ÖPPNA JÄMFÖRELSER 2014



Folkhälsa

Socialstyrelsen

Folkhälsomyndigheten

Sveriges Kommuner och Landsting

Öppna jämförelser 2014
Folkhälsa

Du får gärna citera rapportens texter eller diagram om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Socialstyrelsen: Artikelnummer 2014-12-3, ISBN 978-91-7555-223-1
SKL: ISBN 978-91-7585-159-4

Foto: InaAgency (Omslag).
Produktion: Edita Bobergs AB
Tryck: Edita Bobergs AB, december, 2014

MILJÖMÄRKT Trycksak lic nr 341 359

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utveckla och publicera öppna jämförelser inom folkhälsa. Den första rapporten publicerades 2009 och detta är den andra rapporten inom området. Rapporten redovisar en del nya indikatorer utöver de indikatorer som redovisades 2009. Mät- och jämförelseperioderna har valts för att kunna följa upp vad som hänt sedan 2009 års rapport.

Syftet med rapporten är att bidra till att förbättra folkhälsan genom att stimulera till systematiskt förbättringsarbete inom olika verksamheter på regional och lokal nivå. SKL har tillsammans med sina medlemmar bedrivit ett utvecklingsarbete som ska underlätta arbetet i nästa steg när denna rapport har publicerats. Arbetet har mynnat ut i en webbaserad verktygslåda, vilket är ett stöd i kommande analys- och förbättringsarbete.

Uppdraget har utförts av en projektgrupp som bestått av Marianne Aggestam, Petra Sundlöf och Martin Lindblom från Socialstyrelsen, Elisabeth Skoog Garås från SKL och Marlene Makenzius från Folkhälsomyndigheten. Styrgrupp för arbetet har varit Mona Heurgren från Socialstyrelsen, Ulrika Johansson från SKL och Saman Rashid från Folkhälsomyndigheten.

Under arbetsprocessen har projektgruppen fått värdefulla synpunkter från följande experter: Per-Olof Östergren, professor i socialmedicin och global hälsa, Lunds universitet; Bo Burström, professor i socialmedicin vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet; Margareta Kristensson, professor vid institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet samt vetenskapligt råd på Socialstyrelsen; Juan Merlo, professor i socialepidemiologi, Lunds universitet. Därutöver har flera sakkunniga inom respektive organisation bidragit med värdefulla synpunkter.

Ett särskilt tack riktas till alla landstings- och kommunrepresentanter som deltagit i arbetet med att ta fram en ny öppen jämförelse för folkhälsa 2014.

Lars-Erik Holm	Håkan Sörman	Johan Carlson
Generaldirektör	*Verkställande direktör*	*Generaldirektör*
Socialstyrelsen	*Sveriges Kommuner och Landsting*	*Folkhälsomyndigheten*

Innehåll

■ Ny indikator
● Förändrad indikator

Förord ... **3**

Sammanfattning ... **9**

INLEDNING ... **11**
Syfte ... 11
Avgränsningar ... 11
Rapportens disposition och bilagor ... 11
Öppna jämförelser folkhälsa ... 12
Vad är en indikator? ... 13

MATERIAL, METOD OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT ... **14**
Vad visar jämförelsen? ... 14
Redovisning av data ... 15
Konfidensintervall ... 15
Kommunredovisning ... 16
Läns- och landstingsredovisning ... 16

FOLKHÄLSA ... **17**
Vad bestämmer hälsan? ... 17
Jämlikhet i hälsa ... 18
Folkhälsa och hållbar utveckling ... 19
Strategiskt folkhälsoarbete på regional och lokal nivå ... 19
Nationellt folkhälsopolitiskt perspektiv ... 20
Internationellt folkhälsoperspektiv ... 21

HÄLSAN I BEFOLKNINGEN ... **22**
Övergripande hälsotillstånd ... **22**
1. Medellivslängd ... 22
2. Självskattat allmänt hälsotillstånd ... 27
3. Fetma ... 30
4. Tandhälsa ... 34

Insjuknande ... **37**
● 5. Hjärtinfarkt ... 37
6. Lungcancer ... 41

Dödlighet ... **43**
● 7. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet ... 43
■ 8. Åtgärdbar dödlighet ischemisk hjärtsjukdom ... 46

Psykisk ohälsa **48**
9. Nedsatt psykiskt välbefinnande 48
10. Regelbunden behandling med sömnmedel och lugnande medel 52
11. Självmord och dödsfall med oklart uppsåt 56

Skador **58**
12. Skador bland barn 58
13. Fallskador bland äldre 60

LIVSVILLKOR OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN **63**
De första åren **63**
14. MPR-vaccination av barn 63
15. Barns deltagande i förskoleverksamhet 66
16. Pedagogisk utbildning inom förskolan 69

Utbildning, arbetsliv och försörjning **72**
17. Behörighet till gymnasieskolan 72
18. Slutförda gymnasiestudier 76
19. Unga som varken arbetar eller studerar 79
20. Långtidsarbetslöshet 83
21. Långvarigt ekonomiskt bistånd 86

Delaktighet **89**
22. Valdeltagande 89
23. Invånarnas upplevelse av möjlighet till inflytande på beslut och verksamheter inom kommunen 91

Rekreation och transport **93**
24. Tillgång till gång- och cykelvägar 93
25. Tillgång till parker, grönområden och natur 96

Trygghet och sociala relationer **98**
26. Trygg i skolan 98
27. Avstått från att gå ut ensam 100
28. Avsaknad av tillit till andra 103
29. Besvär av ensamhet bland äldre 106

Våld i nära relationer **109**
30. Kartläggning och samverkan 109

LEVNADSVANOR **112**
Fysisk aktivitet **112**
31. Stillasittande fritid 112
32. Regelbunden fysisk aktivitet minst en halvtimme om dagen 116
33. Deltagande i sammankomster anordnade av idrottsföreningar 120

Matvanor **124**
34. Konsumtion av frukt och grönt 124

Tobaksvanor **128**
35. Daglig rökning 128
36. Rök- och snusvanor bland blivande mammor 132

Alkoholvanor **135**
37. Riskkonsumtion av alkohol 135

Patientrapporterade erfarenheter **139**
38. Patienter i primärvården som diskuterat levnadsvanor 139

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter **141**
39. Gynekologisk cellprovtagning 141
40. Oskyddat sex – Klamydia 143
41. Oskyddat sex – Tonårsaborter 145

Referenser **149**

Bilaga 1 Hantering av data från folkhälsoenkäter **157**

Sammanfattning

Den här rapporten följer upp de indikatorer som presenterades i *Öppna jämförelser 2009 Folkhälsa*. Rapporten innehåller en indikatorbaserad jämförelse av folkhälsa och speglar olika perspektiv av folkhälsa i form av jämförelser av skillnader i utfall mellan kommuner och mellan landsting.

Resultatet visar att det finns både likheter och stora skillnader mellan kommuner och mellan landsting när det gäller livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Rapporten är tänkt att användas som underlag för olika folkhälsoaktörer på regional och lokal nivå för fortsatta analyser och systematiska förbättringar. Öppna jämförelser har en beskrivande karaktär och innehåller ingen analys eller bedömning av möjliga orsaker till skillnaderna i utfallen.

Över hälften av indikatorerna uppvisar ett bättre resultat på riksnivå jämfört med 2009. Årets rapport innehåller även en rad nya indikatorer som berör livsvillkor och levnadsförhållanden, och för dem har utfallet inte utvecklats lika gynnsamt. Längre utbildning innebär ofta färre hälsorisker i arbetslivet, mindre ekonomisk utsatthet och mer inflytande över den egna livssituationen. En lång utbildning ökar möjligheterna till att få ett arbete, och att känna social gemenskap och delaktighet i samhället. Ojämlikheter i hälsan är ofta konsekvenser av sämre livsvillkor och levnadsförhållanden.

Några resultat i korthet:

- Medellivslängden i Sverige har fortsatt att öka, bland annat för att sjukligheten och dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat kraftigt. Det finns dock förhållandevis stora variationer inom landet. Ökningen av medellivslängden har inte heller varit lika stor för alla grupper. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har haft den sämsta utvecklingen.
- I de flesta landsting och kommuner är det en något större andel individer som upplever att deras hälsotillstånd är gott än vid tidigare mätningar, men även här finns tydliga skillnader mellan könen samt mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.
- Tidigare ökade andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande men ökningen tycks ha avtagit i flera landsting och kommuner. Det är dock fortfarande en högre andel kvinnor än män som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande och bland de yngre har andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande ökat under perioden 2007-2014.
- Förskrivningen av sömnmedel och lugnande medel varierar avsevärt mellan olika landsting och mellan kommuner. Särskilt hög är den bland kvinnor med kort utbildning.
- Det finns stora variationer i landet i andelen elever som uppnår behörighet till gymnasieskolan, och i andelen elever som slutför sina gymnasiestudier inom fyra år.
- Långtidsarbetslösheten, mätt som andel i hela befolkningen, har ökat i nästan alla kommuner jämfört med 2009 och varierar stort mellan kommunerna.
- Att känna sig trygg och säker har avgörande betydelse för välbefinnandet. I de flesta län och kommuner minskar andelen som avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Det är betydligt fler kvinnor än män som avstått från att gå ut ensamma.
- Befolkningens levnadsvanor varierar mellan kommuner och mellan landsting och mellan grupper med kort respektive lång utbildning. På flera områden har levnadsvanorna förbättrats, vilket också kan utläsas i att insjuknandet i hjärtinfarkt och lungcancer minskar. Förekomsten av fetma har dock ökat i de flesta landsting och

kommuner. Sammanfattningsvis kan följande resultat redovisas för levnadsvanor i befolkningen:

- Den fysiska aktiviteten har inte förändrats nämnvärt över de två mätperioderna. Knappt hälften av landstingen har ett något förbättrat resultat.
- Daglig rökning har minskat i de flesta landsting och kommuner men är fortfarande vanligare bland kvinnor, särskilt bland dem med kort utbildning.
- Riskbruket av alkohol har minskat i de flesta landsting, men med stora regionala och lokala skillnader. Det finns en tydligare nedåtgående trend bland unga män medan utvecklingen för yngre kvinnor inte varit lika positiv.
- Av patienter inom primärvården som rapporterar att de diskuterat sina levnadsvanor under ett läkarbesök så är utfallet oförändrat eller något sämre jämfört med föregående mätperiod, förutom i ett antal landsting som utvecklats positivt.
- Inom området sexuell och reproduktiv hälsa framgår att klamydiautvecklingen är oförändrad mellan mätperioderna. Aborterna minskar i tonårsgruppen, vilket är en positiv trend, men för både aborter och klamydia finns stora variationer mellan landstingen.

I rapportens jämförelser beaktas skillnader mellan män och kvinnor samt mellan grupper med kort, mellan respektive lång utbildning. I de flesta fall är situationen sämre för dem med kort utbildning. Detta gäller i synnerhet för kvinnor med kort utbildning, vilka ofta haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen över tid.

Inledning

Öppna jämförelser för folkhälsa redovisades för första gången 2009. Detta är 2014 års rapport som Socialstyrelsen publicerar i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Folkhälsomyndigheten. I arbetet har utgångspunkten varit att tillvarata erfarenheterna från 2009, något som även uttrycks i regeringsuppdraget. De flesta indikatorer som redovisades 2009, följs därför upp även i denna jämförelse. Rapportens omfång har samtidigt utökats och den innehåller fler indikatorer jämfört med föregående rapport. Bland tillskotten finns en rad indikatorer som berör människors livsvillkor och levnadsförhållanden.

Den övergripande målsättningen är att denna öppna jämförelse för folkhälsa ska fungera som stöd för ansvariga huvudmän och utförare inom välfärdssektorn, i arbetet med att främja en god folkhälsa. Inom vissa av de områden där det finns riktlinjer eller andra evidensbaserade kunskapsunderlag, så bör dessa vara utgångspunkten för det lokala förbättringsarbetet och diskussionen. Socialstyrelsen, SKL och Folkhälsomyndigheten har anordnat seminarier och regionala dialogmöten samt deltagit i nätverks- och referensgruppsträffar med kommun- och landstingsrepresentanter för att diskutera områden som har betydelse för folkhälsan i Sverige samt förslag till indikatorer att redovisa i rapporten.

SYFTE

Öppna jämförelser för folkhälsa ska:

- bidra till öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade verksamheten
- fungera som ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande i verksamheterna
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- tjäna som underlag för ledning och styrning.

AVGRÄNSNINGAR

Det är viktigt att betona att de indikatorer som redovisas här inte ger en heltäckande bild av folkhälsområdet. Ambitionen har varit att identifiera viktiga områden som ännu inte belysts tillräckligt. Samtidigt finns det brister i datatillgången som ofta begränsar möjligheterna att göra heltäckande jämförelser. Landsting och kommuner har ofta tillgång till betydligt mer statistik som inte är tillgänglig eller jämförbar på nationell nivå. Däremot bidrar dessa lokala och regionala data till ett fortsatt analysarbete av indikatorerna i denna rapport.

RAPPORTENS DISPOSITION OCH BILAGOR

Den första delen innehåller bakgrundsinformation med inledning, uppdragets syfte och metoddiskussion. Dessutom beskrivs folkhälsan och dess kontext i förhållande till den här rapporten, kommunernas och landstingens roll och ansvar på folkhälsoområdet, folkhälsopolitiken samt hälsans bestämningsfaktorer.

Den andra delen av rapporten innefattar en resultatredovisning av de indikatorer som presenteras i rapporten. Denna del är indelad i tre områdeskapitel: hälsan i befolkningen, livsvillkor och levnadsförhållanden samt levandsvanor. Samtliga områden beskrivs närmare i nästkommande kapitel om folkhälsa. I bilaga 1 längst bak i denna rapport beskrivs hur data har hanterats från den nationella folkhälsoenkäten (HLV) och de regionala folkhälsoenkäterna från Värmland och Skåne.

Av rapportens innehållsförteckning framgår vilka indikatorer som har förändrats respektive är nya sedan *Öppna jämförelser 2009 Folkhälsa*. Utöver den tryckta rapporten ingår även två bilagor, vilka finns tillgängliga i elektronisk form.

- Bilaga 2 Indikatorbeskrivningar
- Bilaga 3 Tabellbilaga. Resultat per kommun och landsting för samtliga indikatorer och bakgrundsvariabler.

Resultatredovisningen i denna rapport har strukturerats kring följande områden: hälsan i befolkningen, livsvillkor och levnadsförhållanden samt levnadsvanor. Inom avsnittet hälsan i befolkningen samlas indikatorer som på ett eller annat sätt speglar hälsotillstånd, hur länge vi lever och hur vi mår, samt hur hälsan är fördelad bland olika grupper i befolkningen. Livsvillkor och levnadsförhållanden finns i det efterföljande avsnittet. Livsvillkor omfattar sådana aspekter som berör det samhällssystem individen lever i. Levnadsförhållanden påverkas av livsvillkoren och beskriver förutsättningarna i den miljö som människor lever och verkar i. Det vill säga individens specifika förhållanden som påverkas av till exempel boendemiljön,

arbetsmiljön eller den psykosociala miljön. Livsvillkoren och till viss del även levnadsförhållandena ligger ofta utanför den enskilda individens omedelbara kontroll. Levnadsvanor, som behandlas i rapportens tredje avsnitt, handlar om specifikt mänskliga beteenden i vardagliga aktiviteter som individen själv kan påverka, exempelvis matvanor, fysisk aktivitet, tobaks- och alkoholbruk samt sömn- och sexualvanor. Samhället kan skapa goda förutsättningar för individer att själva göra kloka val när det gäller deras egna levnadsvanor. Dessa vanor påverkas av livsvillkoren och levnadsförhållandena [1, 2].

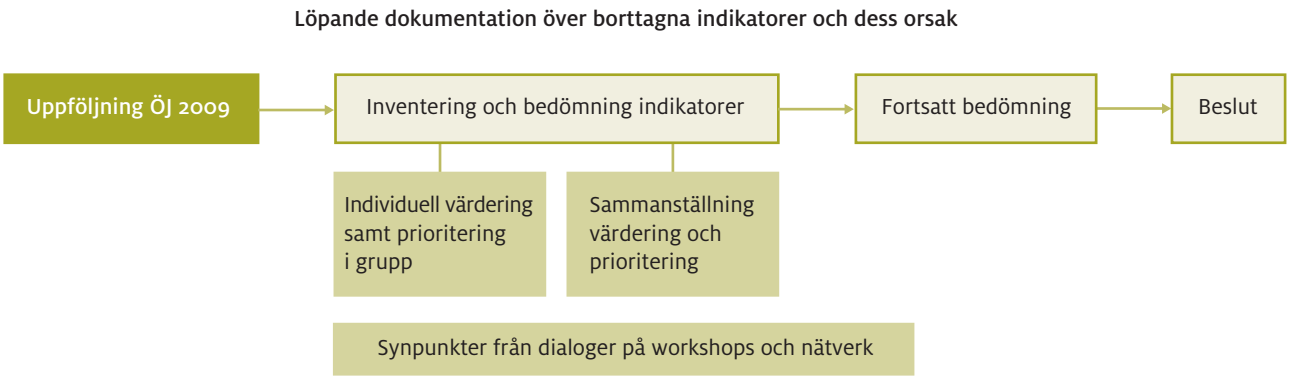
ÖPPNA JÄMFÖRELSER FOLKHÄLSA

Den första rapporten *Öppna jämförelser 2009 Folkhälsa* innehöll 21 indikatorer för indikatorområdena levnadsvillkor, levnadsvanor och hälsoeffekter. Syftet med rapporten var att stimulera till fördjupade diskussioner och analyser i arbetet med att utveckla folkhälsoinsatserna på lokal och regional nivå. Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för folkhälsan vilket understryker behovet av ett utvecklat samarbete mellan parterna. Rapporten skulle även fungera som kunskapsunderlag inför fortsatta analyser för att åstadkomma en god folkhälsa. År 2011 gjorde SKL en utvärdering som var riktad till landstingens folkhälsochefer och kontaktpersoner för strategiskt folkhälsoarbete i kommunerna. Den visade att mottagandet av *Öppna jämförelser 2009 Folkhälsa* var positivt. Många kontaktpersoner använde sig av särskilda insatser för att kommunicera rapporten till massmedia och hälften angav att samverkan mellan kommun och landsting fungerat bra. Det var också uppskattat att data redovisades uppdelat utifrån utbildningsbakgrund där det var möjligt. Rapporten hade däremot inte stimulerat till något mer omfattande förbättringsarbete. I utvärderingen framkom önskemål om ett ökat fokus på jämlikhet i hälsa, fler indikatorer utanför områdena levnadsvanor och hälsoutfall samt fler processindikatorer. I samband med dialogmöten med kommun- och landstingsrepresentanter framkom särskilt önskemål om att rådigheten ska återspeglas i indikatorerna så långt det är möjligt, förslagsvis genom redovisning i form av processindikatorer för att identifiera och följa vad som görs i verksamheterna. Dessa önskemål har dock varit svåra att tillgodose, eftersom det saknas data med nationell täckningsgrad.

I arbetet med att ta fram en ny öppen jämförelse för folkhälsa 2014, har även landstings- och kommunrepresentanter deltagit och nätverk med såväl politiker som tjänstemän har varit involverade i dialoger och förankring. En målsättning var att följa upp 2009 års rapport med inventering av nya möjliga indikatorer inom folkhälsoområdet på nationell, regional och lokal nivå. I samband med workshops fick kommun- och landstingsrepresentanter värdera de föreslagna indikatorerna samt välja ut ett antal nya indikatorer genom prioriteringsdiskussioner. Sammanlagt har 125 personer från kommuner och landsting deltagit i detta arbete och totalt har 175 föreslagna indikatorer behandlats i denna process. I denna rapport finns nu 41 indikatorer, en utökning med ungefär dubbelt så många indikatorer sedan 2009.

Alla parter har strävat efter att indikatorerna ska vara relevanta för folkhälsan samt belysa områden som är viktiga för verksamheten att arbeta med i syfte att förbättra utfallet på folkhälsoområdet. Indikatorerna ska var för sig spegla väsentliga aspekter inom folkhälsoarbetet.

FIGUR 1: En bild av processen för framtagande av nya indikatorer i dialog med kommun- och landstingsrepresentanter:



VAD ÄR EN INDIKATOR?

En indikator är något som kan mätas och den används för att visa ett tillstånd eller en förändring i ett större system. Indikatorer är det verktyg som används i uppföljnings- och utvärderingssammanhang på nationell nivå. Socialstyrelsen har satt upp ett antal kriterier som stöd för att fastställa och utveckla indikatorer, och för att särskilja dessa från andra nyckeltal och bakgrundsvariabler [3]. Kriterierna har varit vägledande även för detta uppdrag och är följande:

- Indikatorn ska ange riktning, det vill säga att höga eller låga värden är uttryck för hög eller låg kvalitet och/eller effektivitet.
- Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
- Indikatorn ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
- Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på kunskap, till exempel på riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
- Indikatorn ska vara påverkbar så att en huvudman eller utförare inom offentligt finansierad verksamhet i kommuner eller landsting ska kunna påverka indikatorns utfall.
- Indikatorn ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Det är dessutom bra om indikatorn också uppfyller följande:

- Indikatorn bör om möjligt ha en målnivå.
- Indikatorn bör vara rikstäckande och möjlig att bryta ned på olika nivåer. Det innebär en strävan att ha med alla kommuner, landsting och enheter i en jämförelse, både offentliga utförare, privata och non-profit organisationer inom ramen för den offentligt finansierade verksamheten.
- Indikatorn bör kunna utgå från olika datainsamlingar som produceras av olika aktörer inom området.

Material, metod och tillvägagångssätt

Rapporter med öppna jämförelser innehåller indikatorbaserade jämförelser. Det innebär huvudsakligen att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator samt genom ett antal olika identifierade redovisningsnivåer. En redovisning av jämförelser på nationell nivå ställer stora krav på datakvaliteten. Alla data ska vara av god kvalitet på både individ- och verksamhetsnivå, och de ska vara väl utvecklade vad gäller innehåll, täckningsgrad och tolkningsbarhet. Termer och begrepp som används vid insamlingen ska vara väl definierade, och strukturella och organisatoriska olikheter ska beaktas i framställningen. Dessutom ska data presenteras på ett statistiskt korrekt sätt för att skydda den personliga integriteten. Öppna jämförelser har en beskrivande karaktär och jämförelserna kommenteras så att läsaren lättare kan tolka utfallet. Texterna innehåller dock ingen analys som fastställer orsakerna till de skillnader som uppvisas, och de ger ingen värderande bedömning av utfallet. Nästa steg innefattar förbättringsarbete på regional- och lokal nivå, och det förutsätter tid för analys och fördjupning samt ofta även kunskap om olika lokala omständigheter som påverkat utfallen. Det är verksamhetens företrädare som har bäst förutsättningar att tolka och värdera sina egna utfall.

Varje indikator redovisas med en indikatortext samt en förklaring till varför området är viktigt för folkhälsan och varför indikatorn finns med i denna rapport. Därefter presenteras data för indikatorn i form av ett antal diagram.

Resultatredovisningen ska inte ses som ett sammanfattande betyg för en god folkhälsa i kommuner och landsting. Den är snarare tänkt att ge en nulägesbild utifrån ett urval indikatorer, vars data har tillräcklig täckningsgrad för att möjliggöra nationella jämförelser utifrån resultat på regional och lokal nivå. Indikatorerna har även identifierats utifrån de folkhälsopolitiska målområdena. Sett utifrån ett livsloppsperspektiv finns en övervikt av indikatorer med fokus på den vuxna befolkningen framför barn och äldre. Anledningen är att tillgången till sådana data är större på lokal och regional nivå.

Den främsta skillnaden mot 2009 års rapport är att det har tillkommit fler indikatorer som i större utsträckning berör människors livsvillkor och levnadsförhållanden.

VAD VISAR JÄMFÖRELSEN?

Folkhälsan påverkas av en rad faktorer. Verksamheters innehåll och inriktning styrs av landstingens och kommunernas olika mål, prioriteringar och resursfördelning, något som också påverkar folkhälsoutfallen. Vid sidan av dessa finns andra faktorer som har betydelse för folkhälsan och som kommuner och landsting har mycket små möjligheter att påverka. Till dem hör regional och lokal befolkningsstruktur samt socioekonomiska förutsättningar i form av befolkningens utbildnings- och inkomstnivå, och det är faktorer som har en stark koppling till levnadsvanor och hälsa. Dessa förutsättningar varierar i olika grad mellan olika landsting och kommuner. Andra viktiga faktorer är befolkningstäthet, arbetsmarknadsstruktur samt bostadsmarknad. Olika landsting och kommuner har med andra ord skilda förutsättningar när det gäller att främja en god folkhälsa. I rapporten redovisas även ett antal bakgrundsvariabler för att öka tolkningsmöjligheterna och förståelsen för de skillnader som uppvisas i jämförelserna. De bakgrundsvariabler som redovisas är variabler relaterade till befolkningsstruktur (befolkningsstorlek, könsfördelning, medelålder, andel utrikes födda) och till socioekonomi (andel förvärvsarbetande, medianinkomst, andel invånare med eftergymnasial utbildning, ekonomisk utsatthet bland barn och äldre). Dessa variabler speglar olika förutsättningar som kan ha viss betydelse för att folkhälsoutfallen varierar mellan olika landsting och/eller kommuner.

I samband med kommun- och landstingsjämförelserna är det dock viktigt att komma ihåg att framför allt de socioekonomiska förutsättningarna ofta varierar mer inom till exempel ett landsting än mellan landsting. Inte sällan finns exempelvis stora skillnader mellan storstads- och landsbygdsområden när det gäller genomsnittsinkomster och utbildningsnivåer, något som inte framgår av landstingsjämförelserna i denna rapport. På samma sätt kan två kommuner i ett och samma landsting ha helt olika socioekonomiska förutsättningar, något som inte minst gäller kommuner i storstadsregioner.

I resultatdelen redovisas dessutom indikatorerna utifrån invånarnas utbildningsbakgrund där så är möjligt. Beroende på datakvaliteten, redovisas data på riksnivå över en längre tidsperiod. Då uppgifter finns tillgängliga, beskrivs även trender för andra grupper i befolkningen. Vidare analyser på lokal och regional nivå kan då göras utifrån kännedom om de egna förhållandena i kommunen eller landstinget.

I samband med jämförelser är det även viktigt att ta hänsyn till tiden mellan åtgärden och utfallet, det vill säga att vara medveten om att önskvärda effekter oftast nås först på längre sikt.

Slutligen bör man även tänka på att den typ av jämförelser som används inom ramen för öppna jämförelser – nämligen skillnader i genomsnittsvärden mellan kommuner och/eller landsting – inte är fullt tillräckliga för att en närmare tolkning och bedömning av storleken på de uppvisade skillnaderna skall kunna göras. Det är inte heller möjligt att på basis av dessa resultat, dra några slutsatser kring huruvida kommunen eller landstinget har någon betydelse för individernas hälsa. För sådana bedömningar krävs vidare studier i form av flernivåanalyser, där hänsyn även tas till individuell variation. Den typen av analyser inryms dock inte inom ramen för arbetet med öppna jämförelser.

REDOVISNING AV DATA

Inom projekt av typen öppna jämförelser, är det alltid önskvärt att visa så aktuella data som möjligt. Det är dessutom en fördel om en indikator är utformad så att effekten av förbättringsarbeten syns på kort sikt, som i årliga uppföljningar.

Indikatorer och data som presenterar utfallet sorteras efter indikatorvärdet, det vill säga utifrån önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering högt i upp i diagrammen är ett bättre utfall än en lägre placering. Sorteringen görs även i de fall där datakvaliteten är sämre, där skillnaderna är små och den slumpmässiga variationen är större. För de flesta indikatorer gäller att verksamheterna har möjlighet att påverka utfallet, men inte fullständigt. Det finns många faktorer att ta hänsyn till och variationerna beror inte sällan på skillnader i lokala och regionala förutsättningar.

För de indikatorer där datamängden är liten, bör längre tidsperioder användas. Orsaken till detta är att den statistiska osäkerheten annars skulle bli alltför stor och de årliga resultaten riskera att hoppa upp och ner beroende på slumpen. En avvägning behöver därför göras mellan aktualitet och statistisk säkerhet. I rapporten presenteras utfallet för indikatorerna så långt det är möjligt med hänsyn till datatillgång, enligt följande:

- kommun- och landstingsjämförelser sorterade efter värde
- rikets utveckling över tid
- utbildningsnivå
- åldersindelat (i särskilda fall).

Generellt visas könsuppdelade data för landsting, rikstrend och utbildningsnivå. På kommunnivå redovisas könsuppdelad data i en separat tabellbilaga. I den finns också utfallen för samtliga indikatorer och för alla kommuner- och landsting. I tabellbilagan finns även kompletterande data såsom extra länsdata med nedbrytningar på utbildningsnivå för ett flertal indikatorer, samt bakgrundsvariabler.

Konfidensintervall

Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det ”sanna” värdet av till exempel en andel, eller ett medeltal. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Det gäller till exempel de indikatorer som bygger på urvalsundersökningar såsom ”Hälsa på lika villkor” (HLV) och ”Nationell Patientenkät” (NPE). I de flesta diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall med streck vid de staplar eller prickar som visar värdet. Konfidensintervallen anger den statistiska osäkerheten för ett enskilt värde och med få observationer ökar utrymmet för slumpen så att konfidensintervallen blir bredare.

Flera av jämförelserna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller exempelvis för diagram som bygger på Socialstyrelsens hälsodataregister. I kvalitetsmätningar och i samband med jämförelser är det ändå vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som innehåller en slumpfaktor. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen. Vikten av att illustrera och ta hänsyn till den slumpmässiga variationen beskrivs i rapporten *Ännu bättre vård – vad kan vi lära från variationen i öppna jämförelser* [4]. Observera att konfidensintervallen inte avspeglar annan eventuell osäkerhet, exempelvis sådan som beror på bristande registrering eller att många unga inte svarat i en enkätundersökning. Det beskrivs närmare i indikatorbeskrivningen.

Kommunredovisning

Data på kommunnivå redovisas sorterade efter utfall i så kallade ”forest-plots-diagram,” det vill säga som prickar med konfidensintervall, med en referenslinje för riket. I de fall det finns en jämförelseperiod, visas värdet för den med en grå prick.

Kommundiagrammen visar oftast data som inte är könsuppdelade eftersom underlaget i många fall är för litet. I bilaga redovisas dock könsuppdelade indikatordata för kommuner där dataunderlaget är tillräckligt stort.

Läns- och landstingsredovisning

I rapporten förekommer benämningarna län, landsting och regioner. I texterna beskrivs de verksamheter eller organisationer som berörs och som indikatorn särskilt riktar sig till. Vissa indikatorer riktar sig i högre grad till särskilda huvudmän och/eller deras verksamhet, men i de flesta fall berörs flera huvudmän, som är verksamma inom ett och samma geografiska område. När det gäller data på landstingsnivå är diagrammen utformade som stapeldiagram, sorterade efter värde med ett diagram för kvinnor och ett för män, förutsatt att det finns könsuppdelad data. Konfidensintervall och tidigare jämförelseperiod visas i grått. Ett värde för rikets genomsnitt anges i annan färg än den som staplarna för landstingen har.

Folkhälsa

Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast liktydigt med frånvaron av sjukdom och funktionsnedsättning [5]. Hälsa inbegriper fyra positiva värden: långt liv, friskt liv, rikt liv och jämlikt liv. I definitionen betonas att en god hälsa ska ses som en resurs för samhället och dess individer och inte som ett mål i sig [6].

Folkhälsa är, till skillnad mot individens hälsa, ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. Det tar hänsyn till såväl nivån som fördelningen av hälsan. En god folkhälsa bör således innebära att hälsan är så god som möjligt och samtidigt så jämlikt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället [7].

En god och jämlikt fördelad folkhälsa är även centralt för en hållbar utveckling då den är ett resultat av ett samhälles sociala, ekonomiska och ekologiska utveckling, men en bra fördelning har även betydelse för den framtida utvecklingen av samhället [19].

Folkhälsan påverkas av många olika faktorer och inbegriper en rad olika aktörer i samhället, och därför är det viktigt att arbeta tvärsektoriellt. Folkhälsoarbete är dessutom oftast långsiktigt eftersom många förhållanden samverkar och individer har olika förutsättningar. Ansvaret ligger både inom den offentliga och den privata sektorn, men även frivilliga organisationer och inte minst den enskilda människan har stora möjligheter att medverka och bidra till en hälsofrämjande samhällsutveckling [9, 10].

Hösten 2008 publicerade WHO, rapporten *Closing the gap in a generation*, som sammanfattats på svenska av tidigare Statens folkhälsoinstitut. I rapporten fastslås att den ojämlika fördelningen av hälsa inte är ett naturligt fenomen utan kan ses som ”ett resultat av en hälsovådlig kombination av bristfällig socialpolitik och bristfälliga sociala program, orättvisa ekonomiska strukturer och dålig politik i allmänhet” [11].

I alla samhällen finns någon form av social stratifiering, det vill säga en ojämn fördelning av inflytande, resurser och tillgång till varor och tjänster. Den sociala positionen medför att fördelningen av bestämningsfaktorer varierar och resulterar i olika för- och nackdelar som också påverkar våra chanser till god hälsa. Med kort utbildning, låga inkomster och svag anknytning till arbetsmarknaden följer ofta sämre hälsa och livskvalitet, vilket i sin tur har betydelse för människors möjligheter och förmågor i livet [11-17].

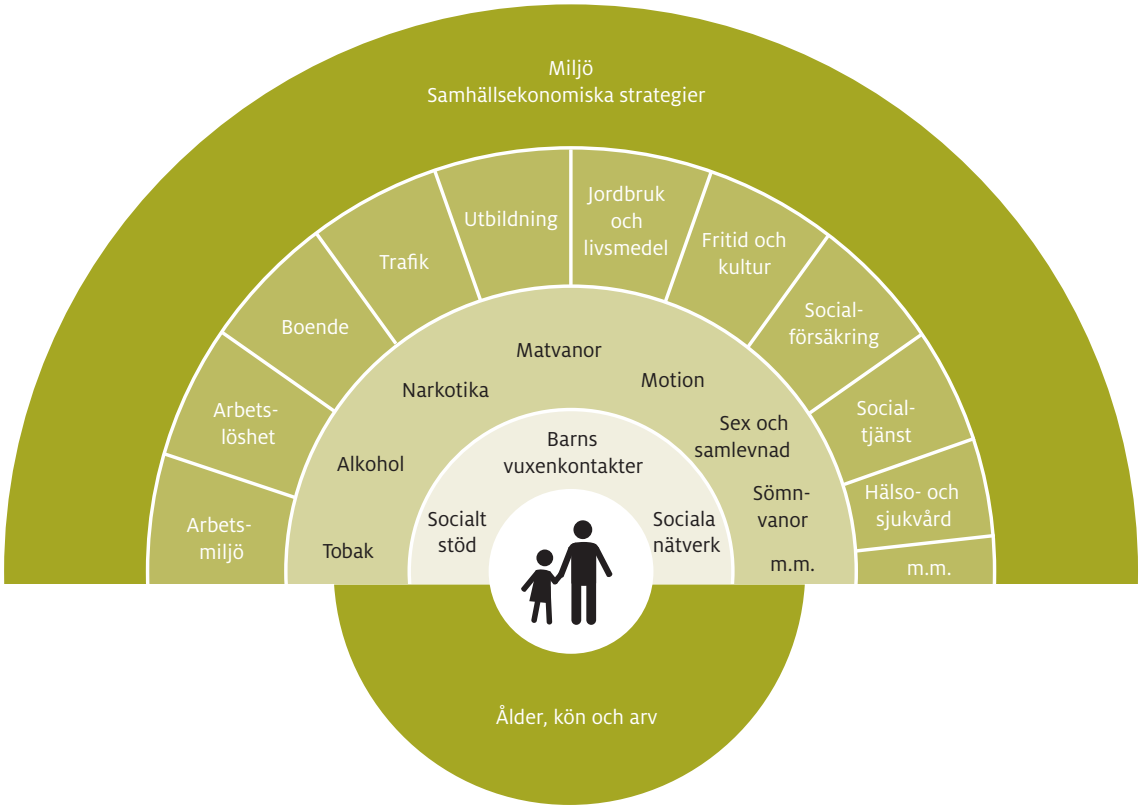
Arbetet för en jämlik hälsa finns fastlagt i mål på olika samhällsnivåer, både i ett nationellt och i ett internationellt perspektiv. Det finns också en hel del viktiga omvärldsfaktorer för befolkningens hälsa, bland annat hur konjunkturen och arbetsmarknaden utvecklar sig, eftersom hälsan påverkas av livsvillkor och levnadsförhållanden. Hälsan påverkar i sin tur möjligheterna till skolframgång, fortsatt utbildning, inträde på arbetsmarknaden och sociala relationer. Utmaningen är att skapa förutsättningar för alla att få ett långt liv med god hälsa, oavsett socioekonomiska förhållanden [18].

I en hel del kommuner har man under en längre tid följt utvecklingen av hälsa och välfärd genom årliga välfärdsredovisningar. På nationell nivå redovisas ofta att invånarna mår bättre och blir friskare, samtidigt som skillnaderna ökar mellan grupper med olika livsvillkor och levnadsförhållanden. Detta har lett fram till fyra stora utvecklingsarbeten för att förbättra folkhälsan i Malmö, Västra Götalandsregionen och Östergötland samt i ytterligare tjugo andra kommuner och landsting genom SKL:s samarbete med ”Samling för social hållbarhet”. Arbetet på lokal och regional nivå bygger på WHO rapporten *Closing the gap in a generation*, som påvisar samband mellan de faktorer i samhället som orsakar ohälsa och den ojämlika fördelningen av hälsa i befolkningen, hälsans sociala bestämningsfaktorer [19].

VAD BESTÄMMER HÄLSAN?

Termen bestämningsfaktor har kommit att användas i den folkhälsostrategiska diskussionen för att beteckna ”faktorer som påverkar hälsotillståndet”. Det är många faktorer som samverkar på flera olika nivåer i samhället, exempelvis var och hur vi bor, vilken miljö vi lever i, barndomen och uppväxttiden, vår utbildning och vårt arbete. Bestämningsfaktorer kan både öka och minska risken för ohälsa [2].

FIGUR 2. Hälsans bestämningsfaktorer, enligt Dahlgren och Whitehead, 1991, modifierad av Folkhälsomyndigheten [2].



De flesta faktorer är påverkbara, inte minst via politiska beslut inom till exempel sysselsättnings- och utbildningspolitik, medan andra handlar om förändringar i levnadsvanor som exempelvis kan gälla rökning eller motionsvanor. Även om individens egna val har stor betydelse för hälsan, kan faktorer på samhälls- och strukturnivå skapa gynnsamma förutsättningar och stödjande miljöer för att underlätta goda val. Faktorer såsom arv, kön och ålder inverkar också på folkhälsan, men de går sällan att påverka.

JÄMLIKHET I HÄLSA

År 1987 publicerade Socialstyrelsen sin första folkhälsorapport som visade att det fanns stora sociala skillnader i hälsa. Det har gått 27 år sedan dess och som helhet har befolkningen i Sverige fått bättre hälsa, men de stora sociala skillnaderna i hälsa kvarstår oavsett ålder och kön. Enligt den senaste folkhälsorapporten har de dessutom ökat i vissa avseenden [20]. Idag är det större skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper än mellan könen. Sociala skillnader i hälsa finns också inom länder och mellan länder, till exempel mellan de gamla EU-länderna och de nya i Öst- och Central-Europa.

Enligt den tidigare nämnda rapporten *Closing the gap in a generation* är det angeläget att vidta åtgärder för att minska ojämlikheten i hälsa när orsakerna är kända och påverkbara, och det kan ske med rimliga insatser. WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, den så kallade Marmotkommissionen, konstaterar att ”ojämlikhet i hälsa går att undvika, eftersom den har sin grund i de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras i och de system som tillämpas för att hantera sjukdomar”. Kommissionen lämnade tre rekommendationer för minskad ojämlikhet i hälsa [8, 21]:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv
- angripa den ojämna fördelningen av makt, pengar och resurser
- mäta och förstå problemet samt bedöma effekterna av åtgärderna.

Denna och andra kommissioner inom WHO om sociala bestämningsfaktorer för hälsa har varit vägledande för de fyra regionala och lokala utvecklingsarbetena i Sverige; Malmökommissionen, Västra Götalandregionens ”Samling för social hållbarhet”, Östergötlands kommission samt SKL:s arbete. ”Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa” [19].

Öppna jämförelser fokuserar på att redovisa jämförelser mellan kommuner och mellan landsting. Ambitionen är att redovisa såväl nivån som fördelningen av hälsan. Inkomst, yrkestillhörighet och utbildningsnivå är vanliga variabler för att mäta jämlikhet, liksom födelseland. I den-

na rapport redovisas data utifrån utbildningsnivå, när så är möjligt. Det innebär att data presenteras utifrån de tre utbildningsnivåerna förgymnasial (i de flesta fall grundskola), gymnasial, och eftergymnasial utbildning. Data över utbildning har hämtats från Statistiska centralbyråns utbildningsregister för befolkningen 25–74 år. Utbildning har också använts i öppna jämförelser för hälso- och sjukvården för att spegla jämlikhet. Förhoppningsvis kommer mått som på ett mer komplett sätt speglar individens sociala position att utvecklas i framtiden.

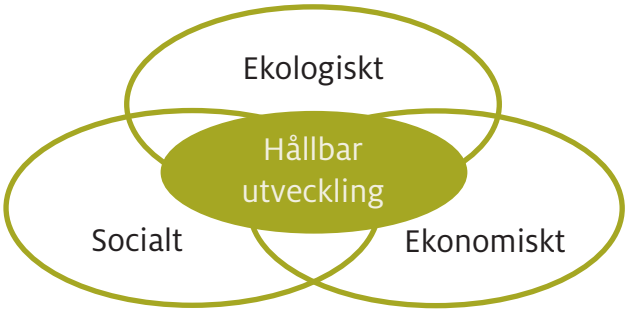
Betydelsen av att utjämna hälsoskillnaderna illustreras i en rapport från EU-kommissionen, där man uppskattar de ekonomiska konsekvenserna av ojämlikhet i hälsa, till nästan 10 procent av BNP [17].

FOLKHÄLSA OCH HÅLLBAR UTVECKLING

Hållbar utveckling är ett begrepp som ansluter till folkhälsobegreppet. Begreppet användes av den så kallade Brundtlandkommissionen och definieras som ”en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina egna behov” [22, 23].

På samhällsnivå innefattar begreppet hållbar utveckling en rad aspekter inom tre olika aspektområden: det ekonomiska, det sociala respektive det ekologiska.

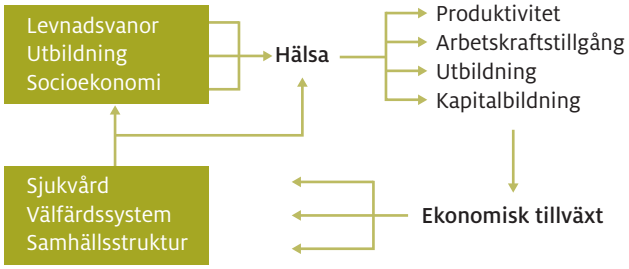
FIGUR 3: Begreppet hållbar utveckling och dess aspektområden



Inom det ekonomiska aspektområdet ryms aspekter kopplade till ekonomiska resurser, tillväxt och utveckling. Det sociala aspektområdet innefattar människors behov, utveckling samt sociala resurser, medan aspekterna på det ekologiska området handlar om yttre miljöförhållanden såsom vatten, luft, naturresurser samt människans samspel med dessa. De tre aspektområdena är tillsammans beroende av varandra och ingen av dem är överordnad de övriga eller kan ses som ett eget system. En ohållbar utveckling inom något av aspektområdena påverkar de övriga. Exempelvis kommer en överkonsumtion av naturens resurser (ekologiska aspektområdet) att kräva stora förändringar inom det ekonomiska systemet (ekonomiska aspektområdet), vilket sin tur påverkar resursfördelningen (sociala aspektområdet) [19].

Ekonomiska tillväxtmodeller fokuserar alltmer på hälsa som en variabel som i hög utsträckning påverkar humankapitalet. En god folkhälsa bidrar till en hållbar utveckling och ekonomisk tillväxt [22, 23].

FIGUR 4: Hälsans betydelse för ekonomisk tillväxt. Källa: *Hälsoekonomi och folkhälsoarbete* [24]



Det finns ett starkt samband mellan ohälsa och svag lokal ekonomi, och samhällen med höga ohälsotal och sjukskrivningar har svårt att få en god ekonomisk utveckling utan att bekämpa ohälsan. Medellivslängden kan ses som ett väsentligt mått på hur välfärdsstater lyckas skapa förutsättningar för bättre levnadsvillkor [24, 25].

STRATEGISKT FOLKHÄLSOARBETE PÅ REGIONAL OCH LOKAL NIVÅ

Regeringen skriver i sin proposition 2007/08:110 [26] att vissa hälsofrämjande insatser kräver en sektorsövergripande samverkan med tydliga ansvarsområden och målsättningar. Vidare står det att kommunerna har ett direkt ansvar för folkhälsan. Landstingen ansvarar för uppgifter som är gemensamma för stora geografiska områden och som ofta kräver stora ekonomiska resurser. Regionalt utvecklingsarbete blir allt viktigare i takt med att regionerna får ökad betydelse för arbetet med hållbar tillväxt, där en god folkhälsa också stimulerar till en god tillväxt.

En utvärdering från Statskontoret 2013 visade att merparten av landets kommuner och landsting ansåg att det nationella folkhälsomålet var vägledande för deras folkhälsoarbete [27]. Att ha en särskild folkhälsopolicy eller plan är ingen garanti för ett bra folkhälsoarbete, även om en sådan kan fungera som ett stöd på vägen i det direkta arbetet. Folkhälsoarbetet kan också finnas med i andra strategiska övergripande dokument i kommunerna och landstingen. Tidigare Statens folkhälsoinstitut följde år 2009 upp hur kommuner och landsting har organiserat sitt folkhälsoarbete. I de flesta landsting ingick folkhälsa i olika övergripande plandokument, och omkring hälften av landstingen hade även en särskild folkhälsopolicy eller strategi. Bland kommunerna var det vanligt att folkhälsa ingick i måldokument och hälften hade en policy, strategi eller handlingsplan för folkhälsa [9].

Landstingen har ansvar för hälso- och sjukvården, vilket är en arena med stor kontaktyta mot medborgare

och patienter. Genom denna har man kunnat bygga upp en bred kompetens och kunskap om folkhälsoproblematiken. I hälso- och sjukvårdslagen framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Man ska även arbeta för att förebygga ohälsa samt för att ”den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, när så är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” [28].

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård syftar till att förbättra befolkningens hälsa, liksom individens hälsa och hälsorelaterade livskvalitet [29]. Det innebär att bredda synen på vården och att inte endast fokusera på sjukdomsbehandlande åtgärder. Sveriges 290 kommuner ansvarar för en stor del av den samhällsservice som finns där vi bor. Kommunen har enligt lag ansvar för vissa verksamheter såsom exempelvis barnomsorg och förskoleverksamhet, skola, äldreomsorg, socialtjänst, plan- och byggfrågor, vatten och avlopp samt avfallshantering [9, 10, 30]. Andra verksamheter är frivilliga för kommunen när det gäller tillhandahållandet, som exempelvis bostäder, energi, fritidsverksamhet, kultur och näringsliv.

Länsstyrelsen är regeringens företrädare i de 21 länen och ska se till att länet uppnår de mål som riksdagen och regeringen slagit fast samtidigt som man tar hänsyn till länets förutsättningar.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som landstingen arbetar med syftar till att reducera riskfaktorer när det gäller sjukdomsförebyggande insatser medan hälsofrämjande insatser syftar till att öka tillgången till frisk- och skyddsfaktorer [29].

Dessa begrepp kan med fördel vidgas och anpassas till andra verksamheter utöver hälso- och sjukvården eftersom flera huvudmän inom välfärdssektorn arbetar med folkhälsa. Då handlar det om arbete med insatser och åtgärder som ska förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.

Det innebär att inom kommunal verksamhet kan motsvarande främjande eller förebyggande åtgärder exempelvis vara att arbeta för att fler barn och ungdomar ska avsluta grundskolan med grundläggande behörighet samt få behörighet till fortsatta studier, underlätta möjligheter till fysisk aktivitet i skolmiljön, tillhandahålla öppna förskolor och familjecentraler eller att erbjuda föräldrastöd i olika former.

NATIONELLT FOLKHÄLSOPOLITISKT PERSPEKTIV

Hösten 2000 överlämnade Nationella folkhälsokommittén sitt slutbetänkande *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* [31] till regeringen. Våren 2003 fattade riksdagen beslut om ett övergripande nationellt mål och elva målområden för det samlade folkhälsoarbetet [32].

Den övergripande målsättningen med Sveriges folkhälsopolitik är att skapa samhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor i hela befolkningen. Det innebär att man ser hälsans ojämlika fördelning mellan och inom olika grupper som ett centralt problem. I propositionen [32] framhålls behovet av en samlad folkhälsorapportering som gör det möjligt att följa upp politiken genom att analysera och bedöma effekterna av insatserna inom de elva målområdena. Fördelen med att utgå från bestämningsfaktorer är att målen blir åtkomliga för politiska beslut och kan därmed påverkas genom olika samhällsinsatser [18, 33].

Våren 2008 valde regeringen att förtydliga målområdena i propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* [26]. Avsikten var att tydliggöra att målområdena inte ska uppfattas som mål i sig, men den övergripande målstrukturen bevarades. År 2012 inkom en skrivelse som förtydligar att den enskilde ska få mer stöd med att hantera sin hälsa genom en effektiv samverkan mellan offentliga, privata och civilsamhällets aktörer [34]. Förverkligandet av en sådan politik vilar på fem viktiga byggstenar:

- start – goda uppväxtvillkor för barn och unga
- stöd – som underlättar hälsosamma val
- skydd – effektivt och säkert skydd mot hälsohot
- samverkan – gemensamt ansvar för en god hälsa
- stärkt kunskapsstyrning – sprida kunskap om metoder som fungerar.

Det övergripande folkhälsomålet handlar om förutsättningar för hälsa och fördelning av hälsan. Målområdena bygger på hälsans bestämningsfaktorer och utgår från de elva övergripande målområdena för folkhälsa som beslutades av riksdagen 2003 [32].

NATIONELLT FOLKHÄLSOMÅL:
Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

De elva målområdena för Sveriges folkhälsopolitik är:

1. delaktighet och inflytande i samhället
2. ekonomiska och sociala förutsättningar
3. barns och ungas uppväxtvillkor
4. hälsa i arbetslivet
5. miljöer och produkter
6. hälsofrämjande hälso- och sjukvård
7. skydd mot smittspridning
8. sexualitet och reproduktiv hälsa
9. fysisk aktivitet
10. matvanor och livsmedel
11. tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

Folkhälsopolitiken är tvärsektoriell och berör flera olika politikområden, exempelvis utbildning, integration, jämställdhet, arbete, åldrande och familj [35]. Därför behöver folkhälsoarbetet ha stora kontaktytor mot andra politikområden. År 2013 gjorde tidigare Statens folkhälsoinstitut [28] en uppföljning av folkhälsopolitiken på regional och lokal nivå och resultatet visade att folkhälsopolitiken har underlättat ett systematiskt folkhälsoarbete bland majoriteten av de svarande kommunerna, landstingen och regionerna. Folkhälsopolitiken används som ett verktyg för att prioritera insatser, ofta i samverkan med andra folkhälsoaktörer. Men det övergripande målet och de elva målområdena används oftare i planeringen än i uppföljningen av folkhälsoinsatserna, vilket gör det svårt att följa upp arbetet på ett systematiskt sätt. På lokal och regional nivå efterfrågades tydligare delmål för folkhälsoarbetet samt fortsatt utveckling av uppföljningssystem [28, 36].

I Statskontorets utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken konstaterades att det finns brister i detta. Det handlade bland annat om att det saknas delmål för den nationella folkhälsopolitiken, att antalet indikatorer för uppföljningen var alltför omfattande och försvårade bedömningen om huruvida det nationella folkhälsomålet kan uppnås [27].

INTERNATIONELLT FOLKHÄLSOPERSPEKTIV

De hälsoproblem som rika och fattiga länder har är alltmer likartade, och de måste lösas. WHO tillsatte 2005 Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa [17], som ska utreda möjligheter att uppnå jämlikhet i hälsa och verka för en global mobilisering. Under arbetets gång har flera länder och organ anslutit sig som samarbetspartner till kommissionen, däribland Sverige. Kommissionen uppmanar WHO och alla regeringar att ta initiativ till globala åtgärder för att påverka de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, i syfte att uppnå en jämlik hälsa.

Många länder har nationella folkhälsomål och folkhälsopolitiska strategier. Med tiden har det skett en förskjutning från den traditionella folkhälsopolitiken till det som kallas för ”The New Public Health” [28]. Den svenska folkhälsopolitiken är ett exempel på detta, och den lägger stort fokus på den sociala miljöns betydelse för folkhälsan. Den svenska modellen är ett genombrott för nytänkandet och kallas ibland för tredje vågen av en folkhälsorevolution [37]. Utvecklingen innebär att man flyttar fokus från individens hälsoresurser och förutsättningar till frågor som berör rättvis tillgång till hälso- och sjukvård, miljö, politisk styrning, och social och ekonomisk utveckling [38]

Internationellt används olika indikatorer och definitioner för att mäta och följa folkhälsan inom och mellan länder över tid. Det är därför en svår uppgift att jämföra statistik från olika länder. Den internationella statistikens kvalitet varierar därför med ländernas möjlighet att rapportera enligt definitionerna samt med hur man tolkar de statistiska termerna. Variationer kan även bero på att organisationerna efterfrågar olika innehåll för samma verksamhet. EU, OECD och WHO arbetar för att förbättra statistikens kvalitet genom att harmonisera definitioner och statistikinsamling på flera områden [39].

WHO:s senaste genomgång av hälsoskillnader i Europa visar att det fortfarande finns mycket att göra, även i Sverige. Vi har halkat efter i ett antal strukturella bakomliggande faktorer för hälsa och ligger nu efter ur ett nordiskt perspektiv när det exempelvis gäller relativ ekonomisk utsatthet bland barn, ungdomsarbetslöshet, arbetslöshet bland utlandsfödda och fetma. Bland de nordiska länderna har Sverige även störst skillnader bland individer med olika utbildningsnivåer [21].

Hälsan i befolkningen

Under de senaste decennierna har hälsan i befolkningen som helhet förbättrats rejält. Den minskade dödligheten i ett flertal dödsorsaker har tillsammans med förbättrade levnadsvanor bidragit till att medellivslängden ökat. Samtidigt är det tydligt att det skett en försämring av hälsoutvecklingen när det gäller den psykiska hälsan i befolkningen. De sociala skillnaderna i hälsa har dessutom förblivit oförändrade.

ÖVERGRIPANDE HÄLSOTILLSTÅND

Hälsoutvecklingen i befolkningen har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. Medellivslängd och självskattat allmänt hälsotillstånd är två mått som ofta används för att beskriva hälsa övergripande, och som ger en bild av hälsoutvecklingen.

Tandhälsa samt förekomst av fetma i befolkningen är exempel på andra indikatorer som ger viss inblick i det allmänna hälsotillståndet, inte minst med anledning av deras starka koppling till levnadsvanor (matvanor och fysiskt aktivitet) och vårdutnyttjande.

1. MEDELLIVSLÄNGD

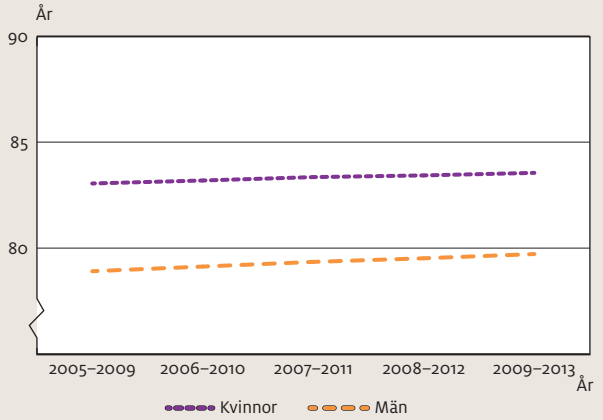
Medellivslängden är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Det kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdsstater lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och sjukvården genom förebyggande arbete och behandling, kan bidra till en ökad livslängd för befolkningen.

Internationella jämförelser av medellivslängden visar att Sverige ligger högt bland världens länder. Svenska män lever nästan längst av alla män – endast män på Island, i Schweiz, Japan och Australien lever längre [40]. Även svenska kvinnor lever länge, men förutom länderna ovan finns även några länder i Sydeuropa som har en högre medellivslängd.

Medellivslängden i Sverige fortsätter alltjämt att öka långsamt. Under de senaste decennierna är det den minskade dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar (främst hjärtinfarkt och stroke) som bidragit mest till ökningen. Förbättrade levnadsvanor (minskad rökning samt lägre blodfetter och blodtryck) samt bättre behandlingsmetoder gör att färre insjuknar och avlider [20, 41]. Den höjda utbildningsnivån i befolkningen som helhet är sannolikt också en viktig orsak till att medellivslängden ökat.

Medellivslängden redovisas som beräknad återstående medellivslängd vid födelsen efter kön perioden 2009–2013 för personer födda i Sverige. Beräkningarna baseras på dödsriskerna för varje åldersår.

DIAGRAM 1.1 – RIKET: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen.

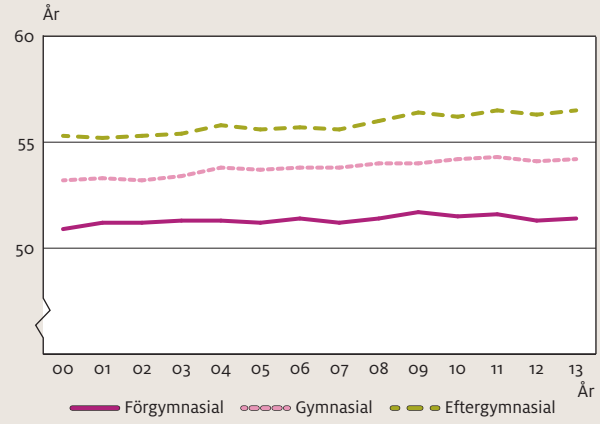


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

För personer födda 2009–2013 är den återstående medellivslängden beräknad till 83,6 för kvinnor och 79,7 för män. Det finns dock skillnader inom landet. För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen som mest cirka två år.

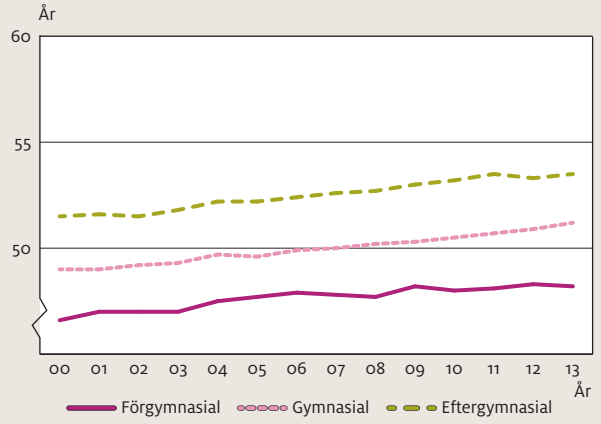
Det finns även stora skillnader i återstående medellivslängd mellan individer med olika utbildningsnivå. Under perioden 2000–2013 har den återstående medellivslängden ökat för samtliga utbildningsgrupper. Ökningen har dock inte varit lika stor för alla grupper. Män med gymnasial utbildning har haft den mest gynnsamma utvecklingen, där den återstående medellivslängden vid 30 års ålder, ökat från 49,0 till 51,2 år. Minst har den ökat bland kvinnor med enbart förgymnasial utbildning, från 50,9 till 51,4 år. Skillnaderna i livslängd mellan individer med kort respektive lång utbildning är sammantaget cirka fem år.

DIAGRAM 1.2 – UTBILDNING. RIKET. KVINNOR: Återstående förväntad medellivslängd vid 30 års ålder.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1.3 – UTBILDNING. RIKET. MÄN: Återstående förväntad medellivslängd vid 30 års ålder.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Faktorer som påverkar medellivslängden finns på övergripande samhällsnivå, i form av generella förutsättningar för ett gott liv – men också på individnivå genom individuella val som rör levnadsvanor.

Många aktörer har möjlighet att påverka medellivslängden och de återfinns på flera olika nivåer i samhället. Insatserna innefattar allt från lagstiftning till mer individuellt inriktade åtgärder såsom exempelvis informationskampanjer och hjälp med att sluta röka.

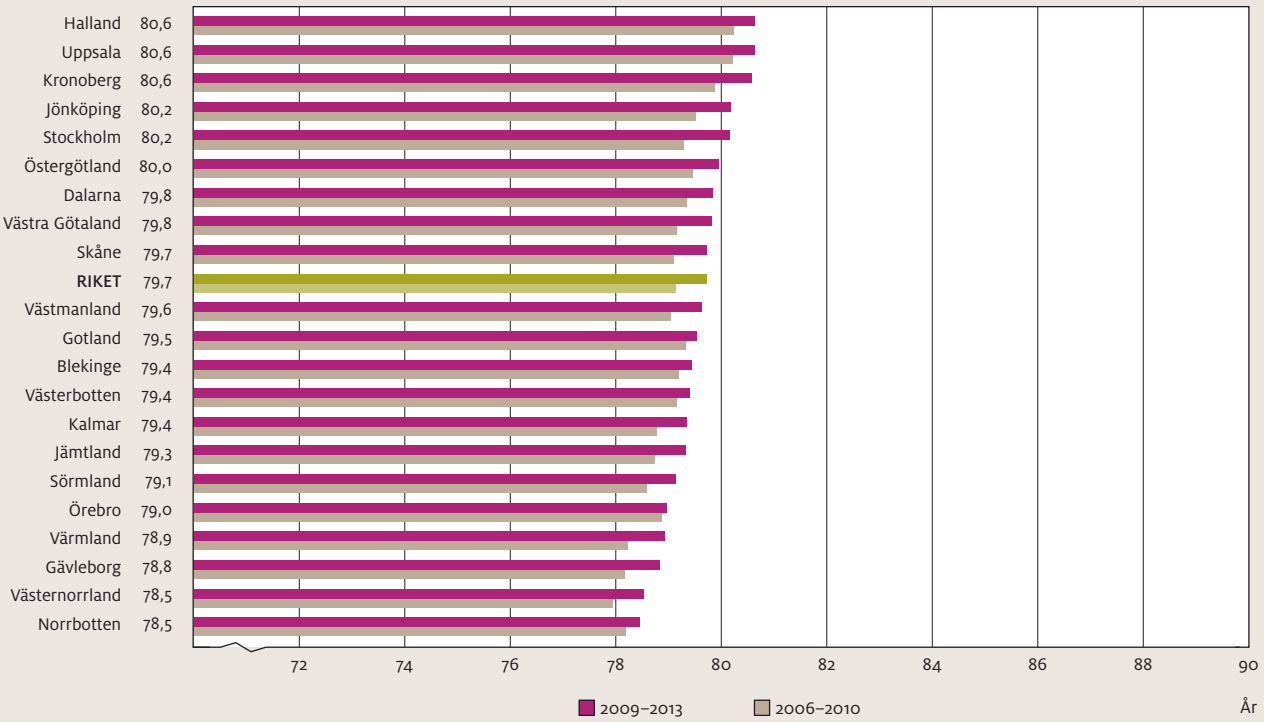
Landstingen ansvarar för att en god hälso- och sjukvård ges på lika villkor och arbetar förebyggande genom att exempelvis stödja individen i dennes val när det gäller bland annat kost- och motionsvanor. Kommunernas roll finns inom så gott som alla samhällspolitiska områden. De arbetar bland annat aktivt med samhällsplanering och bostadspolitik för att skapa förutsättningar för hälsofrämjande boende- och områdesmiljöer, med arbetsmarknadspolitik genom satsningar på sysselsättning, samt med satsningar inom utbildningsområdet för att främja en god skolmiljö.

DIAGRAM 1.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen, 2009-2013.



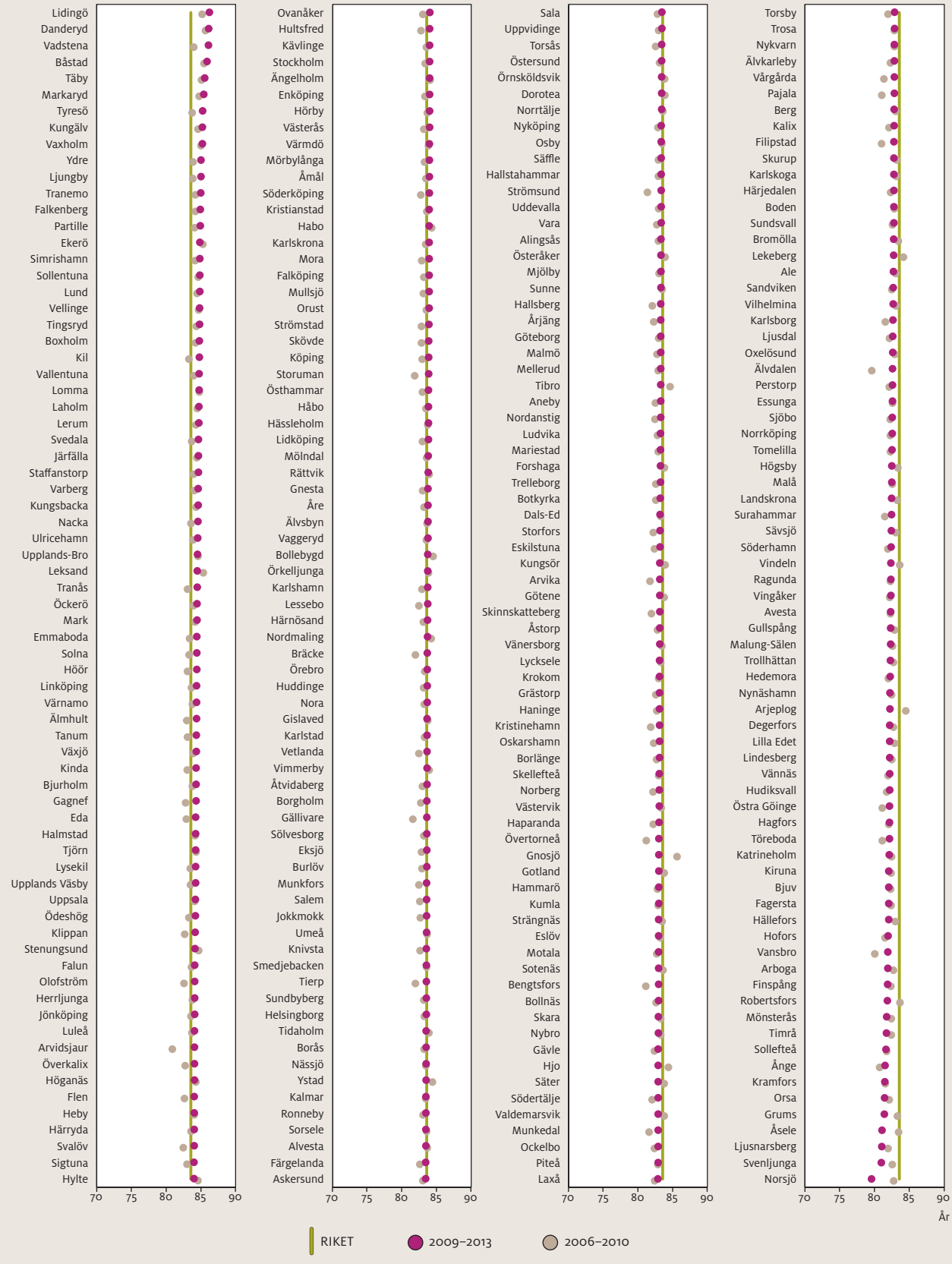
Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen, 2009-2013.



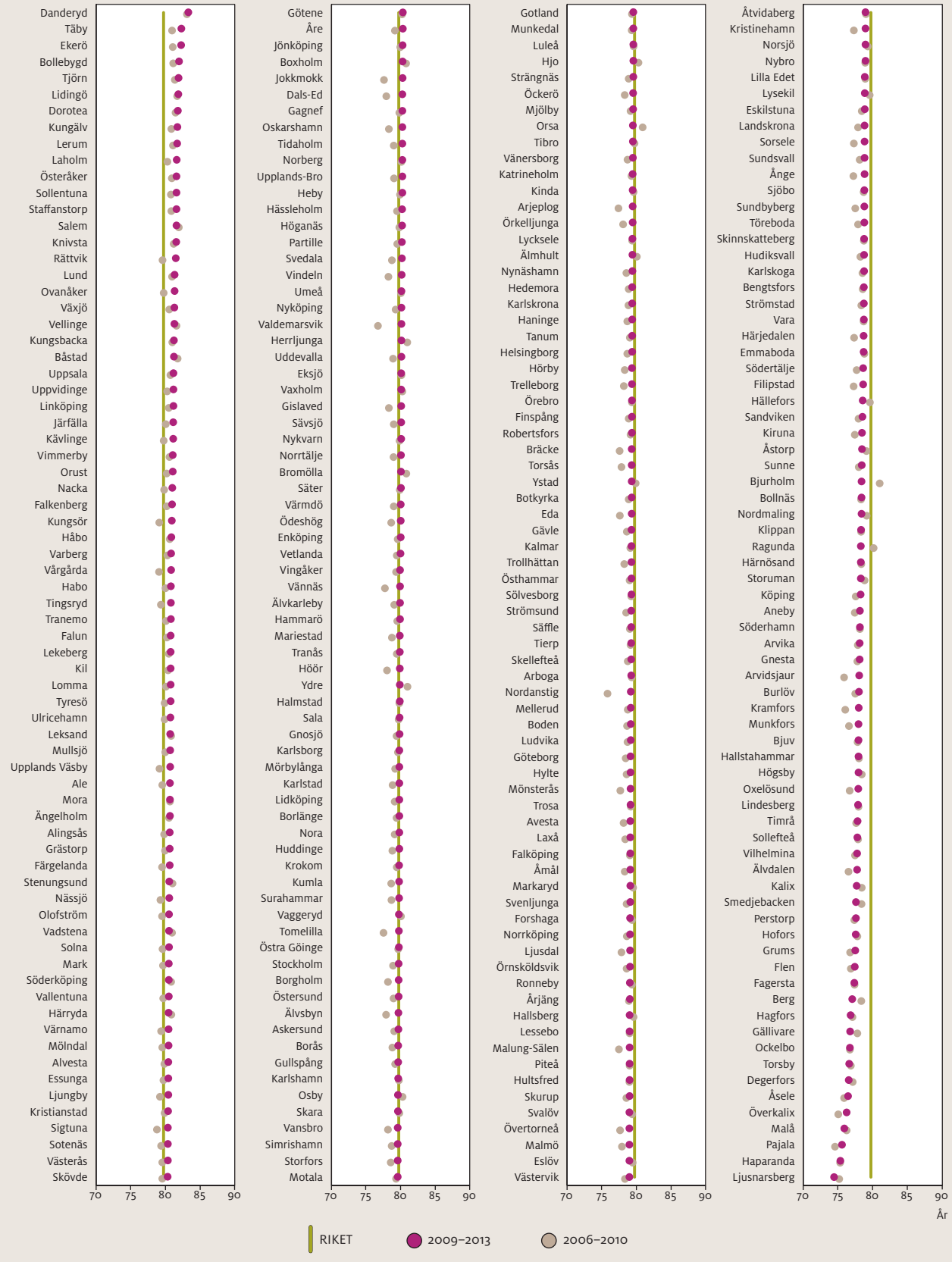
Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1.6 – KOMMUNER, KVINNOR: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen, 2009–2013.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1.7 – KOMMUNER, MÄN: Återstående förväntad medellivslängd vid födelsen, 2009–2013.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

2. SJÄLVSKATTAT ALLMÄNT HÄLSOTILLSTÅND

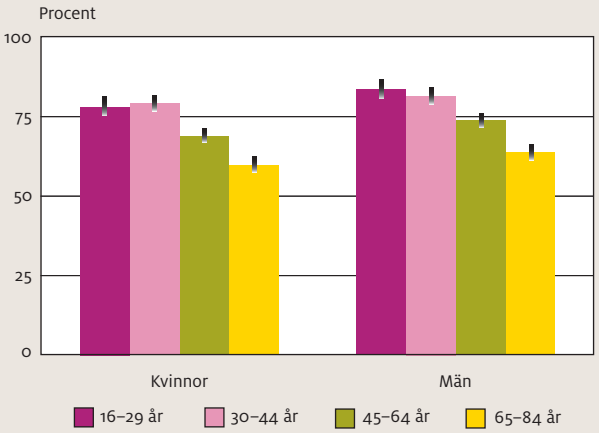
Hälsan är inte jämlikt fördelad i befolkningen. Därför är den självrapporterade hälsan viktig för att kunna identifiera personer med långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning, men också för att identifiera vårdbehov [41]. Befolkningens självskattade hälsa har följts sedan år 1980 i undersökningar av levnadsförhållanden – ULF-undersökningarna – från Statistiska centralbyrån (SCB). Undersökningarna visar att den självskattade hälsan har försämrats bland kvinnor med kort utbildning. Liknande mönster visar även den nationella folkhälsoenkäten [12], vilket är den datakälla som vi valt att presentera i den här rapporten.

Förutsättningarna för hälsofrämjande livsmiljöer formas främst av regionala och lokala aktörer såsom länsstyrelser, landsting och regioner, kommuner och ideella organisationer, inte minst för personer med funktionsnedsättning [42]. När det gäller arbetsmiljön har arbetsgivarna en viktig roll i att forma hälsofrämjande arbetsmiljöer i dialog med arbetstagarnas företrädare [43].

Självskattat allmänt hälsotillstånd mäts på en femgradig skala som man enats kring inom EU [43, 44]. I den här rapporten presenteras hur stor andel som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”.

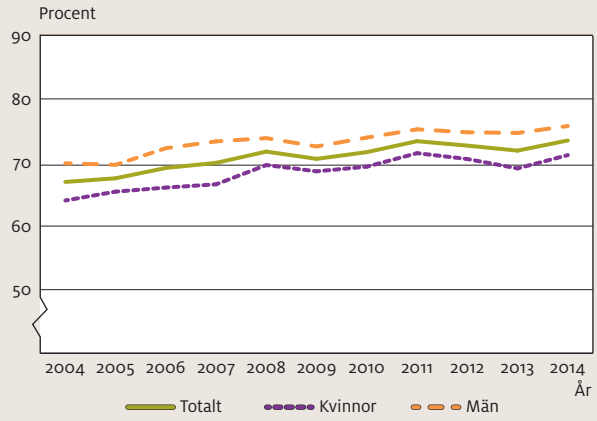
Resultatet indikerar en något förbättrad utveckling i flertalet län och kommuner sedan början av mätperioden 2007 fram till 2014. Män anger bättre hälsa än kvinnor, en högre andel individer med hög utbildning anger god hälsa, och yngre anger oftare än äldre att de har en god hälsa.

DIAGRAM 2.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 2014.



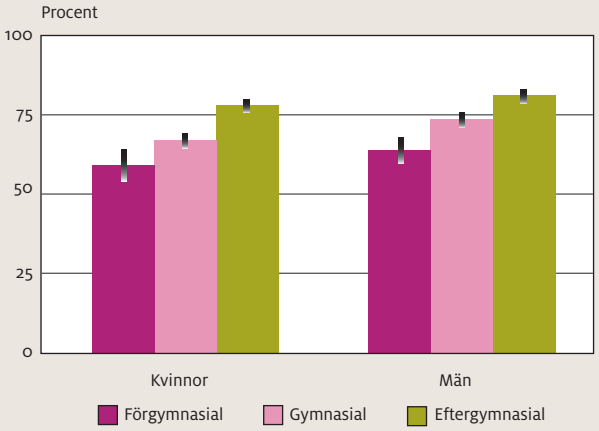
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 2.1 – RIKET: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



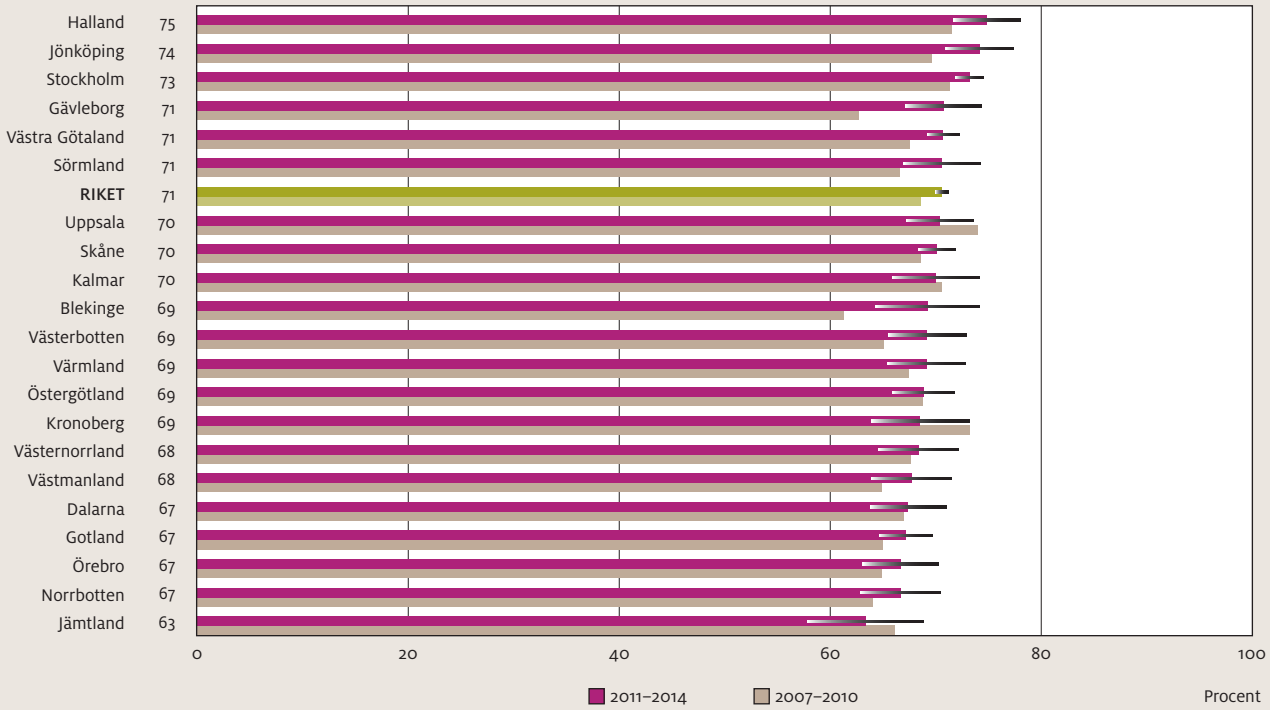
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 2.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 35–74 år, 2014.



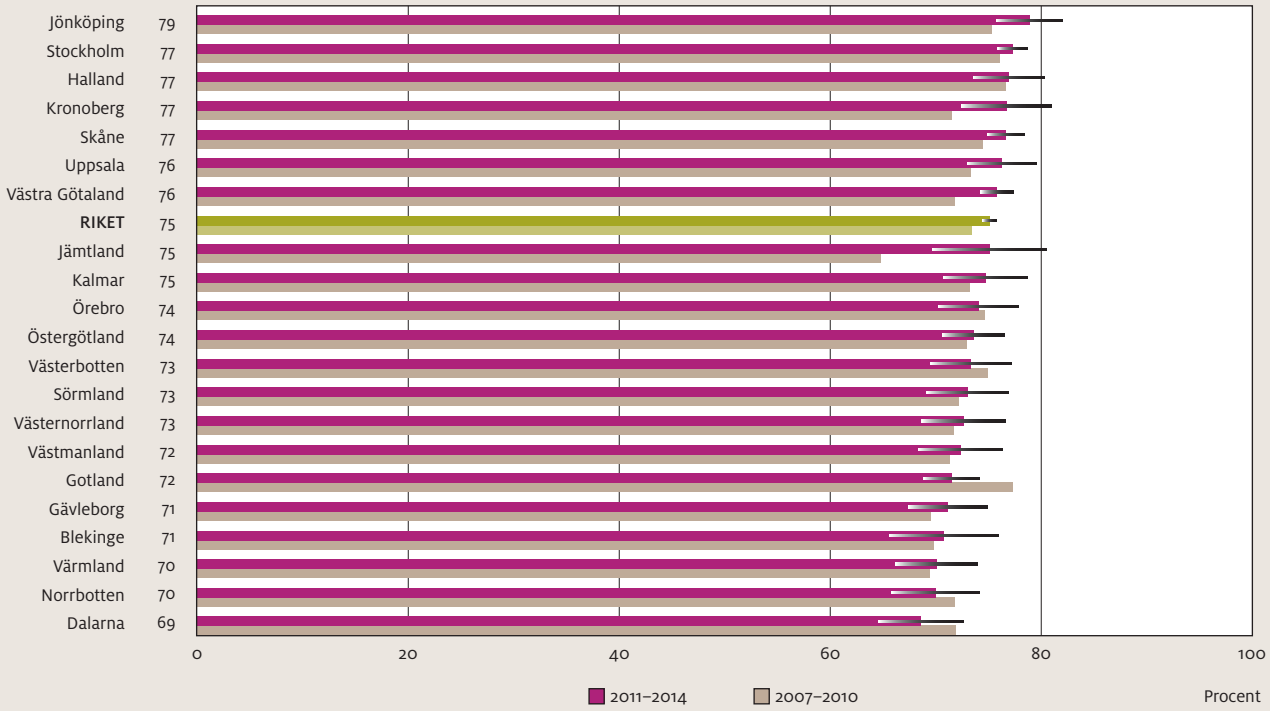
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 2.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2011–2014.



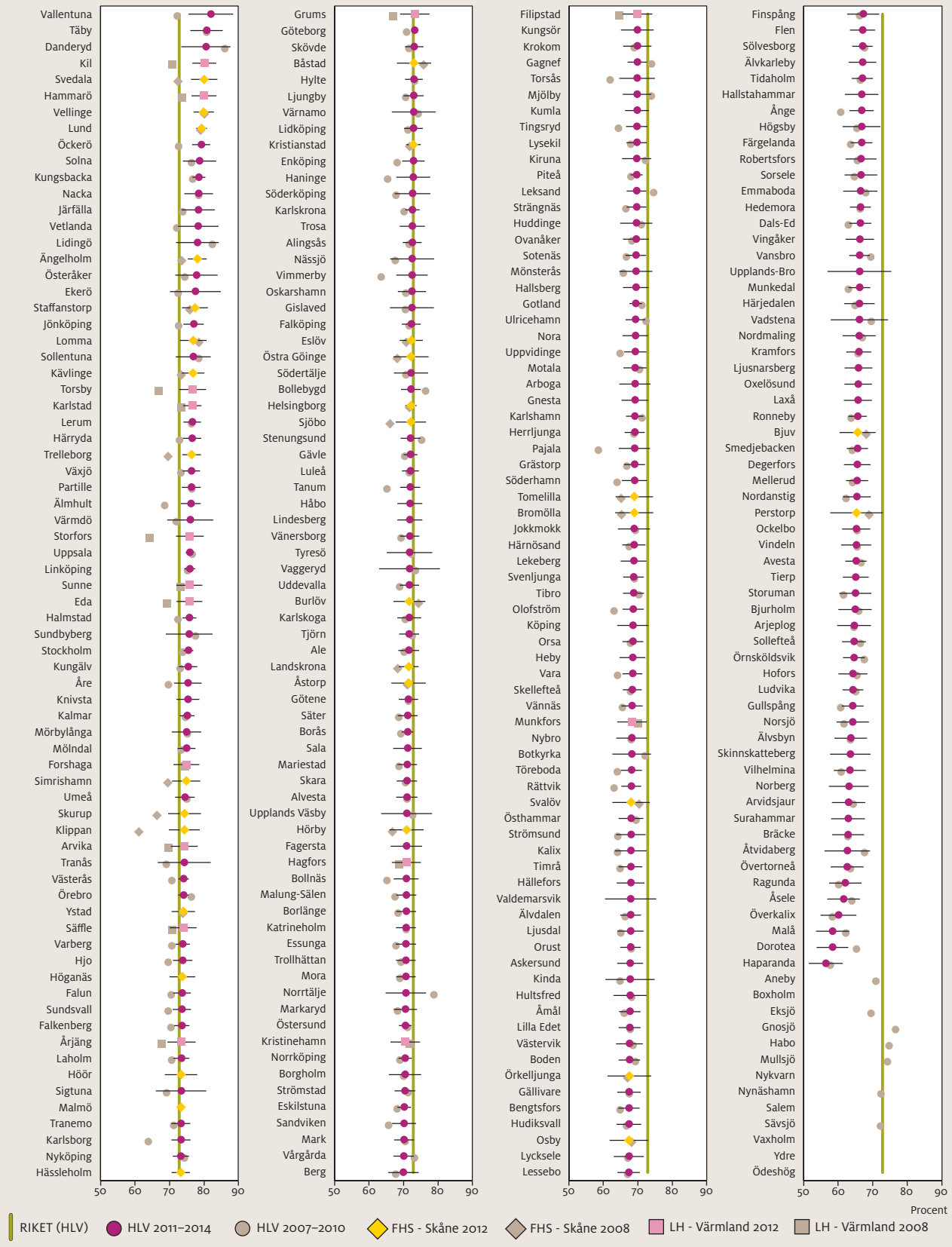
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 2.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 2.6 – KOMMUNER: Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år. Värmland (LH), 18+ år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne; Liv och Hälsa (LH), Landstinget i Värmland.

3. FETMA

Fetma och övervikt åtföljs av en rad hälsoproblem med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen och vissa cancerformer såsom tjocktarmscancer. Fetma utvecklas genom en kombination av levnadsvanor, miljöfaktorer och arv. Centralt är våra matvanor och hur fysiskt aktiva vi är, och en viktig orsak till övervikt är en hög konsumtion av energitäta livsmedel och sötade drycker i förhållande till energiförbrukning [45].

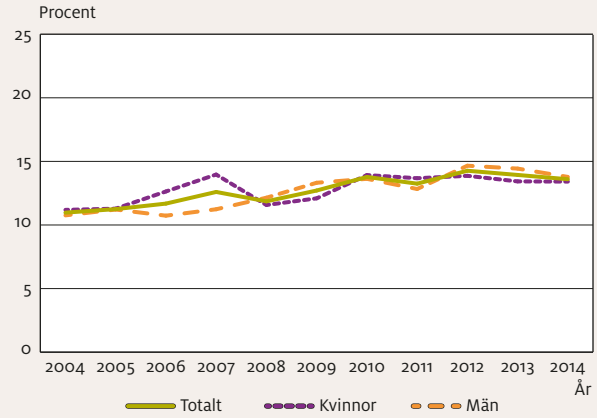
Kroppsmasseindex (Body Mass Index, BMI) uttrycker en relation mellan längd och vikt. Högt BMI utgör en riskfaktor för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar. Ett BMI på 30 eller högre klassas som fetma. Fetma återfinns bland de fem främsta riskfaktorerna i världen för förlorade friska levnadsår, enligt WHO [45, 46].

I Sverige har andelen vuxna med fetma fördubblats sedan 1980 och nära hälften av alla svenskar är idag överviktiga eller feta. År 2013 var andelen med normalvikt (BMI 18,5–24,9) större bland kvinnor än bland män. Övervikt (BMI 25,0–29,9) är vanligare bland män än bland kvinnor. Fetma (BMI 30 eller högre) ökade under perioden 2004–2013 [47].

I den här rapporten används fetma i den vuxna befolkningen som en resultatindikator. Det är dock även angeläget att följa utvecklingen av övervikt bland barn och unga. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) är etablerad fetma svår att behandla och man menar därför att ”effektivare förebyggande åtgärder är synnerligen angelägna”. De pekar på insatser i skolan och rådgivning bland vuxna [48]. Att informera och ge förutsättningar för goda kostvanor och främja fysisk aktivitet är angelägna uppgifter för kommunerna och landstingen. Inte minst gäller det i miljöer där barn, ungdomar och äldre befinner sig. Förskola, skola och omsorgsverksamhet har därmed en viktig roll i det förebyggande arbetet. Dessutom har mödra- och barnhälsovården en särskilt angelägen uppgift när det gäller att informera om vikten av goda kostvanor redan tidigt i barnens liv.

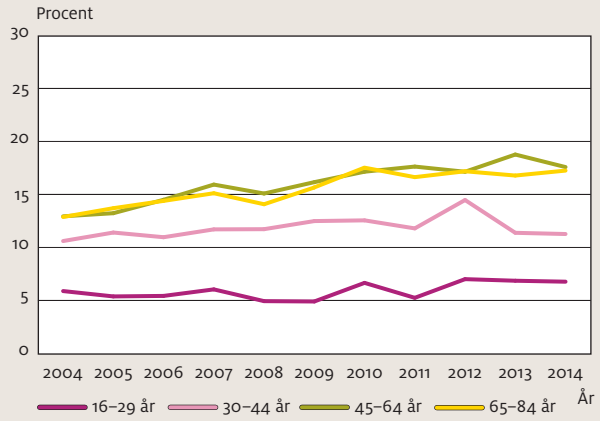
Det finns nationella riktlinjer som beskriver hur hälso- och sjukvården bör arbeta förebyggande på individnivå

DIAGRAM 3.1 – RIKET: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 16–84 år.



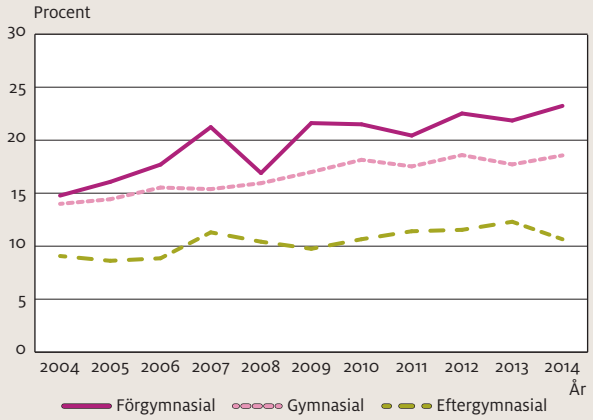
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 3.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 3.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 35–74 år.

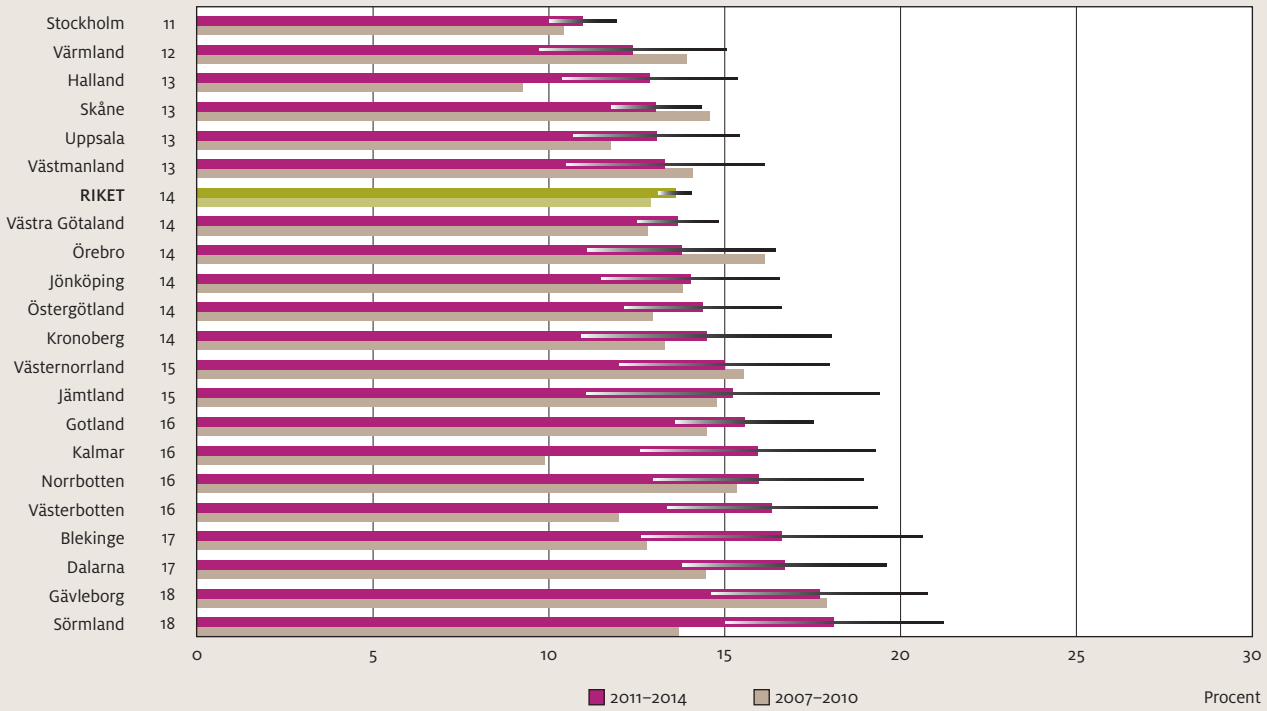


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

och erbjuda hjälp till patienter som har ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet [48]. Vid svår fetma, ofta i kombination med andra sjukdomar, har kirurgisk behandling visat sig vara effektivt och blivit allt vanligare. SBU anger att BMI-gränsen 40 är lämplig, eller 35 vid samsjuklighet. Idag görs cirka 8 000 operationer per år, vilket är tio gånger fler än i början av 2000-talet. Kvalitetsregistret Scandinavian Obesity Surgery Register (SOReg) bedömer dock att möjligheten att få operation fortfarande varierar väsentligt mellan landstingen [49].

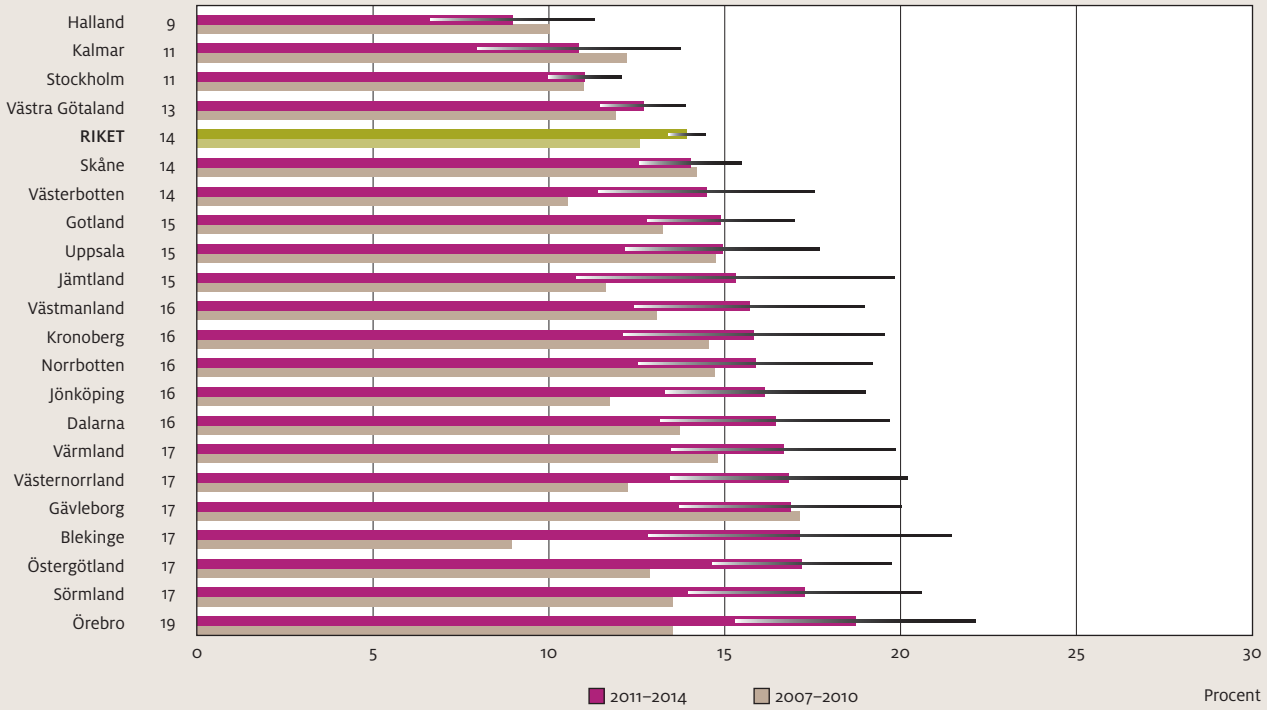
Resultaten visar att andelen med fetma har ökat i de flesta län och kommuner, och en tydlig skillnad finns mellan äldre och yngre. Den stora ökningen finns bland personer i åldrarna 45–64 år. Fetma är vanligare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning. När det gäller kvinnor är fetma dubbelt så vanligt bland dem med enbart grundskoleutbildning som bland dem med eftergymnasial utbildning.

DIAGRAM 3.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 16–84 år, 2011–2014.



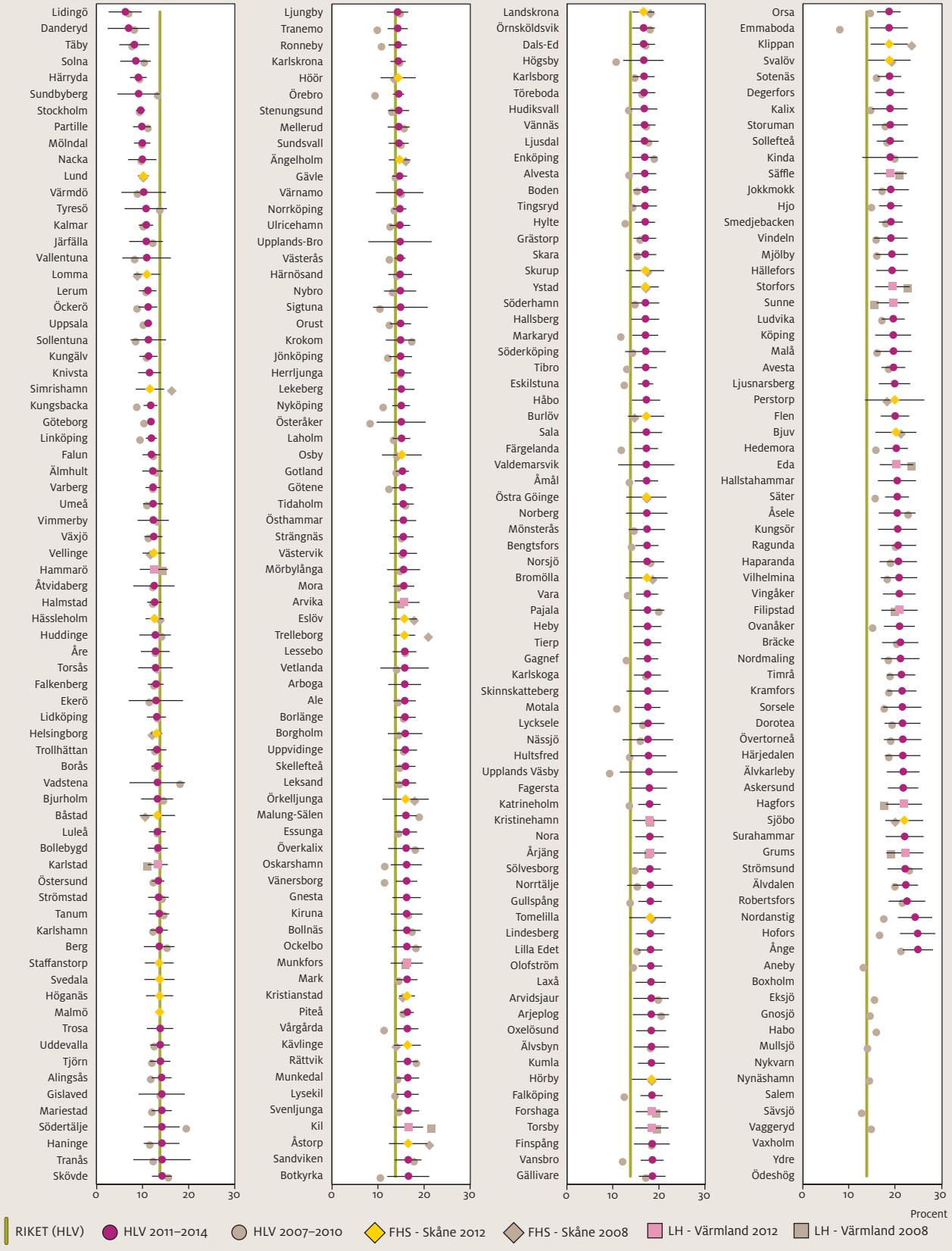
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 3.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 3.6 – KOMMUNER: Andel individer som beräknats ha ett BMI (Body Mass Index) 30 eller högre baserat på självrapporterade uppgifter (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år. Värmland (LH), 18+ år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne; Liv och Hälsa (LH), Landstinget i Värmland.

4. TANDHÄLSA

Tandhälsan utgör en viktig del av individers livskvalitet och välbefinnande. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med kostvanorna eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandkvaliteten påverkar kostintaget. Inom det folkhälsopolitiska målområdet ”Goda matvanor” framhålls vikten av en god tandhälsa för att kunna tillgodogöra sig maten. Det finns även sjukdomar där man misstänker direkta samband med tandhälsan, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar, cancersjukdomar och diabetes. Studier har också visat att tandlossningssjukdomar hos gravida kvinnor kan öka risken att barnet har låg födelsevikt [50]. En god tandhälsa påverkar även näringsintaget. Detta är inte minst viktigt bland de äldre, eftersom en bra kosthållning är en viktig faktor för att upprätthålla hälsan långt upp i åldrarna. Även det sociala livet och livskvaliteten påverkas av tandhälsan.

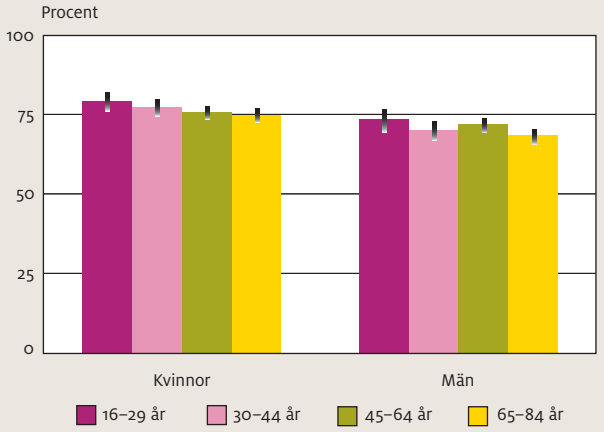
Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt finns det fortfarande stora socioekonomiska skillnader. I den nationella folkhälsoenkäten HLV uppger arbetare att de har sämre tandhälsa än tjänstemän, och arbetare avstår oftare från att söka tandvård trots att det behövs jämfört med tjänstemännen i samma situation [12].

Tandhälsan utgör vanligen en god indikator på barns och ungas allmänna hälsotillstånd, eftersom tändernas hälsa är starkt förknippad med levnadsvanor, vårdutnyttjande, ekonomiska förutsättningar och kunskaper för att kunna behålla en god hälsa [19]. Landstingen har ett ansvar när det gäller förebyggande arbete för en god mun- och tandhälsa, inte minst bland barn och ungdomar eftersom ungefär 84 procent av alla barn och ungdomar upp till 19 år är patienter inom Folktandvården [51]. Inom mödra- och barnhälsovården finns också goda möjligheter att samtala om betydelsen av en god mun- och tandhälsa. Att skapa goda förutsättningar ur tandhälsosynpunkt, till exempel god kosthållning, är särskilt viktigt inom skolor och omsorgsverksamhet.

Den här rapporten innehåller uppgifter för vuxna, men för att kunna arbeta förebyggande och med förbättringar är det viktigt att följa uppgifter om barn och ungdomar. Sådana data, till exempel andelen kariesfria barn, finns ofta tillgängliga på lokal och regional nivå.

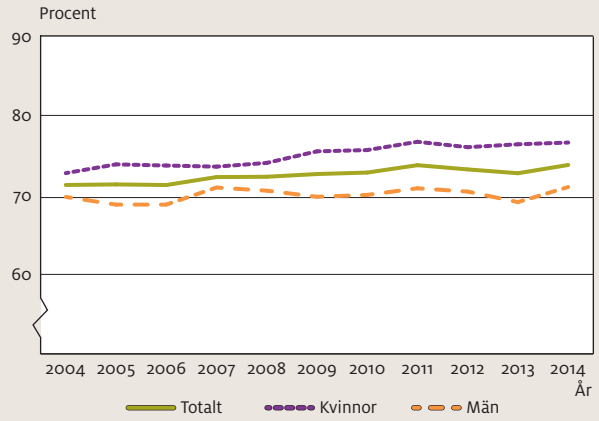
Resultatet indikerar att andelen med god tandhälsa bland kvinnor, har ökat i de flesta län. Utvecklingen har inte varit lika positiv för män. Individer i åldern 16–29 år anger i något högre grad att de har en god tandhälsa än äldre, och kvinnor har enligt svaren bättre tandhälsa än män. Högre utbildning har tydligt samband med en god tandhälsa.

DIAGRAM 4.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år, 2014.



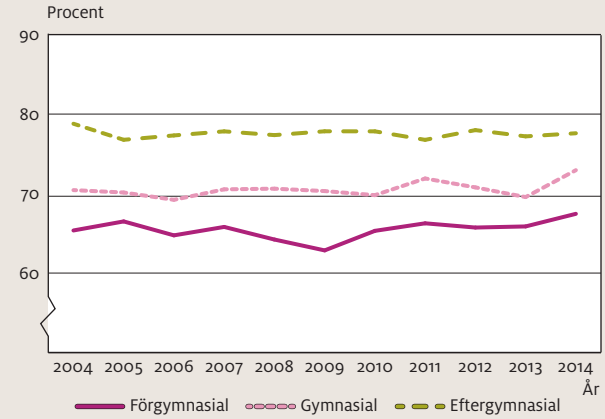
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 4.1 – RIKET: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 4.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 35–74 år.



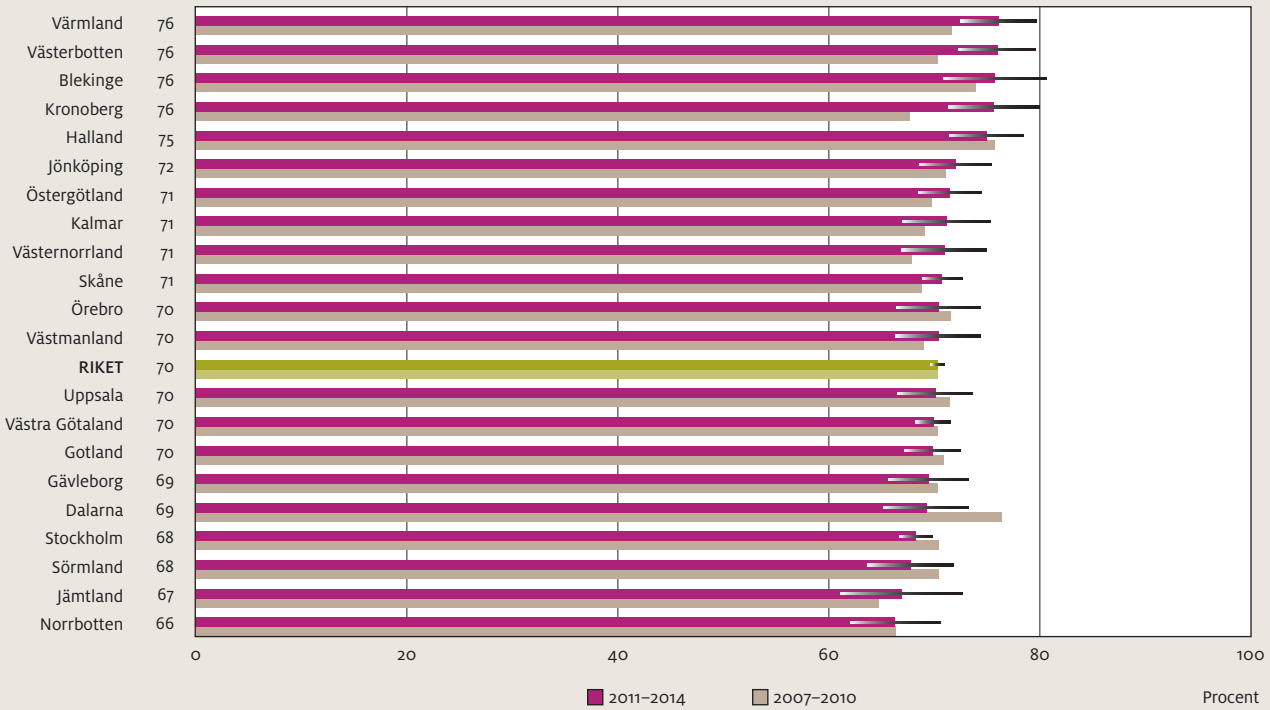
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 4.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år, 2011–2014.



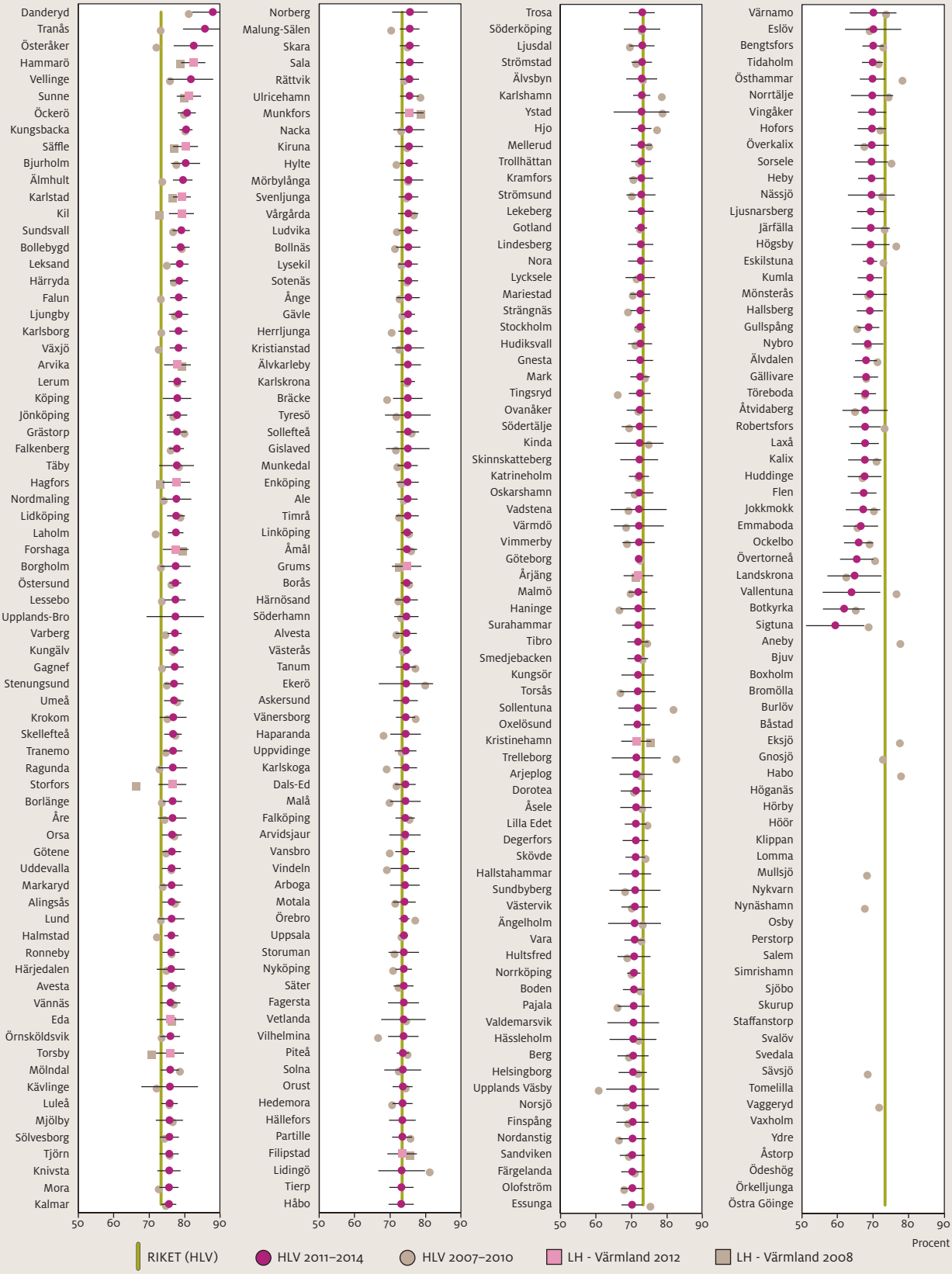
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 4.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 4.6 – KOMMUNER: Andel som uppgivit att man tycker sin tandhälsa är ganska bra eller mycket bra (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Värmland (LH), 18+ år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Liv och Hälsa (LH), Landstinget i Värmland.

INSJUKNANDE

Sjukdomsbördan är ett sammanfattande mått som används för att beskriva och följa upp sjukdomars förekomst och allvarlighetsgrad samt för att beskriva folkhälsoutvecklingen. Rapporteringen av insjuknande berör de stora folkhälsosjukdomarna såsom cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och stroke. Dock är förekomst av ryggvärk, depression, alzheimer och fallolyckor också sjuklighet som förekommer i stor omfattning [52]. Som tidigare nämnts finns ett antal riskfaktorer för sjukdomsbördan, till exempel rökning, riskabel alkoholkonsumtion, luftföroreningar, ohälsosamma matvanor och stillasittande fritid [52]. Dessutom finns det riskfaktorer som är kopplade till livsvillkor och levnadsförhållanden som också påverkar sjukdomsbördan. I denna rapport redovisas insjuknande i hjärtinfarkt samt lungcancer. Trots att insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdomar har fortsatt att minska är det dessa sjukdomar som orsakar störst sjukdomsbörda i Sverige. Insjuknandet är dessutom högre bland individer med kort utbildningar och i *Folkhälsan i Sverige- Årsrapport 2014,* konstateras att risken för hjärtinfarkt dessutom har ökat något bland kvinnor med förgymnasial utbildning sedan år 1994 [12].

Insjuknande i cancer har ökat samtidigt som dödligheten i cancer har minskat vilket ses i ökningen av den relativa fem-respektive tioårsöverlevnaden efter att diagnos fastställts. Det kan förklaras med förbättrad screening, diagnostik och behandling [53]. Samtidigt har kvinnor med enbart förgymnasial utbildning högre risk att både insjukna och dö i cancer jämfört med personer som har lång utbildning. Bland män ställs färre diagnoser bland dem med kort utbildning trots att dödligheten är högre i denna grupp [53].

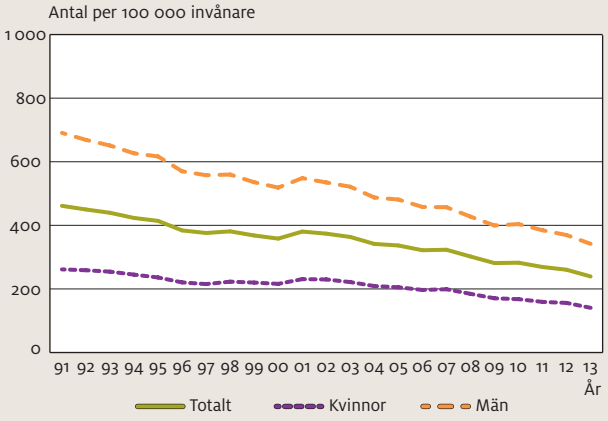
5. HJÄRTINFARKT

Trots att dödligheten minskat under senare år, så utgör hjärt- och kärlsjukdomar ännu ett folkhälsoproblem i vårt land. Enligt 2011 års nationella riktlinjer för hjärtsjukvård är akut kranskärlssjukdom eller så kallad akut hjärtinfarkt en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvård och dödsfall i Sverige [54].

Dödligheten efter infarkt har minskat under lång tid och Sverige har en fortsatt nedåtgående trend men trots det är infarkt fortsatt en av de vanligaste dödsorsakerna bland de som är 85 år och äldre, följt av cancer [12].

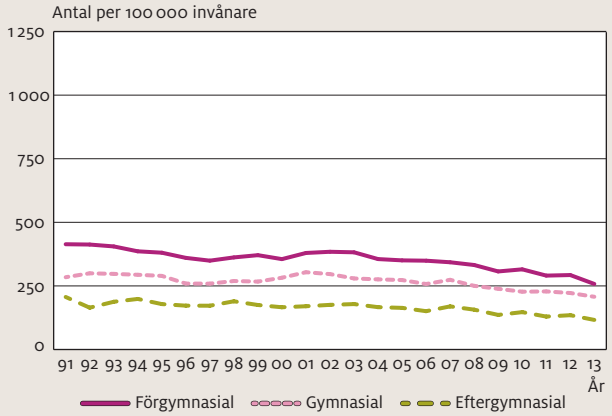
Antalet insjuknanden i hjärtinfarkt kan reduceras mer genom bland annat förändrade levnadsvanor när det gäller rökning, alkohol, mat och fysisk aktivitet. Hälsosamma levnadsvanor har stor betydelse för antalet individer som insjuknar i hjärtinfarkt. Det förebyggande arbetet som olika verksamheter bedriver är mycket viktigt men det handlar också om att det ska finnas goda livsvillkor och levnadsförhållanden i samhället som kan bidra till en gynnsam utveckling. Både kommuner och landsting är viktiga aktörer.

DIAGRAM 5.1 – RIKET: Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 20–79 år, åldersstandardiserade värden.



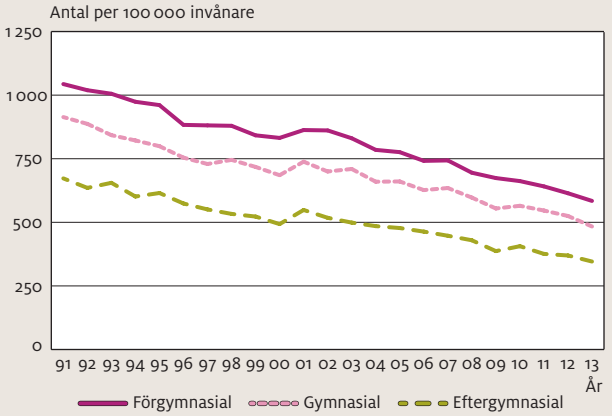
Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5.2 – UTBILDNING. RIKET. KVINNOR: Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 5.3 – UTBILDNING. RIKET. MÄN: Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.

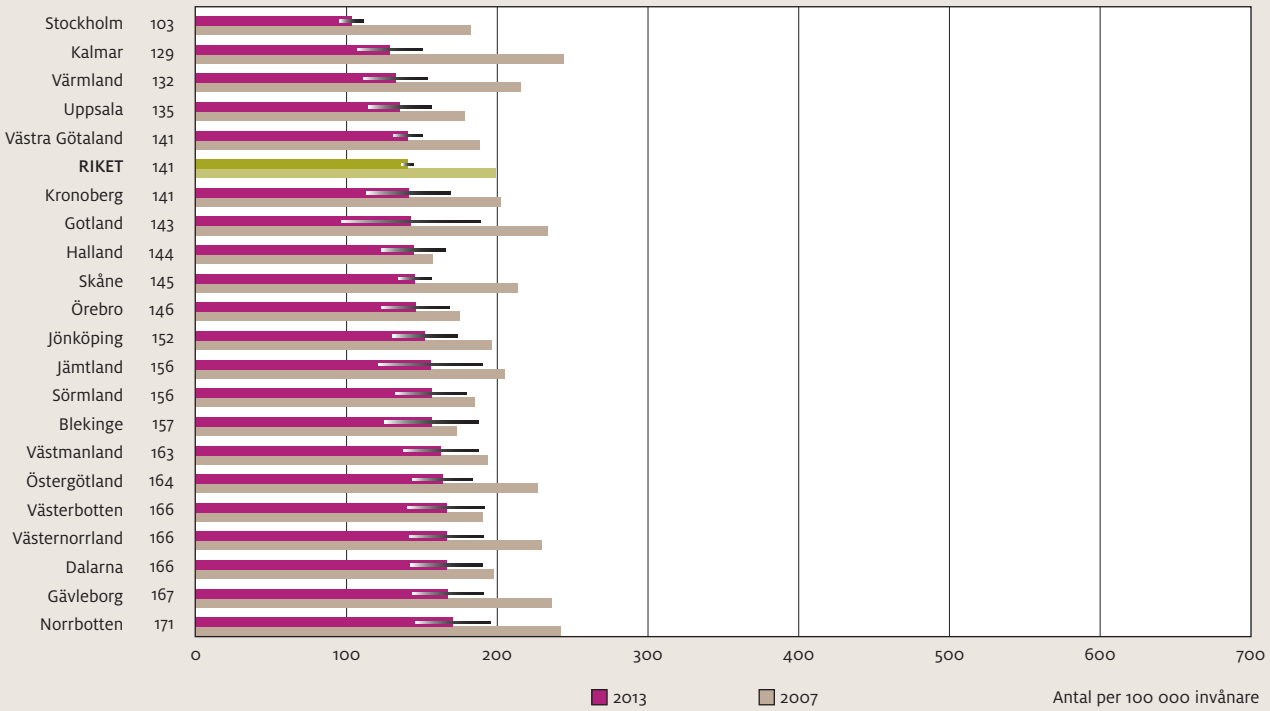


Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Kommunerna kan främja hälsosamma levnadsvanor i sin kontakt med olika målgrupper inom förskola, skola, kultur- och fritidsverksamheter och socialtjänst men huvudmännen kan även göra mycket som arbetsgivare. Landstingets verksamheter kan i patientmötet arbeta aktivt med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet [55].

År 2013 insjuknade 239 individer 20–79 år i hjärtinfarkt per 100 000 invånare i riket, och insjuknandet har nästan halverats sedan i början av 1990-talet. Kvinnor har en lägre insjuknandegrad än män. Deras minskning i insjuknandet har dock varit svagare i jämförelse med utvecklingen bland männen. De stora skillnaderna finns även här mellan olika grupper med olika utbildningsbakgrund där skillnaderna mellan män med förgymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning är störst. Utfallet visar också att insjuknandegraden mellan olika landsting varierar med upp till 200 fall per 100 000 invånare.

DIAGRAM 5.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 20–79 år, åldersstandardiserade värden, 2013.



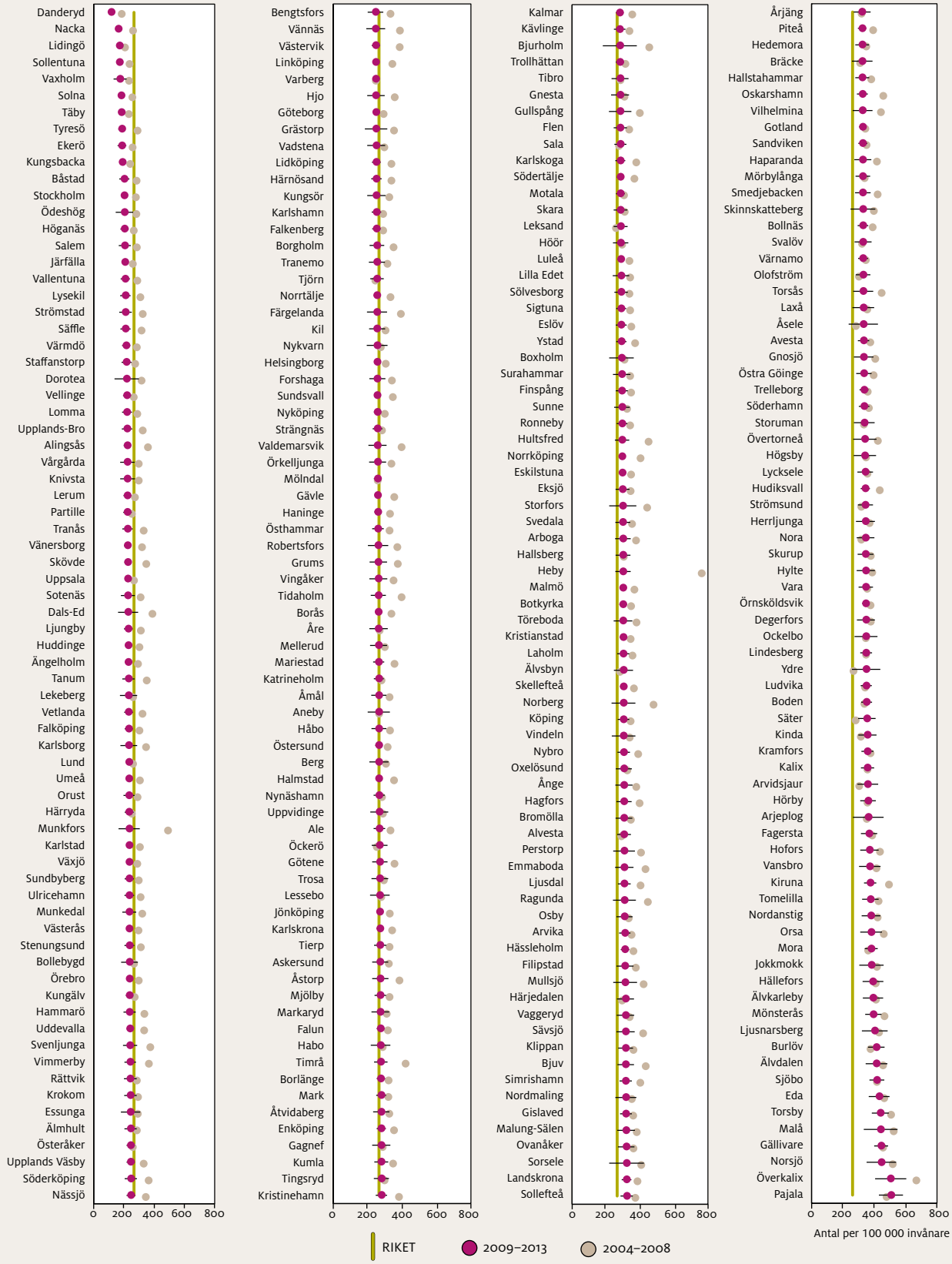
Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 20–79 år, åldersstandardiserade värden, 2013.



Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5.6. – KOMMUNER: Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare 20–79 år, åldersstandardiserade värden, 2009–2013.



Källa: Patientregistret samt Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

6. LUNGCANCER

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken. Den är en av de cancersjukdomar som har sämst prognos. Tobaksrökning är huvudorsaken till insjuknande i lungcancer [53].

Kvinnors dödlighet i lungcancer ökade kraftigt 1987–2013 men den uppåtgående trenden ser ut att ha avstannat [54]. En mindre andel av lungcancer, mellan 5 och 10 procent, anses bero på ärftliga faktorer. Utöver rökning finns ett antal mer allmänna riskfaktorer såsom hög alkoholkonsumtion, ohälsosamma matvanor, låg fysisk aktivitet, övervikt och passiv rökning.

Andra riskfaktorer i kombination med rökning är kontakt med asbest eller inandning av radon som kan finnas i boende- och arbetsmiljön samt luftföroreningar. Radon finns i mark, luft och vatten men det kan även komma från byggnadsmaterial.

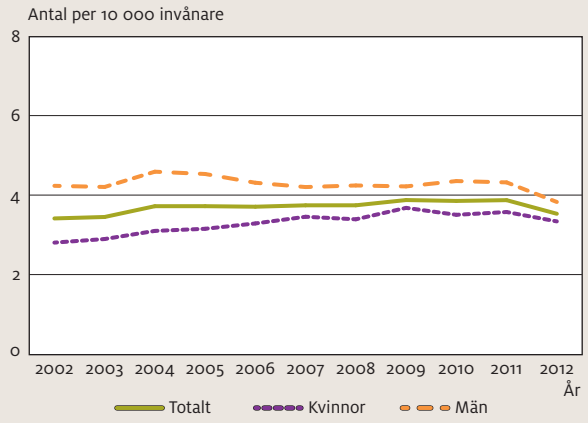
År 2013 upptäcktes 3 652 nya fall av lungcancer i Sverige, varav 1 869 hos män och 1 783 hos kvinnor. Flest insjuknar i 70-års åldern [53].

Barns exponering för olika miljöfaktorer skiljer sig från den hos vuxna, eftersom de utvecklas snabbare samt äter och dricker mer i förhållande till sin kroppsvikt. Den miljö de vistas i under uppväxtåren såväl inomhus som utomhus är till stor del offentliga miljöer såsom förskola, skola samt kultur- och fritidsverksamhet. En del miljörelaterade hälsoeffekter kan uppträda redan under de tidiga åren i livet medan andra ger utslag först senare i livet [56].

I öppna jämförelser för hälso- och sjukvård rapporteras tre indikatorer för lungcancer: överlevnad, förekomst av multidisciplinär behandlingskonferens och tid till behandlingsbeslut vid lungcancer. En tidig diagnos påverkar överlevnaden, men sjukdomen reduceras främst med förebyggande åtgärder, i synnerhet rökprevention, samt i kombination med ovan nämnda mer allmänna riskfaktorer som kommunerna kan påverka [57].

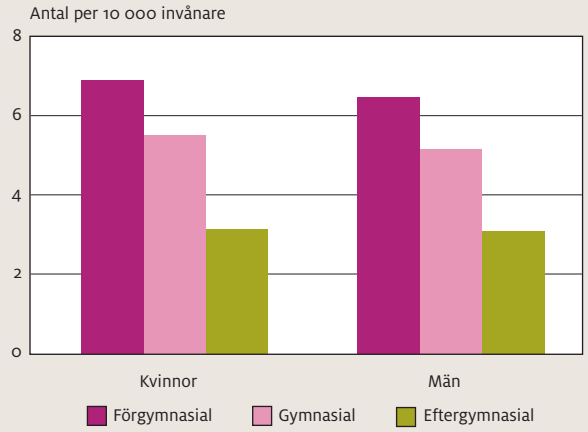
År 2012 insjuknande 3,53 individer per 10 000 invånare i riket i lungcancer. Antalet är i princip oförändrat sedan i början av 2000-talet totalt sett men insjuknandet för kvinnor har ökat något under 2000-talet. Stora skillnader syns mellan invånare med olika utbildningsbakgrund där framför allt kvinnor med förgymnasial utbildning insjuknar oftare. Utfallet visar också att insjuknandegraden mellan olika landsting är 1,4 till 4,7 per 10 000 invånare. Landsting i norra Sverige har en något mer gynnsam utveckling med en lägre insjuknandegrad än mellersta och södra Sverige.

DIAGRAM 6.1 – RIKET: Antal insjuknande i lungcancer per 10 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



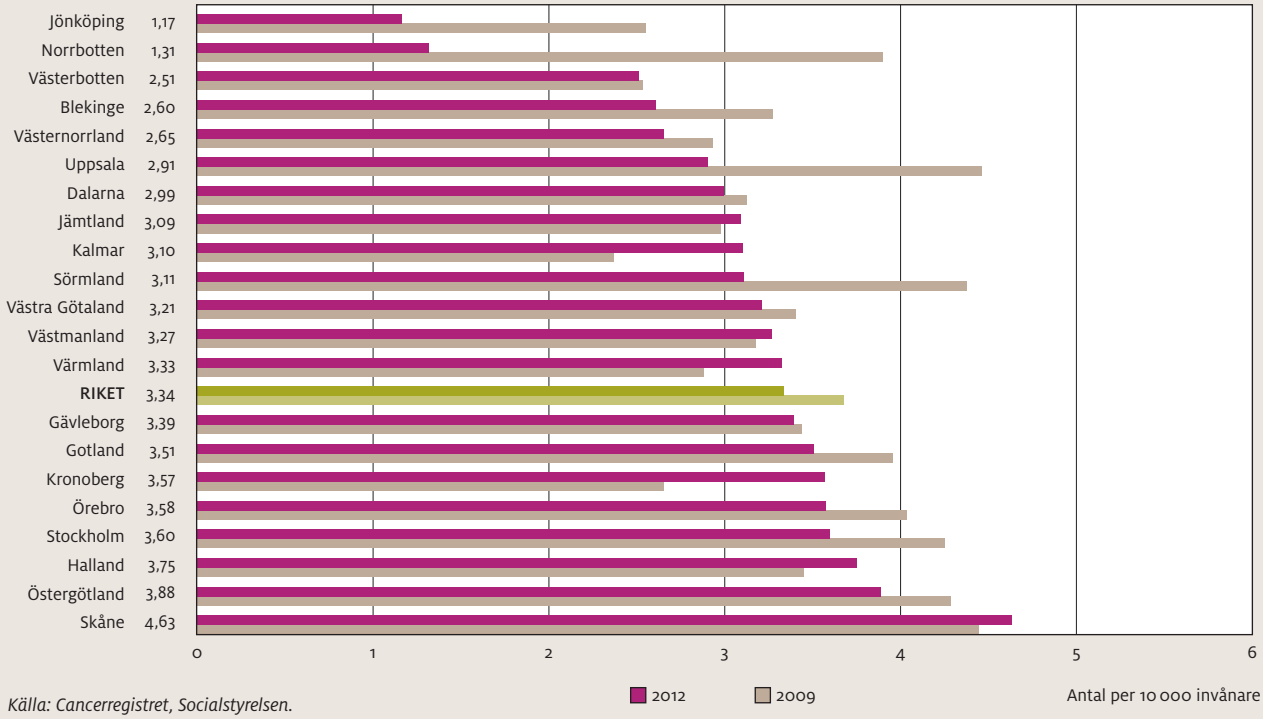
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 6.2 – UTBILDNING. RIKET: Antal insjuknande i lungcancer per 10 000 invånare, 35–74 år, åldersstandardiserade värden, 2008–2012.



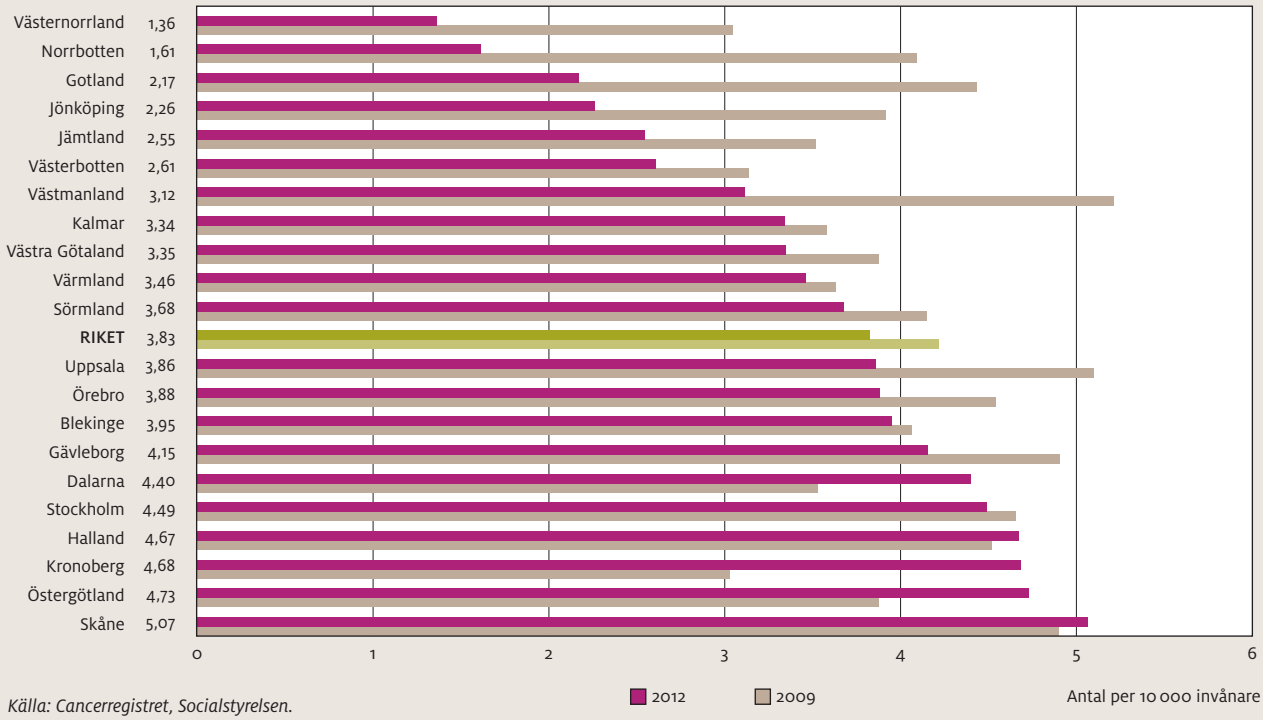
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 6.3 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal insjuknande i lungcancer per 10 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 6.4 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal insjuknande i lungcancer per 10 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DÖDLIGHET

I det här avsnittet redovisas två indikatorer som är kopplade till dödlighet: hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet och åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet är en systemindikator som mäter dödligheten i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, såsom dödlighet i lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor. Den andra indikatorn mäter diagnoser och dödsorsaker för ischemisk hjärtsjukdom.

Det har framkommit synpunkter om att hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet som indikator inte är optimal i sin nuvarande utformning och att det är svårt för mottagarna att veta hur de kan arbeta med utfallet. Dessutom borde fler dödsorsaker inkluderas eftersom dödligheten i flera dödsorsaker kan förebyggas.

Socialstyrelsen planerar ett utvecklingsarbete som innebär att indikatorn ses över och anpassas för att spegla dödligheten med större fokus på dagens sjukdomsutveckling i befolkningen. Indikatorn är även omdiskuterad internationellt. Det kan behövas en tydligare avgränsning för att identifiera förtida död i orsaker som speglar insatserna på folkhälsoområdet. Möjligen vore det bättre med flera separata indikatorer istället för systemövergripande indikatorer för dödlighet.

Redovisningen i den här rapporten baseras på att indikatorn har identifierats som en uppföljningsindikator sedan 2009. Dessutom tas ytterligare en ny indikator med som komplement, åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.

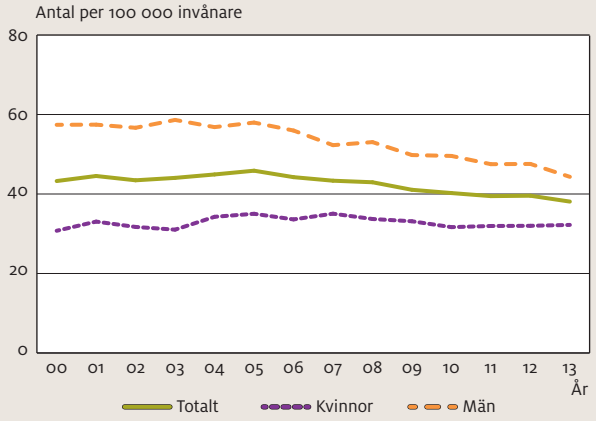
Den vanligaste underliggande dödsorsaken är hjärt- och kärlsjukdomar, även om dödligheten har minskat sedan slutet av 1980-talet. Tumörer utgör den näst vanligaste dödsorsaken [54].

7. HÄLSOPOLITISKT ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

Med hälsopolitiska insatser avses här insatser som ska minska skadlig alkoholkonsumtion, rökning och trafikolyckor med dödlig utgång. I Sverige har dödligheten i trafikolyckor minskat sedan slutet av 1980-talet [54]. När det gäller skadlig alkoholkonsumtion kan den relateras till mer än 60 olika sjukdomstillstånd, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa [58, 59].

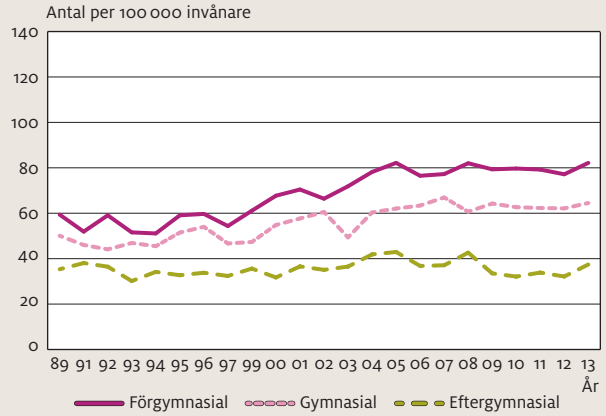
Den hälsopolitiska åtgärdbara dödligheten fortsätter att minska. Indikatorn var tidigare avgränsad till individer 1-74 år men har nu utvidgats till åldrarna 1–79 år på grund av den ökade medellivslängden sedan år 2009 [12].

DIAGRAM 7.1 – RIKET: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 1–79 år, åldersstandardiserade värden.



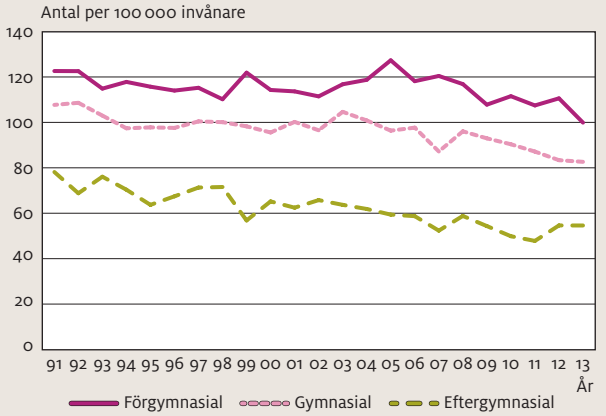
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 7.2 – UTBILDNING. KVINNOR: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 7.3 – UTBILDNING. RIKET. MÄN: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.

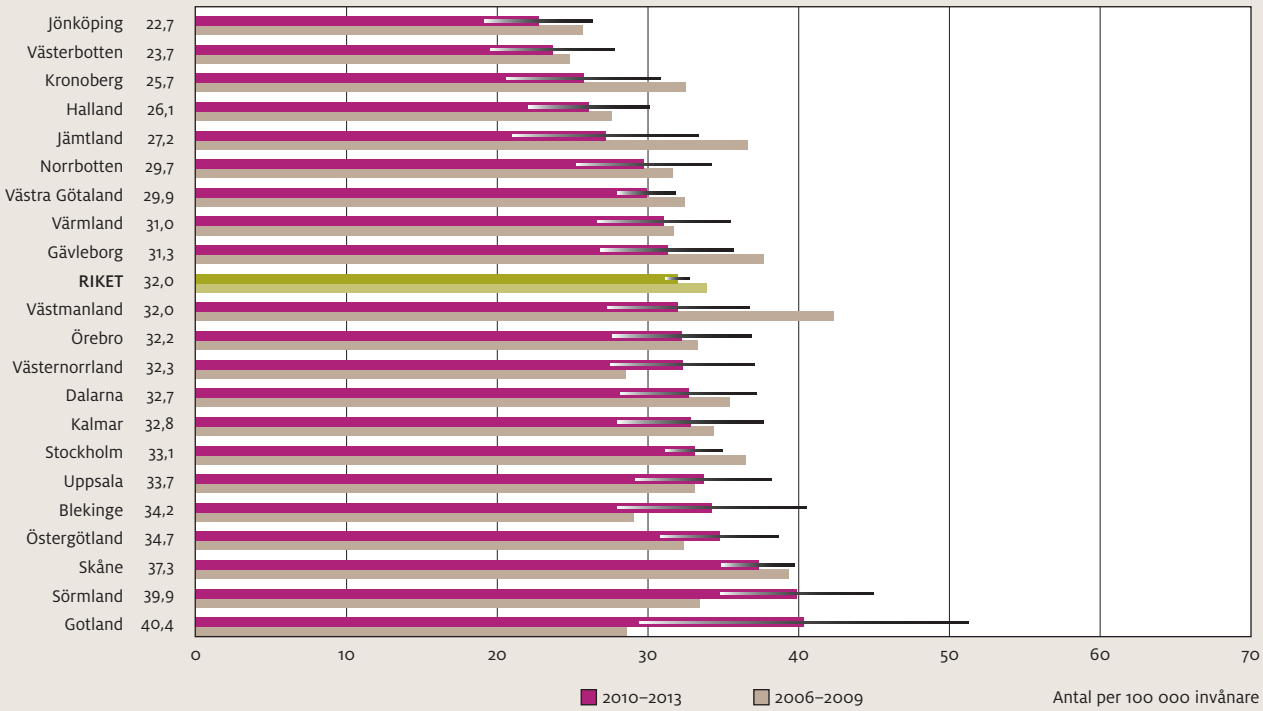


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Den hälsopolitiska åtgärdbara dödligheten har minskat sakta under 2000-talet, med en lägre dödlighet för kvinnor jämfört med män. Dessutom finns skillnader mellan individer med olika utbildningsbakgrund där framförallt män med enbart förgymnasial utbildning har högre dödlighet. Det finns även en tydligt uppåtgående trend i dödligheten bland kvinnor med kort utbildning. Variationen mellan landstingen är betydande, både för kvinnor och för män, även om dödligheten för kvinnor är lägre. Exempel på verksamheter som arbetar med insatser i landstinget som kan påverka utfallet är beroendemottagningarna samt primärvården som arbetar förebyggande med alkohol och tobak.

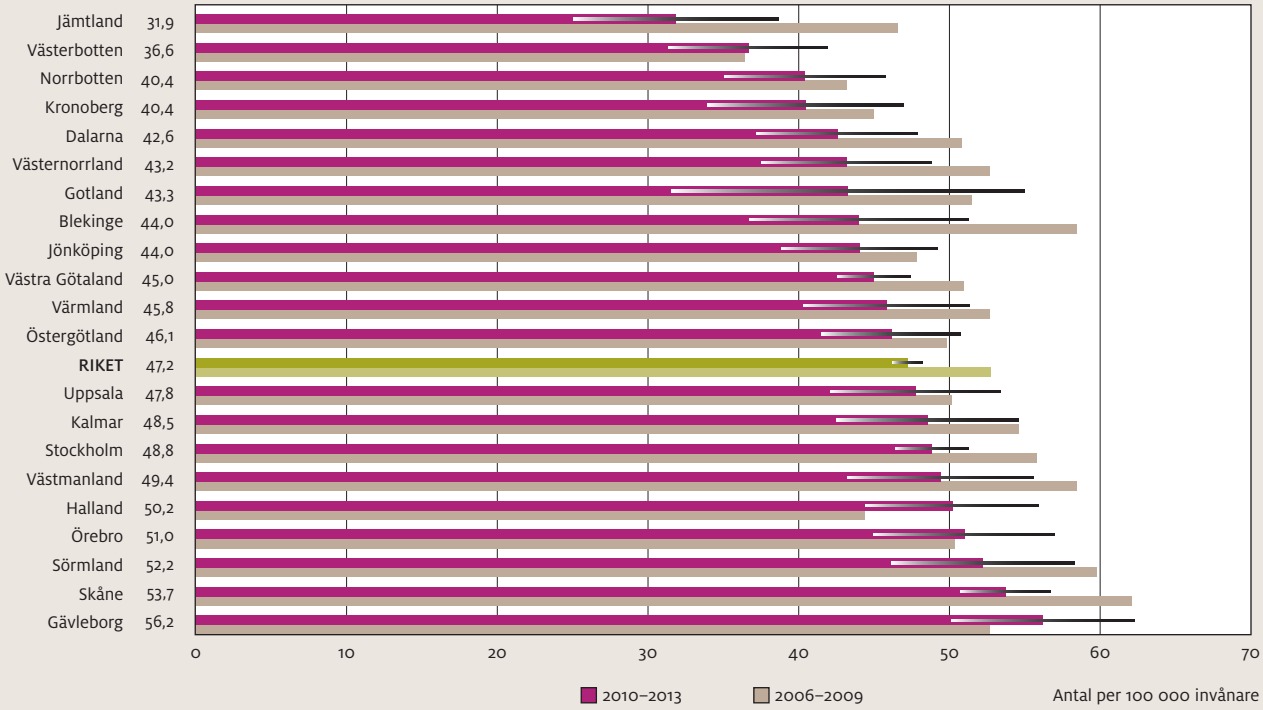
Exempel på verksamheter inom kommunerna är samhällsbyggnadsförvaltningar som bland annat arbetar med trafiksäkerhetsfrågor för vägar, samt gång- och cykelbanor i samverkan med staten och Trafikverket. Den uppsökande verksamheten inom socialtjänsten samt missbruksverksamheten bedriver dessutom ett förebyggande arbete för att nå vissa utsatta grupper som löper en förhöjd risk att drabbas av dödlighet kopplat till dessa diagnoser.

DIAGRAM 7.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 1–79 år, åldersstandardiserade värden, 2010–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 7.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare, 1–79 år, åldersstandardiserade värden, 2010–2013.



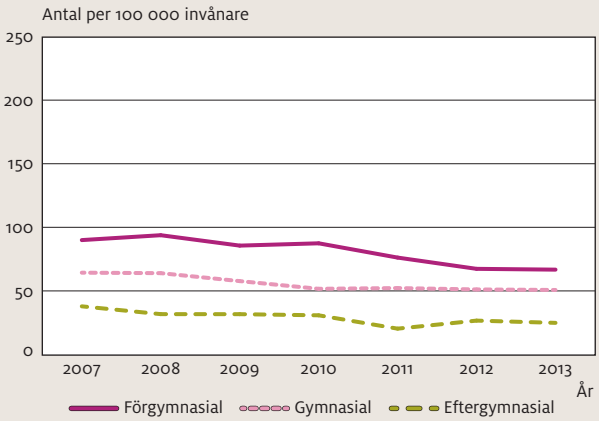
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

8. ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM

Indikatorn visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom som komplement till föregående indikator. Här inkluderas dödligheten i hjärtdiagnoser. Ischemiska hjärtsjukdomar orsakas av försämrad syretillförsel till hjärtat och akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. Dödligheten varierar kraftigt i olika åldrar och risken dubbleras mellan 60 och 70 års ålder [60].

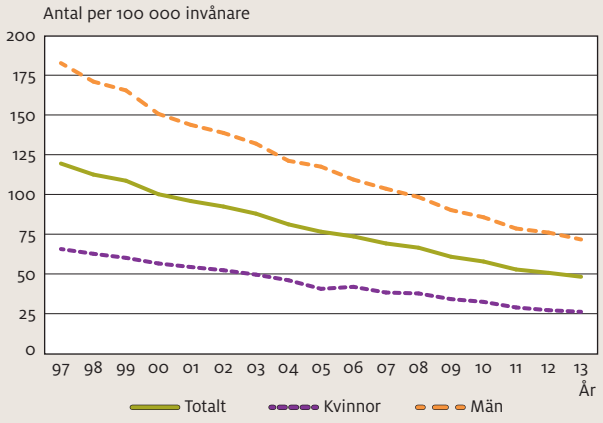
Variationen mellan landstingen är betydande, både för kvinnor och för män, även om dödligheten för kvinnor är betydligt lägre. Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har minskat kraftigt under åren för båda könen, dödligheten är fortfarande betydande och detta är den vanligaste underliggande dödsorsaken. Utvecklingen visar att en betydande del av dödligheten kan åtgärdas, antingen med medicinska insatser eller genom förändrade levnadsvanor. Det finns skillnader mellan olika utbidlningsgrupper även om dödligheten har minskat under de senaste decennierna, oavsett utbildningsnivå.

DIAGRAM 8.2 – UTBILDNING. RIKET. KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



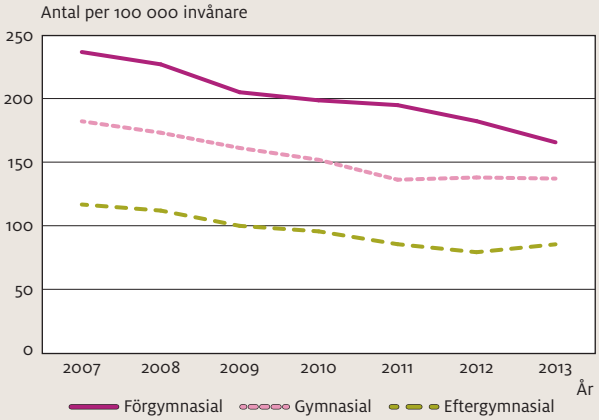
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 8.1 – RIKET: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, åldersstandardiserade värden.



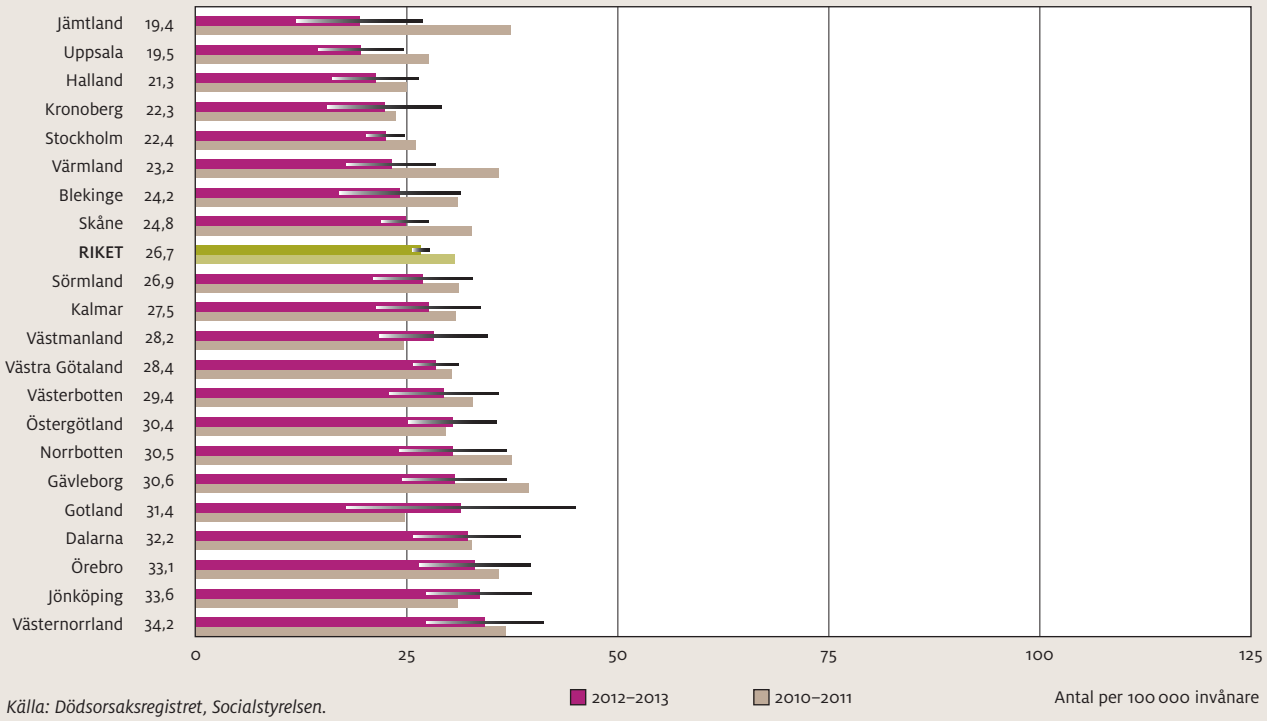
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 8.3 – UTBILDNING. RIKET. MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



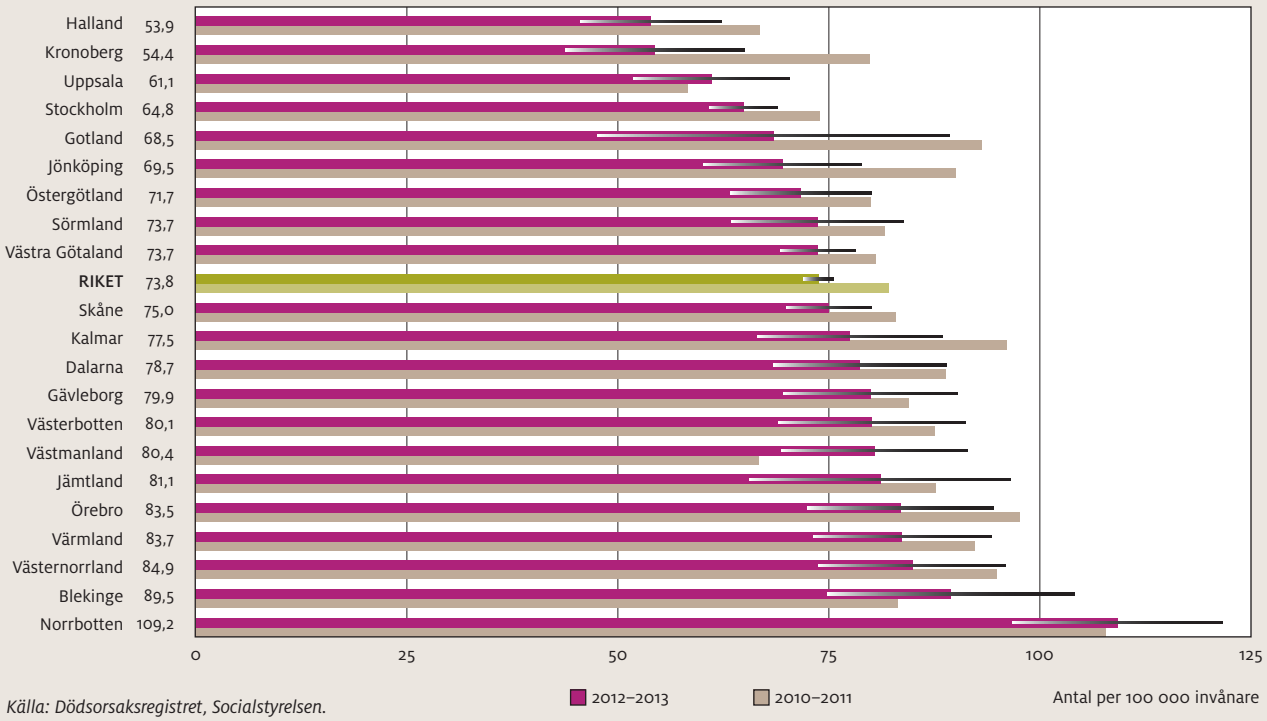
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 8.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, åldersstandardiserade värden, 2012–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 8.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, åldersstandardiserade värden, 2012–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

PSYKISK OHÄLSA

Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som innefattar en rad olika aspekter av psykiska problem. Det gäller allt från självrapporterade besvär såsom trötthet, oro och ångest till depression och andra manifesta psykiska sjukdomar såsom schizofreni. Det finns även ett stort lidande bland anhöriga till personer med psykisk ohälsa [42].

9. NEDSATT PSYKISKT VÄLBEFINNANDE

Den psykiska ohälsan i befolkningen mäts ofta genom enkät- eller intervjuundersökningar. Nedsatt psykiskt välbefinnande är ett omfattande folkhälsoproblem och flera olika undersökningar visar kraftiga ökningar under 1990-talet bland unga.

Ökningen ser nu ut att ha avstannat men är fortfarande på en hög nivå, i synnerhet bland unga kvinnor [12, 61]. Likaså har andelen unga som söker psykiatrisk vård för ångest och depressioner ökat sedan 1990-talet framför allt bland unga mödrar med kort utbildning [61].

Av sjukskrivningar som ersätts från Försäkringskassan är psykiska diagnoser den näst största diagnosgruppen och för kvinnor den största [62].

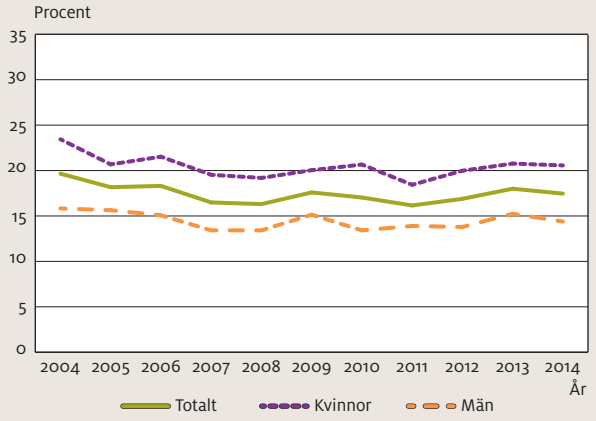
Det psykiska välbefinnande påverkas av en rad olika faktorer som individens förmåga att hantera stress, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet, social isolering eller förmåga att upprätthålla goda levnadsvanor. Det handlar om en trygg uppväxtmiljö med möjlighet till en bra skolgång för att senare få arbete och uppnå delaktighet i samhället.

Kommunerna och landstingen har ett särskilt viktigt ansvar för invånarnas psykiska hälsa i de verksamheter där de har kontakt med invånarna men även som arbetsgivare när det gäller arbetsklimat och arbetsrelaterad stress.

Andra relevanta faktorer är tillgång till grönområden, buller, trafikplanering och kommunikationer.

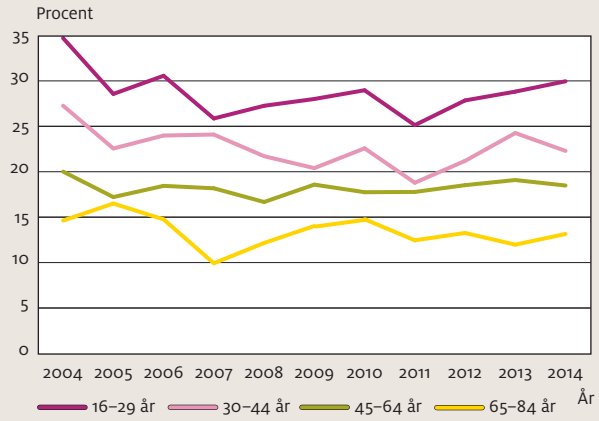
I landstingen pågår flera insatser som är riktade mot ungas psykiska hälsa, men samtidigt gör Socialstyrelsen bedömningen att det finns brister inom området när det gäller första linjens sjukvård. Det behövs tydlighet i uppdragen hur man arbetar med psykisk hälsa inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsa, ungdomsmottagning och barnhälsovård. Socialstyrelsen ser också brister i informationen till unga om vart man ska vända sig för hjälp och stöd [61].

DIAGRAM 9.1 – RIKET: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12, 16–84 år.



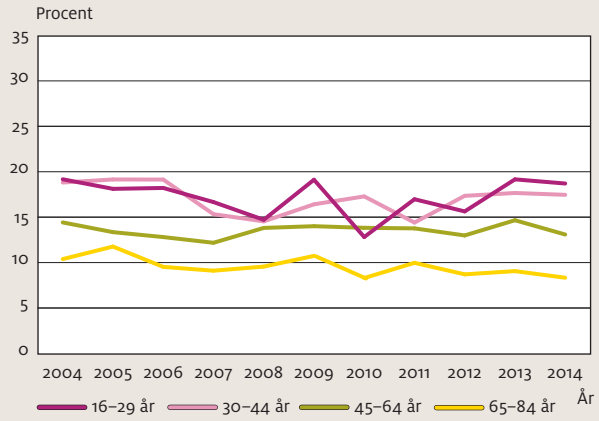
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 9.2 – ÅLDERSGRUPPER KVINNOR: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 9.3 – ÅLDERSGRUPPER MÄN: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12.

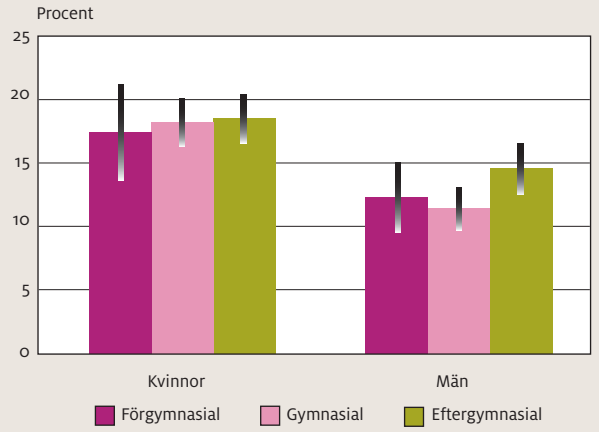


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Indikatorn mäts utifrån tolv frågor baserat på frågeinstrumentet General health Questionaire (GHQ12) som är konstruerat i syfte att mäta psykisk ohälsa.

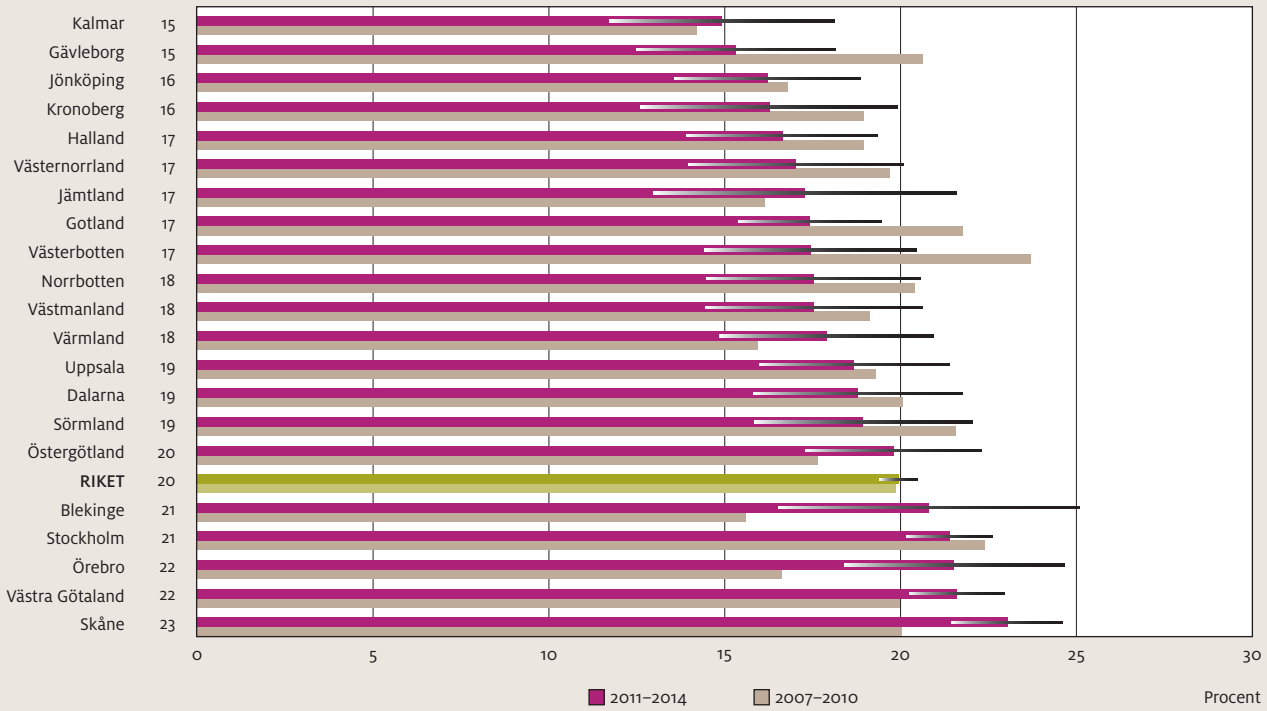
Utvecklingen av andelen med självrapporterad nedsatt psykiskt välbefinnande har tidigare ökat i de flesta landsting och kommuner, men är i princip oförändrad under perioden 2007 till 2014. Det är fortfarande en större andel kvinnor än män som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande. Det finns också tydliga mönster mellan åldersgrupperna: yngre uppger oftare att de har nedsatt psykiskt välbefinnande och bland de yngre har andelen ökat under perioden 2007 till 2014. Sambandet med utbildning är inte lika klart som för många andra indikatorer, och individer med eftergymnasial utbildning har oftare nedsatt psykisk ohälsa än de med kortare utbildning.

DIAGRAM 9.4 – UTBILDNING. RIKET: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12, 35–74 år, 2014.



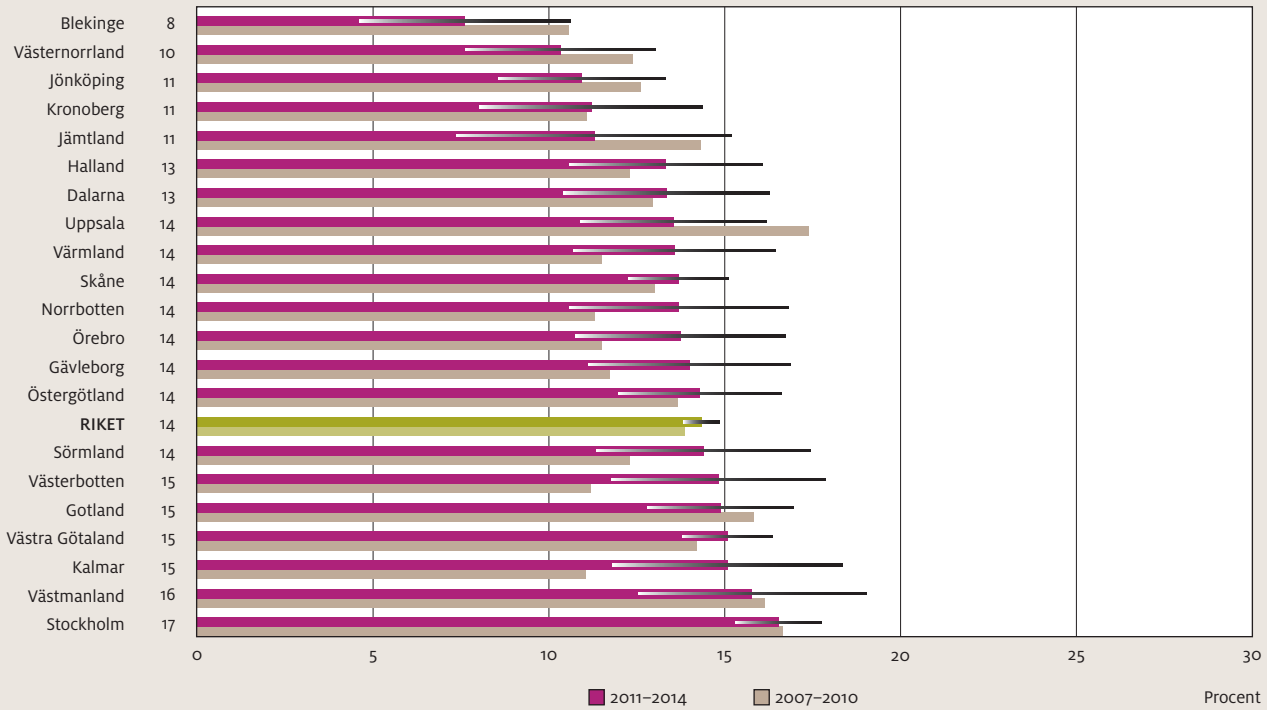
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 9.5 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12, 16–84 år, 2011–2014.



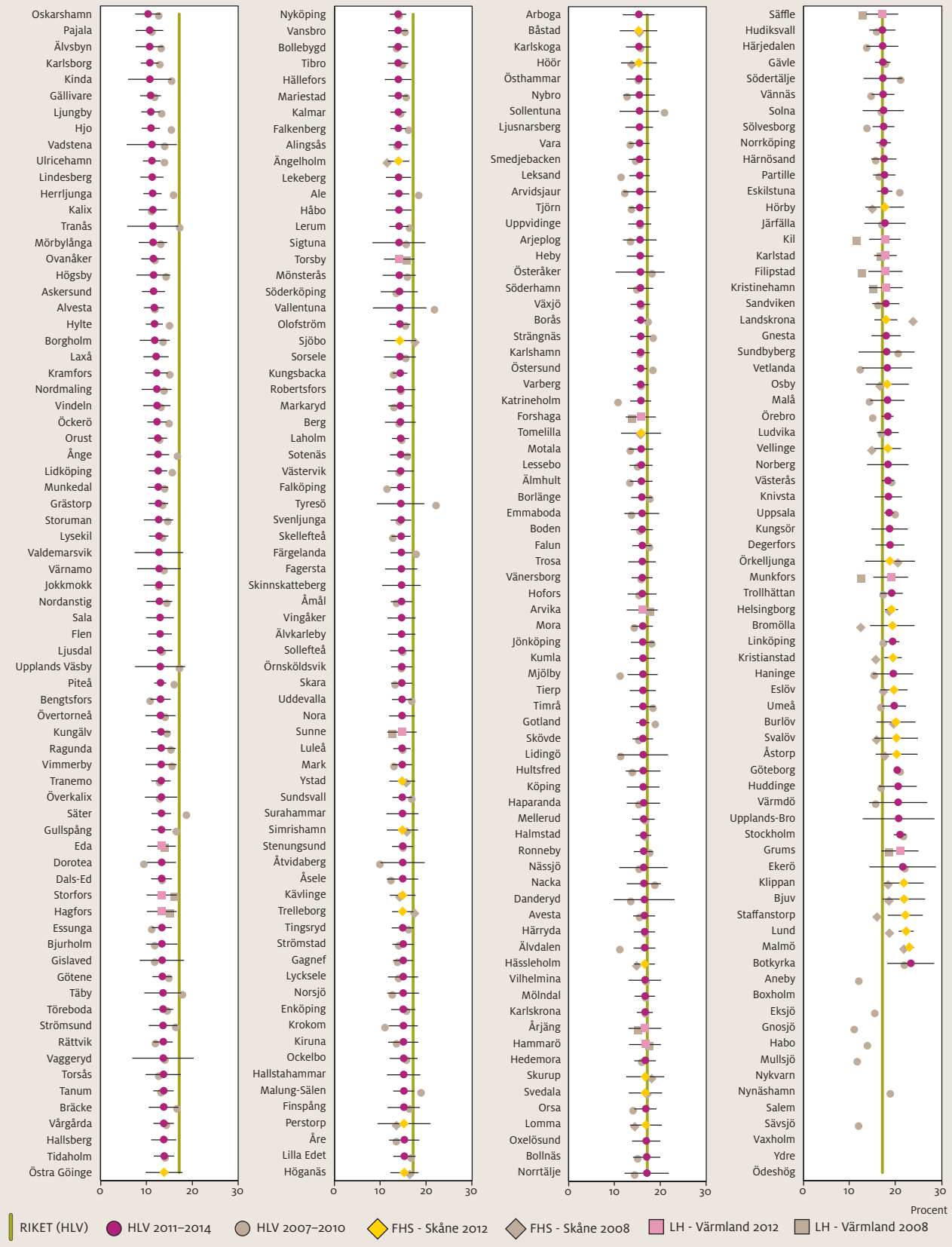
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 9.6 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 9.7 – KOMMUNER: Andel som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån frågeinstrumentet GHQ12 (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år. Värmland (LH), 18+ år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne; Liv och Hälsa (LH), Landstinget i Värmland.

10. REGELBUNDEN BEHANDLING MED SÖMNMEDEL OCH LUGNANDE MEDEL

Att psykisk ohälsa är vanligt förekommande i befolkningen konstateras i flera undersökningar, bland annat i den nationella folkhälsoenkäten HLV som nämndes i föregående avsnitt, samt i SCB:s ULF-undersökningar. Sömnproblem samt besvär av ängslan, oro och ångest har ökat under de senaste decennierna och då framför allt bland unga. Högre andelar kvinnor än män uppger i dessa undersökningar att de lider av något eller några av ovan nämnda besvär. Kvinnor i åldern 16-24 år är särskilt drabbade, och rapporterar oftare besvär av ängslan, oro eller ångest i jämförelse med kvinnor i andra åldersgrupper [12].

Psykofarmaka är en vanlig behandlingsform i samband med psykisk ohälsa och används inom såväl öppen- som slutenvården. Godkända läkemedel för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar är bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel. De används även för att behandla lindrigare former av oro och ångest.

Psykofarmaka till vuxna förskrivs vanligtvis av allmänläkare och psykiatriker samt i viss utsträckning av invärtes medicinare. Bensodiazepiner kan dock ge biverkningar, särskilt vid hög konsumtion och långvarigt bruk. De är dessutom narkotikaklassade och kan framkalla beroende- och missbruksproblem. Det är därför viktigt att inte förskriva dessa läkemedel under längre perioder [63].

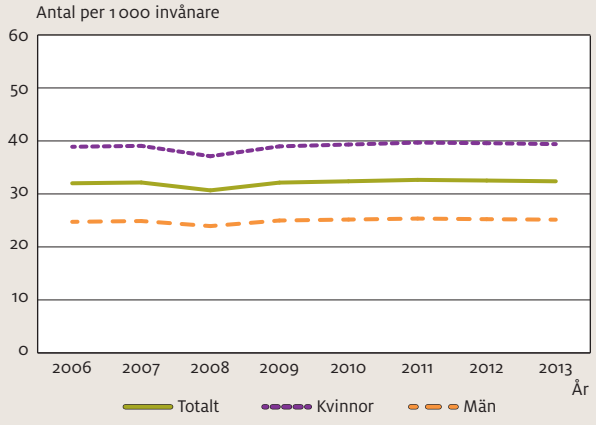
Indikatorn visar antalet regelbundna användare av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldrarna 20–79 år per 1 000 invånare. Med regelbundna användare avses individer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år. I sammanhanget bör påpekas att det i dagsläget inte finns någon fastställd rekommenderad nivå för hur denna konsumtion bör se ut.

Resultaten visar att det finns tydliga skillnader när det gäller den regelbundna användningen av sömnmedel och lugnande medel, såväl mellan män och kvinnor som mellan individer med olika utbildningsnivå. Kvinnor konsumerar dessa läkemedel i högre grad än män, och andelen regelbundna användare är högre bland individer med kortare utbildning jämfört med de som har längre utbildning.

Det regelbundna användandet av sömnmedel och lugnande medel var relativt konstant i riket under 2006–2013. Resultatet visar också att den regelbundna användningen varierade rejält mellan olika landsting och kommuner. På landstingsnivå varierade antalet regelbundna användare i åldern 20–79 år, mellan 22 och 37 per 1 000 invånare. Inga större förändringar uppvisas i förhållande till jämförelseperioden år 2009. De förhållandevis stora skillnaderna mellan landstingen kan bland annat förklaras av att den psykiska ohälsan är ojämlikt fördelad mellan olika landsting, samt av att det förekommer skillnader inom landet när det gäller praxis för hur man förskriver läkemedlen (se vidare separat faktaruta).

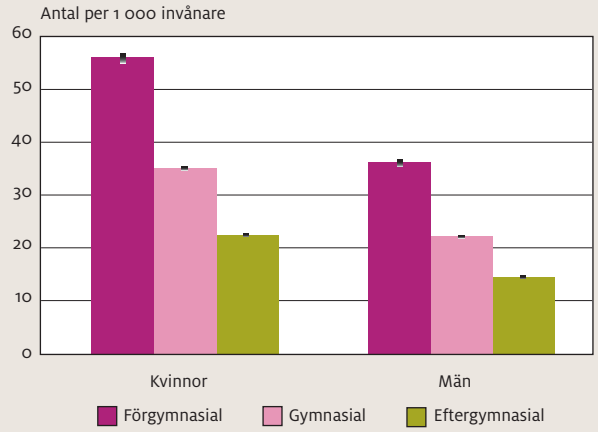
Det är viktigt att även i fortsättningen följa variationerna mellan landstingen när det gäller regelbunden användning av sömnmedel och lugnande medel.

DIAGRAM 10.1 – RIKET: Antal individer med regelbunden användning (≥0,5 DDD/dag) av lugnande medel/sömnmedel per 1 000 invånare, 20–79 år, åldersstandardiserade värden.



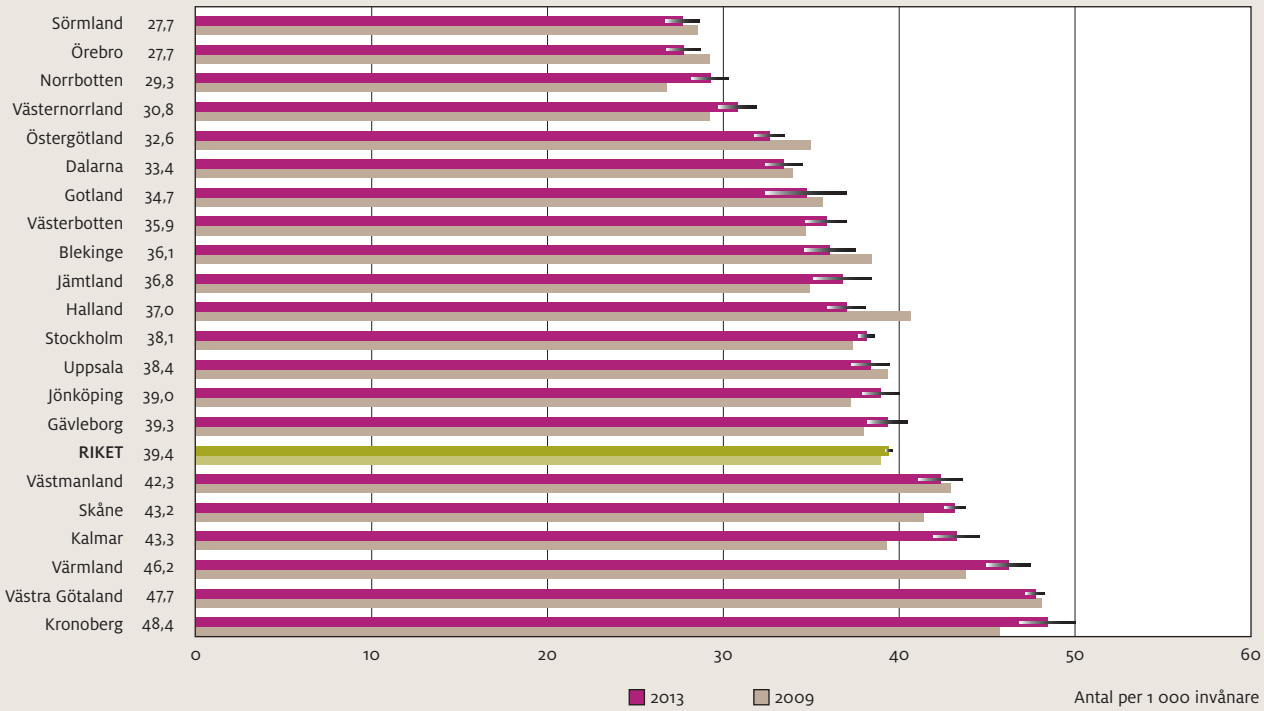
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 10.2 – UTBILDNING. RIKET: Antal individer med regelbunden användning (≥0,5 DDD/dag) av lugnande medel/sömnmedel per 1 000 invånare, 30–64 år, åldersstandardiserade värden, 2013.



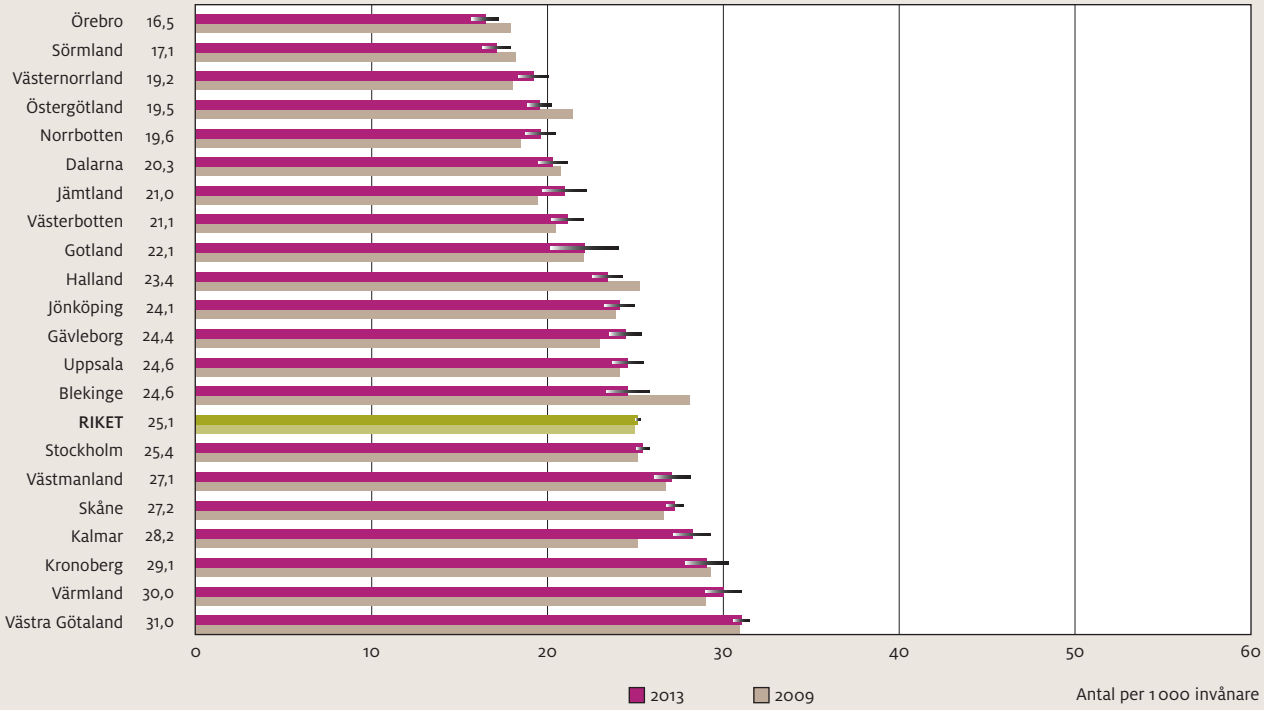
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 10.3 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal individer med regelbunden användning (≥0,5 DDD/dag) av lugnande medel/sömnmedel per 1 000 invånare, 20–79 år, åldersstandardiserade värden, 2013.



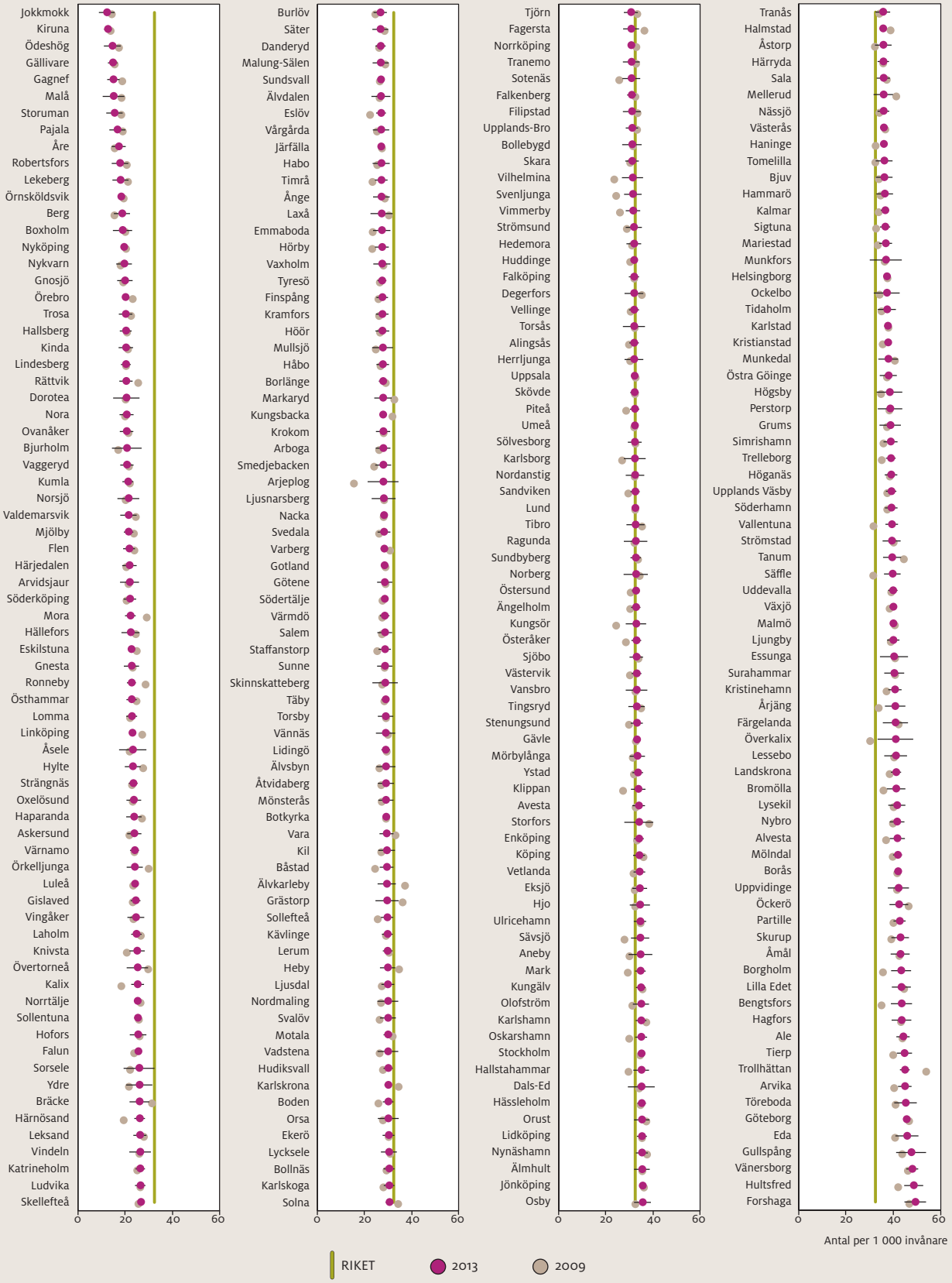
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 10.4 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal individer med regelbunden användning (≥0,5 DDD/dag) av lugnande medel/sömnmedel per 1 000 invånare, 20–79 år, åldersstandardiserade värden, 2013.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 10.5 – KOMMUNER: Antal individer med regelbunden användning (≥0,5 DDD/dag) av lugnande medel/sömnmedel per 1 000 invånare, 20–79 år. Åldersstandardiserade värden, 2013.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

ANVÄNDANDET AV LUGNANDE MEDEL OCH SÖMNMEDEL TENDERAR ATT SAMVARIERA MED FÖREKOMSTEN AV PSYKISK OHÄLSA

Under 2014 genomförde Socialstyrelsen inom ramen för uppdraget Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård, ett mindre analysarbete kring användandet av lugnande medel och sömnmedel med fokus på geografiska skillnader. Bakgrunden till arbetet var tidigare års landstingsjämförelser som visade att det förelåg mycket stora skillnader mellan landstingen gällande den regelbundna förskrivningen och användningen av sådana läkemedel (se exempelvis *Öppna Jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård)*.

Analysarbetet syftade till att klarlägga om, och i så fall i vilken mån, olika bakgrundsfaktorer – kopplade till såväl hälso- och sjukvård, som befolkningens levnadsförhållanden och hälsa – samvarierade med användningen av lugnande medel och sömnmedel. Med begreppet samvariation avses en situation där de variabler som studeras samvarierar på så sätt att höga värden i en variabel – i det här fallet regelbunden användning av sömnmedel och lugnande medel – förekommer tillsammans med höga värden i en annan variabel och omvänt, d v s att låga värden i den ena variabeln förekommer tillsammans med låga värden i den andra. I studien granskades särskilt de landsting som i 2013 års Öppna Jämförelser för hälso- och sjukvården, uppvisade högst respektive lägst värden på indikatorn ”Regelbunden behandling med lugnande medel eller sömnmedel”. De aktuella landstingen var Västra Götaland och Kronoberg (höga värden) respektive Södermanland och Örebro (låga värden).

Socialstyrelsen utgick från offentlig statistik och publicerade rapporter och jämförde ett antal faktorer på landstingsnivå, däribland en rad hälso- och sjukvårdsrelaterade faktorer, såsom förekomsten av psykisk ohälsa, sjukskrivningar, skillnader i vårdkonsumtion, skillnader i sjukvårdens organisation, specialistkompetens samt kostnader för specialistvård. Utifrån självrapporterade data från HLV år 2013, studerades även några levnadsvanerelaterade faktorer på landstingsnivå, exempelvis alkoholkonsumtion, tobaksvanor och fysisk aktivitet. Andra faktorer som granskades och jämfördes mellan landstingen och i relation till indikatorn handlade om skillnader i den regionala socioekonomiska strukturen (befolkningens genomsnittliga inkomst och utbildningsnivå) samt arbetsmarknadsstrukturen (arbetsmarknadsinriktning, arbetslöshetsnivåer m.m.).

Granskningen av de hälso- och sjukvårdsrelaterade faktorerna vårdkonsumtion, skillnader i sjukvårdens organisation och specialistkompetens visade inte några större skillnader mellan de landsting som hade höga andelar regelbundna användare av lugnande medel/sömnmedel och de med låga andelar. Det fanns inte heller några större skillnader i kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård.

Vissa tecken på samvariation fanns dock när det gällde regelbunden användning av sömnmedel och lugnande medel och förekomst av psykiatriska sjukdomar i befolkningen. Landsting med höga andelar regelbundna användare av sömnmedel och lugnande medel, hade också flest pågående sjukfall av psykiska sjukdomar och beteendestörningar. Västra Götaland hade även de högsta andelarna pågående sjukfall av förstämningssyndrom samt neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom i landet, samtidigt som Södermanland hade bland de lägsta andelarna. Även Kronoberg hade relativt höga andelar pågående sjukfall inom denna sjukdomskategori. I Försäkringskassans rapport: *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser* från 2014 konstateras också att risken för att påbörja sjukfall i psykiatriska diagnoser är allra högst i Västra Götalands län.

Granskningen av de levnadsvanerelaterade faktorerna visade däremot inte några större skillnader mellan de aktuella landstingen. Inte heller fann man några skillnader i den regionala socioekonomiska strukturen eller arbetsmarknaden som kunde kopplas till de uppmätta skillnaderna i indikatorn ”Regelbunden behandling med lugnande medel eller sömnmedel”.

Resultatet från analysen tyder således på att en viss samvariation finns mellan användningen av sömnmedel/lugnande medel och förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningarna. Indikatorn speglar sannolikt till viss del även olika behandlingstraditioner inom sjukvården i olika delar av landet, genom att det förekommer skillnader mellan landstingen när det gäller praxis för hur man förskriver läkemedlen.

11. SJÄLVMORD OCH DÖDSFALL MED OKLART UPPSÅT

Enligt NASP – Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – så kan självmord idag betraktas som ett folkhälsoproblem.

Under flera decennier har självmorden minskat långsamt men under de senaste två åren har denna trend avstannat [54].

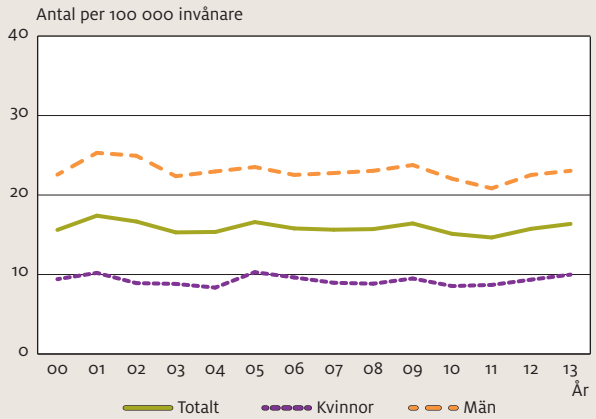
Det är viktigt att självmordsnära personer upptäcks i tid. Verksamheter, familjer och närstående kan ha en avgörande roll genom att vara uppmärksamma på dessa tillstånd. Det gäller även samhället i stort samt flera vårdnivåer inom hälso- och sjukvården. Kommunerna och landstingen har individ kontakter inom vård, skola och omsorg, vilket gör att de kan arbeta självmordsförebyggande genom riskidentifiering.

Vårdguiden hänvisar självmordsnära personer till vårdcentraler, psykiatriska mottagningar, ungdomsmottagning, barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), kyrkan, skolhälsan, studenthälsan och nationella hjälplinjer. Dessutom finns det en rad olika föreningar som arbetar med att förebygga psykisk ohälsa och självmord i samhället och som erbjuder kontakt med människor i en liknande situation samt andra närstående som drabbats.

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården upprättar strukturerade självmordsriskbedömningar, det vill säga bedömningar som sker på ett likartat sätt och enligt en viss struktur. Riskbedömningen bör göras i samband med diagnostiken, och sedan regelbundet så länge självmordsrisken finns. Hälso- och sjukvården är dessutom skyldig enligt Lex Maria att anmäla självmord som begåtts inom fyra veckor efter senaste tillfälle då personen haft en vårdkontakt med hälso- och sjukvården.

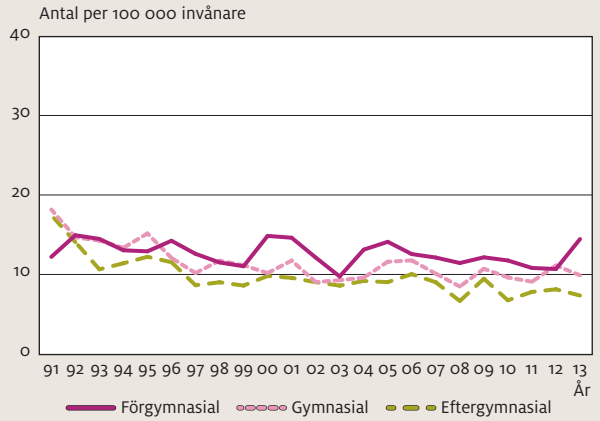
Indikatorn visar antalet självmord och dödlighet med oklar avsikt, och under perioden 2011–2013. Över tid har utfallet inte förändrats nämnvärt. Sett till utbildningsbakgrund framgår samma trend som i många andra redovisningar nämligen att personer med kort utbildning har högre självmordfrekvens och det är särskilt framträdande bland män med kort utbildning.

DIAGRAM 11.1 – RIKET: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



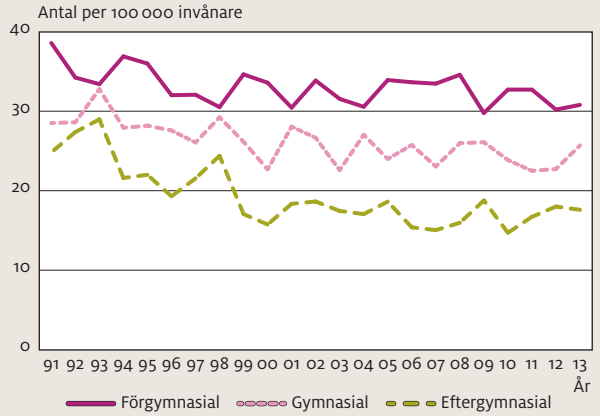
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 11.2 – UTBILDNING. RIKET. KVINNOR: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



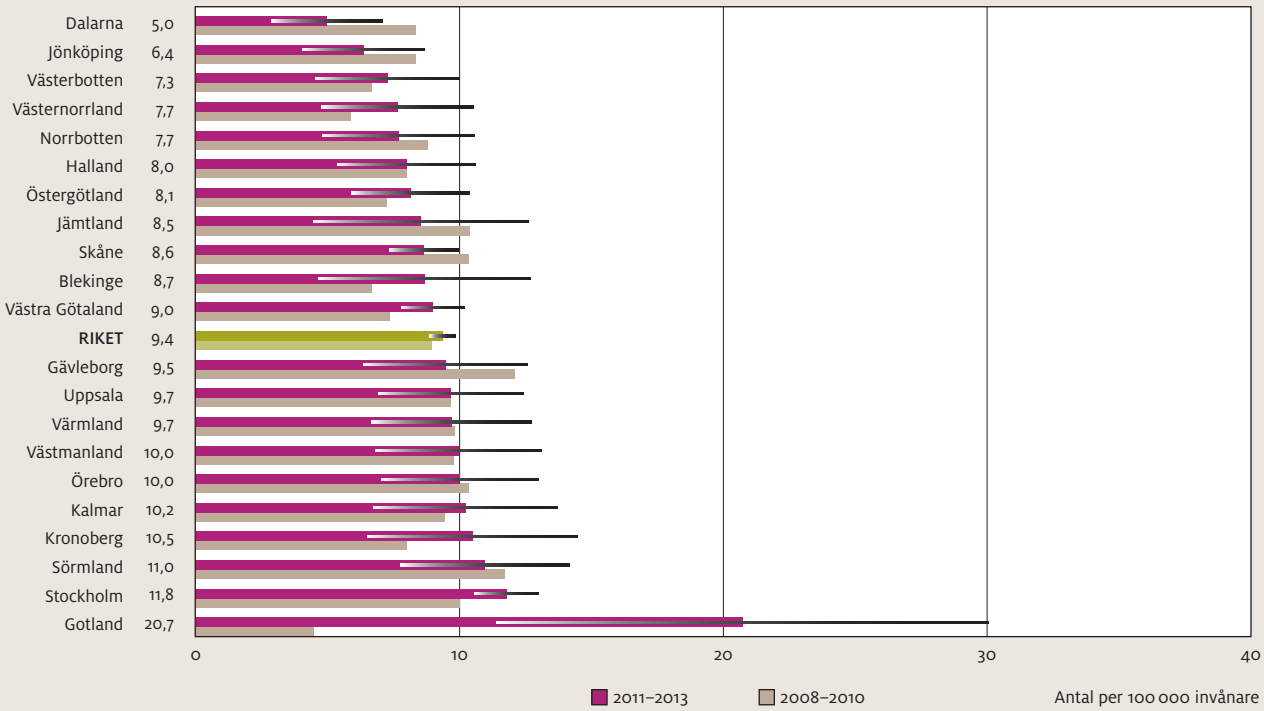
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 11.3 – UTBILDNING. RIKET. MÄN: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 35–79 år, åldersstandardiserade värden.



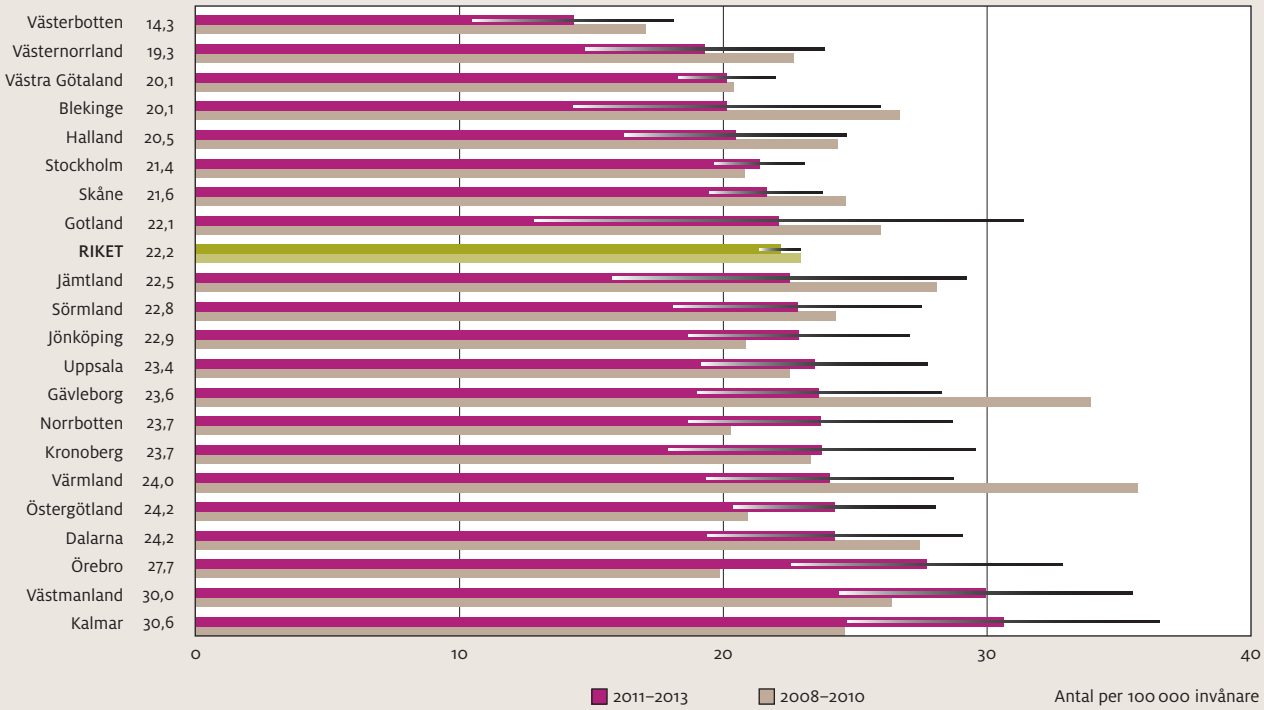
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 11.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2011–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 11.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2011–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

SKADOR

Antalet dödsfall till följd av skadehändelser har ökat i Sverige sedan slutet av 1990-talet, efter att under ett par decennier uppvisat en nedåtgående trend.

Risken för att råka ut för en olycka och skadas är störst för barn ungdomar och äldre. Fallskador utgör den vanligaste skadeorsaken, såväl bland yngre som äldre, följt av skador orsakade av trafikolyckor. Medan män dominerar statistiken när det gäller skador som inträffar före pensionsåldern, är kvinnorna istället överrepresenterade bland de skador som inträffar senare i livet.

Skador utgör en ledande orsak till invaliditet och förlorade levnadsår för den enskilde, och bidrar också till höga kostnader för samhället.

12. SKADOR BLAND BARN

Antalet dödsfall bland barn orsakade av skador har under lång tid minskat markant i Sverige. Detta beror till stor del på en lång tradition av olycksfallsförebyggande arbete och tvärsektoriella satsningar på att skapa trygga miljöer för barn. Trots detta skadas fortfarande många barn, och skador till följd av olyckshändelser utgör ännu den vanligaste dödsorsaken bland barn i åldern 0–15 år. Barn är särskilt utsatta när det gäller skador. Med anledning av att de befinner sig i utveckling, riskerar de att ådra sig fler skador, samtidigt som skadorna de råkar ut för också kan få allvarliga konsekvenser [64, 65].

Såväl skadeförekomst som skadeorsak varierar med barnens kön och ålder. Pojkar drabbas i betydligt större utsträckning än flickor. I yngre åldrar förklaras detta bland annat av att pojkarnas kroppsfunktioner utvecklas senare, och lite högre upp i åldrarna av att pojkar tar större risker i jämförelse med flickor [64]. I Sverige liksom i övriga europeiska länder är det fallolyckor som tillsammans med trafikrelaterade olyckshändelser ligger bakom en betydande andel av de skador som inträffar bland barn. Yngre barn drabbas i huvudsak av skador i samband med fallolyckor, medan såväl fall som trafikrelaterade olyckshändelser ligger bakom en stor del av skadorna bland äldre barn [64-66].

Både internationell och svensk forskning visar att barn som lever under mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden löper en större risk att drabbas av skador till följd av olyckshändelser [66-69]. Bland annat ökar riskerna för olyckor i trafiken och olyckor relaterade till våld. Skillnaderna mellan barn från olika socioekonomiska grupper tenderar dessutom att vara större ju äldre barnen är [20, 70].

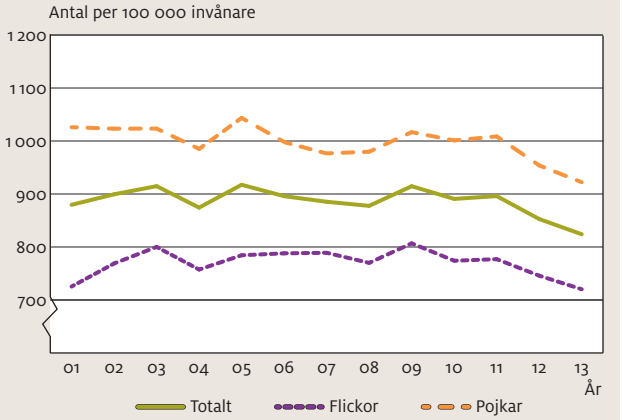
Indikatorn visar antalet barn per 100 000 i åldern 0–6 år som slutenvårdats till följd av skadehändelse år 2013. Data kommer från Socialstyrelsens register över patienter i sluten vård och avser skador och förgiftningar enligt kod för yttre orsaker.

År 2013 uppgick antalet skador i genomsnitt till 824 per 100 000 barn. Det finns dock stora skillnader på landstingsnivå, där antalet skador varierar mellan 481 och 1693 per 100 000 barn. Viss hänsyn bör dock tas till att inläggningspraxis kan variera mellan sjukhusen, något som kan påverka resultatet. I de flesta landsting skadades något färre barn under 2013 i jämförelse med 2009. Samtidigt visar resultatet att antalet skador bland barn i riket som helhet legat på en relativt stabil nivå sedan 2000-talets början. Av resultatet framgår också att pojkar skadas i betydligt högre utsträckning än flickor.

För att få ner antalet skador och dödsfall ytterligare är det viktigt med ett fortsatt säkerhetsarbete. Kommunerna har ansvaret för att utforma säkra miljöer för barn ur bland annat lek- och trafiksynpunkt. Regelbundna översyner av utrustningen vid lekplatser kan tillsammans med ett säkerhetsperspektiv vid utformning av nya lekplatser, bidra till att främja säkerheten för alla barn. För att öka trafiksäkerheten kan man inventera olycksrisker i trafikmiljön, införa hastighetsbegränsningar och hastighetsdämpande åtgärder, se till att regelbundet underhålla det kommunala vägnätet samt ha regelbunden snöröjning.

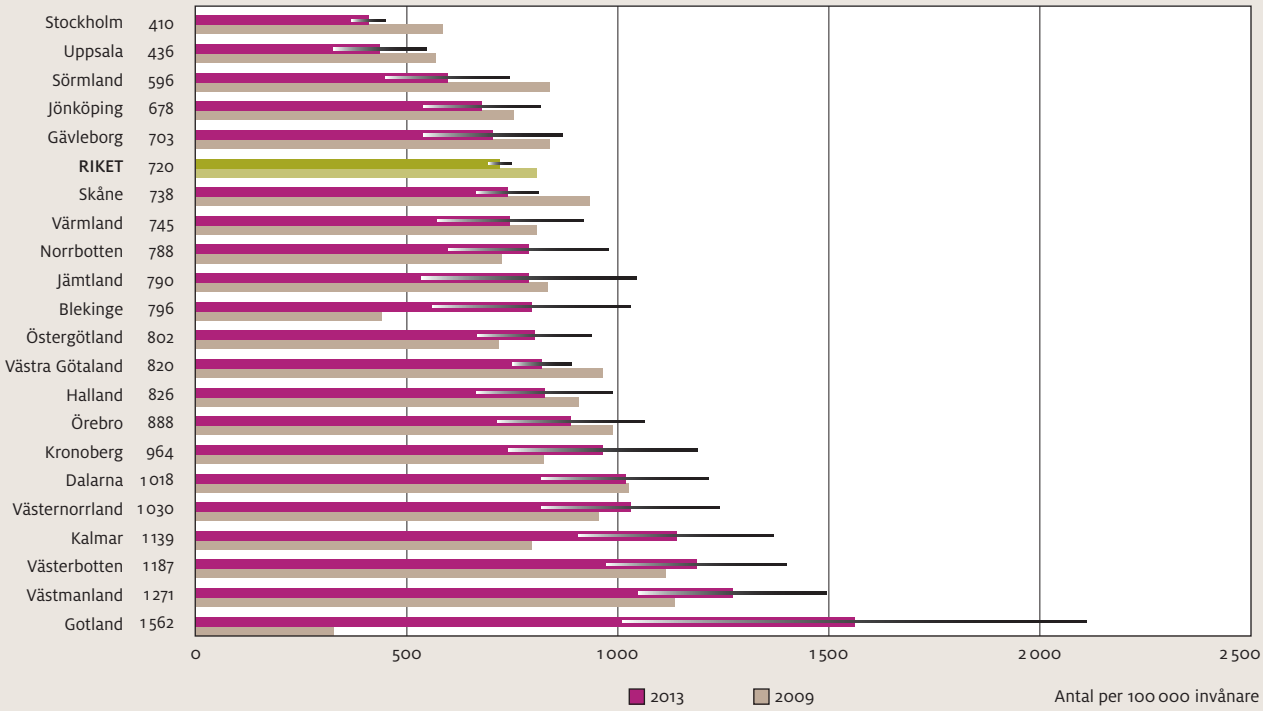
Ett annat viktigt område inom det skadeförebyggande arbetet är information och utbildning riktad till både barn och deras föräldrar. Kommunen kan i samverkan med andra parter delta aktivt i kampanjer för att informera om trafiksäkerhet och exempelvis verka för ökad cykelhjälmsanvändning. Skolan kan också bidra genom att till exempel i samverkan med polisen informera och utbilda elever i trafiksäkerhet. Även landstingen har genom barnhälsovården och mötet med barn och föräldrar en viktig roll i detta informations- och utbildningsarbete.

DIAGRAM 12.1 – RIKET: Antal barn som slutenvårdats till följd av skadehändelse per 100 000 barn i åldern 0–6 år.



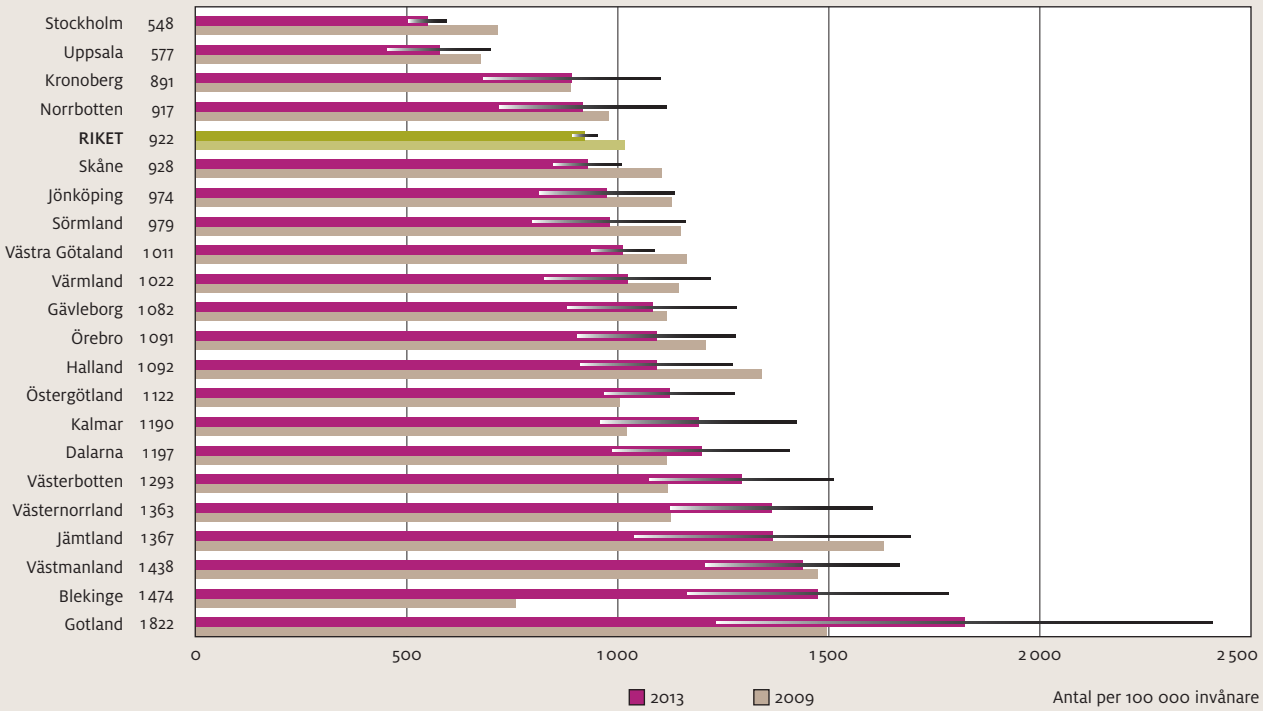
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 12.2 – LÄN/LANDSTING. FLICKOR: Antal barn som slutenvårdats till följd av skadehändelse per 100 000 barn i åldern 0–6 år, 2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 12.3 – LÄN/LANDSTING. POJKAR: Antal barn som slutenvårdats till följd av skadehändelse per 100 000 barn i åldern 0–6 år, 2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

13. FALLSKADOR BLAND ÄLDRE

Fallolyckor är idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige och utgör i synnerhet bland äldre ett omfattande folkhälsoproblem. Två tredjedelar av de som avlider till följd av fall är 65 år eller äldre, liksom hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av skada [71].

Äldre kvinnor drabbas av skador i betydligt större utsträckning än äldre män, och forskning visar att det finns avsevärda skillnader i skaderisk även sett till socioekonomisk status, civilstånd och födelseland [72, 73]. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av lidande och försämrad livskvalitet, till exempel rörelsesvårigheter, isolering och ökat beroende av andra. Många fallolyckor resulterar i höftfrakturer som utöver lidande för den drabbade även medför stora kostnader för samhället.

Fallskador bland äldre ökar stadigt i vårt land, något som bland annat hänger samman med den förändrade demografiska sammansättningen i välfärdssamhället. Allt fler äldre är pigga, aktiva och lever längre, samtidigt som andelen sköra äldre ökar genom en förbättrad sjukvård där många räddas till livet [74]. Sett ur ett europeiskt perspektiv har Sverige haft en sämre utveckling än många andra länder när det gäller att få ned antalet dödsfall bland äldre förorsakade av olika typer av skador, med undantag för trafikrelaterade skador [75].

Många individuella faktorer relaterade till levnadsvanor och hälsa, påverkar risken att skadas ju äldre man blir. Ett flertal internationella och svenska studier har till exempel visat att livslång fysisk aktivitet leder till minskad risk för fallskador [76, 77]. Kosthållning, rökning, alkoholkonsumtion och fritidssysselsättning är andra levnadsvanerelaterade faktorer som har betydelse [78, 79]. Bland riskfaktorerna för fallolyckor finns blodtrycksfall, underliggande sjukdomar, låg kroppsvikt samt medicinförbrukning [71, 80-82].

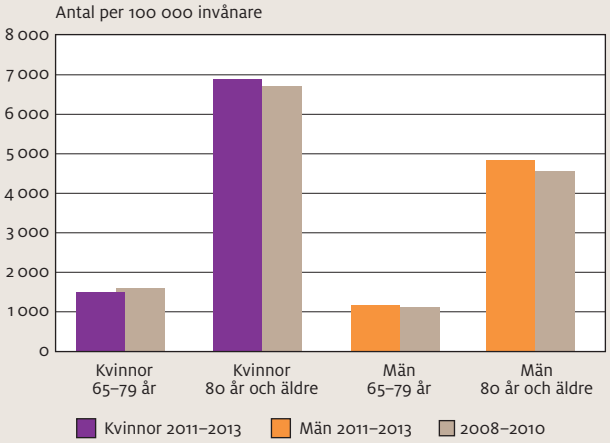
Indikatorn visar det genomsnittliga antalet slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre perioden 2011–2013, beräknat per 100 000 invånare i den åldersgruppen. Data har hämtats från Socialstyrelsens register över patienter i slutenvård. Inläggningspraxis kan variera mellan sjukhusen, vilket kan påverka resultatet.

Antalet slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland 65 åringar och äldre perioden 2011–2013, uppgick till i genomsnitt 2 637 per 100 000 invånare 65 år och äldre. Resultaten visar att det finns stora skillnader mellan landsting och kommuner, med bland annat fler äldre som vårdas på grund av fallolyckor i norra Sverige. I åldersgruppen 65–79 år har antalet fallskador minskat något totalt sett sedan föregående mätperiod, medan antalet skador till följd av fall istället ökat bland individer i åldersgruppen 80 år och äldre. Kvinnor skadar sig betydligt oftare än män, något som gäller för båda åldersgrupperna.

En rad insatser har visat sig vara framgångsrika när det gäller att skydda enskilda individer från att falla och skada sig. Exempel på skadeförebyggande åtgärder är satsningar på fysisk aktivitet och balansträning för äldre, omgivningsanpassning, snöröjning och sandning vintertid, bra utomhusbelysning, behandling av benskörhet, regelbundna läkemedelsgenomgångar och synundersökningar.

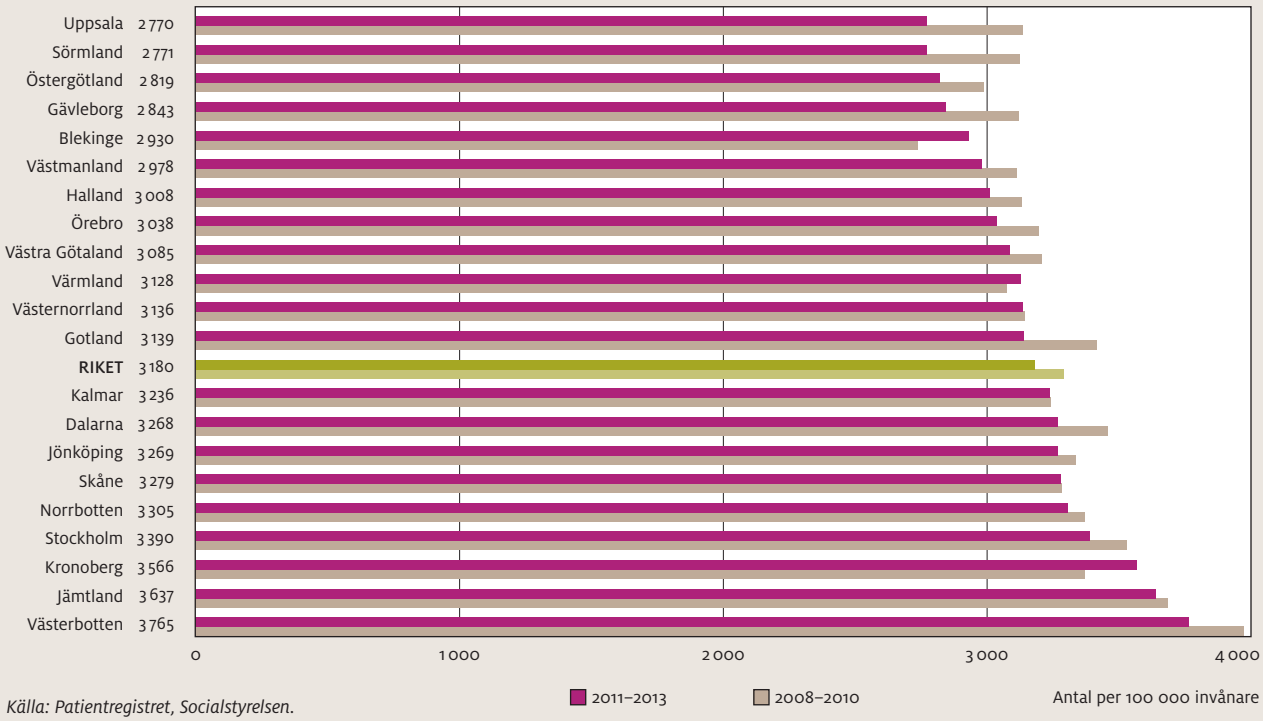
Flera av dessa förutsätter ett samarbete mellan kommun och landsting. På kommunal nivå kan det vara värdefullt att påbörja en lokal fallskaderapportering som översiktligt visar hur skadebilden ser ut och som sedan får styra arbetet med att lägga upp en verksamhetsplan. Statistiken bör kunna följas över tid och jämförelser kan sedan göras med skadeförekomsten i andra kommuner. Underlaget kan sedan användas för att ta fram en konkret plan för hur kommunen ska lägga upp det skadeförebyggande arbetet [74]. Här bör man koncentrera sig på vissa riskmiljöer och individer som är särskilt sårbara, vilket är en bedömning som bör göras i samarbete med hälso- och sjukvården.

DIAGRAM 13.1 – ÅLDERSGRUPPER: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland äldre per 100 000 invånare, 2011–2013.



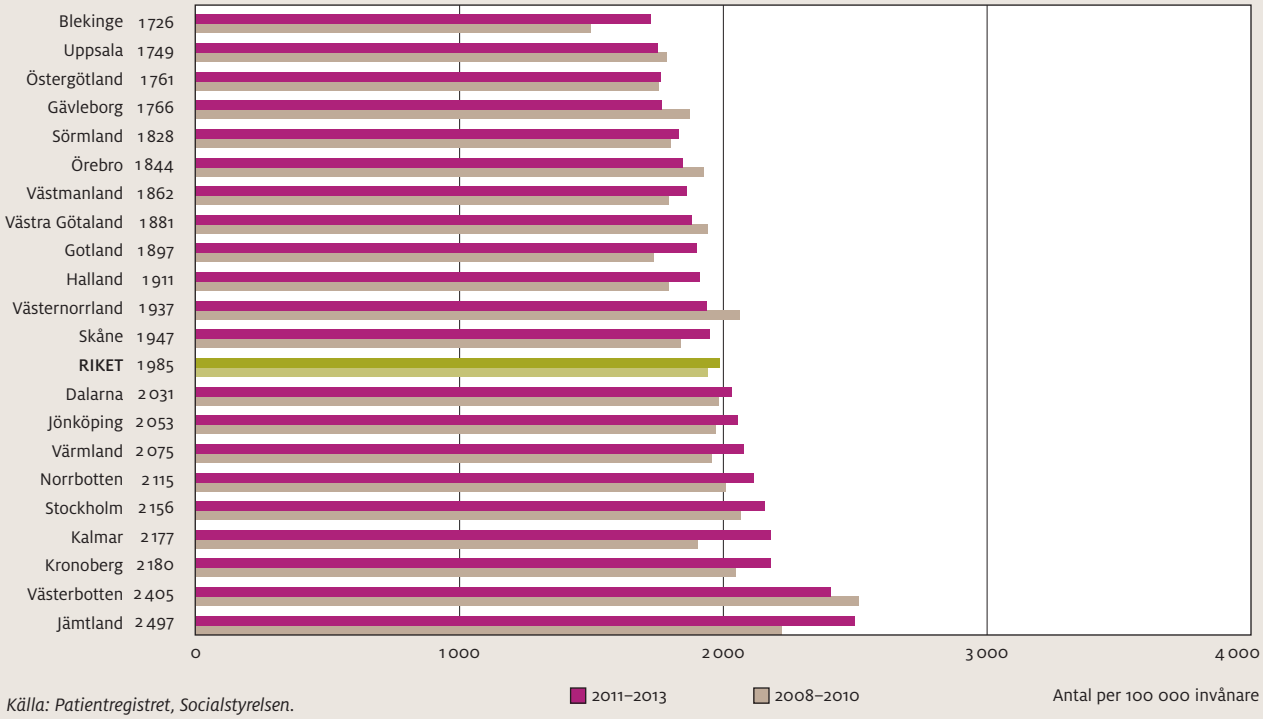
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 13.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare 65 år och äldre, 2011–2013.



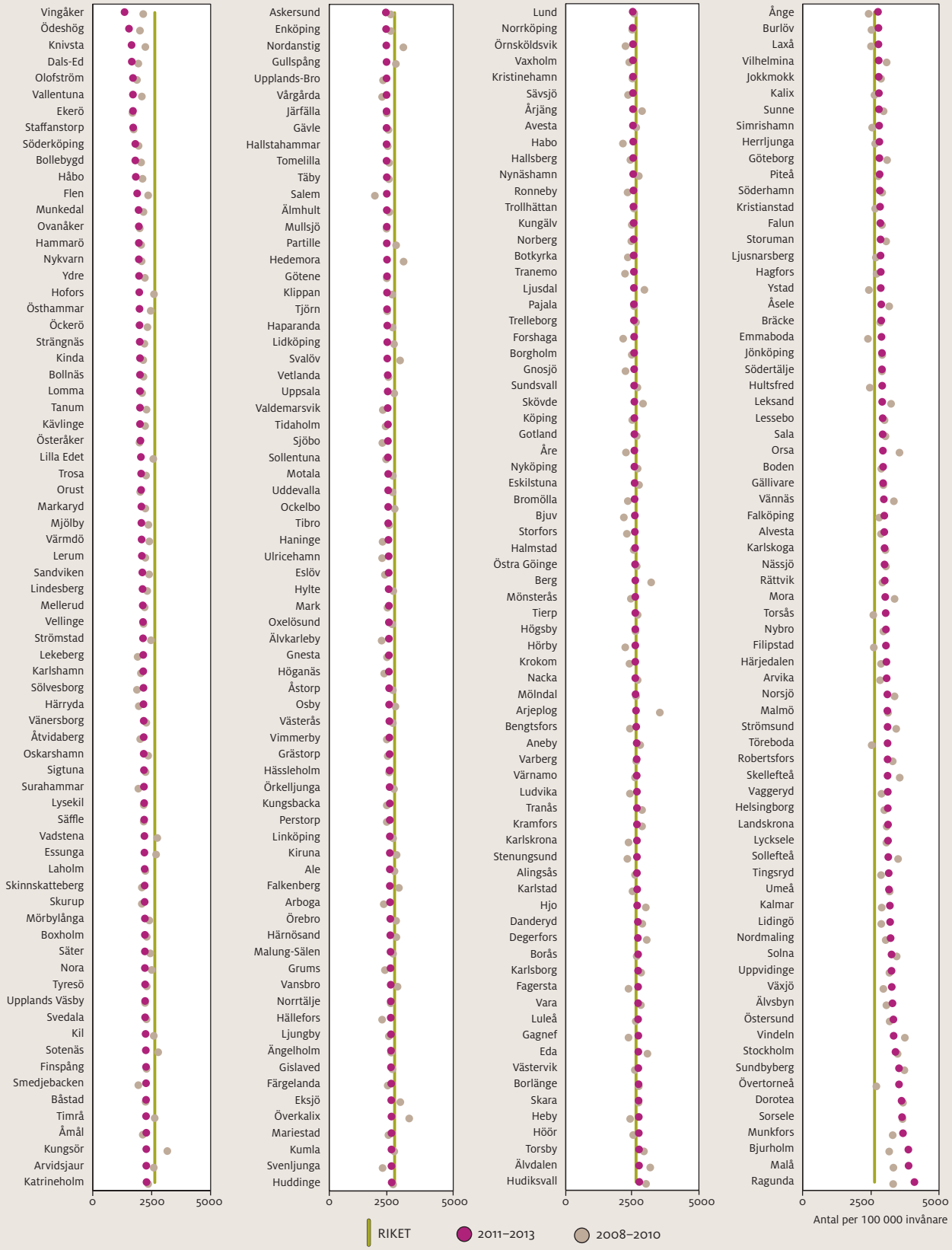
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 13.3 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare 65 år och äldre, 2011–2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 13.4 – KOMMUNER: Antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre per 100 000 invånare 65 år och äldre, 2011–2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Livsvillkor och levnadsförhållanden

Livsvillkor och levnadsförhållanden definieras som indikatorområden i denna rapport och beskrivs närmare i inledningen. Dessa begrepp ingår i vad som här definieras som faktorer som påverkar hälsotillståndet. Livsvillkoren omfattar sådana aspekter som berör det samhällssystem individen lever i, och som ofta ligger utanför den enskilda individens omedelbara kontroll, såsom exempelvis lagstiftning och välfärdssystem. Levnadsförhållanden beskriver förutsättningarna i den miljö som människor lever och verkar i och som är mer nära individen, som till exempel boendemiljön, arbetsmiljön eller den psykosociala miljön [1, 2, 18]. Levnadsförhållandena påverkas av livsvillkoren.

DE FÖRSTA ÅREN

De allra första åren i livet är mycket viktiga för en människas framtida hälsa, något som senare års forskning om hjärnans utveckling bland annat påvisat [20]. En bra start i livet med näringsrik mat, god omsorg och stimulans samt tillgång till kvalificerad hälso- och sjukvård, lägger till viss del grunden för exempelvis framgångar i skolan samt för hälsa och välbefinnande. Samtidigt påverkas barns hälsa även starkt av strukturella uppväxtvillkor. Familjens sociala position är på många sätt avgörande för vilka resurser och vilken stimulans barnet erbjuds under barndomen, liksom för vilka hälsorisker barnet utsätts för.

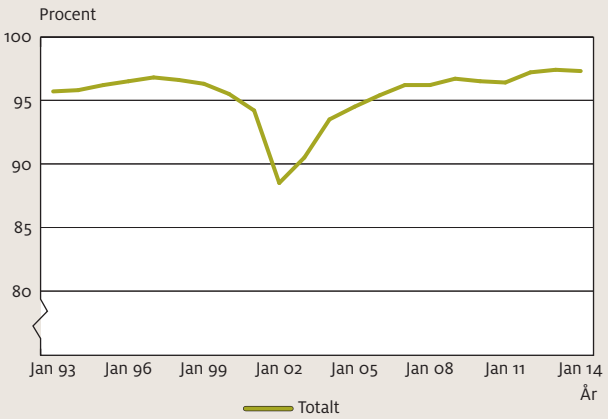
14. MPR-VACCINATION AV BARN

Inom barnhälsovård och skola erbjuds alla barn vaccinationer enligt ett program som ger skydd mot nio sjukdomar: polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av Haemophilus influensa typ b, allvarliga sjukdomar orsakade av pneumokocker samt mässling, påssjuka och röda hund (MPR) Flickor erbjuds dessutom vaccin mot humant papillomvirus (HPV) som kan ge upphov till livmoderhalscancer [83].

Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar, orsakade av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt, men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Med en tillräckligt hög vaccinationstäckning kan mässlingvirus utrotas, men enligt WHO:s statistik dog 164 000 barn i en mässlingsinfektion under 2008. De flesta av dessa barn bodde i låginkomstländer. Folkhälsomyndigheten redovisar att WHO har fått in uppgifter om 34 000 verifierade fall av mässling i Europa under 2011, av vilka 8 personer har rapporterats avlidit [84]. Allvarliga biverkningar av MPR-vaccination är ovanligt, och fördelarna på gruppnivå är klart övervägande [85].

I Sverige har befolkningen en god anslutning till vaccinationsprogrammet och effektiva vacciner, vilket ger ett gott skydd mot sjukdomarna. På grund av en omfattande spridning runt om i världen, finns en ökad risk att smittas utomlands om man inte är vaccinerad.

DIAGRAM 14.1 – RIKET: Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR).



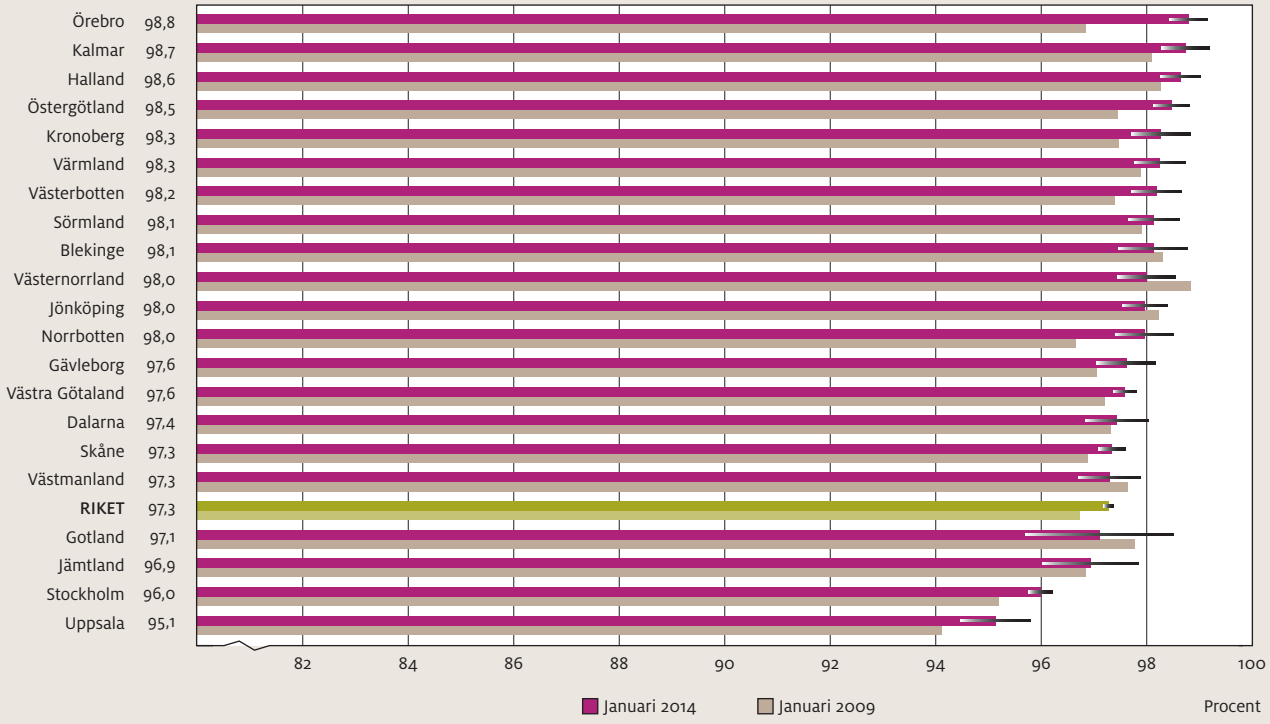
Källa: Folkhälsomyndigheten.

För att sjukdomarna inte åter ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion. Det finns dock grupper av föräldrar som väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i några kommuner ibland sjunkit till under 90 procent. Därför kan det uppstå lokala utbrott av i synnerhet mässling [83].

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive 6–8 års ålder [83]. Barnhälsovården sammanställer årligen uppgifter om vaccinationsstatus bland inskrivna 2-åringar och rapporterar dessa till Folkhälsomyndigheten. Uppgifter från Örebro och Uppsala är hämtade från individbaserade vaccinationsregister och är därför inte helt jämförbara med övriga. Där beräknas vaccinationstäckningen som andelen vaccinerade av alla folkbokförda barn, inte av alla inskrivna på BVC som i övriga landsting.

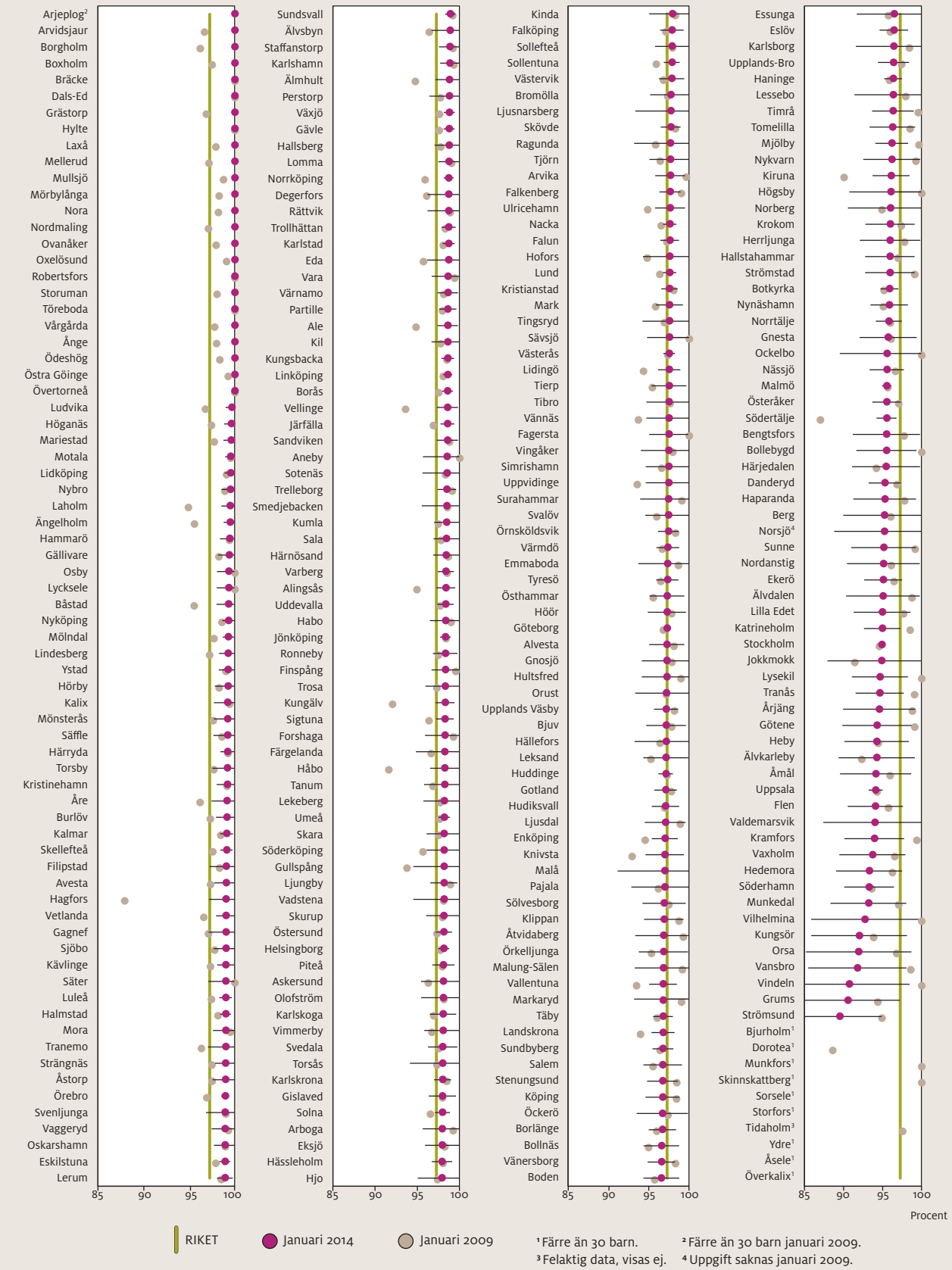
Andelen MPR-vaccinerade barn har ökat i majoriteten av länen, sedan år 2009. I januari 2014 hade 97,4 procent av alla barn födda 2011 vaccinerats. De allra flesta landsting har en vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent.

DIAGRAM 14.2 – LÄN/LANDSTING. TOTALT: Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) födda 2011 och inskrivna på BVC januari 2014.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 14.3 – KOMMUNER: Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) födda 2011 och inskrivna på BVC januari 2014.



[1] Färre än 30 barn.
[2] Färre än 30 barn januari 2009.
[3] Felaktig data, visas ej.
[4] Uppgift saknas januari 2009.

Källa: Folkhälsomyndigheten.

15. BARNS DELTAGANDE I FÖRSKOLE-VERKSAMHET

Barns lärande börjar redan innan skolstarten. Att vistas på förskola har visat sig vara betydelsefullt för lärandet inom flera områden. Internationell forskning har konstaterat att samhället tjänar på barns lärande i förskolan. Barnen lär sig kommunikation och samspel, lär sig förstå begrepp och kan sätta ord på det de gör. Barn i förskola tränas också i matematik, språk och läs- och skrivkunnighet tidigare, vilket ger dem ett stort försprång jämfört med sina jämnåriga utanför förskolan [86].

Sverige har en väl utbyggd barnsomsorg som står sig bra vid en internationell jämförelse, sett ur ett tillgänglighetsperspektiv. Andra länder i Europa där barnomsorgen är väl utbyggd och där en hög andel barn vistas på förskola är Danmark, Finland och Frankrike. Dessa länder hör också till dem inom EU där staten subventionerar mest barnomsorg [87].

Indikatorn visar andelen barn i åldern 1–5 år som var inskrivna i förskoleverksamhet den 15 oktober 2013.

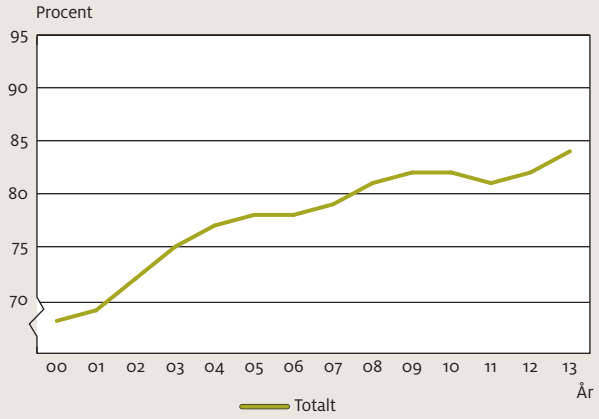
Resultatet visar att hela 84 procent av alla 1–5-åringar i Sverige var inskrivna i förskolan år 2013, vilket innebär att det aldrig tidigare har gått så många barn i förskolan [88]. Andelen inskrivna barn har ökat stadigt under en längre period; för tre år sedan var andelen inskrivna 1-5-åringar drygt 82 procent och för tio år sedan var den 75 procent.

Det finns dock skillnader mellan län och mellan kommuner, men andelen inskrivna barn har ökat i så gott som i samtliga län. Några förklaringar kan vara den allmänna förskolan för 3–5-åringar, kommunernas skyldighet att erbjuda plats för barn till arbetslösa eller föräldralediga föräldrar och ett ökat intresse för förskolan och dess pedagogiska innehåll.

Enligt skollagen ska alla barn i Sverige erbjudas förskola från ett års ålder, och kommunerna är numera även skyldiga att erbjuda plats till barn vars föräldrar är föräldralediga eller arbetslösa. I lagen står också att kommuner ska erbjuda barnomsorgsplats inom fyra månader efter att man anmält behov av förskoleverksamhet – den s.k. barnomsorgsgarantin. Barnet skall i möjligaste mån erbjudas plats så nära hemmet som möjligt. Alla kommuner lyckas dock inte leva upp till dessa åtaganden.

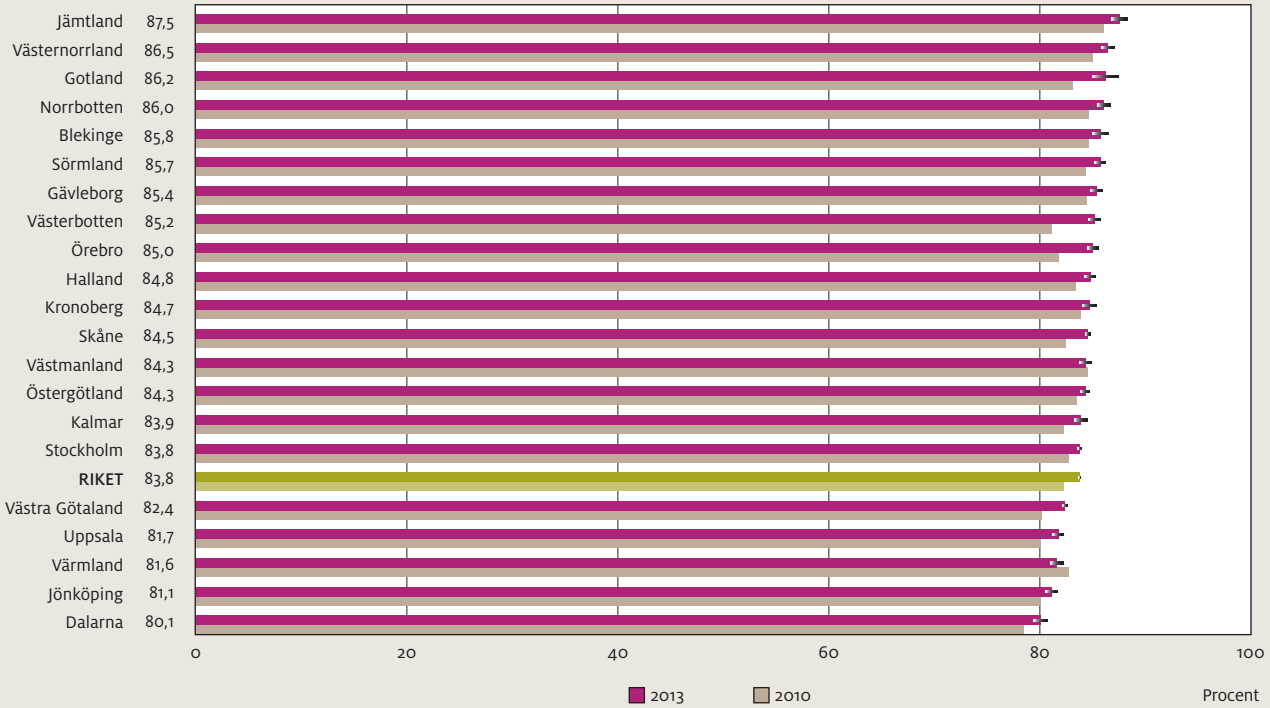
Det är viktigt att en förälder som önskar en förskoleplats för sitt barn får det så snart som möjligt. Annars riskerar barnet att gå miste om den stimulans och lärandeutveckling som förskolan kan ge, och en alltför lång väntan kan även få konsekvenser för hela familjen om en förälder exempelvis måste tacka nej till ett arbetserbjudande.

DIAGRAM 15.1 – RIKET: Andel barn 1–5 år inskrivna i förskola.



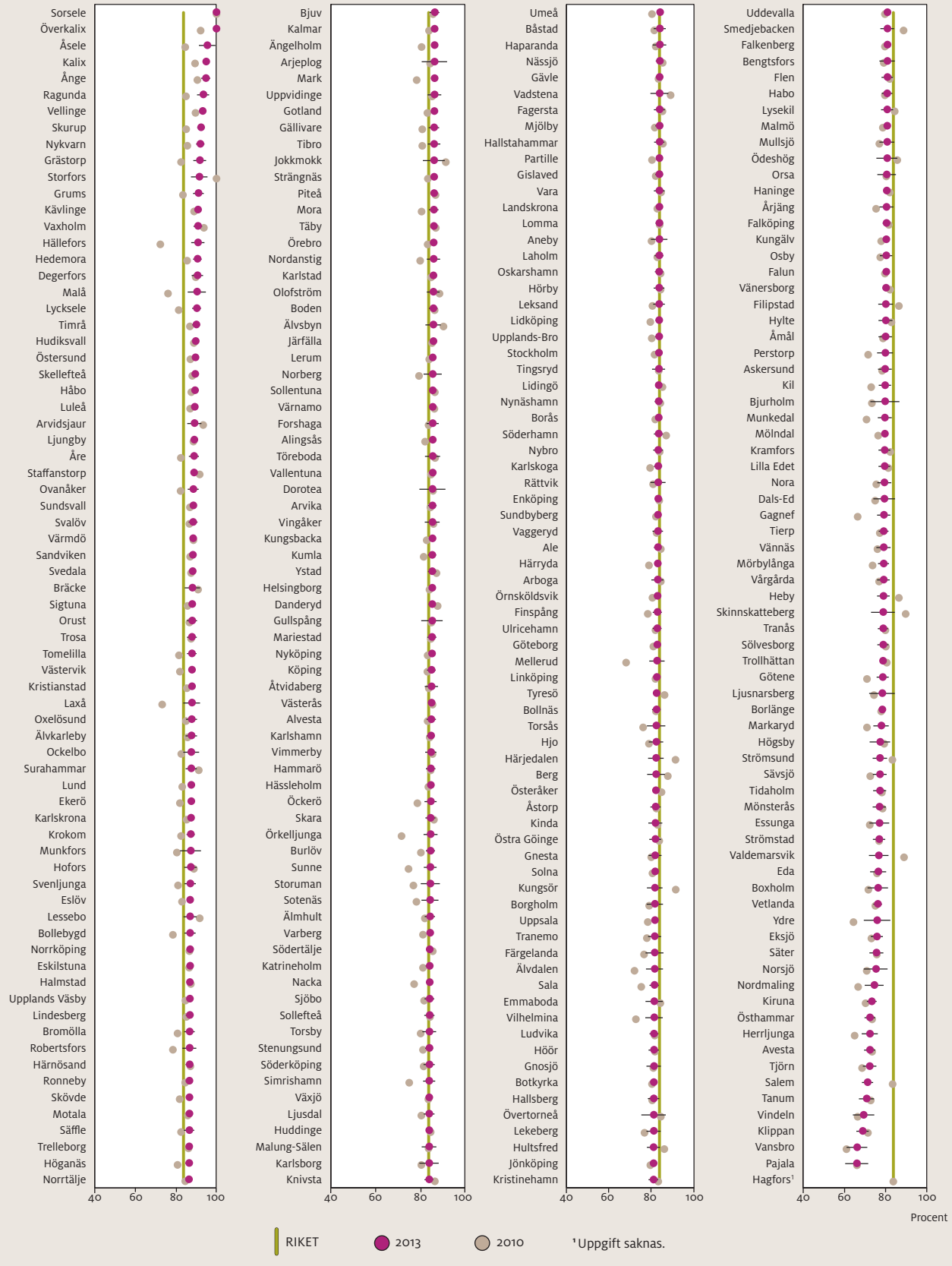
Källa: Skolverket.

DIAGRAM 15.2 – LÄN/LANDSTING. TOTALT: Andel barn 1–5 år inskrivna i förskola, 2013.



Källa: Skolverket.

DIAGRAM 15.3 – KOMMUNER: Andel barn 1–5 år inskrivna i förskola, 2013.



Källa: Skolverket.

16. PEDAGOGISK UTBILDNING INOM FÖRSKOLAN

Kompetent personal är en nyckelfaktor för en god förskoleverksamhet, och det är viktigt att det finns personal som har pedagogisk högskoleutbildning med inriktning mot barn i förskoleåldern. För att kunna arbeta i enlighet med läroplanen måste personalen ha goda kunskaper om barns utveckling och lärande samt förmåga att anpassa den pedagogiska miljön till det.

Av skollagen framgår att förskolan i Sverige ska ha personal som är utbildade för den undervisning som skall bedrivas. Utöver förskollärare får det finnas annan personal, exempelvis barnskötare som med sin kompetens bidrar till att främja barnens utveckling och lärande [89, 90]. Få andra länder i Europa har sådana krav för personalens kvalifikationer. Behovet av förskolepersonal med högre utbildning anses långt ifrån självklart överallt, då man i många länder anser att stödjande arbete kan utföras av personal med yrkeskompetens [91].

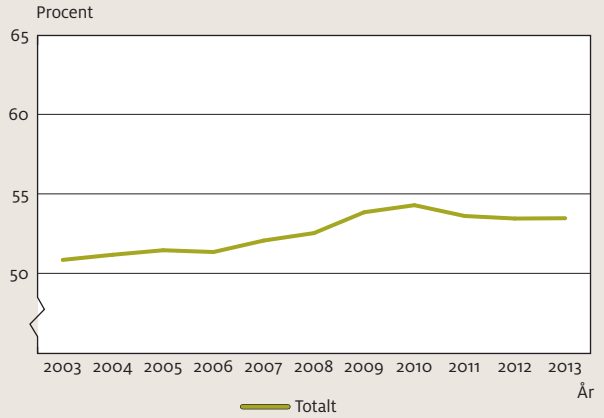
I Sverige märks en tydlig skillnad mellan kommunala och fristående förskolor när det gäller förekomsten av personal med pedagogisk utbildning. Andelen utbildade förskollärare är klart högre i kommunala förskolor i jämförelse med de fristående – en skillnad som förstärkts de senaste tio åren [88].

Måttet visar antal årsarbetande i förskolan med förskollärarutbildning, fritidspedagogutbildning eller lärarutbildning, dividerat med totalt antal årsarbetare i förskolan. Till årsarbetare räknas samtliga anställda i förskoleverksamhet som arbetar med barn (exklusive städ- och kökspersonal).

År 2013 hade i genomsnitt 53,5 procent av de anställda i förskolan någon form av pedagogisk utbildning. Det finns dock stora skillnader mellan olika län, då andelen med pedagogisk utbildning varierar mellan 37–74 procent. Även mellan kommuner finns stora skillnader. Andelen anställda i förskolan med pedagogisk examen i Sverige har legat på en relativt konstant nivå under en längre period, bortsett från åren 2000–2008, då andelen var något lägre.

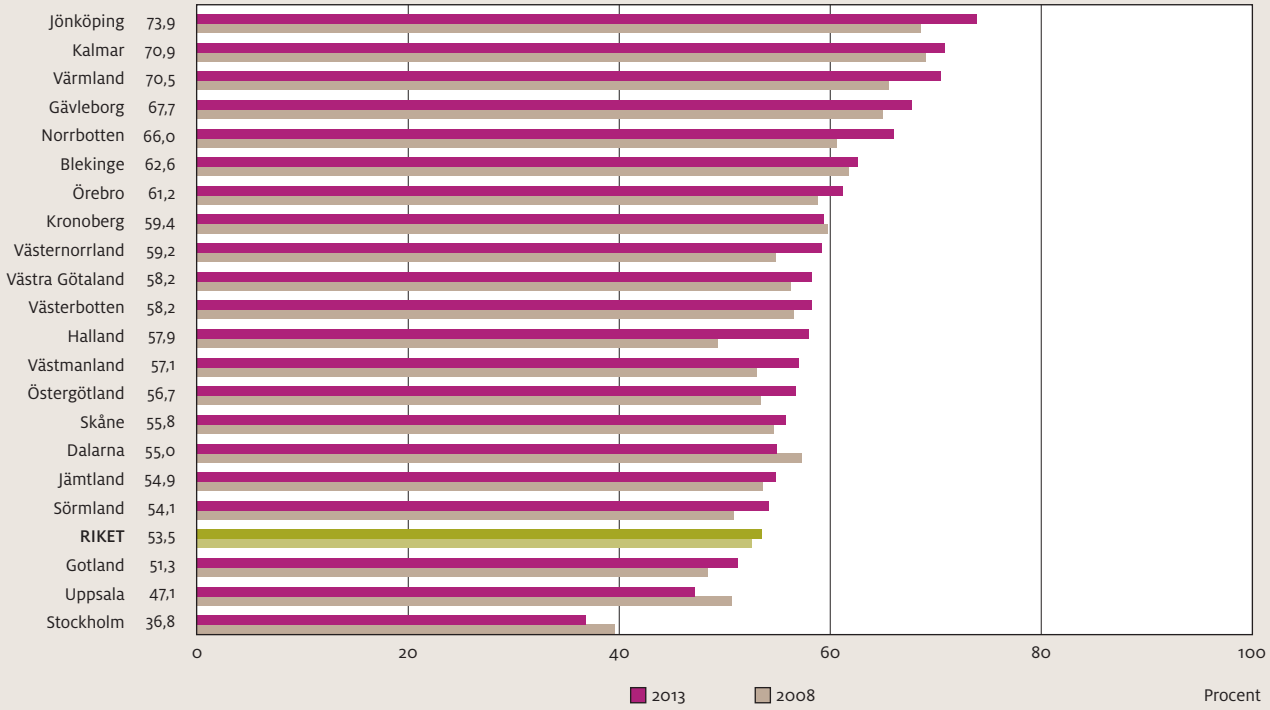
För att kunna arbeta i enlighet med läroplanen måste personalen ha goda kunskaper om barns utveckling och lärande samt förmåga att anpassa den pedagogiska miljön till de behov som finns. På förskolor med utbildad och erfaren personal finns goda förutsättningar för detta. Enligt skollagen skall huvudmännen se till att personalen vid förskolorna får möjlighet till kompetensutveckling. De måste då kartlägga och analysera behovet för att kunna tillhandahålla kompetensutveckling utifrån personalens behov, i förhållande till förskolans uppdrag. En långsiktig och hållbar kvalitetsutveckling förutsätter att kompetensutvecklingen utgår från såväl utvecklingsbehoven i förskolan som vetenskap och beprövad erfarenhet [90].

DIAGRAM 16.1 – RIKET: Andel anställda årsarbetare inom förskolan med pedagogisk högskoleutbildning.



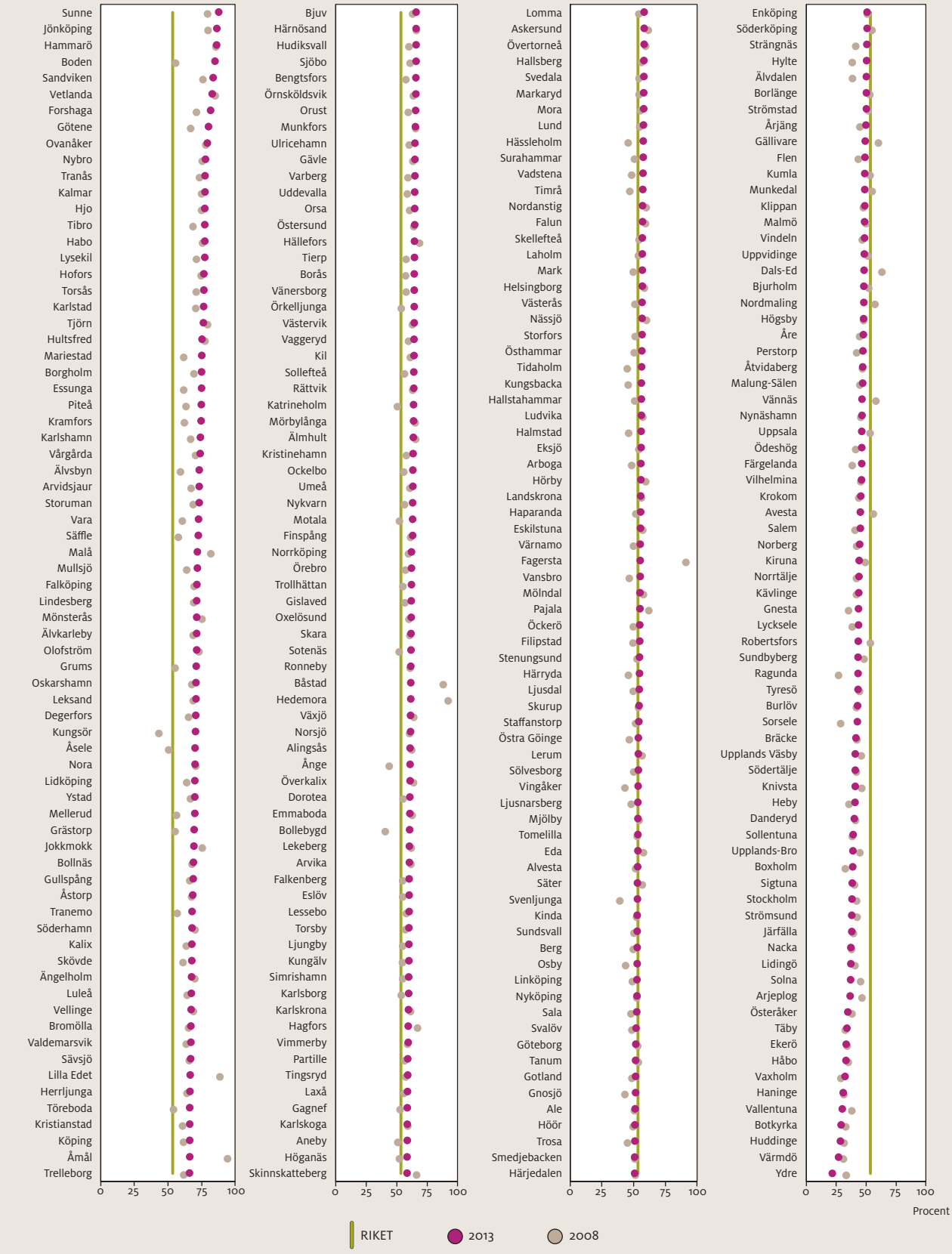
Källa: Skolverket.

DIAGRAM 16.2 – LÄN/LANDSTING. TOTALT: Andel anställda årsarbetare inom förskolan med pedagogisk högskoleutbildning, 2013.



Källa: Skolverket.

DIAGRAM 16.3 – KOMMUNER: Andel anställda årsarbetare inom förskolan med pedagogisk högskoleutbildning, 2013.



Källa: Skolverket.

Utbildning, arbetsliv och försörjning

Utbildning har mycket stor betydelse för ungdomars framtida möjligheter. Att klara grundskolan är avgörande för att gå vidare till gymnasieutbildning, vilket i dag oftast är en grundförutsättning för att få arbete. Utbildning och arbete är skyddsfaktorer mot sociala problem, arbetslöshet och ohälsa.

Dessutom finns ett omvänt samband mellan utbildning, arbete och hälsa, på så sätt att hälsan påverkar möjligheterna att lyckas bra i skolan, att klara längre utbildningar och att få ett arbete. Den övergripande målsättningen för Sveriges folkhälsopolitik är att skapa förutsättningar för en god hälsa, och utmaningen är att skapa detta för alla oavsett socioekonomiska förhållanden. Ekonomiskt bistånd och arbetslöshet har identifierats som riskfaktorer som kan försämra hälsoutvecklingen och därmed även öka sjukdomsbördan.

17. BEHÖRIGHET TILL GYMNASIESKOLAN

Utbildning är en av de viktigaste förutsättningarna för ungdomars framtida möjligheter. Ju tidigare utbildningskedjan bryts, desto sämre tenderar framtidsutsikterna att bli och att endast ha grundskola som högsta utbildning i vuxen ålder försvårar möjligheterna på arbetsmarknaden markant. En längre utbildning minskar även risken för tidig död, ohälsa och psykosociala problem såsom kriminalitet, missbruk, självskadehandlingar och försörjningssvårigheter [92].

Utbildning kan påverka hälsan genom flera mekanismer såsom lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan också påverka människors sätt att leva och göra dem bättre rustade för att hitta och tillgodogöra sig information om till exempel hälsorelaterat beteende [41]. Därför kan satsningar på skolan och barns utbildning ur ett folkhälsoperspektiv ses som en investering och är en viktig del av tidiga insatser för att förebygga ohälsa.

Det finns starka samband mellan socioekonomisk bakgrund och barns betyg från grundskolan, och det är framförallt föräldrarnas utbildningsnivå som har stor betydelse för barnens skolresultat. Att sakna behörighet till gymnasiet är även vanligare bland barn till icke facklärda arbetare jämfört med barn till högre tjänstemän [92].

Indikatorn visar andelen elever behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram, vilken är den lägsta behörighetsnivån. För behörighet krävs lägst betyget godkänd i ämnena svenska alternativt svenska som andraspråk, engelska och matematik samt godkända betyg i ytterligare fem ämnen. Uppgifterna är baserade på elevernas folkbokföringskommun.

År 2013 var 87,6 procent av eleverna i årskurs 9 behöriga att söka till ett yrkesförberedande program. Det innebär att drygt 12 procent av de elever som avslutade grundskolan våren 2013 inte uppnådde behörighet. En högre andel flickor än pojkar uppfyllde behörighetskraven. Resultatet visar också att behörigheten till gymnasieskolan varierar mellan olika län och mellan kommuner. Andelen elever som uppnår behörighet till gymnasieskolan har långsamt minskat under större delen av 2000-talet [41].

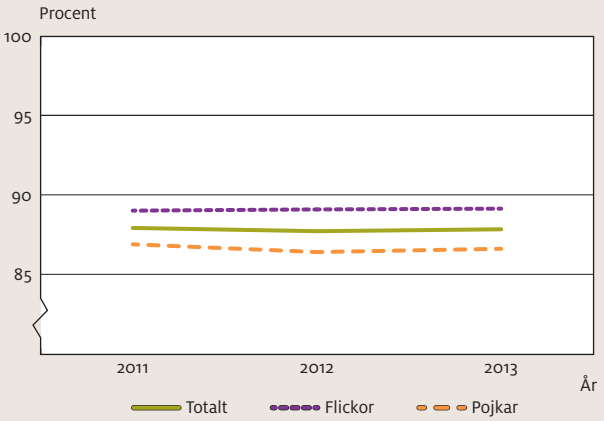
Kommunerna ansvarar för att genomföra skolverksamheten inom de ramar som staten anger i skollag, läroplaner och andra förordningar. De avgör hur skolverksamheten ska organiseras och ska även se till att skolorna får de resurser, förutsättningar och möjligheter som behövs.

För att öka andelen behöriga är det viktigt att minska frånvaron i grundskolan och se till att de elever som behöver särskilt stöd verkligen får detta. Bred samverkan mellan verksamheter och tydliga rutiner har visat sig vara ett framgångsrikt arbetssätt när det gäller att minska skol-

frånvaron [93]. Skolfrånvaro är ofta en indikation på psykosociala problem, och genom att utreda orsakerna till skolfrånvaron kan eleven få rätt stöd. I en del fall kan det räcka det med någon åtgärd i skolan, till exempel ett motiverande coachingssamtal, medan andra elever kan behöva omfattande insatser som till exempel involverar socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

Skolan bör tidigt arbeta med att identifiera och fånga upp de elever som presterar sämre och riskerar att inte nå målen. Flera skolor erbjuder idag läxläsningsstöd efter skoltid, och en del erbjuder även lovskola med särskilt stöd och hjälp under ledning av behöriga lärare. På så sätt kan elever med hög frånvaro få möjlighet att komma ikapp. Att främja skolnärvaro och stödja elever som har behov av detta är både en social och en ekonomisk investering för samhället. Ju tidigare insatser, desto större är möjligheten att lyckas.

DIAGRAM 17.1 – RIKET: Andel elever i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 17.2 – LÄN/LANDSTING. FLICKOR: Andel elever i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram, 2013.



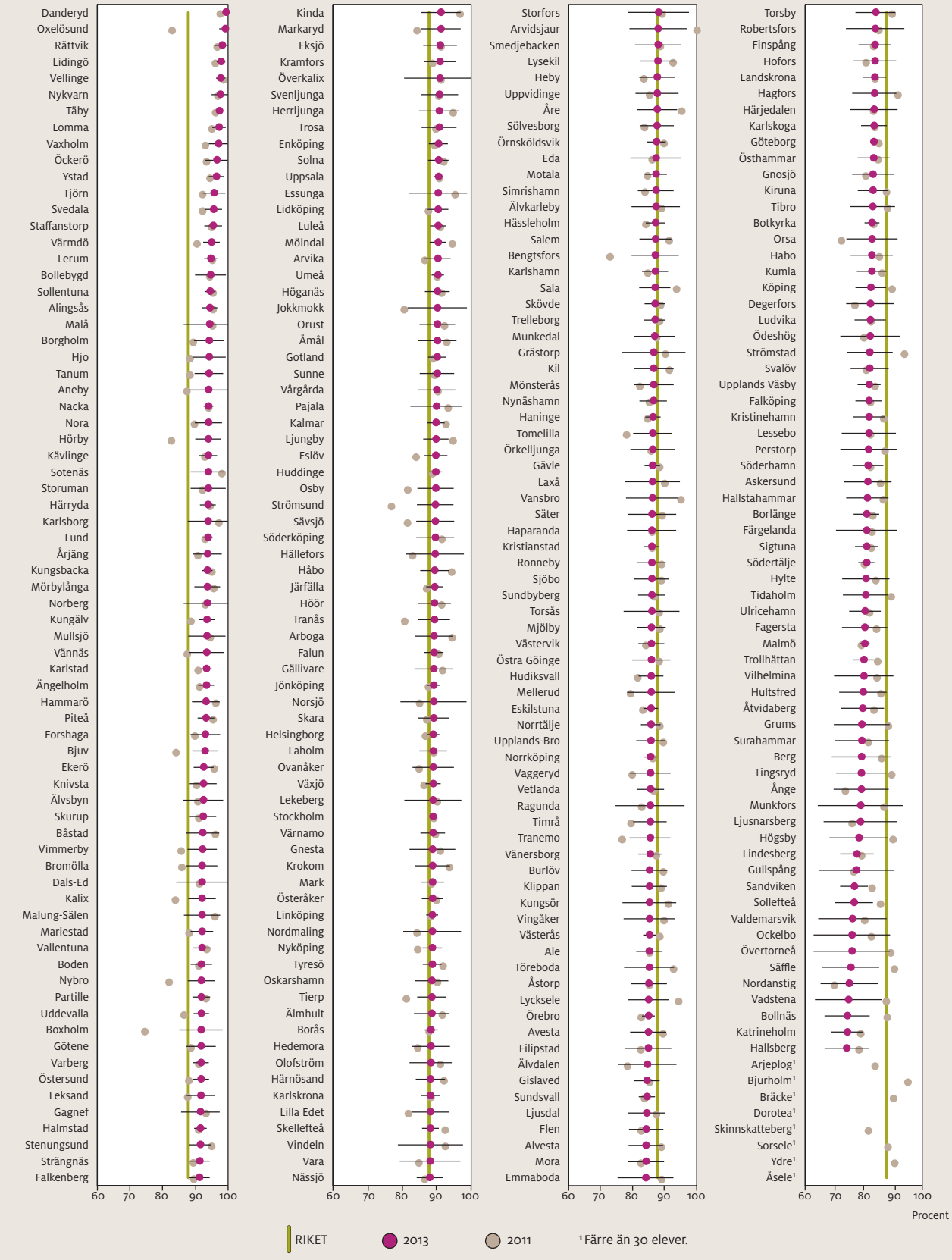
Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 17.3 – LÄN/LANDSTING. POJKAR: Andel elever i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram, 2013.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 17.4 – KOMMUNER: Andel elever i årskurs 9 behöriga till gymnasieskolans nationella yrkesprogram, 2013.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

18. SLUTFÖRDA GYMNASIESTUDIER

Utbildning är en viktig skyddsfaktor mot sociala problem och låg utbildning ökar risken för till exempel arbetslöshet, ekonomiska svårigheter, utanförskap och psykisk ohälsa. Fullföljd gymnasieutbildning ger fler valmöjligheter i form av fortsatta studier och bättre möjligheter på arbetsmarknaden. Avsaknad av utbildning i kombination med tidig arbetslöshet ökar också riskerna för långvariga svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden. Mot bakgrund av de starka sambanden mellan utbildningslängd och hälsa som beskrivits i tidigare avsnitt, där utbildning visat sig kunna påverka hälsan genom flera mekanismer, talar mycket för att en kortare utbildning kan leda till sämre hälsa.

Svensk gymnasieutbildning skiljer sig från ungdomsutbildningen i andra europeiska länder. Sedan gymnasiereformen i början av 1990-talet har alla svenska ungdomar rätt att studera vidare på gymnasiet oavsett sina betyg från grundskolan. De som inte har godkända betyg i matematik, svenska och engelska är dock hänvisade till gymnasieskolans individuella introduktionsprogram. Detta har medfört att så gott som samtliga unga – över 99 procent – väljer att studera vidare efter grundskolan. Samtidigt har studieavbrott blivit vanligare. Föräldrarnas utbildningsnivå samt etnisk bakgrund är faktorer som visat sig ha stor betydelse för hur gymnasiestudierna lyckas [94].

Indikatorn visar andelen av kommunens folkbokförda elever år 1 i gymnasieskolan som fullföljt en linje eller ett program inom fyra år. Den omfattar andelen elever i årskurs 1 på samtliga linjer och program inom gymnasieskolan den 15 oktober 2009, som inte fanns i gymnasieskolan de två närmast föregående åren och som fick avgångsbetyg från en linje eller ett program under 2013 eller tidigare.

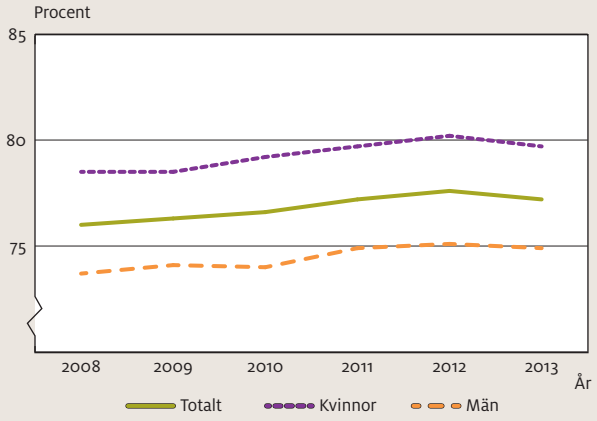
I Sverige har i genomsnitt lite mer än tre fjärdedelar av eleverna som påbörjat gymnasiet fullföljt sina gymnasiestudier inom fyra år, vilket innebär en något högre andel i jämförelse med 2009.

Det finns dock stora variationer mellan olika län och kommuner och det är en högre andel kvinnor än män som fullföljt sina studier inom tidsperioden.

Även om gymnasieskolan är en frivillig skolform finns starka skäl för kommunerna att hjälpa eleverna att fullfölja sin gymnasieutbildning eftersom det handlar om individers möjligheter till arbete, vidareutbildning och delaktighet i samhället. Ungdomar i åldern 16–19 år som varken studerar eller arbetar omfattas av kommunernas informationsansvar. Det innebär att kommunerna måste hålla sig informerade om sysselsättningen bland ungdomar som inte går i gymnasieskolan och erbjuda dem lämpliga individuella åtgärder. Många använder särskilda arbetsmarknadsprojekt för att hjälpa unga vidare till jobb.

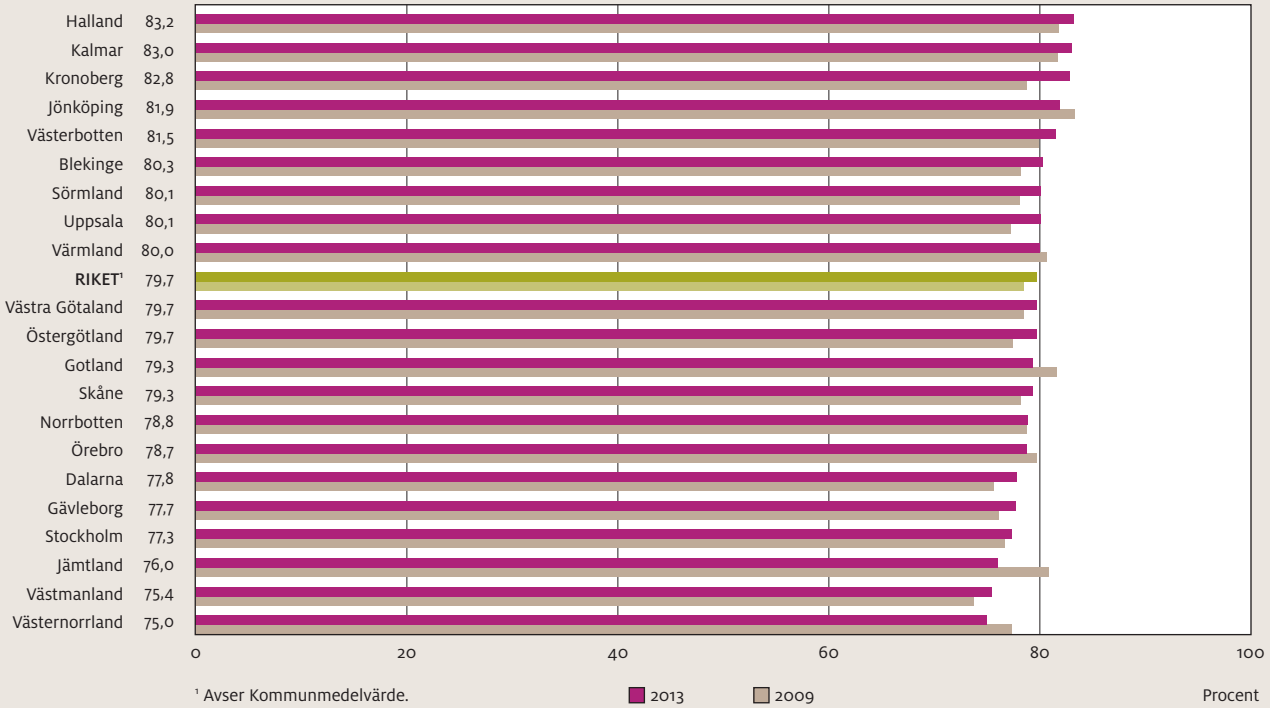
Det är en utmaning för samhället att få de ungdomar som funderar på att avbryta sina gymnasiestudier eller som redan har gjort det, att vända tillbaka till skolan. Sedan 2012 pågår projektet Plug–In, som är ett samarbete mellan SKL, fem regioner och drygt 50 kommuner som delvis finansieras av EU. Syftet är att genom olika insatser fånga upp de elever som löper störst risk att avbryta sina gymnasiestudier och motivera ungdomar som avbrutit studierna att återuppta och slutföra dem. Projektet löper under flera år och har ännu inte utvärderats fullt ut. Några framgångsfaktorer är dock helhetsfokus på eleven, stärkt anknytning till skolan samt flexibilitet när det gäller organisationen och undervisningens innehåll [95].

DIAGRAM 18.1 – RIKET: Andel nybörjare i gymnasieskolan som slutfört gymnasielinje/program inom 4 år (kommunmedelvärden).



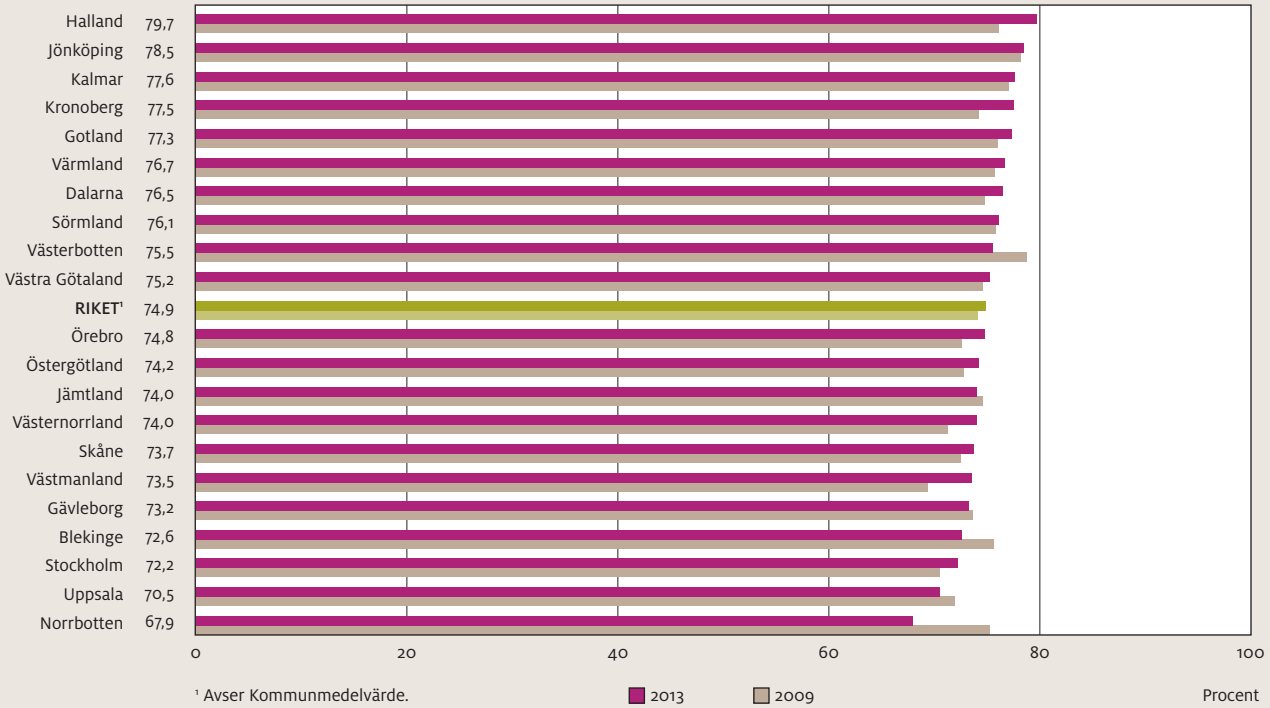
Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 18.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel nybörjare i gymnasieskolan som slutfört gymnasielinje/program inom 4 år, 2013.



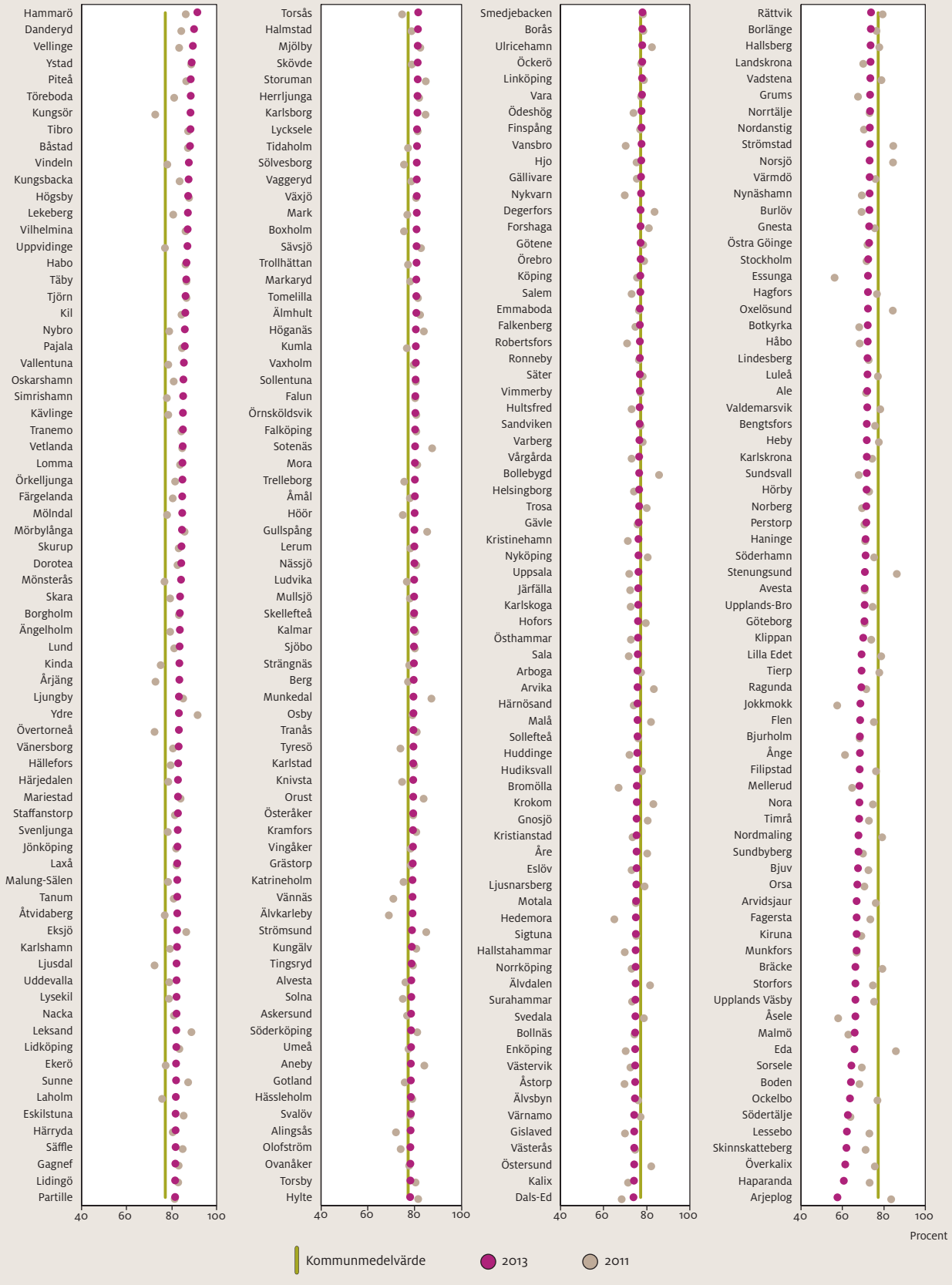
Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 18.3 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel nybörjare i gymnasieskolan som slutfört gymnasielinje/program inom 4 år, 2013.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 18.4 – KOMMUNER: Andel nybörjare i gymnasieskolan som slutfört gymnasielinje/program inom 4 år, 2013.



Källa: Skolverket, Statistiska centralbyrån.

19. UNGA SOM VARKEN ARBETAR ELLER STUDERAR

Utbildning och arbete är några av de viktigaste skyddsfaktorerna för hälsa genom att de ger människor ökade möjligheter till att påverka sina liv. Arbetslösheten bland ungdomar och unga vuxna är betydligt högre än bland äldre, och den har dessutom ökat bland de unga [12]. Vidare är arbetslösheten bland unga större i Sverige än i andra länder, till exempel i Norge och Danmark [12]. Studier visar att ju längre en ung person är utan sysselsättning desto större risk finns exempelvis för sociala problem och att inte etablera sig i arbetslivet [96].

Hög arbetslöshet bland unga påverkar även dem som är yrkesverksamma genom att oron för att bli arbetslös ökar, och enligt Folkhälsomyndigheten gäller det särskilt bland unga kvinnor [12]. Sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa är välkänt [97] men eftersom unga även tillhör den friskaste delen av befolkningen kan det vara svårt att se några påtagliga förändringar i hälsan hos denna grupp [98]. Däremot kan man se konsekvenser för hälsans bestämningsfaktorer, särskilt när det gäller levnadsvanor såsom rökning, och alkoholbruk. Dessutom ses negativa konsekvenser som psykiska problem [98]. Sett till hela livsloppet finns det studier som visar att tidig arbetslöshet inte bara ökar risken för senare arbetslöshet, utan även risken för senare hälsobesvär och ohälsosamma levnadsvanor, något som på sikt kan ge såväl psykisk som fysisk ohälsa [98]. Tidigare Ungdomsstyrelsen har exempelvis genomfört en vidare analys av nationella folkhälsoenkätens resultat, och den visar att det är betydligt vanligare att unga arbetslösa är stillasittande än att yrkesverksamma är det [99].

Det finns många förändringar som har påverkat unga, de senaste årtiondena. Bland annat har ungas etableringsålder ökat, delvis på grund av ökade krav på utbildning, arbetslösheten är totalt sett högre och arbetsmarknaden har blivit mer instabil, där ungas arbeten ofta är korta och tillfälliga [100]. Etableringsmönstren i Sverige skiljer sig från flera andra europeiska länder på så sätt att många unga i Sverige har korta anställningar varvat med korta perioder av arbetslöshet. Efter en tid kan dock dessa anställningar leda till fasta anställningar. De unga som inte påbörjar gymnasiet eller hoppar av gymnasieutbildningen har idag stora svårigheter att få ett arbete [100].

Det finns flera studier som undersökt gymnasieavhopp bland ungdomar, de flesta kvalitativt inriktade [101, 102]. Dessa ofta intervjubaserade studier har delvis bidragit till att öka förståelsen för mekanismerna bakom avhopp men fler studier på området behövs, såväl kvalitativa som kvantitativa [101, 102].

I denna rapport studeras omfattningen av unga i åldern 16–25 år som varken arbetar eller studerar. Här används måttet som Temagruppen Unga i Arbetslivet (Mucf) [103] utnyttjat och som tidigare föreslagits av den statliga utredningen på området [100]. För att räknas till gruppen som varken arbetar eller studerar skall individen under ett helt kalenderår:

- inte haft inkomster över ett basbelopp
- inte haft studiemedel, varit utbildningsregistrerad eller studerat vid SFI mer än 60 timmar
- inte arbetspendlat till Norge eller Danmark

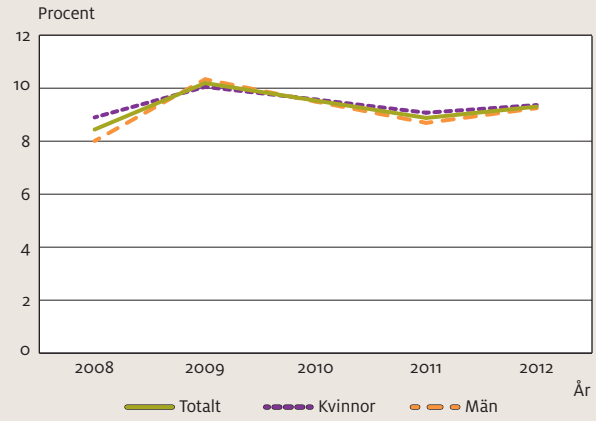
Detta mått liknar det som används i Europa och kallas NEET (Not in Education, Employment or Training) [103]. Vid analys av resultaten får man beakta att gruppen även inkluderar individer som exempelvis tar sabbatsår eller, studerar utomlands [96, 103].

I samband med debatter om arbetsmarknad och sysselsättning presenteras ibland mycket olika nivåer av ungdomsarbetslöshet, något som ofta dels beror på vilka grupper av individer som innefattas i statistiken (studerande, korta anställningar, registerdata, intervjuer etc.), dels mot vilken grupp som den jämförs med (hela befolkningen, i hela arbetskraften, samt andel av de arbetslösa). Det finns ett fortsatt behov av att utveckla och komplettera data på nationell, regional- och lokalnivå.

Rikstrenden har varierat något med en tillfällig topp under lågkonjunkturåret 2009. Resultatet för 2012 visar att 9,3 procent av kvinnorna och männen i åldern 16–25 år varken arbetade eller studerade. Resultatet varierar mellan kommunerna och det skiljer 9 procentenheter mellan högsta och lägsta andel. På länsnivå är variationen 4 procentenheter, för både kvinnor och män.

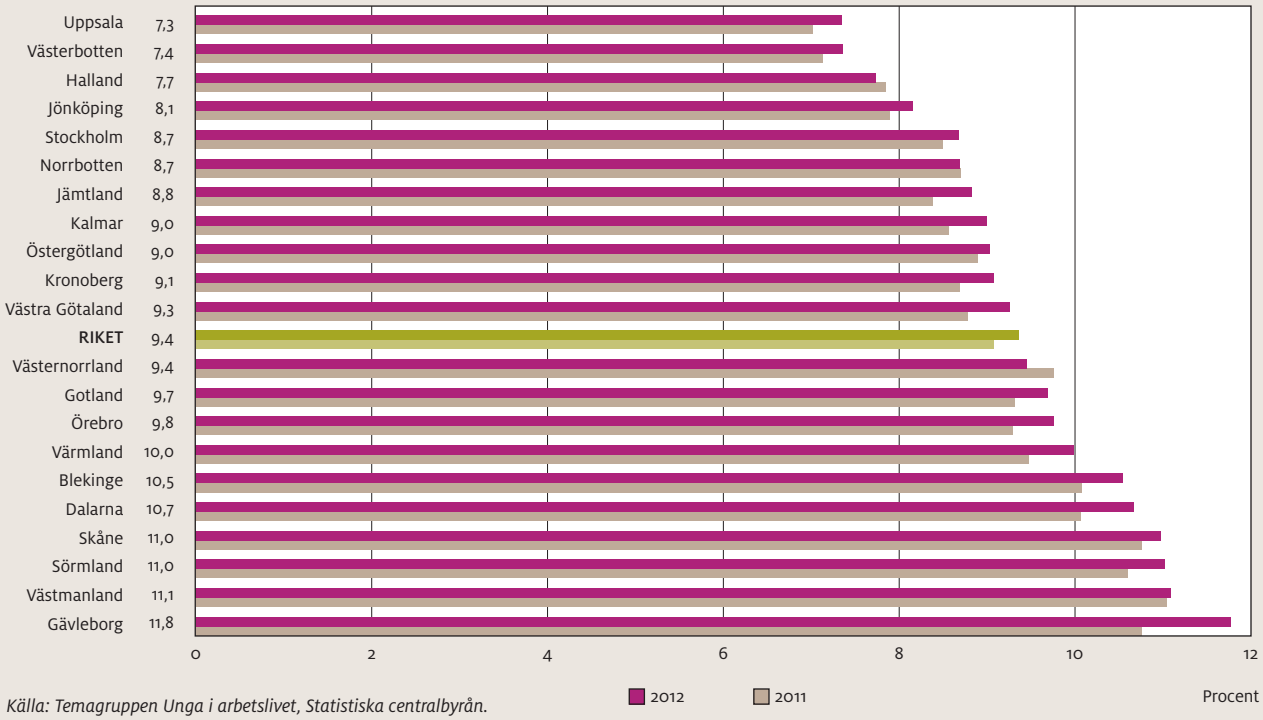
Det finns flera förbättringsområden, och de kan handla om allt från att ha ett främjande arbetssätt för att alla ska klara grundskolan och gymnasiet till att ge stöd till dem som riskerar att inte klara målen eller som riskerar att hoppa av gymnasiet. Som nämndes i föregående avsnitt pågår utvecklingsarbetet Plug–In, ett projekt som syftar till att stödja elever som hoppat av eller som funderar på att hoppa av gymnasiet. Vid sidan av sådana satsningar behövs mer av lokal samverkan mellan näringsliv, kommun och skola. Detta inte minst för att skolans utbud på ett bättre sätt ska kunna anknyta till arbetsmarknadens behov och förutsättningar. Orsakssambandet mellan arbetslöshet och ohälsa går åt båda håll, på så sätt att arbetslöshet kan ge ohälsa samtidigt som försämrad hälsa minskar möjligheterna för att få ett nytt arbete. Därför är det viktigt att stödja de arbetslösa till att hitta ett nytt arbete så snart som möjligt.

DIAGRAM 19.1 – RIKET: Andel unga (16-25 år) som varken arbetar eller studerar under ett helt kalenderår.



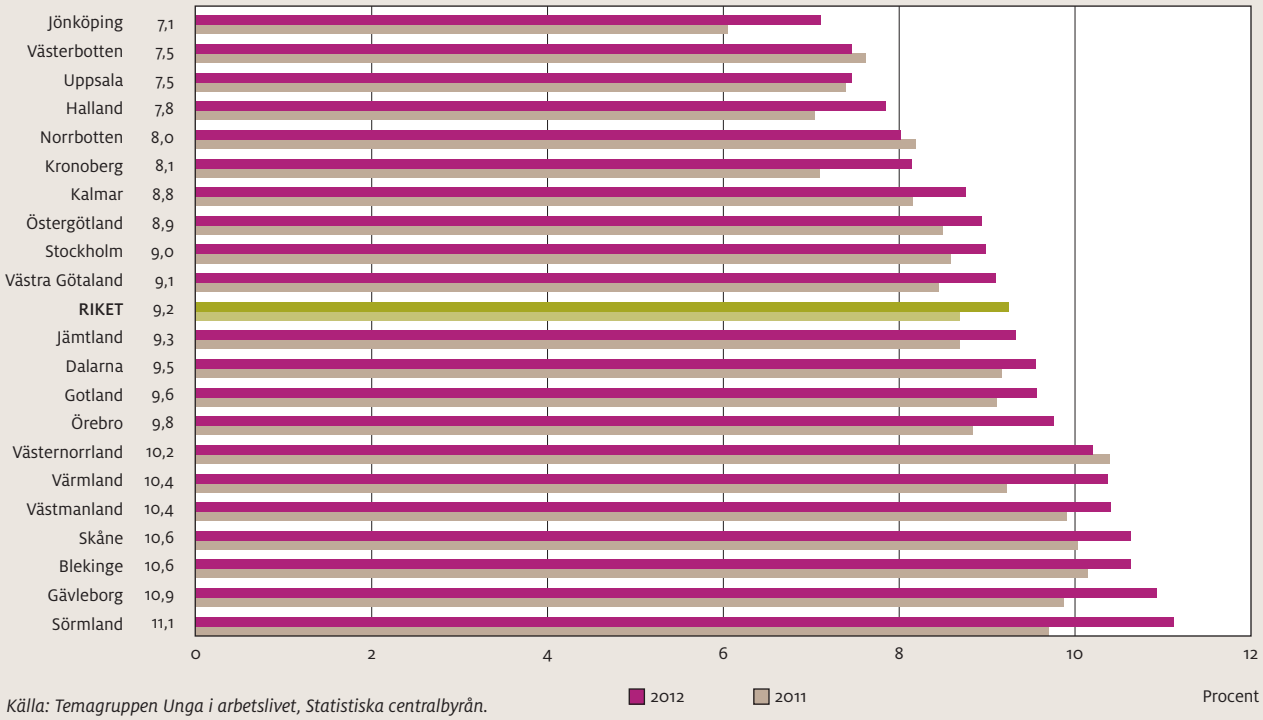
Källa: Temagruppen Unga i arbetslivet, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 19.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel unga (16–25 år) som varken arbetar eller studerar under ett helt kalenderår, 2012.



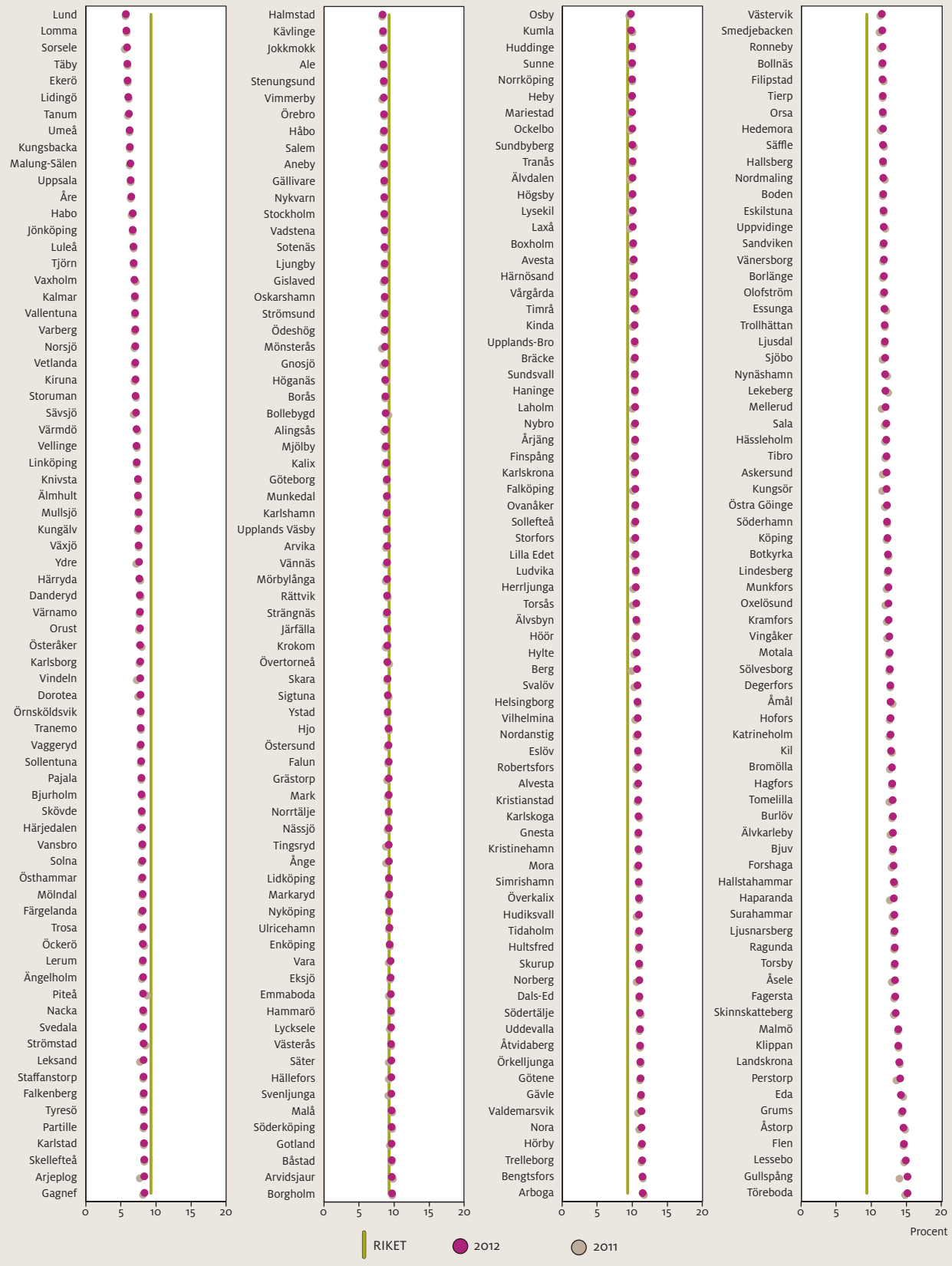
Källa: Temagruppen Unga i arbetslivet, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 19.3 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel unga (16–25 år) som varken arbetar eller studerar under ett helt kalenderår, 2012.



Källa: Temagruppen Unga i arbetslivet, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 19.4 – KOMMUNER: Andel unga (16-25 år) som varken arbetar eller studerar under ett helt kalenderår, 2012.



Källa: Temagruppen Unga i arbetslivet, Statistiska centralbyrån.

20. LÅNGTIDSARBETSLÖSHET

Sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa är välkänt – arbetslöshet kan bidra till ohälsa och ohälsa kan bidra till arbetslöshet [12, 97, 98]. Arbetslöshet kan öka risken för ohälsosamma levnadsvanor och förstärka sådana som redan är etablerade [12]. Det finns även studier som visar ökad risk för psykisk ohälsa och hjärt- och kärlsjukdomar vid arbetslöshet [12]. Just de sistnämnda hjärt- och kärlsjukdomarna kan i senare studier även förklaras av andra orsaker än just arbetslösheten [104]. Det mest utforskade området är kopplingen till psykisk ohälsa (stress, ångest, psykosomatiska symtom etc.) [104] där studier till exempel visat att arbetslösa dubbelt så ofta har psykiska besvär i jämförelse med dem som har arbete [98]. Men det finns även forskning om arbetslöshetens påverkan på den fysiska hälsan där man i såväl tvärsnittsanalyser som longitudinella studier sett en tydlig koppling till ohälsa [98]. Det är dock inte bara de arbetslösa som kan drabbas av ohälsa, utan även barnen till arbetslösa föräldrar drabbas av ohälsa i högre grad än andra barn [96].

Det finns fler teorier kring varför arbetslöshet kan leda till ohälsa. Medan tidiga studier var inriktade på kopplingen till ekonomi, så har senare studier i högre grad fokuserat på faktorer som stress och minskad kontroll i livet [98]. Annan forskning kopplar orsakerna till identitet, status och möjligheten att interagera med andra [98, 105]. Longitudinella studier bekräftar psykisk ohälsa vid arbetslöshet men även signifikant förbättrad psykisk hälsa då personerna återgått i arbete [12, 104].

Det är vanligare att individer med högst förgymnasial utbildning är arbetslösa i jämförelse med dem som har längre utbildning, samt att kvinnor har en något lägre sysselsättningsgrad än män [12]. Långtidsarbetslöshet är även vanligare bland individer med olika typer av funktionsnedsättningar som har betydligt svårare att etablera sig på arbetsmarknaden, i synnerhet om de gått i särskola. I en internationell jämförelse är skillnaderna stora i Sverige när det gäller andelen arbetslösa ungdomar jämfört med övriga befolkningen samt andel arbetslösa utrikesfödda i förhållande till inrikes födda [106]. Utöver utbildningsbakgrund är risken för långtidsarbetslöshet större för dem som tidigare varit arbetslösa eller haft ekonomiskt bistånd [106].

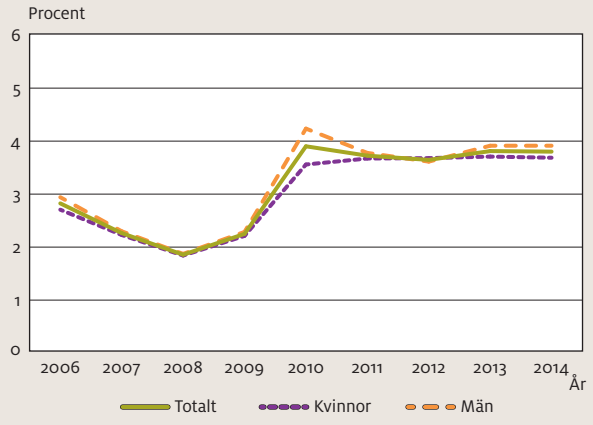
Måttet på långtidsarbetslöshet i denna rapport utgörs av andelen som varit arbetslösa i sex månader eller längre ur ett befolkningsperspektiv. I andra rapporter är det vanligt att istället redovisa andelen långtidsarbetslösa i förhållande till gruppen arbetslösa.

Långtidsarbetslösheten i befolkningen har ökat betydligt sedan jämförelseåret 2009 men ökningen har planat ut och nivån är densamma som 2013, det vill säga 3,8 procent på nationell nivå. Dessa resultat visar dock inte om gruppen är föränderlig – om det är nya personer som blivit långtidsarbetslösa då andra fått arbete eller om det är samma personer som är kvar i långtidsarbetslöshet.

Spridningen inom landet är stor och på länsnivå är långtidsarbetslösheten i befolkningen 2,4 – 5,5 procent år 2014. Det är en betydligt högre nivå än 2009, och dessutom är spridningen inom landet större. Variationen blir ännu större vid jämförelser mellan kommuner. Långtidsarbetslösheten i kommunerna har ökat sedan 2009 samtidigt som variationen mellan kommunerna har ökat. Variationerna mellan kommunerna är stora.

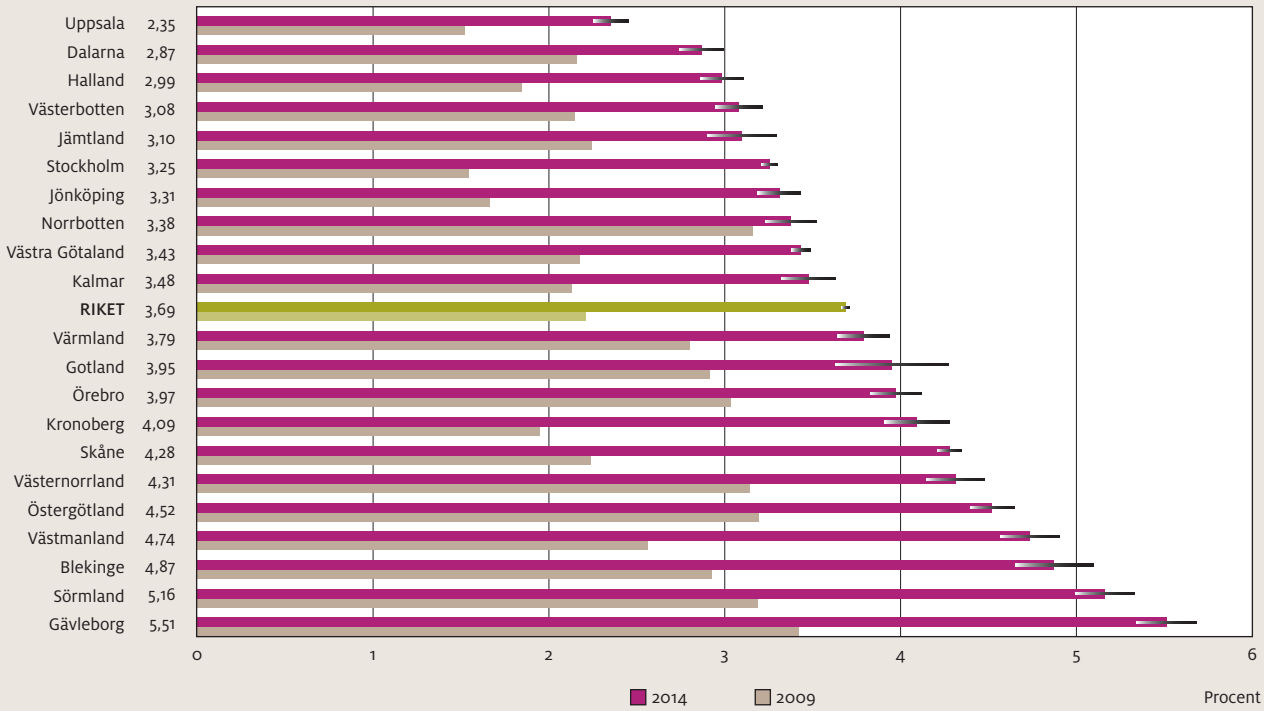
Staten, landstingen och kommunerna samt arbetsmarknadens parter behöver involveras mer för att minska risken för att individer blir långtidsarbetslösa (genom utbildning, praktik och annat stöd) men även för att minska risken för ohälsa bland dessa. Åtgärder riktade till individer med enbart förgymnasial utbildning bör särskilt prioriteras [97]. Kommunen kan även inleda samarbeten med det lokala näringslivet. Andra viktiga aktörer är idéburen sektor och sociala företag, som arbetar för att integrera människor på arbetsmarknaden.

DIAGRAM 20.1 – RIKET: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader.



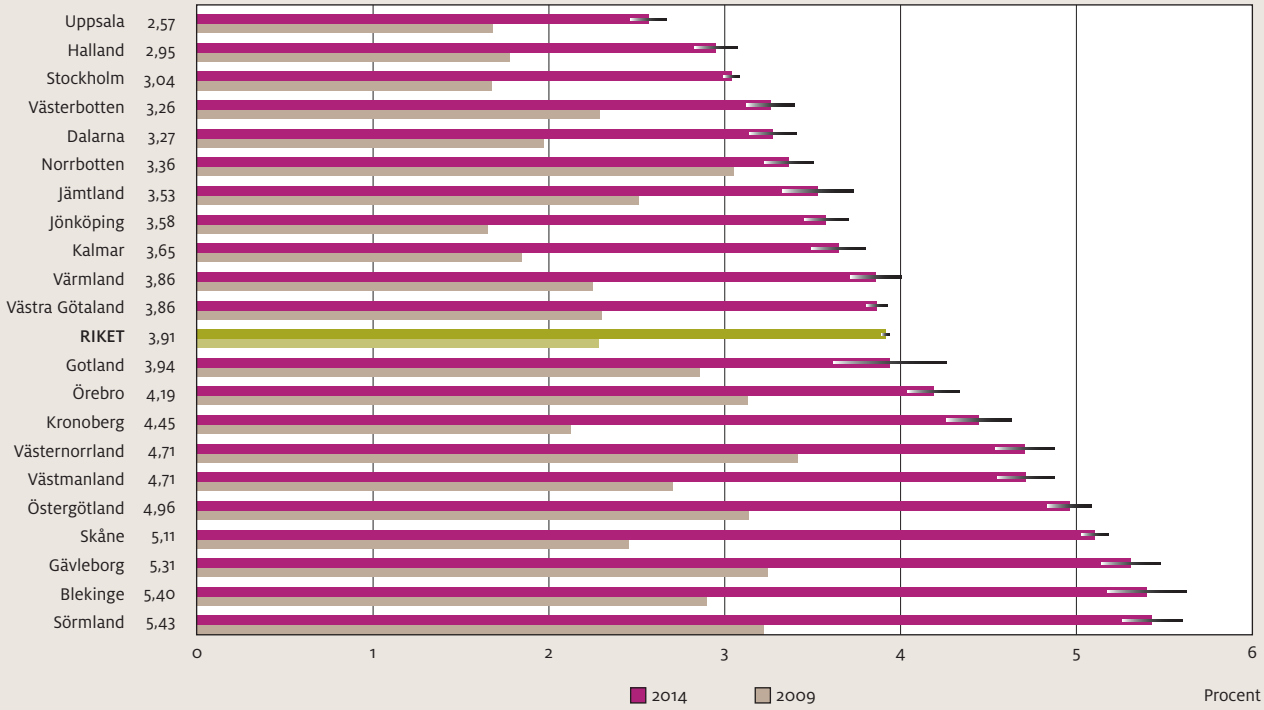
Källa: Arbetsförmedlingen.

DIAGRAM 20.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader, 2014.



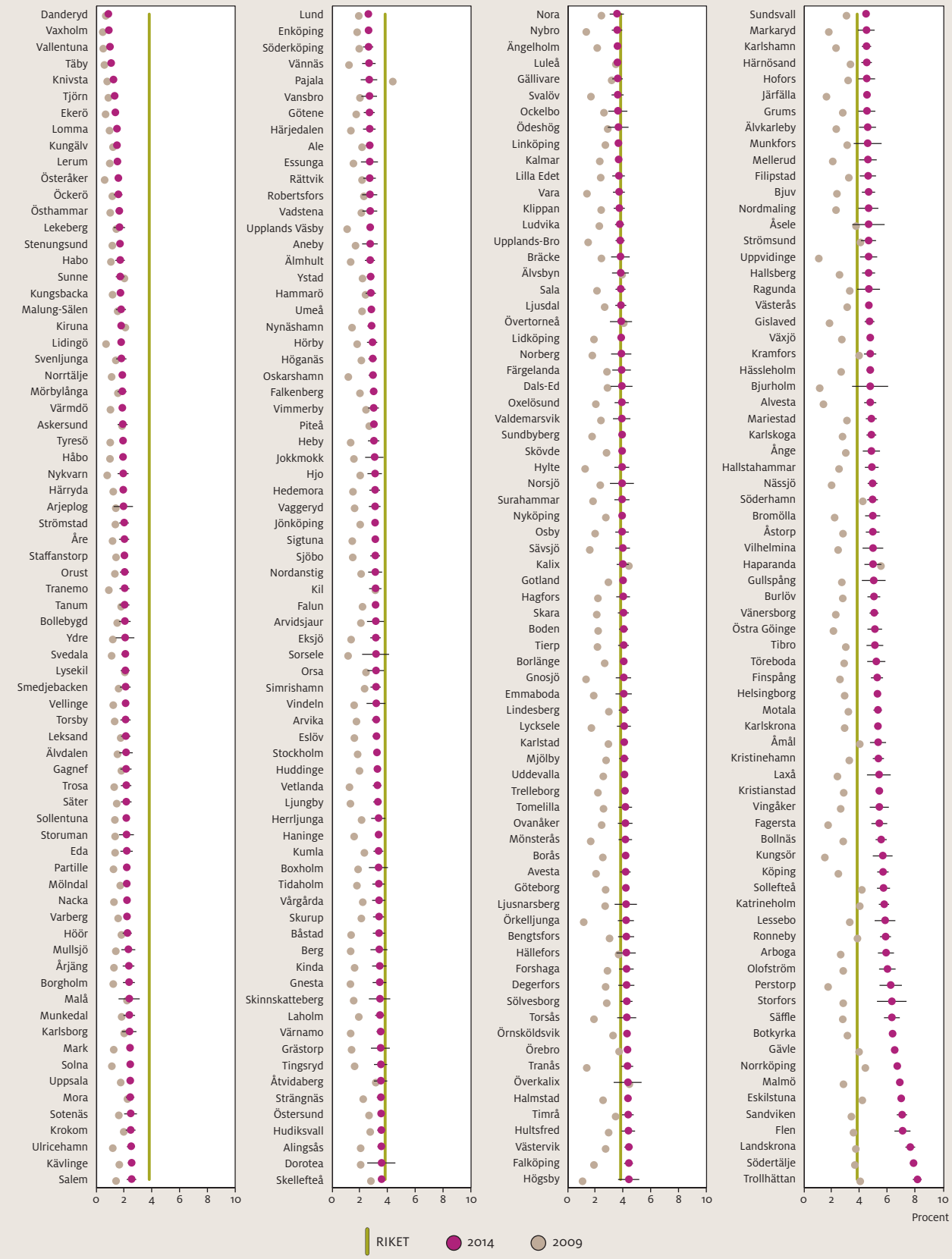
Källa: Arbetsförmedlingen.

DIAGRAM 20.3 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader, 2014.



Källa: Arbetsförmedlingen.

DIAGRAM 20.4 – KOMMUNER: Andel av befolkningen 25–64 år som varit öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i minst sex månader, 2014.



Källa: Arbetsförmedlingen.

21. LÅNGVARIGT EKONOMISKT BISTÅND

Ekonomiskt bistånd är en del av den gemensamma välfärden i Sverige – ett skyddsnät som träder i kraft när en individ inte kan försörja sig. Andelen biståndsmottagare totalt sett i befolkningen har inte förändrats mycket medan statistiken visar en fortsatt ökad andel biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd [107]. Arbetslöshet är den vanligaste orsaken till att individen inte klarar försörjning på egen hand och har behov av ekonomiskt bistånd. Unga, ensamstående kvinnor med barn och utrikes födda är överrepresenterade bland biståndstagarna.

Ett långvarigt behov av ekonomiskt bistånd kan göra det svårare att få en fast förankring på arbetsmarknaden, vilket även kan innebära att individen får sämre hälsa [107].

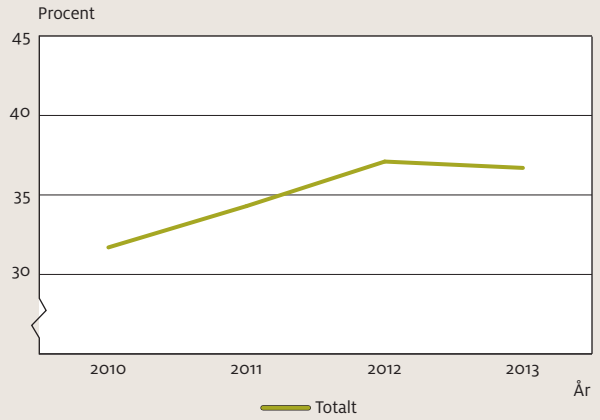
Indikatorn speglar andelen biståndsmottagare (18 år och äldre) med långvarigt ekonomiskt bistånd (10–12 månader under året) av alla vuxna biståndsmottagare. Enligt 4 kap. 1 § SoL ska den biståndssökande få ekonomiskt bistånd som ger en skälig levnadsnivå, vilket innebär en relativt låg nivå jämfört med familjer som har egen försörjning. Inkomstutvecklingen under de senaste åren ger en stor skillnad mellan dem som har ekonomiskt bistånd och övriga samhället [60].

Närmare 37 procent av det total ekonomiska biståndet i landet förmedlas till personer som har ett långvarigt ekonomiskt bistånd.

I samband med analys av indikatorn är det viktigt att även ta hänsyn till totalt andel biståndsmottagare i befolkningen eftersom resursstarka kommuner till exempel kan ha en hög andel långvariga biståndsmottagare och samtidigt en låg andel biståndsmottagare totalt i kommunen. Den totala andelen biståndsmottagare i kommunen belyser andel invånare som är ekonomiskt utsatta i kommunen. På kommunnivå är spridningen av andelen biståndsmottagare i befolkningen ganska stor, vilket visas i den senaste *Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2014* [107].

När det gäller fördelningen mellan länen har storstadsregionerna en högre andel med långvarigt ekonomiskt bistånd, och på kommunnivå är spridningen mycket stor.

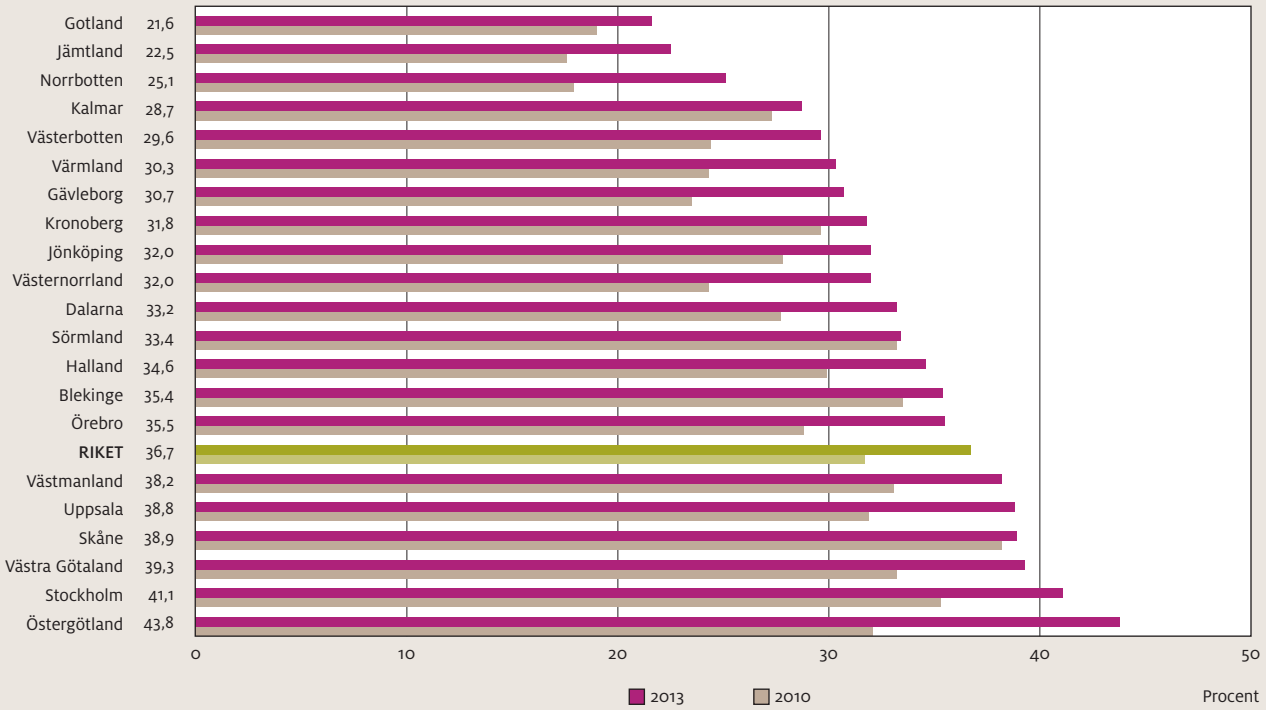
DIAGRAM 21.1 – RIKET: Andel vuxna (18 år och äldre) biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd (10–12 månader under året).



Källa: Socialstyrelsen, register över ekonomiskt bistånd.

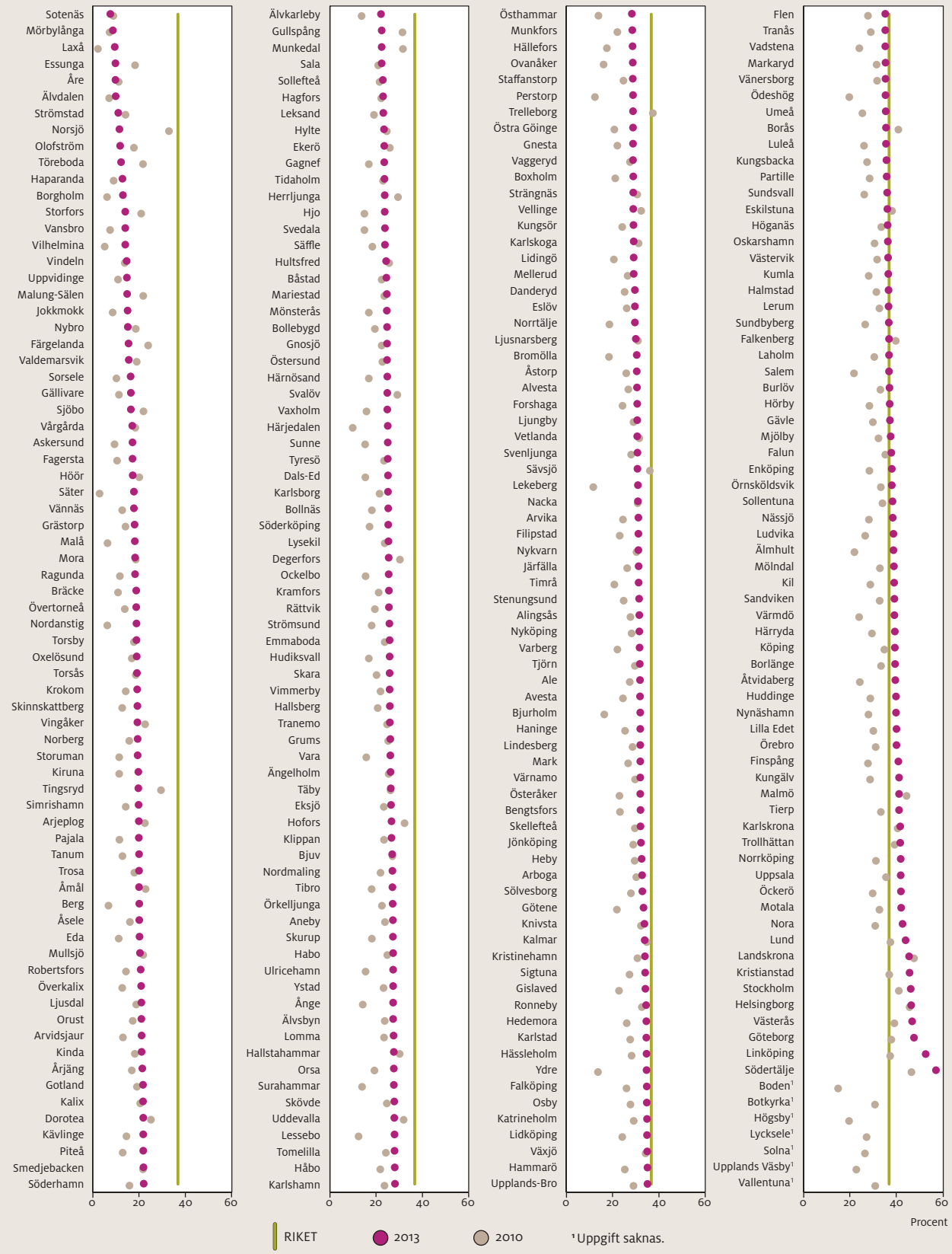
Långvarigt ekonomiskt bistånd är en viktig indikator att följa på folkhälsoområdet, tillsammans med utvecklingen av långtidsarbetslöshet eftersom det är den främsta orsaken till att man söker ekonomiskt bistånd. Individer med långvarigt ekonomiskt bistånd kan ha ett större behov av hälsofrämjande insatser i jämförelse med andra grupper. Exempel på viktiga aktörer i sammanhanget är arbetsförmedlingen, socialtjänsten, försäkringskassan och primärvården. Dessa verksamheters förmåga att samverka och koordinera sina insatser kan ha stor betydelse när det gäller att uppnå goda samhällseffekter som kan främja folkhälsan. Kommunerna behöver dock utveckla fler gemensamma rutiner för bättre samverkan med andra aktörer. Det gäller till exempel socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Sedan 2013 har dessutom socialtjänsten i kommunerna fått utökade möjligheter att anvisa biståndsmottagare till praktik eller kompetenshöjande verksamhet om arbetsförmedlingen inte har kunnat erbjuda någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd.

DIAGRAM 21.2 – LÄN/LANDSTING. TOTALT: Andel vuxna (18 år och äldre) biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd (10–12 månader under året), 2013.



Källa: Register över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 21.3 – KOMMUNER: Andel vuxna (18 år och äldre) biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd (10–12 månader under året), 2013.



Källa: Register över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Delaktighet

Delaktighet och inflytande i samhället är en av de grundläggande förutsättningarna för hälsa. Människor behöver möjlighet att påverka sina egna livsvillkor och samhället de lever i, eftersom brist på makt och möjligheter att påverka har samband med ohälsa [108, 109]. En mängd faktorer kan påverka hur delaktig man är, exempelvis tillgången till arbete, föreningsliv, och sociala nätverk [12]. Ytterligare faktorer som också kan påverka är tillgången till arbete, föreningsliv, och sociala nätverk [108, 109]. Dessutom är känslan av sammanhang och mening en av förklaringarna till att vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra. Delaktighet mäts bland annat genom demokratisk delaktighet i form av valdeltagande, samt genom invånarnas upplevelser av möjligheterna till inflytande.

22. VALDELTAGANDE

Ofta används valdeltagande i allmänna val som ett mått på demokratisk delaktighet. Det finns också ett samband mellan bristande demokratisk delaktighet och ohälsa, där grupper med lågt valdeltagande har en låg självskattad hälsa [58, 110].

Det svenska valdeltagandet har ökat stadigt sedan 1910-talet, men det finns tydliga skillnader mellan olika grupper. Högst valdeltagande har grupper med lång utbildning och hög inkomst, gifta/sammanboende, tjänstemän samt sysselsatta. Kvinnors valdeltagande är högre än mäns och valdeltagandet är något lägre bland de yngsta och de äldsta i befolkningen. Dessa mönster har varit relativt lika över tid. Under perioden 1994–2002 minskade valdeltagandet, framförallt bland de grupper som redan hade ett lågt valdeltagande, men under de senaste två valen har valdeltagandet åter stigit. Ökningen har framförallt skett bland de grupper som tidigare hade ett lågt valdeltagande. Under de senaste åren har valdeltagandet blivit mer jämlikt, men det är ändå större skillnader i dag i jämförelse med före 1990-talets nedgång i valdeltagandet [111].

Ofta nämns att ett högt valdeltagande stärker det demokratiska systemets legitimitet och förbättrar den politiska representativiteten och jämlikheten. Det är även ett sätt för medborgarna att vara delaktiga i olika samhällsfrågor. I den allmänna diskussionen finns därför en oro över lågt valdeltagande bland yngre och bland individer med utländsk bakgrund [58, 112].

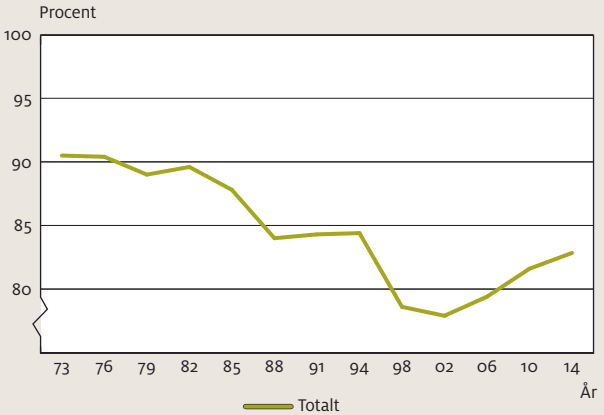
Det går att vara demokratiskt delaktig på många andra sätt än genom att aktivt rösta, exempelvis genom att vara medlem i olika partier eller representera andra grupper i samhället.

Ett sätt att fånga området delaktighet och inflytande är att följa valdeltagande över tid och bland olika grupper. Här studeras valdeltagandet till kommunfullmäktige, vilket innebär ett visst mått av inflytande i den lokala demokratiska processen [58, 112].

Valdeltagandet i det senaste allmänna valet till kommunfullmäktige 2014 uppgick sammanlagt till 82,8 procent, vilket är en ökning för andra valåret i rad efter den tidigare nedåtgående trenden. Bland kommunerna varierade valdeltagandet mellan 60,2 och 92 procent. Valdeltagandet i valet till kommunfullmäktige 2014 var något lägre än till riksdagsvalet (85,8 procent) men ungefär lika högt som i valet till landstingsfullmäktige (82,4 procent).

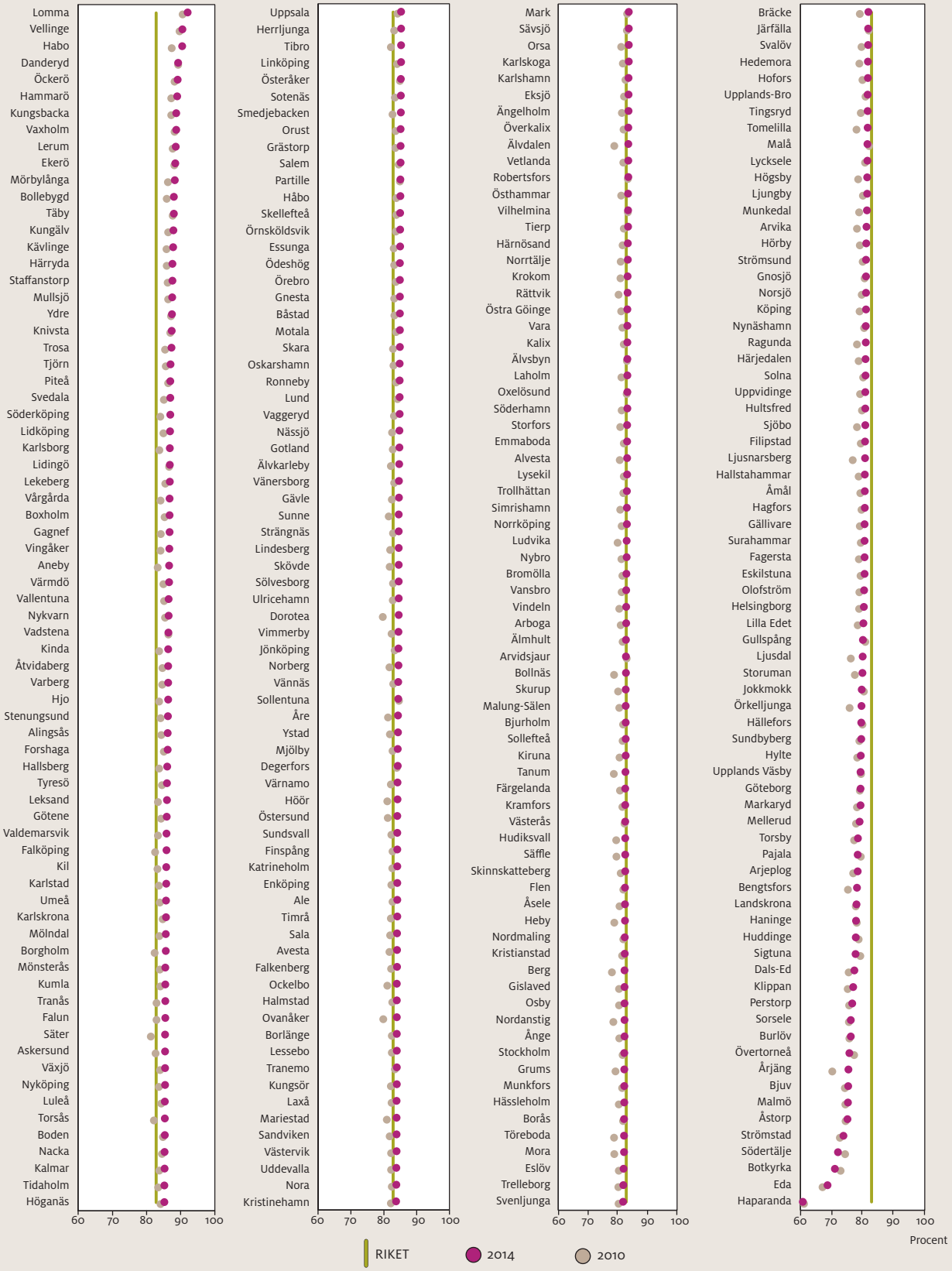
Utöver partiernas egna ansträngningar för att öka andelen väljare kan mycket göras på såväl nationell som regional och lokal nivå för att öka valdeltagandet. För kommunerna kan det bland annat handla om att tillhandahålla mer information om rösträtten samt att utveckla metoder som syftar till att underlätta röstningsförfarandet för den enskilde. Ett utökat samarbete med olika föreningar kan också vara ett sätt att nå fler av de röstberättigade i kommunen.

DIAGRAM 22.1 – RIKET: Andel röstande av de röstberättigade som deltagit i det senaste kommunalvalet. Därmed avses personer som är inskrivna i röstlängden.



Källa: Valmyndigheten, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 22.2 – KOMMUNER: Andel röstande av de röstberättigade som deltagit i det senaste kommunalvalet. Därmed avses personer som är inskrivna i röstlängden, 2014.



Källa: Valmyndigheten, Statistiska centralbyrån.

23. INVÅNARNAS UPPLEVELSE AV MÖJLIGHET TILL INFLYTANDE PÅ BESLUT OCH VERKSAMHETER INOM KOMMUNEN

Delaktighet och inflytande i samhället är ett av elva nationella målområden inom folkhälsa och omfattar ett flertal politikområden. Viktiga aktörer i sammanhanget är kommuner, länsstyrelser, regioner, landsting och olika myndigheter, men även den ideella sektorn. Inflytande och möjlighet till att påverka kan mätas på flera olika nivåer i samhället samt i relation till olika välfärdstjänster. Medborgarnas syn på möjligheterna till inflytande ger en indikation på eventuellt behov av utvecklingsarbete i exempelvis en kommun [110]. Genom att låta kommunens invånare vara delaktiga i beslut och tillvarata deras synpunkter kan man höja kvaliteten i de kommunala verksamheterna.

SCB:s medborgarundersökning innehåller bland annat det så kallade kommunens Nöjd-Inflytandeindex (NII). Detta bygger på tre frågor om möjligheterna till inflytande i kommunen. Frågorna handlar om hur nöjd man är med insynen i, samt inflytandet över kommunens beslut och verksamheter, hur väl detta uppfyller de egna förväntningarna samt hur nära man anser att möjligheterna till inflytande är en tänkt ideal situation [113].

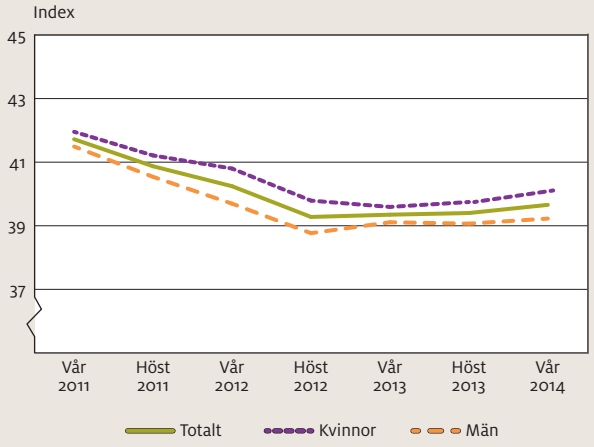
Denna medborgarundersökning har genomförts av SCB sedan 2005. Totalt har 256 av Sveriges kommuner deltagit och merparten av dessa mer än en gång. I denna rapport redovisas resultat från hösten 2013 och våren 2014 sammantaget.

Resultatet för kommunens Nöjd-Inflytandeindex – NII, uppgick till i genomsnitt 40 under mätperioden 2013/2014. Index varierade mellan 29 och 52 bland de deltagande kommunerna. Det fanns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män. Hälften av de deltagande kommunerna i undersökningarna 2013/2014 nådde upp till index 40 eller över, vilket kan tolkas som ”godkänt” utifrån SCB:s undersökning om medborgarnas tolkning av betygen. Ingen kommun kom över index 55, vilket motsvarar gränsen för ”nöjd”.

I medborgarundersökningen ingår även specifika frågor som handlar om kontakt, information, påverkan och förtroende – vilka alla förväntas bidra till det övergripande NII-måttet. Bland kommunerna är det information som får högst betyg medan påverkan får lägst betyg bland både kvinnor och män.

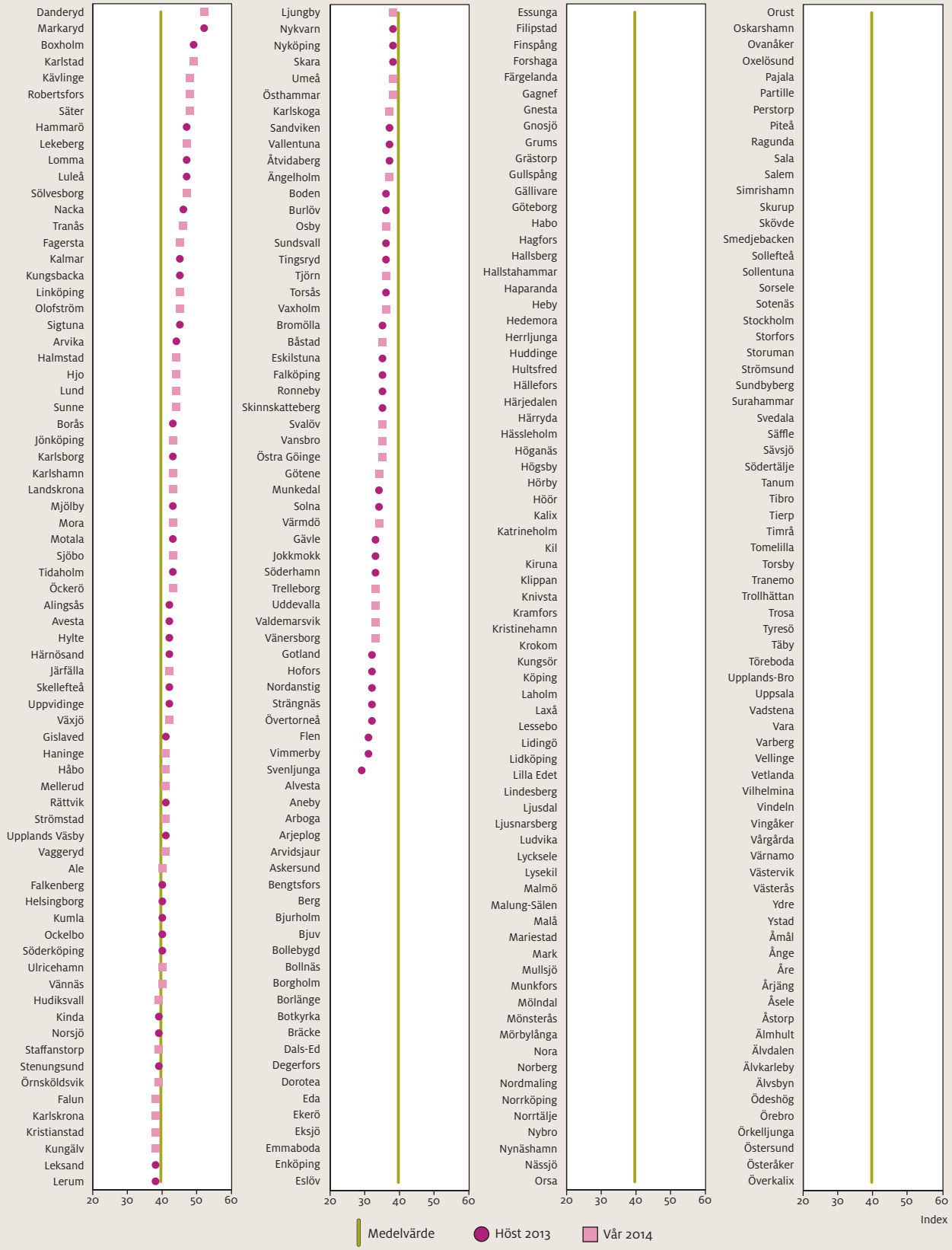
I det framtida förbättringsarbetet är det viktigt att kommunerna ser över alla fyra områdena (information, kontakt, påverkan och förtroende) och undersöker om det finns några skillnader relaterade till kön, ålder och socioekonomiska faktorer. I SCB:s resultatrapport över medborgarundersökningen redovisas även resultat utifrån åldersgrupper och ortstyper samt utifrån hur länge individer har bott i kommunen. Att integrera sådana lokala resultat kan ge ytterligare värdefull information till förbättringsarbetet. En del kommuner gör också egna undersökningar som även de kan visa vad som kan förbättras.

DIAGRAM 23.1 – RIKET: Kommunens Nöjd-Inflytandeindex, skala 1–100. Bygger på tre frågor om möjligheterna till inflytande i kommunen.



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 23.2 – KOMMUNER: Kommunens Nöjd-Inflytandeindex, skala 1–100. Bygger på tre frågor om möjligheterna till inflytande i kommunen, höst 2013 eller vår 2014 (se förklaring nedan för mätperiod).



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

REKREATION OCH TRANSPORT

Fysisk aktivitet är en viktig förutsättning för en god hälsa. Människor styr naturligtvis sina egna levnadsvanor, men de påverkas även av samhälleliga förutsättningar. Genom att förbättra den fysiska miljön kan man främja rörelse, särskilt hos dem som är minst aktiva [114-116].

I SCB:s medborgarundersökning mäts attityder i befolkningen och de samhälleliga förutsättningarna för till exempel rekreation och möjligheten att aktivt transportera sig (gå och cykla). Undersökningen genomförs två gånger per år och kommunerna väljer själva om de vill delta och i så fall hur ofta. I denna rapport används resultat från hösten 2013 respektive våren 2014, då totalt 119 kommuner deltog vid något av tillfällena. Medborgarundersökningen innehåller flera frågeområden, till exempel vad man tycker om att bo och leva i kommunen samt vad man anser om kommunens verksamheter. Resultatet på en tiogradig skala visar ett genomsnittsbetyg. SCB har undersökt hur skalan uppfattas genom att grupper har fått ange var på skalan olika omdömen passar. Undersökningen visar att under 5 kan klassas som ”ej godkänt”, 6–7 som ”nöjd” medan 8 och över tolkas som ”mycket nöjd”.

24. TILLGÅNG TILL GÅNG- OCH CYKELVÄGAR

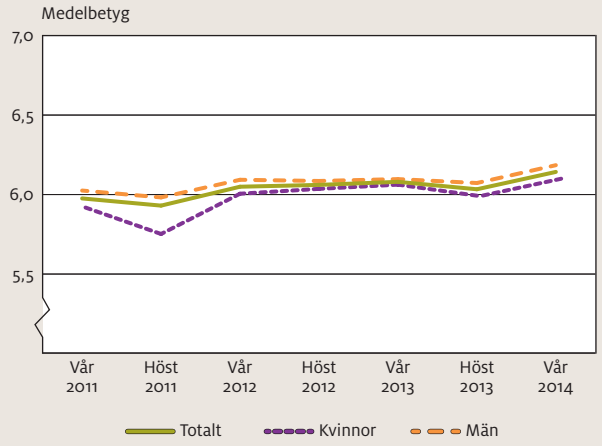
Forskning visar att människor i ”promenadvänliga” områden är mer fysiskt aktiva oberoende av individuella faktorer. En attraktiv miljö som underlättar rörelse är viktigare för att få fler fysiskt aktiva än information och fakta till individer. Det är också gynnsamt med goda möjligheter att på ett fysiskt aktivt sätt dagligen ta sig till och från arbete, skola, service med mera [115-117].

Att välja cykel istället för bil påverkar inte bara den egna hälsan utan ger även stora samhällsekonomiska vinster samt påverkar miljön. Om en procent av befolkningen skulle välja att cykla till arbetet istället för att köra bil skulle koldioxidutsläppen minska med 55 miljoner ton per år [117].

Barns rörelsefrihet har minskat och några bidragande orsaker till detta är att de fysiska förhållandena längs skolvägar upplevs alltmer otrygga, med längre avstånd till skolorna och en ökande trafikvolym [115]. Det är viktigt att tänka igenom hur man anlägger gång- och cykelvägar, deras beskaffenhet, säkerhet, belysning, och underhåll, eftersom det också avgör i vilken grad de används av olika grupper [114-116, 118, 119]. Även internationella studier visar samband mellan cykelinfrastruktur och andel cyklande [116, 117]. I den folkhälsopolitiska rapporten 2010 föreslogs åtgärder för att förbättra den fysiska miljön för att stimulera ökad fysisk aktivitet i befolkningen, men de har ännu inte genomförts fullt ut [120].

Medborgarnas syn på tillgången till gång- och cykelvägar ger en indikation om eventuellt behov av utvecklingsarbete, men det handlar om mer än den faktiska tillgången. Förväntningarna påverkar förstås också, liksom hur ofta man själv använder gång- och cykelvägar. Det finns även

DIAGRAM 24.1 – RIKET: Medborgarnas bedömning av tillgången till gång- och cykelvägar i kommunen, skala 1–10.



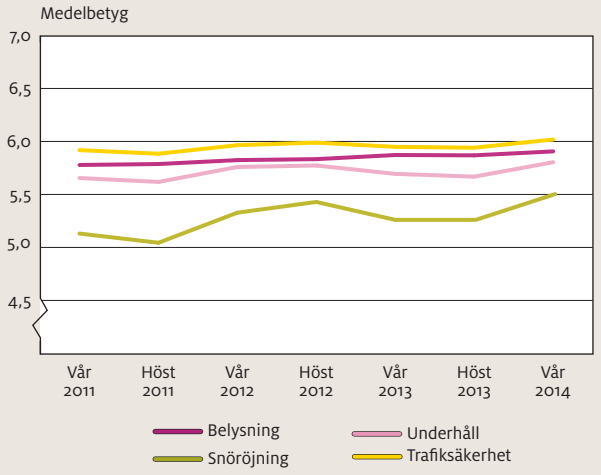
Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

andra frågor i medborgarundersökningen som kan bredda kunskaperna på området. Det handlar då om frågor kring hur nöjda medborgarna är med gång- och cykelvägarnas beskaffenhet när det gäller belysning, underhåll, snöröjning och trafiksäkerhet. Resultatet från dessa redovisas dock inte på kommunnivå i denna rapport.

Medborgarundersökningens fråga om syn på tillgänglighet till gång- och cykelvägar redovisas genom ett genomsnittsbetyg på en tiogradig skala. Genomsnittsbetyget när det gäller tillgången till gång- och cykelvägar för samtliga kommuner uppgick till 6,1 bland män och 6,2 bland kvinnor. Kvinnornas medelbetyg motsvarade ”nöjd” i 57 procent av de deltagande kommunerna medan männen var nöjda i 55 procent av kommunerna. Genomsnittsbetyget har varit relativt oförändrat under de senaste åren.

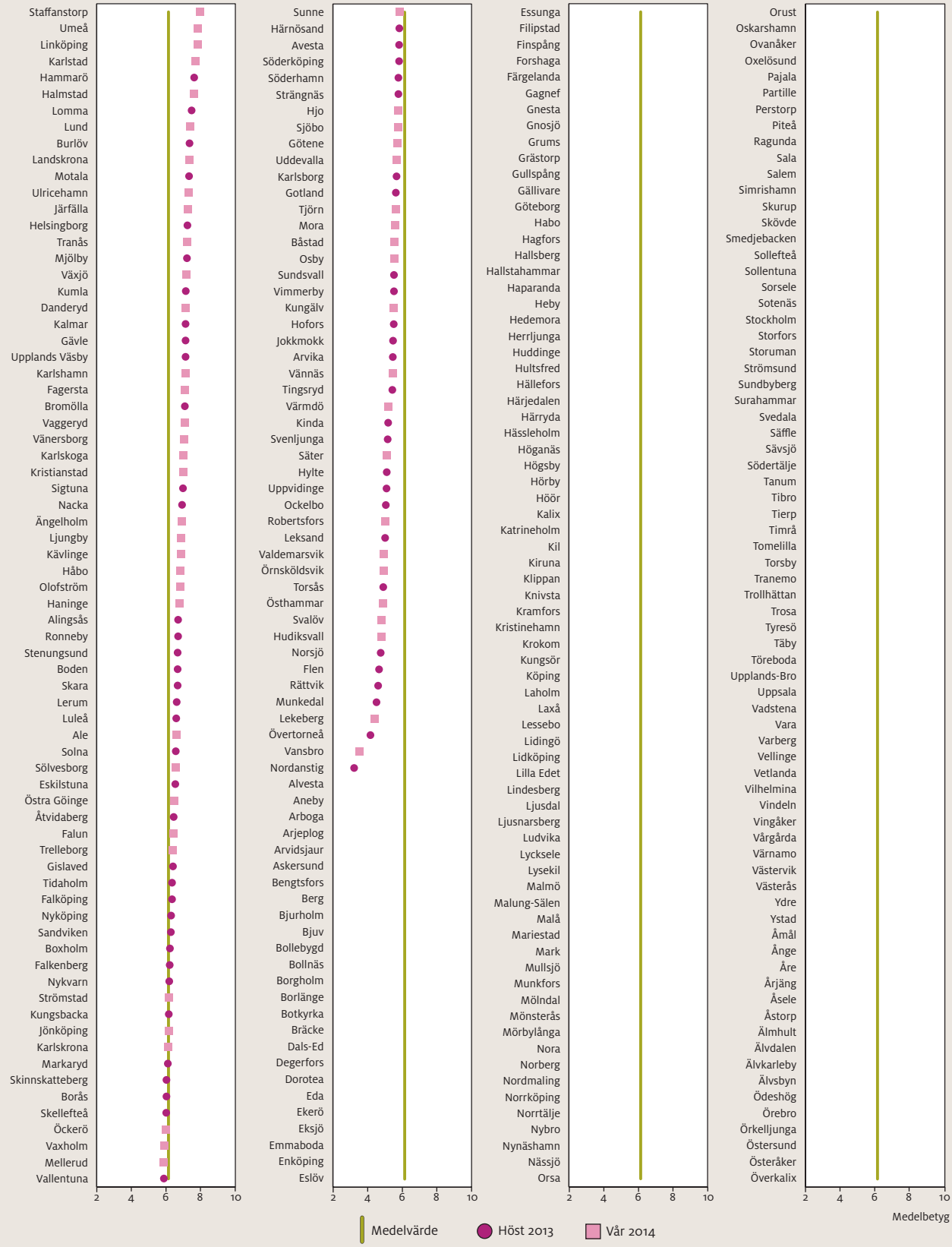
Bland frågorna kring kvaliteten på gång- och cykelvägarna ger både kvinnor och män trafiksäkerheten högst betyg (6,0 = nöjd) medan snöröjningen får lägst betyg men når ändå upp till gränsen för nöjd (5,3).

DIAGRAM 24.2 – RIKET. DELFRÅGOR: Medborgarnas bedömning av belysning, underhåll och skötsel, snöröjning, trafiksäkerhet på gång och cykelvägar, skala 1–10.



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 24,3 – KOMMUNER: Medborgarnas bedömning av tillgången till gång- och cykelvägar i kommunen, skala 1–10, höst 2013 eller vår 2014 (se förklaring nedan för mätperiod).



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

25. TILLGÅNG TILL PARKER, GRÖNOMRÅDEN OCH NATUR

Närhet till parker, grönområden och platser för rekreation är mycket viktiga eftersom de skapar goda förutsättningar för fysisk aktivitet. Ju fler stödjande miljöer, platser och anläggningar som finns i närområdet desto större sannolikhet att de boende är regelbundet fysiskt aktiva [117].

Naturen har i sig hälsofrämjande effekt för människor i alla åldrar, såväl fysiskt som psykiskt, och därför är parker och grönområden viktiga för individer i olika faser av livet [115, 118] och för alla socioekonomiska grupper i befolkningen [121]. Barn behöver goda förutsättningar att utforska sin närmiljö, då det gynnar deras fysiska, mentala och sociala utveckling [115, 122].

Medborgarnas syn på tillgången till parker, grönområden och natur ger en indikation om eventuellt behov av utvecklingsarbete men den faktiska tillgången är inte allt. Människors förväntningar påverkar naturligtvis svaren, och i vilken utsträckning man vistas i parker, grönområden och natur.

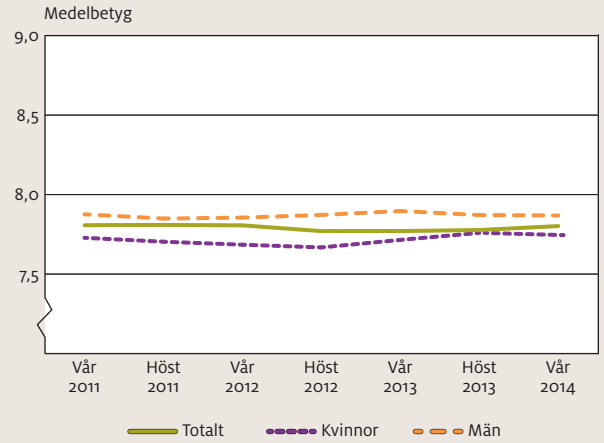
När bostadsområden växer och förtätas riskerar antalet grönområden att minska. Boverket har därför tagit fram en vägledning för att säkerställa tillgång till de bostadsnära grönområdena [123]. Tidigare Statens folkhälsoinstitut har också tagit fram en vägledning som kan användas för att bedöma närhet till och attraktivitet för grönområden [121] samt en stöd- och inspirationsskrift för att skapa hälsofrämjande och hållbara livsmiljöer [124]. Sedan flera år tillbaka finns även en manual för att planera aktivt liv i byggda miljöer och som bygger på tidigare framtagen forskning inom området [116, 117, 119, 125]. Kommuner och landsting kan även göra hälsokonsekvensbedömningar i samband med fysisk planering för att hitta olika avvägningar vid eventuella målkonflikter [126].

Medborgarundersökningens fråga om syn på tillgänglighet till parker, grönområden och natur redovisas genom ett genomsnittsbetyg på en tiogradig skala.

Genomsnittsbetyget när det gäller tillgången till parker, grönområden och natur för samtliga kommuner uppgick till 7,7 bland män och 7,8 bland kvinnor. Det innebär att i samtliga deltagande kommuner var både kvinnor och män nöjda eller mycket nöjda med tillgången till parker, grönområden och natur. Genomsnittsbetyget har varit relativt oförändrat under de senaste åren.

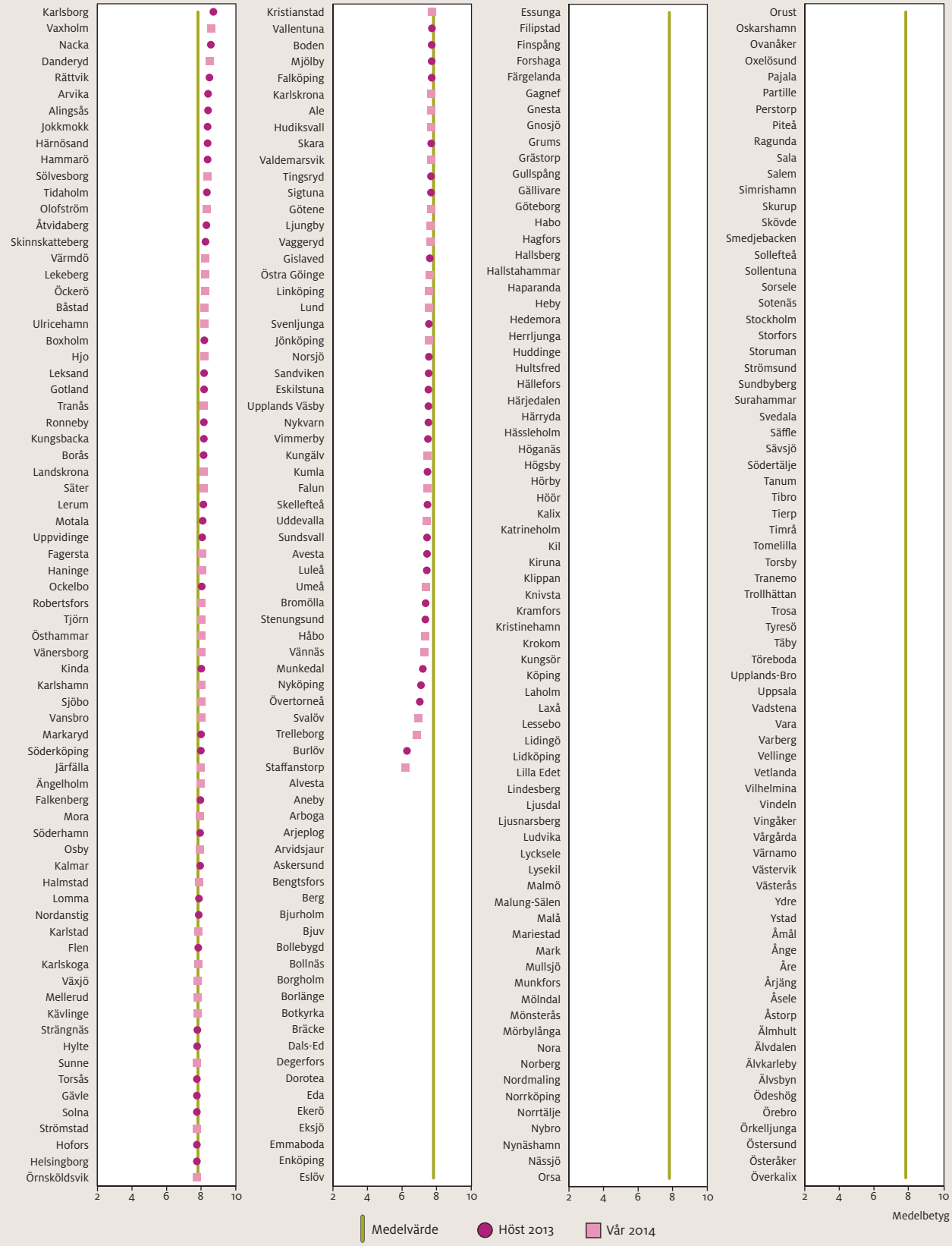
Genomsnittsbetyget för tilläggsfrågan om renhållning av parker och allmänna platser är något lägre än upplevelsen av tillgången.

DIAGRAM 25.1 – RIKET: Medborgarnas bedömning av tillgången till parker, grönområden och natur i kommunen, skala 1–10.



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 25.2 – KOMMUNER: Medborgarnas bedömning av tillgången till parker, grönområden och natur i kommunen, skala 1–10, höst 2013 eller vår 2014 (se förklaring nedan för mätperiod).



Källa: Medborgarundersökningen, Statistiska centralbyrån.

TRYGGHET OCH SOCIALA RELATIONER

En grundläggande förutsättning för social utveckling är att det finns samhällsinstitutioner som uppfyller sina åtaganden och inte diskriminerar individer eller grupper. Sådana institutioner kan vara formella och informella. En annan lika viktig komponent är individens makt över sin egen livssituation och dennes aktiva deltagande i samhällslivet. Utanförskap hänger ofta samman med brist på medbestämmande och att inte kunna fullgöra sina sociala och kulturella plikter i samhället, men det har också ett samband med arbete, utbildning och hälsa. Sociala trygghetssystem är därför viktiga eftersom de kan stärka människors egen kapacitet, förmåga och inflytande samt ge stöd och skydd i utsatta situationer. Svensk politik betonar också vikten av att främja ett aktivt deltagande från det civila samhället, det vill säga låta organisationer, privata företag, fackföreningar och andra aktörer vara med i beslutsprocesser som påverkar människors liv.

Våra levnadsvanor påverkas av människor i vår närhet och de nätverk vi ingår i, både i positiv och i negativ riktning. Våra relationer kan också ge bättre förutsättningar för god hälsa. Vid sidan av att de utgör ett socialt stöd och bidrar till känslor av trygghet, sammanhang och deltagande, kan de även fungera som särskilda informationskanaler. Ensamhet och speciellt brist på nära relationer har i flera studier visat sig hänga samman med sämre hälsa och kortare livslängd [127].

26. TRYGG I SKOLAN

Skolan skall erbjuda eleverna en miljö präglad av stabilitet, trygghet och studiero. Den som känner trygghet kan lättare tillgodogöra sig kunskap och utvecklas som människa. Barn som känner sig trygga når bättre skolresultat, lär sig ta eget ansvar och att framföra sina åsikter. Avsaknad av studiero i skolan samt otrygghetskänslor med ständig rädsla att bli utsatt för mobbning, kränkningar och trakasserier, riskerar inte bara att äventyra elevens framtida studier och yrkesliv, utan kan på längre sikt även ge konsekvenser i form av psykisk ohälsa [128-130]. Otrygghet i skolan bör därför tas på största allvar.

Flera studier tyder på att en hög andel av eleverna i de svenska skolorna känner sig trygga i skolan, [131-133] och Sverige ligger även bra till internationellt när det gäller elevernas trygghet. I en europeisk studie om kränkande behandling i skolan visar resultaten att de svenska eleverna är tryggast av alla i jämförelse med övriga EU-och OECD-länder [134].

SKL genomför årligen den så kallade elevenkäten, en undersökning om svenska elevers syn på skolan och undervisningen. Enkäten besvaras av elever i såväl kommunala som fristående skolor i årskurserna 5 och 8. Drygt 104 000 elever från sammanlagt 192 kommuner besvarade enkäten läsåret 2012/13.

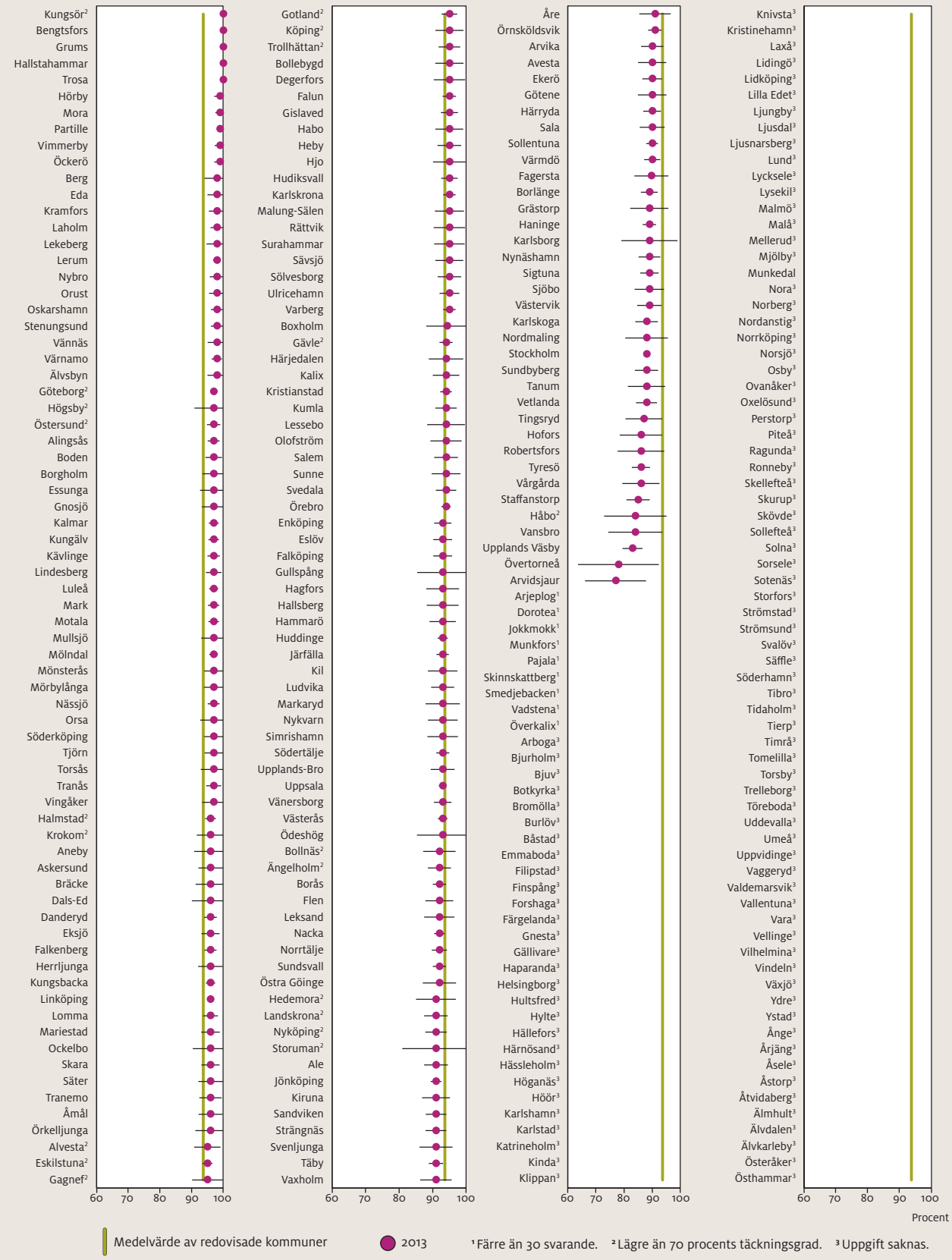
De allra flesta – drygt 93 procent av eleverna i årskurs 5 – uppger att de känner sig trygga i skolan. Andelen trygga elever varierar dock och det finns förhållandevis stora skillnader mellan några av kommunerna. Ungefär lika stora andelar flickor som pojkar har angivit att de känner sig trygga i skolan (resultatet visas inte i diagram).

Samtidigt finns det elever som inte känner samma trygghet (i genomsnitt omkring 6–7 procent). Därför är det viktigt att skolan arbetar målmedvetet med åtgärder som syftar till att öka tryggheten.

För att skolmiljön ska präglas av trygghet och studiero måste elever, lärare och annan personal känna ett gemensamt ansvar för arbetsmiljön på skolan och ha respekt för varandra. Eleverna bör få möjlighet att delta i utformningen av lärandemiljön, till exempel genom att ta fram ordningsregler. Det är även viktigt att skolan samarbetar med elevernas vårdnadshavare.

Systematiska mobbningsförebyggande program har visat sig vara effektiva instrument för att motverka mobbning. Utvärderingar visar att såväl andelen mobbare som andelen mobbade elever i genomsnitt är lägre i skolor som har ett sådant programarbete mot mobbing [135, 136]. De programkomponenter som anses vara mest effektiva är föräldrautbildning, ökad tillsyn av skolgårdar och disciplinära åtgärder. Ledarskap i klassrummet och tydliga klassrumsregler är andra viktiga faktorer, liksom att programmet bedrivs under en längre tid och engagerar både lärare och elever [136].

DIAGRAM 26.1 – KOMMUNER: Andel elever i årskurs 5 som i kommunens elevenkät svarat ”stämmer helt och hållet” eller ”stämmer ganska bra” på frågan ”Jag känner mig trygg i skolan”, 2013.



Källa: Elevenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

27. AVSTÅTT FRÅN ATT GÅ UT ENSAM

Att känna sig trygg och säker hör till de mest centrala mänskliga behoven och är avgörande för vårt välbefinnande. I en klassisk rangordning av mänskliga behov hamnar trygghet direkt efter våra rent fysiska behov [137].

Tryggheten i bostadsområdet har stor betydelse för både trivseln och hälsan. Känslan av trygghet i sin närmiljö ger förutsättningar att själv kunna välja var man vill vistas och vad man vill göra. Människor ska till exempel kunna promenera eller löpträna utan rädsla, och känna att det finns trygga lekplatser för barn [138, 139]. Att känna trygghet i anslutning till bostaden har i undersökningar visat sig vara den absolut viktigaste faktorn för att ett bostadsområde ska upplevas som bra [127]. Boendemiljö är också en av bestämningsfaktorerna till det folkhälsopolitiska målområdet ”Ekonomiska och sociala förutsättningar” [140].

I den fysiska planeringen av olika miljöer är det viktigt att ta hänsyn till jämställdhetsperspektiv, att både kvinnor och män ska kunna vistas där och känna sig trygga. Det är avsevärt fler kvinnor än män som inte känner sig trygga utomhus. Det innebär bland annat att kvinnor i högre grad begränsar sin rörelsefrihet, och exempelvis undviker att gå ut ensamma när det är mörkt för att undvika risker för våld, ofredande och sexualbrott. Ibland kan det handla om att väga olika risker mot varandra, exempelvis genom att undvika gångtunnlar och i stället korsa en vältrafikerad väg, eller att gå eller cykla på körbanan i stället för en mörk eller enslig cykel- och gångväg. Det offentliga rummet kan således bli mindre tillgängligt för kvinnor om man inte inkluderar dessa aspekter i den fysiska planeringen [19, 141, 142].

Bland de kommunala åtgärderna på området finns en bra bostad och bostadsmiljö med möjlighet till närservice, säkra gång- och cykelvägar och bra kommunikationer. Det handlar även om att skapa naturliga träffpunkter där människor kan knyta kontakter samt att stimulera till gemenskap och en ”vi-känsla”. Nattvandring och uppsökande seniorverksamhet är andra exempel på insatser för att öka tryggheten. God utomhusbelysning är en konkret faktor för trygga utemiljöer och ökad trivsel [19].

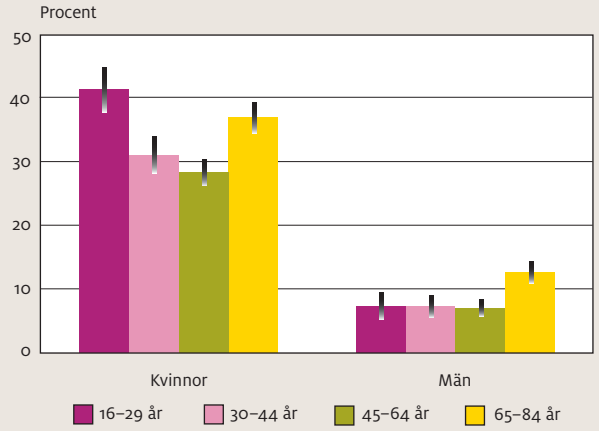
Under mätperioden 2011–2014 uppger något färre att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, i jämförelse med föregående mätperiod (2007-2010). Det finns stora regionala och lokala skillnader inom landet. Kvinnor undviker i betydligt högre grad att gå ut ensamma än vad män gör, men skillnaderna mellan könen har minskat. Andelen som uppger att de avstår från att gå ut är lägst bland män och kvinnor med eftergymnasial utbildning, något som sannolikt också till viss del speglar skillnader mellan olika bostadsområden och uppfattningen om dem.

DIAGRAM 27.1 – RIKET: Andel som uppgivit att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, 16–84 år.



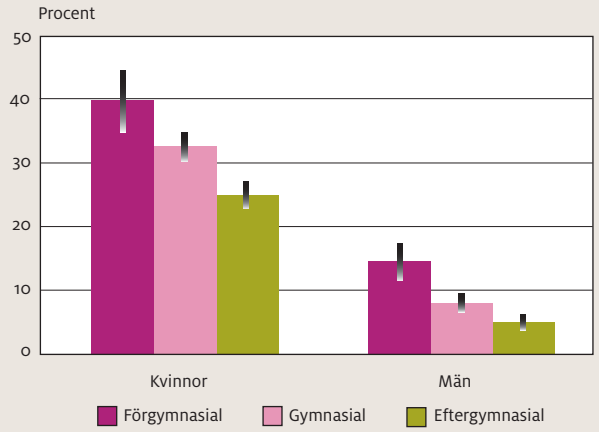
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 27.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel som uppgivit att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, 2014.



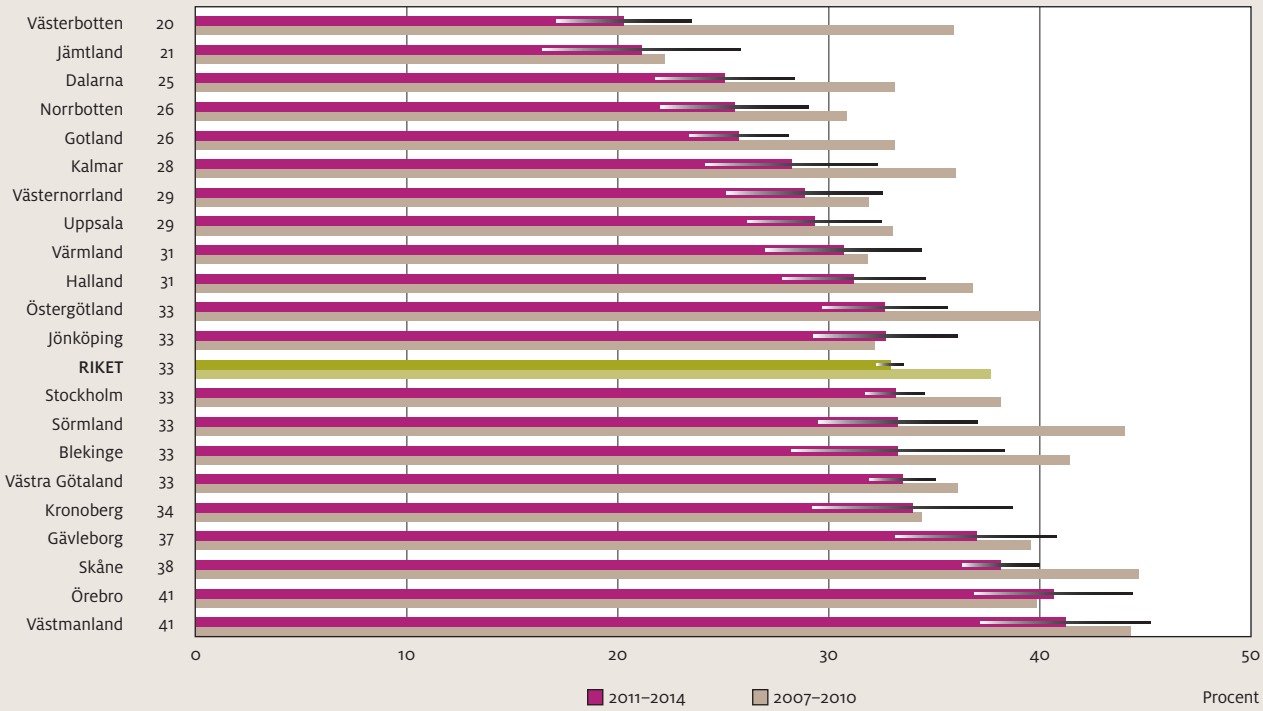
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 27.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel som uppgivit att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, 35–74 år, 2014.



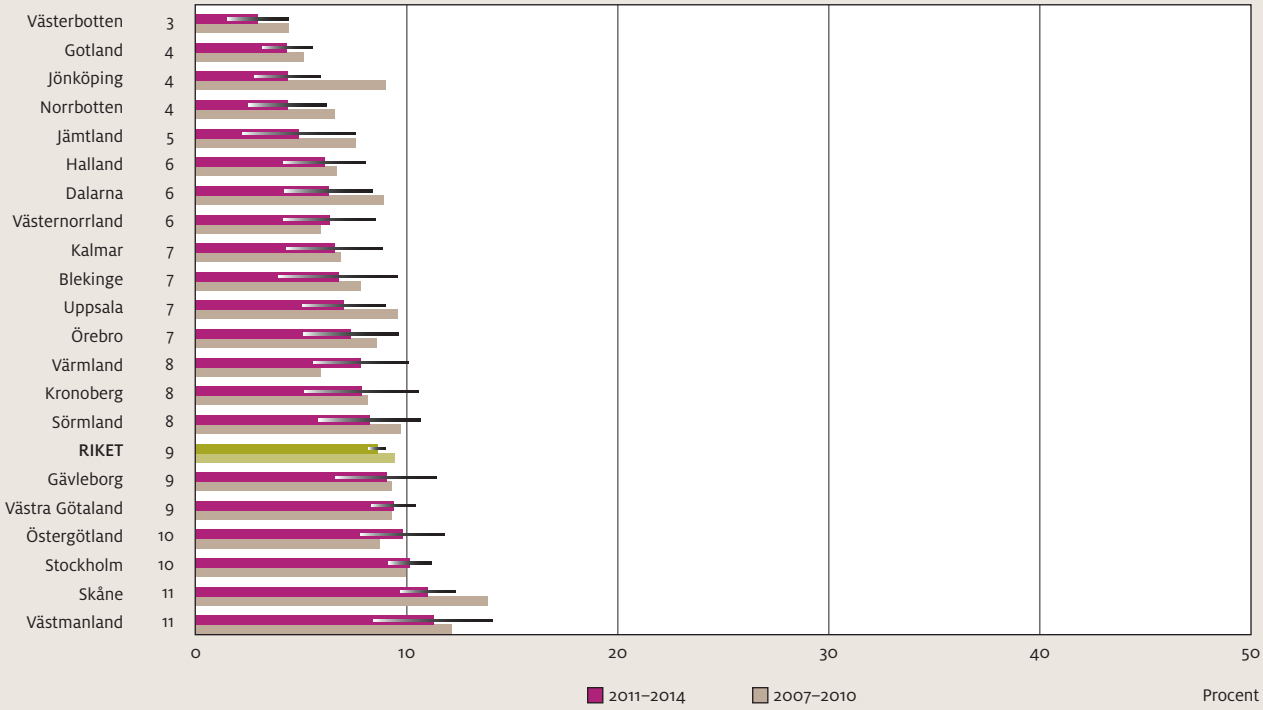
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 27.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som uppgivit att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, 16–84 år, 2011–2014.



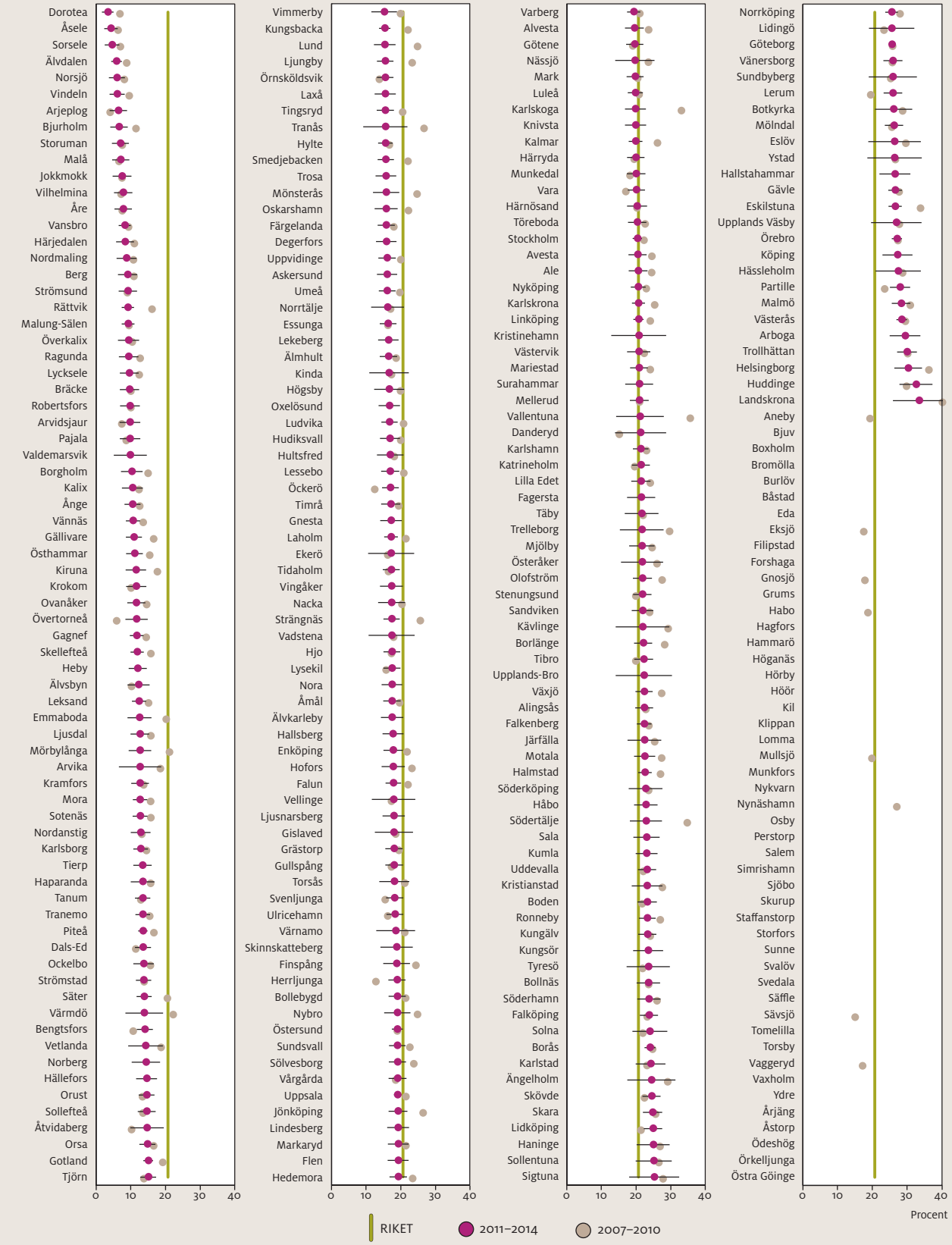
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 27.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som uppgivit att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 27.6 – KOMMUNER: Andel som uppgivit att de ofta eller ibland avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, 2011–2014.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten.

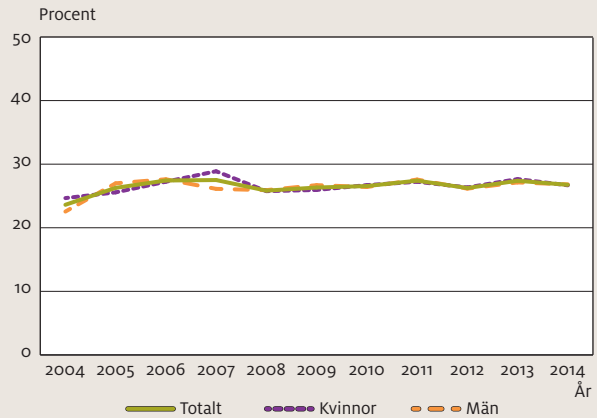
28. AVSAKNAD AV TILLIT TILL ANDRA

Den som känner tillit till andra är mer benägen att delta i sociala aktiviteter, något som i sin tur bidrar till en god hälsa. Flera studier har även påvisat att en låg nivå av tillit i samhället hänger samman med en ökad risk för ohälsa. I samband med studier av socialt kapital – ett begrepp som kan definieras och mätas på olika sätt – har graden av tillit en central roll. Studier av det sociala kapitalets betydelse för hälsan på områdesnivå, har bland annat påvisat ökade risker för ohälsa och dödlighet i bostadsområden som bland annat kännetecknas av att tilliten till andra människor är svag [19, 138, 139, 143-145].

Det finns stora skillnader i andelen som uppgivit att de i allmänhet inte kan lita på andra människor, såväl mellan län som mellan kommuner. Andelen är klart högst i den yngsta åldersgruppen i jämförelse med övriga åldersgrupper. Individer med eftergymnasial utbildning litar i högre grad på andra människor än vad individer med kortare utbildningar gör. I riket som helhet har nivån varit relativt konstant det senaste decenniet och utan några större skillnader mellan könen.

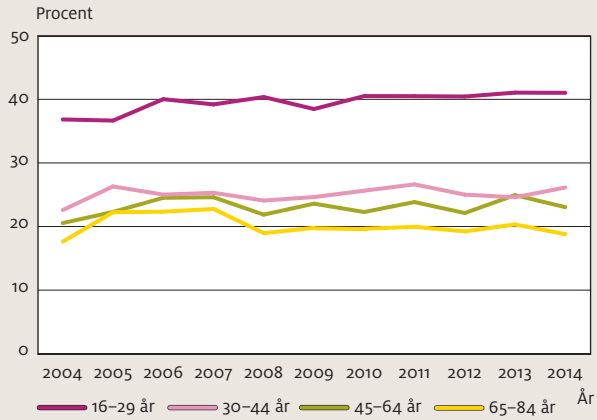
Dåvarande Statens folkhälsoinstitut tog 2011 fram ett nationellt kunskapsunderlag till målområdet ”Delaktighet och inflytande i samhället”, och i det lyfts åtgärder kring socialt deltagande och socialt stöd [110]. När det gäller insatser riktade mot äldre, nämns särskilt uppsökande verksamhet från kommunen. Inom området sociala relationer kan kommunen även sörja för en bra bostadsmiljö som inbjuder till kontakt på offentlig plats, som till exempel lekplatser eller andra gemensamma ytor utomhus. Kommunens arbete mot mobbning i skolan och på arbetsplatser, är ytterligare exempel på åtgärder som kan öka tilliten mellan människor i samhället. Dessutom bedriver frivilliga organisationer också uppsökande verksamhet [19, 138, 139, 143].

DIAGRAM 28.1 – RIKET: Andel individer som uppgivit att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 16–84 år.



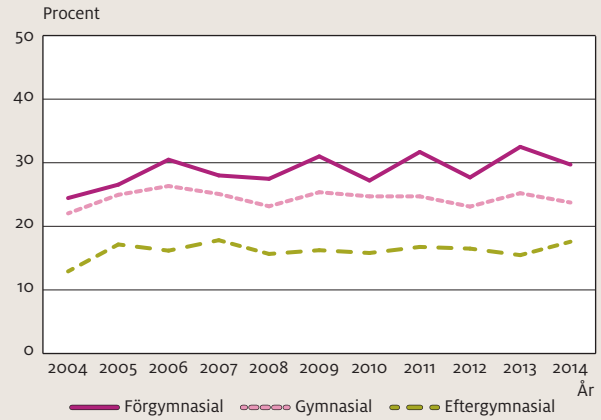
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 28.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel individer som uppgivit att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor.



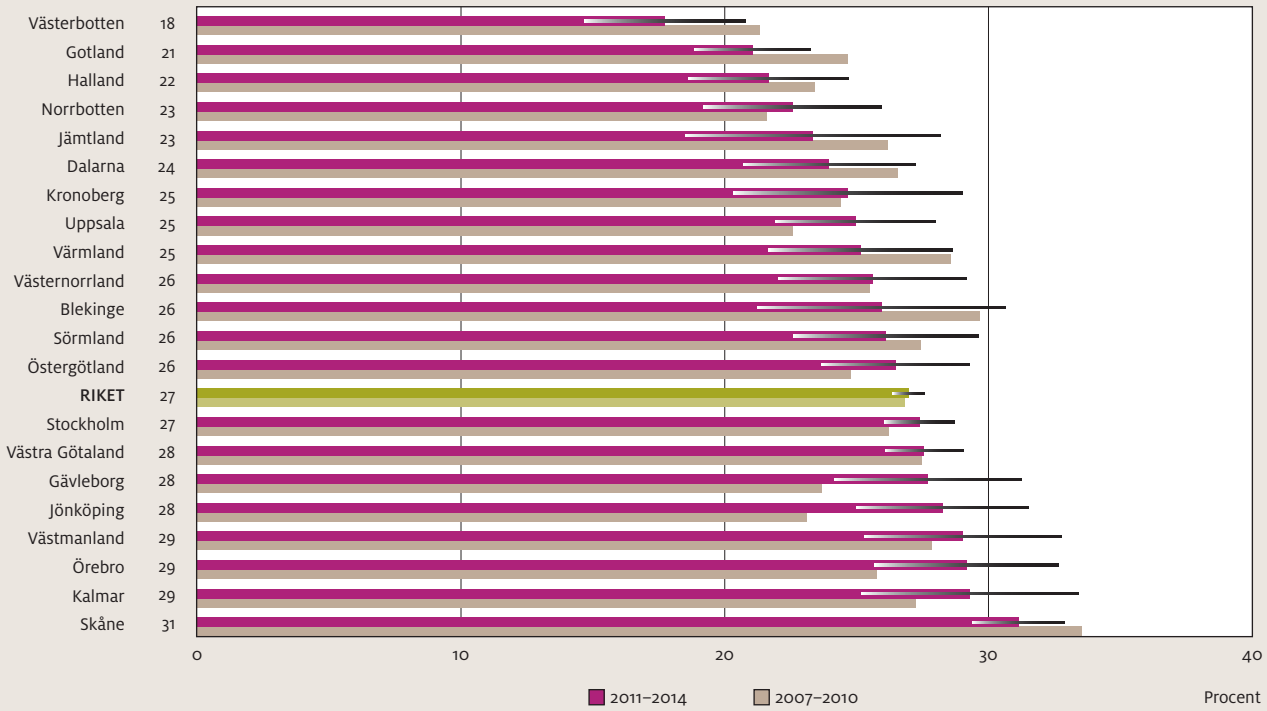
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 28.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som uppgivit att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 35–74 år.



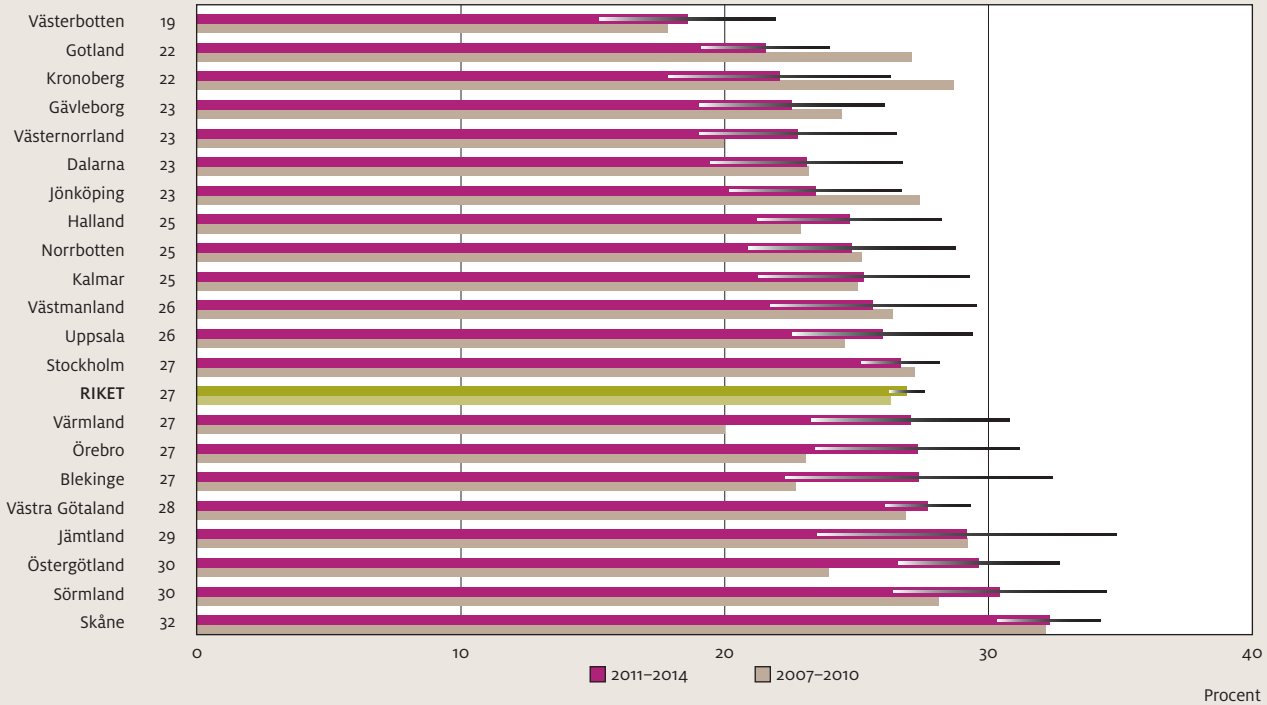
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 28.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel individer som uppgivit att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 16–84 år, 2011–2014.



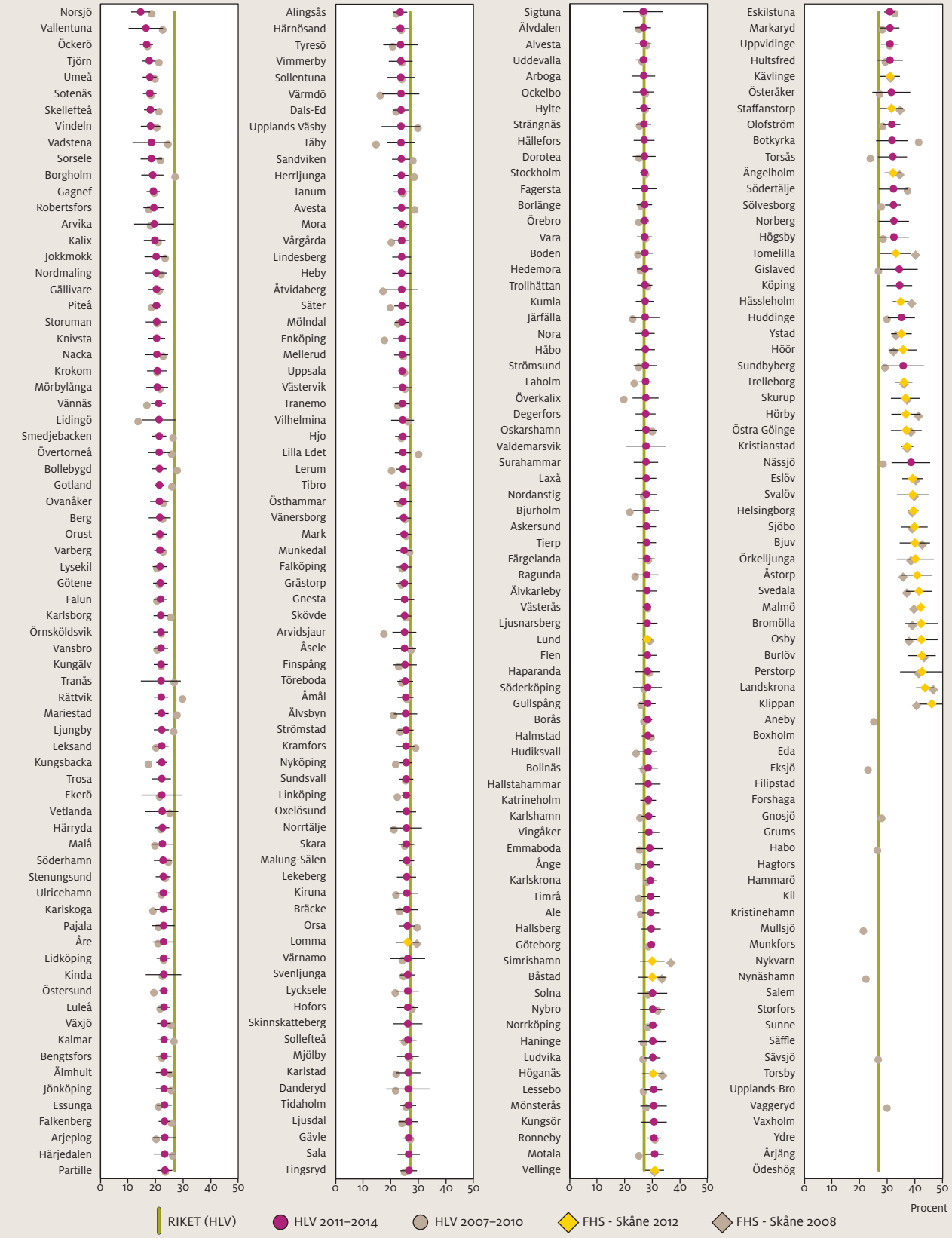
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 28.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel individer som uppgivit att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 28.6 – KOMMUNER: Andel individer som uppgivit att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne.

29. BESVÄR AV ENSAMHET BLAND ÄLDRE

Ofrivillig ensamhet är ett växande problem i samhället. Äldre människor är särskilt utsatta och upplever en större risk för ensamhet och utanförskap, något som sin tur kan påverka hälsan negativt. Bland äldre kan ofrivillig ensamhet dessutom relateras till fysiska begränsningar såsom svårighet att röra sig utanför det egna hemmet på grund av sjuklighet. Ofrivillig ensamhet kan dessutom öka risken för depression och andra psykiska sjukdomar, medföra riskabel alkoholkonsumtion och sämre matvanor. För att motverka en sådan utveckling bör samhället på olika sätt erbjuda sociala sammanhang som bidrar till att skapa innehåll och mening för äldre som känner sig ensamma.

Äldreomsorgen tar sin utgångspunkt från värdegrunden som innebär att äldre ska kunna välja när och hur stödet och hjälpen i boendet ska ges. Den baseras på 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som i korthet innebär att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

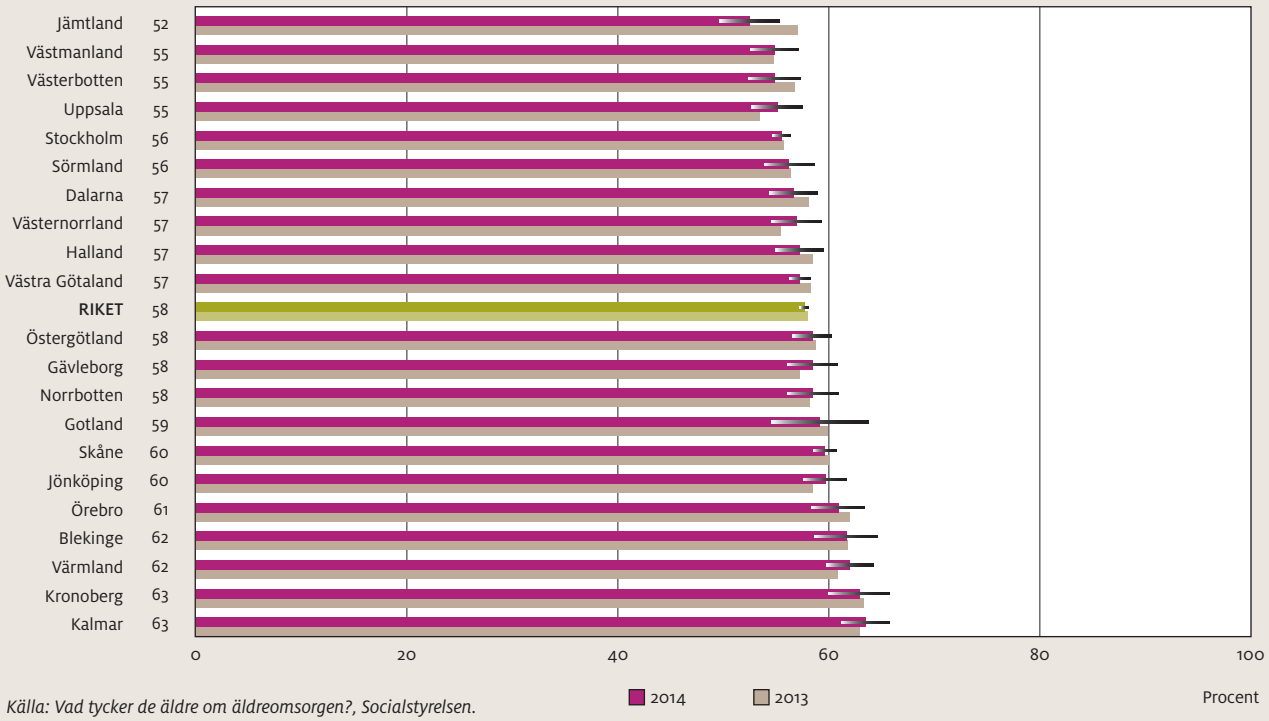
I Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden betonas bland annat trygghet och en meningsfull samvaro, och värdegrunden ska beaktas i allt utförande av tjänster inom äldreomsorgen [146]. Sociala aktiviteter spelar en viktig roll för välbefinnandet, och de kan öka känslan av tillhörighet och meningsfullhet. Det kan handla om att ha kontakt med personalen, att få vistas ute eller att få utföra aktiviteter som man trivs med.

Sociala aktiviteter såsom utevistelse och fysisk aktivitet kan dessutom förbättra sömnen och aptiten samt minska risken för benskörhet. Verksamheter inom äldreomsorgen kan påverka utfallet genom att arbeta med till exempel sociala aktiviteter och genom att i större utsträckning anpassa stödet till den enskilde. Den kan bidra till att minimera äldres känsla av ensamhet.

Socialstyrelsens nationella enkätundersökning riktar sig till äldre som fyllt 65 år och som har hemtjänst, alternativt bor i särskilt boende. Uppgifterna som redovisas i denna rapport berör dock endast de äldre som har hemtjänst.

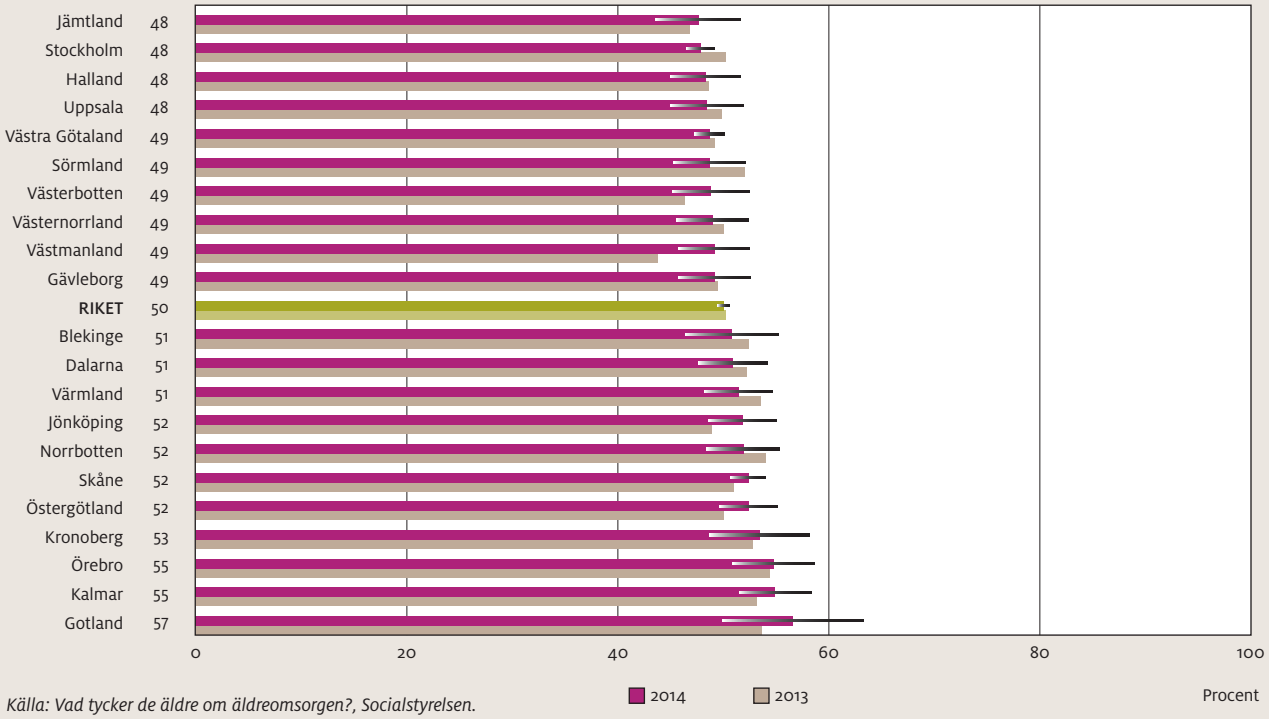
Generellt kan det konstateras att det är något fler kvinnor än män som uppger att de känner sig ensamma, samt att resultaten skiljer sig ytterst lite från föregående mätperiod. Det finns dock skillnader, såväl mellan län som mellan kommuner.

DIAGRAM 29.1 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som svarat ja på frågan "Händer det att du besväras av ensamhet?", bland äldre som fyllt 65 år som har ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinärt boende, 2014.



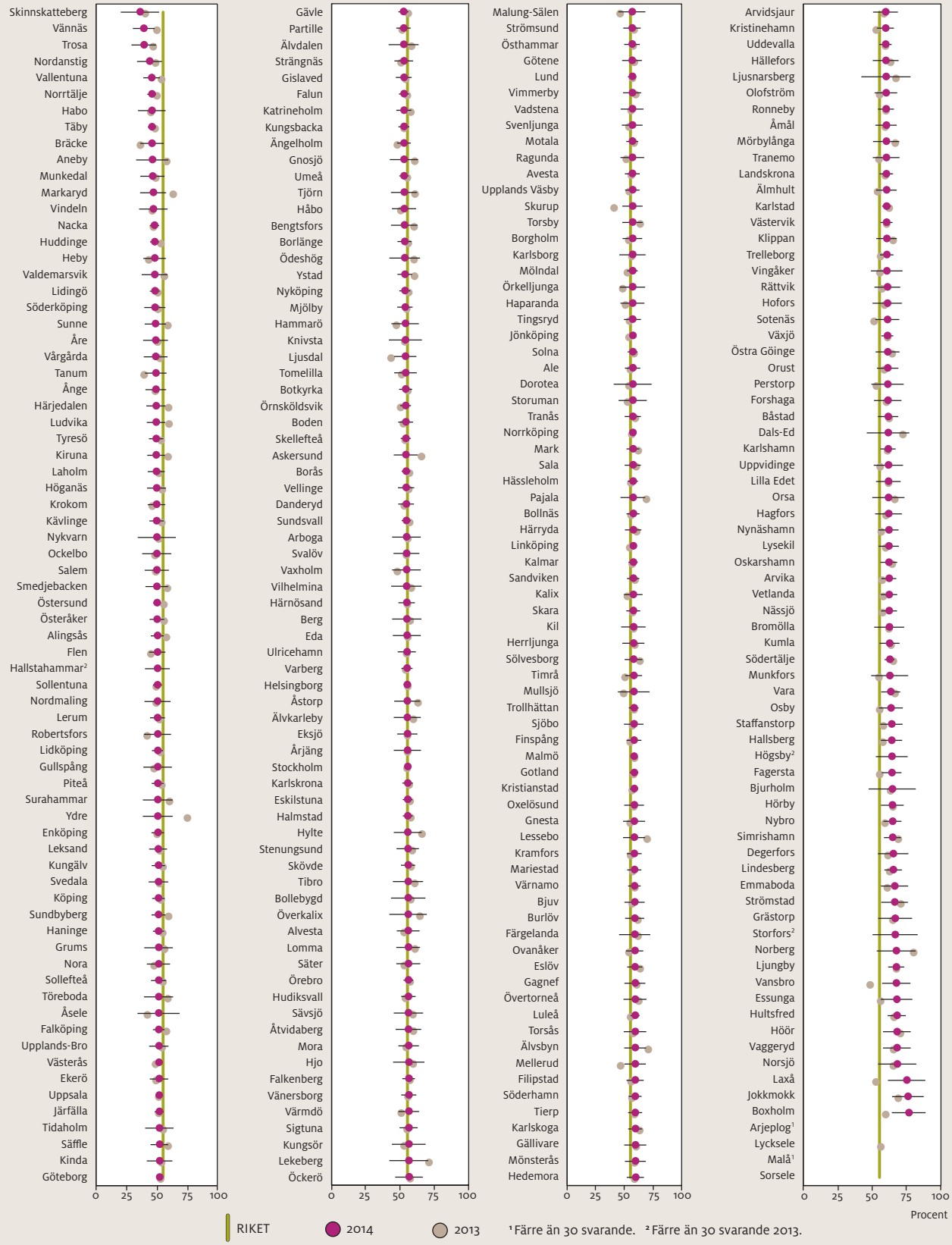
Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 29.2 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som svarat ja på frågan "Händer det att du besväras av ensamhet?", bland äldre som fyllt 65 år som har ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinärt boende, 2014.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 29.3 – KOMMUNER: Andel som svarat ja på frågan ”Händer det att du besväras av ensamhet?”, bland äldre som fyllt 65 år som har ett verkställt biståndsbeslut för hemtjänst i ordinärt boende, 2014.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

VÅLD I NÄRA RELATIONER

Våld förekommer både bland kvinnor och män, men kvinnor är mer utsatta för våld i nära relationer och förövaren är oftast en man [147, 148]. Våldet polisanmäls sällan. I en studie från BRÅ anges att knappt 4 procent av dem som utsätts för våld i en nära relation under 2012 anmälde detta till polisen [149]. Det är även få som har kontakt med någon stödverksamhet. Endast 7,0 procent av kvinnorna och 3,5 procent av männen som utsatts för våld har haft kontakt med socialtjänst med anledning av våldet [149]. Kombinationen av att det är så få som anmäler våldet och att det är få som nås av det stöd som finns, gör att det krävs fler aktörer än polisen och socialtjänsten för att minska våldet och stödja dem som utsätts för våld, utövar våld och berörs av våldet.

30. KARTLÄGGNING OCH SAMVERKAN

Kvinnor och män som utsätts för våld riskerar att drabbas av en rad konsekvenser som påverkar hälsan, där posttraumatiskt stressyndrom, depression, självskadebeteende, riskbruk av alkohol och försämrad fysisk hälsa endast utgör några exempel [12, 20, 150]. Hälsokonsekvenserna är även stora för barn som exempelvis riskerar att utveckla post-traumatiskt stressyndrom, beteendeproblem samt få problem i relationer till andra. Dessutom riskerar de att bli oroliga, rastlösa samt att få svårigheter i skolan, vilket i sig kan leda till ohälsa [151]. Det finns också en ökad risk för att de utsätts för våld som vuxna [150].

Bland kvinnor kan våldet även bidra till långa sjukskrivningar [152]. Hälsokonsekvenserna är allvarligare för just kvinnor i jämförelse med våld som män i heterosexuella relationer utsätts för [147, 149, 150]. Könsskillnaden är än mer betydande då det gäller dödligt våld – det är fyra till fem gånger vanligare att kvinnor blir dödade av sin partner eller före detta partner än att män blir det [20]. Våldet får även ekonomiska konsekvenser för samhället då kostnaderna för kommuner, sjukvård, statliga myndigheter och frivilliga organisationer samt produktionsbortfall uppgår till minst 2,5 miljarder kronor årligen [153].

I denna rapport granskas två indikatorer relaterade till våld i nära relationer som hämtats från öppna jämförelser av kommunernas stöd till brottsoffer. Den ena indikatorn undersöker förekomsten av kartläggningar kring omfattningen av våld mot vuxna i kommunerna, medan den andra mäter förekomsten av aktuella överenskommelser om samverkan mellan barn- och ungdomsvård och förskola samt skola i kommunerna.

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:4) bör kommunen kartlägga omfattningen av våld mot kvinnor samt av barn som bevittnat våld. På detta sätt kan kommunen se om de insatser som använts svarar mot målgruppens behov [154]. I en enkät till kommunerna i samband med öppna jämförelser av stöd till brottsoffer 2013, ingick en fråga huruvida kommunen kartlagt omfattningen av våld mot vuxna. En sådan kartläggning kan till exempel innebära att samla in uppgifter från kvinnojouren, polisen, skolan och hälso- och sjukvården som visar omfattningen av våld i kommunen.

Få har kontakt med socialtjänsten med anledning av våld [149], och därför behöver socialtjänsten även samverka med andra aktörer [148]. Socialtjänstens insatser räcker dessutom sällan till, och ofta behövs kompletterande insatser från andra verksamheter. Förskola och skola är viktiga samverkansparter då de har möjlighet att tidigt upptäcka barn som far illa. Skriftliga rutiner om samverkan med dessa kan vara ett stöd för personalen. En stabil och effektiv samverkan mellan socialtjänst, förskola och skola förutsätter styrning från ledningen och en god struktur för att kunna överbrygga hinder. Strukturen kan bestå av skriftliga avtal eller överenskommelser med förtydliganden om vem som gör vad, samt när och hur. Överenskommelserna kan även inkludera att utförare som tar hand om familjehemsplacerade barn även samarbetar med skolan, eller säkerställer barnens möjlighet att fullfölja sin skolgång i samband med att de bor i skyddat boende. För att samverkan ska fungera krävs en tydlig ansvarsfördelning och ett tydligt uppdrag [155].

I samband med öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården fick kommunerna besvara på enkätfrågor gällande förekomsten av sådana överenskommelser med externa aktörer (bland annat förskola och skola) på ledningsnivå i enskilda ärenden, samt ange om man följt upp dessa överenskommelser. För att överenskommelsen skulle räknas som aktuell krävdes att man svarade ”ja” både på frågan om man har en överenskommelse i enskilda ärenden och på frågan om den har följts upp.

Resultatet visar att knappt hälften av kommunerna (49 procent) kartlagt omfattningen av våld mot vuxna i kommunen någon gång under de senaste två åren. I föregående mätning år 2012, var andelen 31 procent. Denna omfattade dock endast våld mot kvinnor, varför resultatet inte är helt jämförbart.

När det gäller frågan om överenskommelser med externa aktörer visar resultatet att totalt 60 procent av landets kommuner har en aktuell överenskommelse med både förskola och skola.

Andelen kommuner som både kartlagt omfattningen av våld mot vuxna och som också har en aktuell överenskommelse med förskola och skola i enskilda ärenden om våld, uppgår till 40 procent.

Kommuner, landsting och frivilliga organisationer har en viktig roll när det gäller våld i nära relationer. Det handlar om allt från att uppmärksamma våld och ge tydlig information om tillgängliga insatser, till att se till att alla i familjen får det stöd de behöver. I öppna jämförelser av stödet till brottsoffer 2014 framkommer bland annat följande utvecklingsområden:

- använda våldsutsattas synpunkter för att utveckla verksamheten
- genomföra systematiska uppföljningar av insatser till våldsutsatta och barn som bevittnat våld
- ta fram rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende
- ta fram rutiner om att upptäcka våld och stöd till våldsutsatta i verksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättning
- erbjuda information om var man kan söka stöd på olika språk och i alternativa format.

TABELL 30.1 – Kartläggning och samverkan kring våld i nära relationer. Kommunen/stadsdelen har:

1. Kartlagt omfattningen av våld mot vuxna i kommunen under de två senaste åren (15 januari 2012 – 15 januari 2014).
2. Aktuella överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden mellan social barn- och ungdomsvård och förskola samt skola (följt upp skriftliga och på ledningsnivå beslutade överenskommelse / upprättat 1 november 2012 – 1 november 2013).

Kommun	1.	2.
Upplands Väsby	Ja	Nej
Vallentuna	Ja	Ja
Österåker	Nej	Nej
Värmdö	Ja	Nej
Järfälla	Nej	Ja
Ekerö	Nej	Nej
Huddinge	Ja	Ja
Botkyrka	Ja	Ja
Salem	Nej	Nej
Haninge	Ja	Ja
Tyresö	Nej	Ja
Upplands-Bro	Nej	Nej
Nykvarn	Nej	Ja
Täby	Nej	Nej
Danderyd	Ja	Ja
Sollentuna	Ja	Ja
Stockholm		
Rinkeby-Kista	*Ja*	*Ja*
Spånga-Tensta	*Nej*	*Nej*
Hässelby	*Ja*	*Nej*
Bromma	*Ja*	*Ja*
Kungsholmen	*Ja*	*Nej*
Norrmalm	*Ja*	*Ja*
Östermalm	*Ja*	*Ja*
Södermalm	*Ja*	*Ja*
Enskede-Årsta-Vantör	*Nej*	*Ja*
Skarpnäck	*Ja*	*Nej*
Farsta	*Nej*	*Nej*
Älvsjö		*Ja*
Hägersten-Liljeholmen	*Nej*	*Nej*
Skärholmen	*Ja*	*Ja*
Södertälje	Nej	Ja
Nacka	Ja	Nej
Sundbyberg	Nej	Ja
Solna	Ja	Nej
Lidingö	Ja	Nej
Vaxholm	Nej	Nej
Norrtälje	Ja	Nej
Sigtuna	Ja	Ja
Nynäshamn	Ja	Ja
Håbo	Ja	Nej
Älvkarleby	Nej	Nej
Knivsta	Nej	Nej
Heby		Nej
Tierp	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Ja
Enköping	Ja	Nej
Östhammar		Ja
Vingåker	Nej	Ja
Gnesta	Ja	Ja
Nyköping	Nej	Ja
Oxelösund	Ja	Ja
Flen	Nej	Nej
Katrineholm	Ja	Ja
Eskilstuna	Nej	Nej
Strängnäs	Ja	Ja
Trosa	Ja	Nej
Ödeshög	Nej	Nej
Ydre		Nej
Kinda		
Boxholm	Nej	Nej
Åtvidaberg	Ja	Ja
Finspång	Nej	Ja
Valdemarsvik		
Linköping	Ja	Nej
Norrköping	Nej	Ja
Söderköping	Nej	Nej
Motala	Ja	Nej
Vadstena	Nej	Ja
Mjölby		Ja
Aneby	Nej	Ja
Gnosjö	Ja	Ja
Mullsjö	Ja	Ja
Habo	Ja	Ja
Gislaved	Ja	Ja
Vaggeryd	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja
Nässjö	Nej	Ja
Värnamo	Ja	Ja
Sävsjö	Ja	Ja

Kommun	1.	2.
Vetlanda	Nej	Ja
Eksjö	Nej	Ja
Tranås	Nej	Ja
Uppvidinge		Nej
Lessebo	Nej	Nej
Tingsryd	Nej	Ja
Alvesta	Ja	Nej
Älmhult	Nej	Nej
Markaryd	Ja	Ja
Växjö	Nej	Ja
Ljungby	Nej	Nej
Högsby	Nej	
Torsås	Nej	Ja
Mörbylånga	Nej	Nej
Hultsfred		Nej
Mönsterås	Nej	Nej
Emmaboda	Nej	Ja
Kalmar	Nej	Ja
Nybro	Ja	Ja
Oskarshamn	Nej	Ja
Västervik	Nej	Nej
Vimmerby	Ja	Nej
Borgholm	Nej	Nej
Gotland	Ja	Nej
Olofström	Ja	Ja
Karlskrona	Nej	Ja
Ronneby	Ja	Ja
Karlshamn	Nej	Ja
Sölvesborg	Nej	Nej
Svalöv	Ja	Ja
Staffanstorp	Ja	Nej
Burlöv	Nej	Nej
Vellinge		
Östra Göinge	Nej	Nej
Örkelljunga	Ja	Ja
Bjuv		*
Kävlinge	Ja	Ja
Lomma	Nej	Nej
Svedala		Ja
Skurup		Ja
Sjöbo	Ja	Ja
Hörby	Ja	Ja
Höör	Nej	Nej
Tomelilla	Ja	Nej
Bromölla	Ja	Nej
Osby	Nej	Ja
Perstorp	Nej	Nej
Klippan		Nej
Åstorp	Ja	Ja
Båstad	Nej	Ja
Malmö		
Innerstaden	*Ja*	*Nej*
Norr	*Ja*	*Nej*
Söder	*Nej*	*Nej*
Väster	*Nej*	*Nej*
Öster	*Ja*	*Nej*
Lund	Ja	Ja
Landskrona		Nej
Helsingborg	Nej	Ja
Höganäs	Ja	Ja
Eslöv		Ja
Ystad	Ja	Ja
Trelleborg	Nej	Ja
Kristianstad	Ja	Nej
Simrishamn	Ja	Nej
Ängelholm	Nej	Nej
Hässleholm	Ja	Ja
Hylte	Nej	
Halmstad	Ja	Nej
Laholm	Ja	Ja
Falkenberg	Nej	Nej
Varberg	Ja	Nej
Kungsbacka	Nej	Ja
Härryda	Nej	Ja
Partille		Ja
Öckerö	Nej	Ja
Stenungsund	Ja	Ja
Tjörn	Nej	Ja
Orust	Ja	Nej
Sotenäs	Nej	Nej

Kommun	1.	2.
Munkedal		
Tanum	Nej	Ja
Dals-Ed	Nej	Ja
Färgelanda		
Ale	Ja	Ja
Lerum	Nej	Ja
Vårgårda		Ja
Bollebygd	Nej	Ja
Grästorp	Nej	Ja
Essunga	Nej	Ja
Karlsborg	Nej	Nej
Gullspång	Ja	Ja
Tranemo	Ja	Ja
Bengtsfors	Nej	Nej
Mellerud	Nej	
Lilla Edet	Ja	Ja
Mark	Nej	Ja
Svenljunga	Ja	
Herrljunga		Ja
Vara	Ja	Nej
Götene	Nej	Nej
Tibro	Ja	Ja
Töreboda	Ja	Nej
Göteborg		
Angered	Ja	Ja
Östra Göteborg	Ja	Ja
Örgryte-Härlanda	Ja	Ja
Centrum	Ja	Nej
Majorna-Linné	Ja	Ja
Askim-Frölunda-Högsbo	Ja	Ja
Västra Göteborg	Nej	Ja
Västra Hisingen	Ja	Ja
Lundby	Ja	Nej
Norra Hisingen	Nej	Ja
Mölndal	Ja	Ja
Kungälv		Nej
Lysekil	Nej	Nej
Uddevalla	Ja	Ja
Strömstad	Ja	Ja
Vänersborg	Ja	Ja
Trollhättan	Ja	Ja
Alingsås	Ja	Nej
Borås	Ja	Ja
Ulricehamn	Nej	Ja
Åmål	Nej	Ja
Mariestad	Nej	Nej
Lidköping	Ja	Ja
Skara	Nej	Nej
Skövde	Nej	Ja
Hjo	Nej	Nej
Tidaholm		Ja
Falköping	Ja	Ja
Kil	Nej	Nej
Eda		
Torsby	Nej	Nej
Storfors	Nej	
Hammarö	Ja	
Munkfors	Nej	Nej
Forshaga	Nej	Ja
Grums	Ja	Ja
Årjäng	Nej	Nej
Sunne		Nej
Karlstad	Ja	Ja
Kristinehamn	Ja	Ja
Filipstad	Nej	Ja
Hagfors	Ja	Ja
Arvika	Nej	Ja
Säffle	Nej	Nej
Lekeberg	Nej	Nej
Laxå	Nej	Nej
Hallsberg	Nej	Nej
Degerfors	Nej	Ja
Hällefors	Nej	Nej
Ljusnarsberg		Nej
Örebro	Ja	Ja
Kumla	Nej	Nej
Askersund	Nej	Nej
Karlskoga	Nej	Ja
Nora		Ja
Lindesberg	Ja	Nej

Kommun	1.	2.
Skinnskatteberg	Nej	Nej
Surahammar	Ja	Nej
Kungsör	Nej	Nej
Hallstahammar	Ja	Ja
Norberg	Ja	Nej
Västerås	Nej	Ja
Sala	Nej	Ja
Fagersta	Ja	Ja
Köping	Ja	Ja
Arboga	Nej	Ja
Vansbro	Nej	*
Malung-Sälen	Nej	Ja
Gagnef	Ja	Nej
Leksand	Nej	Ja
Rättvik	Nej	Nej
Orsa	Nej	Nej
Älvdalen	Nej	Nej
Smedjebacken	Nej	Ja
Mora	Nej	Nej
Falun	Ja	Nej
Borlänge	Ja	
Säter	Ja	Nej
Hedemora	Nej	
Avesta	Nej	Nej
Ludvika	Ja	Nej
Ockelbo	Ja	Ja
Hofors	Nej	Nej
Ovanåker	Ja	Ja
Nordanstig	Ja	Nej
Ljusdal	Ja	Nej
Gävle	Nej	Nej
Sandviken	Ja	Ja
Söderhamn	Ja	Nej
Bollnäs	Nej	Ja
Hudiksvall	Ja	Ja
Ånge	Nej	*
Timrå	Nej	Ja
Härnösand	Ja	Nej
Sundsvall	Ja	Nej
Kramfors	Ja	Ja
Sollefteå	Ja	Ja
Örnsköldsvik	Ja	Nej
Ragunda	Nej	Nej
Bräcke	Nej	Nej
Krokom	Nej	Nej
Strömsund	Nej	Nej
Åre	Nej	Nej
Berg	Ja	Nej
Härjedalen	Ja	Ja
Östersund	Ja	Ja
Nordmaling	Ja	Nej
Bjurholm	Ja	*
Vindeln	Nej	Nej
Robertsfors	Nej	Nej
Norsjö	Ja	Nej
Malå	Nej	Ja
Storuman	Nej	Ja
Sorsele		Nej
Dorotea		*
Vännäs	Ja	Ja
Vilhelmina	Nej	Nej
Åsele		Nej
Umeå	Nej	Nej
Lycksele	Nej	Ja
Skellefteå	Ja	Ja
Arvidsjaur	Nej	Ja
Arjeplog		Ja
Jokkmokk	Ja	Nej
Överkalix	Nej	Ja
Kalix	Nej	Ja
Övertorneå	Nej	
Pajala	Ja	Ja
Gällivare	Nej	Nej
Älvsbyn		Ja
Luleå	Ja	Ja
Piteå	Ja	Ja
Boden		Ja
Haparanda	Nej	
Kiruna	Ja	Ja

* Ej aktuellt då verksamheterna bedrivs av samma ansvarig chef.

Källa: Öppna jämförelser Brottsoffer, Socialstyrelsen.

Levnadsvanor

Levnadsvanor handlar om specifikt mänskliga beteenden i vardagliga aktiviteter som individen själv kan påverka, som exempelvis, fysisk aktivitet, tobaks- och alkoholbruk, mat-, sömn- och sexualvanor. Samhället kan skapa goda förutsättningar för individer att själv påverka val som berör de egna levnadsvanorna. Levnadsvanorna påverkas av livsvillkoren och levnadsförhållandena [1, 2].

FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet används som ett överordnat begrepp och innefattar kroppsrörelser under såväl arbete som fritid och olika former av fysisk aktivitet, till exempel idrott, lek, gymnastik, motion och friluftsliv. Man kan också säga att fysisk aktivitet är en friskfaktor medan fysisk inaktivitet är en riskfaktor. Det är dock fullt möjligt att nå rekommendationerna om minst 30 minuters måttligt ansträngande fysisk aktivitet och samtidigt ha en hög grad av stillasittande.

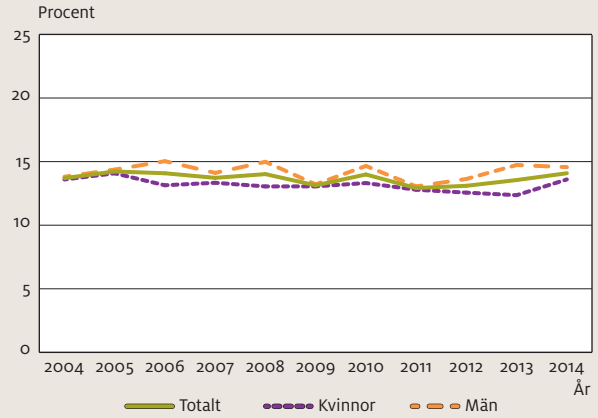
Den ”benbank” som barn och unga bygger upp i skelettet har stor betydelse senare i livet. Benbanken byggs upp genom fysisk aktivitet och belastning, en del av denna aktivitet kan vara genom idrott. Fysisk aktivitet på fritiden har blivit allt viktigare då våra arbeten blir alltmer stillasittande.

31. STILLASITTANDE FRITID

Ny forskning visar att just stillasittandet är en riskfaktor för flera sjukdomar [12]. Fysisk inaktivitet är enligt WHO den fjärde största riskfaktorn för förtida död och spelar en stor roll för den ökande förekomsten av icke smittsamma sjukdomar i världen [156]. Det är framför allt aktivitetsnivån på fritiden och fritidens kvalitet som visats ha betydelse för hur man mår med avseende på såväl fysisk förmåga och allmän hälsa som social förmåga, emotionell- och mental hälsa [157]. En vanlig rekommendation är 30 minuters fysisk aktivitet per dag.

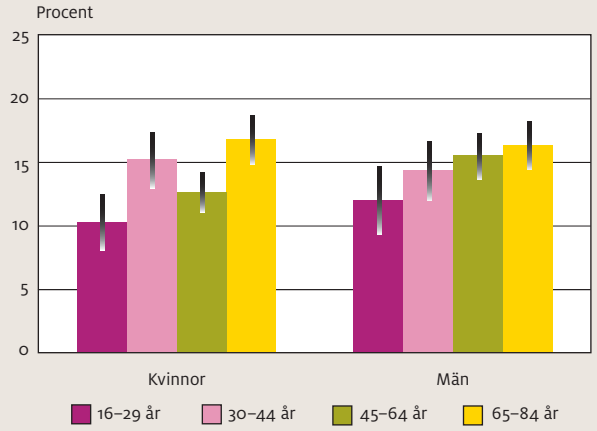
Det är viktigt att ta hänsyn till människors olika förutsättningar när samhällets offentliga, privata och ideella aktörer utformar miljöer och organiserar verksamheter [158]. Att främja äldres möjligheter till daglig aktivitet och utevistelse är angeläget. Detta kan ske genom att planera

DIAGRAM 31.1 – RIKET: Andel som svarat att man har en stillasittande fritid på frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?”, 16–84 år.



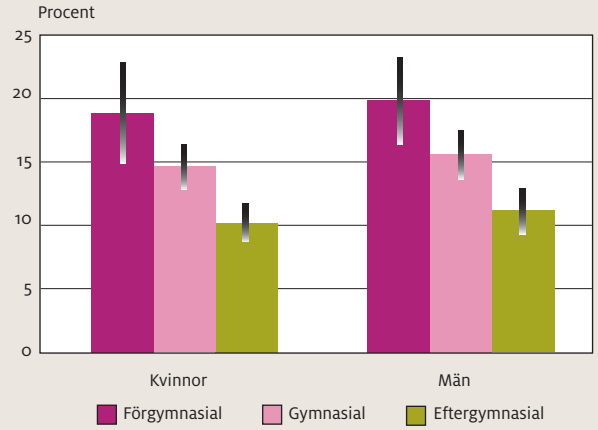
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 31.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel som svarat att man har en stillasittande fritid på frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?”, 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 31.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel som svarat att man har en stillasittande fritid på frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?”, 35–74 år, 2014.



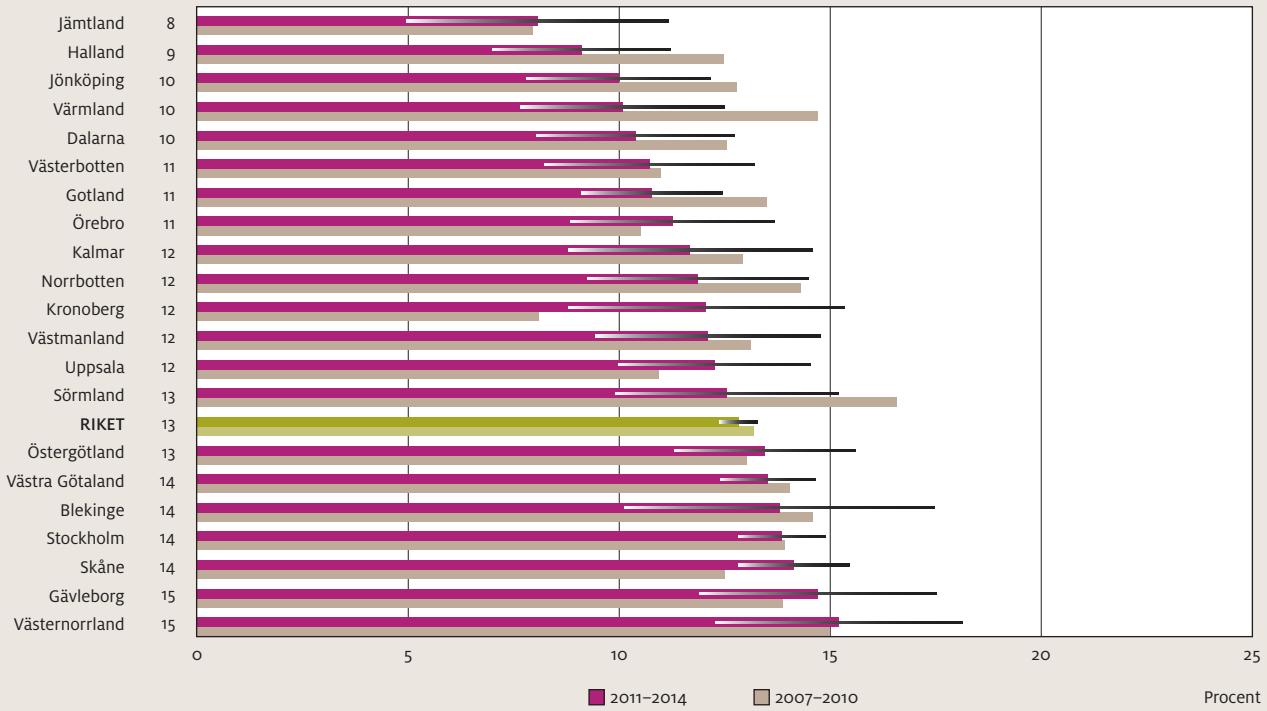
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

tillsammans med medborgarna för lättillgängliga grönområden i närheten av bostäderna. Kommunerna och landstingen har också ett arbetsgivaransvar för att främja möjligheter till fysisk aktivitet bland sina anställda vilket kan innebära aktiviteter både på och utanför arbetstid. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas rådgivande samtal och skriftlig ordination av fysisk aktivitet och/eller användande av stegräknare. Dessa åtgärder har visat sig ha god effekt [55, 159].

Stillasittande fritid vanligast bland de med kort utbildning

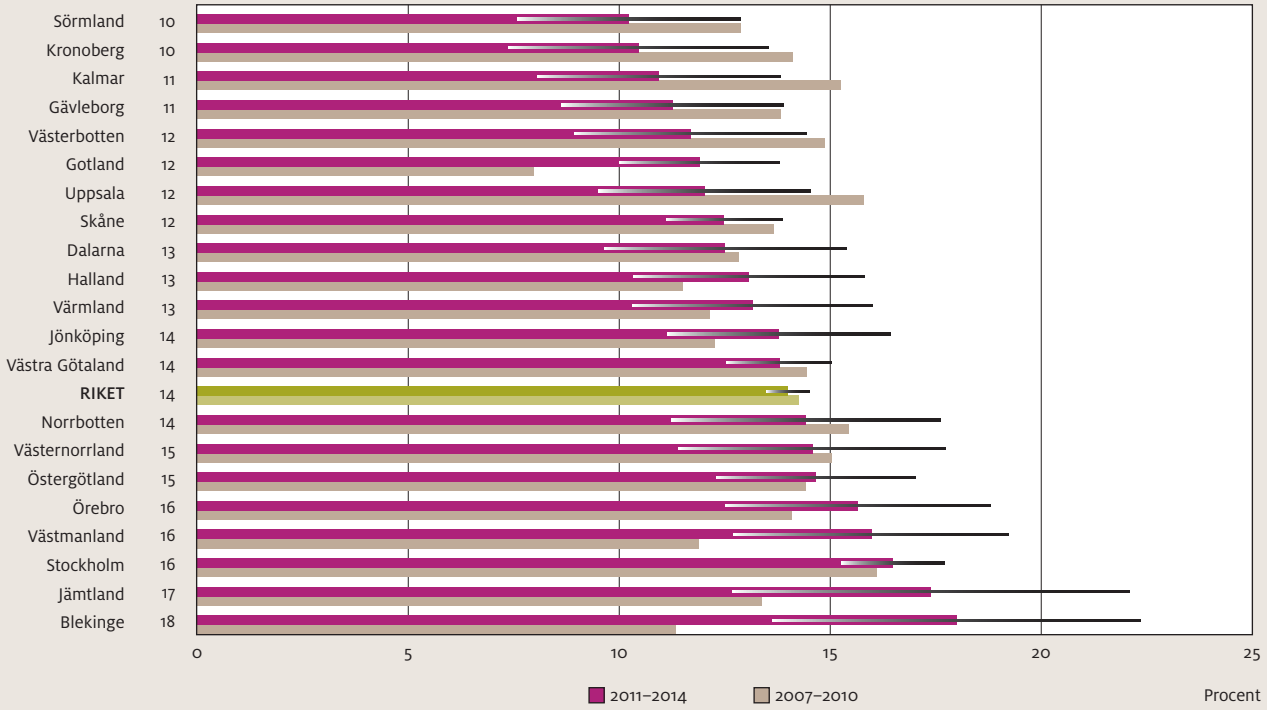
Andelen som uppger stillasittande fritid har inte förändrats nämnvärt mellan mätperioderna 2007 till 2014, men det finns regionala och lokala skillnader. Bland kvinnor är stillasittande fritid vanligast i den äldsta åldersgruppen, medan det bland männen är i åldern 45–64 år som flest är inaktiva på fritiden. Andelen med stillasittande fritid har legat runt 12–14 procent sedan år 2004. Det är vanligare med en stillasittande fritid bland individer med kort utbildning än bland dem med längre utbildning.

DIAGRAM 31.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som svarat att man har en stillasittande fritid på frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?”, 16–84 år, 2011–2014.



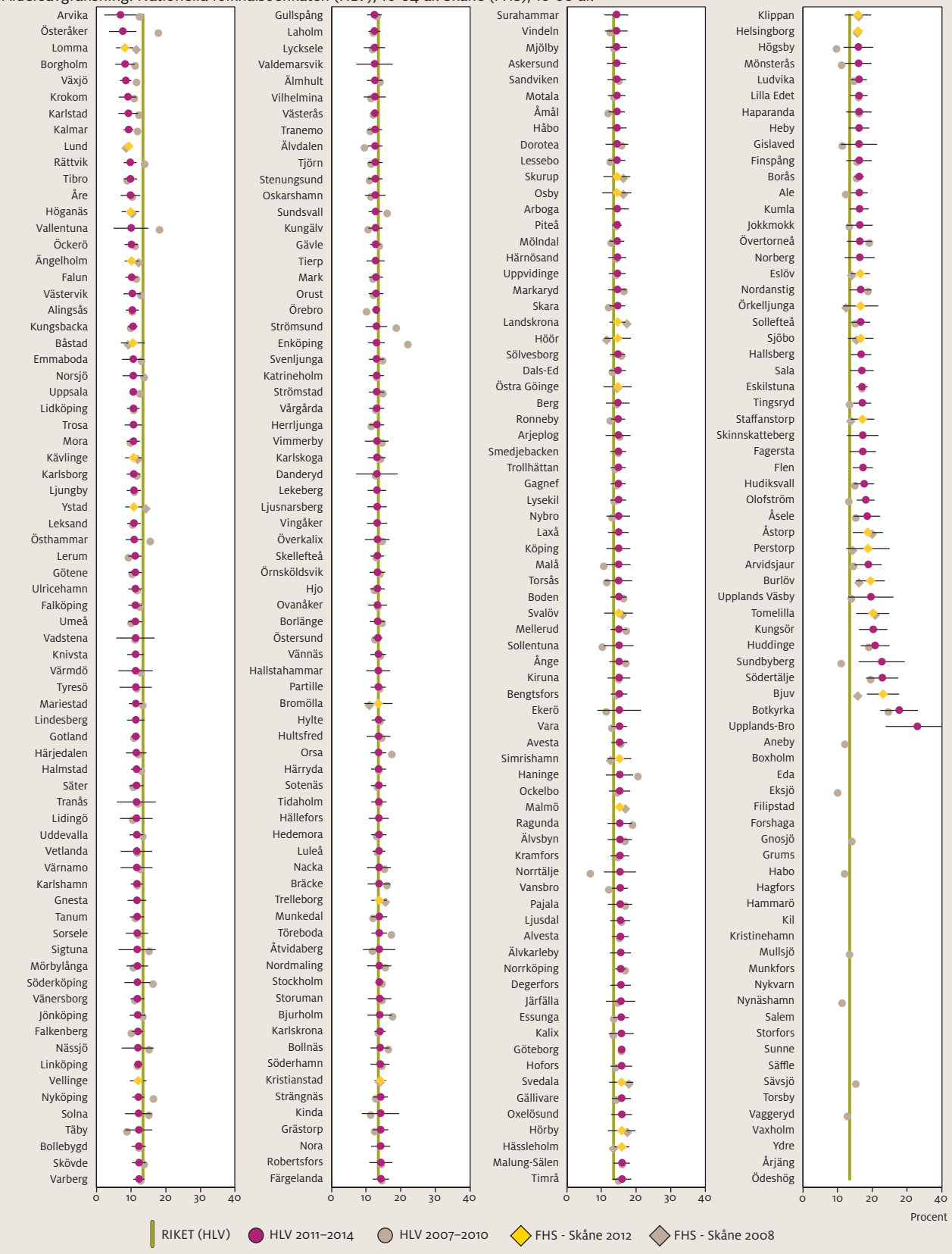
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 31.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som svarat att man har en stillasittande fritid på frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?”, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 31.6 – KOMMUNER: Andel som svarat att man har en stillasittande fritid på frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?” (se förklaring nedan för mätperioder).
Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne.

32. REGELBUNDEN FYSISK AKTIVITET MINST EN HALVTIMME OM DAGEN

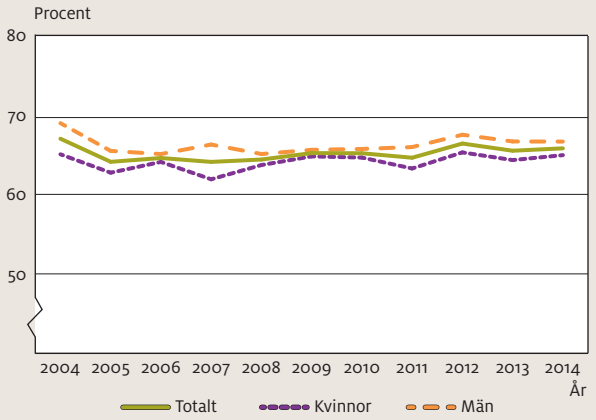
Regelbunden fysisk aktivitet är en friskfaktor och har visat motverka uppkomsten av en mängd sjukdomar till exempel minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ II, högt blodtryck, höga blodfetter, tjocktarmscancer samt minskad risk för depressioner [53]. Fysisk aktivitet har även en stor betydelse för att motverka övervikt och fetma, stärker muskler, leder och immunförsvar samt lindrar ångest, oro och sömnsvårigheter. Fysisk aktivitet minskar också dödsrisken [55, 160]. Den fysiska aktiviteten bör vara regelbunden och kännas lätt ansträngande [157].

Det är framför allt aktivitetsnivån på fritiden och fritidens kvalitet som visats ha betydelse för hur man mår med avseende på såväl fysisk förmåga och allmän hälsa som social förmåga, emotionell- och mental hälsa. En vanlig rekommendation är 30 minuters fysisk aktivitet per dag [158]. Genom medborgardialoger kan anpassade förutsättningar skapas för daglig fysisk aktivitet, exempelvis inom barnomsorgen och skolan. Att utforma skolgårdar och lekparker till säkra och trygga miljöer som inbjuder till lek och rörelse, är viktigt. Skolan ska främja eleverna i hälsa och Skolhälsovården har ett ansvar för det förebyggande arbetet inom skolan [161].

FYSS 2008 är en informationskälla som sammanfattar i vilken utsträckning fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. Forskningen visar att förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR®) ökar patienternas fysiska aktivitet [160]. FaR® har även visat sig ha samma grad av följsamhet bland patienter som andra långtidsbehandlingar, men det behövs stöd och insatser på ett antal områden i konceptet FaR®. Det handlar bl.a. om att utöka utbildningen av legitimerad personal, utveckla informationen och samtalsmetodik för förskrivarna samt stimulera uppföljningen av FaR®-patienterna. Målgruppen för uppdraget är bred eftersom hela kedjan inom FaR® ska belysas. Vårdkedjan innefattar t.ex. förskrivare inom landstingen, distriktsidrottsförbunden, aktivitetsarrangörer samt patienter [160].

Kommunerna och landstingen har också ett arbetsgivaransvar för att främja möjligheter till fysisk aktivitet bland sina anställda. Läs även om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder [55] under avsnittet om fysisk aktivitet och stillasittande.

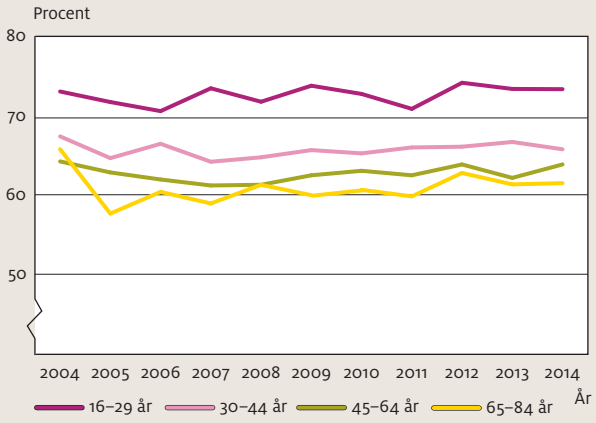
DIAGRAM 32.1 – RIKET: Andel individer som genom svar på två frågor beräknats uppnå 30 minuters måttligt ansträngande aktivitet om dagen (3,5 timmar per vecka), 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

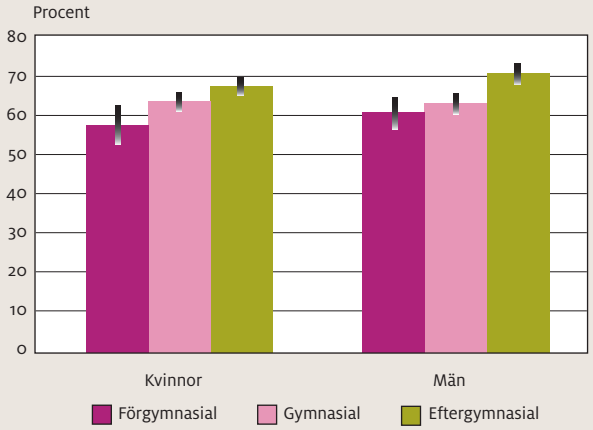
Det är svårt att uppskatta graden av fysisk aktivitet i en befolkning. Indikatorn visar hur stor andel som genom sina svar på två frågor beräknats uppnå i genomsnitt 30 minuters måttlig ansträngande aktivitet per dag, i linje med vad som är en vanlig rekommendation. Det är dock inte möjligt att utifrån svarsalternativen göra en exakt gränsdragning eftersom de innehåller en blandning av intensitet, volym och frekvens. Bedömningen av svarsalternativen är konsekvent men det finns utrymme för att individer indelas i fel kategorier.

DIAGRAM 32.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel individer som genom svar på två frågor beräknats uppnå 30 minuters måttligt ansträngande aktivitet om dagen (3,5 timmar per vecka).



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 32.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som genom svar på två frågor beräknats uppnå 30 minuters måttligt ansträngande aktivitet om dagen (3,5 timmar per vecka), 35–74 år, 2014.

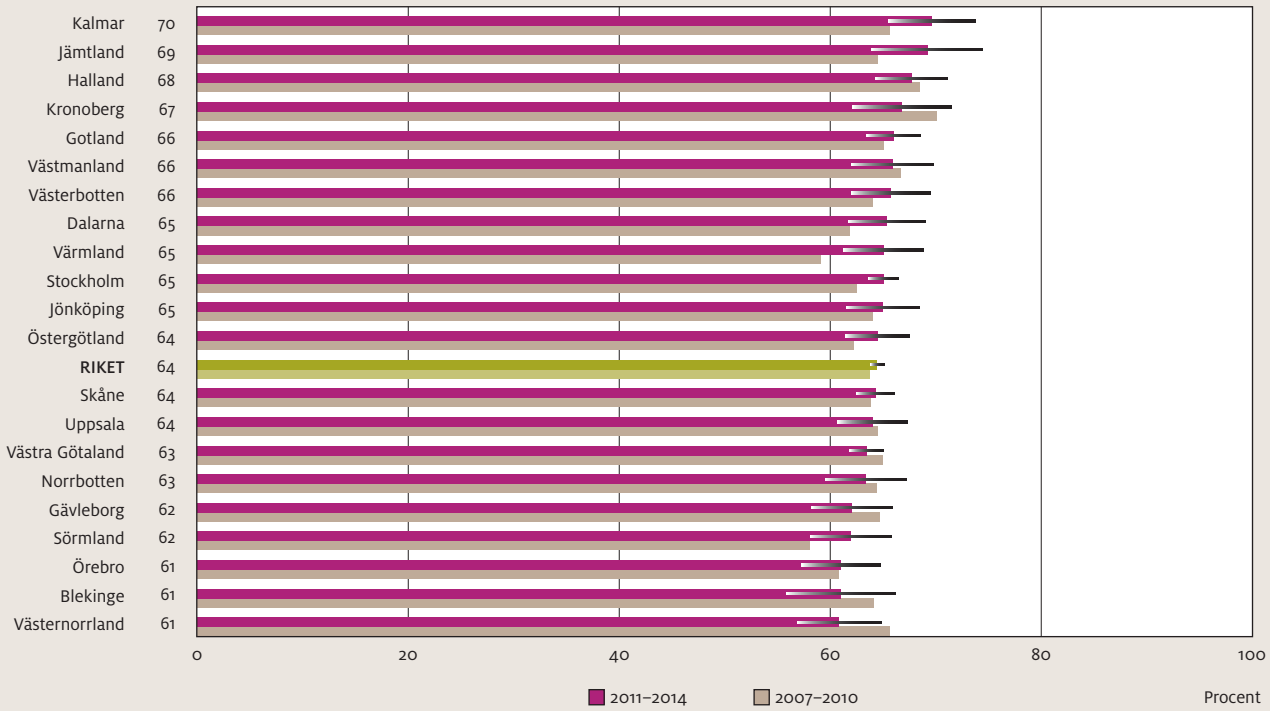


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Högutbildade män motionerar mest

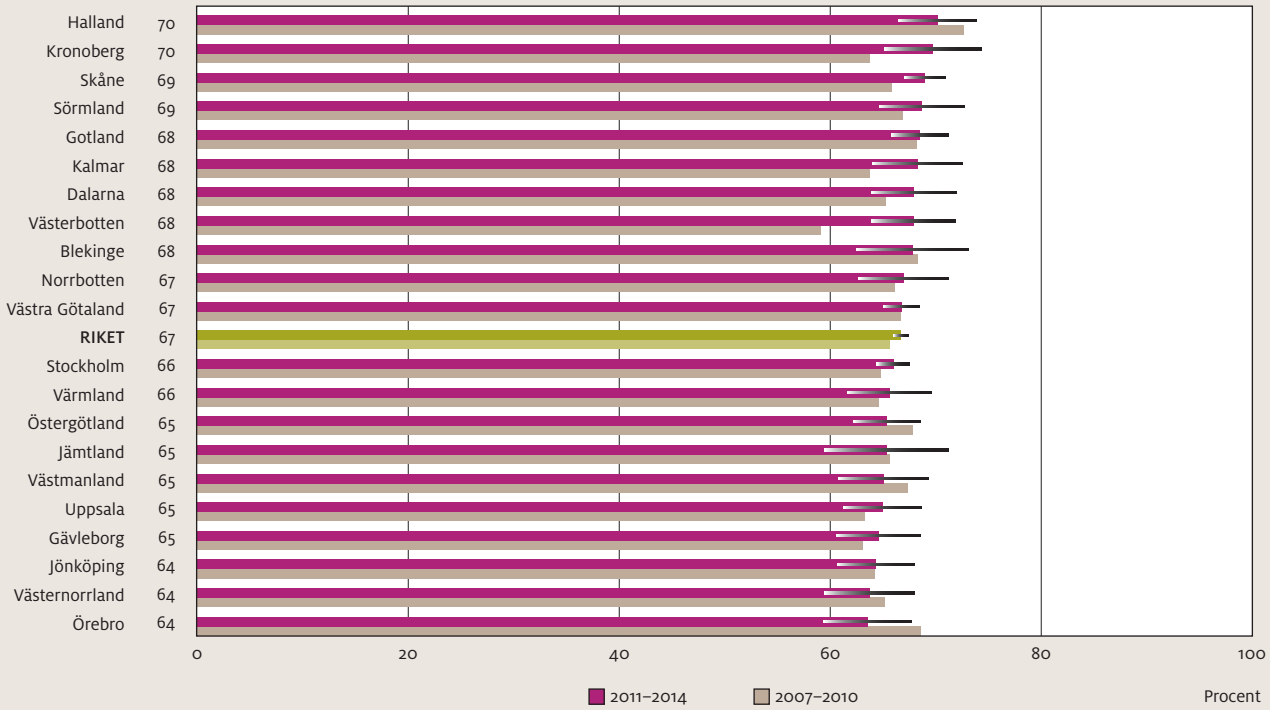
Andelen som uppger fysisk aktivitet (mätt som minst 30 minuter per dag) är i princip oförändrad under perioderna 2007 till 2014, men det finns regionala och lokala skillnader. Den fysiska aktiviteten har legat runt 65 procent sedan år 2004, både bland kvinnor och män. Lägst andel har kvinnor med enbart förgymnasial utbildning. Andelen som uppger fysisk aktivitet är högst i de yngre åldrarna och avtar sedan. Det finns skillnader mellan utbildningsgrupperna till fördel för dem som har lång utbildning.

DIAGRAM 32.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel individer som genom svar på två frågor beräknats uppnå 30 minuters måttligt ansträngande aktivitet om dagen (3,5 timmar per vecka), 16–84 år, 2011–2014.



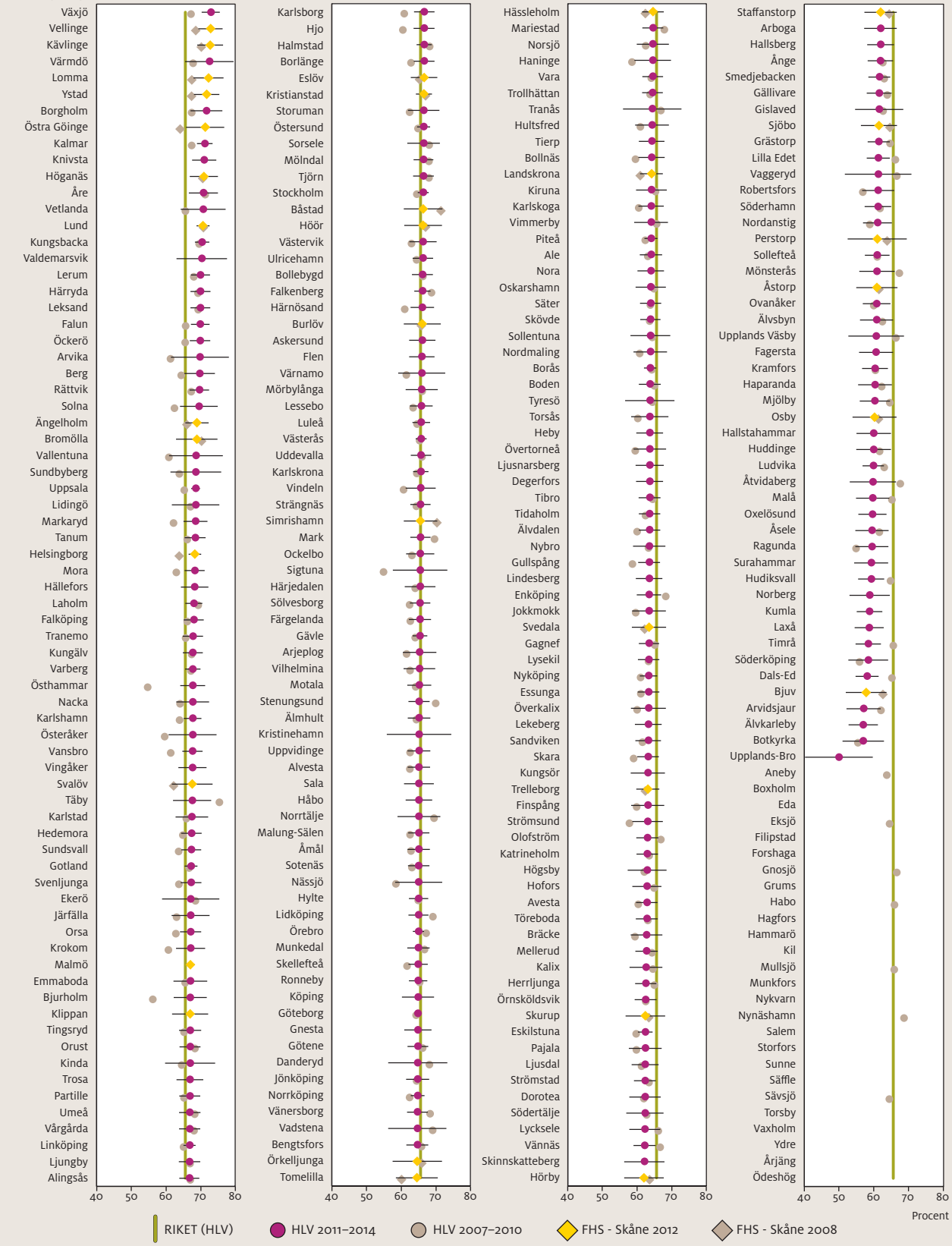
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 32.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel individer som genom svar på två frågor beräknats uppnå 30 minuters måttligt ansträngande aktivitet om dagen (3,5 timmar per vecka), 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 32.6 – KOMMUNER: Andel individer som genom svar på två frågor beräknats uppnå 30 minuters måttligt ansträngande aktivitet om dagen (3,5 timmar per vecka) (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne.

33. DELTAGANDE I SAMMANKOMSTER ANORDNADE AV IDROTTSFÖRENINGAR

Barn och unga som är fysiskt aktiva bygger upp sitt skelett och sina muskler samtidigt som de utvecklar rörelseförmågan. Om de inte är tillräckligt fysiskt aktiva ökar risken för ohälsa [162]. Fysisk aktivitet har även en positiv effekt på ungas upplevda fysiska kompetens. Fysisk aktivitet är en relativ outnyttjad potential för att ungdomar ska förbli rökfria [163]. I en litteraturöversikt kring studier av barns fysiska aktivitet, redovisas resultatet från en mätning där stegräknare använts. Resultatet visar att svenska barn och unga i åldern 7-18 år hör till de mest fysiskt aktiva i jämförelse med barn och unga i andra länder [164]. Den självrapporterade fysiska aktiviteten bland 11–15-åringar är däremot låg vid en internationell jämförelse då man undersöker hur stor andel som anger att de når Folkhälsomyndighetens rekommenderade mängd fysisk aktivitet per dag, vilket är 60 minuter för barn och unga. Den fysiska aktiviteten minskar under tonårstiden, en trend som fortsätter även i vuxen ålder [162]. Pojkar är mer fysiskt aktiva än flickor i alla åldrar. De som slutar med lagidrotter gör det oftast för att de inte anser sig vara tillräckligt bra och för att de inte får spela tillräckligt mycket. För att motverka avbrott är det viktigt att aktiviteten är rolig. Denna faktor har allra störst betydelse då man börjar idrotta men avtar därefter successivt [165].

Det finns många sätt för barn och unga att vara fysisk aktiva på fritiden exempelvis genom lek, genom att gå eller cykla till och från skolan eller genom att utöva någon sport- eller idrottsaktivitet. På lokal nivå finns statistik om utbetalning av statligt lokalt aktivitetsstöd (LOK) som avser att stödja idrottslig föreningsverksamhet för barn och ungdomar mellan 7–20 år. Flera studier visar en nedgång av den fysiska aktiviteten [166] och idrottslig föreningsverksamhet i tonåren [165-168], och därför är åldersgruppen 13–20 år av stort intresse. Dessutom är vuxenledda strukturerade aktiviteter viktiga och kan vara alkohol- och drogförebyggande [169].

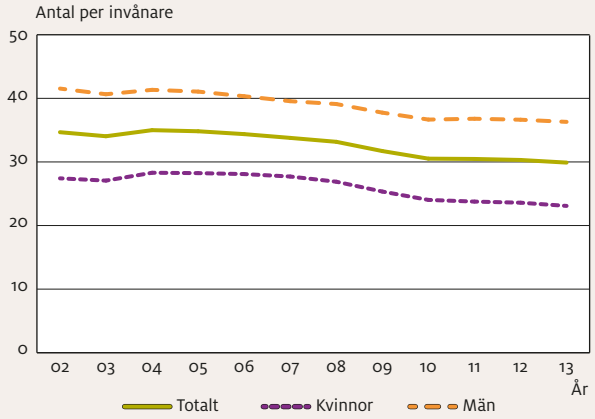
Indikatorn visar antalet deltagartillfällen per invånare 13–20 år i de idrottsföreningar som var berättigade till i LOK stöd under året. Måttet visar antalet deltagartillfällen i genomsnitt, vilket innebär att vissa individer kan stå för många fler deltagartillfällen medan andra ungdomar inte har något deltagartillfälle. Utöver statligt lokalt stöd ger ofta kommunerna också lokalt stöd till deltagartillfällen, men de uppgifterna ingår inte här.

Resultaten för deltagartillfällen i idrottsföreningar på nationell nivå under 2013 är 36 tillfällen för pojkar respektive 23 tillfällen för flickor i åldersgruppen. Bland både pojkar och flickor har antalet tillfällen minskat över en tioårsperiod. Resultatet är även lägre på kommunnivå i de flesta kommuner och i nästan alla län vid en jämförelse mellan 2013 och 2009.

Deltagartillfällena varierar mycket mellan kommunerna – totalt mellan 3–71 tillfällen (flickor 1–49 och pojkar 4–92 deltagartillfällen). På länsnivå varierar dessa mellan 23-39. Om resultaten bryts ned för olika åldrar i gruppen kan man se en halvering av deltagartillfällena bland 17–20-åringar jämfört med 13–16-åringar. Fotboll, ridsport och innebandy är de idrotter som har flest deltagartillfällen i åldrarna 7–20 år [170]. Antalet idrottsföreningar i landet ökade fram till år 2000 och har därefter minskat något. Föreningstätheten är störst i Jämtland, Härjedalen och Dalarna [170].

Flera aktörer kan bidra i förbättringsarbetet. Staten bidrar genom LOK-stöd något som kan kompletteras med kommunernas ekonomiska stöd för att minska kostnaderna för att delta. Detta kan bland annat bidra till att fler barnfamiljer får ekonomisk möjlighet att delta i idrottsföreningars aktiviteter. Några kommuner utgår från ett socioekonomiskt perspektiv i arbetet med att se över riktlinjerna för att beräkna ekonomiskt bistånd när det gäller barns och ungdomars fritidsaktiviteter. Förbättringsarbetet bör inte endast inriktas på att involvera och behålla så många ungdomar som möjligt i idrottsaktiviteter utan kan kombineras med annat. Det kan vara ledarledda spontanidrottstillfällen för både pojkar och flickor, exempelvis drive-in-idrott som inte ställer krav på utrustning, tävlingsinriktning etc. Kommunen kan även bidra med attraktiva närmiljöer i bostadsområden, runt förskolor och skolor samt satsa på att bygga säkra skolvägar. Vidare är ideburen verksamhet en viktig aktör såväl inom idrott som inom kulturella och andra aktiviteter. Sådana verksamheter kan nå ut till och engagera olika grupper av barn och unga utifrån exempelvis pojkar och flickors olika önskemål, ekonomiska förutsättningar och mångfald. Dessutom handlar det om idrottsaktiviteternas innehåll och upplägg såsom gruppklimat, uppmärksamhet oavsett färdighetsnivå, vikten av att stärka social kompetens liksom goda kontakter med vuxna och andra ungdomar [163]. Ledarledda aktiviteter är också en skyddsfaktor för att minska bruk av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT). Aktiviteten antas stärka banden mellan människor samt skapa tydliga regler för beteenden [169]. Fritidsaktiviteter är en av flera viktiga beståndsdelar i det förebyggande ANDT-arbetet särskilt i åldrarna 6–12 respektive 13–18 år [169].

DIAGRAM 33.1 – RIKET: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK–stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år.



Källa: Riksidrottsförbundet.

DIAGRAM 33.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK–stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år, 2013.



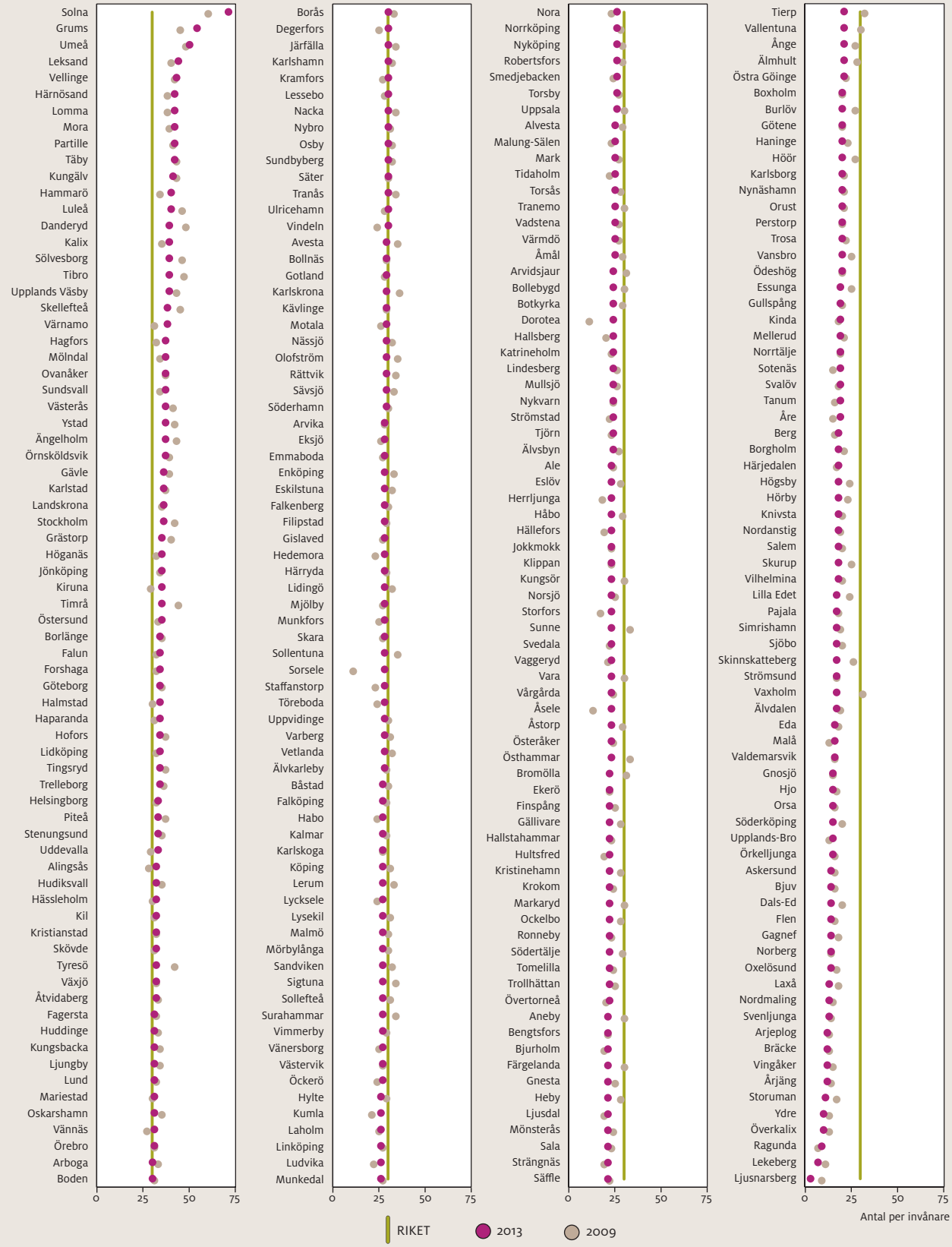
Källa: Riksidrottsförbundet.

DIAGRAM 33.3 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK–stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år, 2013.



Källa: Riksidrottsförbundet.

DIAGRAM 33.4 – KOMMUNER: Antal deltagartillfällen i åldern 13–20 år i LOK–stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13–20 år, 2013.



Källa: Riksidrottsförbundet.

MATVANOR

Goda matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen och utgör ett av de folkhälsopolitiska målområdena [18]. Goda matvanor i form av frukt-, grönsaks- och fettintag har visats ha samband med till exempel minskad risk för hjärt-och kärlsjukdom och vissa cancerformer. Kost och matvanor har även betydelse för diabetes typ II, övervikt och karies [55, 160].

34. KONSUMTION AV FRUKT OCH GRÖNT

En väl sammansatt och näringsriktig kost främjar hälsan. Grova spannmålsprodukter, fisk, frukt och grönsaker är livsmedel med bra näringsinnehåll som vi äter för lite av. Utbildningsnivå, tillgänglighet, pris och värderingar är några faktorer som påverkar konsumtionen. Hjärtsjukdomar, högt blodtryck samt vissa typer av cancersjukdomar är exempel på sjukdomar och tillstånd som förknippas med lågt intag av frukt och grönt. Livsmedelsverkets rekommendationer om att äta mer grönsaker och frukt understöds av stora internationella hälsostudier. Rekommendationen är att äta minst 500 gram per dag. Knappt 10 procent beräknas nå upp till den rekommenderade nivån [171, 172].

Skolan och omsorgsverksamheterna, inklusive hälso- och sjukvården, har ett ansvar för att servera god och näringsriktig mat till elever, brukare och patienter. Att erbjuda ett bra utbud av näringsriktiga produkter i barns miljöer är särskilt viktigt. Skolan har ett ansvar för att utbilda elever och att främja god kosthållning [173].

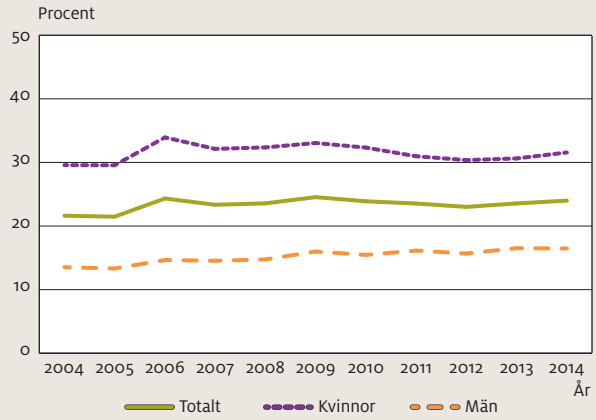
Regeringsuppdraget ”Ett friskare Sverige” syftar till att ge människor inspiration och kunskap för att äta bra och röra på sig genom att uppmärksamma konkreta exempel från hela landet. I uppdraget har särskilt fokus riktats mot individer med intellektuell funktionsnedsättning. I detta arbete samverkar kommuner, landsting, regioner, idéburna och ideella organisationer samt privata aktörer. Under 2014 ligger förvaltar- och samordningsansvaret för ”Ett friskare Sverige” hos Friskvården i Värmland [174].

Hälso- och sjukvården bör bland annat verka för en god och näringsriktig mat samt informera och ge individuella råd om kost och amning. Det gäller både inom ramen för patientarbetet men även inom det förebyggande arbetet, till exempel inom mödra- och barnhälsovården. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas att patienter med ohälsosamma matvanor bör erbjudas ett kvalificerat rådgivande samtal.

Socialstyrelsen bedömer att matvanor är den levnadsvana som hälso- och sjukvården hittills arbetat minst med. Här finns alltså utrymme för förbättringar [55].

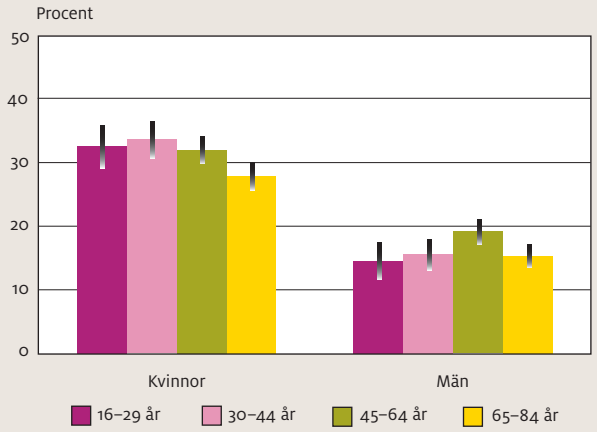
Indikatorn mäts med uppgifter som hämtats från den nationella folkhälsoenkäten HLV. Två frågor mäter frekvensen av intaget av frukt och bär respektive grönsaker och rotfrukter. I den här rapporten redovisas andelen som

DIAGRAM 34.1 – RIKET: Andel individer som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 16–84 år.



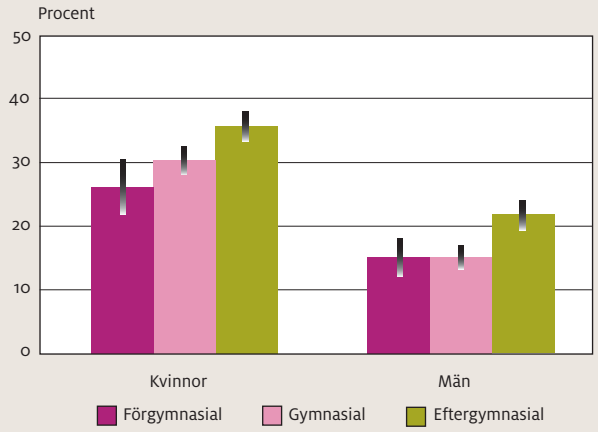
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 34.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel individer som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 16–84 år, 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 34.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 35–74 år, 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

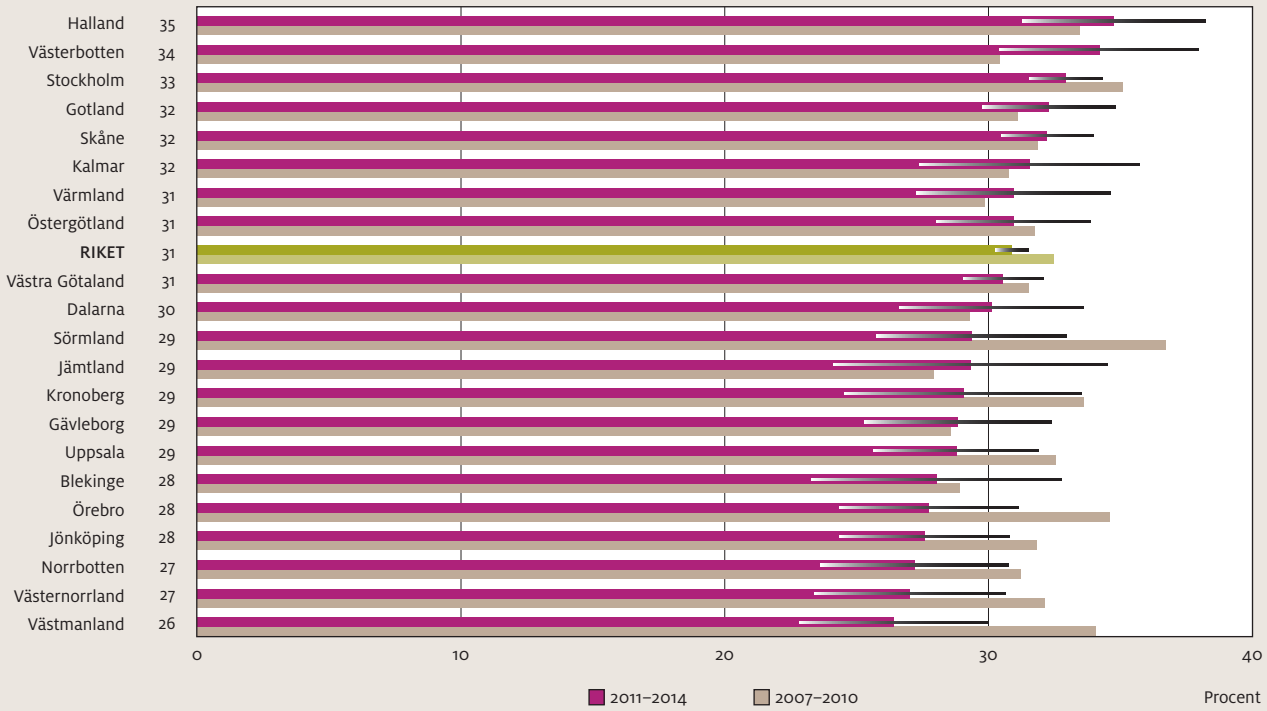
intar frukt och grönt mer än tre gånger om dagen. Fem gånger om dagen anses kunna motsvara det rekommenderade intaget av 500 gram. Med anledning av att det endast är cirka 25 procent av befolkningen som når upp till denna konsumtion, används här en lägre gräns. Valideringsstudier har visat att frågorna om frukt och grönt har ett starkt samband med i övrigt goda matvanor [127].

När indikatorn redovisades 2009 var gränsen att äta frukt och grönt fem gånger om dagen istället för mer än tre gånger per dag som mäts nu.

Högutbildade kvinnor äter mest frukt och grönt

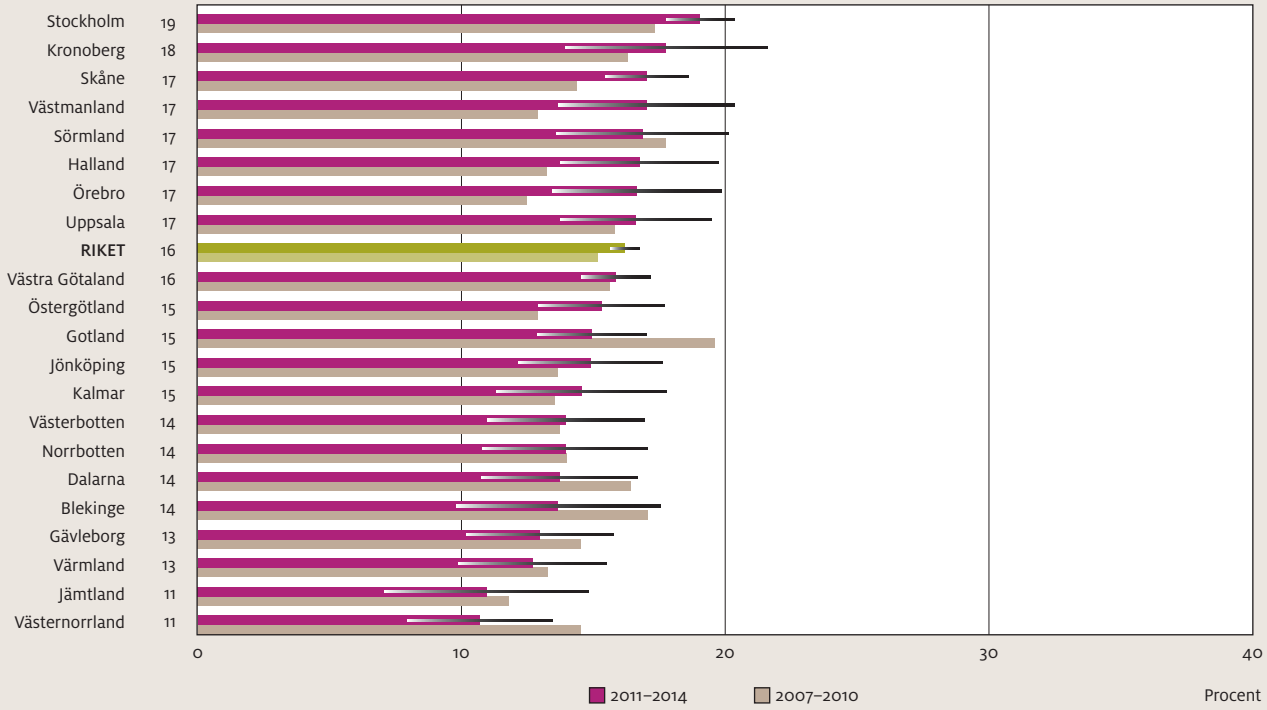
Mer än 30 procent av kvinnorna men endast drygt 15 procent av männen uppger att de konsumerar frukt och grönt mer än tre gånger per dag. Under de två mätperioderna kan vi se tendenser till att männen ökat sitt intag medan kvinnorna äter mindre frukt och grönt. Det finns lokala och regionala skillnader. Det finns också en skillnad mellan grupper med olika utbildningsnivåer, på så sätt att kvinnor med lång utbildning oftare äter frukt- och grönt jämfört med kvinnor med kort utbildning. Mönstret är likartat för män men inte lika tydligt.

DIAGRAM 34.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel individer som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 16–84 år, 2011–2014.



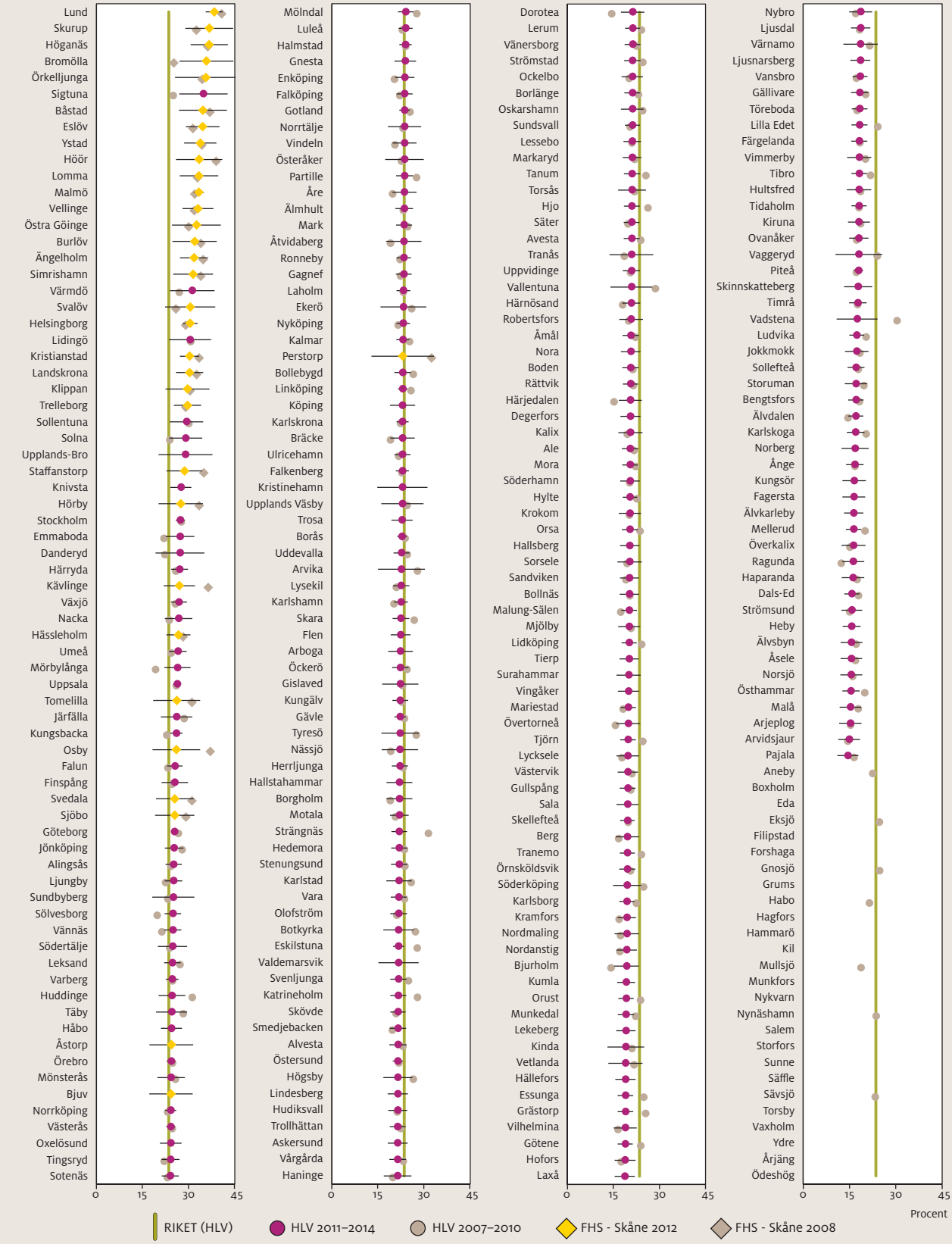
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 34.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel individer som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 34.6 – KOMMUNER: Andel individer som uppgivit att de äter frukt och/eller grönsaker mer än 3 gånger per dag (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne.

TOBAKSVANOR

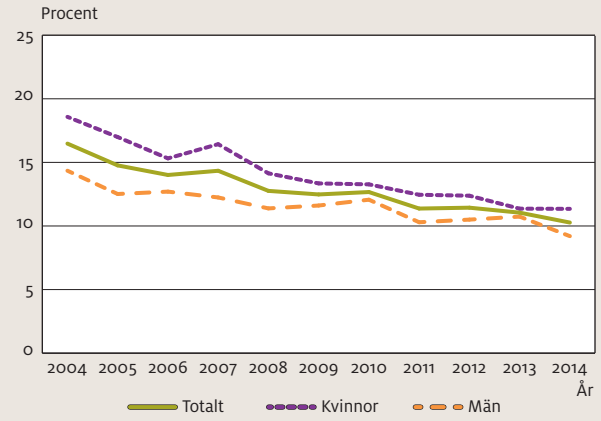
Rökningen har minskat i Sverige ända sedan mitten av 1980-talet. Denna minskning antas bero på bland annat höjd skatt på tobak och ny lagstiftning för rökfria miljöer. Trots detta så beräknas rökning vara den enskilt största riskfaktorn för sjukdom och förtida död [18].

35. DAGLIG RÖKNING

I Sverige dör ungefär 12 000 individer varje år i sjukdomar som är relaterade till rökning. I framtiden bör vi se en mer positiv utveckling då antalet rökare minskar [175]. De samhällsekonomiska kostnaderna för rökning är betydande. Kostnaderna för sjukvård, sjukfrånvaro och produktionsbortfall har beräknats till 30 miljarder kronor per år [176]. Många som slutar röka börjar i stället snusa. Snusning ökar risken för tandköttsskador och fördubblar risken för bukspottkörtelcancer, även om den sjukdomen är ovanlig. Dödligheten, men inte insjuknandet, i stroke och hjärtinfarkt verkar också vara högre bland snusare än bland dem som inte använder tobak [55].

Kommunerna har ansvar för tillsyn av detaljhandeln när det gäller tobaksvaror. Hälften av kommunerna avsätter dock endast 10 procent eller mindre av en årsarbetskraft för denna tillsyn, och 6 procent av kommunerna har inte avsatt några resurser alls. En del kommuner har en bra verksamhet, men generellt krävs förbättringar. Kommunerna har en viktig roll i det tobakspreventiva arbetet, till exempel för tillsyn av åldersgränser i detaljhandeln och av rökfria skolgårdar. På detaljhandelsområdet krävs även bättre samverkan med polisen och en utveckling av arbetet med näringens egenkontroll. I regeringens ANDT-strategi betonar man särskilt vikten av insatser som ökar möjligheten att tobakslagens rökförbud följs på skolgårdar [177]. Många röker fortfarande på skolgårdar i landet trots att det varit förbjudet sedan 1994 och tillsynen behöver prioriteras högre i de flesta kommuner [178].

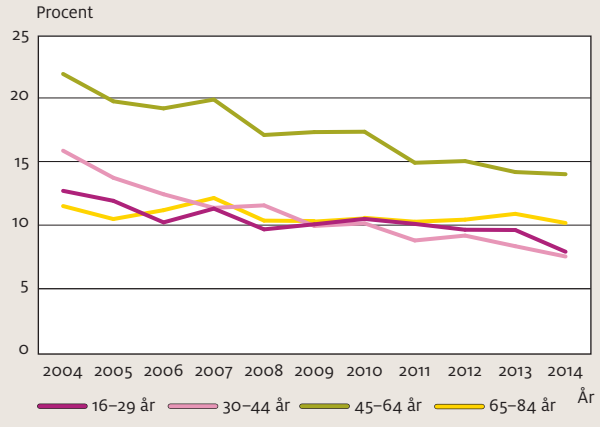
DIAGRAM 35.1 – RIKET: Andel individer som uppgivit att de röker dagligen, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

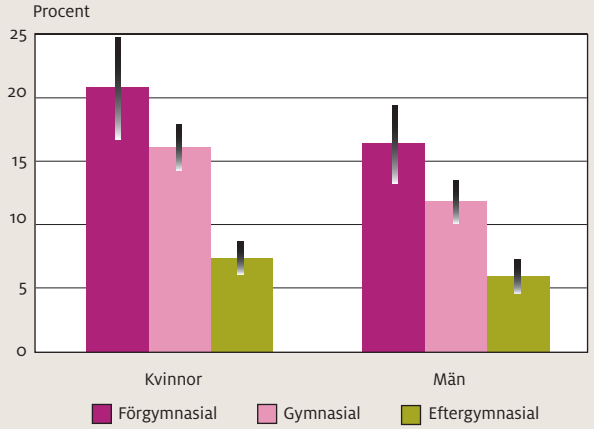
Tre av fyra rökare i vuxen ålder vill sluta röka och många vill ha professionell hjälp med det [176]. Forskning visar att det går att förhindra tobaksbruk bland unga genom gemensamt stöd från skola och föräldrar [179]. Det är också ovanligt att ungdomar börjar röka efter 19 års ålder. Därför är det tidiga förebyggande arbetet av största vikt, exempelvis inom barnomsorg och skola. Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll är också viktig, inte minst inom mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, studenthälsan och företagshälsovården. Det finns flera åtgärder som främjar det tobaksförebyggande arbetet, till exempel att upprätta kommunala handlingsplaner och samarbeta med andra aktörer såsom studieförbund och idrotts- och frivilligorganisationer [180, 181]. Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025 är ett opinionsbildningsprojekt. Syftet är att år 2015 få ett politiskt beslut om ett slutmål för rökningen 2025 [181].

DIAGRAM 35.2 – ÅLDERSGRUPPER. RIKET: Andel individer som uppgivit att de röker dagligen.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 35.3 – UTBILDNING. RIKET: Andel individer som uppgivit att de röker dagligen, 35–74 år, 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

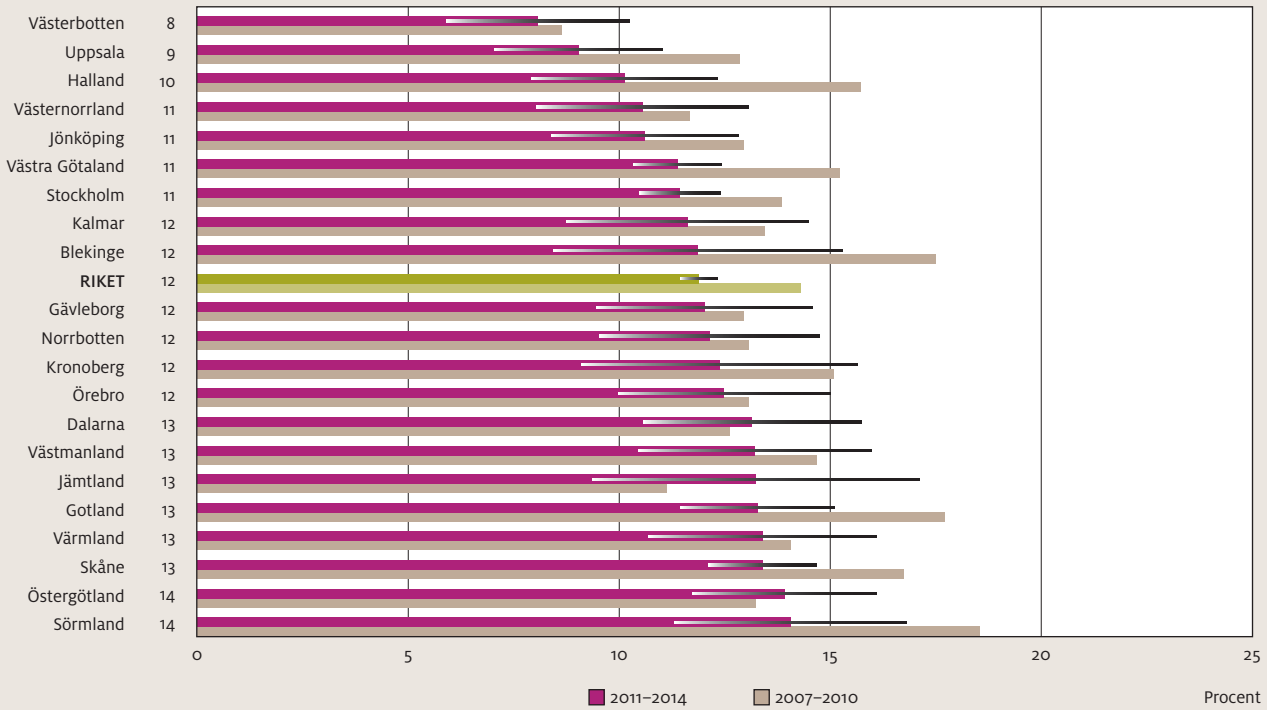
I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas att patienter som röker dagligen erbjuds ett kvalificerat rådgivande samtal. Trots att användningen av nikotinläkemedel kan ge en del biverkningar, ges förskrivningen av läkemedlet en relativt hög prioritet, då daglig rökning bedöms vara så pass mer riskfyllt. För gravida, vårdnadshavare och individer som ska genomgå operation är åtgärderna ännu högre prioriterade och inkluderar även dem som röker mer sällan. För gravida och ammande finns även rekommenderade åtgärder vid snusning [55]. Landsting och kommuner arbetar dessutom för rökfria arbetsplatser.

Daglig rökning vanligast bland de med kort utbildning

Andelen dagligrökare har sjunkit under perioden i de flesta län och i flertalet kommuner, med undantag för kvinnor i den äldsta åldersgruppen. Det förekommer dock stora lokala skillnader i förekomsten av både rökning och snusning. Störst andel dagligrökare finns i åldersgruppen 45–64 år och andelen dagligrökare är fortfarande betydligt högre bland individer med kort utbildning. Dagligsnusandet bland män har minskat något men inte i likhet med dagligrökandet.

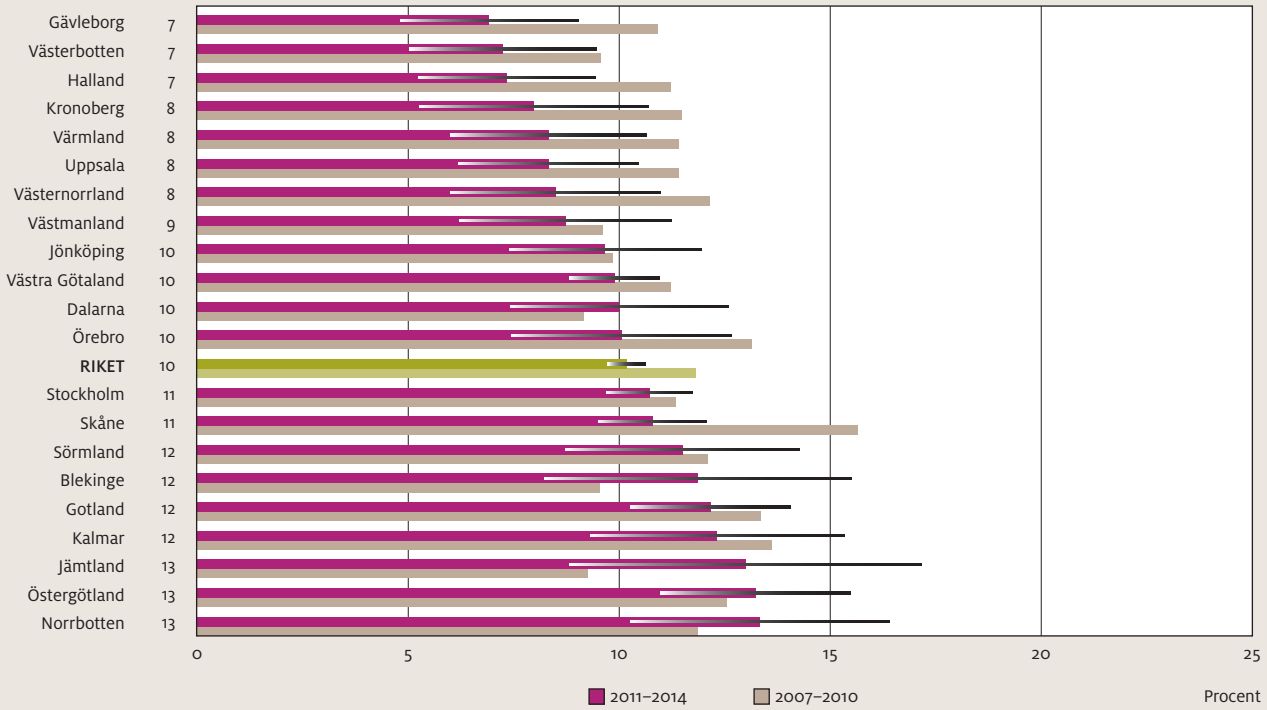
Rökning då och då följs också i HLV, och även sådana uppgifter är nödvändiga för att få en bild av problemets omfattning och utveckling. Andelen som svarat att de röker då och då är mest utmärkande bland den yngre åldersgruppen och har inte minskat på samma sätt som bland dem som röker dagligen.

DIAGRAM 35.4 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel individer som uppgivit att de röker dagligen, 16–84 år, 2011–2014.



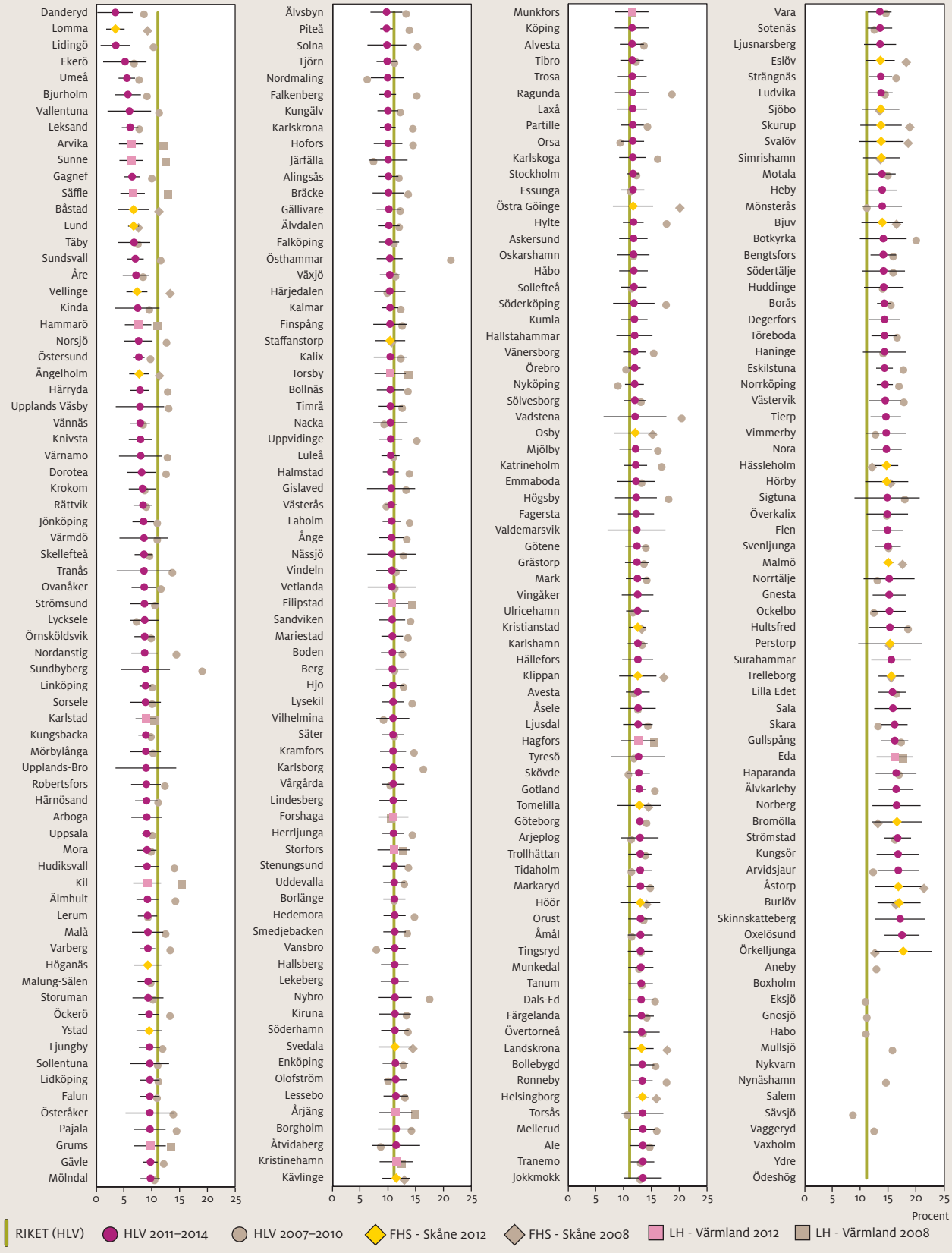
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 35.5 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel individer som uppgivit att de röker dagligen, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 35.6 – KOMMUNER: Andel individer som uppgivit att de röker dagligen (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år. Värmland (LH), 18+ år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten;Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne; Liv och Hälsa (LH), Landstinget i Värmland.

36. RÖK- OCH SNUSVANOR BLAND BLIVANDE MAMMOR

Rökning i samband med graviditet är allvarligt då det innebär ökade hälso-risker för fostret och den blivande mamman. Bland dessa hälsorisker finns moderkaksavlossning, för tidig förlossning, försämrad fostertillväxt och plötslig spädbarnsdöd. Det finns även studier som visar en ökad risk för lägre födelsevikt hos barnet samt en ökad risk för dödföddhet och för plötslig spädbarnsdöd [182]. Effekterna är tydliga under själva graviditeten men barn till mödrar som har rökt verkar också kunna få senare problem, till exempel mindre lungkapacitet, pipande andning, öroninflammation och kolik under det första levnadsåret.

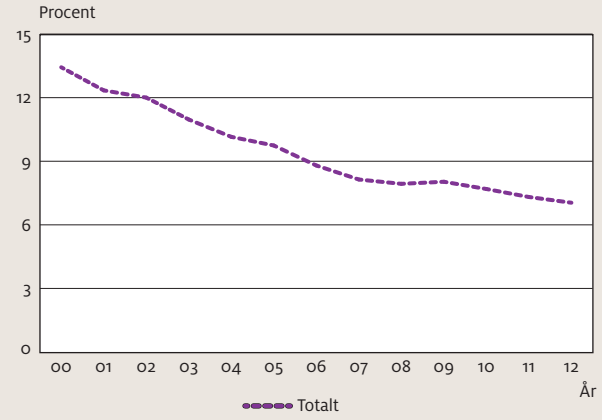
Forskningen visar också att tobaksbruk har samband med astma, allergi, ökad risk för beteendeproblem, fördröjd kognitiv utveckling och läs- och skrivsvårigheter. Dessutom finns en ökad risk för att barnet senare i livet drabbas av cancer och hjärt- och kärlsjukdom. Snuset kan på samma sätt som rökning påverka fostret och graviditeten negativt. Stora skillnader finns dock mellan olika län, vilket indikerar att det förebyggande arbetet kan förbättras regionalt [55, 176, 183].

Viktigt med tidiga insatser till gravida tonåringar

Bland kvinnor som födde barn 2012 var det drygt 15 procent som rökte tre månader innan de blev gravida. Andelen gravida kvinnor som röker vid inskrivning i mödrahälsovård har minskat från drygt 31 procent 1983 till knappt 6 procent 2012. Rökning har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland de yngsta barnaföderskorna. Bland de tonåringar som födde barn var det knappt 22 procent som rökte tidigt i graviditeten 2012, och bland kvinnor 20–24 år var motsvarande andel 12 procent. Andelen som rökte sent i graviditeten var cirka 18 procent bland tonåringar och 9 procent i åldersgruppen 20–24 år. Det är fem gånger så vanligt att gravida kvinnor under 19 år röker sent i graviditeten jämfört med dem över 30 år [184].

Den positiva utvecklingen bland gravida kvinnor kan bero på att Sverige tidigt började med ett förebyggande arbete för att få befolkningen att sluta röka. Det innebar bland annat att rökande blivande föräldrar erbjöds rådgivning och stöd för tobaksavvänjning (exempelvis motiverande samtal) [55, 176, 183]. Mödra- och barnhälsovården och familjecentraler har en stor möjlighet att påverka gravida kvinnors tobaksvanor eftersom i stort sett alla blivande föräldrar besöker hälso- och sjukvården vid upprepade tillfällen under graviditeten. Under graviditeten finns det gott om tillfällen att ge information och samtala om bland annat rökningens negativa inverkan samt erbjuda rökslutarstöd. Även kommunen har möjlighet att erbjuda information och utbildning och ta fram handlingsplaner för tobaksfria miljöer, inte minst inom barnomsorg och skola. Dessutom kan kommunerna nå många människor i egenskap av arbetsgivare. Arbetet med de nationella riktlinjerna har under senare år stärkt det förebyggande arbetet på regional och lokal nivå [55].

DIAGRAM 36.1 – RIKET: Andel kvinnor som röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12.

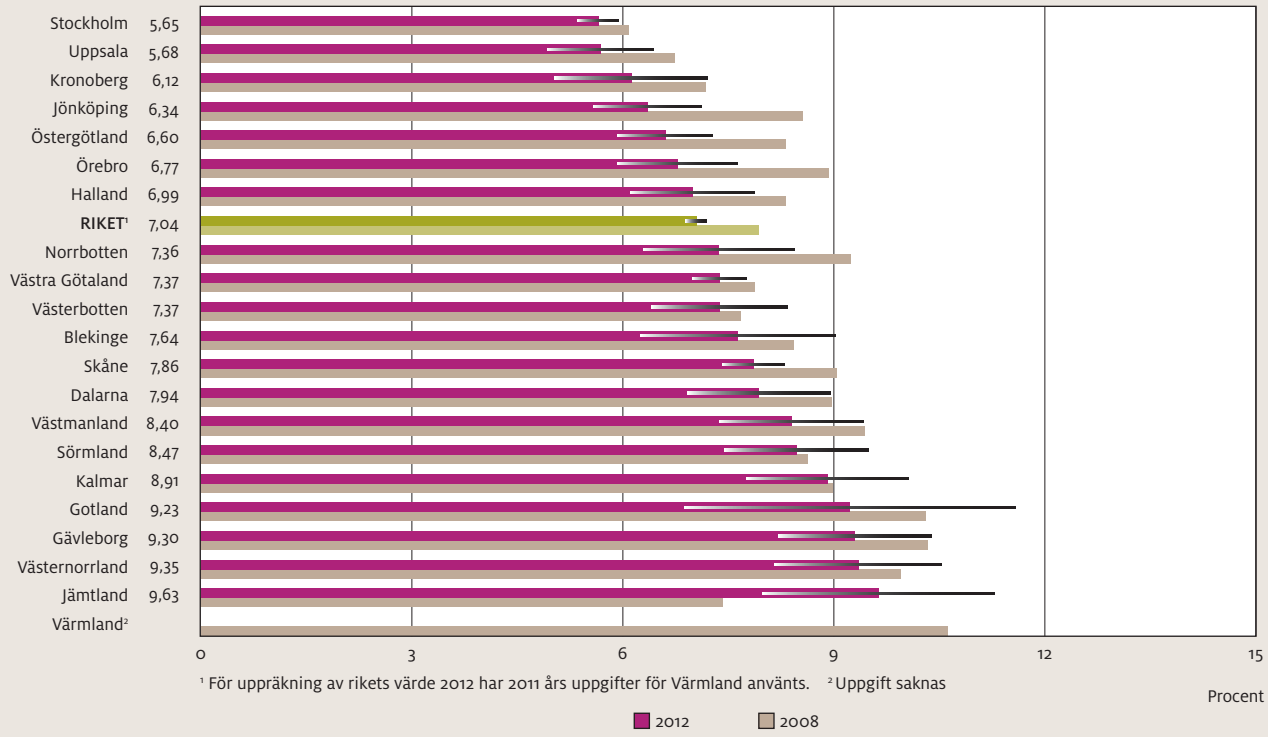


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Stora regionala och lokala skillnader

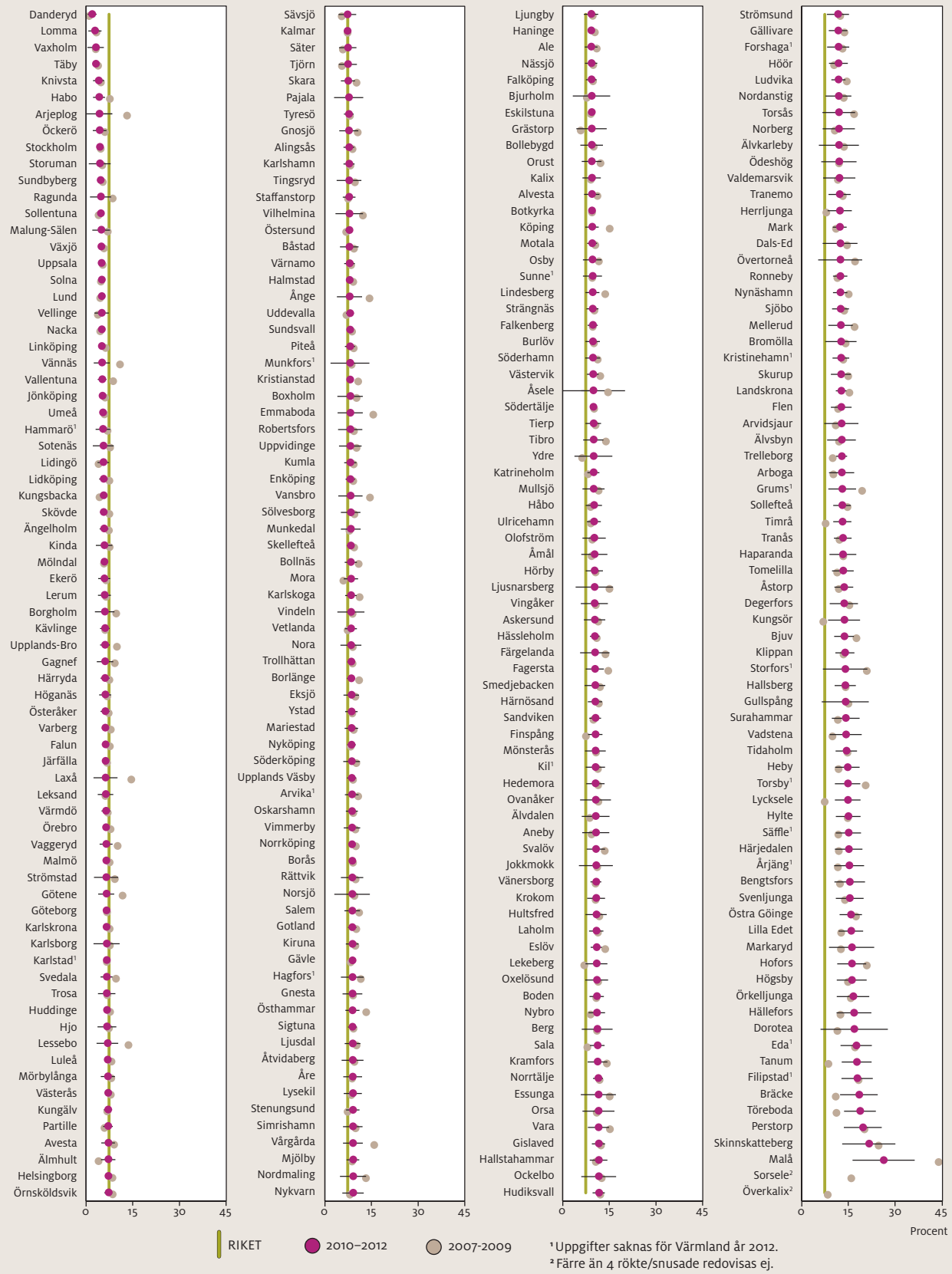
Andelen gravida kvinnor som använder tobak tidigt i graviditeten varierar mellan län men det finns avsevärt större skillnader på kommunnivå. De lokala variationerna kan dock bero på ett litet befolkningsunderlag. Det innebär att relativt små förändringar i talen kan ge relativt stora förändringar i statistiken. Snusning är mer vanligt förekommande jämfört med rökning i Västerbottens och Jämtlands län och i ytterligare några av nordliga län. Tobaksbruk förekommer oftare bland individer med kort utbildning jämfört med individer med lång utbildning.

DIAGRAM 36.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel kvinnor som röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12, 2012.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 36.3 – KOMMUNER: Andel kvinnor som röker eller snusar vid graviditetsvecka 8–12, 2010–2012.



[1] Uppgifter saknas för Värmland år 2012.
[2] Färre än 4 rökte/snusade redovisas ej.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

ALKOHOLVANOR

Alkoholkonsumtionen orsakar många sjukdomar i befolkningen, såsom cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och leversjukdomar. En riskfylld alkoholkonsumtion är en av de fem största riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår, enligt WHO:s beräkningar [185].

37. RISKKONSUMTION AV ALKOHOL

Riskkonsumtion av alkohol kan bidra till ökad risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Flera olika mått på vad som är riskkonsumtion används, och det finns inget nationellt vedertaget mått idag. Ett mått för riskkonsumtion av alkohol som ofta används inom hälso- och sjukvården är att fler än 14 standardglas per vecka för män respektive fler än 9 glas per vecka för kvinnor kan ses som riskfylld konsumtion. Lägre riskbruksgränser förekommer också som till exempel inför kirurgiska ingrepp [186].

Alkoholkonsumtion återfinns bland de vanligaste riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår, enligt WHO:s beräkningar, och det är dessutom den största riskfaktorn för individer i åldersgruppen 15–49 år i EU såväl som i Sverige. Riskkonsumtionen av alkohol beräknas årligen orsaka samhället kostnader om minst 66 miljarder kronor [187]. En riskabel alkoholkonsumtion kan på sikt ge allvarliga medicinska skadeverkningar och kan medföra andra sjukdomar, som högt blodtryck, leversjukdomar och cancer. Dessutom ökar risken för psykisk ohälsa, alkoholpsykoser och självmord. Akuta skador som drunkningsolyckor, trafikskador och våldsbrott har också samband med alkoholkonsumtion [188].

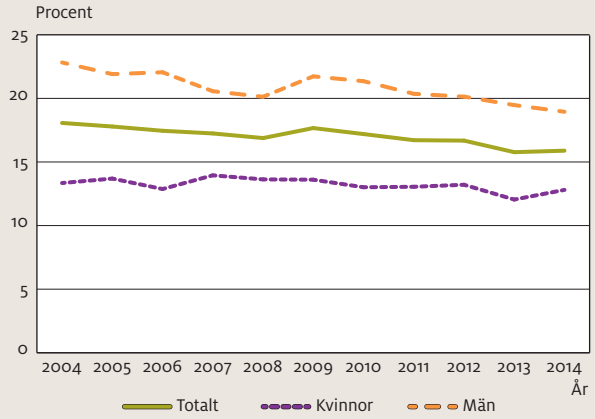
Alkoholkonsumtion under graviditeten kan medföra fosterskador och kan ge konsekvenser som inlärningsproblem, beteendestörningar och missbildningar hos barn [189, 190]. Risken för fosterskador till följd av låg till måttlig alkoholkonsumtion påverkas av både moderns och barnets genuppsättning, vilket talar för att det enda riskfria är att helt avstå från alkohol under graviditeten [191]. Var femte barn beräknas växa upp i ett hushåll med minst en vuxen som konsumerar alkohol som bedöms som en risk för förälderns hälsa, vilket också är även en riskfaktor för barnets hälsa [192].

År 2010 antog regeringen för första gången en samlad strategi för alkohol- narkotika-, dopnings och tobakspolitiken (ANDT-strategin). Kommunerna uppgift i det alkoholförebyggande arbetet är att se till att åldersgränser upprätthålls i butiker, att godkänna utskänkningstillstånd till restaurangverksamhet och att bedriva förebyggande arbete i skolan riktade till elever. Det är också viktigt att kunna erbjuda drogfria fritidsaktiviteter för ungdomar. Tonårsföräldrar är viktiga och i uppdraget med det övergripande målet att minska tillgängligheten av alkohol för tonåringar genom att få tonårsföräldrar och unga vuxna att avstå från att köpa ut alkohol till ungdomar under 20 år [193].

Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll är viktig inte minst inom mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, studenthälsan och företagshälsovården. De ska arbeta förebyggande både i patientmötet och med befolkningen på landstingsnivå [194].

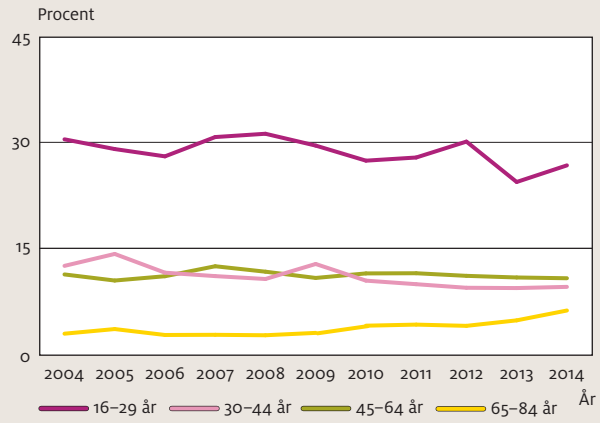
I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas att rådgivande samtal och webb- och datorbaserad rådgivning bör erbjudas patienter som har ett riskbruk av alkohol. I detta arbete är gravida kvinnor, småbarnsföräldrar och personer som ska genomgå operation prioriterade grupper. För gravida kvinnor anses allt bruk av alkohol som riskbruk [55].

DIAGRAM 37.1 – RIKET: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 16–84 år.



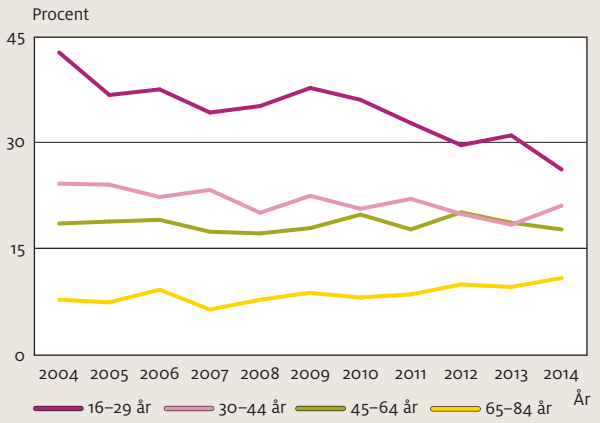
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 37.2 – ÅLDERSGRUPPER. KVINNOR: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 37.3 – ÅLDERSGRUPPER. MÄN: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion.



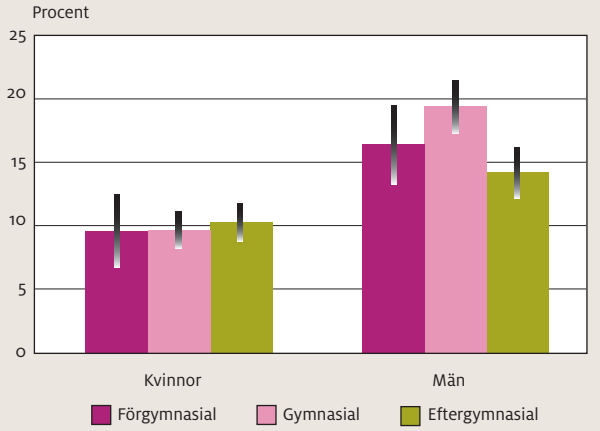
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Som indikator på riskabla alkoholvanor används uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten HLV. Indikatorn visar hur stor andel som beräknas ha riskabla alkoholvanor utifrån hur man har svarat på tre frågor. Frågorna berör hur ofta man dricker, hur mycket man dricker en typisk dag och hur ofta man kommer upp i en större mängd. Svaren poängsätts och om man kommer upp i en viss poäng klassas man som riskkonsument. Gränsen är något lägre för kvinnor än för män. Tillvägagångssättet för att beräkna indikatorn har förändrats sedan 2009 och Folkhälsomyndighetens publicerar årliga uppföljningar av ANDT-strategin.

Minskad riskkonsumtion bland yngre

Riskfylld alkoholkonsumtion bland befolkningen varierar avsevärt i landet, både regionalt och lokalt. Generellt dricker ungdomar i Sverige mindre alkohol än ungdomar i andra europeiska länder och konsumtionen bland ungdomar har de senaste åren minskat mer i Sverige än på andra håll. Det finns ett samband mellan ungdomars alkoholkonsumtion och alkoholkonsumtion hos vuxna. I länder där vuxna har en hög konsumtion har ungdomar vanligtvis också detta. Vuxna i Sverige hör till dem som fortfarande dricker minst i europeisk jämförelse trots att länderna inom EU närmar sig varandra alltmer avseende alkoholkonsumtion [185].

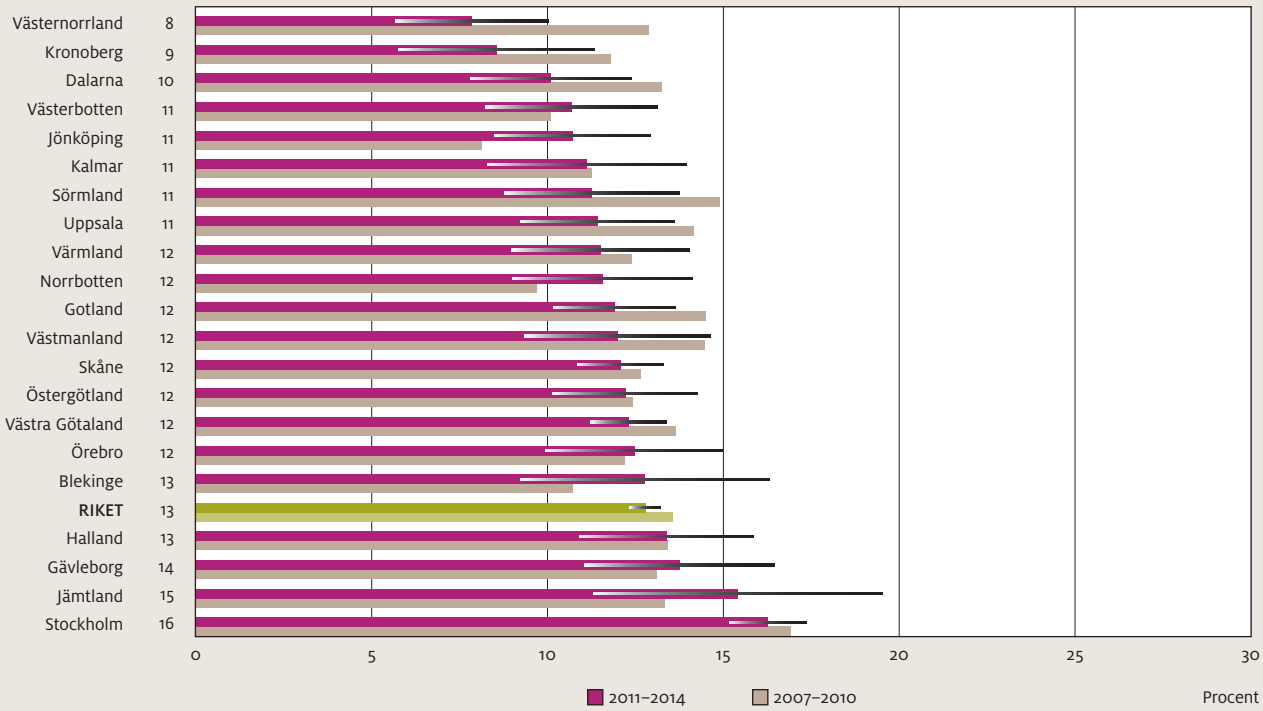
DIAGRAM 37.4 – UTBILDNING. RIKET: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 35–74 år, 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

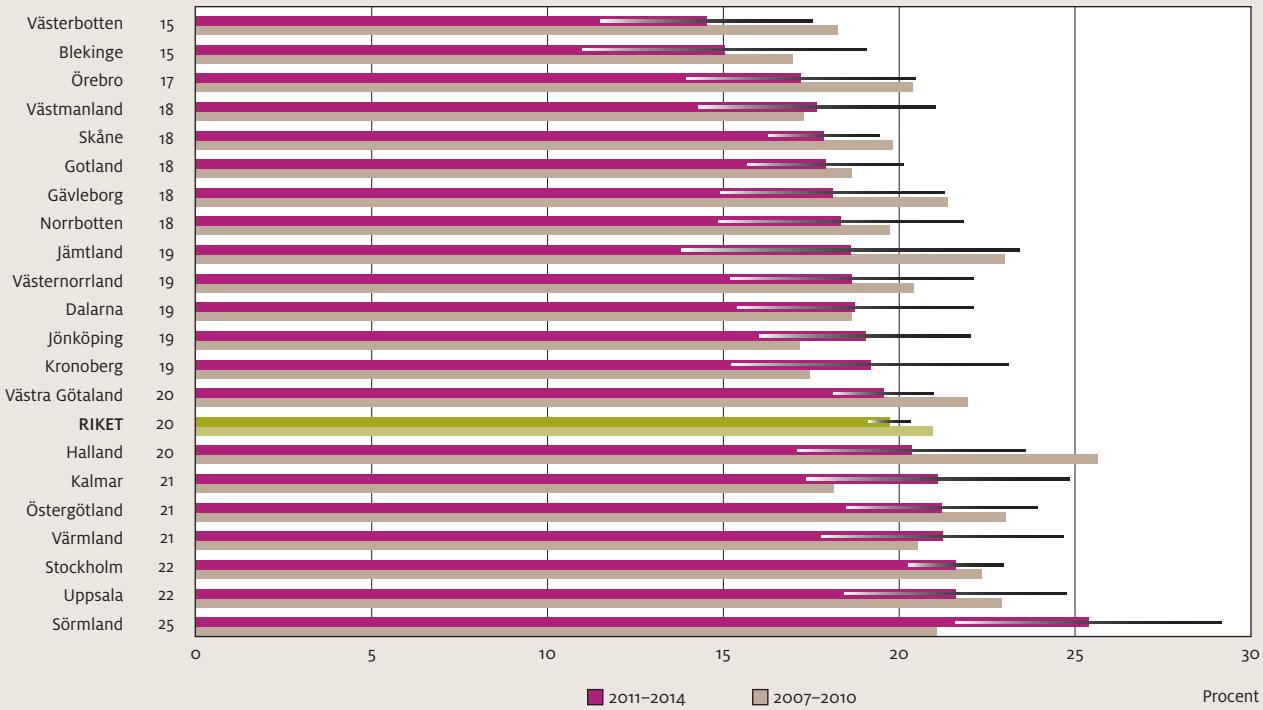
I Sverige är en riskfylld alkoholkonsumtion vanligare bland unga (16-29) år i jämförelse med andra åldersgrupper. Bland yngre män kan dock en tydlig nedåtgående trend ses, medan utvecklingen för yngre kvinnor inte varit lika positiv. I den yngre åldersgruppen är även andelen kvinnor med riskfylld alkoholkonsumtion lika stor som den är för män i samma åldersgrupp.

DIAGRAM 37.5 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 16–84 år, 2011–2014.



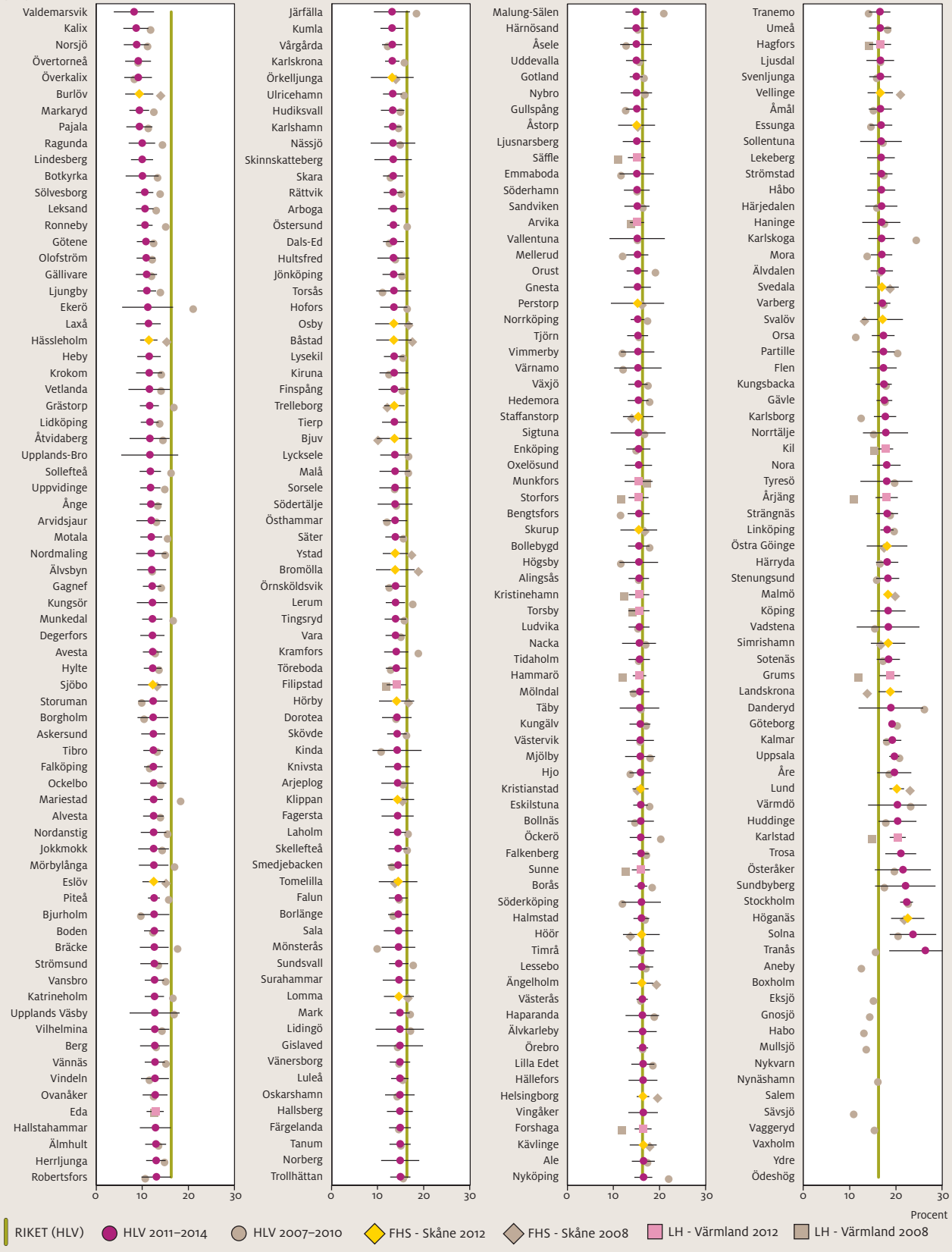
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM A37.6 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion, 16–84 år, 2011–2014.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 37.7 – KOMMUNER: Andel som identifierats som riskkonsumenter efter deras svar på tre frågor om alkoholkonsumtion (se förklaring nedan för mätperiod). Åldersavgränsning: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), 16-84 år. Skåne (FHS), 18-80 år. Värmland (LH), 18+ år.



Värden med färre än 100 svarande visas ej.

Källa: Hälsa på lika villkor, inklusive tilläggsurval (HLV), Folkhälsomyndigheten; Folkhälsoenkät Skåne (FHS), Region Skåne; Liv och Hälsa (LH), Landstinget i Värmland.

PATIENTRAPPORTERADE ERFARENHETER

Patientrapporterade erfarenheter används både i uppföljningar och utvärderingar av olika slag. Denna typ av indikatorer eller mått baseras på frågor från enkäter som patienten besvarar i samband med att de får vård och behandling inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller annan verksamhet. De patientrapporterade måtten kan delas in i två kategorier. Den första är PROM (Patient Reported Outcome Measures) som mäter utfallet före och efter en intervention och de är utformade som resultatmått. Den andra kategorin är PREM (Patient Reported Experience Measures) som mäter patientrapporterade erfarenheter. PREM är oftast utformade som struktur- eller processmått men förekommer även som resultatmått. PROM mäter resultat i vården, exempelvis funktionsförmåga, livskvalitet och så kallad hälsorelaterad livskvalitet via patienternas egen rapportering efter behandling.

I rapporten *Öppna jämförelser 2013, Hälso- och sjukvård* redovisas indikatorer som är baserade på generella PROM. Den nationella patientenkäten belyser patienternas erfarenheter och kan definieras som PREM indikatorer. I den här rapporten har frågan valts som handlar om patienter har haft ett samtal om levnadsvanor vid sitt senaste läkarbesök i primärvården. Resultatet visas på landstingsnivå och för riket. I den här rapporten används mätningar inom primärvården från 2011 och 2013.

38. PATIENTER I PRIMÄRVÅRDEN SOM DISKUTERAT LEVNADSVANOR

Sjukdomsbördan är ett mått som WHO har tagit fram för att kunna jämföra och följa de sjukdomar som leder till mest ohälsa, och de riskfaktorer som har betydelse för sjukdomsutvecklingen. Enligt *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* kan en stor del av den samlade sjukdomsbördan tillskrivas fyra levnadsvanor: tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol samt ohälsosamma matvanor [55]. Dessa levnadsvanor bör beaktas i hälso- och sjukvårdens kontakter med olika vårdsökande och Socialstyrelsen rekommenderar att man erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja de patienter som behöver ändra sina levnadsvanor. För närvarande finns inte tillräckligt med data för att mäta hur hälso- och sjukvården arbetar med levnadsvanor. Det som finns nu är ett antal frågor i den nationella patientenkäten som kan visa patienternas erfarenheter av i vilken omfattning vården arbetar med levnadsvanor i patientmötet.

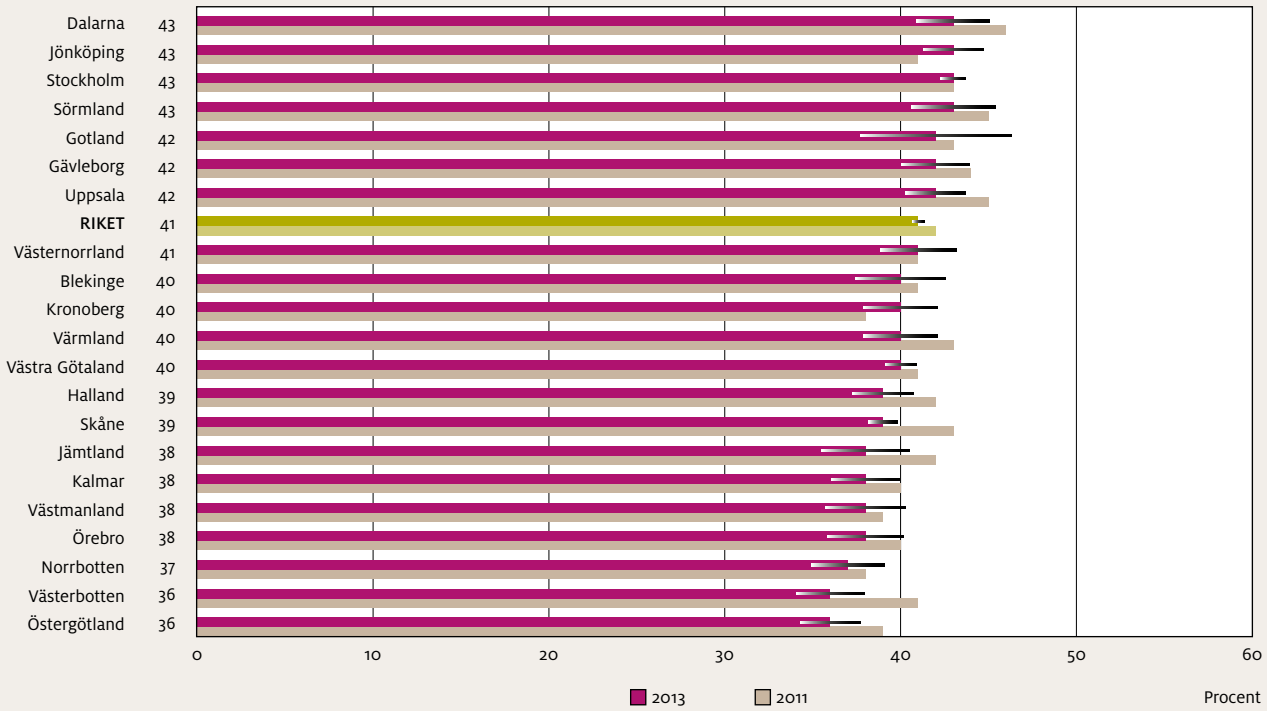
Dessutom planerar Socialstyrelsen att publicera en utvärdering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, för att besvara hur hälso- och sjukvården arbetar med rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor. Primärvården utgör en stor del av hälso- och sjukvården och i deras uppdrag ingår att följa hälsan i befolkningen samt att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och förekommer oftare hos till exempel individer med kort utbildning. Dessutom samvarierar de med andra socioekonomiska bakgrundsfaktorer. Levnadsvanor grundläggs tidigt i livet och hälsosamma levnadsvanor bör påbörjas under barnens uppväxttid. Utöver hemmet kan även skolan och fritidsaktiviteter spela en viktig roll för att skapa goda levnadsvanor.

Indikatorn mäter hur många patienter som har ett samtal om minst en levnadsvana i samband med ett läkarbesök i primärvården. Ett sådant samtal kan handlar om rökning, vilket är den levnadsvana som bidrar mest till ohälsa och för tidig död. Det är också angeläget att patienter som ska genomgå en operation eller redan har en sjukdom som är relaterad till rökning får stöd att sluta röka för att inte försämra sin hälsa ytterligare. Betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) pekar på att antalet cancerfall kan fördubblas fram till år 2030 och föreslår att ett av målen för att förebygga insjuknande i cancer bör inriktas på att till exempel primärvårdsenheter ska erbjuda rökavvänjning [195].

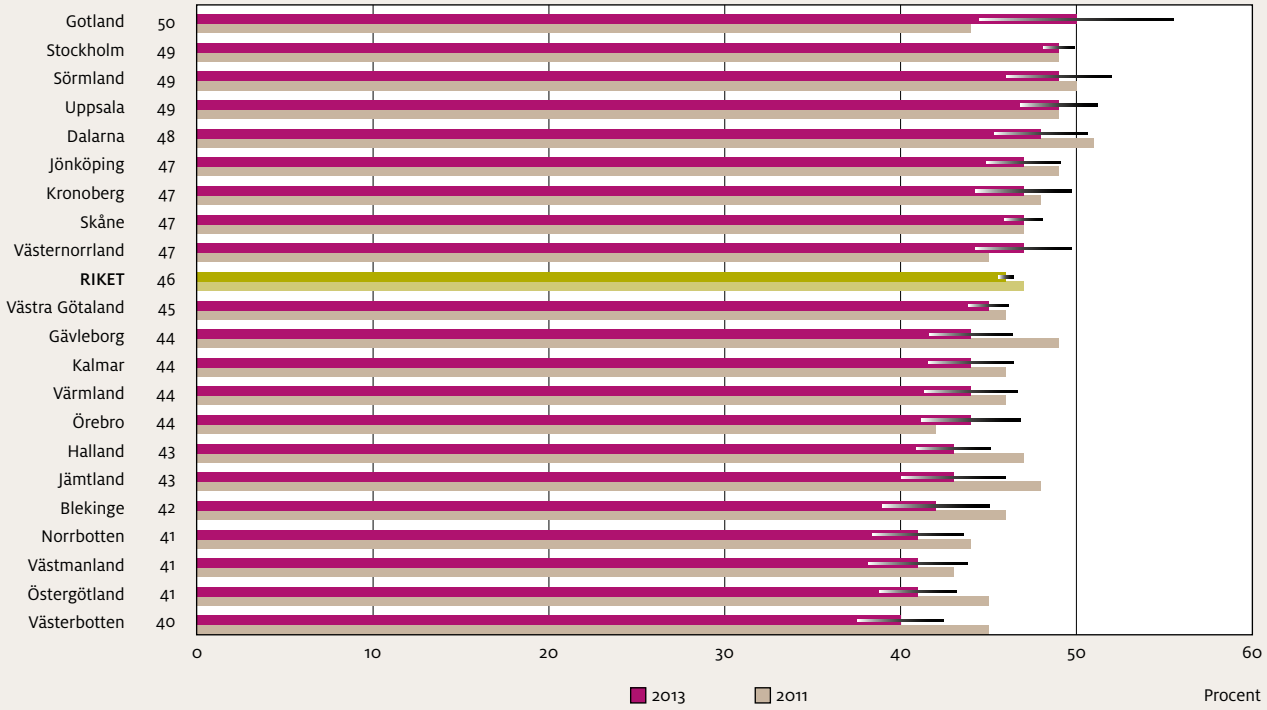
Som framgår av diagrammen så har de flesta landsting en i stort sett oförändrad utveckling mellan de två mätperioderna. Utfallet visar också att variationerna mellan landstingen är mindre bland kvinnor än bland män.

DIAGRAM 38.1 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel patienter som svarat ”Ja” på frågan: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor; tobak, alkohol, motion eller matvanor med dig?, 2013.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 38.2 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Andel patienter som svarat ”Ja” på frågan: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor; tobak, alkohol, motion eller matvanor med dig?, 2013.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

I Sverige utgör sexualitet och reproduktiv hälsa ett eget målområde inom folkhälsopolitiken. Området omfattar hela befolkningen och människans hela livscykel som har stor betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande [196]. Både i Sverige och internationellt används begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner, och inte bara frånvaro av sjukdom. Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård, och sexuella rättigheter innefattar alla människors rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma. En av bestämningsfaktorerna inom området för sexuell och reproduktiv hälsa är oskyddat sex. Oskyddat sex kan leda till oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner [196].

39. GYNEKOLOGISK CELLPROVTAGNING

Humant papillomvirus, HPV, är den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i Sverige och övriga världen. HPV-infektionen ger i de flesta fall inga symtom och läker ut av sig själv. Men infektionen kan också ge upphov till könsvårtor som kallas kondylom eller gynekologiska cellförändringar som kan leda till livmoderhalscancer [197].

Kondom utgör ett relativt säkert skydd mot sexuellt överförd HPV men smittan kan även överföras vid hudkontakt. Därför är det viktigt att kondomen täcker hela hudområdet där en smittad person har könsvårtor.

Det finns två vacciner mot HPV, men de läker inte ut en befintlig infektion och ska därför helst ges före sexual debuten. Sedan den 1 januari 2010 ingår vaccinering mot HPV i barnvaccinationsprogrammet och erbjuds i skolhälsovården till flickor i årskurs 5–6.

Det är dock viktigt att även de kvinnor som vaccinerats deltar i den regelbundna gynekologiska cellprovtagningen, eftersom vaccinerna inte skyddar mot alla HPV-typer som kan leda till cancer. Cellprovtagningen kommer därför även i fortsättningen att vara ett mycket viktigt komplement i skyddet mot sjukdomen. I Sverige kallas alla kvinnor 23–50 år till en gynekologisk cellprovtagning vart tredje år. I åldern 50–60 år glesas provtagningen ut till vart femte år. Kvinnor som både är vaccinerade och går på regelbunden cellprovtagning har ett mycket gott skydd mot livmoderhalscancer.

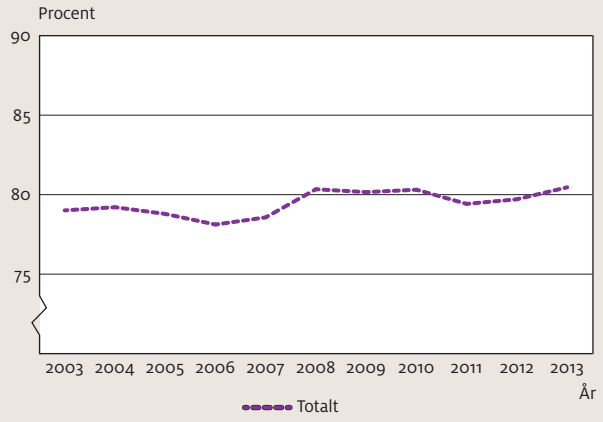
Cellprovtagningen är ett effektivt sätt att upptäcka cellförändringar och förebygga livmoderhalscancer, och antalet fall har mer än halverats sedan provtagningen infördes på 1960-talet. Anledningen är att tidig upptäckt och behandling ökar chanserna för att behandla cellförändringarna. I länder där få kvinnor tar cellprover är livmoderhalscancer en av de vanligaste cancerformerna och drabbar i regel relativt unga kvinnor i 40–50 årsåldern. Majoriteten av de kvinnor som får livmoderhalscancer i Sverige har inte tagit cellprov enligt rekommendationen [57].

Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention tar upp flera åtgärder med påvisad effekt för att öka täckningsgraden för cellprover. Kallelsen bör innehålla en förbokad tid men det bör också vara enkelt att omboka med stora valmöjligheter när det gäller tid och plats. Täckningsgraden ökar om man kan ta provet i samband med en gynekologisk undersökning i annat sammanhang, men då behövs tillgång till information om senaste provtagning för att undvika överprovtagning.

Kvinnor som länge uteblivit från provtagning bör få påminnelser, och i nästa steg kan man även ta telefonkontakt för att uppmuntra dem att gå på provtagningen. På vissa håll finns också möjligheten att göra provet i hemmet, vilket har visat sig kunna öka täckningsgraden. Tidigare upplevelser av dåligt bemötande i vården kan i stället leda till att kvinnor uteblir.

Andra åtgärder som har effekt är riktade informationsinsatser till områden med låg täckningsgrad, genom lokala informationskanaler och etablerade institutioner, liksom generell information och marknadsföring. Avgiftsfria provtagningar och kallelser med information på andra språk än svenska kan ha god effekt, även om dessa åtgärder inte har verifierats på samma sätt som övriga [198].

DIAGRAM 39.1 – RIKET: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning inom rekommenderade intervall.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

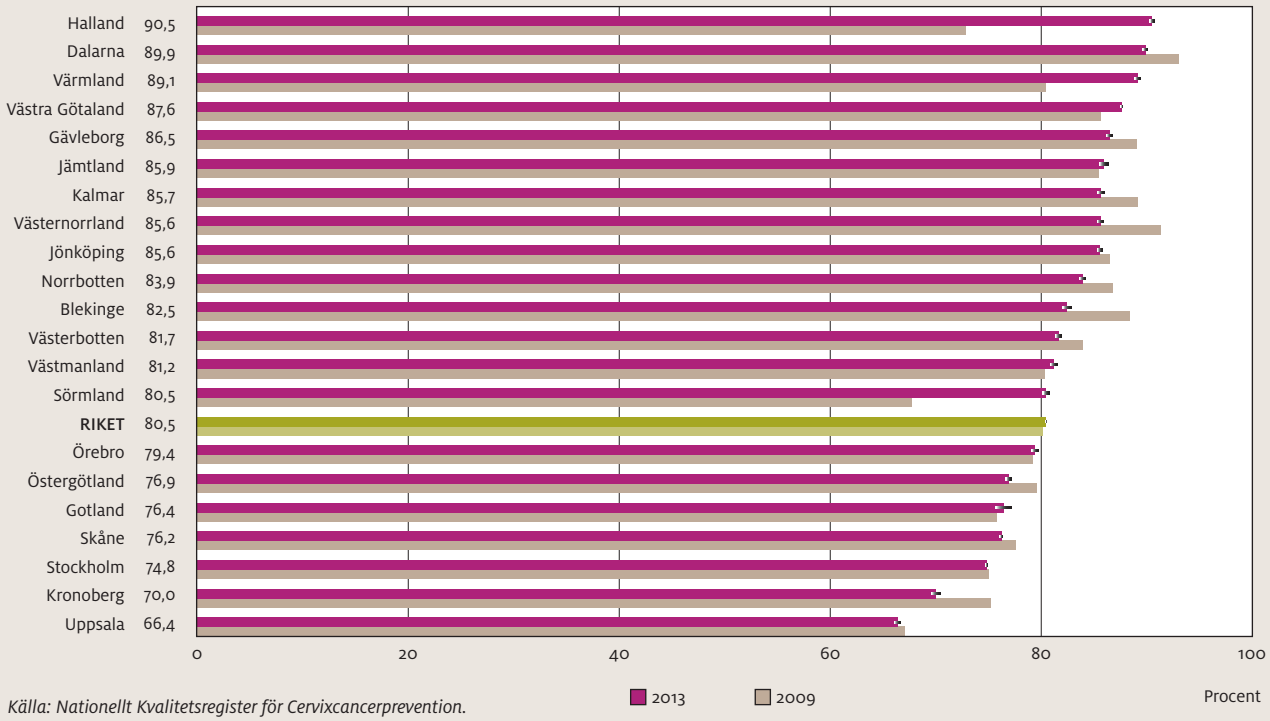
HPV-vaccination är en bra indikator men i dagsläget finns inte tillgänglig data på grund av att vaccinationen först 2011 blev en obligatorisk del av barnvaccinationsprogrammet. Alla aktörer startade inte heller arbetet samtidigt. Förhoppningen är att täckningsgraden av HPV-vaccination inom den närmaste framtiden ska gå att följa på lokal och regional nivå.

Täckningsgraden av gynekologisk cellprovtagning har valts som indikator. Med täckningsgrad avses här andelen kvinnor i befolkningen i de aktuella åldrarna som har tagit ett cellprov inom det rekommenderade intervallet. Socialstyrelsen gör en översyn av rekommendationerna för gynekologisk cellprovtagning, med anledning av att en ny metod finns tillgänglig som innebär att cellproven först analyseras med ett HPV-test. För kvinnan blir det ingen skillnad, ett gynekologiskt cellprov tas på samma sätt som tidigare och analyseras för HPV. Om HPV-testet är positivt går man vidare med en cytologisk analys (cellundersökning) av provet. En ny rekommendation beräknas komma i början av 2015, efter att kunskapsläget för HPV-test granskats och Socialstyrelsens nationella screeningråd tagit ställning i frågan.

Två av tio kvinnor genomgår inte provtagning

Täckningsgrad varierar mellan olika landsting, och i allmänhet är täckningsgraden lägre i storstäderna och högre i norra än i södra Sverige. Täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning i åldrarna 23–60 är cirka 80 procent i riket 2013 och andelen har i stort sett varit konstant. Ingen tydlig trend kan utläsas mellan jämförelseåren för olika landsting. För vissa landsting har täckningsgraden minskat, och i andra har den ökat.

DIAGRAM 39.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning inom rekommenderade intervall, 2013.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

40. OSKYDDAT SEX – KLAMYDIA

Klamydia orsakas av en bakterie, Chlamydia trachomatis, som finns i urinröret samt i slidan och livmoderhalsen hos kvinnor. Den kan även finnas i ändtarmen och/eller svalget och smittar vid oskyddat samlag och andra sexuella handlingar. Sjukdomen ger oftast inte symtom och kan därför vara svår att upptäcka. Eventuella symtom yttrar sig främst med sveda och klåda när man kissar, beroende på en inflammation i urinröret [199]. En klamydiainfektion kan leda till komplikationer som minskar fruktsamheten [200-203]. Genom att tidigt diagnostisera och behandla klamydia minskar risken för komplikationer, framtida ohälsa och samhällskostnader som är relaterade till infektionen [204]. Det är svårt att göra internationella jämförelser av förekomsten eftersom relativt få länder har klassat klamydia som en rapporteringspliktig infektion. I en del länder är infektionen dessutom kraftigt underrapporterad. Sverige samt Norge, Danmark, Finland, Nederländerna och Storbritannien har ett bra och pålitlig rapporteringssystem av diagnostiserad klamydia och därför står de länderna för 95 procent av alla rapporterade klamydiafall i EU [205].

År 2013 rapporterades totalt 35 885 fall av klamydia i Sverige, vilket var en minskning med 4,7 procent jämfört med 2012. Drygt hälften (57 procent) av fallen var kvinnor och medianåldern bland dem var 21 år. Bland männen var medianåldern 23 år. Under 2013 rapporterades 22 fall av Lymphogranuloma venereum (LGV), vilken är en särskilt allvarlig typ av klamydiainfektion. Samtliga smittade av LGV var män som hade sex med män [206].

Oskyddat sex och fler partner leder till ökad smittspridning. I dag anger cirka 24 procent av de unga (15–24 år) att de alltid ser till att kondom används. Knappt fyra av tio ungdomar svarar att de sällan eller aldrig ser till att kondom används, och kondomanvändandet har minskat under de senaste åren. Yngre killar är de som i högst utsträckning anger att de alltid använder kondom [207]. Ungdomars benägenhet att använda kondom avtar generellt sett med stigande ålder [207, 208].

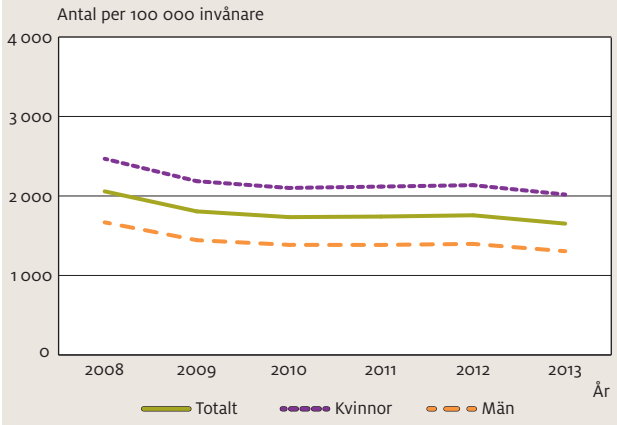
Den nationella handlingsplanen för klamydiaprevention är ett viktigt styrdokument som stödjer ett målinriktat arbete och samordning av insatserna på olika nivåer i samhället [209, 210]. Den ska hjälpa olika aktörer att se vilka åtgärder som de behöver genomföra och prioritera. Bland de viktigaste preventiva insatserna i handlingsplanen finns hälsofrämjande kommunikation och förbättrad undervisning för ungdomar i skolan. Kommunerna har också ett ansvar för olika ungdomsverksamheter samt ansvarar tillsammans med landstingen för ungdomsmottagningarna. Landstingen har dessutom ansvar för smittskyddsverksamhet och preventivmedelsrådgivning [210].

Det finns skillnader mellan landstingen i testfrekvensen och antalet klamydiafall, vilket tyder på att det finns möjligheter att förbättra preventionsarbetet. Eftersom fler kvinnor testas i alla landsting diagnostiseras också fler kvinnor än män med klamydia. Den största andelen klamydiafall bland män upptäcks via kontaktspårning, vilket tydligt visar att det behövs mer effektiva vägar för att nå män än de som används i dag [202].

Klamydiainfektion klassas enligt smittskyddslagen som en allmänfarlig sjukdom, och inträffade fall anmäls genom avidentifierade data till smittskyddsläkaren i landstinget samt till Folkhälsomyndigheten. Infektionen är dessutom en smittspårningspliktig sjukdom.

Sedan 2007 har klamydiautvecklingen varit oförändrad på nationell nivå, men med stora variationer mellan länen. Den största minskningen har skett i åldersgruppen 15–19 år. Resultaten visar en högre förekomst av klamydia bland kvinnor. Som beskrivits ovan är det dock fler kvinnor som testar sig, och det förklarar att färre män diagnostiseras med klamydia. Det innebär att det verkliga epidemiologiska läget kan innebära små eller inga skillnader mellan könen, vilket bör beaktas i tolkningen av resultatet. Eftersom klamydia rapporteras genom avidentifierade data går det inte att göra några analyser som är relaterade till utbildningsnivå. Det finns dock en stor svensk ungdomsundersökningen om självrapporterade kunskaper, attityder och beteenden [207] som visar på samband mellan sexuellt risktagande och social utsatthet och allmänt risktagande livsstil.

DIAGRAM 40.1 – RIKET: Antal fall av klamydiainfektion per 100 000 invånare, 15–29 år.



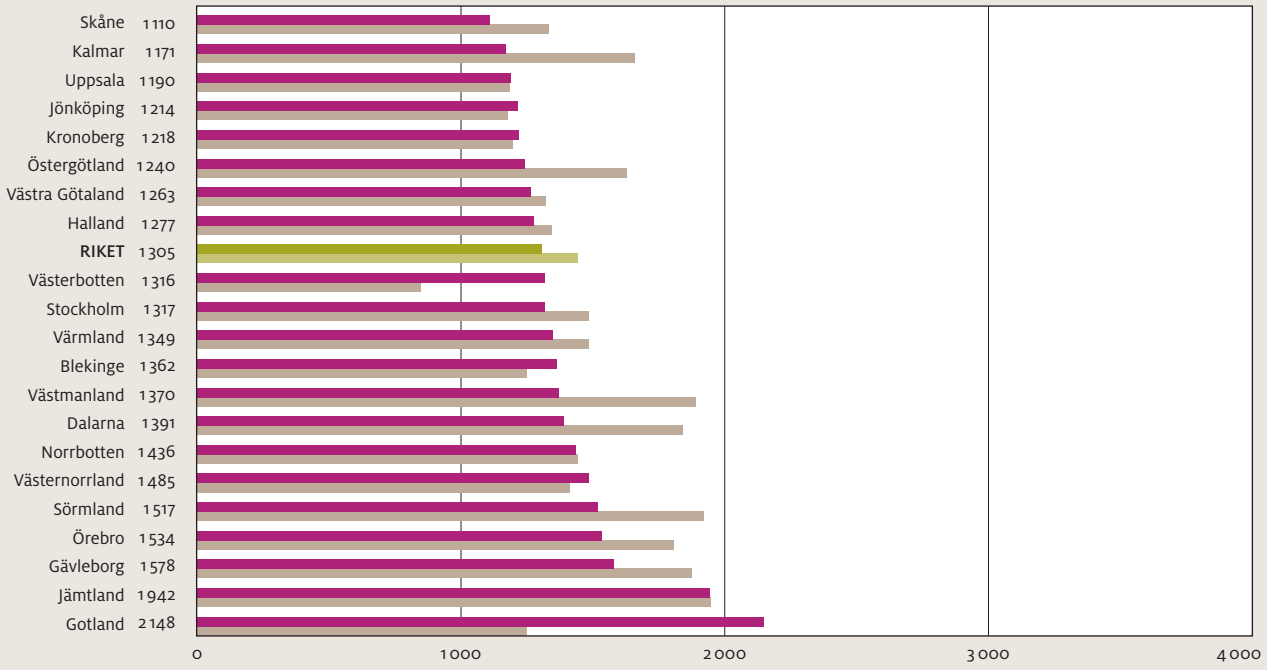
Källa: Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 40.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal fall av klamydiainfektion per 100 000 invånare, 15–29 år, 2013.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 40.3 – LÄN/LANDSTING. MÄN: Antal fall av klamydiainfektion per 100 000 invånare, 15–29 år, 2013.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

41. OSKYDDAT SEX – TONÅRSABORTER

I folkhälsopolitiken ingår att minska oönskade tonårsgraviditeter eftersom det finns ett samband mellan att bli mamma i tonåren och socioekonomisk utsatthet. Att föda barn i tonåren kan också vara negativt för hälsan, för både mamman och barnet [211-215]. Det är dock inte alla tonårsmödrar och deras barn som drabbas av ohälsa även om risken är större sett till gruppen som helhet. Det övergripande målet är att alla barn som föds ska vara önskade.

I Sverige föds cirka 110 000 barn per år, och 35 000–38 000 aborter genomförs varje år [216]. Kvinnor kan välja att avbryta graviditeten för att de inte vill ha eller kan ta hand om (fler) barn, för att tidpunkten är olämplig och för att relationen med partnern är problematisk [217, 218]. Abort betraktas i Sverige som en mänsklig rättighet och som skyddas av lagen. Det innebär att det primära syftet inte är att förebygga aborter, men däremot att förebygga oönskade graviditeter. Sverige har högre andel tonårsaborter än de övriga nordiska länderna. Abortlagstiftning och praxis för det förebyggande arbetet skiljer sig mellan länderna [219].

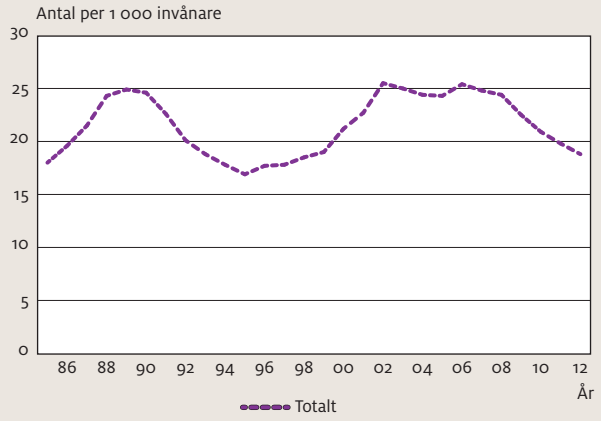
Medelåldern för förstföderskor i Sverige har ökat från omkring 24 år 1975 till omkring 28 år 2012. Födelsetalet bland tonåringar har legat på samma nivå under de senaste tio åren efter att tidigare ha minskat under många år, och år 2012 föddes nästan 6 barn per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år. I Sverige minskar aborterna i tonårsgruppen. År 2012 var aborttalet 18,8 per 1 000 kvinnor i gruppen 15–19 år. Det är en minskning med 5,1 procent jämfört med det föregående året då aborttalet var 19,8. Abort är vanligare i åldersgruppen 20–24 år, följt av 25–29 år och 30–34 år, jämfört med tonårsgruppen 15–19 år [215].

Sverige har sedan 1970-talet ett förebyggande arbete när det gäller oönskade graviditeter, men det saknas en nationell handlingsplan som tar hänsyn till insatser för olika målgrupper [196]. I dag finns obligatorisk sex- och samlevnadsundervisning, god tillgång till rådgivning och ett brett urval av preventivmedel, men trots det har ungefär en av tre abortsökande kvinnor inte använt något preventivmedel [220, 221]. Många kvinnor är dock motiverade att använda ett effektivt preventivmedel efter en abort [217, 222]. Ökad användning av preventivmedel är nödvändig för att förebygga oönskade graviditeter och därför är samtal och rådgivning i samband med aborten viktigt [223]. Studier visar att användning av spiral efter en abort minskar risken för upprepade aborter [224, 225].

Den verksamhet som ungdomsmottagningarna bedriver varierar över landet och landstingen har olika policy när det gäller ekonomisk subventionering av preventivmedel [196]. Nationella arbeten pågår dock för att samordna insatserna och utjämna orättvisa ojämlikheter inom området. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten slutredovisade ett regeringsuppdrag i september 2014, ett förslag till en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Dessutom arbetar Skolverket för att förbättra sex- och samlevnadsundervisningen i skolan [226].

I det förebyggande arbetet med tonåringar som blivit gravida är det också viktigt att säkerställa stöd till dem som väljer att fullfölja graviditeten. Forskning visar att tonårsmammorna upplever mindre stöd från omgivningen, har lägre självkänsla och uppger mer depressiva symtom än äldre mödrar, vilket är faktorer som kan påverka föräldraskapet på ett negativt sätt. Därför anser forskarna att tidiga åtgärder är viktiga för gravida tonåringar, exempelvis psykosocialt stöd och åtgärder som berör livsstilsfrågor [215].

DIAGRAM 41.1 – RIKET: Antal aborter bland kvinnor –19 år per 1 000 kvinnor 15–19 år.



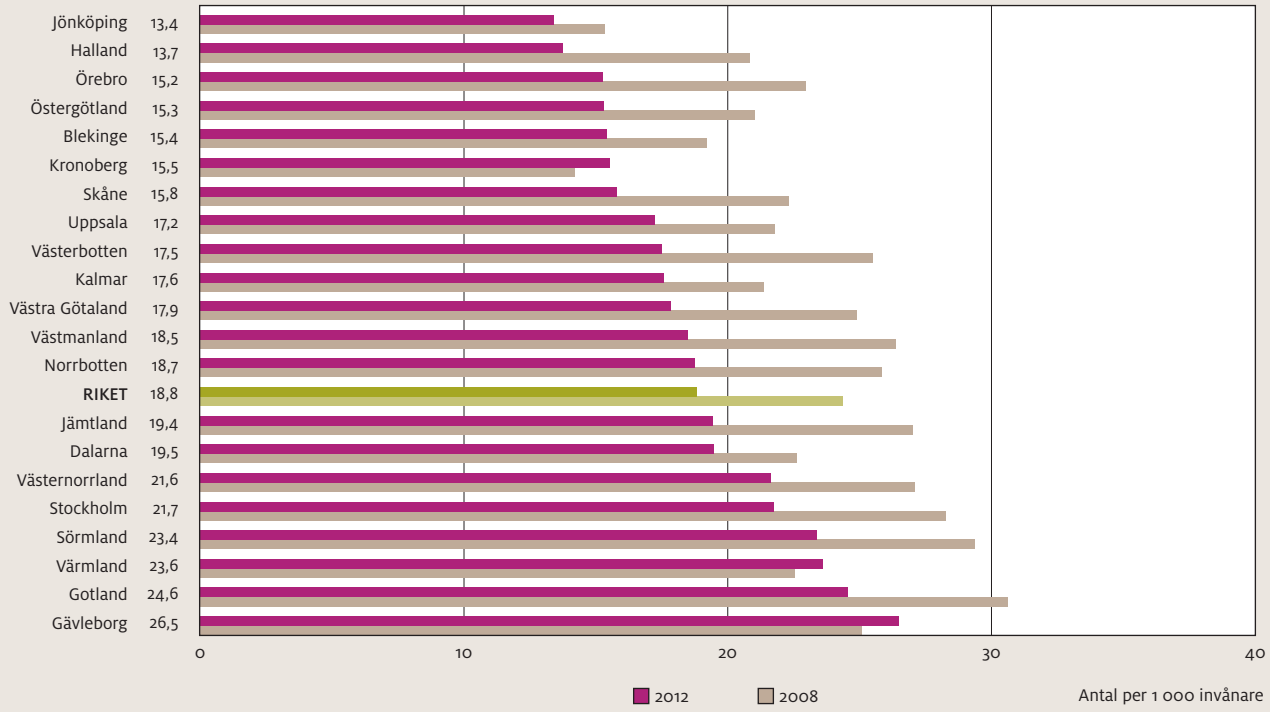
Källa: Abortstatistik, Socialstyrelsen.

Det är svårt att mäta antalet oönskade graviditeter, men många av dessa leder till en abort. Andelen utförda aborter används därför som en indikator för att mäta förekomsten av oönskade graviditeter. Graviditeter bland kvinnor yngre än 15 år ingår men som nämnare har medelbefolkningen i åldern 15–19 år använts.

Aborter och socioekonomiska faktorer

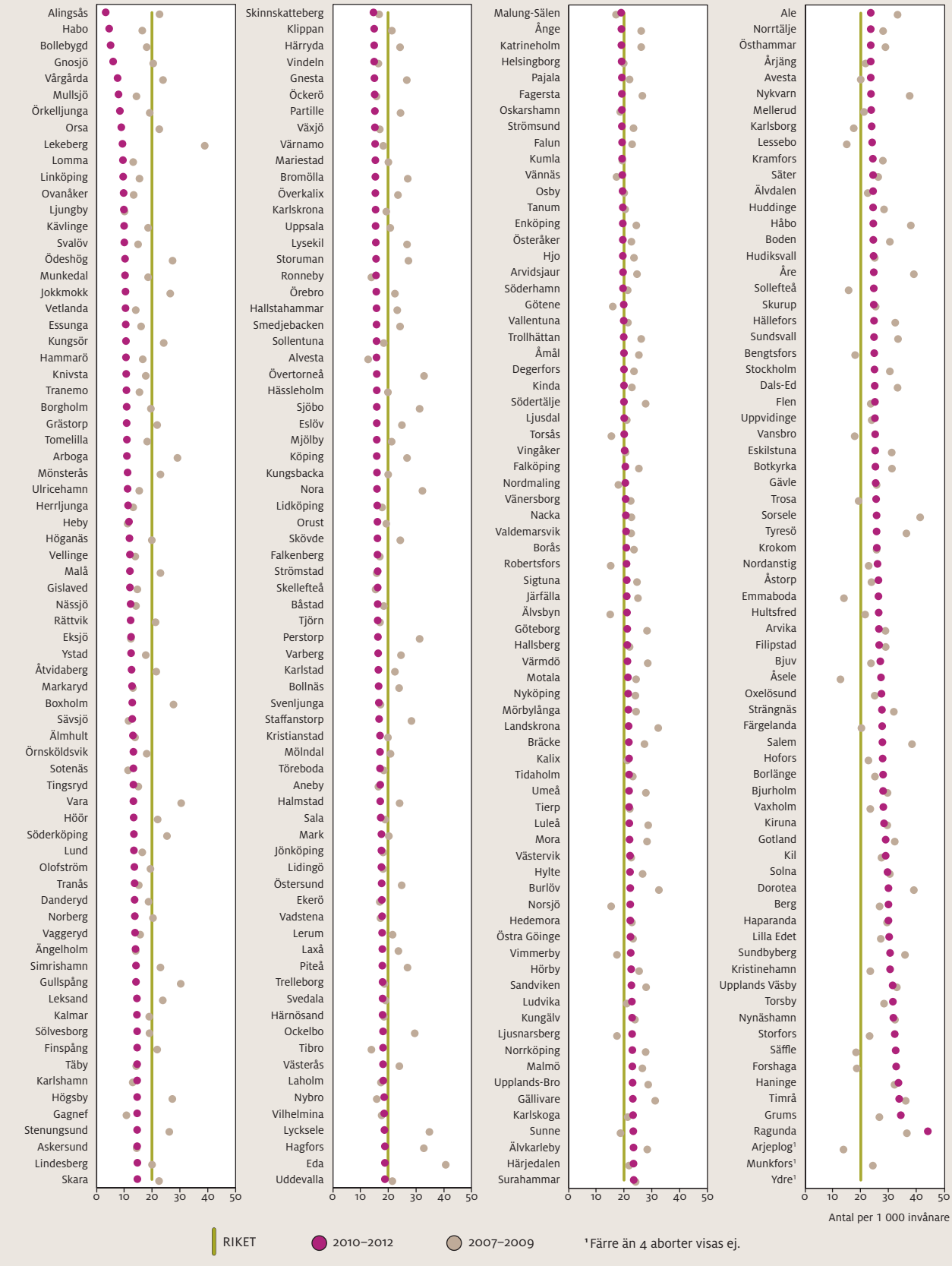
Resultatet visar att andelen aborter bland tonåringar har minskat mellan mätperioderna, men det finns stora variationer mellan län och mellan kommuner. Det är viktigt att betona att lokala förändringar kan bero på ett litet befolkningsunderlag, små förändringar i aborttalen bland tonåringar kan ge relativt stora förändringar i statistiken. I Sverige finns begränsad registerdata om abortsökande kvinnor, och det saknas även kunskap om de män som är involverade i graviditeter som avslutas med en abort. Flera forskningsstudier visar dock på att det finns samband mellan socioekonomiska faktorer och upprepade aborter [221, 227-230]. Liknande resultat finns för män som varit involverad i graviditeter som avslutats med abort [231, 232]. Andelen abortsökande tonåringar som tidigare har genomgått abort, har legat på runt 16–17 procent de senaste åren.

DIAGRAM 41.2 – LÄN/LANDSTING. KVINNOR: Antal aborter bland kvinnor –19 år per 1 000 kvinnor 15–19 år, 2012.



Källa: Abortstatistik, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 41.3 – KOMMUNER: Antal aborter bland kvinnor –19 år per 1 000 kvinnor 15–19 år, 2010–2012.



Källa: Abortstatistik, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Öppna Jämförelser i folkhälsa. Västerås: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
2. Dahlgren, G, Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Köpenhamn: WHO; 1992.
3. Handbok för utveckling av indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
4. Ännu bättre vård. Vad kan vi lära från variationen i öppna jämförelser? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
5. Constitution of the World Health Organization. Genève: WHO; 1948.
6. Ottawa Charter for Health Promotion. Genève: WHO; 1986.
7. Janlert, U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet; 2000.
8. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
9. Lokalt och regionalt folkhälsoarbete. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
10. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: Commission on Social Determinants of Health, interim statement. Genève: WHO; 2007.
11. CSDH. Closing the gap in a generation; health equity through action on the social determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization; 2008.
12. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014, 978-91-7603-176-6 Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
13. Elo, I, Martikainen, P, Smith, K. Socioeconomic differentials in mortality in Finland and the United States: the role of education and income. Eur J Populat. 2006; 22:179-203.
14. Erikson, R. Why do graduates live longer? Education, occupation, family, and mortality during the 1990s. In: Mills C, editor. Cradle to grave Life-course change in modern Sweden. Durham: Sociology Press; 2001. p. 211-27.
15. Erikson, R, Torssander, J. Social class and cause of death. European journal of public health. 2008; 18(5):473-8.
16. Fritzell, J, Nermo, M, Lundberg, O. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. Scandinavian journal of public health. 2004; 32(1):6-16.
17. Mackenbach, JP, Martikainen, P, Looman, CW, Dalstra, JA, Kunst, AE, Lahelma, E. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. International journal of epidemiology. 2005; 34(2):286-93.
18. Folkhälsopolitisk rapport 2010: framtidens folkhälsa – allas ansvar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
19. Stigendahl M, Östergren P-O, Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö.; 2013.
20. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
21. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. WHO regional office Europé 2014. Köpenhamn: UCL Institute of Health Equity. WHO.; 2014.
22. Malmös väg mot en hållbar framtid. hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö; 2013.
23. Keeble, BR. The Brundtland Commission: environment and development to the year 2000. Medicine and war. 1987; 3(4):207-10.
24. Hälsoekonomi och folkhälsoarbete. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
25. Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling. Rapport 2007:8 Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
26. En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110).
27. Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken. Bilaga 4 – enkätresultat. Stockholm: Statskontoret; 2013.

28. Tio år med svensk folkhälsopolitik - Folkhälsoarbete organiserat av kommuner, landsting, regioner, länsstyrelser, myndigheter och ideella organisationer 2004–2013. Rapport 2013:03. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013.
29. Målområde 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
30. Kommuner, landsting och regioner. SKL. Webbsida. Hämtad 2014-08-26 från http://www.skl.se/kommuner_och_landsting. 2014.
31. Hälsa på lika villkor: Nationella mål för folkhälsan: Betänkande från Nationella folkhälsokommittén (SOU 2000:91). Hämtad från http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2822.
32. Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35).
33. Linell, A, Richardson, MX, Wamala, S. The Swedish national public health policy report 2010. Scandinavian journal of public health. 2013; 41(10 Suppl):3-56.
34. En folkhälsopolitik med människan i centrum. Riksdagsskrivelse (rskr. 2011/12:166).
35. Lundberg, O, Yngwe, MA, Stjarne, MK, Elstad, JI, Ferrarini, T, Kangas, O, et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. Lancet. 2008; 372(9650):1633-40.
36. Makenzius, M, Wamala, S. . Implications of the Swedish Public Health Policy on regional and local public health practice and priorities. Journal of Public Health Policy 2014.
37. Kickbusch, I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. American journal of public health. 2003; 93(3):383-8.
38. Friel, S, Marmot, M, McMichael, AJ, Kjellstrom, T, Vagero, D. Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. Lancet. 2008; 372(9650):1677-83.
39. Internationell statistik. Hämtad 2014-08-26 från http://www.socialstyrelsen.se/statistik/internationellt, Socialstyrelsen; 2014.
40. Öppna Jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
41. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013. Webbrapport publicerad på www.socialstyrelsen.se. Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.
42. The OECD Mental Health and Work Project. OECD; 2013.
43. Nilsson P, O-GK. Self-rated health in a European perspective. Stockholm: FRN; 2000.
44. Internationell statistik. Hämtad 2014-08-26 från http://www.socialstyrelsen.se/statistik/internationellt. Socialstyrelsen; 2014.
45. Mat vid fetma – En systematisk litteraturöversikt. 978-91-85413-59-1. Stockholm: SBU; 2013.
46. Guh, DP, Zhang, W, Bansback, N, Amarsi, Z, Birmingham, CL, Anis, AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. BMC public health. 2009; 9:88.
47. Fler har fetma och övervikt. Hämtad 2014-09-18 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/fler-har-fetma-och-overvikt/. Folkhälsomyndigheten; 2014.
48. Förebyggande åtgärder mot fetma. Hämtad 2014-08-19 från http://sbu.se/upload/publikationer/Content0/1/fetma_2005.pdf. SBU; 2004.
49. Årsrapport SOReg 2013 - Del 1 – operationsstatistik, case mix och tidiga komplikationer. Örebro: SOREG; 2014.
50. Klinge, B, Holmstrup, P. Parodontit och allmänsjukdomar. Tandläkartidningen. 2004; 2.
51. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013 - Verksamhetstabeller. Hämtad 2014-08-27 från http://www.skl.se/download/18.547ffc53146c75fdec02476d/1403794435237/TabellbilagaV2013_140626.xlsx. SKL; 2013.
52. Budgetpropositionen för 2015. PROP. 2014/15:1 UTGIFTSOMRÅDE 9. Finansdepartementet; 2014.
53. Cancer i siffror 2013 – Populärvetenskapliga fakta om cancer: Socialstyrelsen. Cancerfonden; 2013.
54. Dödsorsaker 2013, Sveriges officiella statistik, Statistik – Hälso- och Sjukvård. Socialstyrelsen; 2014.
55. Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohäl-sosamma matvanor - Stöd för styrning och ledning. 978-91-86885-66-3. Västerås: Socialstyrelsen; 2011
56. Miljöhälsorapport 2013. Mölnlycke: Karolinska institutet. Institutet för Miljömedicin; 2013.
57. Öppna jämförelser 2013, Hälso- och sjukvård, Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen. SKL; 2013.
58. Folkhälsopolitisk rapport 2005, Rapport R 2005:5. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
59. Global status report on alcohol and health. Genève: WHO; 2011.
60. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen; 2014.
61. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. 978-91-7555-042-8. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
62. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser - En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Försäkringskassan; 2014.

63. Öppna jämförelser 2013, Läkemedelsbehandlingar, jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2013.
64. Barns och ungas säkerhet. Karlstad: MSB; 2011.
65. Skador bland barn i Sverige. Olycksfall, övergrepp och avsiktlig självdestruktiv handling. Rapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
66. Sundlöf, P, Laflamme, L. Skadors sociodemografiska fördelning i Stockholms län. En områdesbaserad kartläggning: Karolinska Institutet; 2012.
67. Sociala skillnader i skaderisker. En rapport om den sociala fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige. (SoU 2002:68). Hämtad från http://www.regeringen.se/sb/d/187/a/2740.
68. Engström, K. Social Differences in Injury Risk in Childhood and Youth. Exploring the roles of structural and triggering factors. Doktorsavhandling: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2003.
69. Laflamme, L, Hasselberg, M, Burrows, S. 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's-Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. International journal of pediatrics. 2010; 2010.
70. Hasselberg, M, Laflamme, L. Children at risk in traffic: improvement potentials in the Swedish context. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992). 2004; 93(1):113-9.
71. Skador bland äldre i Sverige. Karlstad: MSB 2012.
72. Svensk skadeatlas. Baserad på dödsorsaks- och sjukvårdsregistren. Stockholm: SRV; 1994.
73. Hökby, A, Reimers, A, Laflamme, L. Hip fractures among older people: do marital status and type of residence matter? Public health. 2003; 117(3):196-201.
74. Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Stockholm: SKL; 2009.
75. Skador bland äldre personer. Räddningsverkets nationella centrum för lärande från olyckor - NCO. Rapport nr 2008:9. Karlskoga: Räddningsverket. NCO; 2008.
76. Iinattiniemi, S, Jokelainen, J, Luukinen, H. Exercise and risk of injurious fall in home-dwelling elderly. International journal of circumpolar health. 2008; 67(2-3):235-44.
77. Karlsson, MK, Nordqvist, A, Karlsson, C. Physical activity, muscle function, falls and fractures. Food & nutrition research. 2008; 52.
78. Barnes, AJ, Moore, AA, Xu, H, Ang, A, Tallen, L, Mirkin, M, et al. Prevalence and correlates of at-risk drinking among older adults: the project SHARE study. Journal of general internal medicine. 2010; 25(8):840-6.
79. Gustafson, Y, Jarnlo, G, Nordell, E. Fall och höftfraktur hos äldre går att förebygga. Läkartidningen 2006; 103:2997-9.
80. Hebert, C, Delaney, JA, Hemmelgarn, B, Levesque, LE, Suissa, S. Benzodiazepines and elderly drivers: a comparison of pharmacoepidemiological study designs. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2007; 16(8):845-9.
81. Parmentier, G, Chastang, JF, Nabi, H, Chiron, M, Lafont, S, Lagarde, E. Road mobility and the risk of road traffic accident as a driver. The impact of medical conditions and life events. Accident; analysis and prevention. 2005; 37(6):1121-34.
82. Rapoport, MJ, Lanctot, KL, Streiner, DL, Bedard, M, Vingilis, E, Murray, B, et al. Benzodiazepine use and driving: a meta-analysis. The Journal of clinical psychiatry. 2009; 70(5):663-73.
83. Barnvaccinationer. Hämtad från http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/vaccinationer/barnvaccinationer/. Folkhälsomyndigheten; 2014.
84. Measles. Fact sheet N°286. Hämtad från http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/. WHO; 2014.
85. Gidengil Chari, C, Newberry, S, Shanman, R, Perry, T, Bidwell Goetz, M, Maglione, MA, et al. Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review. Pediatrics. 2014; 134:1–13.
86. Yoshikawa, H, Weiland, C, Brooks-Gunn, J, Burchinal, MR, Espinosa, LM, Gormley, WT, et al. Investing in Our Future: The Evidence Base on Preschool Education: Society for Research in Child Development 2013.
87. Elinder, M. Barnomsorgsmarknaden i EU: Almega; 2010.
88. Fler barn än någonsin i förskolan. Pressmeddelande. Skolverket. Hämtad 2014-03-21 från http://www.skolverket.se/press/pressmeddelanden/2014/fler-barn-an-nagonsin-i-forskolan-1.216379.
89. Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet (prop. 2009/10:165).
90. Skolverkets allmänna råd med kommentarer - förskolan. Stockholm: Skolverket; 2013.
91. Kvalitet i förskolan. Hämtad från http://www.europarl.europa.eu/studies. Europeiska unionen: Europaparlamentets utskott för kultur och utbildning; 2013.
92. Social rapport 2010. Västerås: Socialstyrelsen; 2010.
93. Vänd frånvaro till närvaro. Guide för systematiskt skolnärvaroarbete i kommuner. Stockholm: SKL; 2013.

94. Studieresultat i gymnasieskolan – en statistisk beskrivning av ofullständiga gymnasiestudier. Skolverket; 2008.
95. Skola, kultur och fritid hämtad 20141014 från http://www.skl.se/skolakulturfritid/skolaforskola/sklssatsningarutvecklaskolan/pluginfarregymnasieavhopp.2132.html. Sveriges kommuner och landsting; 2014.
96. Olika villkor - Om levnadsförhållanden, risker och kommunala kostnader för barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
97. Ekonomiska och sociala förutsättningar Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 , R 2011:24. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
98. Janlert, U. Arbetslöshet och hälsa - en kunskapsöversikt: Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad; 2012.
99. Ung idag 2013- En beskrivning av ungdomars villkor – kap 3 Hälsa och utsatthet. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2013.
100. Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan: Slutbetänkande av Utredningen om unga som varken arbetar eller studerar 2013 (SoU 2013:74).
101. 10 orsaker till avhopp – 379 unga berättar om avhopp från gymnasiet. 2013:2 Stockholm Ungdomsstyrelsen. Temagruppen Unga i arbetslivet.; 2013.
102. Varför hoppade du av. Stockholm: Skolverket; 2007.
103. Schröder, L, Niknami, S. Bakom siffrorna – unga som varken arbetade eller studerade 2000-2010. 2014:2. Stockholm: Ungdomsstyrelsen - Temagruppen Unga i arbetslivet; 2014.
104. Hemmingsson, D, Falkstedt, T. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång, kunskapsöversikt Rapport 2011:11 Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2011.
105. Burström, B, Schultz, A, Burström, K, Fritzell, S, Irestig, R, Jensen, J, et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län rapport 2007:5. Stockholm Stockholms läns landsting Centrum för folkhälsa Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi; 2007.
106. Risker för långtidsarbetslöshet AM 110 SM 1304. Sveriges officiella statistik - Statistiska meddelanden - Temarapport. Stockholm: SCB; 2013.
107. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2014. Del 1. God kvalitet i verksamheten – resultat, metod och indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
108. En uthållig demokrati!: Politik för folkstyrelse på 2000-talet (SoU 2000:1).
109. Antonovsky, A, Cederblad, M, Elfstadius, M, Lundh, L-G. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 1991.
110. Målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:31. 978-91-7257-912-5. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
111. Svenskt valdeltagande under hundra år. Demokratistatistikrapport 13 Örebro: SCB; 2012.
112. Grundlagsutredningens rapport VII (SoU 2007:84).
113. Medborgarundersökning 2014. Rapportbilagor till kommunerna. Hämtad från http://www.scb.se/sv_/Vara-tjanster/Insamling-och-undersokning/Medborgarundersokningen/Resultat-2014/. SCB; 2014.
114. Den byggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet i glesbygd. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
115. Barns miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
116. Aktiv transport – på väg mot bättre förutsättningar för gång- och cykeltrafik. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
117. Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
118. Äldres miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och ett hälsosamt åldrande Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
119. Samhällsplanering för ett aktivt liv – fysisk aktivitet, byggd miljö och folkhälsa. Östersund Statens folkhälsoinstitut; 2008.
120. Fysisk aktivitet Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:15. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
121. Grönområden för fler – en vägledning för bedömning av närhet och attraktivitet för bättre hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
122. Temanummer Natur och hälsa. Socialmedicinsk tidskrift. 2012.
123. Bostadsnära natur – inspiration och vägledning. Boverket; 2007.
124. Främja goda levnadsvanor genom åtgärder i livsmiljön - Planera och följ upp fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013.
125. Aktivt liv i byggda miljöer – manual för kommunal planering. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
126. Statens folkhälsoinstitut. Hälsokonsekvensbedömning i fysisk planering Fördjupning av översiktsplan för området Fyrvalla-Remonthagen. 2007.
127. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Folkhälsomyndigheten; 2014.

128. Effekter av anti-mobbningsprogram – vad säger forskningen? Västerås: BRÅ; 2009.
129. Alin Åkerman, B. Psykisk ohälsa och risk för självmordshandlingar. In: Brodin J, editor. Barn i utsatta livssituationer. Malmö: Gleerups; 2008. p. 133-70.
130. Modin, B. Beteendeproblem bidrar till utsatthet för mobbning och psykisk ohälsa. I: Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
131. Skolenkäten VT 2014. Hämtad från http://www.skolinspektionen.se/sv/Statistik/Statistik-om-Skolenkaten/Skolenkaten-VT-2014/. 2014.
132. Öppna jämförelser grundskola 2013. Hur motiverar skolan eleverna? Stockholm: SKL; 2013.
133. Friendsrapporten 2013. Om mobbing och kränkningar i skolans värld. Stockholm: Friends; 2013.
134. TIMSS 2011: Svenska grundskoleelevers kunskaper i matematik och naturvetenskap i ett internationellt perspektiv. Stockholm: Skolverket; 2012.
135. Utvärdering av metoder mot mobbning. Rapport 353. Hämtad från http://www.skolverket.se/publikationer?id=2498. Stockholm: Skolverket; 2011.
136. Ttofi, M, Farrington, D. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. Journal of Experimental Criminology 2011; 7(1):27-56.
137. Maslow, AH. Motivation and personality. 3 ed. New York: Harper & Row; 1970.
138. Gibson, M, Petticrew, M, Bambra, C, Sowden, AJ, Wright, KE, Whitehead, M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. Health & place. 2011; 17(1):175-84.
139. Macintyre, S, Ellaway, A, Cummins, S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? Social science & medicine (1982). 2002; 55(1):125-39.
140. Målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
141. Sammanställning och spridning av erfarenheter från uppdraget att stärka tryggheten i stads- och tätortsmiljöer – slutrapport. 978-91-87131-95-0. Boverket; 2013.
142. Andersson, B. RISK - Om kvinnors erfarenhet och fysisk planering. Linköping Centrum för kommunstrategiska studier, Linköpings universitet; 2005.
143. Berkman, LF, Kawachi, I. Social Cohesion, Social Capital, and Health. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2000.
144. Jen, MH, Sund, ER, Johnston, R, Jones, K. Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. Health & place. 2010; 16(5):1022-9.
145. Kawachi, I, Kennedy, BP, Glass, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American journal of public health. 1999; 89(8):1187-93.
146. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013: Socialstyrelsen; 2013.
147. Våld mot kvinnor och män i nära relationer - våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontaktakter med rättsväsendet. Stockholm BRÅ; 2009.
148. Våld - handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
149. Brott i nära relationer- en nationell kartläggning. Stockholm: BRÅ; 2014.
150. Våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt Centrum för kvinnofrid. Uppsala Universitet; 2014.
151. Broberg, A, Almqvist, A, Axberg, U, Grip, K, Almqvist, K, Sharifi, U, et al. Stöd till barn som bevittnat våld mot sin mamma - resultat från en nationell utvärdering. Göteborg Pykologiska institutionen. Göteborgs universitet; 2011.
152. Jämt sjukskriven - ett genusperspektiv på sjukskrivingsprocessen. Stockholm SKL; 2010.
153. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Uppsala Universitet; 2010.
154. Våld i nära relationer, SOSFS 2014:4 (M och S). Föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen; 2014.
155. Samverka för barns bästa - en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
156. Global recommendations on physical activity for health. Schweiz: WHO; 2010.
157. Stillasittande och ohälsa - en litteratursamanställning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
158. Livsmiljö och levnadsvanor. Hämtad 2014-09-18 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/livsmiljo/livsmiljo-och-levnadsvanor/. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
159. Nationell utvärdering av receptförskriven fysisk aktivitet (FaR®). Slutredovisning av regeringsuppdrag. Hämtad 2014-09-18 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Nationell-utvardering-av-receptforskriven-fysisk-aktivitet-FaR-Slutredovisning-av-regeringsuppdrag/. Folkhälsomyndigheten; 2010.

160. FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Statens folkhälsoinstitut / Folkhälsomyndigheten; 2008.
161. Gå via skolan eller förskolan. Hämtad 2014-09-18 från http://www.boverket.se/Planera/Medborgardialog-vid-fysisk-planering/Metoder-och-kanaler/Ga-via-skolan-eller-forskolan/. Boverket; 2014.
162. Barn och unga 2013– utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. R 2013:02. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013.
163. Wagnsson, S. Föreningsidrott som socialisationsmiljö - En studie av idrottens betydelse för barns och ungdomars psykosociala utveckling. ISSN 1403-8099. Karlstad Karlstad University Studies 2009:53. ; 2009.
164. Beets, MW, Bornstein, D, Beighle, A, Cardinal, BJ, Morgan, CF. Pedometer-measured physical activity patterns of youth: a 13-country review. American journal of preventive medicine. 2010; 38(2):208-16.
165. Olsson, P. Farväl till idrotten? En studie av avbrottsproblematiken inom barn- och ungdomsidrotten. Göteborg Idrottshögskolan, Göteborgs universitet; 2007.
166. Svenska skolbarns hälsovanor 2009/2010 - grundrapport, R 2011:27. ISSN 1651-8624. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
167. Norberg, JR. Statens stöd till idrotten 2012, 2013:1. ISBN: 978-91-979562-9-1: Centrum för idrottsforskning; 2013.
168. Patriksson, G, Wagnsson, S. Specialisering i barn- och ungdomsidrotten. Svensk Idrottsforskning. 2007; 16(1):6-9.
169. Andréasson, S. Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete - en kunskapsöversikt. R 2008:23. ISSN 1651-8624. Östersund Statens folkhälsoinstitut; 2008.
170. Riksidrottsförbundet Idrotten i siffror. Riksidrottsförbundet 2014.
171. Målområde 10, Matvanor och livsmedel - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
172. Eneroth, H. Vetenskapligt underlag för råd om mängden frukt och grönsaker till vuxna och barn: Livsmedelsverket; 2012.
173. Nu är goda råd ... enkla! - Ett inspirationsmaterial för bättre hälsa i skolan och på fritiden. Folkhälsomyndigheten. NCFF; 2011.
174. Ett Friskare Sverige. Hämtad 2014-09-18. http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/matvanor/ett-friskare-sverige/ Folkhälsomyndigheten; 2014.
175. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19371/2014-3-4.pdf.: Socialstyrelsen; 2014.
176. Tobak och avvänjning - En faktaskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
177. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47).
178. Länsrapport 2012. Länsstyrelsernas och kommunernas förebyggande arbete inom ANDT och tillsyn enligt alkohollagen respektive tobakslagen. R 2013:06: Folkhälsoinstitutet; 2013.
179. Nilsson, M. Promoting health in adolescents: preventing the use of tobacco. Avhandling. Umeå Umeå universitet; 2009.
180. Ramkonvention om tobakskontroll. Genève: WHO; 2003.
181. Kort om Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025. Hämtad 2014-09-19 från http://tobaksfakta.se/opinion/kort-om-tobacco-endgame-rokfritt-sverige-2025/. Tobaksfakta; 2013.
182. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – En vägledande skrift för hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen; 2014.
183. Carlsson, N. A Zero-vision for Children's Tobacco Smoke Expo-sure: Tobacco prevention in Child Health Care. Avhandling. Linköping: Linköpings universitet; 2012.
184. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2010. Assisterad befruktning 1991–2009. Hämtad 2014-03-21 från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-16. Socialstyrelsen; 2014.
185. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO 2014.
186. Wahlin S, TH. In Process Citation. Lakartidningen. 2014; (111):44-5.
187. Missbruksutredningen. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. . Stockholm: SOU 2011.
188. Andréasson, S, Allebeck, P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
189. JP., N. De långsiktiga konsekvenserna av alkoholkonsumtion under graviditeten. . Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU); 2008.
190. JP., N. Starkölsförsöket: från fosterstadiet till vuxen ålder: SNS Analys; 2014.

191. Lewis SJ, ZL, Davey Smith G, Macleod J, Rodriguez S, Draper ES, et al. . Fetal Alcohol Exposure and IQ at Age 8: Evidence from a Population-Based Birth-Cohort Study. PLoS One. 2012; 2012;7(11):e49407.
192. Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem - Omfattning och analys. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
193. Informationsinsatsen TÄNK OM. Hämtad 2014-09-19 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/styrdokument-och-uppdrag/pagaende/informationsinsatsen-tank-om/. Folkhälsomyndigheten; 2014.
194. Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Edita; Socialstyrelsen 2012.
195. Frågor om levnadsvanor i vården, Resultat från Nationell patientenkät 2009 och 2010, ISBN: 978-91-7164-708-5. SKL; 2011.
196. Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport. Folkhälsomyndigheten 2010.
197. Sjukdomsinformation HPV. Hämtad 2014-10-01 från http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/hpv-infektion/. Folkhälsomyndigheten; 2014.
198. Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige - Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2013 med data tom 2012. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention; 2013.
199. Råd och fakta om sexuellt överförda infektioner – Klamydia. Folkhälsomyndigheten; 2014.
200. Bezold, G, Politch, JA, Kiviat, NB, Kuypers, JM, Wolff, H, Anderson, DJ. Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. Fertility and sterility. 2007; 87(5):1087-97.
201. Genuis, SJ, Genuis, SK. Managing the sexually transmitted disease pandemic: a time for reevaluation. American journal of obstetrics and gynecology. 2004; 191(4):1103-12.
202. Hermann, B. Klamydia ökar kraftigt också i Sverige. Läkartidningen. 2006; 103(18).
203. Idahl, A, Boman, J, Kumlin, U, Olofsson, JI. Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. Human reproduction (Oxford, England). 2004; 19(5):1121-6.
204. Deogan, CL, Bocangel, MK, Wamala, SP, Mansdotter, AM. A cost-effectiveness analysis of the Chlamydia Monday--a community-based intervention to decrease the prevalence of chlamydia in Sweden. Scandinavian journal of public health. 2010; 38(2):141-50.
205. Annual Epidemiological Report 2012. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. Hämtad från http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf#page=51. Stockholm: ECDC 2013.
206. Klamydia statistik. Hämtad från http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/klamydia-infektion/. Folkhälsomyndigheten; 2014.
207. Ungdomsbarometern - Ungdomar och sexualitet 2013/14: Folkhälsomyndigheten; 2014.
208. Tikkanen, R, Abelsson, J, Forsberg, M. UngKAB09: kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet ; 2011.
209. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60).
210. En sammanfattning av nationell handlingsplan för klamydiaprevention. Folkhälsomyndigheten; 2010.
211. Ekeus, C, Christensson, K. Socioeconomic characteristics of fathers of children born to teenage mothers in Stockholm, Sweden. Scandinavian journal of public health. 2003; 31(1):73-6.
212. Ekeus, C, Christensson, K, Hjern, A. Unintentional and violent injuries among pre-school children of teenage mothers in Sweden: a national cohort study. Journal of epidemiology and community health. 2004; 58(8):680-5.
213. Ekeus, C, Olausson, PO, Hjern, A. Psychiatric morbidity is related to parental age: a national cohort study. Psychological medicine. 2006; 36(2):269-76.
214. Harden, A, Brunton, G, Fletcher, A, Oakley, A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. BMJ (Clinical research ed). 2009; 339:b4254.
215. Wahn, EH, Nissen, E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. Scandinavian journal of public health. 2008; 36(4):415-23.
216. Aborter i Sverige 2012. Socialstyrelsen; 2014.
217. Makenzius, M, Tyden, T, Darj, E, Larsson, M. Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention. Scandinavian journal of caring sciences. 2013; 27(3):569-79.

218. Kero, A, Hogberg, U, Jacobsson, L, Lalos, A. Legal abortion: a painful necessity. Social science & medicine (1982). 2001; 53(11):1481-90.
219. Makenzius, M, Tydén, T, Darj, E. Sverige har Nordens högsta aborttal. Läkartidningen. 2013; 110(38):1658-61.
220. Induced abortions in the Nordic countries 2009. Official statistics. Helsinki: National Institute of Health and Welfare. Stakes; 2011.
221. Makenzius, M, Tyden, T, Darj, E, Larsson, M. Repeat induced abortion - a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception. 2011; 16(5):369-77.
222. Larsson, M, Aneblom, G, Odlind, V, Tyden, T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2002; 81(1):64-71.
223. Gemzell-Danielsson, K, Thunell, L, Lindeberg, M, Tyden, T, Marintcheva-Petrova, M, Oddens, BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2011; 90(8):869-77.
224. Niinimaki, M, Pouta, A, Bloigu, A, Gissler, M, Hemminki, E, Suhonen, S, et al. Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. Obstetrics and gynecology. 2009; 113(4):845-52.
225. Lindh, I, Ellstrom, AA, Blohm, F, Milsom, I. A longitudinal study of contraception and pregnancies in the same women followed for a quarter of a century. Human reproduction (Oxford, England). 2010; 25(6):1415-22.
226. Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Statens skolverk (regeringens beslut U2011/7258/SAM). Stockholm: Utbildningsdepartementet, Regeringskansliet; 2011.
227. Helstrom, L, Odlind, V, Zatterstrom, C, Johansson, M, Granath, F, Correia, N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scandinavian journal of public health. 2003; 31(6):405-10.
228. Heikinheimo, O, Gissler, M, Suhonen, S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. Contraception. 2008; 78(2):149-54.
229. Fisher, WA, Singh, SS, Shuper, PA, Carey, M, Otchet, F, MacLean-Brine, D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2005; 172(5):637-41.
230. Rasch, V, Gammeltoft, T, Knudsen, LB, Tobiassen, C, Ginzel, A, Kempf, L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. European journal of public health. 2008; 18(2):144-9.
231. Holmberg, L, Berg-Kelly, K. Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: a cross-sectional survey. Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992). 2002; 91(7):838-43.
232. Makenzius, M, Tyden, T, Darj, E, Larsson, M. Risk factors among men who have repeated experience of being the partner of a woman who requests an induced abortion. Scandinavian journal of public health. 2012; 40(2):211-6.

Hantering av data från folkhälsoenkäter

Enligt regeringsuppdraget ska redovisningen i möjligaste mån bygga på indikatorer och resultat från den nationella folkhälsoenkäten HLV, men även på andra datakällor.

Det nationella urvalet från HLV är inte tillräckligt stort för att redovisas på kommunnivå, och därför används de kompletterande urval som kommuner och landsting beställer och finansierar på egen hand. Dessa tilläggsurval görs dock inte varje år, och de varierar dessutom i storlek mellan landstingen vilket medför att nedbrytningen av data blir komplex. Vid redovisning på kommunnivå bedöms dock nyttan med tilläggsurvalen väga tyngre än de problem det innebär att använda dem. Vissa kommuner deltar dock endast med väldigt små tilläggsurval eller saknar helt sådana. Detta gäller främst kommuner där man har regionala folkhälsoenkäter. För att få med så många kommuner som möjligt i redovisningen används även data från sådana regionala folkhälsoenkäter, om frågorna är identiska eller bedöms som likvärdiga samt om data funnits tillgänglig inom mätperioden 2011-2014. I presentationerna har dessa kommuner märkts ut för att visa att dataunderlaget kommer från en annan källa än HLV. Mätningarna skiljer sig på flera sätt utöver frågekonstruktionen, i projektet har inte någon analys av övriga jämförelsestörande faktorer gjorts, såsom skillnader i ordning av frågor och svarsalternativ i enkäten eller skillnader i mätperioder och åldersavgränsningar. Därför är jämförelserna i första hand begränsade till varje undersökning för sig.

För jämförelserna på landstingsnivå används enbart det nationella urvalet. Här är underlaget tillräckligt stort och behöver inte kompletteras med data från tilläggsurval eller regionala enkäter, vilket bidrar till att göra siffrorna mer jämförbara. Därför kan uppgifter som används i regionala sammanställningar, skilja sig från de som förekommer i rapporten. Regionalt kan man ha bredare och bättre underlag som med fördel används för nedbrytningar, analyser eller punktskattningar.

I samband med kommun- och landstingsjämförelserna används medelvärden som är beräknade för fyra årsperioder för att få ett tillräckligt underlag. För de regionala enkäterna används ett år i perioden eftersom dessa undersökningar inte genomförs lika frekvent. Data från folkhälsoenkäter redovisas i rapporten utan åldersstandardisering, eftersom den standardisering som tidigare använts kan påverka enskilda värden så att de blir missvisande. Det överensstämmer också med Folkhälsomyndighetens löpande redovisning av resultaten från HLV. För att stödja tolkningen av hur ålder kan inverka på utfallet redovisas därför för samtliga indikatorer från HLV en uppdelning på ett antal olika åldersgrupper. I rapporten har även en gräns om minst 100 svarande på enkäten valts för att redovisa data. Det överensstämmer med redovisningen av HLV hos Folkhälsomyndigheten. För andra indikatorer med annan datakälla har andra bedömningar gjorts. En anledning till att här välja en högre gräns är att ett större underlag krävs för den kalibrering som görs för att kompensera för bortfall.

Öppna jämförelser 2014
Folkhälsa

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting redovisar för andra gången en öppen jämförelse inom folkhälsa. Den tidigare jämförelsen publicerades år 2009.

Rapporten redovisar resultat för befolkningens hälsa och levnadsvanor. Årets rapport har även utökats med flera nya indikatorer som berör livsvillkor och levnadsförhållanden. Totalt presenteras 41 indikatorer som belyser olika utfall för exempelvis hälsotillstånd, insjuknande och dödlighet samt utfall för befolkningens utbildning, arbetsliv och sociala relationer Många indikatorer visar ett bättre resultat på riksnivå jämfört med den förra jämförelsen år 2009.

Syftet med rapporten är att den ska bidra till systematiskt och långsiktigt förbättringsarbete inom verksamheter på regional och lokal nivå och därigenom förbättra folkhälsan.

Öppna jämförelser 2014: Folkhälsa kan laddas ner eller beställas från:

SOCIALSTYRELSEN
www.socialstyrelsen.se/publikationer
Artikelnummer: 2014-12-3
ISBN-nummer: 978-91-7555-223-1
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN
www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/
Endast nedladdning

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
webbutik.skl.se
ISBN-nummer: 978-91-7585-159-4
E-post: publikationer@sklfs.se
Telefon: 08-452 75 50