

Hälsförhållanden i Skåne

**Folkhälsoenkät
Skåne 2000**

Bakgrund

till rapporten "Hälsoförhållanden i Skåne - Folkhälsoenkät Skåne 2000"

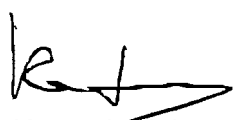
Syftet med Region Skånes folkhälsoarbete är att bidra till en positiv hälsoutveckling i den skånska befolkningen. Särskilt genom att förbättra hälsan bland de befolkningsgrupper som är mest utsatta för olika hälsorisker. För att effektivt kunna uppnå detta mål behövs aktuella kunskaper om ohälsa och olika typer av hälsorisker bland Skånes invånare. Därför genomfördes våren 2000 en omfattande folkhälsoenkät.

Denna enkät innebar också en mycket viktig dialogmöjlighet med hälso- och sjukvårdens yttersta uppdragsgivare, de enskilda medborgarna. Av de 25.000 personer som fick denna chans att bidra med uppgifter som kommer att ligga till grund för folkhälsoarbetets inriktning, utnyttjade gott och väl hälften denna möjlighet vilket innebar nästan 14.000 inskickade enkäter. Om vi antar att var och en av dessa enkätsvar representerar drygt en timmes arbete så innebär detta ett bidrag med nästan tio årsarbetsinsatser. Detta måste ses som en stor investering från skåningarnas sida som måste förvaltas på ett ändamålsenligt sätt.

Enkäten har nu sammanställts på flera sätt, varav föreliggande övergripande skånerapport utgör en viktig del. Denna kompletteras med framtagandet av en CD-skiva med vars hjälp lokala folkhälso rapporter kan tas fram för varje sjukvårdsdistrikt eller kommun i Skåne. En ytterligare rapportserie kommer att gå mer på djupet i olika analyser av flera för folkhälsoarbetet viktiga områden.

En viktig ambition vid genomförandet av folkhälsoarbetet i Skåne är att det ska baseras på goda kunskaper och insikter om folkhälsans bestämningsfaktorer. Vidare att man tar fasta på en brett upplagd implementering på de samhällseliga arenor där dessa bestämningsfaktorer kan påverkas genom etablerandet av stödjande miljöer där människor lever och verkar - hemmen, bostadsområden, arbetsplatser, föreningar, etc. Arbetet bedrivs enligt de riktlinjer som framförts av Nationella Folkhälsokommittén och som antagits som vägledande riktlinjer för folkhälsoarbetet av regionfullmäktige. Detta görs enligt principen om ett arbetssätt präglat av "bästa tillgängliga kunskap", dvs arbetssättet är evidensbaserat.

De instanser som har fått uppdraget att implementera folkhälsoarbetet i Skåne har således genom enkätsvaren fått en viktig kunskapsbas i gåva av sina uppdragsgivare, den skånska befolkningen. Genom gemensamma ansträngningar av följande aktörer inom folkhälsoområdet, Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och Skåne läns allmänna försäkringskassa kommer denna kunskap att bli ett viktigt bidrag för att effektivt uppnå de nämnda målsättningarna med folkhälsoarbetet.



Kenneth Holmstedt
Regiondirektör
Region Skåne



Kurt-Inge Persson
Direktör
Skåne läns allmänna
försäkringskassa



Stig Ålund
Direktör
Kommunförbundet Skåne

Projektgruppens sammansättning

Föreliggande rapport har tagits fram av Socialmedicinska enheten vid Universitetssjukhuset MAS i samarbete med en referensgrupp bestående av representanter för Region Skånes Hälso- och sjukvårdsstab, distriktsnämndernas kanslier, Skåne läns allmänna försäkringskassa samt Kommunförbundet Skåne.

Projektet planerades och initierades av docent Bertil S Hanson och docent Per-Olof Östergren. Frågeformuläret har utformats av Bertil S Hanson, Per-Olof Östergren, med dr Juan Merlo, med dr Martin Lindström, ST-läkare Maria Rosvall och dr Ulf Håkansson. Juan Merlo har varit projektansvarig för datainsamling och databashantering. Per-Olof Östergren, Juan Merlo, Martin Lindström, Maria Rosvall, epidemiolog Thor Lithman och hälsoplanerare Farhad Ali Khan har författat olika delar av rapporten. Martin Lindström har samordnat textmaterialet. Statistiker Håkan Lökvist har ansvarat för databashantering och framtagande av tabellunderlaget och sekreterare Viveca Flodén har svarat för lay-out och redigering. Samtliga av oss hoppas att resultatet av våra ansträngningar blir ett viktigt verktyg i det kommande folkhälsoarbetet i Skåne.

Malmö/Kristianstad Januari 2001



Per-Olof Östergren
Verksamhetschef
Socialmedicinska enheten
Universitetssjukhuset MAS



Hans Bergwall
Folkhälsostrateg
Hälso- och sjukvårdsstaben
Region Skåne

Innehållsförteckning

Deltagare och metoder	9	3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet	49
Svarsfrekvens	11	Ekonomisk stress	50
Bortfallsanalys	13	Arbetslös mer än ett år	51
Om statistisk viktning och säkerhet	17	Lågt socialt deltagande	52
Fördelning efter kön, ålder, socio-ekonomisk status och födelse-land (grundvariablerna)	18	Låg tillit	53
		Svag social förankring i bostadsområdet	54
		Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	55
		Utsatt för hot om våld	56
		Utsatt för våld	57
		Svagt emotionellt stöd	58
		Svagt praktiskt stöd	59
		Besvär av buller från vägtrafik	60
Resultat	19	4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö	61
1. Hälsa och läkemedel	19	Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Dålig självskattad hälsa	20	Fast anställd	63
Dålig psykisk hälsa (GHQ)	21	Önskar byta yrke	64
Långvarig sjukdom	22	Önskar byta arbete	65
Har mindre än 20 egna tändar kvar	23	Arbetar ofta övertid	66
Sjukfrånvaro senaste året	24	Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	67
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	25	Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete	68
Bestående funktionsnedsättning	26	Svag social förankring på arbetsplatsen	69
Sömnbesvär	27	Höga psykologiska krav i arbetet	70
Stressad i vardagen	28	Låg kontroll i arbetet	71
Läkemedel det senaste året	29	Anspänd arbetssituation	72
Naturläkemedel det senaste året	30	Svagt socialt stöd i arbetet	73
Smärtstillande läkemedel det senaste året	31		
2. Levnadsvanor och livsstilar	33	5. Kontakter med sjukvården	75
Daglig rökning	34	Otillfredsställda vårdbehov	76
Intermittent rökning	35	Inga tandläkarbesök de senaste 5 åren	77
Slutat röka	36	Sökt sjukhusmottagning	78
Passiv rökning på arbetsplatsen	37	Legat på sjukhus	79
Övervikt	38	Läkarbesök på grund av sjukdom	80
Fetma	39	Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen	81
Undervikt	40	Inte bemött med vänlighet och respekt	82
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41	Inte fått nödvändig information	83
Högonkonsumtion av alkohol	42	Sökt distriktsläkare senaste året	84
Druckit hembränd sprit	43	Sökt privatläkare senaste året	85
Privat införsel av alkohol lagligt	44	Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen	86
Druckit smuggelsprit	45		
Någonsin rökt hasch	46		
Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen	47		
		Sammanfattning	87

Deltagare och metoder

Population

Personer födda mellan 1919 och 1981 som är bosatta i Region Skåne.

Urval

Region Skåne drog ett urval ur befolkningsregistret som tillställdes SKOP¹ den 4 november 1999. 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 kommun- delar, 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 gjordes i varje område.

Datainsamlingsmetod

Undersökningen genomfördes som en postenkät. De som inte hade svarat efter tre postala påmin- nelser kontaktades per telefon och ombads att besvara frågeformuläret.

Frågor

De frågor som ingick i frågeformuläret hade utarbetats av Region Skåne och omfattade 19 A4- sidor med dubbla spalter. Frågeformuläret godkändes i mitten av oktober varefter det trycktes.

Datainsamlingsperiod

Datainsamlingen skedde under perioden november 1999 till april 2000.

Den 12 november, 8 dagar efter erhållet urval, postades ett första frågeformulär med introduktions- brev och ett svarskuvert med betalt porto.

Vecka 49 skickades en första påminnelse i form av ett brevkort till dem som inte hade besvarat frågeformuläret.

Direkt efter jul- och nyårshelgerna, vilka inföll under datainsamlingsperioden, skickades en andra påminnelse som bestod av ett påminnelsebrev, ett nytt frågeformulär samt ett svarskuvert med betalt porto.

Den 18 januari skickades en tredje påminnelse i form av ett brevkort.

Telefonpåminnelser

Efter tre påminnelser hade mindre än hälften av urvalet besvarat frågeformuläret.

Svarsfrekvensen utgjorde då 44 procent av bruttourvalet. Efter avdrag för returer från posten, för personer som meddelat att de inte ville medverka i undersökningen samt för personer som inte kunde svara på grund av sjukdom, utlandsboende och liknande skäl, återstod 13 123 personer i urvalet. SKOP sökte telefonnummer till dessa personer och det var möjligt att finna korrekta telefonnummer till 9 290 personer, vilket motsvarar 71 procent.

Den 2 februari 2000 började SKOP:s intervjuare att ringa till dem som inte hade besvarat enkäten. Ett stort antal av dem som förklarade sig villiga att svara hade inte kvar något frågeformulär, varför ett tredje exemplar postades till dem tillsammans med ett svarskuvert. Telefonpåminnelserna pågick under februari och mars månad.

Intervjuarna fick vid telefonpåminnelserna kontakt med 9 019 av de uppringda personerna eller med någon annan person i hushållet som kunde meddela orsak till att frågeformuläret inte var ifyllt. Exempel var föräldrar som talade om att en person studerade utomlands eller en anhörig som kunde berätta att en person var alltför sjuk för att svara.

Tabell 1. Svarsfrekvens när telefonpåminnelserna påbörjades

	Antal	Procent
Bruttourval	24 922	100
Besvarade formulär	11 089	44
Returer från posten	421	2
Personer som meddelat att de inte ville medverka i undersökningen	257	1
Personer som ej kunde medverka pga sjukdom, utlandsboende, m m	156	1
Återstående urval	12 999	52
Funna korrekta telefonnummer	9 290	37
Ej funna korrekta telefonnummer	3 709	15

¹ SKOP, Skandinavisk opinion ab, Sturegatan 16, 114 36 Stockholm, telefon 08-587 978 00, fax 08-587 978 70

Svarsfrekvens

Det ursprungliga urvalet bestod av 24 945 personer, men 23 av dem hade ingen adress på grund av att de var skrivna på församlingen och liknande. Bruttourvalet bestod därför av 24 922 personer till vilka postenkäten skickades.

Av de postade breven kom 421 i retur från posten. För 786 personer har Region Skåne eller SKOP fått meddelande om att de inte kan besvara enkäten av olika skäl.

Orsaken kan vara att personen avlidit, är allvarligt sjuk eller handikappad, bor stadigvarande utomlands, har flyttat från Skåne eller är bortrest under längre period. Med antagande om att andelen som inte kan svara är densamma bland de ej kontaktade personerna blir nettourvalet 23 437 personer.

Totalt har 13 715 personer besvarat frågeformuläret, vilket motsvarar 59 procent av nettourvalet. Av de erhållna svaren kom vart femte (19 procent) efter telefonpåminnelserna.

I bortfallets 41 procent ingår 2 858 personer (12 procentenheter) som explicit meddelade att de ej ville medverka i undersökningen. De flesta meddelade detta när SKOP:s intervjuare ringde upp dem, men många (257 personer) hade redan tidigare spontant meddelat till Region Skåne eller SKOP att de inte ville medverka.

Vanliga skäl för vägran var att frågeformuläret var för långt eller att man inte hade tid att svara på så många frågor. Andra var oroliga för sekretessen, eller tyckte att frågorna var alltför personliga. Andra ville inte svara därför att de hade synpunkter på frågornas utformning eller på sjukvården i största allmänhet.

Tabell 2. Svarsfrekvens och bortfall

	Antal	Procent viktat	Procent ej viktat
Bruttourval	24 922	100	100
Avgår: retur från posten	421	2	2
ej möjliga svar enligt uppgift	786	3	3
ej möjliga svar skattat bland ej kontaktade	278	1	1
Nettourval	23 437	94	94
Personer som explicit vägrade	2 858	12	12
Övriga kontaktade per telefon som ej svarat	3 162	13	14
Personer som ej kontaktats och som ej svarat	3 702	16	16
Svar	13 715	59	59
Summa	23437	100	101

I nedanstående tabell redovisas svarsfrekvensen för vardera av de 60 geografiska strata som utgjorde grunden för det slumpmässiga urvalet. Högst är svarsfrekvensen (64 procent av nettourvalet) i Staffanstorp. Hög svarsfrekvens (63 procent av nettourvalet) finns även i stadsdelarna Dalby och Genarp i Lund samt i Ystad. Lägst är svarsfrekvensen i Malmö-stadsdelarna Rosengård (47 procent av nettourvalet) och Södra innerstaden (46 procent av nettourvalet).

I några av Malmös stadsdelar är det också relativt stort bortfall i bruttourvalet. Ett exempel är stadsdelen Södra innerstaden i Malmö där mer än var tionde försändelse (13 procent av bruttourvalet) kom i retur. I genomsnitt för hela regionen kom två procent av försändelserna i retur. Även antalet personer som inte kan besvara enkäten varierar mellan de geografiska områdena. Högst (18 procent) är andelen i Malmö-stadsdelen Rosengård. I genomsnitt för hela Region Skåne är det 4 procentenheter som inte kan svara.

Tabell 3. Svarsfrekvens och bortfall per urvalsstrata (procent)

Urvals- grupp	Returer från posten	Ej möjliga svar:			Netto- urval	Personer som explicit vägrade	Övriga kon- taktade som ej svarat	Ej kon- taktade	Svar	Summa urval
		enligt uppgift	skattat bland ej kon- taktade	totalt						
Bjuv	1	3	1	4	95	13	14	18	55	100
Bromölla	1	3	1	4	96	16	16	15	54	101
Burlöv	1	4	2	6	93	11	14	17	58	100
Båstad	1	2	0	2	97	14	12	13	61	100
Eslöv	1	2	1	3	96	9	12	21	57	99
Helsingborg Centrum	2	6	3	8	90	11	15	20	54	100
Helsingborg Filborna	1	4	3	7	92	9	15	24	52	100
Helsingborg Norr	2	4	1	5	93	15	14	14	56	99
Helsingborg Ramlösa	1	1	0	2	98	14	13	13	61	101
Helsingborg åa	1	3	1	4	95	16	13	16	55	100
Helsingborg Ödåkra	0	2	1	3	97	14	13	17	57	101
Hässleholm	2	2	1	3	95	10	15	18	58	101
Höganäs	1	3	1	3	96	15	14	13	59	101
Hörby	1	2	1	3	96	14	11	19	56	100
Höör	1	2	1	3	96	13	15	17	56	101
Klippan	2	3	1	5	94	15	12	17	56	100
Kristianstad Södra	1	4	1	5	94	12	11	14	62	99
Kristianstad Östra	0	3	0	4	96	13	15	11	61	100
Kristianstad Västra	1	2	1	3	96	14	15	16	56	101
Kristianstad Norra	1	3	1	4	95	12	15	17	57	101
Kristianstad Centrum	0	3	1	4	96	12	14	16	59	101
Kävlinge	0	3	1	4	96	14	14	12	60	100
Landskrona	1	4	1	5	95	10	16	14	60	100
Lomma	0	3	1	4	96	16	14	10	60	100
Lund Centrum	3	4	1	5	92	11	14	13	62	100
Lund Dalby	0	2	1	2	97	14	10	12	63	99
Lund Genarp	0	3	1	3	96	13	13	11	63	100
Lund Norr	5	4	2	5	90	10	14	19	57	100
Lund Söder	3	3	2	5	93	13	10	19	57	99
Lund Södra Sandby	0	3	1	4	96	11	13	11	65	100
Lund Torn	1	4	1	5	94	13	12	14	61	100
Lund Veberöd	1	3	1	4	96	13	18	15	54	100
Lund Väster	5	3	1	4	91	9	15	18	58	100
Lund Östra	2	2	1	3	95	12	11	15	61	99
Malmö Centrum	8	3	1	4	87	9	16	21	54	100
Malmö Fosie	5	5	4	9	86	9	14	25	53	101
Malmö Husie	1	4	2	6	93	10	10	13	67	100
Malmö Hyllie	6	5	2	7	87	12	13	16	59	100
Malmö Kirseberg	4	3	2	4	91	10	12	20	59	101
Malmö Limhamn Bunkeflo	2	4	1	5	94	18	12	12	58	100
Malmö Oxie	1	2	1	4	95	13	13	17	57	100
Malmö Rosengård	4	9	9	18	78	6	15	32	47	100
Malmö Södra innerst	13	3	3	7	80	9	15	28	48	100
Malmö Västra innerst	3	3	1	4	93	12	13	17	59	101
Osby	1	2	1	3	96	13	13	15	58	99
Perstorp	1	4	1	5	94	12	14	16	58	100
Simrishamn	1	4	1	5	94	14	12	14	61	101
Sjöbo	0	1	0	2	98	13	14	19	53	99
Skurup	1	3	1	4	95	11	13	19	56	99
Staffanstorp	1	2	0	3	97	14	12	11	64	101
Svalöv	0	3	1	4	96	12	16	14	58	100
Svedala	0	2	1	3	97	10	11	19	60	100
Tomelilla	1	4	2	6	93	9	17	14	60	100
Trelleborg	0	2	1	3	97	14	15	15	56	100
Vellinge	1	4	1	5	94	13	16	11	60	100
Ystad	0	3	1	4	96	12	11	14	63	100
Åstorp	0	2	1	3	97	14	14	18	54	100
Ängelholm	1	2	1	2	97	11	13	17	58	99
Örkelljunga	1	4	1	5	94	13	14	17	55	99
Östra Göinge	1	2	1	3	97	10	12	18	60	100

Bortfallsanalys

Kön och ålder

I de yngre åldersgrupperna är det en större andel kvinnor än män som bevarat enkäten. Lägst svarsfrekvens finns bland män mellan 18 och 30 år (45 procent) och bland män mellan 31 och 40 år (47 procent av nettourvalet). Bland kvinnor i motsvarande åldersgrupper är det 58 procent som svarat.

Det är vanligare bland yngre än bland äldre att försändelserna kommit i retur. Det är också en större andel yngre än äldre som inte kunnat svara, vilket bland annat beror på studier eller arbete utomlands.

Som ofta är fallet vid folkhälsoundersökningar och liknande studier ökar svarsfrekvensen med stigande ålder. Särskilt stor är ålderskillnaden bland män, 45 procent av nettourvalet har svarat i åldersgruppen 18-30 år jämfört med 69 procent mellan 71 och 80 år.

Skillnaderna mellan äldre och yngre är mindre för kvinnor än för män och den stigande svarsfrekvensen bryts för kvinnor vid 70 års ålder, varefter den avtar.

I yngre åldersgrupper är det en större andel kvinnor än män som svarat och störst är könsskillnaden bland de yngsta (13 procentenheter). Skillnaden minskar med stigande ålder och bland personer över 70 är det en större andel män än kvinnor som svarat.

Tabell 4: Kön, ålder och svarsfrekvens (procent)

Kön/ ålder	Returer från posten	Ej möjliga svar enligt uppgift	skattat bland ej kon- taktade	totalt	Netto- urval	Personer som explicit vägrade	Övriga kon- taktade som ej svarat	Ej kon- taktade	Svar	Summa urval
Kvinnor 18-30 år	4	5	2	7	89	5	16	21	58	100
Kvinnor 31-40 år	2	2	1	3	96	9	15	18	58	100
Kvinnor 41-50 år	1	2	1	2	97	12	12	15	61	100
Kvinnor 51-60 år	1	2	1	2	97	13	10	14	63	100
Kvinnor 61-70 år	1	4	1	5	94	15	7	9	69	100
Kvinnor 71-80 år	1	8	2	10	89	17	9	11	63	100
Män 18-30 år	4	5	2	7	89	8	22	25	45	100
Män 31-40 år	4	2	1	2	94	13	19	21	47	100
Män 41-50 år	3	1	1	2	95	13	16	20	51	100
Män 51-60 år	1	2	1	3	97	15	14	14	57	100
Män 61-70 år	1	3	1	4	95	14	7	12	67	100
Män 71-80 år	1	6	1	8	92	15	8	8	69	100

Födda i Sverige och i andra länder

I nedanstående tabell redovisas sambandet mellan andelen utländska medborgare i de olika Skåne-kommunerna och andelen svar ur brutto- och nettourvalen. Det finns inget enkelt samband mellan andelen utländska medborgare och svarsfrekvensen.

Tabell 5: Andel invandrare och svarsfrekvens i kommunerna (procent)

Kommun	Andel utländska medborgare i befolkningen	Andel svar av bruttourvalet	Andel svar av nettourvalet
Svalöv	5	55	58
Staffanstorps	4	62	64
Burlöv	7	54	58
Vellinge	2	56	60
Östra Göinge	3	58	60
Örkelljunga	4	52	55
Bjuv	6	52	55
Kävlinge	3	58	60
Lomma	3	58	60
Svedala	2	58	60
Skurup	3	53	56
Sjöbo	2	53	54
Hörby	3	54	56
Höör	5	54	56
Tomelilla	3	56	60
Bromölla	3	52	54
Osby	4	56	58
Perstorp	5	55	58
Klippan	5	53	56
Åstorp	6	53	54
Båstad	3	59	61
Malmö	11	49	56
Lund	6	56	60
Landskrona	10	57	60
Helsingborg	7	53	56
Höganäs	4	56	59
Eslöv	5	55	57
Ystad	3	61	63
Trelleborg	5	54	56
Kristianstad	4	56	58
Simrishamn	2	58	61
Ängelholm	3	56	58
Hässleholm	3	55	58

Landskrona är den kommun som har näst högst andel utländska medborgare, men svarsfrekvensen (60 procent av nettourvalet) ligger något över den genomsnittliga för hela regionen (59 procent). Även svarsprocenten av bruttourvalet (57 procent) är relativt hög i Landskrona. Malmö som har den högsta andelen utländska medborgare av alla kommuner i Skåne har också den lägsta andelen svar av bruttourvalet (49 procent).

Tabell 6: Andel utrikes födda och svarsfrekvens i Malmö stadsdelar (procent)

Stadsdelar i Malmö	Utrikes födda i befolkningen	Utrikes födda bland de svarande	Andel svar av bruttourvalet	Andel svar av nettourvalet
Malmö Centrum	20	17	47	54
Malmö Fosie	30	32	46	53
Malmö Husie	10	10	62	67
Malmö Hyllie	22	16	52	59
Malmö Kirseberg	19	20	54	59
Malmö Limhamn Bunkeflostrand	8	11	54	58
Malmö Oxie	11	11	54	57
Malmö Rosengård	58	72	36	47
Malmö Södra innerstaden	32	28	39	48
Malmö Västra innerstaden	9	6	55	59

Internt bortfall

Internt bortfall innebär att personer som svarat på enkäten undvikit att svara på vissa specifika frågor i enkäten. Det interna bortfallet var störst på de frågor som handlade om alkohol (13-15%) samt sjukvårds-konsumtion, väntetider och bemötande i sjukvården (8-14%). För de flesta övriga frågor varierade det interna bortfallet mellan 0,5% och 6%. Detta gällde t ex rökning (2%), övervikt (3%), fysisk aktivitet på fritiden (4%), bristande emotionellt stöd (3%), bristande praktiskt stöd (3%), socialt deltagande (4%) och arbetslöshet (1%).

Om statistisk viktning och säkerhet

Den statistiska säkerheten beror på antalet svar i den grupp som man vill analysera. Därför valde vi att göra s k icke proportionella stratifierade urval. Man får då ungefär lika många svar i alla geografiska områden, vilket ger bästa statistiska säkerhet med givet antal svar.

Det innebär dock att man har lika många svar i det stora Landskrona som i det betydligt mindre Genarp, vilket får betydelse när man skall redovisa svaren för hela Region Skåne. Landskrona bör ha större inverkan på totalresultaten än Genarp eftersom det bor fler människor där. Därför viktar man svaren i resultatredovisningen av data från hela Skåne. Varje urvalsgrupp får då den vikt som motsvarar gruppens andel av den totala befolkningen.

Antag att det finns lika många svar från två geografiska områden A och B, och att A har 1 000 invånare och B 9 000 invånare. Det finns 150 svar från vardera området, totalt 300 svar. Svaren från område B ges nu genom viktningen 9 gånger så stor vikt som svaren från område A, vilket är rimligt eftersom det bor 9 gånger fler personer där.

Vissa befolkningsgrupper deltar i undersökningar mer än andra, dvs det finns selektiva bortfall bland de svarande, t.ex. är det fler äldre än yngre som svarar på folkhälsoenkäter. Man vill således korrigera för sådana effekter. Man vill ju att varje åldersgrupp skall ha den inverkan på resultatet som motsvarar gruppens andel av totalbefolkningen.

I redovisningen för Skåne har vi därför viktat med avseende på de 60 geografiska områdena, med avseende på kön samt med avseende på ålder i tre grupper (18-40 år, 41-60 år, 61-80 år). Det innebär att svaren har viktats efter 360 strata (2 kön * 3 åldersgrupper * 60 geografiska områden). I vardera av de geografiska områdena har varje kombination av kön och ålder den inverkan på totalresultatet som motsvarar gruppens andel av totalbefolkningen.

Urvalsprocenten varierade kraftigt mellan de olika geografiska områdena - urvalsstrata. I tabeller och redovisade datafiler har svaren viktats med avseende på befolkningstal i områdena samt kön och ålder (18-40 år, 41-60 år samt 61-80 år). När det gäller Helsingborg har dock viktningen gjorts för hela kommunen som ett område, eftersom det inte finns befolkningstal för de sex olika stadsdelarna.

Analyserna är viktade när beskrivningar görs för Skåne i sin helhet. Däremot har ingen direkt åldersstandardisering gjorts för de figurer som visar variablernas fördelning efter ålder, socioekonomiskt status eller födelse-land. Anledningen är att direkt åldersstandardisering kan ge mycket felvisande prevalenser i grupper som har en mycket skev åldersfördelning. Så består till exempel gruppen förtidspensionärer till stor del av äldre personer (55-64 år), medan gruppen studerande till stor del består av yngre personer (18-34 år). I gruppen förtidspensionärer skulle således de fåtaliga individerna i åldersgruppen 18-34 år få en oproportionerligt stor betydelse vid direkt åldersstandardisering. Samma sak gäller för de relativt fåtaliga äldre studerande.

Fördelning efter kön, ålder, socioekonomiskt status och födelse land (grundvariablerna)

Tabell 7 visar den jämna åldersfördelningen i materialet. Män är i större utsträckning än kvinnor högre tjänstemän, egna företagare och facklärd a arbetare, medan kvinnor i större utsträckning än män är tjänstemän i mellanställning och lägre tjänstemän och studerande. Nästan 90% av personerna som svarat på enkäten är födda i Sverige.

Tabell 7: Deltagande (antal) enligt kön, ålder, socioekonomiskt status och födelse land

	Män Antal (%)		Kvinnor Antal (%)	
Åldersgrupper				
18-34	1521	(24,52)	1884	(25,45)
35-44	1021	(24,52)	1314	(17,75)
45-54	1239	(19,98)	1497	(20,22)
55-64	1148	(18,51)	1233	(16,66)
65-80	1273	(20,53)	1474	(19,91)
Socio-ekonomisk status 1)				
Högre tjänstemän	701	(15,91)	472	(9,06)
Mellan tjänstemän	512	(11,62)	948	(18,20)
Lägre tjänstemän	354	(8,03)	721	(13,84)
Facklärd a arbetare	681	(15,45)	711	(13,65)
Icke facklärd a arbetare	579	(13,14)	672	(12,90)
Egna företagare	526	(11,94)	195	(3,74)
Förtidspensionärer	332	(7,53)	464	(8,91)
Arbetslösa	286	(6,49)	349	(6,70)
Studerande	436	(9,89)	676	(12,98)
Födelse land				
Svenskfödda	6527	(89,44)	5464	(89,21)
Utlandsfödda	771	(10,56)	661	(10,79)

1) endast åldersgrupperna 18-64 år

Redovisning av resultaten

Redovisningen av resultaten har delats upp i de fem områdena hälsa och läkemedel, levnadsvanor och livsstilar, ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet, fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt kontakt med sjukvården. Siffrorna för området fysisk och psykosocial arbetsmiljö avser den arbetsföra delen av populationen, dvs den del av CD:n som bygger på den arbetande befolkningen. De siffror som redovisas för de övriga fyra områdena avser hela populationen.

Innehållsförteckning

Deltagare och metoder 9

Svarsfrekvens 11

Bortfallsanalys 13

Om statistisk viktning och säkerhet 17

Fördelning efter kön, ålder, socio-ekonomisk status och födelse-land (grundvariablerna) 18

Resultat 19

1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa 20

Dålig psykisk hälsa (GHQ) 21

Långvarig sjukdom 22

Har mindre än 20 egna tänder kvar 23

Sjukfrånvaro senaste året 24

Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året 25

Bestående funktionsnedsättning 26

Sömnbesvär 27

Stressad i vardagen 28

Läkemedel det senaste året 29

Naturläkemedel det senaste året 30

Smärtstillande läkemedel det senaste året 31

2. Levnadsvanor och livsstilar 33

Daglig rökning 34

Intermittent rökning 35

Slutat röka 36

Passiv rökning på arbetsplatsen 37

Övervikt 38

Fetma 39

Undervikt 40

Låg fysisk aktivitet på fritiden 41

Högkonsumtion av alkohol 42

Druckit hembränd sprit 43

Privat införsel av alkohol lagligt 44

Druckit smuggelsprit 45

Någonsin rökt hasch 46

Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen 47

3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 49

Ekonomisk stress 50

Arbetslös mer än ett år 51

Lågt socialt deltagande 52

Låg tillit 53

Svag social förankring i bostadsområdet 54

Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet 55

Utsatt för hot om våld 56

Utsatt för våld 57

Svagt emotionellt stöd 58

Svagt praktiskt stöd 59

Besvär av buller från vägtrafik 60

4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka 62

Fast anställd 63

Önskar byta yrke 64

Önskar byta arbete 65

Arbetar ofta övertid 66

Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa 67

Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete 68

Svag social förankring på arbetsplatsen 69

Höga psykologiska krav i arbetet 70

Låg kontroll i arbetet 71

Anspänd arbetssituation 72

Svagt socialt stöd i arbetet 73

5. Kontakter med sjukvården 75

Otillfredsställda vårdbehov 76

Inga tandläkarbesök de senaste 5 åren 77

Sökt sjukhusmottagning 78

Legat på sjukhus 79

Läkarbesök på grund av sjukdom 80

Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen 81

Inte bemött med vänlighet och respekt 82

Inte fått nödvändig information 83

Sökt distriktsläkare senaste året 84

Sökt privatläkare senaste året 85

Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen 86

Sammanfattning 87

Dålig självskattad hälsa

Självskattad hälsa är ett bra mått på individens hälsa. Denna fråga avspeglar sannolikt flera aspekter av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

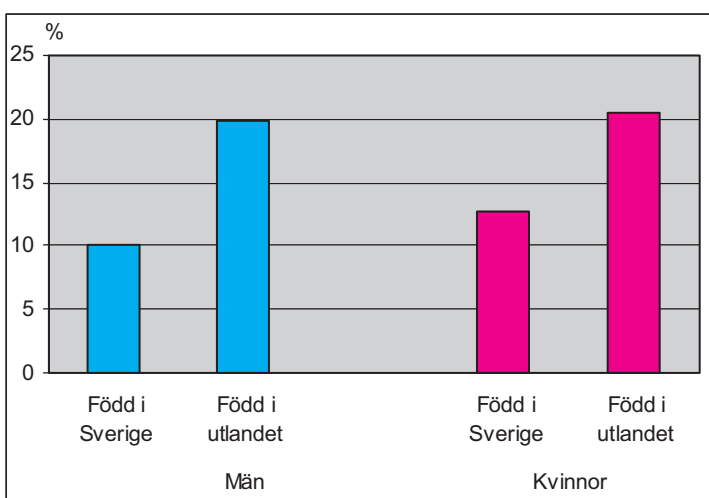
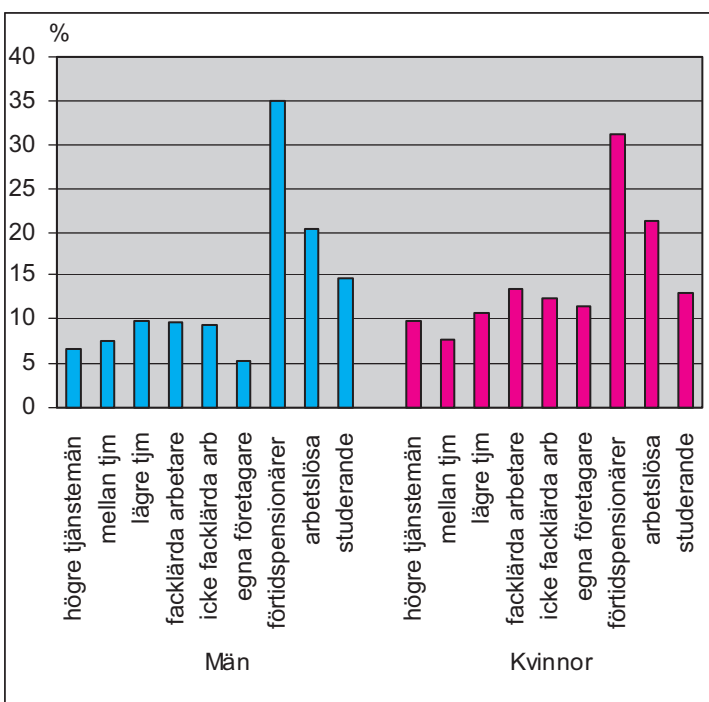
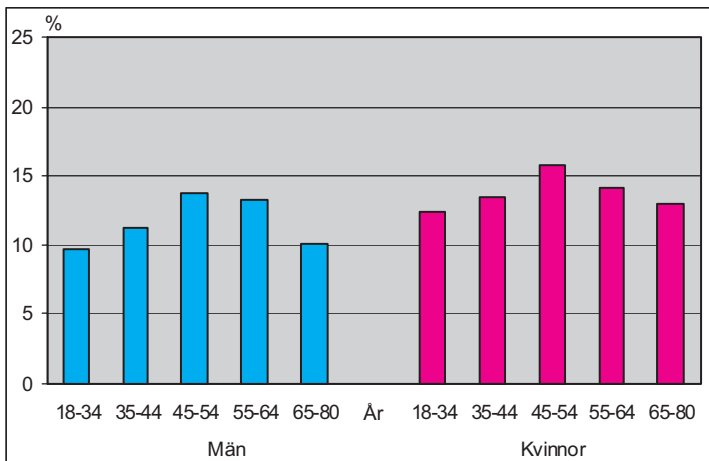
Olika vetenskapliga undersökningar har visat på ett starkt samband mellan dålig självskattad hälsa och både sjuklighet och dödlighet. Skillnader i den självskattade hälsan mellan olika befolkningsgrupper kan därför ge en fingervisning om potentiella framtida hälsoproblem i en befolkning och är därför viktiga för diskussionen rörande prioriteringar i folkhälsoarbetet.

Deltagarna i undersökningen fick svara på frågan hur de mår "fysiskt och psykiskt" på en skala mellan 1 och 7, där 1 representerar "mår mycket dåligt, kunde inte vara sämre" och 7 "mår mycket bra, kunde inte må bättre". De tre sämre alternativen klassades som dålig självskattad hälsa.

Totalt uppgav 13% en dålig självskattad hälsa. I alla åldrar mår kvinnor något sämre än män. Både kvinnor och män i åldersgruppen 45-54 år har i större utsträckning uppgivit en dålig självskattad hälsa än personer i yngre och äldre åldersgrupper.

Andelen individer med dålig självskattad hälsa är som väntat högst bland förtidspensionärerna, men även hög bland arbetslösa, cirka 20% bland såväl män som kvinnor. Arbetare har i högre utsträckning än tjänstemän en dålig självskattad hälsa. Detta gäller båda könen.

Bland utlandsfödda kvinnor rapporterade 21% dålig självskattad hälsa mot 13% bland de svenskfödda kvinnorna. Skillnaden bland män är också stor mellan svenskfödda och utlandsfödda avseende självskattad hälsa.



Dålig psykisk hälsa (GHQ)

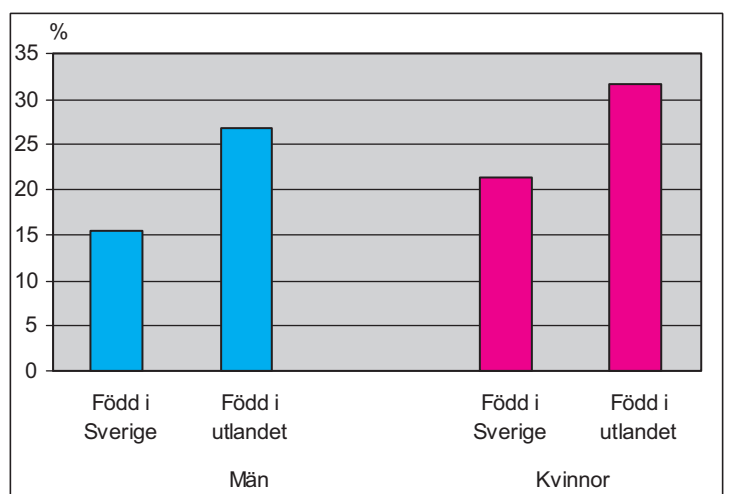
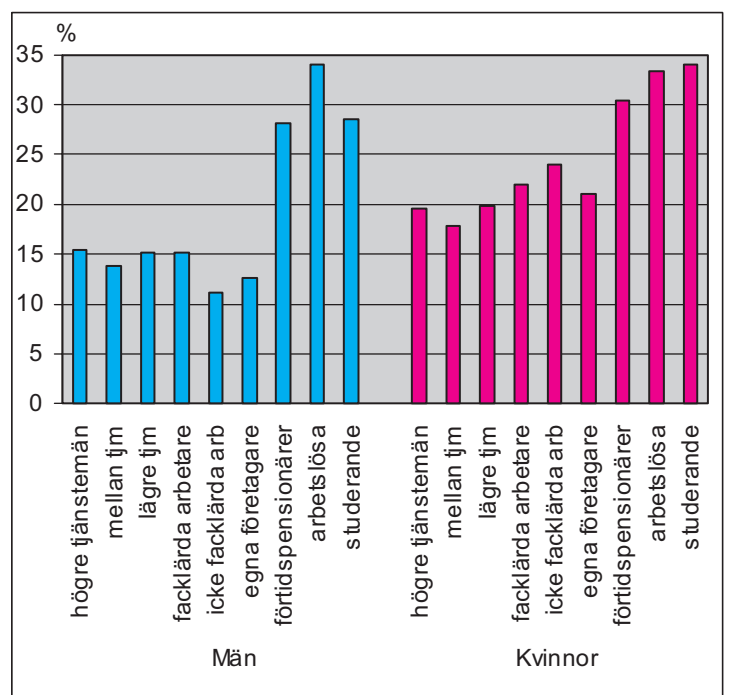
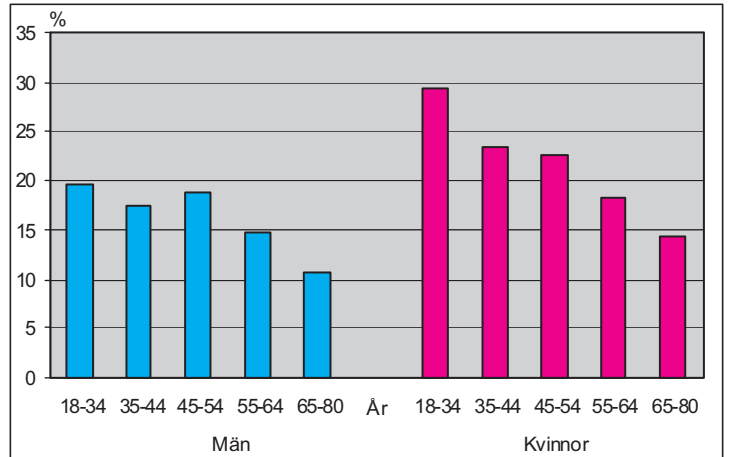
Med psykisk hälsa menas här individens allmänna psykiska välbefinnande. I undersökningen har ett välkänt frågebatteri, General Health Questionnaire-12 (GHQ12), använts. GHQ12 mäter inte något specifikt psykiskt besvär, skiljer inte mellan olika psykiska sjukdomar och diagnosticerar inte någon psykisk sjukdom. Däremot är det ett instrument för att undersöka psykisk ohälsa i ett befolkningsperspektiv. I en rad internationella studier har man visat att de individer vars psykiska hälsa definieras som dålig med GHQ12, har en klart ökad tendens att söka vård för psykiska besvär.

Förekomsten av dålig psykisk hälsa i enkäten var 17% för männen och 22% för kvinnorna.

Kvinnor mår i alla åldrar något sämre än män i motsvarande ålder. Bland individerna i åldersgruppen 18-34 anger 20% av männen och 30% av kvinnorna att de har en dålig psykisk hälsa.

Dålig psykisk hälsa är klart vanligast bland studerande, förtidspensionärer och arbetslösa av båda könen, med andelar kring 30%. Bland kvinnorna ser man en högre andel med dålig psykisk hälsa bland arbetarna jämfört med tjänstemännen. Bland männen har facklärd arbetare, högre tjänstemän och lägre tjänstemän en något högre andel med sämre psykisk hälsa än icke facklärd arbetare och tjänstemän i mellanställning.

Prevalensen av dålig psykisk hälsa är högre bland utlandsfödda män jämfört med svenskfödda, 27% respektive 15%. De utlandsfödda kvinnorna har också en högre andel med dålig psykisk hälsa jämfört med de svenskfödda, 32% respektive 21%.



Långvarig sjukdom

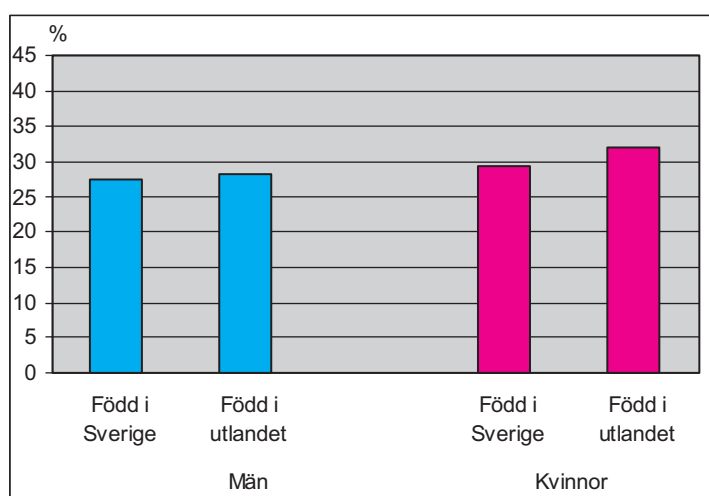
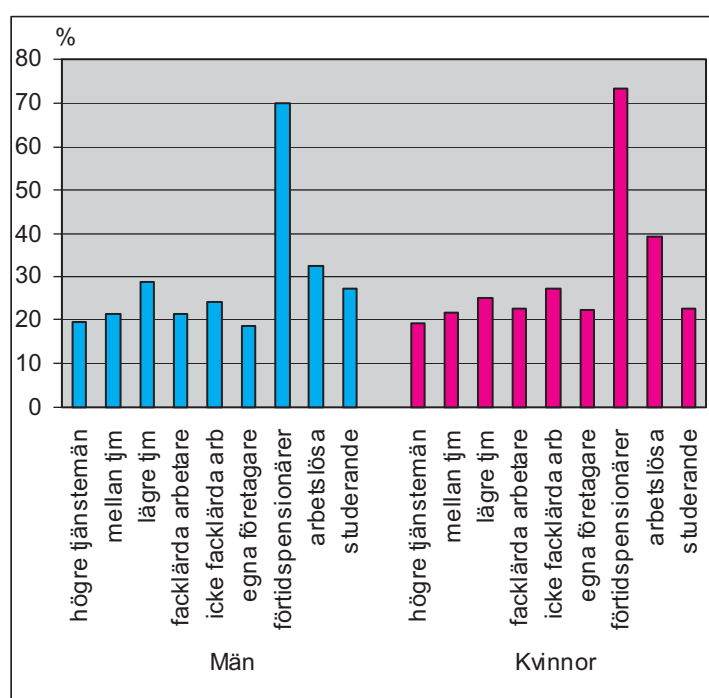
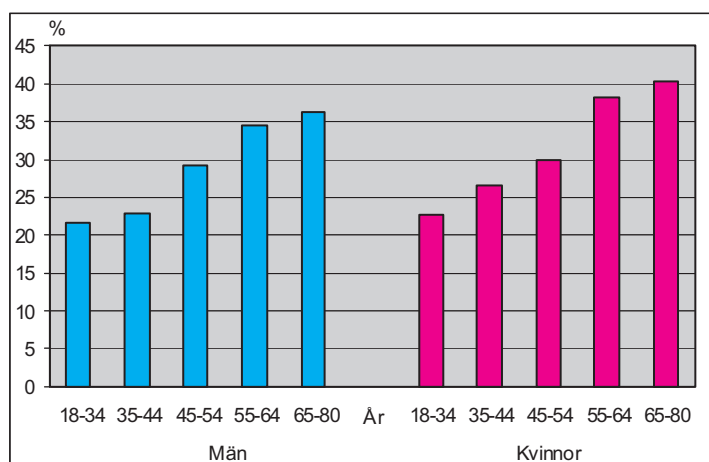
Begreppet långvarig sjukdom innefattar här någon form av sjukdom eller besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet som är långvarig. Långvarig sjukdom anses vara ett bra mått på behovet av vård.

Förekomsten av långvarig sjukdom i undersökningen är 28% bland männen och 30% bland kvinnorna.

Som väntat finns en klar åldersgradient bland båda könen, där andelen som anger långvarig sjukdom i åldersgruppen 18-34 år är drygt 20% mot 35-40% i åldersgruppen 65-80 år.

Som också kan förväntas är andelen med långvarig sjukdom högst bland förtidspensionärer, över 70%, följda av arbetslösa där andelen bland män respektive kvinnor är 33% och 39%. Bland yrkesaktiva kvinnor har de icke facklärd arbetarna en högre andel med långvarig sjukdom jämfört med tjänstemännen. Bland yrkesaktiva män är andelen med långvarig sjukdom högst bland de lägre tjänstemännen.

Det finns inga betydande skillnader mellan utlandsfödda och svenskfödda när det gäller långvarig sjukdom.



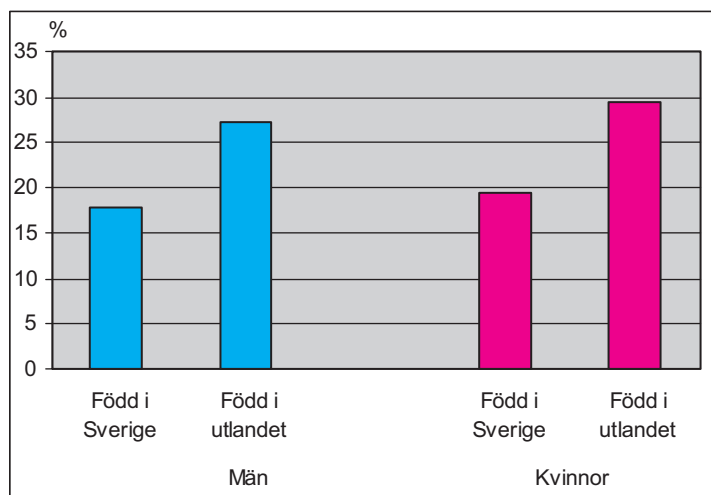
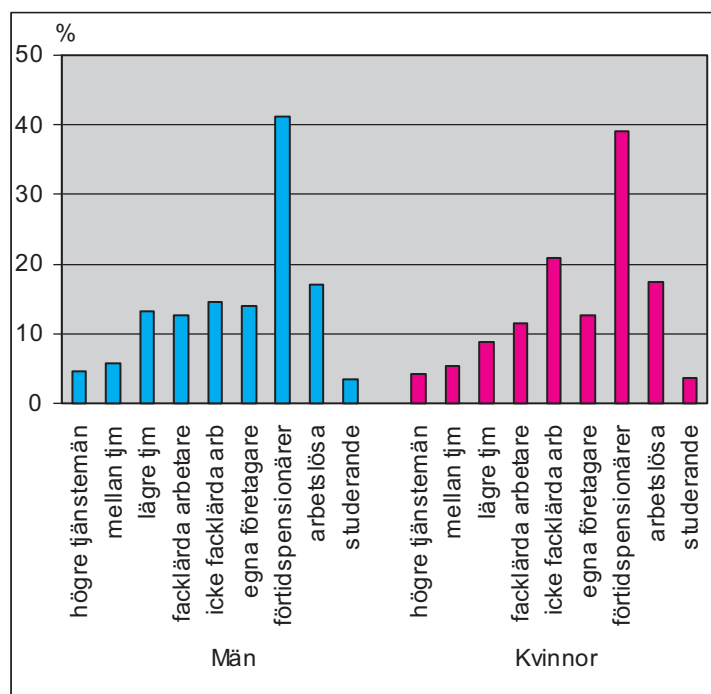
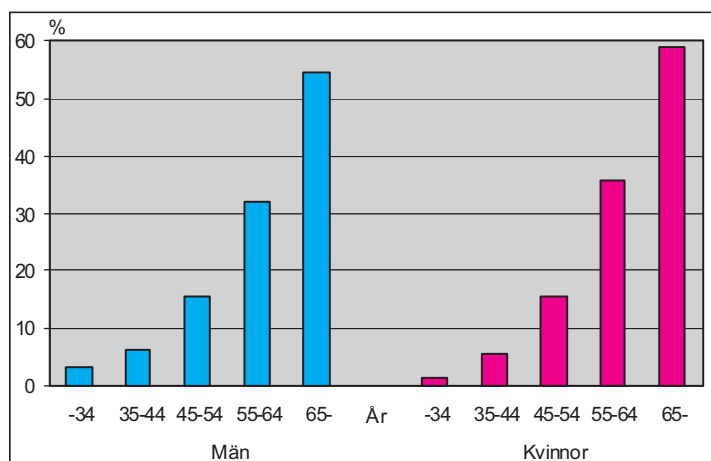
Har mindre än 20 egna tänder kvar

Om glesa tandläkarbesök är en riskfaktor för ett framtida dåligt tandstatus, så måste de individer som i undersökningen svarade att de har mindre än 20 egna tänder kvar anses utgöra en grupp som redan har ett dåligt tandstatus. Ett dåligt tandstatus kan i sin tur relateras till andra hälsorisker, exempelvis ett försämrat näringsintag p g a dålig tuggfunktion, etc.

Som väntat ökade andelen med mindre än 20 tänder kvar mycket starkt med stigande ålder. I gruppen 18-34 år var andelen bara ett par procent medan den i gruppen 65-80 år var drygt hälften. Skillnaderna var små mellan män och kvinnor.

Skillnaderna var också stora mellan de olika socioekonomiska grupperna. Bland högre tjänstemän av båda könen var det bara cirka 5% som angav att de hade mindre än 20 egna tänder kvar, medan andelen bland icke facklärd arbetare var 15% bland männen och 21% bland kvinnorna. Andelen var också relativt sett hög bland arbetslösa och förtidspensionärer av båda könen, 17% respektive 40%.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda noterades att andelen som angav att de hade mindre än 20 tänder kvar var 10% högre bland de utlandsfödda av båda könen.



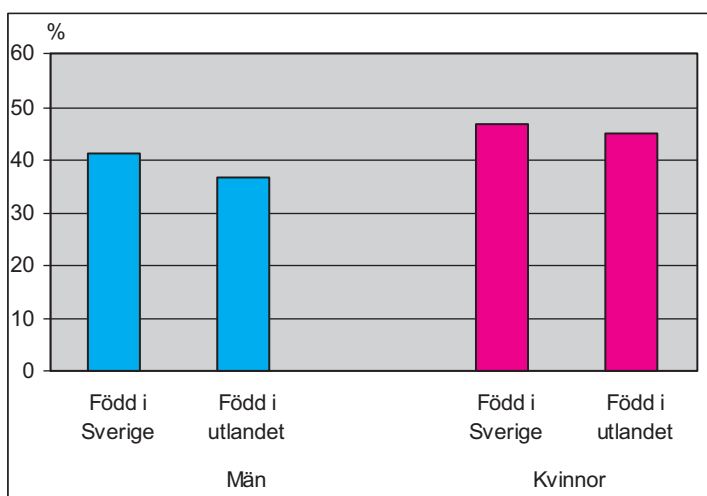
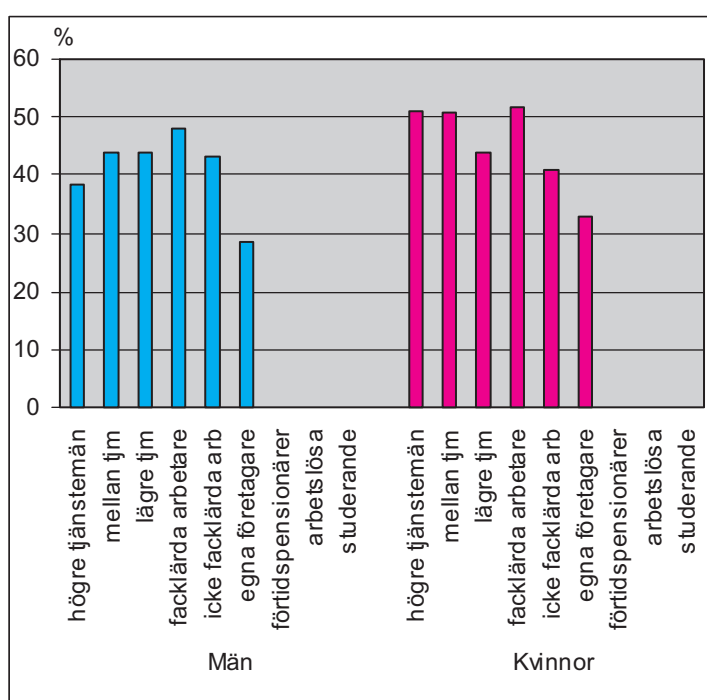
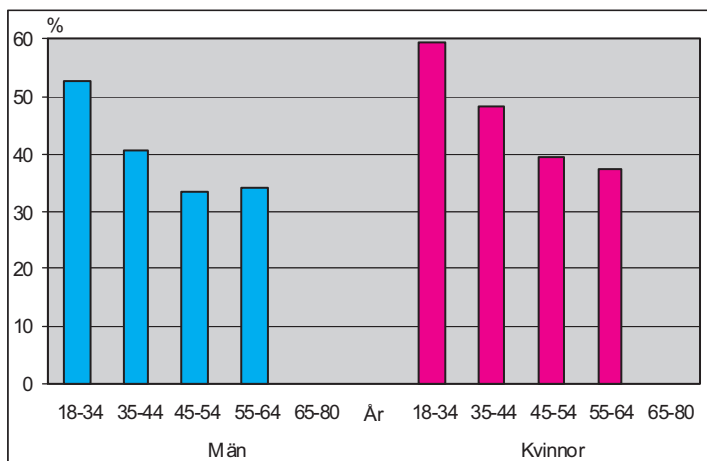
Sjukfrånvaro senaste året

I enkäten efterfrågades hur många dagar man hade varit sjukskriven under det senaste året. Här redovisas andelen av individer i olika grupper som angav att de hade varit sjukskrivna minst en dag under denna period. Andelen kvinnor i undersökningen med sjukfrånvaro någon gång under det senaste året är högre än bland männen i samtliga åldersgrupper av den arbetande befolkningen, 46% jämfört med 41%.

Sjukfrånvaro minst en dag under det senaste året är vanligast i åldersgruppen 18-34 år bland både män och kvinnor, andelarna är 53% respektive 59%. I åldersgruppen 35-44 år är andelen med sjukfrånvaro 40% för männen och 48% för kvinnorna.

Det finns klara men olika mönster av socioekonomiska skillnader för båda könen. Den lägsta andelen sjukskrivna finns dock bland egna företagare av båda könen, cirka 30%. Bland de anställda männen är andelen sjukskrivna lägst bland högre tjänstemän, medan denna grupp ligger i delad topp tillsammans med tjänstemän på mellanivå och facklärd arbetare bland kvinnorna.

Bland svenskfödda män hade 41% minst en dags sjukfrånvaro, medan motsvarande andel för utlandsfödda män var 37%. Bland kvinnorna i undersökningen noterades bara en marginell skillnad mellan svenskfödda och utlandsfödda.



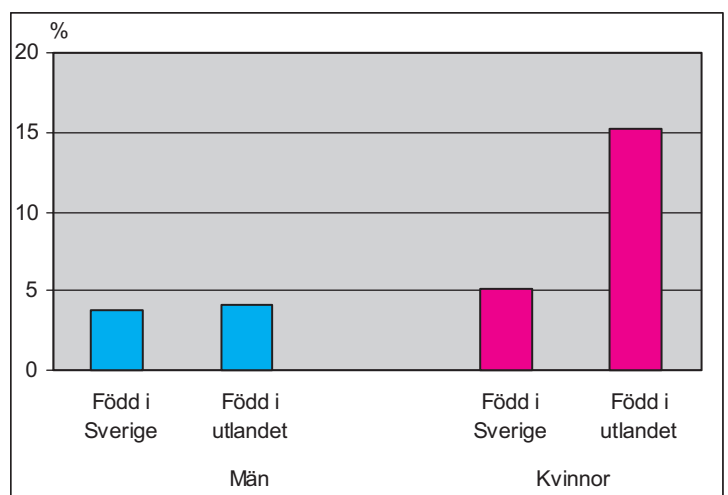
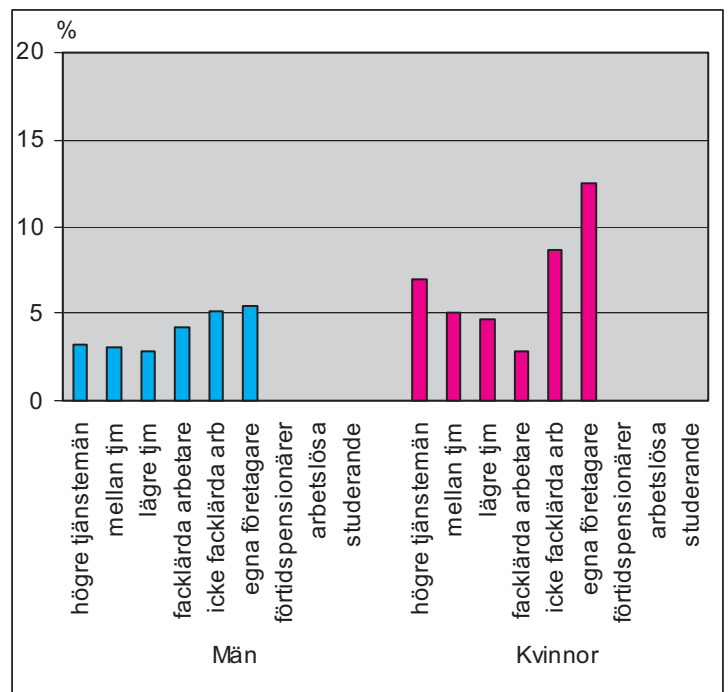
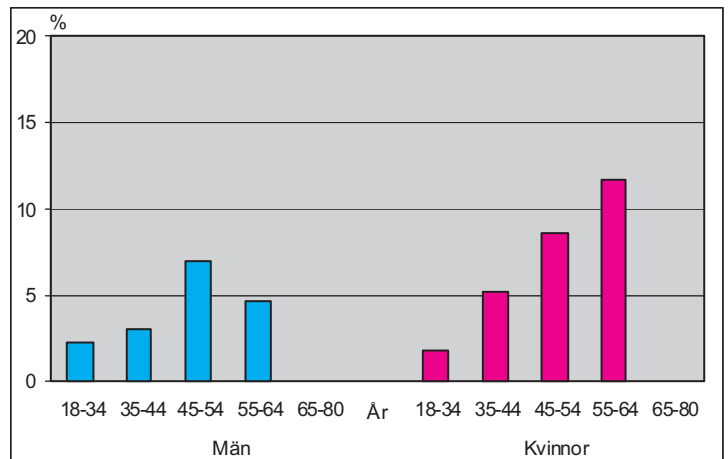
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året

Andelen med sjukfrånvaro mer än trettio dagar under det senaste året är ett mått på mer uttalade hälsoproblem än sjukfrånvaro över huvudtaget. Vi vet vidare att långtidssjukskrivningarna har ökat kraftigt under de senaste åren i Sverige.

Cirka fyra procent av männen och 5% av kvinnorna i den yrkesarbetande befolkningen i enkäten hade en sjukfrånvaro som omfattade 30 dagar eller mera under senaste året. Andelen med denna höga nivå av sjukskrivning såg olika ut för män och kvinnor med avseende på ålder. Bland de sistnämnda noterades en mycket uttalad åldersgradient med en andel på ett par procent i åldersgruppen 18-34 år och 12% i gruppen 55-64 år. Bland männen noterades den högsta andelen i åldersgruppen 45-54 år, 7%.

Det är framför allt icke facklärd arbetare och egna företagare bland båda könen som hade mer än 30 sjukfrånvarodagar under året i större utsträckning än andra yrkesgrupper. Bland kvinnorna noterades en högre andel med hög sjukfrånvaro bland tjänstemännen jämfört med facklärd arbetare, där särskilt individer i gruppen högre tjänstemän angav en förhållandevis hög andel.

Bland de svenskfödda hade 4% av männen och 5% av kvinnorna mer än 30 sjukfrånvarodagar under det senaste året, medan motsvarande siffror var 4% för utlandsfödda män och 15% för utlandsfödda kvinnor.



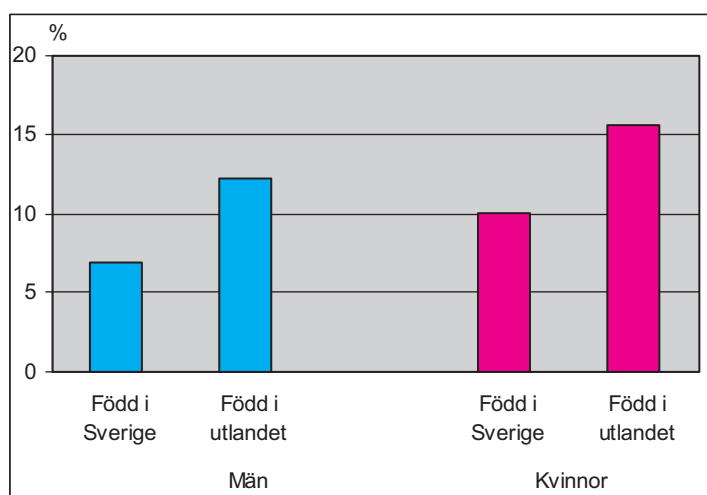
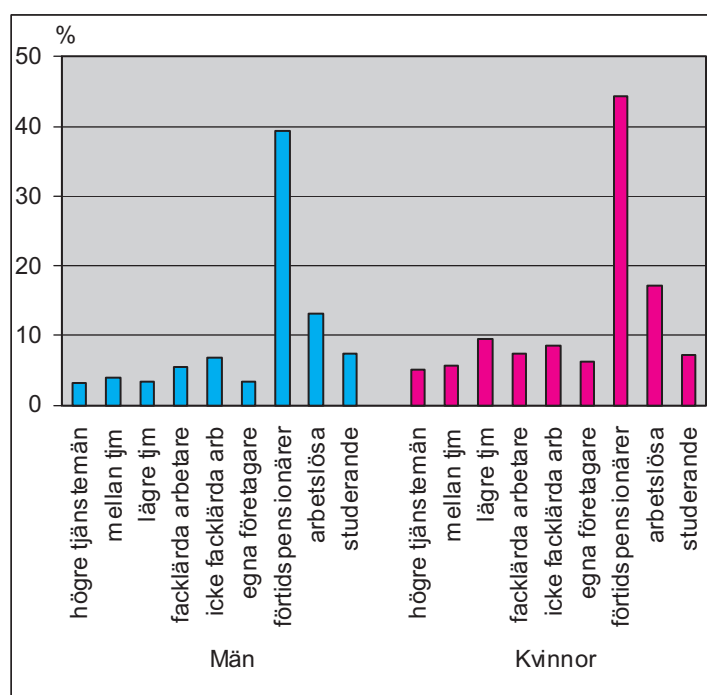
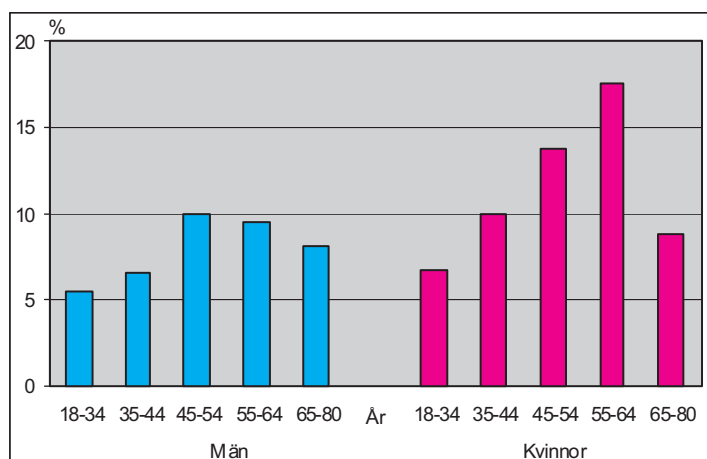
Bestående funktionsnedsättning

Enkätfrågan om funktionsnedsättning mäter sådan självrapporterad ohälsa som innebär att man har varit förhindrad att utföra sina vanliga sysslor t ex arbete inom eller utanför hemmet, fritidsaktiviteter eller liknande de senaste 6 månader. Om dessa besvär har funnits eller förväntas kvarstå i sex månader eller längre betraktas det som en bestående funktionsnedsättning.

Bland samtliga svarande har 9% någon form av funktionsnedsättning som varat mer än 14 dagar. Åldersmönstret avseende andelen med bestående funktionsnedsättning skiljer sig markant mellan män och kvinnor. Bland de sistnämnda finns en uttalad gradient i de yrkesaktiva åldrarna, 7% i gruppen 18-34 år mot 18% i gruppen 55-64 år, medan andelen var markant lägre i åldersgruppen 65-80 år, 9%. Bland männen noteras den högsta andelen i åldersgruppen 45-54 år, 10%, medan andelen är något lägre i de två äldre åldersgrupperna.

Stora skillnader noteras också mellan de socioekonomiska grupperna, som väntat med den högsta andelen med bestående funktionsnedsättning bland förtidspensionärerna, cirka 40%. Även gruppen arbetslösa ligger påtagligt över den genomsnittliga nivån bland de yrkesaktiva grupperna, cirka 15%. Bland såväl män som kvinnor noteras en högre andel med bestående funktionsnedsättning bland arbetare, jämfört med tjänstemän.

Det finns också klara skillnader när det gäller ursprungsland. Sju procent av männen och 10% av kvinnorna födda i Sverige hade någon form av bestående funktionsnedsättning. Bland utlandsfödda var motsvarande andelar 12% av männen och 16% av kvinnorna.



Sömnbesvär

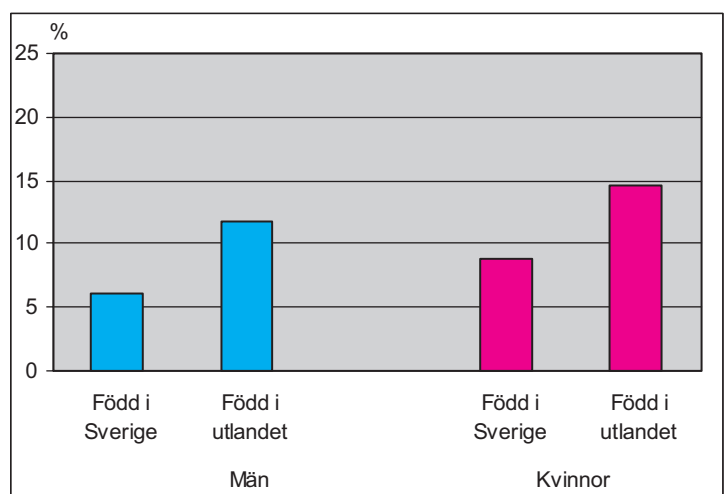
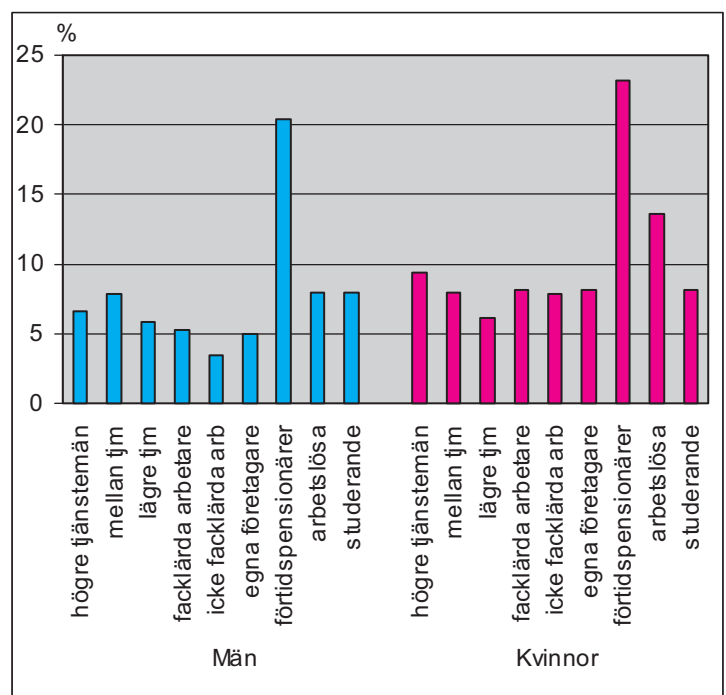
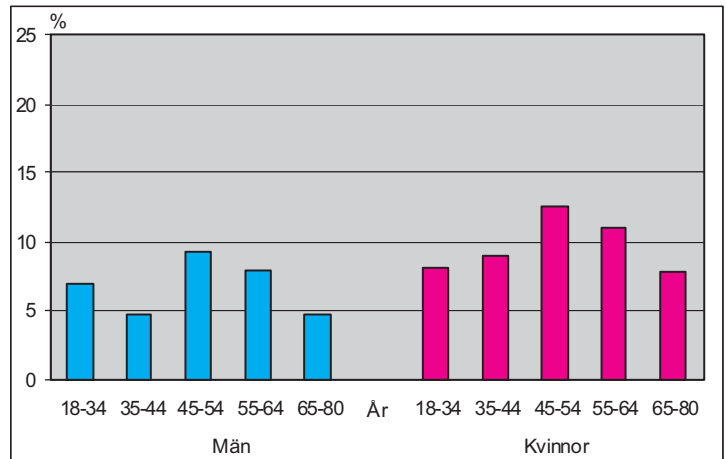
Ett par av enkätens frågor avsåg sömnproblem vilket av stressforskare bland annat anses vara ett uttryck för stress bland yngre och medelålders friska individer. Bland individer med nedsatt hälsa kan detta symptom givetvis vara en följd av ohälsan som sådan, t ex vid olika smärttillstånd.

Ungefär var tolfte individ i undersökningen angav att de under de senaste 14 dagarna varit mycket besvärade av sömnproblem och vidstående figurer visar hur denna typ av problem fördelar sig i olika grupper av befolkningen.

Sömnproblem är vanligare bland kvinnor än bland män, och det är de medelålders individerna av båda könen som anger den högsta frekvensen. Drygt var sjätte kvinna i åldersgruppen 45-54 år rapporterar att de varit mycket besvärade av sömnproblem de senaste 14 dagarna.

Då det gäller fördelningen över socioekonomiska grupper så är det främst bland förtidspensionärerna av båda könen som man anger en hög andel av mycket besvärande sömnproblem, över 20%. Bland kvinnorna ligger också de arbetslösa klart över genomsnittet. I den arbetande befolkningen är det män och kvinnor i grupperna högre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå som anger en hög andel. Arbetargrupperna ligger på en lägre nivå, särskilt bland männen där gruppen icke facklärd arbetare anger den lägsta andelen mycket besvärande sömnproblem, 3%.

I jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda finner vi att andelen med mycket besvärande sömnproblem är ungefär dubbelt så hög bland de sistnämnda. Gruppen utlandsfödda kvinnor hamnar på en förhållandevis hög nivå, 15%.



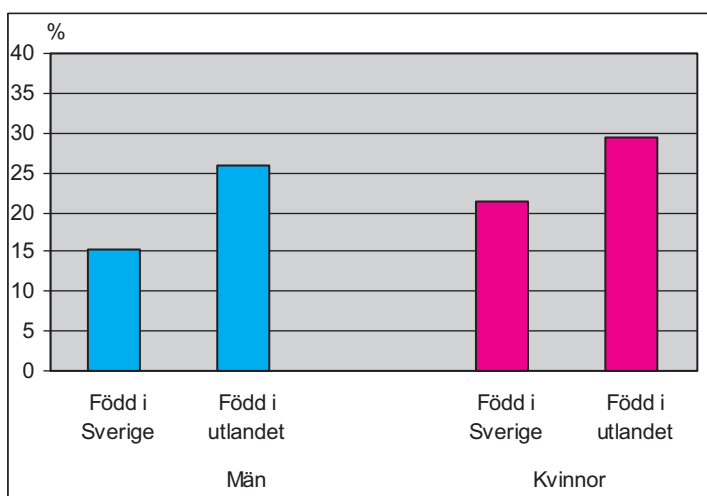
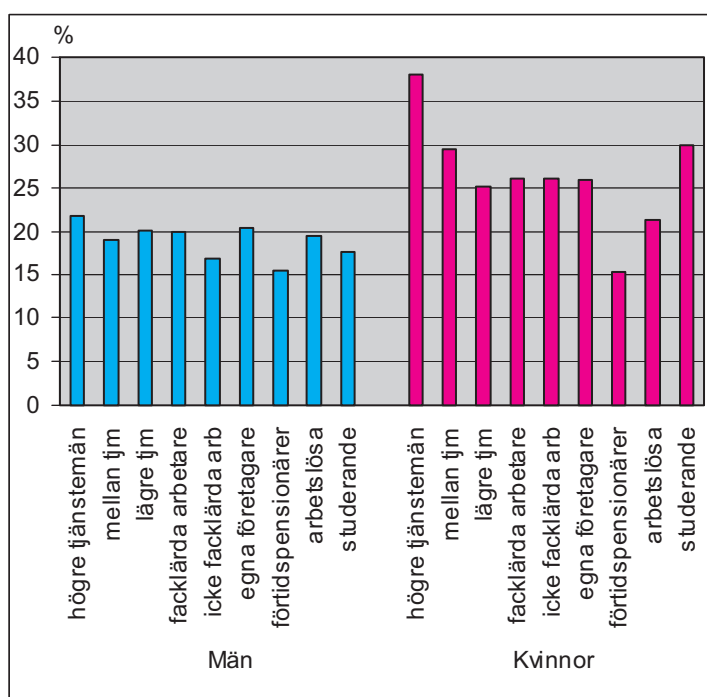
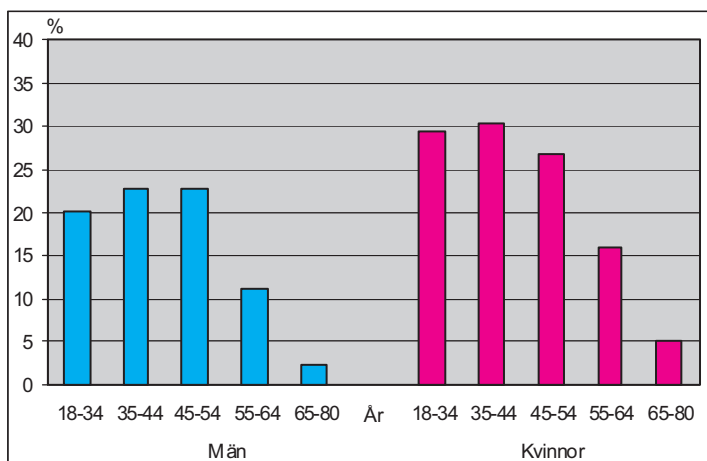
Stressad i vardagen

Stress har under senare tid lyfts fram som ett av de dominerande hoten mot den goda folkhälsan i Sverige. Stress har främst förknippats med psykisk ohälsa, främst i form av kroniska psykiska utmattningstillstånd som varit en uppmärksammas orsak till en ökning av antalet långtidssjukskrivningar. Under senare år har man också pekat på stressens roll som en riskfaktor för allvarliga kroppssjukdomar, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, inte minst bland kvinnor enligt färskas svenska vetenskapliga studier.

I vidstående tabeller ser vi hur många individer i olika befolkningsgrupper som svarade att de ofta känner sig stressade i sin vardag. Vi ser att fler kvinnor än män anger att så är fallet, ungefär var fjärde kvinna mot var femte man. Bland båda könen är det framförallt de yngre och medelålders upp till åldersgruppen 45-54 år som anger att de är stressade i vardagen. Därefter sjunker andelen till en förhållandevis låg nivå i åldersgruppen 65 år och äldre, dvs bland ålderspensionärerna.

Den socioekonomiska fördelningen av vardagsstress skiljer sig påtagligt mellan män och kvinnor. Det är framförallt de kvinnliga tjänstemännen som anger en hög andel, där den högsta andelen noteras bland de högre kvinnliga tjänstemännen, cirka 40%. Andelen med vardagsstress är också hög bland kvinnliga studerande, 30%. Bland män är andelen vardagsstressade påtagligt jämt fördelad över alla de socioekonomiska grupperna, med en liten övervikt även här för de högre tjänstemännen, 22%, medan den lägsta nivån noteras bland förtidspensionärerna, 16%.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda, noteras en högre andel som anger att de är stressade i vardagen bland de sistnämnda.



Läkemedel det senaste året

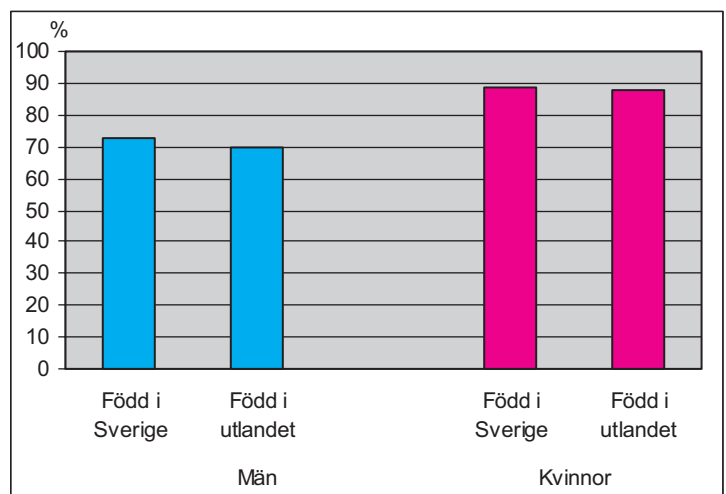
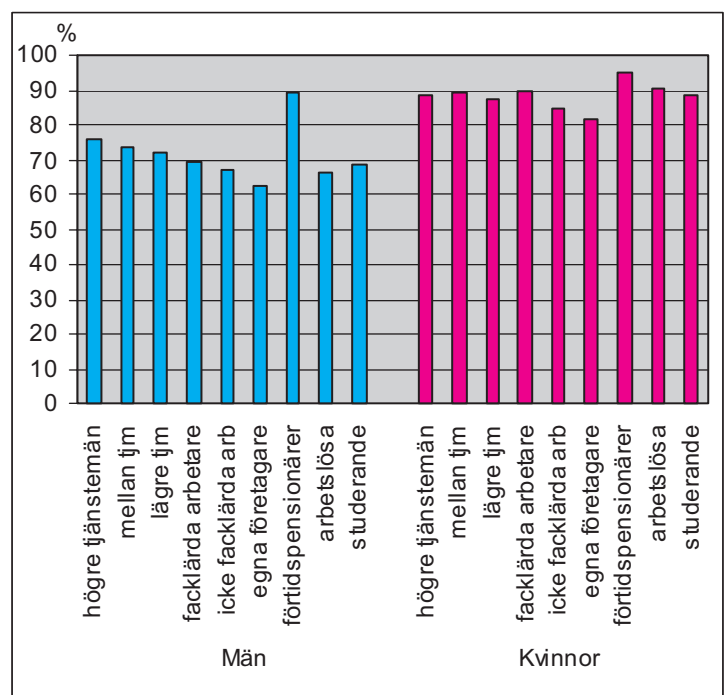
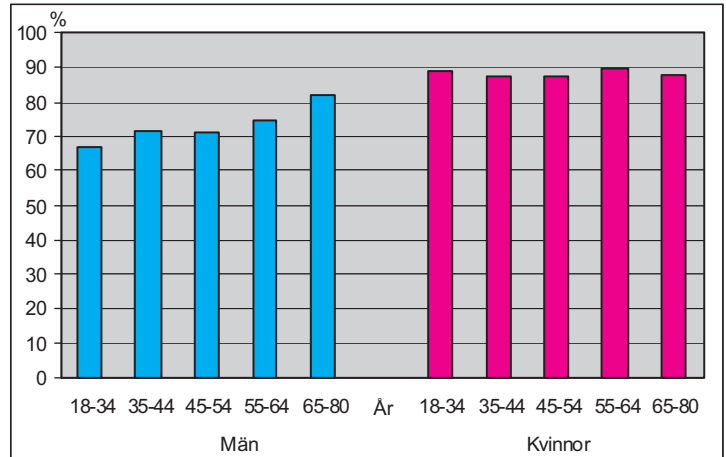
Skånes befolkning ligger högt i läkemedelsanvändning jämfört med riket.

Under det senaste året hade 81% av befolkningen, 72% av männen och 88% av kvinnorna, använt läkemedel som var köpta på apoteket med eller utan recept.

Bland kvinnor var läkemedelsanvändningen jämnt fördelad i alla åldersgrupper och högre än bland män. För männen tenderade användningen att öka med stigande ålder.

Läkemedelsanvändningen var högst bland förtidspensionärer, omkring 90%, och lägst bland egna företagare, drygt 60% bland män och drygt 80% bland kvinnor. Högre tjänstemän använde också mycket läkemedel, 76% av männen och 88% av kvinnorna.

Personer födda i andra länder än Sverige använde ungefär lika mycket läkemedel som personer födda i Sverige.

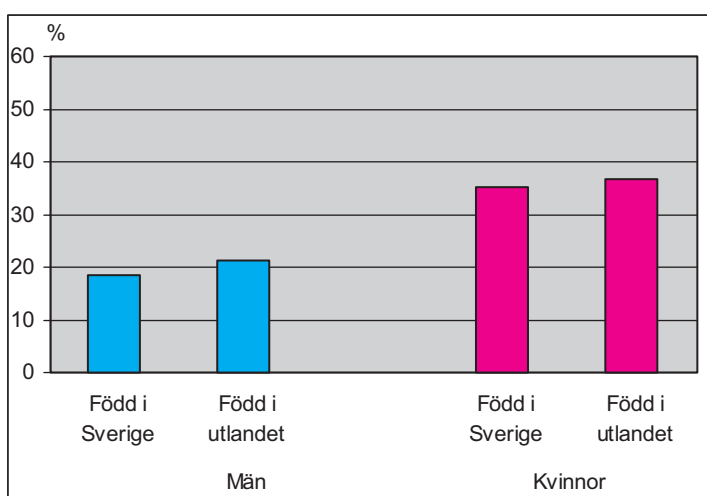
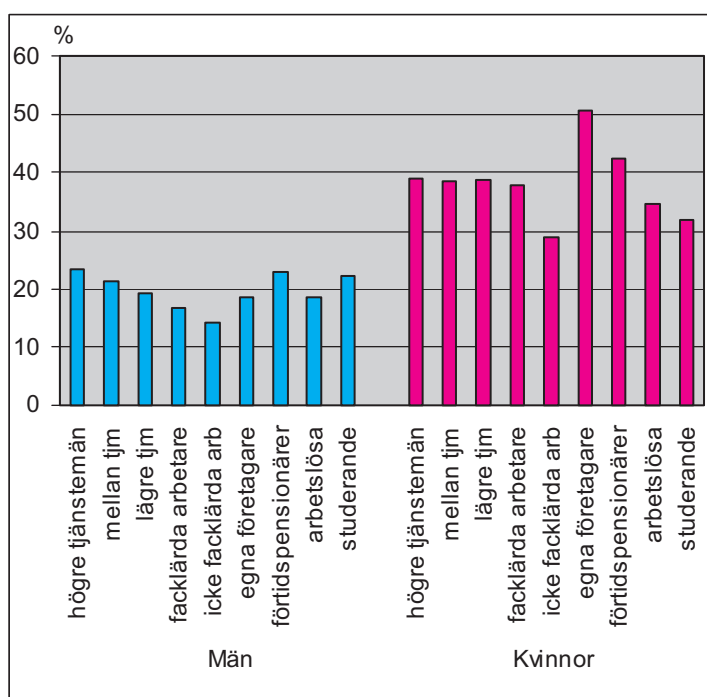
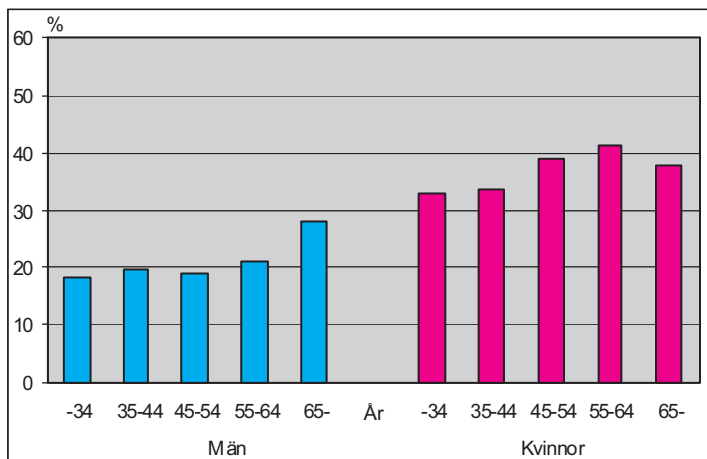


Naturläkemedel det senaste året

Under det senaste året hade 29% av befolkningen, 36% av kvinnorna och 21% av männen, använt naturläkemedel. Användning av naturläkemedel ökade med stigande ålder för både kvinnor och män.

Kvinnliga egna företagare och förtidspensionerade använde i dubbelt så stor utsträckning naturläkemedel som män i motsvarande socioekonomiska grupper.

Personer födda i andra länder än Sverige använde ungefär lika mycket naturläkemedel som personer födda i Sverige.



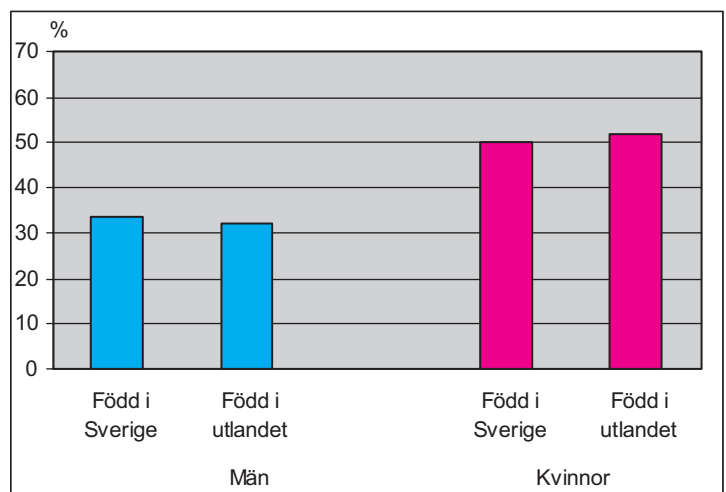
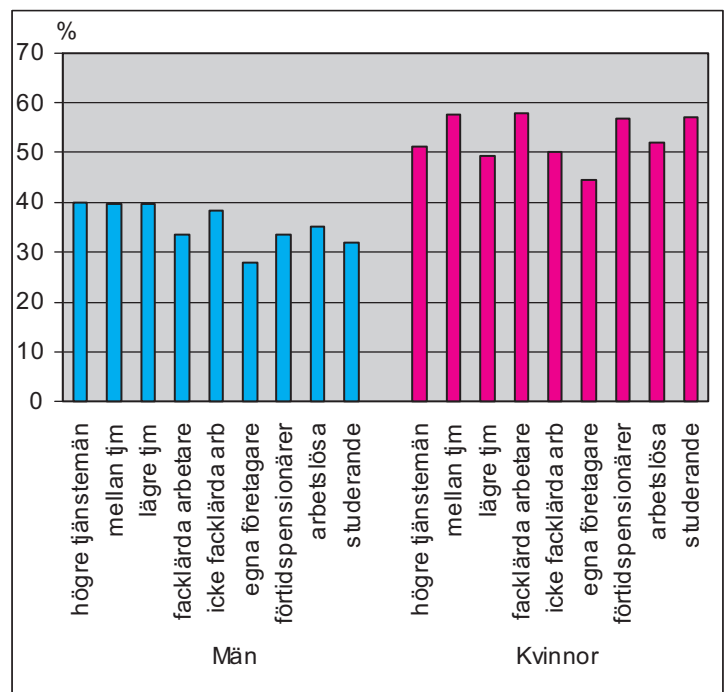
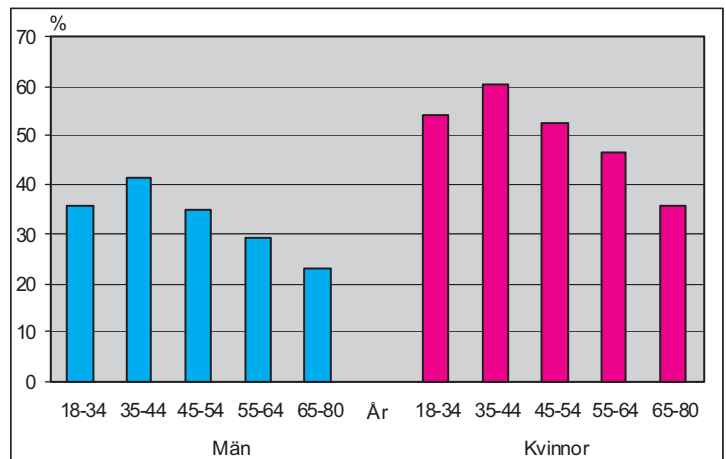
Smärtstillande läkemedel det senaste året

Under det senaste året hade 41 % av befolkningen använt smärtstillande läkemedel som var köpta på apoteket med eller utan recept. Användningen var lägre hos männen än hos kvinnorna, 33% respektive 50%.

Bland kvinnor var användningen av smärtstillande högre än bland män i alla åldersgrupper och i alla socioekonomiska grupper. För både män och kvinnor var användningen högst i åldersgruppen 35 - 54 år. Därefter avtog användningen i viss omfattning med stigande ålder.

Egna företagare hade den lägsta användning av smärtstillande läkemedel. Skillnaderna mellan de socioekonomiska grupper var generellt små.

Personer födda i andra länder än Sverige använde ungefär lika mycket smärtstillande läkemedel som personer födda i Sverige.



Innehållsförteckning

Deltagare och metoder 9

Svarsfrekvens 11

Bortfallsanalys 13

Om statistisk viktning och säkerhet 17

Fördelning efter kön, ålder, socio-ekonomisk status och födelse-land (grundvariablerna) 18

Resultat 19

1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa 20

Dålig psykisk hälsa (GHQ) 21

Långvarig sjukdom 22

Har mindre än 20 egna tänder kvar 23

Sjukfrånvaro senaste året 24

Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året 25

Bestående funktionsnedsättning 26

Sömnbesvär 27

Stressad i vardagen 28

Läkemedel det senaste året 29

Naturläkemedel det senaste året 30

Smärtstillande läkemedel det senaste året 31

2. Levnadsvanor och livsstilar 33

Daglig rökning 34

Intermittent rökning 35

Slutat röka 36

Passiv rökning på arbetsplatsen 37

Övervikt 38

Fetma 39

Undervikt 40

Låg fysisk aktivitet på fritiden 41

Högonsumtion av alkohol 42

Druckit hembränd sprit 43

Privat införsel av alkohol lagligt 44

Druckit smuggelsprit 45

Någonsin rökt hasch 46

Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen 47

3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 49

Ekonomisk stress 50

Arbetslös mer än ett år 51

Lågt socialt deltagande 52

Låg tillit 53

Svag social förankring i bostadsområdet 54

Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet 55

Utsatt för hot om våld 56

Utsatt för våld 57

Svagt emotionellt stöd 58

Svagt praktiskt stöd 59

Besvär av buller från vägtrafik 60

4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka 62

Fast anställd 63

Önskar byta yrke 64

Önskar byta arbete 65

Arbetar ofta övertid 66

Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa 67

Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete 68

Svag social förankring på arbetsplatsen 69

Höga psykologiska krav i arbetet 70

Låg kontroll i arbetet 71

Anspänd arbetssituation 72

Svagt socialt stöd i arbetet 73

5. Kontakter med sjukvården 75

Otillfredsställda vårdbehov 76

Inga tandläkarbesök de senaste 5 åren 77

Sökt sjukhusmottagning 78

Legat på sjukhus 79

Läkarbesök på grund av sjukdom 80

Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen 81

Inte bemött med vänlighet och respekt 82

Inte fått nödvändig information 83

Sökt distriktsläkare senaste året 84

Sökt privatläkare senaste året 85

Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen 86

Sammanfattning 87

Daglig rökning

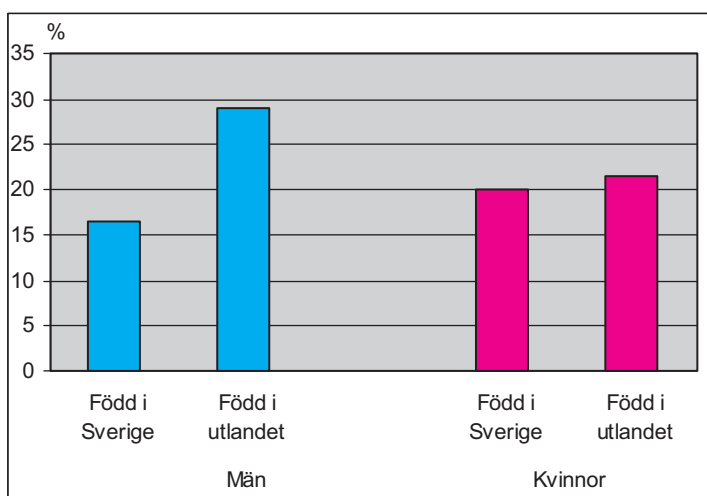
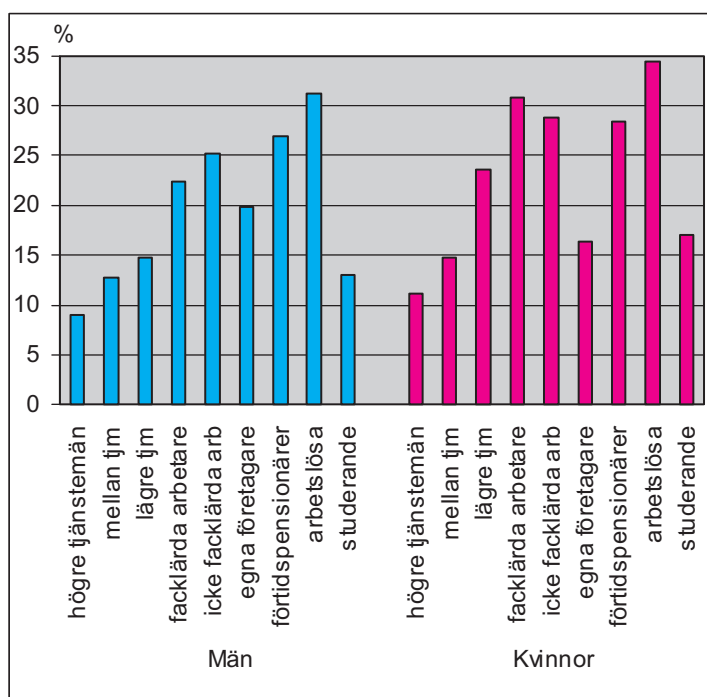
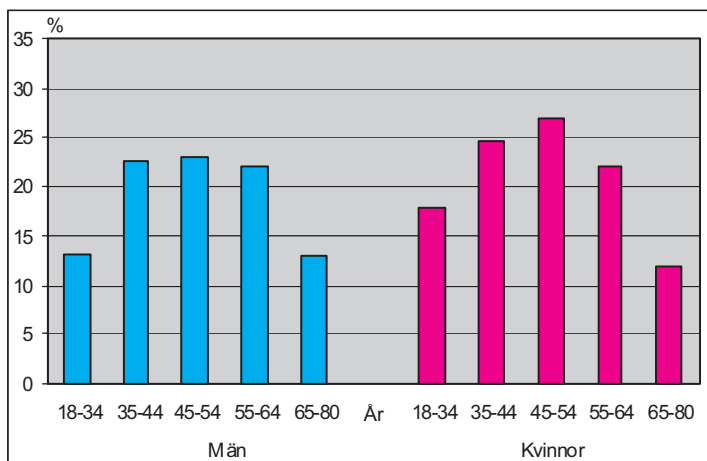
Andelen män i Sverige i åldrarna 16-84 år som röker dagligen har minskat från 35% 1980/1981 till 22% 1995. Minskningen var mindre för kvinnor, från 28% till 23%. De socioekonomiska skillnaderna i dagligrökning har ökat under flera decennier.

Andelen dagligrökare i Folkhälsoenkät Skåne 2000 i åldrarna 18-80 år var 18% för männen och 20% för kvinnorna.

Daglig rökning är vanligast i åldersgruppen 45-54 år för både män och kvinnor, 23% respektive 27%. Bland yngre (18-34 år) och äldre (65-80 år) personer är daglig rökning betydligt mindre vanligt.

De socioekonomiska skillnaderna i daglig rökning är mycket stora. Endast 9% av de manliga och 11% av de kvinnliga högre tjänstemännen är dagligrökare, medan motsvarande andelar är 25% för de manliga och 29% för de kvinnliga icke facklärdade arbetarna. Bland arbetslösa män är andelen dagligrökare 31% och bland kvinnor 34%.

Bland män födda i Sverige är andelen dagligrökare 17%, medan motsvarande andel är 29% bland män födda i andra länder än Sverige. Bland kvinnor födda i Sverige är andelen dagligrökare 20%, bland kvinnor födda i andra länder än Sverige 22%.



Intermittent rökning

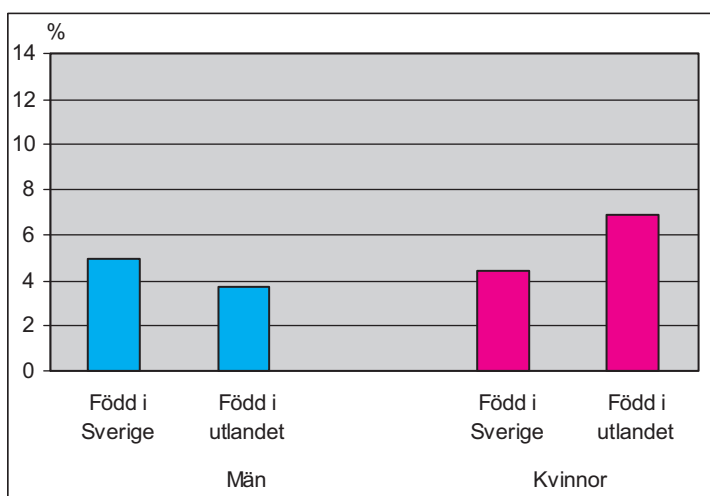
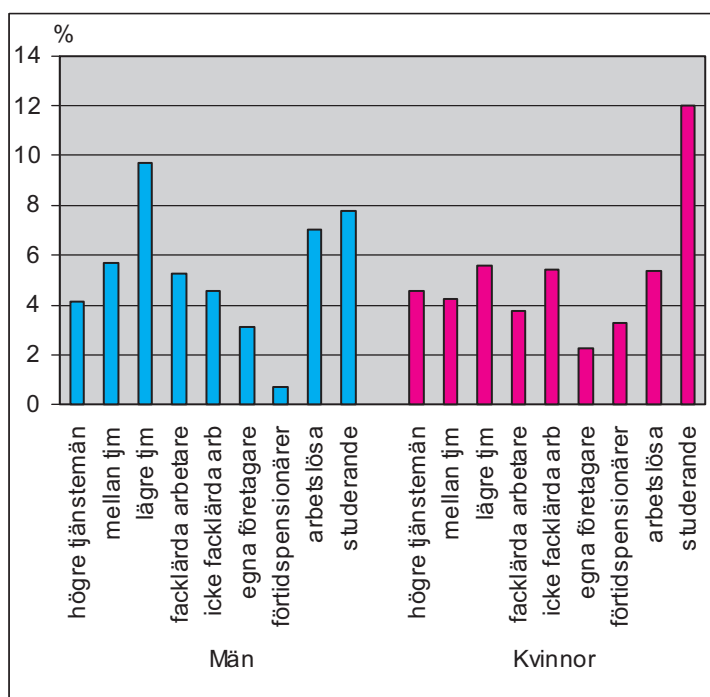
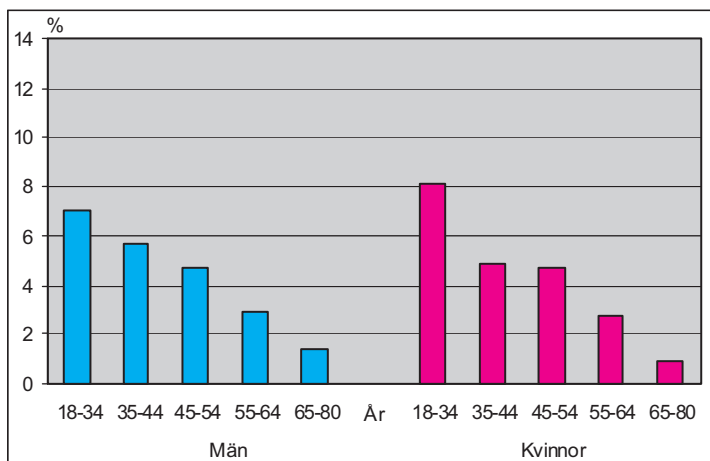
Det är sedan tidigare välkänt att grupperna dagligrökare respektive intermittenta rökare skiljer sig åt vad gäller ålder, socioekonomisk status och födelseland.

Intermittenta rökare är personer som röker mindre ofta än dagligen. I undersökningen var 5% av både männen och kvinnorna intermittenta rökare.

Intermittent rökning förekommer oftast bland de yngre. Förekomsten minskar sedan kraftigt med stigande ålder. I undersökningen var 7% av männen och 8% av kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år intermittenta rökare. I åldersgruppen 65-80 år var däremot endast cirka 1% av både männen och kvinnorna intermittenta rökare.

Det finns inga tydliga socioekonomiska skillnader i intermittent rökning.

Det finns inga stora skillnader med avseende på födelseland i intermittent rökning för vare sig män eller kvinnor.



Slutat röka

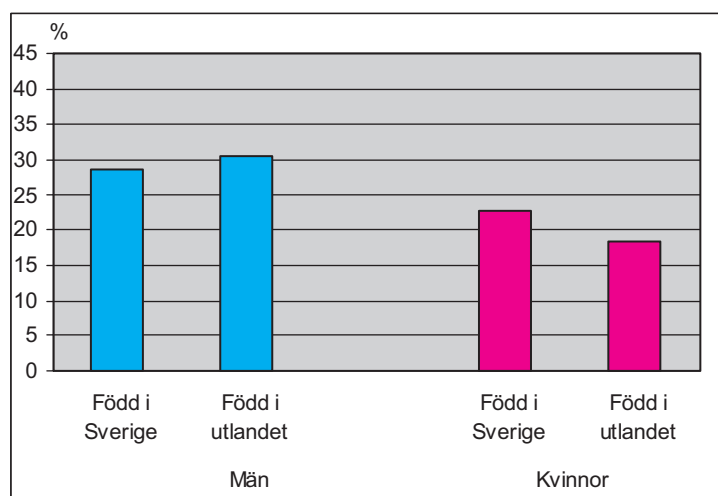
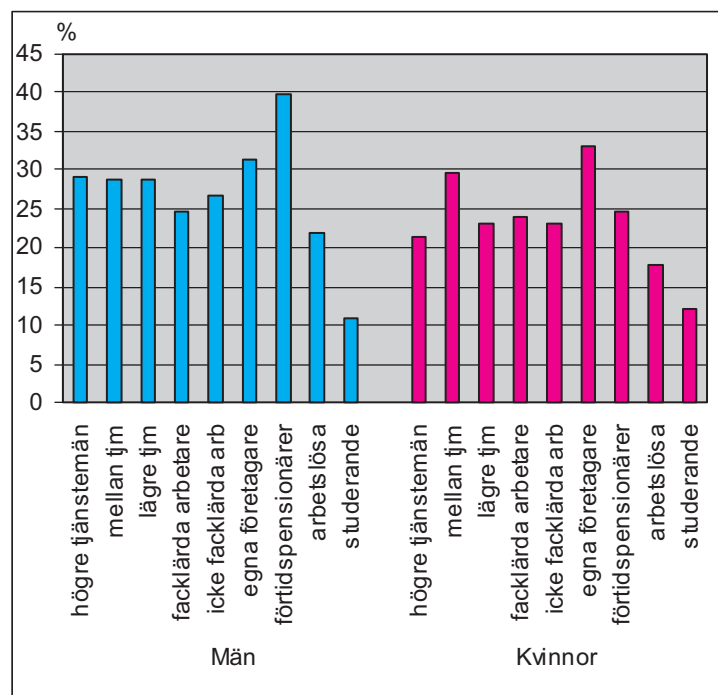
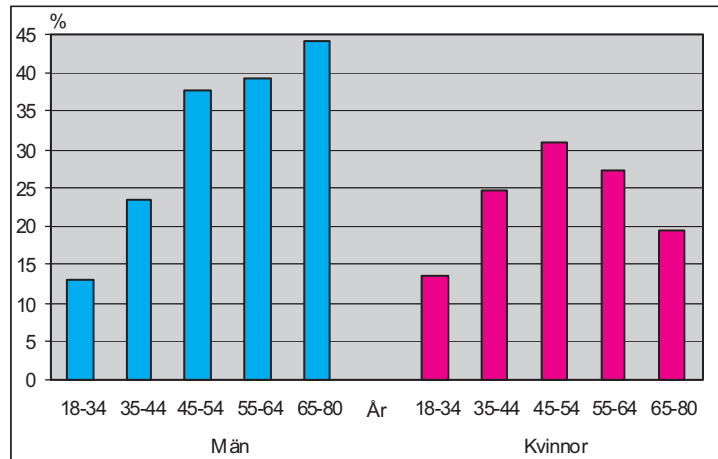
De socioekonomiska skillnaderna i rökning har ökat under senare år på grund av att tjänstemän slutat röka i större utsträckning än arbetare.

En betydligt lägre andel kvinnor, 22%, än män, 29%, har slutat röka, vilket är anmärkningsvärt med tanke på att förekomsten av rökning är ungefär den samma för kvinnor och män. Manliga rökare har således slutat röka i större utsträckning än kvinnliga.

Andelen som slutat röka är större bland äldre personer än bland yngre. Detta mönster är tydligare för män än för kvinnor.

De socioekonomiska skillnaderna i att ha slutat röka är ganska små, vilket innebär att en större andel av de tjänstemän som någonsin rökt har slutat jämfört med arbetargrupperna.

Män och kvinnor födda i andra länder än Sverige har slutat röka i ungefär samma utsträckning som individer födda i Sverige.



Passiv rökning på arbetsplatsen

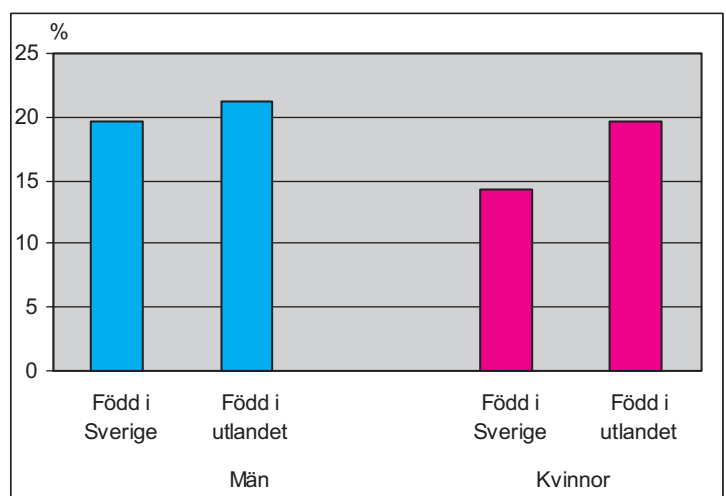
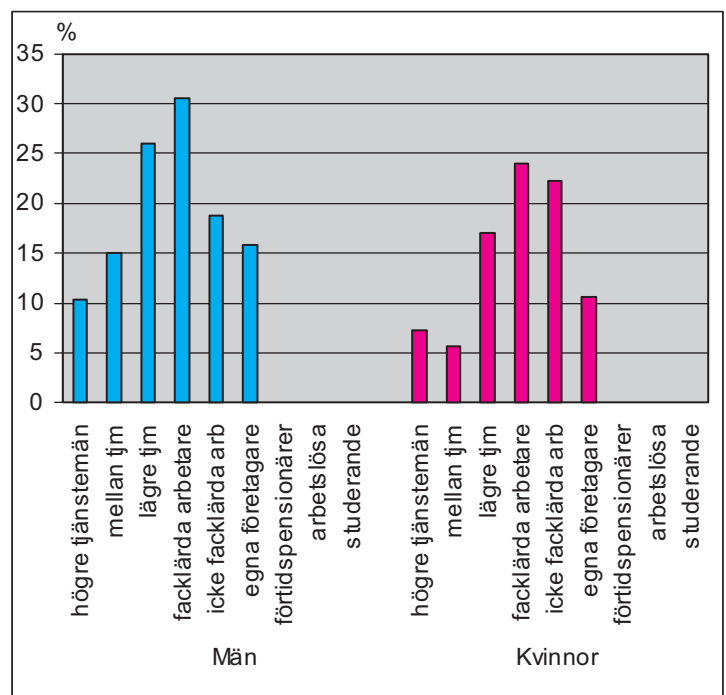
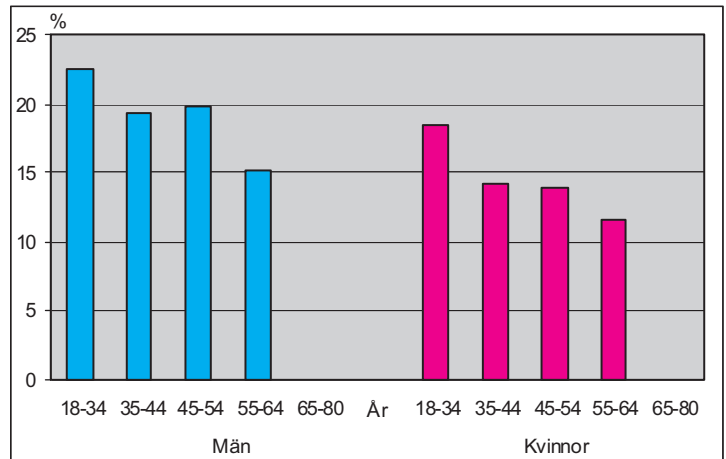
Betydelsen av passiv rökning för uppkomst av olika typer av sjukdomstillstånd såsom allergiutveckling, hjärt- och kärlsjukdom och lungcancer har kommit att uppmärksammas alltmer under senare år. Tobakslagen infördes år 1993 och skärptes 1994. Lagen förbjuder rökning bl a i skolor, daghem, lokaler för hälso- och sjukvård samt färdmedel i inrikes kollektivtrafik.

Folkhälsoenkät Skåne 2000 visar att 20% av männen och 15% av kvinnorna utsätts för passiv rökning på arbetsplatsen.

Bland såväl män som kvinnor ser man en åldersskillnad i förekomst av exponering för passiv rökning på arbetsplatsen, så att andelen minskar med stigande ålder. Personer i åldersgruppen 18-34 år utsätts i störst utsträckning, medan personer i åldersgruppen 55 – 64 år utsätts i lägst utsträckning.

Det finns även tydliga socioekonomiska skillnader vad gäller att utsättas för passiv rökning på arbetet. Bland män har 19% respektive 31% av icke facklärda och facklärda arbetare blivit utsatta för passiv rökning under det senaste året, medan motsvarande andelar bland tjänstemän på låg, mellan och hög nivå är, 26%, 15% respektive 10%. Även bland kvinnor har arbetargrupperna blivit utsatta för passiv rökning i högre utsträckning än tjänstemannagrupperna.

Att vara utsatt för passiv rökning på arbetsplatsen är något vanligare bland personer födda utomlands jämfört med personer födda i Sverige bland kvinnor, men inte så tydligt bland män.



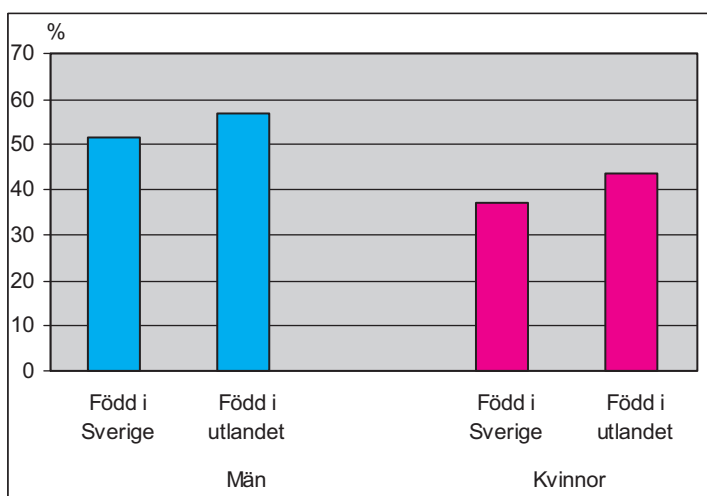
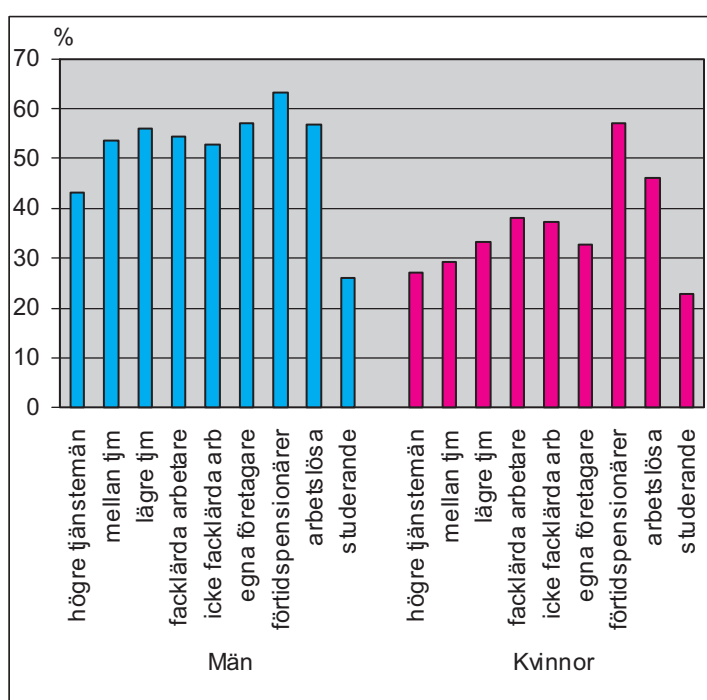
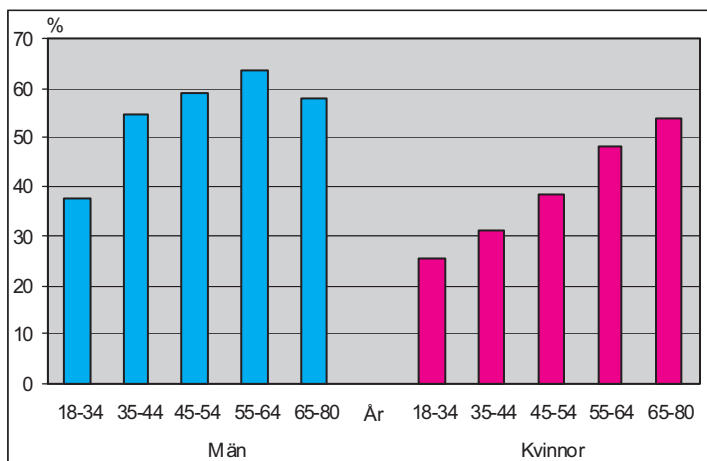
Övervikt

Övervikt defieras ofta som ett BMI (=Body Mass Index, beräknas som vikt i kg dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat) över 25. Uppgifterna om BMI i Skåneenkäten bygger på självrapporterad längd och vikt. Övervikt är en riskfaktor för bland annat diabetes mellitus och hjärt-kärl-sjukdom. Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor i alla åldrar. I vår undersökning är 52% av männen och 38% av kvinnorna överviktiga.

Andelen överviktiga ökar med stigande ålder för både män och kvinnor. I åldersgruppen 18–34 år är det endast 25% av kvinnorna som är överviktiga, medan andelen överviktiga kvinnor i åldersgruppen 65–80 år är 54%. Motsvarande siffror för männen är 38% respektive 58%.

Övervikt är vanligare bland lägre tjänstemän och i andra lägre socioekonomiska grupper än bland högre tjänstemän.

Bland personer som är födda i andra länder än Sverige är det fler som har övervikt än i gruppen födda i Sverige. Detta gäller både för män, 57% jämfört med 52%, och kvinnor, 44% jämfört med 37%.



Fetma

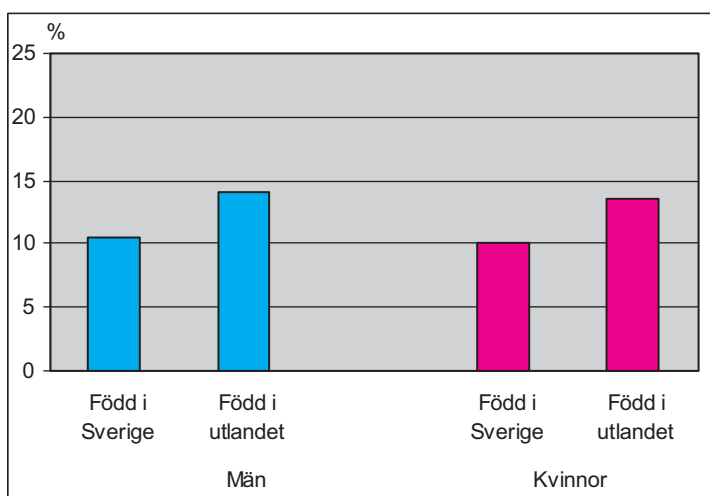
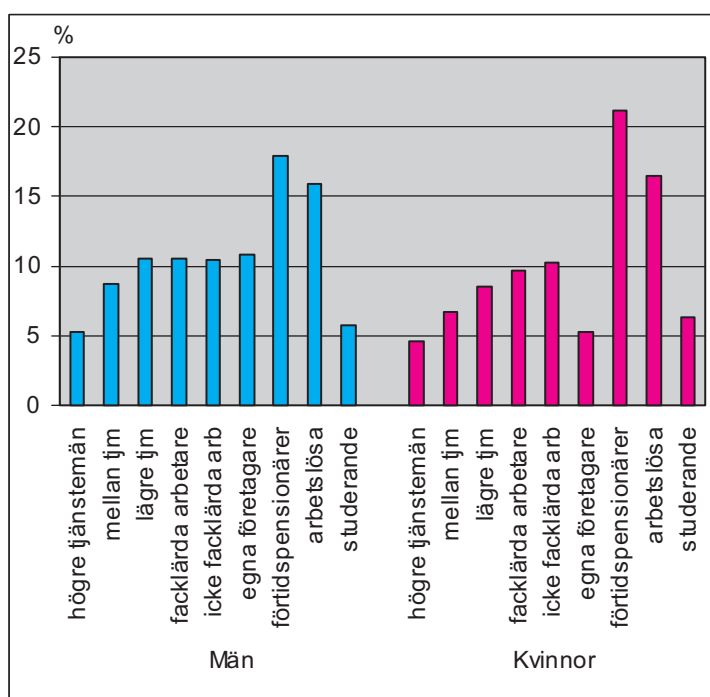
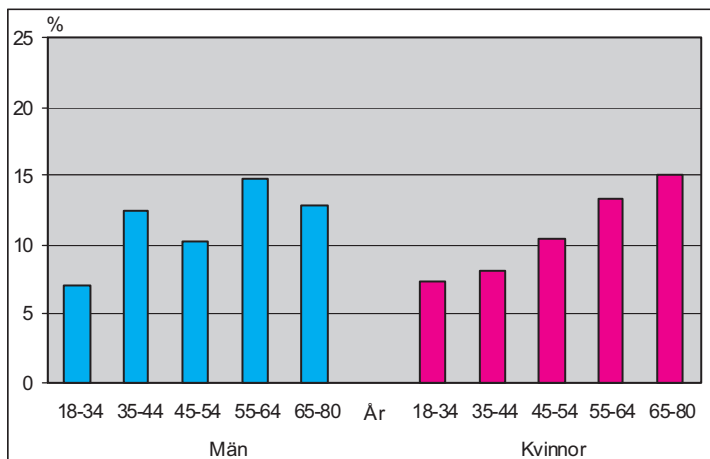
Fetma definieras som ett BMI (=Body Mass Index, beräknas som vikt i kg dividerat med kroppslängden i m i kvadrat) över 30. Fetma är i ännu högre grad än övervikt en riskfaktor för bland annat diabetes mellitus och hjärt-kärlsjukdom.

I vår undersökning hade 11% av männen och 10% av kvinnorna fetma.

Andelen personer med fetma ökar med stigande ålder för både kvinnor och män. Bland kvinnorna är andelen 7% i åldersgruppen 18–34 år, medan andelen med fetma är 15% i åldersgruppen 65–80 år. Motsvarande siffror för männen är 7% respektive 13%.

Fetma är vanligare bland arbetare, förtidspensionärer och arbetslösa än i andra socioekonomiska grupper. Bland manliga egna företagare är dock andelen med fetma också hög.

Bland personer som är födda i andra länder än Sverige är det 14% både bland männen och kvinnorna som har fetma jämfört med 10% av både männen och kvinnorna i gruppen födda i Sverige.



Undervikt

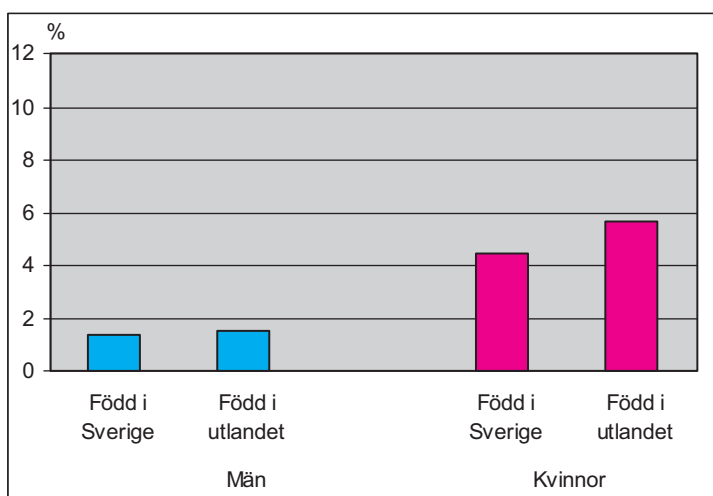
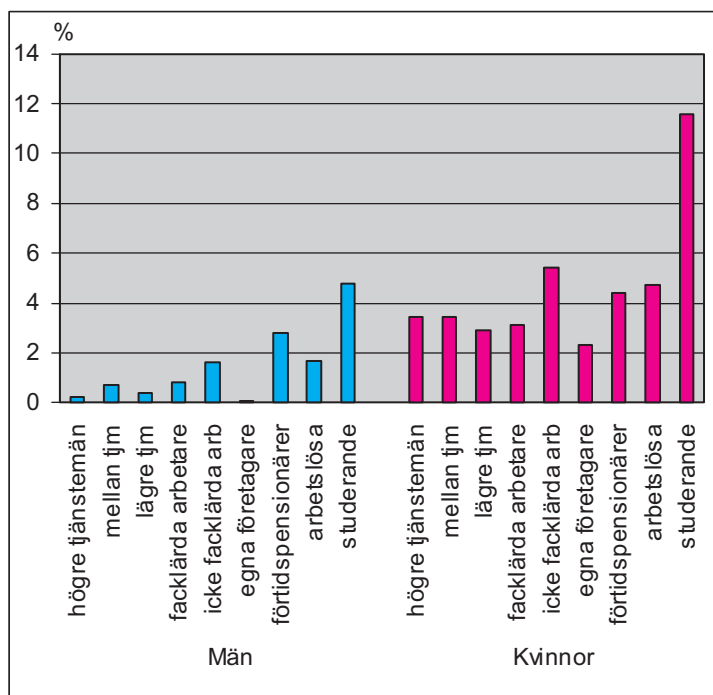
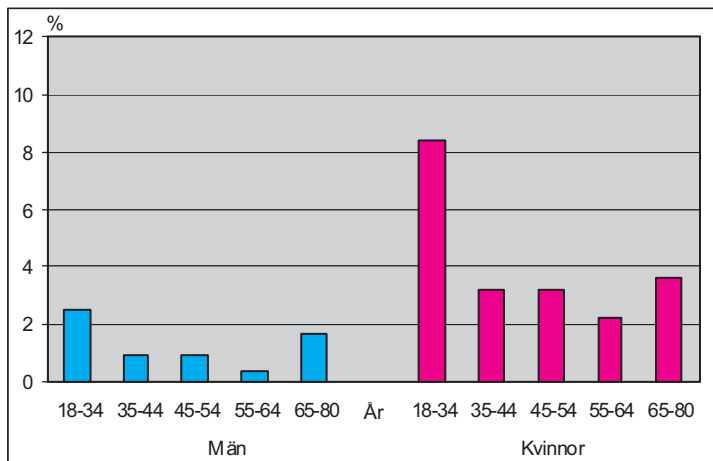
Undervikt definieras som BMI mindre än 19 och är associerad med olika typer av ohälsa. Undervikt kan ha flera olika förklaringar, varav kroniska sjukdomar och sjukdom i terminalstadium kan vara en. En annan förklaring handlar om livsstilar bland yngre människor, tex. det slankhetsideal som vi exponeras för via reklam. En tredje förklaring handlar om genetiska och konstitutionella egenskaper som gör att vissa människor via det biologiska arvet är smalare än andra. Gruppen med undervikt är således en mycket komplex och sammansatt grupp.

Skillnaden mellan män och kvinnor i förekomsten av undervikt är mycket tydlig och starkt signifikant. Endast drygt 1% av männen har undervikt, medan motsvarande siffror för kvinnorna är 5%.

Bland männen är förekomsten av undervikt mycket låg i alla åldersgrupper, medan det framför allt är de yngre kvinnorna i åldrarna 18-34 år som är underviktiga, drygt 8%. I övriga åldersgrupper är andelen kvinnor med undervikt 2-4%, dock är denna andel högst bland de äldsta kvinnorna.

För både män och kvinnor framkommer mycket små skillnader mellan olika socioekonomiska grupper och mycket låga prevalenser av undervikt i alla grupper av förvärvsarbetande. Bland männen avviker förtidspensionärer, 3%, och studerande, 5%, något. Även bland kvinnor är förekomsten av undervikt låg bland olika socioekonomiska grupper av förvärvsarbetande och skillnaderna mellan dessa grupper är mycket liten, 3-5% i alla grupper. Däremot är andelen underviktiga kvinnor högre bland förtidspensionärer och arbetslösa, 5%, samt bland studerande, 12%. Den höga andelen underviktiga bland studerande sammanhänger sannolikt delvis med att denna grupp är sammansatt av yngre personer.

Skillnaderna mellan personer födda i Sverige och personer födda i andra länder än Sverige är mycket små.



Låg fysisk aktivitet på fritiden

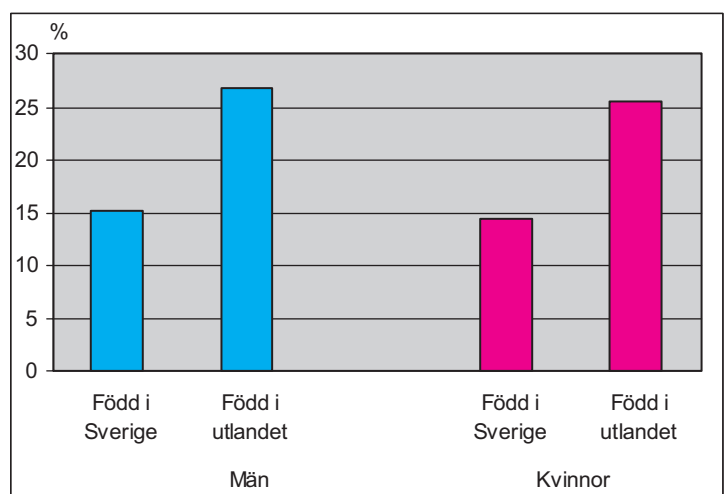
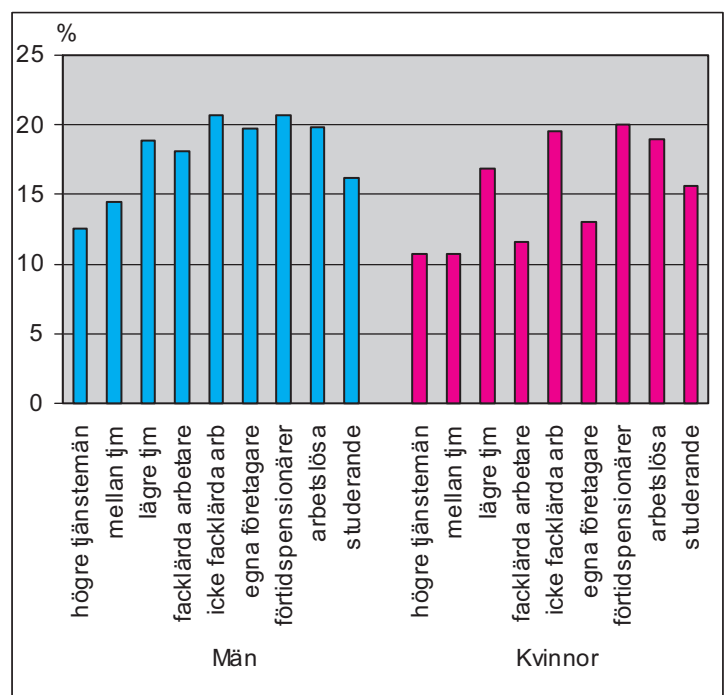
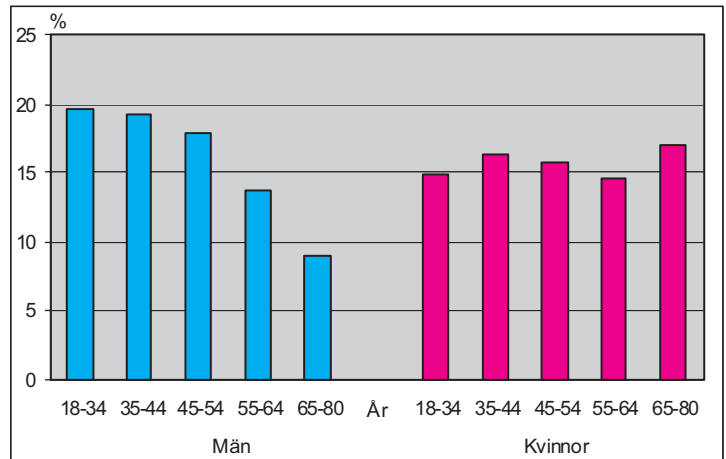
Regelbunden fysisk aktivitet bromsar upp eller förhindrar utvecklingen av övervikt, diabetes mellitus och hjärt-kärlsjukdomar. Andelen av befolkningen i Sverige med en helt stillasittande fritid har ökat under senare år. Högutbildade har visat sig vara mera fysiskt aktiva än lågutbildade. Frågan i Folkhälsoenkät Skåne 2000 om fysisk aktivitet på fritiden innehåller fyra alternativ motsvarande olika aktivitetsnivåer från helt stillasittande till idrottande på nästintill elitnivå. Det är förekomsten av det första och sämsta (stillasittande) alternativet som redovisas här.

I åldrarna 18-80 år har 17% av männen och 16% av kvinnorna en låg fysisk aktivitet på fritiden.

Bland männen finns det betydande ålderskillnader i fysisk aktivitet på fritiden. Andelen män med en helt stillasittande fritid varierar mellan 20% i åldersgruppen 18-34 år och 9% i åldersgruppen 65-80 år. Bland kvinnorna finns det däremot inga stora skillnader mellan olika åldersgrupper i andelen helt fysiskt inaktiva på fritiden.

Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är tydliga. Endast 13% av de manliga och 11% av de kvinnliga högre tjänstemännen har en helt stillasittande fritid, vilket ska jämföras med 21% av de manliga och 20% av de kvinnliga icke facklärd arbetarna. Bland de arbetslösa är 20% procent av männen och 19% av kvinnorna helt fysiskt inaktiva.

Skillnaderna är också stora när det gäller ursprungsland. Endast 15% av männen och 14% av kvinnorna födda i Sverige har en helt fysiskt inaktiv fritid. Bland de utlandsfödda är motsvarande andelar 27% av männen och 26% av kvinnorna.



Högkonsumtion av alkohol

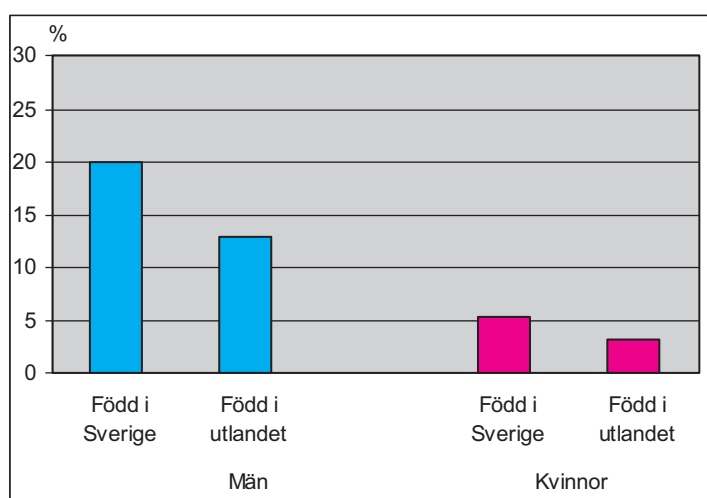
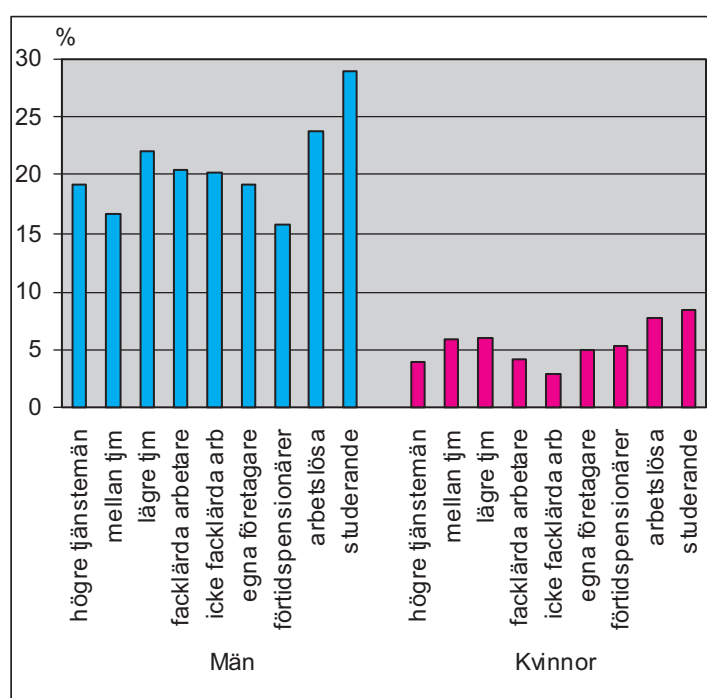
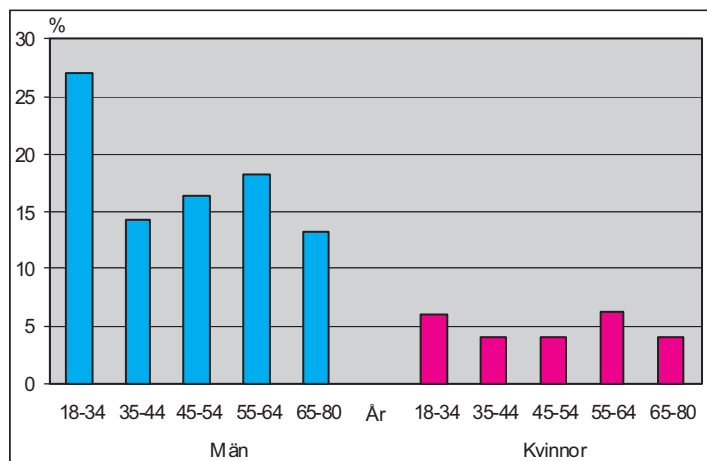
Under de senaste åren har Systembolagets försäljning av ffa starköl och vin ökat i Sverige. Det föreligger idag en oro inför att en anpassning till EU med lägre priser och större tillgänglighet kan komma att medföra ett ökat drickande, framförallt bland ungdomar. Detta gäller speciellt Skåne med dess närhet till Danmark och övriga Europa.

Folkhälsoenkät Skåne 2000 visar att 19% av männen och 5% av kvinnorna utgör risk- eller högriskkonsumenter, vilket innebär att risken för olika typer av alkoholrelaterade medicinska och sociala problem är ökad. De män som konsumerat mer än 128 respektive 240 gram alkohol per vecka och de kvinnor som konsumerat mer än 96 respektive 176 gram alkohol per vecka utgör risk- respektive högriskkonsumenter i vår undersökning och faller inom denna grupp. I detta sammanhang bör nämnas att en flaska vin (75 cl) innehåller c:a 60 gram alkohol, medan en flaska starksprit (75 cl) innehåller c:a 240 gram alkohol.

I Skåne varierar alkoholkonsumtionen med ålder bland män, så att den högsta andelen risk- eller högriskkonsumenter finns bland personer i åldersgruppen 18-34 år. Den lägsta andelen finner man bland de äldre, dvs personer 65 år eller äldre. Bland kvinnor ser man inget tydligt åldersrelaterat mönster.

Det finns inga stora socioekonomiska skillnader vad gäller andelen risk- eller högriskkonsumenter. Medan man bland män inte finner något tydligt mönster mellan olika socioekonomiska grupper, finner man bland kvinnor att andelen riskkonsumenter är något fler bland tjänstemannagrupperna jämfört med arbetargrupperna. Bland såväl män som kvinnor finner man den högsta andelen riskkonsumenter i gruppen studerande, 29% respektive 8%.

Andelen risk- eller högriskkonsumenter är något högre bland personer födda i Sverige jämfört med bland personer födda utomlands bland såväl män, 20% respektive 13% som kvinnor, 5% respektive 3%.



Druckit hembränd sprit

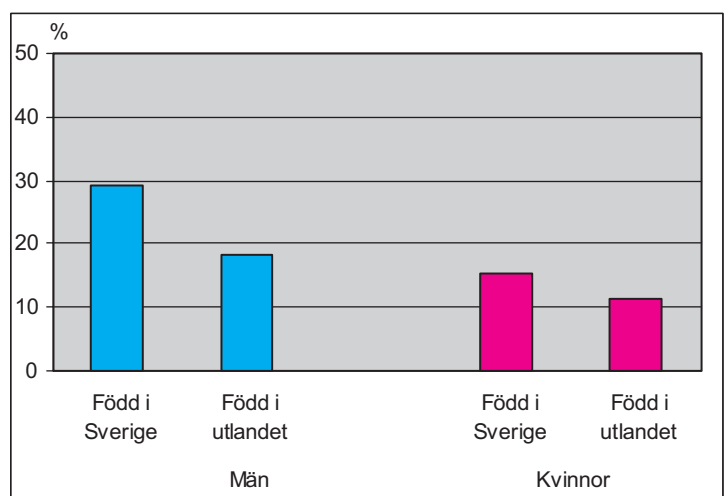
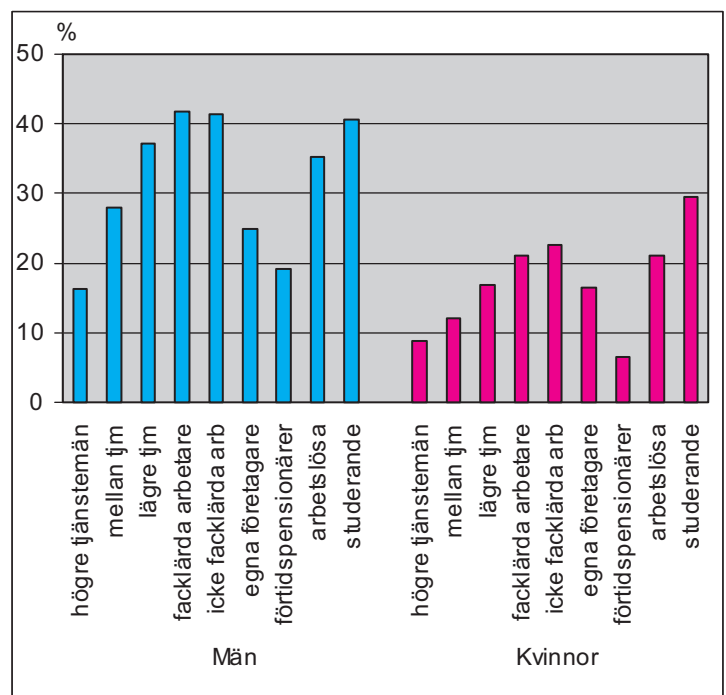
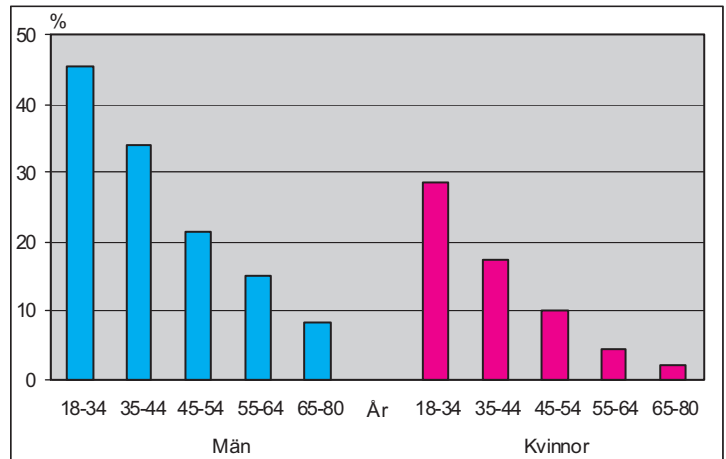
Flera undersökningar utförda under 1980- och 1990-talen visar att mellan 25–30% av den alkohol som konsumeras i Sverige är oregistrerad (privat införsel av alkohol, smuggling, hembränd sprit, hemtillverkat vin samt konsumtion i anslutning till utlandsresa), dvs alkohol som inte är inköpt på systembolaget. Hembränd sprit utgör i dessa undersökningar c:a 4-6% av den totala alkoholkonsumtionen.

Folkhälsoenkät Skåne 2000 visar att 28% av männen och 15% av kvinnorna druckit hembränd sprit minst någon gång under det senaste året.

Konsumtionen av hembränd sprit är mest utbredd i den yngsta åldersgruppen (18-34 år) bland såväl män som kvinnor, 45% respektive 29%. Konsumtionen sjunker med stigande ålder och bland personer i åldersgruppen 55–64 år är konsumtionen 15% bland män och 4% bland kvinnor. I den äldsta åldersgruppen är konsumtionen ännu något lägre.

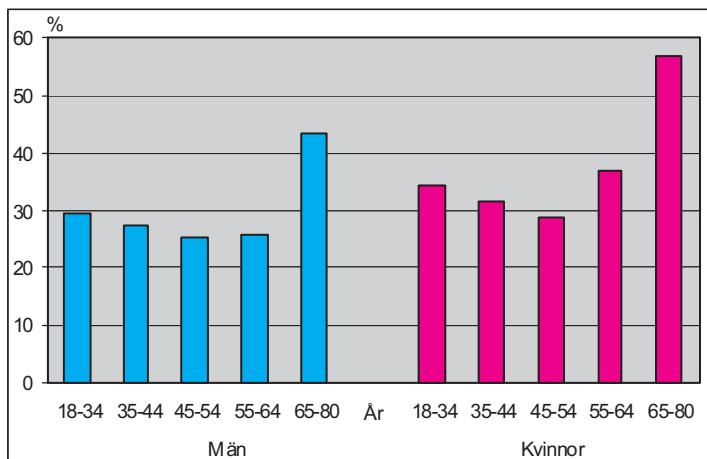
Det finns klara socioekonomiska gradienter i konsumtionen av hembränd sprit bland såväl män som kvinnor. Bland män finner man att andelen som druckit hembränd sprit minst någon gång det senaste året är mer än dubbelt så hög bland arbetargrupperna, 41% respektive 42%, jämfört med bland högre tjänstemän, 16%. Bland kvinnor har 22% respektive 21% av icke facklärd och facklärd arbetare druckit hembränd sprit minst någon gång det senaste året. Motsvarande andelar bland tjänstemän på låg, mellan och hög nivå är, 17%, 12% respektive 9%.

Konsumtion av hembränd sprit är vanligare bland personer födda i Sverige jämfört med personer födda utomlands. Bland män är andelen som druckit hembränd sprit minst någon gång under det senaste året 29% bland personer födda i Sverige och 18% bland personer födda utomlands. Motsvarande siffror bland kvinnor är 15% respektive 11%.



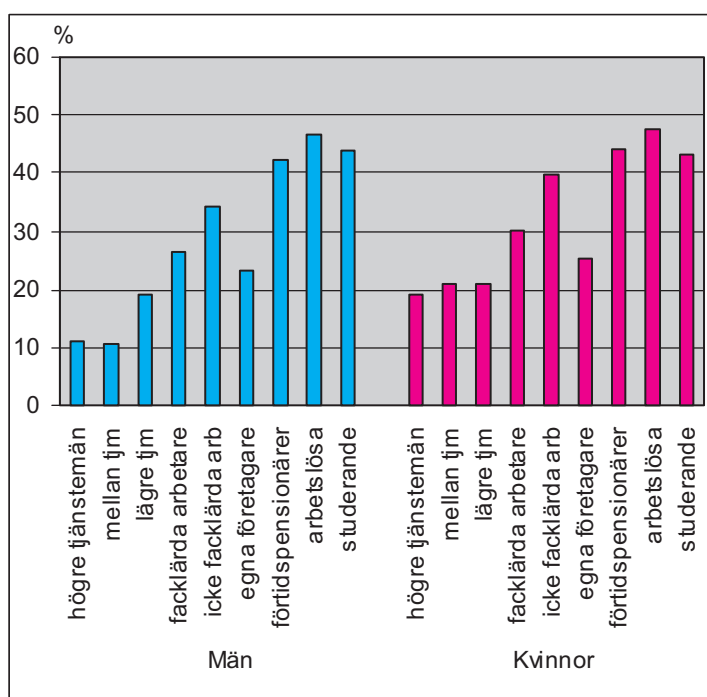
Privat laglig införsel av alkohol

Under perioden 1996 och 2000 ökade den privata införseln av alkohol till Sverige. De nuvarande införselkvoterna som inträdde 1 juli år 2000, kommer att höjas stegvis för att 1 januari 2004 ligga på samma nivå som för andra EU-länder (10 liter sprit, 20 liter starkvin, 90 liter vin och 110 liter öl). Dessutom öppnades Öresundsbron för trafik den 1 juli 2000. Sammantaget leder detta till att tillgängligheten till alkohol i Skåne antas öka under de närmaste åren.

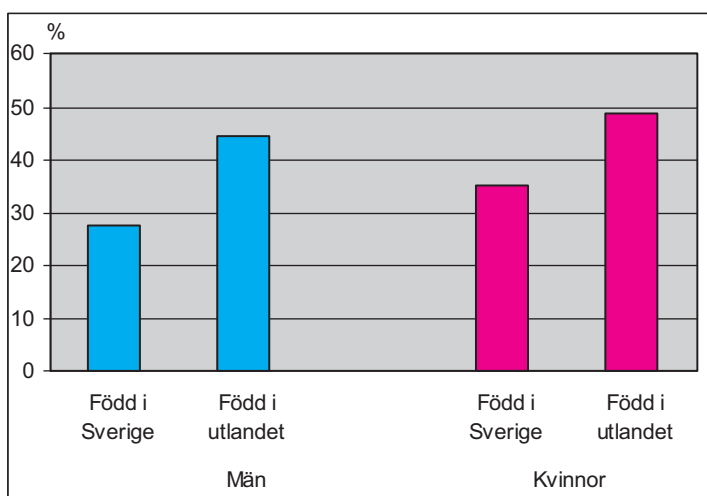


Folkhälsoenkät Skåne 2000 visar att andelen som infört alkohol från utlandet i samband med utlandsresa under det gångna året är 30% bland männen och 37% bland kvinnorna.

Av de personer som varit på utlandsresa under det senaste året är det framförallt personer i åldersgruppen 65-80 år som tagit med alkohol från utlandsresa bland såväl män som kvinnor, 43% respektive 57%. För övrigt ser man inget tydligt åldersrelaterat mönster vad gäller införseln av alkohol från utlandet.



Det finns tydliga socioekonomiska gradienter vad gäller införsel av alkohol vid utlandsresa. Bland män är andelen som tagit med alkohol från utlandsresa under det senaste året tre gånger så hög bland icke facklärd arbetare, 34% som bland högre tjänstemän, 11%. Bland kvinnor är skillnaderna också stora, där andelen som infört alkohol från utlandsresa under det senaste året är 40% bland icke facklärd arbetare och 19% bland högre tjänstemän. Arbetslösa, studerande och förtidspensionärer har konsumerat lagligt införd alkohol i relativt hög utsträckning bland såväl män som kvinnor.



Införsel av alkohol från utlandet i samband med utlandsresa är betydligt vanligare hos personer födda i utlandet jämfört med personer födda i Sverige bland både män, 45% respektive 28% och kvinnor, 49% respektive 35%.

Druckit smuggelsprit

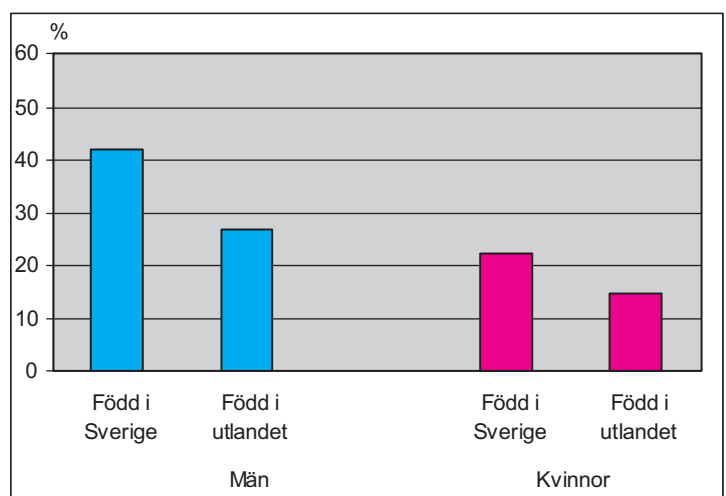
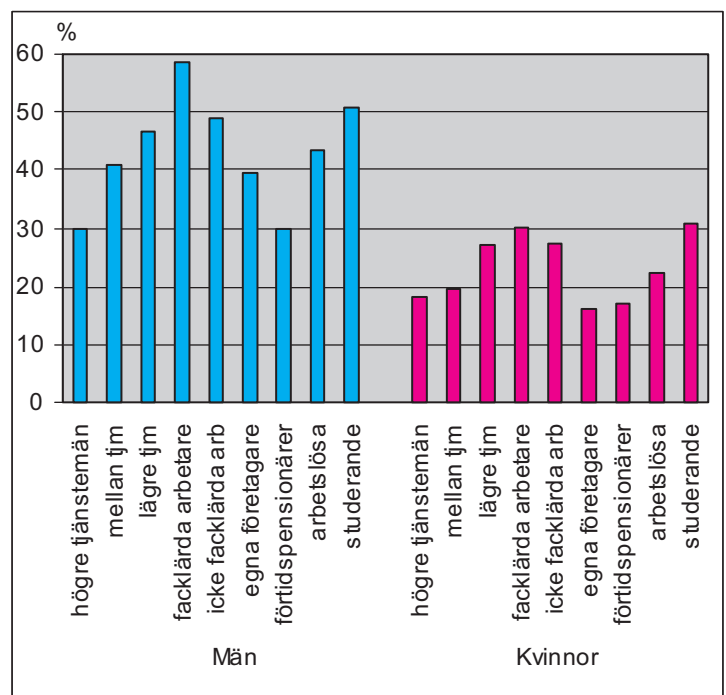
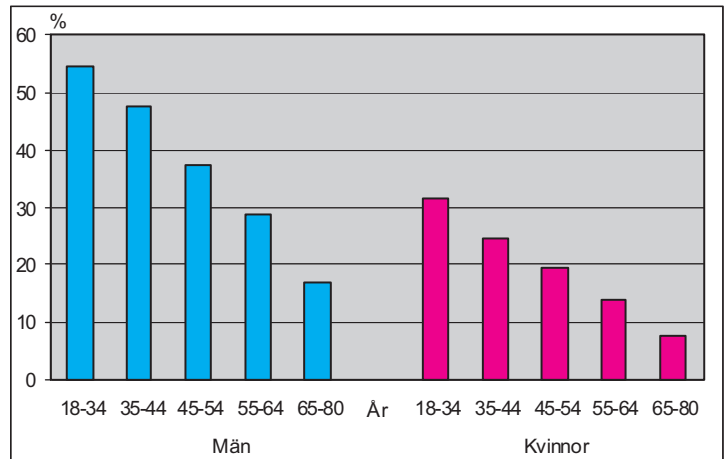
I en nyligen publicerad rapport om svenskarnas bruk av sk svartsprit (hembränt och smuggelsprit) framkommer att förbrukningen minskade under perioden våren 1998 till våren 2000. Dessa förändringarna ska ses mot bakgrund av en period med kraftigt ökade insatser mot svartsprit. (Ökade införselkvoter kan dock komma att resultera i en ökning av den illegala sprithandeln.)

Folkhälsoenkät Skåne 2000 visar att 4 av 10 män och 2 av 10 kvinnor druckit smuggelsprit minst någon gång under det senaste året.

Konsumtionen av smuggelsprit är mest uttalad i åldersgruppen 18-34 år bland såväl män som kvinnor, 54% respektive 32%. Konsumtionen sjunker med stigande ålder och är som lägst i den åldersgruppen 65-80 år för både män och kvinnor, 17% respektive 8%.

Man finner tydliga socioekonomiska gradienter bland såväl män som kvinnor. Bland män har 49% respektive 59% av icke facklärd och facklärd arbetare konsumerat smuggelsprit under det senaste året, medan motsvarande andelar bland tjänstemän på låg, mellan och hög nivå är, 47%, 41% respektive 30%. Även bland kvinnor har arbetargrupperna konsumerat smuggelsprit i högre utsträckning, 27% respektive 30%, än tjänstemannagrupperna, 27%, 20% respektive 18%.

Konsumtion av smuggelsprit är vanligare bland personer födda i Sverige jämfört med personer födda utomlands. Andelen som druckit smuggelsprit minst någon gång under det senaste året är 42% bland män födda i Sverige och 27% bland män födda utomlands. Motsvarande siffror för kvinnor är 22% respektive 15%.



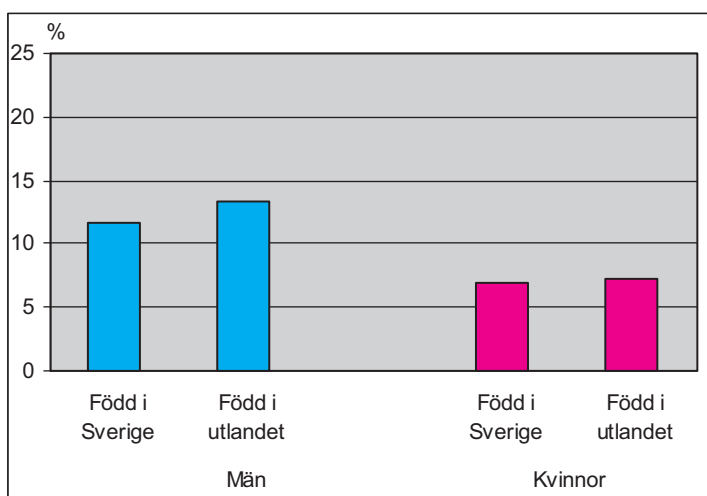
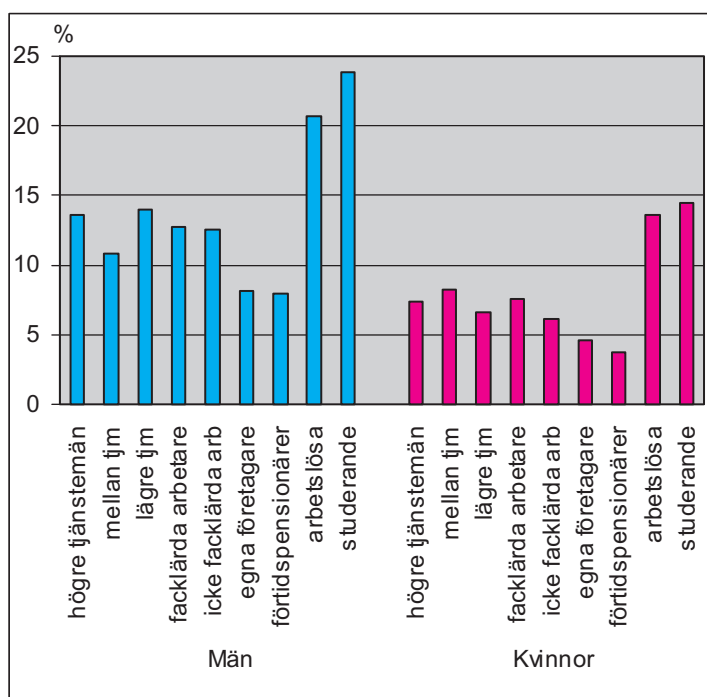
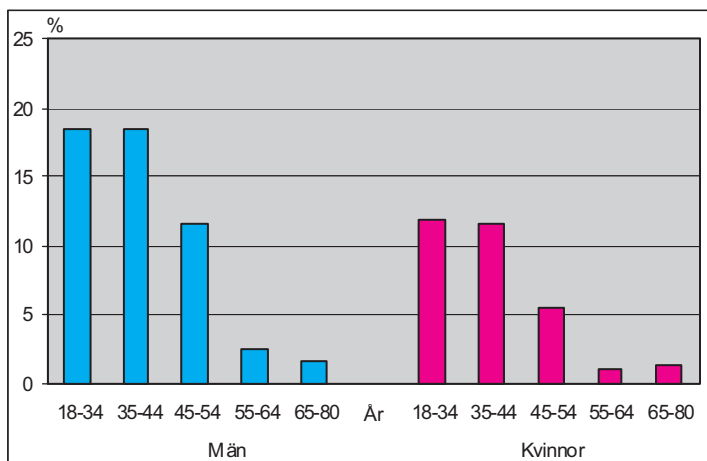
Någonsin rökt hasch

Hasch och andra former av narkotika började användas bland ungdomar i Sverige först på 1960-talet. Ungefär 12% av männen och 7% av kvinnorna som deltog i Folkhälsoenkät Skåne 2000 hade någonsin rökt hasch.

Bland både män och kvinnor är det vanligast i åldersgrupperna 18-34 och 35-44 år att någonsin ha rökt hasch, medan detta är mycket ovanligt i åldersgrupperna 55-64 och 65-80 år.

Både manliga och kvinnliga arbetslösa och studerande har i större utsträckning rökt hasch vid minst något tillfälle än övriga socioekonomiska grupper, vilket sammanhänger med att arbetslösa och studerande är kraftigt över-representerade bland de yngre. I övrigt är skillnaderna mellan de socioekonomiska grupperna små för både män och kvinnor.

Skillnaderna mellan personer födda i Sverige och personer födda i andra länder är små när det gäller att någonsin ha rökt hasch.



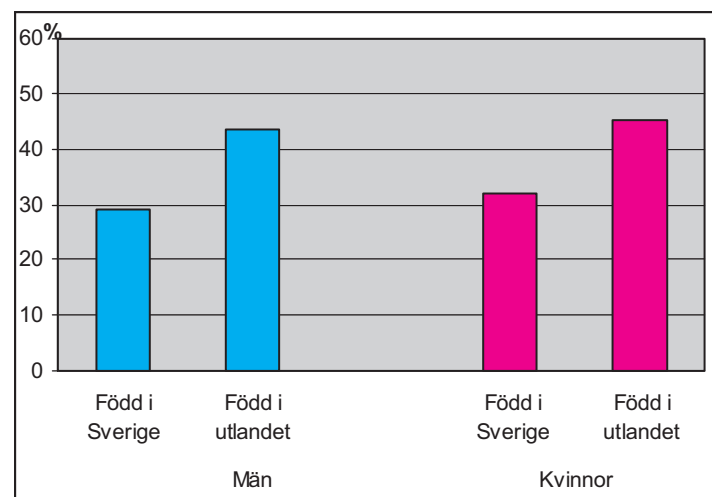
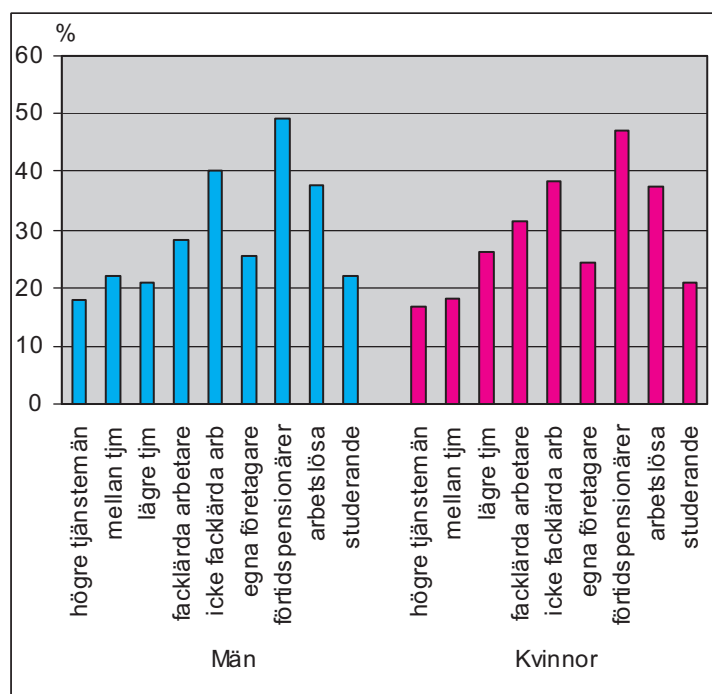
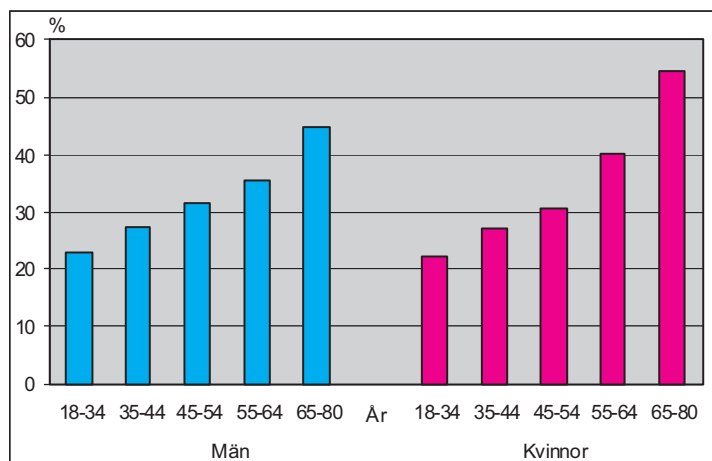
Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen

I enkäten ställdes en fråga hur man såg på möjligheten att själv göra något för att bevara en god hälsa. Vi bedömde det vara ett potentiellt hinder för möjligheten att engagera en individ i hälsofrämjande insatser, särskilt individuella sådana, om man svarade att ens egen insats inte har någon betydelse i detta sammanhang. Svarsutfallet redovisas i vidstående figurer.

Det var fler äldre än yngre som såg negativt på den egna insatsens betydelse, ungefär dubbelt så många i åldersgruppen 65-80 år, jämfört med gruppen 18-34 år, hälften respektive en fjärdedel av de svarande. Denna tendens var något mer uttalad bland kvinnorna jämfört med männen.

De högre tjänstemännen bland både män och kvinnor var de som var minst pessimistiska till den egna insatsens betydelse. I denna grupp var det bara var sjätte som svarade att de inte trodde att den egna insatsen har någon betydelse. I gruppen icke facklärd arbetare var andelen mer än dubbelt så hög. Den högsta andelen negativa svar redovisas bland förtidspensionärerna, där ungefär hälften av de svarande angav att deras egen insats inte har någon betydelse. Även de arbetslösa angav en hög andel negativa svar.

Skillnaderna mellan svenskfödda och utlandsfödda män var att andelen negativa var ungefär 30% bland de förstnämnda och 45% bland de senare, med mycket liten skillnad mellan män och kvinnor.



Innehållsförteckning

Deltagare och metoder 9

Svarsfrekvens 11

Bortfallsanalys 13

Om statistisk viktning och säkerhet 17

Fördelning efter kön, ålder, socio-ekonomisk status och födelse-land (grundvariablerna) 18

Resultat 19

1. Hälsa och läkemedel 19

Dålig självskattad hälsa 20

Dålig psykisk hälsa (GHQ) 21

Långvarig sjukdom 22

Har mindre än 20 egna tänder kvar 23

Sjukfrånvaro senaste året 24

Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året 25

Bestående funktionsnedsättning 26

Sömnbesvär 27

Stressad i vardagen 28

Läkemedel det senaste året 29

Naturläkemedel det senaste året 30

Smärtstillande läkemedel det senaste året 31

2. Levnadsvanor och livsstilar 33

Daglig rökning 34

Intermittent rökning 35

Slutat röka 36

Passiv rökning på arbetsplatsen 37

Övervikt 38

Fetma 39

Undervikt 40

Låg fysisk aktivitet på fritiden 41

Högkonsumtion av alkohol 42

Druckit hembränd sprit 43

Privat införsel av alkohol lagligt 44

Druckit smuggelsprit 45

Någonsin rökt hasch 46

Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen 47

3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet 49

Ekonomisk stress 50

Arbetslös mer än ett år 51

Lågt socialt deltagande 52

Låg tillit 53

Svag social förankring i bostadsområdet 54

Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet 55

Utsatt för hot om våld 56

Utsatt för våld 57

Svagt emotionellt stöd 58

Svagt praktiskt stöd 59

Besvär av buller från vägtrafik 60

4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 61

Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka 62

Fast anställd 63

Önskar byta yrke 64

Önskar byta arbete 65

Arbetar ofta övertid 66

Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa 67

Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete 68

Svag social förankring på arbetsplatsen 69

Höga psykologiska krav i arbetet 70

Låg kontroll i arbetet 71

Anspänd arbetssituation 72

Svagt socialt stöd i arbetet 73

5. Kontakter med sjukvården 75

Otillfredsställda vårdbehov 76

Inga tandläkarbesök de senaste 5 åren 77

Sökt sjukhusmottagning 78

Legat på sjukhus 79

Läkarbesök på grund av sjukdom 80

Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen 81

Inte bemött med vänlighet och respekt 82

Inte fått nödvändig information 83

Sökt distriktsläkare senaste året 84

Sökt privatläkare senaste året 85

Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen 86

Sammanfattning 87

Ekonomisk stress

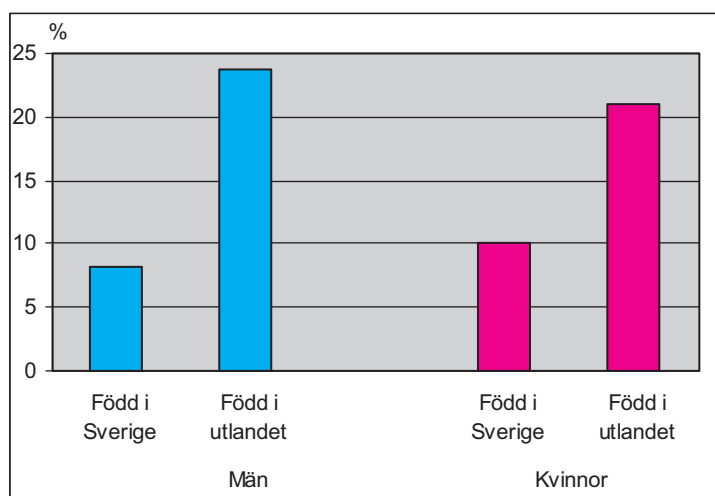
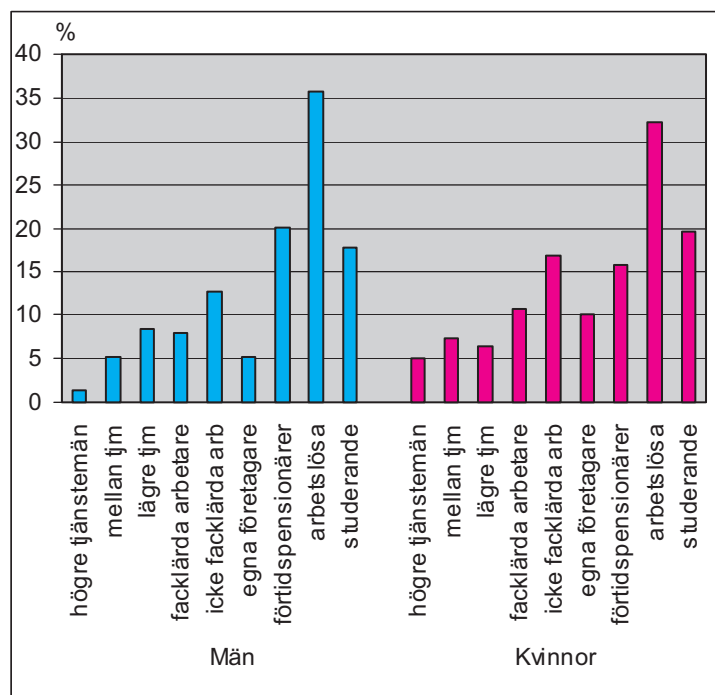
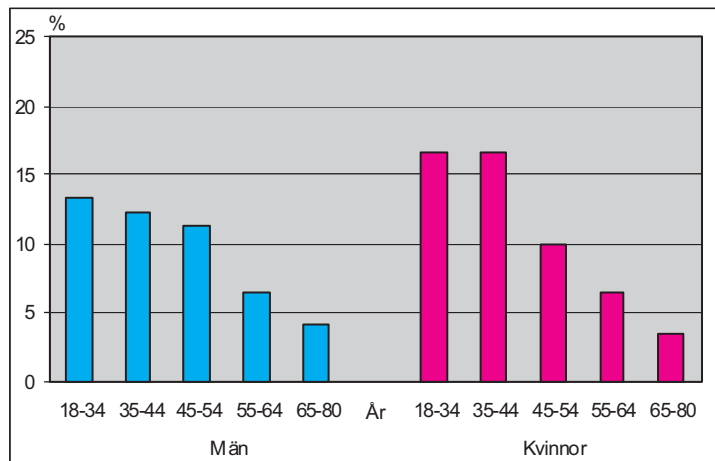
Under 1980- och 90-talen ökade andelen av befolkningen med små ekonomiska resurser. Ekonomiska förhållanden påverkar de flesta aspekter av människors vardagsliv. Det finns studier som visat att relativ fattigdom och inkomstskillnader i ett samhälle har en negativ inverkan på folkhälsan.

I Folkhälsoenkät Skåne 2000 angav 10% av männen och 11% av kvinnorna att de hade svårigheter med att klara av att betala sina räkningar under minst hälften av årets månader.

Bland såväl män som kvinnor ser man en åldersskillnad i förekomsten av ekonomiska problem, så att andelen tenderar att minska med stigande ålder. Bland personer i åldersgruppen 18-34 år, hade 13% av männen och 17% av kvinnorna svårigheter med att betala sina räkningar. Motsvarande andelar i åldersgruppen 65-80 år var 4% bland män och 3% bland kvinnor.

Man finner även skillnader i socioekonomiskt hänseende vad gäller möjligheterna att klara av ekonomin. Bland männen hade 13 % respektive 8 % av icke facklärd och facklärd arbetare sådana ekonomiska problem. Motsvarande andelar bland tjänstemän på låg, mellan och hög nivå var, 9%, 5% respektive 1%. Även bland kvinnor hade arbetargrupperna oftare sådana ekonomiska problem, 17 % respektive 11 %, jämfört med tjänstemännen, där 6% av tjänstemännen på låg nivå och 7% respektive 5% av tjänstemännen på mellan- och hög nivå hade sådana problem. Bland de arbetslösa hade hela 36% av männen och 32% av kvinnorna ekonomiska svårigheter .

Såväl män som kvinnor födda utomlands hade oftare problem med att klara ekonomin, 24% respektive 21%, jämfört med personer födda i Sverige, 8% respektive 10%.



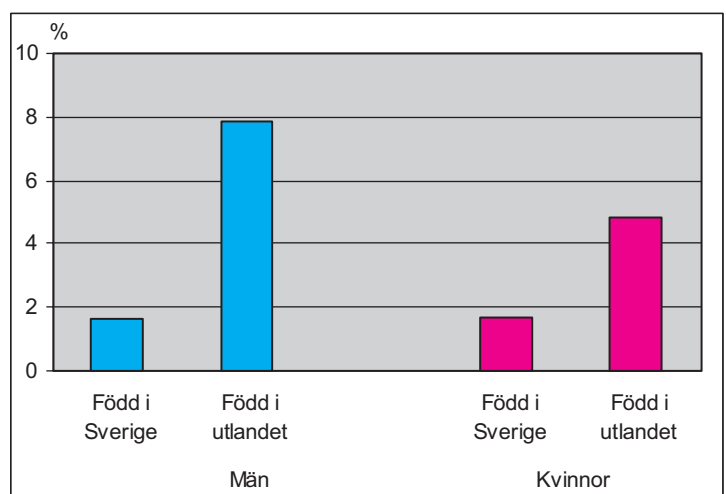
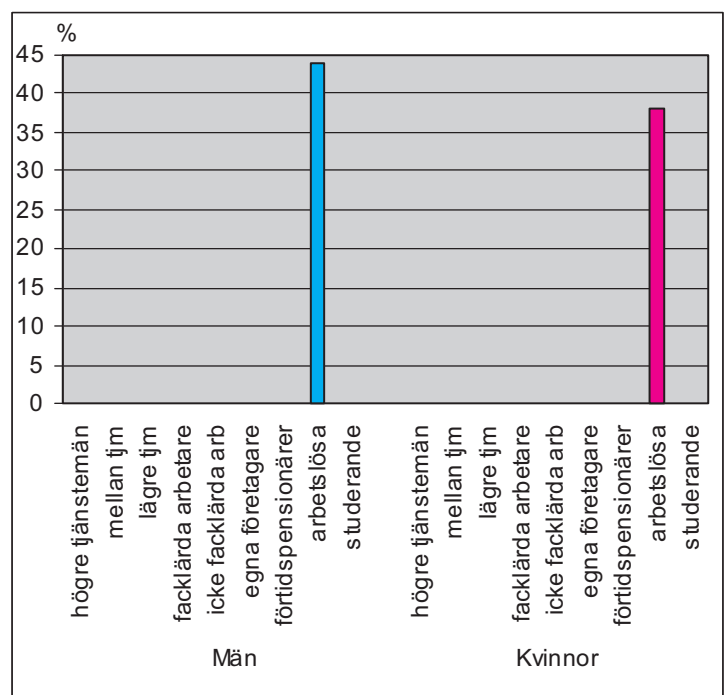
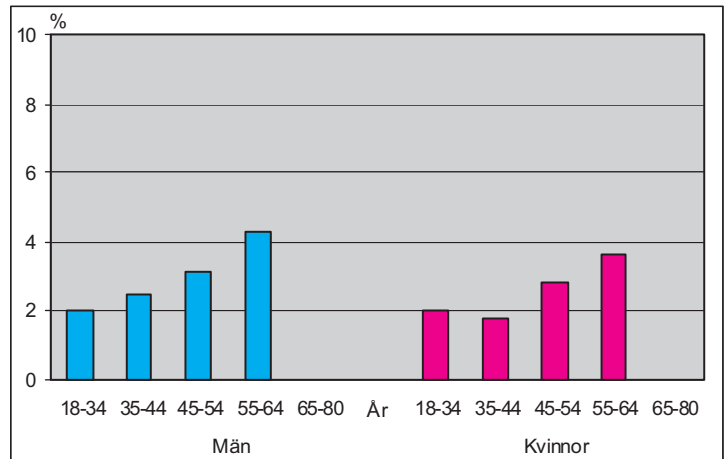
Arbetslös mer än ett år

Arbetslöshet har kunnat relateras till ohälsa via en rad olika mekanismer. Långvarig arbetslöshet är i detta sammanhang extra bekymmersam eftersom den riskerar medföra social marginalisering och ekonomisk stress, vilket framhållits som ytterligare belastningar med negativ inverkan på individens hälsa. I undersökningen ställdes en fråga om man varit arbetslös mer än ett år.

I vidstående figurer ser man att långvarig arbetslöshet var ovanlig bland såväl män som kvinnor bland de tillfrågade, andelen varierade mellan 2 till 4% i de olika åldrarna.

Bland de som var arbetslösa vid det tillfälle de svarade på enkäten var andelen långvarigt arbetslösa dock mycket hög, 44% bland männen och 38% bland kvinnorna.

Skillnaderna var dock i relativa tal påtagligt stora mellan svenskfödda och utlandsfödda av båda könen. Bland de utlandsfödda männen var en förhållandevis stor andel långtidsarbetslösa, 8% mot 2% bland de svenskfödda männen.



Lågt socialt deltagande

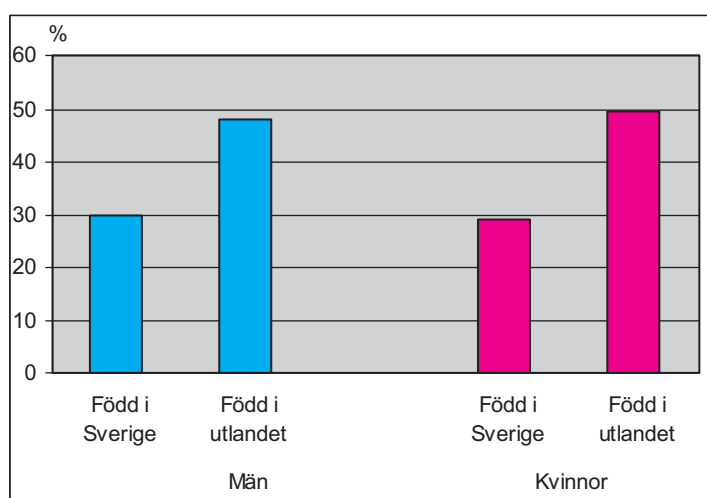
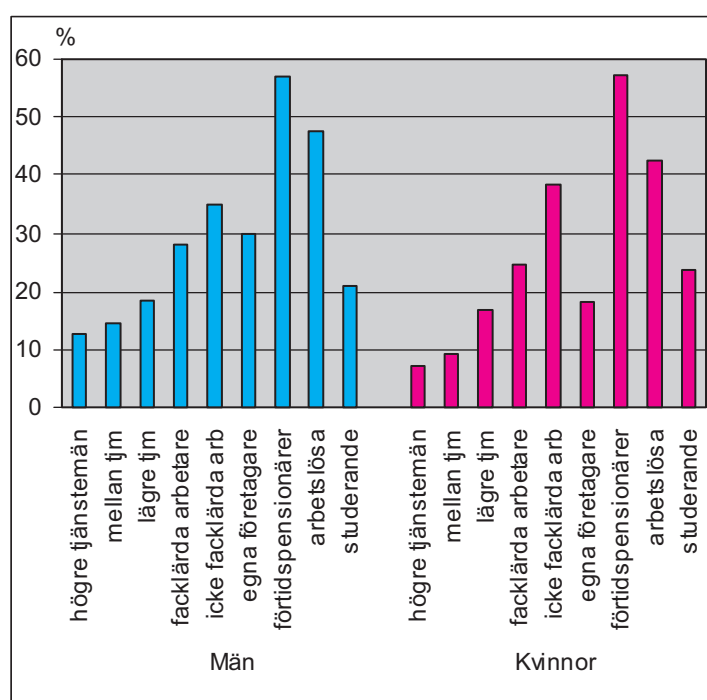
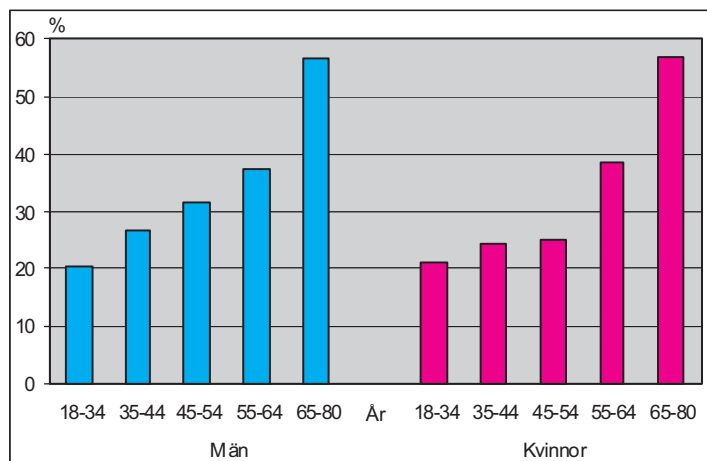
Socialt deltagande mättes i undersökningen som deltagande i studiecirkel på arbetsplatsen, annan studiecirkel, fackföreningsmöte, annat föreningsmöte, besök på teater/bio, konstutställning, kyrkan, sportutställning, brev till redaktör för tidning/tidskrift, demonstration, nattklubb/underhållning, större släktsammankomst eller privat fest någon gång under det senaste året. Om individen någon gång under det senaste året deltagit i tre av dessa aktiviteter eller färre, betecknades det sociala deltagandet som lågt.

I undersökningen har 32% av männen och 31% av kvinnorna lågt socialt deltagande.

Förekomsten av lågt socialt deltagande är starkt åldersberoende. I åldersgruppen 18-34 år är det få som har ett lågt socialt deltagande, 20% av männen och 21% av kvinnorna. Bland de äldsta, åldersgruppen 65-80 år, är motsvarande siffror 57% för både män och kvinnor.

De socioekonomiska skillnaderna i socialt deltagande är stora. Endast 13% av de manliga och 7% av de kvinnliga högre tjänstemännen har ett lågt socialt deltagande enligt vår definition, medan 35% av de manliga och 38% av de kvinnliga icke facklärd arbetarna har ett lågt socialt deltagande.

Personer födda i andra länder än Sverige har oftare än personer födda i Sverige ett lågt socialt deltagande.



Låg tillit

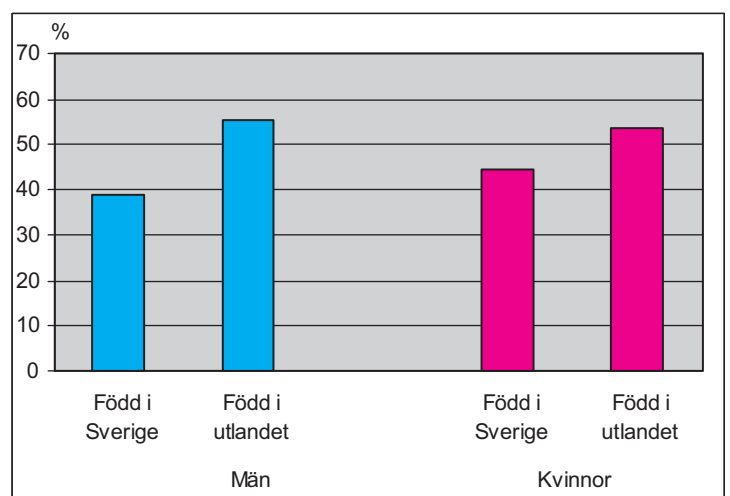
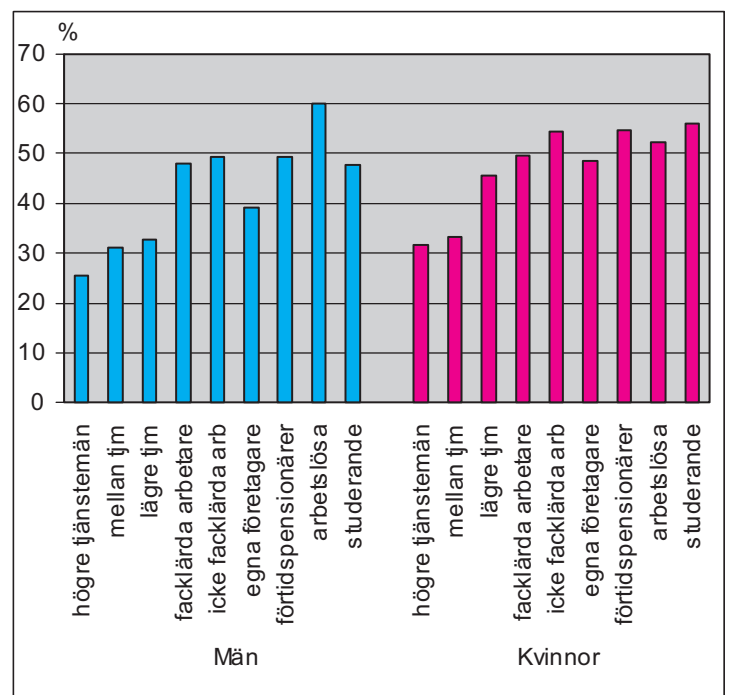
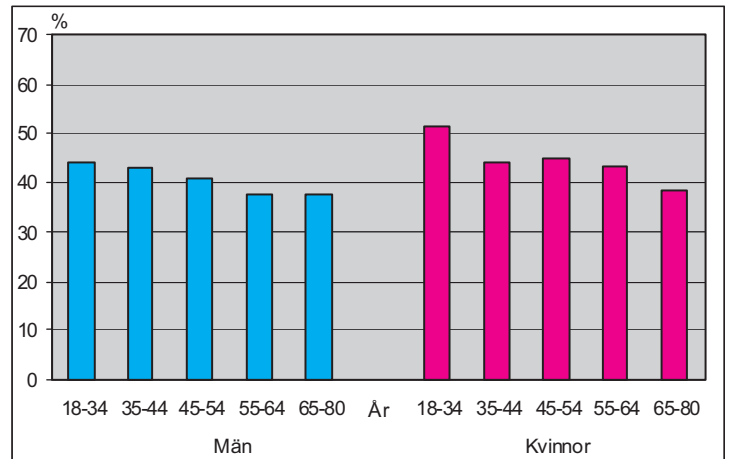
Graden av tillit, att känna att man kan lita på de flesta människor, är den andra aspekten av socialt kapital som vi mätt i denna undersökning. Förekomsten av låg tillit till de flesta andra människor är 40% för männen och 45% för kvinnorna i vår undersökning.

Yngre personer, både män och kvinnor, känner mindre tillit till de flesta människor än äldre. Dessa åldersmönster när det gäller tillit stämmer väl överens med aktuella undersökningar från andra länder.

Ålderskillnaderna i vår undersökning är tydligast bland kvinnorna. Bland kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år saknar 51% tillit till de flesta människor, medan motsvarande siffra är 39% för kvinnorna i åldersgruppen 65-80 år.

Endast 26% av de manliga och 31% av de kvinnliga högre tjänstemännen saknar tillit till de flesta människor, medan motsvarande siffror för de icke facklärdade arbetarna är 49% respektive 55%. Hela 60% av de arbetslösa männen och 52% av de arbetslösa kvinnorna saknar tillit till de flesta människor.

Personer födda i andra länder än Sverige saknar tillit till de flesta andra människor i större utsträckning än personer födda i Sverige.



Svag social förankring i bostadsområdet

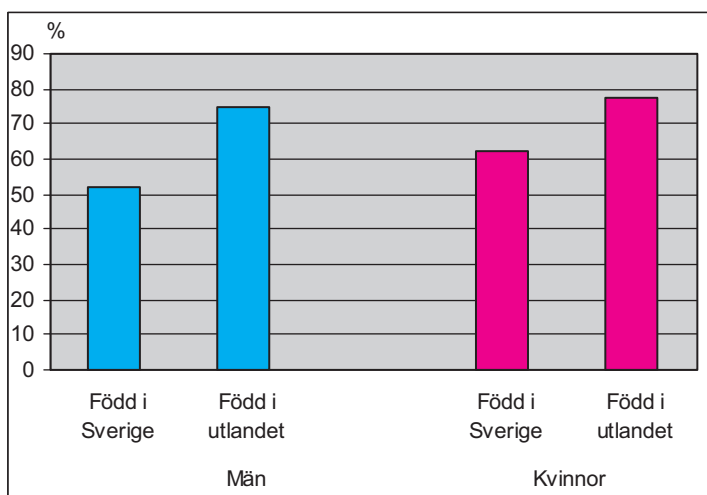
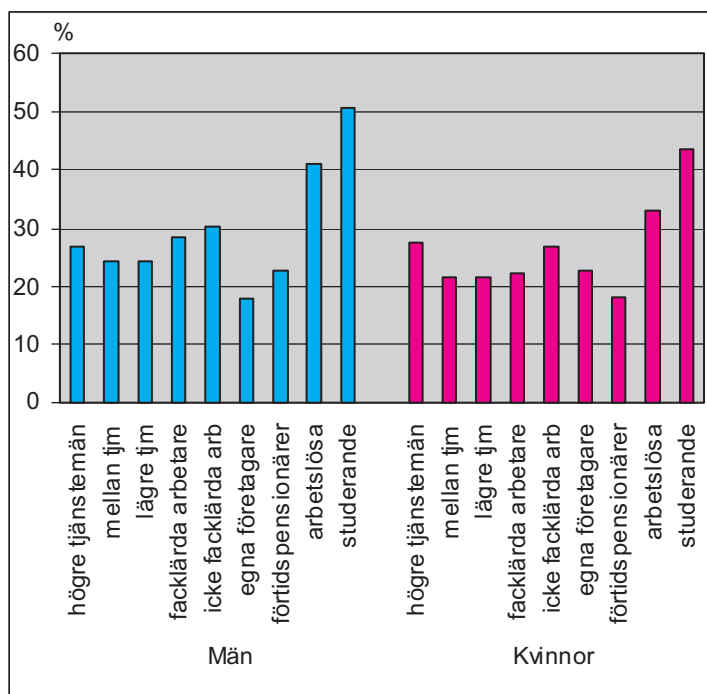
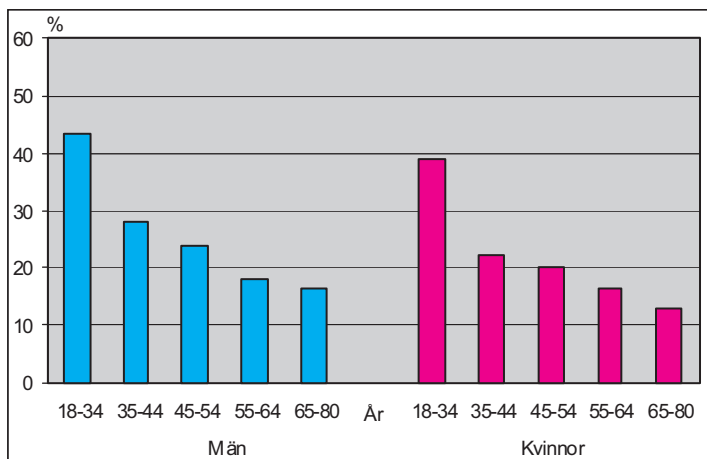
Ett ökande intresse har riktats mot den sociala miljöns betydelse för en god folkhälsoutveckling, där begrepp som socialt kapital och solidaritet har lyfts fram, exempelvis i Nationella Folkhälsokommitténs betänkande som nyligen lades fram.

Vidstående figurer belyser hur individer i olika befolkningsgrupper svarade på frågan om de är rotade och känner en stark samhörighet med sitt bostadsområde. De som svarade "inte speciellt" eller "inte alls" på denna fråga bedömdes ha en svag social förankring i bostadsområdet.

Ungefär en fjärdedel av såväl kvinnor som män hade med denna definition en svag social förankring i sitt bostadsområde. Inte oväntat ökade förankringen med stigande ålder, i gruppen under 35 år angav nästan hälften av de svarande att deras förankring i bostadsområdet var svag.

Vid analysen av den socioekonomiska fördelningen noterades att den högsta andelen med svag förankring fanns bland de studerande och arbetslösa, bland såväl män som kvinnor. Den lägsta andelen fanns bland de förtidspensionerade, där mindre än var femte angav att deras förankring i bostadsområdet var svag. I övrigt noterades små skillnader mellan tjänstemän och arbetare.

Bland utlandsfödda män angav hälften en svag förankring i bostadsområdet, mot en fjärdedel bland de svenskfödda männen. Bland kvinnorna var skillnaden mellan svenskfödda och utlandsfödda mindre.



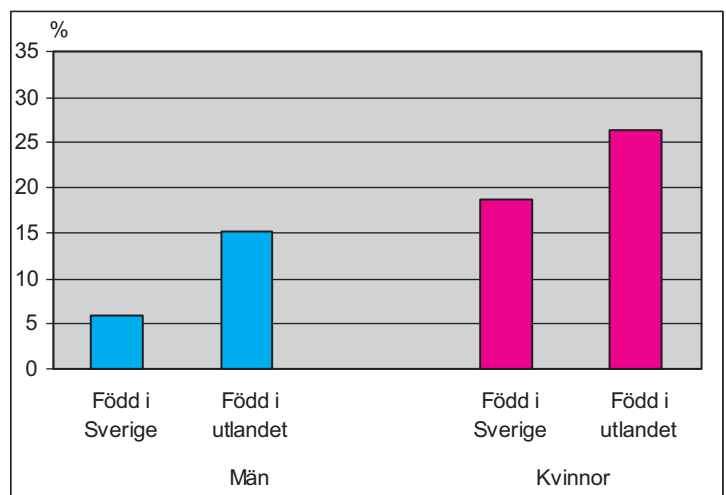
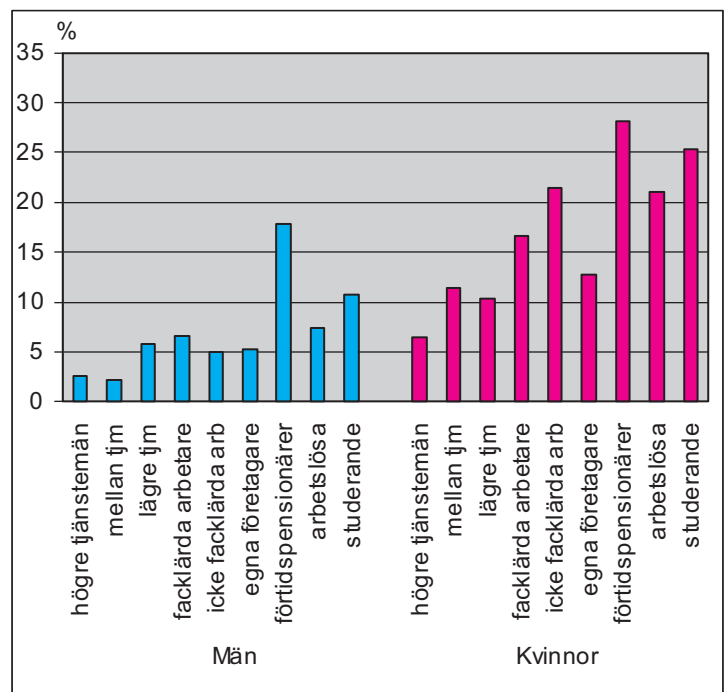
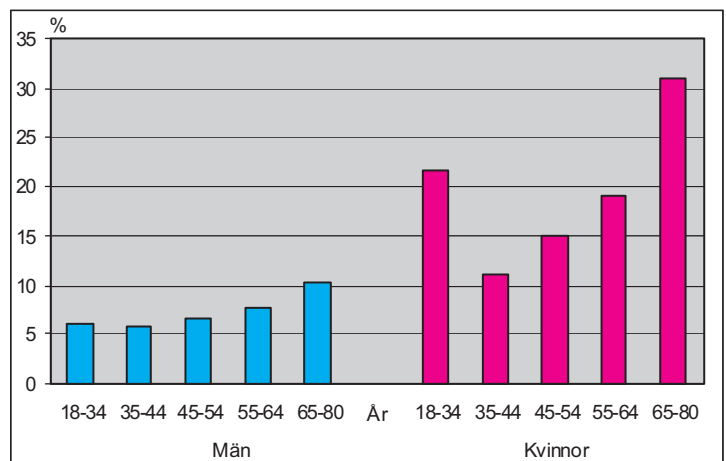
Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet

Andelen som känner osäkerhet i det egna bostadsområdet efter mörkrets inbrott, det vill säga rädsla för att råka ut för hot eller våld, varierar kraftigt i undersökningen mellan olika bostadsområden. Andelen kvinnor som känner sig osäkra är mycket högre i alla åldrar än motsvarande andel för männen, 20% jämfört med 7%.

För männen ökar andelen som känner sig otrygga med stigande ålder. Andelen som känner sig otrygga i bostadsområdet är 6% i den yngsta och 11% i den äldsta åldersgruppen. För kvinnorna är otryggheten störst i åldersgruppen 18-34 år, 22%, och i åldersgruppen 65-80 år, 31%.

De socioekonomiska skillnaderna i otrygghet är likartade bland män och kvinnor. Lägre socioekonomisk status innebär större risk för känsla av otrygghet än högre socioekonomisk status, vilket naturligtvis delvis sammanhänger med socialgruppernas ojämna fördelning över olika bostadsområden.

Personer födda i andra länder än Sverige känner otrygghet i sitt bostadsområde i större utsträckning än personer födda i Sverige. Sex procent av männen och 19% av kvinnorna födda i Sverige känner sig otrygga i det egna bostadsområdet, medan motsvarande andelar för personer födda i utlandet är 15% för männen och 26% för kvinnorna.



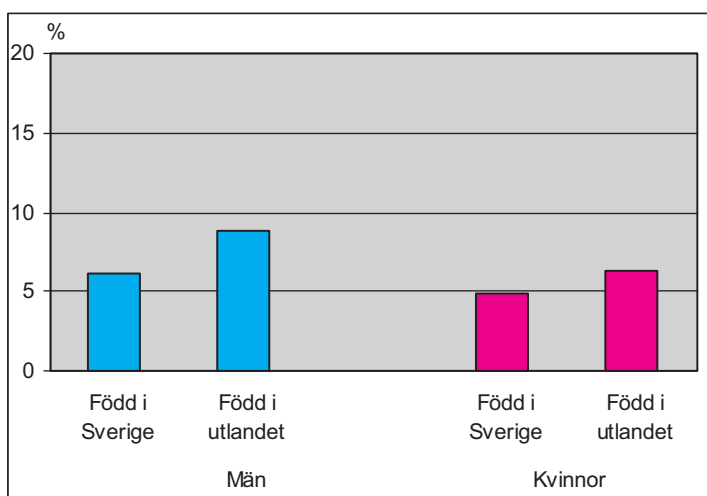
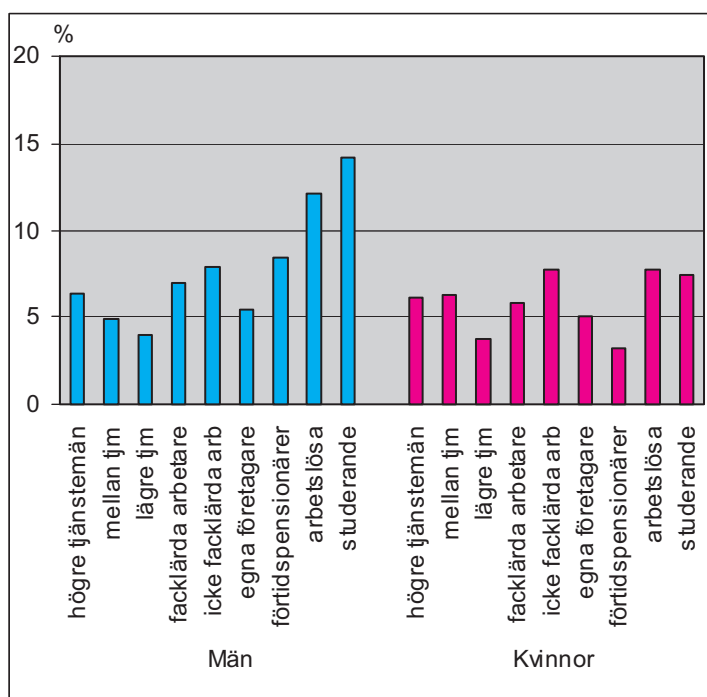
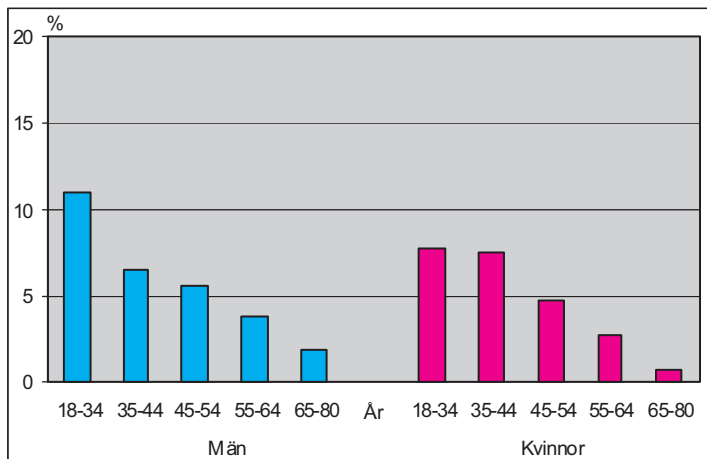
Utsatt för hot om våld

I Folkhälsoenkät Skåne 2000 fanns en fråga om man blivit utsatt för hot om våld någon gång under det senaste året. Det är ungefär lika vanligt för båda könen att ha blivit utsatt för hot om våld under det senaste året. Bland de svarande hade drygt 6% av männen och 5% av kvinnorna blivit utsatta för hot om våld under det föregående året.

Yngre personer, i synnerhet yngre män, har i större utsträckning än andra blivit utsatta för hot om våld under det senaste året. Risken avtar sedan med stigande ålder för båda könen. Andelen minskar bland männen med stigande ålder från 11% i åldersgruppen 18–34 år till 2% i åldersgruppen 65–80 år, och bland kvinnorna från 8% till 1% i motsvarande åldersgrupper.

De socioekonomiska skillnaderna är små när det gäller risken att ha blivit utsatt för hot om våld. Risken är störst bland manliga arbetslösa och studerande, vilket säkert delvis sammanhänger med deras genomsnittligt lägre ålder.

Skillnaderna mellan personer födda i Sverige och personer födda i andra länder än Sverige är små. Bland männen födda i Sverige hade drygt 6% blivit utsatta för hot om våld någon gång under det gångna året jämfört med knappt 9% bland männen födda i andra länder. För kvinnor var motsvarande siffror 5% respektive 6%.



Utsatt för våld

Antalet polisanmälningar som rör våld har ökat kraftigt i Sverige under senare decennier. I Folkhälsoenkät Skåne 2000 fanns en fråga om man blivit utsatt för våld någon gång under det senaste året.

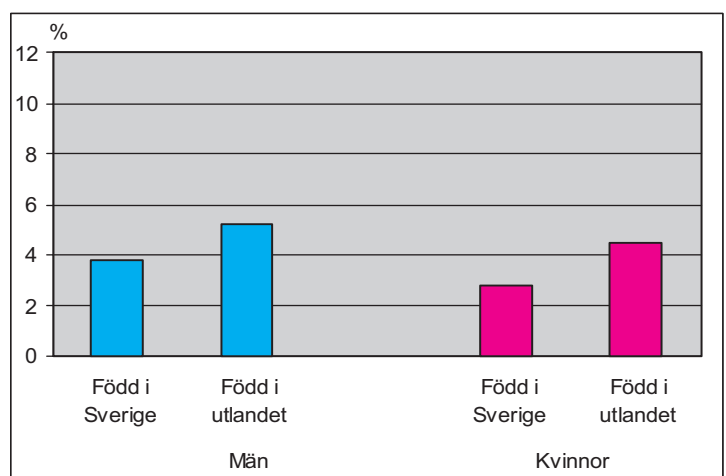
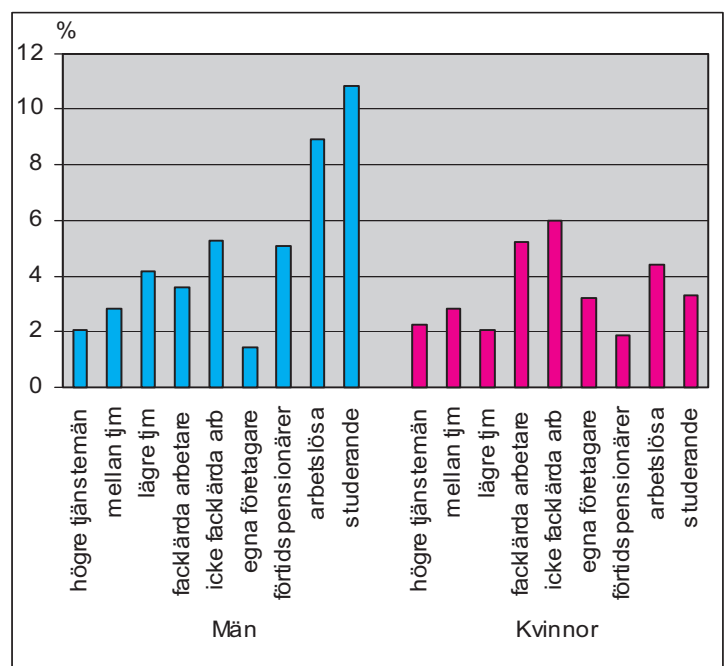
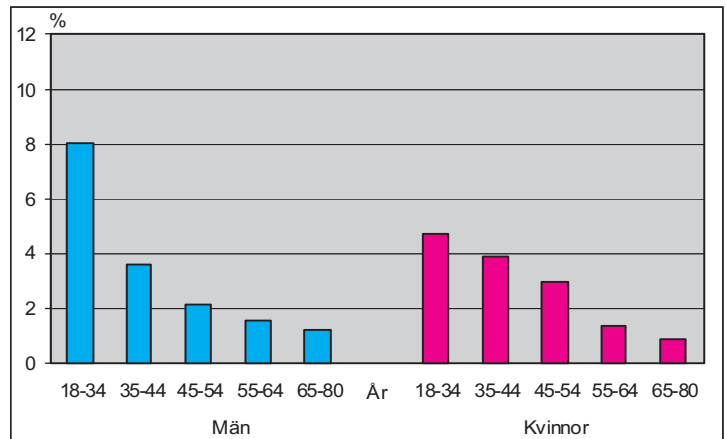
Det är ungefär lika vanligt för båda könen att ha blivit utsatt för våld under det senaste året.

Av de personer som svarade på enkätfrågan hade 4% av männen och 3% av kvinnorna i åldrarna 18-80 år blivit utsatta för våld under det närmast föregående året.

Yngre personer, i synnerhet yngre män, har i större utsträckning än andra blivit utsatta för våld under det senaste året. Risker avtar sedan med stigande ålder för båda könen. Bland männen minskar andelen som blivit utsatta för fysiskt våld från 8% i den yngsta till 1% i den äldsta åldersgruppen, medan motsvarande siffror för kvinnor är 5% för de yngsta och 1% för de äldsta.

De socioekonomiska skillnaderna är små när det gäller risken att ha blivit utsatt för våld. Kvinnliga arbetare har i något större utsträckning än kvinnliga tjänstemän blivit utsatta för våld under det senaste året. Risker är störst bland manliga arbetslösa och studerande, vilket säkert delvis sammanhänger med deras genomsnittligt lägre ålder.

Skillnaderna mellan personer födda i Sverige och personer födda i andra länder än Sverige när det gäller risken för att ha blivit utsatt för våld under närmast föregående året är ganska små. Bland personer födda i Sverige hade 4% av männen och 3% av kvinnorna blivit utsatta för våld, medan motsvarande siffror för personer födda i andra länder var 5% för männen och 4% för kvinnorna.



Svagt emotionellt stöd

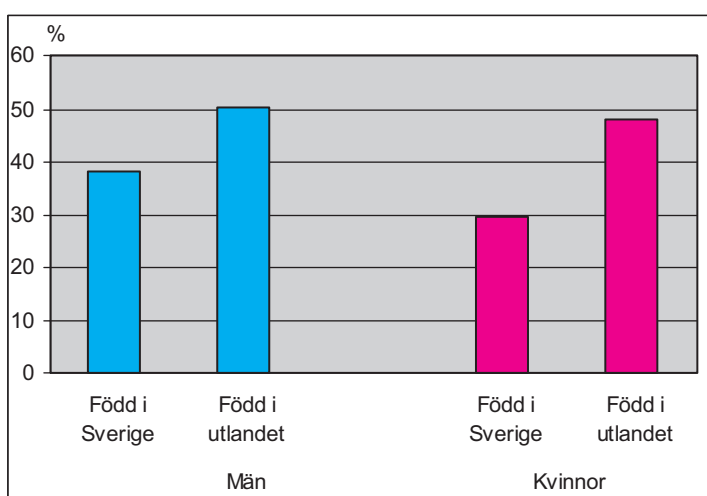
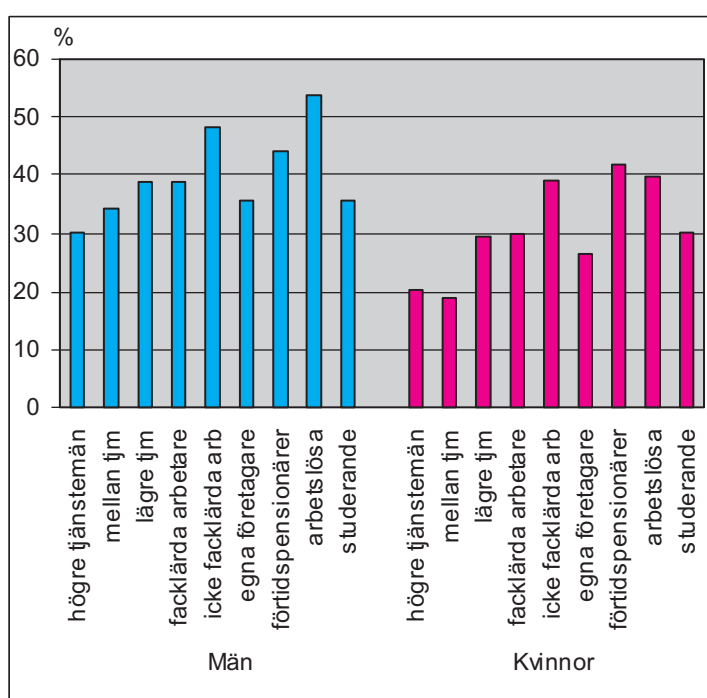
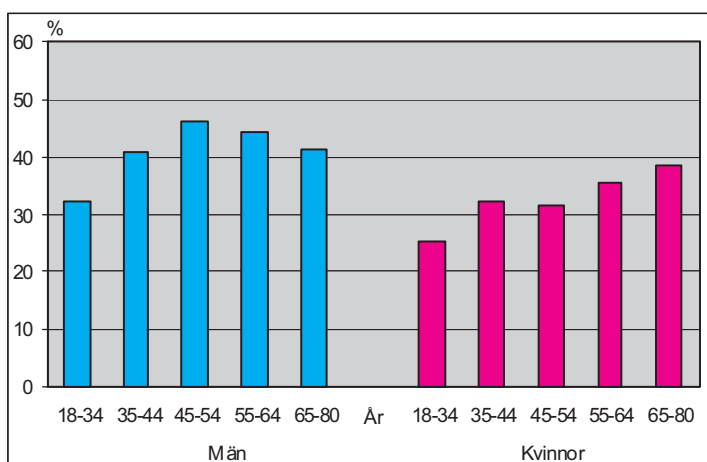
De som inte säkert har någon som kan ge ett personligt och känslomässigt stöd att klara av livets stress och problem, någon att prata med om känslor och tankar har ett svagt emotionellt stöd.

Förekomsten av svagt emotionellt stöd var 40% bland männen och 32% bland kvinnorna i åldrarna 18-80 år i Folkhälsoenkät Skåne 2000.

I undersökningen hade män i alla åldersgrupper i större utsträckning ett svagt emotionellt stöd än kvinnor. I den yngsta åldersgruppen ansåg 32% av männen och 25% av kvinnorna att de hade ett svagt emotionellt stöd, medan motsvarande siffror var 41% för männen och 38% för kvinnorna i gruppen 65-80 år.

Svagt emotionellt stöd är något vanligare bland arbetare, arbetslösa och förtidspensionärer än i andra grupper.

Både män och kvinnor födda i andra länder än Sverige har ett svagt emotionellt stöd i större utsträckning än män och kvinnor födda i Sverige. Bland männen är det 50% av de utlandsfödda och 38% av de som är födda i Sverige som har ett svagt emotionellt stöd. För kvinnor är dessa andelar 48% för de utlandsfödda och 29% för personer födda i Sverige.



Svagt praktiskt stöd

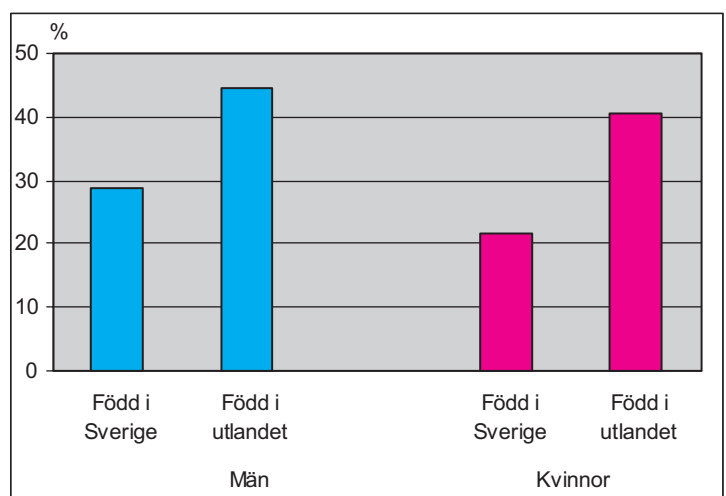
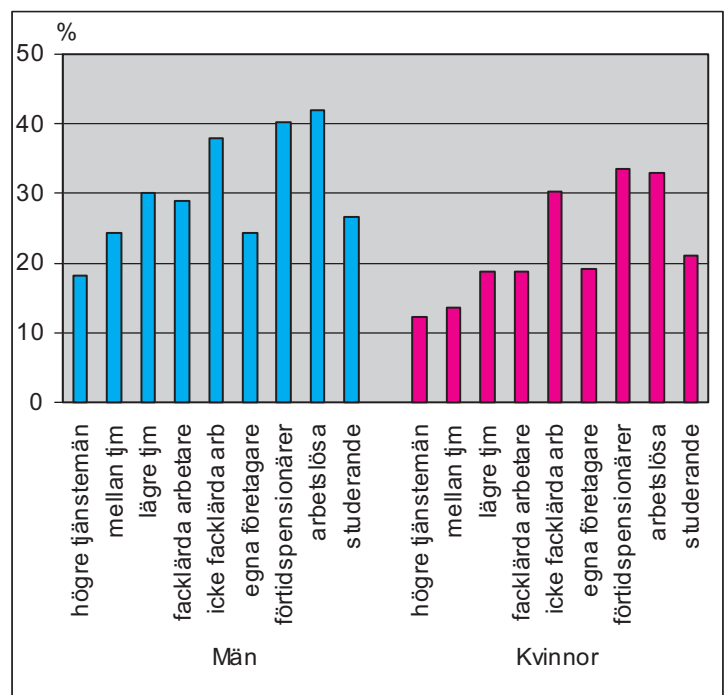
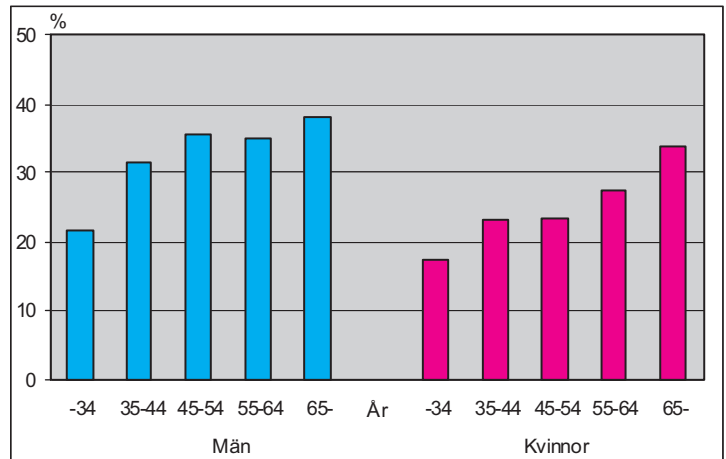
De som inte säkert har någon som kan ge ett praktiskt stöd vid sjukdom eller praktiska problem (låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp att skriva en skrivelse, få råd eller information) har ett svagt praktiskt stöd.

Förekomsten av svagt praktiskt stöd bland de personer som besvarade enkäten var 30% bland männen och 23% bland kvinnorna i åldrarna 18-80 år.

I undersökningen hade män i alla åldersgrupper i större utsträckning ett svagt praktiskt stöd än kvinnor. Andelen med ett svagt praktiskt stöd var 22% av männen och 17% av kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år, medan motsvarande siffror i åldersgruppen 65-80 år var 38% för männen och 34% för kvinnorna.

Ett svagt praktiskt stöd är något vanligare bland arbetare, arbetslösa och förtidspensionärer än i andra grupper.

Personer födda i andra länder än Sverige har i större utsträckning ett svagt praktiskt stöd än personer födda i Sverige. Bland männen är det 45% av de utlandsfödda och 29% av de som är födda i Sverige som har ett svagt praktiskt stöd. För kvinnor är dessa andelar 41% för de utlandsfödda och 22% för personer födda i Sverige.

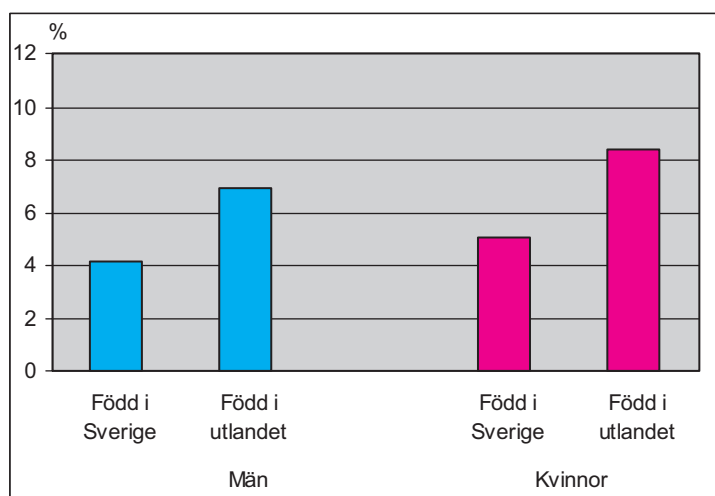
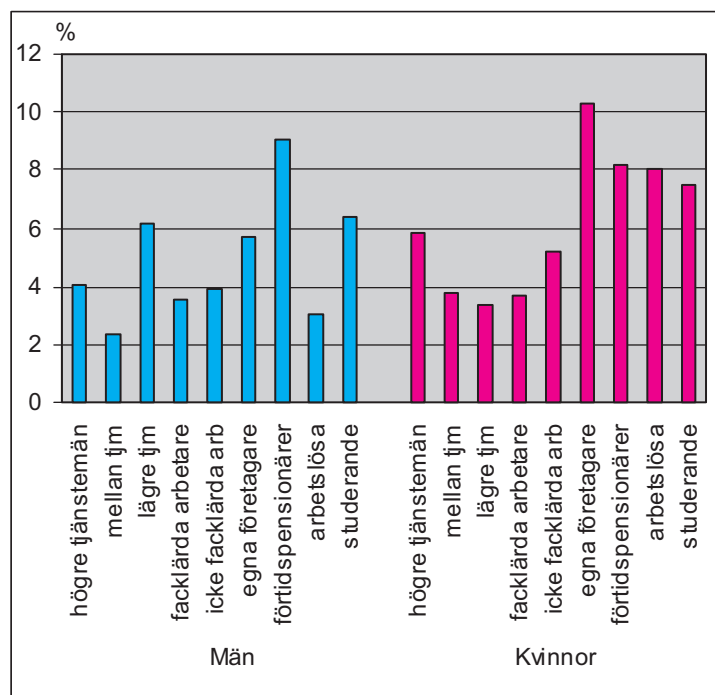
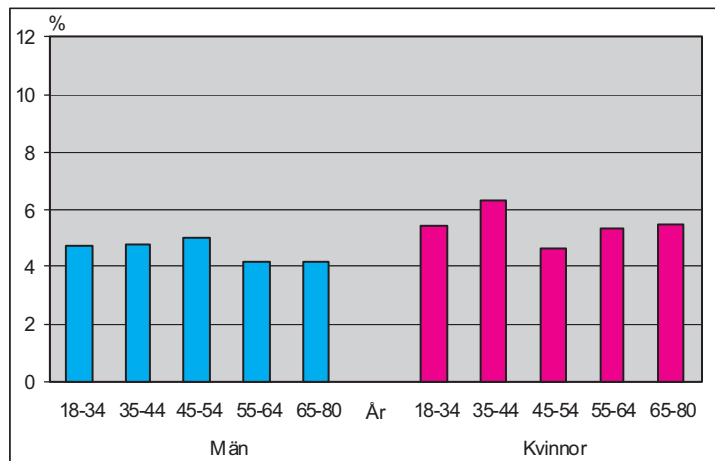


Besvär av buller från vägtrafik

Endast 5% av befolkningen angav sig besvärade av buller från vägtrafik. Skillnaderna mellan män och kvinnor var mycket små.

Andelen som besvärades av buller från vägtrafik var jämnt fördelad i alla åldrar. Kvinnor i den icke arbetande delen av befolkningen (förtidspensionärer, arbetslösa och studerande) och kvinnliga egna företagare hade mer besvär än förvärvsarbetande kvinnor. För män var andelen högre bland förtidspensionärer, studerande och lägre tjänstemän.

Personer födda i andra länder än Sverige angav i högre utsträckning att de var mera besvärade av buller från vägtrafik än personer födda i Sverige.



Innehållsförteckning

Deltagare och metoder	9	3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet	49
Svarsfrekvens	11	Ekonomisk stress	50
Bortfallsanalys	13	Arbetslös mer än ett år	51
Om statistisk viktning och säkerhet	17	Lågt socialt deltagande	52
Fördelning efter kön, ålder, socio-ekonomisk status och födelse-land (grundvariablerna)	18	Låg tillit	53
		Svag social förankring i bostadsområdet	54
		Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	55
		Utsatt för hot om våld	56
		Utsatt för våld	57
		Svagt emotionellt stöd	58
		Svagt praktiskt stöd	59
		Besvär av buller från vägtrafik	60
Resultat	19	4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö	61
1. Hälsa och läkemedel	19	Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Dålig självskattad hälsa	20	Fast anställd	63
Dålig psykisk hälsa (GHQ)	21	Önskar byta yrke	64
Långvarig sjukdom	22	Önskar byta arbete	65
Har mindre än 20 egna tändar kvar	23	Arbetar ofta övertid	66
Sjukfrånvaro senaste året	24	Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	67
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	25	Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete	68
Bestående funktionsnedsättning	26	Svag social förankring på arbetsplatsen	69
Sömnbesvär	27	Höga psykologiska krav i arbetet	70
Stressad i vardagen	28	Låg kontroll i arbetet	71
Läkemedel det senaste året	29	Anspänd arbetssituation	72
Naturläkemedel det senaste året	30	Svagt socialt stöd i arbetet	73
Smärtstillande läkemedel det senaste året	31		
2. Levnadsvanor och livsstilar	33	5. Kontakter med sjukvården	75
Daglig rökning	34	Otillfredsställda vårdbehov	76
Intermittent rökning	35	Inga tandläkarbesök de senaste 5 åren	77
Slutat röka	36	Sökt sjukhusmottagning	78
Passiv rökning på arbetsplatsen	37	Legat på sjukhus	79
Övervikt	38	Läkarbesök på grund av sjukdom	80
Fetma	39	Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen	81
Undervikt	40	Inte bemött med vänlighet och respekt	82
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41	Inte fått nödvändig information	83
Högt konsumtion av alkohol	42	Sökt distriktsläkare senaste året	84
Druckit hembränd sprit	43	Sökt privatläkare senaste året	85
Privat införsel av alkohol lagligt	44	Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen	86
Druckit smuggelsprit	45		
Någonsin rökt hasch	46	Sammanfattning	87
Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen	47		

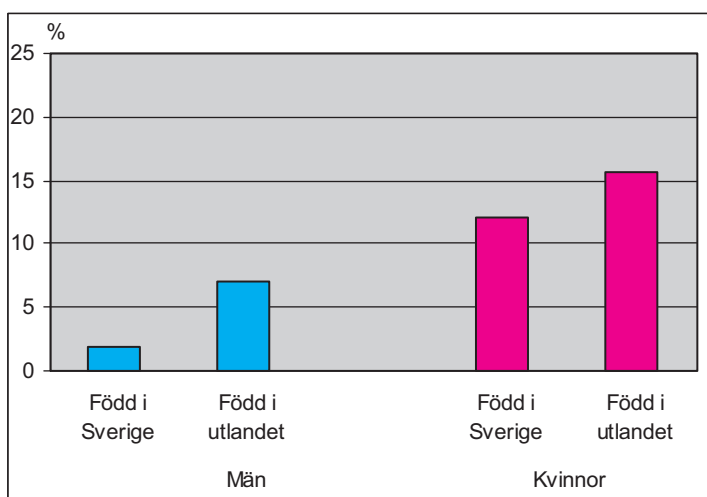
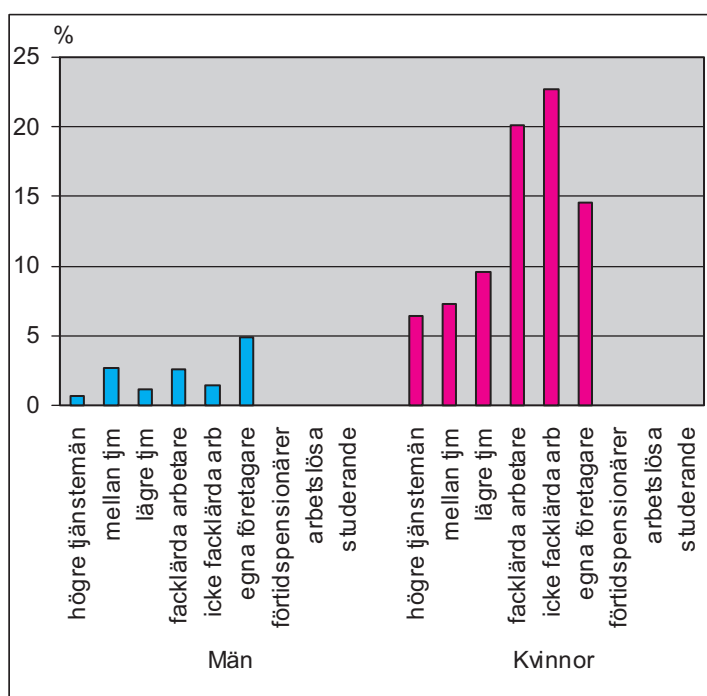
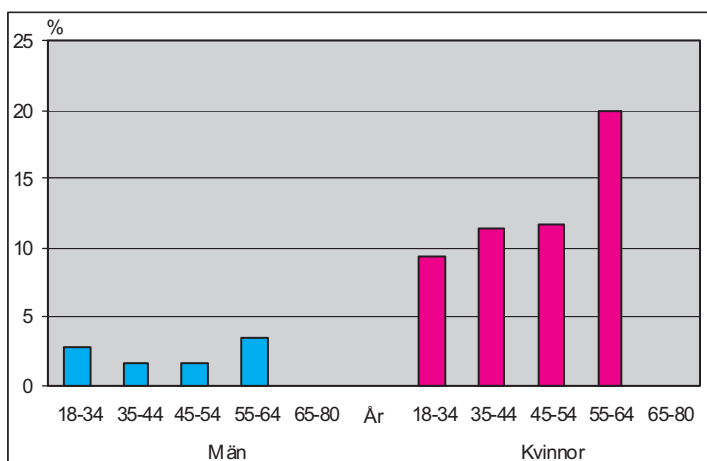
Förvärvsarbetar mindre än 30 timmar per vecka

Av alla OECD-länderna har Sverige flest yrkesverksamma i de äldre ålderna. Ogynnsamma arbetsförhållanden som stress, fysiskt belastande arbetsuppgifter har i de senaste årens forskning visat sig vara en särskilt stor hälsorisk för kvinnor med hemmavårande barn, äldre arbetstagare och individer i arbeten med låga utbildningskrav. Det är därför av intresse att se hur detta eventuellt modifieras av en kortare arbetstid. I enkäten ställdes därför en fråga till de som var yrkesaktiva, huruvida de arbetar minst 30 timmar per vecka. I vidstående figurer redovisas hur många av de yrkesaktiva som uppgav att de arbetar mindre än 30 timmar per vecka.

Vi noterade att detta är ovanligt bland de yrkesaktiva männen i alla åldrar, dock är det något vanligare i gruppen mellan 55-64 år, 4%, jämfört med gruppen mellan 35-54 år där bara 2% angav att de arbetade mindre än 30 timmar per vecka. Bland de yrkesverksamma kvinnorna är denna andel betydligt högre jämfört med männen, men bara knappt 14% angav att de arbetade mindre än 30 timmar. I åldersgruppen 18-34 år är denna andel 9% och i åldersgruppen, 55-64 år 20%.

Bland männen är det egna företagare och icke facklärd arbetare som anger att de arbetar mindre än 30 timmar per vecka, dock så få som 5% respektive 3%. Bland kvinnorna noterar man de lägsta andelarna med kortare arbetstid än 30 timmar bland högre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå, 6% respektive 7%, medan andelen bland kvinnliga arbetare är drygt 20%.

I jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda i undersökningen, så är det framförallt bland männen som den största skillnaden noteras, bara 2% av de svenskfödda jämfört med 7% bland de utlandsfödda arbetar mindre än 30 timmar per vecka.



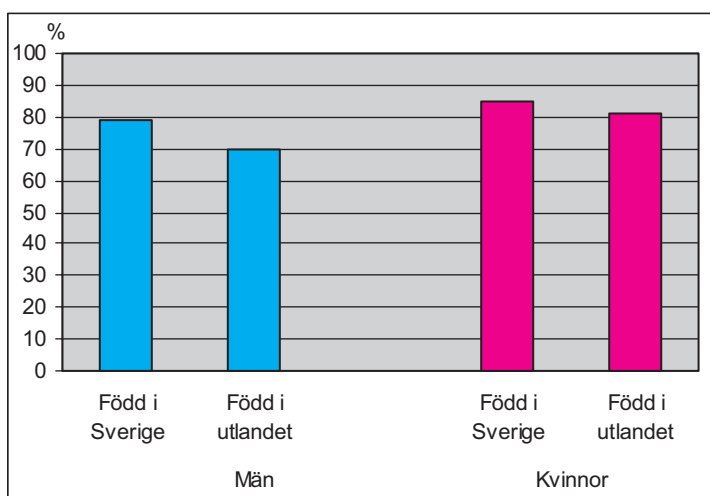
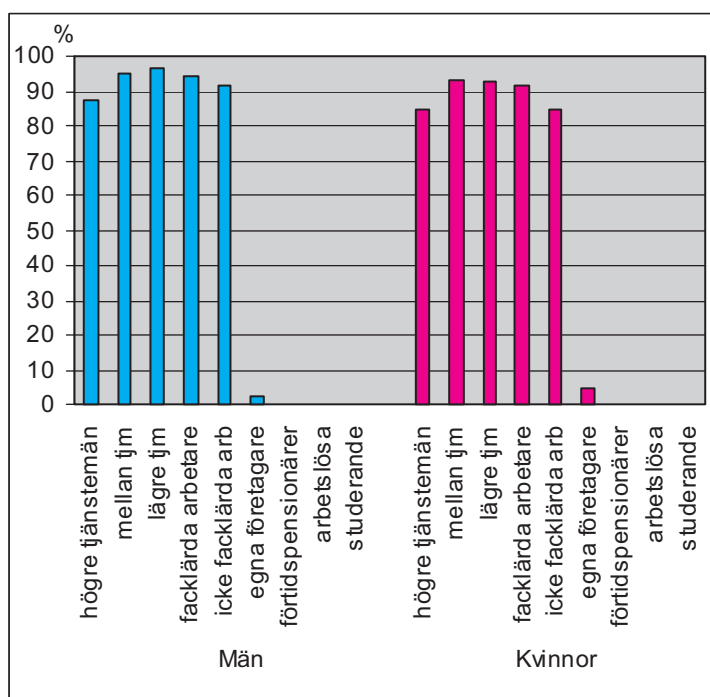
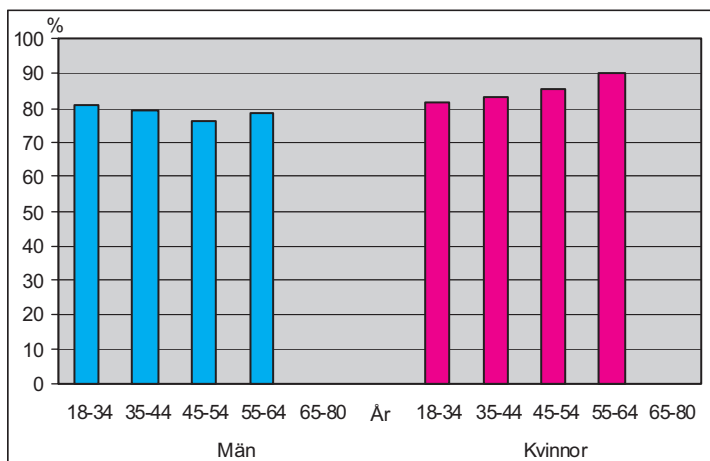
Fast anställd

Förvärvsarbete är en av hälsans bestämningsfaktorer. Att vara fast anställd innebär som regel minskad psykosocial och ekonomisk stress. fast anställning.

I Skåne län hade 81% av männen och 93% av kvinnorna med förvärvsarbete fast anställning. Övriga var vikariatsanställda, hade tidsbegränsade anställningar, var timanställda eller hade en annan tillfällig typ av anställning.

En jämförelse mellan olika socioekonomiska grupper visar att bland både män och kvinnor är skillnaderna små i andelen som har fast anställning.

Svenskfödda personer är i större utsträckning än utlandsfödda fast anställda.



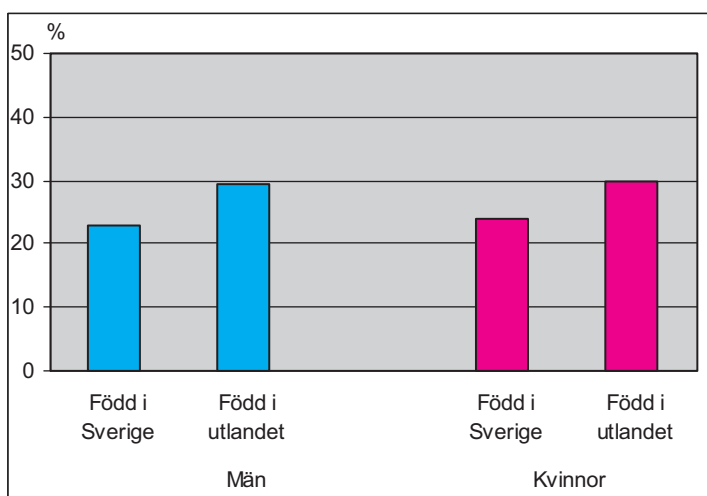
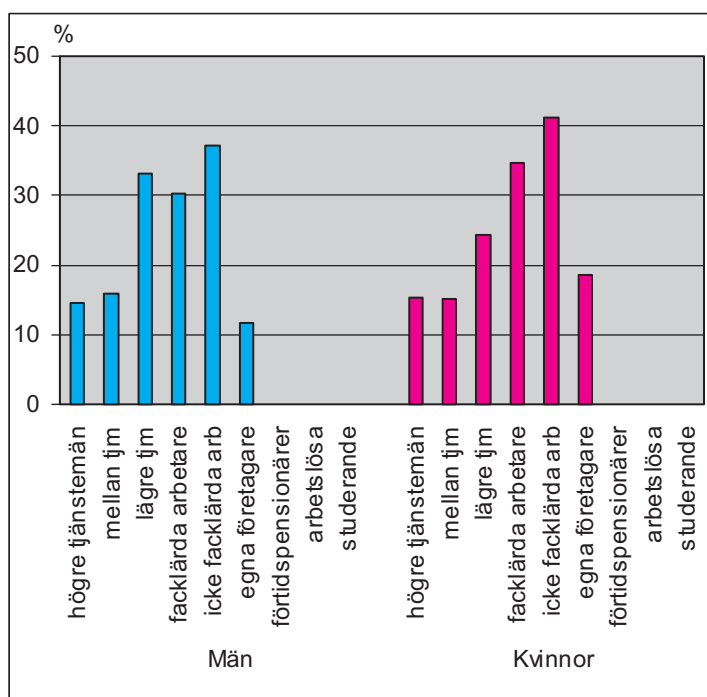
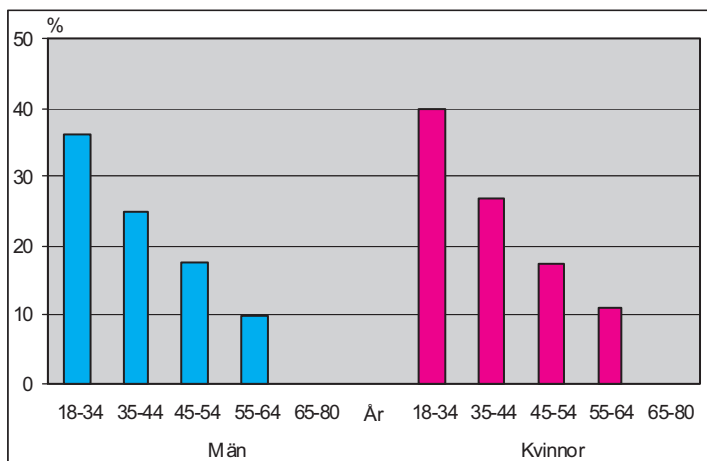
Önskar byta yrke

Debatten om inlåsning i arbetssituationen (se nästa sida) har inte bara gällt rörligheten mellan olika arbetsplatser, utan även rörligheten mellan olika yrken. I enkäten ställdes därför även frågan om man idag anser sig ha det yrke man önskar även i framtiden. Vidstående figurer visar hur många som angav att detta inte är fallet, fördelat på olika grupper i den yrkesaktiva befolkningen.

Ungefär en femtedel av de svarande angav att de önskar ett annat yrke i framtiden, men andelen var något högre andel bland kvinnorna. Det fanns en mycket påtaglig åldersskillnad som var densamma bland män och kvinnor, där cirka 40% i åldersgruppen 18-34 år önskade ett annat framtida yrke, medan denna önskan bara uttrycktes av 10% i åldersgruppen 55-64 år.

Det fanns mycket påtagliga skillnader även mellan de olika socioekonomiska grupperna. Bland männen noterades att bara var sjunde i grupperna egna företagare, högre tjänstemän och tjänstemän på mellanivå hade en önskan att byta yrke, medan denna andel var en av tre bland lägre tjänstemän och arbetare. Detta mönster var likartat bland kvinnorna, förutom att även de lägre tjänstemännen angav en lägre andel önskemål om framtida yrkesbyte, jämfört med arbetargrupperna, där man i gruppen icke facklärd arbetare noterade en sådan önskan bland 41% av de tillfrågade.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda noterades att de förstnämnda angav en något högre andel både bland män och kvinnor, cirka 30% respektive 24%.



Önskar byta arbete

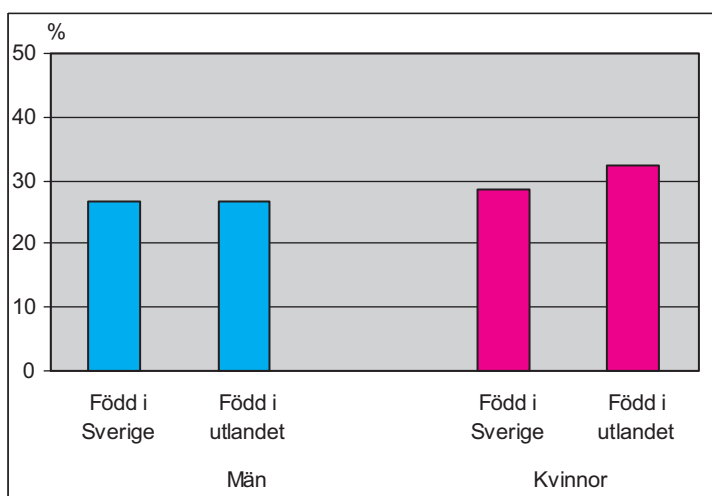
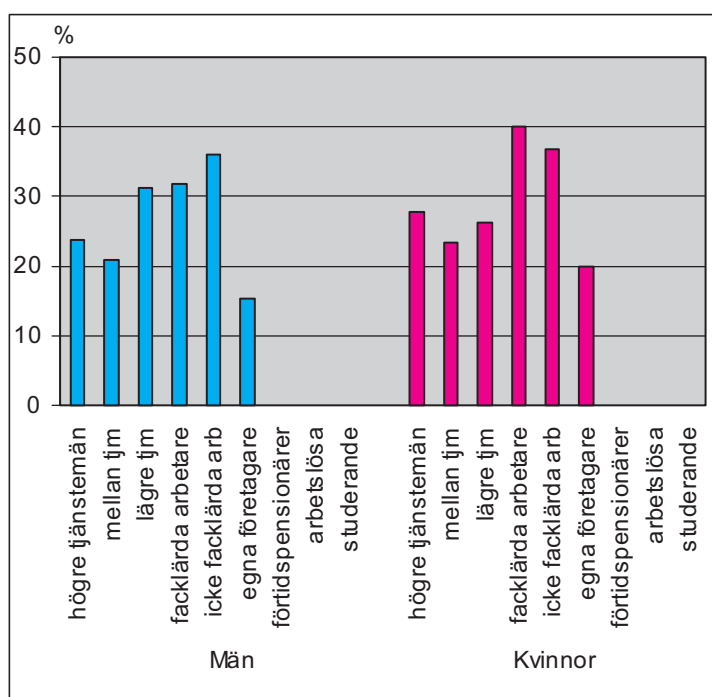
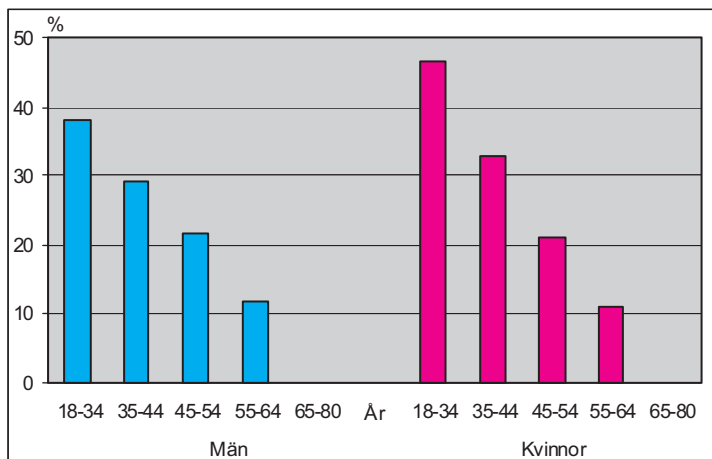
I diskussionen om stressfaktorer i arbetslivet har den så kallade inlåsnings-tenden-sen tagits upp under senare år. Det vill säga hälsoriskerna med att vara "inlåst" i en anställning som man inte trivs med eller som man har svårt att orka med psykiskt eller fysiskt, på grund av att man är rädd att bli socialt och/eller ekonomisk marginaliserad om man säger upp sig.

I enkäten ställdes frågan om man ansåg att man idag arbetar på den arbetsplats man önskar arbeta på i framtiden. Vidstående figurer visar hur många som angav att detta inte är fallet, fördelat på olika grupper i den yrkesaktiva befolkningen.

Ungefär en fjärdedel av de tillfrågade yrkesaktiva angav att de idag inte arbetar på den arbetsplats de skulle vilja arbeta på i framtiden. Andelen var något högre i åldersgruppen 18-34 år bland kvinnorna, 47% mot 38% bland männen. I den äldsta åldersgruppen var det bara 11% som angav att de inte arbetar på den arbetsplats de skulle vilja även i framtiden.

Andelen var minst bland egna företagare, 15% bland männen och 20% bland kvinnorna i denna grupp. Andelen som önskar ett annat arbete i framtiden var högre bland arbetare än bland tjänstemän för båda könen. Gruppen lägre tjänstemän låg dock på samma nivå som arbetargrupperna bland männen.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda noterades ingen skillnad bland männen medan andelen som önskade ett annat arbete var något högre bland de utlandsfödda kvinnorna, jämfört med de svenska, 32% respektive 29%.



Arbetar ofta övertid

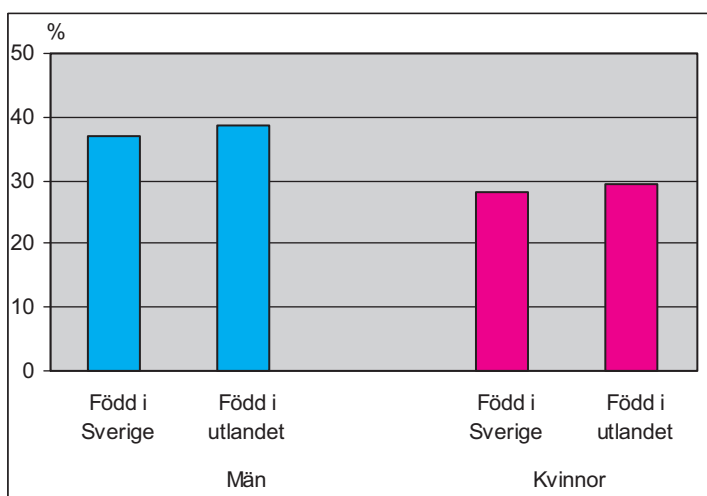
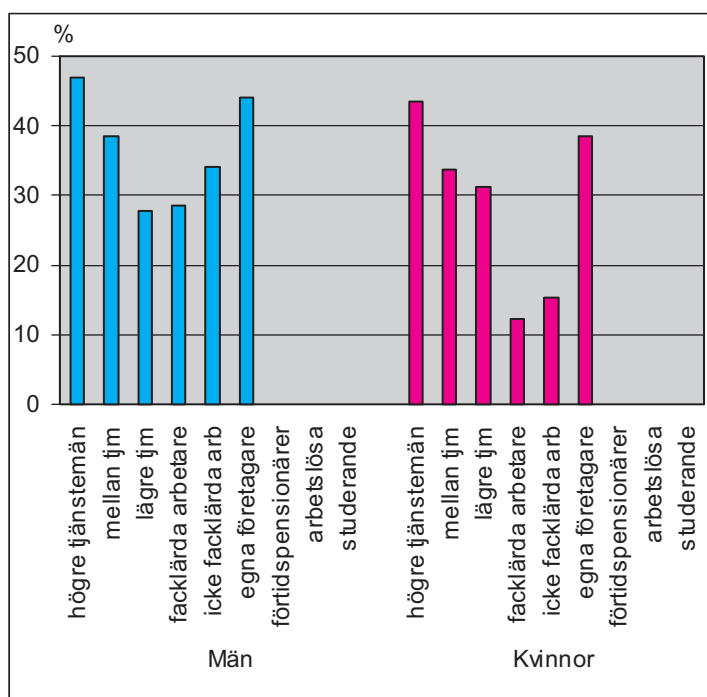
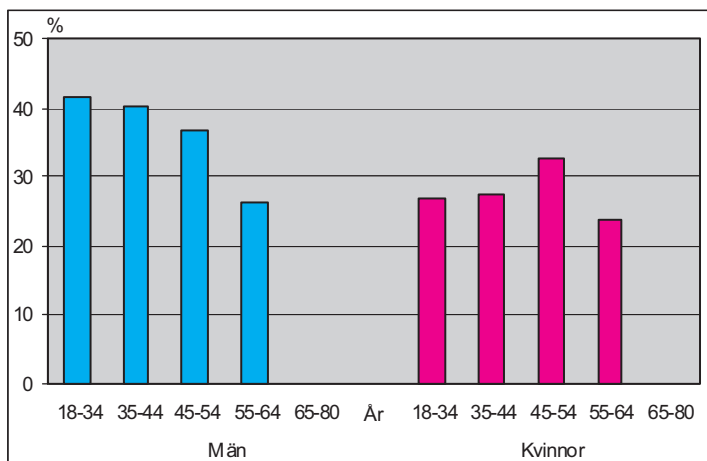
Dagens arbetsmarknad med dess ökade krav på kompetens och effektivitet i kombination med nedskärningar inom många sektorer har lett till en ökad arbetsbörda för de kvarvarande arbetstagarna. Enligt SCB:s arbetsmiljöundersökning ansåg många att arbetstakten ökat under perioden 1991-95. Man tvingas arbeta över, alternativt ta arbete med sig hem för att hinna med.

I Folkhälsoenkät Skåne 2000 angav 37% bland männen och 28 % bland kvinnorna att de ofta arbetade övertid.

Bland män är övertidsarbete vanligast hos personer i åldersgruppen 18-34 år, 42%, för att gradvis avta ju högre upp i åldrarna man kommer. Däremot finner man bland kvinnor att övertidsarbete är vanligast i åldern 45-54 år, 33%, medan man i åldersgruppen 55-64 år finner den lägsta andelen, 24%.

Det finns stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Den högsta andelen personer som ofta arbetar övertid finner man bland de högre tjänstemännen för såväl män som kvinnor, 47% respektive 44%. Detta kan jämföras med 29% respektive 34% bland de manliga facklärdare respektive icke facklärdare arbetarna och med 12% respektive 15% bland motsvarande kvinnliga arbetare. Man finner även en hög andel övertidsarbete bland egna företagare hos såväl män som kvinnor.

Man finner inga tydliga skillnader i förekomsten av övertidsarbete mellan personer födda i Sverige och personer födda utomlands, varken bland män eller kvinnor.



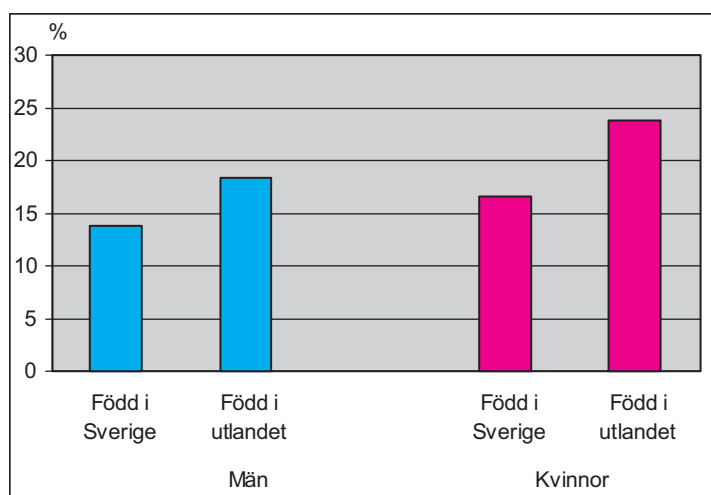
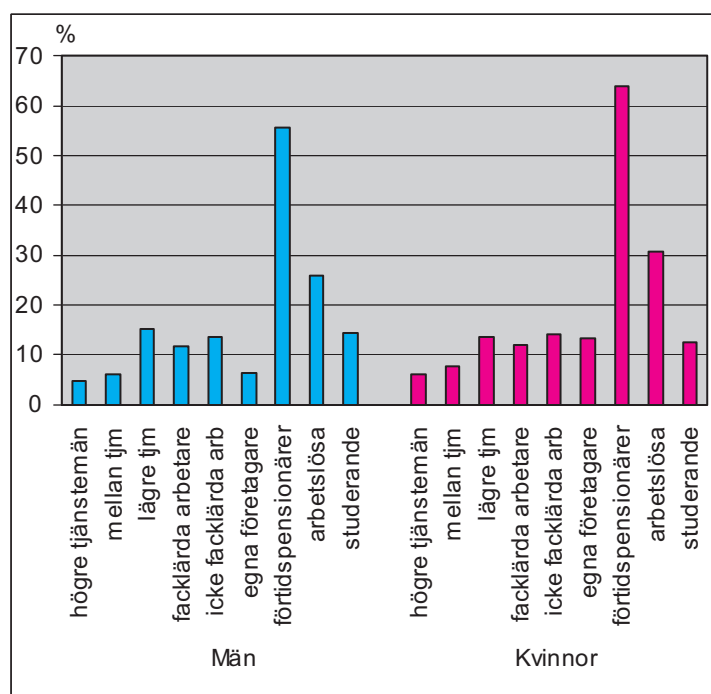
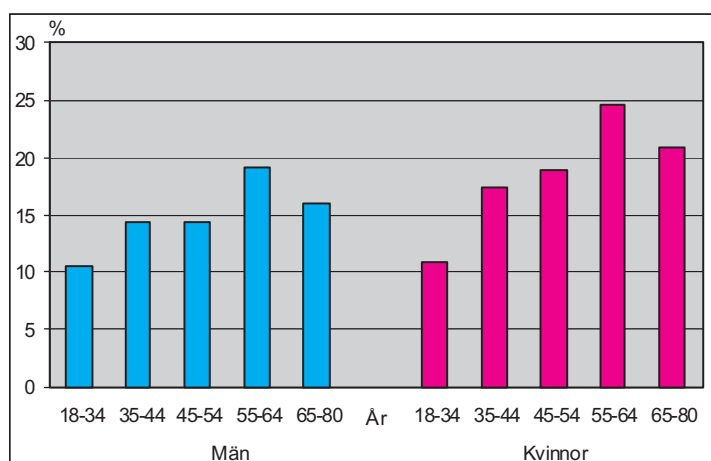
Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa

Deltagarna i postenkätundersökningen fick besvara frågan om de någonsin hade varit tvungna att sluta arbeta, byta arbete eller arbetsuppgifter pga sjukdom, skada eller besvär. I Folkhälsoenkät Skåne 2000 uppgav 14% av männen och 17% av kvinnorna att de hade bytt arbete pga ohälsa.

Både för män och kvinnor fanns betydande ålderskillnader i fråga om arbetsbyte på grund av ohälsa. Högst var andelen i åldersgruppen 55-64 år, där 19% av männen och 25% av kvinnorna hade bytt arbete på grund av ohälsa.

Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är också tydliga. I den arbetsföra delen av befolkningen är arbetsbyte vanligast hos lägre tjänstemän bland män, och hos lägre tjänstemän samt icke facklärda arbetare bland kvinnor. Bland förtidspensionärer är det 56% av männen och 64% av kvinnorna som någonsin bytt arbete. Bland arbetslösa män är andelen 26% och bland arbetslösa kvinnor 31%.

Bland män födda i Sverige är andelen som bytt arbete på grund av ohälsa 14%, medan motsvarande andel är 18% bland utlandsfödda män. Bland kvinnor är motsvarande andelar 17% respektive 24%.



Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete

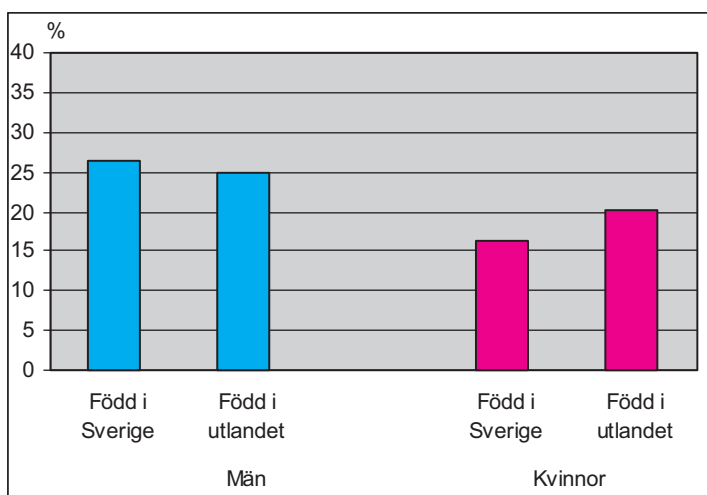
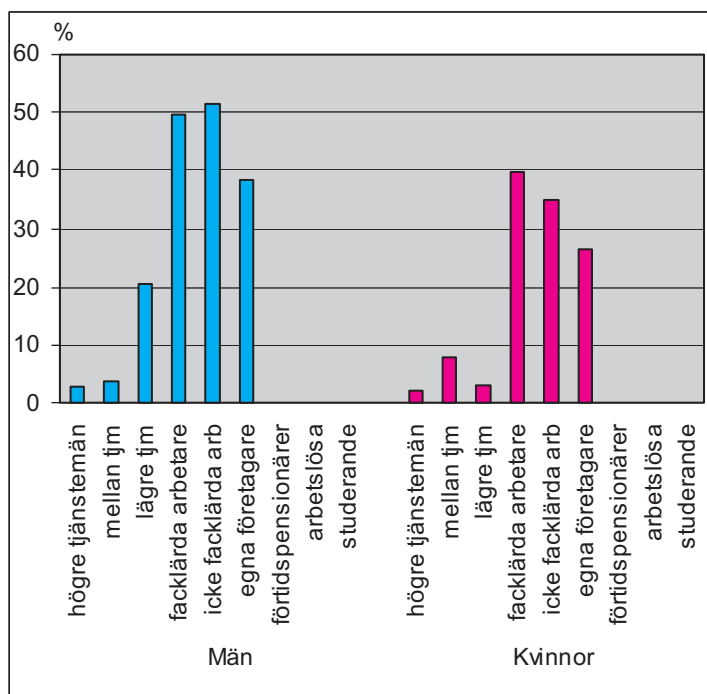
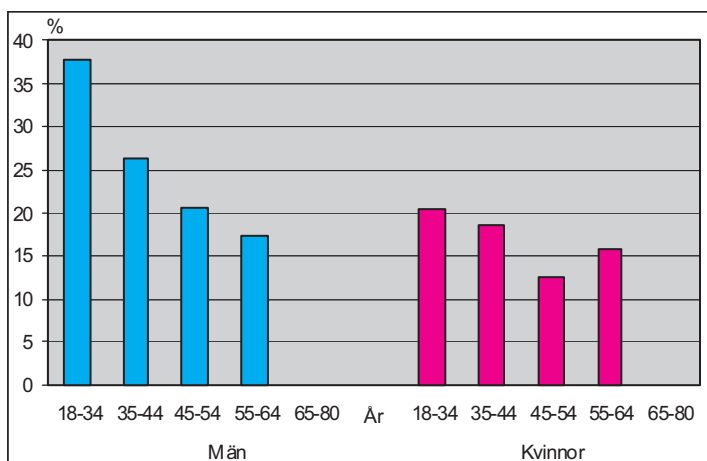
Mycket av de förändringar som har gjorts för att förbättra arbetsförhållandena på de svenska arbetsplatserna sedan andra världskriget har gått ut på att minska den fysiska belastningen på arbetstagarna. Samtidigt har andelen arbetstillfällen med tung fysisk belastning minskat kraftigt de senaste decennierna genom den dramatiska förändring som hela arbetsmarknaden har genomgått då vi lämnat det traditionella industrisamhället bakom oss. Det är idag omtvistat huruvida ett fysiskt tungt arbete i sig är en påtaglig hälsorisk, åtminstone bland yngre friska individer, men det är välkänt att denna typ av arbeten ofta är förknippade med olycksfallsrisker genom oförutsedda snabba förändringar i den fysiska belastningen vid exempelvis tunga lyft.

Enkäten innehöll en fråga med flera alternativ där de svarande fick skatta den rent fysiska belastningen i arbetet. På så sätt kunde andelen med det tungt och måttligt tungt fysiskt arbete beräknas i olika grupper av befolkningen.

Denna andel var ungefär 25% bland männen och 16% bland kvinnorna. Bland männen var tungt och måttligt tungt fysiskt arbete starkt relaterat till ålder, med en hög andel i gruppen 18-34 år och en låg andel i gruppen 55-64 år, 38% respektive 17%.

Som förväntat noterades mycket stora skillnader mellan de socioekonomiska grupperna, med en låg andel bland tjänstemän och en högre bland arbetare av båda könen. Man kunde dock notera att även i gruppen egna företagare så var andelen med tungt och måttligt tungt fysiskt arbete förhållandevis hög, 38% bland männen och 26% bland kvinnorna.

Skillnaderna mellan svenskfödda och utlandsfödda var små då det gäller arbetets fysiska tyngd, mätt med enkätens fråga.



Svag social förankring på arbetsplatsen

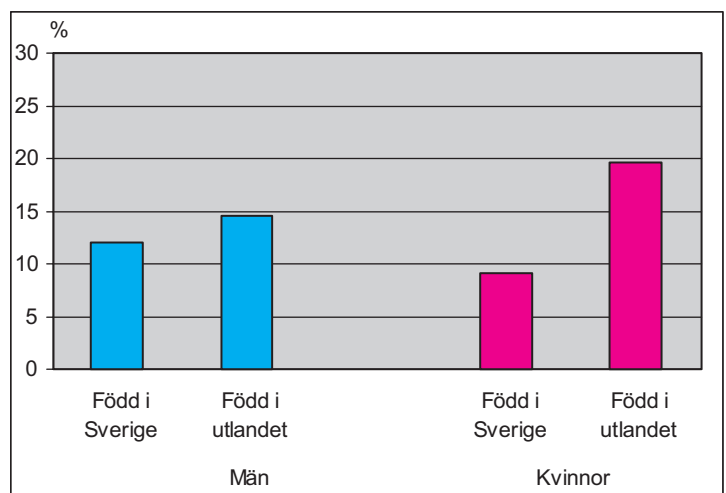
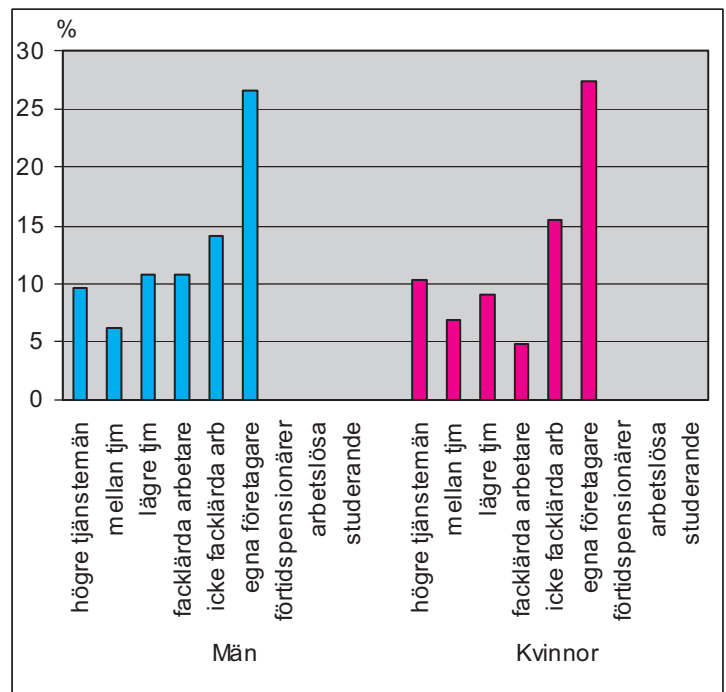
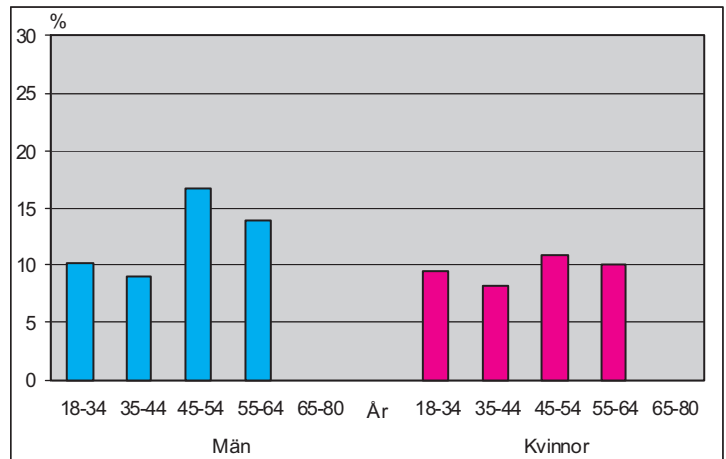
Den sociala miljön på arbetsplatsen har alltmer kommit i fokus som risk- eller skyddsfaktor i hälsöhänsesed. Det har hävdats att lönearbetet i vår kultur har stor betydelse för identitetsbildning och som källa för sociala kontakter, vilket är faktorer av potentiellt intresse i folkhälsoarbetet. Ett sätt att mäta detta är att fråga om man är rotad och känner en stark samhörighet med sina arbetskamrater. De som i enkäten angav alternativen "inte speciellt" eller "inte alls", bedömdes ha en svag social förankring på sin arbetsplats.

I vidstående figurer redovisas hur denna faktor fördelade sig i olika grupper av den arbetande befolkningen som svarade på vår enkät.

Ungefär var åttonde individ i den arbetande befolkningen angav en svag social förankring på sin arbetsplats enligt vår definition. Det var fler män än kvinnor som rapporterade en svag förankring, särskilt i åldersgruppen 55-64 år.

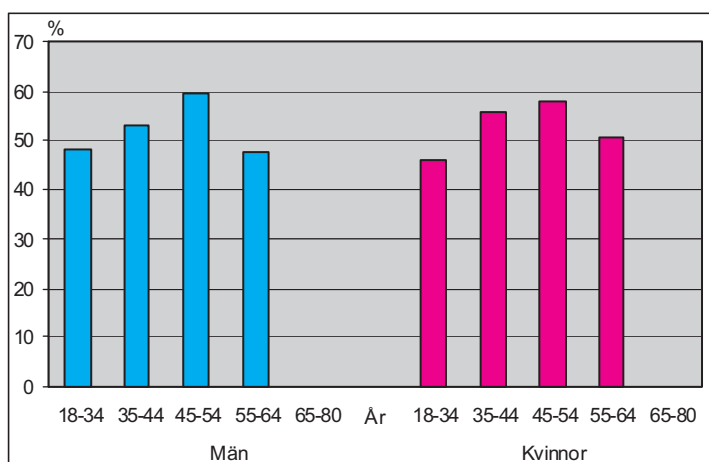
Avseende fördelningen i de olika socioekonomiska grupperna så noterades den största andelen med svag förankring bland egna företagare, 27%, såväl bland män som kvinnor. Detta kunde förväntas utifrån kunskapen om att en stor andel i denna grupp är ensamföretagare utan anställda. I övrigt noterades en förhållandevis hög andel bland icke facklärd arbetare, 15%.

Då svenskfödda jämfördes med utlandsfödda så noterades att skillnaden i andelen med svag förankring på arbetsplatsen var liten bland männen, medan andelen bland de utlandsfödda kvinnorna var mer än dubbelt så hög som bland de svenskfödda kvinnorna, 20% respektive 9%.

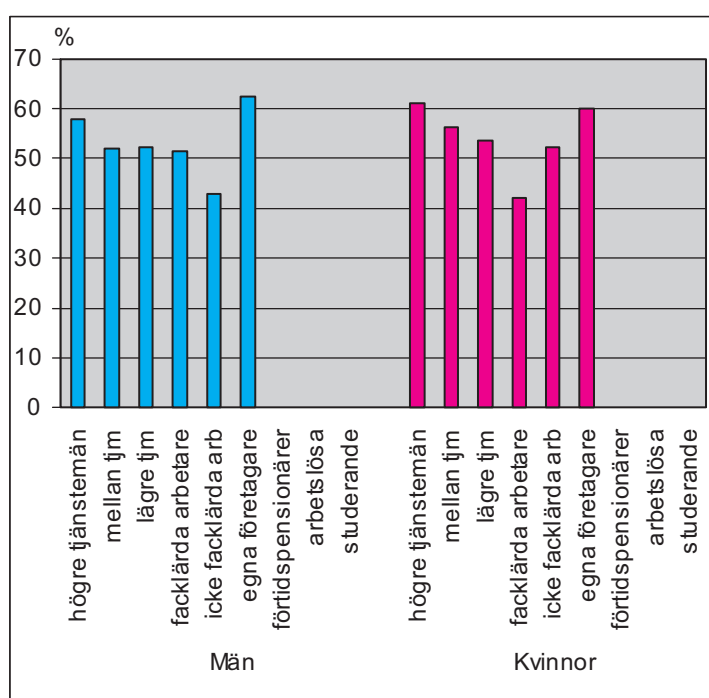


Höga psykologiska krav i arbetet

Inom arbetsmiljöforskningen har stress under de senaste åren mätts med den så kallade krav-kontroll modellen. Ett stressat arbete har då definierats som kombinationen av höga psykologiska krav i arbetet och lågt beslutsutrymme (dvs kontroll). För att kunna påbörja förebyggande insatser i olika typer av arbetsorganisationer är det dock viktigt att förstå dynamiken mellan krav och kontroldimensionerna och därför hur dessa faktorer är fördelade i olika befolkningsgrupper.

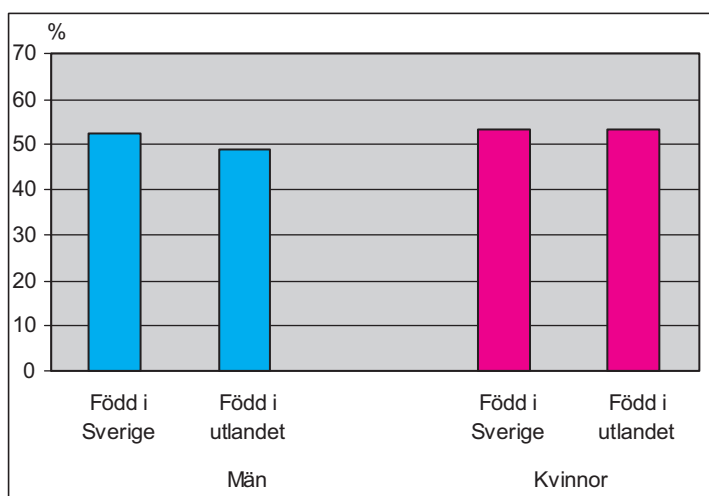


Fenomenet psykologiska krav i arbetet mäts genom ett frågebatteri med vars hjälp en indexpoäng räknas fram. Individer som får en indexpoäng över en viss förutbestämd gräns anses ha höga psykologiska krav i sin arbetssituation. I vidstående tabell redovisas hur detta fenomen fördelar sig i olika grupper av individer i den arbetande befolkningen som svarade på enkäten.



För både män och kvinnor noterades den högsta andelen med höga krav i åldersgruppen 45-54 år. Nivåerna i samtliga åldersgrupper var mycket snarlika mellan könen.

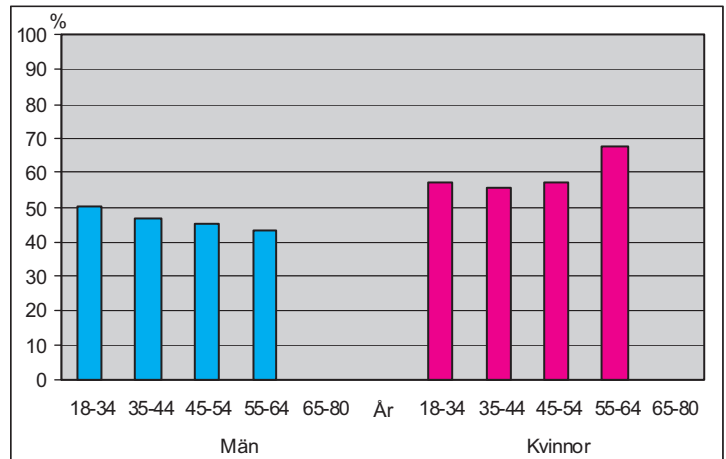
Då det gäller fördelningen av höga krav i de olika socioekonomiska grupperna så noterades för både män och kvinnor att högre tjänstemän och egna företagare låg högre än de övriga grupperna. Den grupp som angav lägst andel med höga krav var icke facklärd arbetare bland männen och facklärd arbetare bland kvinnorna.



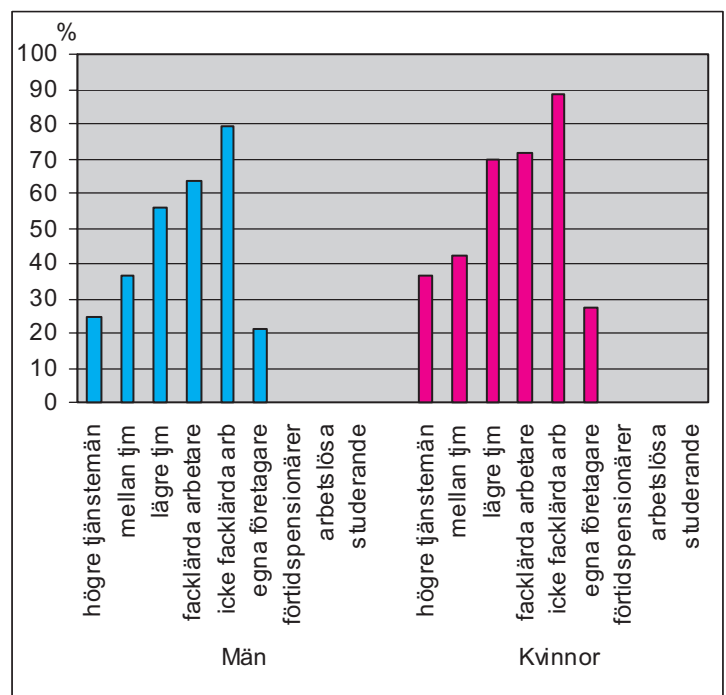
Skillnaderna mellan svenskfödda och utlandsfödda var mycket liten, men andelen som rapporterade höga krav var något större bland de svenskfödda bland männen.

Låg kontroll i arbetet

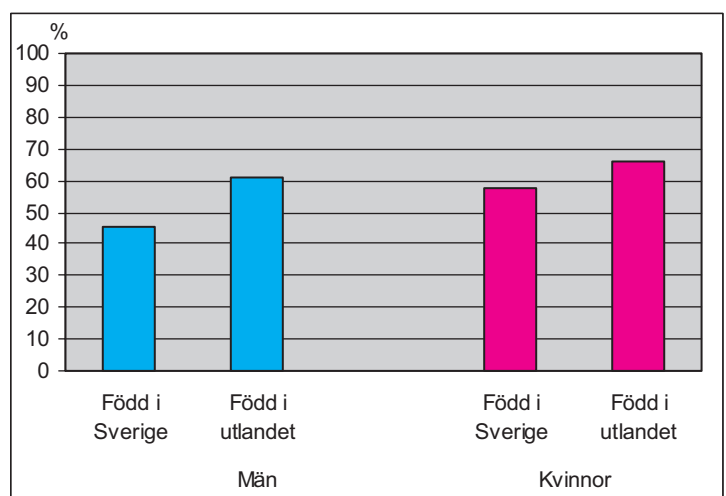
Inom arbetsmiljöforskningen har stress under de senaste åren mätts med den så kallade krav-kontroll modellen. Ett stressat arbete har då definierats som kombinationen av höga psykologiska krav i arbetet och lågt beslutsutrymme (dvs kontroll). För att kunna påbörja förebyggande insatser i olika typer av arbetsorganisationer är det dock viktigt att förstå dynamiken mellan krav och kontroldimensionerna och därför hur dessa faktorer är fördelade i olika befolkningsgrupper.



Fenomenet beslutsutrymme (kontroll) i arbetet mäts genom ett frågebatteri med vars hjälp en indexpoäng räknas fram. Individer som får en indexpoäng under en viss förutbestämd gräns anses ha låg kontroll i sin arbetssituation. I vidstående tabell redovisas hur detta fenomen fördelar sig i olika grupper av individer i den arbetande befolkningen som svarade på enkäten.



Nästan 60% av kvinnorna rapporterade låg kontroll i sin arbetssituation, medan motsvarande andel bland männen var 47%. Bland männen rapporterades den högsta andelen av låg kontroll i åldersgruppen 18-34 år medan det bland kvinnorna var i den äldsta åldersgruppen, 55-64 år, som man angav den största andelen av denna företeelse.



Andelen med låg kontroll i arbetet var lägst bland egna företagare, medan man sedan noterade en stark gradient bland de anställda männen och kvinnorna med de lägsta andelarna bland de högre tjänstemännen och den högsta, nästan tre gånger högre, bland de icke facklärd arbetarna. Bland icke facklärd kvinnliga arbetare angav nio av tio att de hade låg kontroll i sin arbetssituation.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda fann man en högre andel med låg kontroll i arbetet hos de sistnämnda, såväl bland män som kvinnor.

Anspänd arbetssituation

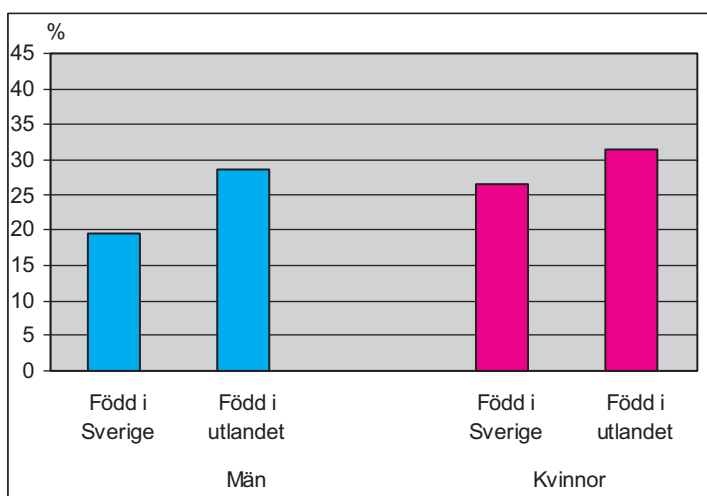
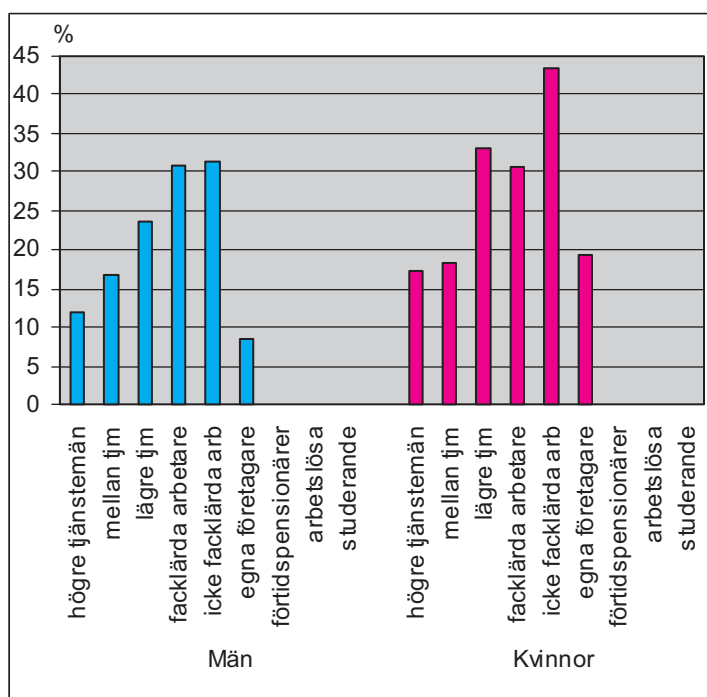
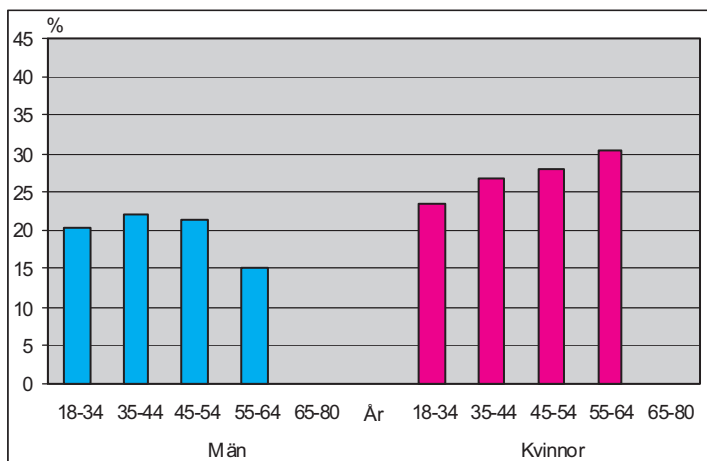
Inom arbetsmiljöforskningen har stress under de senaste åren mätts med den så kallade krav-kontroll modellen. Ett stressat arbete (en anspänd arbetssituation) har då definierats som kombinationen av höga psykologiska krav i arbetet och lågt beslutsutrymme (dvs kontroll). Denna typ av arbete har kunnat knytas till en rad olika hälsoproblem, exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, olika smärttillstånd i rörelseorganen samt psykisk ohälsa.

Fenomenen psykologiska krav och beslutsutrymme (kontroll) i arbetet mäts genom ett frågebatteri med vars hjälp en indexpoäng räknas fram för vardera faktorn. Individer som får en indexpoäng över en viss förutbestämd gräns avseende psykologiska krav i sin arbetssituation och samtidigt under en viss förutbestämd gräns avseende kontroll i sin arbetssituation anses ha en potentiellt stressande (dvs anspänd) arbetssituation.

Lite drygt var femte individ som svarade på enkäten kunde anses ha en anspänd arbetssituation. Andelen var klart högre bland kvinnorna jämfört med männen, 27% respektive 19%. Även åldersfördelningen skilde sig mellan könen, då andelen steg med ålder bland kvinnorna så att 30% i gruppen 55-64 år rapporterade en anspänd arbetssituation, medan denna åldersgrupp rapporterade den lägsta andelen bland männen, 15%.

Egna företagare och tjänstemän på hög och mellannivå rapporterade de lägsta andelarna bland såväl män som kvinnor, i samtliga grupper under 20%. Bland männen noterades den lägsta andelen med en anspänd arbetssituation bland de högre tjänstemännen, 12%, och den högsta bland icke facklärd arbetare, 31%. Bland kvinnorna angav högre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå de lägsta andelarna, 17% respektive 18%, medan lägre tjänstemän och facklärd arbetare uppvisade likartade andelar, 33% respektive 31%. De kvinnliga icke facklärd arbetarna noterades för den högsta nivån då det gäller andelen med ett anspänd arbete, 43%.

Utlandsfödda konstaterades ha en högre andel med en anspänd arbetssituation bland såväl män som kvinnor.



Svagt socialt stöd i arbetet

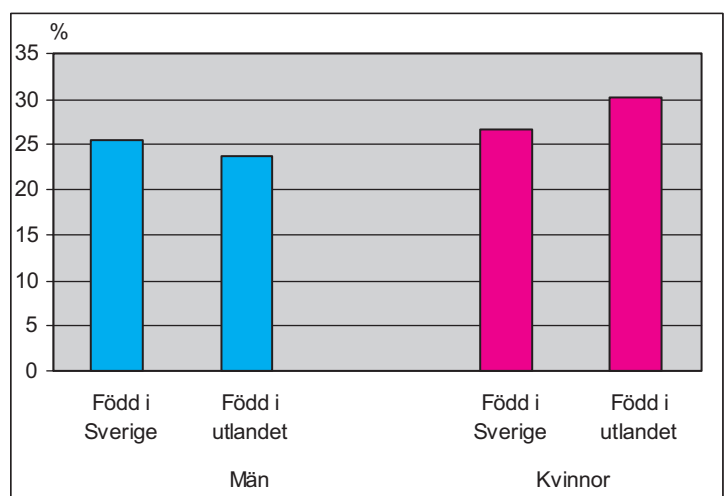
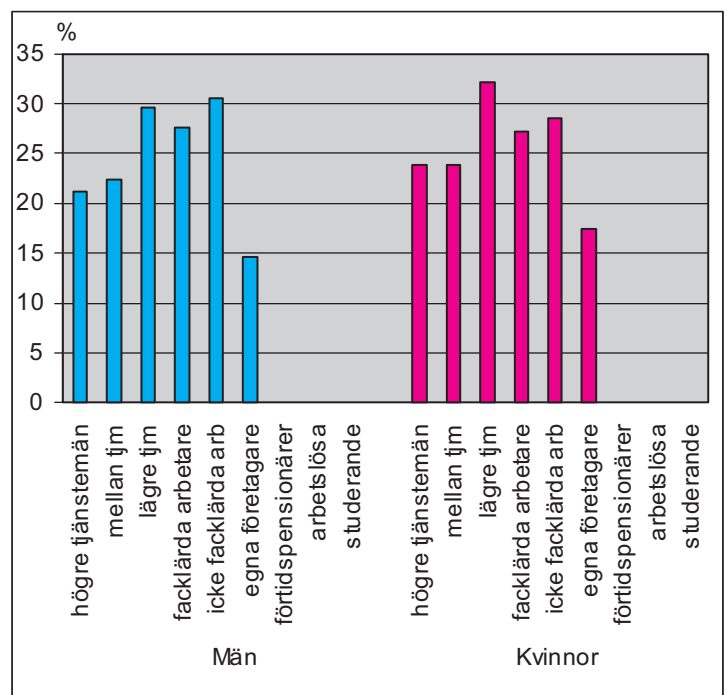
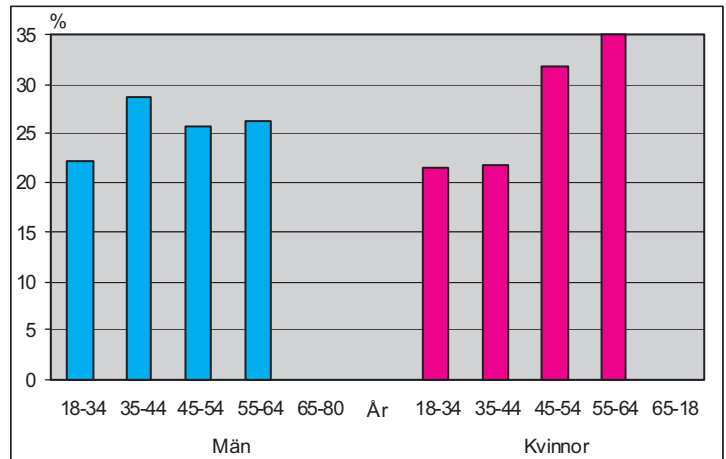
Förutom höga krav och låg kontroll i arbetssituationen, så har ett svagt socialt stöd i arbetet pekats ut som en faktor som bidrar till en arbetssituation som medför en potentiell hälsorisk, särskilt om alla dessa faktorer förekommer samtidigt hos en och samma individ. Framförallt har en sådan arbetssituation relaterats till en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom, men även till utvecklingen av smärttillstånd i rörelseorganen och psykisk ohälsa.

Andelen med ett svagt socialt stöd i arbetet beräknades i undersökningen genom ett frågebatteri med åtta frågor som mätte stöd från såväl överordnade som arbetskamrater. Den fjärdedel av de svarande som fick de lägsta poängsummorna på detta frågebatteri definierades som utsatta för ett svagt socialt stöd i sitt arbete. De som saknade arbetskamrater eller överordnade ansågs i detta sammanhang också sakna stöd.

Den totala andelen som angav ett svagt socialt stöd i arbetet var ungefär lika stor bland män och kvinnor, men det fanns betydande skillnader i den åldersmässiga fördelningen. Det var framförallt kvinnorna i de två äldsta åldersgrupperna som angav en arbetssituation med ett svagt socialt stöd, i gruppen 55-64 år hela 35% mot 21% i gruppen 18-34 år. Bland männen var skillnaderna mellan de olika åldersgrupperna betydligt mindre.

Det fanns också skillnader mellan de olika socioekonomiska grupperna. Det var bland lägre tjänstemän och arbetare av båda könen som man noterade de högsta andelarna individer med ett svagt socialt stöd i arbetet, cirka 30%. Andelen var lägre bland högre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå, men lägst bland egna företagare bland både män och kvinnor, cirka 15%.

Då svenskfödda och utlandsfödda jämfördes, noterades relativt små skillnader bland såväl män som kvinnor.



Innehållsförteckning

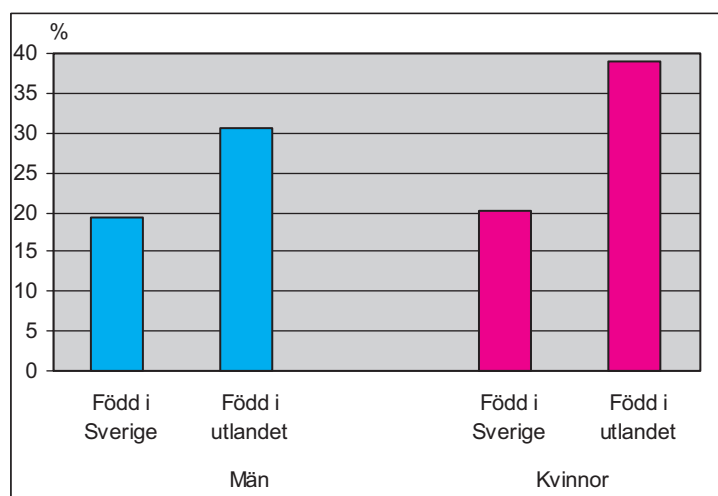
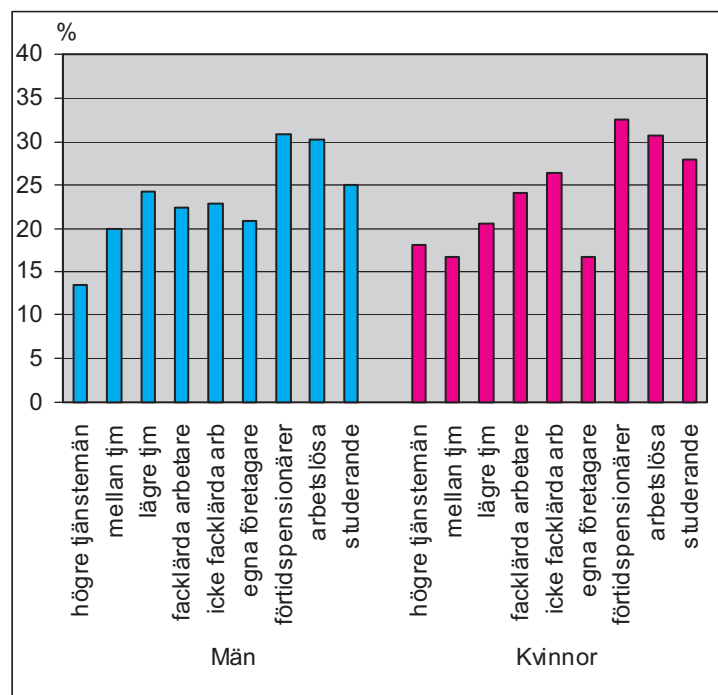
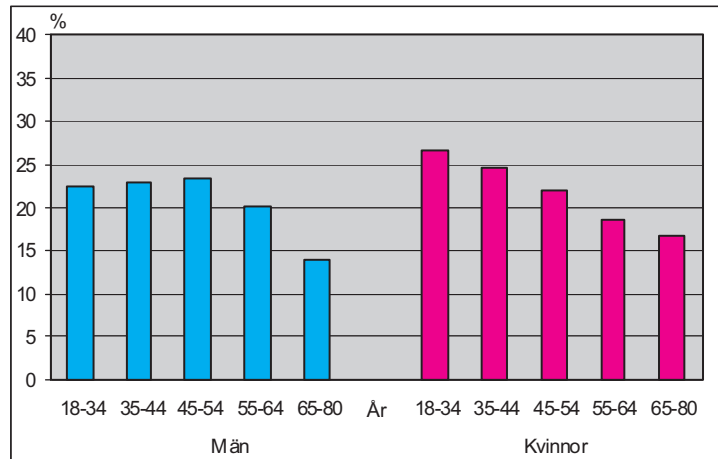
Deltagare och metoder	9	3. Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet	49
Svarsfrekvens	11	Ekonomisk stress	50
Bortfallsanalys	13	Arbetslös mer än ett år	51
Om statistisk viktning och säkerhet	17	Lågt socialt deltagande	52
Fördelning efter kön, ålder, socio-ekonomisk status och födelse-land (grundvariablerna)	18	Låg tillit	53
		Svag social förankring i bostadsområdet	54
		Känsla av osäkerhet i det egna bostadsområdet	55
		Utsatt för hot om våld	56
		Utsatt för våld	57
		Svagt emotionellt stöd	58
		Svagt praktiskt stöd	59
		Besvär av buller från vägtrafik	60
Resultat	19	4. Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö	61
1. Hälsa och läkemedel	19	Förvärvsarbete mindre än 30 timmar per vecka	62
Dålig självskattad hälsa	20	Fast anställd	63
Dålig psykisk hälsa (GHQ)	21	Önskar byta yrke	64
Långvarig sjukdom	22	Önskar byta arbete	65
Har mindre än 20 egna tänder kvar	23	Arbetar ofta övertid	66
Sjukfrånvaro senaste året	24	Bytt arbete/arbetsuppgifter på grund av ohälsa	67
Mer än 30 sjukfrånvarodagar senaste året	25	Tungt och måttligt tungt fysiskt arbete	68
Bestående funktionsnedsättning	26	Svag social förankring på arbetsplatsen	69
Sömnbesvär	27	Höga psykologiska krav i arbetet	70
Stressad i vardagen	28	Låg kontroll i arbetet	71
Läkemedel det senaste året	29	Anspänd arbetsituation	72
Naturläkemedel det senaste året	30	Svagt socialt stöd i arbetet	73
Smärtstillande läkemedel det senaste året	31		
2. Levnadsvanor och livsstilar	33	5. Kontakter med sjukvården	75
Daglig rökning	34	Otillfredsställda vårdbehov	76
Intermittent rökning	35	Inga tandläkarbesök de senaste 5 åren	77
Slutat röka	36	Sökt sjukhusmottagning	78
Passiv rökning på arbetsplatsen	37	Legat på sjukhus	79
Övervikt	38	Läkarbesök på grund av sjukdom	80
Fetma	39	Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen	81
Undervikt	40	Inte bemött med vänlighet och respekt	82
Låg fysisk aktivitet på fritiden	41	Inte fått nödvändig information	83
Högkonsumtion av alkohol	42	Sökt distriktsläkare senaste året	84
Druckit hembränd sprit	43	Sökt privatläkare senaste året	85
Privat införsel av alkohol lagligt	44	Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen	86
Druckit smuggelsprit	45		
Någonsin rökt hasch	46		
Att inte anse sig kunna påverka den egna hälsoutvecklingen	47		
		Sammanfattning	87

Otillfredsställda vårdbehov

Tjugo procent av befolkningen hade haft behov av vård men inte sökt de senaste tre månaderna. Andelen bland kvinnorna var nästan lika stor som andelen bland männen, omkring 21 %, och minskade med stigande ålder, särskilt bland kvinnorna.

Det fanns en socioekonomisk gradient i den arbetande delen av befolkningen med den lägsta andelen bland manliga högre tjänstemän samt bland kvinnliga högre tjänstemän och kvinnliga tjänstemän i mellanställning.

Andelen med otillfredsställda vårdbehov var omkring två gånger så vanliga bland personer födda i andra länder som bland personer födda i Sverige.



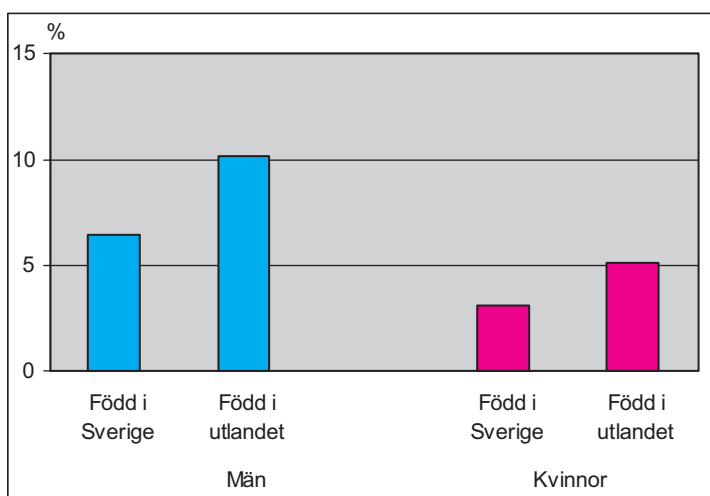
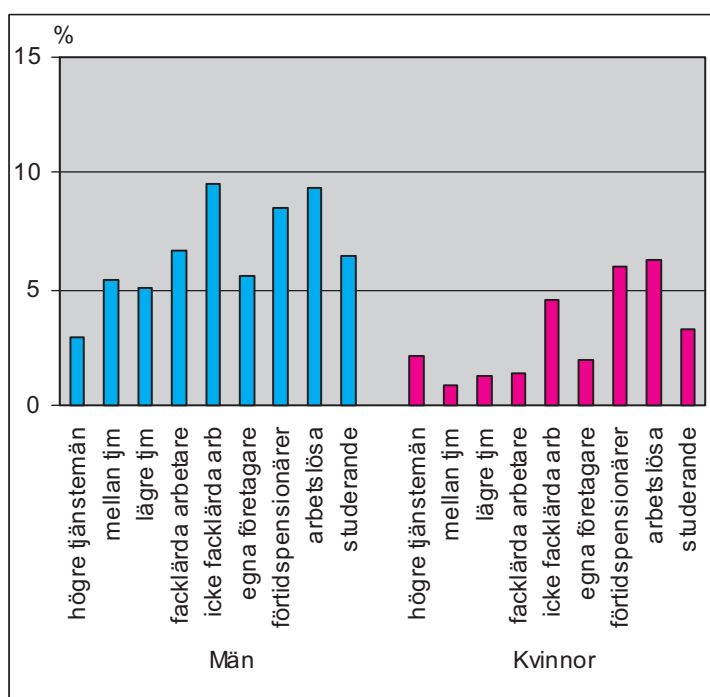
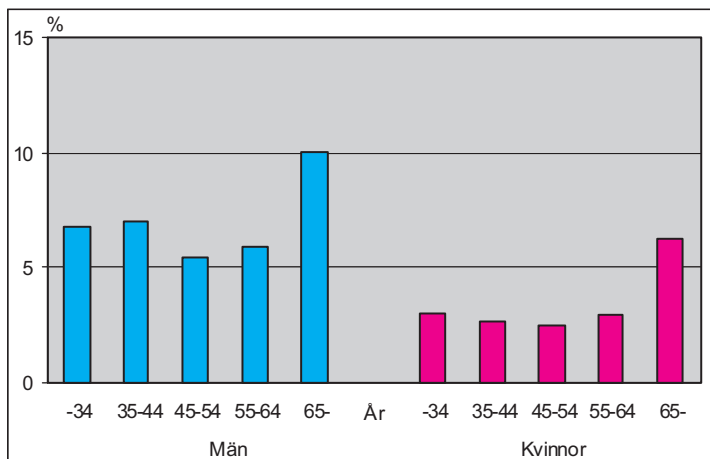
Inga tandläkarbesök

Förändringar i tandvårdsförsäkringen har lett till en diskussion om eventuella risker för en ökning av otillfredsställda tandvårdsbehov i befolkningen. Vi ställde en fråga i undersökningen när man senast varit hos tandläkaren. Av svaren på denna fråga kunde vi få fram hur stor andel av individerna i olika grupper av befolkningen som inte varit hos tandläkare någon gång de senaste fem åren.

Denna andel var betydligt högre bland männen i alla åldersgrupperna, dock högst i gruppen 65-80 år, 10%. Bland kvinnorna var andelen 3% i alla åldersgrupper utom i gruppen 65-80 år, där den var dubbelt så hög.

Det fanns förhållandevis större skillnader mellan de olika socioekonomiska grupperna. Bland manliga högre tjänstemän var andelen som inte varit hos tandläkare de senaste fem åren 3%, jämfört med 10% bland icke facklärd arbetare och 9% bland arbetslösa och förtidspensionärer. Bland kvinnorna var andelen bara 1-2% i alla grupper av anställda, utom bland icke facklärd arbetare där 5% angav att de inte hade besökt tandläkare senaste fem åren, medan motsvarande andel var 6% bland kvinnliga arbetslösa och förtidspensionärer.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda så framkom en skillnad framförallt bland männen, där 10% av de utlandsfödda svarade att de inte besökt tandläkare de senaste fem åren, jämfört med 6% bland de svenskfödda männen.

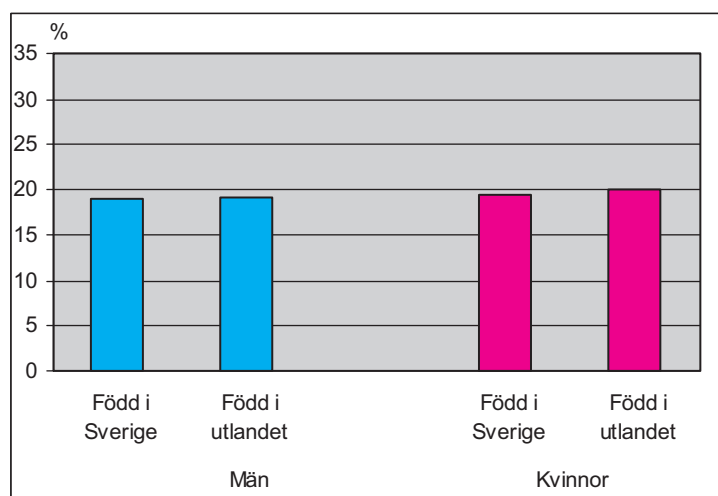
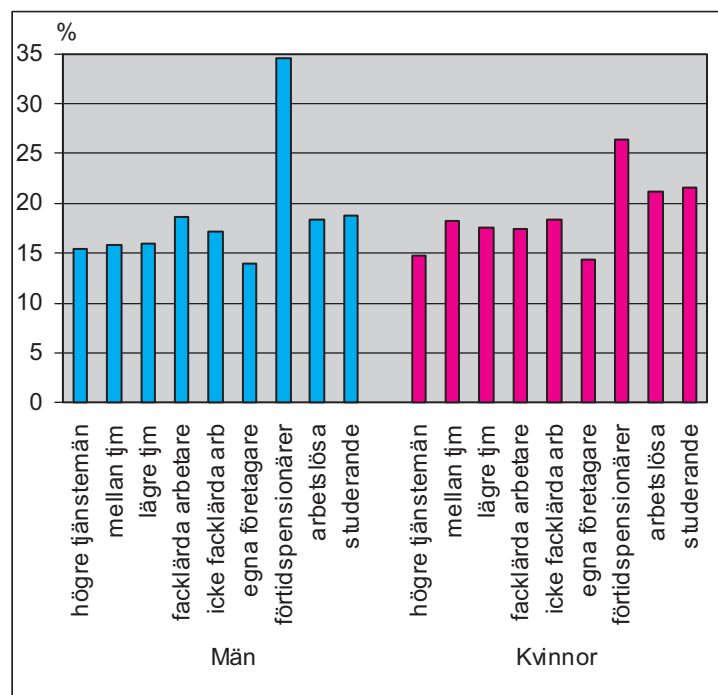
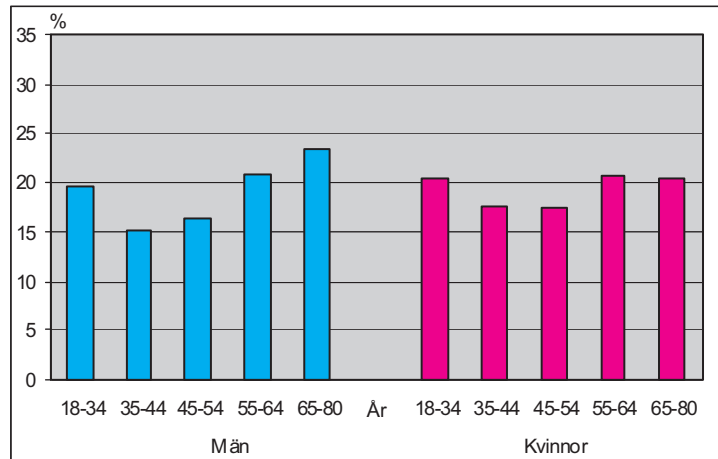


Sökt sjukhusmottagning

Arton procent av de svarande i undersökningen hade sökt sig till en sjukhusmottagning det senaste året. Andelen var lika för kvinnor och män och den var lägst i åldersgrupperna 35–54 år för båda könen. Andelen ökade med stigande ålder för männen.

I den arbetande delen av befolkningen fanns det inga stora socioekonomiska skillnader. Förtidspensionärer hade den högsta andelen som hade sökte sig till en sjukhusmottagning det senaste året.

Personer födda i andra länder än Sverige besökte sjukhusmottagningar ungefär lika ofta som personer födda i Sverige.



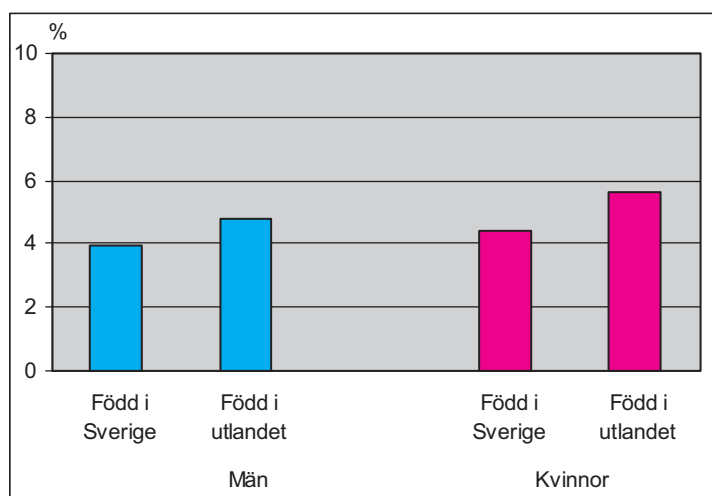
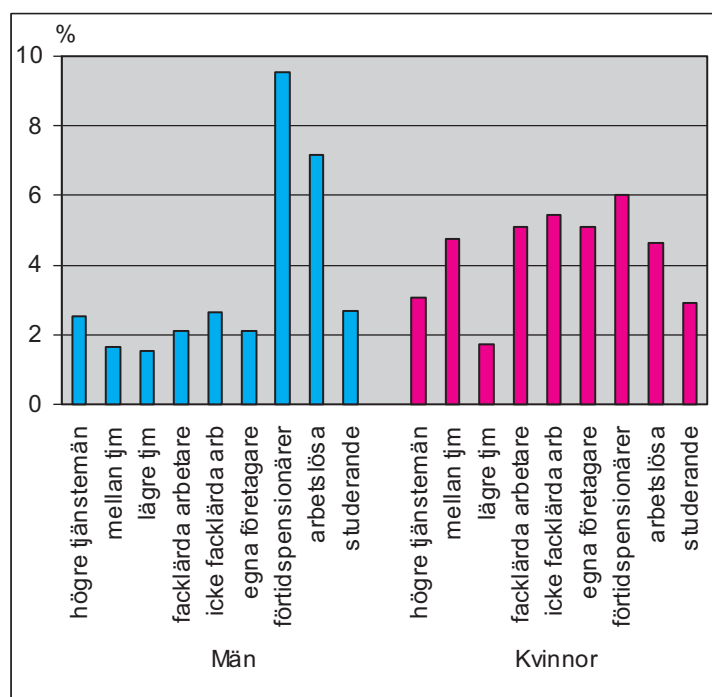
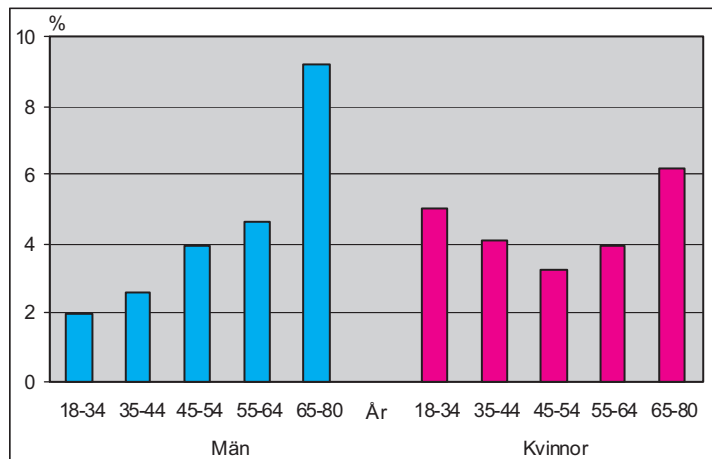
Legat på sjukhus

Endast 4% av befolkningen har legat på sjukhus eller sjukhem de senaste tre månaderna. Andelen var lika för kvinnor och män. Andelen ökade med stigande ålder för män men var lägst i åldersgruppen 45–54 år bland kvinnor.

Bland män i den arbetande delen av befolkningen fanns det inga stora socioekonomiska skillnader. Både manliga och kvinnliga förtidspensionärer samt arbetslösa män hade den högsta andelen som har legat på sjukhus de senaste tre månaderna. Sjukhusvistelse var nästan fyra gånger vanligare bland förtidspensionärer än övriga grupper.

Bland kvinnorna var andelen som har legat på sjukhus eller sjukhem de senaste tre månaderna högre än bland män i alla socioekonomiska grupper. Manliga och kvinnliga förtidspensionärer, samt arbetslösa män noteras för de högsta andelen personer som har legat på sjukhus de senaste tre månaderna. Andelen var däremot lägst bland lägre tjänstemän

Personer födda i andra länder än Sverige har varit inlagda på sjukhus eller sjukhem de senaste tre månaderna i något högre utsträckning än personer födda i Sverige.

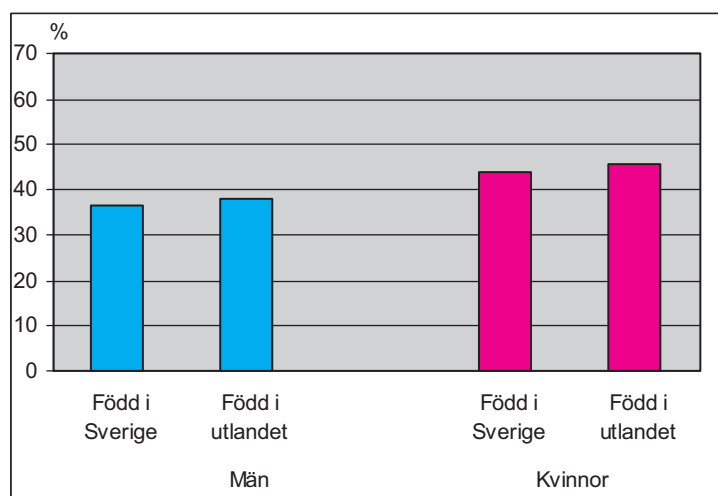
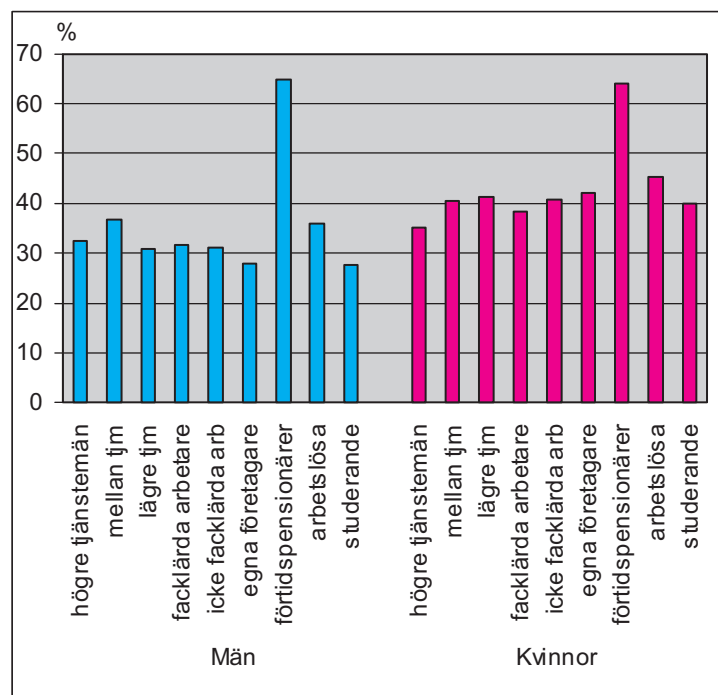
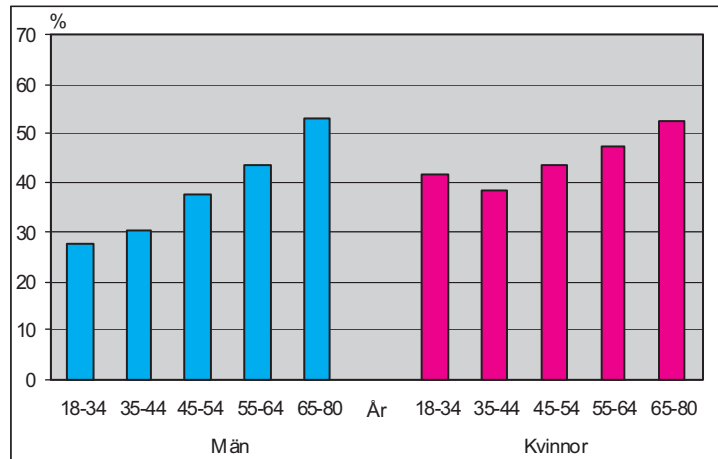


Läkarbesök på grund av sjukdom

De senaste tre månaderna hade 42 % av befolkningen sökt läkare på grund av egen sjukdom. Andelen kvinnor var högre än andelen män, 45% respektive 37%. Andelen ökade med stigande ålder, särskilt bland männen.

Förtidspensionärer hade i högre utsträckning än resten av befolkningen sökt läkare de senaste tre månaderna på grund av egen sjukdom.

Personer födda i andra länder än Sverige hade i ungefär samma utsträckning som personer födda i Sverige sökt läkare de senaste tre månaderna.

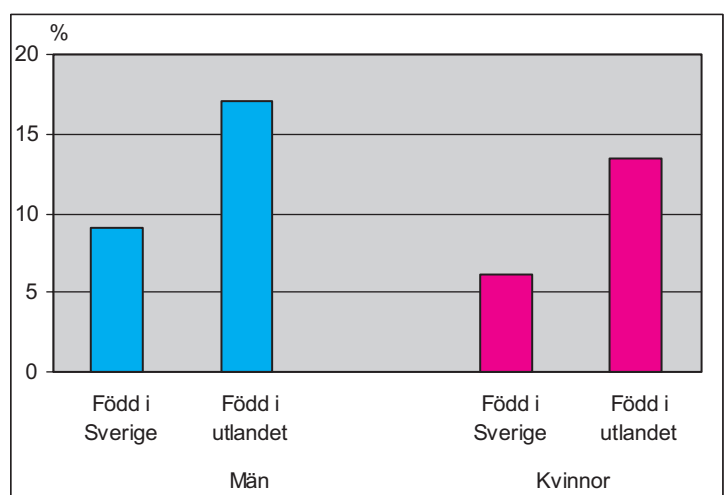
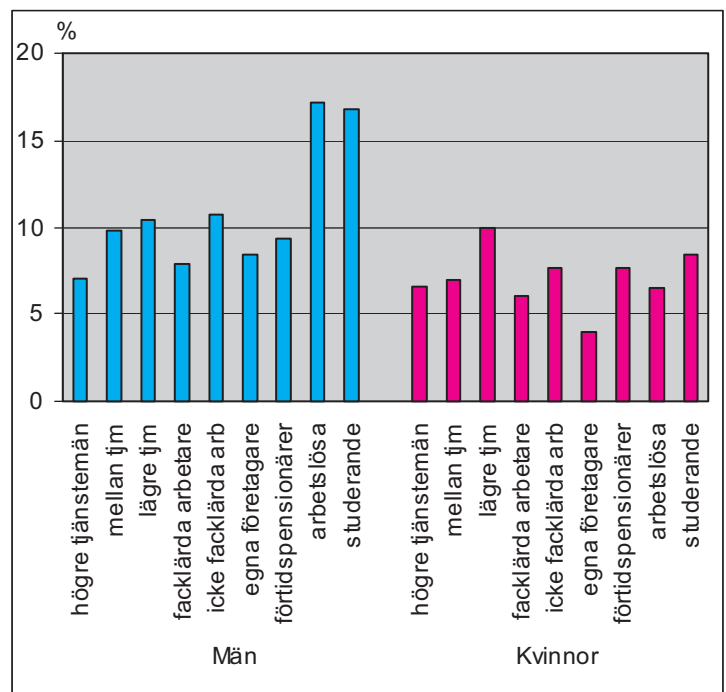
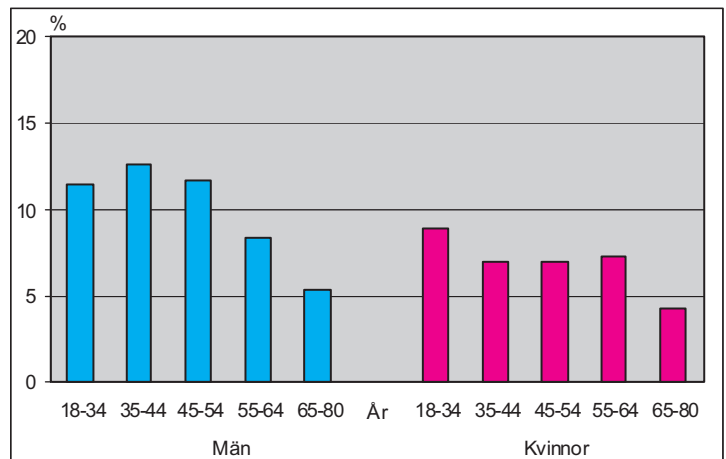


Väntat på läkaren mer än 30 minuter på vårdcentralen

Nio procent av befolkningen som sökte sig till en vårdcentral fick vänta på läkaren mer än 30 minuter vid det senaste tidsbeställda besöket på vårdcentralen under det senaste året. Andelen bland kvinnorna var något mindre än andelen bland män, 7% respektive 10%. Bland kvinnorna var åldersfördelningen ganska jämn, cirka 7%, med undantag för åldersgruppen 65–80 år, som hade den lägsta andelen, 4%. Högst andel för kvinnor observerades i åldersgruppen 16-34 år, 9%. Bland männen tenderade andelen som fick vänta att minska från och med åldersgruppen 45-54 år.

Andelen som fick vänta mer än 30 minuter vid det senaste tidsbeställda läkarbesöket på vårdcentralen var högst bland arbetslösa och studerande män, 17% i båda grupperna, följt av lägre tjänstemän, 10%. Bland kvinnorna var andelen högst för de lägre tjänstemännen, 10%.

Det var ungefär dubbelt så vanligt att personer födda i andra länder fick vänta mer än 30 minuter på vårdcentralen, jämfört med personer födda i Sverige



Inte bemött med vänlighet och respekt

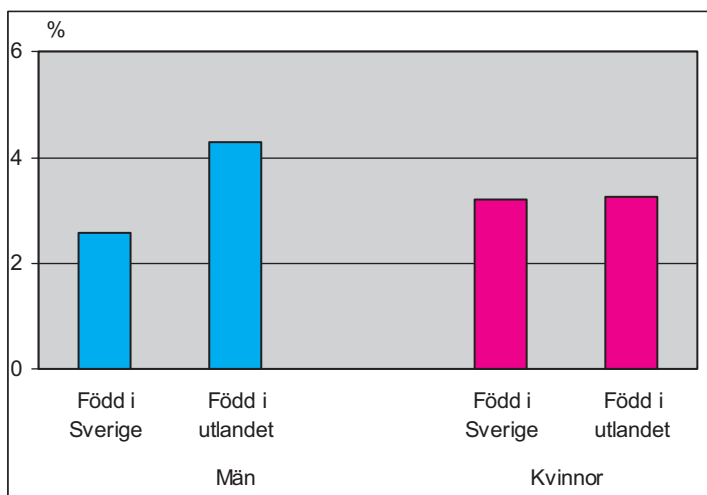
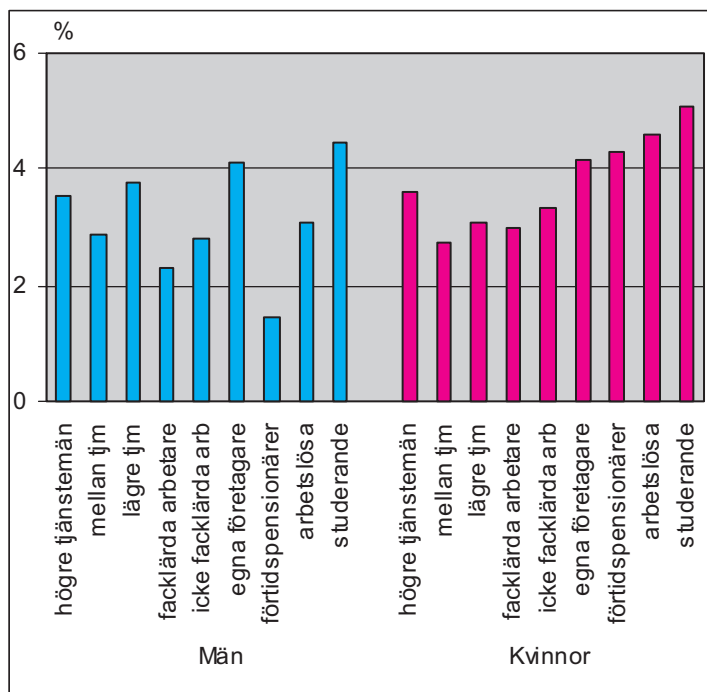
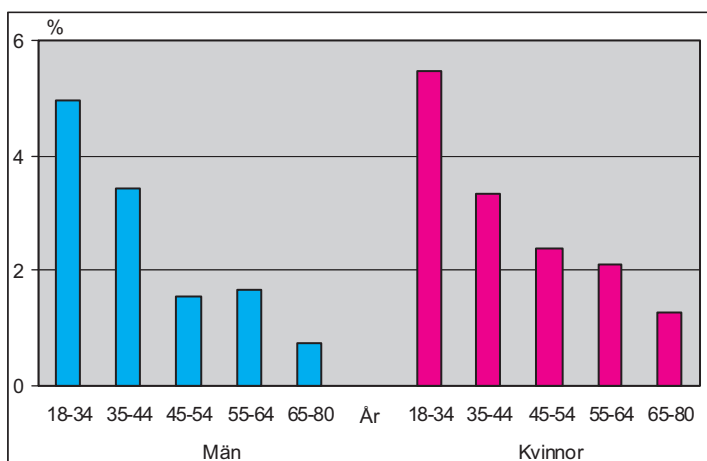
Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården bli byggda på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Det är enbart en liten andel av de personer som besvarat Folkhälsoenkät Skåne 2000 som inte känner att de blivit bemötta med vänlighet och respekt av läkaren vid det senaste sjukvårdsbesöket, 3% bland män och bland kvinnor.

Bland dessa personer finner man en åldersgradient. Andelen som anser sig ha fått ett dåligt bemötande är 5% bland såväl män och kvinnor i åldersgruppen 18-34 år, medan motsvarande andelar bland personer i åldersgruppen 65-80 år är 1% bland såväl män och kvinnor.

Man ser inte något tydligt socioekonomiskt mönster när det gäller denna typ av bemötande. Bland såväl manliga som kvinnliga arbetare och tjänstemän på låg- mellan respektive hög nivå ser man andelar på c:a 3% vardera. Arbetslösa, förtidspensionärer eller studerande skiljer sig inte nämnvärt från dessa siffror.

Man finner inga tydliga skillnader i förekomsten av dåligt bemötande mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utomlands. Bland männen är det dock en större andel bland de utlandsfödda.



Inte fått nödvändig information

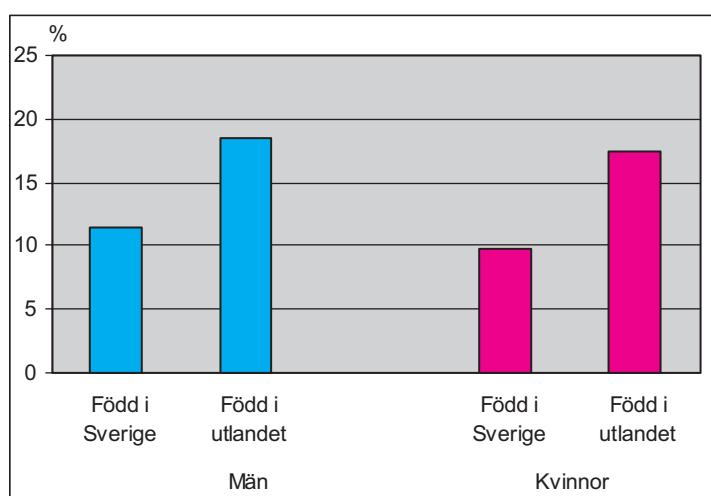
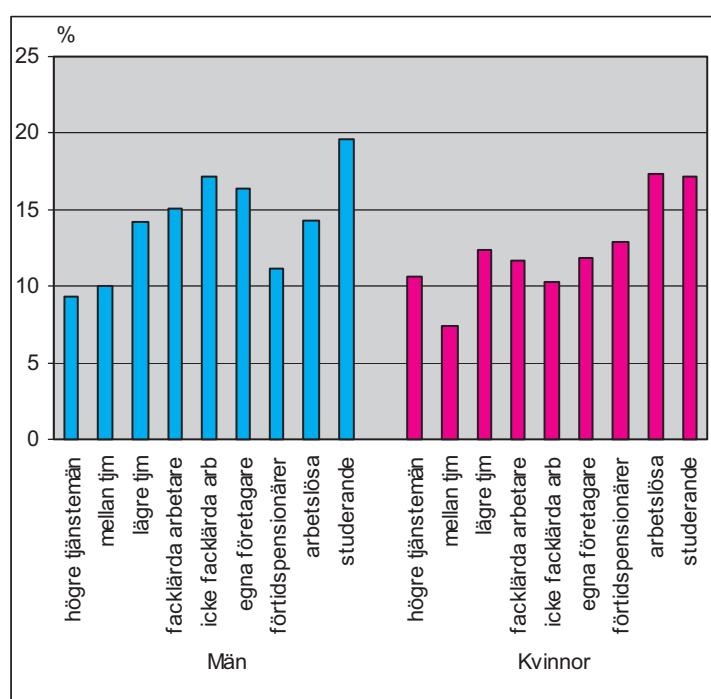
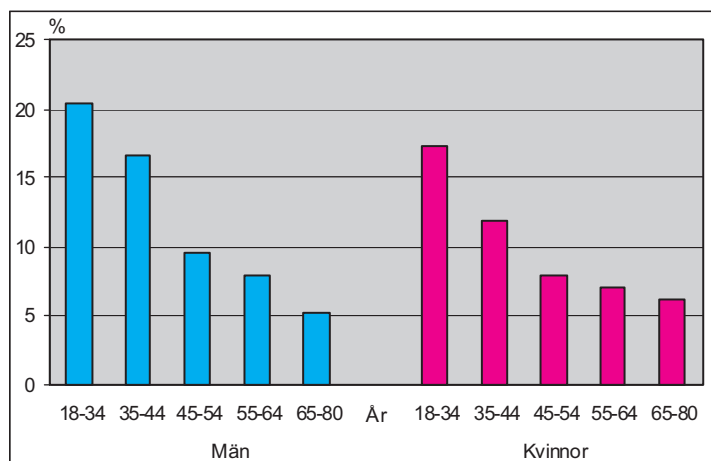
I en enkät (1994) om bl a Malmöbornas attityder till sjukvården i Malmö, där deltagarna fick besvara frågor om sådant man ansåg fungerade bra respektive dåligt inom sjukvården, fann man att brist på information, obesvarade frågor och otillräckliga svar utgjorde en del av det som man ansåg fungerade dåligt.

Av de personer som besvarat Folkhälsoenkät Skåne 2000 är det 13% av männen och 11% av kvinnorna som upplever att de inte fått nödvändig information om tillstånd, undersökning och behandling.

Man finner här en klar åldersgradient så att personer i åldersgruppen 18-34 år oftare anser att man inte fått nödvändig information om tillstånd, undersökning och behandling, 20% bland män och 17% bland kvinnor. Motsvarande andelar i åldersgruppen 65-80 år är 5% respektive 6%.

Bland män ser man även en socioekonomisk gradient så att facklärd- respektive icke facklärd arbetare oftare anser sig ha fått otillräcklig information, 15% respektive 17%, jämfört med tjänstemän på låg, mellan respektive hög nivå, 14%, 10% respektive 9%. Bland kvinnor ser man inget tydligt mönster. Arbetslösa, förtidspensionärer samt studerande uppger relativt höga andelar bland både män och kvinnor.

Såväl män som kvinnor födda utomlands anser sig oftare ha fått otillräcklig information, jämfört med personer födda i Sverige.



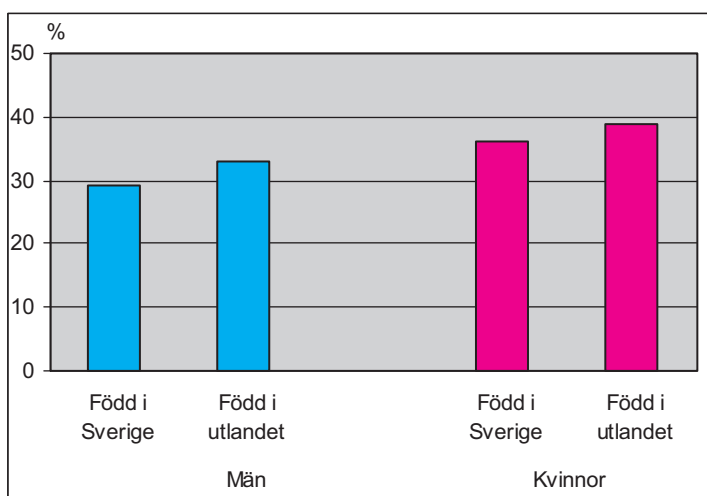
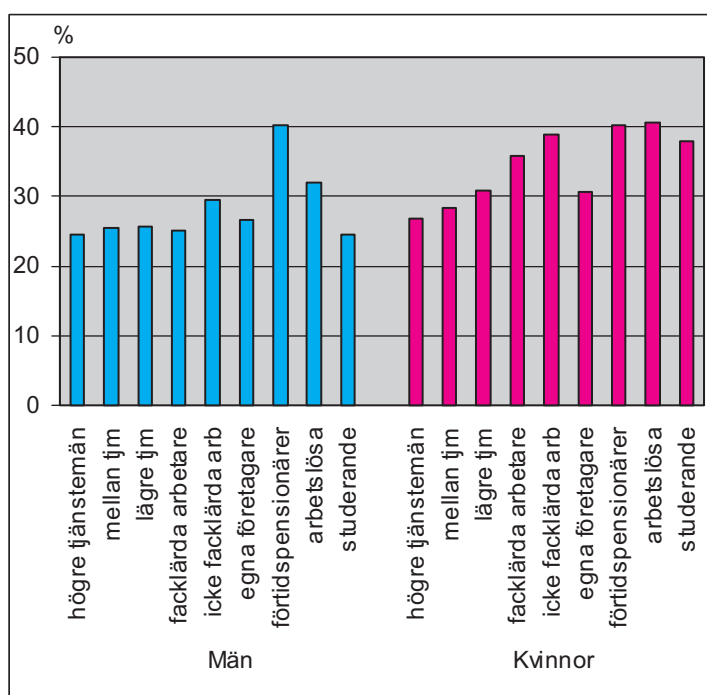
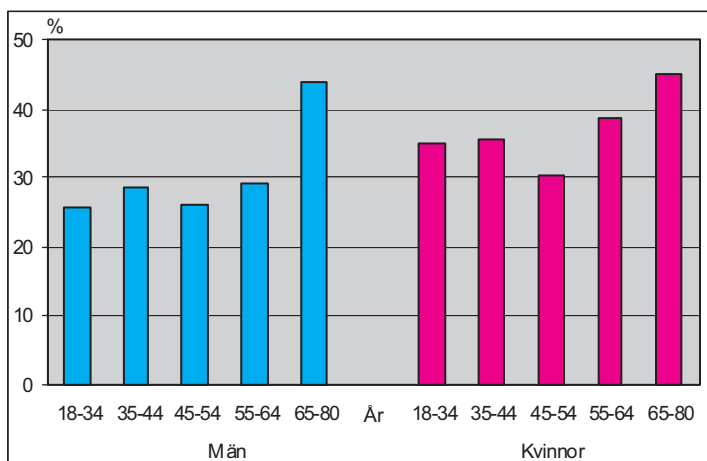
Sökt distriktsläkare senaste året

Under det gångna året hade 30 procent av männen och 37 procent av kvinnorna som svarade på Folkhälsoenkät Skåne 2000 sökt distriktsläkare.

Andelen som sökte distriktsläkare ökar med stigande ålder för både män och kvinnor. Andelen är 35% av kvinnorna och 25% av männen i den yngsta åldersgruppen, medan motsvarande siffror i den äldsta är 45% respektive 44%.

Personer med högre socioekonomisk status, framför allt högre tjänstemän, sökte distriktsläkare i mindre utsträckning än personer med lägre socioekonomisk status. Detta mönster var mest uttalat bland kvinnor.

Personer med utländsk bakgrund sökte i något större utsträckning distriktsläkare än personer födda i Sverige.



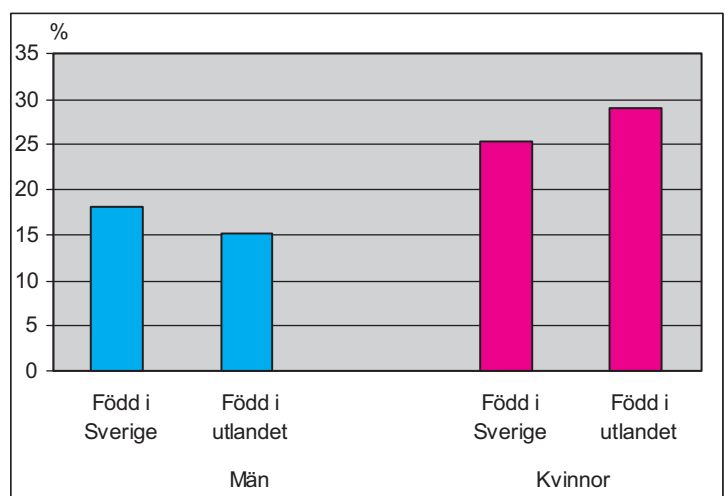
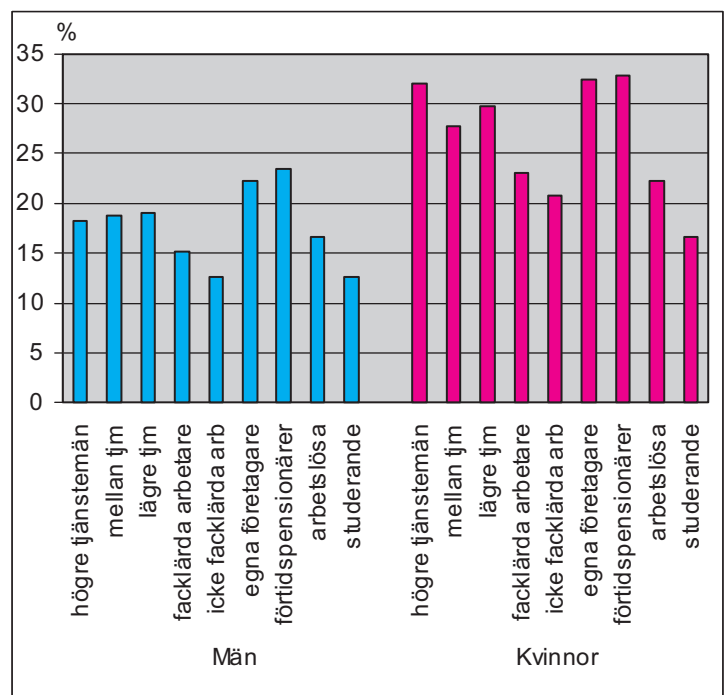
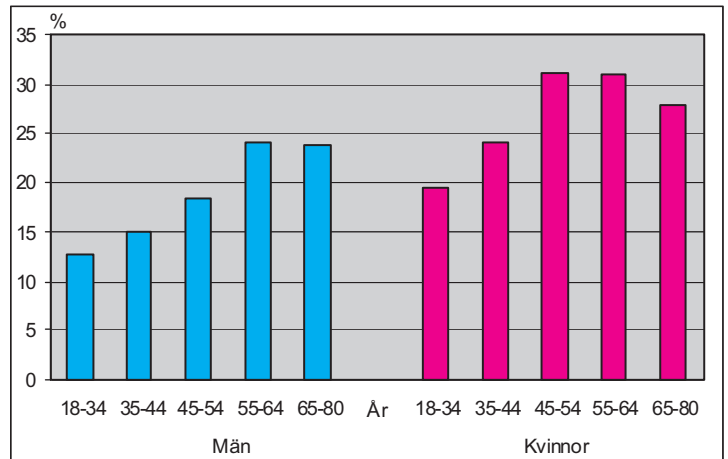
Sökt privatläkare senaste året

Under det gångna året hade 18 procent av männen och 25 procent av kvinnorna i som deltog på i Folhälsoenkät Skåne 2000 sökt privatläkare.

Andelen som sökte privatläkare ökar med stigande ålder för både män och kvinnor (med undantag för kvinnor i åldersgruppen 65-80 år). Andelen är 19% av kvinnorna och 13% av männen i den yngsta åldersgruppen, medan motsvarande siffror är 28% för kvinnorna och 24% för männen i den äldsta åldersgruppen.

Tjänstemän av alla kategorier och egna företagare, men även förtidspensionärer, sökte privatläkare i större utsträckning än facklärd och icke facklärd arbetare.

Personer med utländsk bakgrund sökte privatläkare i ungefär samma utsträckning som personer födda i Sverige.



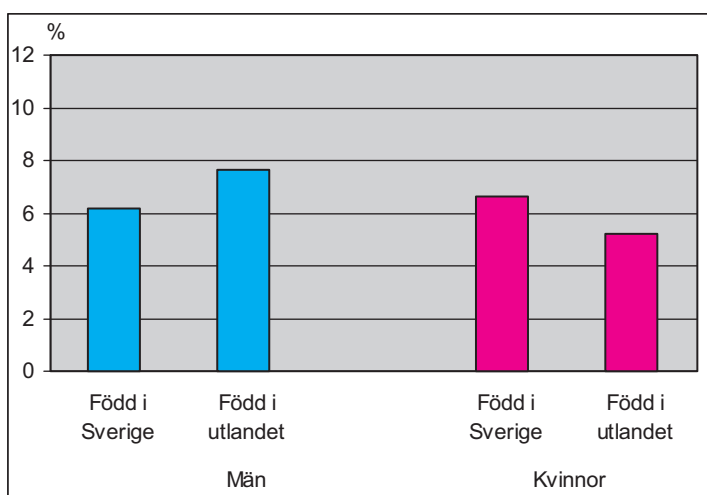
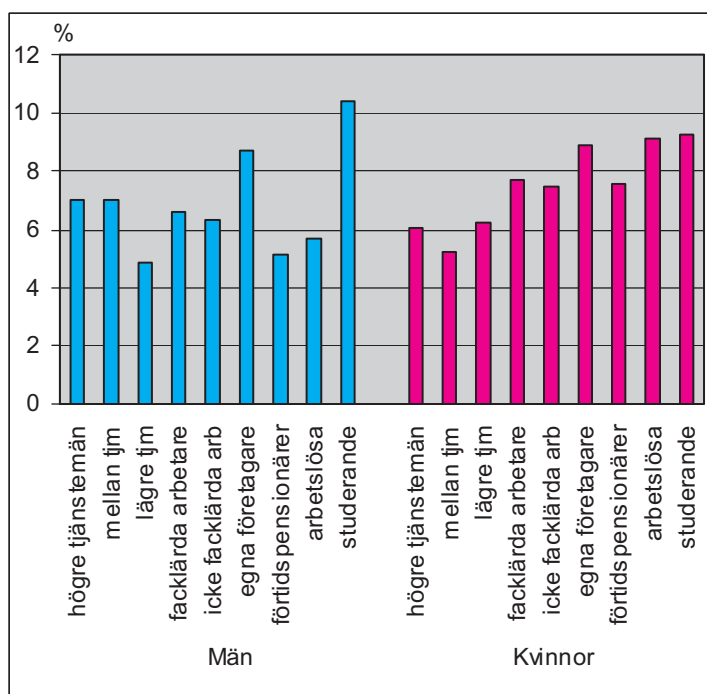
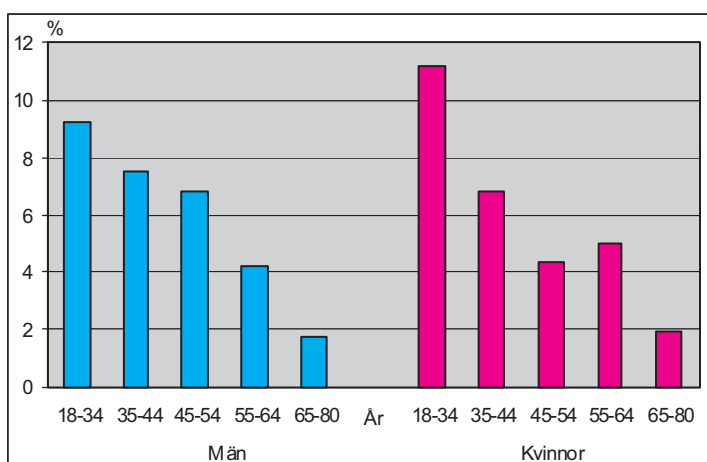
Övervägande negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen

Som sista frågan i enkäten ombads man skatta kvaliteten av sjukvården i hemkommunen. Formuleringen av frågan tillåter inte en uppdelning av svaren på typ av vårdinrättning. Vid bedömningen av kvaliteten vid individens möte med sjukvården spelar säkerligen en rad olika faktorer en roll, exempelvis förväntningar, gemensam referensram, typ av besöksorsak och givetvis en kvalitet i vårdgivarens service i rent objektiv bemärkelse. Här redovisas andelen som angav att de hade övervägande negativ erfarenhet av sina vårdkontakter i hemkommunen.

Andelen med övervägande negativ erfarenhet var 7%, med små skillnader mellan män och kvinnor. Däremot så fanns det bland båda könen en betydande åldersgradient, där de yngre var betydligt mer negativa än de äldre. I gruppen 18-34 år hade 10% övervägande negativ erfarenhet, medan denna andel bara var 2% i gruppen 65-80 år.

Det fanns också skillnader mellan de socioekonomiska grupperna bland kvinnorna, medan dessa skillnader var mindre uttalade bland männen. Bland kvinnorna noterades färre med övervägande negativ erfarenhet bland tjänstemännen, jämfört med övriga grupper.

Vid jämförelsen mellan svenskfödda och utlandsfödda, noterades en något högre andel med övervägande negativa erfarenheter bland de utlandsfödda männen, medan detta mönster var omvänt bland kvinnorna, dvs en större andel med negativa erfarenheter bland de svenskfödda.



Sammanfattande synpunkter

Det är givetvis helt omöjligt att sammanfatta denna typ av faktsäckad rapport och samtidigt göra anspråk på att ge en heltäckande beskrivning av hälsa och hälsorisker i Skåne. Därför har vi valt att i sammanfattningen lyfta fram några observationer som vi uppfattar vara av stor betydelse för det hälsofrämjande arbetet och som rör aktuella teman i medias rapportering av folkhälsofrågor. Vi kommenterar därför här två olika typer av *ohälsa*; psykisk ohälsa och dåligt tandstatus, vidare två typer av *hälsorisker*; fysisk inaktivitet och stress i arbetet, samt resultatet av två frågor i undersökningen som mäter *skåningarnas relation till hälso- och sjukvården*; otillfredsställda vårdbehov och hur nöjd man är med sjukvården i sin hemkommun.

Psykisk ohälsa

För första gången har frågor som mäter psykisk ohälsa varit med i en folkhälsoenkät som vi har ansvarat för. Denna typ av ohälsa har varit föremål för ett kraftigt ökande intresse i media, bl a då antalet sjukskrivningar pga psykiska besvär ökat påtagligt. Särskilt utrymme har ägnats åt en diskussion om olika typer av diagnoser, t ex "utbrändhet", "utmattningsdepression", etc. När det gäller sk tunga psykiska sjukdomar som kräver slutenvård, så finns det möjlighet att följa trender via olika register sedan lång tid tillbaka. Dessa möjligheter saknas då det gäller mer ospecifika typer av psykisk ohälsa, som samtidigt är den vanligaste orsaken till vårdkontakter i den vuxna befolkningen. Det finns med andra ord ett stort behov av att följa och analysera utvecklingen över tid då det gäller befolkningens psykiska hälsa, både som underlag för planering av vårdresurser och som underlag för strategiarbetet inom det hälsofrämjande arbetet.

Vi har därför valt ett internationellt väletablerat instrument, GHQ12, för att mäta psykisk ohälsa i befolkningen. I flera studier har man visat att de individer vars psykiska hälsa med detta instrument definieras som nedsatt, har en hög tendens att söka för sina besvär någonstans i vårdssystemet.

Sedan tidigare vet man att denna form av psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män. Vad vi finner i Folkhälsoenkät Skåne 2000 är att det är framförallt de yngre kvinnorna och kvinnorna i yngre medelåldern som uppvisar höga andelar av psykisk ohälsa enligt vår definition. Nästan 30% av kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år uppvisar i vår undersökning en nedsatt psykisk hälsa.

Dåligt tandstatus

Ett annat område som varit omdebatterat är tandhälsan i befolkningen. Detta med anledning av förändringar i tandvårdsförsäkringen som befarats kunna leda till försämrade möjligheter till tandvård i ekonomiskt svaga grupper. Mot denna bakgrund finner vi det intressant att notera att det finns avsevärda skillnader i tandstatus mellan individer i olika socioekonomiska grupper i Folkhälsoenkät Skåne 2000. Vi finner en betydligt högre andel med dåligt tandstatus bland arbetslösa och förtidspensionärer, jämfört med yrkesaktiva. Även bland de yrkesaktiva finns en betydande skillnad mellan högre tjänstemän och arbetare. Med andra ord finns en uttalad social ojämlikhet då det gäller tandhälsan, vilket måste beaktas i de högt prioriterade strävandena mot jämlikhet på hälsans område.

Fysisk inaktivitet

Innevarande år (2001) är ett kampanjår för att minska hälsoriskerna med fysisk inaktivitet. Folkhälsoinstitutet har lanserat kampanjen "Sätt Sverige i rörelse" och en rad aktiviteter i samband med denna kampanj har fått uppmärksamhet i media. Bakgrunden är den snabbt ökande tendensen till en alltmer stillasittande livsstil. Detta leder i sin tur till en ökande andel i befolkningen som är överviktiga eller lider av fetma, vilket i sin tur ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar och åldersdia-

betes. Man har också pekat på det faktum att en betydande andel av de yrkesaktiva svenskarna har så dålig fysisk kondition att de inte orkar med en hel arbetsdag på ett sätt som man skulle kunna förvänta sig, vilket sammantaget leder till ett betydande produktionsbortfall.

I Folkhälsoenkät Skåne 2000 ställdes en fråga som gjorde det möjligt att beräkna andelen i olika befolkningsgrupper som var i stort sett helt fysiskt inaktiva på sin fritid. Denna andel var ungefär 15% bland de svarande. Det något överraskande var att denna andel sjönk med åldern bland männen i undersökningen. Det var alltså en större andel helt fysiskt inaktiva män i åldersgruppen 18-34 år, nästan 20%, jämfört med åldersgruppen 65-80 år där under 10% var helt fysiskt inaktiva. Bland kvinnorna kunde inga skillnader noteras mellan olika åldrar. Detta visar att fysisk inaktivitet är en vanlig hälsorisk i den skånska befolkningen och att det kan vara ett påtagligt ökande problem bland männen.

Stress i arbetet

Många typer av ohälsa har i de senare åren mediadebatt relaterats till en stressfylld arbetssituation. Stress i arbetet brukar i dessa sammanhang ofta mätas som kombinationen av höga krav i arbetet och lågt inflytande över arbetssituationen, vilket ger en sk anspänd arbetssituation. Vi hade i Folkhälsoenkät Skåne 2000 med ett internationellt mycket använt instrument som mäter arbetsrelaterad stress på detta sätt. Det visade sig att ungefär en fjärdedel av alla yrkesaktiva individer i vår undersökning hade en anspänd arbetssituation, men att fördelningen av detta varierade mycket mellan olika grupper av befolkningen. Det fanns betydande skillnader mellan könen, där kvinnorna i betydligt högre utsträckning var utsatta för stress i sitt arbete. Dessutom ökade denna andel med åldern bland kvinnorna, så att den var över 30% bland de kvinnliga yrkesaktiva i åldersgruppen 55-64 år, jämfört med 15% bland männen i samma åldersgrupp. Andelen med en stressfylld arbetssituation var dessutom mycket socialt ojämnt fördelad.

Otillfredsställda vårdbehov

Ett av syftena med Folkhälsoenkät Skåne 2000 är att den ska ge underlag för planeringen av den skånska hälso- och sjukvården. En viktig fråga, både generellt och i ett jämlikhetsperspektiv är förekomsten av otillfredsställda vårdbehov. I vår undersökning mätte vi detta med en fråga som använts i många andra svenska undersökningar och som fångar upp om man någon gång under det senaste året har haft behov av att söka vård för något besvär eller en sjukdom, men av någon anledning avstått från detta.

Det var ungefär 20% av de som deltog i undersökningen som uppgav att de hade otillfredsställda vårdbehov enligt den beskrivna definitionen. Andelen med otillfredsställda vårdbehov var något högre bland de yngre än i de äldre åldersgrupperna, vilket är intressant med tanke på att de stora vårdbehoven finns i den äldsta delen av befolkningen. Det fanns en klar social ojämlighet då det gäller otillfredsställda vårdbehov, då dessa var större bland arbetare än bland tjänstemän och ändå större bland arbetslösa och förtidspensionärer.

Det fanns också en påtaglig skillnad mellan svenskfödda och utlandsfödda i undersökningen i detta avseende, andelen med otillfredsställda vårdbehov var betydligt större bland de utlandsfödda, bland männen drygt 30% och bland kvinnorna nästan 40%.

Hur nöjd man är med sjukvården i sin hemkommun

I enkätens sista fråga kunde deltagarna betygsätta den skånska sjukvården genom att ange om man hade mest positiva eller mest negativa erfarenheter av sjukvården i hemkommunen. Andelen som hade mest negativa erfarenheter var 6%, eller om man vänder på det, 94% gav sjukvården i hemkommunen godkänt i detta avseende. Det fanns dock mycket stora skillnader i denna betygssättning mellan olika grupper i befolkningen. Det var framförallt i de yngsta åldersgrupperna som man hade en hög andel med övervägande negativa erfarenheter. Bland kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år så var denna andel 11%, vilket kan jämföras med andelen i åldersgruppen 65-80 år som var bara 2%. Mönstret var ungefär detsamma bland männen. Däremot var det förhållandevis små sociala skillnader då det gäller andelen med mest negativ erfarenhet av sjukvården i hemkommunen. Det var även små skillnader mellan svenskfödda och utlandsfödda i detta avseende.

Förhoppningen är att dessa observationer ska kunna bli viktiga utgångspunkter i planeringen av den framtida hälso- och sjukvården i Skåne. Då det gäller det hälsofrämjande arbetet så visar informationen såväl på omfattningen av många hälsoproblem och hälsorisker, som på vilka arenor som verkar mest adekvata för ett hälsofrämjande arbete. Denna rapport avser på så sätt vara ytterligare ett steg på vägen mot ett evidensbaserat folkhälsoarbete i Skåne där man satsar på relevanta stödjande miljöer i ett jämlikhetsperspektiv, allt enligt de riktlinjer som fastlagts av Regionfullmäktige.

