

# FOLKHÄLSORAPPORT

## SKÅNE 2023

# Innehåll

<b>Förord</b>	<b>5</b>
Projektgruppens sammansättning	6
<b>Sammanfattning</b>	<b>7</b>
Hälsa	7
Levnadsvanor	8
Sociala relationer	9
Trygghet	10
Arbete	10
Miljö och boende	10
Sjukvård och tandvård	11
Covid-19-pandemin	11
Framtidstro	12
<b>Bakgrund</b>	<b>13</b>
Skånes befolkning	13
Utbildningsnivå	14
Syssetsättning	14
Medellivslängd	15
<i>Utbildningsskillnader i medellivslängd</i>	16
Sjuklighet	16
Referenser	18
<b>Metod och material</b>	<b>19</b>
Urval och svarsfrekvens	19
Datainsamling	20
Bortfallsanalys	21
Felmarginaler och tolkning av skillnader	21
Redovisning av resultat	22
Referenser	23
<b>Hälsa</b>	<b>25</b>
Folksjukdomar i Sverige	27
Stress	27
Psykisk hälsa	28
Bra självskattad hälsa	29
Gott psykiskt välbefinnande	31
Mental hälsa (SF-36)	33
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ-5)	35
Allvarlig psykisk påfrestning	36
Ängslan, oro eller ångest	38
Stressad	40
Sömnbesvär	42

Tillräckligt med sömn som regel	44
Aldrig tillräckligt med sömn	46
Trötthet/utmattning (SF-36)	48
Diagnosen depression av läkare	50
Självordstankar senaste året	52
Självordsförsök senaste året	54
Långvarig sjukdom	55
Funktionsnedsättning	57
Värk i rygg m m	59
Övervikt och obesitas	61
Obesitas	63
Högt blodtryck	65
Diabetes	67
Bra tandhälsa	69
Referenser	71
<b>Levnadsvanor</b>	<b>75</b>
Frukt- och grönsaksintag minst 5 gånger/dag	76
Fysiskt aktiv minst 150 min/vecka	77
Stillasittande minst 10 timmar/dygn	79
Röker dagligen	81
Snusar dagligen (tobak- eller nikotinsnus)	83
Använder tobakssnus dagligen	85
Använder nikotinsnus dagligen	87
Använder e-cigarett dagligen eller ibland (med nikotin)	88
Använt cannabis någon gång	89
Använt narkotikaklassificerade läkemedel någon gång	91
Risikonsumtion av alkohol	93
Risikabelt spelande om pengar	95
Referenser	97
<b>Sociala relationer</b>	<b>100</b>
Praktiskt stöd	100
Emotionellt stöd	102
Socialt deltagande	104
Tillit	106
Ensamhet och isolering	108
Referenser	110
<b>Trygghet</b>	<b>112</b>
Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla	112
Kränkande behandling eller bemötande	114
Utsatt för fysiskt våld eller hot om våld	116

Ekonomisk kris	118
Referenser	120
<b>Arbete</b>	<b>121</b>
Orolig att förlora arbetet	121
Sjukfrånvaro	123
Referenser	125
<b>Miljö och boende</b>	<b>126</b>
Sömnstörd på grund av trafikbuller	126
Trångboddhet	128
Vistelse i grönområde	130
Referenser	132
<b>Sjukvård och tandvård</b>	<b>133</b>
Lågt förtroende för sjukvården	133
Avstått läkarvård trots behov	135
Avstått tandläkarvård trots behov	137
Referenser	139
<b>Covid-19-pandemin</b>	<b>140</b>
Oro för att själv bli sjuk	141
Oro för att närstående ska bli sjuk	143
Referenser	144
<b>Framtidstro</b>	<b>146</b>
Framtidstro	146
Referenser	148
<b>Kontaktuppgifter</b>	<b>149</b>



# Förord

Region Skåne genomför regelbundet folkhälsoenkäter för att kartlägga skåningarnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Folkhälsoenkät Skåne har tidigare genomförts i den vuxna befolkningen vid fem tillfällen åren 2000, 2004, 2008, 2012 och 2019. År 2022 var första gången som undersökningen genomfördes i samarbete med Folkhälsomyndigheten i anslutning till den nationella undersökningen Hälsa på lika villkor. Totalt svarade drygt 29 000 skåningar i åldern 16+ år på enkäten under våren 2022.

Syftet med undersökningen är att ta fram aktuell kunskap om skåningars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Dessa 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 andra aktörer i Skåne, inte minst de skånska kommunerna.

Resultaten i Folkhälsorapport Skåne 2023 visar att det självskattade allmänna hälsotillståndet fortsätter att ligga stabilt på runt 70 procent. Jämfört med år 2019 ses en liten förbättring av den psykiska hälsan, men unga flickor och kvinnor rapporterar fortsatt oroande höga nivåer psykisk ohälsa. Resultaten för levnadsvanorna visar bland annat att andelen som uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet har ökat något. Samtidigt har stillasittandet också ökat för både kvinnor och män under samma tidsperiod. Andelen med övervikt/obesitas är stabil jämfört med år 2019, men den långsiktiga trenden är fortsatt stigande.

De covid-19-specifika frågorna visar att det var dubbelt så vanligt att personer känt sig oroliga för att någon närstående skulle bli allvarligt sjuk i Covid-19 (25 procent) än att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19, och det var mer vanligt bland kvinnor än män.

Vi vill rikta ett stort och varmt tack till alla som har tagit sig tid till att svara på vår enkät. Utan er hade denna rapport inte varit möjlig och heller inte det stora och viktiga kunskapsunderlag som den baseras på.

**Tony Rahm**  
Ledamot Regionala utvecklingsnämnden  
Ordförande i Hållbarhetsberedningen  
Region Skåne

**Richard Gullstrand**  
Tf Utvecklingsdirektör  
Region Skåne

## Projektgruppens sammansättning

---

Enheten för samhällsanalys inom Region Skånes avdelning för regional utveckling har haft i uppdrag att projektleda och genomföra Folkhälsoenkät Skåne 2022 i samarbete med Folkhälsomyndigheten. Projektet har letts av folkhälsostrateg Maria Arévalo Lazo tillsammans med samhällsanalytiker Emma Carlstedt, specialistläkare Sara Lindeberg och GIS-utvecklare Daniel Nilsson. Databearbetning och framtagning av statistik har utförts av statistiker Sara Mikkelsen. Emma Carlstedt, Sara Lindeberg, Louise Sundberg och Sara Mikkelsen har författat rapporten.



# Sammanfattning

## Hälsa

Majoriteten, 71 procent, skattade sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, med något högre andelar bland män jämfört med kvinnor. Över tidsperioden åren 2000–2022 har andelarna legat relativt stabilt runt totalt 70 procent. Jämfört med förra undersökningen år 2019 ses en liten uppgång på två procentenheter som anger bra självskattad hälsa. Jämfört med riket ligger Skåne år 2022 en procentenhet lägre.

Det finns en åldersgradient med högst andelar bra självskattad hälsa i de två yngsta åldersgrupperna och lägst andel i den äldsta. Det finns också en tydlig social gradient med ökande andelar med ökande utbildningsnivå som skattar sitt hälsotillstånd som bra. Mellan grupperna med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning skiljer det för både kvinnor och män 20 procentenheter.

För den psykiska hälsan finns det liksom tidigare undersökningsår tydliga köns- och ålderskillnader i befolkningen med högre andelar psykisk ohälsa bland flickor och kvinnor än hos pojkar och män, och gradvis minskad psykisk ohälsa och ökat psykiskt välbefinnande med stigande ålder. Trenderna för könen följer varandra över tid och den högsta nivån för psykisk ohälsa under tidsperioden sågs vid den förra undersökningen år 2019. År 2022 ses alltså en liten förbättring av den psykiska hälsan jämfört med år 2019, men den är fortfarande på en något sämre nivå mot vad den var i början av 2000-talet.

Självrapporterade lätta eller svåra besvär av oro ("ängslan, oro eller ångest") har ökat mellan åren 2019 och 2022 hos båda könen, med totalt 7 procentenheter. Flickor och kvinnor har högre andelar självrapporterad oro jämfört med pojkar och män, totalt 45 respektive 38 procent. Skillnaden mot det andra könet är störst bland de yngsta (16–29 år) där det skiljer hela 26 procentenheter (70 respektive 44 procent).

Det var totalt 3,5 procent (4,4 procent av kvinnorna och 2,6 procent av männen) som år 2022 uppgav att de under de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression av en läkare, 3,6 procent uppgav att de haft självmordstankar, och 0,5 procent angav att de gjort ett självmordsförsök under det senaste året. Det är lika stora andelar som det var år 2019.

Skåningarna har också fått svara på om de tycker att de får tillräckligt med sömn för att känna sig utvilade, och här ser vi att det är en större andel år 2022 jämfört med 2019 som anser att de som regel får det, genom en uppgång på fem procentenheter till 51 procent. Det är dock fortfarande en lägre andel än vad det var år 2000, då det var 58 procent som ansåg att de fick tillräckligt med sömn. Om man ser till de skåningar som svarat att de aldrig eller nästan aldrig får tillräckligt med sömn så ses en liten minskning mellan åren 2019 och 2022, från 17 till 15 procent. År 2000 var det 10 procent som upplevde detta.

Självrapporterad trötthet/utmattning ökade under tidsperioden 2004–2022 från totalt 20 till 25 procent, med den största procentuella uppgången mellan åren 2012 och 2019. År 2022 är andelarna i paritet med vad de var år 2019. Det finns stora skillnader i självrapporterad trötthet/utmattning mellan könen med störst skillnad i den yngsta åldersgruppen 16–29 år, där kvinnorna ligger på en nästan dubbelt så hög nivå, 41 procent, mot männen på 22 procent.

Andelarna med övervikt eller obesitas (fetma) respektive obesitas i Skåne är 53 respektive 17 procent år 2022. Övervikt/obesitas är vanligare hos män, medan för obesitas finns inga skillnader mellan könen. Jämfört med förra mätningen år 2019 är andelarna ungefär desamma, men sett över tidsperioden åren 2000–2022 har det för båda dessa indikatorer skett en ökning med 8 procentenheter. Skåne ligger år 2022 en procentenhet högre i andelen med obesitas jämfört med riket. Det är vanligare med övervikt/obesitas och obesitas bland de med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial utbildning, med en skillnad på totalt 13–14 respektive 8–9 procentenheter.

Andelen som uppger att de har en bra tandhälsa är några procentenheter högre hos kvinnor jämfört med män och har inte förändrats över tid. År 2022 är det 74 procent av kvinnorna och 70 procent av männen som uppger det. Det är lika stora andelar som det är i riket. Den åldersmässiga fördelningen av självskattad bra tandhälsa är väldigt jämn, men det skiljer sig åt mellan utbildningsgrupperna med ökande andelar som uppger bra tandhälsa med ökande utbildningslängd. Bra tandhälsa uppges i högre utsträckning bland de födda i Sverige jämfört med övriga grupper baserade på födelseregion.

## Levnadsvanor

---

Resultaten år 2022 visar både positiva och negativa exempel för hur utvecklingen av levnadsvanorna ser ut bland skåningarna. Till de positiva resultaten hör att daglig tobaksrökning som minskat succesivt de senaste 20 åren fortsätter att göra det. År 2022 uppgår andelen dagligrökare till 7 procent. Andra positiva resultat är att i alla fall för män ses en något lägre andel med riskkonsumtion av alkohol liksom en något högre andel som uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet (minst 150 minuter/vecka) jämfört med år 2019. Resultat i negativ riktning är att andelen stillasittande minst 10 timmar/dygn ligger 4 procentenheter högre år 2022 jämfört med år 2019. Även andelen som snusar dagligen respektive har använt cannabis någon gång har ökat något under samma tidsperiod.

Skillnader mellan män och kvinnor ses för de flesta levnadsvanorna. Sett till olika åldersgrupper ses exempelvis skillnader för andelar som når rekommendationen för fysisk aktivitet (minst 150 minuter/vecka) som är högre bland yngre än äldre, och allra lägst bland



de äldsta (85+ år). Samtidigt är andelen stillasittande minst 10 timmar/dygn högst i den yngsta gruppen (16–29 år). Olikheter förekommer också mellan socioekonomiska grupper baserat på utbildningsnivå, vilka går i olika riktning beroende på levnadsvana. Exempelvis är andelen dagligrökare högre i grupper med kortare utbildning än längre, något som också gäller avseende att nå rekommendationen för fysisk aktivitet. Däremot är andelen med riskbruk av alkohol respektive att ha använt cannabis någon gång högre i grupper med längre än kortare utbildning. Vidare ses också en variation i flera fall mellan födelseregioner. Några exempel är att andelen som uppnår rekommendationen för fysisk aktivitet skiljer sig med mer än 20 procentenheter mellan gruppen födda i Sverige (70 procent) och gruppen utomeuropeiskt födda (48 procent). Däremot är dagligt bruk av tobakssnus vanligare i gruppen födda i Sverige jämfört med övriga födelseregioner.

En nyhet bland levnadsvanefrågorna i enkäten år 2022 var att fråga separat om tobak- respektive nikotinsnus, eller vitt snus som det också kallas. Medan det finns en tydlig könsskillnad för tobakssnus, med högre andelar för män än kvinnor (15 jämfört med 3 procent), ses inte detta för nikotinsnus som uppgår till 2,4 procent för kvinnorna och 2,6 procent för männen. Och medan dagligt tobakssnusande är vanligast i åldersgrupperna mellan 30–64 år, är andelarna i stället högst i den yngsta gruppen, 16–29 år vad gäller dagligt nikotinsnusbruk.

## Sociala relationer

---

Mellan år 2019 och 2022 så ökade andelen med lågt socialt deltagande med ca 70 procent och låg därmed på 28 procent år 2022. En tydlig åldersskillnad syns där det är mer än tre gånger så vanligt att ha lågt socialt deltagande i den äldsta åldersgruppen (85+ år) jämfört med den yngsta (16–29 år). Utbildningsskillnader är också tydliga, det är tre gånger så vanligt att de med kortare utbildning har lågt socialt deltagande jämfört med de med längst utbildning. En skillnad syns också för födelseland men inte lika påtagligt.

Andelen som saknar praktiskt stöd har minskat med en procentenhet i jämförelse med år 2019 medan andelen som saknar emotionellt stöd är oförändrad. Att sakna emotionellt stöd är dock dubbelt så vanligt än att sakna praktiskt stöd (14 respektive 7 procent). Avsaknad av praktiskt stöd ligger ganska jämnt mellan åldersgrupper medan avsaknad av emotionellt stöd är högst i den yngsta åldersgruppen, följt av den äldsta åldersgruppen. Utbildningsskillnader syns tydligt för båda utfallen där de med kortare utbildning har lägre stöd. För födelseregion uppger de födda utanför Sverige ett lägre stöd, vilket blir mer markant ju längre geografiskt avstånd födelselandet är från Sverige.

Andelen som har svårt att lita på andra minskade något i jämförelse med år 2019, från 35 till 33 procentenheter. En tydlig åldersskillnad syns med en högre andel bland de yngsta och sedan avtagande med stigande ålder. Utbildningsskillnader syns också där de med förgymnasial och gymnasial utbildning uppger högre andelar än de med eftergymnasial. Födelseregion har också betydelse med högst andel för de födda i övriga Europa och övriga världen.

Frågan om ensamhet och isolering är ny för år 2022 och var högst i den yngsta och äldsta åldersgruppen. I den äldsta åldersgruppen framträder dessutom tydliga könsskillnader.

Det är betydligt vanligare med ensamhet och isolering bland kvinnorna. Skillnader mellan utbildningsgrupper och födelseland förekommer också men inte i samma utsträckning som åldersskillnaderna.

## Trygghet

---

Huruvida man avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, visar att det är en betydligt högre andel som uppgett detta bland kvinnor jämfört med män (44 respektive 18 procent). Allra högst andelar återfinns för de yngsta kvinnorna (16–29 år) på 56 procent. Sett till hela gruppen kvinnor ses dock en förändring i positiv riktning med lägre andelar år 2022 än föregående mätning år 2019, med en minskning om 7 procentenheter. Förutom könsskillnader ses även skillnader mellan socioekonomiska grupper, med högre andelar i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning.

Vi frågade också om man en eller flera gånger har haft svårt att betala löpande utgifter de senaste 12 månaderna (benämnt som ekonomisk kris). Resultaten visar ett par procentenheter högre för både kvinnor och män år 2022 jämfört med år 2019. Sett till skillnader mellan grupper tycks ekonomisk kris vara vanligare bland yngre än äldre, i grupper med förgymnasial- och gymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning respektive i grupperna utomnordiskt födda jämfört med grupperna födda i Norden (inklusive Sverige)..

## Arbete

---

Ungefär 1 av 10 yrkesarbetade (16–64 år) uppgav oro att förlora arbetet det närmaste året år 2022, vilket är i linje med resultaten från år 2019. Sett till skillnader mellan grupper var de tydligast avseende födelseregion, där andelarna som uppgav oro var högre i grupperna utomnordiskt födda jämfört med svenskfödda. För männen exempelvis ses en skillnad på ungefär 20 procentenheter vid en jämförelse mellan svenskfödda (8 procent) och utomeuropeiskt födda (29 procent).

Vidare visar resultaten att andelen som rapporterat medellång (8–30 dagar) eller lång (mer än 30 dagar) sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna har ökat jämfört med mätningen år 2019. Andelarna är högre för kvinnor (27 procent) än män (17 procent) och även om förändringen från år 2019 gäller både män och kvinnor är den något större för kvinnor.

## Miljö och boende

---

Trafikbuller som medför sömnstörningar rapporterades av 6 procent av de svarande, vilket var en förändring med någon procentenhet i negativ riktning för kvinnorna jämfört med år 2019. En annan aspekt kopplat till miljö och boende är trångboddhet, något som rapporterades av ungefär 5 procent totalt sett. Trångboddheten har ökat något, sett ur ett längre tidsperspektiv, men de aktuella resultaten ligger i linje med mätningen år 2019. Det som framför allt utmärker sig för trångboddhet, är skillnader mellan födelseregioner.

Medan endast ett par procent i grupperna födda i Norden (inklusive Sverige) rapporterade trångboddhet, gjorde över 20 procent i gruppen utomeuropeiskt födda detsamma.

Vistelse i grönområden kan ha flera hälsofördelar och närmare 3 av 4 svarade att de är utomhus i park, natur- eller grönområden varje dag eller några gånger per vecka. Andelarna är högre för kvinnor än män (77 procent jämfört med 69 procent). Sett till åldersgrupper är andelarna lägst i den yngsta gruppen (16–29 år) på 62 procent och ökar för varje åldersgrupp till och med gruppen 65–84 år som uppgår till 86 procent. Trots en brytpunkt med lägre andelar för de allra äldsta (85+ år) ligger denna grupp högre än de två yngsta grupperna.

## Sjukvård och tandvård

---

I Folkhälsoenkät Skåne har frågor kring vilket förtroende man har för olika samhällsinstitutioner och grupper, inklusive sjukvården, ställts från och med år 2004. År 2022 svarade totalt 24 procent att de har ett lågt förtroende för sjukvården, vilket är den lägsta andelen sedan frågan ställdes för första gången år 2004. Jämfört med undersökningen år 2019, då den under tidsperioden högsta andelen på 31 procent uppmättes, är det en minskning med 7 procentenheter.

År 2022 var det totalt 20 procent som uppgav att de avstått från läkarvård trots att de ansett sig vara i behov av det. Andelar för denna indikator har sedan frågan först ställdes år 2004 legat på 18–20 procent, med det stora undantaget år 2019 då andelen var 31 procent. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupperna i andelar som avstått läkarvård trots behov. Utifrån födelseregion ses lägst andel som avstått läkarvård i gruppen född i Sverige, totalt 16 procent, och högst i grupperna födda utanför Norden, 27–29 procent.

Det var år 2022 totalt 18 procent som avstått från tandläkarvård trots att de ansett sig vara i behov av det. Det var inga signifikanta skillnader mellan könen och inga större skillnader mellan åren kunde ses. Efter uppdelning på födelseregion ses högre andelar som avstått från tandläkarvård ju längre från Sverige som födelselandet ligger. Bland de födda i Sverige var det 14 procent som avstått från tandläkarvård och bland de födda utanför Europa var det 32 procent som gjort det, en skillnad på 18 procentenheter.

## Covid-19-pandemin

---

De nya Covid-19-frågorna undersöker oron över att själv bli allvarligt sjuk, eller att någon närstående ska bli allvarligt sjuk, i Covid-19. Det var med än dubbelt så vanligt att känna oro för att en närstående ska bli svårt sjuk än att själv bli svårt sjuk i Covid-19 (25 respektive 11 procent) och det var vanligare bland kvinnorna än männen. Oron för att själv bli sjuk var högst i åldersgruppen 56–64 medan oron för att någon närstående ska bli sjuk var högst i den yngsta åldersgruppen och fallande med stigande ålder. Utbildningsskillnader syns för oron att själv bli sjuk men inte för oron att någon närstående ska bli sjuk. Födelseland hade också större betydelse för oron att själv bli sjuk än oron för att någon närstående skulle bli sjuk.

## Framtidstro

---

En majoritet, 65 procent av de tillfrågade uppgav att de har en ljus framtidstro. Andelen är några procentenheter lägre än vid mätningen år 2019 och ännu lägre jämfört med 10 år sedan. Den äldsta gruppen (85+ år) sticker ut, med betydligt lägre andelar med ljus framtidstro jämfört med övriga åldersgrupper. Medan exempelvis endast 1 av 3 kvinnor i denna åldersgrupp uppgav en ljus framtidstro, gör minst över hälften det i övriga åldersgrupper. Att rapportera ljus framtidstro skiljer sig också sett till olika socioekonomiska grupper, med högre andelar ju längre utbildning.

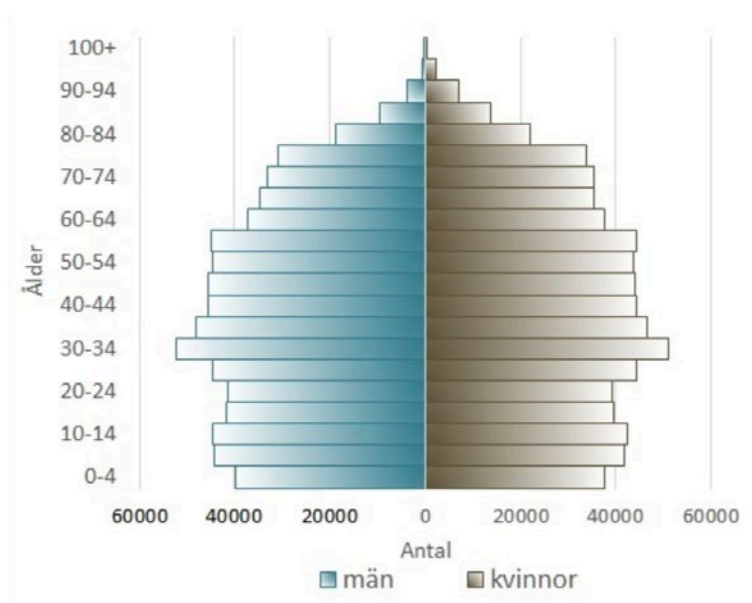


# Bakgrund

## Skånes befolkning

Den 1 november 2022 hade Skåne totalt 1 413 080 invånare, vilket motsvarar en ökning med 1,0 procent i jämförelse mot föregående år. Skåne utgör därmed 14,3 procent av Sveriges totala befolkning. Skånes åldersstruktur skiljer sig något från rikssnittet eftersom det finns en större andel utrikesfödda skåningar, vilket gynnar den yngre befolkningsgruppen. I Skåne utgör 0–19-åringar 23,5 procent av befolkningen, siffran för hela riket är 23 procent. Andelen av befolkningen i åldersspannet 20–64 år är dock densamma som för riket, 56,5 procent. Den äldre befolkningen, 65 år och äldre, utgör 19,9 procent av Skånes befolkning och 20,6 procent för riket. Försörjningskvoten, det vill säga kvoten mellan den ekonomiskt inaktiva befolkningen (0–19 år, 65 + år) och den ekonomiskt aktiva befolkningen (20–64 år) är dock densamma som för riket som helhet, vilken ligger på 0,7 (1).

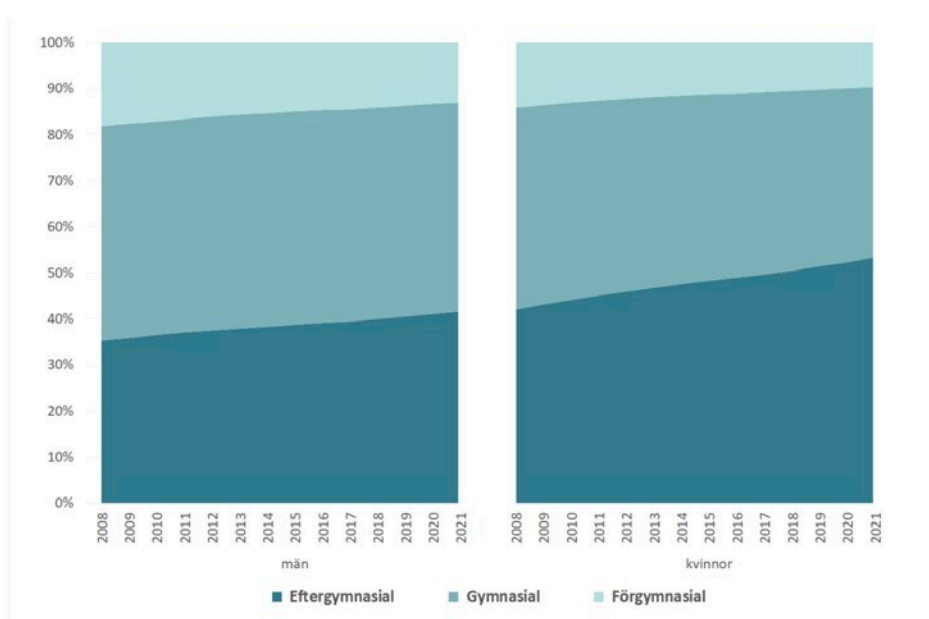
### Skånes befolkning fördelat på åldersgrupp och kön, 1 november 2022



## 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. Likt övriga riket syns en tydlig trend av ökad utbildning i befolkningen där gruppen med endast förgymnasial utbildning minskar och gruppen med eftergymnasial utbildning ökar. Sedan år 2008 har kvinnor med eftergymnasial utbildning ökat i snitt med en procentenhet per år i Skåne, för män är ökningen hälften så stor, en halv procentenhet per år. År 2021 var andelen med eftergymnasial utbildning 53 procent bland kvinnorna och 42 procent bland männen (1).

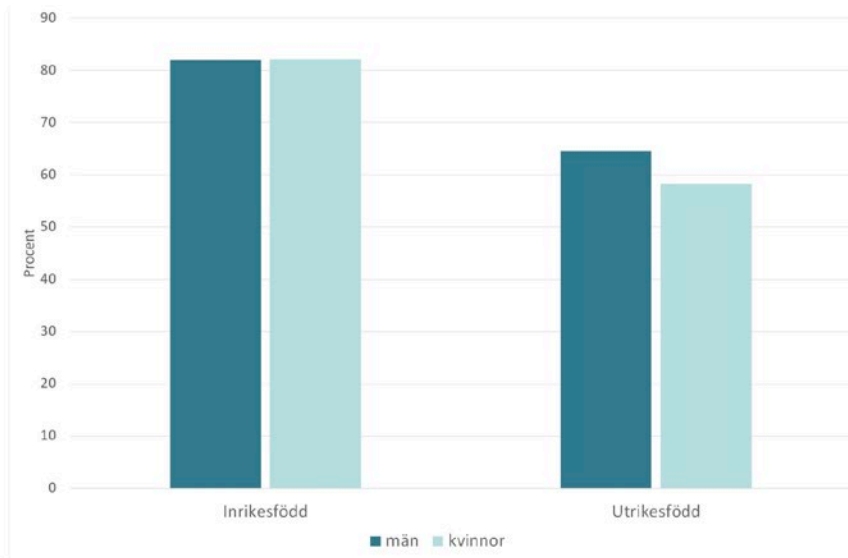
### Utbildningsnivå för Skånes befolkning i åldern 25–64 år, 2008–2021:



## Sysselsättning

År 2021 hade Skåne en sysselsättningsgrad på 75,9 procent, vilket var den lägsta siffran av alla Sveriges regioner, riksnittet var 78,9 procent. Män i Skåne hade något högre sysselsättningsgrad än kvinnorna, 76,8 procent i jämförelse med 75,0 procent. Om födelseland beaktas så finns ingen könsskillnad för de inrikesfödda, med sysselsättningsgrader på 82 respektive 82,1 procent. För utrikesfödda är könsskillnaderna påtagliga med en sysselsättningsgrad på 58,3 procent för kvinnorna och 64,6 procent för männen (1).

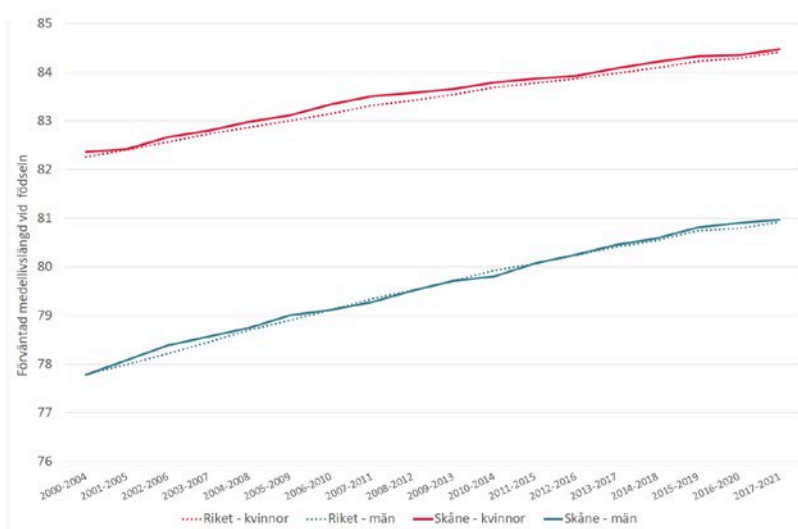
## Sysselsättningsgrad för Skånes befolkning 20-64 år, år 2021



## Medellivslängd

Sedan år 2000 har medellivslängden i Skåne ökat med 2,1 år för kvinnor och 3,2 år för män. Den mer markanta ökningen för män beror på deras initialt högre dödlighet, i synnerlighet från hjärt- och kärlsjukdomar, som minskat betydligt de senaste årtiondena (2, 4). Idag är medellivslängden i Skåne 84,5 år för kvinnor och 80,9 år för män. Kvinnor kan därmed förvänta sig leva 3,5 år längre än män, en könsskillnad som dock minskat med 1,1 år sedan år 2000. Idag beror ökningen av medellivslängd främst på ökad överlevnad i den äldre befolkningen (1-4), främst bland dem 70 år och äldre (2).

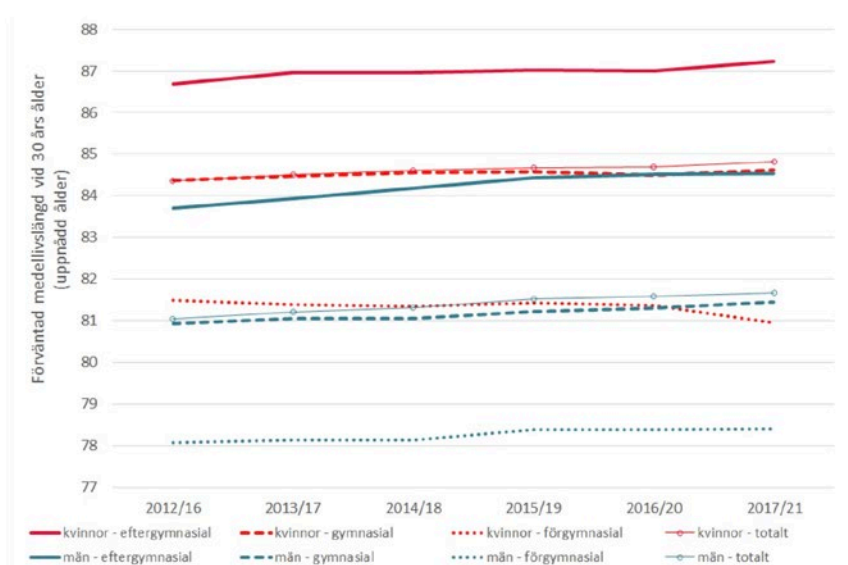
## Förväntad medellivslängd vid födseln, Skåne år 2000-2021



## UTBILDNINGSSKILLNADER I MEDELLIVSLÄNGD

Medellivslängden är dock inte jämnt fördelad i befolkningen. Dödligheten i befolkningen följer en social gradient där de med lägre utbildning har en högre dödlighet än de med högre utbildning. Medellivslängden vid 30 års ålder för kvinnor med eftergymnasial utbildning var 87,2 år 2021 medan motsvarande siffra för de med förgymnasial utbildning var 81,0 år, det vill säga en skillnad på 6,2 år. För män var motsvarande skillnad 6,1 år. Utbildningsskillnader i medellivslängd är därmed betydligt större än könsskillnader i medellivslängd. Och till skillnad mot könsskillnader så ökar utbildningsskillnaderna över tid. För kvinnor har utbildningsskillnaden ökat med cirka ett år sedan 2012 och för män ett halvt år. Den ökade utbildningsskillnaden beror framförallt på en mindre fördelaktig utveckling för de som saknar gymnasial utbildning, speciellt tydligt bland kvinnor (1).

### Förväntat medellivslängd vid 30-års ålder, Skåne år 2012-2021



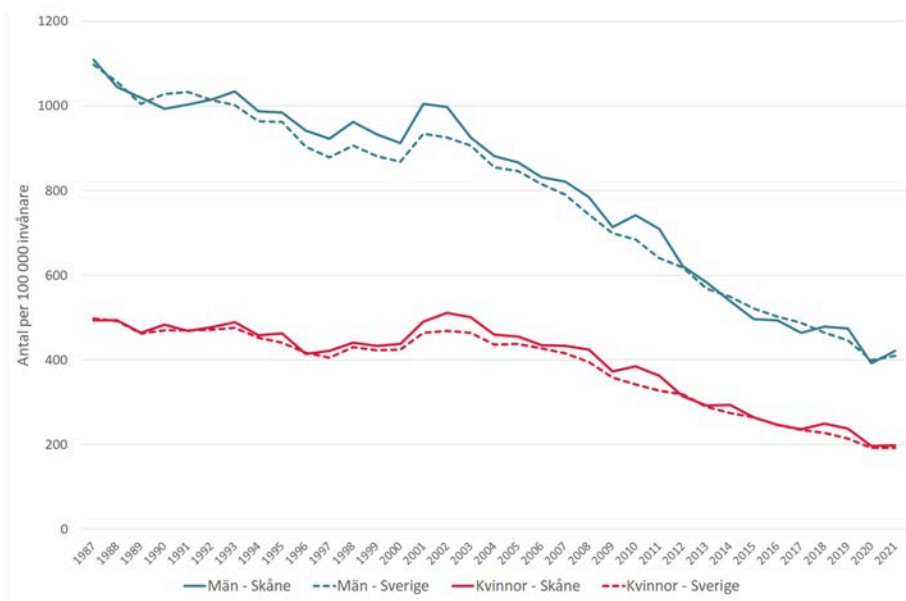
## Sjuklighet

Idag består våra svenska folksjukdomar, 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 (5). 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 sjukdomsördan i Sverige (6).

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 (7).

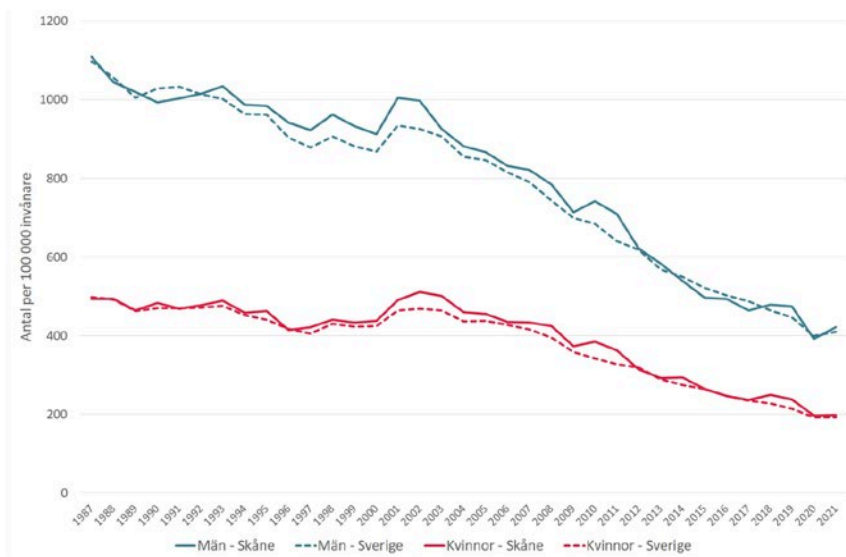


### Incidens akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare fördelat på kön, ålder 30-85+, 1987-2018



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 (8).

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



## Referenser

---

1. Statistikmyndigheten SCB, Statistikdatabasen. [Internet]. Hämtat 2023-01-02 från [Statistikdatabasen - Välj tabell \(scb.se\)](#)
2. Sundberg, L., et al., Why is the gender gap in life expectancy decreasing? The impact of age-and cause-specific mortality in Sweden 1997–2014. (2018). International journal of public health, 63(6): p. 673-681. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1097-3>
3. Vallin, J. and F. Meslé, The segmented trend line of highest life expectancies. (2009). Population and Development Review, 35(1): p. 159-187. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2009.00264.x>
4. Klenk, J., et al., Changes in life expectancy 1950–2010: contributions from age-and disease-specific mortality in selected countries. Population health metrics, 2016. 14(1): p. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0089-x>
5. Folkhälsomyndigheten. Vad är en folksjukdom? [Internet]. Hämtat 2020-06-25 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/>
6. 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>
7. Socialstyrelsen. Statistik om hjärtinfarkter [Internet]. Hämtat 2023-01-05 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/hjartinfarkter/>
8. Andersson, L., Brämhagen, D., Carleson, M., Hansson Bittár, 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>



# Metod och material

## Urval och svarsfrekvens

Insamlingen av svar har gjorts genom två urval, dels de som bor i Skåne och tillhör urvalet för den nationella folkhälsoenkäten, dels Skånes tilläggsurval till densamma. Urvalsramarna baseras på uppgifter från Registret över Totalbefolkningen 2021-11-30 och inkluderar personer som är 16 år eller äldre.

Det nationella urvalet uppgick till 45 000 personer som drogs med obundet slumpmässigt urval, varav 5 961 var skåningar. Skånes tilläggsurval uppgick till 88 290 personer som drogs med stratifierat obundet slumpmässigt urval där strata baserades på ålder och geografiskt område. Urvalsprocessen var designad så att de 5 961 personer i det nationella urvalet som tillhörde Skånes län inte kunde dras i tilläggsurvalet. Det totala antalet urvalspersoner, dvs. urvalspersoner från Skånes län i det nationella urvalet samt tilläggsurvalet, var 94 251 personer, varav 374 utgjorde övertäckning. Totalt svarade 29 066 personer på enkäten.

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 urvalskonstruktionen. Den viktade svarsfrekvensen i denna undersökning uppgick till 35 procent, vilket är en försämring från de 44 procent som erhöles i Skånes folkhälsoenkät 2019.

Individer är på grund av olika orsaker mer eller mindre benägna att svara på enkäter. I nedanstående tabell beskrivs svarsfrekvenser för olika gruppindelningar. Även dessa svarsfrekvenser är viktade för att justera för urvalskonstruktionen. I kolumnen längst till höger redovisas även motsvarande antal svarande.

Andelen svarande var högst i åldersgruppen 65-84 år (58 procent) och lägst i åldersgruppen 16-29 år (20 procent). Kvinnor svarade i högre grad än män (38 respektive 32 procent). 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 födelse-region, med till exempel en svarsfrekvens på 41 procent i gruppen födda i Sverige, medan andelen i gruppen födda utanför Europa var 15 procent. För kommun, som inte redovisas i tabellen, varierar svars-

andelen mellan 29 procent i Skurup och 46 procent i Lomma. Hanteringen av den skevhet som uppstår för att vissa grupper är över- eller underrepresenterade diskuteras i sektionen ”Bortfallsanalys”.

	<b>Grupp</b>	<b>Svarsfrekvens</b>	<b>Antal</b>
Totalt		35%	29066
Kön	Kvinna	38%	15919
	Man	32%	13147
Åldersgrupper	16-29 år	20%	4901
	30-44 år	23%	5840
	45-64 år	37%	8694
	65-84 år	58%	8415
	85+ år	46%	1216
Utbildningsnivå	Förgymnasial	26%	4790
	Gymnasial	32%	9869
	Eftergymnasial	44%	14407
Födelseregion	Sverige	41%	24033
	Övriga Norden	35%	687
	Övriga Europa	22%	2252
	Övriga världen	15%	2088

## Datansamling

Datansamlingen påbörjades i februari år 2022 och avslutades i maj samma år. Till personer yngre än 65 år gjordes fyra utskick och till personer som var 65 år eller äldre gjordes tre utskick. Alla utskick gjordes via post. Det första utskicket innehöll ett informationsbrev och inloggningsuppgifter till att besvara enkäten på webben, men båda åldersgrupperna fick också möjlighet att svara på pappersblankett i senare utskick. Totalt valde nästan 68 procent av respondenterna att svara på webblancketten.

Den nationella blanketten bestod av 61 nummerade frågor, flera av dem hade delfrågor vilket genererade totalt 106 frågor. Region Skåne hade dessutom en tilläggsmodul med ytterligare 16 nummerade frågor (totalt 38 frågor inklusive delfrågor). Frågorna handlade

bland annat om hälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning samt trygghet och sociala relationer. Förutom variabler som samlats in via frågeblanketten har ett antal bakgrundsvariabler som inkomst, utbildning, civilstånd, födelseland etcetera påkopplats från SCB:s olika register.

Datainsamlingen har genomförts av SCB, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten och Region Skåne. För mer detaljerad information om enkätens metod och genomförande hänvisas till separat teknisk rapport.

Uppgifterna som respondenterna har 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, Folkhälsomyndigheten och Region Skåne omfattas alla av reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

## Bortfallsanalys

---

Vid enkätundersökningar finns det risk att verkliga förhållanden inte återspeglas till fullo eftersom det kan förekomma skillnader mellan de som valt att svara och de som valt att inte göra det. För att svaren ska kunna bedömas representativa för Skånes population 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. För 2022 års enkät användes registervariablerna ålder, kön, utbildning, födelseland, civilstånd, inkomst, storstad och kommun 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 bortfallsskevheter skattas.

Informationen om effekten av bortfallet används tillsammans med designvikterna för att beräkna så kallade kalibreringsvikter. Designvikterna avgörs av urvalsdesignen. Syftet med att tillämpa kalibreringsvikter är att minska skevheter i skattningarna. Alla resultat i rapporten är framtagna med hjälp av kalibreringsvikterna för att på ett säkrare sätt kunna dra slutsatser om populationen utifrån de svar som enkäten gett. För en mer utförlig beskrivning av kalibreringsmetodiken, se Lundström och Särndal 2001 (1).

Trots kalibrering, förekommer det dock fortfarande osäkerheter i skattningarna. Till exempel är det svårt att ta höjd för att individer med god hälsa, generellt sett, kan vara benägna att svara på enkäter om hälsa jämfört med individer med sämre hälsa samt att det är svårt att nå de mest utsatta individerna i samhället (2-4). Vissa osäkerheter är dock kvantifierbara, så som den statistiska felmarginalen vilket diskuteras vidare i nästa sektion.

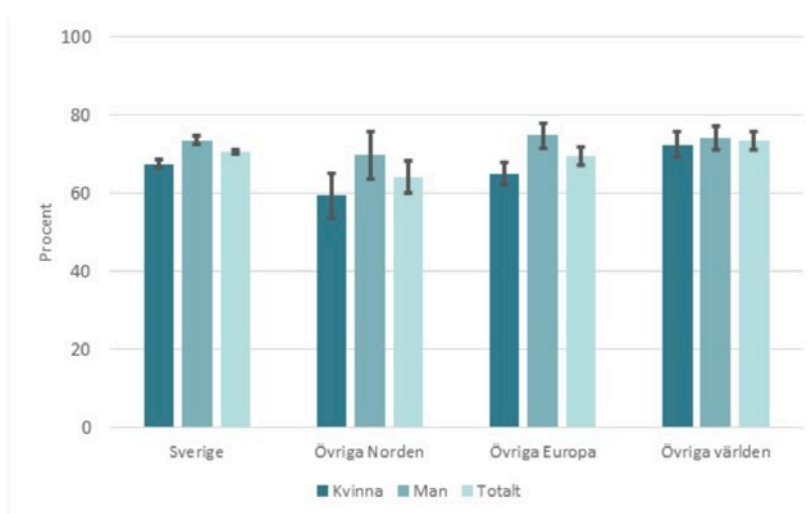
## Felmarginaler och tolkning av skillnader

---

Det finns olika typer av osäkerhetskällor som uppstår både innan, under och efter själva enkätundersökningen. I den här sektionen diskuteras osäkerheten som uppstår i och med att folkhälsoenkäten är en urvalsundersökning. Eftersom svar inte har samlats in från alla i

Skåne (populationen av intresse) är de redovisade andelarna skattningar som innehåller ett visst mått av osäkerhet. Denna osäkerhet behöver tas i beaktning när slutsatser ska dras om hur hälsoläget ser ut i Skåne, och hur det skiljer sig mellan grupper.

I rapportens tabeller, diagram och kartor redovisas endast de skattade andelarna, men det ska betonas att varje skattad andel är förknippad med en statistisk felmarginal. I diagrammet nedan visas ett exempel på hur osäkerhetsmarginalerna ser ut för redovisningsgruppen födelseregion uppdelat på kön för variabeln ”Bra självskattad hälsa”. För män födda i Sverige är det 73,6 procent ( $\pm 1$ ) med bra självskattad hälsa. Andelen ligger alltså någonstans mellan 72,6 och 74,6 procent med en konfidensgrad på 95 procent. Jämförelsevis ligger andelen för män födda i övriga Norden på 69,7 procent  $\pm (6,2)$ , med andra ord mellan 63,5 och 75,9 procent. Den statistiska felmarginalen är i det här fallet mycket större på grund av ett mindre dataunderlag för män födda i övriga Norden än män 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 (5).

I förklaringen av resultaten i rapporten anges ibland om det funnits en statistisk säkerställd skillnad mellan de olika redovisningsgrupperna. En statistisk säkerställd skillnad fastställs när konfidensintervallen inte överlappar. Det är dock viktigt att komma ihåg att dessa resultat är framtagna utan justering för bakomliggande orsaker till skillnad mellan grupper. När till exempel självskattad hälsa jämförs mellan olika utbildningsgrupper tas inte hänsyn till att åldersfördelningen skiljer sig åt mellan grupperna.

## Redovisning av resultat

Rapporten redovisar ett urval av de indikatorer som går att skapa utifrån 2022 års enkätsvar. De utvalda resultaten syftar till att ge en övergripande bild av hälsoläget i den vuxna befolkningen (16+ år) i Skåne. Om inget annat anges har indikatorerna baserats på definitioner enligt Folkhälsomyndigheten (6). Samtliga resultat i rapporten är framtagna med hjälp av den statistiska programvaran R.

I de fall det är möjligt presenteras resultat i en tidsserie där 2022 års mätning kompletteras med resultaten från tidigare mättillfällen 2000, 2004, 2008, 2012 och 2019. För att säkerställa jämförbarhet över tid redovisas tidsserien för åldrarna 18-80 år. Detta då tidigare års enkäter skickats ut till ett urval av skåningar mellan 18-80 år.

De skånska resultaten för den vuxna befolkningen (16+ år) jämförs med riksnittet. Resultaten för riket har tagits fram med hjälp av svaren på den nationella folkhälsoenkäten i sin helhet. Jämförelsen mot riket är endast deskriptiv, och syftar till att ge en indikation över hur Skånes hälsoläge ser ut i förhållande till riksnittet. När det redovisade resultatet baseras på en skånsk tilläggsfråga har inte jämförelse med riket varit möjlig.

Då hälsan och dess bestämningsfaktorer i många fall skiljer sig åt mellan grupper, presenteras resultaten även i olika redovisningsgrupper. Ojämligheter i hälsa förekommer mellan flera olika typer av grupper i samhället, men är i denna rapport avgränsade till: åldersgrupper (16-29 år, 30-44 år, 45-64 år, 65-84 år samt 85+ år), utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial samt eftergymnasial) och födelseregion (Sverige, Övriga Norden, Övriga Europa samt Övriga världen). För alla grupper redovisas resultaten uppdelat på kön (kvinna och man) samt på totalnivå. För resultat uppdelat på utbildningsnivå ingår endast personer som är minst 25 år gamla. Detta av anledningen att vid 25 års ålder bedöms de flesta ha haft chans att uppnå eftergymnasial utbildningsnivå.

Slutligen redovisas resultaten utifrån geografiska skillnader (på totalnivå) för Skånes 33 kommuner. För mer ingående resultat på kommunnivå hänvisas till statistikverktyget QlikView (länk till QlikView). Eventuella skillnader mellan kommuner är deskriptiva, inga statistiska analyser har genomförts för att jämföra kommunerna mot varandra. Detta på grund av begränsade svarsunderlag för många kommuner. Det finns med andra ord generellt sett mer osäkerhet i skattningarna för de mindre kommunerna, vilket måste tas i beaktning vid jämförelse av kommuner. 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.

Enkätresultaten är i rapporten indelade i följande nio kapitel: Hälsa, Levnadsvanor, Sociala relationer, Trygghet, Arbete, Miljö och Boende, Sjukvård och Tandvård; Covid-19-pandemin 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. När de skattade andelarna är för små och indikatorn bedömts vara av speciellt känslig natur redovisas den inte 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. Lindén-Boström, M. and C. Persson, A selective follow-up study on a public health survey. *The European Journal of Public Health*, 2013. 23(1): p. 152-157.
3. Christensen, A.I., et al., What is wrong with non-respondents? Alcohol-, drug- and smoking-related mortality and morbidity in a 12-year follow-up study of respondents and non-respondents in the Danish Health and Morbidity Survey. *Addiction*, 2015. 110(9): p. 1505-1512.
4. Keyes, K.M., et al., How healthy are survey respondents compared with the general population? *Epidemiology*, 2018. 29(2): p. 299-307.
5. 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.
6. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor 2022), 2022. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten-halsa-pa-lika-villkor-2022/>





# Hälsa

Hälsa definieras ofta som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller skada (1, 2). Relationen mellan hälsa och ohälsa kan beskrivas genom det så kallade Hälsokorset (3), vilket är en modell med två axlar, se Bild 1. Den horisontella axeln symboliserar om en individ är frisk eller sjuk baserat på medicinskt diagnostiserade sjukdomar, och den vertikala axeln den subjektiva upplevelsen av att må bra eller dåligt. Man kan med andra ord uppleva sin hälsa som god trots att man är medicinskt sjuk, och på motsvarande sätt kan man uppleva sin hälsa som dålig trots frånvaro av medicinsk diagnos.

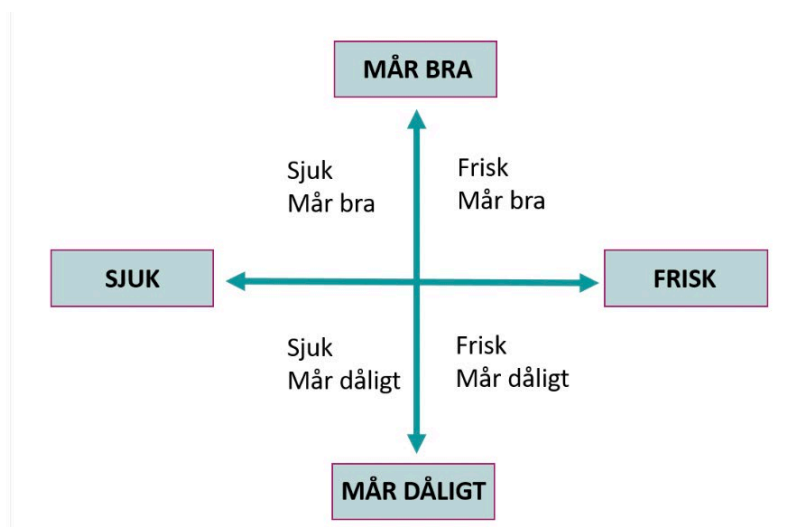


Bild 1. Hälsokorset. Omarbetad bild från Eriksson, 1984 (5).

Det finns många faktorer som påverkar hälsan i befolkningen. Dahlgren och Whitehead lanserade under tidigt 1990-tal en modell som illustrerar hälsans bestämningsfaktorer (4), se Bild 2. Hälsans bestämningsfaktorer visar på en bredd av faktorer och strukturer på olika nivåer som spelar roll för vår hälsa. Hälsans bestämningsfaktorer inkluderar allt från biologiska faktorer, levnadsvanor, sociala relationer, utbildning och inkomster till faktorer på samhällsnivå som till exempel samhällsekonomi och miljöaspekter. De flesta av dessa faktorer är påverkbara, medan faktorer som biologiskt kön, ålder och arv är svårare att påverka. Individuella val av exempelvis levnadsvanor formas av den omgivning vi befinner

oss i, våra levnadsförhållanden, och av våra förutsättningar och livsvillkor. Har vi sämre livsvillkor och levnadsförhållanden ökar till exempel benägenheten för ohälsosamma levnadsvanor, vilket medför att hälsan skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen. Ojämlighet i hälsa uppstår när det finns systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position. Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg i den sociala hierarkin, sett till utbildningsnivå, inkomst eller yrke, innebär förändrad hälsa (5, 6). Folkhälsan, det vill säga befolkningens hälsotillstånd, beskriver därför inte enbart nivåer i hela befolkningen avseende sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor och risk- eller skyddsfaktorer, utan också de olikheter som råder mellan olika grupper i befolkningen, hälsans ojämlikhet (6).

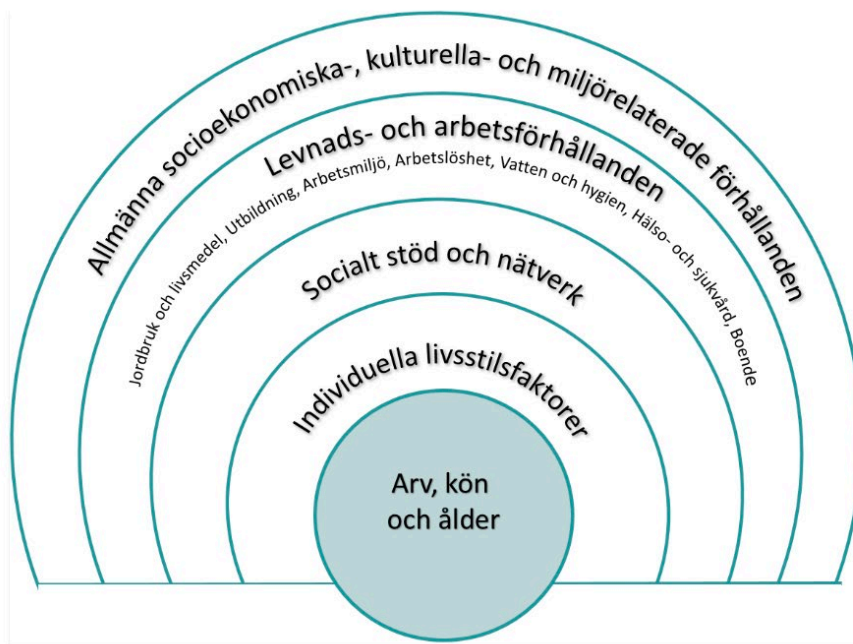


Bild 2. Hälsans bestämningsfaktorer. Omarbetad bild från Dahlgren & Whitehead (1991) (6).

Medellivslängden i en befolkning, och hur den skiljer sig åt i olika grupper, utgör ett generellt mått på folkhälsan. Medellivslängden i Sverige har ökat stadigt under 1900- och 2000-talen, vilket kan hänföras till stigande levnadsstandard, bättre utbildning, hälsosammare levnadsvanor och ökad tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet (6). Men skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan personer med eftergymnasial respektive förgymnasial utbildningsnivå är stor, cirka 6 år, vilket är en större skillnad än det var för femton år sedan. Trenden med en ökande medellivslängd i Sverige bröts år 2020, och för kvinnor med förgymnasial utbildning och män födda utanför Europa sågs en särskilt negativ utveckling (6).

Att flera av hälsans bestämningsfaktorer är påverkbara och att det förekommer systematiska skillnader i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor mellan olika grupper i befolkningen lyfts i det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249): ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”. Folkhälsopoli-

tiken syftar till att bidra till en hållbar utveckling i samhället, genom att en god och jämlik hälsa i befolkningen har bättre förutsättningar att skapa välstånd och ökad tillväxt, genom exempelvis minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg (7).

Det samlade folkhälsoarbetet och dess uppföljning utgår från följande åtta målområden, för vilka hälsans bestämningsfaktorer ur ett livsloppsperspektiv, det vill säga de olika stadier i livet som vi kan påverkas av dessa faktorer, utgör utgångspunkter (6, 7):

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

## Folksjukdomar i Sverige

---

En folksjukdom är en sjukdom som förekommer hos minst en procent av befolkningen och som inte kan anses vara lindrig och kortvarig. Den samlade sjukdomsördan i en befolkning kan beskrivas med hjälp av funktionsjusterade levnadsår (disability-adjusted life years, DALY), som beräknas som summan av förlorade år på grund av tidig död och förlorade år på grund av funktionsnedsättning (8). I Sverige är de tre främsta orsakerna till sjukdomsördan, i fallande ordning, hjärt-kärlsjukdomar, ländryggssmärta och depressions-sjukdomar (9, 10). De tre främsta riskfaktorerna som leder till tidig död eller funktionsnedsättning i Sverige är tobak, högt blodtryck och ohälsosamma matvanor (9, 11).

Dödligheten i några av våra vanligaste dödliga folksjukdomar har över en längre tidsperiod minskat bland både män och kvinnor. Statistik för år 2021 visar att hjärt-kärlsjukdomar orsakade flest dödsfall, följt av cancer (12). För hjärt-kärlsjukdom var det en minskning av dödstalet med över 50 procent jämfört med år 2001. För cancer var det en minskning med knappt 30 procent för män och knappt 20 procent för kvinnor.

För män var den tredje vanligaste orsaken till dödsfall år 2021 yttre orsaker, som inkluderar fall- och trafikolyckor, förgiftningar och självmord, och för kvinnor var det framför allt demenssjukdomar. Covid-19 var år 2021 den fjärde största dödsorsaken bland män och den sjätte största bland kvinnor (12), medan den år 2020 var den tredje största dödsorsaken (6).

## Stress

---

Stress definieras på olika sätt i olika sammanhang och kan, motsägelsefullt, både beteckna stressbelastning och den fysiologiska reaktionen på denna belastning. En vanlig definition på stress är att det är en biologisk och psykologisk reaktion på påfrestning, det vill säga en

mobilisering av resurser för att hantera olika typer av krav (stressbelastning) (13). Denna fysiologiska reaktion är i sin grund ändamålsenlig och inte farlig, utan det är först när belastningen överskrider individens förmåga att hantera den som negativa konsekvenser kan uppstå och leda till en rad olika sjukdomar beroende på individuell sårbarhet och tillsammans med andra riskfaktorer. Exempel på sådana sjukdomar är exempelvis bukfetma, hjärt-kärlsjukdomar, muskelbesvär, utmattningssyndrom (13) och depression (14).

Stress förknippas av många med förhållanden i arbetslivet, som att ha för mycket att göra på sitt arbete eller att ha svårt att balansera arbete och fritid. Samtidigt vet man att arbetslöshet eller oro för att förlora arbetet, ekonomiska problem, låg social status och känslan av att stå utanför samhället också medför en utdragen stressbelastning som ofta leder till olika typer av stressrelaterade symtom och sjukdomar (13, 15). Den svenska nationella folkhälsoundersökningen har också visat att andelen som upplever sig vara stressade är dubbelt så hög bland de som är antingen arbetslösa eller sjukskrivna jämfört med de som är yrkesarbetande (16).

## Psykisk hälsa

Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är två samlingsbegrepp. Psykisk hälsa omfattar alla aspekter från psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk ohälsa (17), se Bild 3. I definitionen av psykiskt välbefinnande ingår förmåga att balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredsställelse med livet, att ha goda sociala relationer och att utveckla sin inre potential (18). Psykisk ohälsa å andra sidan omfattar både lättare psykiska besvär, som ofta inte uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos, och psykiatriska tillstånd av varierande svårighetsgrad (17).

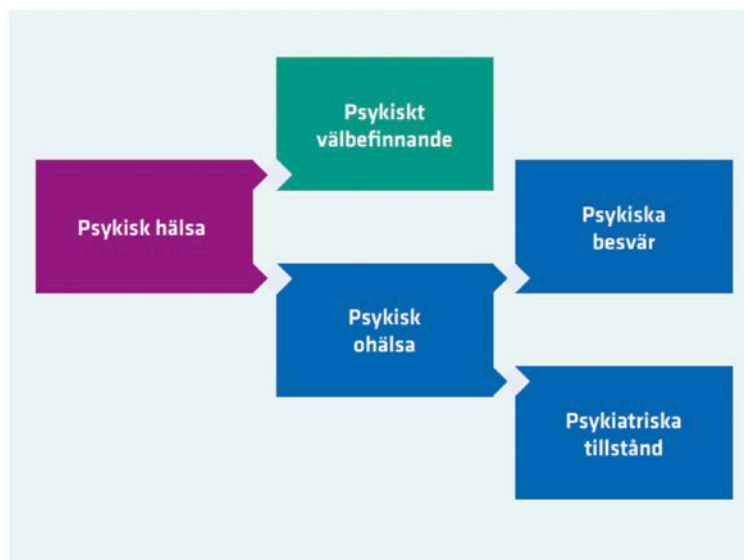


Bild 3. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra (17).

För att en psykiatrisk diagnos ska kunna ställas måste flera olika symptom föreligga och symtomen ska ha funnits under en längre sammanhängande tid. Exempel på psykiatriska tillstånd är depression, ångestsyndrom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, beroendesjukdomar, självska debeteende, självmordsförsök och självmord (19). Depression och ångesttillstånd diagnostiseras oftare hos kvinnor än hos män (20), medan självmord är vanligare bland män än bland kvinnor (12, 21). Under pandemiåret 2020 observerades i Sverige för båda könen ovanligt få självmord, även om lika låga eller lägre nivåer har noterats tidigare. År 2021 var självmordstalen (säkra självmord) något högre än år 2020, men lägre än åren 2018 och 2019 (12).

## Bra självskattad hälsa

---

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd ger en övergripande bild av hur den egna hälsan upplevs både fysiskt och psykiskt. Ett stort antal studier har påvisat samband mellan hur människor svarat på denna fråga och framtida hälsoutfall, såsom fysisk och psykisk sjuklighet, dödlighet och vårdökande, och det används därför ofta i befolkningsundersökningar som ett övergripande mått på hälsan i befolkningen (22–24).

Resultat från Folkhälsoenkät Skåne under åren 2000–2022 visar att den självskattade hälsan, angett som bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, över tid totalt sett har legat på en relativt stabil nivå runt 70 procent, med något lägre andelar för kvinnor jämfört med män. Jämfört med undersökningen år 2019 är det en lite högre andel (totalt 2 procentenheter) som anger bra självskattad hälsa. I jämförelse med riket ligger Skåne år 2022 1 procentenhet lägre.

I åldern 16+ år är det i Skåne 68 procent av kvinnorna och 74 procent av männen, totalt 71 procent, som uppger bra självskattad hälsa. Andelarna sjunker gradvis med åldern, från 79 procent i åldersgruppen 16–29 år fram till och med åldersgruppen 65–84 år på totalt 62 procent, medan i gruppen 85+ år är andelen bra självskattad hälsa betydligt lägre, 36 procent.

Andelarna med bra självskattad hälsa är 58, 66 respektive 77 procent i de tre utbildningsgrupperna, med högst andelar i gruppen med eftergymnasial utbildning. Det finns alltså en tydlig social gradient med avseende på utbildningsnivå för den självskattade hälsan hos både kvinnor och män, och det skiljer totalt cirka 20 procentenheter mellan lägsta och högsta gruppen. Det finns inga tydliga skillnader i hur hälsan skattas beroende på födelse-region, men kvinnor från Norden utom Sverige skattar sin hälsa som något sämre jämfört med kvinnor födda i Sverige och med kvinnor födda utanför Europa.

Andelar med bra självskattad hälsa skiljer sig åt med 18 procentenheter mellan de skånska kommunerna, med 77 procent i den med högst andel och 59 procent i den med lägst.

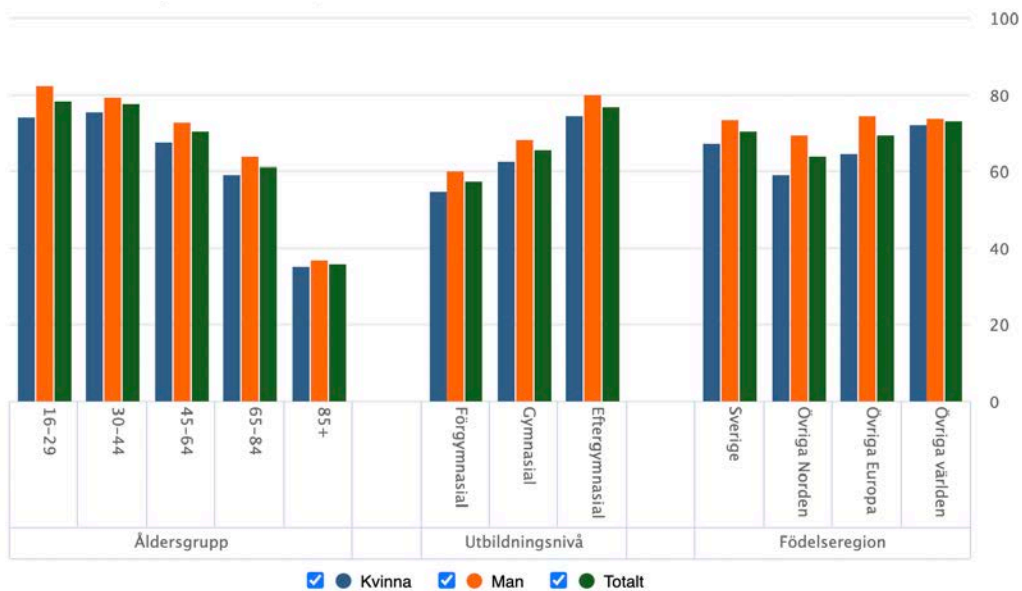
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med bra självskattad hälsa, %

		Kvinnor, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	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
	2019	67,5	72,6	70,1
	<b>2022</b>	<b>69,8</b>	<b>75</b>	<b>72,4</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	68,7	74,6	71,7
	Skåne	67,6	73,7	70,6

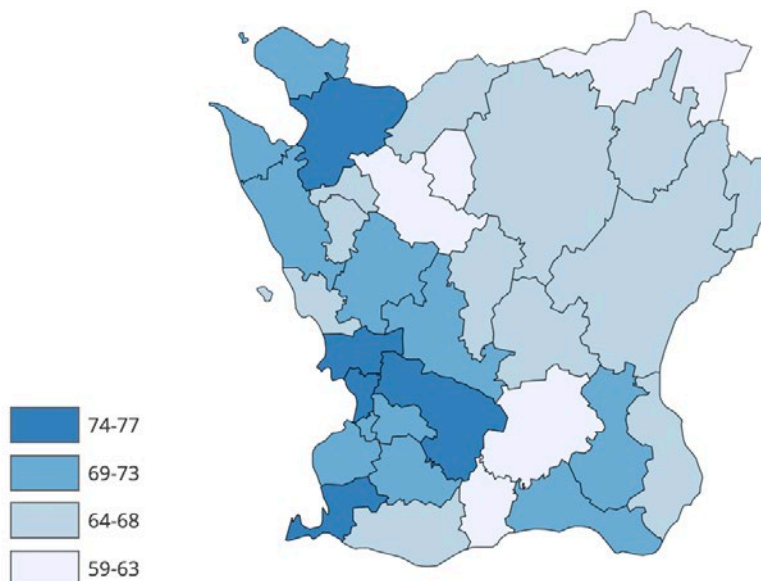
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelse-region

Andel med bra självskattad hälsa, %



## Geografiska skillnader

Andel med bra självskattad hälsa, %



## Gott psykiskt välbefinnande

I Folkhälsoenkät Skåne 2022 ställdes för första gången en fråga om psykiskt välbefinnande: *Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (SWEMWBS) (25). Indikatorn speglar med hjälp av sju delfrågor, som rör situationen under de senaste två veckorna, den positiva dimensionen av psykisk hälsa. Instrumentet användes för första gången i den nationella undersökningen Hälsa på lika villkor (HLV) år 2018, och gränsen för psykiskt välbefinnande är satt utifrån den undersökningen som motsvarande att 85 procent av den svenska befolkningen då hade ett gott psykiskt välbefinnande (24).

Totalt är det 85 procent i Skåne år 2022 som uppger ett gott psykiskt välbefinnande, vilket är 1 procentenhet lägre än genomsnittet i riket på 86 procent. Riket ligger nu alltså 1 procentenhet högre jämfört med år 2018.

Män uppger i genomsnitt ett par procentenheter högre andelar än kvinnor. Det psykiska välbefinnandet i Skåne ökar med åldern upp till 84 år, från 79 procent i åldern 16–29 år till 90 procent i åldern 65–84 år, för att därefter minska igen till 81 procent i åldersgruppen 85+ år. Det psykiska välbefinnandet ökar med utbildningsnivån, med cirka 3 procentenheter per nivå. Personer födda i Sverige rapporterar något högre andel gott psykiskt välbefinnande (86 procent) än de födda utanför Norden (81–83 procent).

Mellan de skånska kommunerna syns en variation i det självrapporterade psykiska välbefinnandet på 13 procentenheter, mellan 79 och 92 procent.

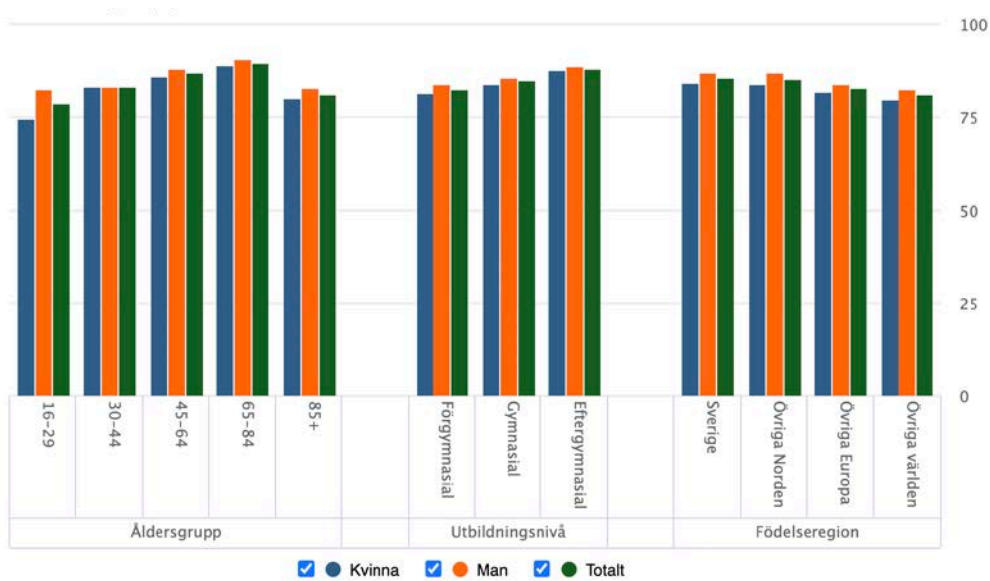
## Jämförelse mot riket

Andel med gott psykiskt välbefinnande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	84,6	87,2	86
	Skåne	83,6	86,2	84,9

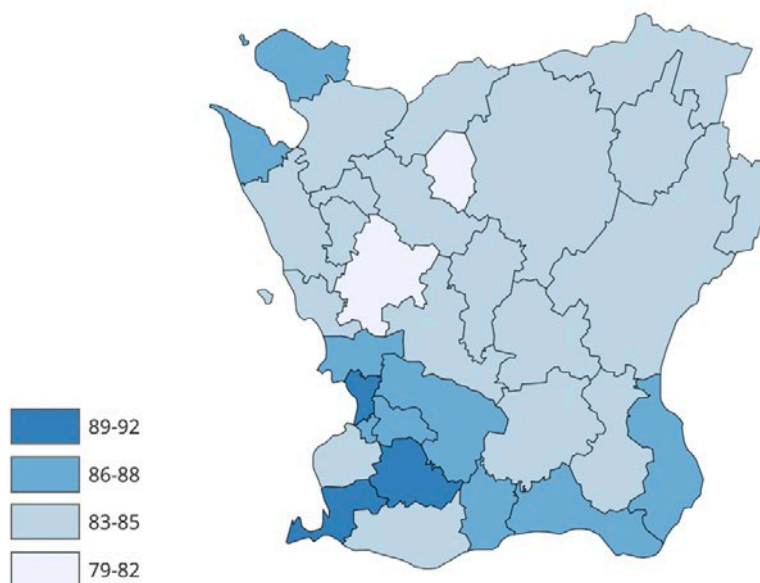
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med bra psykiskt välbefinnande, %



## Geografiska skillnader

Andel med bra psykiskt välbefinnande, %





## Mental hälsa (SF-36)

Ett mått i Folkhälsoenkät Skåne som avser att spegla psykiskt välbefinnande är delskalan Mental hälsa från det väletablerade mätinstrumentet Short Form Health Survey (SF-36) (26). Mental hälsa är ett index baserat på fem frågor, till exempel hur stor del av tiden de senaste fyra veckorna man känt sig lugn och harmonisk eller glad och lycklig, men även negativt ställda frågor om nervositet, nedstämdhet och dysterhet. Svaren kodas om till en skala mellan 0 och 100 där 100 är bästa möjliga hälsa. Mental hälsa definierades här utifrån referensvärdet för friska (> 63.0) i en studie på en nederländsk normalpopulation i åldern 18–65 år jämfört med en psykiatrisk population (27).

Sett över tidsperioden 2004 till 2022 har andelen som uppger mental hälsa minskat hos både män och kvinnor, och totalt sett minskade den med 4 procentenheter från 77 till 73 procent. Jämfört med den förra undersökningen i Skåne år 2019 har andelen dock ökat med 2 procentenheter, från 71 till 73 procent.

År 2022 rapporterar kvinnor mental hälsa i lägre utsträckning jämfört med män, och störst är könsskillnaden (15 procentenheter) i åldersgruppen 16–29 år. Den mentala hälsan mätt med SF-36 ökar med åldern hos båda könen upp till 65–84 år, för att därefter minska i åldersgruppen 85+ år.

Det finns år 2022 inga skillnader mellan utbildningsgrupperna avseende den mentala hälsan mätt på detta sätt. Med avseende på födelseregion rapporterade de födda utanför Europa lägre andelar mental hälsa än de födda i Norden inklusive Sverige, och de födda i övriga Europa rapporterade lägre andelar än de födda i Sverige.

I kommunen med högst andel mental hälsa är den 84 procent och i den med lägst 69 procent, en skillnad på 15 procentenheter.

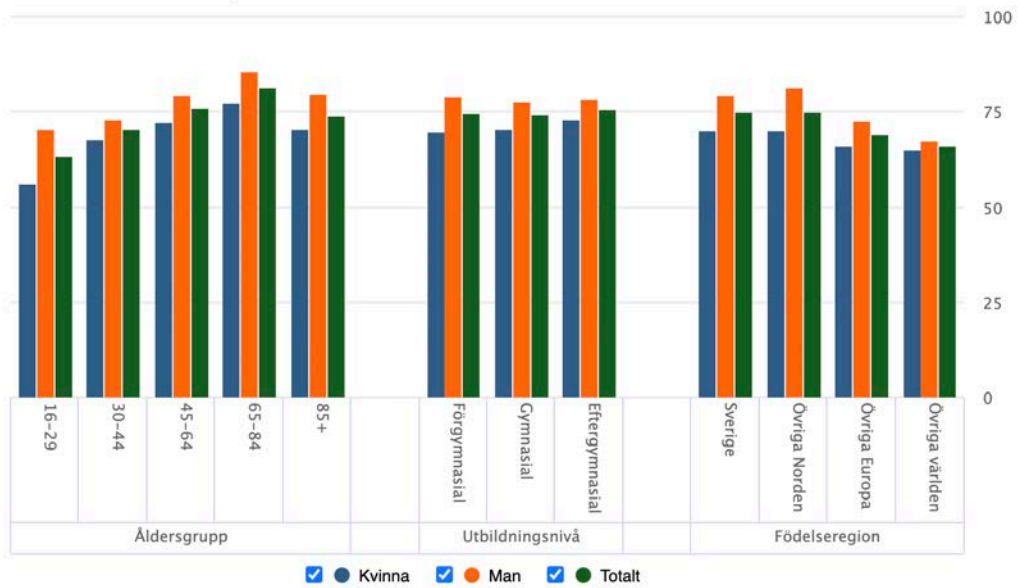
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med mental hälsa, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	73,7	80,8	77,2
	2008	75,7	80,8	78,2
	2012	74,1	79,9	77
	2019	68,1	74,6	71,4
	<b>2022</b>	<b>69,6</b>	<b>77,2</b>	<b>73,4</b>

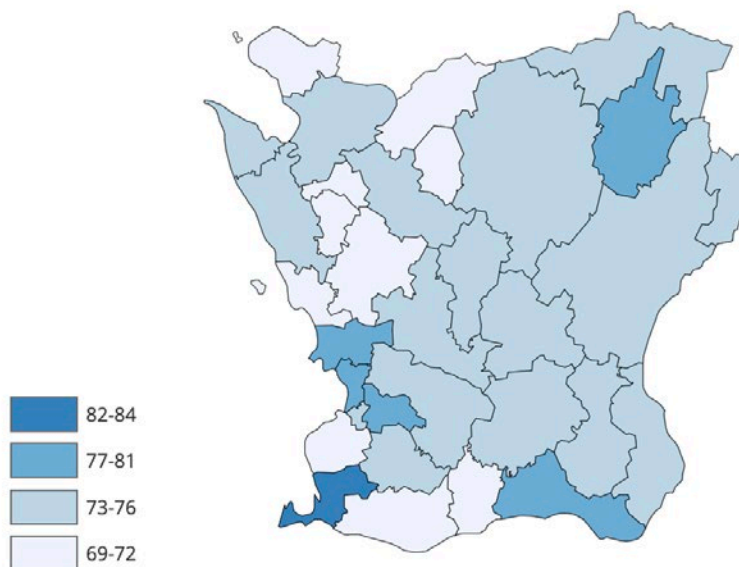
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med mental hälsa, %



## Geografiska skillnader

Andel med mental hälsa, %



## Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ-5)

I Folkhälsoenkät Skåne har det väletablerade mätinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ) (28) använts för att mäta psykisk ohälsa sedan år 2000. I GHQ-5 besvaras frågorna om man de senaste veckorna känt sig olycklig och nedstämd, förlorat tron på sig själv, känt sig spänd, tyckt man varit värdelös samt om man inte kunnat klara sina problem. Vid jakande svar på minst två av frågorna hamnar man i kategorin ”nedsatt psykiskt välbefinnande” (29).

Trenderna för de två könen följer varandra över tid, och år 2022 är nivån för nedsatt psykiskt välbefinnande totalt sett 17 procent i åldersgruppen 18–80 år. Andelen var 15 procent år 2000 och andelarna med nedsatt psykiskt välbefinnande har gått lite upp och ner mellan åren. Jämfört med den högsta nivån som var år 2019 på totalt 19 procent, så ligger andelen alltså 2 procentenheter lägre år 2022.

Yngre rapporterar högre andelar nedsatt psykiskt välbefinnande än äldre, och kvinnor rapporterar över lag högre andelar nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med män. År 2022 är andelarna totalt 20 procent hos kvinnor och 13 procent hos män i åldersgruppen 16+ år. Störst skillnad mellan könen, 12 procentenheter, ses här i åldersgruppen 16–29 år med 32 procent nedsatt psykiskt välbefinnande hos kvinnor och 20 procent hos män.

De med eftergymnasial utbildning rapporterar år 2022 högre andel nedsatt psykiskt välbefinnande än de med gymnasial utbildning, vilka i sin tur ligger högre än de med förgymnasial utbildning. Totalt sett rapporterar de födda utanför Norden högre andel nedsatt psykiskt välbefinnande än de födda i Sverige. Efter uppdelning på kön är det mönstret dock statistiskt signifikant endast hos männen.

Andelar med nedsatt psykiskt välbefinnande i Skånes kommuner spänner från 10 till 19 procent.

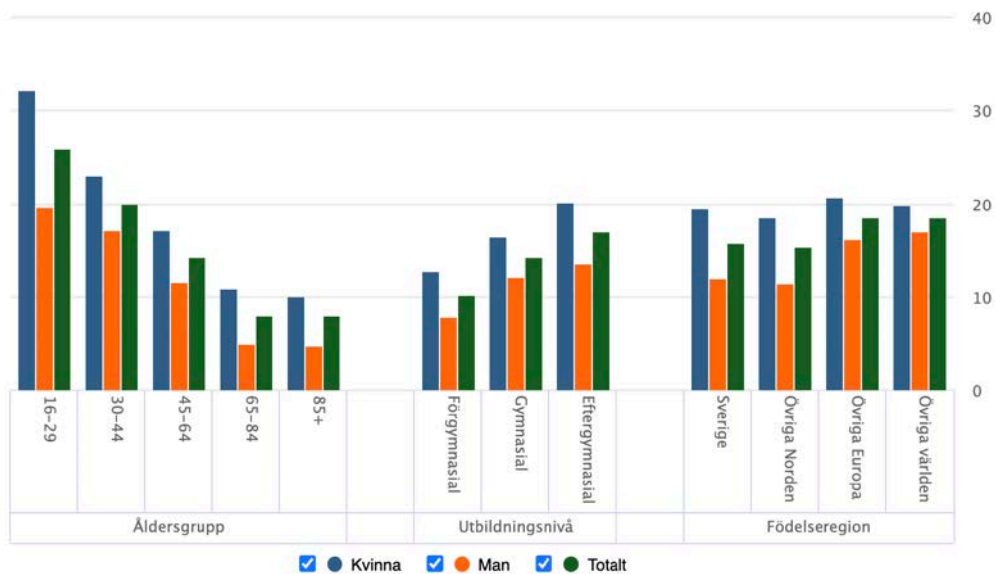
### Jämförelse över tid

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2000	18,2	12,6	15,4
	2004	16,7	11,1	13,9
	2008	17,3	12	14,6
	2012	19,2	12,8	16
	2019	22,2	16	19,1
	<b>2022</b>	<b>19,9</b>	<b>13,6</b>	<b>16,7</b>

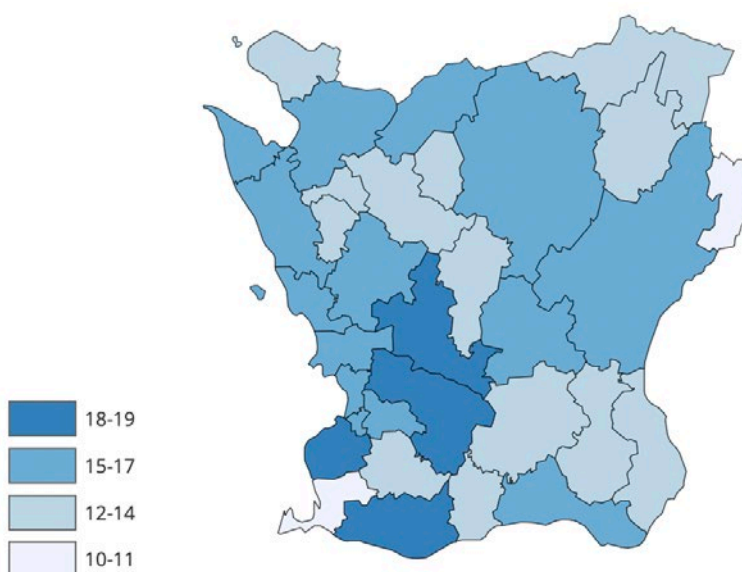
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, %



## Geografiska skillnader

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, %



## Allvarlig psykisk påfrestning

I Folkhälsomyndighetens nationella enkät används sedan år 2020 Kessler-6 (30) för att mäta psykisk ohälsa. I Folkhälsoenkät Skåne användes den år 2022 för första gången. I detta mått efterfrågas med sex frågor hur ofta man under de senaste 30 dagarna exempelvis

har känt sig orolig, utan hopp, rastlös, eller värdelös. Här redovisas andelar som uppfyller definitionen ”allvarlig psykisk påfrestning”, vilket enligt Folkhälsomyndigheten motsvarar andelen av befolkningen som skulle kunna uppfylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos (24).

I Skåne är andelen allvarlig psykisk påfrestning totalt 10 procent, vilket är 1 procentenhet högre än riket. Efter uppdelning på åldersgrupper ses gradvis sjunkande andelar med ökande ålder upp till och med 65–84 år, från totalt 16 procent bland de yngsta till 6 procent. Därefter ökar andelen något till totalt 8 procent i gruppen 85+ år.

Lägre andel allvarlig psykisk påfrestning rapporteras av de med eftergymnasial utbildning jämfört med de med lägre utbildningsnivå. Andelarna är högre hos de födda utanför Norden jämfört med de födda i Sverige.

Det finns skillnader mellan kommunerna i Skåne för andelar med allvarlig psykisk påfrestning, som varierar från 4 till 13 procent.

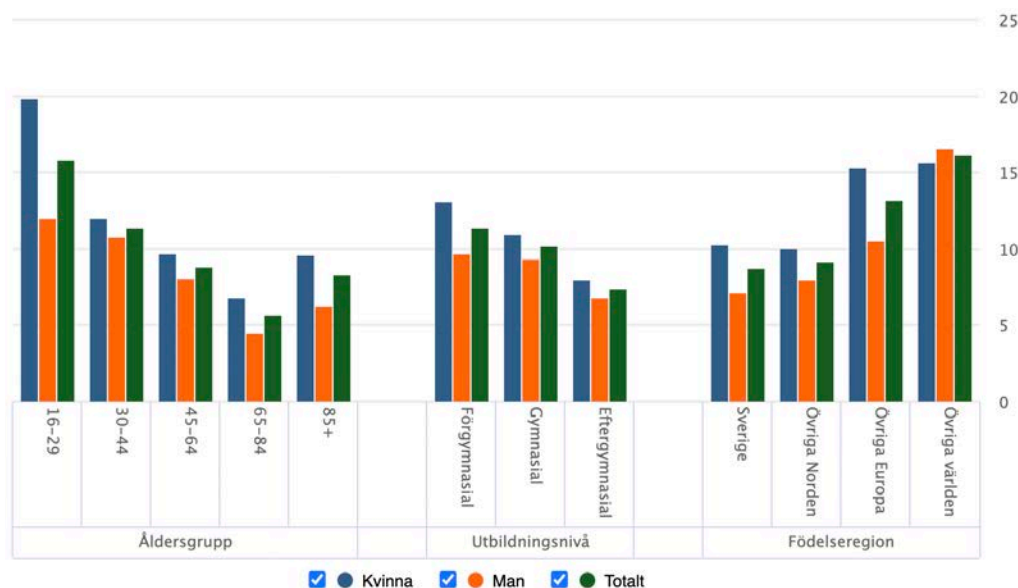
### Jämförelse mot riket

Andel med allvarlig psykisk påfrestning, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket	Riket 16+	10,7	7,3	8,9
(16+ år)	Skåne 16+	11,6	8,8	10,2

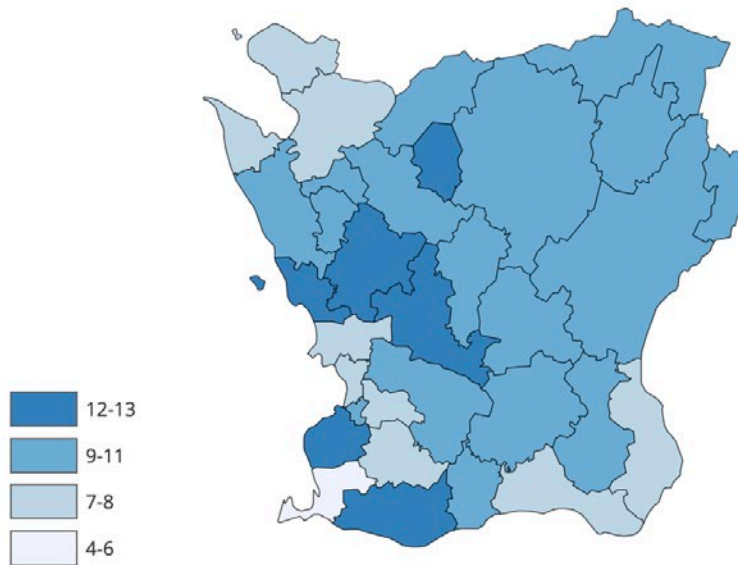
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med allvarlig psykisk påfrestning, %



## Geografiska skillnader

Andel med allvarlig psykisk påfrestning, %



## Ängslan, oro eller ångest

En aspekt av psykisk ohälsa är oro och ångest (19). I enkäten efterfrågades lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, som här redovisas som ett sammanvägt mått angett som oro. Den självrapporterade oron har ökat hos både män och kvinnor mellan åren 2019 och 2022. Totalt har den ökat med 7 procentenheter från 38 till 45 procent. Jämfört med riket ligger Skåne år 2022 1 procentenhet högre.

Kvinnor har högre andelar självrapporterad oro jämfört med män, och skillnaden är störst i den yngsta åldersgruppen 16–29 år: 70 procent hos kvinnorna mot 44 procent hos männen (totalt 56 procent). Den minskar med stigande ålder till 36 procent i åldersgruppen 65–84 år, för att därefter öka något till totalt 42 procent i åldersgruppen 85+ år. Det finns år 2022 inga skillnader i självrapporterad oro mellan de tre utbildningsgrupperna. Efter uppdelning på födelseregion ses att de födda i Norden utom Sverige rapporterar lägst andelar oro.

Om man istället tittar enbart på de som svarat att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, så är det år 2022 11 procent av kvinnorna och 5 procent av männen som gör det. Jämfört med år 2019 är det en ökning med 1 procentenhet för kvinnorna, medan ingen förändring ses för männen (visas inte i tabell).

Andelarna med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest oro skiljer sig åt mellan kommunerna, mellan 34 och 48 procent.

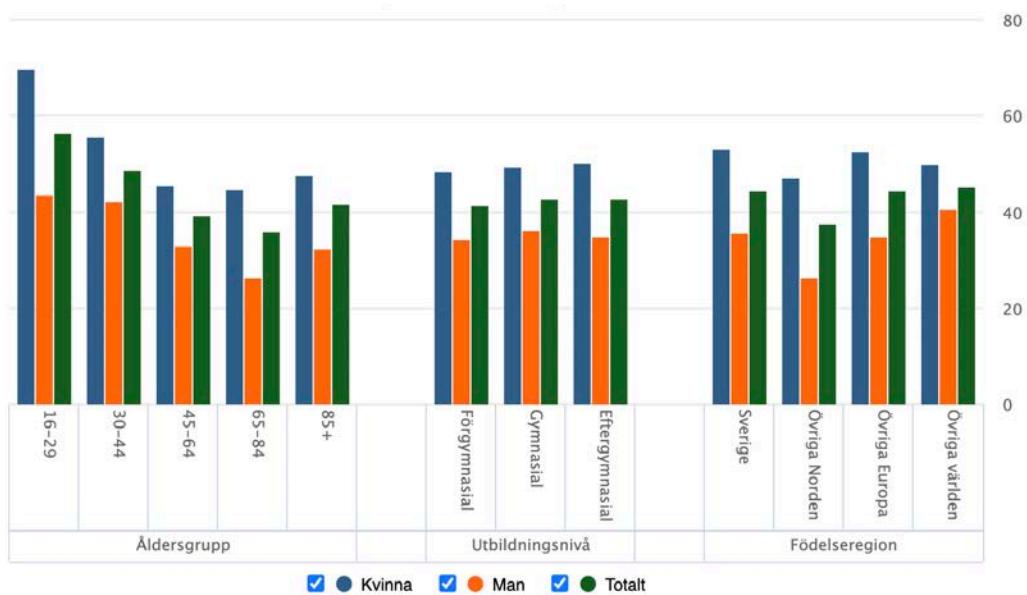
### Jämförelse över tid och mot riket

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

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	45,2	31,4	38,3
	<b>2022</b>	<b>52,6</b>	<b>36,6</b>	<b>44,5</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	51,2	34,7	43
	Skåne	52,6	36,1	44,4

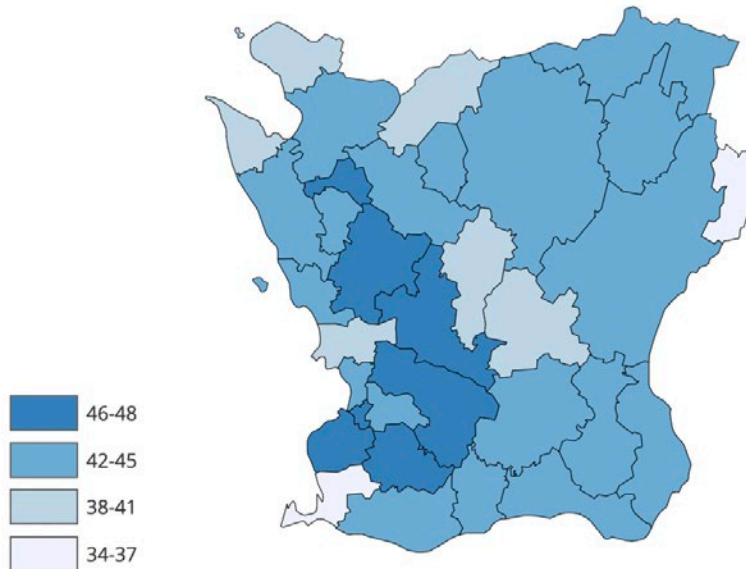
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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



## Geografiska skillnader

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



## Stressad

I anslutning till enkätfrågan om man för närvarande känner sig stressad beskrivs stress som ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad. Här redovisas de som uppger att de känner sig antingen ganska eller väldigt mycket stressade som ett sammanvägt mått, ”stressad”.

År 2022 var det 16 procent som uppger att de för närvarande känner sig stressade. Det är en minskning jämfört med år 2019 då det var 18 procent som gjorde det. År 2022 ligger Skåne 1 procentenhet högre än rikssnittet på 15 procent.

Det är en högre andel kvinnor, 20 procent, än män, 12 procent, som uppger att de känner sig stressade. Andelen som uppger sig vara stressad är högst i den yngsta åldersgruppen, totalt 27 procent, och andelarna minskar markant med stigande ålder till 6 procent bland de som är 65 år eller äldre.

Det finns små skillnader mellan utbildningsgrupperna på så sätt att andelarna ökar med utbildningsnivån, från totalt 11 procent i gruppen med förgymnasial utbildning, över 13 procent i gruppen med gymnasial utbildning, till 16 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Sett till födelseregion är andelarna lägst bland de födda i Norden utom Sverige och högst bland de födda i övriga Europa och i övriga världen.

Vid jämförelse mellan Skånes kommuner var den lägsta andelen som uppger sig vara stressade 11 procent och den högsta 19 procent.



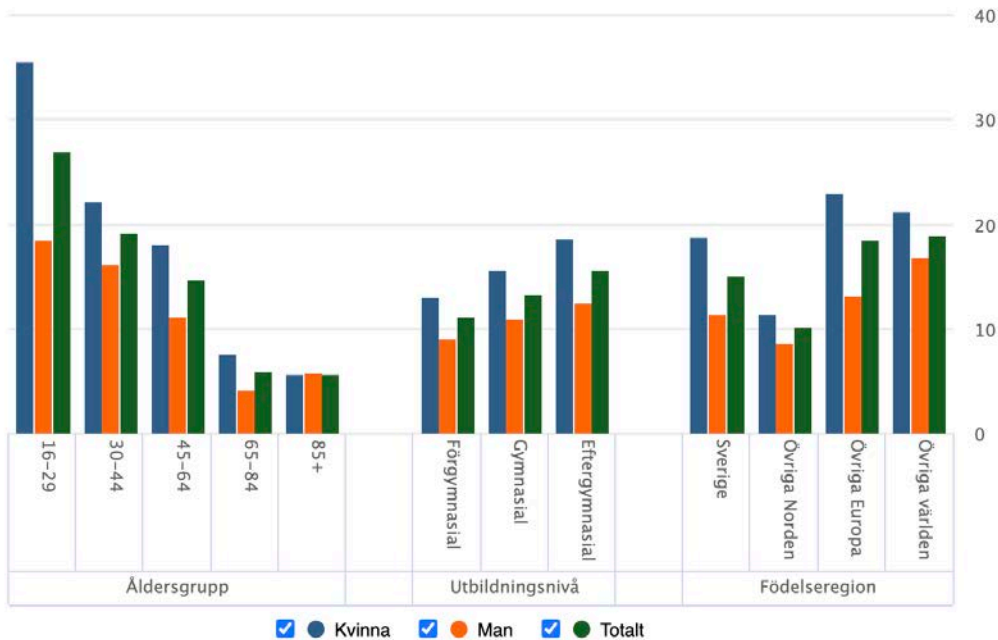
### Jämförelse över tid och mot riket

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

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	22,1	14,6	18,4
	<b>2022</b>	<b>20</b>	<b>12,7</b>	<b>16,4</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	18,4	11,2	14,8
	Skåne	19,5	12,3	15,9

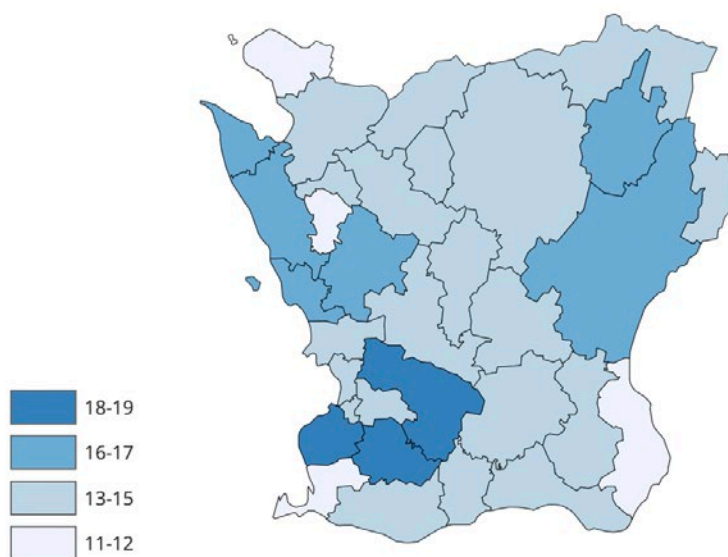
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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

Sömnen är viktig för människors hälsa. Vanligtvis behöver en tonåring sova mellan åtta och en halv och nio timmar per dygn, och en vuxen person mellan sex och nio timmar (31). Sömnen aktiverar kroppens immunsystem, och viktiga hormoner bildas under sömnen samtidigt som produktionen av stresshormoner minskar. Möjliga effekter på hälsan av störd sömn är bland annat hjärt-kärlsjukdom, diabetes (typ 2), depression och utmattningssyndrom (31, 32).

Det var i Skåne år 2022 en lite högre andel jämfört med år 2019 som uppgav sig ha lätta eller svåra sömnbesvär, totalt 45 procent mot 42 procent år 2019. Ökningen ses hos både män och kvinnor. Det är högre andel kvinnor än män som uppger sömnbesvär, totalt är det 49 procent av kvinnorna och 40 procent av männen som gör det. Könsskillnaderna är störst i åldersgrupperna från 45 år och uppåt där andelarna ligger runt 55 procent hos kvinnor och runt 40 procent hos män.

Det är år 2022 högre andelar med sömnbesvär i grupperna med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med vad det är bland de med eftergymnasial utbildning, och detta mönster ses hos både män och kvinnor. Det finns inga påtagliga skillnader i andelar med sömnbesvär beroende på födelse land.

Om man enbart tittar på de som svarat att de har svåra sömnbesvär så är andelarna år 2022 desamma som de var år 2019 (visas inte i tabell).

Det finns stora skillnader mellan kommunerna i andelar som upplever att de har lätta eller svåra sömnbesvär, från 37 till 55 procent.

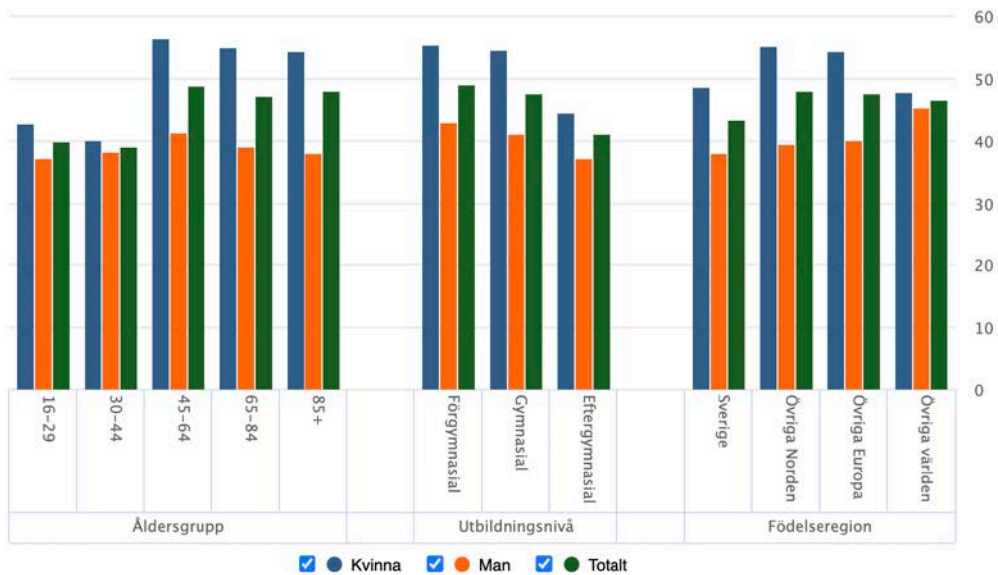
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med sömnbesvär, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	47,2	36,1	41,6
	<b>2022</b>	<b>49,3</b>	<b>39,7</b>	<b>44,5</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	48,3	37,2	42,7
	Skåne	49,5	39,2	44,4

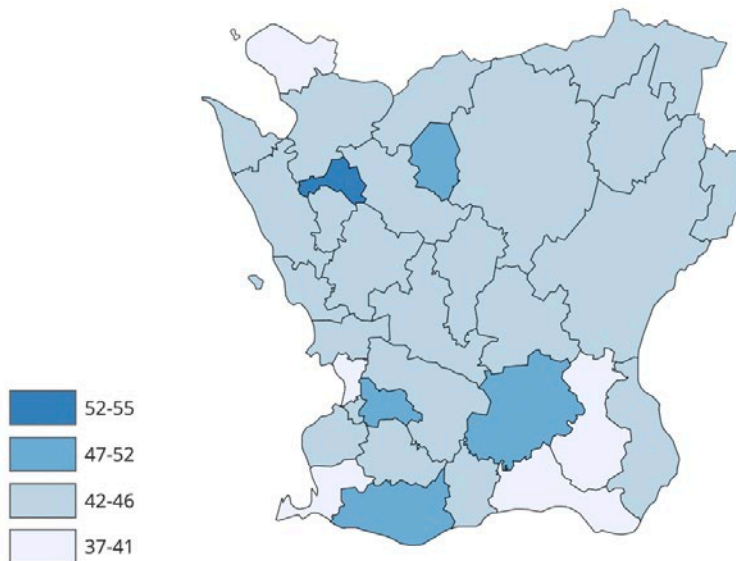
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med sömnbesvär, %



## Geografiska skillnader

Andel med sömnbesvär, %



## Tillräckligt med sömn som regel

Skåningarna fick också svara på om de tycker att de får tillräckligt med sömn för att känna sig utvilade. Vid jämförelse över tid ser man att de som uppger att de som regel får det minskade successivt från år 2000 fram till år 2019, från 58 till 46 procent totalt sett, det vill säga en minskning med 12 procentenheter. Vid det senaste mättillfället år 2022 ses dock en uppgång på 5 procentenheter till 51 procent. Det finns över lag, bortsett från det första mättillfället år 2000, några procentenheters skillnad mellan könen som är till männens fördel.

Det är lägre andelar i åldrarna 16–44 år, strax över 40 procent, som uppger att de som regel får tillräckligt med sömn jämfört med de äldre åldersgrupperna. Högst andelar ses i åldersgruppen 65–84 år, där 65 procent av kvinnorna och 73 procent av männen tycker att de får det.

Det är något högre andelar bland de med förgymnasial och gymnasial utbildning som uppger att de får tillräckligt med sömn jämfört med de med eftergymnasial utbildning. Efter uppdelning på kön ses motsvarande skillnad framför allt mellan de med förgymnasial och eftergymnasial utbildning. Sett till födelseregion är det lägst andelar som får tillräckligt med sömn bland de födda utanför Europa, cirka 40 procent hos båda könen.

I Skånes kommuner finns det en variation i andelar som får tillräckligt med sömn, med som högst 63 procent och som lägst 47 procent.

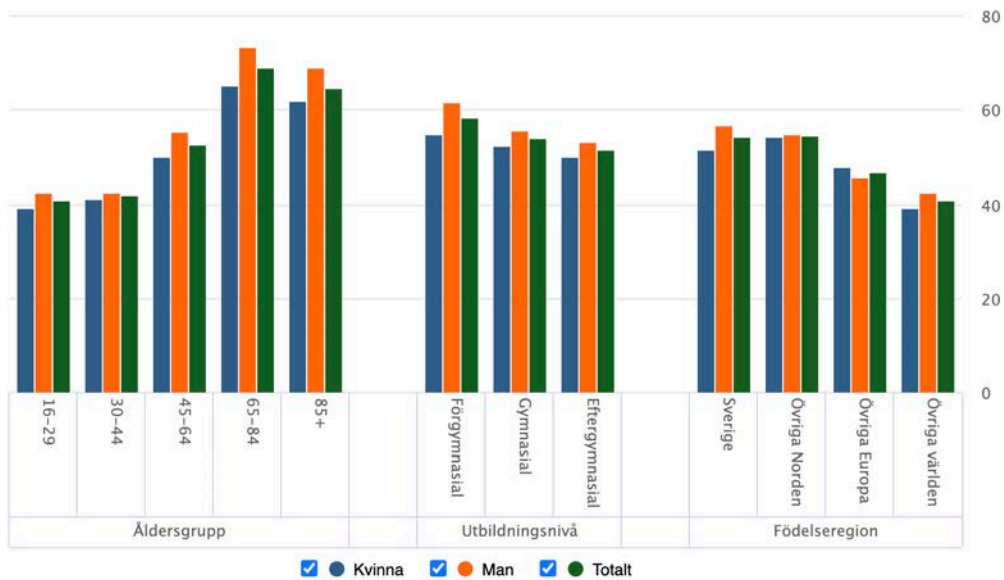
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med tillräckligt med sömn som regel, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2000	57,9	57,4	57,7
	2004	53,6	58,1	55,8
	2008	52,6	56,1	54,3
	2012	53	58,5	55,8
	2019	44,7	48	46,3
	<b>2022</b>	<b>49,3</b>	<b>53,2</b>	<b>51,3</b>

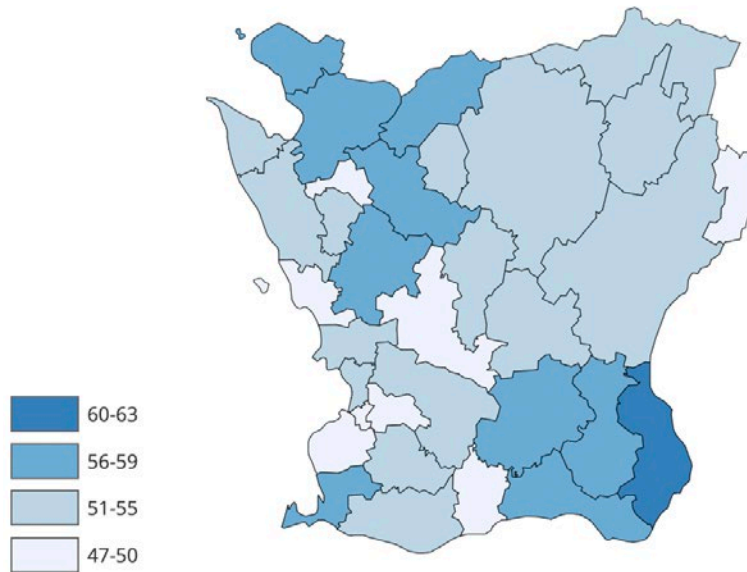
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med tillräckligt med sömn som regel, %



## Geografiska skillnader

Andel med tillräckligt med sömn som regel, %



## Aldrig tillräckligt med sömn

Om man i stället tittar på de skåningar som svarat att de aldrig eller nästan aldrig får tillräckligt med sömn så ses en ökning på 7 procentenheter mellan åren 2000 och 2019, från totalt 10 till 17 procent, och därefter ses en liten minskning på knappt 2 procentenheter till 15 procent år 2022.

Det är över lag något högre andelar bland kvinnorna än bland männen som uppger att de aldrig får tillräckligt med sömn. År 2022 var det 17 procent av kvinnorna och 13 procent av männen som uppgav detta. Det var totalt sett vanligast att aldrig få tillräckligt med sömn i åldersgruppen 30–44 år och minst vanligt i åldersgrupperna 65 år och äldre.

Bland kvinnorna var det vanligare hos de med gymnasial utbildning att aldrig få tillräckligt med sömn jämfört med de med förgymnasial utbildning. Det fanns inga skillnader i andelarna beroende på födelseregion.

I kommunen med lägsta andel som aldrig eller nästan aldrig får tillräckligt med sömn var den 9 procent och i den med högst 22 procent, en skillnad på 13 procentenheter.

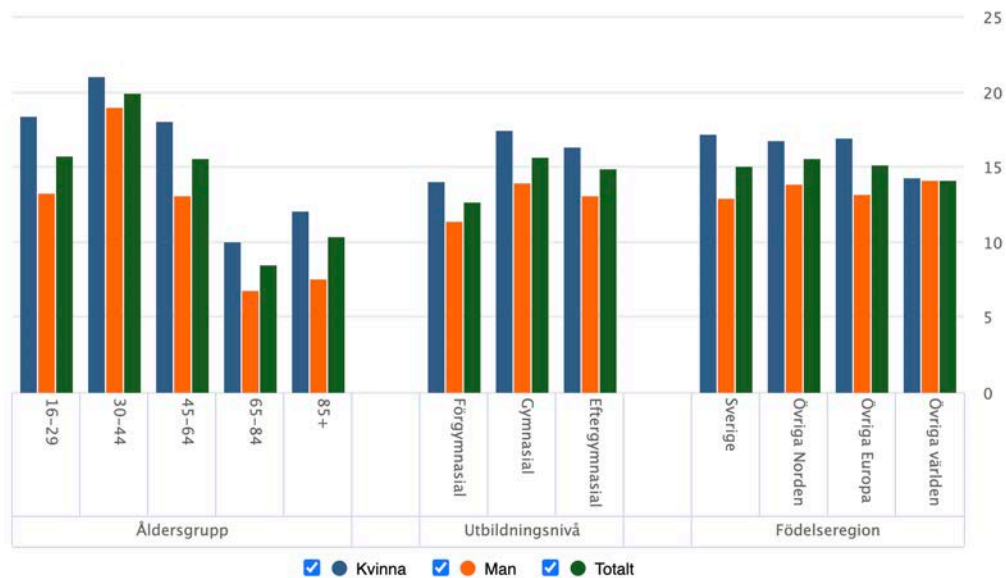
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med aldrig tillräckligt med sömn, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2000	9,9	9,1	9,5
	2004	14,2	11,5	12,9
	2008	13,5	12,1	12,8
	2012	14	10,6	12,3
	2019	18,7	15	16,8
	<b>2022</b>	<b>17,1</b>	<b>13,4</b>	<b>15,2</b>

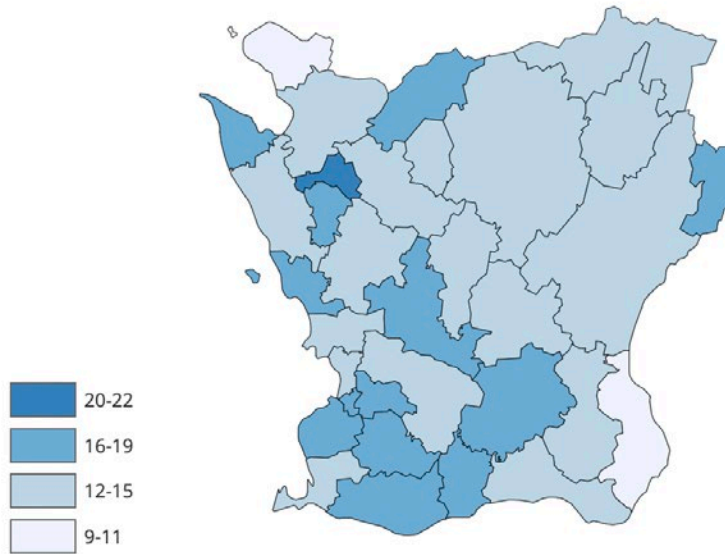
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med aldrig tillräckligt med sömn, %



## Geografiska skillnader

Andel med aldrig tillräckligt med sömn, %



## Trötthet/utmattning (SF-36)

I mätinstrumentet SF-36 (26) ingår delskalan Vitalitetsskalan som innehåller fyra frågor om huruvida man under de senaste fyra veckorna känt sig riktigt pigg och stark, full av energi, utsliten eller trött. Svaren har här kodats så att de speglar trötthet/utmattning, och andelar med trötthet eller utmattning redovisas här i enlighet med tidigare vetenskapliga studier (33, 34).

Under åren 2004 till 2022 ökade andelarna med trötthet eller utmattning från 20 procent år 2004 till 25 procent år 2022. Den största procentuella uppgången skedde mellan åren 2012 och 2019 med en ökning på totalt 7 procentenheter.

Det finns stora skillnader i självrapporterad trötthet/utmattning mellan könen, med störst skillnad i den yngsta åldersgruppen 16–29 år, där kvinnorna ligger på 41 procent och männen på 22 procent. Andelarna rapporterad trötthet/utmattning är störst i de två yngsta åldersgrupperna (16–44 år) och i den äldsta åldersgruppen 85+ år. Det finns inga påtagliga skillnader mellan utbildningsgrupperna och inte heller mellan grupperna baserade på födelseregion.

I kommunen med lägst andel trötthet/utmattning år 2022 var den 17 procent och i den med störst andel var den 32 procent.



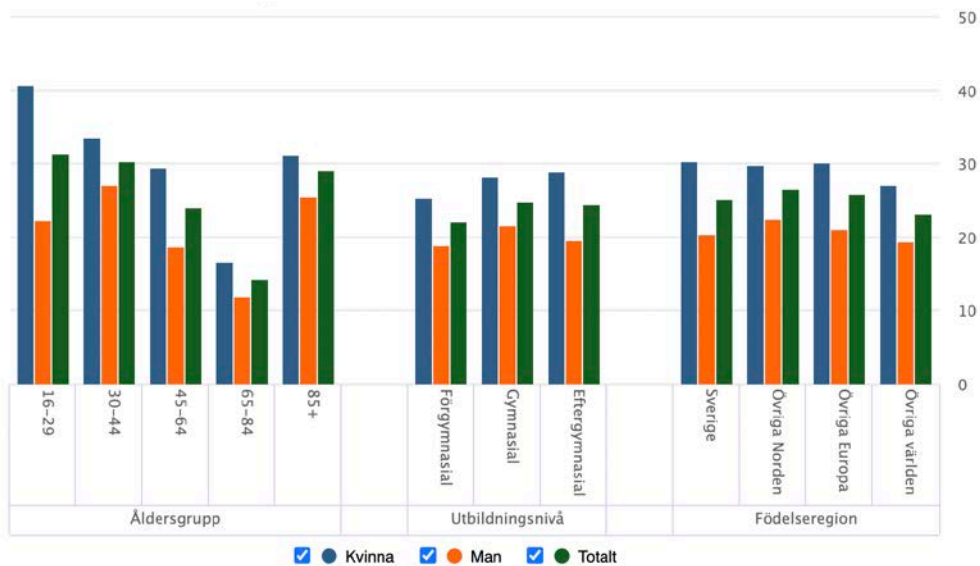
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med trötthet/utmattning, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	23	16,8	19,9
	2008	20,6	15,8	18,2
	2012	23	15,2	19,1
	2019	30,4	21,5	26
	<b>2022</b>	<b>29,7</b>	<b>20,5</b>	<b>25,1</b>

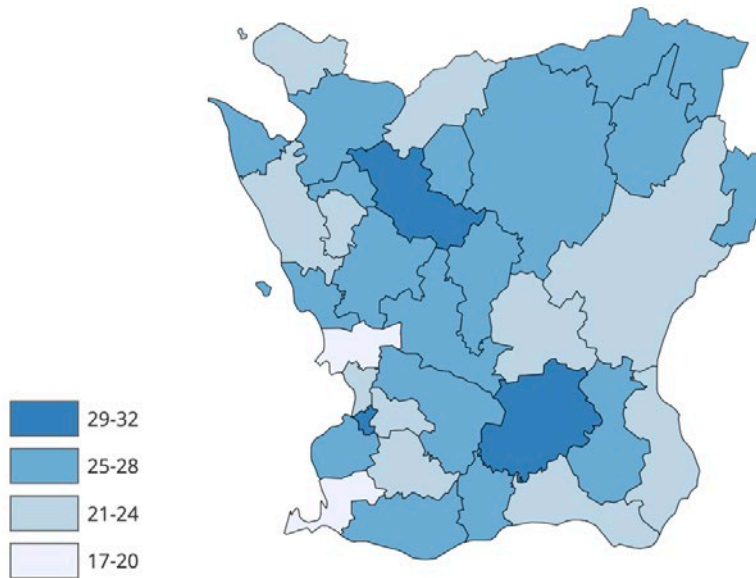
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med trötthet/utmattning, %



## Geografiska skillnader

Andel med trötthet/utmattning, %



## Diagnosen depression av läkare

För att en depressionsdiagnos ska ställas av en läkare ska olika symtomkriterier, som exempelvis nedstämdhet, sömn- och aptitstörningar och koncentrationssvårigheter, uppfyllas och symtomen ska ha varit närvarande under minst två veckor (35). I Sverige tillhör depressionstillstånd de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsburden, och ligger på tredje plats efter hjärt-kärlsjukdomar och ländryggsmärta (9, 10).

Det var lika stora andelar år 2022 som det var år 2019 som uppgav att de under de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression av en läkare, 4,5 procent av kvinnorna och 2,8 procent av männen, totalt 3,6 procent.

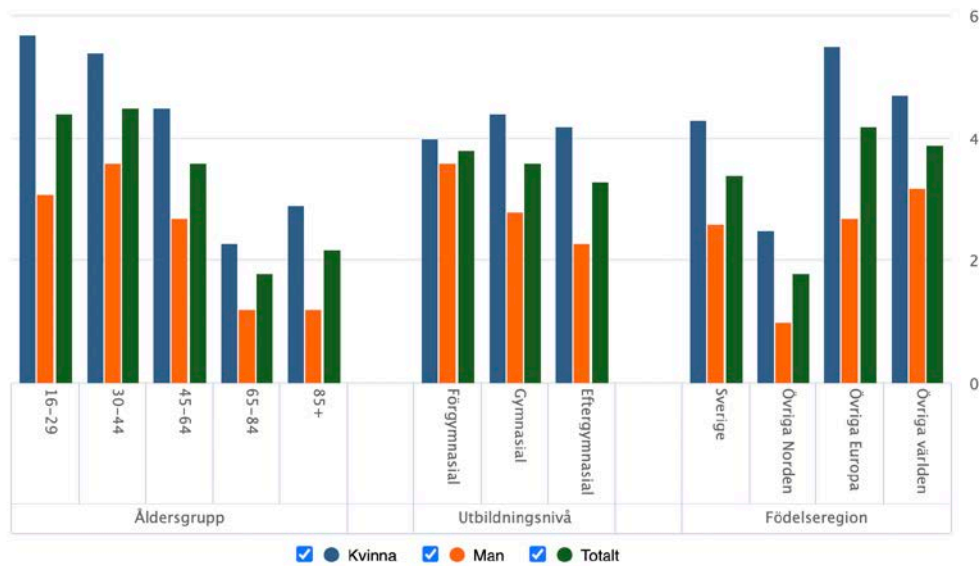
Efter uppdelning på åldersgrupper ser man att det är lägst andelar som fått diagnosen depression i åldersgrupperna 65–84 år och 85+ år, totalt cirka 2 procent. Det var inga större skillnader mellan de tre yngre åldersgrupperna, vilka varierade mellan 3,6 och 4,5 procent i totalandelar. Det var heller inte större skillnader i andelar mellan grupper baserade på utbildningsnivå. Efter uppdelning på födelseregioner kunde man se att de födda i Norden utom Sverige hade lägst andel som fått diagnosen depression, totalt 1,8 procent.

Variationen mellan kommuner i andelar som uppger att de fått en depressionsdiagnos spannar från 0,6 procent till 7 procent.

**Jämförelse över tid och mot riket**  
*Andel med diagnostiserad depression, %*

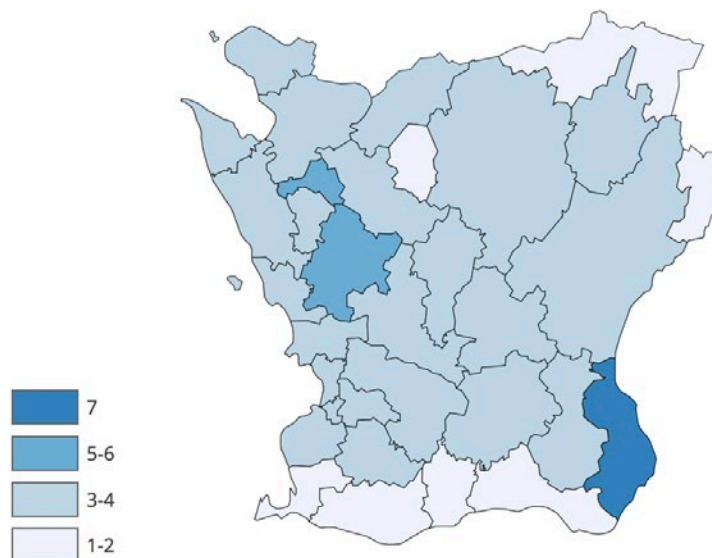
		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	4,4	2,6	3,5
	<b>2022</b>	<b>4,5</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	4,5	2,1	3,3
	Skåne	4,4	2,6	3,5

**Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion**  
*Andel med diagnostiserad depression, %*



## Geografiska skillnader

Andel med diagnostiserad depression, %



## Självordstankar senaste året

År 2021 dog 1 226 personer av säkra självmord i Sverige. Av dessa var 873 (71 procent) män och 353 var kvinnor. I Skåne var motsvarande antal år 2021 123 män och 52 kvinnor (36). Både självmordstankar och självmordsförsök är riskfaktorer för senare fullbordat självmord, men medan självmord är vanligare hos män så är de två senare vanligare hos kvinnor (37–39). Förutom könsskillnader finns det också stora ålderskillnader i självmord och självmordsbeteende. Självmord är vanligare bland äldre jämfört med yngre (21, 36), medan självmordstankar och självmordsförsök generellt är vanligare bland yngre (från 15 års ålder) (17, 40).

Det var år 2022 3,7 procent som uppgav att de hade haft självmordstankar under det senaste året, vilket är en lika stor andel som det var år 2019. Det är också på ungefär samma nivå som i riket. Det fanns i Skåne år 2022 över lag inte några skillnader mellan kvinnor och män som uppgav självmordstankar under det senaste året.

Det var vanligast i den yngsta åldersgruppen 16–29 år att uppges att de har haft självmordstankar under det senaste året, totalt 8 procent. Andelarna sjunker med stigande ålder och låg runt 1,5 procent hos de 65 år eller äldre.

Det var en lägre andel i gruppen med eftergymnasial utbildning som uppgav självmordstankar, totalt cirka 2 procent, jämfört med de med lägre utbildningsnivå, där det var totalt cirka 3 procent som gjorde det. Det fanns inga påfallande skillnader i andelar med självmordstankar mellan grupper baserade på födelseregion.

Andelar med självmordstankar de senaste 12 månaderna i Skånes kommuner varierade från 2 till 7 procent.

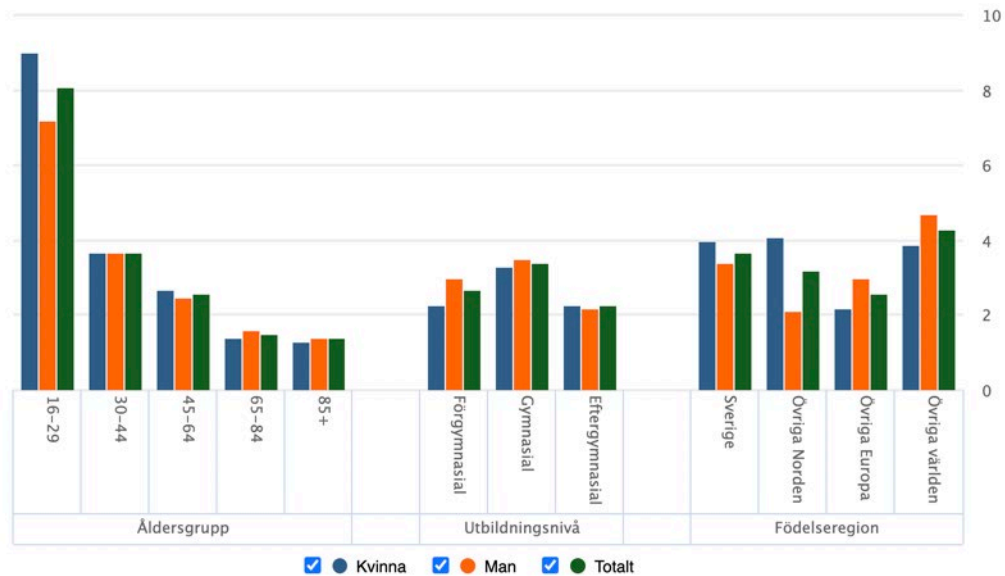
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med självmordstankar det senaste året, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	3,7	3,5	3,6
	<b>2022</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	3,6	3,1	3,3
	Skåne	3,8	3,5	3,6

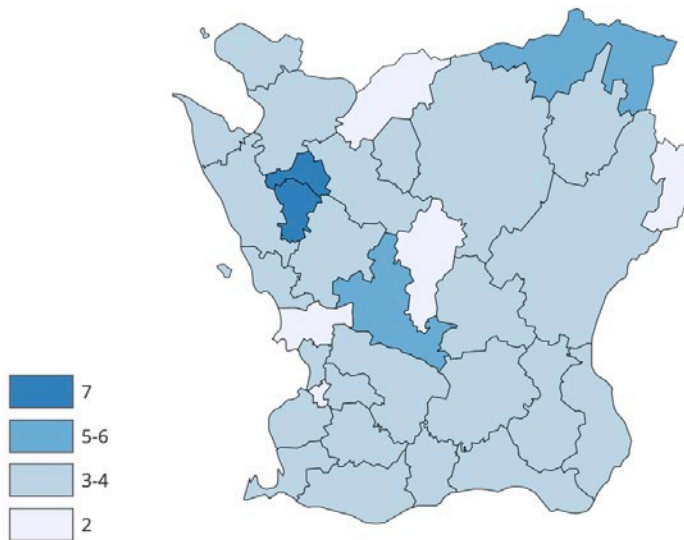
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med självmordstankar det senaste året, %



### Geografiska skillnader

Andel med självmordstankar det senaste året, %



## Självmordsförsök senaste året

Totalt 0,5 procent uppgav att de hade gjort ett självmordsförsök under det senaste året, vilket är på samma nivå som år 2019. Det var något vanligare bland flickor och kvinnor i åldern 16–29 år jämfört med äldre kvinnor att uppges att de hade gjort ett självmordsförsök. Totalt sett sågs också den högsta andelen självmordsförsök i åldersgruppen 16–29 år. Inga större skillnader sågs med avseende på utbildningsnivå eller födelseregion.

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

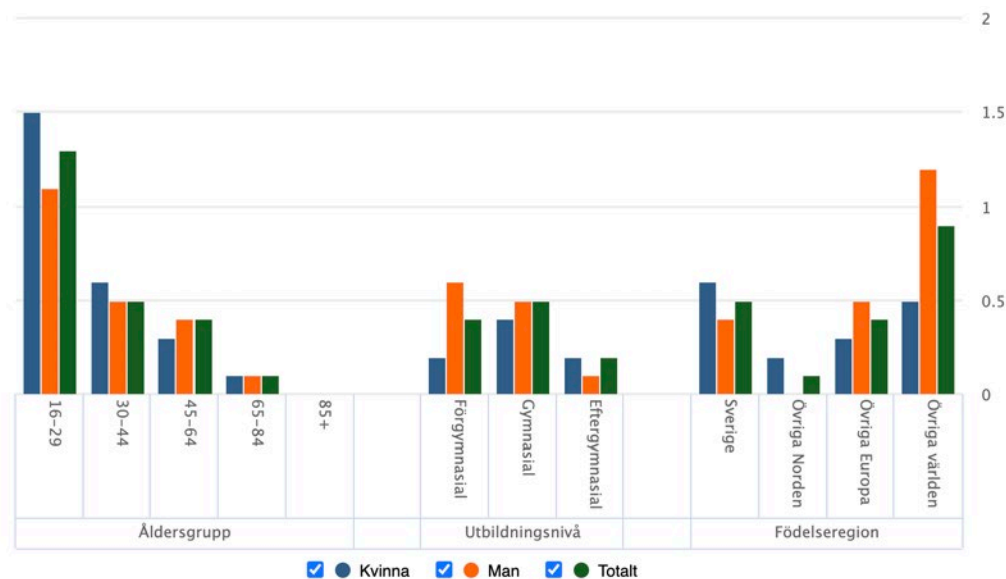
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som försökt ta sitt liv det senaste året, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	0,5	0,6	0,6
	<b>2022</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	0,7	0,5	0,6
	Skåne	0,5	0,5	0,5

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som försökt ta sitt liv det senaste året, %



## Långvarig sjukdom

Att leva med en sjukdom, skada eller andra hälsoproblem under en längre period eller livslångt kan begränsa den drabbades arbetsförmåga och andra dagliga sysselsättningar. I Folkhälsoenkät Skåne 2022 efterfrågades förekomst av långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon typ av nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. Både psykiska och fysiska sjukdomar eller tillstånd kan ingå i denna definition.

Andelen var år 2022 på samma nivå som år 2019, totalt 39 procent. År 2019 hade andelen stigit med hela 11 procentenheter i genomsnitt jämfört med föregående undersökning år 2012. Andelen är år 2022 lika stor i Skåne som den är i riket.

Det är totalt sett en lite större andel kvinnor (cirka 40 procent) än män (37 procent) som uppger att de har en långvarig sjukdom, men efter uppdelning på åldersgrupper så ses könsskillnader endast i åldersgrupperna 35–64 år. Andelarna med en långvarig sjukdom ökar med åldern och ligger på totalt 60 procent i åldersgruppen 85+ år.

Det är högre andelar med långvarig sjukdom i grupperna med förgymnasial eller gymnasial utbildning (totalt 45–47 procent) än vad det är i gruppen med eftergymnasial utbildning (40 procent). Andelarna med självrapporterad långvarig sjukdom är betydligt lägre i gruppen födda utanför Europa (30 procent) jämfört med övriga grupper (cirka 40 procent i genomsnitt).

Andelar med långvarig sjukdom skiljer sig åt mellan kommunerna, från 35 till 50 procent.

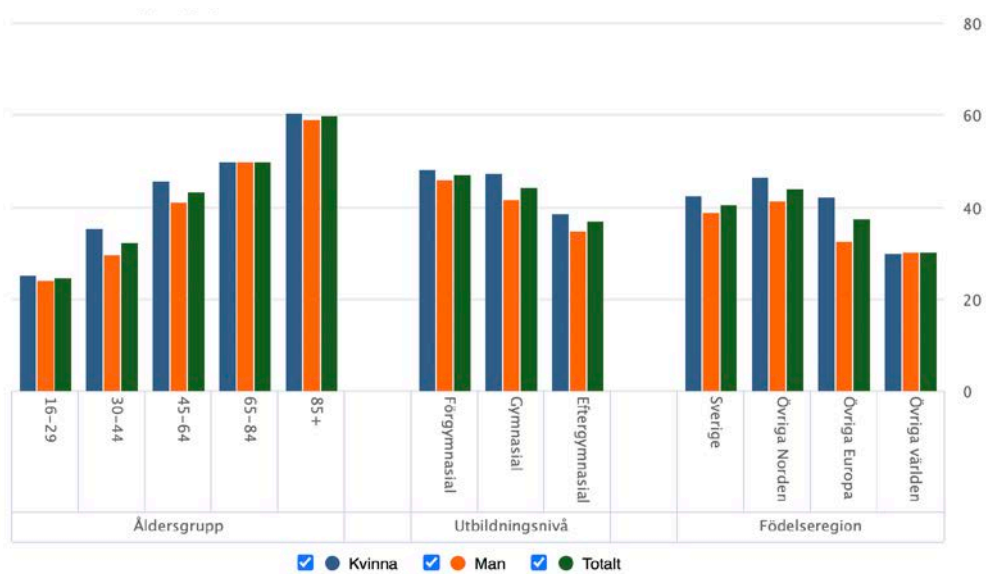
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med långvarig sjukdom, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2012	28,2	27,8	28
	2019	40,6	37,7	39,2
	<b>2022</b>	<b>40,4</b>	<b>36,6</b>	<b>38,5</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	40,4	36,6	38,5
	Skåne	41,1	37,3	39,2

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

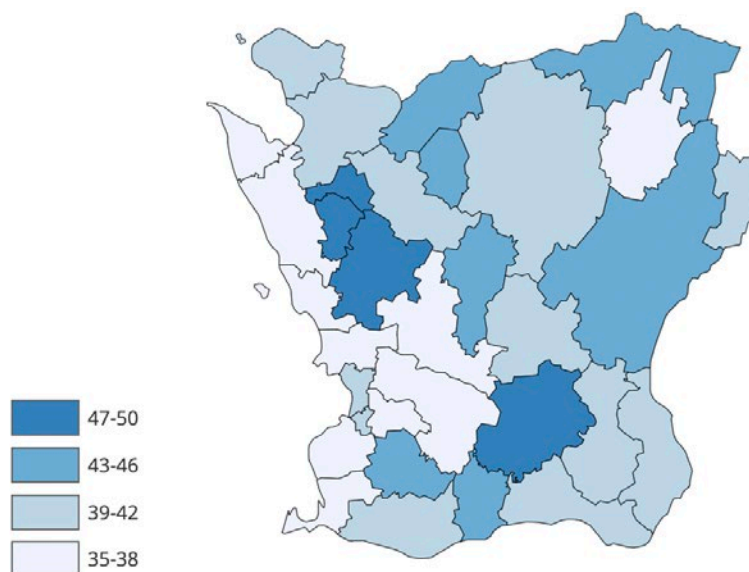
Andel med långvarig sjukdom, %





## Geografiska skillnader

Andel med långvarig sjukdom, %



## Funktionsnedsättning

En funktionsnedsättning är en bestående eller övergående nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga som kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada (2). I redovisningen av funktionsnedsättning i denna rapport inkluderas de som i enkäten har uppgett att de har en långvarig sjukdom som påverkar arbetsförmågan eller andra dagliga sysselsättningar i hög grad, *eller* som uppger att de har ett rörelsehinder, *eller* som har nedsatt syn eller hörsel som inte kan korrigeras med hjälpmedel (24).

Sett över tid var det lite lägre andelar år 2022 som svarat att de har en funktionsnedsättning enligt denna definition jämfört med år 2019. Det gällde både män och kvinnor. Totalt hade andelen i Skåne i åldersgruppen 18–80 år minskat med 2 procentenheter, från 22 till 20 procent.

Det är år 2022 lite vanligare med funktionsnedsättning hos kvinnor jämfört med män, 24 respektive 21 procent i åldersgruppen 16+ år. Andelarna ökar gradvis med åldern upp till 65–84 år. I åldersgruppen 16–29 år är det totalt 12 procent som har en funktionsnedsättning och bland de som är 65–84 år är det 31 procent. Därefter mer än fördubblas andelen i åldersgruppen 85+ år till 66 procent.

Det är stora skillnader mellan utbildningsgrupperna i andelar med funktionsnedsättning. I gruppen med förgymnasial utbildning är det totalt 39 procent, i gruppen med gymnasial utbildning är det 27 procent och bland de med eftergymnasial utbildning är det 16 procent. Sett till födelseregion är det högst andelar bland de födda i Norden utom Sverige, totalt 28 procent jämfört exempelvis med gruppen född i Sverige där det var totalt 23 procent. I övriga födelseregioner är andelarna runt totalt 20 procent.

Mellan kommunerna skiljer det som mest 15 procentenheter i andelar som uppger funktionsnedsättning, från 18 till 33 procent.

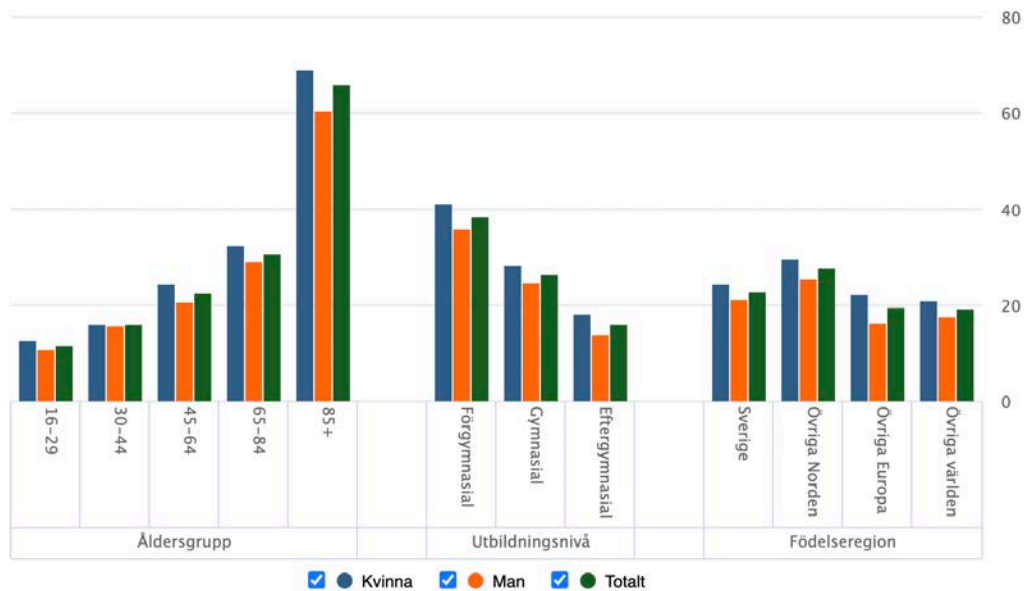
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med funktionsnedsättning, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2012	21,5	21,9	21,7
	2019	23,6	21	22,3
	<b>2022</b>	<b>21,6</b>	<b>18,9</b>	<b>20,2</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	23,1	20,5	21,8
	Skåne	24,1	20,5	22,3

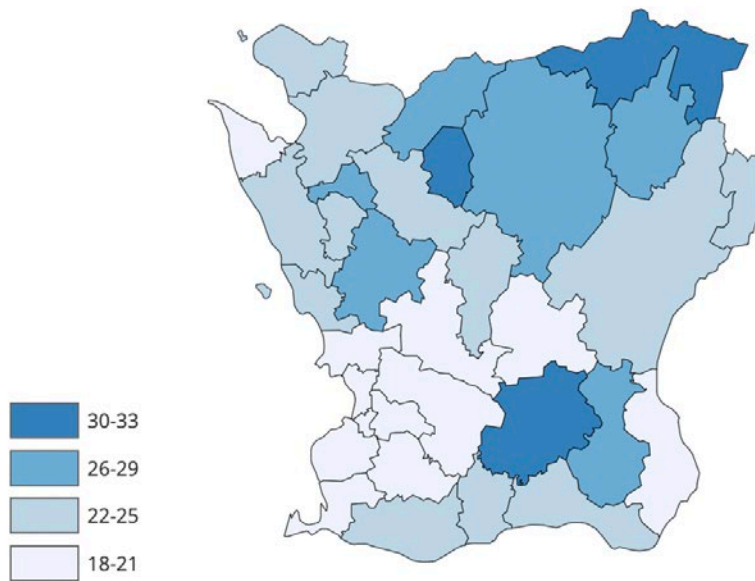
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med funktionsnedsättning, %



## Geografiska skillnader

Andel med funktionsnedsättning, %



## Värk i rygg m m

Ländryggsbesvär brukar delas in i ospecifika och specifika beroende på om det finns en specifik anatomisk orsak eller inte. Cirka 90 procent av akuta ryggbesvär och cirka 70 procent av kroniska besvär är ospecifika (41). En orsak till specifika ryggbesvär är diskbråck, vilket kan ge utstrålade smärta i ett eller båda benen, vilket kallas för ischias. Ländryggsbesvär utgör de tillstånd som bidrar näst mest, efter hjärt-kärlsjukdomar, till sjukdomsbördan i Sverige (9, 10). I Folkhälsoenkät Skåne 2022 fick man uppge om man upplever besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias. Här redovisas sammantaget de som uppgett att de har antingen lätta eller svåra besvär av detta, angett som ”värk i rygg m m”.

Det var år 2022 lika stora andelar med värk i rygg som det var år 2019, totalt 51 procent. Det är en procentenhet högre jämfört med riket. Både i Skåne och i riket är andelarna cirka 10 procentenheter högre hos kvinnor jämfört med män.

Andelen i befolkningen med värk i rygg m m ökar med åldern och är dubbelt så hög i åldern 85+ år, 67 procent, jämfört med den yngsta gruppen.

Det är stora skillnader mellan utbildningsgrupperna, med högst andelar i gruppen med förgymnasial utbildning, 65 procent, och lägst i den med eftergymnasial utbildning, 45 procent. Förhållandet mellan kvinnor och män är detsamma i alla tre utbildningsgrupperna. För kvinnorna skiljer sig andelarna åt beroende på födelseregion. Det är lägst andelar, 54 procent, hos de födda i Sverige och de födda utanför Europa, och högst, 63–64 procent, i de övriga två.

Det skiljer 20 procentenheter mellan kommunerna i andelar med värk i rygg m m, från 41 procent i den med lägst andel till 61 procent i den med högst.

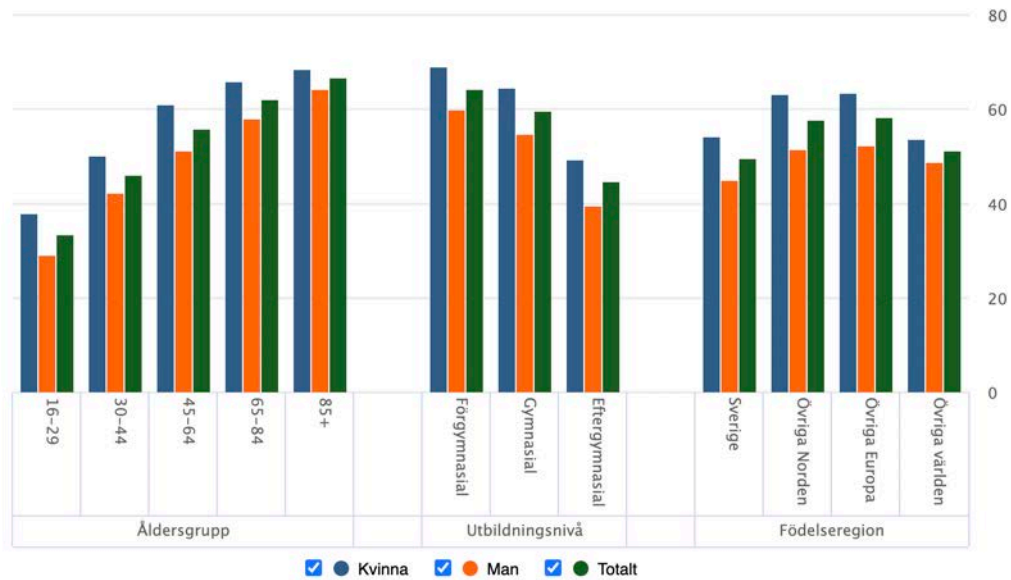
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med lätta eller svåra besvär av värk i ryggen m m, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	54,4	47	50,7
	<b>2022</b>	<b>55,2</b>	<b>46,1</b>	<b>50,6</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	53,7	44,1	48,9
	Skåne	55,6	46,4	51

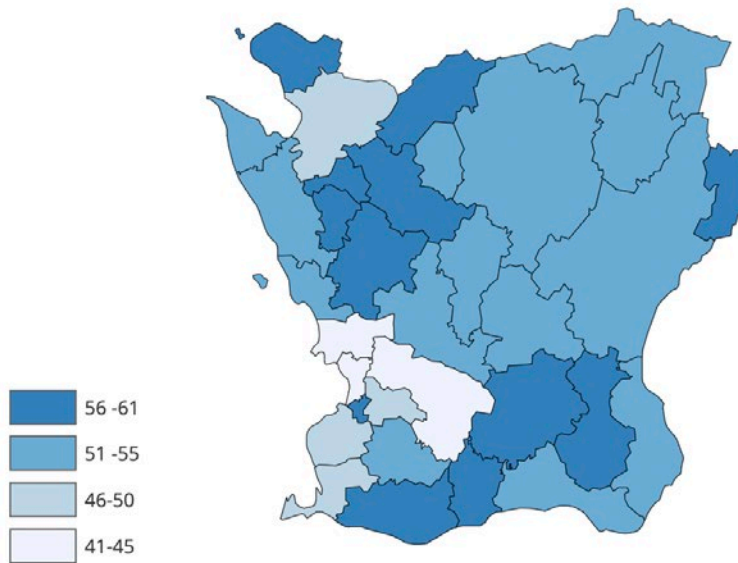
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lätta eller svåra besvär av värk i ryggen m m, %



## Geografiska skillnader

Andel med lätta eller svåra besvär av värk i ryggen, %



## Övervikt och obesitas

Övervikt och obesitas (eller fetma) definieras med hjälp av 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. Ett BMI mellan 25 och 29,9 indikerar övervikt och ett BMI på 30 eller högre indikerar obesitas, vilket också är en klinisk diagnos (6, 42). Ett högt BMI är den femte största riskfaktorn för tidig död och funktionsnedsättning i Sverige (9, 11).

Det är i Skåne 47 procent av kvinnorna och 59 procent av männen, totalt 53 procent, som uppger att de har ett BMI på 25 eller mer, det vill säga antingen övervikt eller obesitas. Sett över tid mellan åren 2000 och 2022 har andelarna med övervikt eller obesitas ökat med 9 procentenheter för kvinnor och 7 procentenheter för män, totalt 8 procentenheter. Jämfört med år 2019 är andelarna dock i stort sett oförändrade. Jämfört med riket ligger Skåne cirka en procentenhet högre i andelen med övervikt eller obesitas.

Att ha övervikt eller obesitas är vanligare bland män än bland kvinnor och andelarna ökar med åldern upp till 45–64 år, för att därefter tendera att minska.

Det är vanligare att ha ett BMI  $\geq 25$  bland de med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial utbildning. Vid uppdelning på födelseregion är det vanligast bland de födda i Norden utom Sverige och de födda i övriga Europa, och andelarna är cirka 10 procentenheter lägre bland de födda i Sverige och i övriga världen.

Det finns stora skillnader mellan Skånes kommuner i andelar med övervikt eller obesitas, med en spännvidd från 42 till 65 procent.

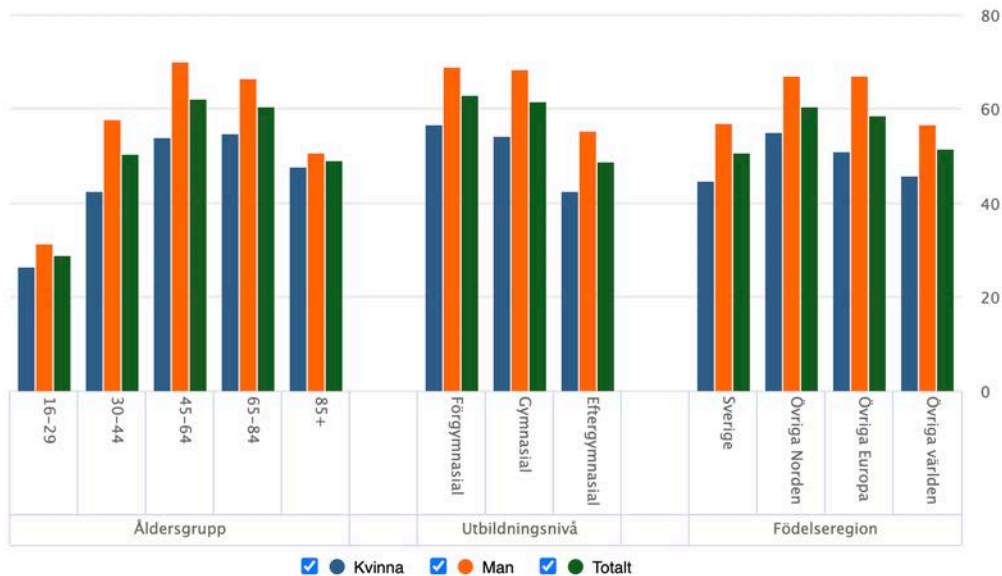
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med övervikt eller obesitas, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2000	37,3	51,8	44,5
	2004	39,1	55,6	47,4
	2008	41,3	57,3	49,3
	2012	41,4	58,7	50
	2019	45,8	58,8	52,3
	<b>2022</b>	<b>46,5</b>	<b>59,3</b>	<b>53</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	45,2	56,5	50,9
	Skåne	46	58,2	52,1

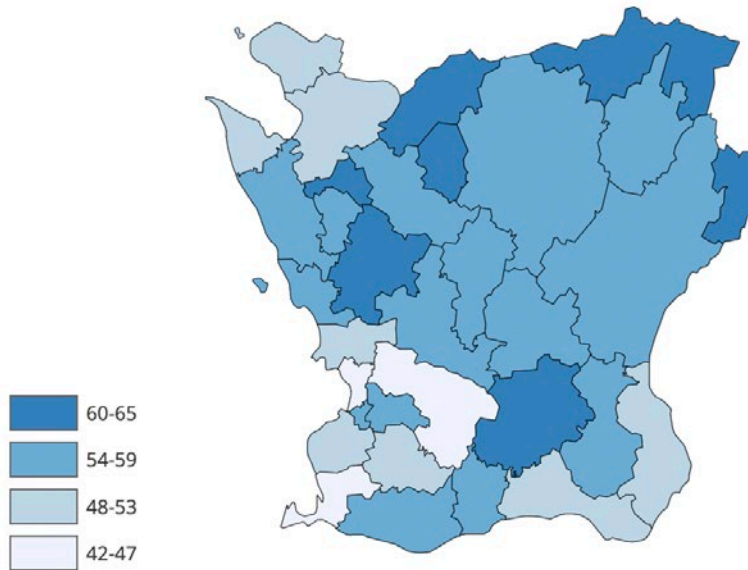
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med övervikt eller obesitas, %



## Geografiska skillnader

Andel med övervikt eller obesitas, %



## Obesitas

Ett BMI på 30 eller högre indikerar obesitas (fetma) (6). Sett över tid har andelen med obesitas i Skåne ökat med 8 procentenheter, från 10 procent år 2000 till 18 procent år 2022 för både män och kvinnor i åldern 18-80 år. I åldern 16+ år är andelen 17 procent. Jämfört med förra mätningen år 2019 ses i Skåne en tendens till ökning (inte statistiskt signifikant) på knappt en procentenhet. Skåne ligger en procentenhet högre i andelen med obesitas jämfört med riket.

Obesitas uppvisar inte samma tydliga könsskillnader som övervikt och obesitas gör, och genomsnittligt ligger kvinnor och män på lika stora andelar. Andelarna ökar med åldern upp till 45–64 år till totalt 22 procent, för att därefter minska med åldern.

Det är vanligare att ha obesitas bland de med förgymnasial och gymnasial utbildning (22–23 procent) jämfört med de med eftergymnasial utbildning (14 procent). Vid uppdelning på födelseregion är det vanligast med obesitas bland de födda i Norden utom Sverige och de födda i övriga Europa, med cirka 5 procentenheter högre andelar jämfört med de födda i Sverige och i övriga världen.

Andelar med obesitas i Skånes kommuner skiljer 16 procentenheter, från 10 procent i den med lägst andel till 26 procent i den med högst.

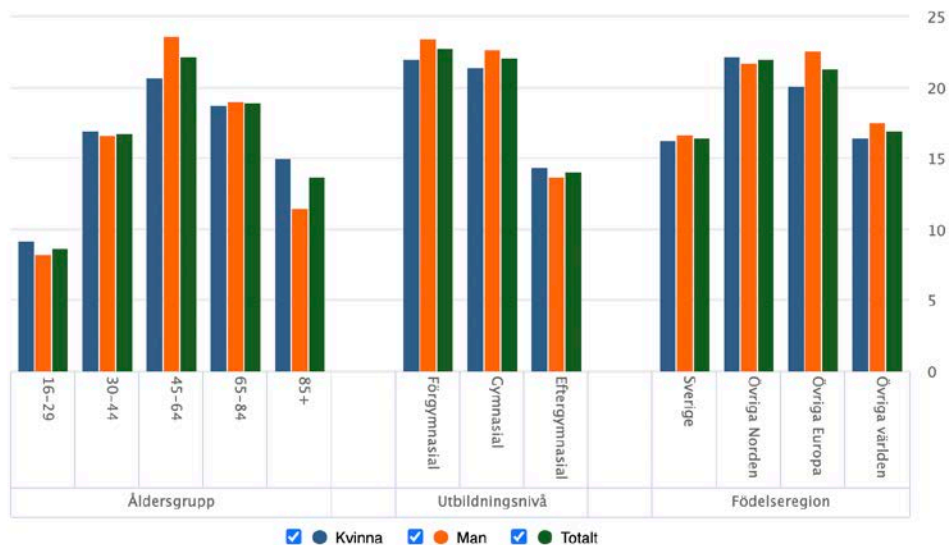
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med obesitas, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2000	9,6	10,1	9,8
	2004	11,8	11,9	11,9
	2008	13,7	14,6	14,1
	2012	13,9	14,7	14,3
	2019	16,5	17,2	16,9
	<b>2022</b>	<b>17,5</b>	<b>18</b>	<b>17,8</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	16,3	16,1	16,2
	Skåne	16,9	17,5	17,2

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

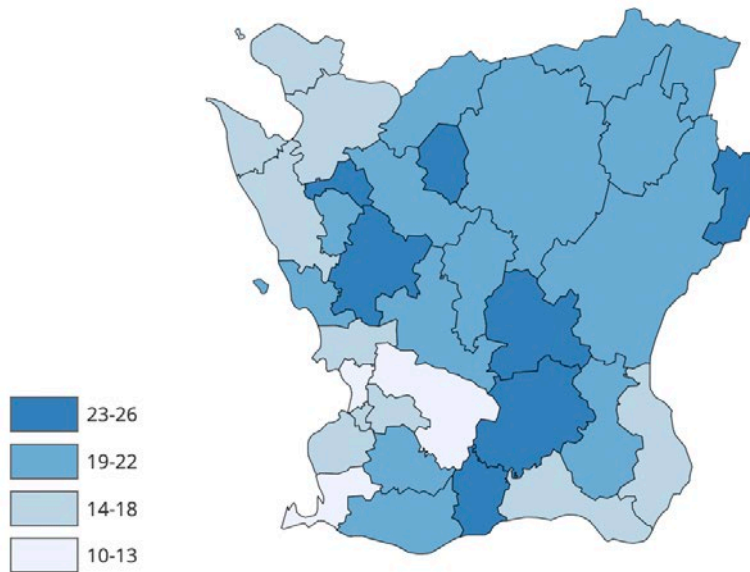
Andel med obesitas, %





## Geografiska skillnader

Andel med obesitas, %



## Högt blodtryck

Gränsen för högt blodtryck 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 (43). Högt blodtryck är den enskilt största behandlingsbara metabola riskfaktorn för hjärt-kärlsjukdom, framför allt stroke (9, 11, 43).

Andelen i befolkningen i Skåne som uppger att de har högt blodtryck har ökat över tid, från totalt 18 procent år 2004 till 23 procent år 2022. Andelen i Skåne är 1 procentenhet lägre jämfört med den i riket.

I både riket och i Skåne är andelen totalt 2 procentenheter högre hos män än hos kvinnor. Uppdelat på åldersgrupp ser dock könsmönstren olika ut i olika åldersgrupper. I åldern 30–64 år är andelen högre hos män, i åldern 85+ år är den högre hos kvinnor, och i övriga åldersgrupper ses inga direkta skillnader mellan könen.

I utbildningsgrupperna skiljer sig andelarna åt, från den största andelen med högt blodtryck på totalt 43 procent i gruppen med förgymnasial utbildning, över 33 procent för de med gymnasial utbildning, till 19 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Skillnader ses även i grupper baserade på födelseregion med högre andelar i gruppen född i Norden utom Sverige, särskilt bland männen, och lägst andelar bland de födda utanför Europa.

I kommunen med högst andel högt blodtryck är det 33 procent som uppger att de har det och i kommunen med lägst andel är det 19 procent.

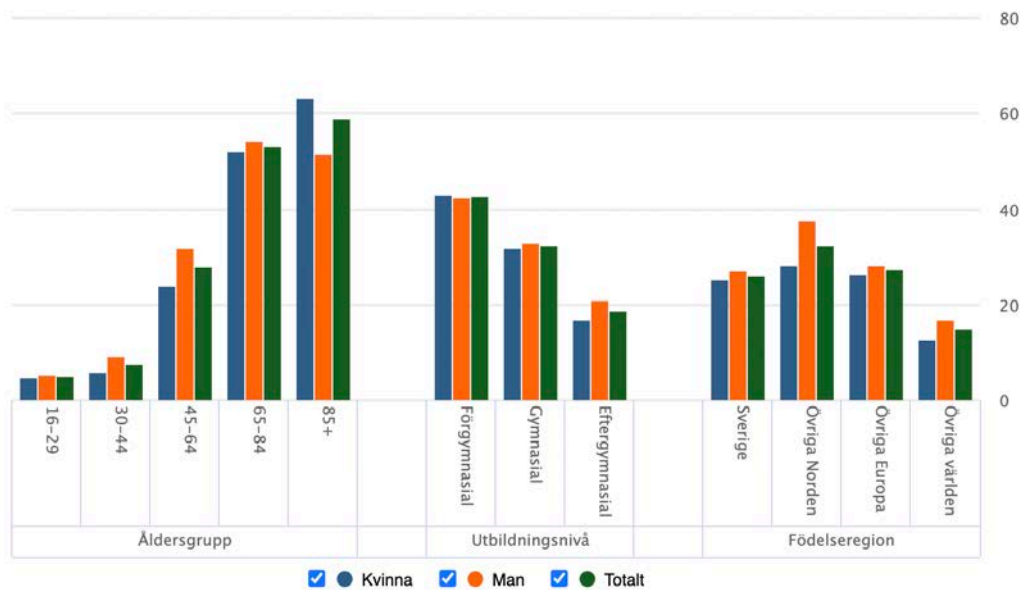
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med högt blodtryck, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	16,5	18,9	17,7
	2008	16,3	19,9	18,1
	2012	18,2	22,1	20,1
	2019	19	22,7	20,8
	<b>2022</b>	<b>21,6</b>	<b>25,2</b>	<b>23,4</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	25,4	26,7	26
	Skåne	24	26,2	25,1

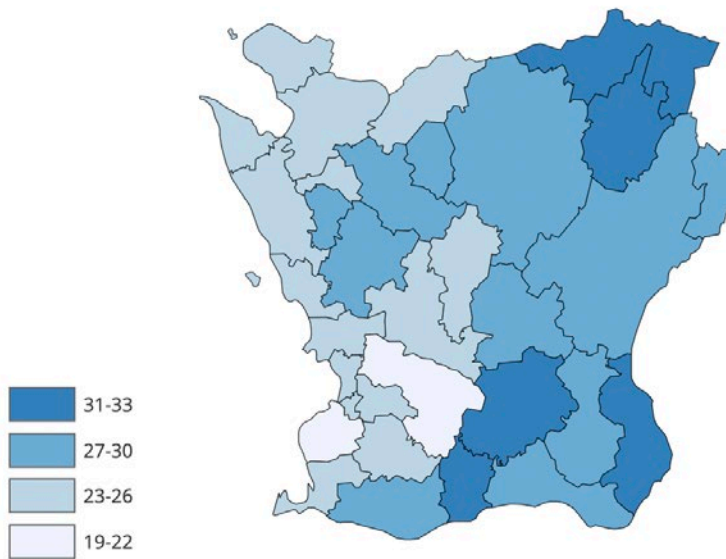
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med högt blodtryck, %



## Geografiska skillnader

Andel med högt blodtryck, %



## Diabetes

Diabetes är en sjukdom som innebär att kroppen inte tillräckligt kan ta upp och tillgodogöra sig sockret från blodet, vilket leder till att en hög halt av socker stannar kvar i blodet. Diagnos på diabetes kan ställas om fasteblodsockret är förhöjt vid två olika tillfällen (44). Diabetes är i Sverige på åttonde plats i sitt bidrag till den samlade sjukdomsbördan (9, 10). Högt fasteblodsocker är också en riskfaktor för andra sjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar, och hamnar som riskfaktor för tidig död och funktionsnedsättning i Sverige på fjärde plats, efter tobak, högt blodtryck och kostvanorna (9, 11).

Andelen i befolkningen i Skåne som uppger att de har diabetes har ökat med någon procentenhet över tid, från 5,6 procent år 2004 till 6,7 procent år 2022. Andelen i Skåne är en halv procentenhet högre jämfört med den i riket.

I både riket och i Skåne är andelen totalt sett några procentenheter högre hos män än hos kvinnor. Könsskillnaden ökar med åldern upp till 65–84 år, där andelarna är 12 procent hos kvinnor och 22 procent hos män.

Skillnader mellan utbildningsgrupper finns hos både män och kvinnor, och totalt är andelarna med diabetes 14 procent i gruppen med förgymnasial utbildning, 10 procent i gruppen med gymnasial utbildning och 5 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Störst andelar ses bland de födda i Norden utom Sverige där andelen totalt är 12 procent, jämfört med cirka 7 procent i övriga grupper baserade på födelseregion.

I de skånska kommunerna skiljer det 10 procentenheter mellan kommunen med lägst andel (2 procent) och den med högst (12 procent).

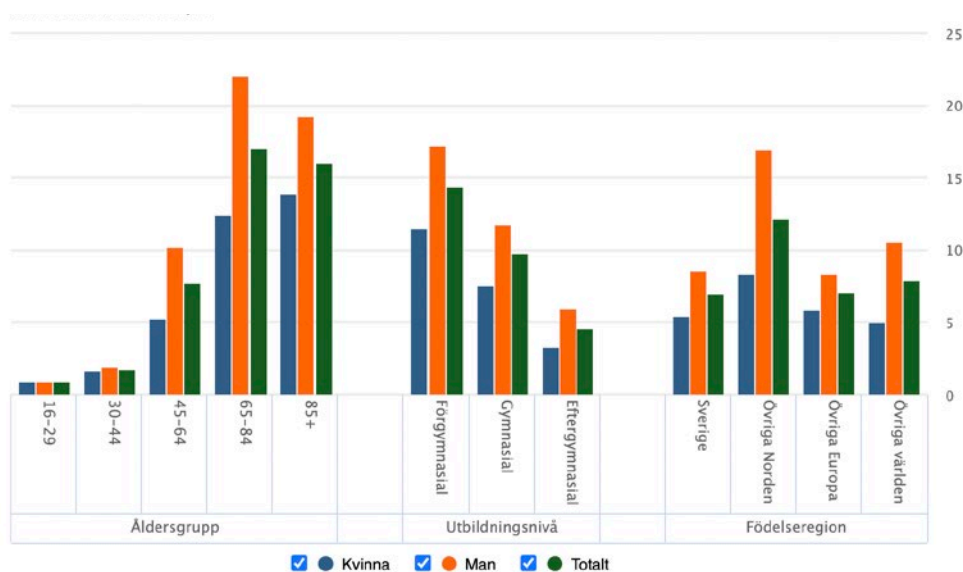
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med diabetes, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	4,7	6,6	5,6
	2008	4,3	6,5	5,4
	2012	4,7	7,6	6,1
	2019	5,7	8	6,8
	<b>2022</b>	<b>4,9</b>	<b>8,4</b>	<b>6,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	5,9	7,8	6,8
	Skåne	5,6	9	7,3

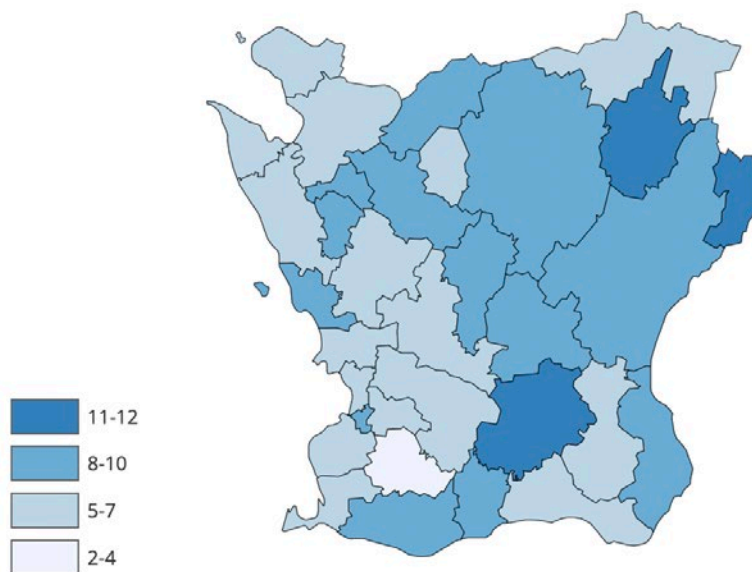
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med diabetes, %



## Geografiska skillnader

Andel med diabetes, %



## Bra tandhälsa

Målet för tandvården i Sverige är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (45). På nationell nivå har den självskattade tandhälsan förbättrats över tid från första mätningen år 2004, men det finns skillnader mellan könen till kvinnornas fördel och mellan olika socioekonomiska grupper (46). I Folkhälsoenkät Skåne fick man svara på hur man tycker den egna tandhälsan är, och de som svarat att de tycker den är mycket eller ganska bra har hamnat i kategorin ”bra tandhälsa”.

Andelar i Skåne med självskattad bra tandhälsa i Skåne är några procentenheter högre hos kvinnor jämfört med män. År 2022 är det 74 procent av kvinnorna och 70 procent av männen som uppger en bra tandhälsa. Andelarna är i stort sett oförändrade för båda könen mellan åren 2004 och 2022. År 2022 är andelarna i Skåne lika stora som de är i riket.

Den åldersmässiga fördelningen av tandhälsa är väldigt jämn, det är bara i den äldsta gruppen som andelarna är cirka 5 procentenheter lägre jämfört med övriga åldersgrupper. Det skiljer dock mellan utbildningsgrupperna med ökande andelar som uppger bra tandhälsa med ökande utbildningslängd. I gruppen med förgymnasial utbildning är andelen totalt 62 procent och i gruppen med eftergymnasial utbildning är den 77 procent. Bra tandhälsa uppges i högre utsträckning bland de födda i Sverige jämfört med samtliga övriga grupper baserade på födelseregion.

I kommunen som uppger högst andel bra tandhälsa är den 81 procent och i den med lägst är den 64 procent.

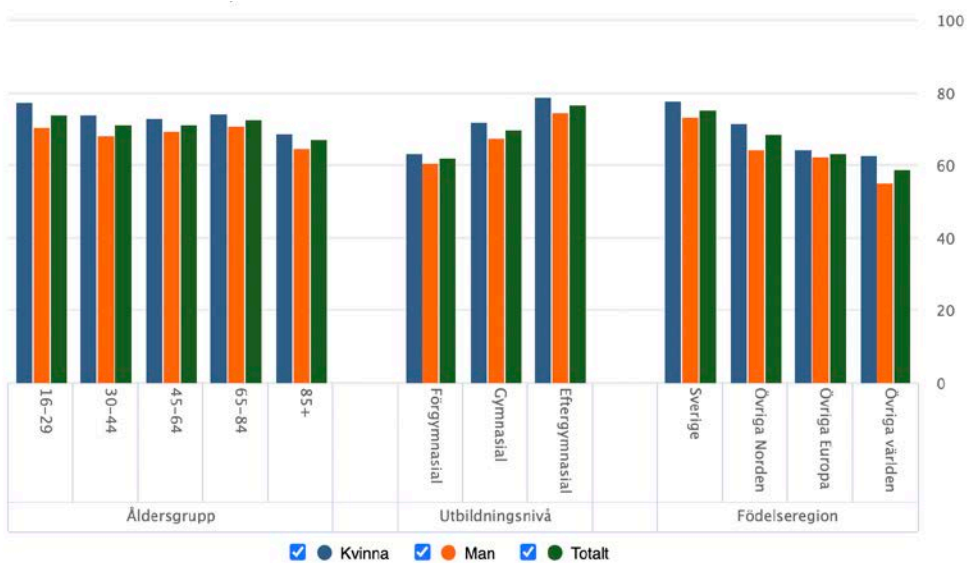
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med bra tandhälsa, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	75,8	71,5	73,6
	2008	75,3	70,9	73,1
	2019	75	70	72,5
	<b>2022</b>	<b>74,5</b>	<b>69,7</b>	<b>72,1</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	74,9	69,7	72,3
	Skåne	74,2	69,7	72

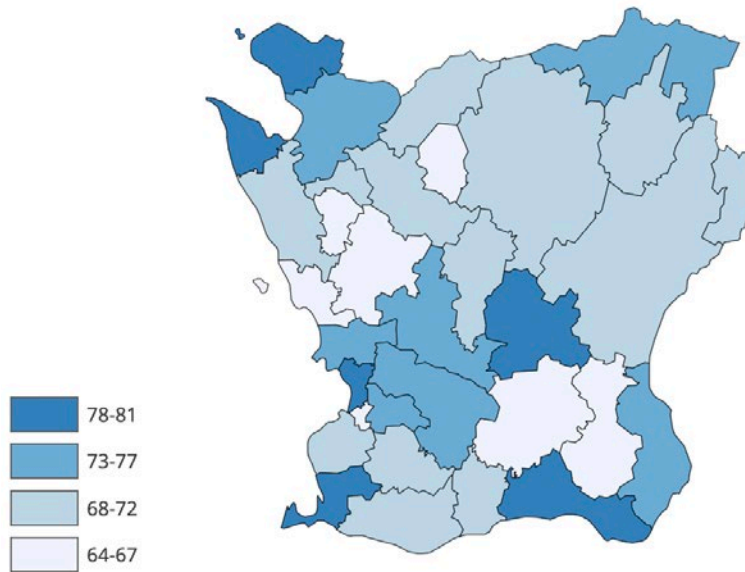
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med bra tandhälsa, %



## Geografiska skillnader

Andel med bra tandhälsa, %



## Referenser

1. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organisation. New York: WHO, 1948.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank [Socialstyrelsens termbank](#) Hämtad 2023-02-09.
3. Eriksson, K. Hälsans idé (2 uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1984.
4. 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. [Policies and strategies to promote social equity in health \(core.ac.uk\)](#) Hämtad 2023-02-09.
5. Rostila, M. & Toivanen, S. (red.). Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber, 2012.
6. Folkhälsomyndigheten (2022). Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2022. Art.nr: 22026. [www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/) Hämtad 2023-02-10.
7. Proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa. En utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Regeringskansliet. [https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d-6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017\\_18\\_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf](https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d-6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf) Hämtad 2023-02-09.
8. Allebeck, P. & Agardh, E. (2017). Den globala sjukdomsörskan har både minskat och ökat - Uppdateringen av det globala sjukdomsörskoprojektet är nu klar. Läkartidningen, 114, ED34. [Den globala sjukdomsörskan har både minskat och ökat \(lakartidningen.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.

9. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Sverige. [Sweden | Institute for Health Metrics and Evaluation \(healthdata.org\)](#) Hämtad 2023-02-09.
10. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
11. GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
12. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik Hälso- och sjukvård, publiceringsår 2022 ISSN 1400-3511 Art.nr: 2022-6-8020 [Statistik om dödsorsaker år 2021 \(socialstyrelsen.se\)](#) Hämtad 2023-02-09.
13. Lundberg, U. Psykobiologiska processer, stress, och ojämlikhet i hälsa. I: Rostila, M. & Toivanen, S (red.). *Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber, 2012.
14. 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>
15. Marmot, M. *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
16. Folkhälsomyndigheten. Stress och oro dubbelt så vanligt i grupper som står utanför arbetslivet. [Stress och oro dubbelt så vanligt i grupper som står utanför arbetslivet — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
17. Folkhälsomyndigheten (2021). Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020. [Psykisk hälsa och suicidprevention \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
18. Folkhälsomyndigheten. Psykiskt välbefinnande. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/psykiskt-valbefinnande/> Hämtad 2023-02-09.
19. Folkhälsomyndigheten. Hur vi använder begreppet psykisk hälsa. [Hur vi använder begreppet psykisk hälsa — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-09.
20. Lépine, J. P. (2001). Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 13, 4–12.
21. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP). [Själv mord i Sverige. Själv mord i Sverige | Karolinska Institutet \(ki.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.



22. Latham, K., & Peek, C. W. (2013). Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 68(1), 107–116. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs104>
23. Schnittker, J., & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *PloS one*, 9(1), e84933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
24. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2022. [Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten \(Hälsa på lika villkor 2022\) — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/Syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten-(Halsa-pa-lika-villkor-2022)-Folkhalsomyndigheten-(folkhalsomyndigheten.se)) Hämtad 2023-02-09.
25. Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph S, Weich, S., et al. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007;5:63. 22. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
26. 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*, 41(10), 1349–1358. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00125-q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00125-q)
27. Schulte-van Maaren, Y. W. M., Carlier, I. V. E., Zitman, F. G., van Hemert, A. M., de Waal, M. W. M., van Noorden, M. S., & Giltay, E. J. (2012). Reference values for generic instruments used in routine outcome monitoring: the leiden routine outcome monitoring study. *BMC Psychiatry*, 12:203. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-203>
28. Goldberg, D., Williams, P. User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: 1988.
29. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2018.
30. Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2):184-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
31. 1177. Sönnen är viktig för din hälsa. [Sönnen är viktig för din hälsa - 1177](https://www.folkhalsomyndigheten.se/Somnen-ar-viktig-for-din-halsa-1177) Hämtad 2023-02-10.
32. Åkerstedt, T. (2010). Livsstilen påverkar sönnen--på gott och ont. *Läkartidningen*, 107(36), 2072–2076. [Livsstilen påverkar sönnen – på gott och ont \(lakartidningen.se\)](https://www.lakartidningen.se/Livsstilen-paverkar-somnen-pa-gott-och-ont-(lakartidningen.se)) Hämtad 2023-02-10.
33. Lindeberg, S. I., Eek, F., Lindblad, E., Hansen, Å. M., Östergren, P. O., Karlson, B. (2008). Exhaustion measured by the SF-36 vitality scale is associated with a flattened diurnal cortisol profile. *Psychoneuroendocrinology*, 33(4):471-7. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.01.005>

34. Lindeberg, S. An epidemiological study of exhaustion in the context of chronic stress. Concept, cortisol, causes and consequences. Doctoral thesis. Social Medicine and Global Health, Department of Clinical Sciences, Malmö, Faculty of Medicine, Lund university. Lund: Lund university, 2011. [An Epidemiological Study of Exhaustion in the Context of Chronic stress. Concept, Cortisol, Causes and Consequences — Lund University](#) Hämtad 2023-02-10.
35. Läkemedelsboken. Förstämningssyndrom. [Förstämningssyndrom | Läkemedelsboken \(lakemedelsboken.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
36. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. [Statistikdatabaser - Dödsorsaksstatistik - Val \(socialstyrelsen.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
37. Hubers, A. A. M., Moaddine, S., Peersmann, S. H. M., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R. C., Dekkers, O. M., & Giltay, E. J. (2018). Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 186–198. <https://doi.org/10.1017/S2045796016001049>
38. Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *The American journal of psychiatry*, 173(11), 1094–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
39. Canetto, S. S., & Cleary, A. (2012). Men, masculinities and suicidal behaviour. *Social science & medicine* (1982), 74(4), 461–465. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2011.11.001>
40. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP). Självordsförsök i Sverige. [Självordsförsök i Sverige | Karolinska Institutet](#) Hämtad 2023-02-10.
41. Läkemedelsboken. Rygg- och nackbesvär. [Rygg- och nackbesvär | Läkemedelsboken \(lakemedelsboken.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
42. Socialstyrelsen (2022). Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stöd för styrning och ledning 2022. ISBN 978-91-7555-589-8 Art.nr: 2022-4-7822 [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas \(socialstyrelsen.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
43. Läkemedelsboken. Hypertoni. [Hypertoni \(lakemedelsboken.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
44. Läkemedelsboken. Diabetes mellitus. [Diabetes mellitus | Läkemedelsboken \(lakemedelsboken.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.
45. Tandvårdslag. SFS 1985:125.
46. Folkhälsomyndigheten (2019). Jämlig tandhälsa. En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning. [Jämlig tandhälsa - En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-10.



## Levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor, såsom ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskkonsumtion av alkohol är vanligt förekommande och är på olika sätt kopplat till ohälsa. Ohälsosamma matvanor som exempelvis lågt intag av frukt, grönsaker och fibrer utgör en viktig risk för flertalet sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom, cancer, typ 2-diabetes och obesitas men även sänkt livskvalitet och förtida död (1-3), medan hälsosamma matvanor har en positiv påverkan avseende bland annat blodtryck, blodfetter och blodsocker, viktbalans, skelett och muskulatur, sårhäkning, munhälsa, psykisk hälsa, inlärningsförmåga och sömn (4). Vidare har fysisk aktivitet många hälsofördelar av både fysisk och mental karaktär. Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för en rad sjukdomar såsom som hjärt-kärlsjukdom, cancer och typ 2-diabetes, minskar symtom av depression och ångest, förebygger fall samt bidrar till kognitiv hälsa och bättre sömn (5, 6).

Trots att daglig rökning fortsätter att minska i Sverige och flera andra länder, är rökning fortfarande en av de främsta påverkbara dödsorsakerna i höginkomstländer (7, 8). Även snus har en negativ inverkan på hälsan, trots att ytterligare forskning kring sambanden mellan exempelvis snusbruk och cancer behövs (9, 10). Utöver det konventionella tobakssnuset, har så kallat nikotinsnus eller vitt snus som det också benämns, etablerat sig på marknaden under senare år. Både den här typen av snus liksom andra nikotinprodukter som elektroniska cigaretter (e-cigaretter) innehåller det starkt beroendeframkallande och giftiga ämnet nikotin. Nikotin har negativa effekter på exempelvis hjärta och kärl, lungor och munhåla. Ytterligare forskning behövs för att studera långtidseffekter för hälsan kopplat till den här typen av produkter (11).

Både alkoholkonsumtion och narkotikabruk har flera negativa konsekvenser kopplat till hälsa, men även annan problematik. Alkoholkonsumtion är en riskfaktor för såväl alkoholberoende, olycksfall och skador, cancer, hjärt-kärlsjukdom, leversjukdom, (12) men också social- och ekonomisk problematik samt negativa konsekvenser för närstående (12–14). För narkotikabruk kan det utöver exempelvis beroende och psykisk ohälsa också handla om sociala problem (15) och kriminalitet (16–17). Vidare är riskabelt spelande om pengar sammankopplat med tobak- och narkotikabruk, riskbruk av alkohol samt psykisk ohälsa. Dessutom finns samband mellan problem med spelande och social- och ekonomisk problematik (18).

Levnadsvanorna skiljer sig åt mellan olika grupper, vilket innebär en ojämlik fördelning av

ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen. Att främja människors möjlighet till hälsosamma levnadsvanor genom att exempelvis öka tillgången till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter samt begränsa hälsoskadliga sådana är därför ett sätt att nå en god och mer jämlik hälsa i befolkningen (19).

## Frukt- och grönsaksintag minst 5 gånger/dag

Enligt Livsmedelsverkets rekommendationer bör vuxna och barn (över 10 år) äta omkring 500 gram grönsaker och frukt per dag, till exempel 2 stora nävar grönsaker och 3 frukter (20). Resultaten visar att totalt 7 procent (16+ år) äter frukt- och grönsaker minst 5 gånger/dag, med högre andelar för kvinnor (9 procent) jämfört med män (4 procent). Andelen är dock någon procentenhet lägre för kvinnor år 2022 jämfört med år 2019 och för både män och kvinnor ytterligare någon respektive några procentenheter lägre jämfört med längre tillbaka i tiden. Bland männen tycks det vara högst andelar som uppnår rekommendationen i den yngsta gruppen (16–29 år) där 6 procent uppger en sådan konsumtion, medan mellan 3-4 procent gör detsamma i övriga åldersgrupper.

Sett till socioekonomiska skillnader är det för kvinnor något vanligare att gruppen med längst utbildning uppnår ett frukt- och grönsaksintag motsvarande minst 5 gånger/dag jämfört med grupperna med kortare utbildning (10 procent jämfört med 7–8 procent). Män födda utanför Norden tycks i något högre grad än män födda i Norden (inklusive Sverige) uppnå ett frukt- och grönsaksintag om minst 5 gånger/dag (7 procent jämfört med 3–4 procent).

De skånska kommuner med högst andelar avseende intag av frukt och grönsaker minst 5 gånger/dag uppgick till 9 procent, vilket kan jämföras med den kommun som låg lägst, vilken uppgick till 3 procent.

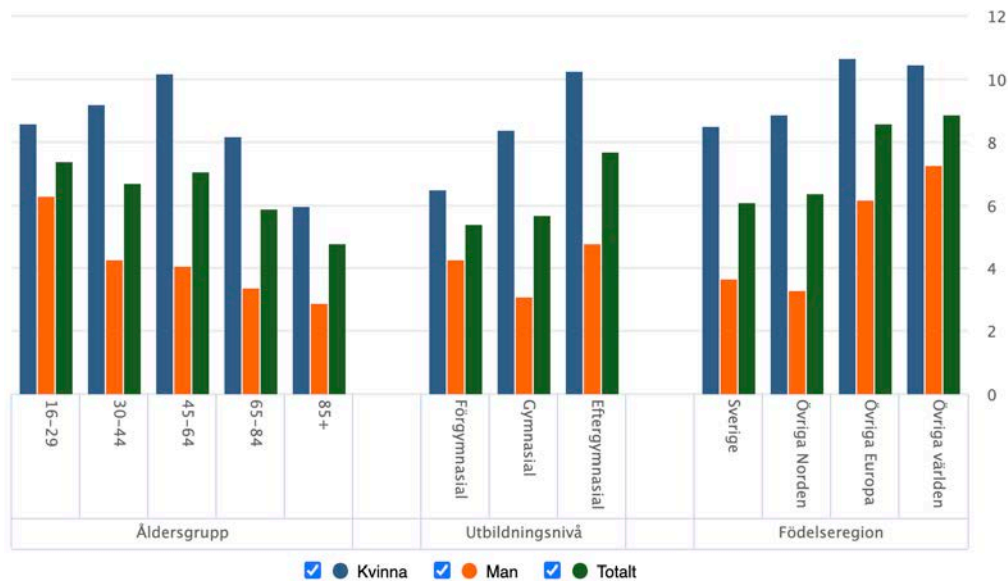
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med frukt och grönsaksintag minst 5 gånger/dag, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	13,7	5,7	9,8
	2008	13,5	6,2	9,9
	2012	12,6	6,2	9,4
	2019	10,3	5	7,6
	<b>2022</b>	<b>9,1</b>	<b>4,3</b>	<b>6,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	8,6	3,9	6,2
	Skåne	9	4,4	6,7

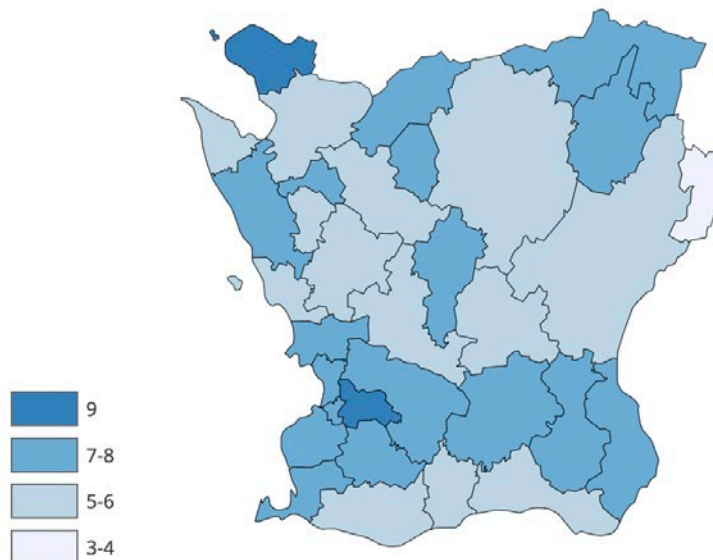
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med frukt och grönsaksintag minst 5 gånger/dag, %



## Geografiska skillnader

Andel med frukt och grönsaksintag minst 5 gånger/dag, %



## Fysiskt aktiv minst 150 min/vecka

Rekommendationerna för fysisk aktivitet för vuxna innebär bland annat att vara fysiskt aktiv regelbundet, såväl vardagar som helg. Pulshöjande fysisk aktivitet bör varje vecka uppgå till minst 150–300 minuter på måttlig intensitet. Alternativt kan man varje vecka ägna sig åt 75–150 minuter på hög intensitet. Det går också bra att kombinera dessa för att nå rekommendationerna (6, 21).

Majoriteten (65 procent) av de svarande (16+ år) uppnår rekommendationen om minst 150 minuter enligt resultaten för år 2022. Motsvarande rikssnitt ligger på 67 procent. Det är en något högre andel män än kvinnor som når rekommendationerna (67 respektive 64 procent). Jämfört med år 2019 är andelarna något högre år 2022 (avser 18–80 år), åtminstone för männen. Avseende åldersgrupper är det framför allt den äldsta gruppen (85+ år) som sticker ut, med betydligt lägre andelar än övriga åldersgrupper. I denna grupp uppnår 29 procent av kvinnorna och 35 procent av männen rekommendationerna, vilket kan jämföras med övriga åldersgrupper som ligger mellan 61–69 procent (kvinnor) och 61–75 procent (män).

Sett till utbildningsnivå ses liksom tidigare mätningar en stegvis ökning, med högre andel som är fysiskt aktiva minst 150 min/vecka ju längre utbildning, nämligen 48 procent i gruppen med förgymnasial utbildning, 62 procent i gruppen med gymnasial utbildning och 73 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning. Motsvarande mönster ses för kvinnor och män separat. Även sett till födelseregion ses skillnader, med högst andelar i gruppen födda i Sverige (70 procent) och lägst andelar i gruppen födda utanför Europa (48 procent) totalt sett. Allra lägst återfinns gruppen kvinnor födda i utomeuropeiskt land på 44 procent.

Det skiljer 28 procentenheter mellan den skånska kommun med högst (79 procent) och lägst (51 procent) andel invånare (16+ år) som når rekommendationerna för fysisk aktivitet.

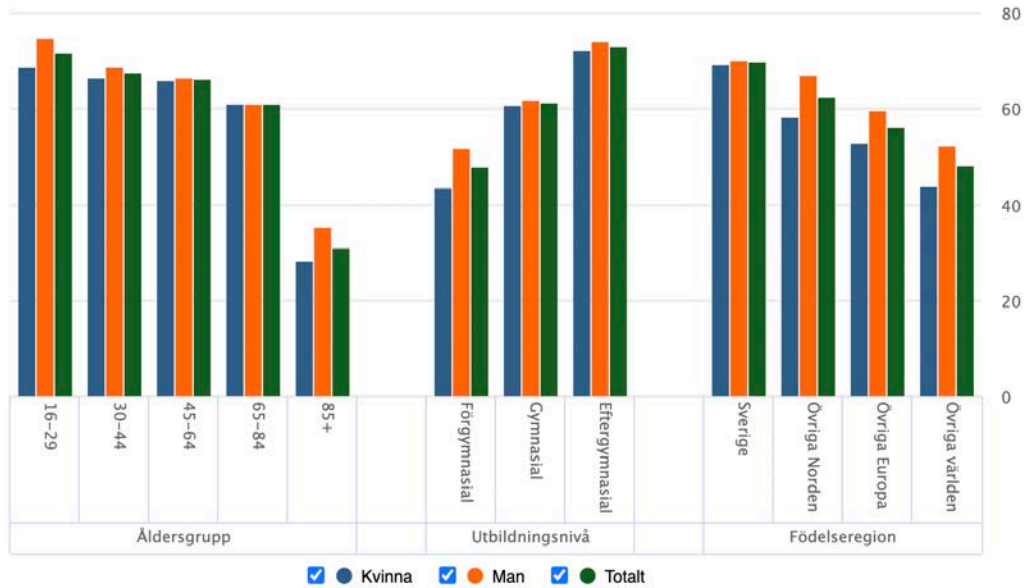
### Jämförelse över tid och mot riket

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

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	64,7	64,7	64,7
	<b>2022</b>	<b>66,1</b>	<b>67,8</b>	<b>67</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	65,3	68,1	66,7
	Skåne	64	66,8	65,4

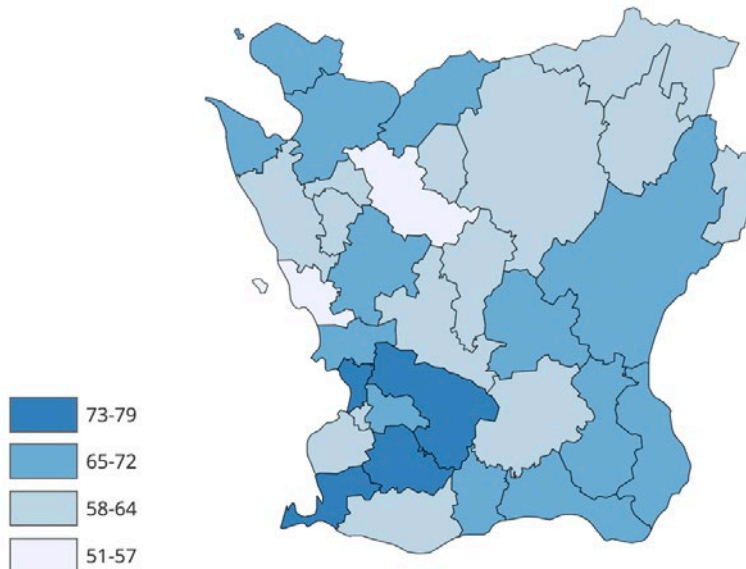
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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 minst 10 timmar/dygn

Stillasittande definieras som alla aktiviteter i vaket tillstånd som utförs i sittande, tillbakalutad eller liggande ställning och är förknippade med låg energiförbrukning. Tid som spenderas stillasittande bör begränsas och vid en längre stunds stillasittande rekommenderas avbrott för fysisk aktivitet (6, 21).

De aktuella resultaten visar att cirka 1 av 4 är stillasittande minst 10 timmar/dag, vilket är i linje med rikssnittet. Det är vanligare att män rapporterar stillasittande i denna omfattning jämfört med kvinnor (27 respektive 21 procent) och för både kvinnor och män (avser 18–80 år) är andelen cirka 4 procentenheter högre jämfört med mätningen år 2019. Sett till åldersgrupper är andelen högst bland de yngsta (16–29 år) för kvinnorna på 33 procent och de två yngsta grupperna (16–29 år och 30–44 år) för männen på 35 respektive 33 procent, medan lägst andelar för både kvinnor och män återfinns i den näst äldsta gruppen (65–84 år) som för kvinnorna uppgår till 12 procent och för männen till 17 procent. Trots högre andelar i den äldsta gruppen (85+ år) ligger denna grupp på en lägre nivå än gruppen 16-29 år, vilket gäller både kvinnor och män.

Män med eftergymnasial utbildning rapporterar stillasittande minst 10 timmar/dygn i högre grad än män med förgymnasial- och gymnasial utbildning (34 procent jämfört med 20–21 procent). För kvinnorna ses i stället skillnader mellan grupperna med efter- och förgymnasial utbildning (23 respektive 21 procent) jämfört med gruppen med gymnasial utbildning (14 procent).

Mellan Skånes kommuner skiljde sig andelarna avseende stillasittande minst 10 timmar/dag med närmare 20 procentenheter mellan den kommunen med högst (32 procent) och lägst (13 procent) andelar.

### Jämförelse över tid och mot riket

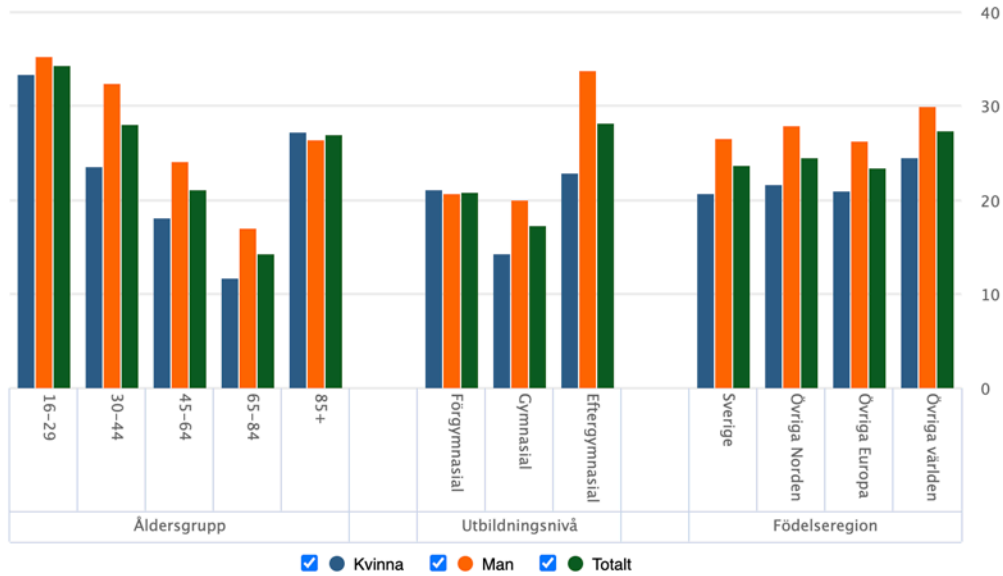
Andel stillasittande minst 10 timmar per dygn, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	17,1	22,8	20
	<b>2022</b>	<b>20,7</b>	<b>27</b>	<b>23,9</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	22,7	26,4	24,5
	Skåne	21,3	27	24,1



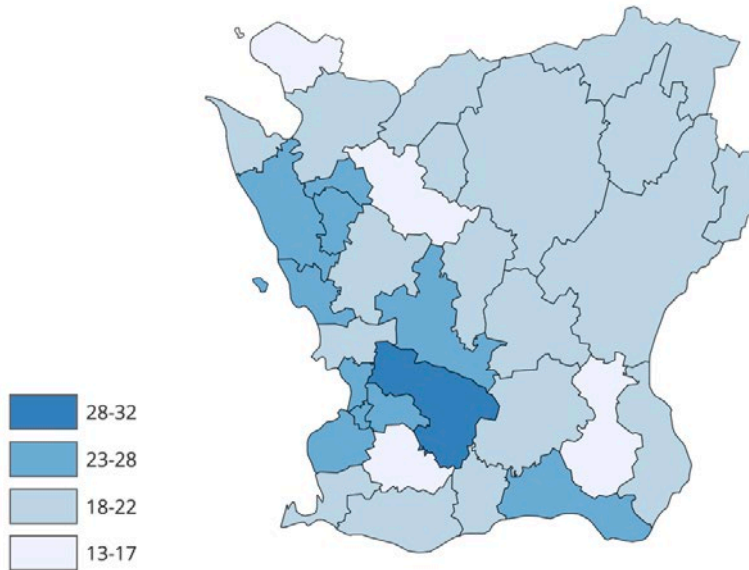
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel stillasittande minst 10 timmar per dygn, %



## Geografiska skillnader

Andel stillasittande minst 10 timmar per dygn, %



## Röker dagligen

Andel som uppgett daglig tobaksrökning har minskat jämfört med den senaste mätningen år 2019, men trenden har varit tydlig de senaste 20 åren, med mer än 10 procentenheter lägre andelar idag jämfört med år 2000. De aktuella resultaten år 2022 visar att 7 procent (16+ år) uppgav att de röker dagligen. Motsvarande riksnitt ligger på knappt 6 procent. Bland både kvinnor och män är andelen dagligrökare lägre bland de äldsta (85+ år) på 2,1

respektive 1,5 procent och yngsta (16–29 år) på 4 respektive 5 procent jämfört med övriga åldersgrupper som bland kvinnorna ligger mellan 6 och 10 procent och bland männen mellan 8 och 9 procent.

Fördelningen av dagligrökare skiljer sig totalt sett mellan utbildningsgrupperna och är lägre ju högre utbildning. Högst andelar återfinns alltså i gruppen med förgymnasial utbildning på 12 procent, följt av gruppen med gymnasieutbildning på 10 procent samt gruppen med eftergymnasial utbildning på 4 procent. Samma stegvisa mönster ses för männen. För kvinnorna ses i stället skillnader mellan gruppen med eftergymnasial utbildning och de båda andra utbildningsgrupperna.

Skillnader förekommer även mellan födelseregioner. För männen är det lägre andelar som röker dagligen i gruppen födda i Sverige (6 procent) jämfört med övriga födelseregioner (11–14 procent). För kvinnorna ses en variation mellan 4 och 13 procent med lägst andelar i gruppen födda utanför Europa och högst andelar i gruppen födda i Europa (exklusive Norden).

Omfattningen dagligrökare skiljer sig åt mellan Skånes kommuner, från 1 till 13 procent.

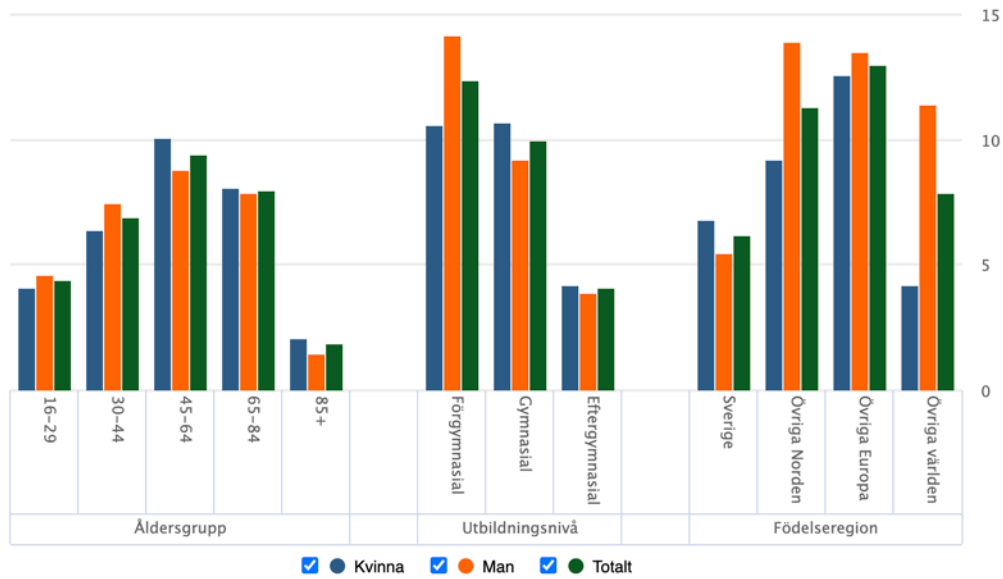
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel dagligrökare, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	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
	2019	9	9,2	9,1
	<b>2022</b>	<b>7,9</b>	<b>7,7</b>	<b>7,8</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	6	5,2	5,6
	Skåne	7,3	7,2	7,2

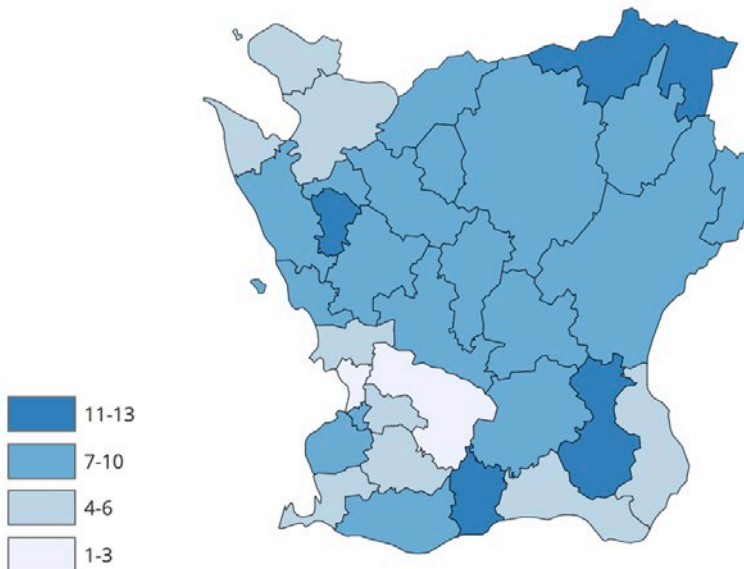
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel dagligrökare, %



## Geografiska skillnader

Andel dagligrökare, %



## Snusar dagligen (tobak- eller nikotinsnus)

Drygt 1 av 10 (11 procent) (16+ år) uppgav att de snusar tobaks- eller nikotinsnus dagligen. Motsvarande rikssnitt ligger på 13 procent. Det finns en tydlig skillnad mellan män och kvinnor, med högre andelar för män (17 procent jämfört med 5 procent). Andelen som uppgett att de snusar dagligen har ökat något för både kvinnor och män jämfört med föregående mätning år 2019. Sett till åldersgrupper är dagligt snusbruk lägre i åldersgrupperna från

65 år och uppåt, jämfört med de under 65 år. Bland männen rapporterar till exempel 17–20 procent dagligt snusbruk i åldersgrupperna till och med 64 år, medan 12 procent i åldern 65–84 år och knappt 3 procent i åldern 85+ år gör detsamma. Även för kvinnor ses ett sådant mönster, men här sticker även de yngsta kvinnorna (16–29 år) ut med högre andelar än samtliga övriga åldersgrupper (9 procent jämfört med 0,2–5 procent).

Sett till socioekonomiska mått är dagligt snusbruk bland män vanligare i gruppen med gymnasieutbildning jämfört med grupperna med kortare eller längre utbildning (22 procent jämfört med 14–15 procent). För kvinnorna däremot ligger gruppen med eftergymnasial utbildning på samma nivå som gruppen med gymnasieutbildning (5 procent), men liksom för männen högre än gruppen med förgymnasial utbildning (2 procent).

Dagligt snusbruk är framför allt förekommande i gruppen födda i Sverige, vilket uppgår till 21 procent av männen, vilket är minst dubbelt så vanligt jämfört med övriga födelseregioner. Även de svenskfödda kvinnorna ligger högre än övriga grupper sett till födelseregion (6 procent jämfört med 1–2 procent).

Variationen avseende dagligt snusbruk ligger mellan 7 och 15 procent sett till Skånes kommuner.

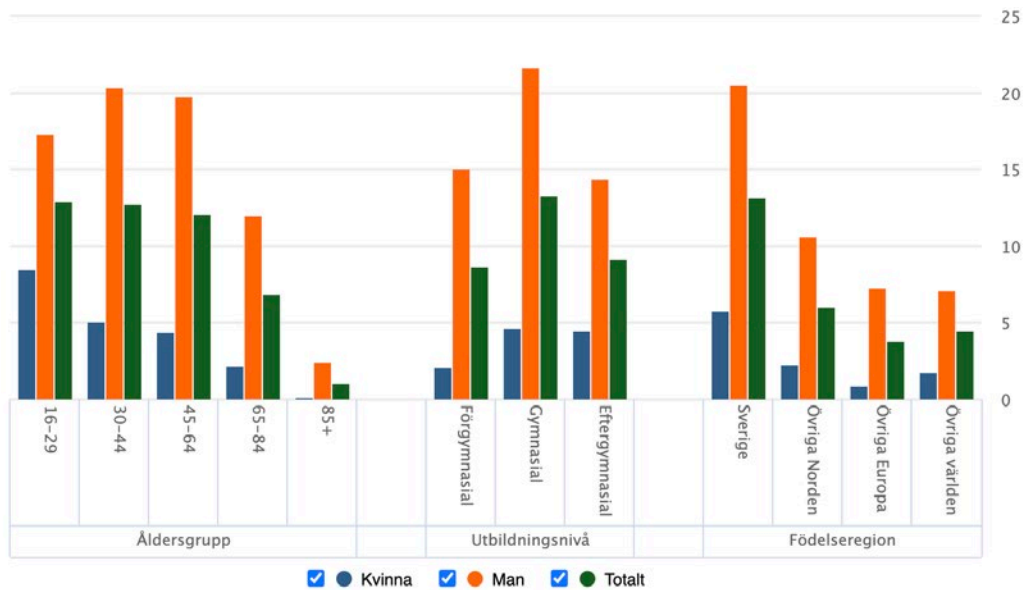
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som snusar dagligen, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	2,2	19,2	10,7
	2008	2,2	17,2	9,7
	2012	2,6	17,1	9,8
	2019	2,9	16,7	9,8
	<b>2022</b>	<b>5</b>	<b>18,2</b>	<b>11,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	6,8	19,7	13,3
	Skåne	4,6	17,3	10,9

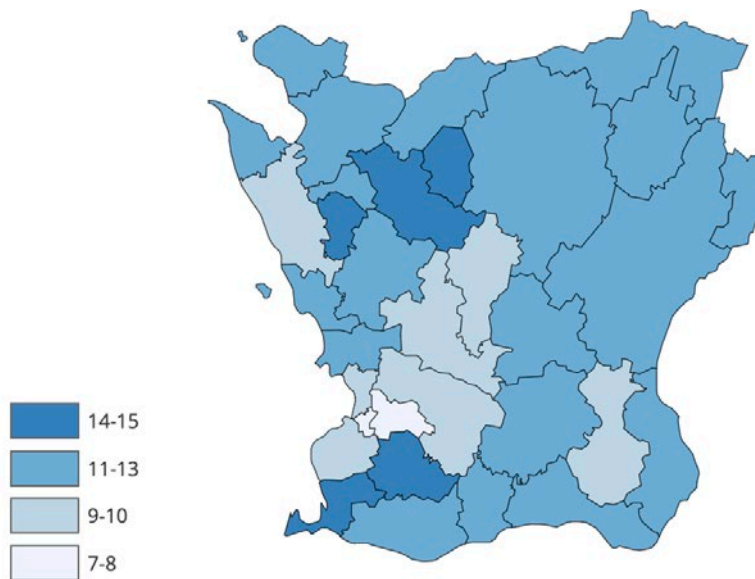
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som snusar dagligen, %



## Geografiska skillnader

Andel som snusar dagligen, %



## Använder tobakssnus dagligen

Ovan redovisades dagligt snusbruk som inkluderar snus oavsett typ (tobaks- eller nikotinsnus). Kommande avsnitt avser tobakssnus och nikotinsnus var för sig. Vad gäller tobakssnus uppgår totalt 9 procent (16+ år) sådant bruk dagligen. Motsvarande rikssnitt ligger på 11 procent. För dagligt bruk av tobakssnus skiljer sig förekomsten mellan män och kvinnor med betydligt högre andelar för män (15 jämfört med knappt 3 procent). Både för män och

kvinnor är daglig tobakssnusning vanligast i åldersgrupperna mellan 30–64 år. För männen i detta åldersspann uppgav exempelvis 18–19 procent dagligt bruk, vilket kan jämföras med den yngsta (16–29 år) och näst äldsta åldersgruppen (65–84 år) där andelarna uppgick till 13 respektive 11 procent. Allra lägst återfinns den äldsta gruppen (85+ år) på knappt 3 procent.

Sett till utbildningsnivå är dagligt bruk av tobakssnus bland männen vanligare i gruppen med gymnasial utbildning (20 procent) jämfört med grupperna med för- och eftergymnasial utbildning (13–14 procent). För kvinnorna ligger grupperna med gymnasial- och eftergymnasial utbildning båda på 3 procent, medan gruppen med förgymnasial utbildning ligger lägre, på 1,5 procent.

Det som sticker ut sett till födelseregion är att i gruppen födda i Sverige är andelarna högre än övriga, vilket gäller både för kvinnor och män. Exempelvis uppgav närmare 1 av 5 (19 procent) svenskfödda män dagligt bruk, medan 6 procent utomnordiskt födda män gjorde detsamma.

Det tycks dubbel så vanligt att bruka tobakssnus dagligen i de skånska kommuner med högst andelar (13 procent) jämfört med de med lägst andelar (6 procent).

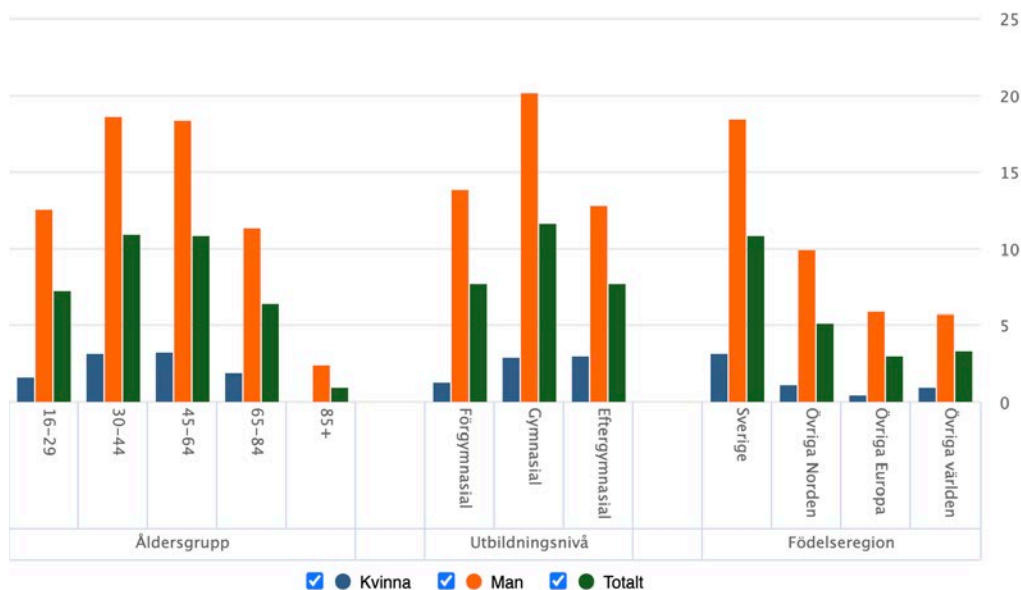
### Jämförelse mot riket

Andel som använder tobakssnus dagligen, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	4	18,1	11,1
	Skåne	2,5	15,4	8,9

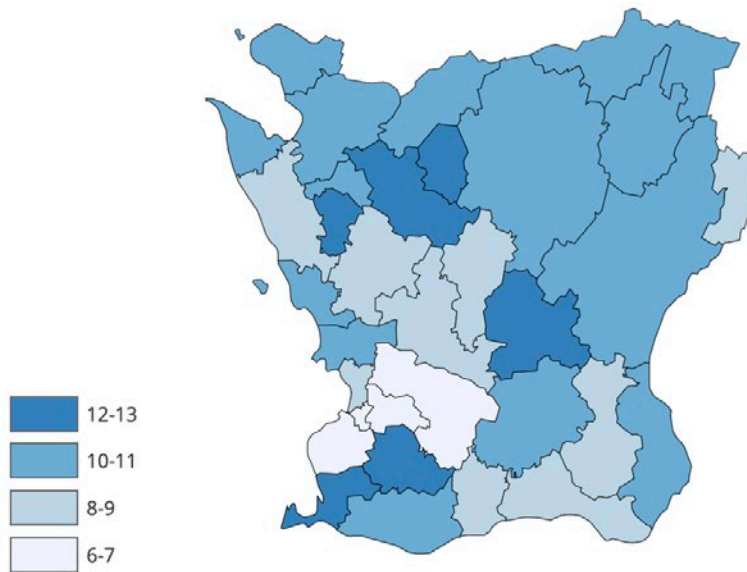
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som använder tobakssnus dagligen, %



## Geografiska skillnader

Andel som använder tobakssnus dagligen, %



## Använder nikotinsnus dagligen

Totalt sett är andelen som använder nikotinsnus dagligen lägre än dagligt bruk av tobakssnus och uppgår till knappt 3 procent år 2022 (vilket också motsvarar rikssnittet). Den tydliga könsskillnaden som ses för dagligt bruk av tobakssnus ses inte för motsvarande bruk av nikotinsnus som för kvinnor uppgår till 2,4 procent och för männen till 2,6 procent (16+ år). Vidare tycks dagligt bruk av nikotinsnus vanligast i den yngsta åldersgruppen 16–29 år. Detta gäller både för kvinnor och män som uppgår till 7 respektive 6 procent, vilket kan jämföras med övriga åldersgrupper som ligger mellan 0,2 och 2,1 procent (kvinnor) och 0,1 och 2,5 procent (män).

Sett till socioekonomiska grupper ses för kvinnorna en något lägre andel för gruppen med förgymnasial utbildning (0,9 procent) jämfört med övriga utbildningsgrupper (1,8–1,9 procent). För kvinnorna ses även högre andelar i gruppen födda i Sverige (3 procent) än grupperna födda i övriga födelseregioner (0,4–1,3 procent).

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

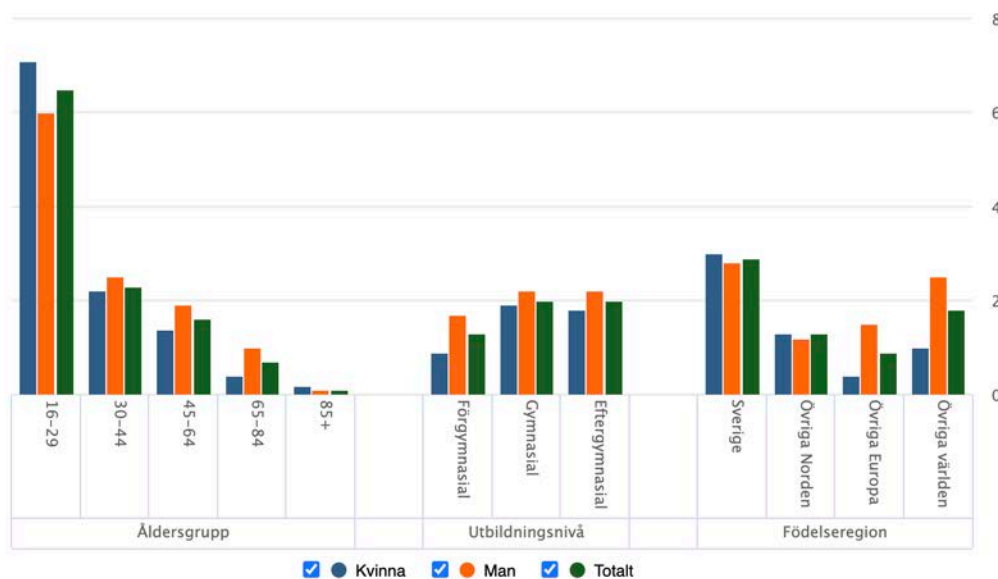
### Jämförelse mot riket

Andel som använder nikotinsnus dagligen, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	3	2,3	2,6
	Skåne	2,4	2,6	2,5

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som använder nikotinssnus dagligen, %



## Använder e-cigarett dagligen eller ibland (med nikotin)

Färre än 2 procent av skåningarna (16+ år) uppgav att de använder e-cigarett med nikotin dagligen eller ibland enligt de aktuella resultaten år 2022, vilket också är i linje med andelen från föregående mätning år 2019. Sett till åldersgrupperna är det något högre andelar i åldersgrupperna mellan 16–44 år som rapporterar sådant bruk bland männen (2–4 procent) jämfört med övriga åldersgrupper (<1 procent). För kvinnorna uppgår den yngsta gruppen (16–29 år) till högre andelar än övriga åldersgrupper (5 procent jämfört med 0,2–1,5 procent). Sett till socioekonomiska grupper ses en något lägre andel för gruppen med eftergymnasial utbildning (0,8 procent) än övriga utbildningsgrupper (1,5 respektive 1,9 procent) totalt sett. För männen ses vidare en viss skillnad mellan gruppen svenskfödda (1,4 procent) och gruppen utomeuropeiskt födda (3,5 procent).

Geografiska skillnader visas inte för e-cigarett på grund av för små andelar och för små skillnader mellan kommunerna.



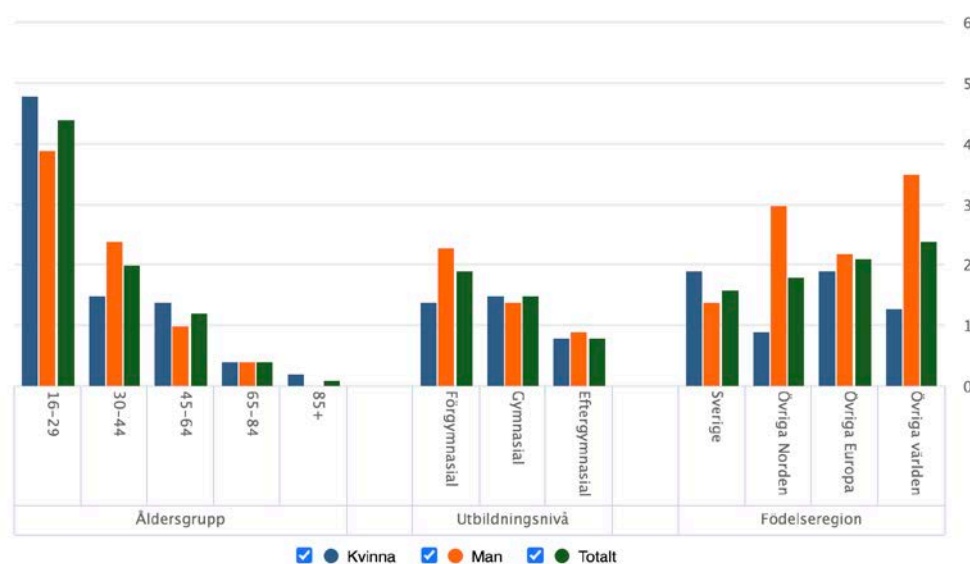
## Jämförelse över tid och mot riket

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

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	1,7	2,4	2,1
	<b>2022</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	1,6	1,3	1,5
	Skåne	1,8	1,8	1,8

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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



## Använt cannabis någon gång

Cannabis är den vanligast förekommande illegala drogen både i Sverige och globalt och utgörs främst av hasch och marijuana (15). Resultaten år 2022 visar att totalt 15 procent använt cannabis någon gång. Motsvarande rikssnitt ligger på 14 procent. Andelarna ligger högre för män (20 procent) än kvinnor (11 procent). Under perioden år 2000–2012 sågs en ökning av andel som uppgav att de använt cannabis någon gång, en uppgång om 7 procentenheter för män och 5 procentenheter för kvinnor. År 2019 sjönk andelarna något, medan de år 2022 åter ligger i nivå med resultaten år 2012.

Sett till åldersgrupper ses högst andelar för männen i åldern 30–44 år där 35 procent uppgav att de använt cannabis någon gång. Dessa följs av gruppen 16–29 år på 24 procent och vidare gruppen 45–64 år på 15 procent, medan det var mer ovanligt i gruppen 65–84 år

(6 procent) och obefintligt i gruppen 85+ år. För kvinnorna ligger de två yngsta grupperna (16–29 år och 30–44 år) mer jämnt på 18–20 procent. Därefter ses liksom för männen lägre andelar i de äldre åldersgrupperna med 8 procent i åldern 45–64 år, 2 procent i åldern 65–84 år och obefintliga andelar i gruppen 85+ år.

Resultaten pekar också mot skillnader mellan socioekonomiska grupper, med högre andelar ju längre utbildning. I gruppen med förgymnasial utbildning uppgav 8 procent att de använt cannabis, följt av gruppen med gymnasieutbildning på 12 procent, medan gruppen med eftergymnasial utbildning ligger allra högst på 21 procent. Mönstret syns för både kvinnor och män separat. Vidare tycks andelarna totalt sett vara högre för gruppen födda i Sverige (17 procent) jämfört med grupperna födda utanför Norden (10–13 procent). I stort gäller motsvarande för män och kvinnor separat.

I majoriteten skånska kommunerna uppgår andelen som uppgett att de använt cannabis någon gång till någonstans runt 10–15 procent. Ett par kommuner sticker ut med högre andelar (22 procent) och en betydligt lägre på knappt 5 procent.

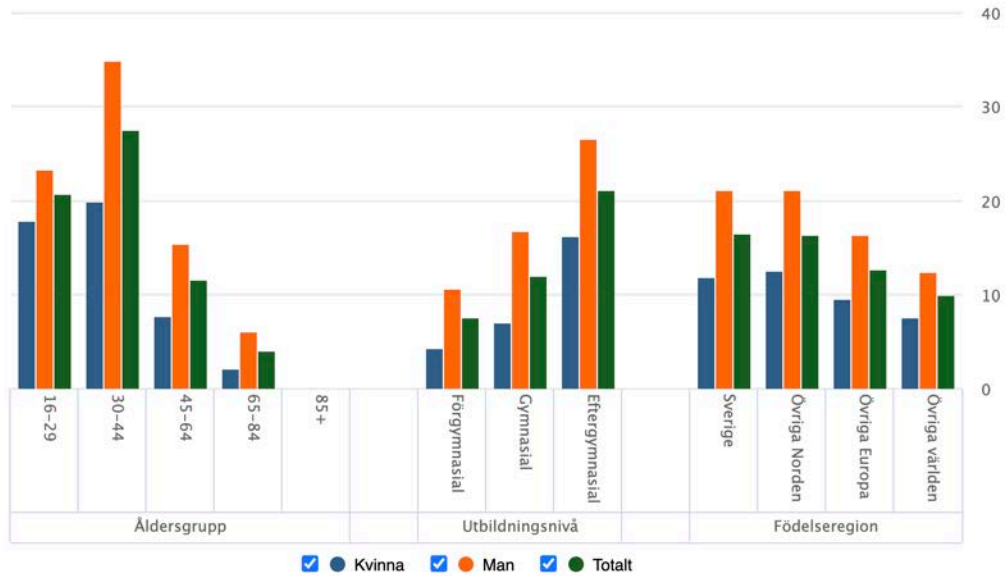
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som använt cannabis någon gång, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	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
	2019	10,2	18	14,1
	<b>2022</b>	<b>12,1</b>	<b>21,1</b>	<b>16,6</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	9,7	18,1	13,9
	Skåne	11,1	19,6	15,3

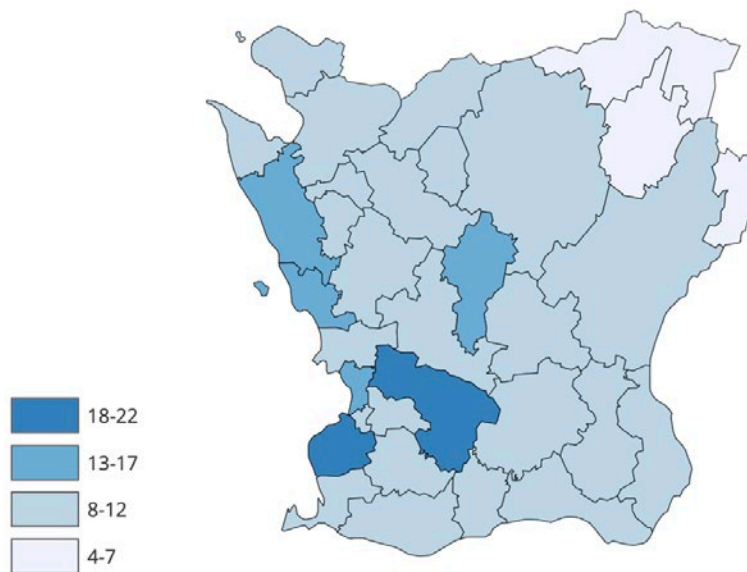
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som använt cannabis någon gång, %



## Geografiska skillnader

Andel som använt cannabis någon gång, %



## Använt narkotikaklassificerade läkemedel någon gång

Totalt 5 procent (16+ år) uppgav vid den aktuella mätningen att de någon gång använt narkotikaklassificerade läkemedel på annat sätt än läkare har förskrivit (utan läkares förskrivning, oftare än vad läkare förskrivit eller större mängd än vad läkare förskrivit). Andelen är någon procentenhet högre för män än kvinnor. För kvinnor ses en liten positiv utveckling

med en något lägre andel år 2022 än år 2019. Vid jämförelser mellan åldersgrupper ligger männen i åldersgruppen 30–44 år högre jämfört med män i övriga åldersgrupper (9 procent jämfört med 2–5 procent).

Andelen som brukat narkotikaklassificerade läkemedel enligt ovan beskrivning tycks något mer vanligt i grupper med förgymnasial- och gymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (6–7 procent jämfört med 4 procent) totalt sett, men motsvarande ses även för män och kvinnor separat.

Viss skillnad föreligger även mellan födelseregioner. Exempelvis ses något högre andelar i gruppen män födda i Sverige (6 procent) jämfört med utanför Norden (4 procent).

Spannet mellan de skånska kommunerna ligger mellan 1,5 och 10 procent.

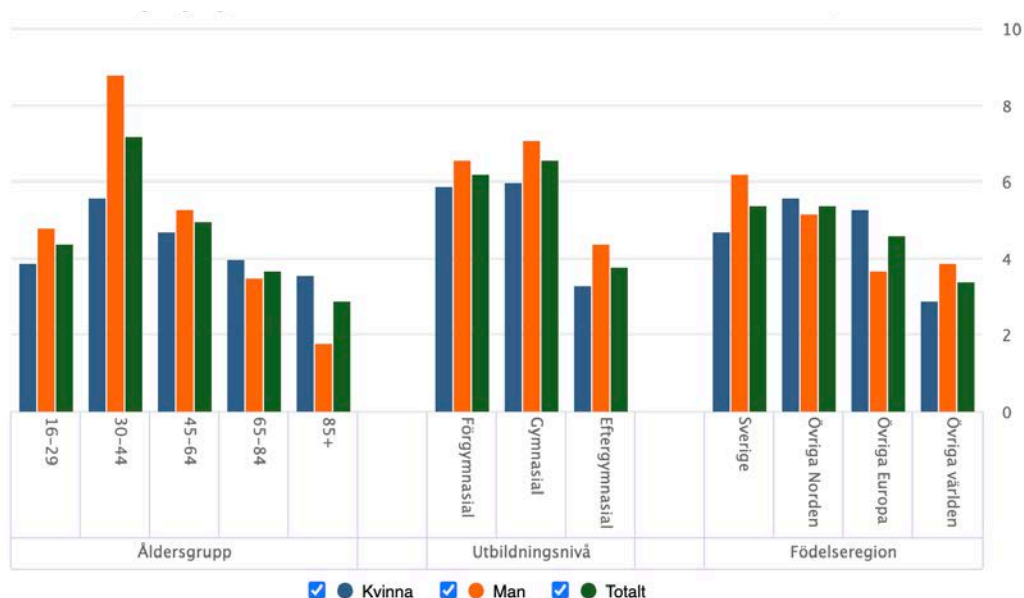
### Jämförelse över tid och mot riket

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

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	5,7	6,7	6,2
	<b>2022</b>	<b>4,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,3</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	3,3	4,5	3,9
	Skåne	4,6	5,6	5,1

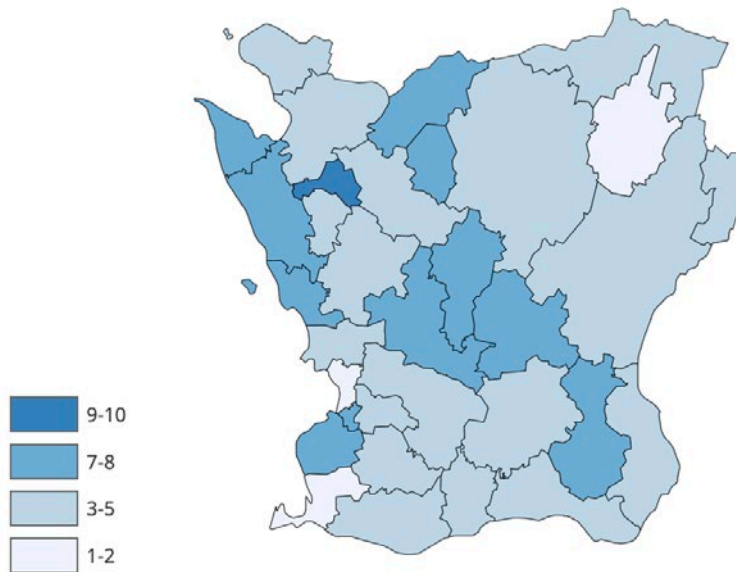
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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



### Geografiska skillnader

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



## Risikonsumtion av alkohol

Risikonsumtion av alkohol beräknas i denna rapport 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 det senaste året och härstammar från screeningtestet Alcohol Use Disorder Identification (AUDIT) (22, 23).

Knappt 14 procent (16+ år) uppnår kriterierna för ett riskbruk enligt ovan definition i aktuell undersökning. Motsvarande rikssnitt ligger på 15 procent. Riskbruk är vanligare bland män än kvinnor (16 respektive 11 procent). Men medan trenden ser ut att peka mot en viss minskning bland männen över tid, så också mellan de två senaste mätningarna år 2019 och 2022, ligger kvinnorna mer stabilt. Sett till skillnader mellan åldersgrupper vid den aktuella mätningen ses för männen högst andelar i grupperna 16–29 år respektive 45–64 år på 19 procent, följt av grupperna 30–44 år och 65–84 år på 12–13 procent, medan de allra äldsta återfinns på 5 procent. För kvinnorna ligger i stället de yngsta, 16–29 år ensamt högst på 20 procent, följt av gruppen 45–64 år på 12 procent. I övrigt följer kvinnorna samma mönster som männen.

Andelen med riskbruk av alkohol är högre i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning (13–14 procent) jämfört med gruppen med förgymnasial utbildning (9 procent). Motsvarande mönster ses både för kvinnor och män separat. Generellt tycks riskbruket dessutom mer utbrett i grupperna födda i Norden jämfört med grupperna utomnordiskt födda. Bland de svenskfödda männen exempelvis, uppgav närmare 1 av 5 (18 procent) att de har ett riskbruk, medan andelen i gruppen utomeuropeiskt födda ligger på knappt 5 procent.

Sett till skånska kommuner ses en variation mellan 7 och 18 procent för andel som uppnår kriterierna för riskbruk av alkohol.

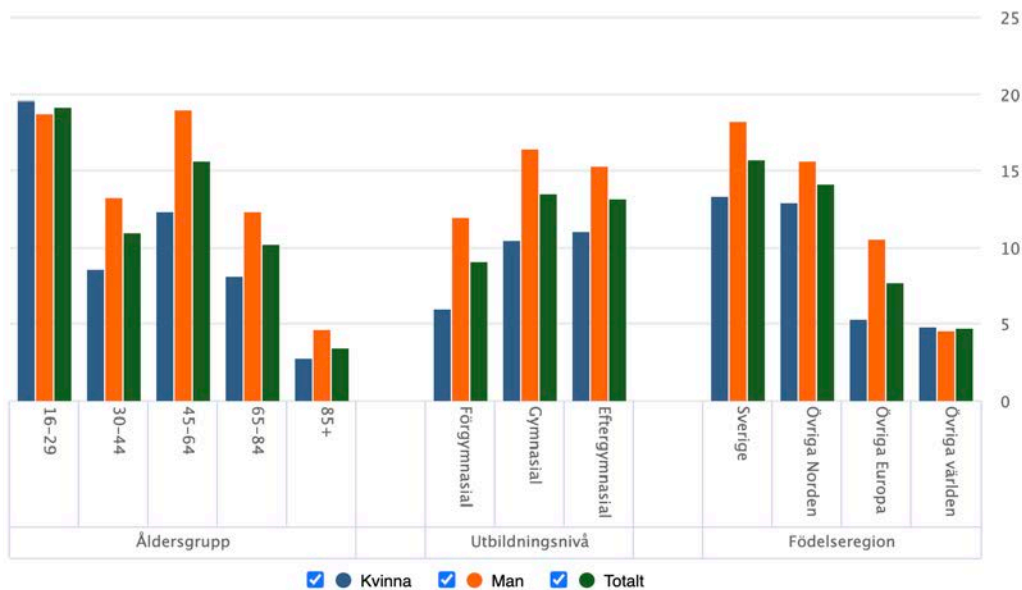
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel riskkonsumenter av alkohol, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	13,4	21,9	17,6
	2008	13,9	21,4	17,6
	2012	13,3	19,3	16,3
	2019	12,4	18	15,2
	<b>2022</b>	<b>12,3</b>	<b>16,6</b>	<b>14,4</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	12,9	17,2	15,1
	Skåne	11,4	15,7	13,5

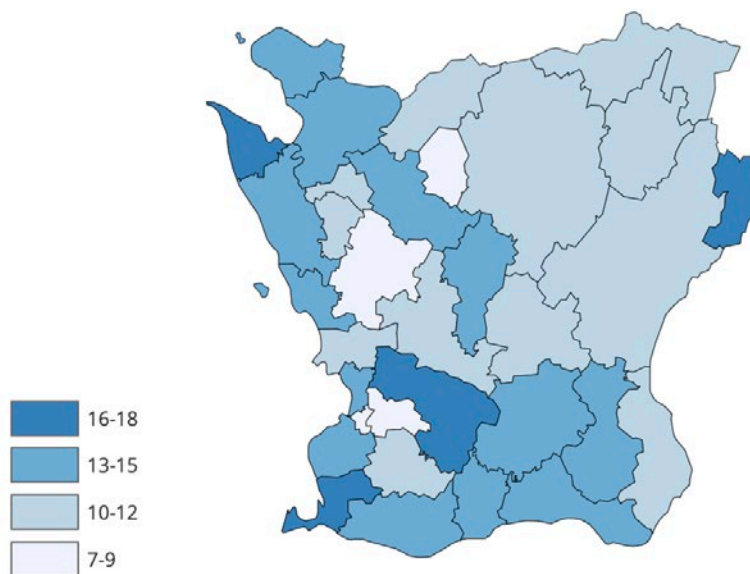
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel riskkonsumenter av alkohol, %



## Geografiska skillnader

Andel riskkonsumenter av alkohol, %



## Riskabelt spelande om pengar

Frågorna för att beräkna riskabelt spelande om pengar utgörs av två delar. Båda delarna efterfrågar hur individens spelvanor varit det senaste året. I den första delen undersöks om spel om pengar förekommit och avser både köp av lotter och att ha satsat pengar på spel. De som svarat jakande ombeds svara på fyra frågor relaterat till spelandet, exempelvis om man har spelat för mer än man verkligen haft råd att förlora. Utifrån detta beräknas ett summaindex som indikerar riskabelt spelande.

Av de svarande (16+ år) anses 3 procent uppnå kriterierna för riskabelt spelande om pengar, vilket är i linje med rikssnittet. Det är vanligare att män än kvinnor har ett riskabelt spelande om pengar (5 respektive 2 procent). Möjligen ses en liten ökning för kvinnorna år 2022 jämfört med år 2019, men det handlar om små tal.

Riskabelt spelande om pengar tycks något mer förekommande i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (4 procent jämfört med 2 procent totalt sett). Motsvarande socioekonomiska skillnader ses för kvinnor och män separat. Viss skillnad förefaller även förekomma mellan födelseregioner, med något högre andelar med riskabelt spelande för grupperna utomnordiskt födda jämfört med grupperna födda i Norden (inklusive Sverige). Exempelvis uppgav 9 procent i gruppen utomeuropeiskt födda män ett riskabelt spelande, medan 3–4 procent i grupperna födda i Norden (inklusive Sverige) gjorde detsamma.

Geografiska skillnader visas inte för riskabla spelvanor på grund av för små andelar och för små skillnader mellan kommunerna.

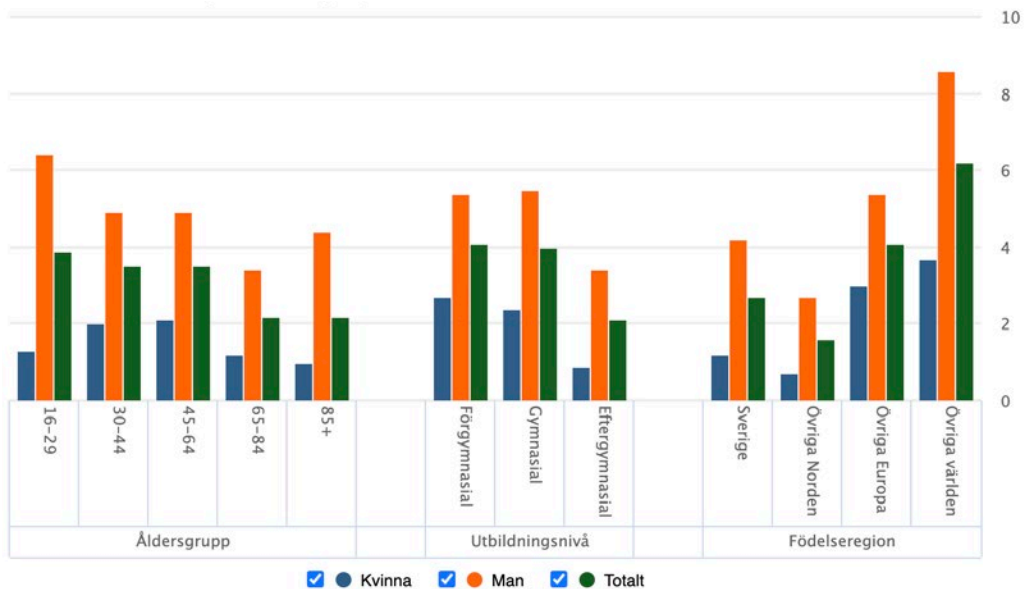
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med riskabelt spelande om pengar, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	5,7	6,7	6,2
	<b>2022</b>	<b>4,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,3</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	3,3	4,5	3,9
	Skåne	4,6	5,6	5,1

### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

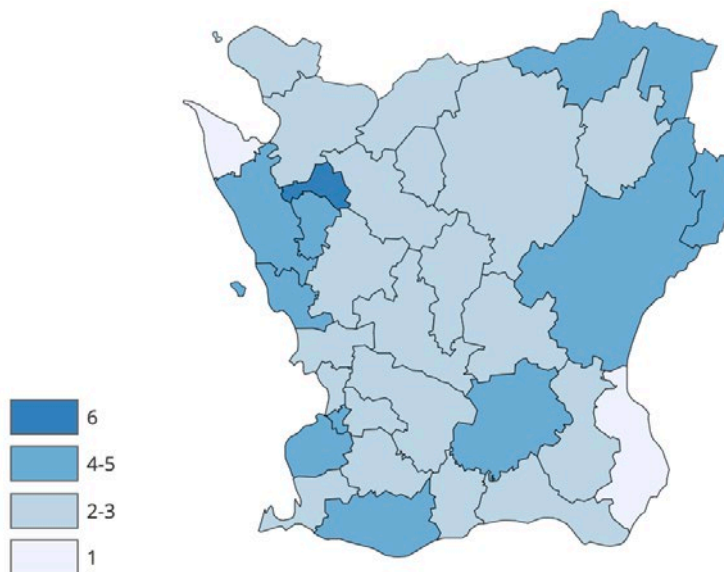
Andel med riskabelt spelande om pengar, %





## Geografiska skillnader

Andel med riskabelt spelande 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. [Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Socialstyrelsen](#) Hämtad 2023-02-03.
2. Mozaffarian D. (2016). Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*, 133(2), 187–225. 1. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018585>
3. Grosso, G., Bella, F., Godos, J., Sciacca, S., Del Rio, D., Ray, S., Galvano, F., & Giovannucci, E. L. (2017). Possible role of diet in cancer: systematic review and multiple meta-analyses of dietary patterns, lifestyle factors, and cancer risk. *Nutrition reviews*, 75(6), 405–419. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux012>
4. Saha, S., Nordstrom, J., Gerdtham, U. G., Mattisson, I., Nilsson, P. M., & Scarborough, P. (2019). Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer Mortality by Achieving Healthy Dietary Goals for the Swedish Population: A Macro-Simulation Modelling Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(5), 890. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050890>
5. World Health Organization (WHO) Physical activity [Internet] [Physical activity \(who.int\)](#) Hämtad 2023-02-03.
6. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour](#) Hämtad 2023-02-03.

7. 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)
8. 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).
9. Folkehelseinstituttet. Helseisikio ved snusbruk. [Health risks from snus use Norwegian Institute of Public Health. Report 2019] versjon 2. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. Rapport 2019. [Helserisiko ved snusbruk \(fhi.no\)](https://www.fhi.no) Hämtad 2023-02-03.
10. Folkhälsomyndigheten. Snus och hälsorisker. [Internet]. [Snus och hälsorisker — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se) Hämtad 2023-02-03.
11. Folkhälsomyndigheten. Nikotinprodukter och hälsorisker [Internet] [Nikotinprodukter och hälsorisker — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se) Hämtad 2023-02-03.
12. World Health Organization (WHO). Alcohol: Harmful use of alcohol [Internet] [Alcohol: Harmful use of alcohol \(who.int\)](https://www.who.int) Hämtad 2023-02-03.
13. Folkhälsomyndigheten. Socioekonomiska skillnader i alkohol, narkotika och tobak – delvis olika mönster för beroende och utsatthet. Folkhälsomyndigheten, 2018. [Socioekonomiska skillnader i alkohol, narkotika och tobak \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se) Hämtad 2023-02-03.
14. Ramstedt M [red]. Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturoversikt. CAN rapport 185, 2019. [Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? - CAN](https://www.can.se) Hämtad 2023-02-03.
15. Folkhälsomyndigheten. Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2020. [Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se) Hämtad 2023-02-03.
16. 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>
17. 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. 1. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.034>
18. Folkhälsomyndigheten. Spel om pengar är en folkhälsofråga. Folkhälsomyndigheten, 2020. Artikelnummer: 20040. [Spel om pengar är en folkhälsofråga. Kunskapsstöd för att förebygga spelproblem. \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se) Hämtad 2023-02-03.

19. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling- årsrapport 2022. [Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
20. Livsmedelsverket. Frukt, grönsaker och baljväxter. [Internet]. [Livsmedelsverket, 2022 Frukt, bär, grönt och baljväxter \(livsmedelsverket.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
21. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande. [Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande – Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
22. 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>
23. 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>



# Sociala relationer

Sociala relationer har stor betydelse för människors hälsa och välmående (1-4). Sociala relationer är dock ett paraplybegrepp vilket inrymmer olika aspekter. Dessa kan beskrivas utifrån strukturella, funktionella och kvalitativa relationer. De strukturella relationerna är ofta kvantitativa mått som återspeglar det sociala nätverket: hur många relationer man har, om man är gift, hur ofta man träffar vänner och bekanta etc. De funktionella relationerna avser upplevelsen att ha tillgång till både praktiskt och emotionellt stöd, eller dess motsats, känslan av ensamhet. Kvalitativa relationer avser just kvalitén på relationerna, de positiva eller negativa aspekterna som medföljer (2, 3).

Socialt kapital är ett annat centralt begrepp inom folkhälsa, vilket handlar om socialt deltagande och tillit. Ett högt 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 (5). Studier har visat att det finns samband mellan socialt kapital och hälsa, såsom självskattad hälsa (6, 7), hälsorelaterade levnadsvanor (8-10) och mental hälsa (11, 12), medan ensamhet och social isolering utgör riskfaktorer för såväl sjukdom som dödlighet (13-15).

I det här kapitlet presenteras resultat för fem olika frågor som mäter olika aspekter av sociala relationer och socialt kapital: avsaknad av emotionellt stöd (har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?), avsaknad av praktiskt stöd (kan du få hjälp av någon eller några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?), avsaknad av tillit (tycker du att man in allmänhet kan lita på de flesta människor?), besvär av ensamhet och isolering (upplever du besvär av ensamhet och isolering?), samt lågt socialt deltagande (har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna, flera alternativ).

## Praktiskt stöd

För praktiskt 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; nej, aldrig. De två sistnämnda kategoriserades som saknad av praktiskt stöd.

I Folkhälsoenkät Skåne 2022 var det 6,5 procent som uppgav att de saknade praktiskt stöd, vilket var en procentenhet lägre än i undersökningen från år 2019. Fler män än kvinnor saknade praktiskt stöd, en skillnad på cirka två procentenheter. Sett till åldersgrupper var det små skillnader mellan dem där samtliga låg mellan 5–7 procent. För utbildningsgrupperna syns en högre avsaknad av praktiskt stöd för de med lägre utbildning. För de med förgymnasial utbildning uppgav 9 procent avsaknad av stöd medan motsvarande siffra för de med gymnasial samt eftergymnasial utbildning var 7 respektive 5 procent. Störst skillnad återfanns 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, 17 procent jämfört med 4 procent.

De kommunala skillnaderna låg som högst på 8 procentenheter mellan de med högst och lägst avsaknad av praktiskt stöd. För Skåne totalt sätt sågs ingen större skillnad mot övriga riket, båda låg på cirka 6 procent.

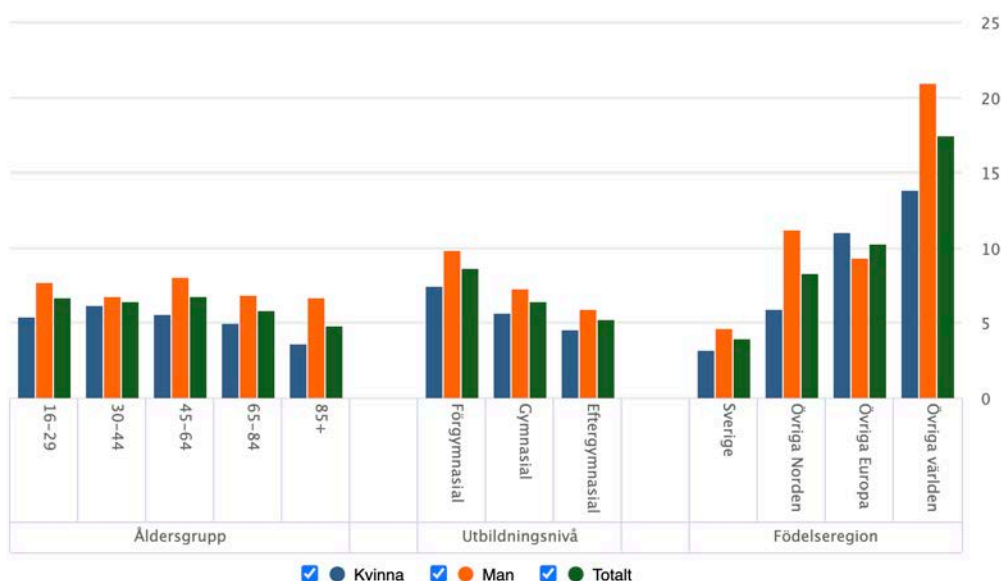
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som saknar praktiskt stöd, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	5,9	8,8	7,4
	<b>2022</b>	<b>5,6</b>	<b>7,4</b>	<b>6,5</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	4,4	7,2	5,9
	Skåne	5,5	7,4	6,4

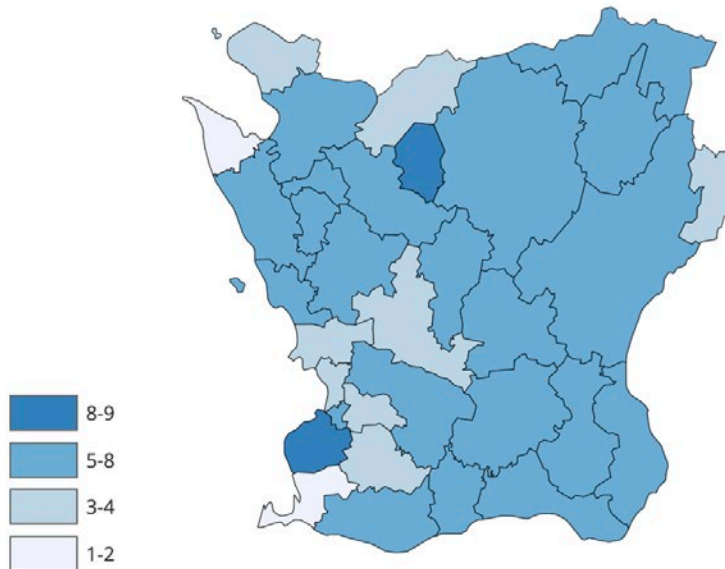
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som saknar praktiskt stöd, %



## Geografiska skillnader

Andel som saknar praktiskt stöd, %



## Emotionellt stöd

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

Avsaknaden av emotionellt stöd i Folkhälsoenkät Skåne 2022 var oförändrad i jämförelse med undersökningen från år 2019, 14 procent. Avsaknaden av emotionellt stöd var därav högre än avsaknaden av praktiskt stöd. Det var vanligare bland män än kvinnor att sakna emotionellt stöd, 16 procent jämfört med 11 procent. Viss skillnad mellan åldersgrupperna kunde urskiljas då 19 procent i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) uppgav att saknade emotionellt stöd medan motsvarande siffra i gruppen 65–84 år var 11 procent. I övrigt var det ingen större skillnad eller framträdande trend mellan åldersgrupperna. För de olika utbildningsgrupperna var trenden densamma som för praktiskt stöd, en kortare utbildningsnivå åtföljdes av högre avsaknad emotionellt stöd. För de med förgymnasial utbildning saknade 16 procent emotionellt stöd medan motsvarande siffra för de med gymnasial samt eftergymnasial var 14 respektive 11 procent. Den största skillnaden återfanns mellan födelseregionerna. I gruppen födda i övriga världen var det 24 procent som uppgav att de saknade emotionellt stöd, för de födda i Sverige eller övriga Norden var motsvarande siffra 12 procent.

Skillnaderna mellan kommunen med lägst och högst saknad av emotionellt stöd var 9 procentenheter men det förelåg ingen nämnvärd skillnad mellan Skåne och övriga riket (14 respektive 13 procent).

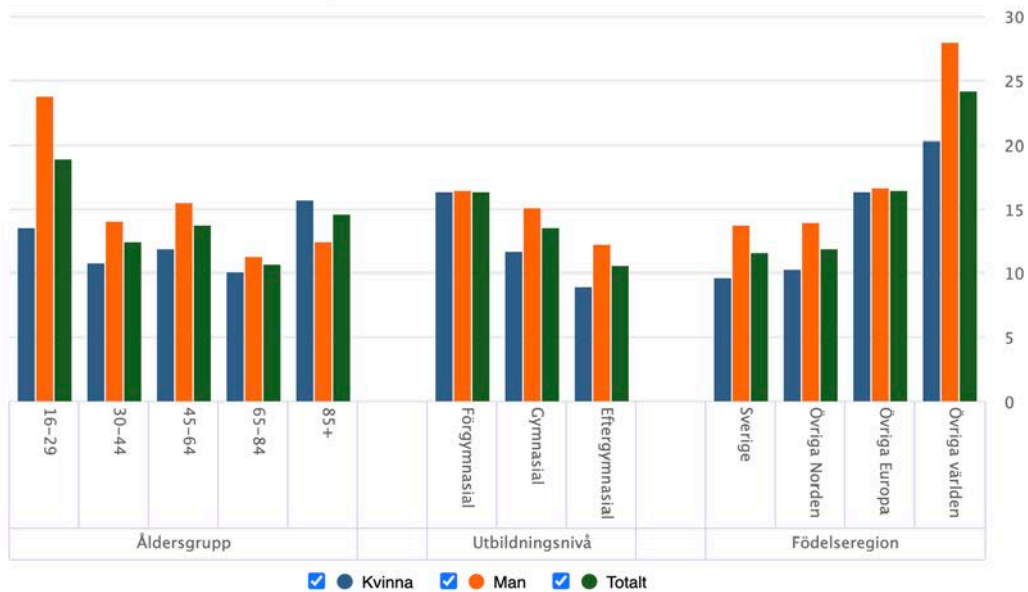
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som saknar emotionellt stöd, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	11,1	16,1	13,6
	<b>2022</b>	<b>11,4</b>	<b>15,8</b>	<b>13,6</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	9,8	16,6	13,2
	Skåne	11,8	15,9	13,8

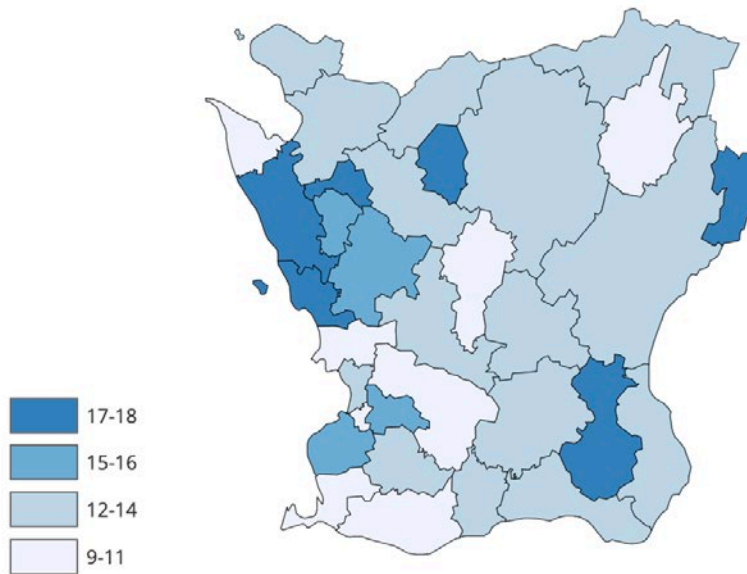
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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? 12 olika aktiviteter listades, varav den svarande kunde kryssa i flera alternativ. Svarande som angav max en aktivitet ansågs ha lågt socialt deltagande.

I Folkhälsoenkät Skåne 2022 var det 28 procent som hade lågt socialt deltagande. Det förekom nästan ingen skillnad mellan män och kvinnor. Den mest påtagliga skillnaden återfanns mellan åldersgrupperna där ett lågt socialt deltagande var nästan fyra gånger så vanligt i den äldsta åldersgruppen (85+) jämfört med den yngsta åldersgruppen (16-29 år). Även utbildningsgrupperna visade på stora skillnader då 59 procent av de med förgymnasial utbildning angav ett lågt socialt deltagande, motsvarande siffra för de med eftergymnasial utbildning var 18 procent. För grupper baserat på födelse land var skillnaden minst men ändå tydlig. För de som var födda i övriga värden var andelen högre än för övriga födelse länder, 38 procent, och som lägst för Sverige som födelse land med 28 procent.

Kommunjämförelser visade att det förelåg en skillnad på nästan 20 procentenheter mellan den kommunen med högst och lägst värde av lågt socialt deltagande.

Av listan på sociala aktiviteter var det mest frekvent förekommande svaret ”privat fest” (60 procent) följt av ”teater eller bio” (38 procent) samt ”följt sociala nätverkssajter på internet” (37 procent).



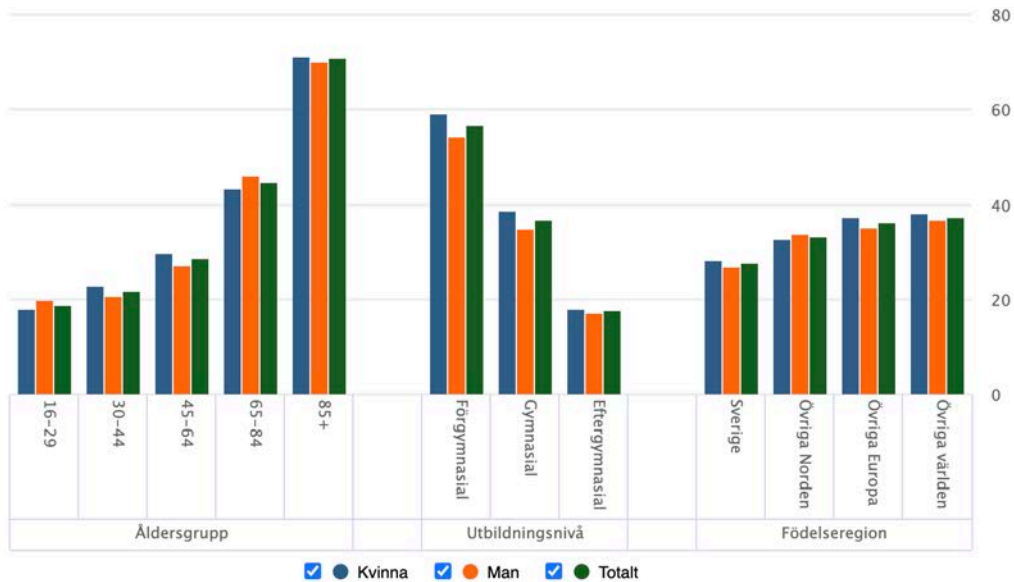
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med lågt socialt deltagande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	15,4	17,5	16,5
	<b>2022</b>	<b>28,3</b>	<b>27,5</b>	<b>27,9</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	31,3	30	30,6
	Skåne	30,8	29,3	30

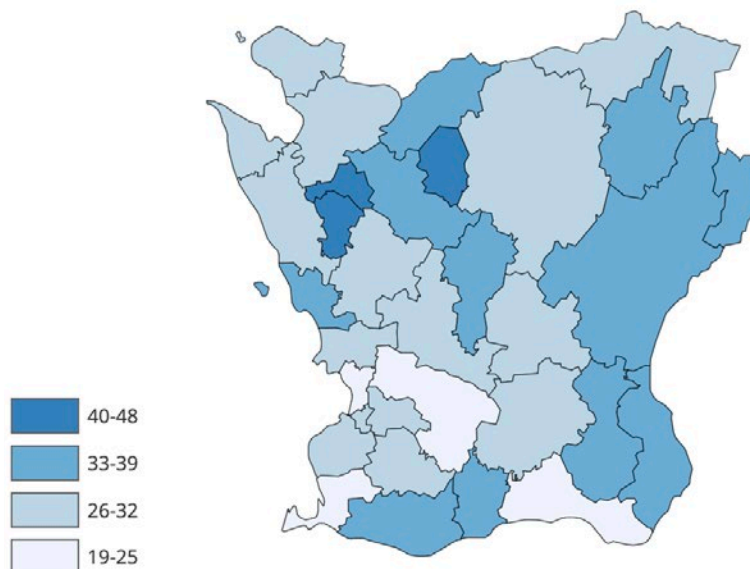
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lågt socialt deltagande, %



## Geografiska skillnader

Andel med lågt socialt deltagande, %



## Tillit

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

I Folkhälsoenkät Skåne 2022 var det 33 procent som uppgav att de hade svårt att lita på andra och det syntes ingen skillnad mellan män och kvinnor.

Det är dock en tydlig skillnad mellan åldersgrupper där drygt hälften (49 procent) av alla 16–29-åringar uppger att de har svårt att lita på andra. Den siffran blir lägre med stigande ålder och är lägst i den äldsta åldersgruppen (85+) med 22 procent. Det är en tydlig skillnad mellan utbildningsgrupperna där de med förgymnasial och gymnasial utbildning anger en högre siffra än de med eftergymnasial utbildning, 35–36 procent i jämförelse med 22 procent. Det är också en påtaglig skillnad mellan födelseregionerna. Drygt hälften (49 procent) av de som var födda i övriga värden, och 42 procent av de som var födda i övriga Europa, uppgav att de hade svårt att lita på andra. Lägst siffra återfanns bland de födda i övriga Norden, 25 procent, medan siffran för de födda i Sverige var något högre med 29 procent.

Skillnader mellan Skånes kommuner förekommer, skillnaden mellan den högsta och lägsta kommunen låg på 21 procentenheter. I jämförelse med övriga riket låg Skåne fem procentenheter högre (33 respektive 27 procent).

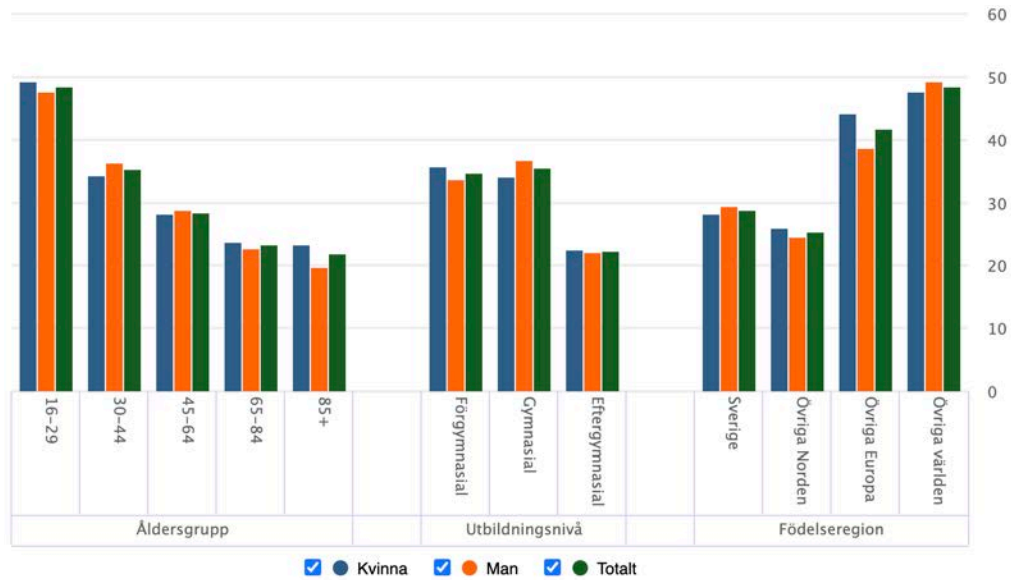
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som har svårt att lita på andra, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	33,6	36,3	34,9
	<b>2022</b>	<b>32,5</b>	<b>33,1</b>	<b>32,8</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	27,3	27,3	27,3
	Skåne	32,5	32,9	32,7

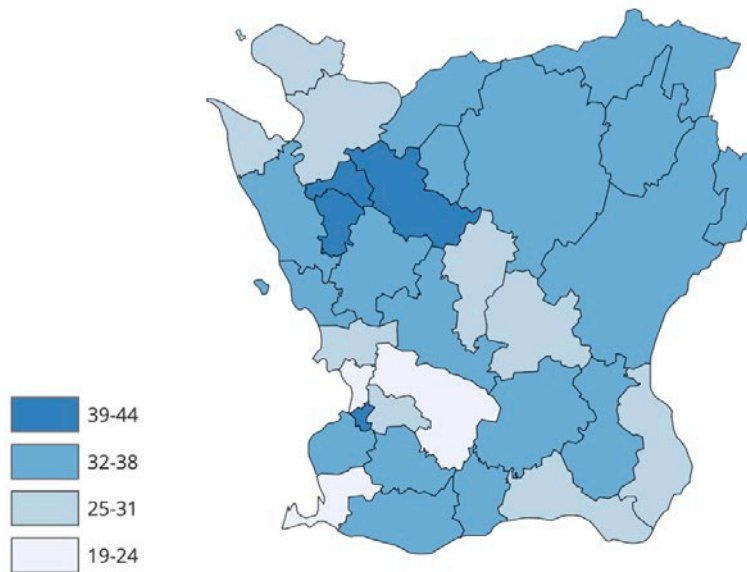
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som har svårt att lita på andra, %



### Geografiska skillnader

Andel som har svårt att lita på andra, %



## Ensamhet och isolering

Frågan om isolering och ensamhet är ny för 2022 och formulerades: Upplever du besvär av ensamhet och isolering? Frågan kunde besvaras med: nej; ja, lätta besvär; ja, svåra besvär. De som svarade jakande kategoriserades som att de upplevde ensamhet och isolering.

För Skåne var det 26 procent som uppgav att de upplevde ensamhet och isolering, vilket var samma siffra som för riket. Det var en högre andel kvinnor än män (29 respektive 24 procent) och en tydlig skillnad mellan olika åldersgrupper. Den yngsta (16–29 år) och den äldsta (85+ år) åldersgruppen upplever mest ensamhet och isolering, 38 respektive 37 procent. I den äldsta åldersgruppen syns dock en betydande åldersskillnad med en nästa dubbelt så hög andel kvinnor än män som uppger ensamhet och isolering. För de övriga tre åldersgrupperna syns en minskad upplevelse av ensamhet och isolering med stigande ålder. För utbildningsgrupperna syntes i stort sett ingen skillnad där 24–26 procent uppgav att de kände ensamhet och isolering. För födelseland återfanns den högsta siffran för de födda i övriga värden (35 procent) och lägst i Sverige och övriga Norden med 24–25 procent.

Skillnader mellan Skånes kommuner förekommer, som mest med 12 procentenheter.

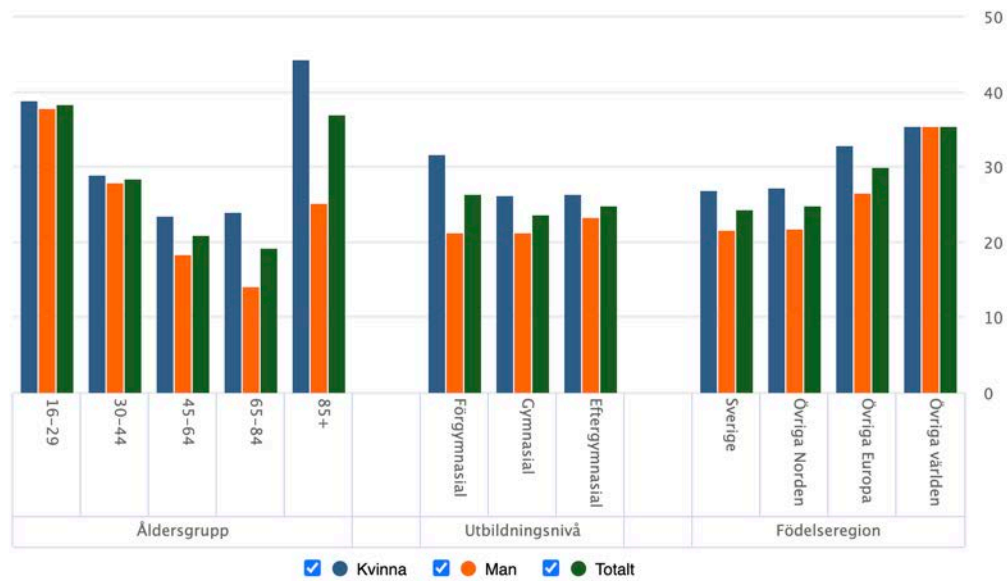
## Jämförelse mot riket

Andel med ensamhet och isolering, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	27,9	24,3	26,1
	Skåne	28,8	24	26,4

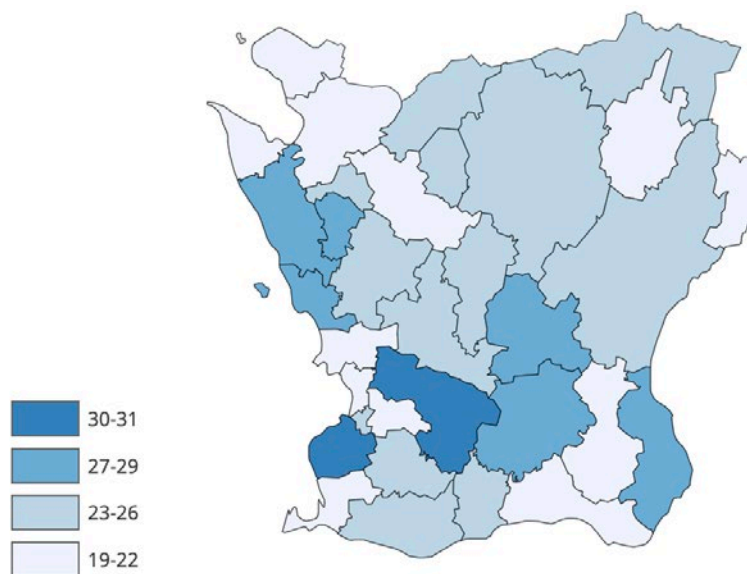
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med ensamhet och isolering, %



## Geografiska skillnader

Andel med ensamhet och isolering, %



## Referenser

---

1. Tay, L., et al., Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. (2013). *Appl Psychol Health Well Being*, 5(1): p. 28-78. [doi.org/10.1111/aphw.12000](https://doi.org/10.1111/aphw.12000)
2. Holt-Lunstad, J., Social Connection as a Public Health Issue: The Evidence and a Systemic Framework for Prioritizing the “Social” in Social Determinants of Health. (2022). *Annu Rev Public Health*, 43: p. 29-30. [doi.org/10.1146/annurev-publ-health-052020-110732](https://doi.org/10.1146/annurev-publ-health-052020-110732)
3. Thelander, K. and M. Kristenson. Sociala relationer och hälsa. Teori och praktik. 2022, Lund: Studentlitteratur.
4. Bowling, A. Measuring health: a review of subjective health, well-being and quality of life measurement scales. 2017: Open University.
5. Pellmer, K., B. Wramner, and H. Wramner, Grundläggande folkhälsovetenskap. 2012: Liber.
6. Kim, D., S.V. Subramanian, and I. Kawachi, Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. (2006). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(2): p. 116-122. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038281>
7. Waverijn, G., et al., A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. (2014). *BMC Public Health*, 14(1): p. 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-675>
8. Ueshima, K., et al., Does social capital promote physical activity? A population-based study in Japan. (2010) *PloS one*, 5(8): p. e12135. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012135>
9. Mohnen, S.M., et al., Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health-a multilevel analysis. (2012). *BMC public health*, 12(1): p. 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-116>
10. Nieminen, T., et al., Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. (2013). *BMC public health*, 13(1): p. 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-613>
11. Forsman, A.K., et al., Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. (2012). *Aging & mental health*, 16(6): p. 771-779. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.667784>
12. Han, K.-M., et al., Social capital, socioeconomic status, and depression in community-living elderly. (2018). *Journal of psychiatric research*, 98: p. 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.002>

13. Valtorta, N.K., et al., Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. (2016). *Heart*, 102(13): p. 1009-1016. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
14. Leigh-Hunt, N., et al., An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. (2017). *Public health*, 152: p. 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
15. Rico-Urbe, L.A., et al., Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. (2018). *PloS one*, 13(1): p. e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>



# Trygghet

Trygghet är ett viktigt mänskligt behov som spelar stor roll för hälsan (1–3) och kan definieras på olika sätt. Exempelvis fokuserar Trygghetskommissionen sin definition på brottsrelaterad otrygghet: ”Säkerhet är individens eller någon närståendes faktiska risk att utsättas för brott och ordningsstörningar. Trygghet är individens upplevelse av sin egen eller närståendes säkerhet” (4), medan Boverket lyfter relationen mellan säkerhet och (o) trygghet och byggd miljö: ”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” (5). Trygghet kan även spegla andra aspekter såsom ekonomisk trygghet (1).

Hot, våld och olika former av kränkningar bidrar till otrygghet och ohälsa (6) och en viktig målsättning för att människor ska känna sig trygga är att de miljöer vi vistas i, såsom bostadsområden och offentliga miljöer inte inger känslor av oro för våld och skador (4).

## Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla

Andelen respondenter (16+ år) som svarade jakande (ja, ibland eller ja, ofta) på frågan: ”Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad” uppgick till 31 procent. Motsvarande rikssnitt ligger strax under på 27 procent. Andelarna är betydligt högre för kvinnor än män (44 jämfört med 18 procent). Jämfört med föregående mätning år 2019 är andelen för kvinnor dock 7 procentenheter lägre år 2022 (avser 18–80 år), medan männen ligger på samma nivå som tidigare.

Vid en jämförelse mellan olika åldersgrupper skiljer sig mönstren mellan kvinnor och män. För kvinnorna återfinns de högsta andelarna i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) som ligger högre än alla övriga åldersgrupper och där över hälften av kvinnorna (56 procent) uppgett att de avstått från att gå ut ensamma. Dessa följs av de två äldsta åldersgrupperna (65–84 år och 85+ år) på 47–48 procent, medan kvinnor 30–44 och 45–64 år ligger ytterligare lägre på 39 procent. För männen är andelarna i stället högst den äldsta gruppen (85+ år) på 28 procent, följt av den näst äldsta gruppen (65–84 år) på 22 procent, medan övriga åldersgrupper (till och med 64 år) uppgår till mellan 15–18 procent.



Vid jämförelser mellan socioekonomiska grupper ses för både kvinnor och män en lägre andel som avstått från att gå ut ensam i gruppen med eftergymnasial utbildning (38 procent för kvinnor och 13 procent för män), jämfört med grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (45–46 procent för kvinnor respektive 21–25 procent för män). För kvinnor visar resultaten även på högre andelar i grupperna födda i Sverige och övriga Europa (exklusive Norden) jämfört med grupperna födda i Norden (exklusive Sverige) och utanför Europa.

Avseende att ha avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad skiljer sig 18 procentenheter mellan den kommunen med högst (38 procent) respektive lägst (20 procent) andelar.

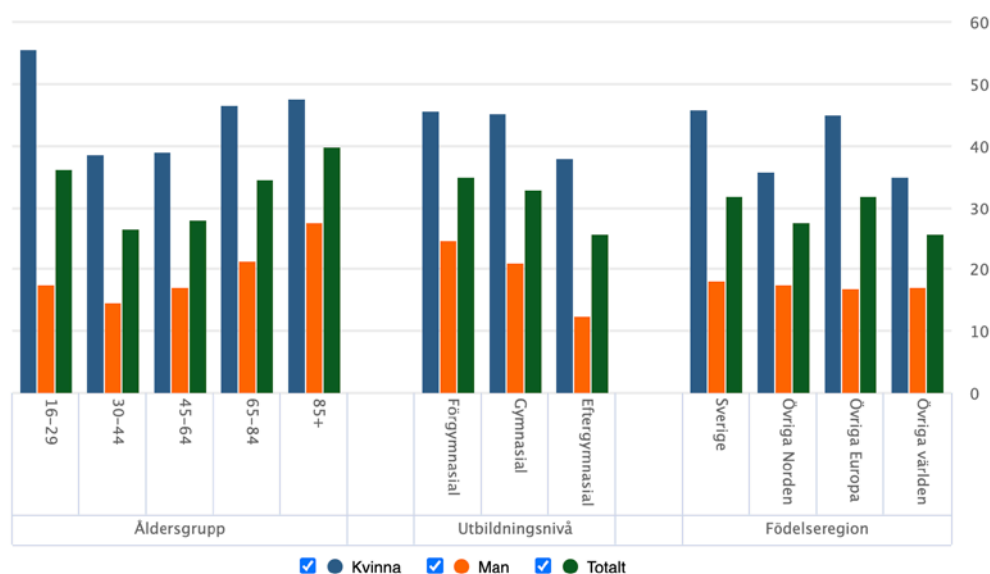
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensamma, %

		Kvinnor, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	50,7	18,3	34,5
	<b>2022</b>	<b>43,6</b>	<b>17,3</b>	<b>30,4</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	40,8	14,1	27,4
	Skåne	44,2	17,9	31,1

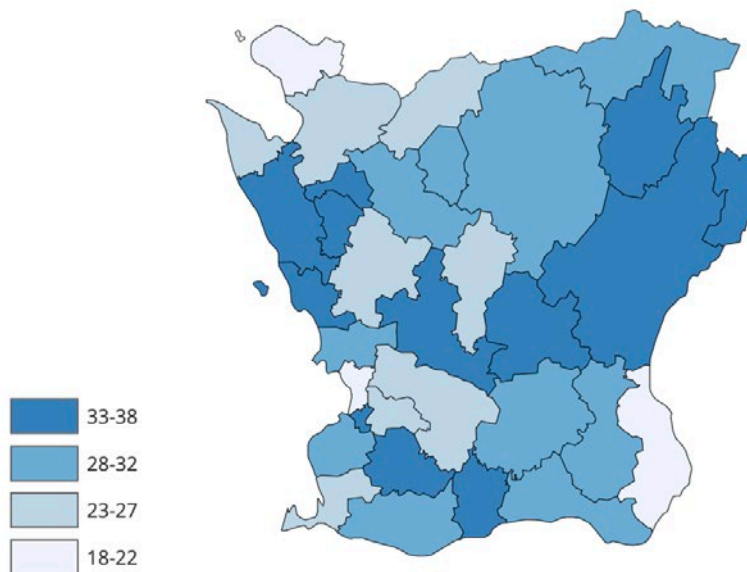
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensamma, %



## Geografiska skillnader

Andel som upplevt rädsla för att gå ut ensam, %



## Kränkande behandling eller bemötande

Nedan visas resultat för respondenter som svarat jakande (ja, någon gång eller ja, flera gånger) på att man under de senaste tre månaderna blivit behandlad eller bemött på ett sätt så att man känt sig kränkt, vilket närmare 1 av 5 (19 procent) (16+ år) uppgav att de gjorde. Vid en jämförelse mellan kvinnor och män, är andelarna högre bland kvinnor (22 jämfört med 15 procent). Över tid ses stegvis lägre andelar för varje mätning mellan åren 2008–2019, vilket gäller både kvinnor och män. Denna sjunkande utveckling tycks dock ha avstannat år 2022 då männen ligger kvar på samma nivå som år 2019 och kvinnorna i stället ökat någon procentenhet.

För både kvinnor och män tycks det vanligare att yngre än äldre upplevt kränkande behandling eller bemötande. För kvinnorna är andelen högst i den yngsta gruppen (16–29 år) på 36 procent, vilket exempelvis kan jämföras med de två äldsta grupperna (65–84 år och 85+ år) på 9–11 procent. För männen ligger de två yngsta åldersgrupperna (16–29 år och 30–44 år) på 20 procent, vilket kan jämföras med de två äldsta grupperna (65–84 år och 85+ år) på 6–8 procent. Skillnad tycks även förekomma för kvinnorna mellan socioekonomiska grupper, med en variation mellan 13 och 23 procent, med högre andelar ju längre utbildning. Och för männen ses en skillnad mellan födelseregioner, med högre andelar i gruppen utomeuropeiskt födda (20 procent) jämfört med de flesta andra födelseregioner (14–15 procent).

Den skånska kommun med högst andel som rapporterat kränkande behandling eller bemötande de senaste tre månaderna uppgår till 24 procent, det vill säga närmare 1 av 4, medan den kommunen med lägst andelar uppgår till 14 procent.

Respondenter som uppgett att de upplevt kränkande behandling eller bemötande ombads svara på om det hade samband med: etnisk tillhörighet, kön, sexuell identitet, ålder, funktionsnedsättning, religion, hudfärg, utseende, könsidentitet och/eller könsuttryck, annat eller vet inte. Utöver alternativen ”annat” (47 procent) och ”vet inte” (15 procent), var alternativen med högst andelar ”kön” (16 procent), ”utseende” (15 procent), etnisk tillhörighet (13 procent) och ålder (12 procent) (presenteras inte i diagrammet nedan).

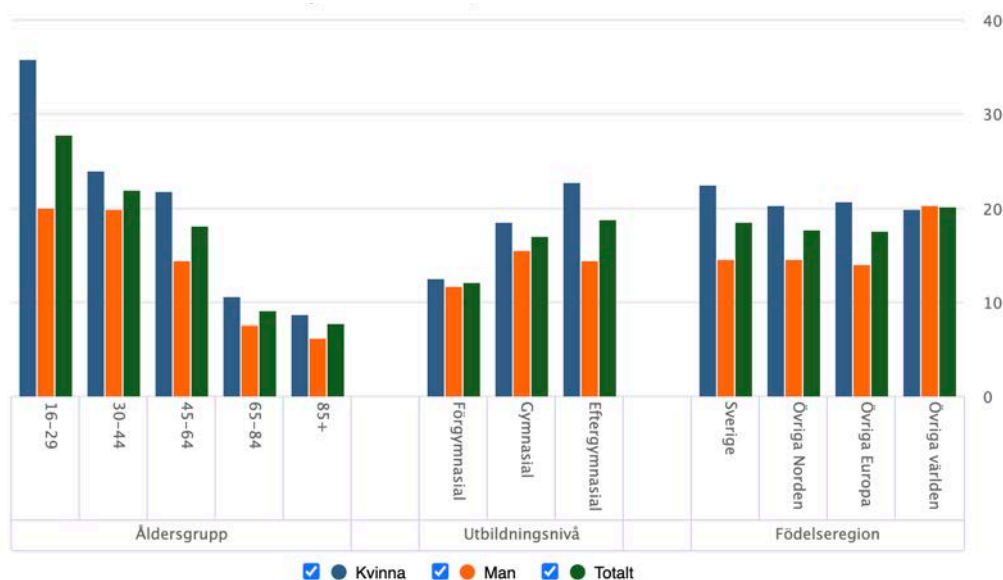
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med kränkande behandling eller bemötande, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2008	33,3	26,6	30
	2012	25,2	18,4	21,8
	2019	20,9	15,8	18,4
	<b>2022</b>	<b>22,6</b>	<b>15,8</b>	<b>19,2</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	20,7	15,1	17,9
	Skåne	21,9	15,3	18,6

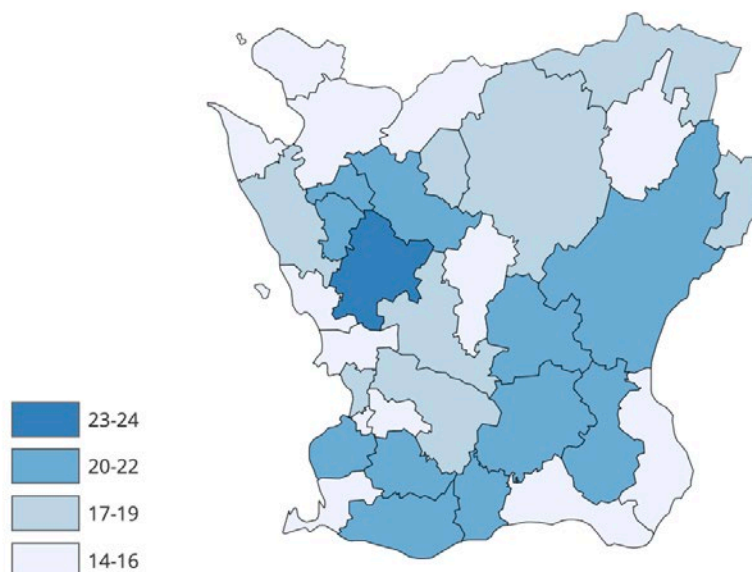
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med kränkande behandling eller bemötande, %



## Geografiska skillnader

Andel med kränkande behandling eller bemötande, %



## Utsatt för fysiskt våld eller hot om våld

Nedan redovisas andel som svarat jakande på minst någon av frågorna: ”Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blivit rädd” och ”Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?”, vilket 6 procent (16+ år) gjorde. Motsvarande rikssnitt ligger på 5 procent. Andelarna ligger i nivå med mätningen år 2019, men någon procentenhet lägre jämfört med för ungefär 15–20 år sedan.

Att ha blivit utsatt för fysiskt våld eller hot om våld tycks vanligast i den yngsta gruppen, 16–29 år som uppgick till 9 procent för både kvinnor och män. För kvinnorna var denna andel högre än samtliga övriga åldersgrupper. Sett till födelseregion var det en högre andel män i gruppen födda i utomeuropeiskt land jämför gruppen födda i Sverige som uppgav att de utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste 12 månaderna (9 jämfört med 5 procent).

Andelen som uppgett att de utsatts för fysiskt våld eller hot om våld uppgick till mellan 3 och 9 procent baserat på Skånes kommuner.

De som svarade jakande på frågan om de hade blivit utsatta för fysiskt våld ombads svara på en följdfråga om var våldet skedde. Vanligaste platserna som uppgavs var: ”på arbetsplatsen, i arbetet eller i skolan” (23 procent), ”på allmän plats eller på nöjesställen” (22 procent) och ”i hemmet” (17 procent) (presenteras inte i diagrammet nedan).

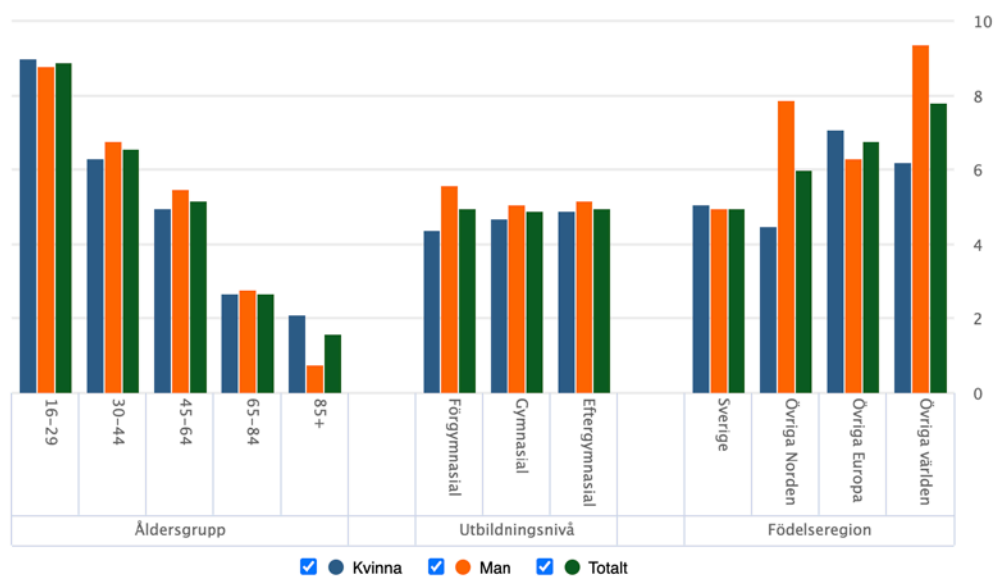
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som blivit utsatta för fysiskt våld eller hot om våld, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2000	6	8,1	7
	2004	7,3	7,2	7,3
	2008	7,4	8,2	7,8
	2012	6,7	6,9	6,8
	2019	5,9	6,3	6,1
	<b>2022</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	4,6	4,6	4,6
	Skåne	5,4	5,8	5,6

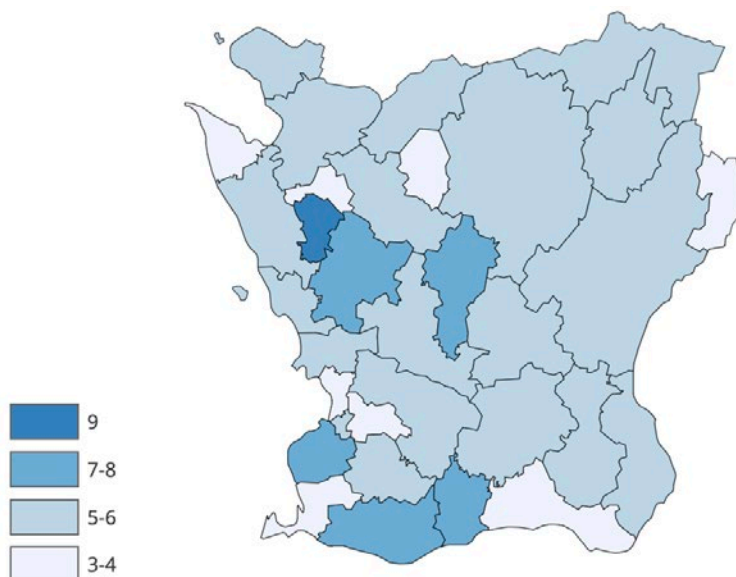
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som blivit utsatta för fysiskt våld eller hot om våld, %



## Geografiska skillnader

Andel som blivit utsatta för fysiskt våld eller hot om våld, %



## Ekonomisk kris

Resultaten för ekonomisk kris, vilket i detta fall innebär att man vid ett eller flera tillfällen har haft svårigheter att klara sina löpande utgifter för mat, hyra, räkningar m.m. under de senaste 12 månaderna, uppgick till 14 procent (16+ år). Motsvarande rikssnitt ligger på 11 procent. Jämfört med föregående mätning år 2019 har andelen ökat ett par procentenheter för både kvinnor och män (avser 18–80 år).

Sett till åldersgrupper ses högst andelar i de två yngsta åldersgrupperna och därefter sjunker andelarna för varje åldersgrupp. För kvinnorna exempelvis var det 18 respektive 20 procent som uppgav att de upplevt ekonomisk kris i åldrarna 16–29 år och 30–44 år, vilket följs av grupperna 45–64 år (15 procent), 65–84 år (7 procent) och 85 + år (2 procent). För både kvinnor och män ses en skillnad mellan socioekonomiska grupper med högre andelar i grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (16 respektive 14–16 procent) jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (12 respektive 10 procent). Likaså ses skillnader mellan födelseregioner för både kvinnor och män. För kvinnorna ses en variation från 8 procent till 27 procent och för männen från 10 procent till 33 procent. I båda fallen är det gruppen födda i övriga världen (exklusive Europa) som ligger högst, följt av gruppen födda i Europa (exklusive Norden).

Variationen som uppger ekonomisk kris enligt definitionen ovan ligger mellan 6 och 20 procent sett till de skånska kommunerna.

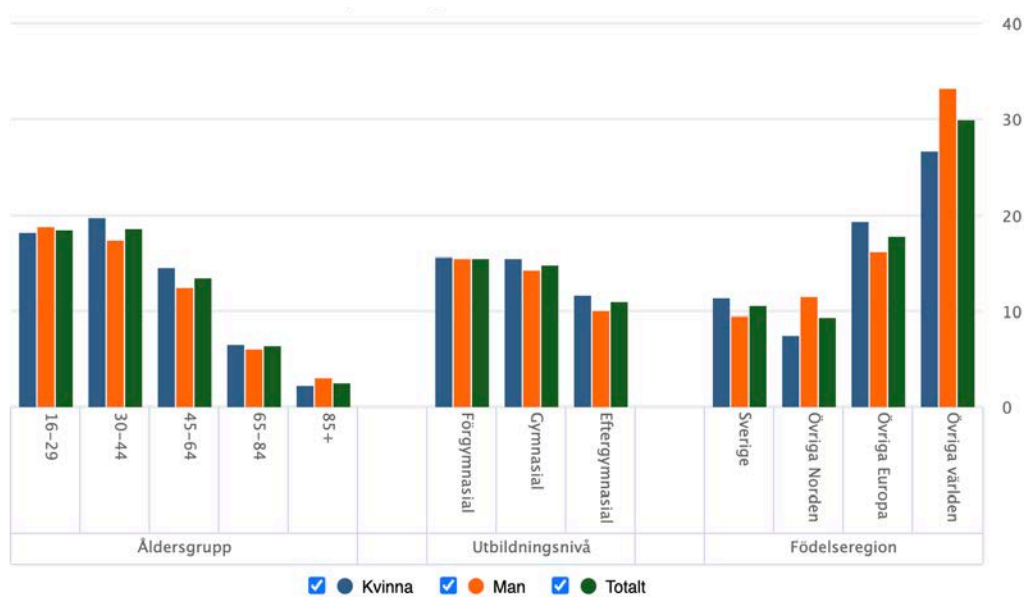
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som haft svårt att klara sina löpande utgifter, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	13,1	11,9	12,5
	<b>2022</b>	<b>15,3</b>	<b>14,2</b>	<b>14,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	11,8	10,9	11,3
	Skåne	14,2	13,4	13,8

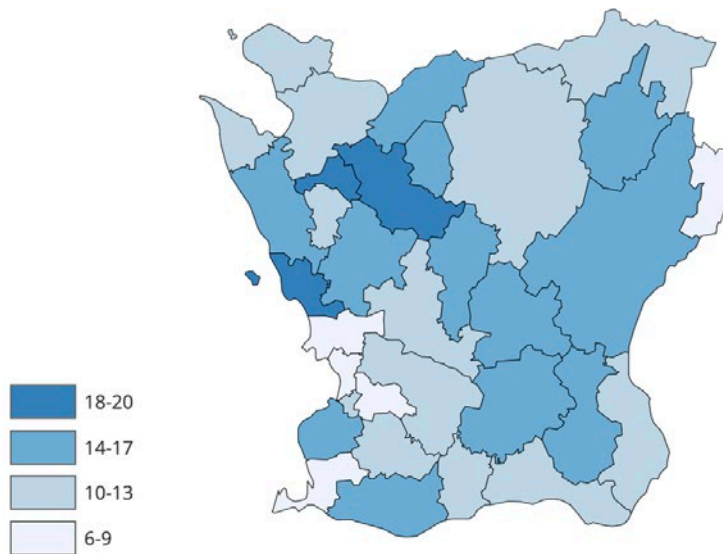
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som haft svårt att klara sina löpande utgifter, %



## Geografiska skillnader

Andel som haft svårt att klara sina löpande utgifter, %



## Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling- årsrapport 2021. Artikelnummer 21014. Folkhälsomyndigheten, 2021. [Folkhälsans utveckling – årsrapport 2021 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
2. Folkhälsomyndigheten. Öppna jämförelser folkhälsa 2019. Folkhälsomyndigheten, 2019. [Öppna jämförelser folkhälsa 2019 \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
3. Maslow AH. Motivation and personality. (3 ed.) New York: Harper & Row, 1970.
4. Trygghetskommissionen. Aktivera samhället mot livskvalitetsbrott. Trygghetskommissionens förslag på hur säkerhet och trygghet ska kunna öka i människors vardag. [Trygghetskommissionen,2018. tk\\_rapport\\_webb.pdf \(wordpress.com\)](#) Hämtad 2023-02-03.
5. Boverket. Trygghet - ett mångtydigt begrepp. [Internet]. [Trygghet - ett mångtydigt begrepp - Boverket](#) Hämtad 2023-02-03.
6. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling- årsrapport 2022. Artikelnummer 22026. Folkhälsomyndigheten, 2022. [Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.





# Arbete

Att arbeta är både en källa till försörjning, ger möjlighet till inflytande och delaktighet liksom är en viktig arena för sociala relationer. Att arbeta är ur hälsosynpunkt generellt sett en fördel jämfört med att vara utan arbete. Forskning har visat på samband mellan arbetslöshet och ohälsa, avseende exempelvis ökad risk för nedsatt psykisk hälsa, kroppslig sjukdom och ohälsosamma levnadsvanor (1). Trots hälsofördelar med att ha ett arbete jämfört med att vara i arbetslöshet, kan hälsorisker förekomma i arbetet. Det kan handla om riskfaktorer i arbetsmiljön som har samband med fysiska och psykiska besvär, ohälsa och sjukdom (2), men också anställningstrygghet spelar en viktig roll för hälsan (3) då osäkra anställningsförhållanden är förenade med en ökad risk för ohälsa. Det gäller inte minst bland de som har dåliga utsikter på arbetsmarknaden (4).

## Orolig att förlora arbetet

För att undersöka omfattningen av upplevd anställningstrygghet ställdes en fråga om man var orolig att förlora sitt arbete inom det närmaste året som en följdfråga till de som uppgett att de yrkesarbetade (inkluderar även de som är sjukskrivna, föräldra- eller tjänstlediga). Frågan besvarades med ja eller nej och redovisas för gruppen 16–64 år.

Ungefär 1 av 10 (11 procent) uppgav att de var oroliga att förlora arbetet inom det närmaste året, vilket är någon procentenhet högre än rikssnittet, men i linje med resultaten från mätningen år 2019. Bland kvinnorna var det en högre andel i den yngsta gruppen (16–29 år) som rapporterade en sådan oro, motsvarande 16 procent, vilket kan jämföras med de äldre åldersgrupperna (30–44 år och 45–64 år) på 10–11 procent. Även sett till utbildningsnivå återfanns vissa skillnader bland kvinnorna med en lägre andel med oro i gruppen med eftergymnasial utbildning (9 procent) än grupperna med förgymnasial- och gymnasial utbildning (17 respektive 12 procent). Av redovisningsgrupperna var det dock störst skillnader vid jämförelser mellan födelseregioner. För både kvinnor och män var andelen oroliga att förlora arbetet högre i grupperna födda i utomnordiskt land jämfört med gruppen födda i Sverige. För männen exempelvis var skillnaden ungefär 20 procentenheter från 8 procent för svenskfödda till 29 procent för utomeuropeiskt födda.

Sett till de skånska kommunerna fanns en variation mellan ungefär 6 och 22 procent som uppgav oro att förlora arbetet inom det närmaste året.

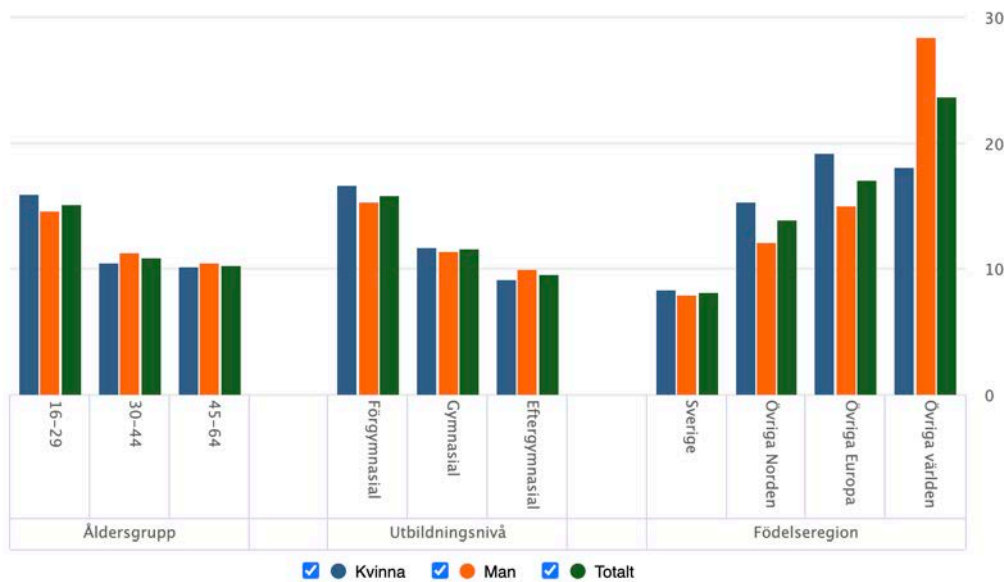
### Jämförelse över tid och mot riket

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

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	12,3	12,4	12,3
	<b>2022</b>	<b>11</b>	<b>11,3</b>	<b>11,2</b>

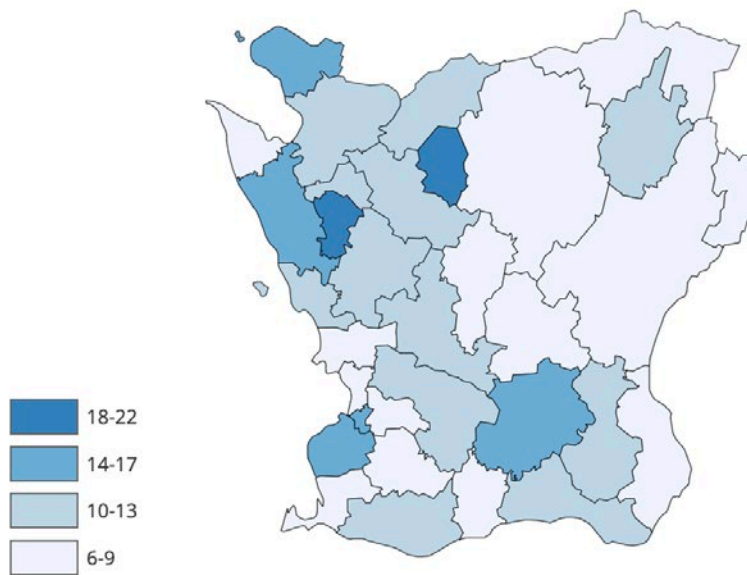
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

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



## Geografiska skillnader

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



## Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro mättes med frågan: Hur många dagar har du under de senaste 12 månaderna varit borta från arbetet på grund av dålig hälsa? Frågan besvarades av de som uppgett att de yrkesarbetade (inkluderar även de som är sjukskrivna samt föräldra- eller tjänstlediga). Nedan redovisas resultaten för medellånga (8–30 dagar) och långa (fler än 30 dagar) sjukfall för gruppen 16–64 år.

Totalt rapporterade drygt 1 av 5 medel- eller långa sjukfall de senaste 12 månaderna, vilket är i linje med rikssnittet. En högre andel kvinnor än män rapporterade medellånga eller långa sjukfall (27 respektive 17 procent) och den ökning som ses jämfört med år 2019 är också några procentenheter högre för kvinnor än för män (10 respektive 6 procentenheter). För både kvinnor respektive män ses något lägre andelar för gruppen med eftergymnasial utbildning jämfört med gymnasial utbildning.

Resultaten visar också på en variation avseende medellånga och långa sjukfall mellan de skånska kommunerna med andelar som sträcker sig från 13 till 35 procent.

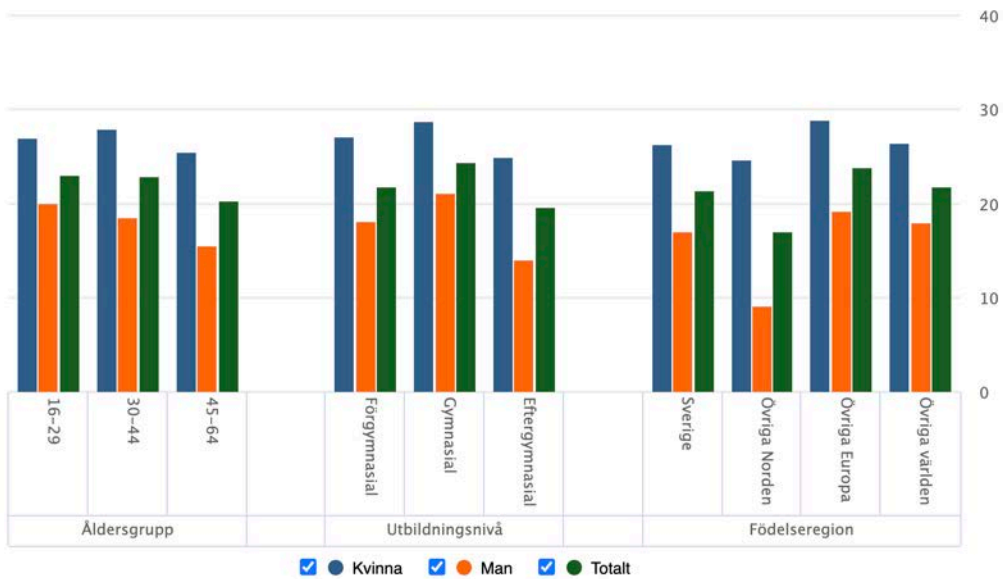
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med medellånga eller långa sjukfall, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	16,5	11,1	13,6
	<b>2022</b>	<b>26,7</b>	<b>17,3</b>	<b>21,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	24,4	18,5	21,2
	Skåne	26,7	17,3	21,7

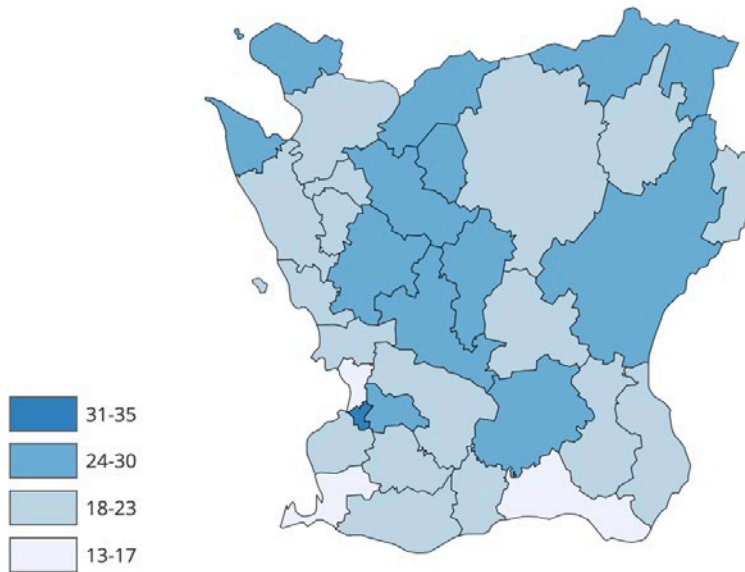
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med medellånga eller långa sjukfall, %



## Geografiska skillnader

Andel med medellånga eller långa sjukfall, %



## Referenser

1. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwers; 2017. [Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa - Regeringen.se](#) Hämtad 2023-02-03.
2. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Arbetsmiljö och ohälsa. Frågor och fakta. Rapportnr: 401\_19. Stockholm, 2018. [Arbetsmiljö och ohälsa – Frågor och fakta \(sbu.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
3. 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>
4. 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. \_



## Miljö och boende

Det finns flera aspekter i den miljö vi vistas och bor i som relaterar till hälsa och ohälsa. En aspekt som kan påverka i negativ riktning är buller, vilket är ett växande folkhälsoproblem med konsekvenser för hälsan avseende exempelvis hjärt-kärlsjukdom, sömnstörningar och hörselnedsättningar (1). Det finns olika sorters buller, men i detta sammanhanget fokuseras på buller från transporter (väg-, tåg- och flygtrafik). I Sverige är den här typen av buller vanligt förekommande och det finns undersökningar som visat att omkring 1 av 5 drabbas av trafikbuller över riktvärdet 55dB (2, 3). Trångboddhet är en annan aspekt som har samband med ohälsa även om ytterligare forskning behövs inom detta komplexa forskningsfält. I den här rapporten definieras trångboddhet enligt Trångboddhetsnorm 2 (vilken innebär att en bostad är trångbodd om det bor fler än två personer per rum (undantag kök, och badrum) (4). Aspekter av mer positiv karaktär avseende miljö, är vistelse i grönområden som kan ha flera hälsofördelar samt minskar risken för sjukdom och död (5, 6).

### Sömnstörd på grund av trafikbuller

---

Resultaten som redovisas avser andel som upplever sömnstörningar (svårt att somna/blir väckt) på grund av trafikbuller (väg-, tåg-, flygtrafik) i eller i närheten av bostaden, vilket totalt 6 procent av de svarande uppgav (16+ år). Motsvarande rikssnitt ligger på 5 procent. För kvinnor är andelen någon procentenhet högre år 2022 jämfört med år 2019.

Avseende resultat för socioekonomiska grupper, visar de i stort att sömnstörningar av den här typen tycks något vanligare ju kortare utbildning. Exempelvis uppgav 4 procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning att de upplevde sömnstörningar på grund av trafikbuller, medan 7 respektive 9 procent av kvinnorna med gymnasial och förgymnasial utbildning gjorde detsamma. Något större skillnader sågs mellan födelseregioner, med en variation mellan 4 procent (födda i Sverige) och 13 procent (födda utanför Europa) för männen och 5 (födda i Sverige) och 12 procent (födda utanför Europa) för kvinnorna.

Andelen som rapporterade sömnstörningar på grund av trafikbuller sett till de skånska kommunerna uppgick till mellan knappt 3 procent och uppåt 10 procent.

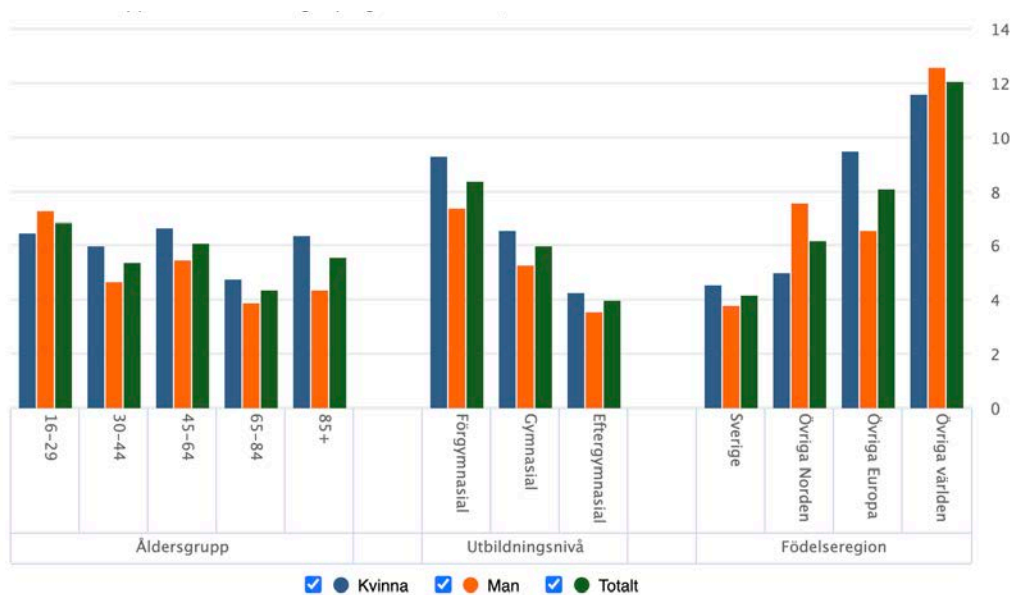
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel som upplevt sömnstörningar på grund av buller, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2019	4,7	4,9	4,8
	<b>2022</b>	<b>6,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,7</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	5,4	4,4	4,9
	Skåne	6,1	5,3	5,7

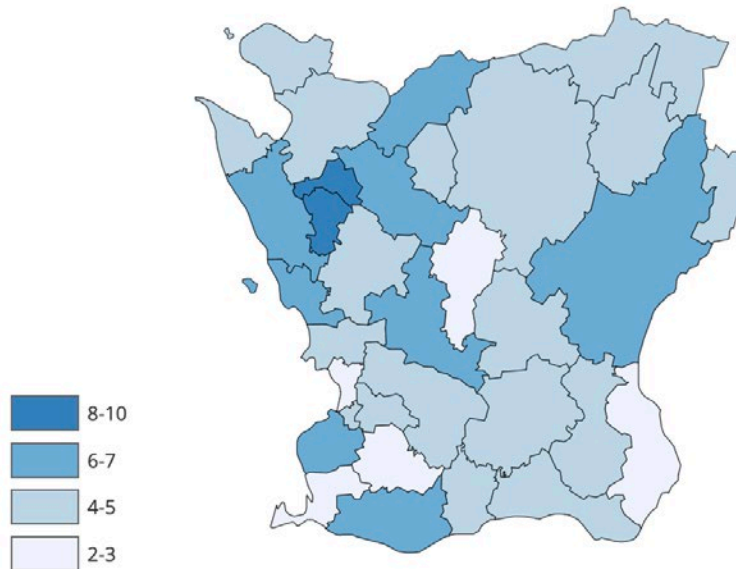
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som upplevt sömnstörningar på grund av buller, %



## Geografiska skillnader

Andel som upplevt sömnstörningar på grund av buller, %



## Trångboddhet

För att beräkna förekomst av trångboddhet, ombads de svarande att ange antal rum (utöver kök, hall och badrum) samt antal boende i sin bostad. Utifrån dessa frågor kategoriserades de svarande som trångbodda eller ej trångbodda enligt Trångboddhetsnorm 2 (4). Ungefär 5 procent (16+ år) uppfyllde kriterierna för trångboddhet, vilket är i linje med mätningen år 2019 men något högre i jämförelse med mätningar längre tillbaka i tiden.

Trångboddhet verkar vara mer utbredd i yngre åldersgrupper än äldre. Högst andel trångbodda rapporterades i åldrarna 16–29 år (10 procent) och 30–44 år (8 procent), följt av gruppen 45–64 år (2,5 procent), medan de två äldsta grupperna, 65–84 år och 85+ år ligger på cirka 0,5 procent. Vidare tycks trångboddhet bland kvinnor vara vanligare i gruppen med förgymnasial utbildning (9 procent) jämfört med grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning (cirka 3 procent). Det som utmärker sig mest vid jämförelser mellan grupper är dock skillnader mellan födelseregioner. Totalt uppgav omkring 1 av 5 (21 procent) i gruppen utomeuropeiskt födda att de bor trångbott, medan endast 2–3 procent födda i Sverige och övriga Norden gör detsamma. Motsvarande mönster ses för kvinnor och män separat.

Trångboddhet skiljer sig även mellan de skånska kommunerna. I den kommun med högst andelar är det nästan 1 av 10 (9 procent) som uppgett att de är trångbodda, medan kommunen med lägst andelar ligger på 1 av 100 (1 procent).



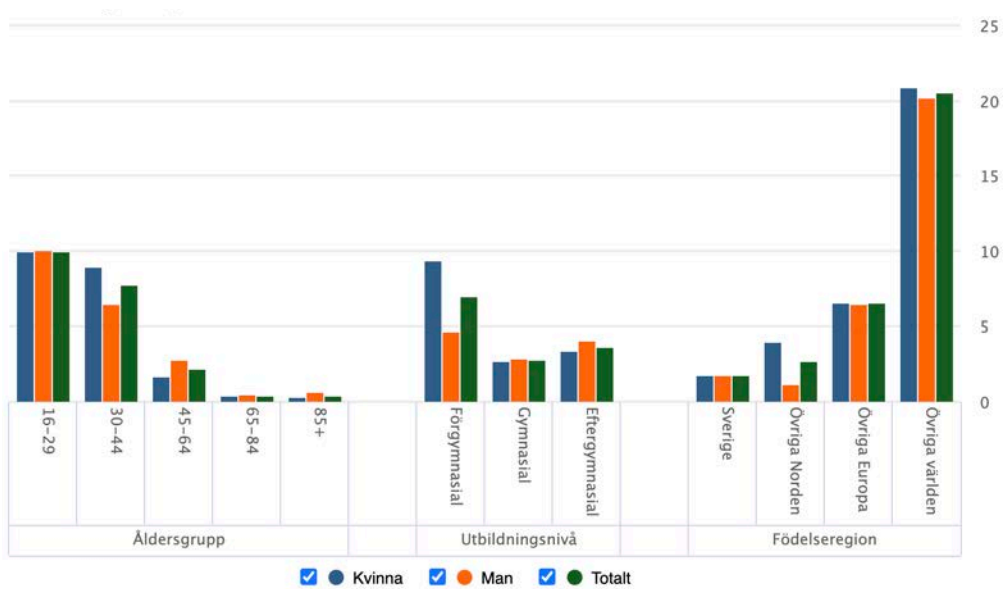
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel trångbodda, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	2,8	3	2,9
	2008	3,1	3	3,1
	2012	3,8	3,6	3,7
	2019	4,8	5,3	5
	<b>2022</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>	<b>4,8</b>

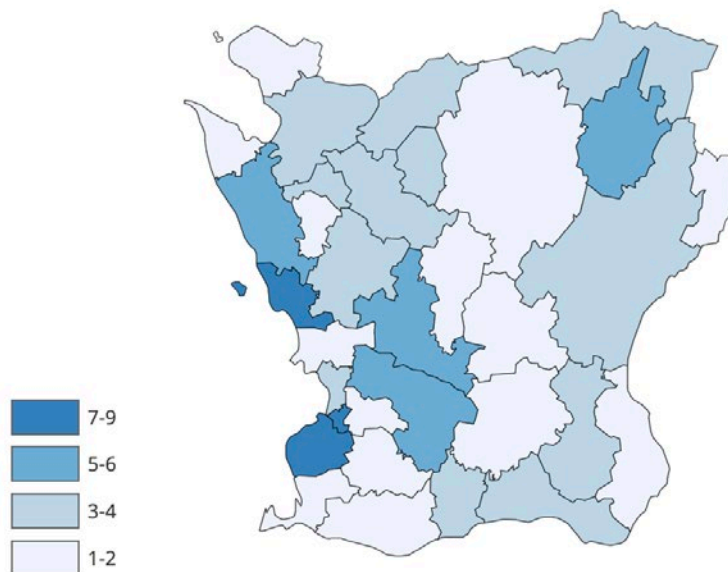
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel trångbodda, %



## Geografiska skillnader

Andel trångbodda, %



## Vistelse i grönområde

I en ny fråga från och med år 2022 undersöktes vistelse i grönområde genom frågan ”Hur ofta är du utomhus i park, natur- eller grönområden (t.ex. gått promenader eller cyklat)? Majoriteten, 73 procent (16+ år) uppgav sådana besök varje dag eller några gånger per vecka, med högre andelar för kvinnor än män (77 jämfört med 69 procent). Skånes resultat ligger i nivå med rikssnittet.

Vidare visar resultaten på högre andelar som vistas i grönområden utifrån ovan definition för varje åldersgrupp som studeras till och med 84 år. Lägst andelar återfinns således för de yngsta (16–29 år) på 62 procent och högst i den näst äldsta gruppen (65–84 år) på 86 procent, för att sedan ligga lägre i gruppen från 85 år och uppåt, på 73 procent. Mönstret är i stora drag motsvarande för kvinnor och män var för sig. Skillnader ses även sett till födelseregioner med högre andelar i grupperna födda i Norden, jämfört med grupperna födda utanför Norden, vilket ses både för kvinnor och män.

Kommuner med högst andel kommuninvånare som rapporterade utevistelse i grönområde enligt ovan uppgick till 84 procent, medan den med lägst andelar uppgick till 58 procent.

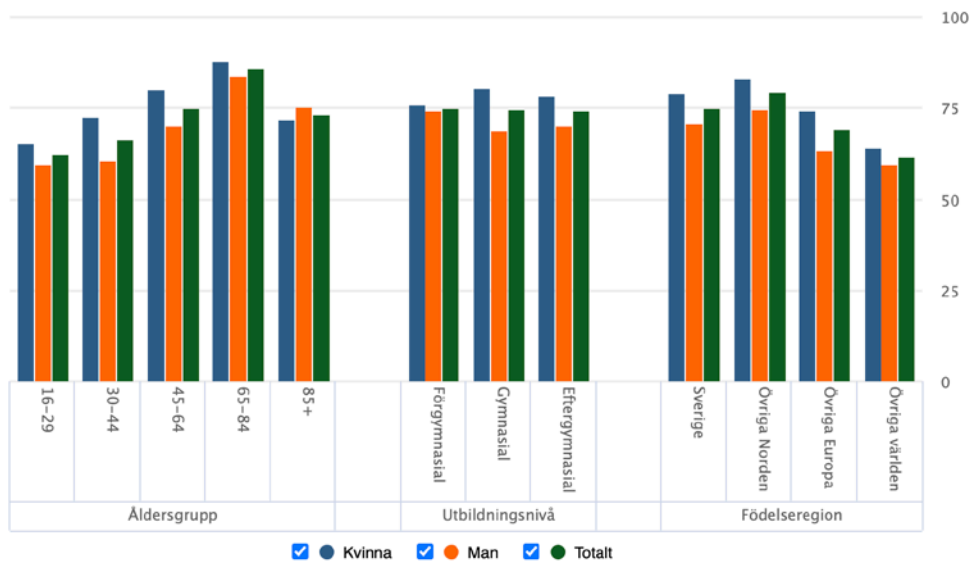
## Jämförelse mot riket

Andel som uppgett utevistelse i grönområde, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	76,7	69,4	73
	Skåne	77	68,8	73

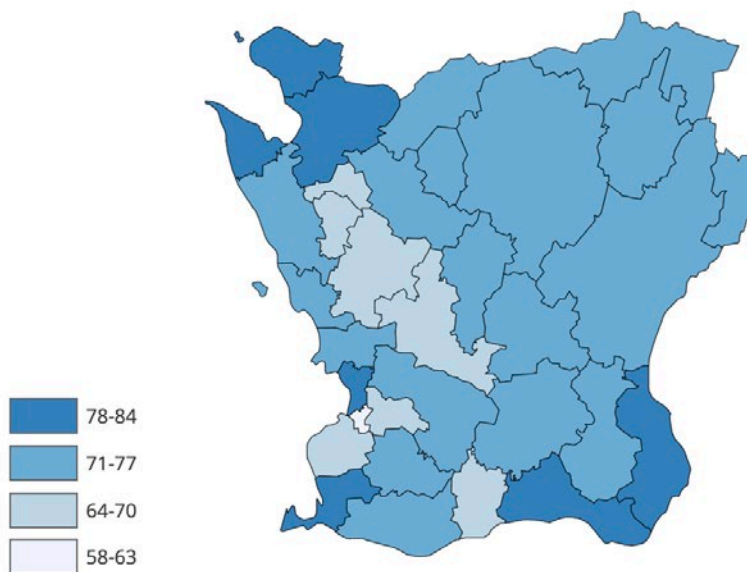
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som uppgett utevistelse i grönområde, %



## Geografiska skillnader

Andel som uppgett utevistelse i grönområde, %



## Referenser

---

1. World Health Organization (WHO). Environmental Noise Guidelines for the European Region. [Environmental noise guidelines for the European Region \(who.int\)](#) Hämtad 2023-02-03.
2. Naturvårdsverket. Kartläggning av antalet överexponerade för buller. Stockholm: Sweco/Naturvårdsverket. 2014. [FULLTEXT01.pdf \(diva-portal.org\)](#) Hämtad 2023-02-03.
3. Mattisson K., Stroth E. & Larsson E. Miljöhälsorapport Skåne 2017. Rapport 16:2017. Länsstyrelsen Skåne, 2017. <https://sodrasjukvardsregionen.se/download/rapport-162017-miljohalsorapport-skane-2017/?wpdmdl=7351&refresh=63dcf55c-4f5d01675425116> Hämtad 2023-02-03.
4. Boverket. Trångboddheten i storstadsregionerna. Boverket, 2016. Rapport 2016:28. [Trångboddheten i storstadsregionerna \(boverket.se\)](#) Hämtad 2023-02-03.
5. Twohig-Bennett, C., & Jones, A. (2018). The health benefits of the great outdoors: A systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. *Environmental research*, 166, 628–637. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.06.030>
6. Yuan, Y., Huang, F., Lin, F., Zhu, P., & Zhu, P. (2021). Green space exposure on mortality and cardiovascular outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Aging clinical and experimental research*, 33(7), 1783–1797. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01710-0>



# Sjukvård och tandvård

Att individer har ett högt förtroende för hälso- och sjukvården har 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 och att följa den behandling som ges (1). Undersökningar på nationell nivå har visat att det generella förtroendet för hälso- och sjukvården är stort, att det inte skett några stora förändringar under de senaste decennierna (1), och att förtroendet ökade något under åren 2020 och 2021 (2).

## Lågt förtroende för sjukvården

I Folkhälsoenkät Skåne har frågor kring vilket förtroende man har för olika samhällsinstitutioner och grupper ställts från och med år 2004. Bland institutionerna ingick ”Sjukvården” och på en fyrgradig skala kunde man svara från ”Mycket stort” till ”Inget alls”; man kunde även svara ”Har ingen åsikt”. Här redovisas svaren ”Inte särskilt stort” och ”Inget alls” som ”lågt förtroende för sjukvården”.

Totalt sett svarade 24 procent att de har ett lågt förtroende för sjukvården. Detta är den lägsta andelen sedan frågan ställdes för första gången år 2004. Jämfört med undersökningen år 2019, då den under tidsperioden högsta andelen på 31 procent uppmättes, är det alltså en minskning med 7 procentenheter.

Generellt är det små skillnader mellan könen förutom i de två äldsta åldersgrupperna, där det är högre andelar lågt förtroende hos kvinnorna. Högst andel lågt förtroende för sjukvården, 28 procent, finns år 2022 i åldersgruppen 30–44 år. Efter uppdelning på utbildningsgrupper återfinns de högsta andelarna med lågt förtroende för sjukvården i grupper med förgymnasial och gymnasial utbildning. Grupper födda utanför Norden har betydligt högre andelar lågt förtroende för sjukvården, uppåt 35 procent, jämfört med de födda i Sverige och övriga Norden, som ligger på 19–24 procent.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna i andelar med lågt förtroende för sjukvården, med en variation mellan 16 och 35 procent.

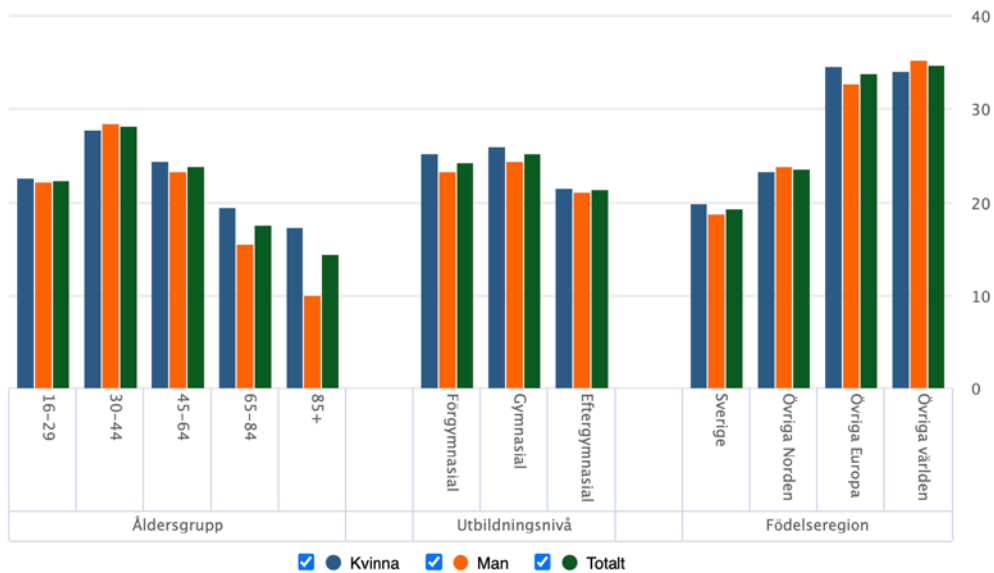
### Jämförelse över tid och mot riket

Andel med lågt förtroende för sjukvården, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	27,7	24,9	26,3
	2008	26,2	23,8	25
	2012	26,4	24,7	25,5
	2019	32,1	30,3	31,2
	<b>2022</b>	<b>24,1</b>	<b>23,3</b>	<b>23,7</b>

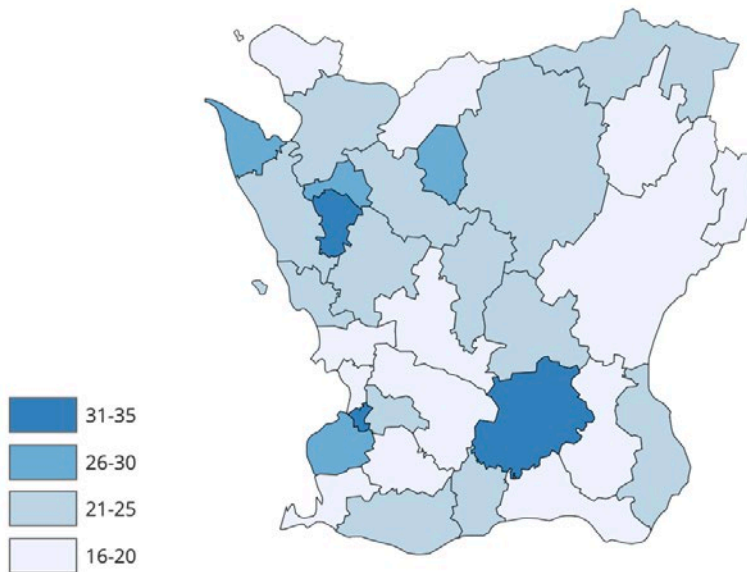
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med lågt förtroende för sjukvården, %



## Geografiska skillnader

Andel med lågt förtroende för sjukvården, %



## Avstått läkarvård trots behov

I Folkhälsoenkät Skåne ställdes även en fråga om man under de senaste tre månaderna ansett sig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård. Om man svarade ja på denna fråga benämns det här som att man ”avstått läkarvård trots behov”.

År 2022 var det totalt 20 procent i åldersgruppen 18–80 år som uppgav att de avstått från läkarvård trots behov. Andelar för denna indikator har sedan frågan först ställdes år 2004 legat på totalt 18–20 procent, med det stora undantaget år 2019 då andelen var totalt 31 procent.

Flickor och kvinnor har över lag något högre andelar som anger att de avstått från läkarvård trots behov: år 2022 är det 21 procent i åldern 16+ år mot 18 procent hos det andra könet. Det finns år 2022 inga statistiskt signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupperna i andelar som avstått läkarvård trots behov. Baserat på födelseregion ses lägst andel som avstått läkarvård i gruppen född i Sverige (totalt 16 procent) och högst i grupperna födda utanför Norden (27–29 procent).

Av de som avstått läkarvård trots behov var det störst andel (50 procent) som angett ”Annan orsak” som orsak till detta, följt av ”Jag hade inte tid” (25 procent) och ”Kliniken hade inte tid” (21 procent).

Det skiljer mellan kommunerna i andelar som avstått läkarvård trots behov, från 11 procent i kommunen med lägst andel till 28 procent i den med högst.

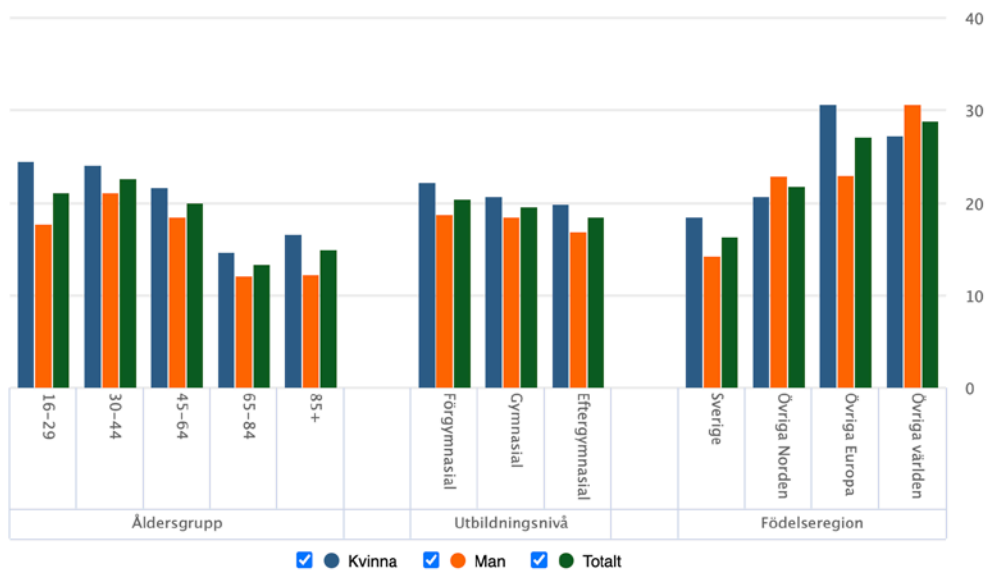
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som avstått från läkarvård trots behov, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	20,8	18,3	19,5
	2008	20,4	17,4	18,9
	2012	19,2	16,8	18
	2019	33,8	27,9	30,9
	<b>2022</b>	<b>21,6</b>	<b>18,1</b>	<b>19,8</b>

## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

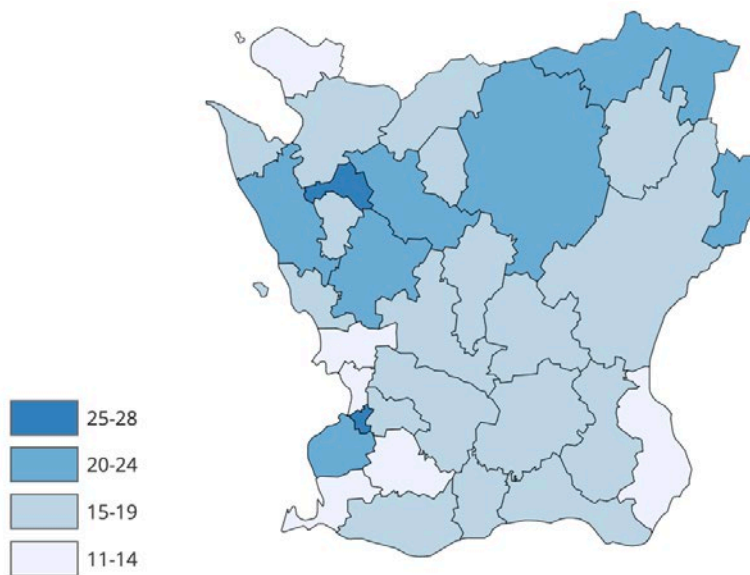
Andel som avstått från läkarvård trots behov, %





## Geografiska skillnader

Andel som avstått från läkarvård trots behov, %



## Avstått tandläkarvård trots behov

I Folkhälsoenkät Skåne ställdes i likhet med frågan om läkarvård en fråga om man under de senaste tre månaderna ansett sig vara i behov av tandläkarvård men ändå avstått från att söka vård. Om man svarade ja på denna fråga benämns det här som att man ”avstått tandläkarvård trots behov”.

Det var år 2022 totalt 18 procent som avstått från tandläkarvård trots behov. Det var totalt sett inga signifikanta skillnader mellan könen och inga större skillnader mellan åren ses. Jämfört med riket ligger Skåne en knapp procentenhet högre.

Det är år 2022 högst andel i åldersgruppen 30–44 år som avstått från tandläkarvård trots behov, 21 procent hos både kvinnor och män. Det finns skillnader mellan utbildningsgrupperna med högst andel som avstått tandläkarvård i gruppen med förgymnasial utbildning, 22 procent, och lägst bland de med eftergymnasial utbildning, 16 procent. Efter uppdelning på födelseregion ses högre andelar som avstått tandläkarvård ju längre från Sverige som födelselandet ligger. Bland de födda i Sverige är det totalt 14 procent som avstått från tandläkarvård och bland de födda utanför Europa är det totalt 32 procent som gjort det, en skillnad på 18 procentenheter.

Det finns skillnader mellan kommunerna i andelar som avstått från tandläkarvård trots behov, med en variation mellan 10 och 23 procent.

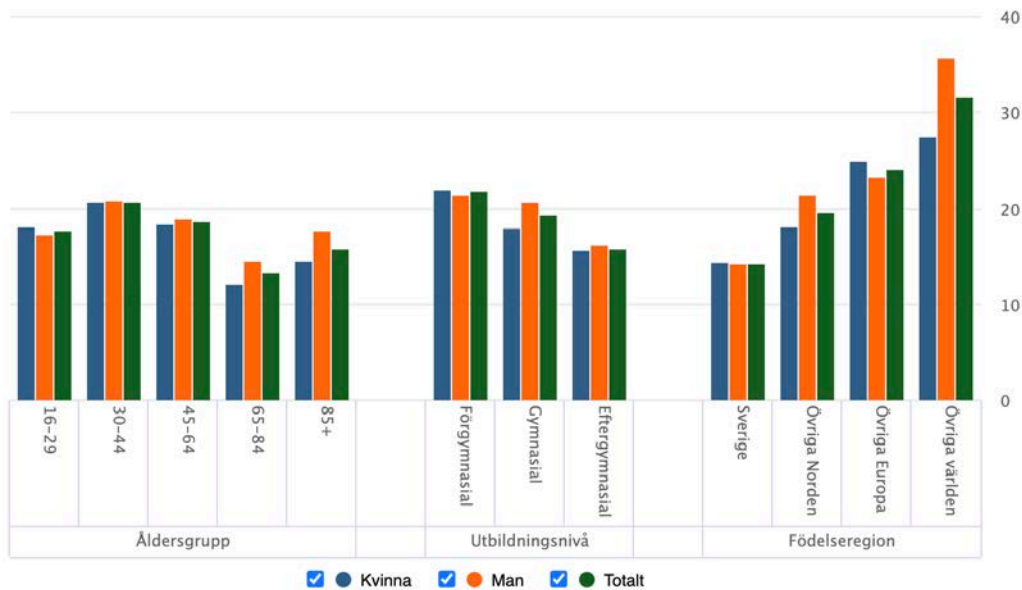
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel som avstått från tandläkarvård trots behov, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2004	17,8	17,4	17,6
	2008	17,2	17,4	17,3
	2012	15,7	18	16,8
	2019	17,8	18,4	18,1
	<b>2022</b>	<b>17,8</b>	<b>18,6</b>	<b>18,2</b>
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	16,4	17,6	17
	Skåne	17,4	18,2	17,8

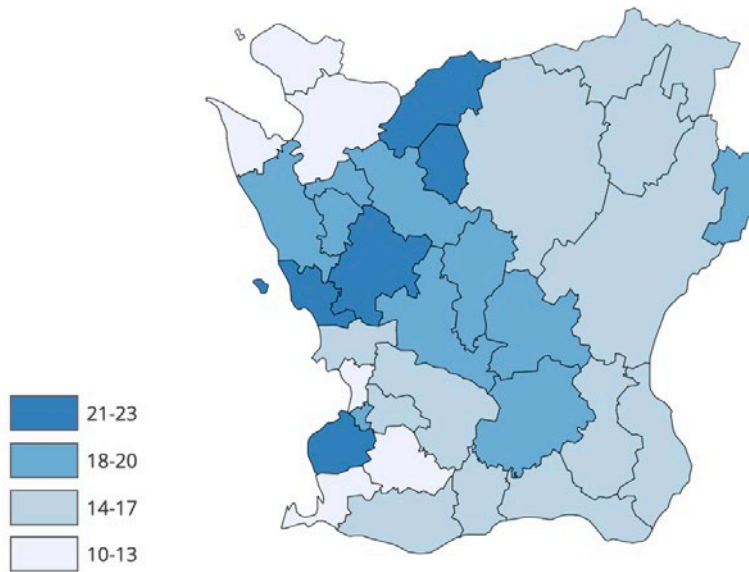
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel som avstått från tandläkarvård trots behov, %



## Geografiska skillnader

Andel som avstått från tandläkarvård trots behov, %



## Referenser

1. Vårdanalys. Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Rapport 2018:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018. <https://www.vardanalys.se/rapporter/fornuft-och-kansla/> Hämtad 2022-02-13.
2. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2022). Hälso- och sjukvårdsbarometern 2021. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården. [Hälso och sjukvårdsbarometern 2021 \(skr.se\)](https://www.skr.se/halso-och-sjukvardsbarometern-2021) Hämtad 2022-02-13.



# Covid-19-pandemin

Datainsamlingen som ligger till grund för den här rapporten genomfördes under våren år 2022. Sedan våren 2020, det vill säga under de två föregående åren, har Covid-19 haft sitt grepp om samhället. Dess inverkan på folkhälsan har varit både direkt och indirekt med såväl kortsiktiga som långsiktiga effekter. Sjukdom och för tidig död drabbade befolkningen direkt och har, förutom den omedelbara kortsiktiga effekten, också haft långsiktiga direkta effekter för de som drabbats av post-Covid. Indirekta effekter, som till exempel oro och rädsla, social isolering och minskad rörlighet, arbetslöshet och ekonomiska förluster, pausade screeningprogram och personer som avstått från att söka vård, var till viss del också omedelbara effekter men vars långsiktiga åverkan på folkhälsan ännu inte går att uppskatta vidden av. Det går att föreställa sig ett samband, direkt eller indirekt, mellan antingen Covid-19 och/eller de smittskyddsrekommendationer som infördes till följd av dessa med i stort sett samtliga hälsoaspekter som vidrörs i den här folkhälsoundersökningen.

Eftersom pandemin har haft effekter på hela samhället har alla människor märkt av effekterna av Covid-19 på ett eller annat sätt. Vissa grupper har dock drabbats hårdare än andra, både av de direkta och indirekta effekterna. Eftersom hög ålder är den främsta riskfaktorn för svår sjukdom och död till följd av Covid-19, så har den äldre populationen drabbats hårt (1, 2). Även men de med särskilt sårbarhet, som till exempel de med underliggande metaboliska sjukdomar och cancer har drabbats hårdare (3, 4). Generellt sett har också män drabbats hårdare än kvinnor och utrikesfödda hårdare än svenskfödda (5). Indirekta effekter, vilket ofta sammanfaller med långtidseffekter, har kanske främst drabbat, och förstärkts, bland de grupper som redan innan pandemin hade sämre levnadsförhållanden, livsstilvanor och hälsa än övriga befolkningen. Dessa grupper är mer sårbara och har generellt högre hälsorisker (1, 2, 6) och drabbas hårdast vid kriser (2). Data som presenterades i Coronakommissionens slutbetänkande visar tydligt att grupper med lägre utbildning, lägre inkomster och de födda utanför Norden, drabbats hårdare av såväl sjukdom (sjukhusinläggningar) och död på grund av Covid-19 men också av ekonomiska förluster och arbetslöshet (2). Andra utsatta grupper, till exempel de som befinner sig i hemlöshet, personer med beroende problematik och personer som befinner sig i våldsamma relationer fick också försämrade levnadsförhållanden under pandemin (1).

Pandemin har även slagit olika hårt för olika yrkeskategorier. Hotell- och restaurangbranschen blev hårt åtgången med de smittskyddsrestriktioner som infördes, likaså fick

transportbranschen en nedgång (2). Den över lag ökande arbetslösheten under pandemin kan i nedåtgående led ha effekter på hälsan i flera bemärkelser. Att förlora arbetet, eller inte komma in på arbetsmarknaden, kan påverka den psykiska hälsan negativt vilket sin tur kan ha effekter på den fysiska hälsan med bland annat stress, sömnproblem, ökad alkoholkonsumtion men också påverka matvanor, fysisk aktivitet och andra livsstilsfaktorer (7, 8). Yrkesverksamma inom vård- och omsorg fick i stället en ökad arbetsbelastning och blev i högre grad utsatta för smitta och ansträngda arbetsvillkor (9, 10). Flertalet systematiska översikter, vilka syntetiserar resultatet från flera enskilda vetenskapliga studier, visar en försämring av den psykiska hälsan i den generella befolkningen under pandemin men framför allt att de grupper som redan innan pandemin hade en högre risk för ohälsa har drabbats hårdare (11, 12).

Eftersom Region Skåne genomförde en folkhälsoundersökning i slutet av 2019, precis innan pandemins intåg, och den senaste nu i början av år 2022, har vi goda möjligheter att jämföra folkhälsan i Region Skåne före och efter pandemin. Till exempel förekomsten av oro och sömnproblem, att delta i sociala aktiviteter samt livsstilsrelaterade faktorer som matvanor och fysisk aktivitet. Resultaten från Folkhälsoenkät Skåne, och de eventuella förändringar vi kan se, kan inte rakt av ses som resultat av pandemin, inte heller kan vi fastställa hur stor del av eventuella förändringar som kan tillskrivas pandemin. Däremot finns det gott om nationella registerdata och en ständigt växande vetenskaplig kunskap som påvisar pandemins omfattande inverkan på folkhälsan (11-16).

Nytt för i år är att Folkhälsoenkät Skåne 2022 inkluderade två frågor som berör Covid-19 direkt: oro för att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19 samt oro för att någon närstående ska bli allvarligt sjuk i Covid-19.

## Oro för att själv bli sjuk

---

För Region Skåne som helhet rapporterade 11 procent att de kände oro över att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19, med en högre andel oro bland kvinnor än bland män. Oron var störst i åldersgruppen 45–64 med 13 procent och lägst bland 16–29 åringar med 6 procent. Bland utbildningsgrupperna rapporterade de med förgymnasial utbildning högst oro, 14 procent, medan de med eftergymnasial utbildning rapporterade lägst oro, 10 procent. Det fanns även tydliga skillnader beroende på födelseland. De utomeuropeiskt födda rapporterade störst oro med 15 procent och den lägst oron fanns bland svenskfödda med 9 procent.

Kommunala skillnader förekommer. Kommunen med lägst andel oro låg på 7 procent och kommunen med högst andel oro låg på 13 procent. Skåne skilde sig inte nämnvärt från övriga riket, endast en halv procentenhet högre.

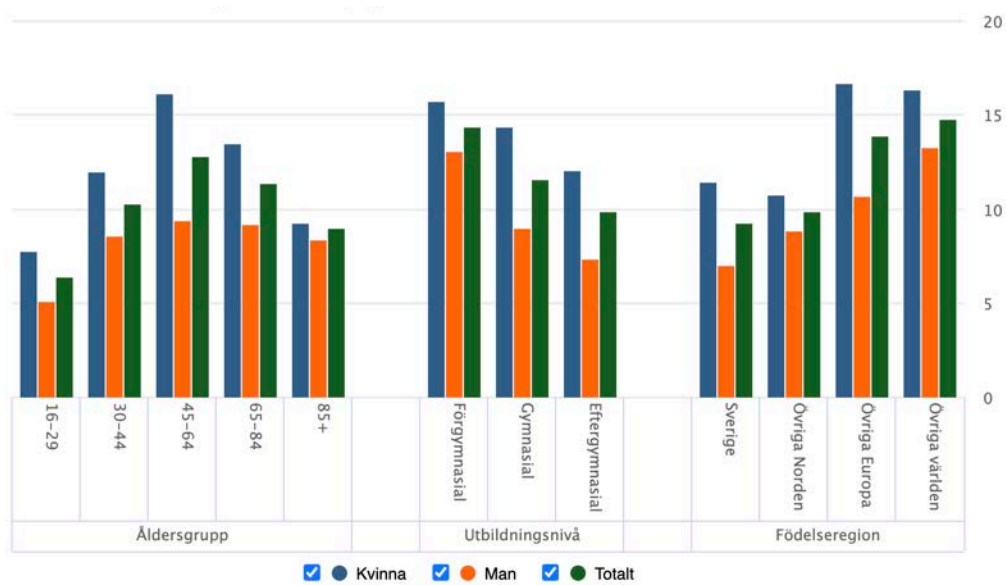
### Jämförelse mot riket

Andel med oro för att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	12,2	7,6	9,9
	Skåne	12,7	8,3	10,5

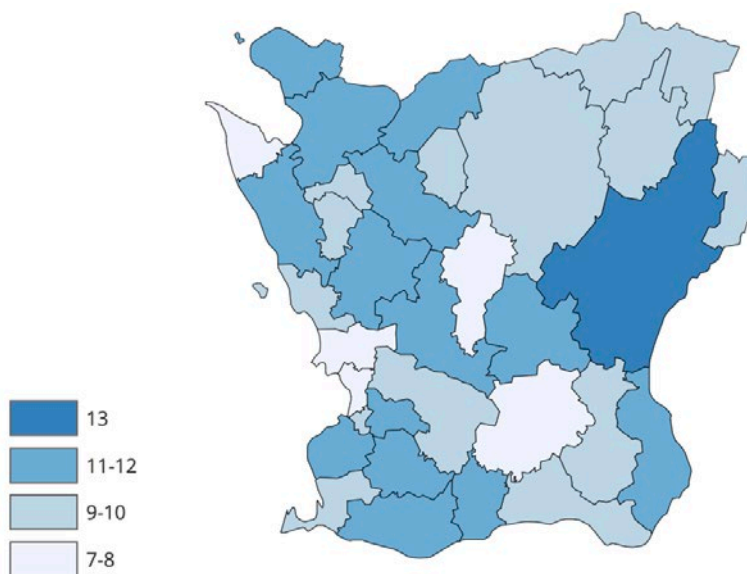
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med oro för att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19, %



### Geografiska skillnader

Andel med oro för att själv bli allvarligt sjuk i Covid-19, %



## Oro för att närstående ska bli sjuk

Sammantaget för Region Skåne rapporterade 25 procent att de kände oro för att någon närstående skulle bli allvarligt sjuk i Covid-19, vilket därav var betydligt vanligare än oron över att själv bli allvarligt sjuk. Tydliga könsskillnader syns med högre oro bland kvinnor än män. Skillnader mellan åldersgrupper förekom också och var störst bland 30–44 år där 28 procent svarade att de upplevde sådan oro. Lägst oro återfanns bland de som var 65 år och äldre där 20 procent uppgav att de hade sådan oro. Det var inte någon större skillnad mellan utbildningsgrupperna där ungefär 25 procent uppgav oro för att någon närstående skulle bli allvarligt sjuk. För födelseland sågs en högre oro bland de som antingen var europeiskt- eller utomeuropeiskt födda där 28 procent angav sådan oro. Lägst var den bland de som var födda i Sverige och Norden där det låg på 23–24 procent.

Kommunala variationer förekom med ett spann mellan 19–31 procent. Det förekom ingen nämnvärd skillnad mellan Skåne och riket.

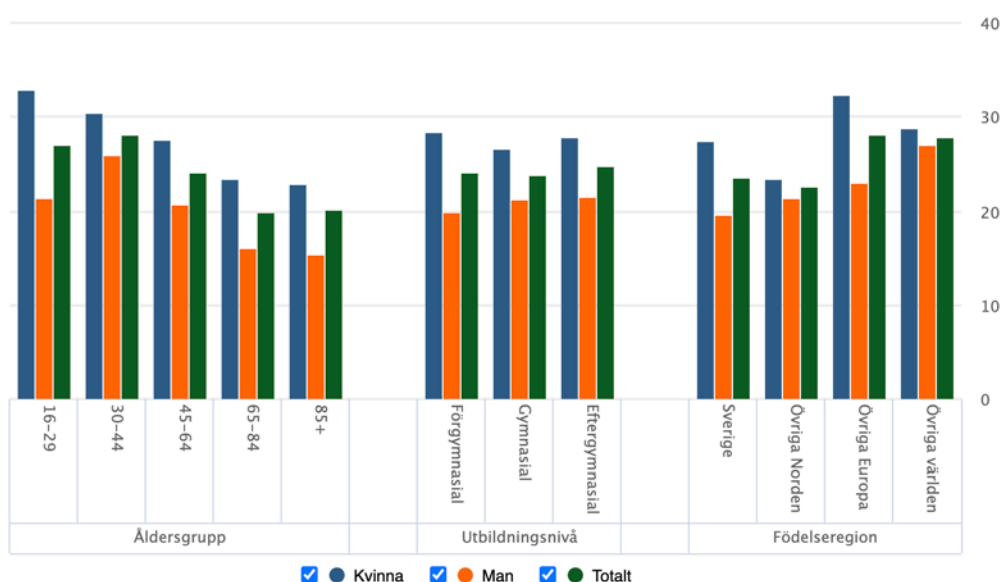
### Jämförelse mot riket

Andel med oro för att närstående ska bli allvarligt sjuk i Covid-19, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Jämförelse mot riket (16+ år)	Riket	29,3	20,7	25
	Skåne	28,1	21	24,6

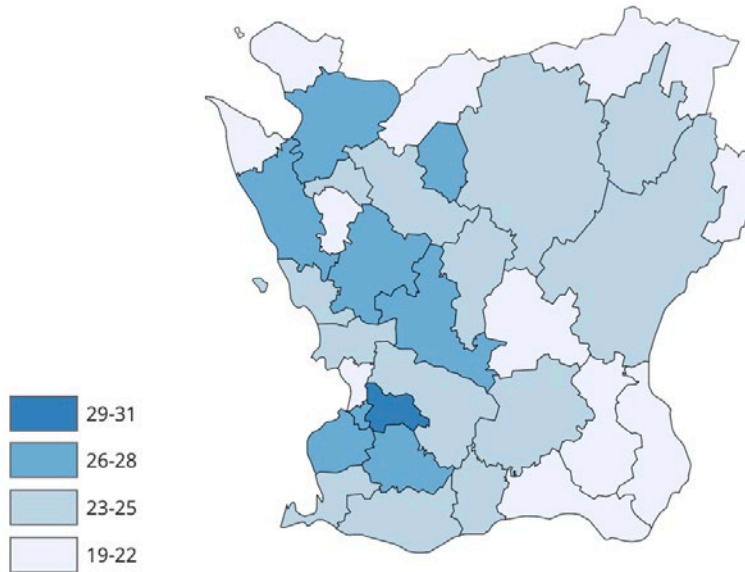
### Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med oro för att närstående ska bli allvarligt sjuk i Covid-19, %



## Geografiska skillnader

Andel med oro för att närstående ska bli allvarligt sjuk i Covid-19, %



## Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. (2022). Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2022. Artikelnummer 22026. [www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/)
2. SOU 2022:10. Sverige under pandemin. Slutbetänkande av Coronakommissionen. [Sverige under pandemin SOU 2022:10](http://Sverige%20under%20pandemin%20SOU%202022:10)
3. Booth, A., Reed, A. B., Ponzio, S., Yassaee, A., Aral, M., Plans, D., Labrique, A., & Mohan, D. (2021). Population risk factors for severe disease and mortality in COVID-19: A global systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(3), e0247461. [doi.org/10.1371/journal.pone.0247461](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247461)
4. Steenblock, C., Schwarz, P. E. H., Ludwig, B., Linkermann, A., Zimmet, P., Kulebyakina, K., Tkachuk, V. A., Markov, A. G., Lehnert, H., de Angelis, M. H., Rietzsch, H., Rodionov, R. N., Khunti, K., Hopkins, D., Birkenfeld, A. L., Boehm, B., Holt, R. I. G., Skyler, J. S., DeVries, J. H., . . . Bornstein, S. R. (2021). COVID-19 and metabolic disease: mechanisms and clinical management. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 9(11), 786-798. [doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00244-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00244-8)
5. Folkhälsomyndigheten, Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2022. Artikelnummer 22026. 2022. [Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](http://Folkhälsans%20utveckling%20-%20årsrapport%202022%20-%20Folkhälsomyndigheten%20(folkhalsomyndigheten.se))
6. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020c). Coronapandemin och socioekonomiska skillnader. En prognos om kort- och långsiktiga effekter. [www.ces.regionstockholm.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/](http://www.ces.regionstockholm.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/)



7. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020a). Coronapandemin och alkoholvanor. En prognos om kort- och långsiktiga effekter. [www.ces.regionstockholm.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/](http://www.ces.regionstockholm.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/)
8. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020b). Coronapandemin och psykisk hälsa. En prognos om kort- och långsiktiga effekter. [www.ces.regionstockholm.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/rapporter-om-covid-19/](http://www.ces.regionstockholm.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/rapporter-om-covid-19/)
9. Ledarna inom vård & omsorg (LiVO). (2021). Att leda äldreomsorg i pandemi. En rapport från ledarna inom vård och omsorg.; <https://www.ledarna.se/4adaee/globalassets/branschforeningar/ledarna-inom-var-d-omsorg-livo/rapport-att-leda-aldreomsorg-under-en-pandemi-livo-2021.pdf>
10. Statens offentliga utredningar (SOU 2021:89), Sverige under pandemin. Volym2. Sjukvård och folkhälsa. Delbetänkande 2 av coronakommissionen. 2021. [Delbetänkande 2 – Sverige under pandemin SOU 2021:89 \(coronakommissionen.com\)](http://delbetankande2.sou.se/Sverige-under-pandemin-SOU-2021:89-coronakommissionen)
11. Dragioti, E., Li, H., Tsitsas, G., Lee, K. H., Choi, J., Kim, J., Choi, Y. J., Tsamakis, K., Estradé, A., Agorastos, A., Vancampfort, D., Tsiptsios, D., Thompson, T., Mosina, A., Vakadaris, G., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., Correll, C. U., Han, Y. J., . . . Solmi, M. (2022). A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *J Med Virol*, 94(5), 1935-1949. [doi.org/10.1002/jmv.27549](https://doi.org/10.1002/jmv.27549)
12. Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11. [doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w](https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w)
13. Bourmistrova, N. W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R., & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *J Affect Disord*, 299, 118-125. [doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.031](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.031)
14. Delpino, F. M., da Silva, C. N., Jerônimo, J. S., Mulling, E. S., da Cunha, L. L., Weymar, M. K., Alt, R., Caputo, E. L., & Feter, N. (2022). Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *J Affect Disord*, 318, 272-282. [doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.003)
15. Lakhan, R., Agrawal, A., & Sharma, M. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress during COVID-19 pandemic. *Journal of neurosciences in rural practice*, 11(04), 519-525. [doi.org/10.1055/s-0040-1716442](https://doi.org/10.1055/s-0040-1716442)
16. Pashazadeh Kan, F., Raoofi, S., Rafiei, S., Khani, S., Hosseini-fard, H., Tajik, F., Raoofi, N., Ahmadi, S., Aghalou, S., Torabi, F., Dehnad, A., Rezaei, S., Hosseini-palangi, Z., & Ghashghaee, A. (2021). A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*, 293, 391-398. [doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.073](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.073)



# Framtidstro

Syftet med frågan om framtidstro är att spegla huruvida människor känner optimism eller pessimism inför framtiden. Forskning har visat att optimister oftare använder sig av aktiva eller problemlösande strategier när de möter ett problem. Något som i sin tur kan leda en bättre anpassning till problemet (1) och bidra till bättre hälsa (2). Det finns även studier som påvisat samband mellan optimism och lägre risk för, samt fördelar vid fysiska sjukdomar, särskilt hjärt-kärlsjukdomar (3, 4). Dessutom har samband setts mellan optimism och hälsosamt åldrande avseende allvarliga kroniska sjukdomar, kognitiv funktionsnedsättning och fysisk funktion. Detta är av vikt inte enbart för den enskilde, utan även för samhället i stort, inte minst utifrån demografiska förändringar som pekar mot att allt fler blir allt äldre (5).

## Framtidstro

---

Svarande som på frågan: ”Hur ser du på framtiden för din personliga del?” uppgav att de såg ganska eller mycket ljust på framtiden ansågs ha en ljus framtidstro. Detta uppgavs av en majoritet, 65 procent sett till hela gruppen (16+ år). Över tid ses dock lägre procentsatser för varje mätning mellan år 2012–2022 (avser 18–80 år). Denna sjunkande trend ses både för kvinnor och män.

Sett till olika åldersgrupper sticker gruppen 85+ år ut med betydligt lägre andelar med ljus framtidstro jämfört med övriga åldersgrupper. Bland kvinnor exempelvis, uppgav endast 30 procent i åldern 85+ år att de har en ljus framtidstro, vilket kan jämföras med övriga åldersgrupper som ligger mellan 52–76 procent. Andelen med ljus framtidstro skiljer sig även mellan socioekonomiska grupper både för gruppen som helhet och kvinnor och män var för sig. Resultaten pekar mot att ju längre utbildning, desto högre andel med ljus framtidstro. Högst andelar ses med andra ord i gruppen med eftergymnasial utbildning (71 procent) och lägst för gruppen med förgymnasial utbildning (55 procent). Sett till födelseregioner verkar andelen med ljus framtidstro vara något högre i gruppen utomeuropeiskt födda kvinnor jämfört med kvinnor i övriga födelseregioner (70 procent jämfört med 60–65 procent).

I Skåne skiljer det 20 procentenheter mellan den kommun med högst (74 procent) och lägst (54 procent) andelar av kommuninvånarna som rapporterat ljus framtidstro.

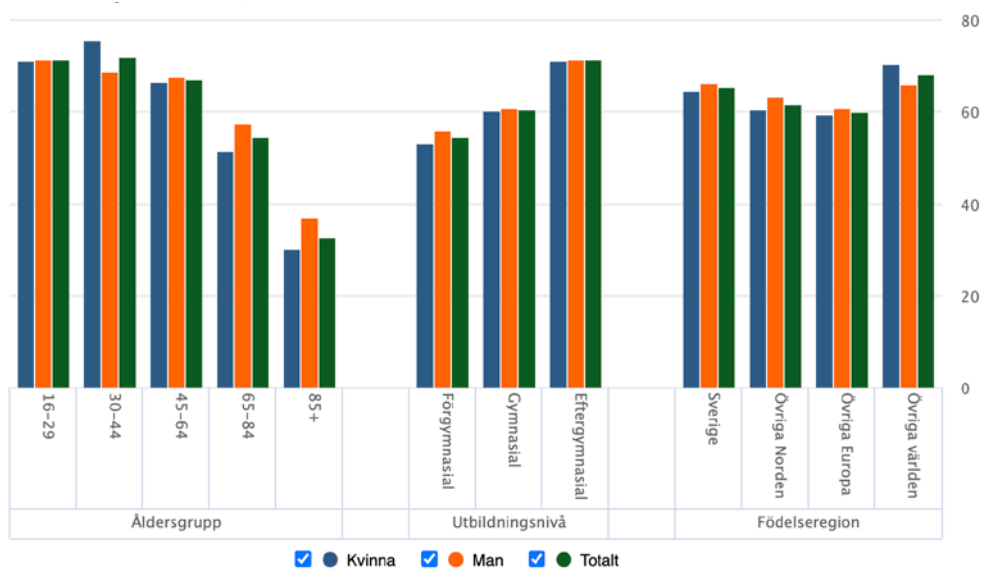
## Jämförelse över tid och mot riket

Andel med ljus framtidstro, %

		Kvinna, %	Man, %	Totalt, %
Utveckling över tid (18-80 år)	2012	77,8	75,6	76,7
	2019	70,3	70	70,1
	<b>2022</b>	<b>67,1</b>	<b>67</b>	<b>67,1</b>

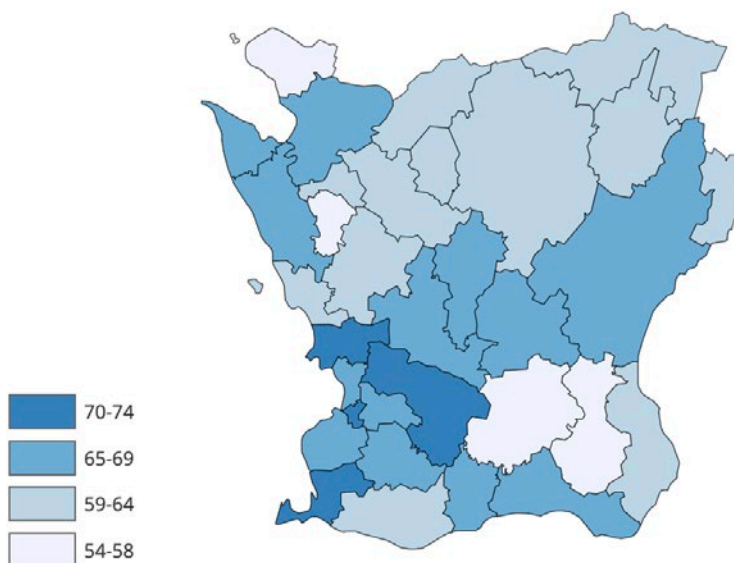
## Åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseregion

Andel med ljus framtidstro, %



## Geografiska skillnader

Andel med ljus framtidstro, %



## 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/jamanetworkopen.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>

# Kontaktuppgifter

**Utgives av:**

*Region Skåne, Enheten för samhällsanalys, 2023.*

**Kontaktpersoner:**

*Emma Carlstedt [emma.carlstedt@skane.se](mailto:emma.carlstedt@skane.se)*

*Sara Lindeberg [sara.lindeberg@skane.se](mailto:sara.lindeberg@skane.se)*

