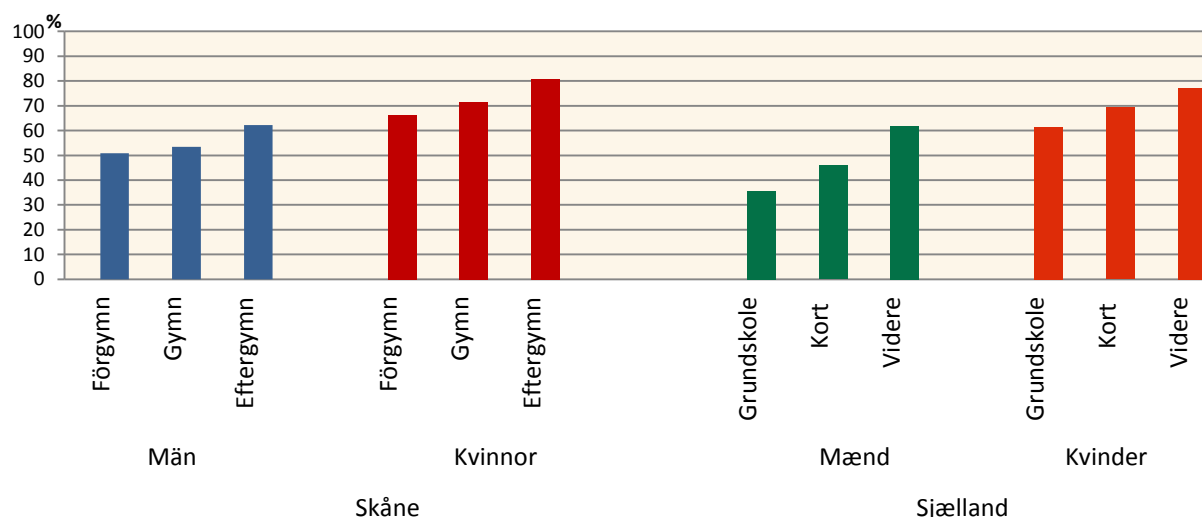
Figur 4.39. Andel män och kvinnor som äter frukt och bär varje dag, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Daglig konsumtion av frukt och bär är vanligast bland män och kvinnor sysselsatta på arbetsmarknaden både i Skåne och på Själland (Figur 4.40). Grupper som står utanför arbetsmarknaden (personer med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning i Skåne och förtidspensionärer på Själland samt arbetslösa på båda sidor sundet) rapporterar minst andelar, medan studerande på båda sidor sundet utgör en mellangrupp.



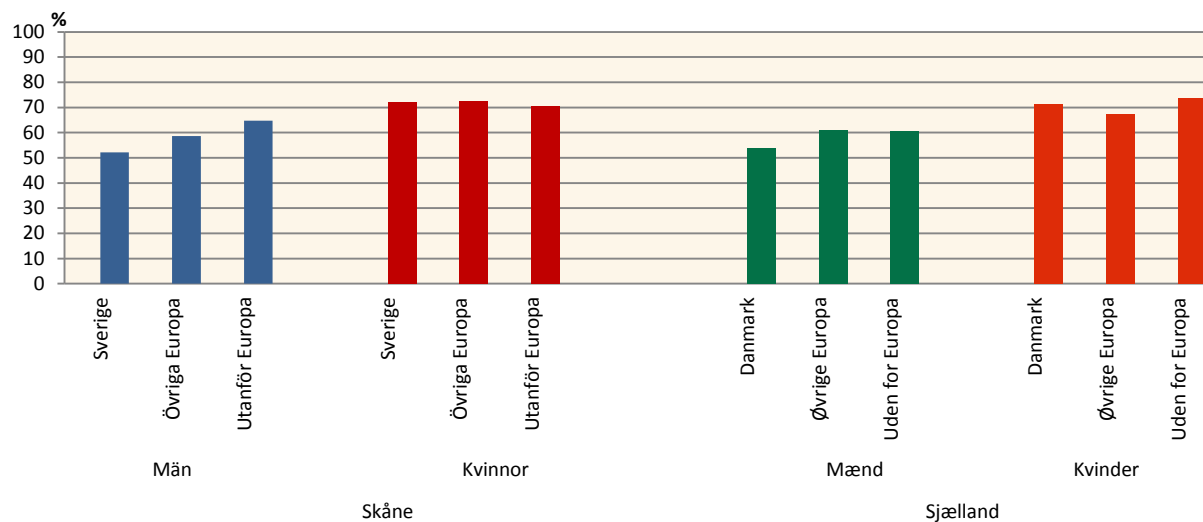
Figur 4.40. Andel män och kvinnor som äter frukt och bär varje dag, fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Sambandet mellan utbildning och daglig konsumtion av frukt och bär är starkt bland både män och kvinnor på båda sidor sundet (Figur 4.41). Man ser en klar åldersgradient där störst andel återfinns bland personer med eftergymnasial utbildning.



Figur 4.41. Andel män och kvinnor som äter frukt och bär varje dag, fördelat på utbildningsnivå i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Det finns ett samband mellan födelse-land och daglig konsumtion av frukt och bär bland män i Skåne och på Själland; inrikesfödda män äter inte frukt och bär varje dag i samma utsträckning som utrikesfödda män (Figur 4.42). Motsvarande samband mellan födelse-land och fruktkonsumtion ses inte bland kvinnor.



Figur 4.42. Andel män och kvinnor som äter frukt och bär varje dag, fördelat på födelse-land i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

4.6 Sammanfattning/ Sammenfatning

- *Daglig rökning är vanligare på Själland än i Skåne. På Själland röker 18 % av männen och 15 % av kvinnorna, i Skåne röker 11 % av männen och 12 % av kvinnorna.*
- *Daglig rökning är vanligare i Malmö/ Köpenhamn jämfört med övriga Skåne/ Själland, med undantag för danska kvinnor.*
- *Andelen daglig rökare är minst i yngre åldersgrupper och störst i medelåldern, utom bland män på Själland där andelen är ungefär lika stor i alla åldersgrupper.*
- *Studenter och personer som är sysselsatta på arbetsmarknaden daglig röker i minst utsträckning, grupper utanför arbetsmarknaden mest.*
- *Daglig rökare i Skåne och Själland röker samma antal cigaretter i genomsnitt per dag.*
- *Majoriteten av rökarna vill sluta.*
- *Viljan att sluta röka avtar tydligt med åldern på Själland men är ungefär på samma nivå i alla åldersgrupper i Skåne.*
- *Användning av hasch/marijuana är vanligare på Själland än i Skåne. År 2012 svarade 3,5 % av männen och knappt 2 % av kvinnorna i Skåne att de rökt hasch/ marijuana under*

det senaste året. Motsvarande siffror för Själland var 10 % av männen och 5 % av kvinnorna år 2013.

- Användning av hasch/ marijuana är överlägset vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år. Bland dessa svarade 10 % av männen och 6 % av kvinnorna i Skåne år 2012 att de rökt hasch/ marijuana under det senaste året. Motsvarande siffror för Själland var 26 % av männen och 15 % av kvinnorna år 2013.
- Användning av hasch/ marijuana har ökat på båda sidor sundet mellan år 2000 och 2012/13.
- Tecken på alkoholproblem enligt CAGE rapporteras något oftare av män och kvinnor i Skåne än på Själland. (Skåne män 13 %, kvinnor 9 %; Själland män 11 %, kvinnor 4 %).
- Riskkonsumtion av alkohol (minst 5 genstande/ 6 glas alkohol vid samma tillfälle en gång per vecka eller oftare) är vanligare bland män än kvinnor och vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år.
- I Skåne är riskkonsumtion av alkohol vanligast bland lågutbildade personer och arbetslösa män. Minst andelar rapporteras av högutbildade och av personer med sysselsättning på arbetsmarknaden.
- På Själland är riskkonsumtion av alkohol vanligast bland inrikesfödda personer, bland de som studerar samt bland högutbildade män.
- Stillasittande fritid är ungefär lika vanligt på båda sidor sundet (cirka 15 %).
- Andelen med stillasittande fritid har minskat framför allt i den yngsta åldersgruppen samt bland de äldsta danska kvinnorna jämfört med år 2000. Den tydligaste ökningen av stillasittande fritid ses bland de äldsta svenska männen.
- Generellt har andelen med stillasittande fritid minskat bland personer sysselsatta på arbetsmarknaden och bland studerande på båda sidor sundet, med undantag av kvinnor på Själland.
- Det är vanligare med stillasittande fritid bland lågutbildade än bland högutbildade och skillnaden har ökat sedan år 2000.
- Majoriteten vill öka sin fysiska aktivitet på båda sidor sundet, kvinnor mer än män. Generellt är viljan störst i yngre åldrar.
- Ungefär sju av tio kvinnor och drygt hälften av männen rapporterar daglig konsumtion av frukt och bär på båda sidor sundet.
- Utlandsfödda män äter frukt och bär dagligen i högre utsträckning än män födda i Sverige/ Danmark. Denna skillnad i fruktkonsumtion utifrån födelseland ses inte bland kvinnor.

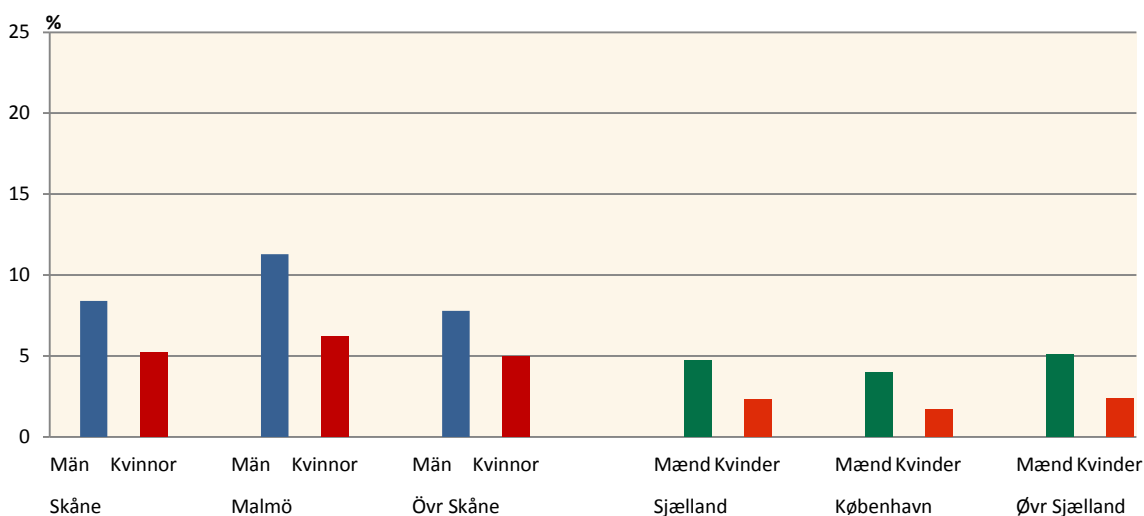
5 Livsvillkor/ Levevilkår

Sociala relationer och känsla av trygghet är viktiga förutsättningar för ett gott liv och en god hälsa. Följande två indikatorer som speglar dessa områden är möjliga att jämföra mellan Skåne och Själland.

5.1 Saknar emotionellt stöd/ Ingen at tale med i tilfælde af problemer

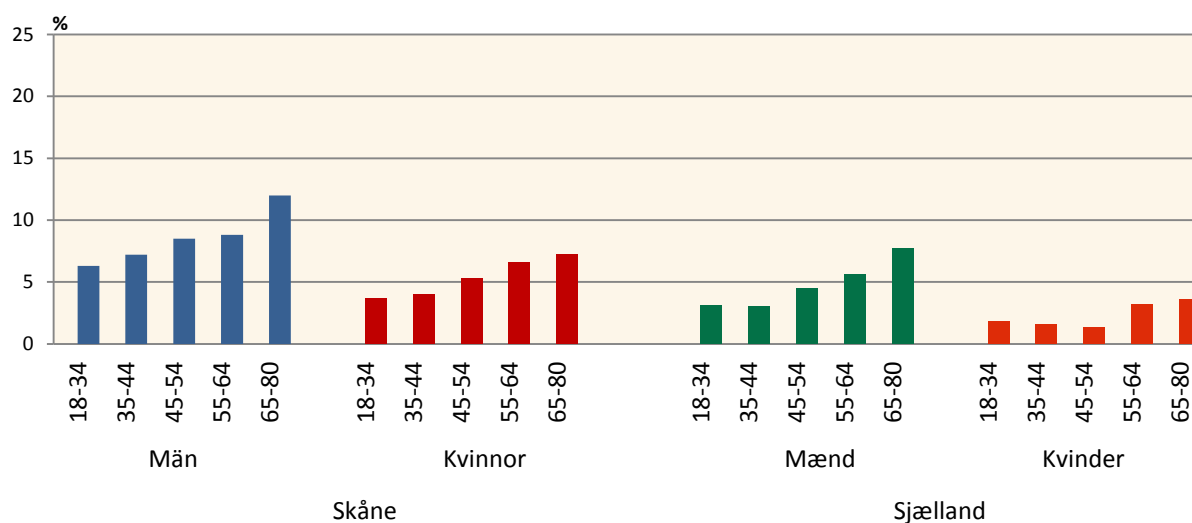
Emotionellt stöd innebär att ha någon närstående som kan ge ett personligt stöd och som man kan tala med om livets stress och problem. Avsaknad av emotionellt stöd kan medföra en ökad risk för psykosocial stress, vilket i sin tur kan leda till en ökad risk för psykisk ohälsa och även en ökad risk för hjärtkärlsjukdom. I den skånska enkäten ställdes frågan **”Känner Du att Du har någon eller några personer som kan ge Dig ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem?”** med följande svarsalternativ ”Ja, helt säkert”, ”Ja, troligen”, ”Inte helt säkert” och ”Nej”. I den danska enkäten löd frågan **”Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?”** med svarsalternativen ”Ja, ofte”, ”Ja, for det meste”, ”Ja, nogen gange” och ”Nej, aldrig eller næsten aldrig”. I båda enkäterna definieras det sista alternativet som avsaknad av emotionellt stöd. *Dessa alternativ anses vara någorlunda jämförbara mellan Skåne och Själland.*

Avsaknad av emotionellt stöd är vanligare bland män än bland kvinnor både i Skåne och på Själland (Figur 5.1). I Skåne uppgav 8 % av männen och 5 % av kvinnorna att de saknar emotionellt stöd, och motsvarande siffror för Själland var 5 % respektive 2 %. I Malmö uppgav en större andel än i övriga Skåne, framför allt bland männen, att de saknar emotionellt stöd medan man inte ser motsvarande skillnader mellan Köpenhamn och övriga Själland.



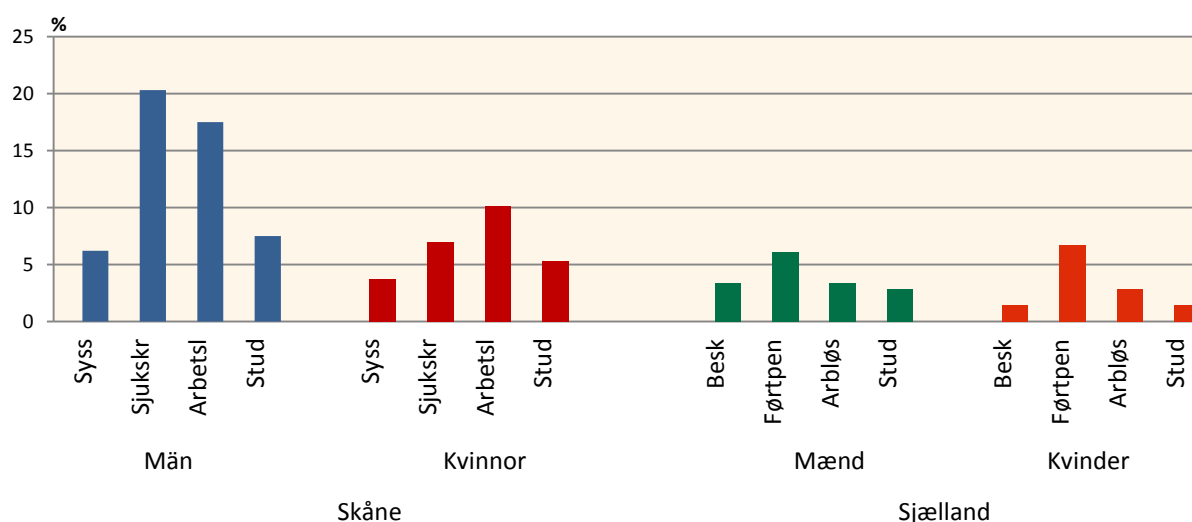
Figur 5.1. Andel män och kvinnor som saknar emotionellt stöd, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Själland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Både i Skåne och på Själland ses en åldersgradient, där äldre i högre utsträckning än yngre saknar emotionellt stöd (Figur 5.2).



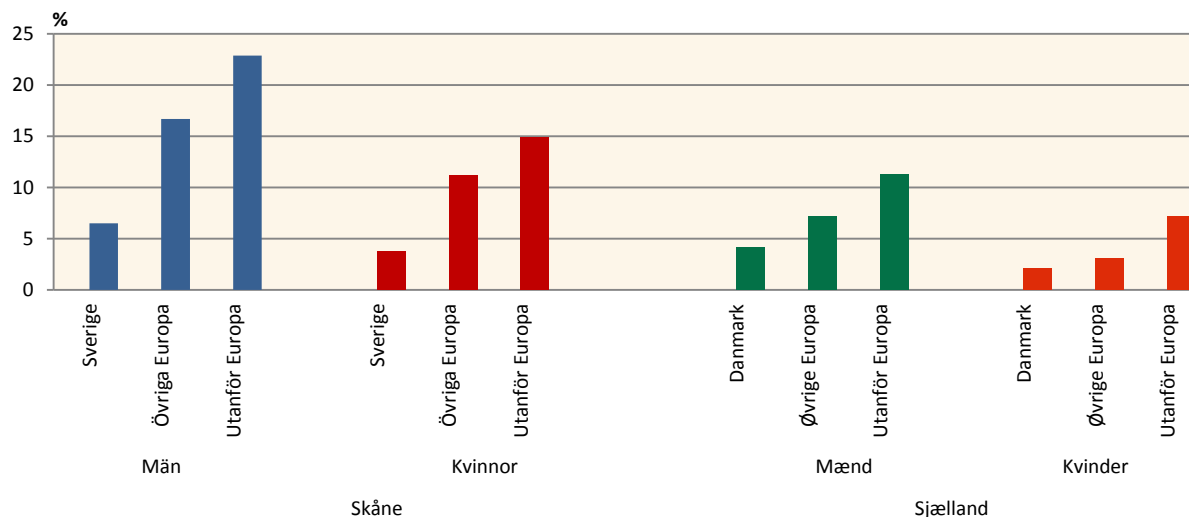
Figur 5.2. Andel män och kvinnor som saknar emotionellt stöd, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Personer som står utanför arbetsmarknaden, både i Skåne och på Sjælland, anger avsaknad av emotionellt stöd i högre grad än de som har ett arbete (Figur 5.3). Bland skånska män rapporterade var femte med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning att de saknar emotionellt stöd och andelen bland de arbetslösa männen ligger på ungefär samma nivå. På Sjælland återfinns den största andelen med avsaknad av emotionellt stöd bland de förtidspensionerade männen och kvinnorna.



Figur 5.3. Andel män och kvinnor som saknar emotionellt stöd, fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

Avsaknad av emotionellt stöd varierar med födelse land på båda sidor sundet (Figur 5.4). Inrikesfödda män och kvinnor uppger i lägre utsträckning än utrikesfödda att de saknar emotionellt stöd. Störst andel ses bland personer födda utanför Europa, både i Skåne och på Själland.



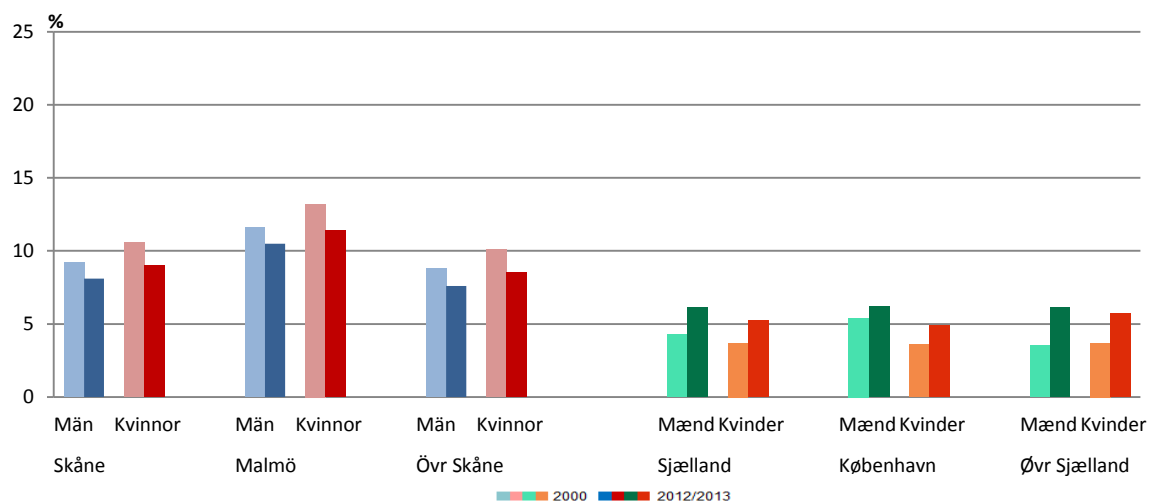
Figur 5.4. Andel män och kvinnor som saknar emotionellt stöd, fördelat på födelse land i Skåne och på Sjælland år 2012/2013. Prevalenser någorlunda jämförbara över sundet.

5.2 Ekonomisk stress/ Økonomisk stress

En fråga i de skånska och danska folkhälsoenkäterna handlar om ekonomisk stress baserad på svårigheter med att betala räkningar. I den skånska enkäten ställdes frågan **”Hur ofta har det hänt att Du under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara av Dina räkningar?”** (hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.) med svarsalternativen ”Varje månad”, ”Ungefär hälften av årets månader”, ”Någon enstaka gång” och ”Aldrig”. I den danska enkäten ställdes frågan **”Hvor ofte er det sket, at du inden for det sidste år har haft svært ved at betale dine regninger?”** med svarsalternativen ”Hver måned”, ”Ca. halvdelen af årets måneder”, ”Nogle få måneder” och ”Aldrig”. Både i den skånska och i den danska undersökningen definieras de två första alternativen som ekonomisk stress.

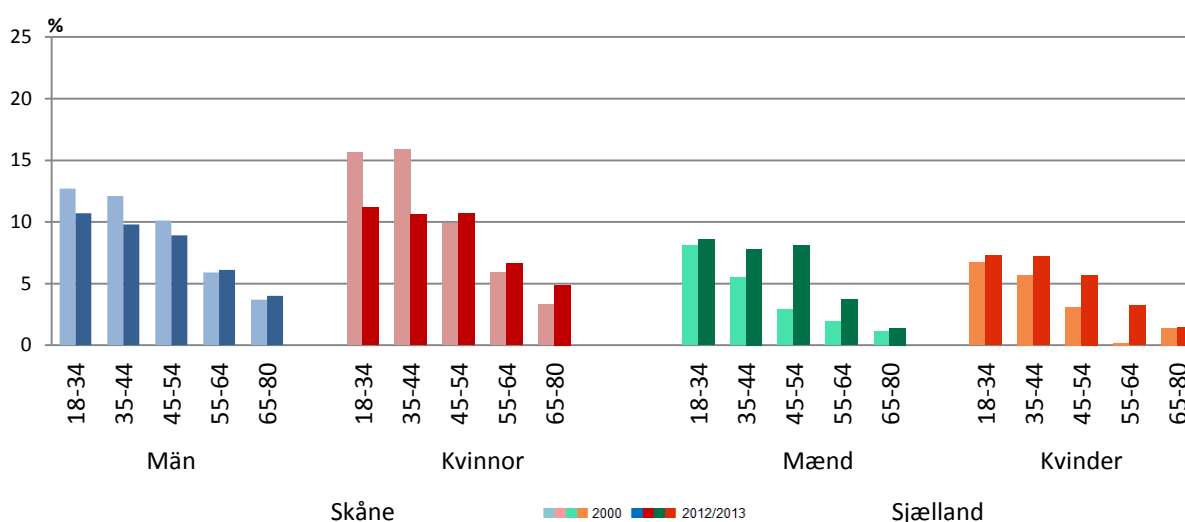
Skånska män och kvinnor rapporterade i högre grad ekonomisk stress än män och kvinnor på Själland (Skåne män 8 %, kvinnor 9 %; Själland män 6 %, kvinnor 5 %) (Figur 5.5).

Malmöbor anger i något högre grad ekonomisk stress än skåningar i övrigt, medan motsvarande skillnad mellan Köpenhamn och övriga Själland inte ses. Medan den ekonomiska stressen tenderar att minska i Skåne så är trenden omvänd på den danska sidan sidan sundet.



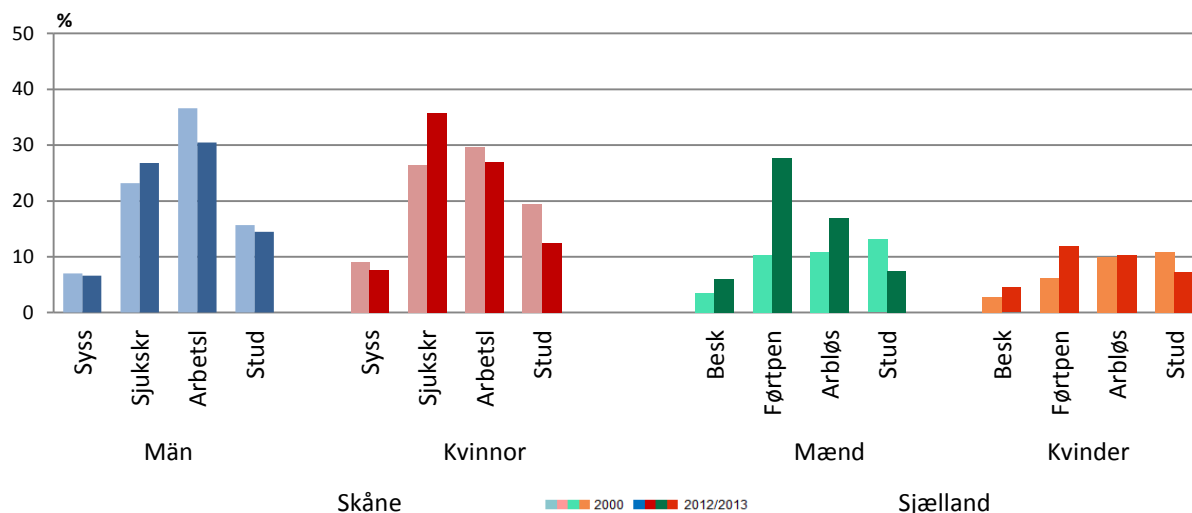
Figur 5.5. Andel män och kvinnor med ekonomisk stress, fördelat på geografiskt område i Skåne och på Själland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Ekonomisk stress är vanligare bland yngre än bland äldre män och kvinnor både i Skåne och på Själland (Figur 5.6). I Skåne ses en minskning över tid sedan år 2000 i de yngre åldrarna medan den ekonomiska stressen tenderar att öka bland äldre kvinnor. På Själland ses en klar ökning av andelen män och kvinnor med ekonomisk stress i åldersspannet 35-64 år.



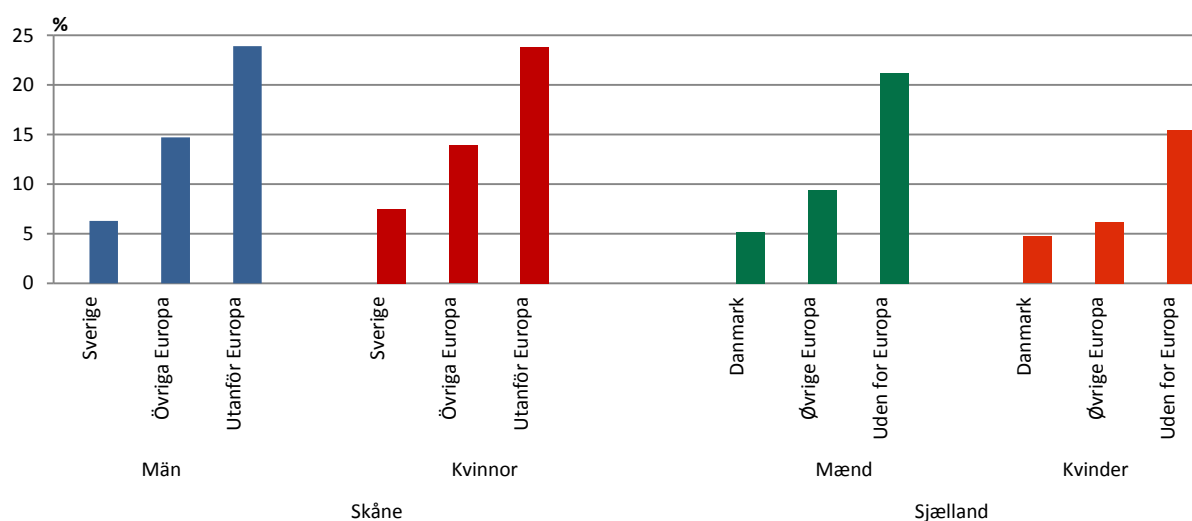
Figur 5.6. Andel män och kvinnor med ekonomisk stress, fördelat på åldersgrupper i Skåne och på Själland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

Personer som står utanför arbetsmarknaden upplever ekonomisk stress i högre grad än de som har ett arbete både i Skåne och på Själland (Figur 5.7). I Skåne tenderar den ekonomiska stressen att minska i samtliga grupper utom bland män och kvinnor med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning där en ökning kan ses och då framförallt bland kvinnor. På Själland ses en ökning av den ekonomiska stressen i samtliga grupper utom bland de studerande, och den största ökningen återfinns bland förtidspensionerade män.



Figur 5.7. Andel män och kvinnor med ekonomisk stress, fördelat på socioekonomiska grupper i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

I både Skåne och på Sjælland ses ett starkt samband mellan ekonomisk stress och födelse land (Figur 5.8). Minst andel med ekonomisk stress ses bland inrikesfödda män och kvinnor (cirka 5 %). I Skåne anger nästan var fjärde person född utanför Europa ekonomisk stress och på Sjælland är motsvarande siffra nästan var femte person.



Figur 5.8. Andel män och kvinnor med ekonomisk stress, fördelat på födelse land i Skåne och på Sjælland år 2000 och 2012/2013. Prevalenser jämförbara över sundet.

5.3 Sammanfattning/ Sammenfatning

- *Män rapporterar oftare än kvinnor att de saknar emotionellt stöd.*
- *Andelen som saknar emotionellt stöd ökar med stigande ålder.*
- *Personer utanför arbetsmarknaden saknar oftare emotionellt stöd jämfört med personer sysselsatta på arbetsmarknaden och studerande.*
- *Andelen som saknar emotionellt stöd är störst bland personer födda utanför Europa och minst bland inrikesfödda.*
- *Ekonomisk stress – att ha svårt att betala sina räkningar ungefär hälften av årets månader eller oftare – är något vanligare i Skåne än på Själland.*
- *Malmöbor uppger något oftare ekonomisk stress än övriga skåningar, medan motsvarande skillnad inte ses mellan Köpenhamn och övriga Själland.*
- *Ekonomisk stress är vanligare bland yngre än bland äldre.*
- *I Skåne ses en minskning av ekonomisk stress under 2000-talet bland yngre personer, framför allt bland kvinnor, medan en viss ökning kan ses bland kvinnor över 55 år. På Själland ses en ökning av andelen som uppger ekonomisk stress i åldrarna 35-64 år.*
- *Personer utanför arbetsmarknaden rapporterar ekonomisk stress i högre utsträckning än de som är sysselsatta på arbetsmarknaden. I Skåne har den ekonomiska stressen ökat bland personer med långtidssjukskrivning alternativt sjuk-/aktivitetsersättning. På Själland ses en generell ökning i samtliga socioekonomiska grupper utom bland studerande, med störst ökning bland förtidspensionerade män.*
- *Andelen som uppger ekonomisk stress är störst bland personer födda utanför Europa och minst bland inrikesfödda.*