

# FOLKHÄLSORAPPORT

## SKÅNE 2020

# Innehåll

<b>Förord</b>	<b>5</b>
Projektgruppens sammansättning	5
<b>1. Sammanfattning</b>	<b>6</b>
Hälsa	6
Levnadsvanor	7
Sociala relationer	7
Trygghet	8
Arbete	8
Miljö och boende	9
Framtidstro	9
<b>2. Bakgrund</b>	<b>10</b>
Skånes befolkning	10
Åldersstruktur	10
Utbildningsnivå	11
Syssetsättning	12
Medellivslängd	13
Sjuklighet	14
Referenser	15
<b>3. Metod och material</b>	<b>16</b>
Urval och svarsfrekvens	16
Datainsamling	17
Bortfallsanalys	18
Felmarginaler och tolkning av skillnader	19
Redovisning av resultat	20
Referenser	21
<b>4. Hälsa</b>	<b>22</b>
Referenser	24
4.1 Självskattad hälsa	25
<i>Självskattad hälsa</i>	25
Referenser	27
4.2 Psykisk ohälsa	27
<i>Nedsatt psykiskt välbefinnande: GHQ-5</i>	28
<i>Lågt psykiskt välbefinnande: SF-36</i>	30
<i>Ängslan, oro eller ångest</i>	32
Stress	34
Sömnbesvär	36
Depression	38
Självmodstankar	40
Självmodsförsök	41
Referenser	42

4.3 Fysiska hälsoproblem	44
<i>Diabetes</i>	44
<i>Astma</i>	46
<i>Allergi</i>	48
<i>Högt blodtryck</i>	50
<i>Rygg- och nacksmärta</i>	52
<i>Huvudvärk och migrän</i>	54
<i>Referenser</i>	55
4.4 Långvarig sjukdom	56
<i>Långvarig sjukdom</i>	56
4.5 Funktionsnedsättning	58
<i>Funktionsnedsättning</i>	58
<i>Referenser</i>	60
4.6 Övervikt och fetma	60
<i>Övervikt</i>	61
<i>Fetma</i>	62
<i>Referenser</i>	64
4.7 Tandhälsa	65
<i>Tandhälsa</i>	65
<i>Referenser</i>	67
4.8 Sjukvård och tandvård	67
<i>Förtroende för sjukvården</i>	67
<i>Otillfredsställda vårdbehov</i>	69
<i>Otillfredsställda tandvårdsbehov</i>	71
<i>Referenser</i>	73
<b>5. Levnadsvanor</b>	<b>74</b>
<i>Referenser</i>	74
5.1 Matvanor	75
<i>Intag av frukt och grönt</i>	75
<i>Referenser</i>	77
5.2 Fysisk aktivitet	78
<i>Fysisk aktivitet</i>	78
<i>Stillasittande</i>	80
<i>Referenser</i>	82
5.3 Rökning och snusning	83
<i>Daglig rökning</i>	83
<i>Daglig snusning</i>	85
<i>E-cigaretter</i>	87
<i>Referenser</i>	88

5.4 Narkotika	90
<i>Cannabis</i>	90
<i>Narkotikaklassade läkemedel</i>	92
<i>Referenser</i>	94
5.5 Alkohol	95
<i>Risikonsumtion av alkohol</i>	95
<i>Referenser</i>	97
5.6 Spelvanor	98
<i>Riskabla spelvanor</i>	98
<i>Referenser</i>	99
5.7 Solvanor	100
<i>Bränt sig i solen</i>	100
<i>Referenser</i>	101
<b>6. Sociala relationer</b>	<b>102</b>
Praktiskt stöd	103
<i>Emotionellt stöd</i>	105
<i>Socialt deltagande</i>	107
<i>Tillit</i>	108
<i>Kränkning</i>	110
<i>Referenser</i>	112
<b>7. Trygghet</b>	<b>115</b>
Rädsla att gå ut ensam	115
Hot om våld	117
Utsatt för fysiskt våld	119
Ekonomisk stress	120
<i>Referenser</i>	122
<b>8. Arbete</b>	<b>123</b>
Sjukfrånvaro	123
Oro att förlora arbetet	125
<i>Referenser</i>	127
<b>9. Miljöhälsa och boende</b>	<b>129</b>
Buller	129
Trångboddhet	131
<i>Referenser</i>	133
<b>10. Framtidstro</b>	<b>134</b>
Framtidstro	134
<i>Referenser</i>	136
<b>11. Slutord</b>	<b>137</b>
<i>Referenser</i>	138
<b>Kontaktuppgifter</b>	<b>140</b>

# Förord

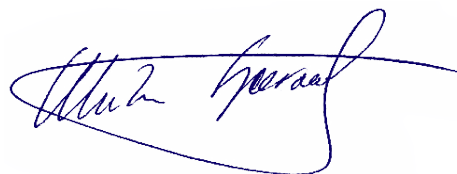
Region Skåne genomför regelbundet folkhälsoenkäter för att kartlägga vuxna skåningars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Enkäten har tidigare genomförts vid fyra tillfällen (år 2000, 2004, 2008 och 2012). Hösten 2019 var det dags igen!

Syftet med folkhälsoenkäten 2019 var bland annat att ta fram aktuell kunskap om vuxna skåningars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa utifrån ett regionalt utvecklingsperspektiv och möjliggöra uppföljningar av tidigare enkäter. Resultaten utgör ett viktigt underlag för politiska beslut och ska användas i Region Skånes strategiska arbete med att uppnå den regionala utvecklingsstrategin ”Det öppna Skåne 2030”. Materialet är också ett viktigt underlag för ett flertal intressenter i Skåne- inte minst de skånska kommunerna.

Var tionde skåning (107 300 personer) i åldern 18-84 år erbjöds att delta i folkhälsoenkäten 2019, vilket gör detta till den största skånska folkhälsoenkäten någonsin! Totalt 42 564 personer tog sig tid att besvara enkäten, vilket motsvarar en viktad svarsfrekvens på 44 %. För detta vill vi rikta ett stort och varmt tack, utan er hade den här rapporten inte varit möjlig.



**Fredrik Sjögren**  
Folkhälsoberedningens ordförande  
Region Skåne



**Ulrika Geeraedts**  
Utvecklingsdirektör  
Region Skåne

## Projektgruppens sammansättning

---

Enheten för samhällsanalys inom Region Skånes avdelning för regional utveckling har haft i uppdrag att projektleda och genomföra Folkhälsoenkät 2019. Projektet har letts av samhällsanalytiker Madeleine Nilsson (jan 2019- sep 2019) och samhällsanalytiker Emma Carlstedt (sep 2019-okt 2020) med kärngruppen Maria Arévalo Lazo (folkhälsostrateg), Tobias Fagerberg (samhällsanalytiker/statistiker) och Daniel Nilsson (GIS-utvecklare/analytiker). Corey Nicholas Ragosnig har översatt enkäten till engelska. Emma Carlstedt har författat rapporten tillsammans med statistiker Clara Holmberg som också genomfört databearbetning och analyser av materialet. Projektgruppen har fått värdefullt stöd från referenspersoner med bred representation, både kollegor internt inom Region Skåne, och externt från Lunds universitet, Länsstyrelsen Skåne och flera skånska kommuner. Tack samtliga för er tid, engagemang och expertkunskap!



# 1. Sammanfattning

## Hälsa

---

De allra flesta vuxna i Skåne skattade sin hälsa som ”bra” eller ”mycket bra”. Bland män var andelen med bra självskattad hälsa något högre än bland kvinnor. Som väntat fanns en tydlig åldersgradient med högst andel med god självskattad hälsa bland de yngsta och lägst andel bland de äldsta. Skillnader syntes också mellan utbildningsnivåerna, där det var en högre andel som skattade sin hälsa som bra eller mycket bra bland gruppen med eftergymnasial utbildning, jämfört med grupperna med kortare utbildning. Störst skillnad syntes mellan kvinnor med förgymnasial utbildning och män med eftergymnasial utbildning, där andelen skiljde sig med mer än 20 procentenheter.

Nationella studier har visat en försämrad psykisk hälsa bland yngre vuxna. Även i Skåne var det i åldersgruppen yngre vuxna (18-34 år) som man återfann högst andel med psykisk ohälsa. Detta mönster har varit tydligt sedan år 2000, men var tydligare bland kvinnor än bland män. Sedan föregående undersökning år 2012 har andelen yngre män med psykisk ohälsa ökat och nivån av psykisk ohälsa var den högsta som uppmätts bland män i de skånska folkhälsoenkäterna sedan år 2000. Detta mönster avspeglas även i att depressioner, allvarliga självmordstankar samt självmordsförsök var vanligast i den yngsta åldersgruppen.

Sex av tio män och nästan fem av tio kvinnor i Skåne hade övervikt eller fetma. Nivån för bara övervikt har inte förändrats för män sedan föregående undersökning år 2012, däremot har andelen med övervikt ökat för kvinnor. Andel med fetma har ökat för både män och kvinnor. Andel med bara fetma skiljde sig åt mellan utbildningsgrupperna, där en betydligt större andel av grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning hade fetma jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning.

Nästan var tredje skånsk man respektive kvinna uppgav att de upplever otillfredsställda vårdbehov. Det har skett en stor ökning sedan den senaste mätningen 2012 då andelen låg på en femtedel. Andelen minskar med stigande ålder. Det hade även skett en ökning i andelen som har lågt förtroende för sjukvården. Även där minskar andelen med stigande ålder. Störst skillnad i förtroende för sjukvården syntes dock mellan födelseregionerna, där grupperna födda utanför Sverige uppgav i mycket högre grad bristande förtroende än gruppen födda i Sverige.

## Levnadsvanor

---

Levnadsvanor som tobaksrökning, alkoholkonsumtion, matvanor och fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsans utveckling, och skiljde sig avsevärt åt mellan män och kvinnor, olika åldrar, och utbildningsgrupper.

Resultaten från Skånes folkhälsoenkät 2019 visade på både negativa och positiva trender i levnadsvanor jämfört med 2012. Andelen med riskkonsumtion av alkohol har minskat. Störst procentuell minskning syntes i den yngsta åldersgruppen, 18-34 år. Även den totala andelen tobaksanvändare har minskat kraftigt under perioden 2000-2019. Det var framförallt andelen dagligrökare som minskat, där andelen har gått från nästan en femtedel år 2000 till en tiondel i senaste mätningen 2019.

Vad gäller mer negativa trender så syntes en ökad andel med låg konsumtion av frukt och grönt. Här skiljde det sig kraftigt åt mellan män och kvinnor, där männen hade en mycket högre andel med låg konsumtion än kvinnorna. Det fanns även stora skillnader mellan utbildningsgrupperna. Gruppen med eftergymnasial utbildning hade en lägre andel med låg konsumtion än grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning.

Fysisk aktivitet är en viktig påverkbar faktor när det gäller att förebygga sjukdom, både fysisk och psykisk. Andelen som uppnådde den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet 2019 var ca två tredjedelar. Det fanns stora skillnader mellan redovisningsgrupperna, främst relaterat till utbildning och födelseregion.

## Sociala relationer

---

I Skånes folkhälsoenkät 2019 ställdes frågor om bland annat emotionellt stöd, praktiskt stöd, tillit till andra människor, socialt deltagande och kränkning.

Nästan en femtedel av skåningarna ansågs ha lågt socialt deltagande. Andelen varierade kraftigt mellan olika grupper. Det var till exempel mer än fem gånger så stor andel med lågt socialt deltagande i gruppen med förgymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning. Andelen ökade stort med stigande ålder och stora skillnader förekom mellan födelseregionerna. En dryg tiondel i gruppen födda i Sverige ansågs ha lågt socialt deltagande, medan motsvarande i gruppen födda i övriga världen var en dryg tredjedel.

I både frågan om praktiskt stöd och frågan om emotionellt stöd fanns det stora skillnader mellan födelseregionerna, där tydligast skillnader syntes i frågan om praktiskt stöd. I gruppen födda i Sverige var det mindre än en tjugondel som uppgav att de saknade praktiskt stöd, medan motsvarande andel var en femtedel i gruppen födda i övriga världen.

Skåne utmärkte sig vad gäller andel som hade svårt att lita på andra jämfört med riket. I Skånes folkhälsoenkät 2019 var det ungefär en tredjedel som uppgav att det hade svårt att lita på andra. Även här skiljde det sig kraftigt åt mellan olika redovisningsgrupper. Störst skillnad syntes mellan gruppen i åldern 18-34 år där det var nästan hälften som uppgav att de hade svårt att lita på andra, jämfört med runt en tredjedel i de äldre åldersgrupperna. För grupperna födda i Europa utanför Norden samt gruppen födda utanför Europa var andelen nästan hälften, jämfört med en tredjedel i grupperna födda i Sverige och Norden.

## Trygghet

---

I Skånes folkhälsoenkät 2019 ställdes även frågor kopplade till upplevd trygghet. Bland annat fick respondenterna svara på frågor om de upplevt hot om våld, blivit utsatta för fysiskt våld, upplevt rädsla för att gå ut ensamma samt även en fråga om ekonomisk trygghet.

Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensamma skiljde sig kraftigt åt mellan könen, där runt hälften av kvinnor i alla åldersgrupper uppgav att de upplevt rädsla, medan motsvarande andel för männen låg på under en femtedel. I frågan om hot om våld fanns inga tydliga könsskillnader, men däremot fanns det tydliga skillnader mellan åldersgrupperna, där andelen var högst i den yngsta åldersgruppen (18-34 år). Samma trend syntes i frågan om respondenten blivit utsatt för fysiskt våld.

Trygghet kan även inkludera ekonomisk trygghet, och i folkhälsoenkäten ställdes en fråga om svårigheter att klara sina löpande utgifter för mat, hyra och räkningar under det senaste året. Andelen som haft svårt att klara sina löpande utgifter minskade ju äldre åldersgrupp som undersöktes, och låg på strax under en femtedel för gruppen 18-34 år och under en tiondel för grupperna 55-64 år och 65-84 år. Störst andel syntes i gruppen födda utanför Europa, där en fjärdedel uppgav att de haft svårt att klara sina löpande utgifter. Motsvarande andel för gruppen födda i Sverige låg på en tiondel.

## Arbete

---

Tillgång till ett meningsfullt arbete är en viktig grund för en god hälsa. För befolkningen i arbetsför ålder är arbetet ett viktigt sätt att delta i samhället, medan arbetslöshet kan leda till en känsla av utanförskap och försämrad känsla av sammanhang. Osäkra anställningsförhållanden är förenade med en ökad risk för ohälsa, särskilt för dem med dåliga utsikter på arbetsmarknaden.

I Skånes folkhälsoenkät 2019 ställdes frågor om sjukfrånvaro samt upplevd oro att förlora arbete. Frågan om sjukfrånvaro mäter hur stor andel av den yrkesarbetande befolkningen som haft medellånga eller långa sjukfall det senaste året. I mätningen 2019 var det strax under en femtedel som haft långa eller medellånga sjukfall. Det fanns tydliga könsskillnader för alla redovisningsgrupper, där en högre andel kvinnor än män haft långa eller medellånga sjukfall. Skillnader syntes även mellan utbildningsgrupperna, där lägst andel återfanns i gruppen med eftergymnasial utbildning,

I Skåne var det ungefär en tiondel som angav att de känner oro över att förlora arbetet det närmsta året. Störst andel var det bland lågutbildade kvinnor och bland gruppen födda utanför Europa. Det var exempelvis tre gånger så många som känner oro av gruppen födda utanför Europa jämfört med gruppen födda i Sverige.



## Miljö och boende

---

Även den yttre miljön påverkar vår hälsa, så som hur vi bor och hur omgivningen runt vår bostad är. I Skånes folkhälsoenkät 2019 ställdes frågor om boendesituation samt miljön nära bostaden, för att mäta upplevelsen av buller och trångboddhet.

Även upplevelsen av buller nära bostaden skiljde sig stort åt mellan födelseregionerna, där en tiondel i gruppen födda utanför Europa uppgav att de upplevde sömnstörningar på grund av buller nära bostaden. Sett till geografiska skillnader utmärkte sig Malmö som kommunen med högst andel som upplevde sömnstörningar på grund av buller.

Trångboddheten har ökat i Skåne sedan det började mätas i folkhälsoenkäten 2004. Det var störst andel trångbodda i de yngsta åldersgrupperna och bland gruppen födda utanför Europa, där det var en femtedel som kategoriserades som trångbodda 2019.

## Framtidstro

---

Syftet med frågan om framtidstro var att spegla huruvida människor känner optimism eller pessimism inför framtiden. Frågan speglar samhällsutvecklingen som påverkar ekonomiska och sociala levnadsförhållanden, men också personliga erfarenheter och omständigheter som personliga relationer och sjukdomar.

I Skånes folkhälsoenkät 2019 ställdes frågan ”Hur ser du på framtiden för din personliga del?”. Lite mindre än tre fjärdedelar av både männen och kvinnorna rapporterade att de såg ”mycket ljust” eller ”ganska ljust” på framtiden. Det har skett en minskning sedan förra mätningen 2012.

Andelen som såg mycket ljust eller ganska ljust på framtiden varierade med ålder. I åldersgrupperna 18-34 och 35-44 år var det mer än tre fjärdedelar av både män och kvinnor som såg optimistiskt på framtiden jämfört med ungefär två tredjedelar i åldersgruppen 65-84 år. Skillnader syntes även mellan utbildningsgrupperna, där det var en betydligt högre andel som angav att de såg ljust på framtiden i gruppen med eftergymnasial utbildning.



## 2. Bakgrund

### Skånes befolkning

---

Vid årsskiftet 2019/2020 hade Skåne totalt 1 377 827 invånare, vilket motsvarar en ökning med 1,1 procent jämfört mot föregående år. Ökningen ligger på en historiskt hög nivå och enligt prognoser kommer befolkningen att uppnå en och en halv miljon invånare år 2028.

Med undantag för fem stycken, ökade samtliga skånska kommuner sin befolkning under 2019. Den västra delen av Skåne ökar snabbare än den östra. Sett till antal personer har Malmö, Helsingborg och Lund haft störst ökning. Däremot har Burlöv och Svedala haft störst procentuell ökning. Precis som föregående år beror den största delen av Skånes befolkningsökning på ett positivt utrikes flyttnetto, vilket är en konsekvens av den stora mängd människor som sökte asyl i Sverige under hösten 2015.

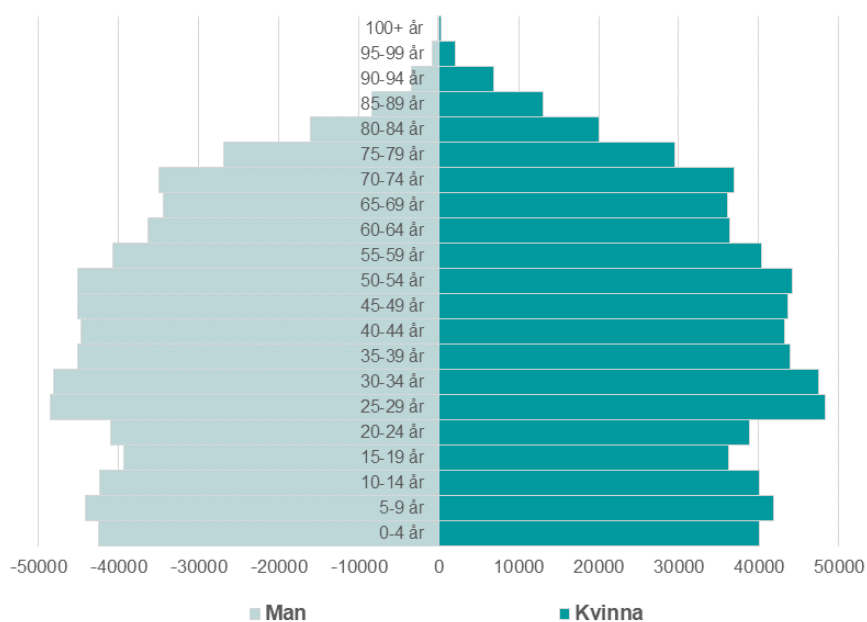
### Åldersstruktur

---

Skåne har en fördelaktig åldersstruktur som till stora delar beror på en hög andel utrikes födda skåningar, vilka har en annan åldersstruktur än skåningar födda i Sverige. Ca 73 procent av de utrikes födda återfinns i åldersspannet 20–64, vilket kan jämföras med 53 procent bland de inrikes födda. Denna struktur ger Skåne väsentligt bättre förutsättningar att klara tillväxt och försörjningsbalans (andelen förvärvsarbete i förhållande till totalbefolkningen). Sju av tio utrikes födda i Skåne bor i de fem kommunerna Malmö, Helsingborg, Lund, Kristianstad och Landskrona, som tillsammans hyser drygt hälften av den totala folkmängden i länet.

Sett till kvinnor och män, är skillnaderna i de olika åldersgrupperna små. Undantag finns dock och det gäller de allra äldsta, där en något högre andel kvinnor återfinns.

## Skånes befolkning fördelat på åldersgrupp och kön, 31 december 2019

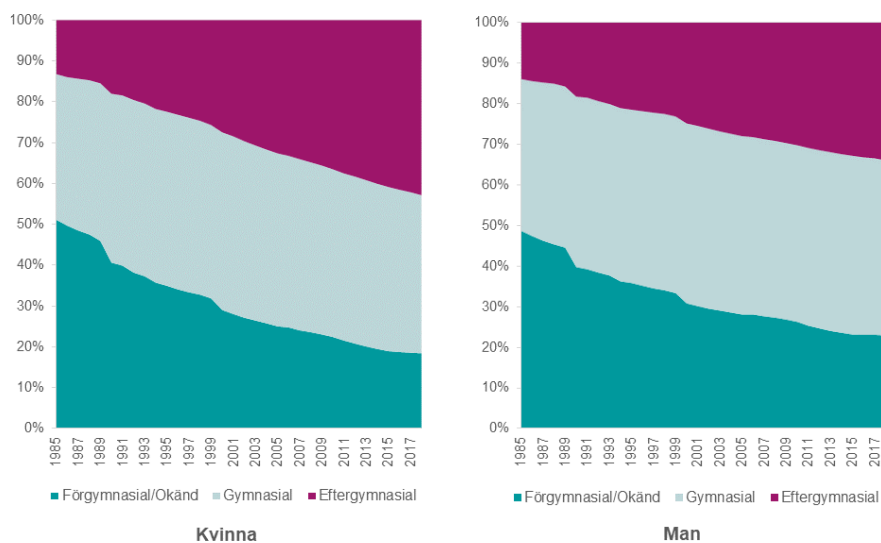


Källa: SCB

## Utbildningsnivå

Utbildningsnivån i Skåne är hög. Med endast Stockholm och Uppsala på en högre nivå, placerar sig Skåne på en tredjeplats i landet avseende andelen invånare i åldern 25-64 år med eftergymnasial utbildning. Däremot förekommer tydliga skillnader inom regionen. Kvinnor har i alla åldersgrupper högre utbildningsnivå än män. Andelen kvinnor i åldersgruppen 25-34 år som har en högskoleutbildning ligger till exempel på 56 procent medan motsvarande andel för män ligger på 42 procent.

### Utbildningsnivå i Skåne 16-74 år fördelat på kön, 1985-2018



Källa: SCB

De kommuner med högst andel invånare med eftergymnasial utbildning är Lund, Lomma, Vellinge och Malmö. Efter det följer flera av kranskommunerna runt Lund och Malmö, såsom Staffanstorps och Kävlinge. Lägst andel invånare med eftergymnasial utbildning återfinns i kommuner i nordvästra Skåne.

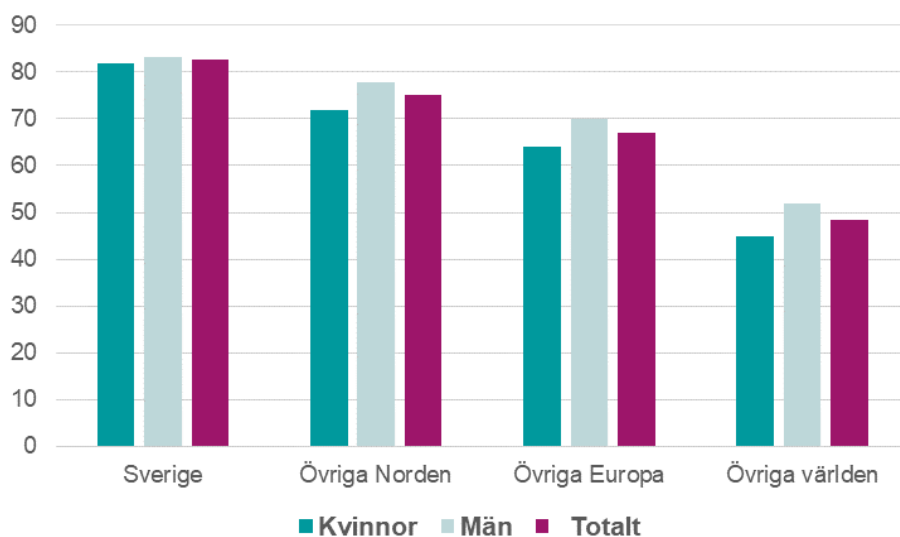
Utbildningsnivån i Skåne skiljer sig även åt beroende på födelseregion. Andel med förgymnasial utbildning som högsta utbildning är högst för gruppen födda i övriga världen (27 %) jämfört med gruppen födda i Sverige (16 %). Skillnaderna är dock mindre när det gäller eftergymnasial utbildning, där andelarna ligger på 36 % för grupperna födda i övriga Europa och övriga världen, jämfört med 40 % för gruppen född i Sverige.

## Sysselsättning

Med en andel på 76,7 procent (inklusive gränspendlare till Danmark) hade Skåne år 2018 den lägsta sysselsättningsgraden i riket jämfört med övriga län. Riksgenomsnittet är 80,1. I Skåne finns dock skillnader i sysselsättningsgrad mellan Skånes fyra delregioner. Lägst är den i sydvästra Skåne med 75,3 procent, medan den högsta återfinns i sydöstra Skåne, med 81,3 procent.

Vidare syns viss variation i sysselsättningsgraden mellan män (78,3 procent) och kvinnor (75,1 procent) i Skåne. Större skillnader återfinns däremot vid jämförelser mellan olika födelseregioner. Till exempel var sysselsättningsgraden i gruppen 20-64 år 83,1 procent för männen respektive 82 procent för kvinnorna bland de med Sverige som födelseland, medan motsvarande siffror för gruppen födda utanför Europa låg på 51,8 respektive 44,8 procent.

### Andel sysselsatta av Skånes befolkning 20-64 år fördelat på födelseland och kön år 2018 (exkl. Öresundspendlingen)



Källa: SCB

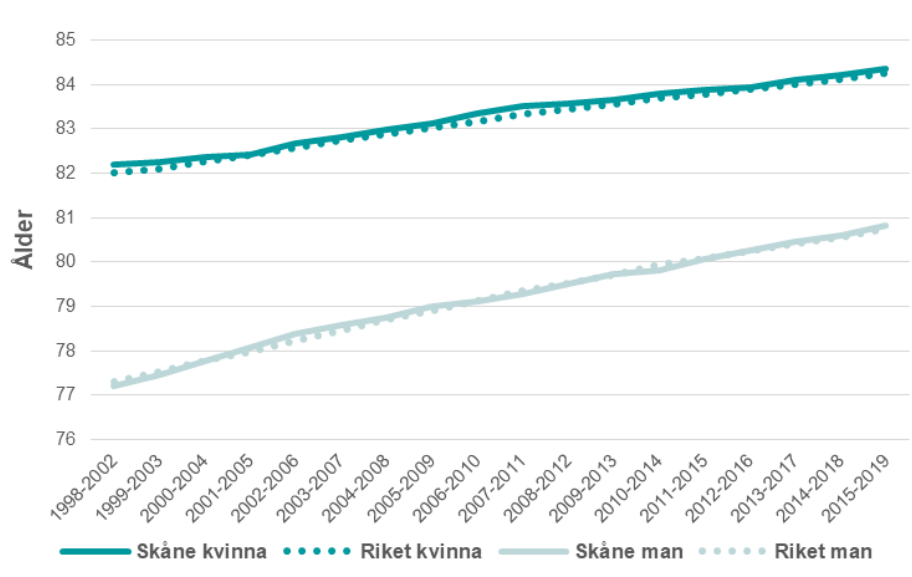
Sysselsättningsgraden varierar också beroende på utbildningsnivå. För personer med gymnasial- eller eftergymnasial utbildning ligger andelen på närmre 80 %, jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning där sysselsättningsgraden ligger på 53 %, Öresundspendlingen ej medräknat.

## Medellivslängd

På tio år har medellivslängden i Skåne ökat med ungefär 1,5 år för kvinnor och 2 år för män och ligger nu på 84,3 år för kvinnor och 80,8 år för män. Medellivslängden i Västra Götaland och Skåne är på ungefär samma nivå, medan Stockholms län ligger på en något högre nivå än riksgenomsnittet.

Dock förekommer skillnader i medellivslängd inom Skåne. Skillnaden i medellivslängd har ökat mellan grupper med kort och lång utbildning under flera år. Högutbildade män har haft bäst utveckling, medan lågutbildade kvinnor har haft sämst utveckling. Den förväntade återstående medellivslängden vid 30 år var 5 år kortare för skånska män och 5,6 år kortare för skånska kvinnor med förgymnasial utbildning jämfört med skånska män och kvinnor med eftergymnasial utbildning år 2019.

### Medellivslängd i Skåne och riket fördelat på kön, 1998–2019



Källa: SCB

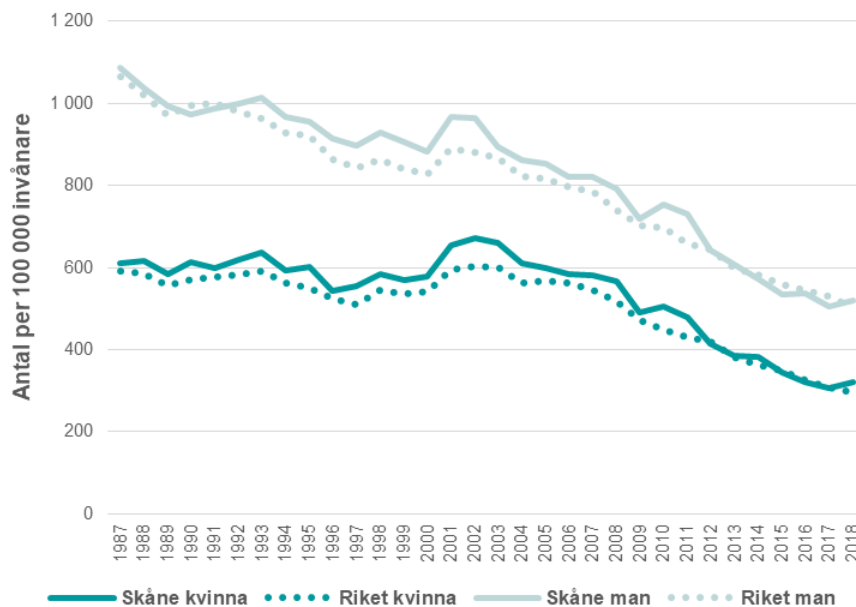
Vidare förekommer skillnader i medellivslängd mellan de skånska kommunerna. För männen återfinns de med högst medellivslängd i Lomma och de med lägst i flera kommuner i nordvästra Skånes inland, medan kvinnorna med högst medellivslängd finns i Vellinge och de med lägst i Bjuv och Bromölla. Beräkningarna är baserade på dödligheten under en femårsperiod (2014-2018), men bör ändå tolkas med försiktighet avseende de mindre kommunerna.

## Sjuklighet

I Sverige idag består folksjukdomarna, det vill säga sjukdomar med hög förekomst i befolkningen, vilka bedöms ha stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd, helt av icke-smittsamma sjukdomar. Till dessa hör till exempel hjärt-kärlsjukdomar, cancer och diabetes (1). Levnadsvanor som tobaksbruk, riskkonsumtion av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet utgör viktiga riskfaktorer för många av våra folksjukdomar. Tillsammans bidrar dessa levnadsvanor till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige (2).

En positiv trend är att incidensen i akut hjärtinfarkt har minskat de senaste decennierna. Däremot förekommer skillnader i såväl insjuknande som dödlighet mellan olika grupper. I både riket och Skåne drabbas män i högre grad än kvinnor och antal fall tilltar med stigande ålder. Enligt nationella siffror varierar även förekomst samt dödlighet i akut hjärtinfarkt baserat på socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, med en högre andel i gruppen med kort utbildning jämfört med gruppen med lång utbildning (3).

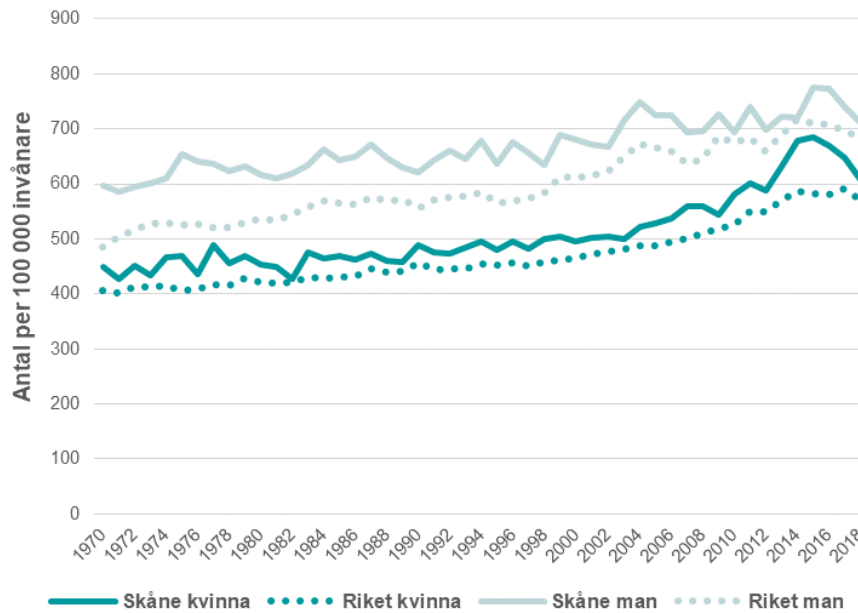
### Incidens akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare fördelat på kön, ålder 30-85+, 1987-2018



Källa: Socialstyrelsen

Liksom för akut hjärtinfarkt, är incidensen i cancer högre bland män än kvinnor, både i Skåne och riket. Skåne ligger dessutom högre än rikssnittet avseende insjuknande i cancer, både för män och kvinnor. Nationell data visar även att äldre i högre grad än yngre insjuknar och avlider till följd av cancer. Dessutom är det en högre andel i gruppen med låg utbildning jämfört med gruppen med hög utbildning som avlider i cancer, även om skillnaderna i insjuknande mellan utbildningsgrupperna är små (4).

## Incidens cancer per 100 000 invånare fördelat på kön, 1970-2018



Källa: Socialstyrelsen

## Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. *Vad är en folksjukdom?* [Internet]. Hämtat 2020-06-25 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/>
2. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning.* Socialstyrelsen, 2018. Artikelnummer: 2018-6-24. Hämtad 2020-06-25 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sha-repoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
3. Socialstyrelsen. *Statistik om hjärtinfarkter 2018* [Internet]. Hämtat 2020-06-25 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/hjartinfarkter/>
4. Andersson, L., Brämhagen, D., Carleson, M., Hansson Bittår, N., Edvardsson, K. & Kenttä, K. *Cancer och ojämlikhet. En rapport om hur grupptillhörighet påverkar risken att insjukna och avlida i cancer.* EY på uppdrag av Cancerfonden, 2015. Hämtad 2020-06-25 från: [https://static-files.cancerfonden.se/180319%20Cancer%20och%20ojamlikhet%20-%20EY%20-%20Rapport\\_1521617434.pdf](https://static-files.cancerfonden.se/180319%20Cancer%20och%20ojamlikhet%20-%20EY%20-%20Rapport_1521617434.pdf)





## 3. Metod och material

### Urval och svarsfrekvens

---

Folkhälsoenkäten 2019 skickades till ett obundet slumpmässigt stratifierat urval av personer mellan 18 och 84 år, från Region Skånes befolkningsregister. Urvalet uppgick till totalt 107 300 personer. Urvalet stratifierades på geografi (utifrån kommun/stadsdelsområden), kön (man/kvinna) samt ålderskategorier (18-29 år, 30-44 år, 45-64 år, 65-84 år). Totalt svarade 42 564 personer på enkäten, exklusive objektbortfall, okända respondenter samt övertäckning. Efter kvalitetsgranskning med hjälp av jämförelse av respondentens angivna ålder och åldern från registerdata plockades 745 svar bort. Den slutgiltiga analysen gjordes på 41 819 personer.

Andelen svarande var högst i åldersgruppen 65-84 år (65 %) och lägst i åldersgruppen 18-34 år (28 %). Kvinnor svarade i högre grad än män (44 % respektive 36 %). Svarsfrekvensen skiljde sig även åt mellan olika utbildningsgrupper, med en högre andel svarande i gruppen med eftergymnasial utbildning än i grupperna med kortare utbildning. Likaså förekom skillnader i svarsfrekvens baserat på födelseregion, med till exempel en svarsfrekvens på 45% i gruppen födda i Sverige, medan andelen i gruppen födda utanför Europa var 23%. Utifrån geografiskt område var svarsfrekvensen högst i Lomma kommun (51 %) och lägst i Bjuv, Burlöv och Perstorp (respektive 34%).

I ett stratifierat urval har individer olika sannolikheter att komma med i urvalet. För att urvalet ska representera populationen räknas en viktad svarsfrekvens ut. Den viktade svarsfrekvensen räknas ut med hjälp av designvikter, som beror på den stratifierade urvalsdesignen. Den viktade svarsfrekvensen i denna undersökning uppgick till 44 %.



	<b>Grupp</b>	<b>Svarsfrekvens</b>
Viktad	Totalt	44 %
Kön	Kvinna	44 %
	Man	36 %
Åldersgrupper	18-34 år	28 %
	35-44 år	37 %
	45-54 år	41 %
	55-64 år	51 %
	65-84 år	66 %
Utbildningsnivå	Förgymnasial	31 %
	Gymnasial	37 %
	Eftergymnasial	49 %
Födelseregion	Sverige	45 %
	Övriga Norden	40 %
	Övriga Europa	28 %
	Övriga världen	23 %

## Datainsamling

Enkäten skickades med post under perioden oktober-december 2019. Det var även möjligt att svara på enkäten digitalt via ett webbformulär, något som tillämpades av 54 % av respondenterna. Enkäten fanns tillgänglig på svenska (pappersformulär och digitalt) och på engelska (digitalt). I den svenska digitala versionen fanns även en skärmuppläsningfunktion. Totalt tre påminnelser gick ut varav två i form av brev där det andra brevet inkluderade enkäten i tryckt format. Den tredje och sista påminnelsen skickades via SMS till de två yngre åldersgrupperna (18-29 och 30-44 år).

Frågorna i folkhälsoenkäten 2019 härstammar från den senaste skånska folkhälsoenkäten (folkhälsoenkäten 2012) samt från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät ”Hälsa på lika villkor” (HLV). Inför folkhälsoenkäten 2019 genomförde projektgruppen med stöd av ett flertal representanter från olika delar av Region Skånes verksamheter, Lunds universitet, Länsstyrelsen i Skåne samt flera skånska kommuner en genomgång av folkhälsoenkäten 2012. Syftet var att se över och aktualisera enkäten för att minska respondentbördan samt öka kvaliteten och svarsfrekvensen på enkätundersökningen. Arbetet

resulterade i en reviderad enkätversion med färre antal frågor än folkhälsoenkäten 2012 och med fler frågor som överensstämmer med de som finns i HLV. Folkhälsoenkäten 2019 består av 69 numrerade frågor (totalt 134 unika frågor) och inkluderar ett brett spektrum av frågor inom hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, trygghet, arbete, miljö och boende samt bakgrundsdata.

Förutom variabler som samlats in via frågeblanketten har ett antal bakgrundsvariabler som inkomst, utbildning, civilstånd, födelseland etcetera påkopplats från SCB:s olika register.

Uppgifterna som respondenterna lämnat samt de påkopplade registervariablerna från SCB skyddas av sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och 7 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641). SCB, Region Skåne och Enkätfabriken omfattas alla av reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

Datansamlingen har genomförts av Enkätfabriken och för mer detaljerad information om enkätens metod och genomförande hänvisas till separat teknisk rapport.

## Bortfallsanalys

---

Vid befolkningsenkäter som den här finns det risk att verkliga förhållanden inte återspeglas till fullo, då det kan förekomma skillnader mellan de som valt att svara och de som valt att inte göra det. För att kunna redovisa resultat för hela populationen måste effekten av bortfallet, omfattningen på potentiella systematiska skillnader mellan svarande och icke-svarande, utvärderas

Bortfallsanalysen tar hjälp av känd information om hela populationen som tillhandahålls av registervariabler från SCB. I Skånes folkhälsoenkät 2019 användes registervariablerna civilstånd, ålder, kön, kommun, utbildning och födelseland som hjälpvariabler. Dessa valdes då de har ett samband med både svarsfrekvensen och viktiga målvariabler i enkäten. Genom att jämföra fördelningen inom hjälpvariablerna för de svarande med fördelningen för hela populationen kan bortfallsskevheten skattas.

Informationen om effekten av bortfallet kan användas tillsammans med designvikterna för att beräkna så kallade kalibreringsvikter. Designvikterna avgörs av urvalsdesignen. Syftet med att beräkna kalibreringsvikterna är att få så bra skattningar som möjligt för redovisningsgrupperna, med andra ord minska skevheten i skattningarna. På så sätt kan säkrare slutsatser dras om populationens hälsoläge utifrån de svar som enkäten gett. Det förekommer dock fortfarande osäkerheter i skattningarna, vilket diskuteras i sektionen ”Felmarginaler och tolkning av skillnader”.

För en mer utförlig beskrivning av kalibreringsmetodiken, se Lundström och Särndal 2001 (1).

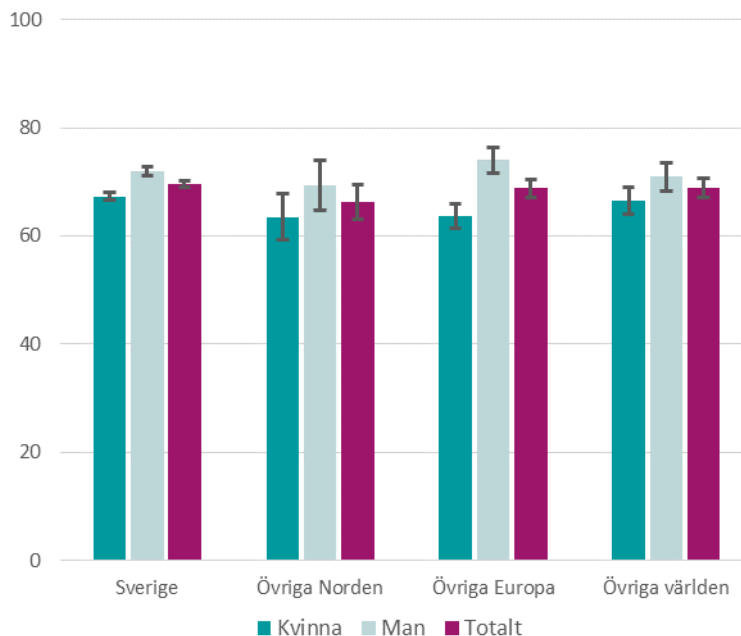
## Felmarginaler och tolkning av skillnader

Då Folkhälsoenkäten är en urvalsundersökning är alla redovisade resultat skattningar av hur det faktiskt ser ut i populationen. Varje skattning innehåller ett visst mått av osäkerhet som behöver tas i beaktning när slutsatser ska dras om hur hälsoläget ser ut i Skåne, och hur det skiljer sig mellan grupper. Det finns olika typer av osäkerhetskällor som uppstår både innan, under och efter själva undersökningen. Dessa kan till stor del hanteras med hjälp av statistiska metoder. I föregående sektion diskuterades hanteringen av bortfall. I den här sektionen diskuteras hur analysmetoder används för att ta hänsyn till osäkerhetsmarginalerna när resultaten tolkas.

I den här grundrapporten redovisas andelarna utan felmarginal i tabellerna, diagrammen och kartorna. Det är dock viktigt att ta i beaktning att andelarna är skattningar och därmed förknippade med en viss osäkerhet. I diagrammet nedan visas ett exempel på hur osäkerhetsmarginalerna ser ut för redovisningsgruppen födelseregion uppdelat på kön för variabeln ”Bra självskattad hälsa”. För kvinnor födda i Sverige är det 67,3 % ( $\pm 0,7$ ) med bra självskattad hälsa. Skattningen ligger alltså någonstans mellan 66,6 % och 68 % räknat på signifikansnivån 95 %. Jämförelsevis ligger skattningen för kvinnor födda i övriga Norden på 63,5 %  $\pm$  (4,3), med andra ord mellan 59,2 % och 67,8 %. Den statistiska felmarginalen är i det här fallet mycket större på grund av ett mindre dataunderlag för kvinnor födda i övriga Norden än kvinnor födda i Sverige.

Varianserna som ligger till grund för felmarginalerna har beräknats med den så kallade Cochran-metoden. För en beskrivning av den se Gatz and Smith 1994 (2).

### Bra självskattad hälsa: visualisering av felmarginaler



I förklaringen av resultaten i rapporten anges om det funnits en statistisk säkerställd skillnad mellan de olika redovisningsgrupperna. Den statistiska analysen har gjorts med hjälp av en logistisk regressionsanalys. En logistisk regressionsanalys skattar om sannolikheten för ett utfall i indikatorn skiljer sig åt mellan redovisningsgrupperna genom att beräkna oddskvoter. Indikatorn, till exempel bra självskattad hälsa, används som beroende variabel och redovisningsgrupperna används som oberoende variabler.

Med hjälp av den logistiska regressionsmodellen är det också möjligt att justera för andra variabler, vilket har gjorts i vissa fall. När slutsatser ska dras om skillnader mellan grupper är det viktigt att säkerställa så att skillnaden relaterar till just den gruppen, och inte beror på något annat. Ett exempel gäller när skillnader i självskattad hälsa mellan olika utbildningsgrupper ska undersökas. Då ska analysen i den mån det är möjligt kunna uttala sig om att skillnaden faktiskt är kopplad till utbildningsnivå, och inte på att exempelvis åldersfördelningen skiljer sig åt inom utbildningsgrupperna. En justerad modell möjliggör det genom att använda olika redovisningsgrupper som kontrollvariabler. Den justerade modellen visar på om skillnaderna kvarstår även vid kontroll av andra redovisningsgrupper.

Samtliga analyser i rapporten är gjorda med hjälp av den statistiska programvaran R.

## Redovisning av resultat

---

Rapporten inkluderar ett urval av de indikatorer som ingår i folkhälsoenkäten 2019 och ger en övergripande bild av hälsoläget i den vuxna befolkningen (18-84 år) i Skåne. I de fall det är möjligt presenteras en tidsserie av resultaten från såväl 2019 och tidigare mättillfällen 2000, 2004, 2008 och 2012. Då enkäten vid den här mätningen genomgått en större revidering är detta dock inte möjligt för ett stort antal indikatorer. För att säkerställa jämförbarhet över tid redovisas tidsserien uppdelat på kön samt totalnivå för åldrarna 18-80 år. Detta då tidigare års enkäter skickats ut till ett urval av skåningar mellan 18-80 år.

Resultaten presenteras också där det är möjligt genom en jämförelse mellan de skånska resultaten och rikssnittet. I dessa fall görs jämförelsen med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" från 2018, som skickades ut till befolkningen 16-84 år. Eftersom HLV använder en annan metod för att skatta andelarnas felmarginaler är jämförelse mot rikssnittet endast deskriptiv, och syftar till att ge en indikation över hur Skånes hälsoläge ser ut i förhållande till rikssnittet.

Då hälsans bestämningsfaktorer i många fall skiljer sig åt mellan grupper, presenteras resultaten även i olika redovisningsgrupper. Ojämligheter i hälsa förekommer mellan flera olika grupper i samhället, men är i denna rapport avgränsade till: åldersgrupper (18-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år samt 65-84 år), utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial samt eftergymnasial), födelseregion (Sverige, Övriga Norden, Övriga Europa samt Övriga Världen/Okänt). För alla grupper redovisas resultaten uppdelat på kön (kvinna och man) samt på totalnivå. För utbildningsnivå redovisas åldrarna 25-84 år. Detta av anledningen att vid 25 års ålder bedöms de flesta ha haft chans att uppnå eftergymnasial utbildningsnivå.

Slutligen redovisas resultaten på totalnivå utifrån geografiska skillnader för Skånes 33 kommuner. För mer ingående resultat på kommunnivå hänvisas till statistikverktyget

QlikView ([länk till QlikView](#)). Precis som för jämförelsen mot rikssnittet visas kommunernas värde endast deskriptivt, och inga statistiska analyser genomförs för att jämföra kommunerna mot varandra. Detta på grund av att kommunernas svarsunderlag varierar vilket innebär en osäkerhet i skattningarna. Osäkerheten är större för de mindre kommunerna vilket måste tas i beaktning vid jämförelse av kommunernas värde. För att göra statistiska jämförelser hade det krävts att flera års medelvärden lades samman för att få ett tillräckligt stort dataunderlag för de mindre kommunerna, något som inte är möjligt då en revidering genomförts som ändrat många av frågorna i enkäten.

Rapporten är indelad i sju kapitel: Hälsa, Levnadsvanor, Sociala relationer, Trygghet, Arbete, Miljö och Boende och till sist Framtidstro. Jämförelse över tid och mot riket presenteras i tabellform. Skattningarna för åldersgrupper, utbildningsnivåer och födelseregioner presenteras i diagramform. I det interaktiva diagrammet är det möjligt att välja om skattningen för kvinna, man och totalt ska visas ihop eller enskilt genom att tända och släcka de knappar som finns under diagrammet. Skattningarna för Skånes kommuner visas i ett kartdiagram. Endast för de indikatorer där andelarna är för små redovisas inte skattningarna på kommunnivå.

## Referenser

---

1. Lundström, S. & Särndal, C-E. *Estimation in the presence of Nonresponse and Frame Imperfections*. Stockholm: Statistics Sweden, 2001. Hämtad 2020-07-09 från: [http://share.scb.se/ov9993/data/publikationer/statistik/\\_publikationer/ov9999\\_2000i02\\_br\\_x97öp0103.pdf](http://share.scb.se/ov9993/data/publikationer/statistik/_publikationer/ov9999_2000i02_br_x97öp0103.pdf)
2. Gatz, D.F. & Smith, L. The standard error of a weighted mean concentration - I. Bootstrapping vs other methods. Great Britain: Atmospheric Environment, Vol 29, No11, 1185-1193, 1994.



## 4. Hälsa

Den mest kända definitionen av hälsa kommer från Världshälsoorganisationens (WHO) konstitution 1948. Där definieras hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaro av sjukdom eller svaghet (1). WHO ville genom definitionen sätta ljus på att hälsoutvecklingen inte enbart är kopplat till faktorer som sjukdomsförebyggande åtgärder och en bättre sjukvård utan att det även finns andra, samhälleliga faktorer som kan ligga bakom såväl utvecklingen av sjukdomar som deras fördelning i befolkningen. På senare år har synen på hälsa utvecklats ytterligare och kan ses som något i rörelse och som en resurs för individ och samhälle (2). Till exempel beskriver Kostenius och Lindqvist (2006) hälsa som ”ett jämviktstillstånd av fysiskt, psykiskt, emotionellt, socialt och andligt välmående, vilket både är en resurs och en förutsättning för mänskligt liv” (3).

Relationen mellan hälsa och ohälsa kan beskrivas genom det så kallade Hälsokorset, vilket är en modell med två axlar, se bild 1 (4,5). Den ena axeln beskriver huruvida man är frisk eller sjuk baserat på medicinskt diagnostiserade sjukdomar, medan den andra axeln beskriver huruvida man mår bra eller dåligt baserat på den subjektiva upplevelsen. Man kan med andra ord uppleva sin hälsa som god trots att man är medicinskt sjuk, på samma sätt som man kan uppleva sig sjuk trots frånvaro av medicinsk diagnos.

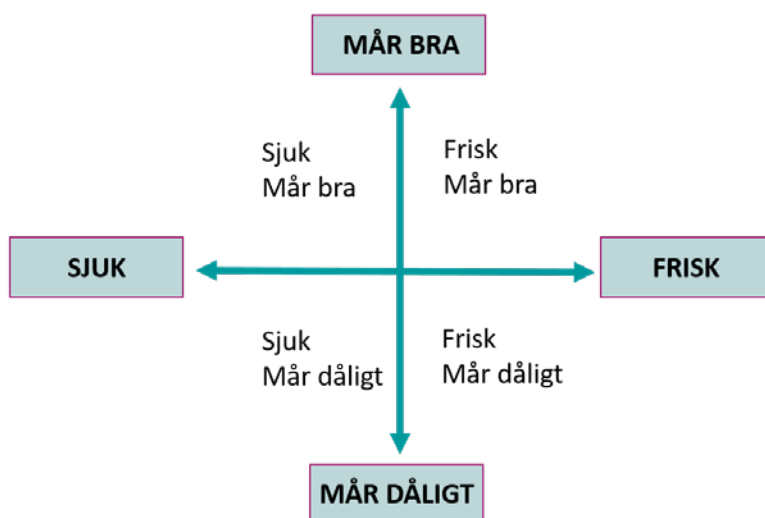


Bild 1. Hälsokorset. Omarbetad bild från Eriksson, 1984 (5).

Det finns många faktorer som påverkar vår hälsa. Dahlgren och Whitehead (1991) lanserade under tidigt 1990-tal en modell som illustrerar ett helhetsperspektiv över hälsans bestämningfaktorer, se bild 2 (6). Hälsans bestämningfaktorer visar på en bredd av aspekter på olika nivåer och genom olika strukturer som spelar roll för vår hälsa. Här återfinns såväl biologiska faktorer som levnadsvanor och sociala relationer, men även faktorer på samhällsnivå, till exempel samhällsekonomi och miljöaspekter. Faktorer som kön, ålder och arv kan vi inte göra något åt, men övriga faktorer är påverkbara. Även om vi själva upplever oss göra egna val gällande exempelvis levnadsvanor, formas dessa val även baserat på den omgivning vi befinner oss i och utifrån våra förutsättningar. Har vi till exempel sämre livsvillkor ökar benägenheten för ohälsosamma levnadsvanor. Detta medför att hälsan skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen. Detta blir särskilt tydligt utifrån ett befolkningsperspektiv. Och folkhälsa avser just befolkningens hälsotillstånd och beskriver således inte enbart sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor, hälsorisker samt skyddsfaktorer för hälsan i befolkningen, utan också de olikheter som råder mellan olika grupper i befolkningen (2).

Att flera av hälsans bestämningfaktorer är påverkbara och att det samtidigt förekommer systematiska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen har fått stor uppmärksamhet. Inriktningen att arbeta för en mer jämlik hälsa lyfts bland annat i det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249), vilket lyder: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” (7). Genom ytterligare fokus på jämlikhet i hälsa har modellen Hälsans bestämningfaktorer med Dahlgren & Whitehead (6) som utgångspunkt vidareutvecklats av flera. Detta har bland annat gjorts av Östgötakommisionen, vilka utöver ytterligare dimensioner av bestämningfaktorerna även inkluderat en bas för att tydliggöra just jämlikhetsperspektivet (8).

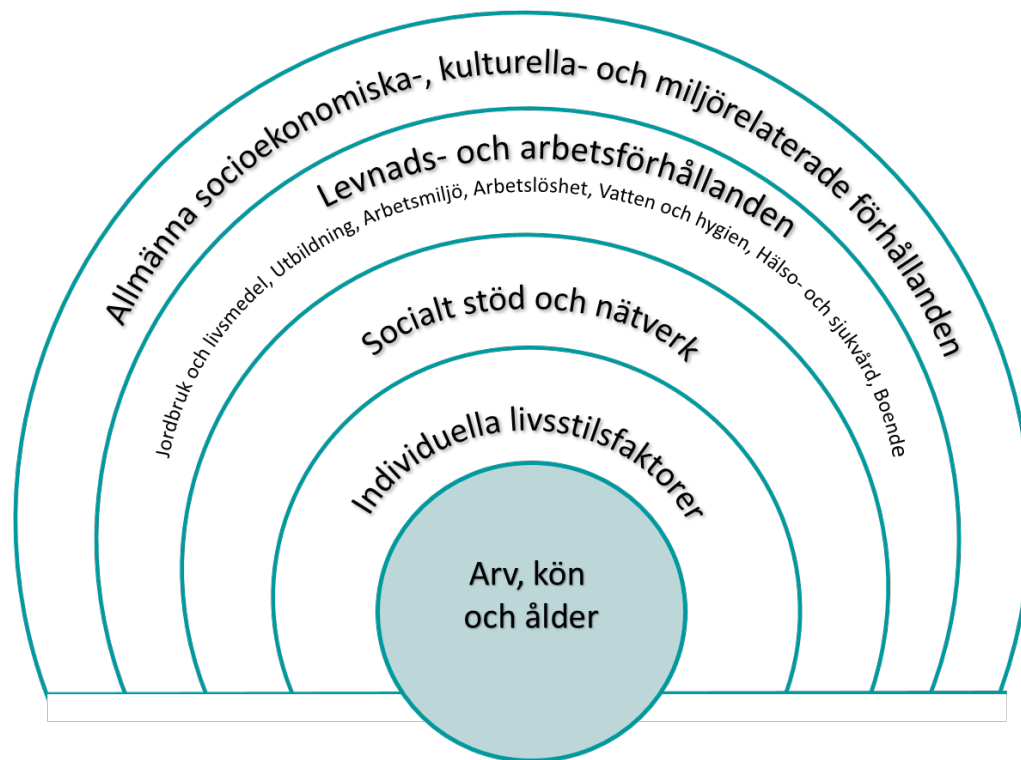


Bild 2. Hälsans bestämningfaktorer. Omarbetad bild från Dahlgren & Whitehead (1991) (6).



## Referenser

---

1. Constitution. New York: WHO, 1948.
2. Pallmer, K. & Wrammer, B. *Grundläggande Folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB, 2007.
3. Kostenius, C. & Lindqvist, A. K. *Hälsövägledning- från tanke till ord och handling*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
4. Medin, J. & Alexandersson K. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur, 2000.
5. Eriksson, K. *Hälsans idé* (2 uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1984.
6. Dahlgren, G. & Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Köpenhamn: World Health Organization (WHO), 1992. Hämtad 2020-06-05 från: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
7. Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa- en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017\\_18\\_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf](https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf)
8. Östgötakommissionen för jämlik hälsa. *Östgötakommissionen för folkhälsa- slutrapport*. Östgötakommissionen för jämlik hälsa, 2014. Hämtad 2020-06-30 från: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/Folkhalsorapport.pdf>



## 4.1 Självskattad hälsa

---

### **SJÄLVSKATTAD HÄLSA**

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd ger en övergripande bild av hur den egna hälsan upplevs såväl fysiskt som psykiskt. Flertalet studier har påvisat samband med denna fråga och människors framtida hälsa, såsom sjuklighet fysisk och psykiskt samt vårdsökande och dödlighet (1). Vi vet sedan tidigare att den självrapporterade allmänna hälsan skiljer sig mellan olika grupper, till exempel mellan kvinnor och män. Dessutom spelar aspekter som socioekonomisk position roll vad gäller självskattad hälsa. Det visar sig till exempel genom en lägre andel med bra självskattade hälsa i gruppen med förgymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (2).

Resultatet från folkhälsoenkäten 2019 visade att den självskattade hälsan (angett som bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd) generellt sett är hög. I folkhälsoenkäten 2019 angav dock en något lägre andel (70,1 % ( $\pm 0,5$ )) bra eller mycket bra självskattat hälsotillstånd jämfört med den senaste mätningen 2012 (74 % ( $\pm 0,7$ )). En högre andel män skattade sin allmänna hälsa som bra jämfört mot kvinnor, 72,6 % ( $\pm 0,7$ ) respektive 67,5 % ( $\pm 0,7$ ). Det gällde generellt för alla redovisningsgrupper. Både kvinnor och män har haft en negativ utveckling avseende procentuell förändring av bra självskattad hälsa sedan mätningen 2012. Förändringen har dock varit mer negativ för kvinnor än för män.

Andelen med bra självskattad hälsa skiljde sig även åt mellan olika åldersgrupper. Yngre hade en högre andel med bra självskattad hälsa, med en stegvis nedåtgående trend som innebär att ju äldre desto lägre andel med bra självskattad hälsa. Andelen med bra självskattad hälsa var till exempel 77,2 % ( $\pm 0,9$ ) i gruppen 18-34 år jämfört med 58,2 % ( $\pm 1,0$ ) i gruppen 65-84 år. Trots att andelen med bra självskattad hälsa procentuellt hade minskat i alla åldersgrupper sedan mätningen år 2012 och att den äldsta gruppen totalt sett hade lägst andel med bra självskattad hälsa, står den yngsta åldersgruppen (18-34 år) för den största procentuella minskningen.

Fördelningen av bra självskattad hälsa skiljde sig även åt mellan olika socioekonomiska grupper baserat på utbildningsnivå. Andelen med bra självskattad hälsa var högst i gruppen med eftergymnasial utbildning (75,7 % ( $\pm 0,7$ )) och följdes därefter av gruppen med gymnasial utbildning (65,7 % ( $\pm 0,8$ )), medan lägst andel återfanns i gruppen med förgymnasial utbildning (58,1 % ( $\pm 1,5$ )). För samtliga grupper var trenden, baserat på procentuell förändring, dock en minskad andel med bra självskattad hälsa sedan mätningen 2012.

Det fanns inga signifikanta skillnader avseende bra självskattad hälsa baserat på olika födelseregioner när analysmodellen kontrollerade för utbildningsnivå. I Skånes kommuner syntes vissa skillnader. Kommunerna med högst andel med bra självskattad hälsa återfanns i västra Skåne.

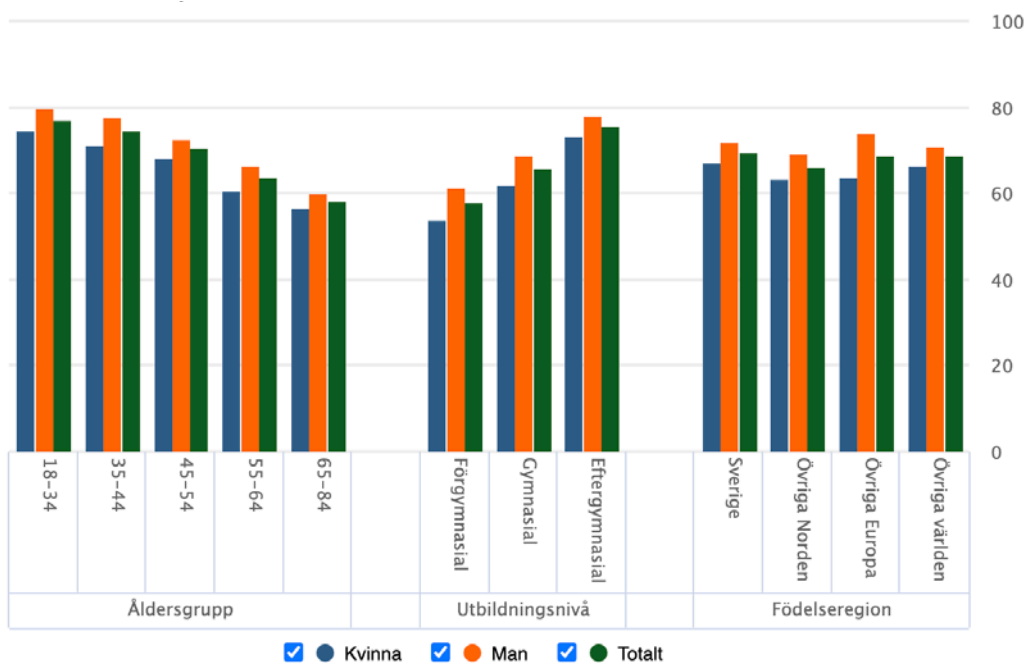
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med bra självskattad hälsa, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	67,4	72,8	70,1
	2004	66,1	70,7	68,4
	2008	70	72,9	71,5
	2012	72,5	75,5	74
	<b>2019</b>	<b>67,5</b>	<b>72,6</b>	<b>70,1</b>
Jämförelse mot riket	Riket	69	74	71
	Skåne	67,5	72,6	70,1
	Skillnad	1,5	1,4	0,9

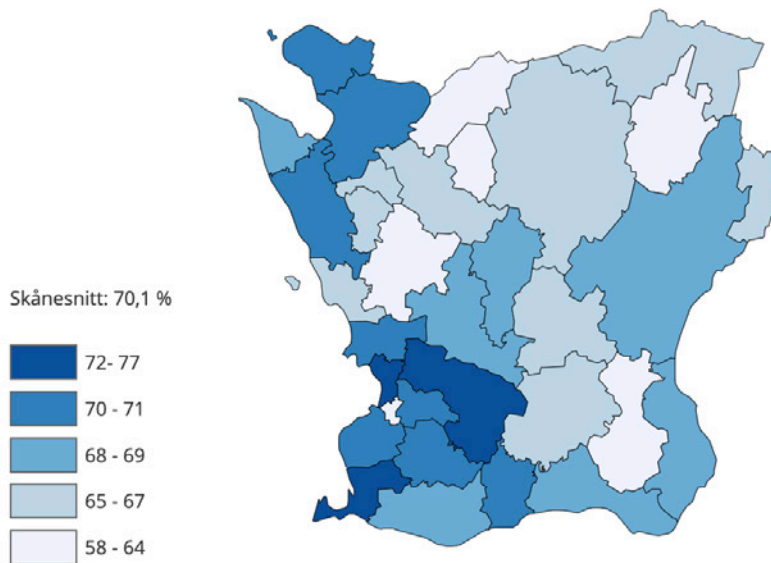
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med bra självskattad hälsa, %



## Geografiska skillnader

Andel med bra självskattad hälsa, %



## REFERENSER

1. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2018. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf> (PDF, 894 kB)
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2020. Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9fd952e9014642249164352cd5a3eb50/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2020.pdf>

## 4.2 Psykisk ohälsa

Det finns flera olika definitioner av psykisk ohälsa, men oftast inkluderar psykisk ohälsa allt från nedsatt psykiskt välbefinnande, såsom oro eller nedstämdhet, till allvarliga psykiska sjukdomar (1). Genetiska faktorer, händelser i livet samt i vilken situation vi befinner oss i, är övergripande aspekter som tros ligga bakom uppkomsten av psykisk ohälsa. Dock behövs ytterligare forskning kring varför man drabbas (2). Dessutom är den psykiska ohälsan ojämnt fördelad i befolkningen. Enligt Folkhälsomyndighetens analyser är de främsta faktorerna till detta kopplat till socioekonomiska aspekter (som inkomst- och utbildningsnivå) samt till diskrimineringsgrundande aspekter (som kön, funktionsnedsättning och sexuell läggning) (3).

Utöver det lidande psykisk ohälsa medför för den enskilde är det även ett folkhälsoproblem med stor samhällspåverkan. Psykiatriska diagnoser är den vanligaste sjukskrivningsorsaken i Sverige och har så varit sedan år 2014. Dessutom innebär den här typen av diagnoser oftare längre sjukskrivningstid jämfört med andra diagnoser (4). I en rapport från Institutet

för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) 2017 görs jämförelser mellan olika sjukdomsgrupper och dess kostnader. Resultaten visar att psykiska sjukdomar är den sjukdomsgrupp med högst totalkostnad (direkta och indirekta kostnader inkluderade), med en andel på 24 % (5).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes flera frågor om psykisk ohälsa. Nedan presenteras olika mått på nedsatt psykiskt välbefinnande samt förekomst av ängslan, oro eller ångest, stress, sömnbesvär, depression, självmordstankar och självmordsförsök.

## **NEDSATT PSYKISKT VÄLBEFINNANDE: GHQ-5**

Ett mått på psykisk ohälsa är nedsatt psykiskt välbefinnande. I folkhälsoenkäten 2019 undersöktes detta med en förkortad version (GHQ-5) av det väletablerade mätinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ) (6). GHQ5 består av fem frågor om hur man känt sig de senaste veckorna. Frågorna handlar om man känt sig olycklig och nedstämd, förlorat tron på sig själv, känt sig spänd, tyckt man varit värdelös samt inte kunnat klara sina problem. Vid jakande svar på minst två frågor bedöms personen ha nedsatt psykiskt välbefinnande.

Resultaten visade att det har skett en förändring i negativ riktning avseende nedsatt psykiskt välbefinnande sedan senaste mätningen 2012. Med andra ord var det en högre andel som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande 2019 än 2012 (19,1 % ( $\pm 0,4$ ) respektive 16 % ( $\pm 0,6$ )). Andelen var högre bland kvinnor än män (22,1 % ( $\pm 0,6$ ) respektive 16 % ( $\pm 0,6$ )), även om den procentuella utvecklingen sedan 2012 var mer negativ för män.

Utifrån åldersgrupper rapporterade den äldsta åldersgruppen 65-84 år den lägsta andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande (9 % ( $\pm 0,6$ )), med en ökad trend ju yngre åldersgrupp som studerades. I åldersgruppen 18-34 år var andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande därmed högst (28 % ( $\pm 0,9$ )) och det var också i den åldersgruppen den högsta procentuella ökningen hade skett sedan den senaste mätningen. Den gruppen med högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande var kvinnor i åldersgruppen 18-34 år (32,7 % ( $\pm 1,2$ )).

Vad gäller nedsatt psykiskt välbefinnande i de olika utbildningsgrupperna kunde inga signifikanta skillnader identifieras. Däremot var det en procentuell ökning i samtliga utbildningsgrupper sedan mätningen 2012.

Vid jämförelser mellan olika födelseregioner visade resultaten att gruppen födda i övriga världen angav högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande. Sett till Skånes kommuner var andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande högst i Malmö, Lund och Burlöv.

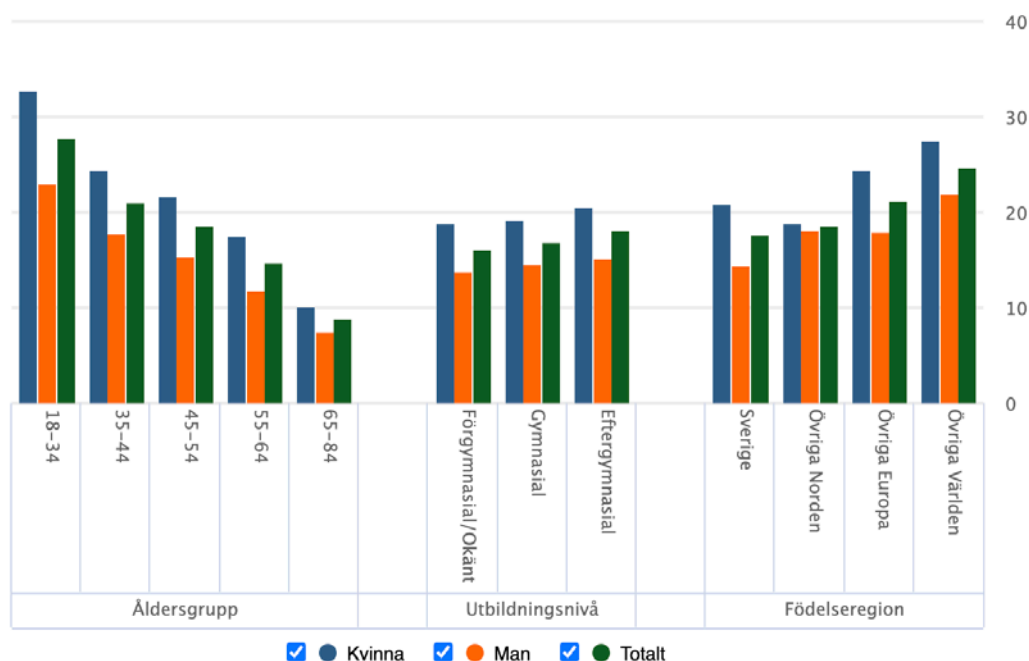
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	18,2	12,6	15,4
	2004	16,7	11,2	13,9
	2008	17,3	12	14,6
	2012	19,2	12,8	16
	<b>2019</b>	<b>22,2</b>	<b>16</b>	<b>19,1</b>
Jämförelse mot riket	Riket	20	14	17
	Skåne	22,2	16	19,1
	Skillnad	2,2	2	2,1

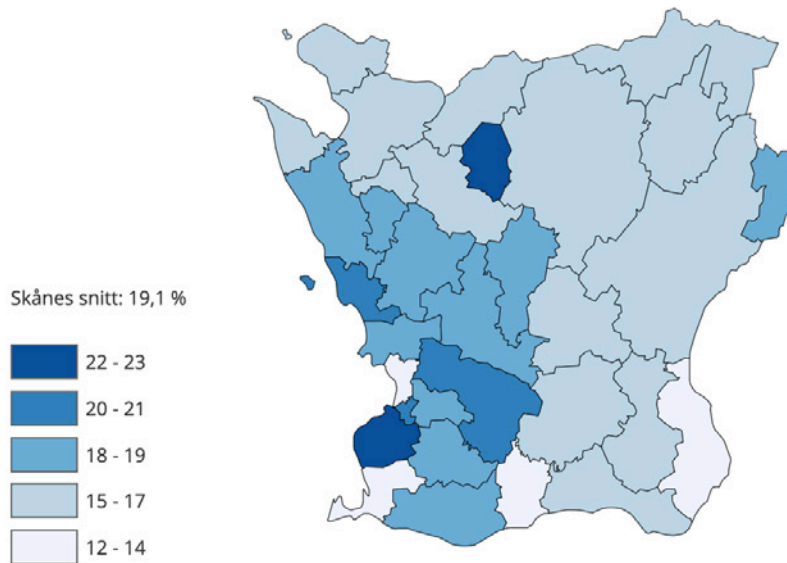
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, %



## Geografiska skillnader

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, %



## LÅGT PSYKISKT VÄLBEFINNANDE: SF-36

Ett annat mått som ingick i folkhälsoenkäten 2019 som avser spegla lågt psykiskt välbefinnande var en del av den svenska versionen av det väletablerade mätinstrumentet Short Form Health Survey (SF-36) (7-9). I folkhälsoenkäten 2019 baserades lågt psykiskt välbefinnande på fem frågor från SF-36, vilka efterfrågar hur stor del av tiden man under de senaste fyra veckorna känt sig nervös, nedstämd, dystert och ledsen, utsliten samt trött.

Resultaten visade på en ökning sedan mätningen 2012 och det var en högre andel bland kvinnor (22 % ( $\pm 0,6$ )) jämfört med män (17 % ( $\pm 0,6$ )) och en nedåtgående trend baserat på ålder. I yngsta åldersgruppen rapporterade 25,1 % ( $\pm 0,9$ ) lågt psykiskt välbefinnande medan motsvarande i gruppen 65-84 år var 13,8 % ( $\pm 0,7$ ).

Till skillnad från GHQ-5 fanns det för detta mått en signifikant skillnad mellan utbildningsgrupperna. Skillnaden visade sig som en nedåtgående trend där gruppen med förgymnasial utbildning hade den högsta andelen med lågt psykiskt välbefinnande (20,7 % ( $\pm 1,3$ )) och gruppen med eftergymnasial utbildning hade lägst andel (17,1 % ( $\pm 0,6$ )).

För detta mått skiljde det sig också något mer baserat på födelseregion jämfört med GHQ-5. För SF-36 var det en högre andel med lågt psykiskt välbefinnande i grupperna födda i övriga Europa och övriga världen jämfört mot grupperna födda i Sverige och övriga Norden.

### Jämförelse över tid och mot riket

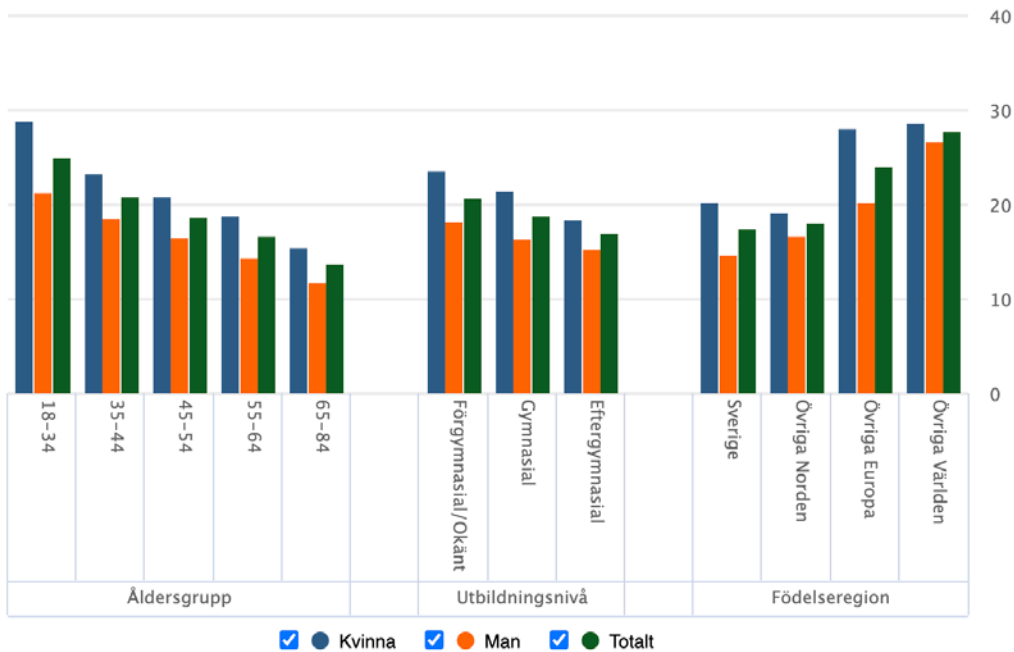
Andel med lågt psykiskt välbefinnande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2004	18	12,8	15,4
	2008	16	12,8	14,4
	2012	17,2	12,6	14,9
	<b>2019</b>	<b>22,1</b>	<b>17</b>	<b>19,6</b>

Går ej att jämföra mot riket

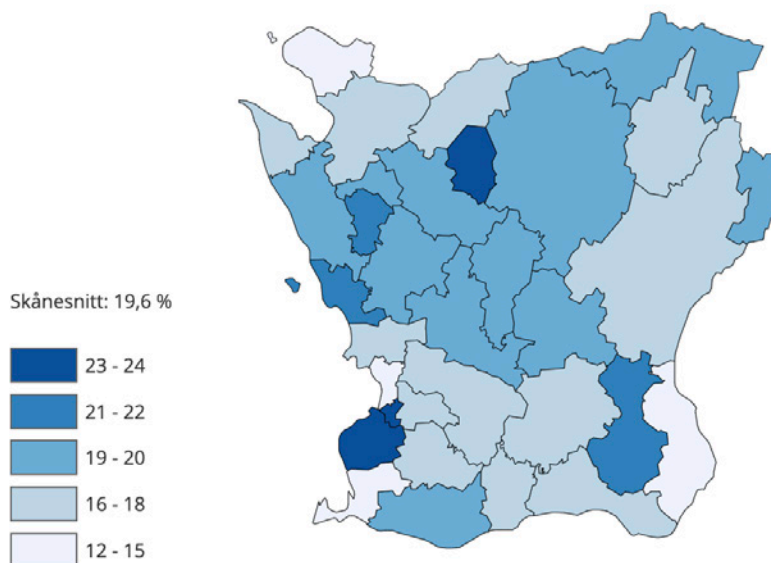
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lågt psykiskt välbefinnande, %



## Geografiska skillnader

Andel med lågt psykiskt välbefinnande, %



## ÄNGSLAN, ORO ELLER ÅNGEST

En annan aspekt av psykisk ohälsa är ängslan, oro och ångest. Närmare två av fem (38,2 % ( $\pm 0,5$ )) rapporterade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i folkhälsoenkäten 2019. I samtliga åldersgrupper rapporterade en högre andel kvinnor denna typ av besvär jämfört mot männen. Totalt sett rapporterade 45,1 % ( $\pm 0,7$ ) av kvinnorna och 31,3 % ( $\pm 0,8$ ) av männen lätta eller svåra besvär. Likaså återfanns skillnader baserat på ålder, med en högre andel bland de yngre åldersgrupperna än de äldre, med en skillnad på 16 procentenheter mellan den yngsta och den äldsta gruppen (47,3 % ( $\pm 1,0$ ) respektive 30,8 % ( $\pm 0,9$ )). Inga signifikanta skillnader återfanns utifrån utbildningsnivå, men vad gäller födelseregion sågs en lägre andel i gruppen födda i övriga Norden jämfört med resterande födelseregioner.

Det fanns även geografiska skillnader i Skåne. De kommuner där störst andel angav besvär av ängslan, oro eller ångest var Lund, Malmö, Burlöv och Landskrona. Lägst andel återfanns i Lomma, Örkelljunga och Båstad.

I resultaten ovan inkluderades såväl lätta som svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Bryter man ut gruppen med svåra besvär är andelen totalt sätt betydligt lägre, 7,4 % ( $\pm 0,3$ ), vilket är i linje med riksnittet på 7 %. I gruppen med svåra besvär dominerar fortfarande kvinnorna och den yngsta åldersgruppen 18-34 år.



### Jämförelse över tid och mot riket

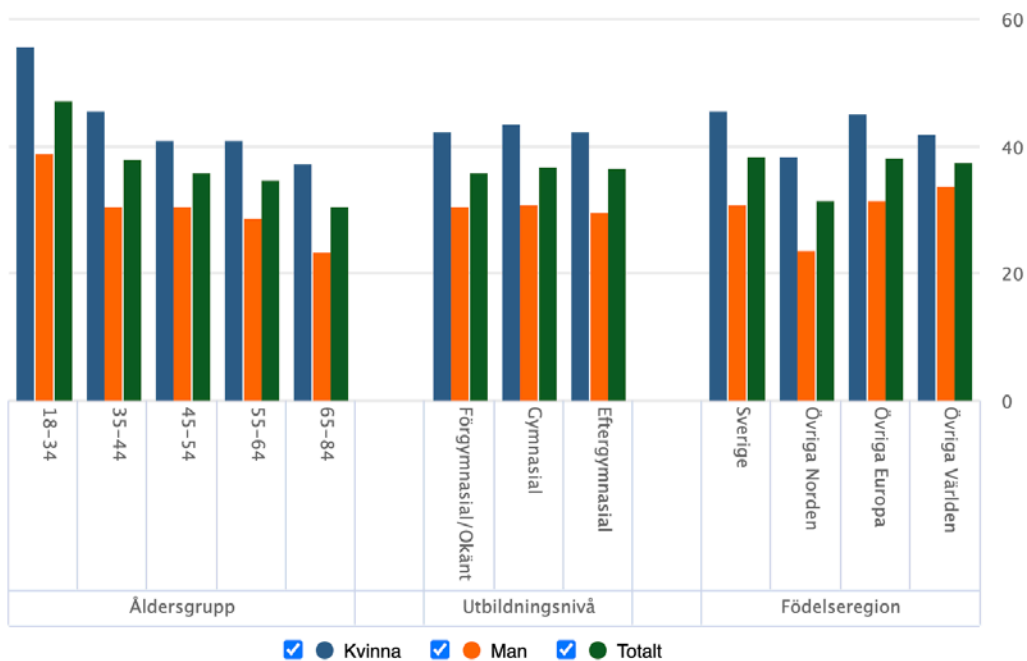
Andel med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	46	32	39
	Skåne	45,1	31,3	38,2
	Skillnad	0,9	0,7	0,8

Går ej att jämföra över tid

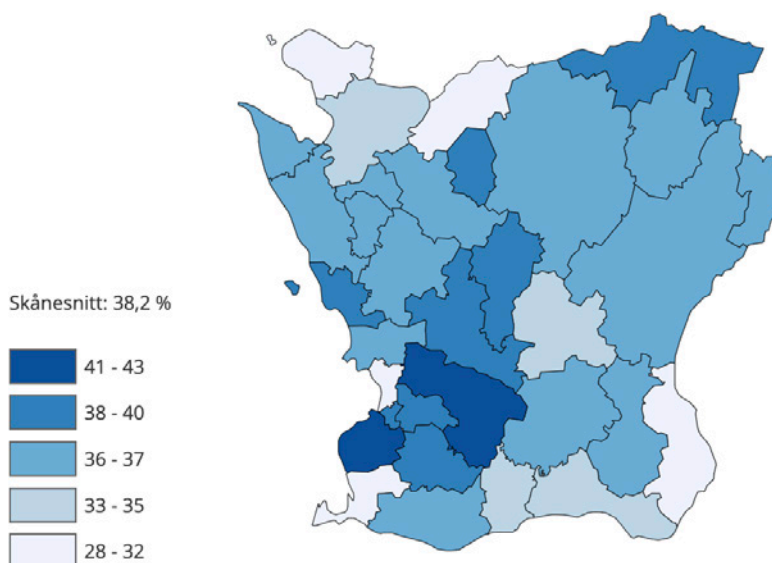
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, %



## Geografiska skillnader

Andel med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, %



## STRESS

Stress i sig är ingen sjukdom, men långvarig stress utan möjlighet till återhämtning har samband med ohälsa i olika former, hjärt- kärlsjukdomar (10), depression (11) och utmattningssymtom (12) för att nämna några.

Nästan var femte (18,1 % ( $\pm 0,4$ )) rapporterade besvär av stress, som i folkhälsoenkäten 2019 inkluderade såväl personer som rapporterat lätta som svåra besvär. Det var en något högre andel än rikssnittet (16 %). Det var en högre andel kvinnor än män (21,8 % ( $\pm 0,6$ ) respektive 14,4 % ( $\pm 0,6$ )) som rapporterade besvär av stress. Vad gäller åldersgrupper sågs en nedåtgående trend, vilket innebär att besvären verkar minska ju äldre man blir. I den yngsta åldersgruppen 18-34 år var andelen med besvär 25,9 % ( $\pm 0,9$ ), medan motsvarande var endast 6,1 % ( $\pm 0,5$ ) i den äldsta gruppen 65-84 år. I alla åldersgrupper var det en högre andel kvinnor än män som uppgav besvär av stress.

Det var en högre andel i gruppen med eftergymnasial utbildning som angav besvär av stress (18,5% ( $\pm 0,6$ )) jämfört med grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning (13,9 % ( $\pm 1,1$ ) respektive 16,3 % ( $\pm 0,7$ )). Skillnader förekom även mellan grupper med olika födelseregioner. Grupperna födda i övriga Europa och övriga världen hade en högre andel (20 % ( $\pm 1,5$ ) respektive 22 % ( $\pm 1,6$ )) än grupperna födda i Sverige eller övriga Norden (17,4 % ( $\pm 0,4$ ) respektive 14,7 % ( $\pm 2,3$ )). För samtliga redovisningsgrupper följde Skåne samma mönster som nationell data.

Vid nedbrytning av stress-indikatorn till att endast inkludera den grupp som angett svåra besvär av stress var den totala andelen 4,8 % ( $\pm 0,2$ ), vilket var i linje med rikssnittet på 4 %. Denna grupp följer i stort resultatet där både lätta och svåra besvär inkluderas. Det innebär således att det är kvinnorna och de yngre åldersgrupperna som dominerar, liksom att det inte återfanns några signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupperna. Dock skiljer sig resultaten för födelsegrupper något åt. Vid svåra besvär återfanns det endast signifikanta skillnader mellan gruppen födda i Sverige och gruppen födda i övriga världen.

### Jämförelse över tid och mot riket

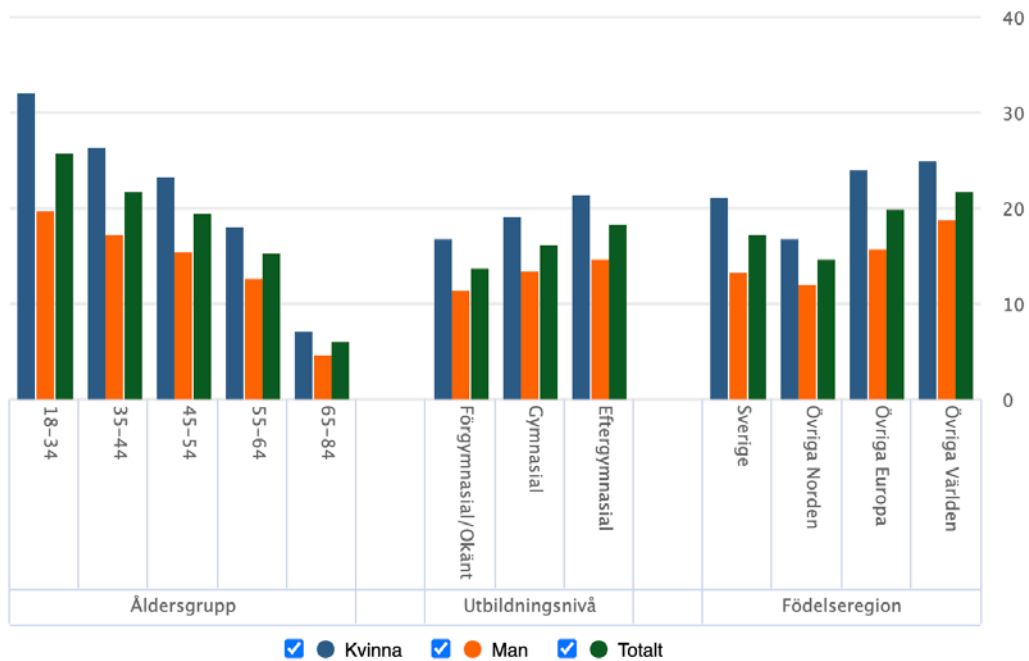
Andel som angett att de för närvarande känner sig ganska eller mycket stressade, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	19	12	16
	Skåne	21,8	14,4	18,1
	Skillnad	2,8	2,4	2,1

Går ej att jämföra över tid

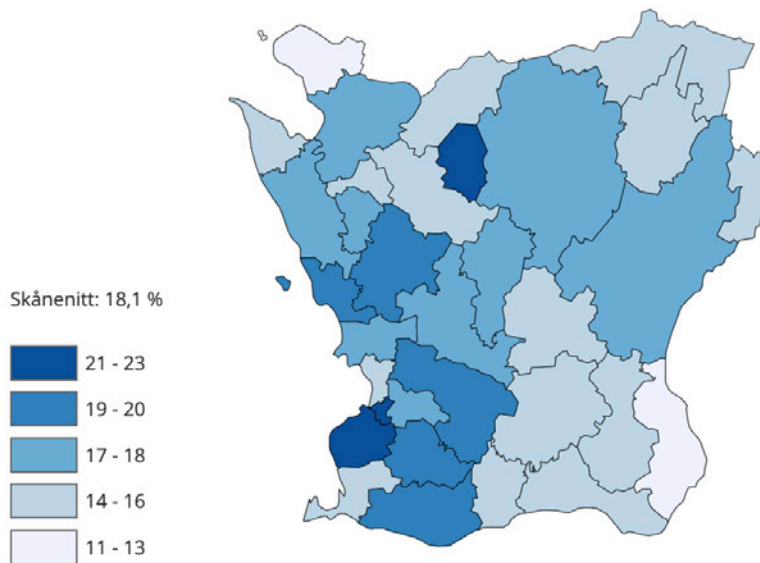
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som angett att de för närvarande känner sig ganska eller mycket stressade, %



## Geografiska skillnader

Andel som angett att de för närvarande känner sig ganska eller mycket stressade, %



## SÖMNBESVÄR

Sömn är livsviktigt för oss människor och vanligtvis behöver en vuxen person mellan sex och nio timmars sömn per dygn (13). Flera studier har påvisat samband mellan sömnsvårigheter och sjukdomar såsom hjärt- kärlsjukdomar, fetma, diabetes och psykisk ohälsa men också ökad dödlighet. Kvinnor rapporterar i regel sömnsvårigheter i högre utsträckning än män. Även äldre personer drabbas i högre grad än yngre. Detta har sin grund i åldersrelaterade fysiologiska förändringar samt på grund av en högre andel med sjukdomar som kan ha en negativ inverkan på sömnen (14,15).

I folkhälsoenkäten 2019 angav mer än två femtedelar (42 % ( $\pm 0,5$ )) sömnsvårigheter i form av antingen lätta eller svåra besvär. Detta var en något högre andel än rikssnittet på 39 %. Totalt sett var det en högre andel kvinnor (47,5 % ( $\pm 0,7$ )) än män (36 % ( $\pm 0,8$ )) som rapporterade sömnbesvär. Detta mönster återfanns i samtliga åldersgrupper. Högst andel med sömnsvårigheter återfanns i grupperna i medelåldern och äldre. Till exempel uppgick andelen med besvär i åldern 55-64 år till 49,3 % ( $\pm 1,3$ ), det vill säga nästan varannan person i det åldersspannet, medan motsvarande andel i den yngsta gruppen (18-34 år) låg på 36 % ( $\pm 1,0$ ).

Grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning angav sömnbesvär i högre utsträckning (45,7 % ( $\pm 1,5$ ) respektive 44,3 % ( $\pm 0,9$ )), jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (39 % ( $\pm 0,8$ )). Det fanns också en skillnad baserat på födelseregion. Gruppen födda i Sverige hade en lägre andel (41,2 % ( $\pm 0,6$ )) än grupperna födda i övriga Europa och övriga världen (respektive 44 % ( $\pm 1,9$ )). Nationell data visar att liksom i Skåne är det framför allt kvinnor samt grupper i medelåldern och äldre som uppger sömnbesvär.

Vid utbrytning av de som angett svåra sömnbesvär var andelen 9,2 % ( $\pm 0,3$ ) och i riket 7 %. Samma mönster framkom som vid inkludering av både de med lätta och svåra besvär, det vill säga att det var vanligare bland kvinnor än män, bland medelålders och äldre jämfört med yngre, bland de med kortare utbildningen jämfört med de med lång utbildning samt bland de födda i utanför Sverige jämfört med de som var födda i Sverige.

### Jämförelse över tid och mot riket

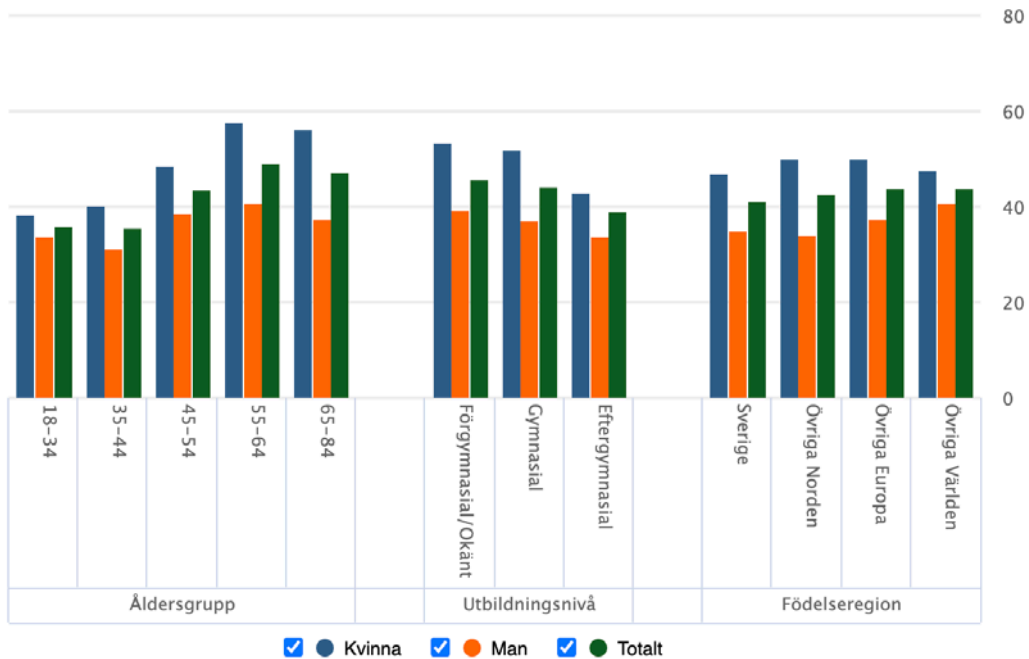
Andel med lätta eller svåra sömnbesvär, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	45	34	39
	Skåne	47,5	36,2	41,9
	Skillnad	2,5	2,2	2,9

Går ej att jämföra över tid

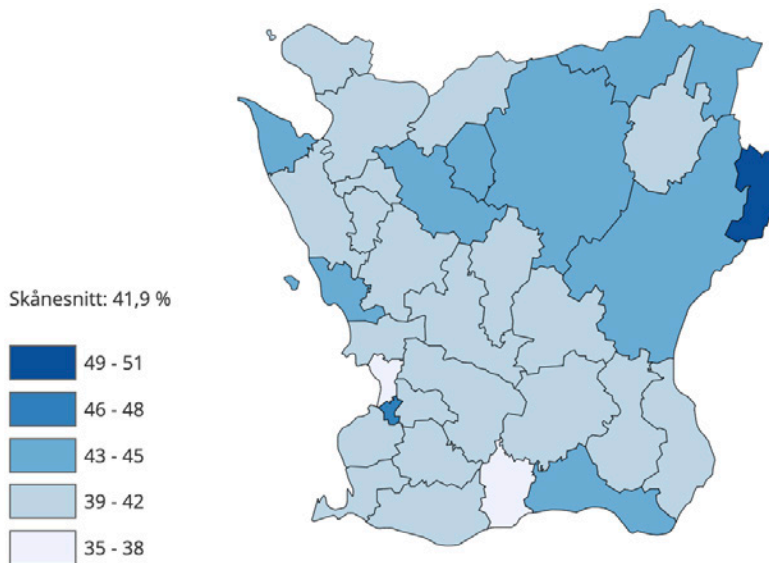
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lätta eller svåra sömnbesvär, %



## Geografiska skillnader

Andel med lätta eller svåra sömnbesvär, %



## DEPRESSION

Depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna i världen och enligt en internationell undersökning som inkluderade 17 länder rapporterade omkring en av tjugo att de haft en depression det senaste året (16). För att en depressionsdiagnos ska ställas ska olika symtomkriterier uppfyllas och symtomen ska ha varit närvarande större delen av tiden under minst två veckor. Risken att drabbas av depression någon gång i livet är högre för kvinnor än män. Medianåldern för insjuknande är 25 år, även om risken att drabbas av depression är särskilt hög bland äldre personer (17).

Totalt rapporterade 3,5 % ( $\pm 0,2$ ) att de fått diagnosen depression av läkare det senaste året. Motsvarande andel för riket ligger på 4 %. Närmare dubbelt så många kvinnor som män rapporterade att de fått en depressionsdiagnos det senaste året (4,5 % ( $\pm 0,3$ ) respektive 2,5 % ( $\pm 0,3$ )). En nedåtgående trend visade sig avseende skillnader mellan olika åldersgrupper, vilket innebär att den yngsta gruppen 18-34 år hade högst andel (4,7 % ( $\pm 0,4$ )) medan den äldsta gruppen 65-84 år hade lägst andel (2,1 % ( $\pm 0,3$ )) som diagnostiserats det senaste året. Det var en något högre andel i gruppen med förgymnasial utbildning (4 % ( $\pm 0,6$ )) jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (3 % ( $\pm 0,3$ )). Inga signifikanta skillnader återfanns baserat på födelseregion.

Ovan beskrivs den grupp som diagnostiserats med depression det senaste året. Om man istället tittar på andelen som fått denna diagnos någon gång, det vill säga där både de som fått den det senaste året och de som fått diagnosen tidigare i livet, låg andelen på 18,8 % ( $\pm 0,4$ ). Detta var i linje med riksnittet på 18 %. Liksom i Skåne visar även resultat på riksnivå att det är betydligt högre andel kvinnor som diagnostiseras med depression jämfört med män.

### Jämförelse över tid och mot riket

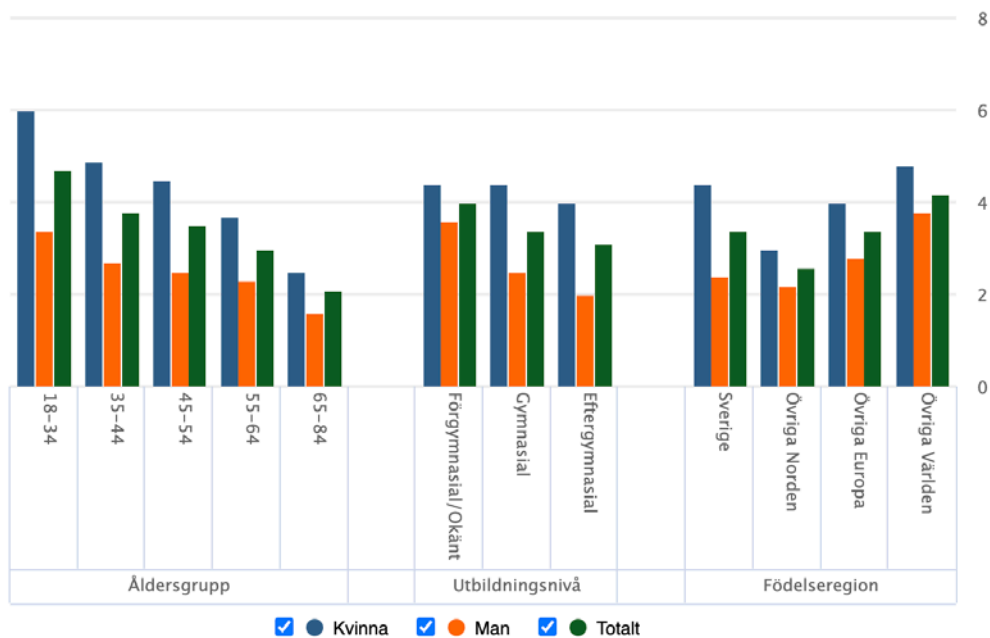
Andel som fått diagnosen depression av läkare det senaste året, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	5	3	4
	Skåne	4,4	2,6	3,5
	Skillnad	0,6	0,4	0,5

Går ej att jämföra över tid

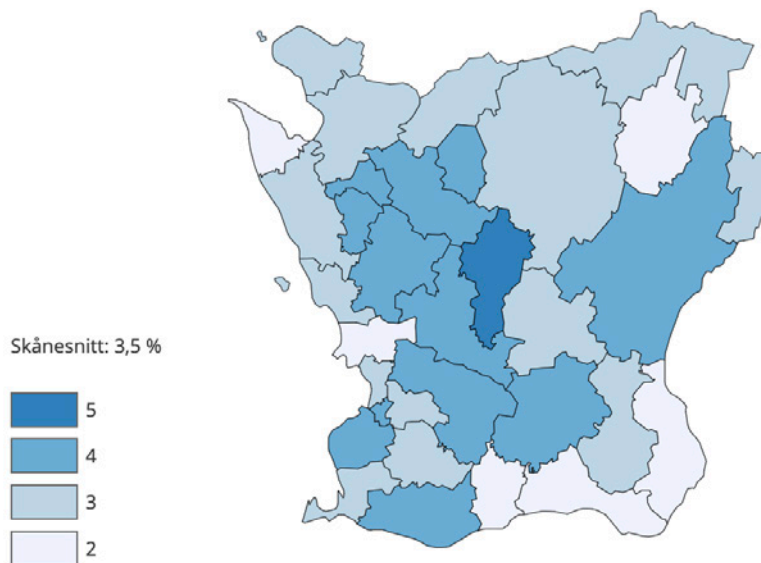
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som fått diagnosen depression av läkare det senaste året, %



## Geografiska skillnader

Andel som fått diagnosen depression av läkare det senaste året, %



## SJÄLVMORDSTANKAR

I Sverige sker omkring 1100 självmord (suicid) per år (6). I Skåne är siffran cirka 200 (18). Självmord är svåra att förutse, även om flera riskfaktorer har identifierats. Bland dessa återfinns bland annat psykisk ohälsa och tidigare självmordsförsök, ekonomiska svårigheter, missbruk, relationsproblematik, genetiska faktorer men också diskriminering och faktorer inom exempelvis hälso- och sjukvårdssystemet (19). En svensk rapport har även visat att den stora majoriteten (95 %) i åldersgruppen 15-44 år haft sjukvårdskontakter inom två år före självmordet ägde rum (20).

Förekomst av självmord skiljer sig åt mellan män och kvinnor både i Sverige och globalt. Nationella siffror från 2018 visar att majoriteten (70 %) av de som avled i självmord var män. Män i åldern 85 år och äldre står för det högsta suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare), men sett till totala antal dödsfall på grund av sjukdom är självmord vanligare bland yngre än äldre. Detta eftersom yngre löper lägre risk att avlida av sjukdomar generellt jämfört med äldre (21).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes två frågor relaterat till självmord; självmordstankar och självmordsförsök. Den första frågan undersökte om man någon gång kommit i den situationen att man allvarligt övervägt att ta sitt liv, nedan benämnt som självmordstankar. Totalt rapporterade 13,2 % ( $\pm 0,4$ ) att de någon gång kommit i en sådan situation.

Avseende den grupp som haft självmordstankar i närtid (under det senaste året) var andelen 3,6 % ( $\pm 0,2$ ). Här återfanns inga skillnader mellan kvinnor och män. Däremot fanns det skillnader baserat på ålder, vilket visade att andelen var högst i den yngsta gruppen 18-34 år (6,5 % ( $\pm 0,5$ )) i en fallande trend med ökad ålder, vilket innebär att andelen var lägst i den äldsta gruppen, 65-84 år (1,5 % ( $\pm 0,2$ )). Det var inga signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupper eller födelse-region.



## Jämförelse över tid och mot riket

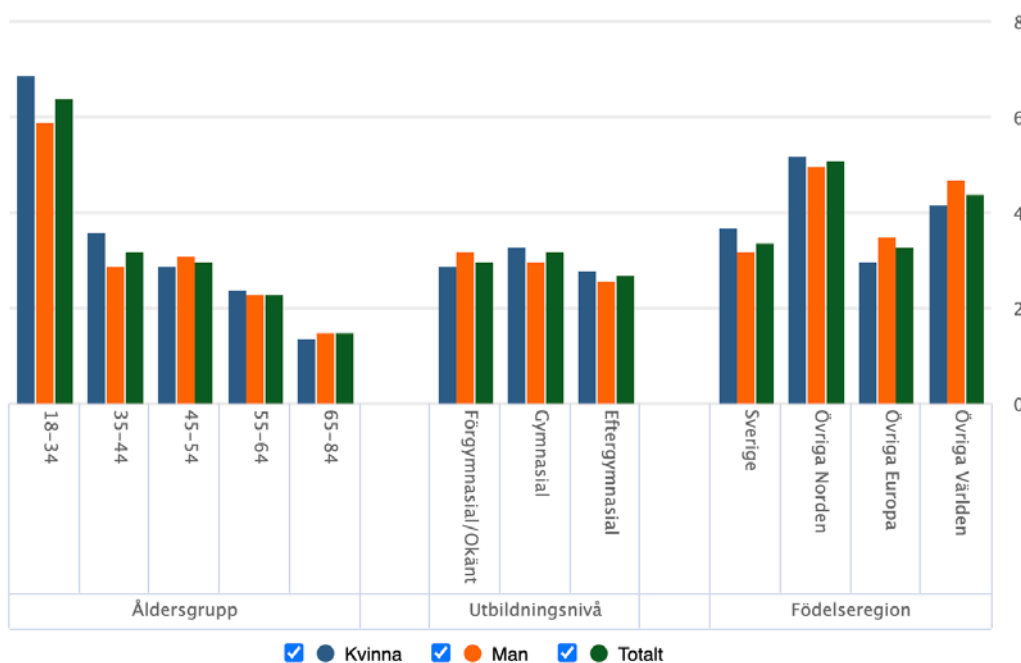
Andel med självmordstankar det senaste året, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	4	3	3
	Skåne	3,7	3,4	3,6
	Skillnad	0,3	0,4	0,6

Går ej att jämföra över tid

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med självmordstankar det senaste året, %



## SJÄLVMORDSFÖRSÖK

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes även en fråga om faktiska självmordsförsök. Totalt 4,3 % ( $\pm 0,2$ ) uppgav att de någon gång i livet hade gjort självmordsförsök.

Vid granskning av den grupp som gjort självmordsförsök det senaste året var andelen totalt sett 0,6 % ( $\pm 0,1$ ). Det var ingen skillnad mellan kvinnor och män totalt sett. Baserat på åldersgrupper var andelen signifikant högre i den yngsta gruppen 18-34 år (1,2 % ( $\pm 0,2$ )) jämfört med övriga åldersgrupper. Skillnader förekom även utifrån olika utbildningsgrupper, med en fallande trend ju längre utbildning man hade. Andelen var således högst i gruppen med förgymnasial utbildning (0,9 % ( $\pm 0,3$ )), följt av gruppen med gymnasial utbildning (0,4 % ( $\pm 0,1$ )) och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning (0,3 % ( $\pm 0,1$ )). Likaså återfanns skillnader mellan olika födelseregioner, där framför allt gruppen född i övriga världen hade en högre andel (2 % ( $\pm 0,5$ )) jämfört med resterande födelseregioner som låg mellan 0,3-0,4 % ( $\pm 0,1-0,4$ ).

## Jämförelse över tid och mot riket

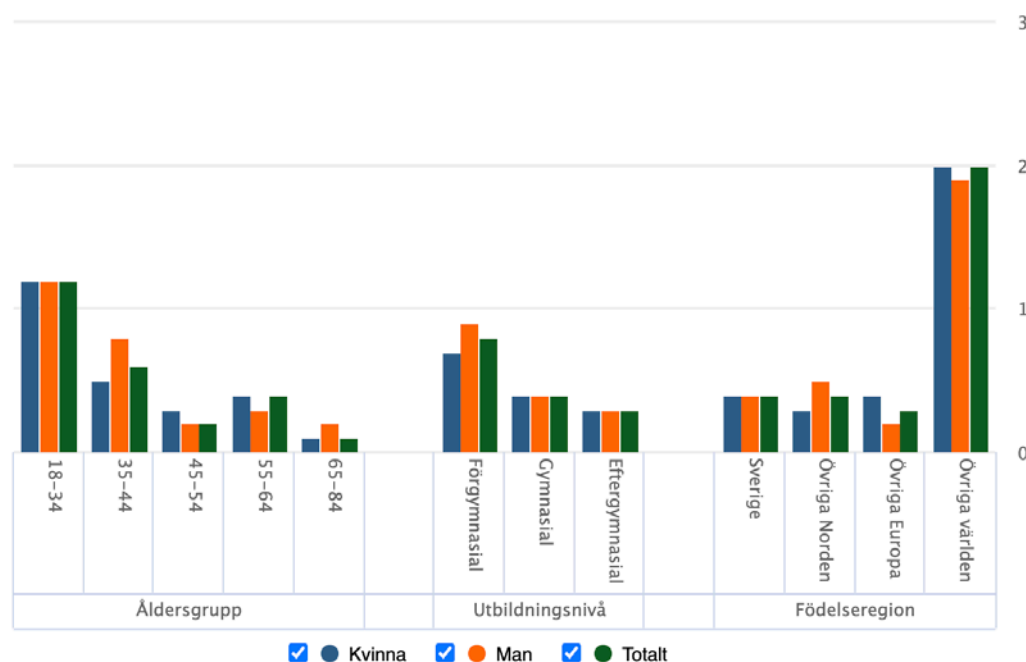
Andel som försökt ta sitt liv det senaste året, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	1	0	0
	Skåne	0,5	0,6	0,6
	Skillnad	0,5	0,6	0,6

Går ej att jämföra över tid

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som försökt ta sitt liv det senaste året, %



## REFERENSER

1. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE). *En kunskapsöversikt. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm: FORTE, 2020. Hämtad 2020-06-01 från: <https://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv-2020.pdf>
2. Sveriges kommuner och regioner (SKR). *Vad är psykisk ohälsa?* [Internet]. Hämtat: 2020-06-01 från: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/omoss/vad-ar-psykisk-halsa-2/>
3. Folkhälsomyndigheten. *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?* Solna: Folkhälsomyndigheten, 2019. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6d-b68e38e372406aab877b4669736eec/ojamlikhet-psykisk-halsa-sverige-kortversion.pdf>

4. Försäkringskassan. *Psykiatriska diagnoser. Lång väg tillbaka till arbete vid sjuk-skrivning*. Försäkringskassan, 2017. Korta analyser 2017:1. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d57be02c-46dc-4079-b68d-760739441f11/korta-analyser-2017-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
5. Hjalte, F., Gralén, K. & Persson, U. *Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017*. Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2019. Rapport 2019:6. Hämtad 2020-06-08 från: [https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019\\_6\\_.pdf](https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019_6_.pdf)
6. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2018. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf>
7. Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, J. E., Jr (1995). The Swedish SF-36 Health Survey--I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1349–1358. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00125-q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00125-q)
8. Persson, L. O., Karlsson, J., Bengtsson, C., Steen, B., & Sullivan, M. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of clinical validity: results from population studies of elderly and women in Gothenburg. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1095–1103. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00101-2](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00101-2)
9. Sullivan, M., & Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1105–1113. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00102-4](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00102-4)
10. Kivimäki, M., & Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature reviews. Cardiology*, 15(4), 215–229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>
11. Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC public health*, 15, 738. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
12. Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*, 17(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
13. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. En systematisk litteraturöversikt*. SBU, 2013. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.sbu.se/contentassets/aaa2cf8e553e4f66a00bf402ed7cf0cc/arbetsmiljo\\_somn\\_2013.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/aaa2cf8e553e4f66a00bf402ed7cf0cc/arbetsmiljo_somn_2013.pdf)
14. Grandner M. A. (2017). Sleep, Health, and Society. *Sleep medicine clinics*, 12(1), 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.012>

15. Läkemedelsboken. Hetta, J. & Schwan, Å. (2017). *Sömnstörningar*. [Internet]. Hämtat 2020-06-03 från <https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/somnstorningar.html>
16. Marcus, M., Yasamy M. T., van Ommeren, M., Chisholm, D. & Saxena S. *Depression A global public health concern*. WHO: Department of mental health and substance abuse, 2012. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.who.int>
17. Internetmedicin. Asp, M. (2019). *Depression hos vuxna*. [Internet]. Hämtat 2020-06-03 från <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=140>
18. Region Skåne. *Handlingsplan för suicidprevention*. [Internet]. Hämtat 2020-06-01 från: <https://www.skane.se/organisation-politik/Vart-uppdrag-inom-halso--och-sjukvard/sa-foljer-vi-upp-halso--och-sjukvarden/handlingsplan-for-suicideprevention/#119137>
19. World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014. Hämtad 2020-06-01 från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
20. Folkhälsomyndigheten. *Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått? Resultat från en studie baserad på retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler*. Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a63816613481476291774b5f596f3271/vilken-sjukvard-unga-unga-vuxna-tagit-sitt-liv-fatt.pdf>
21. Folkhälsomyndigheten. *Statistik om suicid*. [Internet]. Hämtat 2020-06-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>

## 4.3 Fysiska hälsoproblem

---

### DIABETES

Diabetes tillhör en av de stora folksjukdomarna i Sverige och i världen. Vid diabetes kan inte kroppen tillgodogöra sig energin från maten som den ska, vilket leder till en för hög halt av socker i blodet. Diabetes delas i huvudsak upp i två former, typ 1 och typ 2. Diabetes typ 1 uppstår oftast akut hos unga personer, medan diabetes typ 2 istället utvecklas under längre tid och i högre ålder. Diabetes kan leda till flera komplikationer både akut och på lång sikt. Bland annat ger diabetes en ökad risk för hjärt- kärlsjukdomar (1).

I folkhälsoenkäten 2019 uppgav totalt 6,8 % ( $\pm 0,3$ ) att de hade diabetes, vilket var en något högre andel jämfört med mätningen 2012 som låg på 6,1 % ( $\pm 0,4$ ). Det var en högre andel män än kvinnor som uppgav att de hade diabetes (8 % ( $\pm 0,4$ )) respektive 5,7 % ( $\pm 0,4$ )).

Det var en ökning av andel med diabetes för varje steg i åldergruppsindelningen, med en andel på 1,4 % ( $\pm 0,2$ ) i gruppen 18-34 år och 17,8 % ( $\pm 0,8$ ) i den äldsta gruppen 65-84 år.

Tydliga skillnader återfanns även baserat på utbildningsnivå, med mer än fördubbling mellan gruppen med förgymnasial utbildning (15,2 % ( $\pm 1,1$ )) och gruppen med eftergymnasial utbildning (4,6 % ( $\pm 0,3$ )).

Även skillnader baserat på födelseregion förekom, med en lägre andel i gruppen födda i Sverige (6,8 % (± 0,3)) jämfört med alla övriga födelseregioner (8-10 % (± 1,0-2,1)). Den statistiska skillnaden mellan gruppen födda i Sverige och gruppen födda i övriga världen försvann dock vid kontroll av utbildningsnivå. Sett till geografiska skillnader var det en högre andel med diabetes i östra Skåne.

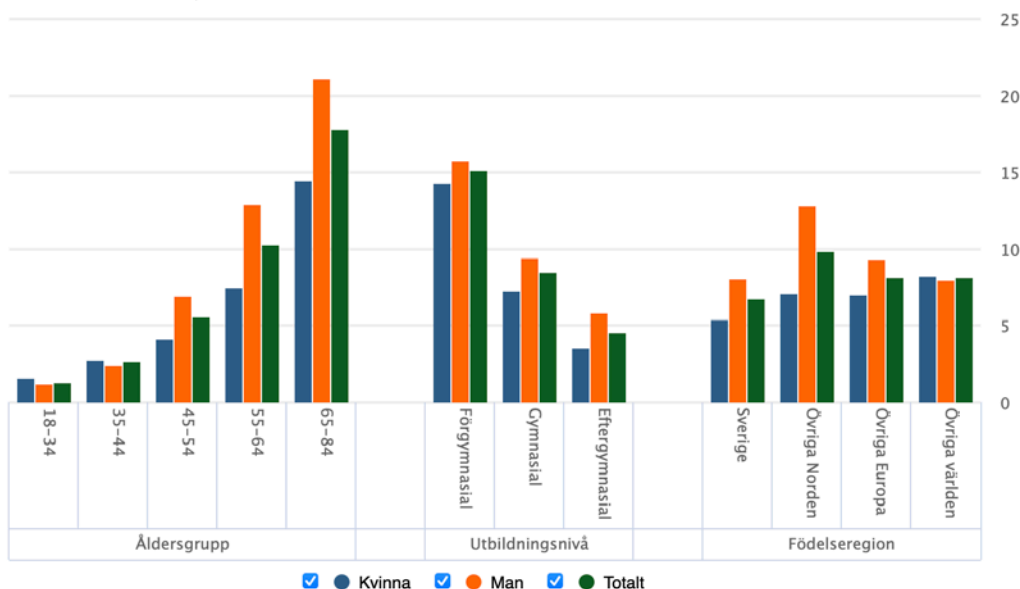
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med diabetes, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	ingen fråga i enkäten		
	2004	4,7	6,6	5,6
	2008	4,3	6,5	5,4
	2012	4,7	7,6	6,1
	<b>2019</b>	<b>5,7</b>	<b>8,0</b>	<b>6,8</b>
Jämförelse mot riket	Riket	5,0	8,0	6
	Skåne	5,7	8,0	6,8
	Skillnad	0,7	0,0	0,8

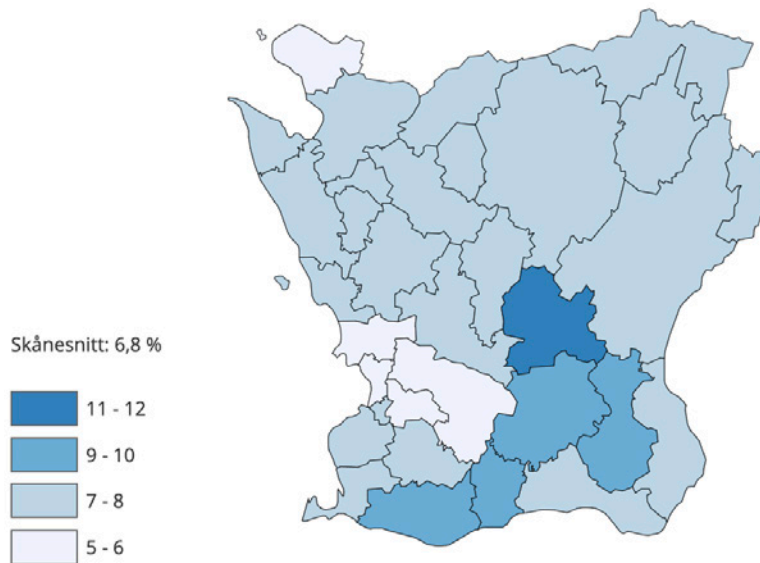
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med diabetes, %



## Geografiska skillnader

Andel med diabetes, %



## ASTMA

Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom, vilken orsakar försämrat luftflöde och kan även ge andnöd. Astma kan debutera i alla åldrar, men vanligast är att insjukna i yngre åldrar. I Sverige beräknas omkring 10 % ha en diagnostiserad astma och allergi är en vanlig orsak till astma (2).

Andel som uppgav att de hade astma var i folkhälsoenkäten 2019 9,8 % ( $\pm 0,3$ ), en andel som legat på ungefär samma nivå sedan 2004.

Det var fler kvinnor än män som rapporterade besvär av astma i alla redovisade åldersgrupper, utbildningsnivåer samt födelseregioner. Det var även en större andel med astma i grupper med förgymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial utbildning (10,6 % ( $\pm 1,0$ ) respektive 9 % ( $\pm 0,5$ )), men skillnaden var liten. Det fanns en statistisk säkerställd skillnad i andel med astma mellan gruppen födda i Sverige (10,3 % ( $\pm 0,3$ )) och grupperna födda utanför Norden (7,3-8,6 % ( $\pm 1,1$ )).

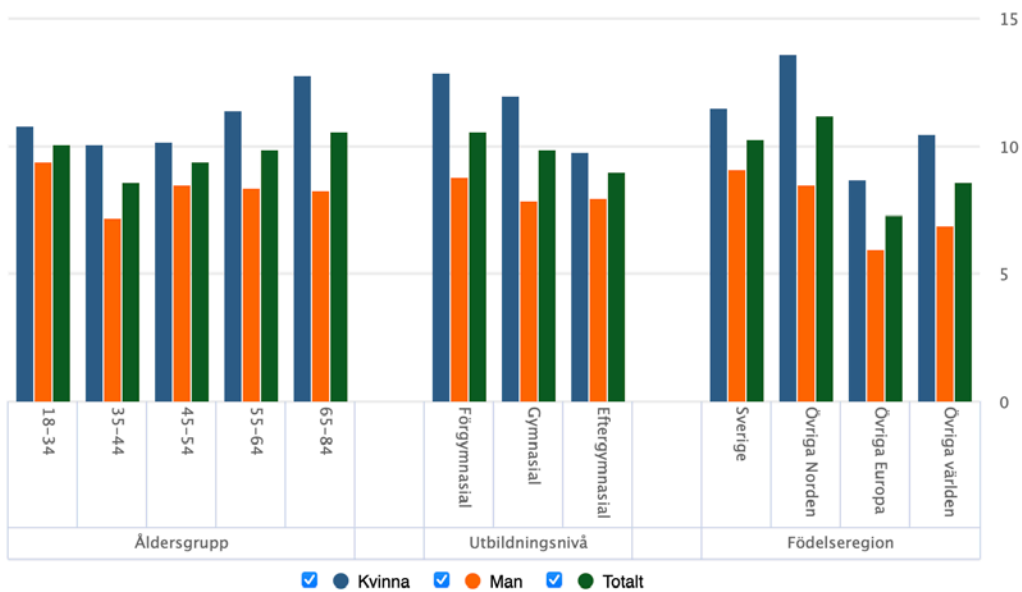
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med astma, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	11,6	9,3	10,5
	2008	10,4	8,4	9,4
	2012	11,8	9,3	10,6
	<b>2019</b>	<b>11,1</b>	<b>8,4</b>	<b>9,8</b>
Jämförelse mot riket	Riket	12	9	11
	Skåne	11,1	8,4	9,8
	Skillnad	0,9	0,6	1,2

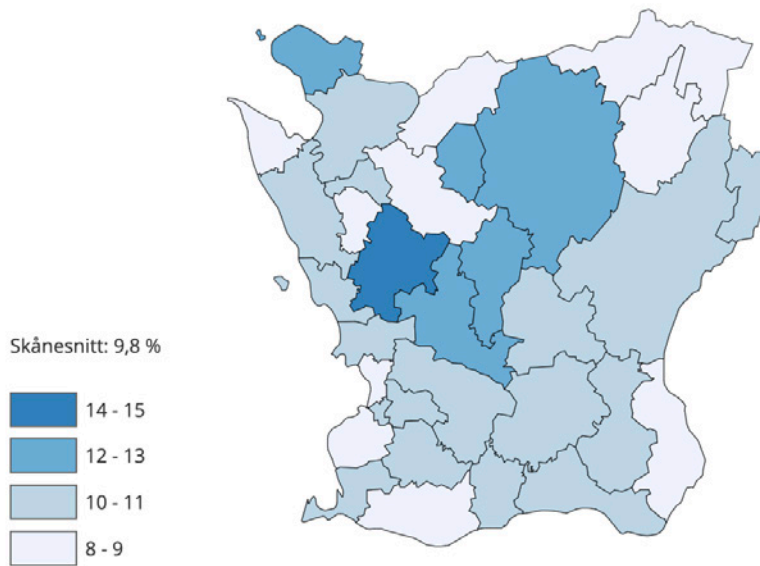
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med astma, %



## Geografiska skillnader

Andel med astma, %



## ALLERGI

I Sverige beräknas omkring 30-40 % ha någon form av allergi. Vid allergi reagerar immunförsvaret mot ämnen (allergener) som normalt sätt inte är farliga men för allergiker kan leda till symtom, däribland nästäppa, nysningar, kli i halsen och ögonen samt tårande ögon. I Sverige är luftburna allergier såsom pollenallergi, kvalster och pälsdjursallergi vanligast. Andra typer av allergier är till exempel födoämnesallergi/matallergi och allergi mot insektsbett (3).

Andelen som uppgav allergi har minskat sedan 2012 då den låg på 31,1%. Vid mätningen 2019 låg den på 27,7 % ( $\pm 0,5$ ). Skåne ligger lägre än riksnittet på 32 %.

Det var en något högre andel kvinnor som rapporterade allergi, men skillnaden var liten. De äldre åldersgrupperna rapporterade en lägre andel med allergi än de yngre.

Det var en större andel med eftergymnasial utbildning som uppgav att de har allergi (29,8 ( $\pm 0,7$ )) jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning (21,5 ( $\pm 1,3$ )). Sett till födelse-region var det en större andel födda i Sverige och i Norden som rapporterade allergi. Det fanns även tydliga geografiska skillnader i Skåne där det var en större andel i västra Skåne med allergiska besvär.



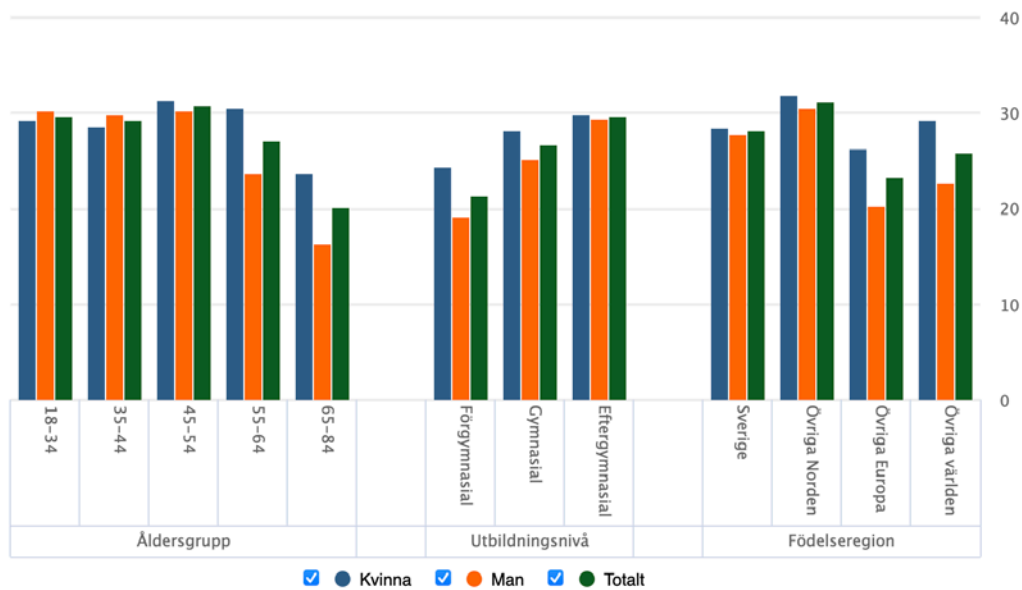
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med allergi, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	33,1	28	30,6
	2008	33,3	29,2	31,2
	2012	33,3	28,9	31,1
	<b>2019</b>	<b>28,7</b>	<b>26,7</b>	<b>27,7</b>
Jämförelse mot riket	Riket	33	31	32
	Skåne	28,7	26,7	27,7
	Skillnad	4,3	4,3	4,3

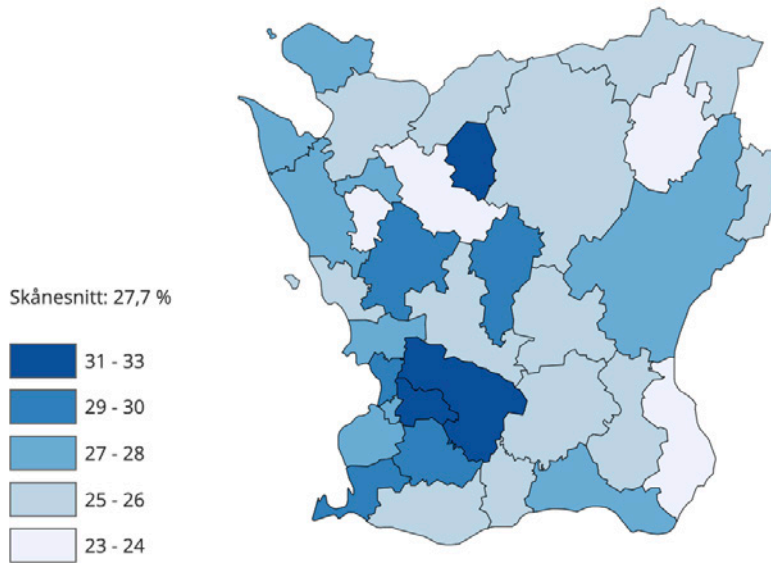
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med allergi, %



## Geografiska skillnader

Andel med allergi, %



## HÖGT BLODTRYCK

När blodtrycket mäts är det två värden som anges, ett övertryck och ett undertryck, vilka anges i millimeter kvicksilver (mm Hg). Gränsen för högt blodtryck (hypertoni) går vid upprepade mätningar som visar ett övertryck (när hjärtat pumpar ut blod) på minst 140 mm Hg och/eller ett undertryck (när hjärtat slappnar av) på minst 90 mm Hg. Högt blodtryck innebär bland annat en ökad risk för stroke, hjärtsvikt och hjärtinfarkt. Förekomst av högt blodtryck stiger med ökad ålder och debuterar vanligen från 50 år och uppåt. En annan riskfaktor är ärftlighet. Dessutom finns samband mellan högt blodtryck och faktorer som fetma, stress, ohälsosam kost, fysisk inaktivitet och alkoholkonsumtion (4).

Andelen med högt blodtryck har ökat något sedan 2004 och låg 2019 på 20,8 % ( $\pm 0,4$ ). Som väntat ökade förekomsten tydligt med högre åldersgrupper och det var i alla åldersgrupper fler män än kvinnor som uppgav högt blodtryck.

Det fanns även tydliga skillnader mellan utbildningsnivå, där det var en större andel med högt blodtryck (37,5 % ( $\pm 1,4$ )) i gruppen med förgymnasial utbildning jämfört med grupperna med gymnasial- eller eftergymnasial utbildning (26,6 % ( $\pm 0,8$ ) och 16,6 % ( $\pm 0,6$ )). Det var även en större andel födda i Sverige och övriga Norden med högt blodtryck jämfört med gruppen födda utanför Europa.

Det fanns även tydliga geografiska skillnader i Skåne, och det var en större andel i Sydöstra Skåne som uppgav högt blodtryck, men även i kommuner som Osby och Klippan var förekomsten stor.

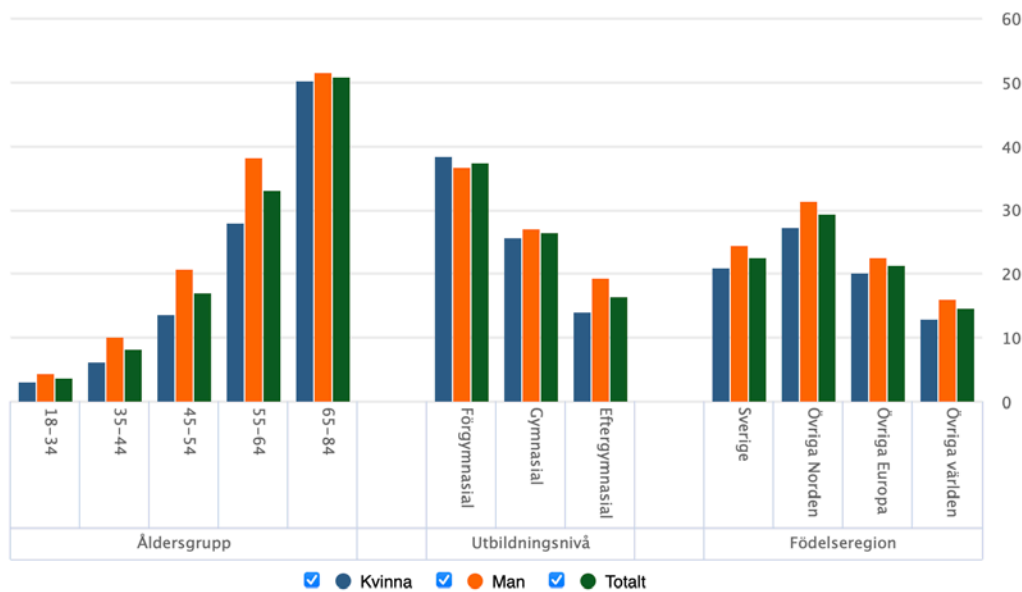
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med högt blodtryck, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	16,5	18,9	17,7
	2008	16,3	19,9	18,1
	2012	18,2	22,1	20,1
	<b>2019</b>	<b>19</b>	<b>22,7</b>	<b>20,8</b>
Jämförelse mot riket	Riket	21	23	22
	Skåne	19	22,7	20,8
	Skillnad	2	0,3	1,2

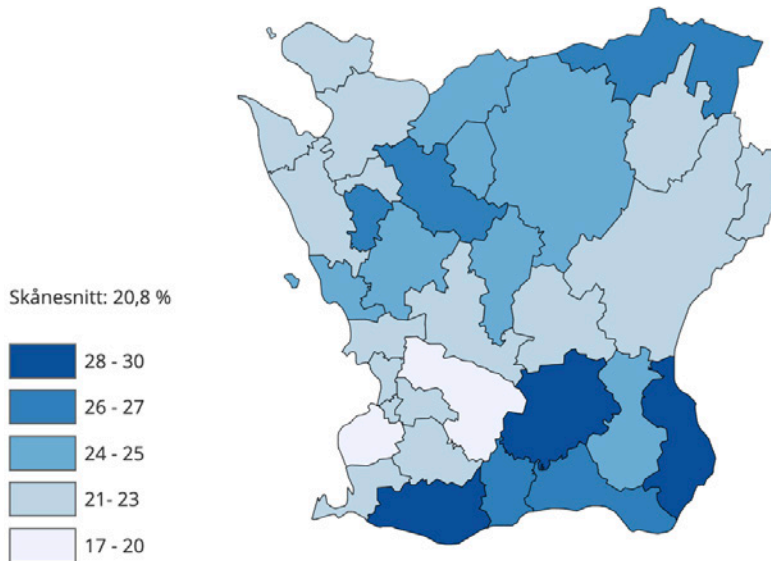
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelse-region

Andel med högt blodtryck, %



## Geografiska skillnader

Andel med högt blodtryck, %



## RYGG- OCH NACKSMÄRTA

Smärta i nedre delen av ryggen (ländryggssmärta) är vanligt förekommande och återfinns i alla åldrar (5). Forskning har visat på samband mellan ländryggssmärta och till exempel fysisk påfrestning (exempelvis fysiskt krävande arbeten) liksom mental stress (5,6). Dessutom verkar det finnas skillnader i förekomst utifrån sociala faktorer, med en överrepresentation i gruppen med låg social position (5). Ländryggssmärta medför inte bara konsekvenser för den drabbade, utan innebär även samhällskostnader genom till exempel sjukskrivningar och förtidspensioneringar (7).

Den samlade forskningen kring sambandsfaktorer och nacksmärta är mindre tydlig än den gällande ländryggssmärta. Endast en identifierad riskfaktor utmärker sig tydligt i den vetenskapliga litteraturen, vilken är att man har haft nacksmärta tidigare (8).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes två frågor för att mäta förekomsten av rygg- och nacksmärtor. Resultatet visar andelen som upplevt lätta eller svåra besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias.

Andelen med besvär av ryggsmärtor ökar med åldern och gick från 39,1 % ( $\pm 1,0$ ) i åldern 18-34 år till 60,2 % ( $\pm 1,0$ ) i åldern 65-84 år. I alla åldersgrupper var det vanligare för kvinnor än för män att uppleva besvär.

Ryggsmärtor varierade också med utbildningsnivå, där de med eftergymnasial utbildning hade en lägre andel (45,1 % ( $\pm 0,8$ )) jämfört med grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning (60,2 % ( $\pm 1,5$ ) respektive 58,3 % ( $\pm 0,9$ )).

Förekomsten av lätta eller svåra besvär av värk i nacke, skuldror eller axlar visas inte i diagrammen men liknade resultatet från ryggsmärtor.

## Jämförelse över tid och mot riket

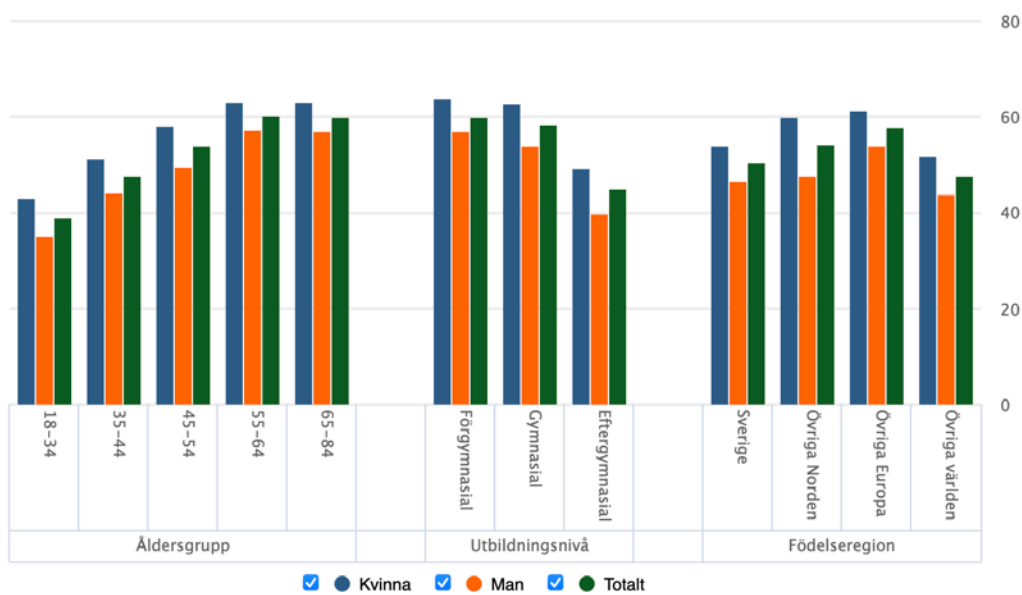
Andel med lätta eller svåra besvär av ryggsmärta, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	52	42	47
	Skåne	54,8	47,2	51
	Skillnad	2,8	5,2	4

Går ej att jämföra över tid

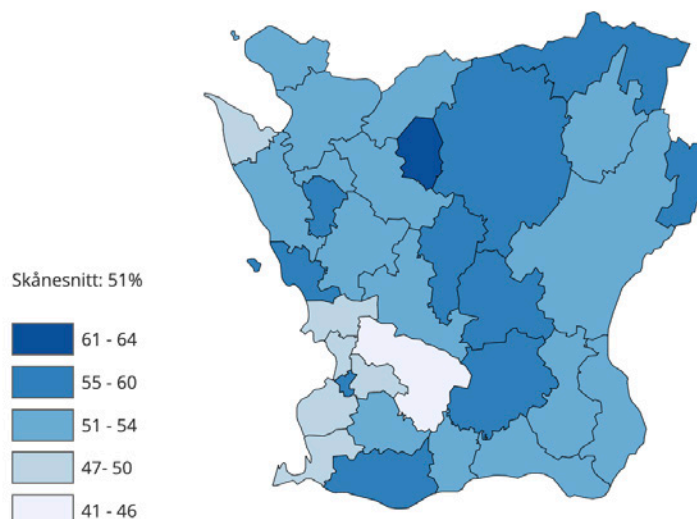
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lätta eller svåra besvär av ryggsmärta, %



## Geografiska skillnader

Andel med lätta eller svåra besvär av ryggsmärta, %



## HUVUDVÄRK OCH MIGRÄN

Migrän är en kronisk neurologisk sjukdom som innebär upprepade tillfällen av måttlig till svår huvudvärk. Vid migrän är det också vanligt med andra symtom, till exempel överkänslighet mot ljud och ljus samt yrsel och illamående. Tecken på att ett migränanfall är på ingående är symtom som trötthet, nedsatt koncentration och nackstelhet, men även andra symtom förekommer. Prevalensen av migrän är högst inom åldersspannet 25-55 år och risken för kronisk migrän är högre bland kvinnor, personer med låg social position samt bland personer med annan smärtproblematik eller psykisk ohälsa som depression och ångslan (9).

I folkhälsoenkäten 2019 uppgav 31,4 % ( $\pm 0,5$ ) av skåningarna att de upplever lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän. Förekomsten var vanligast i de yngre åldersgrupperna. I alla redovisningsgrupper var det en betydligt större andel kvinnor än män som upplevde besvär. De största andelarna återfanns i gruppen kvinnor i åldern 18-34 år (47,1 % ( $\pm 1,3$ )) samt i gruppen utrikes födda kvinnor (51,2 % ( $\pm 2,6$ )).

Det var ingen statistisk säkerställd skillnad mellan utbildningsnivåerna. Sett till geografiska skillnader återfanns de största andelarna med besvär av huvudvärk eller migrän i nordöstra Skåne.

### Jämförelse över tid och mot riket

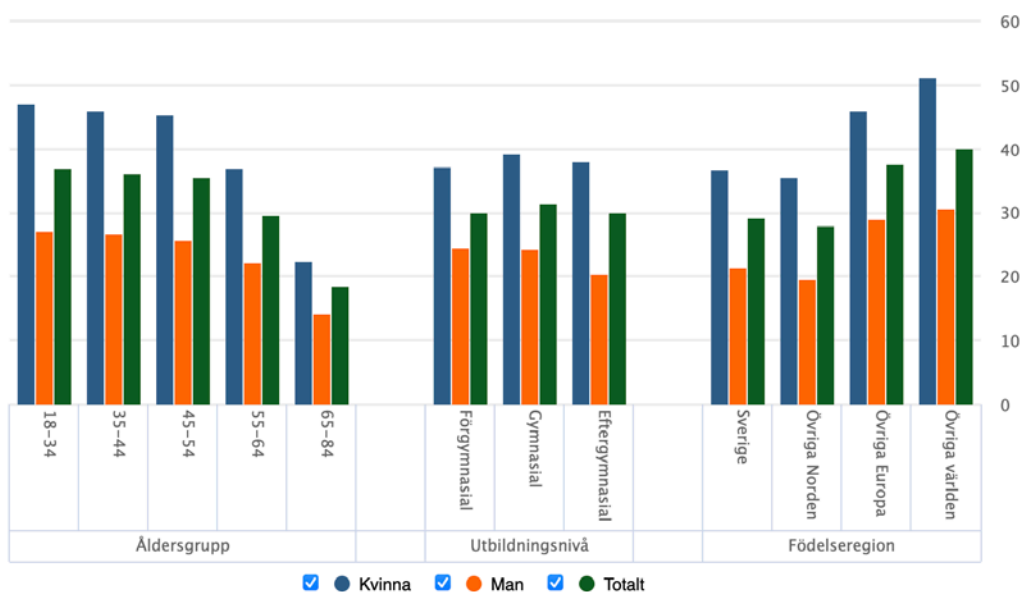
Andel med lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	39	21	30
	Skåne	39,4	23,4	31,4
	Skillnad	0,4	2,4	1,4

Går ej att jämföra över tid

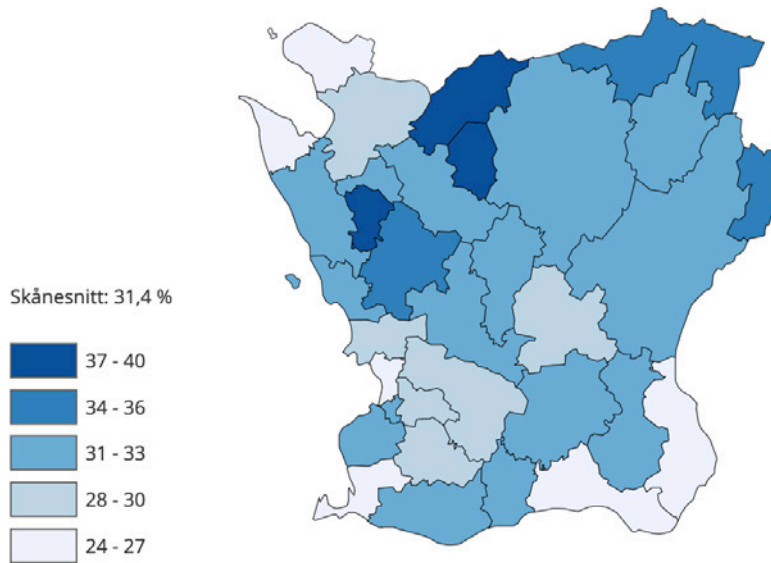
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän, %



## Geografiska skillnader

Andel med lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän, %



## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen 2018. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf>
2. Läke medelsboken. Sundh, J., Lisspers K. & Hesselmar, B. (2018). *Astma och KOL*. [Internet]. Hämtad 2020-06-01 från: [https://lakemedelsboken.se/kapitel/andningsvagar/astma\\_och\\_kol.html](https://lakemedelsboken.se/kapitel/andningsvagar/astma_och_kol.html)
3. Läke medelsboken. Nyström, U. & Ahlbeck L. (2018) Atopi, allergi och överkänslighet. [Internet]. Hämtad 2020-06-01 från: <https://lakemedelsboken.se/kapitel/allergiska-och-immunologiska-tillstand/allergiska-och-immunologiska-tillstand.html>
4. Berglund, G., Engström-Laurent, A., Lindgren, S. & Lindholm, N. (Red.) *Internmedicin* (4 uppl.) Stockholm: Liber AB, 2006.
5. Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., & Lancet Low Back Pain Series Working Group (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet (London, England)*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
6. Parreira, P., Maher, C. G., Steffens, D., Hancock, M. J., & Ferreira, M. L. (2018). Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 18(9), 1715–1721. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.05.018>

7. Olafsson, G., Jonsson, E., Fritzell, P., Hägg, O., & Borgström, F. (2018). Cost of low back pain: results from a national register study in Sweden. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 27(11), 2875–2881. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5742-6>
8. Lager, A., Warolén, M., Wennerholm, P. & Andersson, E. *Nacksmärta – orsaker och åtgärder*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. Rapport 2019:1. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/rapporter-och-faktablad/rapport-2019.1-nacksmarta---orsaker-och-atgarder.pdf>
9. Dodick D. W. (2018). Migraine. *Lancet (London, England)*, 391(10127), 1315–1330. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30478-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30478-1)

## 4.4 Långvarig sjukdom

---

### LÅNGVARIG SJUKDOM

Att leva med en sjukdom, skada eller andra hälsoproblem under en längre period eller kanske till och med livslångt kan begränsa den drabbades arbetsförmåga och andra dagliga sysselsättningar. I folkhälsoenkäten inkluderas två frågor inom området. I den första frågan efterfrågades förekomst av långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. För de som svarat jakande besvarades den andra frågan i vilket det efterfrågades om besvären medförde nedsatt arbetsförmåga eller hindrade personen i andra dagliga sysselsättningar.

Totalt 39,3 % ( $\pm 0,5$ ) uppgav att de upplevde långvariga hälsoproblem, medan motsvarande siffra senaste mätningen 2012 var 28 % ( $\pm 0,7$ ). Med andra ord har det skett en relativt stor ökning. Skånesnittet låg 2019 nära rikssnittet.

Sett till redovisningsgrupper var det i den äldsta åldersgruppen som den största procentuella skillnaden i andel med långvarig sjukdom skedde mellan 2012 och 2019, från 33,4 % ( $\pm 1,4$ ) till 54 % ( $\pm 1,0$ ).

En viss könsskillnad förekom, med en något högre andel bland kvinnor (40,8 % ( $\pm 0,7$ )) jämfört med män (37,5 % ( $\pm 0,8$ )). Mer framträdande skillnader återfanns däremot i jämförelser mellan olika åldersgrupper med en stegvis ökning för varje åldersgrupp. Lägst var således andelen i den yngsta gruppen 18-34 år med en andel på 28,2 % ( $\pm 0,9$ ), medan andelen i den äldsta gruppen 65-84 år låg på en andel på 54 % ( $\pm 1,0$ ).

Utifrån utbildningsnivå återfanns skillnader med brytpunkt mellan grupperna med förgymnasial- samt gymnasial utbildning som hade en högre andel med ovan beskrivna hälsoproblem (44-46 % ( $\pm 0,9-1,5$ )) jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (37,3 % ( $\pm 0,8$ )). Även baserat på födelseregioner återfanns signifikanta skillnader mellan samtliga grupper, med högst andel i grupperna födda i Sverige (41,7 % ( $\pm 0,6$ )) och övriga Norden (48,4 % ( $\pm 3,3$ )) och lägre andelar i grupperna födda i Europa (36,1 % ( $\pm 1,8$ )) och övriga världen (29,3 % ( $\pm 1,7$ )).

Av de som rapporterade långvarigt hälsoproblem, var det 7,5 % ( $\pm 0,3$ ) som uppgav att dessa besvär i hög grad medförde en nedsatt arbetsförmåga eller hinder i andra dagliga sysselsättningar. Vid jämförelser mellan grupper uppkom i stort samma trender som beskrivits ovan.



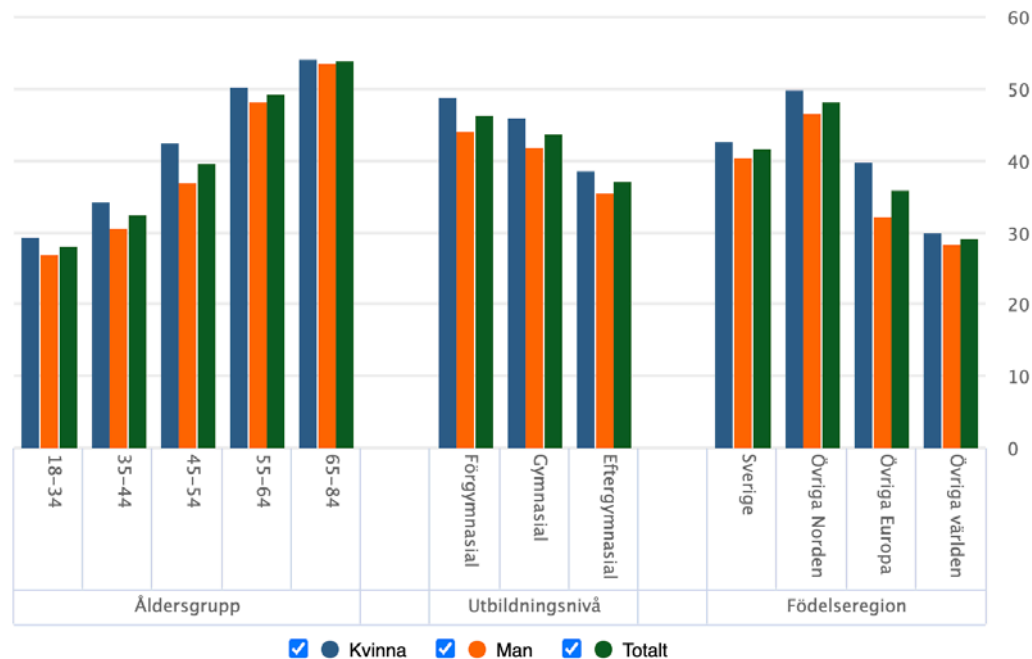
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med långvarig sjukdom, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	29,8	27,5	28,6
	2004	28,2	26,3	27,2
	2008	30	27,4	28,7
	2012	28,1	27,8	28
	<b>2019</b>	<b>40,8</b>	<b>37,8</b>	<b>39,3</b>
Jämförelse mot riket	Riket	41	38	39
	Skåne	40,8	37,8	39,3
	Skillnad	0,2	0,2	0,3

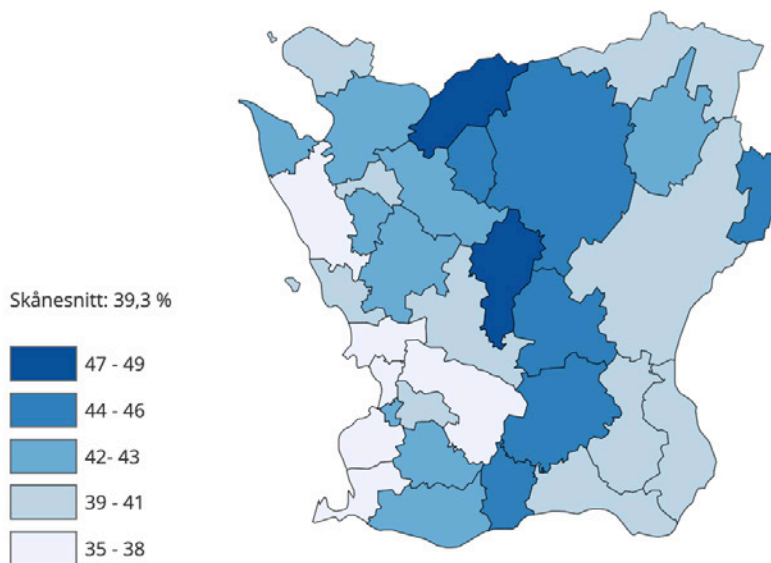
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med långvarig sjukdom, %



## Geografiska skillnader

Andel med långvarig sjukdom, %



## 4.5 Funktionsnedsättning

### FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Det finns olika sätt att beskriva vad funktionsnedsättningar är, men Socialstyrelsen definierar begreppet: ”En funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur” (1). Funktionsnedsättning är således något en person har och inget man är. Alla människor ska ha samma möjligheter och rättigheter till en god hälsa. Att följa gruppen som har funktionsnedsättningar är särskilt viktigt då både hälsa, levnadsvanor och livsvillkor generellt sett är sämre i denna grupp än gruppen utan funktionsnedsättningar. Vi vet också sedan tidigare att förekomst av funktionsnedsättningar skiljer sig åt mellan olika grupper, med en högre förekomst bland äldre, liksom i gruppen med kort utbildning jämfört med gruppen med lång utbildning (2).

Förekomst av funktionsnedsättning baserades i folkhälsoenkäten 2019 genom en kombination av frågorna om långvarig sjukdom och dess påverkan på arbetsförmåga och andra dagliga sysselsättningar, samt frågor om syn-, hörsel- och rörelseförmåga.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 19,8 % ( $\pm 0,4$ ) som uppgav någon typ av funktionsnedsättning, vilket är en liten ökning sedan mätningen 2012. Det fanns en tydlig koppling till stigande ålder och en mindre till kön, där kvinnor i alla åldersgrupper förutom den äldsta (65-84 år) uppgav en högre andel med funktionsnedsättning än män.

Andelen med funktionsnedsättning skiljde sig också åt mellan utbildningsgrupperna, där gruppen med eftergymnasial utbildning hade en andel på 16,4 % ( $\pm 0,6$ ) jämfört med gruppen

perna med förgymnasial och gymnasial utbildning med andelar mellan 23,4 - 25,0 % ( $\pm 0,7$  respektive  $\pm 1,3$ ). Det var en något högre andel med funktionsnedsättning födda i Sverige (21 % ( $\pm 0,5$ )) och Övriga Norden (22,6 % ( $\pm 2,8$ )) jämfört med de övriga födelseregionerna.

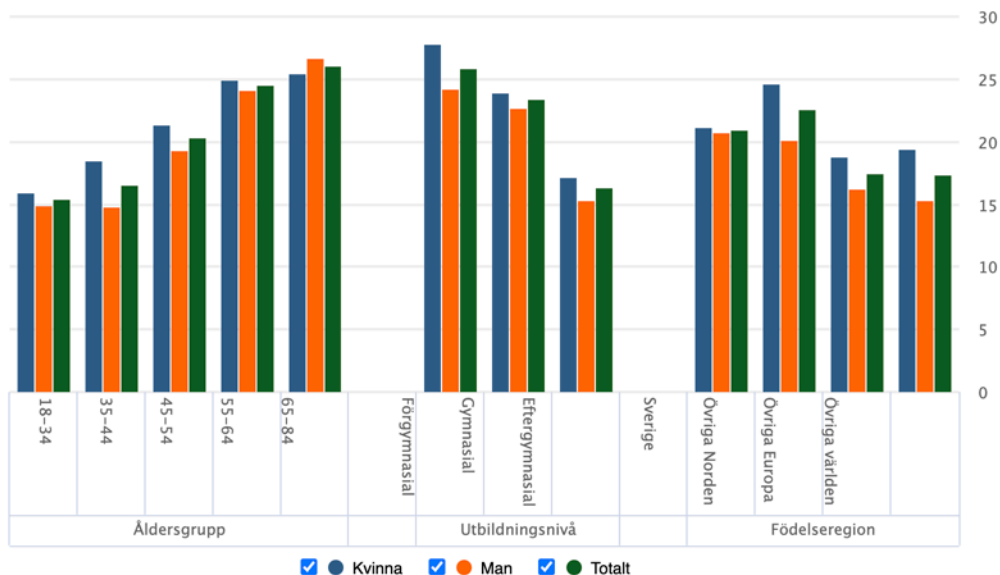
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med funktionsnedsättning, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004			ingen fråga i enkäten
	2008			ingen fråga i enkäten
	2012	18,1	18,7	18,4
	<b>2019</b>	<b>20,4</b>	<b>19,2</b>	<b>19,8</b>
Jämförelse mot riket	Riket	23	21	22
	Skåne	20,4	19,2	19,8
	Skillnad	2,6	1,8	2,2

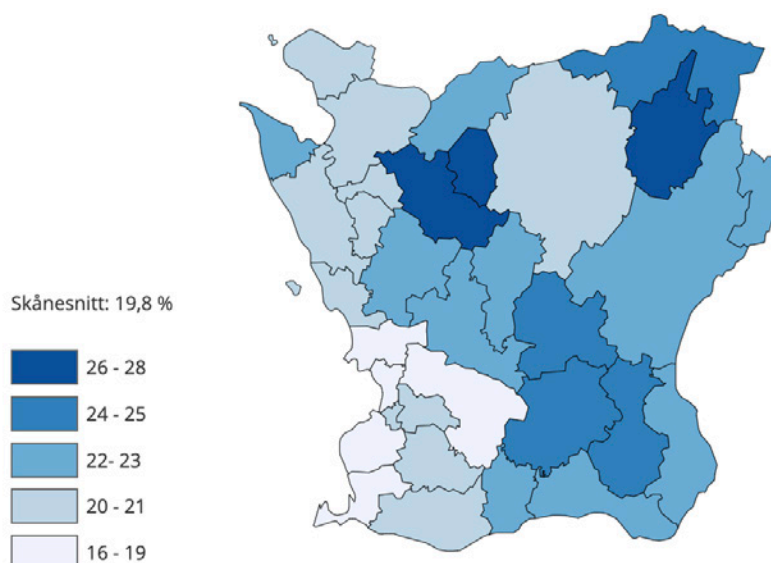
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med funktionsnedsättning, %



## Geografiska skillnader

Andel med funktionsnedsättning,



## REFERENSER

1. Socialstyrelsens Termbank. *Funktionsnedsättning*. [Internet]. Hämtat 2020-06-01 från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=812&SrcLang=sv>
2. Folkhälsomyndigheten. *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning*. [Internet]. Hämtat 2020-06-02 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/halsan-hos-personer-med-funktionsnedsattning/>

## 4.6 Övervikt och fetma

Ett vanligt sätt att definiera övervikt och fetma är genom måttet Body Mass Index (BMI). BMI anger relationen mellan en persons vikt och längd och beräknas genom att dela kroppsvikten i kilogram med kroppslängden i meter i kvadrat. BMI mellan 25–29,9 indikerar övervikt och ett BMI på 30 eller högre indikerar fetma. Förekomst av fetma har tredubblats i världen sedan mitten på 1970-talet (1) och även Sverige har haft en lika negativ utveckling sedan 1980-talet (2). Ett ökat intag av energirik mat och minskad fysisk aktivitet, det vill säga en obalans mellan energiintag och energiförbrukning tros vara en viktig förklaring till ökningen av fetma (1). Men även andra aspekter såsom genetiska faktorer och livsvillkor har lyfts fram (3).

Övervikt och framför allt fetma är riskfaktorer för en rad olika sjukdomar, däribland typ 2-diabetes, högt blodtryck, hjärt- kärlsjukdom, muskuloskeletala sjukdomar, vissa former av cancer men också en ökad risk för förtida död. Förutom konsekvenser för individen medför övervikt och fetma stora kostnader för samhället. Kostnaden för fetma i Sverige beräknades 2016 till 25 miljarder kronor. Merparten av kostnaderna (80 %) var kopplade

till produktionsbortfall (sjukskrivningar, sjuk- och aktivitetsstöd samt produktionsbortfall vid förtida död) (4).

## ÖVERVIKT

I folkhälsoenkäten 2019 uppgick andelen med övervikt (BMI 25–29,9) till 35,5 % ( $\pm 0,5$ ), vilket är snarlikt resultaten 2012 (35,8 % ( $\pm 0,6$ )) och även i linje med rikssnittet på 36 %. Det har därmed inte skett någon förändring avseende övervikt sedan senaste mätningen i Skåne.

I gruppen med övervikt var det en högre andel män än kvinnor (41,6 % ( $\pm 0,8$ ) respektive 29,4 % ( $\pm 0,6$ )). Motsvarande siffror på nationell nivå är 41 % respektive 30 %. Baserat på åldersgrupper var andelen med övervikt högre bland åldersgrupperna i medelåldern och äldre (45-84 år) med andelar mellan 39,5–42 % ( $\pm 1,0-1,4$ ) jämfört med de yngre åldersgrupperna (18-34 och 35-44 år) med andelar på 25,8 % ( $\pm 0,9$ ) respektive 35,4 % ( $\pm 1,3$ ). Trots att andelen var lägst i den yngsta åldersgruppen sticker den gruppen ut, vilken till skillnad från övriga åldersgrupper inte har minskat procentuellt sedan mätningen 2012.

Sett till utbildningsnivå sticker gruppen med eftergymnasial utbildning ut med en andel på 34,1 % ( $\pm 0,8$ ) jämfört med de högre andelarna hos de med förgymnasial och gymnasial utbildning (runt 40 % ( $\pm 1,3$ )). I Skånes kommuner sticker kommunerna i östra Skåne ut med en högre andel befolkning med övervikt.

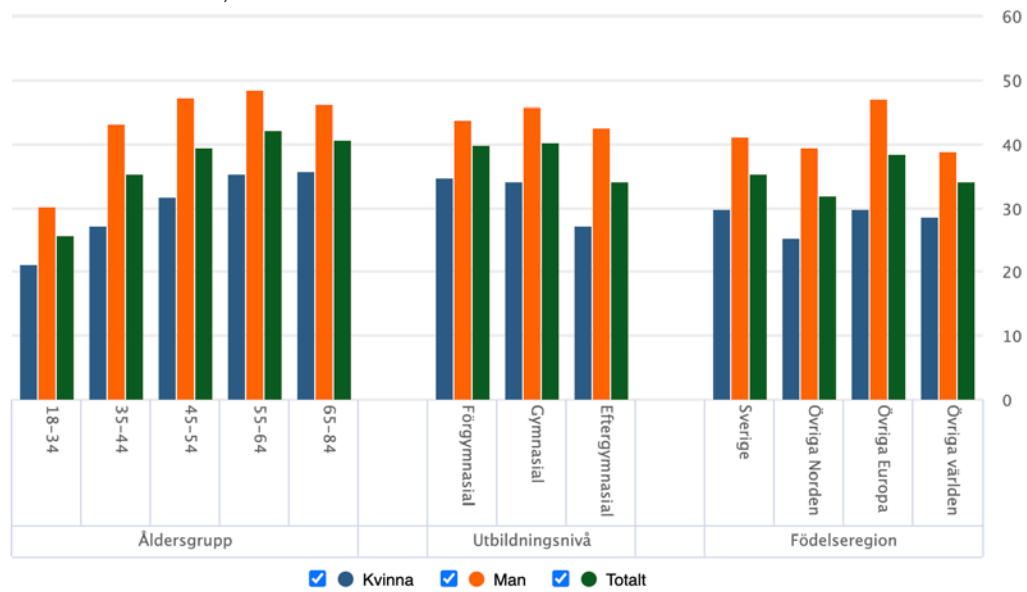
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med övervikt, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	27,8	41,8	34,7
	2004	27,3	43,7	35,5
	2008	27,7	42,6	35,2
	2012	27,5	43,9	35,8
	<b>2019</b>	<b>29,4</b>	<b>41,6</b>	<b>35,5</b>
Jämförelse mot riket	Riket	30	41	36
	Skåne	29,4	41,6	35,5
	Skillnad	0,6	0,5	0,5

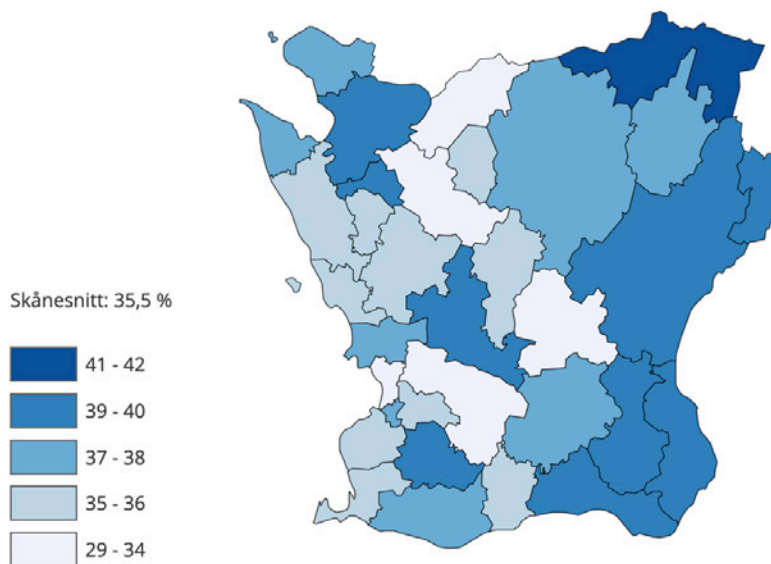
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med övervikt, %



## Geografiska skillnader

Andel med övervikt, %



## FETMA

Till skillnad från övervikt har det skett en förändring i negativ riktning avseende fetma (BMI 30 och högre), där andelen, sedan förra enkäten, har ökat från 14,3 % ( $\pm 0,5$ ) till 16,9 % ( $\pm 0,4$ ). Motsvarande andel i riket ligger på 16 %.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män avseende förekomst av fetma (16,5 % (± 0,5) respektive 17,2 % ± (0,4)). Motsvarande siffror på riksnivå var 15 % för kvinnor och 16 % för män. Däremot fanns det skillnader baserat på olika åldersgrupper i Skåne. Den högsta andelen med fetma återfanns i åldersgrupperna 45-54 år (20,2 % (± 1,1)) och 55-64 år (21,6 % (± 1,1)), det vill säga omkring var femte person inom de åldersspannen. Lägst var andelen i den yngsta gruppen (18-34 år), med en andel med fetma på 11,2 % (± 0,6).

Skillnader förekom även baserat på utbildningsnivå till nackdel för grupperna med förgymnasial- (23,9 % (± 1,3)) och gymnasial (20,6 % ± (0,7)) utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (12,8 % (± 0,5)). Signifikanta skillnader baserat på olika födelseregioner återfanns endast mellan gruppen födda i Sverige (16,4 % (± 0,4)) och gruppen födda i övriga Europa (19 % (± 1,5)), men skillnaden var liten.

I jämförelse med mätning år 2012 har det skett en ökning av andelen med fetma i samtliga grupper (kön, ålder, utbildningsnivå och födelseregion) förutom den äldsta gruppen 65-84 år (men deras minskning är ytterst liten). Den största procentuella ökningen skedde i åldersgruppen 18-34 år, vilket även speglar utvecklingen i riket i stort.

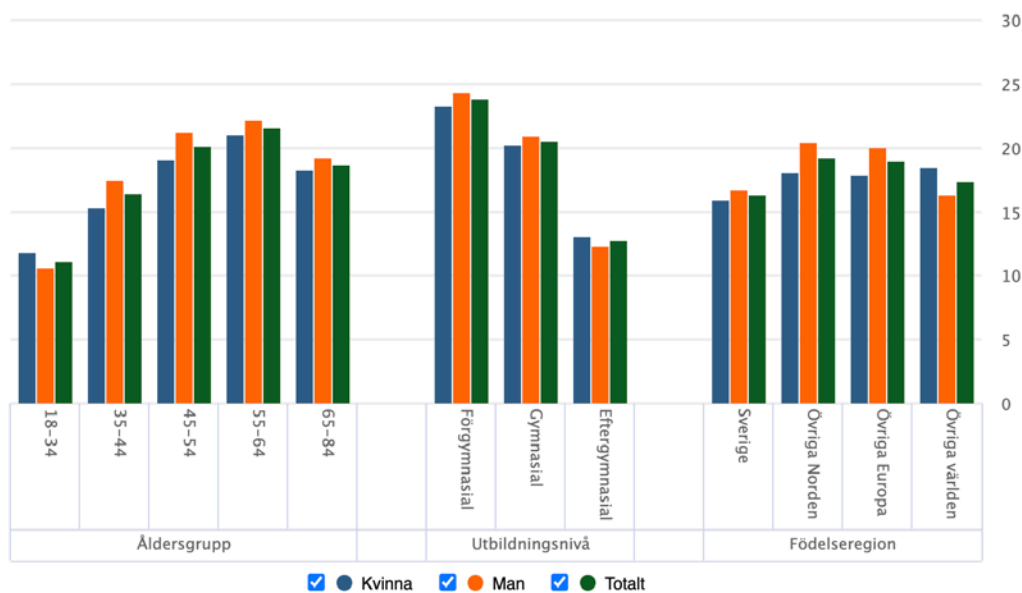
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med fetma, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	9,6	10,1	9,8
	2004	11,9	11,9	11,9
	2008	13,7	14,6	14,2
	2012	13,9	14,7	14,3
	<b>2019</b>	<b>16,5</b>	<b>17,2</b>	<b>16,9</b>
Jämförelse mot riket	Riket	15	16	16
	Skåne	16,5	17,2	16,9
	Skillnad	1,5	1,2	0,9

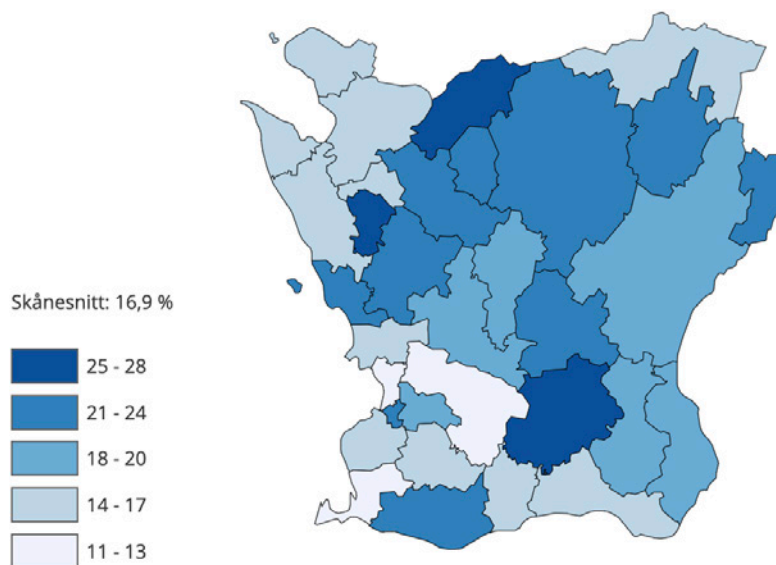
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med fetma, %



## Geografiska skillnader

Andel med fetma, %



## REFERENSER

1. World Health Organisation (WHO). *Obesity and overweight*. [Internet]. Hämtat 2020-06-02 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2018. Hämtat 2020-06-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf> (PDF, 894 kB)



3. Folkhälsomyndigheten. *Övervikt och fetma*. [Internet]. Hämtat 2020-06-02 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/overvikt-och-fetma/>
4. Andersson, E., Welin, K-O. & Steen Carlsson, K. *Kostnader för fetma i dag och år 2030*. Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, 2018 2018:3. Hämtad 2020-06-30 från: [https://ihe.se/wp-content/uploads/2018/06/IHE-Rapport-2018\\_3\\_.pdf](https://ihe.se/wp-content/uploads/2018/06/IHE-Rapport-2018_3_.pdf)

## 4.7 Tandhälsa

---

### TANDHÄLSA

WHO definierar tandhälsa, eller oral hälsa som: ”Ett tillstånd fritt från kronisk mun- och ansiktsvärk, oral- och halscancer, periodontal (tandkötts-) sjukdom, tandförfall, tandlossning, och andra sjukdomar och störningar som begränsar individens bett-, tugg-, leende- och talförmåga samt psykosociala välmående” (översatt av Folkhälsomyndigheten) (1). Tandhälsa är således en del av den generella hälsan och dålig tandhälsa har en hindrande effekt i det vardagliga livet (2). I Sverige finns det tydliga skillnader avseende självskattad tandhälsa och socioekonomiska aspekter. Till exempel skattar personer med längre utbildning sin tandhälsa som bättre än personer med kort utbildning. Även andra skillnader förekommer, såsom att kvinnor oftare skattar sin tandhälsa som bra jämfört med män, liksom att yngre i högre utsträckning skattar den som bra jämfört med äldre (1).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes frågan om hur man tycker att sin tandhälsa är. Resultatet visade att 72,5 % ( $\pm 0,5$ ) av skåningarna upplever sin tandhälsa som bra, vilket kan jämföras med det något högre rikssnittet på 75 %. Det skiljde sig inte signifikant från föregående mätning 2008. Det var en större andel kvinnor som skattade sig inom gruppen med bra tandhälsa jämfört med männen (74,8 % ( $\pm 0,6$ ) respektive 70 % ( $\pm 0,7$ )). Det var ingen tydlig trend vad gäller skillnader mellan åldersgrupper, men högst andel med bra självskattad tandhälsa återfanns i den yngsta gruppen 18-34 år (74,4 % ( $\pm 0,9$ )) och gruppen 45-54 år (72,4 % ( $\pm 1,3$ )).

Baserat på utbildningsnivå sågs däremot en tydlig uppåtgående trend med lägst andel med bra självskattad tandhälsa i gruppen med förgymnasial utbildning (61,3 %  $\pm 1,5$ ), följt av gruppen med gymnasial utbildning (69,8 % ( $\pm 0,8$ )) medan gruppen med eftergymnasial utbildning låg högst på 78,3 % ( $\pm 0,7$ ).

Likaså återfanns skillnader baserat på födelseregion, där gruppen födda i Sverige hade en högre andel med bra självskattad tandhälsa än samtliga utlandsfödda grupper, 76,5 % ( $\pm 0,5$ ) jämfört med 55,5–67 % ( $\pm 1,8$ -3,1). I Skånes kommuner var det västra Skåne som hade kommunerna med högst andel med bra självskattad tandhälsa.

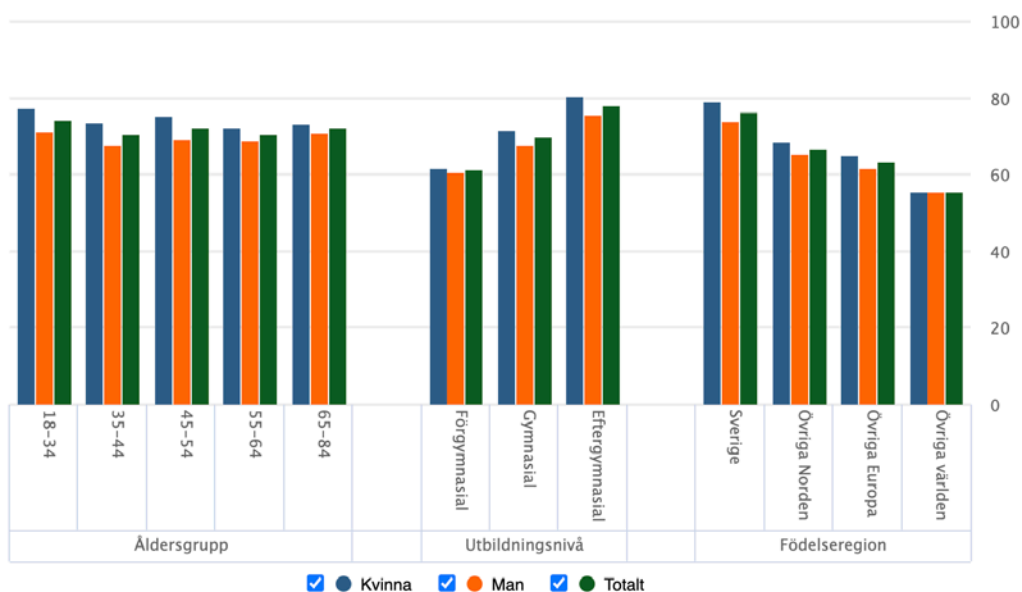
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med bra tandhälsa, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	75,8	71,5	73,6
	2008	75,3	70,9	73,1
	2012			ingen fråga i enkäten
	<b>2019</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>72,5</b>
Jämförelse mot riket	Riket	78	72	75
	Skåne	75	70	72,5
	Skillnad	3	2	2,5

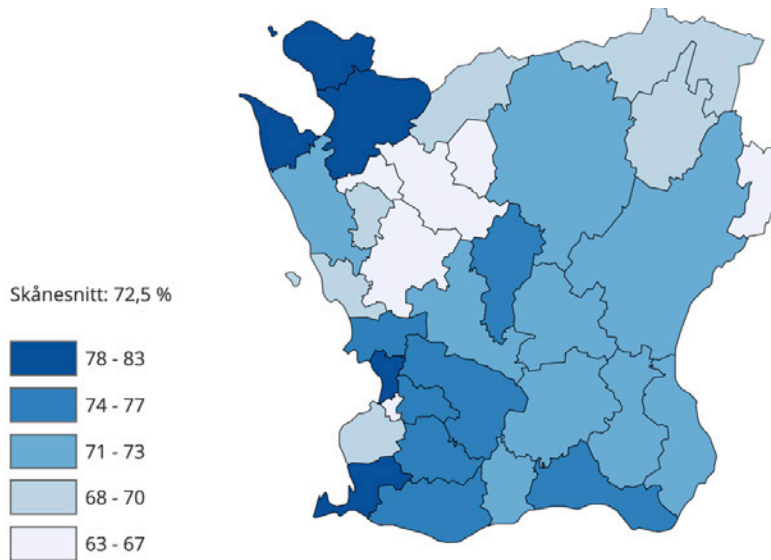
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med bra tandhälsa, %



## Geografiska skillnader

Andel med bra tandhälsa, %



## REFERENSER

1. Folkhälsomyndigheten. *Jämlik tandhälsa- En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*. Folkhälsomyndigheten, 2019. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/j/jamlik-tandhalsa/>
2. World Health Organisation (WHO). *Oral Health - Policy basis*. [Internet]. Hämtat 2020-06-02 från: [https://www.who.int/oral\\_health/policy/en/](https://www.who.int/oral_health/policy/en/)

## 4.8 Sjukvård och tandvård

### FÖRTROENDE FÖR SJUKVÅRDEN

Att befolkningen har ett högt förtroende för hälso- och sjukvården har stor betydelse för båda parter. Det är till exempel en förutsättning för en hälso- och sjukvård som är effektiv och legitim. Dessutom främjar det vårdens möjlighet att bedriva utvecklingsarbete samt att hantera kriser. På individnivå kan i sin tur ett högt förtroende sättas i samband med en större benägenhet att söka vård samt följa den behandling som ges (1). I den nationella undersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern visar resultaten att förtroendet för sjukvården i sin helhet generellt sett är högt i Sverige och högst är det i gruppen från 70 år och uppåt. Viss skillnad förekommer mellan olika socioekonomiska grupper, med en något högre andel med högt förtroende i gruppen med kortare utbildning jämfört med gruppen med längre utbildning. Enligt samma undersökning tycker sig majoriteten av de tillfrågade att de har tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver (2). Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern är dock inte helt jämförbart med resultaten från folkhälsoenkäten 2019 då frågorna samt svarsalternativen ser något annorlunda ut i den skånska enkäten.

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes frågor kring vilket förtroende man har för olika samhällsinstitutioner och grupper. Bland dessa ingick ”Sjukvården” och på en fyrgradig skala kunde man svara från ”Mycket stort” till ”Inte alls”. Utöver den fyrgradiga skalan kunde man svara ”Har ingen åsikt”. Svarande som angav ”Inte särskilt stort” eller ”Inte alls” ansågs ha ett lågt förtroende.

Totalt sett svarade 32 % ( $\pm 0,5$ ) att de hade ett lågt förtroende för sjukvården. Detta är den högsta andelen sedan frågan ställdes för första gången år 2004. Om man tittar på vilka redovisningsgrupper där det har skett störst procentuell skillnad i sedan 2012, är detta särskilt framträdande i åldersgrupperna 18-34 år och 35-44 år där andelen med lågt förtroende ökat med 10 procentenheter sedan 2012.

En något högre andel kvinnor rapporterade lågt förtroende jämfört med män (32,9 % ( $\pm 0,7$ ) respektive 31,1 % ( $\pm 0,8$ )). Den yngsta gruppen hade den högsta andelen med lågt förtroende (36,9 % ( $\pm 1,0$ )) och skillnaden var signifikant högre än övriga åldersgrupper förutom i jämförelse med den näst yngsta gruppen (35-44 år). Gruppen med lägst andel med lågt förtroende var den äldsta (65-84) år där andelen låg på 21,9 % ( $\pm 0,9$ ).

Förtroendet var även ojämnt fördelat baserat på utbildningsgrupp. Skillnader återfanns mellan samtliga grupper, med högst andel med lågt förtroende i gruppen med gymnasial utbildning (34 % ( $\pm 0,8$ )), följt av gruppen med förgymnasial utbildning (30,7 % ( $\pm 1,5$ )) och lägst andel i gruppen med eftergymnasial utbildning (28,7 % ( $\pm 0,7$ )).

Stora skillnader förekom även mellan grupperna födda i Sverige och övriga Norden jämfört med grupperna födda i övriga Europa och övriga världen. Andelen med lågt förtroende i gruppen födda i Sverige var 28,3 % ( $\pm 0,5$ ), medan den i gruppen födda i övriga Europa var 44,6 % ( $\pm 1,9$ ).

### Jämförelse över tid och mot riket

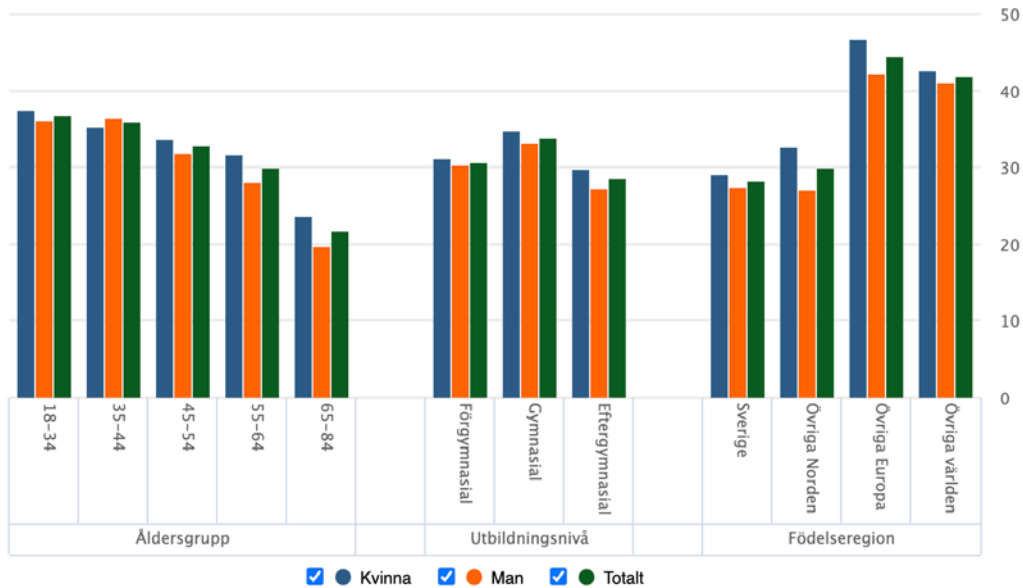
Andel med lågt förtroende för sjukvården, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	28,1	25,3	26,7
	2008	26,5	24	25,2
	2012	26,7	25	25,9
	<b>2019</b>	<b>32,9</b>	<b>31,1</b>	<b>32</b>

Ej jämförbar mot riket

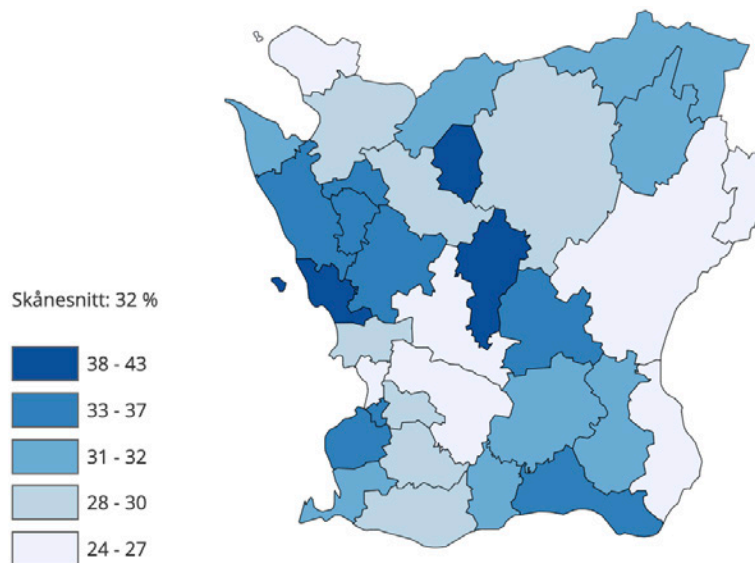
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lågt förtroende för sjukvården, %



## Geografiska skillnader

Andel med lågt förtroende för sjukvården, %



## OTILLFREDSSTÄLLDA VÅRDBEHOV

Utöver förtroendet för sjukvården ställdes en fråga om man de senaste tre månaderna haft behov av läkarvård, men ändå avstått från att söka vård. Detta benämns vidare som otillfredsställt vårdbehov.

För denna indikator syns en stor procentuell skillnad jämfört med tidigare mätningar. År 2012 var det 18 % ( $\pm 0,7$ ), det vill säga nästan var femte person som rapporterade otill-

fredsställt vårdbehov, medan motsvarande indikator vid 2019 års mätning uppgick till hela 30,9 % ( $\pm 0,5$ ), det vill säga närmare var tredje person.

Det var en högre andel kvinnor som rapporterade otillfredsställt vårdbehov jämfört med männen (33,8 % ( $\pm 0,7$ ) respektive 27,9 % ( $\pm 0,7$ )). Baserat på åldersgrupper var det en högre andel med otillfredsställda vårdbehov i grupperna upp till 54 år (32,5–35,5 % ( $\pm 1,0$ -1,3)) jämfört med grupperna 55-64 respektive 65-84 år. Lägst andel återfanns i den äldsta gruppen med en andel på 21 % ( $\pm 0,8$ ).

Det fanns inga signifikanta skillnader i de olika utbildningsgrupperna. Däremot visade resultaten på skillnader baserat på olika födelseregioner, vilken visar att gruppen födda i Sverige har en lägre andel med otillfredsställda vårdbehov (28,5 % ( $\pm 0,5$ )) jämfört med samtliga grupper födda utanför Sverige där andelen låg mellan 32,5–38,5 % ( $\pm 1,8$ -3,0).

Av de som uppgav att de avstått från att söka vård var det störst andel som uppgav orsaken ”Annan orsak” (42,4 %) följt av ”Jag hade inte tid” (31 %).

### Jämförelse över tid och mot riket

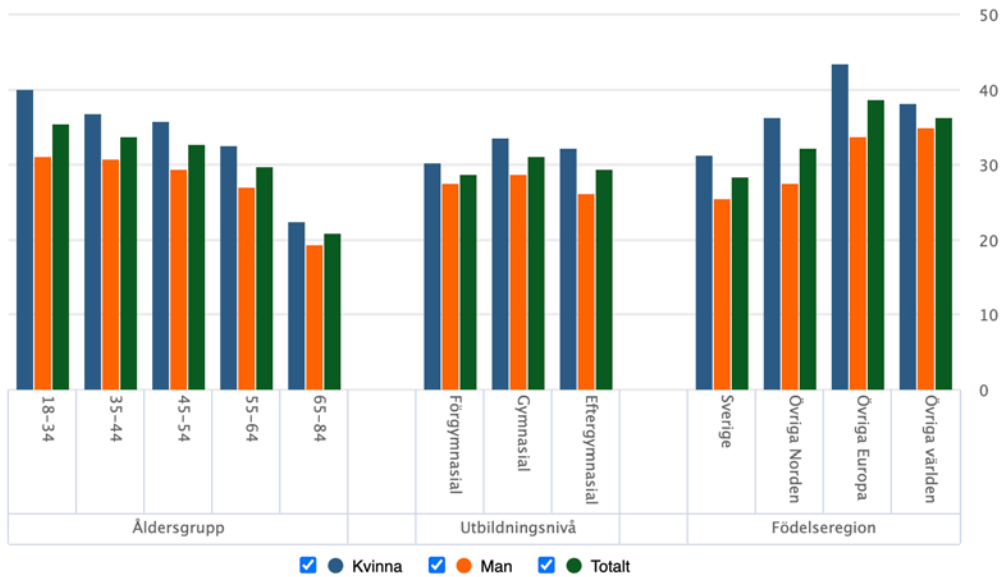
Andel med otillfredsställda vårdbehov, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	22,3	20,9	21,6
	2004	20,8	18,3	19,5
	2008	20,4	17,4	18,9
	2012	19,2	16,8	18
	<b>2019</b>	<b>33,8</b>	<b>27,9</b>	<b>30,9</b>

Ej jämförbar mot riket

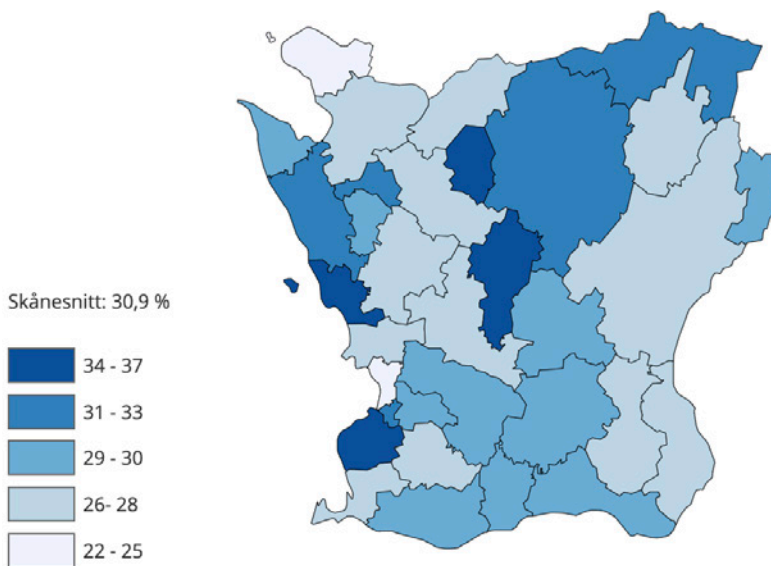
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med otillfredsställda vårdbehov, %



## Geografiska skillnader

Andel med otillfredsställda vårdbehov, %



## OTILLFREDSSTÄLLDA TANDVÅRDSBEHOV

I folkhälsoenkäten 2019 inkluderades i likhet med otillfredsställda vårdbehov, även en fråga huruvida man de senaste tre månaderna haft behov av tandläkarvård, men ändå avstått från att söka vård (vidare benämns som otillfredsställt tandvårdsbehov).

Även för denna indikator har det skett en signifikant ökning 2019 (18,1 % (± 0,4)) jämfört med 2012 års mätning (14,8 % (± 0,5)). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan kö-

nen. Däremot var denna indikator ojämnt fördelad mellan olika åldersgrupper. De yngsta grupperna 18-34 år och 35-44 år hade en högre andel med otillfredsställda tandvårdsbehov (20,9 % (± 0,9) respektive 22,6 % (± 1,1)) jämfört med alla övriga grupper.

Skillnader återfanns även utifrån utbildningsnivå, med en högre andel i grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (22,2 % (± 1,3) respektive 19,5 % (± 0,7)) jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (15,2 % (± 0,6)). Likaså visade resultaten att skillnader förekom baserat på födelseregion. Andelen var lägre i gruppen födda i Sverige (14,3 % (± 0,4)) jämfört med grupperna födda i alla övriga födelseregioner, vilka hade andelar på mellan 18,5–33% (± 1,6-2,6), varav gruppen födda i övriga världen stod för den högsta andelen på 33 % (± 1,8).

Av de som uppgav att de avstått från att söka tandvård var det störst andel som uppgav orsaken ”Ekonomiska skäl” (59,5 %) följt av ”Jag hade inte tid” (19,3 %) och ”Rädsla (tandläkarskräck)” (16,7 %).

### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med otillfredsställda tandvårdsbehov, %

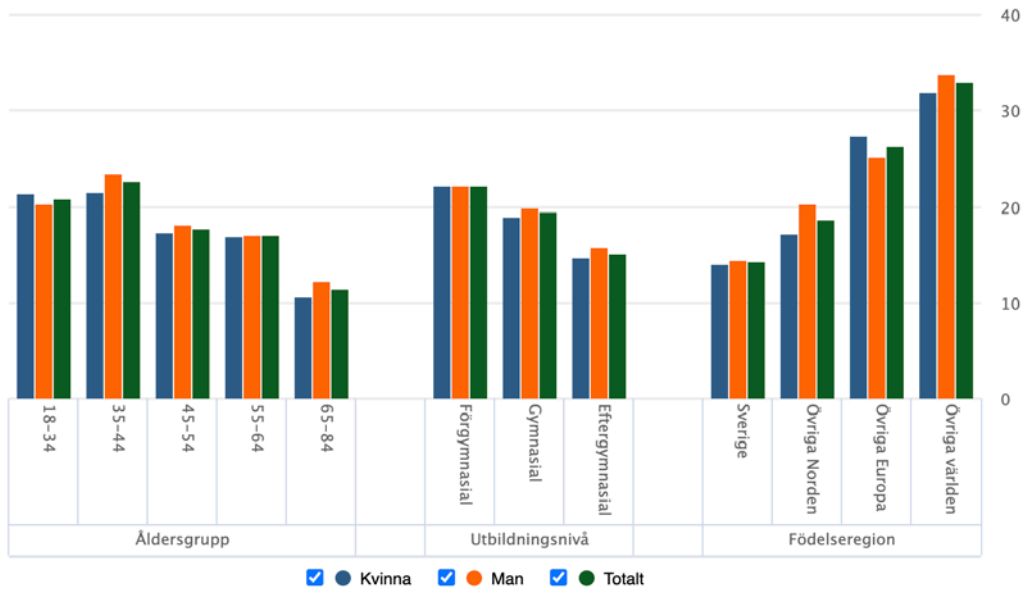
		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	17,8	17,4	17,6
	2008	17,2	17,4	17,3
	2012	14	15,8	14,8
	<b>2019</b>	<b>17,8</b>	<b>18,4</b>	<b>18,1</b>

Ej jämförbar mot riket



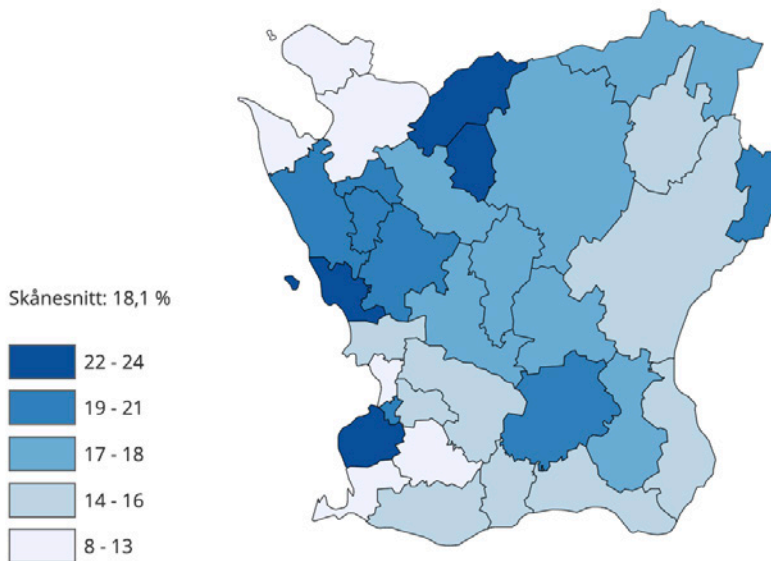
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med otillfredsställda tandvårdsbehov, %



## Geografiska skillnader

Andel med otillfredsställda tandvårdsbehov, %



## REFERENSER

1. Vårdanalys. *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018. Rapport 2018:4. Hämtad 2020-06-30 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/fornuft-och-kansla/>
2. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019. BEFOLKNINGENS ATTITYDER TILL, FÖRTROENDE FÖR OCH UPPFATTNING OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN*. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2020. Hämtad 2020-06-30 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html>



## 5. Levnadsvanor

Det är vanligt med ohälsosamma levnadsvanor bland både kvinnor och män i Sverige. Nationell data visar att bland kvinnorna har omkring hälften minst en ohälsosam levnadsvana. Motsvarande siffra för män är två tredjedelar. Till de ohälsosamma levnadsvanorna räknas bland annat ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskkonsumtion av alkohol. Dessa är i sin tur riskfaktorer för många sjukdomar, däribland våra stora folksjukdomar hjärt- kärlsjukdomar, cancer och typ 2-diabetes (1). Levnadsvanorna skiljer sig dessutom åt mellan olika grupper, baserat på till exempel socioekonomiska aspekter samt ålder och kön, vilket visar på en ojämlik fördelning av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen (2).

Att mäta levnadsvanor genom enkätformulär såsom folkhälsoenkäten 2019 ger goda förutsättningar att urskilja trender. Däremot har denna metod vissa begränsningar som kan påverka tillförlitligheten, vilket är viktigt att ha i beaktning. Det kan handla om att svarande överrapporterar hälsosamma matvanor (3) och grad av fysisk aktivitet (4). Det kan också handla om att underrapportera mindre önskade beteenden såsom narkotikabruk (5). En annan viktig aspekt som bör lyftas är svårigheten att nå ut med enkäten till alla grupper. Personer med olika former av missbruk svarar till exempel på enkäter i lägre utsträckning än andra (6).

Kapitlet om levnadsvanor inkluderar resultat om: matvanor, fysisk aktivitet och stillasittande, rökning, snusning, bruk av e-cigarett, bruk av narkotika och narkotikaklassade läkemedel, riskkonsumtion av alkohol samt spel om pengar.

### Referenser

---

1. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen, 2018. Artikelnummer: 2018-6-24. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sha-repoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
2. Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsopolitikens åtta målområden*. [Internet]. Hämtad 2020-05-29. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsosarbete/folkhalsopolitikens-mal/de-atta-malomradena-inom-folkhalsopolitiken/>

3. Blundell J. E. (2000). What foods do people habitually eat? A dilemma for nutrition, an enigma for psychology. *The American journal of clinical nutrition*, 71(1), 3–5. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.1.3>
4. Tucker, J. M., Welk, G. J., & Beyler, N. K. (2011). Physical activity in U.S.: adults compliance with the Physical Activity Guidelines for Americans. *American journal of preventive medicine*, 40(4), 454–461. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.12.016>
5. Statistiska Centralbyrån (SCB). *Frågor och svar - om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar*. Örebro: Statistiska Centralbyrån (SCB), 2016. 2016:12. Hämtat 2020-06-08 från: [https://www.scb.se/contentassets/c6dd18d66ab240e89d-674ce728e4145f/ov9999\\_2016a01\\_br\\_x08br1601.pdf](https://www.scb.se/contentassets/c6dd18d66ab240e89d-674ce728e4145f/ov9999_2016a01_br_x08br1601.pdf)
6. Statens folkhälsoinstitut. *Narkotikabruket i Sverige*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2010. 2010:13. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/785864a3fd7a468fb5a39ba03dc6387b/r2010-13-narkotikabruket-i-sverige.pdf>

## 5.1 Matvanor

---

### INTAG AV FRUKT OCH GRÖNT

Ohälsosamma matvanor såsom lågt intag av frukt, grönsaker och fibrer utgör en viktig risk för flertalet sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer och typ 2-diabetes (1,2). Enligt Livsmedelsverkets rekommendationer bör barn (från 10 år) och vuxna äta cirka 500 gram (en gång beräknas motsvara ca 100 g) frukt och grönsaker per dag. Det innebär att vi bör äta frukt och grönsaker fem gånger om dagen (3). Frukt- och grönsaks-konsumtionen är generellt sett låg i Sverige och har varit det under många år (4). Dessutom förekommer skillnader mellan grupper i fråga om frukt- och grönsaks-konsumtion. Till exempel är matvanorna bättre ju mer gynnsam socioekonomisk ställning man har (5).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes frågan ”Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?” samt ”Hur ofta äter du frukt och bär?”. Det samlade resultatet i Skåne visade att endast 7,6 % ( $\pm 0,3$ ) uppnår Livsmedelsverkets rekommendationer om intag av frukt och grönsaker. Motsvarande siffra vid senaste mätningen 2012 var 9,4 % ( $\pm 0,5$ ).

Då en så liten andel av befolkningen nådde upp till det rekommenderade intaget av frukt och grönsaker fem gånger per dag, redovisas istället variabeln lågt intag av frukt och grönt (motsvarande ett intag om max 1,3 gånger per dag), vilket är den gränsdragning Folkhälsomyndigheten använder (6). I folkhälsoenkäten 2019 var det 28,6 % ( $\pm 0,5$ ) som hade ett lågt intag av frukt och grönt, vilket är en ökning sedan 2012 då andelen var 25,5 % ( $\pm 0,6$ ).

I alla redovisningsgrupper var det en signifikant högre andel män än kvinnor med lågt intag och den gruppen som hade högst andel var män med förgymnasial utbildning (41,1 % ( $\pm 2,1$ )). I åldersgrupperna skiljde sig den yngsta åldersgruppen 18-34 år mot de äldre, med en total andel på 33,9 % ( $\pm 1,0$ ) jämfört med andelar mellan 25-28 % ( $\pm 0,9-1,2$ ).

Sett till utbildningsnivå var det gruppen med eftergymnasial utbildning som hade lägst andel med lågt intag av frukt och grönt (19,2 % ( $\pm 0,6$ )) vilken kan jämföras med gruppen

med förgymnasial utbildning som låg på 34,9 % ( $\pm 1,4$ ) respektive gruppen med gymnasial utbildning som låg på 32,8 % ( $\pm 0,8$ ).

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan födelseregionerna. I Skånes återfanns de kommuner med högst andel av lågt intag av frukt och grönt i norra Skåne.

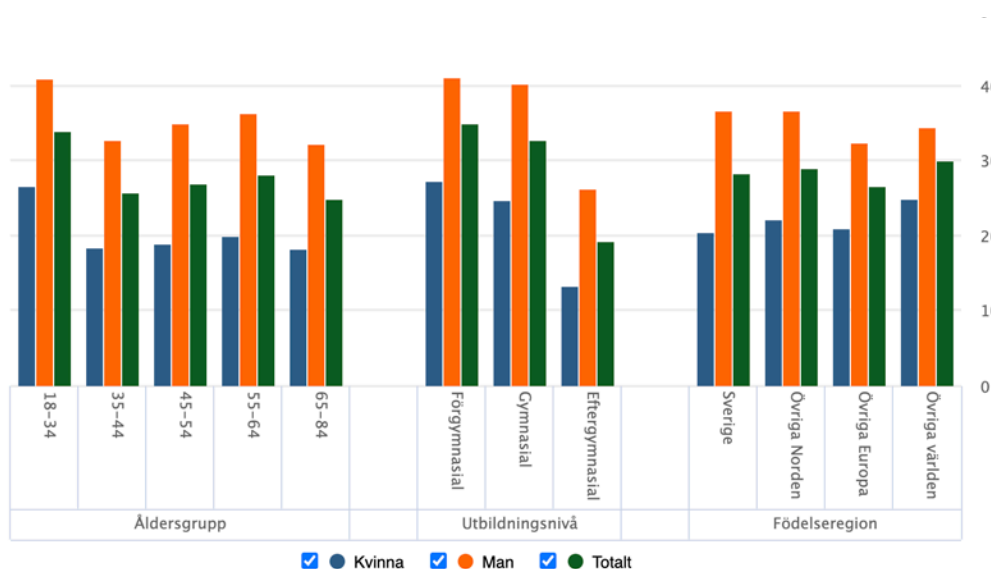
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med lågt intag av frukt och grönt, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	ingen fråga i enkäten		
	2004	16,6	32,8	24,6
	2008	16,6	31,8	24,1
	2012	17,9	33,1	25,5
	<b>2019</b>	<b>21,1</b>	<b>36</b>	<b>28,6</b>
Jämförelse mot riket	Riket	18	36	27
	Skåne	21,1	36	28,6
	Skillnad	3,1	0	1,6

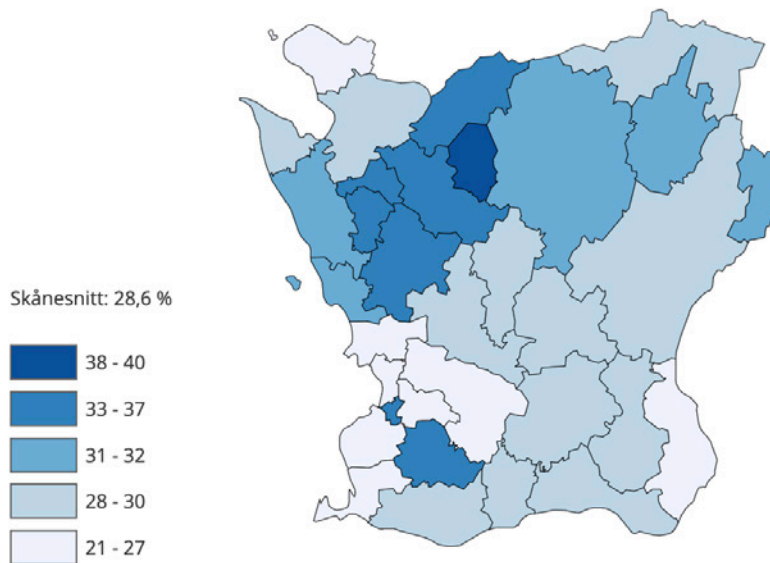
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lågt intag av frukt och grönt, %



## Geografiska skillnader

Andel med lågt intag av frukt och grönt, %



## REFERENSER

1. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report*. Hämtad 2020-05-29 från: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>
2. GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
3. Livsmedelsverket. *Frukt, grönsaker och baljväxter*. [Internet]. Livsmedelsverket, 2020. Hämtad 2020-05-29: <https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/mat-och-dryck/frukt-gront-och-baljvaxter>
4. Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa- en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017\\_18\\_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf](https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf)
5. Mattisson, I. *Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige*. Livsmedelsverket, 2016. Rapport nr 9/2016. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-nr-9-2016-socioekonomiska-skillnader-i-matvanor-i-sverige.pdf>

6. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor 2018*. Folkhälsomyndigheten, 2018. Artikelnummer: 18083. Hämtad 2020-09-23 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten/>

## 5.2 Fysisk aktivitet

---

Fysisk aktivitet har många positiva hälsoeffekter, såväl fysiska som psykiska. Till exempel understödjer regelbunden fysisk aktivitet minskad risk för många sjukdomar, däribland hjärt-kärlsjukdomar, en del cancerformer, typ 2-diabetes och depression (1-4). Fysisk aktivitet bidrar även till en minskning av olika symtom och besvär, såsom oro, ångest samt sömnsvårigheter. Dessutom har fysisk aktivitet en positiv inverkan på kognitiva funktioner, motverkar övervikt och fetma samt minskar risken för sjukdomar i rörelseapparaten samt förtida död (2,3). Den rekommenderade dosen av fysisk aktivitet bland vuxna bör varje vecka uppgå till minst 150 minuter med måttlig intensitet, vilket kan uppnås genom till exempel en rask promenad. Alternativt kan man varje vecka ägna sig åt 75 minuter ansträngande fysisk aktivitet, motsvarande löpning. Det går också bra att kombinera dessa för att nå rekommendationerna (3,5).

Det finns olika definitioner av stillasittande, men övergripande handlar det om den vakna tid som spenderas sittande eller liggande och med låg energiförbrukning (6). Tiden vi spenderar stillasittande har ökat markant de senaste 50 åren genom till exempel skrivbordsjobb, skärmanvändning och ökat bilåkande. Det finns forskning som visar på samband mellan stillasittande beteende och sjukdom samt dödlighet (7,8). Dock behöver flera kunskapsluckor fortfarande fyllas inom detta forskningsområde och även förbättrade metoder efterfrågas för att mäta stillasittande (8).

### FYSISK AKTIVITET

I folkhälsoenkäten 2019 redovisas andelar som uppnår rekommendationen om 150 minuter fysisk aktivitet per vecka. Totalt uppnådde 64,1 % ( $\pm 0,5$ ) av de svarande denna rekommendation. Det var ingen skillnad mellan män och kvinnor.

Den äldsta gruppen 65-84 år hade en lägre andel som uppnådde rekommendationerna jämfört med alla övriga åldersgrupper, medan den yngsta gruppen 18-34 år hade en högre andel jämfört med alla åldersgrupper utom gruppen 45-54 år.

Baserat på utbildningsnivå ökade andelen som uppnådde rekommendationerna ju längre utbildning man hade. Med andra ord var andelen högst i gruppen med eftergymnasial utbildning (72,9 % ( $\pm 0,7$ )) och lägst i gruppen med förgymnasial utbildning (48,7 % ( $\pm 1,5$ )). Likaså var trenden tydlig utifrån födelseregion. I gruppen födda i Sverige uppnådde 68,9 % ( $\pm 0,5$ ) rekommendationen, medan motsvarande siffra för gruppen födda i övriga världen endast var 43,7 % ( $\pm 1,9$ ).

### Jämförelse över tid och mot riket

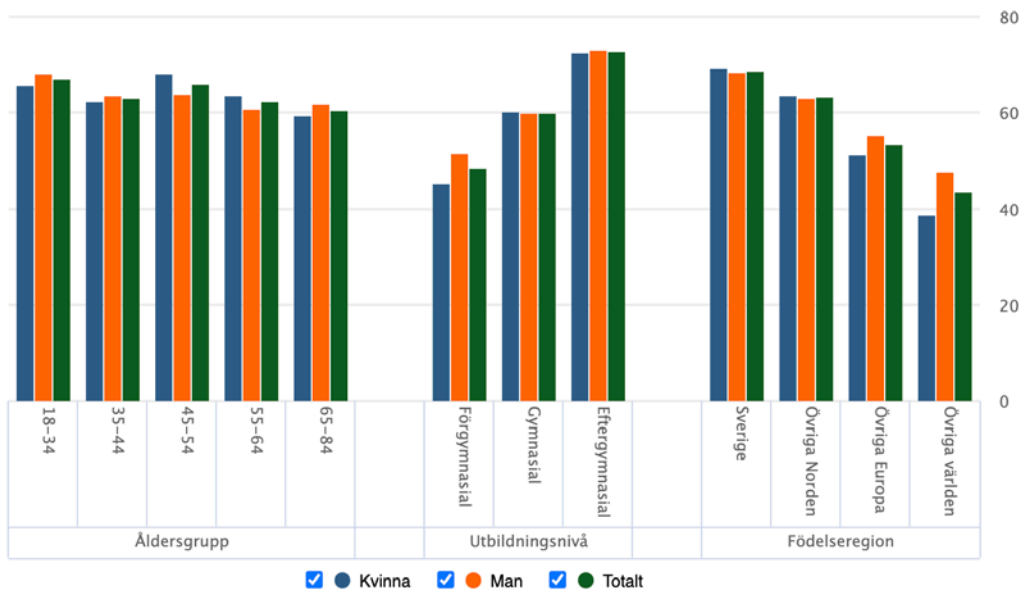
Andel som uppnår rekommendationen om minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	64	64	64
	Skåne	64	64,2	64,1
	Skillnad	0	0,2	0,1

Går ej att jämföra över tid

### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

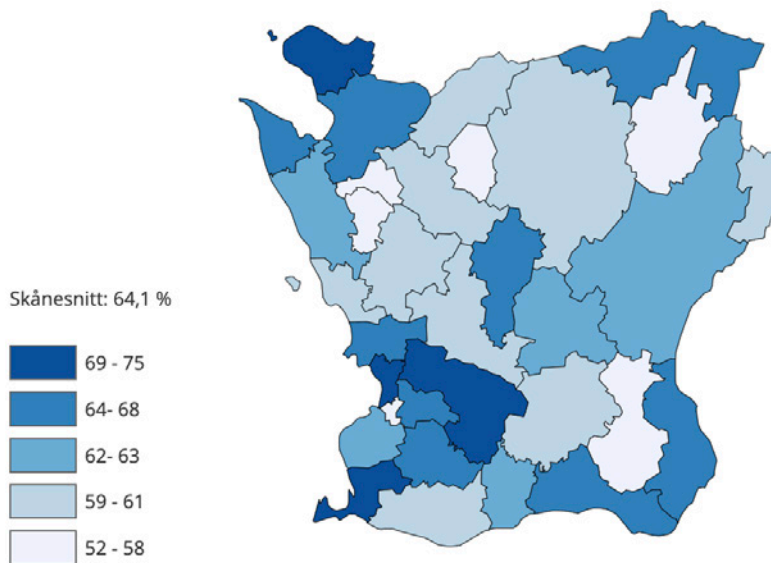
Andel som uppnår rekommendationen om minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka, %





## Geografiska skillnader

Andel som uppnår rekommendationen om minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka, %



## STILLASITTANDE

I folkhälsoenkäten 2019 uppgav en femtedel (19,9 % ( $\pm 0,4$ )) att de var stillasittande minst tio timmar per dygn om man räknar bort sömnen. Detta gällde män i högre utsträckning än kvinnor, både totalt sett och i samtliga åldersgrupper. Andelen med minst tio timmars stillasittande minskade ju äldre man blev och var således högst i den yngsta åldersgruppen 18-34 år (27 % ( $\pm 0,9$ )) och lägst i den äldsta gruppen 65-84 år (12,1 % ( $\pm 0,7$ )).

Gruppen med eftergymnasial utbildning hade en högre andel med minst tio timmars stillasittande (23,6 % ( $\pm 0,7$ )) jämfört med övriga utbildningsgrupper. Lägst andel återfanns i gruppen med gymnasial utbildning (15 % ( $\pm 1,2$ )). Gruppen födda i övriga världen hade den högsta andelen med stillasittande (23,6 % ( $\pm 1,7$ )), men skillnaden var endast signifikant i jämförelse med gruppen födda i Sverige och övriga Europa.

Geografiskt var det högst andel stillasittande i Lund, Lomma, Burlöv och Malmö och lägst andel i kommunerna i sydöstra Skåne.

## Jämförelse över tid och mot riket

Andel stillasittande minst 10 timmar per dygn, %

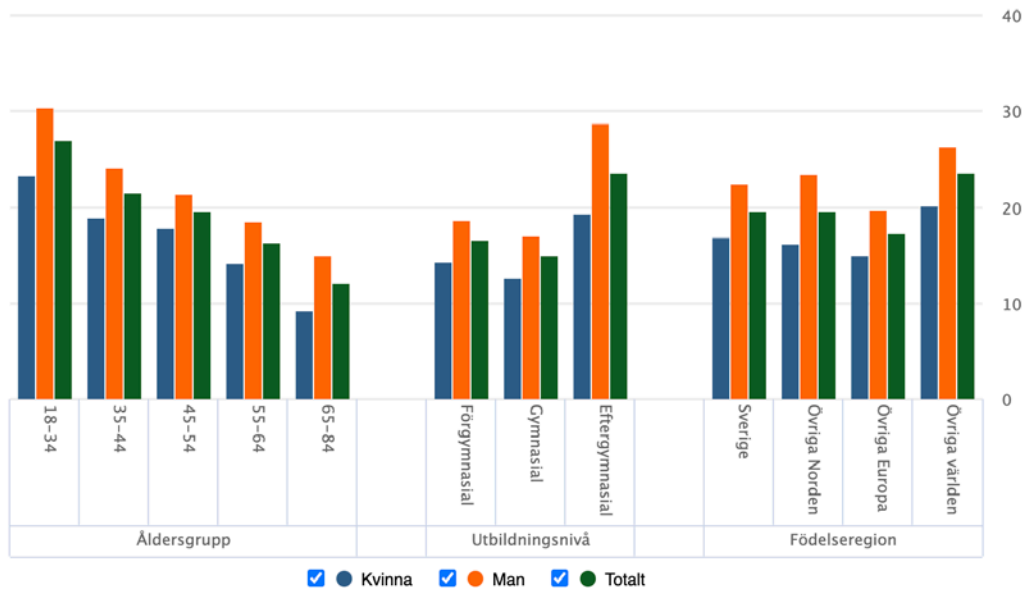
		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	18	25	22
	Skåne	17,1	22,7	19,9
	Skillnad	0,9	2,3	2,1

Går ej att jämföra över tid



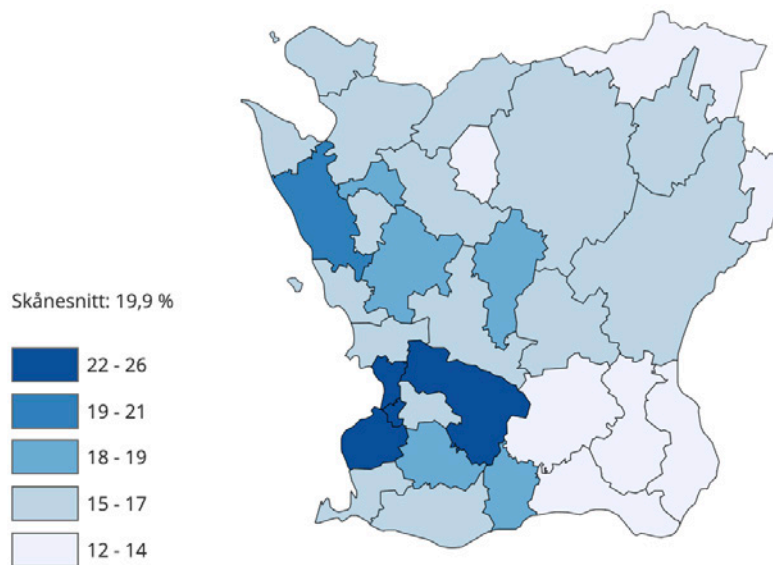
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel stillasittande minst 10 timmar per dygn, %



## Geografiska skillnader

Andel stillasittande minst 10 timmar per dygn, %



## REFERENSER

1. McKinney, J., Lithwick, D. J., Morrison, B. N., Nazzari, H., Isserow, S.H., Heilbron, B., & Krahn, A. D. (2016). The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness. *British Columbia Medical Journal*, 58(3), 131-137.
2. World health organization (WHO). *Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world*. Genève: World health organization (WHO), 2018. Hämtad 2020-05-29 från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>
3. Yrkesföreningen för fysiskt aktivitet, Svenska läkaresällskapet. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017*. Järna: Yrkesföreningen för fysiskt aktivitet (YFA), 2016. Hämtad 2020-05-29 från: <http://www.fyss.se>
4. GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
5. World health organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases*. Genève: World health organization (WHO), 2014. Hämtad 2020-06-08 från: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf;jsessionid=E6993FE054940B792D039AE236249FB8?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=E6993FE054940B792D039AE236249FB8?sequence=1)
6. Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S., Altenburg, T. M., Chinapaw, M., & SBRN Terminology Consensus Project Participants (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
7. Statens Folkhälsoinstitut. *Stillasittande och ohälsa- En litteratursammanställning*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut, 2012. R 2012:07. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se>
8. Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., de Sá, T. H., Smith, A. D., Sharp, S. J., Edwards, P., Woodcock, J., Brage, S., & Wijndaele, K. (2018). Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European journal of epidemiology*, 33(9), 811–829. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>

## 5.3 Rökning och snusning

---

### DAGLIG RÖKNING

Trots att daglig rökning fortsätter att minska i Sverige och flera andra länder, är rökning fortfarande den ledande påverkningbara dödsorsaken här och i övriga höginkomstländer. Rökning påverkar vår hälsa negativt på flera olika sätt. Rökning ökar till exempel risken för flera olika sjukdomar, däribland hjärt- kärlsjukdomar, Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) och olika typer av cancer (1,2). Dessutom har rökning en negativ effekt på prognosen vid vissa sjukdomar som exempelvis prostatacancer (3). Forskning har också visat att de som röker har sämre förutsättningar i samband med kirurgiska ingrepp. Det kan handla om ökad risk för sår-, lung-, och neurologiska komplikationer, infektioner samt dödlighet. Dessutom är behovet av intensivvård efter operation högre bland de som röker (4). För bättre förutsättningar och resultat finns därför rekommendationer om att sluta röka inför operation (5).

Förekomst av rökning skiljer sig åt i befolkningen och är högre i grupper med lägre socioekonomisk position. Orsaken till detta har undersökts i flera studier och samband som påvisats inkluderar aspekter som socialt stöd, motivation, stress och psykologiska faktorer (6-8). Även om hälsoriskerna är den mest allvarliga komplikationen av rökning, har rökning även en samhällsekonomisk konsekvens. I en rapport från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi beräknades rökning kosta samhället 31,5 miljarder kronor år 2015 sett till kostnader för såväl hälso- och sjukvård som produktionsbortfall (9).

Daglig rökning har minskat med omkring 10 procentenheter sedan den första mätningen gjordes i Skåne år 2000. I folkhälsoenkäten 2019 rapporterade 9,1 % ( $\pm 0,3$ ) att de röker dagligen, vilket är en något högre andel jämfört med rikssnittet som ligger på 7 %. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män avseende daglig rökning, sett till hela gruppen. Den grupp med högst andel dagligrökare var kvinnor mellan 55-64 år (12,8 % ( $\pm 1,2$ )), medan den grupp med lägst andel dagligrökare återfanns bland kvinnor i åldersgruppen 35-44 år (6,7 % ( $\pm 0,9$ )). Rökning har dock minskat procentuellt sett i alla åldersgrupper sedan tidigare mätningar. Den gruppen med störst procentuell minskning jämfört med 2012 är de mellan 45-55 år, medan gruppen med minst procentuell skillnad återfinns bland de yngsta 18-34 år.

Andelen dagligrökare skiljde sig åt mellan olika utbildningsgrupper till fördel för gruppen med eftergymnasial utbildning. Andelen dagligrökare i gruppen med förgymnasial utbildning var 13,7 % ( $\pm 1,1$ ), medan motsvarande siffra för gruppen med eftergymnasial utbildning var knappt 5 % ( $\pm 0,4$ ). Daglig rökning har dock minskat i samtliga utbildningsgrupper sedan mätningen 2012.

Likaså fanns det tydliga skillnader avseende dagligrökning mellan de som är födda i Sverige och de som är födda i övriga födelseregioner. Medan andelen dagligrökare bland personer födda i Sverige uppgick till 7,5 % ( $\pm 0,3$ ), var motsvarande siffror för övriga födelsegrupper 11,5 % ( $\pm 2,1$ ) (övriga Norden), 14,2 % ( $\pm 1,4$ ) (övriga Europa) respektive 12,8 % ( $\pm 1,3$ ) (övriga världen). Även om utvecklingen har varit positiv i samtliga av dessa grupper jämfört mot mätningen år 2012, har den procentuella minskningen för gruppen födda i övriga världen varit sämre än för övriga grupper.

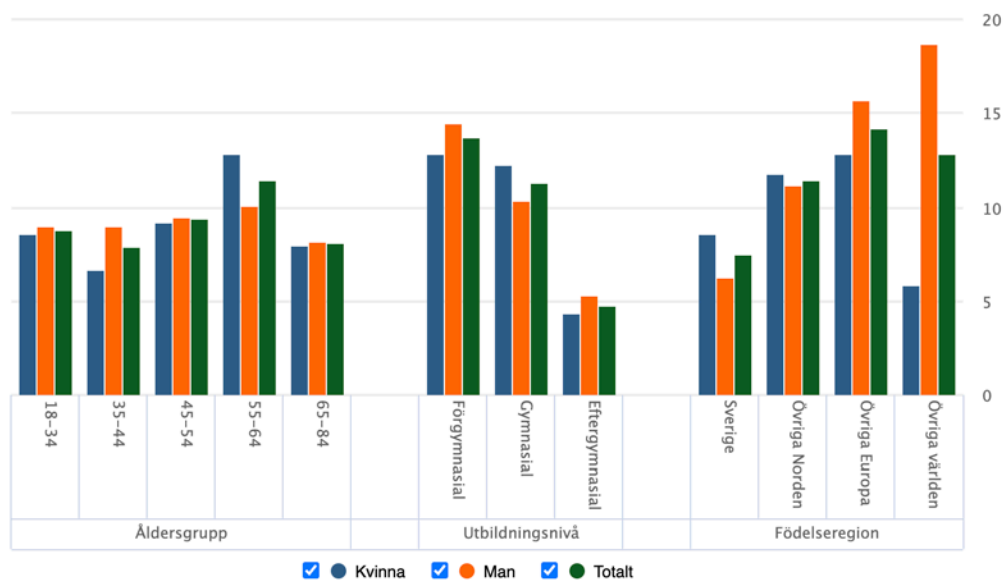
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel dagligrökare, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	20,3	18,2	19,2
	2004	19,2	16,6	17,9
	2008	15,4	14	14,7
	2012	12,5	12,4	12,4
	<b>2019</b>	<b>9</b>	<b>9,2</b>	<b>9,1</b>
Jämförelse mot riket	Riket	7	7	7
	Skåne	9	9,2	9,1
	Skillnad	2	2,2	2,1

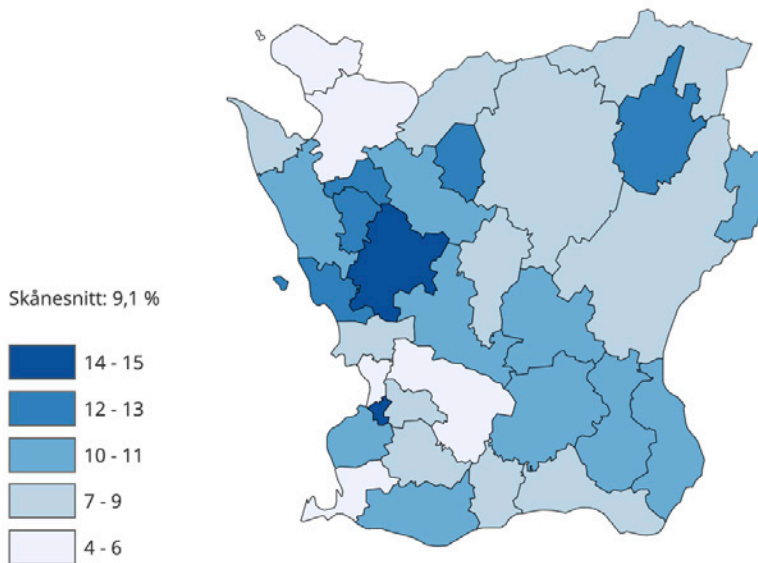
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel dagligrökare, %



## Geografiska skillnader

Andel dagligrökare, %



## DAGLIG SNUSNING

I en norsk litteraturoversikt över snusbruk och hälsorisker har det bland annat framkommit att snusbruk sannolikt ökar risken för vissa former av cancer (till exempel i bukspottkörtel och matstrupe) och typ 2-diabetes (vid högkonsumtion av snus). Resultaten pekade också på en överdödlighet efter stroke och hjärtinfarkt hos personer som snusar. Författarna lyfte dock att forskning saknas mellan snusbruk och ovan nämnda risker för kvinnor (10) och enligt svenska Folkhälsomyndigheten är det vetenskapliga underlaget inte tillräckligt för att kunna dra säkra slutsatser om svenskt snus och dess hälsoeffekter (11).

I folkhälsoenkäten 2019 rapporterade drygt 57 % ( $\pm 0,5$ ) att de aldrig har snusat. Totalt sett angav knappt tio procent (9,6 % ( $\pm 0,3$ )) att de snusar dagligen. Det var stora skillnader mellan könen. Bland kvinnor var andelen mellan 1-4 % ( $\pm 0,3-0,6$ ) beroende på åldersgrupp, medan motsvarande för män var mellan 10-20 % ( $\pm 0,9-1,6$ ). Det fanns ingen skillnad i andel dagligsnusare utifrån olika åldersgrupper förutom i den äldsta 65-84 år, där andelen var signifikant lägre än övriga grupper.

Gruppen med gymnasial utbildning hade en högre andel dagligsnusare än gruppen med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning (12 % ( $\pm 0,6$ ) jämfört med 8,5 % ( $\pm 0,8$ ) respektive 7,8 % ( $\pm 0,4$ )). Andelen dagligsnusare var signifikant högre bland personer födda i Sverige jämfört med respektive övriga födelseregioner. Andelen dagligsnusare var till exempel mer än tre gånger så hög i gruppen svenskfödda jämfört med gruppen födda i övriga världen.

## Jämförelse över tid och mot riket

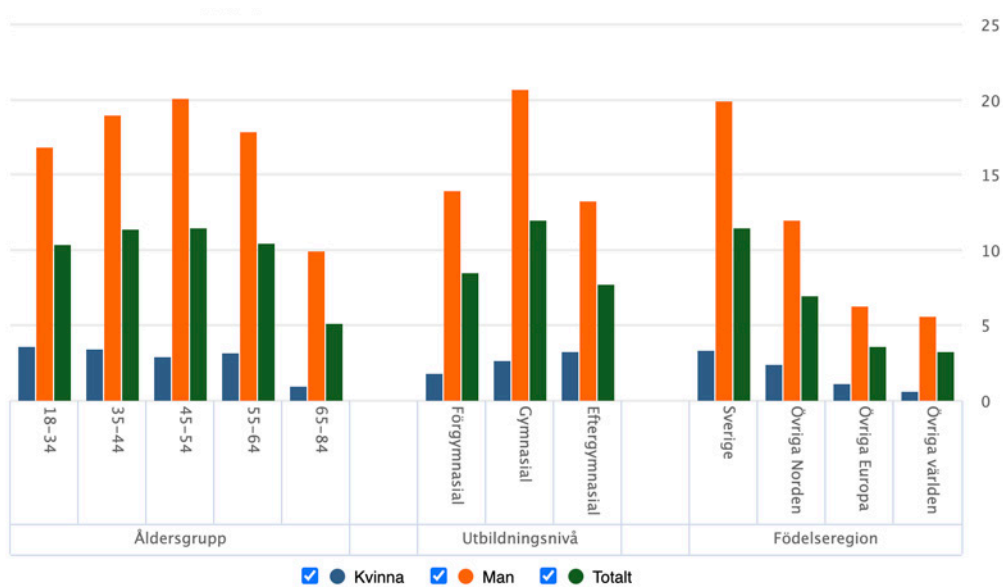
Andel som snusar dagligen, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	4	18	11
	Skåne	2,8	16,4	9,6
	Skillnad	1,2	1,6	1,4

Går ej att jämföra över tid

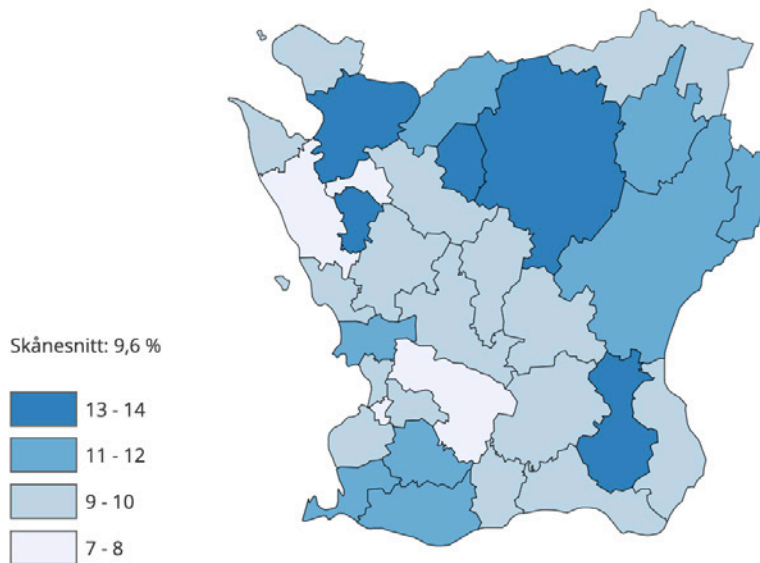
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som snusar dagligen, %



## Geografiska skillnader

Andel som snusar dagligen, %



## E-CIGARETTER

Vid användning av elektroniska cigaretter (e-cigaretter), eller vejping som det också kallas, förångas en vätska (e-vätska eller e-juice) via ett värmelement. Vanligen består denna vätska av en mix av bärarvätskor (glycerin och/eller propylenglykol), smakämnen samt nikotin (även om det också finns nikotinfria alternativ) (12). Liksom för snusning är hälsoeffekterna av vejping inte lika välstuderat som för konventionell rökning. Detta gäller framför allt hälsoeffekter på lång sikt (13,14). Dock finns det idag forskning som visar på samband mellan användning av e-cigaretter och negativ inverkan på vår hälsa, såsom lungskador och hjärtinfarkt, men även skador vid handhavandet av e-cigaretterna, förgiftningar och allergiska reaktioner (13-16).

Resultaten visar andelar som använder e-cigaretter med nikotin dagligen eller ibland.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 2 % ( $\pm 0,2$ ) som uppgav att de använder e-cigaretter dagligen eller ibland. Det var en större andel män än kvinnor som använde e-cigaretter, och andelen i den yngsta åldersgruppen skiljde sig signifikant mot de äldre (3 % ( $\pm 0,4$ ) jämfört med mellan 1-2 % ( $\pm 0,4$ )).

Den tydligaste skillnaden syntes mellan födelseregioner, där det var 5 % ( $\pm 0,9$ ) i gruppen födda i övriga världen jämfört med 1,4 % ( $\pm 0,1$ ) i gruppen födda i Sverige. Vissa skillnader syntes även mellan utbildningsgrupperna, där det var en högre andel i gruppen med förgymnasial utbildning som uppgav att de använde e-cigaretter dagligen eller ibland jämfört med övriga utbildningsgrupper.

Geografiska skillnader visas inte för den här variabeln på grund av för små andelar och skillnader mellan kommunerna.

## Jämförelse över tid och mot riket

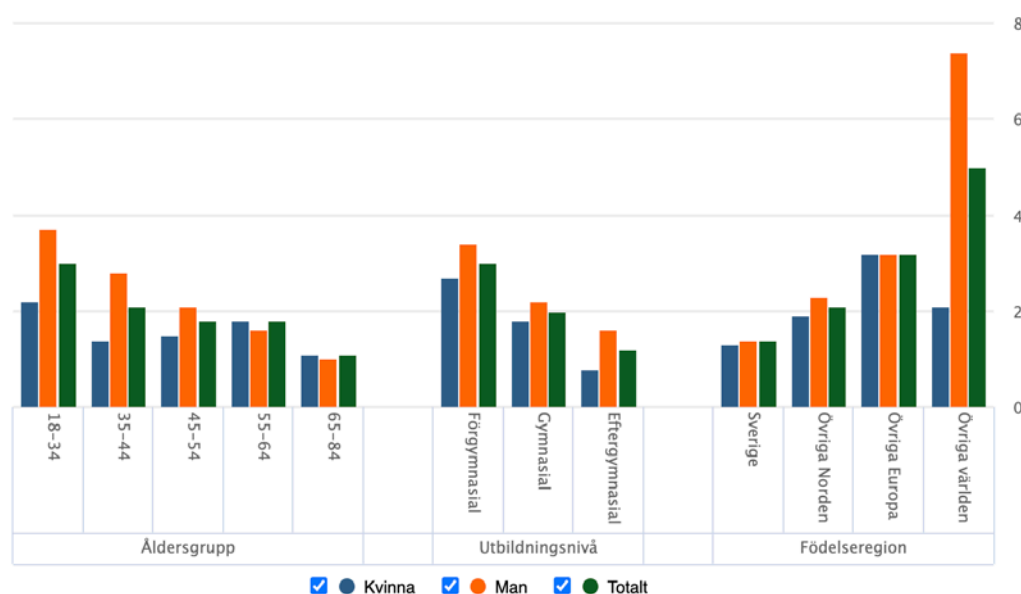
Andel som röker e-cigaretter med nikotin dagligen eller ibland, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	2	2	2
	Skåne	1,6	2,4	2
	Skillnad	0,4	0,4	0

Går ej att jämföra över tid

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som röker e-cigaretter med nikotin dagligen eller ibland, %



## REFERENSER

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1923-1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
2. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US).



3. Peisch, S. F., Van Blarigan, E. L., Chan, J. M., Stampfer, M. J., & Kenfield, S. A. (2017). Prostate cancer progression and mortality: a review of diet and lifestyle factors. *World journal of urology*, 35(6), 867–874. <https://doi.org/10.1007/s00345-016-1914-3>
4. Grønkjær, M., Eliassen, M., Skov-Ettrup, L. S., Tolstrup, J. S., Christiansen, A. H., Mikkelsen, S. S., Becker, U., & Flensburg-Madsen, T. (2014). Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Annals of surgery*, 259(1), 52–71. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182911913>
5. Chamblor, D., & Blincoe, T. (2018). Smoking and surgery. *British journal of hospital medicine* (London, England : 2005), 79(8), 478. <https://doi.org/10.12968/hmed.2018.79.8.478>
6. Adler, N. E., & Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119–123. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01245>
7. Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
8. Harwood, G. A., Salsberry, P., Ferketich, A. K., & Wewers, M. E. (2007). Cigarette smoking, socioeconomic status, and psychosocial factors: examining a conceptual framework. *Public health nursing* (Boston, Mass.), 24(4), 361–371. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2007.00645.x>
9. Andersson, E., Toresson Grip, E., Norrlid, H. & Fridhammar, A. *Samhällskostnaden för rönkningsrelaterad sjuklighet i Sverige*. Lund: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). Rapport 2017:4. Hämtad 2020-06-30 från: [https://ihe.se/wp-content/uploads/2017/06/IHE-Rapport-2017\\_4\\_.pdf](https://ihe.se/wp-content/uploads/2017/06/IHE-Rapport-2017_4_.pdf)
10. Folkehelseinstituttet. *Helserisiko ved snusbruk*. [Health risks from snus use Norwegian Institute of Public Health. Report 2019] versjon 2. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. Rapport 2019. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/helserisiko-ved-snusbruk-rapport-2019-v2.pdf>
11. Folkhälsomyndigheten. *Snusbruk och hälsorisker*. [Internet]. Hämtad 2020-05-29. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-doping-tobak-och-spel-andts/tobak/snusbruk-och-halsorisker/>
12. Länsstyrelsen Västra Götalands län. *Elektroniska cigaretter. En kunskapsammanställning om användning, attityder, och potentiella hälsoeffekter*. Sahlgrenska akademien. Göteborgs Universitet. Institutionen för Neurovetenskap och fysiologi, 2018. Rapport nr: 2018:16. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2e0f9f621636c84402724e29/1528181940235/2018-16.pdf>
13. 1Brown, A., & Balk, S. J. (2020). E-Cigarettes and Other Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS). *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 50(2), 100761. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2020.100761>

14. Gotts, J. E., Jordt, S. E., McConnell, R., & Tarran, R. (2019). What are the respiratory effects of e-cigarettes?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, 15275. <https://doi.org/10.1136/bmj.15275>
15. Alzahrani, T., Pena, I., Temesgen, N., & Glantz, S. A. (2018). Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. *American journal of preventive medicine*, 55(4), 455–461. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.05.004>
16. Tzortzi, A., Kapetanstrataki, M., Evangelopoulou, V., & Behrakis, P. (2020). A Systematic Literature Review of E-Cigarette-Related Illness and Injury: Not Just for the Respiriologist. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072248>

## 5.4 Narkotika

---

Cannabis är den vanligast förekommande illegala drogen både i Sverige och globalt och utgörs främst av hasch och marijuana (1). Utöver cannabis finns en rad andra narkotikatyper, till exempel amfetamin, kokain, ecstasy, LSD samt heroin. Det finns även narkotikaklassade läkemedel som innehåller opioider, till exempel Tramadol (2). Läkemedel av denna typ som används utan läkarordination utgör en stor del av dödligheten relaterat till opioidbruk (3).

Narkotika har flera negativa hälsoeffekter, inte minst i form av beroende och psykisk ohälsa (1,4). Dessutom finns det samband mellan narkotikabruk och sociala problem (såsom negativ påverkan i relationer, studier och arbete) (4), liksom kriminalitet (5,6). Så kallat substansbrukssyndrom på grund av bruk av narkotikapreparat och/eller narkotikaklassade läkemedel har även visat sig ha olika förekomst baserat på socioekonomisk position, med en högre andel i grupper med lägre inkomst och kort utbildning (7).

Förutom den direkta påverkan narkotikabruk har på den enskilde och dess anhöriga medför narkotikabruk även konsekvenser av samhällsekonomisk karaktär. Enligt Missbruksutredningen 2011 kostade narkotikamissbruket i Sverige då omkring 24 miljarder kronor. De största kostnaderna hade sin grund i produktionsbortfall vid sjukskrivning och förtida död samt kostnader för sjukvård, socialtjänst och olika myndigheters insatser (8).

### CANNABIS

I folkhälsoenkäten 2019 var det 14,1 % ( $\pm 0,4$ ) som rapporterade att de någon gång provat hasch eller marijuana. Detta var en något lägre andel än vad som rapporterades vid den senaste mätningen 2012 (15,7 % ( $\pm 0,6$ )), men högre än resultaten från år 2000 då Skåne påbörjade sina mätningar. Detta kan jämföras med huruvida man någon gång provat någon annan narkotika än hasch eller marijuana (till exempel amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD), där den totala andelen låg på 5,5 % ( $\pm 0,2$ ) 2019. Oavsett typ av narkotika var män överrepresenterade, liksom att det var en större andel i de yngre åldersgrupperna (18-34 år och 35-44 år) jämfört mot de äldre som angav att de någon gång använt narkotika.

Det fanns även socioekonomiska skillnader baserat på utbildningsnivå. Bland de som angav att de någon gång använt narkotika oavsett form (hasch/marijuana eller annan typ) var

andelen högre i gruppen med eftergymnasial utbildning (17,4 % (± 0,6) för hasch/marijuana respektive 6,5 % (± 0,4) för övrig narkotika) jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning där motsvarande andel var 7,2 % (± 0,8) respektive 4 % (± 0,6).

Skillnader förekom även mellan grupper från olika födelseregioner. Andelen som någonsin hade använt hasch/marijuana var signifikant högre i grupperna födda i Sverige eller övriga Norden jämfört med de som är födda i övriga Europa och världen. Skillnaderna var inte lika tydliga när det gällde annan typ av narkotika, men även här var till exempel andelen signifikant högre i gruppen födda i Sverige jämfört med grupperna födda i övriga Europa och världen.

Geografiskt i Skåne skiljde det sig stort mellan östra och västra Skåne. I Lund och Malmö var det exempelvis 19 respektive 20 % (± 1,0) som uppgav att de provat hasch eller marijuana jämfört med östra Skåne där nivåerna låg mellan 6-9 % (± 4).

I diagrammen redovisas resultat för bruk av hasch/marijuana (benämnt som cannabis).

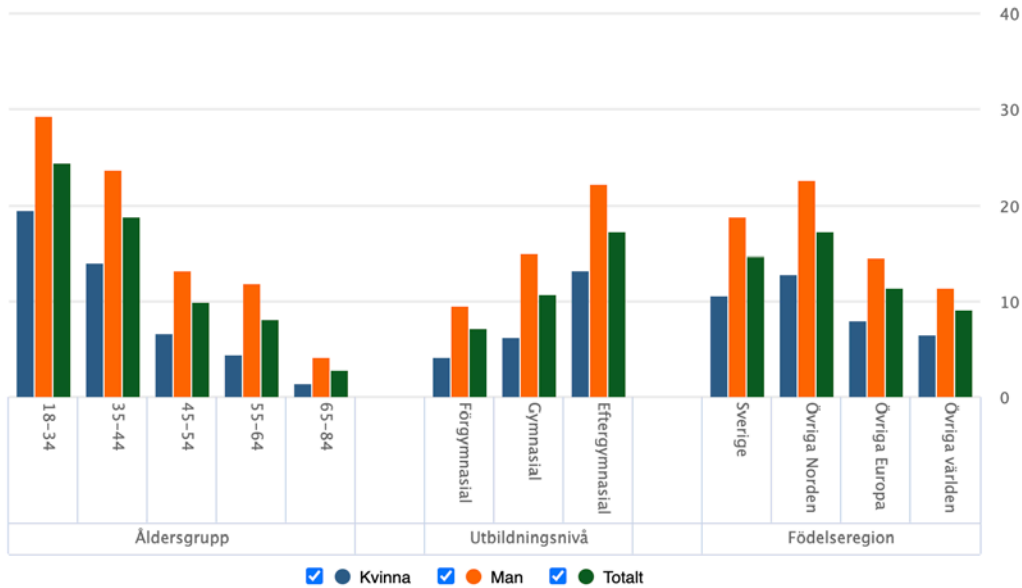
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som någon gång provat hasch eller marijuana, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	6,9	11,8	9,3
	2004	9,7	16,6	13,1
	2008	10,8	18,2	14,5
	2012	12,1	19,3	15,7
	<b>2019</b>	<b>10,2</b>	<b>18</b>	<b>14,1</b>
Jämförelse mot riket	Riket	9,6	17,1	13,4
	Skåne	10,2	18	14,1
	Skillnad	0,6	0,9	0,7

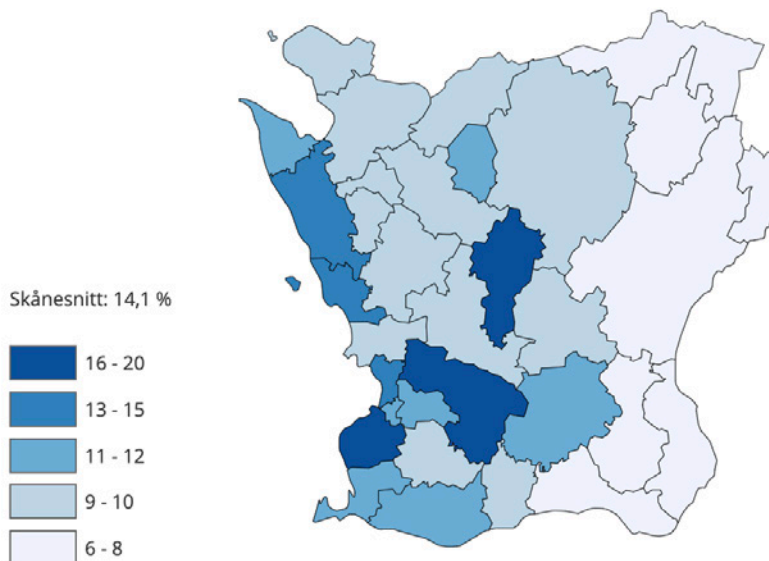
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som någon gång provat hasch eller marijuana, %



## Geografiska skillnader

Andel som någon gång provat hasch eller marijuana, %



## NARKOTIKAKLASSADE LÄKEMEDEL

Till skillnad från cannabisbruk och bruk av annan illegal narkotika såg trenden något annorlunda när det gällde bruk av narkotikaklassade läkemedel (såsom Tramadol, Fentanyl och bensodiazepiner) som inte ordinerats av läkare. Totalt angav 6,1 % ( $\pm 0,3$ ) att de någon gång använt den här typen av preparat utan läkares ordination. Liksom för övrig narkotika var andelen högre bland män än bland kvinnor, men skillnaden mellan olika åldersgrupper var inte lika tydlig.

Dessutom var skillnaderna mellan utbildningsgrupperna det omvända, med högre andelar i grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (drygt 7 % ( $\pm 0,8$ ) vardera) jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (4,4 % ( $\pm 0,3$ )). Vad gäller födelseregion var andelen högst i gruppen födda i övriga Norden (8,4 % ( $\pm 1,9$ )).

Även bland Skånes kommuner skiljde sig trenden för den här typen av preparat jämfört med annan narkotika. Malmö och Lund låg runt 5 % ( $\pm 1,0$ ) medan kommuner som Örkel-ljunga, Tomelilla, Hörby och Burlöv låg högre (runt 10 % ( $\pm 3,0$ )).

### Jämförelse över tid och mot riket

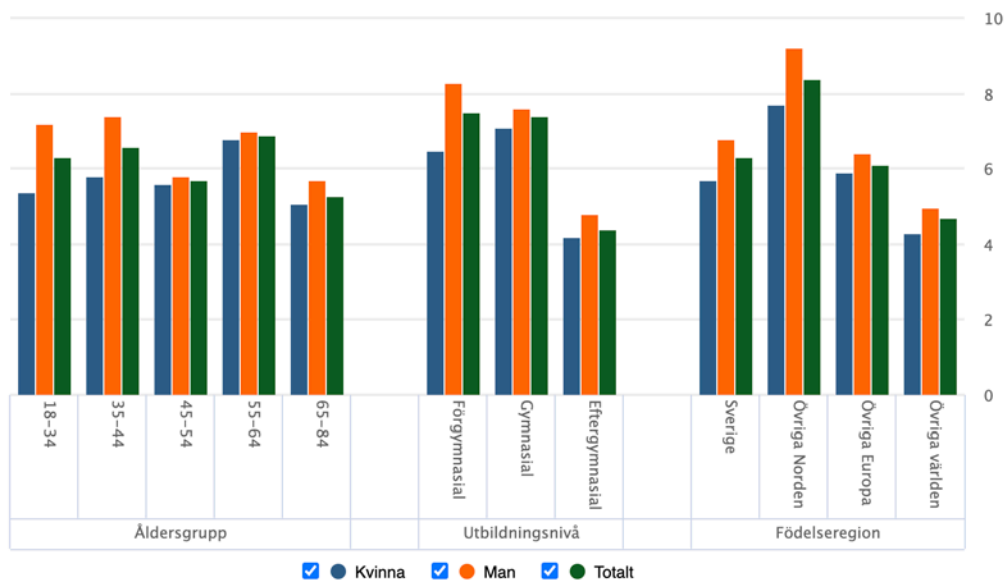
Andel som någon gång använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	4,6	4,5	4,5
	Skåne	5,6	6,6	6,1
	Skillnad	1	2,1	1,6

Går ej att jämföra över tid

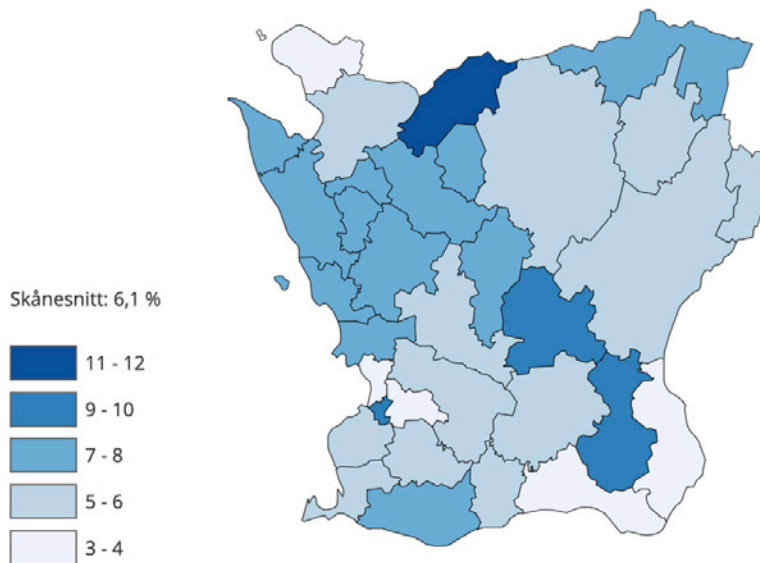
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som någon gång använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination, %



## Geografiska skillnader

Andel som någon gång använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination, %



## REFERENSER

1. World Health Organization (WHO). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: World Health Organization (WHO), 2016. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/cannabis\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/)
2. Drugsmart. *Alkohol och andra droger*. [Internet]. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.drugsmart.com/fakta/>
3. Olsson, P. *Sveriges höga narkotikadödlighet. Vad beror den på och vad kan göras?* Stockholm: Narkotikapolitiskt center, 2019. Hämtad 2020-06-08 från: [http://narkotikapolitisktcenter.se/wp-content/uploads/2020/02/NPC\\_rapport\\_narkotikado%CC%88d-lighet.pdf](http://narkotikapolitisktcenter.se/wp-content/uploads/2020/02/NPC_rapport_narkotikado%CC%88d-lighet.pdf)
4. Folkhälsomyndigheten. *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/k/kunskapsla-get-om-cannabis-och-folkhalsa-i-korthet/>
5. Bennett, T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>
6. Sutherland, R., Sindicich, N., Barrett, E., Whittaker, E., Peacock, A., Hickey, S., & Burns, L. (2015). Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addictive behaviors*, 45, 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.034>

7. Landberg, J., Ramstedt, M. & Sundin, E. *Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 2018. Rapport 176. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-176-socioekonomiska-skillnader-i-beroende-och-utsatthet-for-andras-anvandning-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf>
8. Regeringen. Missbruket, Kunskapen, Vården: *Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Frizes, 2011. SOU 2011:6. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/missbruket-kunskapen-varden-hela-dokumentet-sou-20116>

## 5.5 Alkohol

---

### RISKKONSUMTION AV ALKOHOL

Alkoholkonsumtion är kopplat till hälsa på flera olika sätt genom att det är en riskfaktor för såväl alkoholberoende, olycksfall och skador, men också sjukdomar såsom cancer, hjärt-kärlsjukdom och leversjukdom (1,2). Utöver de hälsoeffekter alkoholkonsumtion har för den som dricker, kan det även medföra negativa konsekvenser för närstående (3). Nationella siffror visar att trots att könsskillnaderna har minskat till viss del de senaste 15 åren, dricker män fortfarande både oftare och mer alkohol än kvinnor. Totalt sätt konsumerar yngre alkohol i högre utsträckning än äldre, men dryckesmönstren skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Medan äldre dricker oftare men mindre mängd per tillfälle, dricker yngre mer sällan med då större mängd per tillfälle (4). Analyser kring socioekonomiska skillnader avseende alkoholberoende har visat att denna typ av beroende är vanligast bland män med kort utbildning (3).

I folkhälsoenkäten 2019 beräknades riskkonsumtion av alkohol utifrån ett index baserat på tre frågor. Med riskbruk menas att konsumtionen ligger på en nivå där risken för sjukdom och ohälsa är påtaglig. Frågorna inkluderar frekvens och mängd alkohol som konsumerats de senaste året. De härstammar från screeningtestet Alcohol Use Disorder Identification (AUDIT) (5,6) och behandlas i enlighet med Folkhälsomyndighetens gränsdragningar (7).

Andel med riskkonsumtion av alkohol var den lägsta som uppmätts sedan frågorna infördes i folkhälsoenkäten 2004. Vid den aktuella mätningen 2019 angav 15,2 % ( $\pm 0,4$ ) riskkonsumtion, vilket är något lägre än de senaste nationella siffrorna som visade på 16 % 2018.

Riskkonsumtionen var högre bland män (18 % ( $\pm 0,6$ )) jämfört med kvinnor (12,5 % ( $\pm 0,4$ )) och andelen var högst i den yngsta åldersgruppen 18-34 år (18,6 % ( $\pm 0,8$ )). Det var en högre andel med riskbruk i grupperna med gymnasial- (14,6 % ( $\pm 0,6$ )) och eftergymnasial utbildning (14 % ( $\pm 0,5$ )) jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning (10,8 % ( $\pm 0,9$ )). Personer med riskbruk återfanns i högre andel bland personer i gruppen födda i Sverige (17,3 % ( $\pm 0,4$ )) och övriga Norden (17,9 % ( $\pm 2,5$ )) jämfört med gruppen födda i övriga Europa (9 % ( $\pm 1,1$ )) och övriga världen (4,8 % ( $\pm 0,8$ )). Motsvarande mönster syns på nationell nivå.

I Skåne var det lägst andel riskkonsumenter av alkohol i nordöstra Skåne och högst andel i Lund och Vellinge.

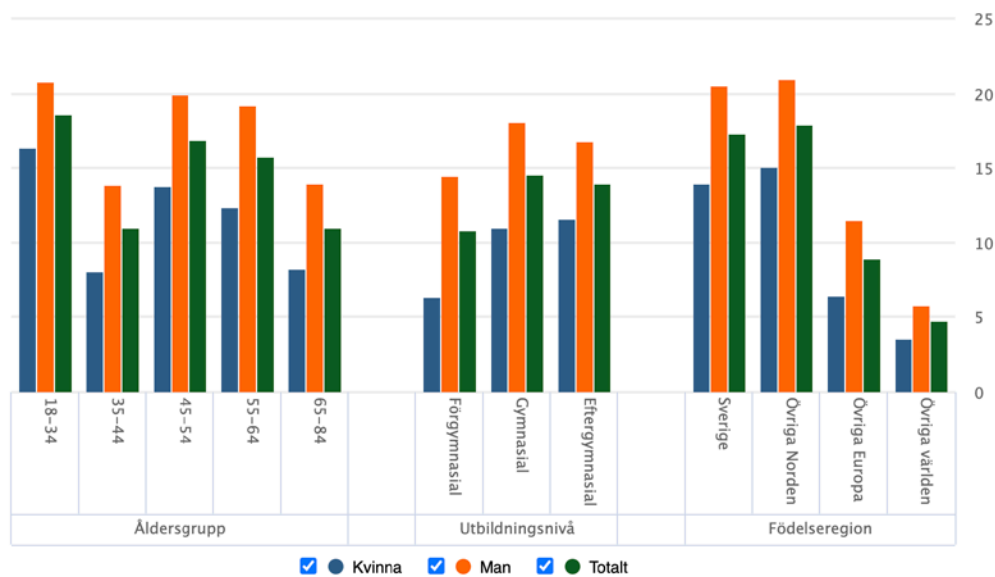
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel riskkonsumenter av alkohol, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004	13,4	21,9	17,6
	2008	13,9	21,4	17,6
	2012	13,3	19,3	16,3
	<b>2019</b>	<b>12,4</b>	<b>18</b>	<b>15,2</b>
Jämförelse mot riket	Riket	13	20	16
	Skåne	12,4	18	15,2
	Skillnad	0,6	2	0,8

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelse-region

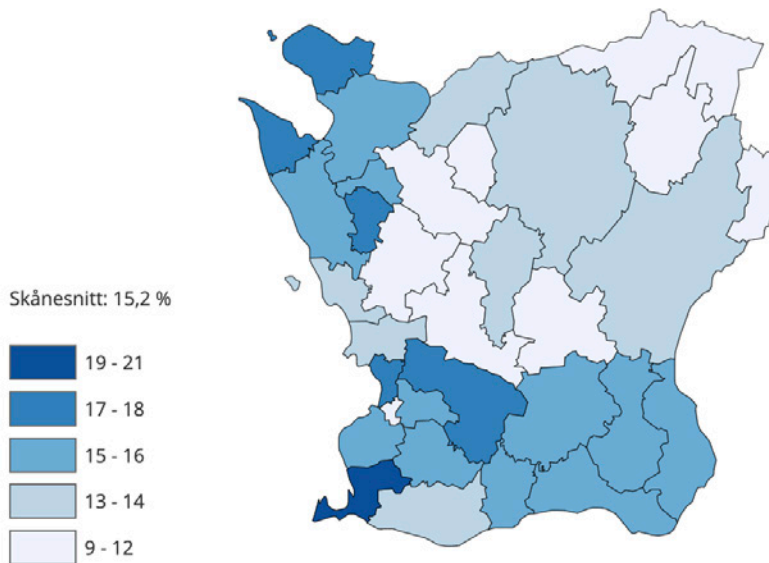
Andel riskkonsumenter av alkohol, %





## Geografiska skillnader

Andel riskkonsumenter av alkohol, %



## REFERENSER

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
2. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet. Psychiatry*, 5(12), 987–1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
3. Folkhälsomyndigheten. *Socioekonomiska skillnader i alkohol, narkotika och tobak – delvis olika mönster för beroende och utsatthet*. Folkhälsomyndigheten, 2018. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/de63201127d5474db82ef5a8b20102d4/18094-faktablad-socioekonomiska-skillnader-ant.pdf>
4. Guttormsson, U. & Gröndahl, M. *Befolkningens självrapporterade alkoholvanor 2004-2017*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2018. Rapport 173. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-173-befolkningens-sjalvrappporterade-alkoholvanor-2004-2017.pdf>
5. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093>

6. Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789–1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
7. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor 2018*. Folkhälsomyndigheten, 2018. Artikelnummer: 18083. Hämtad 2020-09-23 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten/>

## 5.6 Spelvanor

---

### RISKABLA SPELVANOR

Spel om pengar är ett folkhälsoproblem med stora konsekvenser inte enbart för den spelande själv, utan även för närstående och samhället i stort. Problematiskt spelande har visat sig ha samband med flera hälsofaktorer såsom tobaks- och narkotikabruk, riskbruk av alkohol samt psykisk påverkan i form av depression, ångest och självmordstankar. Andra samband kopplat till problematiskt spelande är sociala och ekonomiska problem (1). Enligt en beräkning från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) uppnådde spelproblem samhällsekonomiska kostnader om 14,4 miljarder 2018 i Sverige. I samma rapport efterfrågas ytterligare forskning kring orsakssamband mellan spelberoende och exempelvis psykisk ohälsa (2).

Frågorna som använts i folkhälsoenkäten 2019 för att beräkna problematiskt spelande utgörs av två delar. Båda delarna efterfrågar hur individens spelvanor varit det senaste året. I den första delen undersöks om spel om pengar förekommit, medan den andra delen efterfrågar förekomst av beteenden relaterat till spelet. Utifrån detta beräknas ett summaindex som indikerar problematiskt spelande, motsvarande hur Folkhälsomyndigheten behandlar frågorna (3).

I folkhälsoenkäten 2019 uppnådde drygt 3 % ( $\pm 0,2$ ) av samtliga svarande ett problematiskt spelande. Detta gällde män i högre utsträckning än kvinnor (5,2 % ( $\pm 0,4$ ) respektive 1,3 % ( $\pm 0,2$ )) och andelen i den yngsta åldersgruppen (18-34 år) var högre än i övriga åldersgrupper (4,4 % ( $\pm 0,4$ ) jämfört med mellan 2-3,5 % ( $\pm 0,5$ )).

Dubbelt så många i grupperna med förgymnasial- samt gymnasial utbildning (3,5 % ( $\pm 0,6$ ) och 4 % ( $\pm 0,4$ ) respektive) uppgav problematiskt spelande jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (2 % ( $\pm 0,2$ )). Andel med problematiskt spelade skiljde sig även mellan födelseregioner. Grupperna födda i övriga Europa och övriga världen angav i högre utsträckning problematiskt spelande (4,4 % ( $\pm 0,8$ ) respektive 5,2 % ( $\pm 0,9$ )) jämfört med grupperna födda i Sverige eller övriga Norden (2,8 % ( $\pm 0,2$ ) respektive 2,2 % ( $\pm 1,1$ )).

Geografiska skillnader visas inte för problematiskt spelande på grund av för små andelar och för små skillnader mellan kommunerna.

## Jämförelse över tid och mot riket

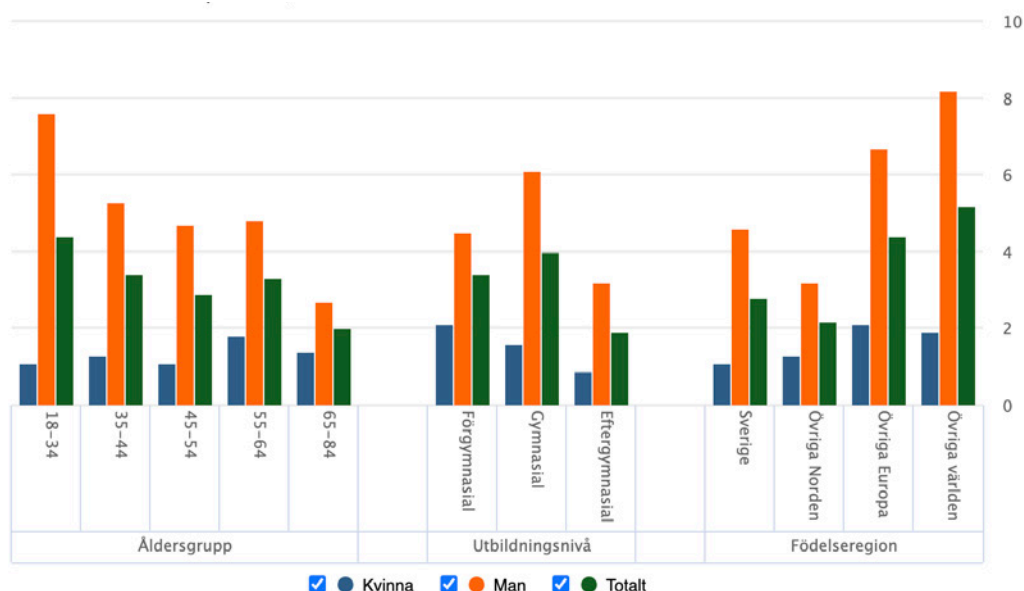
Andel med riskabla spelvanor, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	2	6	4
	Skåne	1,3	5,2	3,3
	Skillnad	0,7	0,8	0,7

Går ej att jämföra över tid

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med riskabla spelvanor, %



## REFERENSER

1. Folkhälsomyndigheten. *Spel om pengar är en folkhälsofråga*. Folkhälsomyndigheten, 2020. Artikelnummer: 20040. Hämtad 2020-10-06 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4f3d1175836843398dd7c9915f3b50e7/spel-pengar-folkhalsofraga.pdf>
2. Hofmarcher, T., Gustafsson, A. & Persson, U. *Samhällets kostnader för spelproblem i Sverige*. Lund: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE), 2020. Rapport 2020:1. Hämtad 2020-07-01 från: [https://ihe.se/wp-content/uploads/2020/01/IHE-Rapport-2020\\_1\\_.pdf](https://ihe.se/wp-content/uploads/2020/01/IHE-Rapport-2020_1_.pdf)
3. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor 2018*. Folkhälsomyndigheten, 2018. Artikelnummer: 18083. Hämtad 2020-09-23 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten/>

## 5.7 Solvanor

### BRÄNT SIG I SOLEN

Hudcancer är den cancerform som ökar mest i Sverige. Malignt melanom är den mest allvarliga formen av hudcancer och forskning har visat att personer som upprepade gånger har bränt sig i solen eller i solarium har en ökad risk att drabbas. Då barn och ungas hud är känsligare än vuxnas är den här typen av brännskador i ung ålder en viktig faktor för risken att utveckla malignt melanom när man är äldre (1).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes frågan: Ungefär hur många gånger under de senaste 12 månaderna har du bränt dig i solen så att huden både sved och blev röd? Följande svarsalternativ fanns att välja mellan: Aldrig, 1-2 gånger, 3-5 gånger, mer än 5 gånger. De som hade bränt sig i solen minst en gång det senaste året redovisas nedan.

Totalt uppgav 37,1 % ( $\pm 0,5$ ) att de någon gång bränt sig i solen det senaste året. Det var en något större andel män än kvinnor (38,8 % ( $\pm 0,8$ ) jämfört med 35,5 % ( $\pm 0,7$ )), men skillnaden var liten. Andelen minskade ju högre åldersgrupper som redovisades. Högst andel var det i den yngsta åldersgruppen 18-34 år där mer än hälften, 54 % ( $\pm 1,0$ ) uppgav att de hade bränt sig i solen det senaste året. Lägst andel var det i åldersgruppen 65-84 år där det var 14,5 % ( $\pm 0,7$ ). Sett till utbildningsgrupperna var det högst andel i gruppen med eftergymnasial utbildning (39,1 % ( $\pm 0,8$ )) och lägst andel i gruppen med förgymnasial utbildning (23,1 % ( $\pm 1,3$ )). Skillnader förekom även sett till olika födelseregioner, där gruppen födda i Sverige låg högst på 39,2 % ( $\pm 0,5$ ) och gruppen födda i övriga världen låg lägst på 25,6 % ( $\pm 1,7$ ).

#### Jämförelse över tid och mot riket

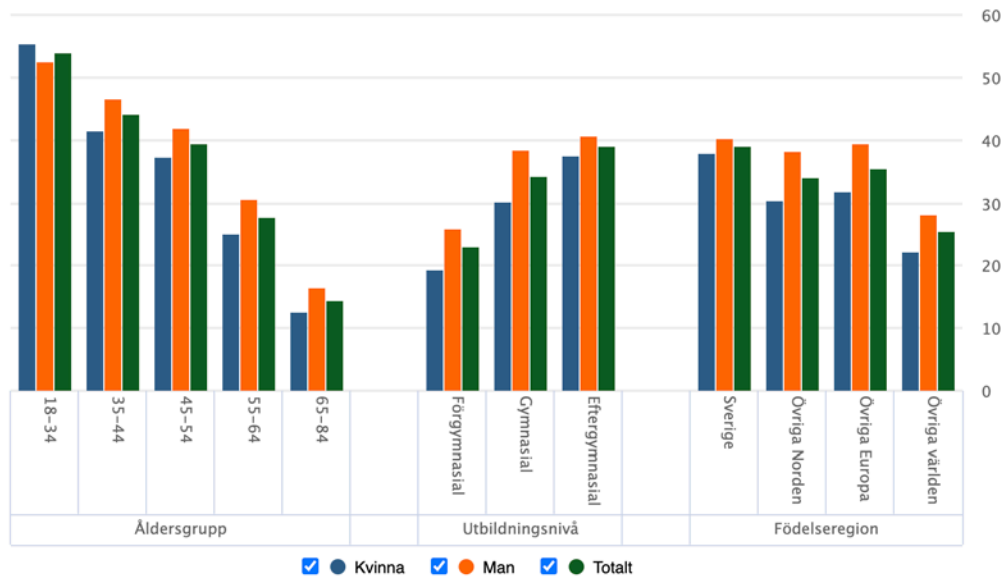
Andel som bränt sig i solen det senaste året, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	40	41	41
	Skåne	35,5	38,8	37,1
	Skillnad	4,5	2,2	3,9

Går ej att jämföra över tid

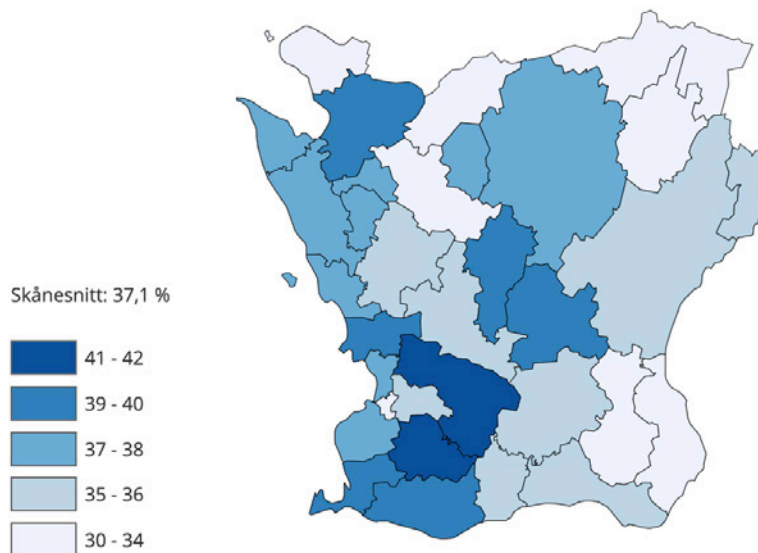
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som bränt sig i solen det senaste året, %



## Geografiska skillnader

Andel som bränt sig i solen det senaste året, %



## REFERENSER

1. Höiom, V. *SSM:s vetenskapliga råd för ultraviolett strålning 2017*. Strålsäkerhetsmyndigheten, 2017. Rapportnummer: 2018:14. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/contentassets/a7ea0748234f4aea9a6f-9d2bb7328716/201814-uv-radets-rapport-2017>



## 6. Sociala relationer

Sociala relationer kan beskrivas utifrån olika termer såsom socialt stöd, socialt deltagande och tillit. Samtliga är på olika sätt relaterade till hälsa. Till exempel har forskning visat på positiva samband mellan socialt stöd och hälsa (1, 2). De fyra vanligaste formerna av socialt stöd är emotionellt stöd, instrumentellt stöd, informativt stöd samt uppskattning (2), varav emotionellt stöd (att ha någon att prata med och som bryr sig om en) samt instrumentellt stöd (praktiskt stöd, till exempel avlastning) ingår i folkhälsoenkäten 2019. Vidare är socialt deltagande och tillit två delar av socialt kapital, ett centralt begrepp i folkhälsosammanhang. Socialt kapital skapas genom människors deltagande i till exempel grupper eller organisationer (socialt deltagande). Inom dessa nätverk skapas ett samspel som gör att deltagarna känner ett ömsesidigt förtroende för varandra (tillit) och arbetar för att uppnå gruppens gemensamma normer (3). Många studier har påvisat samband mellan socialt kapital och hälsa, såsom självskattad hälsa (4, 5), hälsorelaterade levnadsvanor som rökning och fysisk aktivitet (6, 7, 8) mental hälsa (9, 10) och dödlighet (11).

I lagtext har kränkning beskrivits som ”ett angrepp mot någons person, frihet, frid eller ära” (12). Vidare innebär diskriminering att en person blivit kränkt eller missgynnad med koppling till en eller flera av de sju diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsned-sättning, sexuell läggning samt ålder) (13). Det finns samband mellan upplevd kränkning (14) liksom upplevd diskriminering och sämre självskattad hälsa (15, 16). Det finns även samband mellan upplevd diskriminering och psykisk ohälsa (17, 18) samt självmordstankar (19). Grupper som upplever sig diskriminerade har dessutom lägre förtroende för andra människor samt institutioner (16).

Kränkningar har bland annat studerats i arbetsmiljösammanhang och i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) definieras kränkande särbehandling som ”handlingar som riktas mot en eller flera arbetstagare på ett kränkande sätt och som kan leda till ohälsa eller att dessa ställs utanför arbetsplatsens gemenskap” (20). Det kan till exempel röra sig om sexuella trakasserier, hot, fysiska ingrepp, ryktes-spridning eller utfrysning (21). Siffror från Arbetsmiljöverket visar bland annat att kvinnor i högre utsträckning än män upplever besvär på grund av kränkande särbehandling från chef eller kollegor (22).

## Praktiskt stöd

För instrumentellt stöd ställdes frågan: Kan du få hjälp av någon eller några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? Det fanns fyra möjliga svarsalternativ: ja, alltid, ja, för det mesta, nej, för det mesta inte samt nej, aldrig. De två sistnämnda kategoriserades som att man saknade praktiskt stöd.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 7,4 % ( $\pm 0,3$ ) som uppgav att de saknar praktiskt stöd för det mesta eller alltid. Det var fler män än kvinnor (8,8 % ( $\pm 0,5$ ) respektive 6,1 % ( $\pm 0,4$ )) och snitten i Skåne låg något högre än rikssnitten. Sett till åldersgrupperna var det små skillnader.

I utbildningsgrupperna var det en större andel med förgymnasial utbildning som uppgav att de saknar praktiskt stöd (11,1 % ( $\pm 1,0$ )) jämfört med de med gymnasial- samt eftergymnasial utbildning (7,4 % ( $\pm 0,5$ ) och 5,9 % ( $\pm 0,4$ )). Störst skillnad fanns mellan födelseregionerna, där gruppen födda i övriga världen hade mer än fyra gånger så hög andel individer som saknade praktiskt stöd än gruppen födda i Sverige (21 % ( $\pm 1,6$ ) jämfört med 4,6 % ( $\pm 0,2$ )).

### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som saknar praktiskt stöd, %

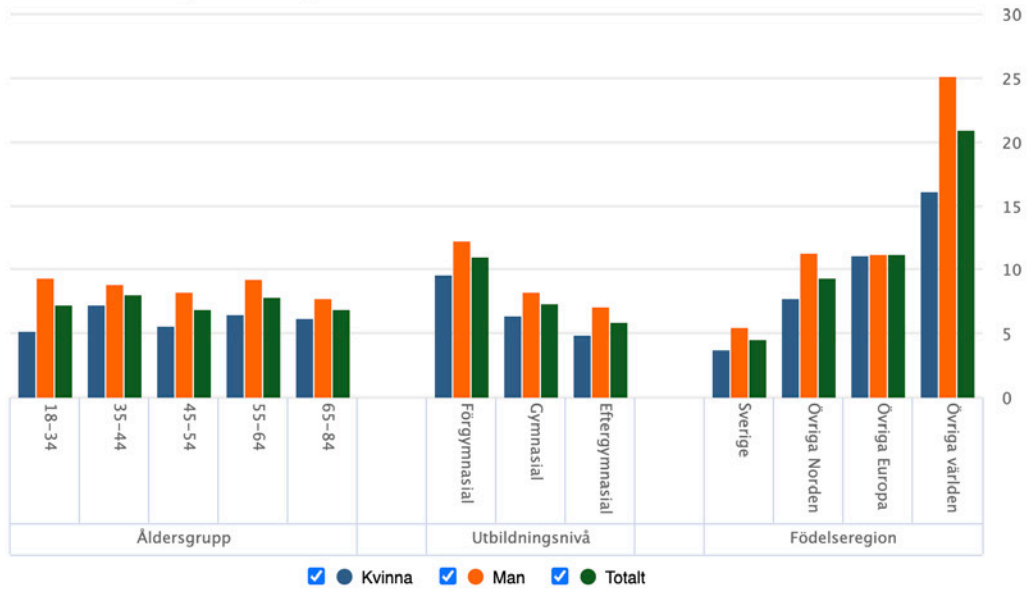
		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	5	6	6
	Skåne	6,1	8,8	7,4
	Skillnad	1,1	2,8	1,4

Går ej att jämföra över tid



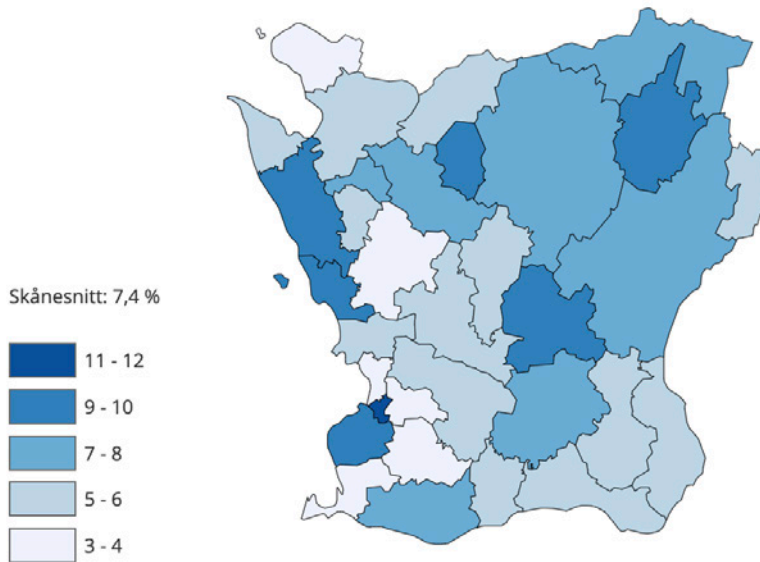
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som saknar praktiskt stöd, %



## Geografiska skillnader

Andel som saknar praktiskt stöd, %





## EMOTIONELLT STÖD

Frågan om emotionellt stöd kunde besvaras med ja eller nej. Frågan löd: Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtrö dig åt? Gruppen som svarade nekande kategoriserades som att de saknade emotionellt stöd.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 13,6 % ( $\pm 0,4$ ) som uppgav att de saknade emotionellt stöd. Trenderna i redovisningsgrupperna för andel som saknade emotionellt stöd liknar i stort trenderna för andel som saknade praktiskt stöd.

Det var vanligare bland männen än kvinnorna att sakna emotionellt stöd, 16 % ( $\pm 0,6$ ) jämfört med 11,2 % ( $\pm 0,5$ ) men skillnaderna var små mellan åldersgrupperna. Skillnader förekom även mellan utbildningsgrupperna där gruppen med förgymnasial utbildning i högre grad uppgav att de saknade emotionellt stöd (17,4 % ( $\pm 1,2$ )) jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (10,8 ( $\pm 0,5$ )).

Störst skillnader återfanns dock mellan födelseregionerna. I gruppen födda i övriga världen var det 25,9 % ( $\pm 1,7$ ) som uppgav att de saknade emotionellt stöd. I jämförelse var samma nivå 11,2 % ( $\pm 0,4$ ) för gruppen födda i Sverige.

### Jämförelse över tid och mot riket

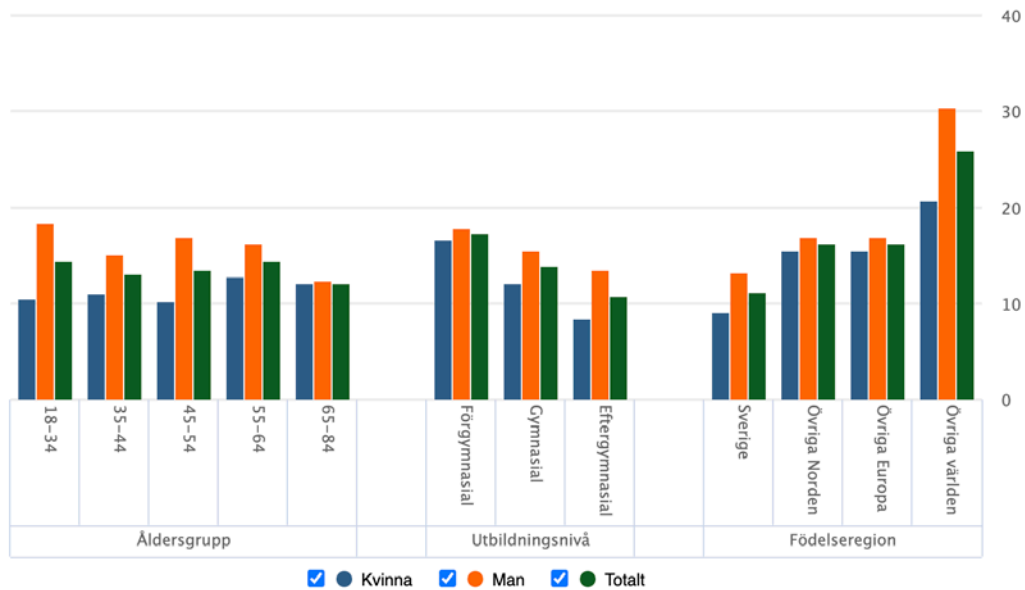
Andel som saknar emotionellt stöd, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	10	14	12
	Skåne	11,2	16	13,6
	Skillnad	1,2	2	1,6

Går ej att jämföra över tid

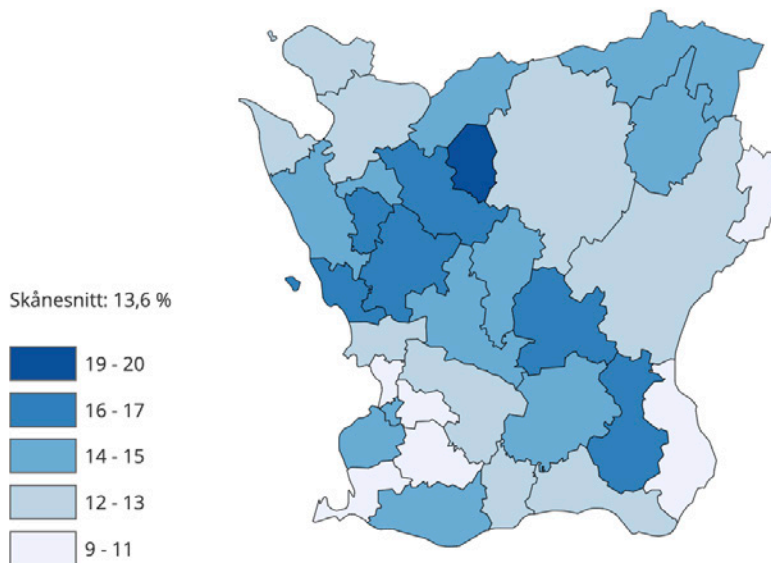
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som saknar emotionellt stöd, %



## Geografiska skillnader

Andel som saknar emotionellt stöd, %



## SOCIALT DELTAGANDE

För socialt deltagande ställdes frågan: Har du besökt/deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna? En lång rad olika aktiviteter listades, varav den svarande kunde kryssa i flera alternativ. Svarande som angav max en aktivitet ansågs ha lågt socialt deltagande.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 17,1 % ( $\pm 0,4$ ) som ansågs ha lågt socialt deltagande. Andelen var något lägre för kvinnor än för män och låg på samma nivå som rikssnittet. I åldrarna 18-54 år var det ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna, men i de högre åldrarna var andelen med lågt socialt deltagande större. Störst andel återfanns i åldersgruppen 65-84 år där det var 26 % ( $\pm 0,9$ ) med lågt socialt deltagande.

Mellan utbildningsgrupperna skiljde sig andelsskattningarna åt stort. I gruppen med förgymnasial utbildning var det hela 36,7 % ( $\pm 1,5$ ) som ansågs ha lågt socialt deltagande. I gruppen med gymnasial utbildning var det en lägre andel på 19,6 % ( $\pm 0,7$ ) och i gruppen med eftergymnasial utbildning var det 7,8 % ( $\pm 0,5$ ) med lågt socialt deltagande.

Det var även stora skillnader mellan födelseregionerna, där till exempel gruppen födda i Sverige hade lägst nivå på 13,5 % ( $\pm 0,4$ ) medan gruppen födda i övriga världen hade högst andel (33,1% ( $\pm 1,9$ )) som ansågs ha lågt socialt deltagande.

Det fanns även geografiska skillnader i Skåne. I sydvästra Skåne återfanns de kommuner med lägst andelar med lågt socialt deltagande, medan kommuner som Tomelilla, Bjuv, Åstorp, Klippan och Perstorp hade störst andelar (mellan 23-26 %  $\pm 3,0$ ).

Av listan på sociala aktiviteter var det flest som angav att de deltagit i ”Privat fest” samt ”Teater eller bio”.

### Jämförelse över tid och mot riket

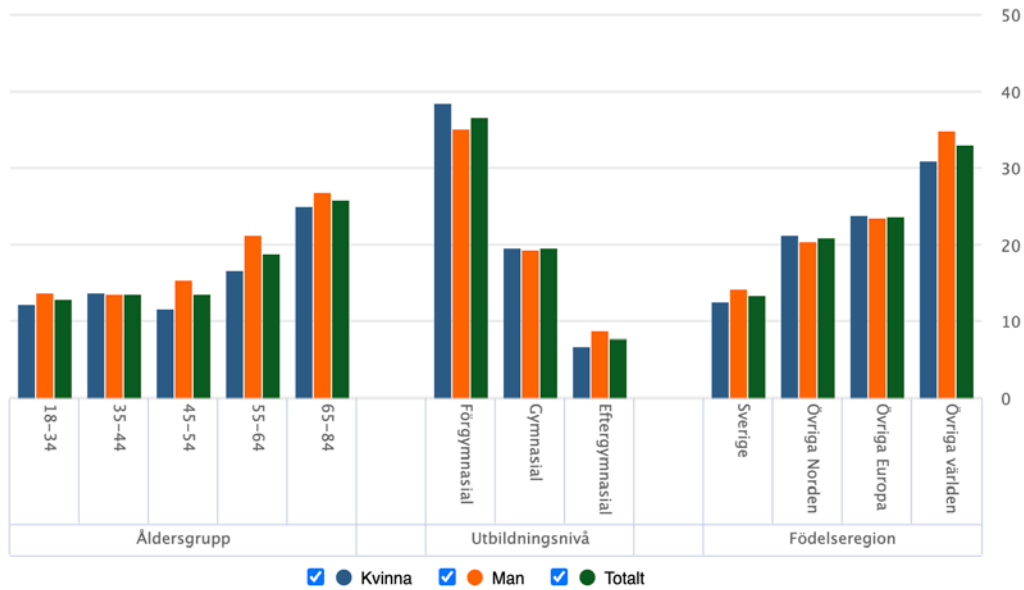
Andel med lågt socialt deltagande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	16	18	17
	Skåne	16,1	18	17,1
	Skillnad	0,1	0	0,1

Går ej att jämföra över tid

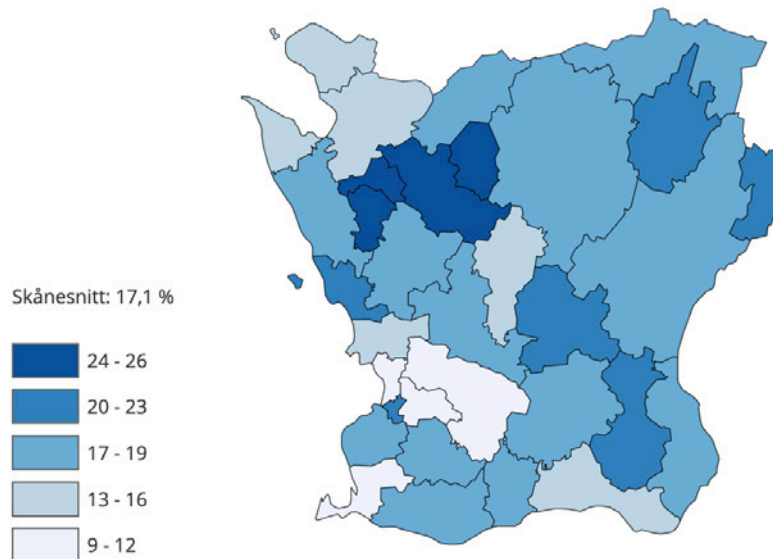
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lågt socialt deltagande, %



## Geografiska skillnader

Andel med lågt socialt deltagande, %



## TILLIT

För att mäta tillit ställdes frågan: Tycker du att man in allmänhet kan lita på de flesta människor? Frågan besvarades med ja eller nej. Svarande som svarade nekande kategoriserades som att de hade svårt att lita på andra.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 34,8 % ( $\pm 0,5$ ) som uppgav att de hade svårt att lita på andra. För både män och kvinnor låg Skånes andelsskattningar högre än rikssnittet på 28 %. Bland åldersgrupperna var det högst andel som uppgav att de hade svårt att lita på andra i den yngsta åldersgruppen 18-34 år (45,7 %  $\pm 1,0$ ). Därefter minskar andelen och lägst var det i den äldsta åldersgruppen 65-84 år (26,6 %  $\pm 0,9$ ).

Vid en jämförelse mellan utbildningsgrupperna framkom det att det var lägst andel i gruppen med eftergymnasial utbildning som hade svårt att lita på andra (24,2 % ( $\pm 0,7$ ) jämfört med mellan 38-41 % ( $\pm 0,9-1,5$ )) i grupperna med kortare utbildning. Stora skillnader sågs även mellan födelseregionerna. Grupperna födda i övriga Europa och övriga världen uppgav i högre utsträckning än grupperna födda i Sverige och i övriga Norden att de hade svårt att lita på andra (48-50 % ( $\pm 1,9$ ) jämfört med runt 30 % ( $\pm 0,5-3,1$ )).

I Skåne återfanns de kommuner med lägst andel som uppgav att de hade svårt att lita på andra i de nordöstra och sydöstra delarna.

### Jämförelse över tid och mot riket

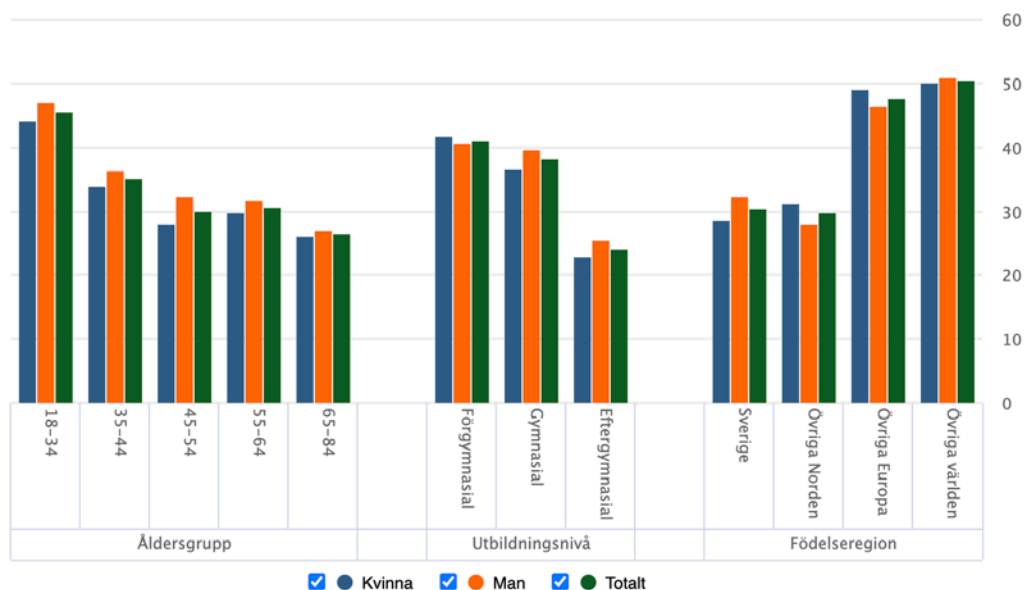
Andel som har svårt att lita på andra, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	28	28	28
	Skåne	33,4	36,2	34,8
	Skillnad	5,4	8,2	6,8

Går ej att jämföra över tid

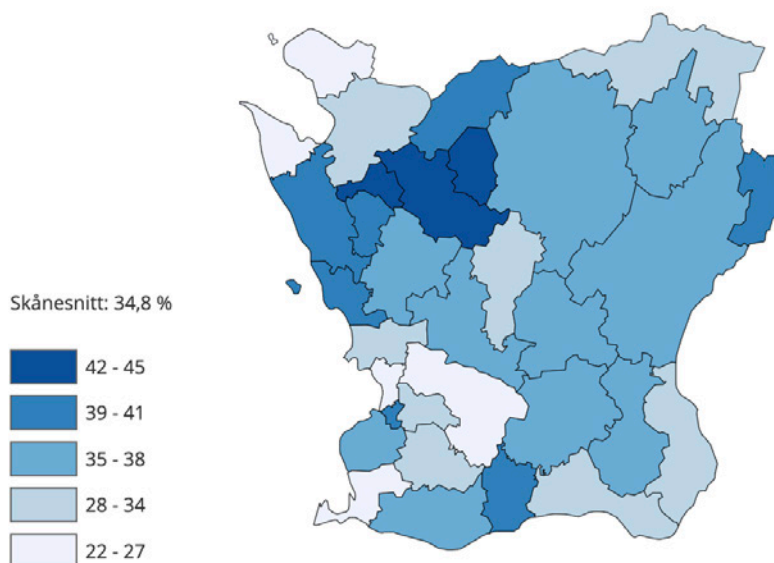
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som har svårt att lita på andra, %



## Geografiska skillnader

Andel som har svårt att lita på andra, %



## KRÄNKNING

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes en fråga om man blivit behandlad eller bemött på ett sätt så att man känt sig kränkt. Den svarande kunde ange nej, ja, någon gång eller ja, flera gånger. Vid jakande svar kategoriserades personen som att den känt sig utsatt för kränkande behandling.

Det var 18,4 % ( $\pm 0,8$ ) som svarade ja i folkhälsoenkäten 2019. Det är en kraftig minskning sedan frågan började ställas 2008 då andelen låg på 30 % ( $\pm 1,0$ ). Fler kvinnor än män uppgav att de känt sig utsatt för kränkande behandling (20,9 % ( $\pm 0,9$ ) jämfört med 15,8 % ( $\pm 1,1$ )), en trend som återfanns i alla redovisningsgrupper förutom gruppen med förgymnasial utbildning och i gruppen födda i övriga världen.

En större andel yngre än äldre har känt sig utsatta för kränkande behandling (25 % ( $\pm 1,3$ ) i gruppen 18-34 år jämfört med 9 % ( $\pm 0,9$ ) i gruppen 65-84 år).

Skillnader fanns även mellan utbildningsnivåerna, där de med eftergymnasial utbildning hade högst andel som känt sig utsatta för kränkande behandling (19,9 % ( $\pm 1,1$ )). Lägst andel hade de med förgymnasial utbildning (11,3 % ( $\pm 1,4$ )). Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan födelseregionerna.

Det var högst andel som känt sig utsatta för kränkande behandling i Malmö, Helsingborg, Perstorp och Höör sett till Skånes kommuner. Lägst andel var det i Simrishamn på bara 8 %.

Av de som uppgav att de blivit utsatta för kränkande behandling var det störst andel som uppgav att de trodde att det kan ha berott på "Kön" (18,2 %) följt av "Etnisk tillhörighet" (14,5 %) och "Utseende" (14,1 %).

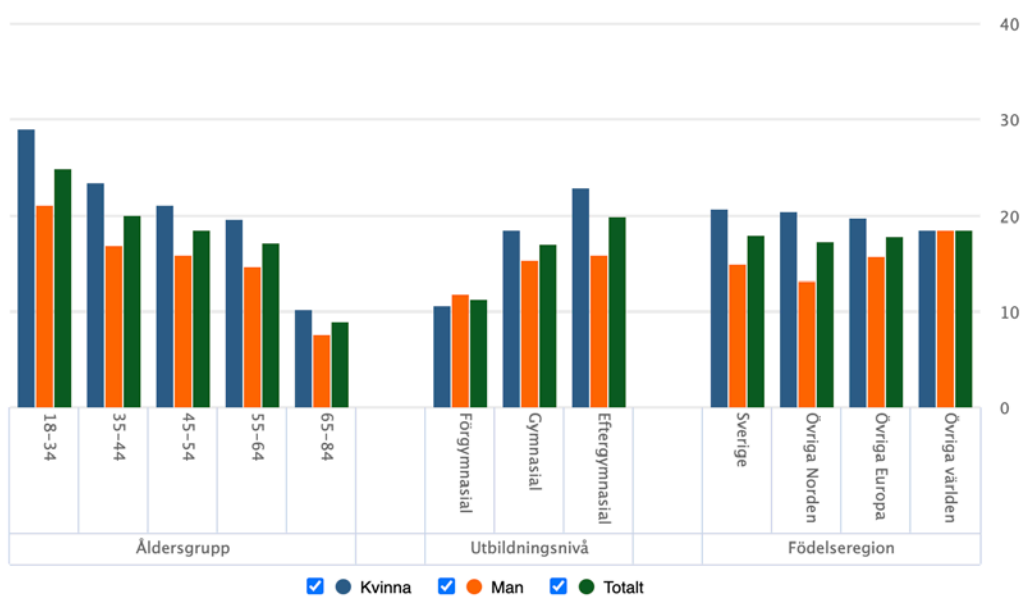
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som blivit utsatta för kränkande bemötande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004			ingen fråga i enkäten
	2008	33,3	26,6	30
	2012	25,2	18,4	21,8
	<b>2019</b>	<b>20,9</b>	<b>15,8</b>	<b>18,4</b>
Jämförelse mot riket	Riket	27	17	22
	Skåne	20,9	15,8	18,4
	Skillnad	6,1	1,2	3,6

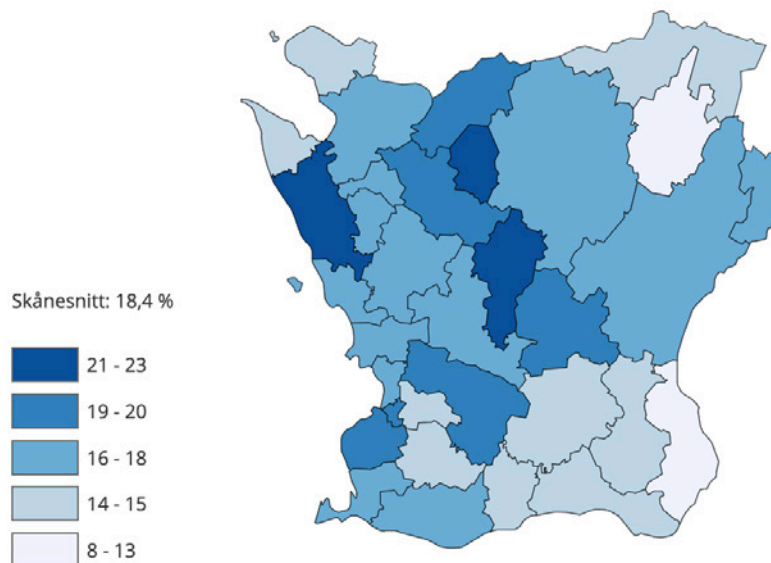
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som blivit utsatta för kränkande bemötande, %



## Geografiska skillnader

Andel som blivit utsatta för kränkande bemötande, %



## REFERENSER

1. Heinze, J. E., Kruger, D. J., Reischl, T. M., Cupal, S., & Zimmerman, M. A. (2015). Relationships Among Disease, Social Support, and Perceived Health: A Lifespan Approach. *American journal of community psychology*, 56(3-4), 268–279. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9758-3>
2. Sarafino E.P. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. (6th ed.) USA: John Willy & Sons, Inc, 2008.
3. Pellmer K. & Wramner B. *Grundläggande folkhälsovetenskap*. 2007. Stockholm: Liber AB, 2007.
4. Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of epidemiology and community health*, 60(2), 116–122. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.038281>
5. Waverijn, G., Wolfe, M. K., Mohnen, S., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. (2014). A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. *BMC public health*, 14, 675. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-675>
6. Mohnen, S. M., Völker, B., Flap, H., & Groenewegen, P. P. (2012). Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health--a multilevel analysis. *BMC public health*, 12, 116. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-116>
7. Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyyppä, M. T., Alanen, E., &



- Koskinen, S. (2013). Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC public health*, 13, 613. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-613>
8. Ueshima, K., Fujiwara, T., Takao, S., Suzuki, E., Iwase, T., Doi, H., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2010). Does social capital promote physical activity? A population-based study in Japan. *PloS one*, 5(8), e12135. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012135>
  9. Forsman, A. K., Nyqvist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y., & Wahlbeck, K. (2012). Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & mental health*, 16(6), 771–779. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.667784>
  10. Han, K. M., Han, C., Shin, C., Jee, H. J., An, H., Yoon, H. K., Ko, Y. H., & Kim, S. H. (2018). Social capital, socioeconomic status, and depression in community-living elderly. *Journal of psychiatric research*, 98, 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.002>
  11. Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491–1498. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1491>
  12. *Skadeståndslagen* (1972: 207). Hämtad 2020-06-18 från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skadestandslag-1972207\\_sfs-1972-207](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skadestandslag-1972207_sfs-1972-207)
  13. *Vad är diskriminering?* [Internet] Hämtad 2020-06-18 från: <https://www.do.se/om-diskriminering/vad-ar-diskriminering/>
  14. Lindström, M., Axelsson, J., & Rosvall, M. (2012). Experience of violation during the past 3 months, social capital, and self-rated health: a population-based study. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 753–760. <https://doi.org/10.1177/1403494812462460>
  15. Alvarez-Galvez, J., & Salvador-Carulla, L. (2013). Perceived discrimination and self-rated health in Europe: evidence from the European Social Survey (2010). *PloS one*, 8(9), e74252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074252>
  16. Kumlin, J. *Delar av mönster- en analys av upplevelser av diskriminering och diskriminerande processer*. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen, DO, 2014. Rapport: 2014:1. Hämtad 2021-11-15 från: <https://www.do.se/download/18.277ff225178022473141e26/1618941269996/rapport-delar-monster.pdf>
  17. *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*. Enheten för diskrimineringsfrågor, Arbetsmarknadsdepartementet, 2014. Hämtad 2020-06-15 från: <https://www.regeringen.se/49baf9/contentassets/6aa547fb55c74d1d9f49121119792da9/en-strategi-for-lika-rattigheter-och-mojligheter-oavsett-sexuell-laggning-konsidentitet-eller-konsuttryck>

18. Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *The American journal of orthopsychiatry*, 84(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/h0098851>
19. Sutter, M., & Perrin, P. B. (2016). Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 98–105. <https://doi.org/10.1037/cou0000126>
20. Arbetsmiljöverkets författarsamling (AFS 2015:4). *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2015. Hämtad 2020-06-17 från: [https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015\\_4.pdf](https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf)
21. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). *Frågor och svar om kränkande särbehandling*. [Internet]. Hämtad 2020-06-17 från: <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/fragorochsvar/krankandesarbehandling.12056.html>
22. Arbetsmiljöverket. *Arbetsmiljöstatistik Arbetsorsakade besvär*. Tabellbilaga. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2018. Rapport 2018:3. Hämtad 2020-06-17 från: [https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsorsakade-besvar-2018/arbetsorsakade-besvar\\_2018\\_tabellbilaga.pdf](https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsorsakade-besvar-2018/arbetsorsakade-besvar_2018_tabellbilaga.pdf)



## 7. Trygghet

Det kan vara svårt fånga all sorts trygghet i en och samma definition och därför förekommer flera olika. Trygghetskommissionen som har en inriktning mot brottsrelaterad otrygghet har exempelvis följande definition: ”Säkerhet är individens eller någon närståendes faktiska risk att utsättas för brott och ordningsstörningar. Trygghet är individens upplevelse av sin egen eller närståendes säkerhet” (1). Vidare använder Boverket, som har för avsikt att lyfta relationen mellan säkerhet och (o)trygghet och byggd miljö, istället definitionen: ”Trygghet är den känsla som utlöses när en individ tolkar en fysisk miljöns utformning och användning genom att sinnesintryck kombineras med såväl egna erfarenheter, som med andra individers eller mediers beskrivningar av risken för att utsättas för brott eller hotfulla situationer” (2). Trygghet kan även spegla andra aspekter såsom ekonomisk ställning (3).

Att känna sig trygg och säker är ett av de viktigaste mänskliga behoven och spelar stor roll för vår hälsa (4, 5). Utformningen av den fysiska miljön kan påverka känslan av trygghet (6) och människors säkerhetsuppfattning tycks påverka huruvida man tar promenader på fritiden, en form av fysisk aktivitet som är viktig för folkhälsan (7). Vidare finns det samband mellan låg socioekonomisk position och exponering av riskfaktorer i närmiljön, vilket speglar att det förekommer ojämlikhet mellan grupper vad gäller trygghet (8). Ett viktigt mål för att alla människor ska känna sig trygga och säkra är därför att de miljöer vi vistas i, såsom bostadsområden och offentliga miljöer inte inger känslor av oro för våld och skador (1).

### Rädsla att gå ut ensam

---

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes frågan ”Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad” med svarsalternativen: nej, ja, ibland samt ja, ofta. Nedan presenteras de som svarat jakande på frågan (ja, ibland och ja, ofta).

Det var 34,7 % ( $\pm 0,5$ ) som uppgav att de avstätt från att gå ut ensam på grund av rädsla, och det fanns tydliga skillnader mellan könen. Totalt var det 50,9 % ( $\pm 0,7$ ) av kvinnorna och 18,4 % ( $\pm 0,6$ ) av männen. Skånes andelsskattningar låg högre än rikets.

I åldersgrupperna var det högst andel i den yngsta och i den äldsta åldersgruppen (36 % ( $\pm$

0,9) och 38,9 % ( $\pm 1,0$ ) som uppgav att de känt rädsla för att gå ut ensam. Könsskillnaderna gällde i alla åldersgrupper.

Mellan utbildningsgrupperna skiljde sig gruppen med eftergymnasial utbildning från de två andra utbildningsgrupperna med 31 % ( $\pm 0,7$ ) jämfört med 35,6 % ( $\pm 1,4$ ) och 37,2 % ( $\pm 0,8$ ). Sett till födelseregion var det störst andel födda i Sverige (36,4 % ( $\pm 0,5$ )) som uppgav att de känt rädsla för att gå ut ensam.

### Jämförelse över tid och mot riket

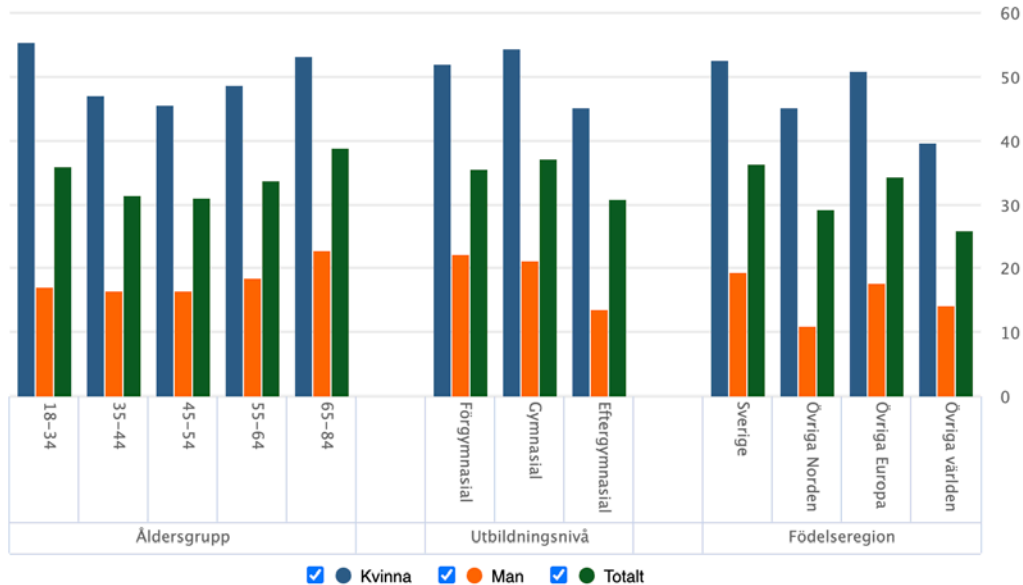
Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensamma, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	44	12	28
	Skåne	50,9	18,4	34,7
	Skillnad	6,9	6,4	6,7

Går ej att jämföra över tid

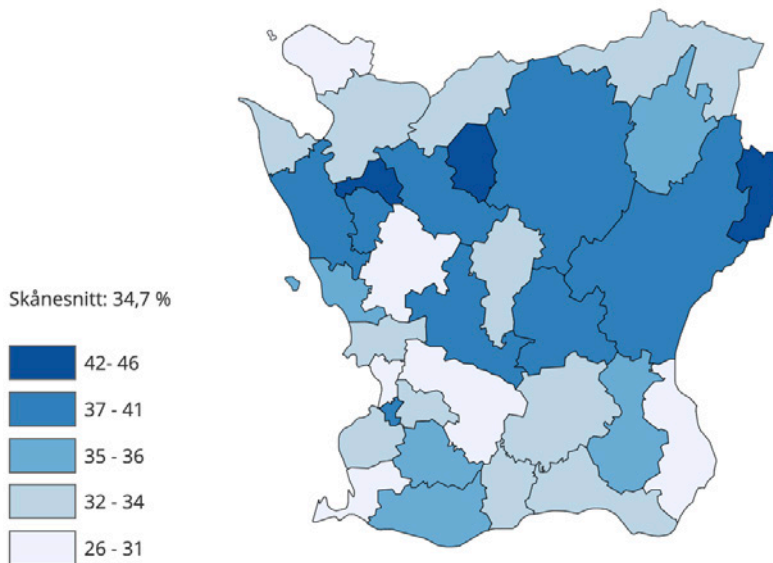
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensamma, %



## Geografiska skillnader

Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensamma, %



## Hot om våld

Frågan om hot om våld besvarades med ja eller nej och löd: Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blivit rädd?

I folkhälsoenkäten 2019 var det 4,8 % ( $\pm 0,2$ ) som svarade att de det senaste året blivit utsatta för hot om våld. Andelen har minskat sedan år 2000 när mätningarna genomfördes för första gången.

Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen, däremot syntes en tydlig minskning ju högre åldersgrupp som undersöktes. I den yngsta åldersgruppen (18-34 år) var det 6,8 % ( $\pm 0,5$ ) som uppgav att de upplevt hot om våld, medan det i den äldsta gruppen 65-84 år var 2 % ( $\pm 0,3$ ).

Det var en lägre andel med förgymnasial utbildning som uppgav att de blivit utsatta för hot om våld än i de högre utbildningsnivåerna, men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. Det fanns inte heller någon statistiskt säkerställd skillnad mellan födelseregionerna.

På grund av för små andelar och för små skillnader visas inte skattningarna på geografisk nivå.

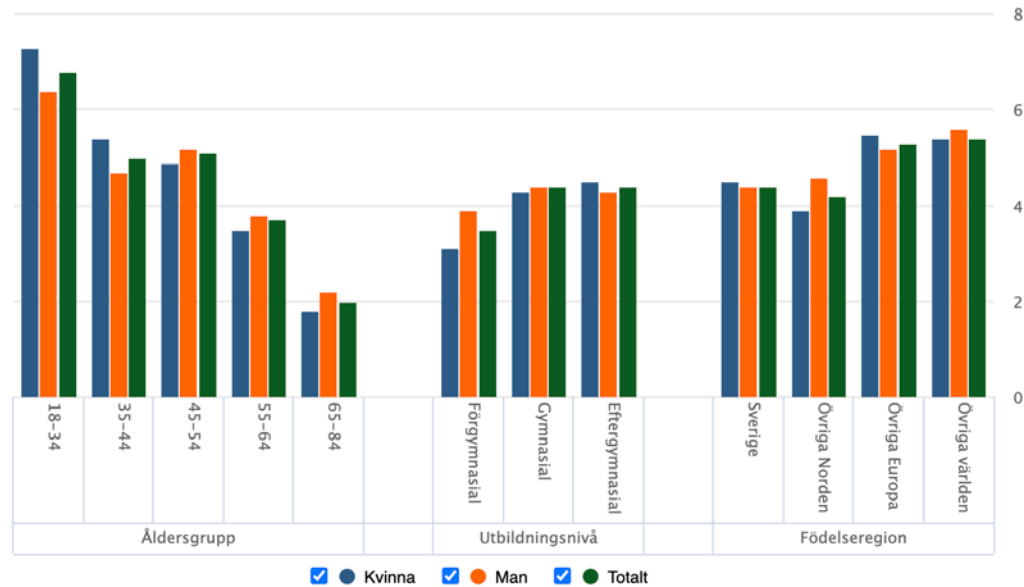
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som blivit utsatta för hot om våld, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	5	6,4	5,7
	2004	6,1	5,5	5,8
	2008	6,1	6,2	6,2
	2012	5,5	5,4	5,4
	<b>2019</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>	<b>4,8</b>
Jämförelse mot riket	Riket	5	5	5
	Skåne	4,8	4,7	4,8
	Skillnad	0,2	0,3	0,2

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som blivit utsatta för hot om våld, %



## Utsatt för fysiskt våld

Utöver hot om våld efterfrågades även om man blivit utsatt för faktiskt fysiskt våld de senaste 12 månaderna.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 2,5 % ( $\pm 0,2$ ) som uppgav att de blivit utsatta för fysiskt våld det senaste året. Det var en lägre andel kvinnor än män som svarade jakande. Tydligast skillnad återfanns mellan åldersgrupperna, där det var störst andel i den yngsta åldersgruppen (3,9 % ( $\pm 0,4$ )) och därefter en minskning ju högre ålder som undersöktes.

Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan utbildningsgrupperna. Däremot var det en större andel som uppgav att de blivit utsatta för fysiskt våld i gruppen födda i övriga världen jämfört med de födda i de övriga födelseregionsgrupperna (3,8 % ( $\pm 0,7$ ) jämfört med mellan 2,2-2,7 % ( $\pm 0,2-1,1$ )).

Av de som svarade jakande på frågan var det flest som angav att våldet hade skett ”På arbetsplatsen, i arbetet eller i skolan” (26,7 %) följt av ”I hemmet” (19,6 %).

På grund av för små andelar och för små skillnader visas inte skattningarna på geografisk nivå.

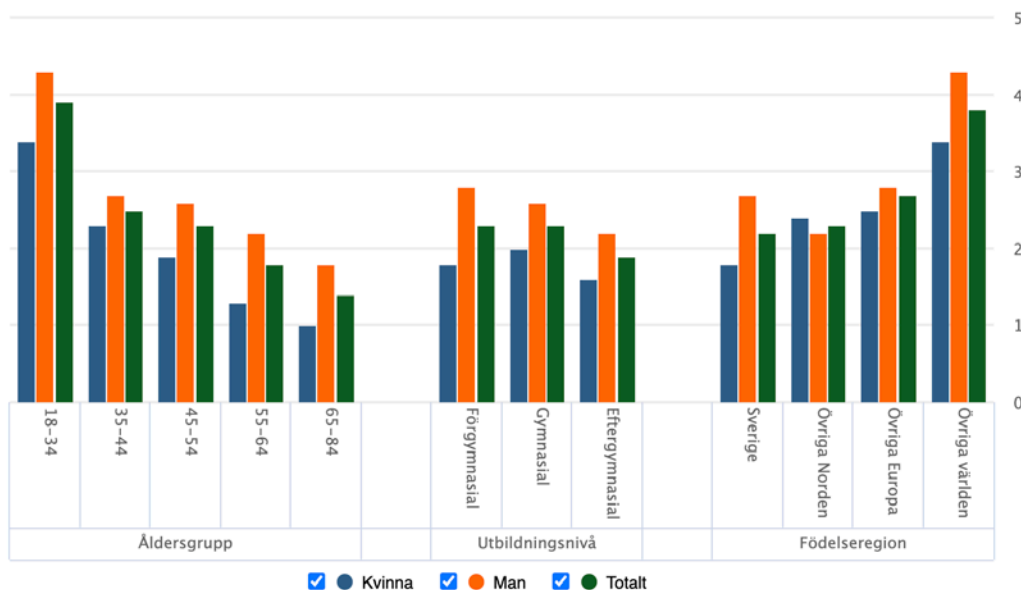
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som blivit utsatta för fysiskt våld, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	3	4	3,5
	2004	3,3	3,7	3,5
	2008	3	4,3	3,6
	2012	2,6	3,3	2,9
	<b>2019</b>	<b>2,1</b>	<b>2,9</b>	<b>2,5</b>
Jämförelse mot riket	Riket	3	4	4
	Skåne	2,1	2,9	2,5
	Skillnad	0,9	1,1	1,5

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som blivit utsatta för fysiskt våld, %



## Ekonomisk stress

Trygghet inkluderar som beskrivit i inledningen av kapitlet även ekonomisk trygghet. Nedan presenteras de som vid ett eller flera tillfällen har haft svårigheter att klara sina löpande utgifter för mat, hyra, räkningar m.m. under de senaste 12 månaderna.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 12,3 % ( $\pm 0,4$ ) som uppgav att de vid ett eller flera tillfällen hade haft svårt att klara sina löpande utgifter. Det var en liten skillnad mellan könen där män hade en något lägre andel. Skåne hade lägre andelar än rikssnittet.

Ekonomisk stress som den mäts i folkhälsoenkäten 2019 visade på en tydlig skillnad mellan åldersgrupperna. I den yngsta åldersgruppen var det 18,4 % ( $\pm 0,8$ ) som uppgav att de hade haft svårt att klara sina löpande utgifter, medan det i exempelvis åldersgruppen 55-64 år var 8,9 % ( $\pm 0,8$ ), alltså nästan 10 procentenheter lägre.

Det fanns även en skillnad baserat på utbildningsnivå. Gruppen med eftergymnasial utbildning hade en andel på 9,8 % ( $\pm 0,5$ ), jämfört med andelen 14,2 % ( $\pm 1,1$ ) för gruppen med förgymnasial utbildning.

Störst skillnad var det mellan födelseregionerna. I gruppen födda i övriga världen var det mer än dubbelt så hög andel svarande som uppgav att de hade haft svårt att klara sina löpande utgifter (24,6 % ( $\pm 1,7$ )) än för grupperna födda i Sverige och övriga Norden (mellan 10-11,5 % ( $\pm 0,3-2,2$ )).



### Jämförelse över tid och mot riket

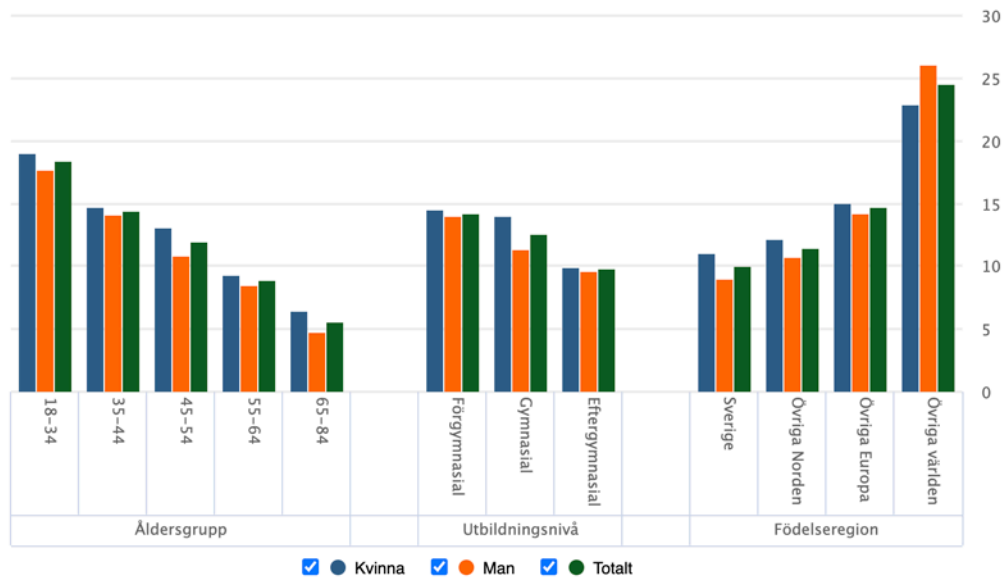
Andel som haft svårt att klara sina löpande utgifter, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	15	13	14
	Skåne	12,9	11,8	12,3
	Skillnad	2,1	1,2	1,7

Går ej att jämföra över tid

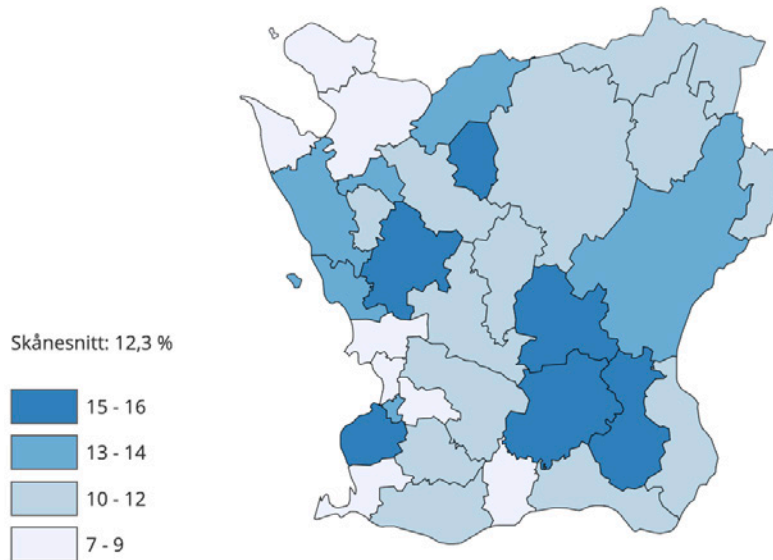
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som haft svårt att klara sina löpande utgifter, %



## Geografiska skillnader

Andel som haft svårt att klara sina löpande utgifter, %



## REFERENSER

1. Trygghetskommissionen. *Aktivera samhället mot livskvalitetsbrott. Trygghetskommissionens förslag på hur säkerhet och trygghet ska kunna öka i människors vardag.* Trygghetskommissionen, 2018. Hämtad 2020-06-08 från: [https://trygghetskommissionen.files.wordpress.com/2018/06/tk\\_rapport\\_webb.pdf](https://trygghetskommissionen.files.wordpress.com/2018/06/tk_rapport_webb.pdf)
2. Boverket. *Trygghet - ett mångtydigt begrepp.* [Internet]. Hämtad 2020-05-19 från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/stadsutveckling/brottsforebyggande-och-trygghetsskapande-atgarder/trygghet-och-brott/trygghetsbegreppet/>
3. Svenska Akademiens ordböcker. *Trygghet.* [Internet]. Hämtad 2020-05-22 från: <https://svenska.se/tre/?sok=trygghet&pz=1>
4. Folkhälsomyndigheten. *Öppna jämförelser folkhälsa 2019.* Folkhälsomyndigheten, 2019. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ec714fca0b0145eab3d7924511550a74/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019-18076.pdf>
5. Maslow AH. *Motivation and personality.* (3 ed.) New York: Harper & Row, 1970.
6. Boverket. *Plats för trygghet- Inspiration för stadsutveckling.* Karlskrona: Boverket, 2010. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.boverket.se/globalassets/publikationer/dokument/2010/plats\\_for\\_trygghet.pdf](https://www.boverket.se/globalassets/publikationer/dokument/2010/plats_for_trygghet.pdf)
7. Foster, S., Hooper, P., Knuiaman, M., Christian, H., Bull, F., & Giles-Corti, B. (2016). Safe RESIDential Environments? A longitudinal analysis of the influence of crime-related safety on walking. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 13, <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0343-4>
8. Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa- en utvecklad folkhälsopolitik.* Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017\\_18\\_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf](https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf)



## 8. Arbete

Att ha ett arbete är en viktig faktor för hälsan och människor som är i arbete har generellt bättre hälsa än de som inte arbetar. Att vara arbetslös har till exempel samband med ökad risk för hjärt- kärlsjukdomar (1), psykisk ohälsa (2), ohälsosamma levnadsvanor (3) och dödlighet (4). Arbetslöshet kan dessutom leda till en känsla av utanförskap och försämrade känslor av sammanhang (5). Det finns även studier som visar att barns hälsa kan påverkas negativt av att ha föräldrar som är arbetslösa (6).

Även om det finns många hälsofördelar med att ha ett arbete, finns även faktorer i arbetsmiljön och anställningsformen som kan ha en negativ inverkan på hälsan (7). Anställningstrygghet är ett exempel som spelar en viktig roll för hälsan (8) och osäkra anställningsförhållanden är förenade med en ökad risk för ohälsa. Inte minst bland de som har dåliga utsikter på arbetsmarknaden (9). Både fysiska sjukdomstillstånd som hjärt- kärlsjukdomar (7) och psykisk ohälsa som stress (10) är relaterade till olika aspekter i arbetssituationen. Hjärtsjukdom har exempelvis samband med obalans i ansträngning/belöning, lågt stöd, orättvisa i arbetet, buller, nattarbete, osäkerhet i anställningen, och långa arbetsveckor. Vidare har stroke samband med skiftarbete, buller och strålning medan högt blodtryck har samband med både obalans i ansträngning/belöning och skiftarbete (7).

### Sjukfrånvaro

I Sverige krävs i normala fall ett läkarintyg vid frånvaro från arbete mer än sju dagar i följd och det finns ett försäkringssystem som ger särskild ersättning vid sjukdom (11). I folkhälsoenkäten 2019 mättes sjukfrånvaro med frågan: Hur många dagar har du under de senaste 12 månaderna varit borta från arbetet på grund av dålig hälsa? Utöver ”inga dagar” fanns svarsalternativen: 1-7 dagar, 8-30 dagar och Fler än 30 dagar. I enlighet med Folkhälsomyndighetens uppdelning bedömdes 1-7 dagar som korta sjukfall, 8-30 dagar som medellånga sjukfall och fler än 30 dagar som långa sjukfall (12).

Det var totalt 16,6 % ( $\pm 0,5$ ) av de yrkesarbetande som angav att de haft medellånga eller långa sjukfall, vilket ligger i linje med rikssnittet. I alla redovisningsgrupper var det en större andel kvinnor än män.

I åldersgrupperna var det flest medellånga och långa sjukfall i gruppen 55-64 år (19,2 % ( $\pm 1,1$ )). Det var även en större andel längre sjukfall i grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (18-19 % ( $\pm 0,8-1,7$ )) än i gruppen med eftergymnasial utbildning (14,3 % ( $\pm 0,6$ )).

Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan födelseregionerna.

### Jämförelse över tid och mot riket

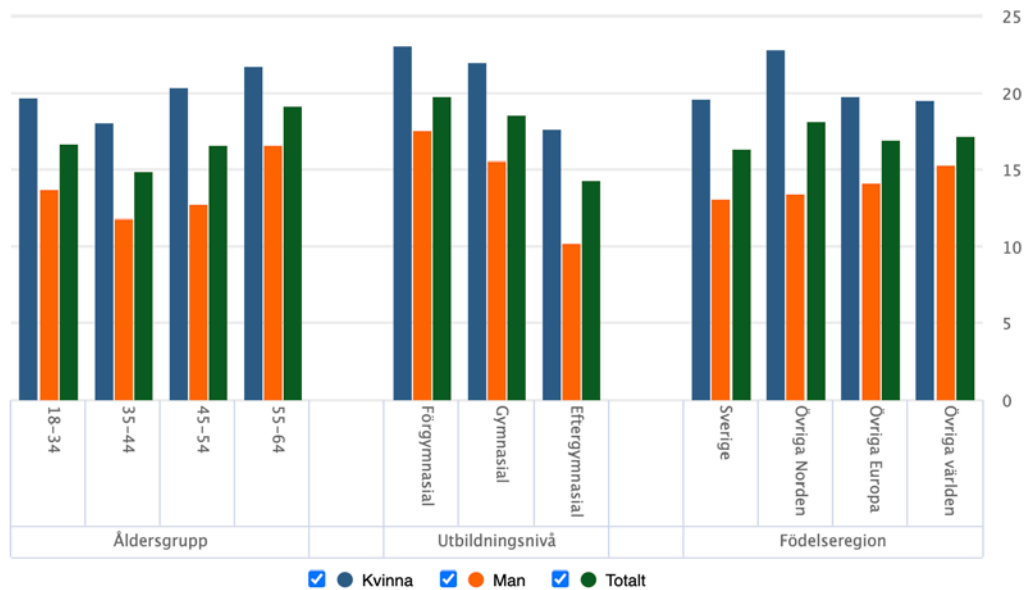
Andel med medellånga eller långa sjukfall, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	20	13	16
	Skåne	19,7	13,6	16,6
	Skillnad	0,3	0,6	0,6

Går ej att jämföra över tid

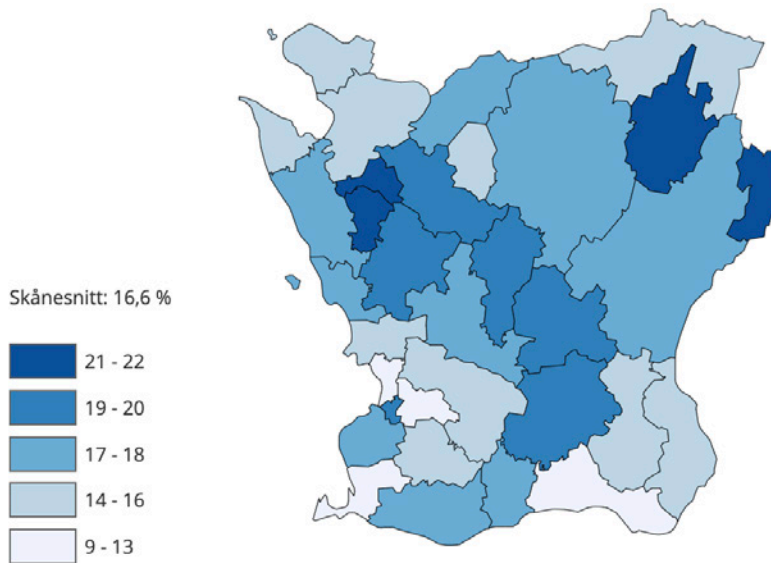
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med medellånga eller långa sjukfall, %



## Geografiska skillnader

Andel med medellånga eller långa sjukfall, %



## Oro att förlora arbetet

För att undersöka omfattningen av upplevd anställningstrygghet ställdes frågan om man var orolig att förlora sitt arbete inom det närmaste året som en följdfråga till de som angivit att de hade en sysselsättning. Frågan besvarades med ja eller nej.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 12,1 % ( $\pm 0,5$ ) av de yrkesarbetande som angav att de känt oro över att förlora sitt arbete. Det var ingen skillnad mellan könen. Sett till åldersgrupperna var det en minskad andel ju högre ålder på de svarande. I åldersgruppen 18-34 år var det 14,6 % ( $\pm 1,0$ ) som angav att de känt oro, jämfört med 9,6 % ( $\pm 1,1$ ) i åldersgruppen 55-64 år.

Det fanns även en skillnad mellan utbildningsgrupperna, där det var lägst andel som känt oro i gruppen med eftergymnasial utbildning (10,2 % ( $\pm 0,7$ )) och högst andel i gruppen med förgymnasial utbildning (16,6 % ( $\pm 2,6$ )).

Störst skillnader fanns det mellan de olika födelseregionerna. I gruppen födda i övriga världen var det 25,5 % ( $\pm 2,8$ ) som uppgav en oro över att förlora arbetet jämfört med 9,7 % ( $\pm 0,5$ ) i gruppen födda i Sverige.

### Jämförelse över tid och mot riket

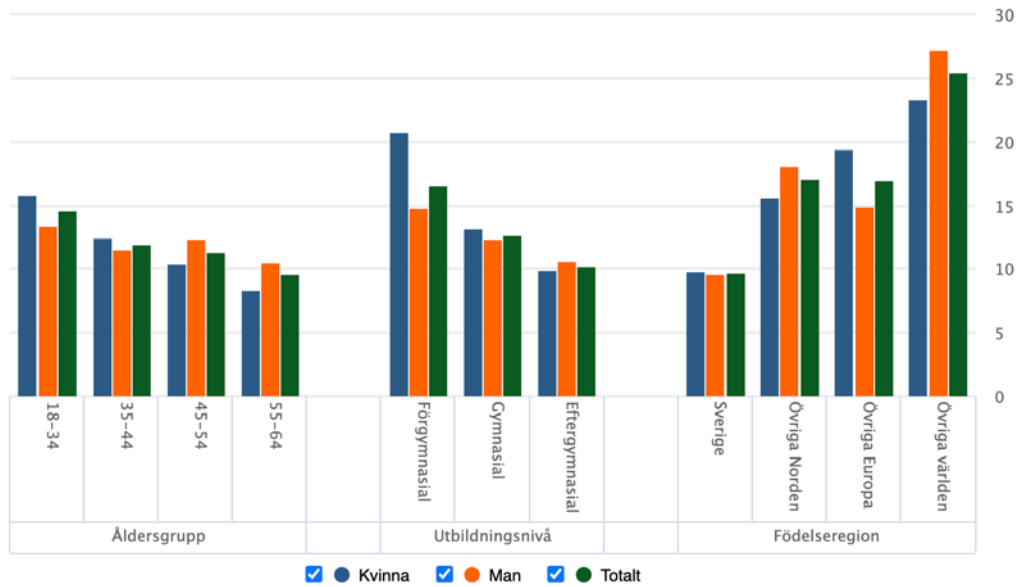
Andel som uppger att de känner oro att förlora sitt arbete, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	11	10	11
	Skåne	12,2	12,1	12,1
	Skillnad	1,2	2,1	1,1

Går ej att jämföra över tid

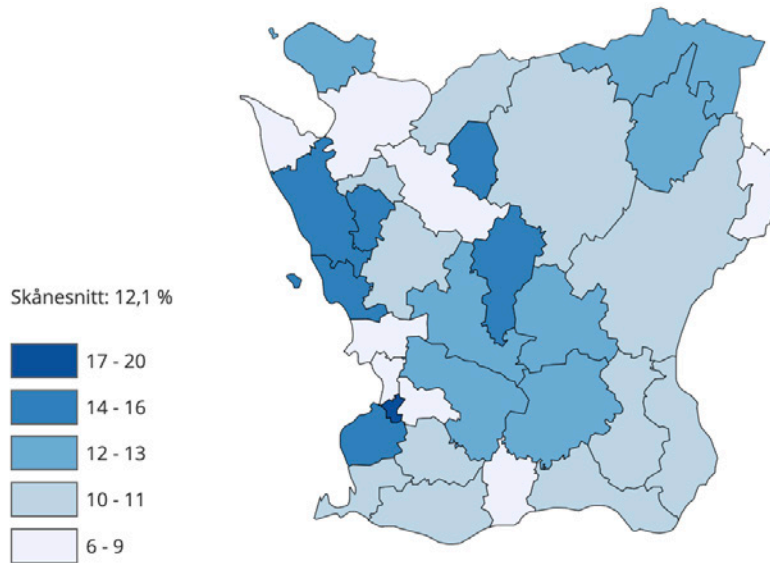
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som uppger att de känner oro att förlora sitt arbete, %



## Geografiska skillnader

Andel som uppper att de känner oro att förlora sitt arbete, %



## Referenser

1. Lundin, A., Falkstedt, D., Lundberg, I., & Hemmingsson, T. (2014). Unemployment and coronary heart disease among middle-aged men in Sweden: 39 243 men followed for 8 years. *Occupational and environmental medicine*, 71(3), 183–188. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101721>
2. Backhans, M. C., & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and mental health-- who is (not) affected? *European journal of public health*, 22(3), 429–433. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr059>
3. Lundin, A., Backhans, M., & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and hospitalization owing to an alcohol-related diagnosis among middle-aged men in Sweden. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 36(4), 663–669. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01666.x>
4. Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social science & medicine (1982)*, 72(6), 840–854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005>
5. Bäckman, H. *Anknytningen till arbetsmarknaden och ungas etablering*. Kapitel 2 ur Social rapport 2010. Socialstyrelsen, 2010. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2010-3-11.pdf>

6. Mörk, E., Sjögren, A., & Svaleryd, H. *Blir barn sjuka när föräldrarna blir arbetslösa?* Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2014. Rapport 2014:6. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2014/r-2014-06-blir-barn-sjuka-nar-foraldrarna-blir-arbetslosa.pdf>
7. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. *Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom. En systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2015. SBU-rapport nr 240. Hämtad 2020-06-08 från: [https://www.sbu.se/contentassets/221f64a016e441bab0419f32e081171f/arbetsmiljo\\_hjarta\\_karl\\_240.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/221f64a016e441bab0419f32e081171f/arbetsmiljo_hjarta_karl_240.pdf)
8. Waenerlund, A. K., Virtanen, P., & Hammarström, A. (2011). Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish Cohort. *Scandinavian journal of public health*, 39(5), 533–539. <https://doi.org/10.1177/1403494810395821>
9. Kim, I. H., Muntaner, C., Vahid Shahidi, F., Vives, A., Vanroelen, C., & Benach, J. (2012). Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 104(2), 99–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.002>
10. OSHwiki. Hassard, J. & Cox, T. (2015) *Work-related stress: Nature and management.* [Internet]. Hämtad 2020-05-22 [https://oshwiki.eu/wiki/Work-related\\_stress:\\_Nature\\_and\\_management](https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management)
11. *Lag (1991:1047) om sjuklön.* Hämtad 2020-05-22. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911047-om-sjuklon\\_sfs-1991-1047](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911047-om-sjuklon_sfs-1991-1047)
12. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor 2018.* Folkhälsomyndigheten, 2018. Artikelnummer: 18083. Hämtad 2020-09-23 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten/>





## 9. Miljöhälsa och boende

### Buller

---

Omgivningsbuller är vanligt förekommande i Sverige och trafikbuller är mest frekvent. Undersökningar visar att omkring var femte person drabbas av trafikbuller över riktvärdet (55dB) och denna störning i miljön påverkar hälsan negativt på flera olika sätt (1, 2) Utöver att bullret kan utgöra ett rent allmänt störningspåslag kan det även ha negativ inverkan på till exempel inlärnin (3) och prestation (4), ge hörselskador och tinnitus (2), ge negativa fysiologiska följd effekter (5, 6) samt ge sömnstörningar som i sin tur kan leda till negativ hälsopåverkan (6).

I folkhälsoenkäten 2019 ställdes frågan om trafikbuller (väg-, tåg-, flygtrafik), i eller i närheten av ens bostad medför störningar som gjorde det svårt att: vistas på balkongen eller uteplatsen, föra vanliga samtal, somna, ha öppet fönster på dagtid, sova med fönstret öppet samt om man blev väckt. För varje situation besvarades i vilken omfattning man upplevde trafikbuller på en femgradig skala från ja, dagligen till nej, aldrig. Nedan redovisas resultaten för de som drabbas av sömnstörningar på grund av buller.

Mellan redovisningsgrupperna var det störst skillnader mellan utbildningsgrupperna och mellan födelseregionerna. Det var en lägre andel som upplevde sömnstörningar på grund av buller i gruppen med eftergymnasial utbildning än grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (3,5 % ( $\pm 0,3$ ) jämfört med 7,2 % ( $\pm 0,9$ ) och 4,7 % ( $\pm 0,4$ )). Det var även en större andel födda i övriga världen som upplevde sömnstörningar på grund av buller jämfört med övriga födelseregioner (12,2 % ( $\pm 1,3$ ) jämfört med exempelvis 3,4 % ( $\pm 0,2$ ) för gruppen födda i Sverige.

Det fanns även skillnader mellan kommunerna. Lägst andel hade Vellinge, Lomma, Simrishamn och Svedala och högst andel återfanns i Malmö.

### Jämförelse över tid och mot riket

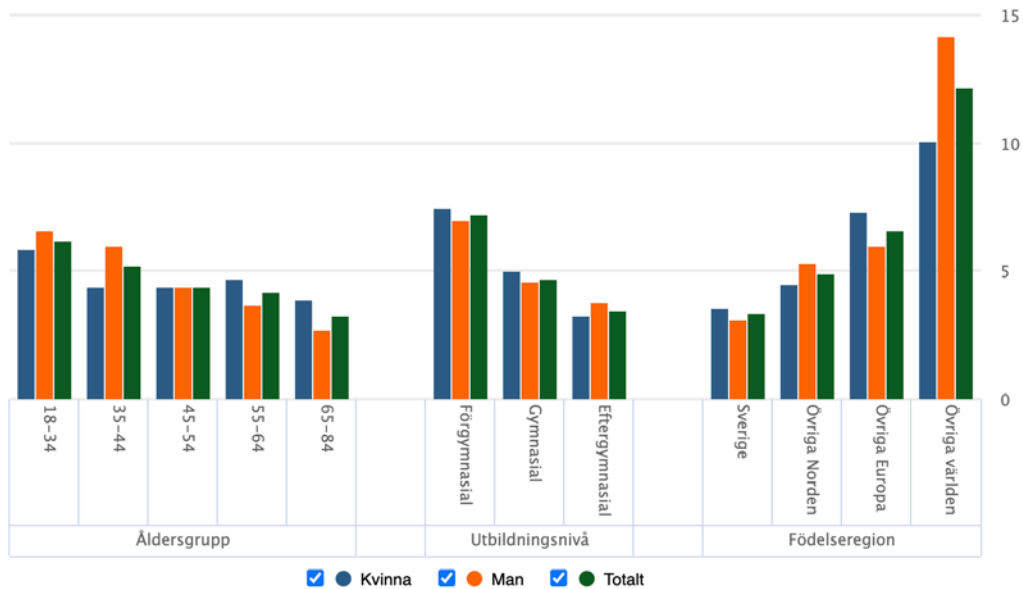
Andel som upplevt sömnstörningar på grund av buller, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket	4	3	3
	Skåne	4,7	2,9	4,8
	Skillnad	0,7	0,1	1,8

Går ej att jämföra över tid

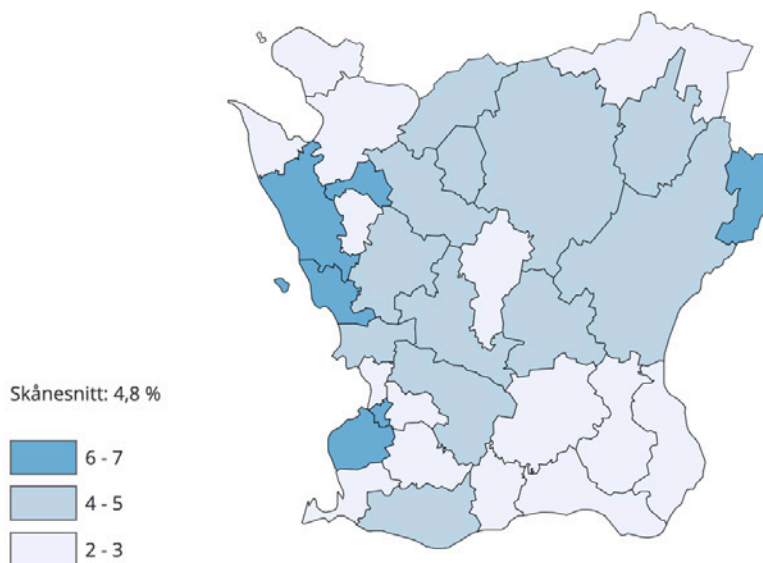
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som upplevt sömnstörningar på grund av buller, %



## Geografiska skillnader

Andel som upplevt sömnstörningar på grund av buller, %



## Trångboddhet

Trångboddhet definieras i denna rapport som Trångboddhetsnorm 2, vilken innebär att en bostad är trångbodd om det bor fler än två personer per rum (undantag kök, och badrum) (7). I Boverkets rapport ”Trångboddhet i storstadsregionerna” lyfts olika grupper fram, bland vilka trångboddhet är särskilt förekommande. Bland dessa ingår låginkomsthushåll, unga vuxna samt utrikes födda. I rapporten beskrivs även tidigare forskning kring trångboddhet och samband med ohälsa såsom luftvägsproblem och psykisk ohälsa men även barns försämrade skolprestationer. Trångboddhet är dock ett komplext forskningsfält och utgör troligen en del av flera aspekter, i kopplingen mellan hälsa och boendesituationen (7).

För att beräkna förekomsten av trångboddhet, ombads de svarande i folkhälsoenkäten 2019 att ange antal rum (utöver kök, hall och badrum) samt antal boende i bostaden. Utifrån dessa frågor kategoriserades de svarande som trångbodda eller ej trångbodda.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 5 % ( $\pm 0,3$ ) som ansågs trångbodda. Andelen har ökat sedan 2004 då frågorna om bostadssituation ställdes för första gången.

Sett till åldersgrupperna syns den tydligaste skillnaden mellan grupperna i spannet 18-44 år och de äldre grupperna. I grupperna mellan 18-44 år var det mellan 8-9 % ( $\pm 0,8$ ) som ansågs trångbodda, medan det i de äldre grupperna låg mellan 0,5-3 % ( $\pm 0,3$ ).

I utbildningsgrupperna sticker gruppen med förgymnasial utbildning ut. I den gruppen skattades 8,3 % ( $\pm 1,0$ ) som trångbodda, medan andelen låg på ungefär 3,5 % ( $\pm 0,4$ ) i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning.

Störst skillnader syntes dock mellan födelseregionerna. I gruppen födda i övriga världen var det 20,5 % ( $\pm 1,6$ ) som ansågs trångbodda, medan andelen för gruppen födda i Sverige

låg på 2 % ( $\pm 0,2$ ). Bland Skånes kommuner var det högst andel som ansågs trångbodda i Malmö och Burlöv (8 % ( $\pm 2,0$ )).

### Jämförelse över tid och mot riket

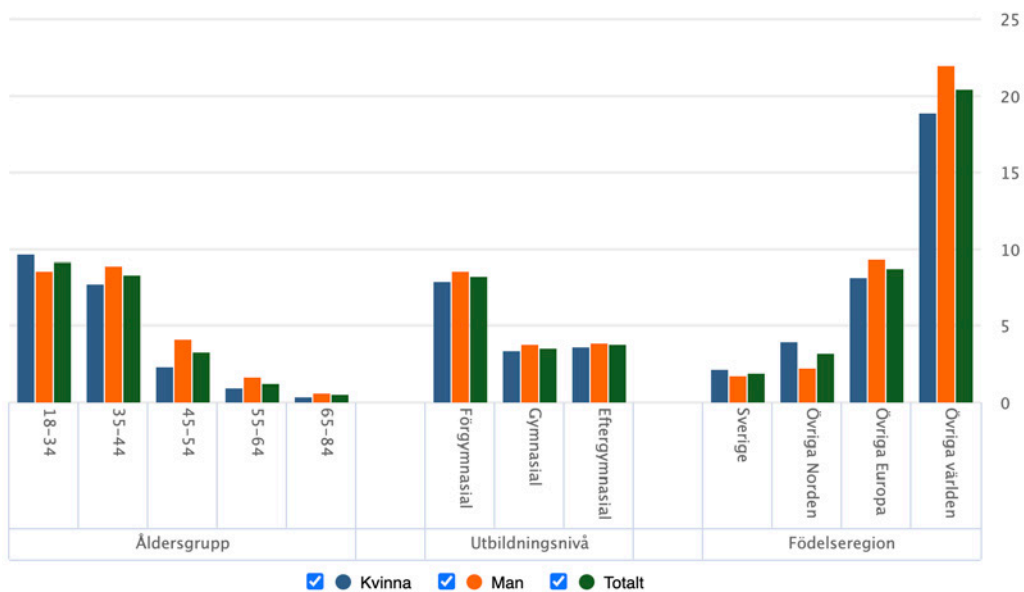
Andel trångbodda, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000	ingen fråga i enkäten		
	2004	2,8	3	2,9
	2008	3,1	3	3,1
	2012	3,8	3,6	3,7
	<b>2019</b>	<b>4,8</b>	<b>5,3</b>	<b>5</b>

Går ej att jämföra mot riket

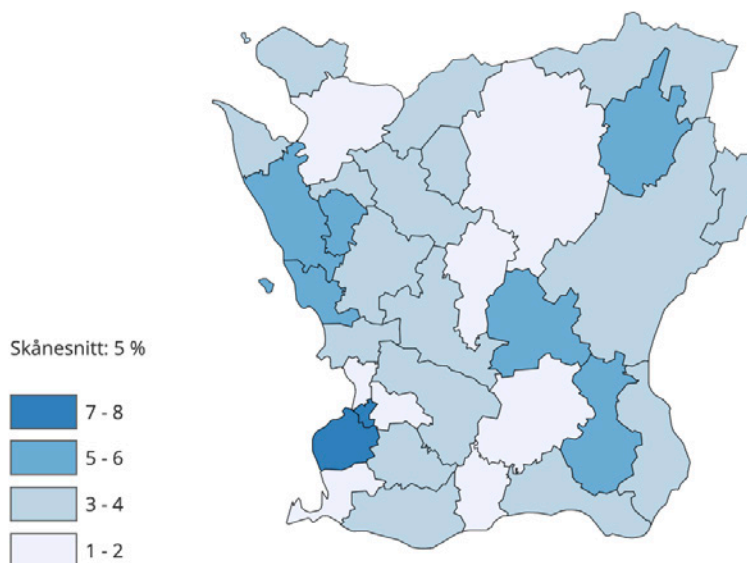
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelse-region

Andel trångbodda, %



## Geografiska skillnader

Andel trångbodda, %



## Referenser

1. Naturvårdsverket. *Kartläggning av antalet överexponerade för buller*. Stockholm: Sweco/Naturvårdsverket. 2014. Hämtad 2020-06-08 från: [http://www.imm.ki.se/Datavard/Rapporter/Rapport\\_NVV\\_Bullerinventering\\_2011\\_inkl\\_Bilaga%201-2\\_v140630.pdf](http://www.imm.ki.se/Datavard/Rapporter/Rapport_NVV_Bullerinventering_2011_inkl_Bilaga%201-2_v140630.pdf)
2. Mattisson K., Stroth E. & Larsson E. *Miljöhälsorapport Skåne 2017*. Rapport 16:2017. Länsstyrelsen Skåne, 2017. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2780e61716999f26bcf9e/1553071210343/Milj%C3%B6h%C3%A4lsorapport%202017.pdf>
3. Klatte, M., Bergström, K., & Lachmann, T. (2013). Does noise affect learning? A short review on noise effects on cognitive performance in children. *Frontiers in psychology*, 4, 578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00578>
4. Jahncke H. *Cognitive performance and restoration in open-plan office noise*. (Doktorsavhandling), Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle. Luleå tekniska universitet; 2012.
5. Münzel, T., Gori, T., Babisch, W., & Basner, M. (2014). Cardiovascular effects of environmental noise exposure. *European heart journal*, 35(13), 829–836. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu030>
6. World Health Organization EUROPE. *Night noise guidelines for Europe*. 2009. Copenhagen: WHO Europe. Hämtad 2020-06-08 från: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/43316/E92845.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf)
7. *Trångboddheten i storstadsregionerna*. Boverket, 2016. Rapport 2016:28. Hämtad 2020-06-08 från: <https://www.boverket.se/globalassets/publikationer/dokument/2016/trangboddheten-i-storstadsregionerna.pdf>



# 10. Framtidstro

## Framtidstro

---

Syftet med frågan om framtidstro är att spegla huruvida människor känner optimism eller pessimism inför framtiden. Forskning har visat att när optimister möter en besvärlig situation har de snarare som mål att minska eller undanröja det som är jobbigt än att undvika eller ignorera problemet. De antar således aktiva eller problemlösande copingstrategier (det vill säga strategier vi använder oss av när vi möter problem) som i sin tur kan leda en bättre anpassning till problemet (1) och bidra till bättre hälsa och höjd social status (2). Den samlade forskningen visar till exempel på samband mellan optimism och lägre risk för, samt fördelar vid fysiska sjukdomar, särskilt hjärt- kärlsjukdomar (3, 4). Vidare finns det studier som visar på bättre subjektivt välbefinnande bland optimister i samband med utmaningar och svårigheter. Optimism verkar även bidra till att främja en god mental hälsa (2). Kim m.fl. (2019) visar också på samband mellan optimism och hälsosamt åldrande (i relation till allvarliga kroniska sjukdomar, kognitiv funktionsnedsättning samt fysisk funktion), något som inte enbart är viktigt för den enskilde, utan även för samhället i stort då befolkningsdemografin ändras till att allt fler blir allt äldre (5).

Sedan 2012 har frågan om hur den svarande ser på framtiden för sin egen del ställts. Det fanns fem svarsalternativ som sträcker sig från ”Jag ser mycket mörkt på framtiden” till ”Jag ser mycket ljust på framtiden”. Utifrån dessa kategoriseras en variabel som handlar om personen har en ljus framtidstro eller ej.

I folkhälsoenkäten 2019 var det 70,1 % ( $\pm 0,6$ ) som angav att de hade en ljus framtidstro, vilket är en minskning sedan 2012 då andelen låg på 76,7 % ( $\pm 0,8$ ). Det fanns inga statistisk säkerställda skillnader mellan könen vad gäller ljus framtidstro för någon av redovisningsgrupperna.

I åldersgrupperna var det lägst andel med ljus framtidstro i den äldsta gruppen 65-84 år där andelen låg på 55,6 % ( $\pm 1,0$ ). Det kan jämföras med exempelvis grupperna 18-34 år och 35-44 år där andelen låg på 76,3 % ( $\pm 1,1$ ).

Mellan utbildningsgrupperna var det högst andel med ljus framtidstro i gruppen med eftergymnasial utbildning (75,6 % (± 0,7)). Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan födelseregionerna.

I Skåne var det lägst andel som angav att de såg ljus på sin egen framtid i Perstorp (55 % (± 5,8)) och högst i Lomma (79 % (± 2,9)).

### Jämförelse över tid och mot riket

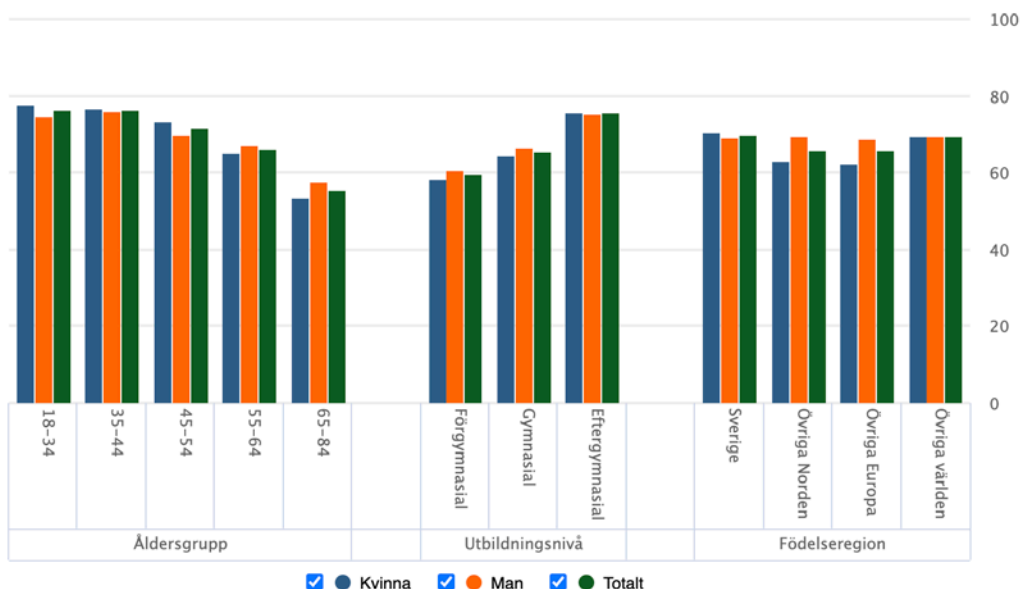
Andel med ljus framtidssyn, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid	2000			ingen fråga i enkäten
	2004			ingen fråga i enkäten
	2008			ingen fråga i enkäten
	2012	77,8	75,6	76,7
	<b>2019</b>	<b>70,3</b>	<b>70</b>	<b>70,1</b>

Går ej att jämföra mot riket

### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

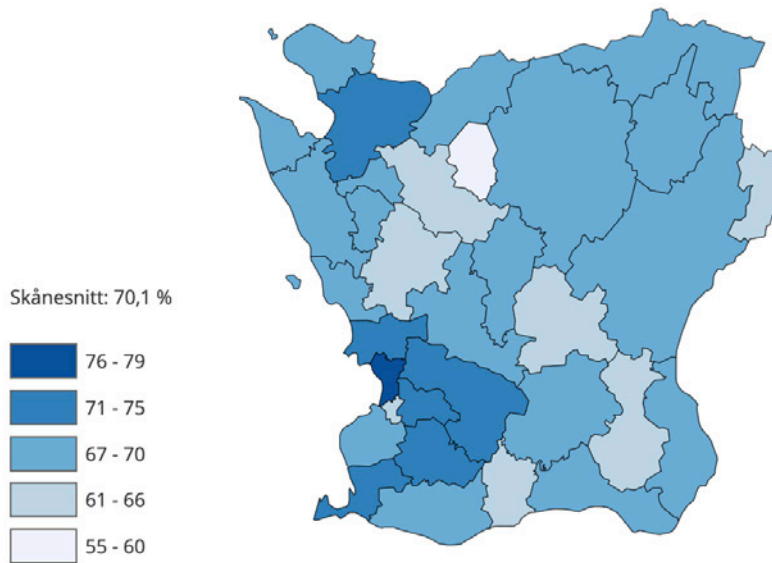
Andel med ljus framtidssyn, %





## Geografiska skillnader

Andel med ljus framtidssyn, %



## Referenser

1. Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 10(3), 235–251. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3)
2. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
3. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *The American psychologist*, 73(9), 1082–1094. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>
4. Rozanski, A., Bavishi, C., Kubzansky, L. D., & Cohen, R. (2019). Association of Optimism With Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 2(9), e1912200. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2019.12200>
5. Kim, E. S., James, P., Zevon, E. S., Trudel-Fitzgerald, C., Kubzansky, L. D., & Grodstein, F. (2019). Optimism and Healthy Aging in Women and Men. *American journal of epidemiology*, 188(6), 1084–1091. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz056>



# 11. Slutord

Skånes folkhälsorapport 2020 ger en övergripande bild av hälsoläget i den vuxna (18-84 år) skånska befolkningen. I rapporten har vi inkluderat ett stort antal indikatorer, lyft hur hälsan fördelar sig i olika grupper, hur Skåne står sig i förhållande till rikssnittet samt hur utvecklingen har sett ut sedan tidigare skånska folkhälsoenkäter.

Datainsamlingen för folkhälsoenkäten 2019 ägde rum i slutet av 2019. Sedan dess har hela världen, inklusive Sverige och Skåne drabbats av en pandemi som saknar motstycke. Covid-19-pandemin och de åtgärder som vidtagits för att minska smittspridningen av detta nya virus har inneburit att vår vardag har förändrats och att tillgången till saker vi sedan länge tagit för givet plötsligt begränsats. Det handlar till exempel om att resa fritt inom och utom Sveriges gränser, att umgås på nära håll, inte minst över generationsgränser, att njuta av kulturutbud som konserter, teatrar och biofilmer, ställa till storskaliga festligheter som bröllop och studentfirande eller finnas hos en älskad vid dennes sista andetag.

Dessutom har arbetsmarknaden drabbats av en ordentlig omskakning, där vissa sektorer som delar av vård och omsorg har jobbat under högtryck, medan andra har sett en minskad efterfrågan och tvingats permittera eller säga upp anställda. Detta gäller inte minst hotell- och restaurangverksamhet, transport och resenäring, kultur, nöje och fritid och till viss del handel och tillverkning. Dessa nya förutsättningar kan i sin tur leda till negativ påverkan på folkhälsan på såväl kort som lång sikt och det jobbas febrilt med prognoser, rapporter och vetenskapliga publikationer för att öka kunskapen, inte bara om viruset i sig, behandlingar och vaccin, utan också om hur folkhälsan påverkas och vilka grupper som är särskilt utsatta för hälsorisker som en konsekvens av covid-19-pandemin.

Under våren 2020 släppte Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Region Stockholm prognoser kring covid-19-pandemins potentiella effekter på folkhälsan på kort- och lång sikt. Prognoserna pekar bland annat på att redan utsatta grupper riskerar att få det allt svårare, att den psykiska ohälsan samt våld i nära relationer kan komma att öka samt att flera av våra levnadsvanor kan komma att försämrats. Ljusglimtar som lyfts är att narkotikabruket på kort sikt kan minska på grund av minskad tillgång, samt att motivationen för att sluta röka kan öka (1-8). Under sommaren 2020 gav även Folkhälsomyndigheten ut en rapport med tänkbara negativa konsekvenser för folkhälsan i Sverige med koppling till rådande pandemi. I rapporten lyfts möjliga negativa konsekvenser för samtliga åtta målområde inom ramen för det nationella folkhälsomålet och flera av de aspekter som framgår av prognoserna som beskrivits ovan återkommer. Inte minst belyses att redan befintliga ojämlikheter i hälsa mellan olika grupper i samhället utifrån till exempel socioekonomisk position och diskrimineringsgrunderna riskerar att öka ytterligare (9).

Psykisk ohälsa i relation till covid-19-pandemin har fått särskilt fokus på flera håll. Bland annat har Folkhälsomyndigheten gett ut en rapport, i vilken 14 vetenskapliga artiklar kring samband mellan covid-19-pandemin och psykisk hälsa i den allmänna befolkningen har granskats. Resultaten visar att den psykiska hälsan har försämrats genom ett minskat psykiskt välbefinnande och ökade psykiska besvär. Författarna poängterar dock att ingen av studierna kommer från Sverige och att ytterligare forskning behövs (10). Vidare framgår

det av Folkhälsomyndighetens "Hälsorapport" från maj 2020, där psykisk hälsa och levnadsvanor under covid-19-pandemin undersökts via enkätsvar, att lätta psykiska besvär förvisso är vanligt förekommande i befolkningen, men att resultaten ligger i nivå med hur det sett ut innan pandemin. Däremot visar resultaten att det är vanligt med oro för covid-19. Denna oro kan handla om oro att själv eller närstående insjuknar, att man inte kommer att få den vård man behöver eller att arbets- eller studiesituationen kan komma att påverkas på grund av pandemin (11). Sammantaget finns det all anledning att fortsätta följa utvecklingen av kunskapsläget kring den psykiska hälsan.

Med utgångspunkt i de prognoser och rapporter som beskrivits ovan och det faktum att vi ännu inte sett slutet av covid-19-pandemin skulle det inte vara otroligt ifall resultaten från folkhälsoenkäten 2019 skulle se något annorlunda ut om enkäten hade genomförts idag. Huruvida dessa potentiella skillnader skulle vara tillfälliga eller mer permanenta är svårt att uttala sig om och vilka långsiktiga konsekvenser covid-19-pandemin får för folkhälsan kommer troligtvis ta lång tid att utvärdera. Det är därför viktigt att vi aktivt fortsätter följa utvecklingen fortlöpande och väger in ny kunskap tillsammans med resultaten från folkhälsoenkäten 2019 inför regionens satsningar inom folkhälsoarbetet.

Att datainsamlingen för folkhälsoenkäten 2019 genomfördes precis innan covid-19-pandemin fick sitt fäste i Sverige, innebär att vi har "färsk" data över folkhälsoläget i Skåne pre-pandemi. Detta är värdefullt som utgångspunkt och som jämförelse vid till exempel framtida undersökningar och utvärderingar som görs under pågående pandemi och när vi slutligen går in i (ett nytt) normalläge.

## Referenser

---

1. Region Stockholm. *Coronapandemin och alkoholvanor. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: [https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-alkoholvanor---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_.pdf](https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-alkoholvanor---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_.pdf)
2. Region Stockholm. *Coronapandemin och fysisk aktivitet. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: [https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-fysisk-aktivitet---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_.pdf](https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-fysisk-aktivitet---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_.pdf)
3. Region Stockholm. *Coronapandemin och matvanor. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-matvanor---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter.pdf>

4. Region Stockholm. *Coronapandemin och narkotikabruk. En prognos om kort- och långsiktiga effekter.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: [https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-narkotikabruk---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_.pdf](https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-narkotikabruk---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_.pdf)
5. Region Stockholm. *Coronapandemin och rökning. En prognos om kort- och långsiktiga effekter.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-rokning---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter.pdf>
6. Region Stockholm. *Coronapandemin och psykisk hälsa. En prognos om kort- och långsiktiga effekter.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: [https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_uppdaterad-2020-04-28.pdf](https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_uppdaterad-2020-04-28.pdf)
7. Region Stockholm. *Coronapandemin och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. En prognos om kort- och långsiktiga effekter.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter.pdf>
8. Region Stockholm. *Coronapandemin och socioekonomiska skillnader. En prognos om kort- och långsiktiga effekter.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2020. Hämtat 2020-08-25 från: [https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-socioekonomiska-skillnader---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_.pdf](https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-socioekonomiska-skillnader---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_.pdf)
9. Folkhälsomyndigheten. *Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan.* Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 2020-08-25 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/c/covid-19-pandemins-tankbara-konsekvenser-pa-folkhalsan/>
10. Folkhälsomyndigheten. *Påverkar covid-19-pandemin befolkningens psykiska hälsa?* Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 2020-08-25 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/paverkar-covid-19-pandemin-befolkningens-psykiska-halsa/>
11. Folkhälsomyndigheten. *Resultat från Hälsorapports majenkät om psykisk hälsa och levnadsvanor under coronapandemin 2020.* Folkhälsomyndigheten, 2020. Hämtad 2020-08-25 från: [halsorapport.se/sv/resultat/resultat-maj-2020/](https://halsorapport.se/sv/resultat/resultat-maj-2020/)

# Kontaktuppgifter

**Utgives av:**

*Region Skåne, Enheten för samhällsanalys, 2020.*

**Kontaktpersoner:**

*Emma Carlstedt, emma.carlstedt@skane.se*

*Clara Holmberg, clara.holmberg@skane.se*

